

**Mitgliedschaftsrecht/
Rechnungswesen**VdAK / AEV • 53719 Siegburg**Bundesversicherungsamt
Referat VII 2
Friedrich-Ebert-Allee 38****53113 Bonn**Frankfurter Straße 84
53721 Siegburg
Telefon: 0 22 41 / 108 - 0
Telefax: 0 22 41 / 108 - 248
Internet: www.vdak-aev.de**Ansprechpartner:**
Manfred Baumann
Durchwahl: 286, Fax: 403
Manfred.Baumann@vdak-aev.de0409bs01
104/Ba/st**10. April 2008****Risikostrukturausgleich (RSA)**

- **Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Krankheitsauswahl des BVA**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß § 31 Abs. 4 RSAV hat das BVA die im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten festzulegen. Diese Auswahl mit entsprechenden Erläuterungen ist den Spitzenverbänden der Krankenkassen am 27.3.2008 mit der Bitte um Stellungnahme zum 11.4.2008 übermittelt worden.

Die Stellungnahme des VdAK/AEV zu den wichtigsten Bewertungspositionen zum methodischen Vorgehen des BVA im Unterschied zu demjenigen des Wissenschaftlichen Beirats ist als Anlage beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen


Norbert MinnAnlage(n)

STELLUNGNAHME zur Auswahl der Krankheiten durch das BVA zur Be- rücksichtigung im morbiditätsorientierten RSA

Stand: 9.04.2008

Bewertungspunkte – Gliederung

1. Grundsätzliche übergreifende Anmerkungen

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Krankheitsbegriff: Zusammenfassung von DxGruppen zu Krankheiten

2.2 Datengestützte Krankheitsauswahl: Operationalisierung und Berechnungsmodus „Kostenintensität“

3. Datenbasis: Qualität und Probleme der Datenbasis / Darstellungsprobleme

1. Grundsätzliche übergreifende Anmerkungen

A. Vorgehen des BVA

- a) Aufbauend auf den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA zur Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten gemäß § 31 Abs. 1 RSAV hat das Amt gemäß § 31 Abs. 4 RSAV einen Entwurf einer abschließende Krankheitsauswahl vorgenommen und gemäß Verordnung die Spitzenverbände der Krankenkassen um Stellungnahme bis zum 11.4.2008 gebeten. Bei der Krankheitsauswahl des BVA wurden auch die in zahlreichen Stellungnahmen zu dem im Januar 2008 veröffentlichten Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates vorgetragenen Kritikpunkte und Änderungsvorschläge aufgegriffen, bewertet und ggf. bei der endgültigen Krankheitsauswahl berücksichtigt.
- b) Das BVA übernimmt teilweise den von den Gutachtern des Wissenschaftlichen Beirates eingeschlagenen methodischen Weg, weicht aber in einigen Punkten hiervon ab. Bestimmte Modifikationen, die vom BVA vorgenommen wurden, sind Ergebnis der Wertung der vorgetragenen Kritikpunkte, vom Amt begründet und konkret erläutert.
- c) Die vom BVA festgelegte Krankheitsauswahl ist weiter gefasst als die Krankheitsempfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates. Es werden nunmehr als Ergebnis des Auswahlprozesses auch die heutigen DMP-Indikationen und weitere verbreitete „Volkskrankheiten“ einbezogen. Damit wird ein hinsichtlich des Kostenvolumens höheres Maß an Morbidität abgedeckt als dies aus der Liste der Krankheiten des Wissenschaftlichen Beirates zu erwarten gewesen wäre.

B. Stellungnahme

- a) Es ist positiv zu werten, dass das BVA die Kritikpunkte und Veränderungsvorschläge der eingegangenen Stellungnahmen von Spitzenverbänden der Krankenkassen, einzelner Krankenkassen und medizinischer Verbände bzw. Fachgesellschaften umfassend geprüft und in die Entscheidungsfindung einbezogen hat.
- b) Zu begrüßen ist ferner, dass das BVA sich ebenso wie der Wissenschaftliche Beirat ein weitgehend empirisch gestütztes regelgebundenes Vorgehen mit definierten quantitativen Kriterien stützt.
- c) Das mit der Krankheitsauswahl des BVA abgedeckte Morbiditätsspektrum ist weiter gefasst als dasjenige, das aus den Krankheitsempfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates erwartet werden kann. Der Verzicht auf eine – wie vom Beirat vorgeschlagene – separate Berücksichtigung von DMP-Indikationen außerhalb der eigentlichen Krankheitsauswahl wird begrüßt, da hierfür keine gesetzliche Grundlage besteht.

