

**Stellungnahme der BARMER GEK zum Festlegungsentwurf der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2015 zu berücksichtigenden Krankheiten gemäß § 31 Abs. 4 der RSAV**

**20. Januar 2014**

## **1. Allgemeines**

Mit Datum vom 6. Dezember 2013 hat das Bundesversicherungsamt (BVA) den Krankenkassen den Festlegungsentwurf der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (MRSA) für das Ausgleichsjahr 2015 zu berücksichtigenden Krankheiten übermittelt.

Die BARMER GEK begrüßt die auch im zweiten Jahr der Vollerhebung zu beobachtende weitgehende Stabilität in diesem Festlegungsentwurf. Hinsichtlich des methodischen Vorgehens hat sich der Erfahrungsschatz aus dem Klassifikationsverfahren seit dem Festlegungsentwurf für 2014 um ein weiteres Jahr vermehrt und der analysierbare Zeithorizont gegenüber der Krankheits(erst-)auswahl ist auf sechs Jahre gestiegen. Wir wiederholen und aktualisieren daher unseren Vorschlag aus dem letzten Jahr, die Gewichtung der Prävalenz nachzuschärfen und wichtige qualitätssteigernde Elemente des Klassifikationsverfahrens in die Methodik der Krankheitsauswahl zu übernehmen.

Wie üblich nehmen wir unsere konkrete Stellungnahme im Festlegungsprozess unabhängig von ggf. weitergehenden politischen Forderungen vor.

Die BARMER GEK nimmt nachfolgend differenziert zum Festlegungsentwurf Stellung.

## **2. Anpassungsturnus**

Eine generelle Verlängerung des Anpassungsturnus für die Krankheitsauswahl wird von der BARMER GEK auch weiterhin abgelehnt. Stattdessen plädieren wir für eine jährliche Überprüfung des bestehenden Systems anhand aktueller Daten und eine Diskussion der Zusammensetzung der Krankheiten und des Berechnungsverfahrens zumindest in einem Zweijahresrhythmus. Da diese Diskussion in diesem Jahr nicht stattgefunden hat, schlagen wir als Startjahr die Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 vor. Dies begründen wir wie folgt:

Der wichtigste Schutz, den das MRSA-Verfahren vor Manipulationen besitzt, ist die Unsicherheit der finanziellen Ergebnisse von Manipulationsversuchen. Alles was diese Unsicherheit erhöht, trägt damit zur Manipulationssicherheit des Verfahrens bei und wird von uns begrüßt, dazu gehört auch die Anpassung der Krankheitsliste.

Selbst wenn nur eine Aktualisierung der Berechnung vorgenommen wird, ist die hierdurch ausgelöste Unsicherheit erheblich. Das Ausgabenvolumen der Krankheiten, deren Berücksichtigung sich für 2014 und 2015 alleine durch die Aktualisierung konkret geändert hat, beträgt zwar nur ca. 500 Mio. €. Bei betriebswirtschaftlicher Risikobetrachtung ist auf Sicht von mehreren Jahren jedoch der Bestand jeder der ca. „letzten“ zehn Krankheiten (Ausgabenvolumen ca. 3 Mrd. €) in der Auswahl gefährdet. Die „letzte“ Krankheit der Jahre 2014 und 2015 (Krankheit 101; sekundärer Parkinsonismus (...)) rangiert hinsichtlich ihrer Kostenintensität erst auf Platz 94. Sie erreicht die Krankheitsauswahl nur, weil vor ihr 14 Krankheiten aus anderen Gründen „ausfallen“. Hierzu gehört neben dem Nichterreichen des Schwellenwertes insbesondere die Nichterreichung des Kriteriums „Chronisch“ und „schwerwiegender Verlauf“.

