

Bundesversicherungsamt
Referat VII 2 - Risikostrukturausgleich
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

AOK-Bundesverband
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Gesprächspartner

Frau Schawo, Herr Dr. Schillinger

Durchwahl

0228 843-426

Abteilungsstefax

0228 843-722

E-Mail

werner.schneider @bv.aok.de

Zeichen / Doku

IV (0) DS

Datum

11.04.2008

Fachliche Stellungnahme zum Entwurf einer „Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt“ vom 27.03.2008

Sehr geehrter Herr Otto,

zu Ihrem mit Schreiben vom 27.03.2008 übermittelten Entwurf einer Krankheitsauswahl nehmen wir wie folgt Stellung:

Der Entwurf einer Krankheitsauswahl basiert auf dem vom wissenschaftlichen Beirat vorgelegten Gutachten und den hierzu eingegangenen Stellungnahmen der Spitzenverbände der Krankenkassen, einzelner Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Verbände der Leistungserbringer und Patienten. Damit stellt der Entwurf die Transparenz über alle rechtlichen, methodischen und medizinischen Aspekte der bisherigen fachlichen Vorarbeiten her. Mit der detaillierten Bewertung der Entscheidungskriterien, der Erläuterung der Auswahlsschritte und der statistischen Analysen sowie der rechtlichen und methodischen Begründung der Ergebnisse der Krankheitsauswahl bietet der Entwurf eine geeignete Grundlage für die nunmehr anstehende Entscheidung des Bundesversicherungsamts nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV.

Zum Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats hatte der AOK-Bundesverband mit Schreiben vom 01.02.2008 bereits Stellung genommen. Auch wenn das Bundesversicherungsamt in einigen Fragen andere fachliche Bewertungen vertritt und in etlichen Detailpunkten zu entsprechend abweichenden Definitionen und Analyseschritten kommt, halten wir die vorliegende Krankheitsauswahl für rechtlich, statistisch und medizinisch hinreichend begründet. Soweit wir in Einzelfragen noch Änderungs- oder Aktualisierungsbedarf sehen, kann dieser bei der jetzt anstehenden BVA-Entscheidung zur Krankheitsauswahl oder im Zuge der in diesem Jahr noch anstehenden Umsetzungsschritte berücksichtigt werden.

. . .

Im Einzelnen:

Gewichtung der Prävalenz

Die im Gutachtervorschlag vorgeschlagene Modifizierung der Prävalenz durch die Logarithmierung wurde von allen Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie zahlreichen Ärzte- und Patientenverbänden kritisch bewertet. Die nun vom Bundesversicherungamt verwendete Wurzelfunktion zur Bewertung der Prävalenz ist eine Alternative, der aus rechtlichen und methodischen Gründen der Vorzug zu geben ist. Damit wird den vorgegebenen Auswahlkriterien „kostenintensiv“ und „chronisch“ sowie der Zielsetzung in Bezug auf die Versorgungsrelevanz der Krankheiten Rechnung getragen. Zudem werden die Analyseergebnisse im Gegensatz zum Logarithmus nicht vom Stichprobenumfang beeinflusst. Denn bei Anwendung des Logarithmus würden hohe Prävalenzen bei großen Stichproben stärker abgeschwächt als bei kleinen Stichproben, was die Reihenfolge der Krankheiten in Bezug auf die Kostenhierarchien beeinflussen kann. Die mit der Anwendung des Logarithmus insoweit bestehenden Verzerrungs- und Willküreffekte werden mit der Wurzelfunktion vermieden. Die Prävalenzgewichtung wird damit rechtsstabiler.

