

**Stellungnahme der BARMER GEK zum Festlegungsentwurf der im
morbidityorientierten Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2014 zu
berücksichtigenden Krankheiten gemäß § 31 Abs. 4 der RSAV**

25. Januar 2013

1. Allgemeines

Mit Datum vom 18. Dezember 2012 hat das Bundesversicherungsamt (BVA) den Krankenkassen den Festlegungsentwurf der im morbidityorientierten Risikostrukturausgleich (MRSA) für das Ausgleichsjahr 2014 zu berücksichtigenden Krankheiten übermittelt.

Die BARMER GEK begrüßt die weitgehende Stabilität in diesem Festlegungsentwurf sowie die Tatsache, den Auswahlprozess auf Basis der Vollerhebung durchzuführen. Hinsichtlich des methodischen Vorgehens liegen inzwischen erhebliche Erkenntnisgewinne aus der viermaligen Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens vor. Zudem beträgt der analysierbare Zeithorizont gegenüber der Krankheits(erst-)auswahl fünf Jahre. Hieraus ergibt sich aus Sicht der BARMER GEK an zwei Stellen Verbesserungspotenzial für die Methodik bei der Krankheitsauswahl, die in dieser Stellungnahme dargelegt wird.

Unsere weiteren Anmerkungen zur konkreten Krankheitsauswahl betreffen ungewollte (und aus Sicht der BARMER GEK zu vermeidende) Rückwirkungen von Plausibilitätsprüfungen und Gültigkeitseinschränkungen auf die Krankheitsauswahl sowie einige Anmerkungen zur Ausschlusskategorie 501.

Die BARMER GEK nimmt nachfolgend differenziert zum Festlegungsentwurf Stellung.

2. Berechnungsschritte

2.1 Ermittlung des Perzentils beim Kriterium „kostenintensiv“

2.1.1. Bisherige Feststellungen

Bereits im Rahmen der Anhörung zur Krankheitsauswahl 2013 haben wir auf folgendes hingewiesen:

- § Seit 2009 sind die „erwarteten Mehrkosten“ nur um einen Bruchteil desjenigen Wertes gestiegen, um den gleichzeitig die durchschnittliche Krankheitsprävalenz gestiegen ist. Beide Werte sind Teil der Berechnung des Kriteriums „kostenintensiv“. In die Ermittlung des Perzentils gehen seit 2009 unverändert die erwarteten Mehrkosten ohne Anpassung, die Krankheitsprävalenz nach Anwendung der einfachen Wurzelfunktion ein.
- § Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass das Phänomen des ungleichgewichtigen Wachstums von Mehrkosten und Prävalenz nicht bei allen Krankheiten ähnlich abläuft. Es ist vielmehr festzustellen, dass „billige“ Krankheiten eine in der Regel sehr viel höhere Prävalenzentwicklung zeigen als „teure“.

Die Wahl der Wurzelfunktion zur Verknüpfung von individuellen Kosten und Prävalenz bei der Krankheitsauswahl 2009 ist vom BVA nicht beliebig vorgenommen worden, sondern nach umfangreicher Abwägung extrem widerstreitender unterschiedlicher Vorstellungen (vgl. Dokumentation der Berechnungsschritte vom 01.05.2008, S. 26f.). Die Wahl reflektiert dabei ein Werturteil hinsichtlich der Gewichtung beider Elemente. Durch die Entwicklung der letzten Jahre verschieben sich aber die Wahrscheinlichkeiten „teurer“ und „billiger“ Krankheiten in die Krankheitsauswahl zu kommen, das Ergebnis weicht vom 2008 dokumentierten Werturteil ab.

Vor diesem Hintergrund haben wir angeregt zu überprüfen, ob es durch die ungleichgewichtige Prävalenzentwicklung in den letzten Jahren zu Rangwechselln zwischen Krankheiten gekommen ist, die sich auch auf die Liste der ausgewählten Krankheiten ausgewirkt haben. Soweit dies festgestellt werden kann, sollte man – will man die 2008 getroffene Grundsatzentscheidung aufrecht erhalten – die verwendete Wurzelfunktion „nachscharfen“, z.B. durch Wahl der 2,5ten statt der Quadratwurzel.

Eine Beschäftigung mit dieser Anregung fand 2013 nicht statt, da BVA und Beirat die Krankheitsabgrenzung in den Vordergrund gestellt haben und eine jährliche Auseinandersetzung mit den Auswahlkriterien auch nicht zwingend sei (vgl. Erläuterungen zur Krankheitsabgrenzung vom 09.03.2012, S. 44f.).

