



## **Anhörung zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2020**

**BVA AZ 312 - 5572.02 - 3302/2018**

### **Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse**

Mit Schreiben vom 14. Dezember 2018 hat das Bundesversicherungsamt die im Ausgleichsjahr 2020 zu berücksichtigenden Krankheiten zur Anhörung gestellt. Zu diesem Entwurf nehmen wir nachfolgend Stellung.

#### **Allgemeine Vorbemerkung**

Für die Ausgleichsjahre 2009 bis 2018 wurde für die Krankheitsauswahl die Verwendung der Wurzelfunktion zur Prävalenzgewichtung bei der Operationalisierung des Auswahlkriteriums „kostenintensiv“ festgelegt. Diese Festlegungen wurden vom BVA jeweils abweichend von der ursprünglichen Empfehlung des ersten Wissenschaftlichen Beirats im Jahre 2008 getroffen.

Zuletzt hat der Wissenschaftliche Beirat die Frage der Prävalenzgewichtung anhand von Gütemaßen im Rahmen der Krankheitsauswahl 2016 geprüft. Dabei wurde festgestellt, dass die zur Diskussion stehenden Alternativen, wie die logarithmische Prävalenzgewichtung, bezüglich der Zielgenauigkeit auf Versichertenebene vergleichbare empirische Ergebnisse liefern.

Diese Erkenntnis wurde durch das Gutachten des IGES-Instituts mit den Professoren Dr. Glaeske und Dr. Greiner bestätigt und darüber hinaus eine quantitative und qualitative Bewertung der Alternativen vor dem Hintergrund eines erweiterten Zielhorizonts des Instruments Morbi-RSA vorgenommen. Die Gutachter kommen zu dem Resultat, dass eine logarithmische Prävalenzgewichtung bessere Ergebnisse im Hinblick auf die Manipulationsresistenz, Kontrollierbarkeit, Justiziabilität und Verteilungswirkung auf Ebene der am Morbi-RSA teilnehmenden Krankenkassen erreicht und somit für faire Wettbewerbsbedingungen in der GKV sorgt. Die Einbeziehung hoch prävalenter Krankheiten mit niedrigen Fallkosten durch die Anwendung der Wurfelfunktion fördert hingegen vor allem den „Kodierwettbewerb“. Daraus resultierende Deckungsgrad- und Beitragssatzunterschiede zwischen Kassen reflektieren heute weniger die effiziente Versorgung von Versicherten als vielmehr die erfolgreiche Sicherung von Zuweisungen aus dem RSA.

Wir schlagen daher vor, diese Erkenntnisse bei der Krankheitsauswahl 2020 zu berücksichtigen und ab dem Ausgleichsjahr 2020 eine logarithmische Prävalenzgewichtung für die Operationalisierung des Kriteriums Kostenintensität für die 80 in den Ausgleich einzubeziehenden Krankheiten vorzunehmen.

## **Zu II: Anpassungen an den ICD-10-GM 2019**

Die aus der Einbeziehung des ICD-GM 2019 resultierenden Anpassungen bei der Krankheitsauswahl halten wir medizinisch-inhaltlich für sinnvoll und unterstützen eine entsprechende Umsetzung.

## **Zu III: Ergebnis der Krankheitsauswahl**

Die rechnerischen Ergebnisse der Krankheitsauswahl, die bei gleichbleibender Auswahlmethode lediglich auf einer aktualisierten Datengrundlage basieren, sind nachvollziehbar.

Allerdings zeigt sich bei näherer Analyse, dass einige der neu dazukommenden Krankheiten sowohl medizinisch-inhaltlich als auch hinsichtlich der Kosten sehr inhomogen sind. Wenn diese Krankheiten nicht direkt für die Krankheitsauswahl gesplittet werden, halten wir es für erforderlich, zumindest bei der weiteren Ausgestaltung des Klassifikationsmodells für die neu dazukommenden Krankheiten entsprechende Differenzierungen bei den Dx-Gruppen vorzusehen, um mit Hilfe geeigneter Gruppierung und Festlegung von Aufgreifkriterien Fehlzuzuweisungen zu vermeiden.