Ermittlung der Krankheitskosten mittels eines Regressionsverfahrens

Bei den im Gutachten des wissenschaftlichen Beirats ausgewiesenen Krankheitskosten handelte es sich nicht um die krankheitsspezifischen Kosten der beurteilten Krankheit, sondern um sämtliche durchschnittlichen Kosten der betroffenen Versicherten, die unter anderem auch die spezifischen Kosten der betrachteten Krankheit aufweisen. Insbesondere gingen die Kosten von multimorbiden Kranken in voller Höhe bei jeder Krankheit ein, die dem Versicherten zugeordnet wurde. Dies führte dazu, dass für Krankheiten, die im prospektiven Ansatz keine Kosten verursachen, unplausible Kosten für die weiteren Berechnungen zugrunde gelegt wurden. Ein Beispiel hierfür bildet die Katarakt, die in der prospektiven Betrachtung - adäquat isoliert - korrekterweise mit Null Kosten bewertet werden müsste, in der Beiratsmethode jedoch mit 3.929 Euro bewertet wurde. Über die Altersstandardisierung wurde dieses Verzerrungsproblem nicht gelöst.

Die Ermittlung der krankheitsspezifischen Kosten durch die Anwendung eines Regressionsverfahrens ist sachgerecht, weil damit die dargestellte Verzerrung vermieden wird. Zudem ist ein solches Verfahren wissenschaftlich üblich und für die Berechnung der Morbiditätszuschläge ausdrücklich rechtlich vorgegeben. Auch die Analyseergebnisse der Regression ergeben nunmehr realistische prospektive Kosten, die spezifisch der betrachteten einzelnen Krankheit zuzuordnen sind. Beispiele: Für die Katarakt entstehen keine Kosten, für Typ-2-Diabetes 871 Euro, für Asthma bronchiale 369 Euro.

Identifikation der Kranken

Da eine Zuordnung von Arzneimittelwirkstoffen zu Krankheiten im gegenwärtigen Stadium der Krankheitsauswahl nicht möglich ist, bietet sich die im BVA-Entwurf gewählte Methodik zur Diagnosesicherung an: Dort wird eine Erkrankung einem Versicherten nur dann zugeordnet, wenn diese mindestens in zwei Quartalen im ambulanten Sektor oder mindestens einmal im stationären Sektor verschlüsselt wurde.

Die Bedingung, dass eine Erkrankung im ambulanten Bereich mindestens in zwei Quartalen kodiert sein muss, vermeidet Unplausibilitäten, wie sie im Gutachten des Beirats beobachtet wurden. Beispiele:

- Im Entwurf des BVA wird eine Prävalenz von HIV/AIDS von ca. 0,08 % ermittelt; das Robert-Koch-Institut gibt 0,07 % an. Das Gutachten des Beirats ermittelte stattdessen ca. 0,13 %.
- Bei Diabetes mellitus beträgt die erwartete Prävalenz 6,8 %; im BVA-Entwurf wird eine Prävalenz von ca. 7,5 % ermittelt. Im Beirats-Gutachten beträgt sie dagegen ca. 8,2 %.
- Für die Depression liegt der Erwartungswert bei 6,9 % (Bundesgesundheitssurvey); die Prävalenz im BVA-Entwurf liegt bei etwa 6,7 %. Im Beirats-Gutachten dagegen liegt sie bei etwa 9,9 %.

Durch die Zusatzbedingung „Kodierung in zwei Quartalen“ näherten sich die vom BVA ermittelten Prävalenzen den Erwartungswerten somit deutlich an. Die tendenziell leicht überschätzten Prävalenzen zeigen jedoch, dass die Einbeziehung der Arzneimittelverordnungen zur Identifikation der Erkrankten in Verbindung mit den ambulanten Diagnosen beim Einsatz des Klassifikationsmodells in der Regel notwendig ist. Wir regen deshalb an, die Ergebnisse der Krankheitsauswahl in einem späteren Stadium der Morbi-RSA-Umsetzung noch einmal abschließend zu plausibilisieren.

Krankheitsauswahl

Für die Durchführung des Regressionsverfahrens war eine vorherige Zusammenfassung der Diagnosegruppen zu den abgrenzbaren Krankheiten notwendig. Das Vorgehen des Bundesversicherungsamts hierzu ist somit sachgerecht.