Die weitaus meisten der betroffenen 14 Krankheiten verfehlen die jeweiligen Kriterien nur knapp. So liegt die Krankheit 206 (Störungen / Symptome am Magen (...)) mit einem Ausgabenvolumen von über 1,1 Mrd. € aktuell bei einer Chronizität von 48,91 %. Ähnliches gilt für die Krankheiten 51, 243 oder 66. Die Krankheit 2, die hinsichtlich des Perzentils Rang 36 (vor der Herzinsuffizienz (!)) belegt, scheidet mit 8,08 % an der Hospitalisierungsquote und nähert sich dieser Schwelle (nicht zuletzt

durch die Zunahme der stationären Nebendiagnosen (vgl. Nr. 3.2.)) zunehmend. Würde die Krankheitsauswahl für drei Jahre – und damit für eine übliche Umsetzungs- und Realisierungsdauer von vertraglichen Manipulationsmaßnahmen – festgeschrieben, würde dies ein erhebliches neues Feld für entsprechende Maßnahmen von Krankenkassen eröffnen, die heute aufgrund von Unsicherheit darüber, ob sich eine Investition in eine Manipulationsmaßnahme auszahlt, unterlassen werden.

Aus Sicht der BARMER GEK erscheint darüber hinaus der Hinweis von Seite 2 der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf, nach dem die Auswirkungen der jährlichen Krankheitsauswahl so gering seien, dass man von einer solchen auch Abstand nehmen könne, nicht sehr überzeugend. Dass die Veränderungen nur geringfügig sind, liegt neben der Stabilität der Verhältnisse daran, dass die Methodik der Krankheitsabgrenzung seit 2008 unverändert geblieben ist und Anpassungen der Krankheitsabgrenzungen seit der Auswahl für 2011 in immer geringerem Maße durchgeführt wurden. Aus Sicht der BARMER GEK sollten aber die Chancen, die bereits in der Krankheitsauswahl für die Qualität des späteren Festlegungsverfahrens liegen, in Zukunft wieder stärker genutzt werden.

Dies gilt einerseits für eine Überprüfung der Auswahlmethodik. Unsere diesbezüglichen Vorschläge tragen wir in aktualisierter Form unter Nr. 3 zum wiederholten Male vor.

Darüber hinaus sind uns die erheblichen Folgeaufwände bei der Festlegung des Klassifikationsverfahrens, welche durch Änderungen der Krankheitsabgrenzungen verursacht werden, wohl bewusst. Wir haben diese in unserer Stellungnahme vom 24.03.2010 zum Entwurf der Krankheitsfestlegungen 2011 selbst ausdrücklich beklagt. In derselben Stellungnahme haben wir jedoch auch darauf aufmerksam gemacht, dass Überlegungen zur Kostenhomogenität nicht völlig dem Klassifikationsverfahren überlassen werden dürfen. Entstehen im Rahmen der Krankheitsfestlegung Einheiten mit so großen Kostenhomogenitäts- Problemen, dass diese zum Ausschluss von Krankheiten führen, die bei anderer Abgrenzung aufgenommen würden, kann dies bei der Klassifikation nicht mehr „geheilt“ werden (Seite 5 der genannten Stellungnahme), sondern nur durch Splittung und/oder Neuabgrenzung von Krankheiten im Prozess der Krankheitsfestlegung. Hierbei ist auch eine hohe Dynamik zu beachten. Insbesondere kostenintensive Arzneimittelinnovationen betreffen immer häufiger klinisch durchaus differenzierbare, aber nur kleine Teile von Krankheitsentitäten. Die Krankheitsauswahl ist daher immer wieder auf entsprechende Sachverhalte zu überprüfen.

Die aufwändige systematische Ausarbeitung entsprechender Vorschläge setzt natürlich voraus, dass diese Vorschläge eine realistische Chance zumindest auf eine zeitnahe Prüfung haben. Bei einer Verlängerung des Festlegungsturnus auf drei Jahre ist diese nicht mehr gegeben.

### **3. Berechnungsschritte**

#### **3.1 Ermittlung des Perzentils beim Kriterium „kostenintensiv“**

##### **3.1.1. Bisherige Feststellungen**

Wir haben bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass seit 2009 die Entwicklung der Krankheitsbesetzungen (Prävalenzen) und die der „erwarteten Mehrkosten“ (Krankheitskosten je Fall) sehr unterschiedlich verlaufen. Eine sehr deutlich expansive Entwicklung der abgebildeten Prävalenz steht seit Jahren einer Stagnation der Krankheitskosten je Fall gegenüber. Diese Entwicklung verläuft auch ungleichgewichtig. Sie tritt verstärkt bei Krankheiten mit ohnehin geringen erwarteten Mehrkosten und in geringerem Umfang bei Krankheiten mit höheren erwarteten Mehrkosten auf.