2.1 Methodisches Vorgehen

Krankheitsbegriff: Zusammenfassung von DxGruppen zu Krankheiten

A. Vorgehen des BVA

Wie der Wissenschaftliche Beirat geht das BVA bei seinem Krankheitsbegriff von einer auf dem bestehenden Klassifikationsmodell von DxCG basierenden, aber häufig modifizierten Gruppierungslogik aus und wählt als Ausgangspunkt seiner Überlegungen die Aggregationsebene DxGruppe. Eine oder mehrere DxGruppen bilden abhängig insbesondere von medizinischen Kriterien Krankheiten.

Entgegen der Vorgehensweise des Wissenschaftlichen Beirats, der auf Basis der ca. 751 DxGruppen die weiteren Filterungen (Kostenintensität, Chronizität, Schweregrad) vornimmt und in einem letzten Schritt die verbleibenden DxGruppen zu 80 Krankheiten zusammenfasst, hat das BVA zunächst eine Zusammenfassung der 751 DxGruppen zu 367 Krankheiten vollzogen und auf dieser Grundlage kostenintensive chronische oder schwerwiegende Krankheiten datengestützt selektiert. Dieses abweichende Vorgehen sieht das BVA im wesentlichen darin begründet, dass der Gesetzgeber z.B. von „Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf“ spricht.

Die Zusammenfassung der DxGruppen zu Krankheiten ist ein nicht datengestützter, sondern aus medizinischem Expertenwissen gespeister Prozess, der sich an einer Reihe von Kriterien orientiert (Vorarbeit des Wissenschaftlichen Beirats, Ausschluss von Symptomen oder Zustandsbeschreibungen, Zusammenfassung von Verlaufsformen einer gemeinsamen Grunderkrankung, Berücksichtigung der Kodierpraxis, Einzelvorschläge aus vorliegenden Stellungnahmen; siehe S. 33).

B. Stellungnahme

Die Zuordnung der DxGruppen zu Krankheiten wird transparent dokumentiert, aber nicht immer transparent erläutert. Es werden vom BVA an verschiedenen Stellen DxGruppen „gesplittet“ (z.B. Anhang 1 Seite 8 Krankheit 214 und Krankheit 223), die betreffenden Erklärungen jedoch allzu knapp in Fußnoten der Anlage 1 platziert. Gleiche DxGruppen werden also verschiedenen Krankheiten zugeordnet; im genannten Fall wird z.B. auf ICD-Ebene zwischen akuter und chronischer Verlaufsform differenziert (ist grundsätzlich nicht zu beanstanden). Damit erfolgen aber im Rahmen des Prozesses der Krankheitsdefinition „Einzeleingriffe“, über die sich nur schwer ein Überblick verschaffen lässt.

Zum Krankheitsbegriff und zur konkreten Zuordnung von ICD-Kodes und DxGruppen bestehen im Kreise der Ersatzkassen unterschiedliche Auffassungen.

2.2 Methodisches Vorgehen

Datengestützte Krankheitsauswahl: Operationalisierung und Berechnungsmodus „Kostenintensität“

A. Vorgehen des BVA

Die Krankheitsauswahl ist lt. § 31 RSAV u. a. auf Basis des Filterkriteriums „Kostenintensität“ vorzunehmen. Dabei ist das Filterkriterium für eine datengestützte Vorgehensweise entsprechend des Informationsgehalts der verwendeten Datenerhebung sachgerecht zu operationalisieren.

Hier weicht das BVA sehr deutlich vom Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirats ab.

1. Fallkostenberechnung

- a) Anstelle von mittleren, prospektiv berechneten Kosten je Versicherten, die einer DxGruppe zugeordnet sind, ermittelt das BVA mit Hilfe des Regressionsverfahrens prospektive Krankheitsmehrkosten für alle vom Amt definierten 367 Krankheiten. Durch Anwendung des Regressionsverfahrens erübrigen sich einige Komponenten der insgesamt komplizierten Berechnungsweise des Wissenschaftlichen Beirats (Winsorisierung, indirekte Alters- und Geschlechtsstandardisierung). Im Ergebnis werden durch das Vorgehen des BVA relative Durchschnittskosten je Versicherten einer DxGruppe (Wissenschaftlicher Beirat) ersetzt durch Krankheitsmehrkosten in Euro je Versicherten einer Krankheit.
- b) Das BVA bemisst „Kostenintensität“ an einem einheitlichen Kostenbegriff für alle Versicherten, die aufgrund ambulanter oder stationärer Diagnosen der entsprechenden Krankheitsgruppe zugeordnet werden.