Zur Krankheitsauswahl und Diagnosezuordnung regen wir an:

Das ductale Carcinoma in situ der Brustdrüse (DCIS, ICD 10 D05.1) gleicht in seinem onkologischen Verhalten und in der Therapie den bösartigen Neubildungen der Brustdrüse. Es besteht eine Rezidivrate von 25 bis 50 %; bei der Operation ist ein Sicherheitsabstand von 5 bis 10mm notwendig, und damit ein größerer Sicherheitsabstand als bei einem invasiven Karzinom (1mm). Abhängig von Größe und Sicherheitsabstand wird für das DCIS eine Nachbestrahlung empfohlen. Daher ist die Zuordnung des DCIS in das Kapitel D der ICD 10 unpassend. Richtiger wäre eine Zuordnung zu den bösartigen Neubildungen der Brustdrüse. Deshalb wird vorgeschlagen, das DCIS (ICD D05.1) der Krankheit 10 (Bösartige Neubildung der Brustdrüse) zuzuordnen.

Bei den Erkrankungen, die mit Frühgeburten in Zusammenhang stehen, erfolgte jedoch keine ausreichende Zusammenfassung der Diagnosen zur Erkrankung. Bei einem Neugeborenen unter 1500g Geburtsgewicht (Krankheit 351), das intensivmedizinisch behandelt wird, müssen zwangsweise auch „Schwerwiegende Probleme während der Perinatalperiode (352)“ verschlüsselt werden. In der Regel besteht bei diesen Kindern auch ein „Infant respiratory distress syndrome (RDS) / andere schwere perinatale Beatmungskomplikationen“. Da sich die Kosten der Frühgeburten in der Liste des BVA auf diese drei Erkrankungen verteilen, erklären sich die unplausibel niedrigen Kosten von 297 Euro bei Neugeborenen unter 1500g Geburtsgewicht. Daher wird eine Zusammenfassung der Krankheiten 351, 352 und 353 angeregt.

Die bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane (Krankheit 30) verfehlen knapp die Kriterien für eine Anerkennung hinsichtlich der Kostenintensität. Hierbei handelt es sich um schwerwiegende Tumorerkrankungen. Deshalb wird angeregt, diese Tumoren aufzunehmen. Auch aus Gender-Aspekten wäre eine Aufnahme der bösartigen Neubildungen der

männlichen Genitalorgane bei gleichzeitiger Nichtaufnahme der bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane schwer begründbar.

Bei der Makuladegeneration (Krankheit 235) haben sich die Therapiekosten der feuchten Makuladegeneration durch die arzneimittelrechtliche Zulassung von Ranibizumab Anfang 2007 grundlegend geändert. Die Therapiekosten belaufen sich mit diesen Wirkstoffen bei dreimaliger Gabe auf rd. 5.000 Euro und bei zwölfmaliger Gabe auf eine Höhe bis zu 20.000 Euro. Diese Kosten bilden sich in den Daten von 2005 und 2006 nicht ab. Die erheblich geänderten Therapiekosten müssen jedoch in der Krankheitsauswahl berücksichtigt werden. Es wird deshalb vorgeschlagen, die Makuladegeneration aufzunehmen.

Eine Schwangerschaft hat keinen Krankheitswert und sollte deshalb aus rechtlichen Gründen nicht in die Krankheitsauswahl aufgenommen werden. Da die Schwangerschaft nach neun Monaten endet, scheitert ihre Aufnahme zudem an der Voraussetzung der Chronizität. Gleiches muss folglich auch für ihre Komplikationen gelten. Wir regen deshalb an, die Schwangerschaft einschließlich der Komplikationen auszuschließen.

Für vertiefende Erläuterungen und Erörterungen stehen wir selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

gez. Werner Schneider