



Deutsche Rentenversicherung  
Knappschaft-Bahn-See  
Dez. IV.4  
Königsallee 175  
44789 Bochum  
Tel. 0234 304 - 0  
www.kbs.de

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See • 44789 Bochum

vorab per Fax: 0228/6191867

Bundesversicherungsamt  
Geschäftsstelle des  
Wissenschaftlichen Beirates  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

Ihr Zeichen/Ihre Nachricht vom  
VII2-5572.0  
Unser Zeichen/Unsere Nachricht vom  
Dez. IV.4./Ku013101  
Ihr Ansprechpartner  
Hans Kulig  
Tel. 0234 304 - 44000  
Fax 0234 304 - 944000  
hans.kulig@kbs.de  
Bochum, 11. April 2008

## Stellungnahme der Knappschaft zum Vorschlag des Bundesversicherungsamtes zur Auswahl der 50-80 Krankheiten

Sehr geehrte Damen und Herren,

### I. Ausgangssituation

Am 27.03.2008 hat das Bundesversicherungsamt (BVA) den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen einen eigenen Vorschlag zur Krankheitsauswahl unterbreitet. Gegenüber dem vom wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen Modell enthält der Vorschlag des BVA eine Vielzahl von Änderungen. Zu den wesentlichen Punkten wird im Folgenden Stellung bezogen. In einem abschließenden Fazit wird der Standpunkt der Knappschaft zu dem Vorschlag zusammengefasst.

### II. Änderungen gegenüber dem Modell des wissenschaftlichen Beirats

#### 1. Definition der Krankheitsbegriffe auf größeren Analyseeinheiten

Der wissenschaftliche Beirat hatte die Begriffe „schwerwiegend“ und „chronisch kostenintensiv“ auf Ebene der einzelnen Dx-Gruppen definiert. Laut BVA erfüllt jedoch eine einzelne DX-Gruppe im Allgemeinen nicht das Kriterium einer eng abgrenzbaren Krankheit. Aus diesem Grunde definiert das BVA den Begriff „Krankheit“ als eine inhaltlich begründete Zusammenfassung bestimmter Dx-Gruppen und legt erst anschließend auf Basis dieser aggregierten Analyseeinheiten die Begriffe „schwerwiegend“ und „chronisch kostenintensiv“ fest.

Die Knappschaft teilt die Ansicht des BVA. Durch die vorgelagerte Aggregation der Dx-Gruppen zu „Krankheiten“ wird die Problematik der teilweise sehr geringen Fallzahlen in einzelnen Dx-Gruppen als auch der ungenauen bzw. uneinheitlichen Kodierpraxis beseitigt. Vor allem wird das methodische Vorgehen auf diese Weise konsistent, indem nicht mehr nachträglich nach Prüfung der Kriterien „schwerwiegend“ und „chronisch kostenintensiv“ Änderungen vorgenommen werden.

IK 1099 0500 3

SEB AG Bochum  
Konto 1 173 334 400, BLZ 430 101 11

Commerzbank AG Bochum  
Konto 1 065 200, BLZ 430 400 38

Deutsche Bank AG Bochum  
Konto 1 608 845, BLZ 430 700 61

Dresdner Bank Bochum  
Konto 8 020 188, BLZ 430 800 83

Deutsche Bundesbank Bochum  
Konto 43 001 610, BLZ 430 000 00

Sparkasse Bochum  
Konto 1 300 474, BLZ 430 500 01

Postbank: Niederlassung Dortmund  
Konto 2 886 462, BLZ 440 100 46

## 2. Fehlende Berücksichtigung der Arzneimittel

In § 31 Absatz 2 RSAV heißt es wörtlich: "In dem Gutachten nach Satz 1 Nr.2 sind für alle ausgewählten Krankheiten auch die zur Identifikation dieser Krankheiten erforderlichen ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffe zur Ermittlung der entsprechenden Morbiditätsgruppen des gewählten Klassifikationsmodells anzugeben." Neben anderen Spitzenverbänden hatte auch die Knappschaft aus diesem Grunde die Nichtberücksichtigung der Arzneimittel kritisiert. Das BVA interpretiert den Gesetztext jedoch so, dass eine nachträgliche Arzneimittelzuordnung sich an die bereits erfolgte Krankheitsauswahl anschließen könne.

