



Spitzenverband

GKV-Spitzenverband • Reinhardtstraße 30 • 10117 Berlin

Bundesversicherungsamt
Herrn Wittmann
Referat VII2
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Erich Peters

Abteilung Systemfragen

Ansprechpartner/-in: Ulrike Haack
Referentin RSA/Analysen

Tel.: 030 206288-1112
Fax: 030 206288-81112

Ulrike.Haack@
gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband
Postfach 04 05 65 • 10063 Berlin
Reinhardtstraße 30 • 10117 Berlin
www.gkv-spitzenverband.de

21.01.2014

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf des Bundesversicherungsamtes zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2015

Sehr geehrter Herr Wittmann,

der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt (BVA) hat nach § 31 Abs. 2 Nr. 3 RSAV i. V. m. § 1 Abs. 2 Nr. 3 Errichtungserlass des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Krankheitsauswahl für den Risikostrukturausgleich jährlich zu überprüfen. Die Auswahl der Krankheiten soll nach § 31 Abs. 1 Satz 2 bis 4 RSAV insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten beinhalten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um das 1,5fache übersteigen. Zudem sollen die Krankheiten eng abgrenzbar sein. Gemäß § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV legt das Bundesversicherungsamt die im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten bis zum 30. September fest.

Mit Schreiben vom 6. Dezember 2013 hat das Bundesversicherungsamt dem GKV-Spitzenverband den entsprechenden Entwurf zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Jahr 2015 übermittelt und um eine diesbezügliche Stellungnahme bis zum 20. Januar 2014 gebeten.

Zu dem vorliegenden Entwurf nehmen wir wie folgt Stellung:

Rechtliche Grundlagen und Verfahren

Der Wissenschaftliche Beirat spricht sich dafür aus, die Krankheitsauswahl auch zukünftig empirisch fundiert und auf Basis der Vollerhebung der aktuellsten verfügbaren Daten durchzuführen. Zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 werden entsprechend die Daten der Erstmeldung für das Berichtsjahr 2012 sowie der Korrekturmeldung des Berichtsjahres 2011 herangezogen. Der GKV-Spitzenverband unterstützt diese Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates ausdrücklich.

Bezüglich der im Rahmen der Krankheitsauswahl verwendeten Methodik stellt der Wissenschaftliche Beirat unter Bezugnahme auf den von ihm erstellten Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 fest, dass eine Reduzierung der Anzahl der Krankheiten sowie eine Anpassung der Auswahlkriterien nicht geboten sei. Dies schließe auch die Abgrenzung von Krankheiten mit ein. Da alle „dringlichen“ Anregungen für das Ausgleichsjahr 2014 bearbeitet worden seien, bestehe nach Ansicht des Wissenschaftlichen Beirates für das Ausgleichsjahr 2015 kein unmittelbarer Anpassungsbedarf. Das Bundesversicherungsamt hatte in seinen Erläuterungen zur Festlegung der zu berücksichtigenden Krankheiten (vgl. dort S. 16) ausgeführt, dass aufgrund des engen, für die Überprüfung der Krankheitsauswahl zur Verfügung stehenden Zeitfensters eine Schwerpunktsetzung erforderlich sei. Der GKV-Spitzenverband regt an, eine weitergehende Transparenz für die Verfahrensteilnehmer über die Bearbeitung vorliegender Änderungsvorschläge herzustellen.

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt ferner vor, den Turnus für die Überprüfung der Krankheitsauswahl zu verlängern. Grundsätzlich ist u. E. festzustellen, dass das Verfahren zur Überprüfung der Krankheitsauswahl sich mittlerweile als Regelverfahren etabliert hat. Wie der vorliegende Entwurf zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 zeigt, ist der Aufwand, der bei der Überprüfung der Krankheitsauswahl allein auf Grundlage neuester Datenmeldungen und unter Berücksichtigung vorliegender Änderungen des ICD-Kataloges entsteht, gering.

Gemäß § 31 Abs. 1 RSAV i. V. m. dem Errichtungserlass für den Wissenschaftlichen Beirat ist eine jährliche Überprüfung der Krankheitsauswahl vorgesehen. Damit soll sichergestellt werden, dass Veränderungen im Versorgungsgeschehen sowie neue Therapieformen, die sich in veränderten Datenmeldungen und Kostenstrukturen niederschlagen, zeitnah im RSA abgebildet werden.

Eine Mehrheit unserer Mitgliedskassen ist der Ansicht, dass diese Form der Überprüfung der Krankheitsauswahl auch zukünftig jährlich erfolgen sollte. Demgegenüber argumentieren die AOKs, dass eine generelle Verlängerung des Turnus der Krankheitsauswahl auf 2 Jahre ohne eine zwischengeschaltete Überprüfung unter Verwendung aktueller Daten einen sinnvollen Kompromiss zwischen Aktualität der Datengrundlagen und Reduzierung des Ressourceneinsatzes darstellt.