2.1.2. Datenbasis Krankheitsauswahl 2014

Es ist festzustellen, dass sich die von uns im letzten Jahr vorgenommene Analyse auch 2014 bestätigt. Bei einem Blick auf die Gesamtliste scheinen zwar Prävalenz, Schwellenwert und durchschnittliche Mehrkosten (unter Berücksichtigung der Umstellung auf die Vollerhebung) ziemlich einheitlich um jeweils ca. 1% gestiegen zu sein. Dies gilt jedoch nicht für die tatsächlich auswählbaren Krankheiten (positive Mehrkosten, Schwerwiegendheit und/oder Chronizität sowie Schwellenwert erfüllt).

Hier steigt die Prävalenz um über 4% an, die durchschnittlichen Mehrkosten gehen um ca. 3,5% zurück. Auch die Ungleichgewichtigkeit dieser Entwicklung ist feststellbar; insbesondere die 30 hinsichtlich ihrer Folgekosten teuersten Krankheiten bleiben hinsichtlich ihres Prävalenzwachstums deutlich hinter dem Durchschnitt zurück. Da sich die von der Krankheitsauswahl 2009 bis zur Krankheitsauswahl 2013 festzustellenden Entwicklungen also auch 2014 widerspiegeln, ist nicht davon auszugehen, dass es sich um einen Effekt des Übergangs von der Stichprobe zur Vollerhebung handelt.

Die Auswirkungen einer Nachschärfung der Wurzelfunktion zur Berücksichtigung der stark gestiegenen Prävalenz bei gleichzeitig zurückgehenden Mehrkosten hätte durchaus erhebliche Wirkungen. Bereits bei Wahl der 2,2ten Wurzel statt der einfachen Quadratwurzel ergäben sich Rangwechsel mit Auswirkungen auf die Krankheitsauswahl:

Hinzutretende Krankheit	Mehrkosten	Prävalenz
Angeborene Anomalie der Lunge / des respiratorischen Systems (317)	4.434,06 €	7.941
Akute schwere Lebererkrankung (221)	1.106,34 €	129.919
Entfallende Krankheit		
Sekundärer Parkinsonismus und ... (101)	498,77 €	647.456
Wirbelkörperfraktur (330)	711,13 €	321.243

2.1.3. Folgerungen

Die im letzten Jahr festgestellte ungleichgewichtige Prävalenzentwicklung zwischen „teuren“ und „billigen“ Krankheiten setzt sich fort. Wir regen daher auch dieses Jahr an, den Zusammenhang zwischen Mehrkosten und Prävalenz intensiv zu überprüfen und die Wurzelfunktion ggf. nachzuschärfen.

Die BARMER GEK hat keinerlei Präferenzen hinsichtlich der Krankheiten, die durch eine solche Nachschärfung hinzu- oder wegtreten. Ohne eine Nachschärfung der Wurzelfunktion hielten wir es aber für erforderlich, die Gründe für die gegenüber der Krankheitsauswahl 2009 implizit sichtbar stärkere Bewertung der Prävalenz durch Hinnahme des o.s. Effektes zu dokumentieren.

2.2. Gleichstellung der stationären Nebendiagnosen mit ambulanten Diagnosen

Die BARMER GEK ist weiterhin der Auffassung, dass die Änderung aus dem Klassifikationsverfahren 2012, stationäre Nebendiagnosen den ambulanten Diagnosen grundsätzlich gleichzustellen, auf die Krankheitsauswahl übertragen werden sollte. Dieser Vorschlag war im Rahmen des

Vorschlagsverfahrens für die Krankheitsauswahl 2013 mit derselben Begründung wie der unter 2.1. dargestellten, nicht überprüft worden.

Gerade jüngste Analysen zeigen, dass im Krankenhaus gestellte Diagnosen im ambulanten Bereich selbst kurz nach der Entlassung nicht mehr weitergeführt werden. Bei verschiedenen chronischen kardiologischen Krankheiten lag der Anteil der nicht weitergeführten Diagnosen zwischen 14 und 74% (IGES: Bewertung der Kodierqualität von ambulanten Diagnosen, Dezember 2012, S. 118). Selbst wenn die Antwort auf die Frage, wer hier im Einzelnen richtig oder falsch kodiert hat, offen bleibt, sollte die Berücksichtigung der betroffenen Versicherten auch in der Krankheitsauswahl nur dann erfolgen, wenn die Information aus gleichgültig welcher Quelle eine Validierung erfährt.