Seitens des Wissenschaftlichen Beirats wurden hingegen zwei getrennte Kostenbegriffe für die Auswahl der DxGruppen herangezogen: Zum einen wurde zur Prüfung der „Chronizität“ und „Kostenintensität“ Ausgaben für Versicherte ermittelt, die auf Grund ambulanter Diagnosen einer DxGruppe zugeordnet waren; zum anderen erfolgte eine Kostenberechnung im Rahmen der Prüfung „schwerwiegender Verlauf“ und „Kostenintensität“ für diejenigen Versicherten, die auf der Grundlage stationärer Diagnosen einer DxGruppe zugeordnet waren. Das Kriterium „Kostenintensität“ wurde somit durch zwei separate Berechnungsweisen und Prüfungen operationalisiert.

- c) Die Kosten umfassen alle Ausgaben ohne Ausgaben für Krankengeld und Zahnarztbehandlung. Im Bereich der sonstigen Leistungen ist allerdings die Ausschöpfungsquote durch die Stichprobe unzureichend. Daher wurden die Krankheitskostenzuschläge für alle Bereiche ohne Sonstige auf Basis der Gesamtstichprobe berechnet, die Ausgaben für Sonstige auf Basis einer Teil-

stichprobe derjenigen Krankenkassen, deren Angaben ausreichend vollständig waren. Im weiteren Verlauf wurden beide Größen jeweils zu einem Gesamtkostenwert addiert. Alle Berechnungen erfolgen auf Brutto-Basis ohne Abzug von Erstattungen.

2. Prävalenzgewichtung

- d) Prävalenzgewichtung: Sie dient dazu, neben der morbiditätsbezogenen Kostenhöhe auch die Verbreitung der Diagnosegruppe bei der Bewertung zu berücksichtigen. Es sollen Krankheiten berücksichtigt werden, die „besondere Bedeutung für das Versorgungsgeschehen“ und die einen „wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen“ haben.

Allerdings würde eine Gewichtung der Kostenhöhe mit der Fallzahl dazu führen, dass zwar sehr teure, aber wenig verbreitete Krankheiten völlig untergehen würden.

Daher wählten die Gutachter des Wissenschaftlichen Beirates für eine „ausgewogene Berücksichtigung der Prävalenz“ die logarithmierte Fallzahl. Als kostenintensiv gelten die Diagnosegruppen, deren prävalenzgewichtete durchschnittliche Ausgaben sich oberhalb von 70 % der Gesamtausgabenverteilung befinden. Der Grenzwert wurde von den Gutachtern gesetzt.

Die Transformation der Fallzahl durch die Logarithmusfunktion reduziert das Gewicht der Prävalenz sehr stark. Laut einer Vielzahl von Stellungnahmen würde hieraus resultierende Filterung, die der Prävalenz ein minimales Gewicht zuschreibt, der Zielsetzung des Gesetzgeber nicht gerecht.

Das BVA hat sich daher zur stärkeren Berücksichtigung der Komponenten Prävalenz für die Wurzelfunktion zur Transformation der Fallzahl entschieden. Aus dem Ziel des BVA, 80 Krankheiten auszuwählen, resultiert, dass alle Krankheiten einbezogen werden, deren prävalenzgewichtete Krankheitsmehrkosten oberhalb des 76,5. Perzentils liegen.

B. Stellungnahme

- a) Die vom BVA per Regressionsverfahren ermittelten Krankheitsmehrkosten sind als Ausgangsgröße zur Berechnung der Kostenintensität einer Krankheit sachgerechter als die vom Wissenschaftlichen Beirat zu Grunde gelegten Durchschnittskostengrößen. Bezogen auf die Aufgabe, die Kostenintensität einer Krankheit zu prüfen, sind die jetzt ermittelten Krankheitsmehrkosten trennschärfer, weil in Durchschnittskosten implizit auch Ausgabenbestandteile enthalten sind, die mit der betrachteten Krankheit keinen Zusammenhang aufweisen. Zudem ist der Rechengang insgesamt einfacher vermittelbar, da insbesondere auf die indirekte Alters- und Geschlechtsstandardisierung ver-

zichtet werden kann, so dass Krankheitsmehrkosten in Euro resultieren (und nicht eine dimensionslose relative Kostenkennziffer).