#### **a) Krankheit 52 „Sonstige Erkrankungen des Immunsystems“**

Die ICDs dieser Krankheit umfassen eine Vielzahl an Erkrankungsbildern mit höchst unterschiedlichen Schweregraden. Auch Immundefekte, die nur sehr unspezifisch die Ausprägung und auch die Ätiologie beschreiben, sind in der Krankheit 52 erfasst. Wir gehen daher davon aus, dass im Rahmen des Klassifikationssystems diese ICDs auf verschiedene Morbiditätsgruppen verteilt werden, um die unterschiedlichen Schweregrade und Kostenhöhen angemessen abzubilden.

#### **b) Krankheit 64 „Energie- und Eiweißmangelernährung“**

Zu dieser Krankheit gehören ICDs, die verschiedene Ausprägungen der Mangelernährung und ihre Folgen umfassen. Kwashiorkor bezeichnet eine Form der Mangelernährung, die häufig in Entwicklungsländern unter Kleinkindern auftritt. Marasmus ist dagegen eine schwere Erkrankung, die in Folge einer chronischen quantitativen Mangelernährung entsteht, also durch eine dauerhaft ungenügende Kalorienzufuhr. Bei den betroffenen Patienten besteht ein schwerer Protein- und Energiemangel. Aufgrund dessen ist aus unserer Sicht eine Splittung nach Schweregrad sinnvoll, um die Kostenhomogenität der dieser Krankheit zugehörigen Morbiditätsgruppen zu erreichen.

#### **c) Krankheit 135 „Makuladegeneration“**

Die Krankheit 135 beinhaltet nur die ICD H35.3 (Degeneration der Makula und des hinteren Poles). Die Makuladegeneration ist eine Erkrankung, die die Netzhaut im hinteren Bereich des Auges - an der Makula - angreift. Im Verlauf der Krankheit kommt es zu einem fortschreitenden Sehverlust.

Die weitaus häufigste Form ist die Altersbedingte Makuladegeneration (AMD). Es wird dabei unterschieden zwischen einer "trockenen" und einer "feuchten" AMD. Eine Heilung der Erkrankung ist bis heute nicht möglich, durch eine Therapie ist es jedoch in vielen Fällen möglich, das Fortschreiten der Erkrankung zu stoppen oder zu verlangsamen. Bis heute stehen

nur für die feuchte Form der AMD verschiedene Behandlungsformen zur Verfügung. In großen Studien gesichert ist die Wirkung der intravitrealen Injektion von VEGF-Hemmern. Diese Medikamente wirken nur für einen begrenzten Zeitraum und sind durchaus hochpreisig. In der Regel sind wiederholte Injektionen erforderlich. Daher ist hier das Aufgreifkriterium "Arzneimittel obligat" sinnvoll und trägt zur Verringerung des Manipulationspotentials bei.

#### **d) Krankheit 136 „Retinopathien und sonstige Affektionen der Netzhaut“**

Diese Krankheit umfasst verschiedenste Arten der Retinopathien, wie z.B. angeborene und erworbene sowie unspezifische Affektion der Netzhaut. Des Weiteren berücksichtigt diese Krankheit die Retinopathia diabetica (ICD:H38). Wir halten bei der Ausgestaltung des Klassifikationssystems eine Trennung der verschiedenen Schweregrade für erforderlich. Für die ICD H38 Retinopathia diabetica ist dabei eine gesonderte DxG zu bilden, welche den HMGs der Hierarchie 3 Diabetes zugeordnet wird. Dieses Vorgehen entspricht dem Vorgehen bei der diabetischen Neuropathie, die ebenfalls in die Hierarchie Diabetes eingegliedert ist.

#### **e) Krankheit 176 „Nicht-infektiöse Erkrankungen des Lymphsystems und der Milz“**

Die hier berücksichtigten ICDs umfassen Diagnosen, die auf unterschiedlichen Ätiologien und Ausprägungen basieren.

Die Krankheit berücksichtigt unter anderem ICDs, die ein Lymphödem beschreiben. Ein Lymphödem entsteht in der Regel nach erfolgter Lymphknotenresektion, zum Beispiel während einer Tumorchirurgie. Einige der ICDs benennen auch explizit die Mastektomie, andere nur den Grad der Ausprägung und den Erscheinungsort. Daneben werden Veränderungen von Lymphknoten, deren Ursache für die pathologische Veränderung nicht nachvollziehbar ist, inkludiert. Bei beiden Entitäten handelt es sich um eine chronische Erkrankung.