Wie aus den Diskussionen um das Klassifikationsverfahren 2012 bekannt, kann auf eine solche Validierung nur bei den stationären Hauptdiagnosen verzichtet werden, da diese – im Gegensatz zu den meisten Nebendiagnosen – auf jeden Fall direkt für die Vergütung des Krankenhauses herangezogen wird und damit einer potenziellen oder tatsächlichen Prüfung durch den MDK unterliegt.

Gerade bei älteren Versicherten, die häufiger im Krankenhaus liegen und häufig eine Vielzahl von Krankheitszuordnungen durch Nebendiagnosen erhalten, die in der Folge nicht behandelt werden, erhoffen wir uns eine bessere Darstellung der tatsächlichen erwartbaren Folgekosten jener Krankheiten, die nach der weitergehenden Validierung noch verbleiben.

3. Änderung der Krankheitsabgrenzung

3.1. Grundsätzliches

Die Änderungen des BVA zur Krankheitsabgrenzung und die Ausführungen erscheinen größtenteils medizinisch und fachlich gut nachvollziehbar. Einige Ausnahmen hiervon zur Ausschlusskategorie 501 werden unter 3.3. benannt. Die große Stabilität in der Krankheitsabgrenzung zwischen 2013 und 2014 wird von der BARMER GEK auch insgesamt begrüßt. Sie wird die Analyse von Änderungen im Klassifikationsverfahren zwischen 2013 und 2014 gegenüber früheren Jahren bedeutend erleichtern.

Allerdings halten wir einige Hinweise auf negative Rückwirkungen von nicht sachgerechten Datenlöschungen aufgrund von Plausibilitätsprüfungen bzw. Beschränkungen der Berücksichtigung von Diagnosen für erforderlich.

3.2. Auswirkungen des Datenbereinigungskonzeptes auf die Krankheitsauswahl

Laut dem bisherigen Datenbereinigungskonzept und verstärkt im Entwurf für 2013 löscht das BVA Datensätze der Stammdaten (Satzart 100, 111, 110) und zugehörige Morbiditätsdaten, wenn sich Geburtsjahr oder Geschlecht von einer früheren Meldung desselben Pseudonyms im selben Schlüsseljahr unterscheiden. In den Datenbereinigungskonzepten bis 2012 waren einzelne Datenmeldungen hiervon teilweise ausgenommen, im Entwurf des Datenbereinigungskonzeptes 2013 nicht mehr.

Die Prüfung findet damit satzarten-, kassen- und jahresübergreifend statt. Sie bewirkt, dass Alter und Geschlecht eines Versicherten z.B. aus der Austauschmeldung 2011 in insgesamt 6 Datenmeldungen für drei Berichtsjahre und bei Kassenwechsler ggf. einer Mehrheit von meldenden Kassen gleichbleiben muss, um durchgängig berücksichtigt zu werden. 90% aller Fehler betreffen dabei Geschlechtswechsel.

Dies hat Auswirkungen auf die Krankheitsauswahl:

Deutschlandweit finden jährlich ca. 700 Operationen zur Geschlechtsumwandlung statt (OPS-Schlüssel 5-646.0 bzw. 5-646.1 in DeStatis DRG-Statistik 2011). Die Anzahl der betroffenen Personen dürfte nach Auswertung unserer eigenen Daten ca. 20% darunter liegen (ca. 550). Die Prävalenz der Transsexualität insgesamt (ICD F64.-) liegt GKV-weit bei ca. 15.000. Die Anzahl der gerichtlich verfükten Namensänderungen, die dann zwangsläufig auch zu einer Änderung der

Geschlechtszuordnung im Bestand einer Krankenkasse führen, dürfte sehr deutlich unterhalb der Prävalenz von 15.000, aber auch sehr deutlich oberhalb der Anzahl der Menschen mit geschlechtsangleichenden Operationen von ca. 550 liegen. Ein solcher Antrag setzt nach dem Transsexuellengesetz in seiner aktuellen Fassung keine operative Angleichung mehr voraus, sondern „nur“ ein gutachterlich bestätigtes Leben im anderen Geschlecht seit mindestens drei Jahren. Die Eintragung des neuen Geschlechtes gilt dann für Zukunft wie Vergangenheit, da es sonst möglich wäre, eine frühere Geschlechtszugehörigkeit auszuspähen, was das Transsexuellengesetz ebenfalls ausschließt.