Aus den Materialien geht nicht hinreichend hervor, warum das BVA eine Eliminierung von Ausreißern für entbehrlich erachtet (siehe Seite 26).

- b) Die aus dem Vorgehen des BVA resultierende einheitliche Kostengröße zur Bemessung der Kostenintensität einer Krankheit vereinfacht den Gesamtalgorithmus auch bezüglich der Darstellbarkeit und Interpretierbarkeit der Ergebnisse erheblich.
- c) Die rechnerische Vorgehensweise des BVA zur Ermittlung der Gesamtkostengröße durch Addition beider Teilergebnisse ist mathematisch nicht korrekt, da diese auf zwei verschiedenen Grundgesamtheiten basieren. Der formal richtige Weg wäre gewesen, für beide Komponenten die Teilstichprobe, die in sich stimmig die Gesamtkosten abbildet, heranzuziehen. Eigene Berechnungen haben ergeben, dass zwischen beiden Berechnungsalternativen Differenzen hinsichtlich der Höhe der Krankheitsmehrkosten bestehen. Diese Differenzen könnten auch einen Einfluss auf die Krankheitsauswahl haben. Auf der anderen Seite dürfte bezüglich des Informationsgehalts für alle übrigen Leistungsbereiche mit Ausnahme der sonstigen Leistungsausgaben die Gesamtstichprobe allerdings tatsächlich vorzuziehen sein, so dass die Vor- und Nachteile abzuwägen waren. Für die Nachvollziehbarkeit des Ergebnisses ist insgesamt problematisch, dass das BVA es versäumt hat, das Ergebnis seiner Abwägung darzulegen und eine dezidierte Begründung für sein Vorgehen zu dokumentieren.

Für das Ergebnis wahrscheinlich nicht sonderlich ausschlaggebend, aber immerhin formal falsch ist, dass die Berechnungen unverändert auf Brutto-Basis erfolgt sind.

- d) Von der Art und der Stärke der Prävalenzgewichtung hängt die Auswahl der Krankheiten maßgeblich ab. Daher kommt dieser Festlegung hohe Bedeutung zu.

Letztendlich muss konstatiert werden, dass es kein allgemeingültiges Kriterium für die Wahl einer bestimmten Funktion zur Transformation der Fallzahlen gibt; zu dem vom BVA gewählten Vorgehen bestehen unter den Ersatzkassen unterschiedliche Auffassungen.

3. Datenbasis

Qualität und Probleme der Datenbasis/Darstellungsprobleme

A. Vorgehen des BVA

- a) Es bestehen erhebliche Probleme im Datenbereich „Sonst. Leistungserbringer“. Für ca. 30% der Versicherten liegen gemäß der gewählten Plausibilitätskriterien (Abweichung +/- 50 %) keine verwendbaren, weil unvollständig erfassten Daten für den Bereich sonstige Leistungserbringer vor.
- b) Die vom Wissenschaftlichen Beirat verwendeten Daten sind für die ISKV-Kassen nicht kassenübergreifend zusammengeführt, da die Korrektur eines Fehlers beim Pseudonymisierungsverfahren im betreffenden ISKV-Programm und die verabredete Neulieferung der ISKV-Kassen nicht abgewartet worden ist.

Dieses nicht unerhebliche Datenproblem in der Datenbasis des Wissenschaftlichen Beirats ist vom BVA behoben worden. Durch Datenneulieferungen mit korrekter Pseudonymverschlüsselung konnte eine vollständige kassenübergreifende Personenzusammenführung realisiert werden.

B. Stellungnahme

- a) Wurde der genannte Toleranzbereich von +/-50 % beibehalten, ist das Ergebnis der Kostenermittlung für den Teilbereich sonstige Leistungen sehr kritisch zu hinterfragen.
- b) Das Problem in der Datenbasis des Wissenschaftlichen Beirates bei den ISKV-Kassen ist behoben.

Hinsichtlich der verwendeten Datenbasis bestehen auch in den Materialien des BVA Darstellungsunsicherheiten und Informationslücken wiederum insbesondere in Hinblick auf die verwendeten Grundgesamtheiten.