Das BVA teilt allerdings die Befürchtung, dass es ohne weitere Validierung der Diagnosen zu sogenannten Verdünnungseffekten kommen kann, interpretiert diese aber offenbar anders, als diese von den Spitzenverbänden vorgetragen wurden. Wie das vom AOK-BV genannte Beispiel Morbus Gaucher zeigt, können bei einer Krankheitsdefinition ausschließlich über Diagnosen Krankheiten mit einem hohen Arzneimittelverbrauch unberücksichtigt bleiben: Morbus Gaucher wird in der DxG 119 mit kaum kostenauffälligen Diagnosen „verdünnt“, während diese Erkrankung durch ihre spezifischen, extrem teuren Arzneimittel charakterisiert wird. Das BVA versteht unter „Verdünnung“ lediglich eine gegenüber externen Studien zu hohe Prävalenz einzelner Erkrankungen und schlägt vor, eine Diagnose nur dann in die weiteren Berechnungen miteinfließen zu lassen, wenn sie in einem anderen Quartal durch eine dasselbe Krankheitsbild widerspiegelnde Diagnose bestätigt wurde (interne Diagnosevalidierung).

Der Ansicht des BVA, eine Benennung der Arzneimittelwirkstoffe im Rahmen des Klassifikationsmodells vorzunehmen, kann gefolgt werden. Wir plädieren allerdings dafür, bei der Ausgestaltung des Klassifikationsverfahrens Verzerrungen, die durch die Nichtberücksichtigung von Arzneimitteln entstehen, weitestgehend auszuschließen. Das Verfahren zur internen Diagnosevalidierung wird begrüßt.

## 3. Alters- und geschlechtsstandardisierte Mittelwerte (relative Kosten)

Das BVA verteidigt die vom Beirat vorgenommene Standardisierung der Durchschnittsausgaben bezüglich Alter und Geschlecht. Ohne eine solche Standardisierung würden für diese Versicherten deutlich höhere Durchschnittskosten ermittelt, ohne dass diese erhöhten Kosten der jeweiligen Krankheit zuzuordnen wären. Durch die Wahl eines Regressionsmodells (vgl. Tz. II.5) erübrige sich jedoch die Notwendigkeit eines solchen Verfahrens.

Die Knappschaft bleibt bei ihrer Kritik an der ausschließlichen Verwendung altersstandardisierter Kosten, wie sie vom Beirat vorgenommen wurde. Dabei liegt die Betonung auf dem Attribut „ausschließlich“. Demgegenüber stellt der vom BVA gewählte Ansatz, über eine Regression, die sich über die Altersstandardisierung hinaus auch auf die über Dx-Gruppen definierten Krankheiten bezieht (vgl. Tz. I.1), die mit der jeweiligen Krankheit verbundenen Kosten zu isolieren, eine gewichtige Verbesserung dar. Eine Diskriminierung von Erkrankungen, die vorwiegend im Alter auftreten, ist nun unseres Erachtens nicht mehr gegeben, insofern das Alter über die Sockelbeträge des Klassifikationsmodells Berücksichtigung finden wird.