Hiermit entfernt sich die Realität der Krankheitsauswahl zunehmend von dem in der Krankheitsauswahl 2009 ursprünglich vorgenommenen Werturteil hinsichtlich der Gewichtung beider Elemente bei der Beurteilung des rechtlichen Kriteriums der „Kostenintensität“ nach § 31 Abs. 1 RSAV.

##### **3.1.2. Datenbasis Krankheitsauswahl 2015**

Es ist festzustellen, dass sich die in unserer Stellungnahme vom 25.01.2013 vorgenommene Analyse auch in der Krankheitsauswahl für 2015 bestätigt. Die durchschnittlichen Mehrkosten sind um ca. 1,4%, die Prävalenz hingegen um ca. 3% gestiegen. Verfolgt man nur die Entwicklung derjenigen 214

Krankheiten, die 2014 tatsächlich wählbar waren (positive Mehrkosten, Schwellenwert überschritten, Hospitalisierungs- und/oder Chronizitätskriterium erfüllt), so wird dies noch deutlicher. Die Entwicklung der durchschnittlichen Mehrkosten bleibt bei ca. 1,4%, die Prävalenz stieg aber um ca. 3,8%.

Im Vergleich zur erstmaligen Festlegung in 2008 ist die Prävalenz je Versicherten inzwischen um 32,9% gestiegen, die Mehrkosten je Krankheitsfall jedoch um über 3% gesunken. Die Veränderung des Gewichtes beider Größen zueinander beträgt somit ca. 36%.

Die bereits mehrfach getroffene Feststellung, dass es bereits zur Aufrechterhaltung der in 2008 getroffenen Entscheidung hinsichtlich des Verhältnisses der Prävalenz und der Mehrkosten je Krankheitsfall einer Schärfung der bisherigen Wurzelfunktion bedarf, hat sich somit in ihrer Dringlichkeit weiter verschärft.

### **3.1.3. Folgerungen**

Die Auswirkungen sind auch nicht nur theoretischer Natur. Bereits bei Wahl der 2,2ten Wurzel statt der einfachen Quadratwurzel wäre die Luxation des Hüftgelenkes (Krankheit 343) weiterhin in der Krankheitsauswahl enthalten, die Krankheit 101 („Sekundärer Parkinsonismus“) wäre hingegen entfallen.

Die BARMER GEK hat an dieser Stelle keinerlei Präferenz hinsichtlich der betroffenen Krankheiten. Die 2008-er Entscheidung des BVA für die Verwendung der Wurzelfunktion ist allerdings eine Wertentscheidung darüber, was eine „kostenintensive Krankheit“ ist und bis heute umstritten. Daher halten wir es für bedenklich, dass eine Überprüfung, ob diese Entscheidung unter Berücksichtigung einer stark veränderten Datenlage angepasst werden muss, bisher nicht vorgenommen wurde bzw. eine solche Überprüfung zumindest nicht dokumentiert ist.

## **3.2. Gleichstellung der stationären Nebendiagnosen mit ambulanten Diagnosen**

Die BARMER GEK schlägt weiterhin vor, die Entscheidung aus dem Klassifikationsverfahren 2012, stationäre Nebendiagnosen den ambulanten Diagnosen grundsätzlich gleichzustellen, auf die Krankheitsauswahl zu übertragen. Dieser Vorschlag wurde inzwischen bereits mehrfach nicht überprüft. Bei der Krankheitsauswahl werden stationäre Nebendiagnosen daher weiterhin privilegiert, indem sie anders als ambulante Diagnosen keiner Validierung (M2Q) bedürfen.

Der Verzicht auf die Validierung unterstellt für die betroffene Diagnosenart eine höhere Qualität. Bereits im Rahmen der Krankheitsauswahl für 2014 haben wir darauf hingewiesen, dass diese Mehrqualität zumindest unbewiesen ist (vgl. Stellungnahme aus 2013 sowie die dort zitierte Studie).