Eine weitere Gruppe beschreibt Erkrankungen der Milz. Hier sollte nach Ausprägung und Ausmaß des Therapieumfanges differenziert werden. Die Infarzierung der Milz (ICD D73.5) benennt einen Milzinfarkt, der auf einer deutlichen Durchblutungsstörung basiert. Diese Diagnose ist stationär zu behandeln und daher mit dem Aufgreifkriterium stationär erforderlich zu versehen.

Der Hypersplenismus (ICD D73.1) ist dagegen eine Komplikation einer vergrößerten Milz. Diese entsteht schleichend und ist als ein chronisches Krankheitsbild anzusehen.

#### **f) Krankheit 243 „Dekubitalgeschwüre“**

Die Krankheit umfasst alle Formen und Ausprägungen von Druckgeschwüren durch Wundliegen. Auch hier sollten die verschiedenen ICDs nach Schweregrad differenziert werden, um kostenhomogene Gruppen zu bilden. Ab Dekubitus Grad 3 reicht das Druckgeschwür bis zur Muskulatur unter der Haut. Man sieht ein tiefes, offenes Geschwür. Unter der gesunden Haut im Randbereich des Dekubitus befinden sich manchmal "Taschen", die vom Geschwür ausgehen. Die Therapie beinhaltet in diesen Fällen oftmals eine chirurgische Intervention in Form von z.B. Wunddebridement und/oder eine hochspezifische Wundbehandlung (z.B. Vakuum-Therapie), die nur während eines stationären Aufenthalts gewährleistet werden kann. Daher halten wir für die hohen Schweregrade aus dieser Krankheit das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" für notwendig.

#### **g) Krankheit 277 „Zystitis, andere Infektionen der Harnwege“**

Hier handelt es sich um eine Zusammenstellung von akuten und chronischen Krankheitsbildern mit deutlichen Unterschieden in den Behandlungskosten. Die Diagnosen, die einen akuten Harnwegsinfekt beschreiben, geben keinerlei Hinweis auf den Ursprung der Erkrankung. Es kann sich zum einen um einen banalen Harnwegsinfekt nach einer "Blasenerkältung" oder um eine Komplikation, nach z.B. Legen einer Urindrainage handeln.

Die Patienten, die einen Dauerkatheter benötigen, haben meist ein fortgeschrittenes Alter erreicht oder sind ohnehin schwer krank. Nicht nur im Pflegeheim werden Harnwegsinfekte, die auf das Legen eines Dauerkatheters zurückzuführen sind, häufiger zum Problem. Gleiches gilt auch in vielen Krankenhäusern, wo zum Beispiel Patienten, die auf der Intensivstation liegen und nicht selbstständig zur Toilette gehen können, solch einen Katheter gelegt bekommen. Schon nach sieben Tagen entwickelt sich bei 10 bis 25 Prozent aller Patienten mit einem Blasenkateter ein derartiger Harnwegsinfekt.

Eine Blasenentzündung ist im Normalfall gut zu behandeln, dagegen stellt ein Harnwegsinfekt in Verbindung mit einem Blasenkateter ein deutlich größeres Problem dar. Solch eine komplizierte Blasenentzündung geht häufiger mit schwerwiegenden Symptomen und Komplikationen sowie deutlich höheren Kosten einher. Zudem erholen sich die Betroffenen in der Regel nicht so schnell von der Blasenentzündung, als wenn eine gesunde Frau in jungen Jahren an einem unkomplizierten Harnwegsinfekt erkrankt wäre.

Zur Vermeidung von Manipulationen und Fehlzusammenhängungen ist eine Validierung dieser Diagnosen, die zur Kodierung des akuten Blasen- bzw. Harnwegsinfekts benutzt werden kann, unabdingbar.

Eine Arzneimittelvalidierung ist bei dieser Erkrankung jedoch nicht zielführend. Die Leitlinien empfehlen eine antibiotische Behandlung des unkomplizierten Harnwegsinfekts in Form von einer Eintagestherapie bis zu einer dreitägigen Anwendung je nach angewendetem Präparat, so dass die Regeln der Arzneimittelvalidierung hier nicht greifen können. Aufgrund dessen sollten diese ICDs zur Sicherung der Validität und des Schweregrades nur aus dem stationären Bereich berücksichtigt werden.