Um die Verfahrenseffizienz zu erhöhen, ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich ausreichend, eine über die Aktualisierung der Datengrundlagen hinausgehende Überprüfung der Krankheitsauswahl und -abgrenzung in einem mehrjährigen Turnus von 2 bis maximal 3 Jahren durchzuführen. Damit verbinden wir die Erwartung, dass ein strukturiertes und transparentes Vorschlagsverfahren zur Überprüfung der Krankheitsauswahl etabliert wird. Wir verweisen diesbezüglich auf unsere Stellungnahme zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014. Für diese Änderungen im Rahmen der regelmäßigen Überprüfung der Krankheitsauswahl ist keine Novellierung der rechtlichen Vorgaben erforderlich.

Anpassungen an den ICD-10-GM-2014

Der Jahresausgleich 2015 erfolgt auf Diagnosedaten des Jahres 2014. Die Berücksichtigung des ICD-10-GM 2014 im Rahmen der Festlegung der im MRSA-Verfahren zu berücksichtigenden Krankheiten ist dementsprechend folgerichtig. Die vom Wissenschaftlichen Beirat in Tabelle 1 des Festlegungsentwurfes getroffenen Vorschläge zur Zuordnung der neu eingeführten ICD-Codes zu Krankheiten sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar.

Hinsichtlich der Einordnung der ICD-Codes U69.11! *Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung* bzw. U69.12! *Temporäre Blutgerinnungsstörung* zur Krankheit 50 *Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen* in das Klassifikationsmodell muss aus Sicht der GKV-Spitzenverbandes darauf geachtet werden, dass durch diese Diagnosen allein keine Zuordnung zu Morbiditätsgruppen erfolgen kann. Beide Diagnosen dienen ausschließlich administrativen Zwecken bei der Abrechnung von Zusatzentgelten für Blutgerinnungsfaktoren; ihre Verwendung ist auf den stationären Bereich beschränkt. Mit ihrer Hilfe können die im Krankenhaus angewendeten Blutgerinnungsfaktoren eindeutig den dafür vorgesehenen Zusatzentgelten ZE2014-97 bzw. ZE2014-98 zugeordnet werden. Dabei dürfen sie nur in Verbindung mit einer vorangestellten primären Diagnose aus Tabelle 3 der Anlage 7 zur Fallpauschalenverordnung (FPV) 2014 verwendet werden. Die dort aufgeführten relevanten Diagnosen sind der Krankheit 50 sowie der DXG 232 *Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen* bzw. HMG 46 *Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen), Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen* bereits zugeordnet. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die ICD Codes U69.11!/U69.12! nur dann zu einer Gruppierung führen, wenn gleichzeitig eine zulässige primäre Diagnose vorliegt.

Gleiches gilt für die Diagnosen U69.3-! *Sekundäre Schlüsselnummern für die Art des Konsums psychotroper Substanzen bei durch diese verursachten psychischen und Verhaltensstörungen*, die zukünftig im stationären Bereich zu Abrechnungszwecken verwendet werden können. Diese ICD-Codes sind nur in Kombination mit Diagnosen aus dem Bereich F10 bis F19 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* zulässig, um die Art des Konsums dieser Substanzen zu dokumentieren. Die entsprechenden Diagnosen aus dem Bereich F10 bis F19 sind bereits der Krankheit 77 *Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch* bzw. den unterschiedlichen Diagnose- bzw. Morbiditätsgruppen der Hierarchie 10 *Drogen- und Alkoholmissbrauch* zu-

geordnet. Die ICD-Codes des U69.3-! enthalten keine Information darüber, um welche psychische Störung es sich im Einzelnen handelt, weshalb eine Zuordnung zu den entsprechenden DXG/HMG nur in Verbindung mit den entsprechenden Diagnosen aus dem Bereich F10-F19 möglich ist. Dieser Sachverhalt ist bei der Einordnung der Diagnoseschlüssel des U69.3.-! ins Klassifikationsmodell zu beachten.

Berechnungsergebnisse

Die Auswahl der im Ergebnis vom Bundesversicherungsamt dargestellten 80 Krankheiten konnte unter Verwendung der gleichen Datenbasis durch den GKV-Spitzenverband nachvollzogen werden.

Redaktionelle Hinweise

- Bei der Darstellung der Krankheitsabgrenzung wird nicht nach Berichtsjahren unterschieden. Zur besseren Übersichtlichkeit schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die Zuordnung von ICD-Codes zu Krankheiten analog der Festlegungen für die im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten des Ausgleichsjahrs 2014 getrennt nach Berichtsjahren darzustellen. Hierdurch lassen sich auch Änderungen in den Bezeichnungen einzelner ICD-Codes abbilden.
- In Anhang 3 „Berechnungsergebnisse“ ist ein Perzentilwert von 0,73 hinterlegt, im Anhang 2 „Dokumentation der Berechnungsschritte“ hingegen ein Perzentilwert von 74,25% ausgewiesen.
- Auf der ersten Seite der Erläuterungen ist das Datum nicht korrekt angegeben.

Mit freundlichen Grüßen



Im Auftrag
Erich Peters