## 4. Änderung der Prävalenzgewichtung

Die vom Beirat vorgenommene logarithmische Gewichtung der Prävalenz war von den Spitzenverbänden beinahe einhellig als nicht sachgerecht beurteilt worden. Wie das BVA richtig feststellt, ist der Logarithmus diejenige Funktion, bei der die Prävalenz am stärksten nach unten gewichtet wird. Diese Gewichtung hält auch das BVA für übertrieben und im Hinblick auf § 265 SGB V (Ausgleichsregelung für aufwändige Leistungsfälle) auch nicht für notwendig. Auf der anderen Seite verwirft das BVA aber auch eine rein lineare Fallgewichtung, weil hierdurch Volkskrankheiten mit nur unerheblich überdurchschnittlichen Ausgaben berücksichtigt

würden, viele teure Krankheiten hingegen nicht. Als Konsequenz hat sich das BVA zu einer Prävalenzgewichtung mittels der Wurzelfunktion entschlossen.

Die Verwendung der Wurzelfunktion ist sachgerechter als die vom Beirat verwendete Prävalenzgewichtung. Auf diese Weise wird ein geeigneter Ausgleich zwischen den an sich divergierenden Zielen geschaffen, einerseits Volkskrankheiten und andererseits vergleichsweise seltene, aber teurere Erkrankungen zu berücksichtigen.

## 5. Einführung eines Regressionsmodells zur Ermittlung der Krankheitskosten

Zur Erklärung der annualisierten Ausgaben des Jahres 2006 führt das BVA eine gewichtete Regression durch, deren Regressoren Alter und Geschlecht (zusammengefasst in 34 Kategorien), der Erwerbsminderungsstatus (6 Kategorien) sowie die unter II.1 beschriebenen 367 Krankheiten darstellen. Dabei bedeutet „annualisiert“, dass die Ausgaben für Versicherte, die nicht das ganze Jahr 2006 über versichert waren, auf das Jahr hochgerechnet werden. Ausnahme bilden die Ausgaben für Verstorbene, deren Ausgaben nicht hochgerechnet werden, um eine ungerechtfertigte Aufblähung der Kosten zu vermeiden. Das Gewicht eines jeden Versicherten ist dann definiert als die Anzahl seiner Versichertentage im Jahr 2006 dividiert durch 365 bzw. als Wert 1, wenn der Versicherte 2006 verstarb. Leider gibt das BVA keine formelmäßige Beschreibung seines Modells an, jedoch kann sachlogisch eigentlich nur Folgendes gemeint sein: Gehört ein Versicherter zu einer der Gruppen, die durch die Regressoren abgebildet werden, so erhält der zugehörige Vektor an dieser Stelle im Allgemeinen nicht den Wert 1, sondern sein von den Versichertentagen abhängiges Gewicht, also einen Wert, der zwischen 0 und 1 liegt. Dieses Verfahren wird für die Ausgaben des HLB 5 aufgrund seiner mangelhaften Ausschöpfungsquoten getrennt durchgeführt.

Die aus diesem Verfahren resultierenden Regressionskoeffizienten interpretiert das BVA als die mit der jeweiligen Krankheit verbundenen Mehrkosten. Diese Kosten sind es, die dann mit der wurzelgewichteten Prävalenz multipliziert werden. Die resultierenden Faktoren werden dann als ein Maß für die Bedeutung einer Erkrankung aufgrund ihrer Kostenintensität für die gesamte GKV aufgefasst.

Mit der Verwendung eines gewichteten Regressionsverfahrens verfolgt das BVA das Ziel, die mit einer einzelnen Erkrankung verbundenen Mehrkosten zu isolieren. Anhand des Beispiels „Urininkontinenz“ verdeutlicht das BVA die Vorzüge dieses Verfahrens. Von der Urininkontinenz betroffene Versicherte weisen mittlere Kosten von 3.948 € auf, während die alters- und geschlechtsadjustierten Erwartungskosten 2.840 € betragen. Die hieraus resultierenden Mehrkosten von 1.108 € können jedoch nur schwerlich auf die Inkontinenz allein zurückgeführt werden. Vielmehr verbergen sich hinter diesem Betrag auch Ausgaben, die noch durch andere, zum Teil auch mit der Inkontinenz zusammenhängende Krankheiten verursacht werden, etwa Verletzungen des Rückenmarks oder Erkrankungen der Harnorgane. Auf die Inkontinenz für sich genommen entfallen laut Regression nur ca. 184 €, ein Wert also, der den mit der Inkontinenz verbundenen Ressourcenaufwand ungleich plausibler abbildet. Es ist nun dieser deutlich geringere Wert, der unter dem Begriff „Erwartete Mehrkosten“ bei der Beurteilung der Kostenintensität der Urininkontinenz berücksichtigt wird. Dieses Beispiel zeigt, dass das vom BVA gewählte Verfahren zur Beurteilung der Kostenintensität eine deutliche Verbesserung gegenüber dem Konzept des Gutachtens darstellt, insbesondere auch aufgrund der geänderten Prävalenzgewichtung (vgl. Tz. II.4).