Geschlechtsangleichende Maßnahmen sind KV- Leistung und sehr kostenträchtig. Hierbei sind die Kosten der OP, der Nachsorge, der psychologischen Betreuung im Vorfeld, aber auch nach der OP zu berücksichtigen. Dasselbe gilt für die unterstützende medikative Versorgung z.B. mit Hormonen oder Kosten für eine logopädische Stimmangleichung. Alleine eine vollständig umwandelnde OP verursacht Kosten zwischen 5.000 und 15.000 Euro und erreicht bis zu 50.000 Euro.

Aufgrund des Datenbereinigungskonzeptes wird der/die Betroffene im Jahr des Vollzuges seiner Geschlechtsumwandlung - und damit des kostenintensivsten Jahres seiner Krankheit (ausdrücklich nicht wertend gemeint) - aus einer Mehrzahl von Datenmeldungen eliminiert. Es ist offensichtlich, dass das Kostenrisiko der Krankheit "Transsexualität" trotz ihrer steigenden finanziellen Bedeutung auf diese Weise im deutschen MRSA nicht korrekt abgebildet werden kann.

Ob eine eigenständige Krankheit "Transsexualität" (durch eine Verschiebung des ICD F64.- aus der Krankheit 94 „Andere psychische Krankheiten“ in eine eigene Krankheit „Transsexualität“) ggf. MRSA-relevant werden könnte, kann die BARMER GEK naturgemäß nicht feststellen. Heute könnte eine Krankheit Transsexualität“, für deren Eigenständigkeit medizinisch durchaus einiges spricht, auf gar keinen Fall MRSA-relevant werden. Das Bereinigungskonzept führt dazu, dass keines der vom BVA/vom Beirat aufgestellten Kriterien sinnvoll angewendet werden kann, da die notwendigen Daten gerade für die leistungsintensivste Phase der betroffenen Versicherten im Vorfeld der Krankheitsauswahl gelöscht werden. Das Datenbereinigungskonzept sollte daher geändert werden und die Streichung nicht mehr erfolgen.

Dabei ist uns bewusst, dass fachlich „richtige“ Geschlechtswechsel in Folge von Geschlechtsumwandlungen nicht die Mehrheit der vom Datenbereinigungskonzept betroffenen Datensätze ausmachen dürften, sondern dass die Korrektur von früheren Erfassungsfehlern in späteren Jahren überwiegt. Da hier aber rechtlich korrektes Verhalten „bestraft“ wird (eine Krankenkasse muss Sozialdaten in ihren operativen Systemen korrigieren) und da eine bestimmte Kasse bei einer kassenübergreifenden Prüfung auf eine Fehlerfassung bei einer anderen Kasse und die hierdurch ausgelöste Streichung ggf. gar keinen Einfluss hat, gilt für diese Fallgestaltungen nichts anderes als für fachlich richtige Geschlechtswechsel. Das Datenbereinigungskonzept sollte geändert werden.

3.3. ICD-Kode G93.7 „Reye-Syndrom“

Die Aufhebung der Altersbeschränkung für den ICD-Kode G93.7 – Reye-Syndrom – wurde bereits in den Erläuterungen zum BVA-Entwurf 2013 diskutiert (S.199-201). Das BVA verwies folgerichtig darauf, dass eine Änderung im Rahmen des Klassifikationsverfahrens ausgeschlossen ist und eine Bewertung bei der Auswahl der Krankheiten erfolgen muss.

Als weiteres Argument gegen die Aufhebung der Altersbeschränkung wurde angeführt, dass das Reye-Syndrom vorwiegend im Kindes- und Jugendalter auftritt und für Erwachsene jegliche Evidenz fehle. Es ist richtig, dass das Reye-Syndrom zwar überwiegend im Kindesalter auftritt, jedoch kann es auch bei Erwachsenen kodiert sein. Recherchen haben ergeben, dass die Anzahl der Erkrankungen im Kindesalter seit Mitte der 1980er Jahre deutlich zurückgegangen ist. Die Mortalitätsrate beträgt im Durchschnitt 21%. Die hohen Fallzahlen des Reye-Syndroms im Erwachsenenalter (über 40 Jährigen), welche auch das BVA in seinem Entwurf für das Klassifikationsverfahren 2013 festgestellt hat (s. S. 200), können Erwachsene sein, die die akute Erkrankung (im Kindesalter) überlebt haben und in der Folge an einem Residualsyndrom mit (teilweise) schweren Folgeerscheinungen (kognitive Defizite, ...) leiden.

