

DAK, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

Nur per Email

An

Bundesversicherungsamt - Ref. 312

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 21.01.2016

**Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung der im Risikostrukturausgleich (RSA)
zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2017**

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 16.12.2015 den Entwurf einer Festlegung der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2017 zur Anhörung gestellt und um Stellungnahme bis zum 22.01.2016 gebeten.

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

Allgemeine Anmerkungen zur Krankheitsauswahl

Die Anpassungen der Krankheitsauswahl für 2017 umfassen neben der Einarbeitung des ICD10-GM-2016 unbearbeitete Vorschläge des Kapitels Gastrointestinaltrakt und nephrologische / neurologische Themen. Wir gehen davon aus, dass andere offene Themen, wie z.B. Anämien, in einem der nächsten Anpassungszyklen aufgegriffen werden.

Bei der Zuordnung von Schlüsselnummern wird teilweise Bezug auf „Exklusiva“ aus dem ICD-10-GM genommen. Hier möchten wir noch einmal hervorheben, dass damit nur Kodiervorgaben zur Verschlüsselung von Diagnosen dokumentiert sind. Bei den Exklusiva sehen wir grundsätzlich nicht die Notwendigkeit, nach denen eine Krankheitsabgrenzung stattfinden muss. So haben Codes zur Verschlüsselung von Herzklappenerkrankungen vielfach Exklusiva aufgeführt. Codes für rheumatische Ursachen zeigen damit an, dass es eigene Codes für nicht-rheumatische Ursachen gibt und umgekehrt. Dennoch können alle

Herzklappenerkrankungen in einer Krankheitsgruppe zusammengefasst werden, was so umgesetzt ist und wir für richtig halten. Bei den pathologischen Frakturen konnte eine Zuordnung zu den Neubildungen nicht erfolgen, da es mehrere Krankheiten zu Neubildungen gibt (es sei denn, es würden alle Neubildungen zusammengefasst werden). Aus diesem Grund wurde für 2016 die neue Krankheitsgruppe „*Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose*“ gebildet. In diese Krankheitsgruppe wurden auch anderenorts nicht klassifizierte pathologische Frakturen (M84.4-) aus der Krankheit 270 „*Osteoporose und Folgeerkrankungen*“ verschoben. Begründet wurde dieser Schritt mit einer nicht sachgerechten Abbildung in der Krankheit 270 wegen dem Exklusivum „*Pathologische Fraktur bei Osteoporose (M80.-)*“. Dagegen sehen wir auch hier keine Notwendigkeit, aufgrund von Exklusiva eine Differenzierung von Krankheitsgruppen vorzunehmen. Es wird doch lediglich eine Aussage zur Verschlüsselung von Diagnosen vorgenommen. Deswegen kann trotzdem eine Krankheitsgruppe „Pathologische Frakturen“ alle pathologischen Frakturen enthalten. Schließlich verweist die Diagnosen M84.4- im Exklusivum auf die M90.7- und dennoch sind beide Diagnosen in der gleichen Krankheit. Es erscheint auch nicht sachgerecht, die Kompressionsfrakturen am Wirbelkörper bei Neubildungen (M49.5-) in einer anderen Krankheit abzubilden als M90.7- „Knochenfraktur bei Neubildung“. Die Bezeichnung von M49.5- „Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ zeigt eine pathologische Fraktur an, die auch in der entsprechenden Krankheit abgebildet werden sollte.

Das Beispiel „pathologische Frakturen“ zeigt die Schwierigkeiten bei der Zuordnung von einzelnen Diagnosen, daneben eine uneinheitliche Argumentationslinie. Die Ursache sehen wir in einem **zu hohen und unnötigen Differenzierungsgrad bei der Krankheitsauswahl**.

Krankheit 203 „Erkrankungen des Ösophagus“

Wir halten es für richtig, keine Differenzierung nach leichteren und schwereren Erkrankungen vorzunehmen, was Aufgabe der Klassifikation ist. Wir schlagen nach ätiologisch /pathogenetischen Kriterien vor, die Diagnose K22.7 „*Barrett-Ösophagus*“ in die Krankheit 205 „*Peptische Ulkuserkrankungen*“ zu verschieben, da es sich ebenfalls um eine magensäurebedingte Erkrankung handelt. In der Folge sollte auch K22.1 „*Ösophagusulkus*“ dahin verschoben werden. Nicht peptisch bedingte Ulzera sind zwar auch enthalten, was jedoch Magen und Ösophagus gleichermaßen betrifft.

Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und/oder Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen oder Angiodysplasien)“

Die Differenzierung und Berechnungsmethode führt im Entwurf für 2017 dazu, dass nicht näher bezeichnete gastrointestinale Blutungen (K92.2) und Bluterbrechen (K92.0) berücksichtigt werden, viele dazu erwartete spezifische Kodierungen jedoch nicht. Diese beiden Diagnosen sowie die akute hämorrhagische Gastritis werden „schweren gastrointestinalen Blutungen“ zugeordnet, die es jedoch nicht sein müssen. Bei Bluterbrechen erfolgt in der Regel eine

stationäre Abklärung in deren Ergebnis eine spezifischere Kodierung möglich ist. Aus diesen Gründen schlagen wir vor, K92.0 „*Hämatemesis*“ in die Krankheit 501 „*AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)*“ zu verschieben. Auch eine K92.2 „*Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet*“ sollte spezifischer kodiert werden können. Von daher muss diese Diagnose den spezifischen nachgeordnet werden, was auch in der Klassifikation Anwendung findet. Ursache ist auch hier der Differenzierungsgrad auf Krankheitsebene, der zu diesem Problem führt. Sofern es keine andere Abgrenzung gibt, bleibt auch bei diesem Kode nur die Verschiebung in Krankheit 501, auch damit keine Fehlanreize entstehen.

Systematische Unterdeckung von Versicherten mit weniger als 4 HMG

— Trotz der jährlichen Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells und immer kleinteiligerer Klassifizierung ist zu beobachten, dass Versicherte mit weniger als 4 HMG systematisch unterdeckt sind. Insbesondere Versicherte mit einer oder zwei HMG sind mit Deckungsquoten von ca. 96% massiv unterdeckt, wohingegen Versicherte ohne HMG mit Deckungsquoten über 105% noch deutlicher überdeckt sind.

— Offensichtlich ist diese mangelhafte Zielgenauigkeit des Morbi-RSA nicht auf ein „unausgereiftes“ Klassifikationsmodell sondern vielmehr auf die bestehende Krankheitsauswahl zurückzuführen.

Wir bitten das BVA daher zu prüfen, welche Faktoren genau dafür ursächlich sind und welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um den Gesetzesauftrag der Verhinderung von Anreizen zur Risikoselektion zu erfüllen.

Wir bitten Sie, die Vorschläge der DAK-Gesundheit zu prüfen und bei der Festlegung zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 zu berücksichtigen.

—
Freundliche Grüße

gez. Dieter Kaske
Leiter Finanzplanung und -steuerung