Tatsächlich ist diese Unterstellung nicht nur unbewiesen, sondern sogar unplausibel. Gegenüber dem Jahr 2009 ist die Anzahl der ambulanten Diagnosen bis 2012 um ca. 3,6% und die der stationären Hauptdiagnosen sogar nur um ca. 2,1 % gestiegen. Die Anzahl der Nebendiagnosen hat hingegen um ca. 18,2% zugenommen. Ein tatsächlicher Morbiditätsanstieg in dieser Höhe hätte sich auch in der Krankenhausfallzahl oder ambulant niederschlagen müssen. Er ist also auszuschließen. Ein Grund dafür, dass im Krankenhausbereich besonders große Diagnosedefizite hätten aufgeholt werden müssen, ist ebenfalls nicht zu erkennen. Tatsächlich besitzt jeder Krankenhausfall inzwischen 4,6 Nebendiagnosen, so dass im deutschen DRG- System kaum noch eine der zusätzlichen Nebendiagnosen Auswirkungen auf den Fallwert hat und damit abrechnungsrelevant ist. Gerade mit dieser Abrechnungsrelevanz war die höhere Qualität der stationären Nebendiagnosen in der Vergangenheit allerdings begründet worden.

Es ist kein Grund dafür erkennbar, dass die Privilegierung von Nebendiagnosen, deren Qualität im Vergleich zu den ambulanten Diagnosen bestenfalls vergleichbar ist, bei der Krankheitsauswahl weniger schädlich ist als im Klassifikationsverfahren, wo diese Privilegierung frühzeitig beendet wurde. Vielmehr wird das Verfahren zumindest bei der Ermittlung der zeitgleichen Durchschnittsausgabe (Schwellenwertprüfung) ersichtlich verzerrt. Durch die überproportionale Zunahme der stationären Nebendiagnosen steigt die Anzahl der Krankheitszuordnungen von Versicherten, bei denen die erhöhten stationären Kosten in die Durchschnittswertberechnung mit eingehen. Dies gilt zwangsläufig aber

verstärkt für Krankheiten, die häufig als stationäre Nebendiagnose auftreten und eine deutlich positive Korrelation zum Lebensalter haben. Die ohnehin problematische Eigenschaft der Schwellenwertprüfung, Krankheiten jüngerer Versicherter mit wenig Komorbiditäten zu benachteiligen, wird auf diese Weise verschärft.

### **3.3. Prüfung einer Zusammenlegung der Krankheiten 317 und 318**

Die Krankheit 317 Angeborene Anomalie der Lunge/des respiratorischen Systems wurde neu aufgenommen, während die Krankheit 318 Angeborene Fehlbildung der Lunge und des Magendarmtraktes bei Kindern (bis max. 5 Jahren) bereits Bestandteil der Krankheitsauswahl war. Bei näherer Betrachtung der ICD-Zuordnung zu den jeweiligen Krankheiten ist festzustellen, dass es sich zu einem großen Teil um medizinisch verwandte ICD-Codes handelt. Die Krankheitsabgrenzung muss jedoch so gestaltet sein, dass Unterschiede in der Kodierpraxis nicht zur Zuordnung zu unterschiedlichen Krankheiten führen. Zudem ist davon auszugehen, dass von der Krankheit 317 ebenfalls überwiegend jüngere Kinder betroffen sind. Vor diesem Hintergrund sollte die Krankheitsabgrenzung der Krankheiten 318 Angeborene Fehlbildung der Lunge und des Magendarmtraktes bei Kindern (bis max. 5 Jahren) und 317 Angeborene Anomalie der Lunge/des respiratorischen Systems bzw. eine Zusammenlegung der Krankheiten geprüft werden.

## **4. Anpassungen an den ICD-10-GM 2014**

Die Anpassungen erscheinen sachgerecht.

Schon jetzt möchten wir aber eine Anregung in Bezug auf das Klassifikationsverfahren festhalten: Die Diagnosen U69.11 und U69.12 und die Diagnosen U69.30 bis U69.32 sollten als Kreuz-Stern-Diagnosen im Klassifikationsverfahren maximal in die jeweils untere HMG eines Hierarchiestrangs führen, da sie keine Information bzgl. des Schweregrads enthalten, sondern nur zu Abrechnungszwecken verwendet werden.