Eigene Analysen stützen oben genannte Rechercheergebnisse. Der überwiegende Teil der Versicherten mit einer Diagnose Reye-Syndrom ist älter als die für den ICD-Kode G93.7 vorgegebene Altersobergrenze und auch die Kosten dieser Versicherten sind überdurchschnittlich hoch. Hier von einer Fehlkodierung auszugehen, erscheint zweifelhaft.

Wir bitten daher die Aufhebung der Altersobergrenze von 17 Jahren für den ICD-Kode G93.7 auf Basis der Vollerhebung zu überprüfen.

3.4. Ausschlusskategorie 501: „Symptom, Zustand, ...“

Die BARMER GEK begrüßt ausdrücklich, dass das BVA die Ausschlusskategorie 501 noch weiter als bereits in der Krankheitsabgrenzung für 2013 einer Untersuchung unterzogen hat.

Hierbei ist der weitaus größte Teil der Begründung für eine Zuordnung oder eine Nichtzuordnung zu einer Krankheit gut nachvollziehbar bzw. unmittelbar einleuchtend, da der zugrunde liegende ICD-Kode überhaupt gar keine konkrete Krankheit abbildet, sondern sich der Krankheitsbezug ggf. nur statistisch erschließen könnte.

Schwer nachvollziehbar erscheinen tatsächlich nur zwei Argumente:

- § Das an einigen Stellen verwendete Argument der mangelnden Abgrenzbarkeit zu Zuständen ohne Krankheitswert oder des mangelnden Krankheitswertes (E65, E66ff., F17ff., G47ff.) ist bedenklich. Diagnosen, die nicht der Beschreibung eines behandlungswürdigen Zustands dienen oder zumindest Auswirkungen auf die Art / Durchführung der Behandlung haben, sind lt. DIMDI nicht zu melden. Regelgerechte Körperzustände sind von Ärzten wiederum nicht zu behandeln. Es ist daher schon definitionsgemäß davon auszugehen, dass der dokumentierende Arzt bei Angabe einer der genannten Diagnosen einen regelwidrigen / krankheitswertigen Zustand erkannt hat, der entweder in der Diagnose selbst liegt oder auf dessen Behandlung die Diagnose einen Einfluss hat.
- § Das Argument der Vermeidung nicht intendierter Versorgungseffekte beim ICD-Kode F55.- (schädlicher Gebrauch nicht abhängigkeiterzeugender Substanzen) ist nicht verständlich. Zu welchem Tun oder zu welchem Lassen eine Krankenkasse überhaupt angereizt werden könnte, wenn der ICD-Kode F55.- in der Krankheitsauswahl berücksichtigt wird, ist bereits unklar, erst recht, warum dieser Anreiz ein Fehlanreiz sein sollte.

Die BARMER GEK ist hinsichtlich eines Verbleibs der genannten ICD-Kodes in der Ausschlusskategorie 501 noch unentschieden. Wir regen daher an, die Begründungen für den Ausschluss so anzupassen, dass sie den oben ausgeführten Punkten Rechnung tragen und uns als Grundlage für eine Meinungsbildung dienen kann.

Ebenfalls ausdrücklich begrüßt die BARMER GEK, dass die Kategorien 501 bis 503 zum Teil in die Berechnungsdatei aufgenommen wurden. Die Tatsache, dass die Ausschlusskategorien 501 und 502 gleichzeitige absolute Kosten oberhalb des Schwellenwerts bewirken und dass beide Kategorien entweder die Anforderung der Schwerwiegendheit oder der Chronizität erfüllen würden, ist von hohem Interesse für den weiteren Umgang mit diesen Diagnosen, die immerhin ca. 11% der gesamten GKV-Prävalenz ausmachen.

Wir regen daher wärmstens an, für diese Ausschlusskategorien 501 bis 503 zumindest die erwarteten Mehrkosten zu ermitteln und dies soweit möglich getrennt nach z.B. ICD-Kapiteln. Es ist nach den Ergebnissen des jetzigen Entwurfs gerade nicht auszuschließen, dass einzelne oder eine Vielzahl der betreffenden ICD-Kodes noch bisher nicht erkanntes Potenzial zur Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens enthalten. So könnte sich erweisen, dass ICD-Kodes, die eine medizinische Maßnahme oder eine medizinische Reaktion des Körpers oder eine medizinische Komplikation beschreiben ohne die Grunderkrankung zu nennen, die Abbildungskraft des Modells verstärken, wenn sie z.B. als Schweregradindikator zwingend mit der ICD einer möglichen ätiologischen Grunderkrankung verknüpft werden.