## 6. Prüfung der Erklärungsgüte des BVA-Modells

Das BVA hat keine Parameter zur Erklärungsgüte des Modells der Krankheitsauswahl ermittelt. Insbesondere interpretiert das BVA die in der amtlichen Begründung zur RSAV geforderte R-Quadrat-Prüfung anders als die Knappschaft: diese beziehe sich nicht auf die 80 ausgewählten Krankheiten an sich, sondern auf das mit diesen Krankheiten konzipierte Klassifikationsmodell.

Die unterschiedliche Auslegung dieser Textstelle durch die Knappschaft beruht auf der unterschiedlichen Auffassung zur Rolle der Arzneimittel bei der Krankheitsauswahl (vgl. Tz. II.2). Ohne die Berücksichtigung der Arzneimittel ist keine Prüfung des R-Quadrat-Wertes möglich. Der BVA-Argumentation kann somit auch in diesem Punkte gefolgt werden.

## 7. Prüfung des Schwellenwertkriteriums

Im Gutachten des wissenschaftlichen Beirats war die Schwellenwertprüfung erst nachrangig nach der Festlegung der Krankheiten über das Kriterium „kostenintensiv“ durchgeführt worden. Dies wurde kritisiert, da hierdurch eine Vorauswahl getroffen wird. Auch das BVA wendet das Schwellenwertkriterium als letzten Schritt nach Auswahl der 80 Krankheiten an.

Die nachrangige Anwendung des Schwellenwertkriteriums erfolgt beim BVA-Vorschlag unter völlig anderen Voraussetzungen. Während im Gutachten des wissenschaftlichen Beirates die Festlegung des Begriffes „kostenintensiv“ wegen der logarithmischen Prävalenzgewichtung und des Begriffes der relativen Kosten nicht nachvollziehbar war, hat hier das BVA ein schlüssiges und überzeugendes Konzept vorgelegt. Insbesondere das Beispiel der Urininkontinenz zeigt, dass die Schwellenwertprüfung bei isolierter Betrachtung zu abwegigen Resultaten führt: während die mittleren Kosten der hiervon Betroffenen mit 3.948 € deutlich über dem Schwellenwert liegen, sind nur ca. 184 € auf die Inkontinenz selbst zurückzuführen.

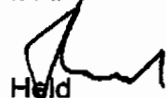
## III. Fazit

Der Vorschlag des BVA zur Krankheitsauswahl stellt unseres Erachtens eine tragfähige Lösung dar. Die Kernmängel des Gutachtermodells, nämlich die logarithmische Prävalenzgewichtung und die ausschließliche Betrachtung alters- und geschlechtsadjustierter Durchschnittskosten, sind behoben worden. Die Verwendung einer gewichteten Regression zur Isolierung der mit einer Krankheit verbundenen erwarteten Ausgaben und die Verwendung dieser isolierten Ausgaben zur Definition des Begriffes „kostenintensiv“ ist durchdacht und nachvollziehbar. Bezüglich der Interpretation der rechtlichen Vorgaben akzeptieren wir die Auslegung des BVA.

Mit freundlichen Grüßen

Die Geschäftsführung

I. A.



Held  
Abteilungsleiter