

SBK • Postfach 20 17 65 • 80017 München
GKV-Spitzenverband
Frau Ulricke Haack
 Abteilung Systemfragen
 Mittelstraße 51
 10117 Berlin

Dr. Hans Unterhuber
 Vorstandsvorsitzender
 Heimeranstraße 31
 80339 München
 Tel.: 089 / 6 27 00-27 2
 Fax: 089 / 6 27 00-45 0
hans.unterhuber@sbk.org

Per FAX 030 / 206 288 - 81112

24.03.2010

Sehr geehrte Frau Haack,

mit Ihrer Information über das vom BVA initiierte Anhörungsverfahren zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011 haben Sie um Anmerkungen und Vorschläge bis zum 24. März gebeten. Wir begrüßen Ihr Bestreben, die Anregungen der Krankenkassen zu sammeln und zu vereinheitlichen und möchten Ihnen hiermit unsere Stellungnahme zu den Vorschlägen des BVA übermitteln.

Bereits bei der Festlegung der 80 Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2010 wurde angekündigt, dass im Vorfeld der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2011 eine ausführliche Überprüfung der Krankheitsauswahl stattfinden wird. Auf Anraten des wissenschaftlichen Beirats wurde aber nicht nur die Krankheitsauswahl, sondern auch die Krankheitsdefinition überprüft und angepasst. Begründet wurde diese Überprüfung mit mangelnder Konsistenz der einer Krankheit zugeordneten ICD-Codes. Da uns keine vollständige Zuordnung der ICD-Codes zu den Dx-Gruppen bzw. der Dx-Gruppen zu den Krankheiten vorliegt, kann dieser Kritikpunkt nicht im Detail nachvollzogen werden; die Anzahl der ICD-Codes innerhalb einer Dx-Gruppe als Entscheidungskriterium erscheint uns aber fragwürdig.

Die Forderung nach mehr klinischer Homogenität resultierte in der Abkehr vom "DCG/HCC-Modell" hin zu einer Gruppierung anhand der ICD-Systematik. Bereits im Gutachten des wissenschaftlichen Beirats zur Festlegung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2009 wurde eine Gruppierung nach dieser Methodik ausführlich diskutiert und mit folgender Begründung verworfen:

In diesem Sinne sind die Gruppierungen durchaus als medizinisch homogen zu bezeichnen. Allerdings tragen die zusammenfassenden Ebenen der ICD-Systematik den zum Teil sehr unterschiedlichen klinischen Verlaufsformen innerhalb einzelner Krankheitsgruppen nicht in ausreichendem Maße Rechnung. Dies liegt an einer systematischen Eigenheit der Schlüssel, die Komplikationen und Schweregradifferenzierungen meist auf den letzten Stellen der Kodierungen spezifizieren. Genau diese bleiben aber bei einer Aggregationslogik, die sich nach den ersten Codestellen ausrichtet, unberücksichtigt. Die Nutzung einer festen Ordnungsebene der ICD – beispielsweise die der dreistelligen Codes oder auch die Verwendung der so genannten Gruppenebene – ist daher im Lauf der empirischen Analyse mit der Gefahr einer zu undifferenzierten Betrachtung behaftet:

Denkbar ist unter anderem, dass eine Gruppe dreistelliger DiagnoseCodes weder als kostenintensiv chronisch, noch als schwerwiegend identifiziert wird, selbst, wenn einzelne in der Gruppe enthaltene Verlaufsformen für sich betrachtet diese Kriterien zweifelsfrei erfüllen. Der Ansatz einer strikten Anbindung an die internationale Krankheitsklassifikation im Rahmen des Auswahlprozesses ist demnach mit wesentlichen Nachteilen behaftet und wird nicht weiter verfolgt.

In den Erläuterungen zur Änderung der Krankheitsdefinition (Anlage 01) wird kein eindeutiger Hinweis darauf gegeben, warum die damaligen Einwände des wissenschaftlichen Beirats als nicht mehr zutreffend angesehen werden. Es wird lediglich darauf verwiesen, dass die Kostenhomogenität durch das Regressionsverfahren sichergestellt werden soll. Dort sind einzelne ICD-Codes aber bereits zu Krankheiten zusammengefasst, so dass die ursprüngliche Kritik des wissenschaftlichen Beirats nicht entkräftet wird.

Vielmehr zeigen erste Analysen der SBK und des BKK Landesverbands Bayern, dass gegenüber den Vorjahren Krankheiten mit signifikant höherer Prävalenz gewählt wurden. Dies deutet auf eine Verschiebung von kostenintensiven Krankheiten zu den so genannten Volkskrankheiten hin und kann somit als Bestätigung der Bedenken des wissenschaftlichen Beirats aufgefasst werden.

Vom Gesetzgeber wird gemäß §31 Abs. 1 RSAV lediglich gefordert, dass die Krankheiten eng abgrenzbar sind. Dieser Passus ist seit dem Gutachten des wissenschaftlichen Beirats im Vorfeld der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2009 unverändert, so dass auch das "DCG/HCC-Modell" diese Forderung erfüllt. In dem Gutachten hatte sich der wissenschaftliche Beirat intensiver mit dem Ausdruck "eng abgrenzbar" beschäftigt.

Zudem muss durch eine an medizinischen Merkmalen orientierte Zusammenfassung der Codes sichergestellt sein, dass einander ähnelnde Krankheitszustände auch tatsächlich der gleichen Krankheit zugeordnet werden.

In der neuen Systematik soll deshalb durch die "Revision der Krankheiten nach medizinischen Kriterien" und die "Zuordnung von Folgezuständen zur Grunderkrankung" die Korrelation der Krankheiten untereinander minimiert werden. Dies wird auch durch das im Anschluss verwendete WLS-Regressionsverfahren bedingt, das in seiner allgemeinen Form von unabhängigen erklärenden Variablen ausgeht. Im Berechnungsergebnis (Anhang 03) deuten die Ergebnisse jedoch auf einen starken Zusammenhang zwischen einzelnen Krankheiten hin (= Multikollinearität). So sind die erwarteten Mehrkosten bei 83 Krankheiten (24,1%) negativ. Da jegliche Diagnostizierung für eine Krankenversicherung mit Ausgaben verbunden ist, kann dies auch für jede Krankheit angenommen werden. Die Ergebnisse der Regression lassen sich also nur durch eine Korrelation zwischen den Merkmalen erklären. Sofern die erklärenden Variablen korrelieren bilden die Regressionskoeffizienten die Realität nicht mehr in ausreichendem Maße ab. Da ein Viertel der Krankheiten mit negativen Ausgaben stark unterschätzt wird, müssen die korrelierenden Merkmale stark überschätzt werden. Dies wiederum hat entscheidenden Einfluss auf das Kriterium "Kostenintensiv", welches somit die Realität nicht richtig abbildet.

Da weder Angaben zur Güte des Regressionsmodells noch eine Regressionsanalyse auf Basis des ursprünglichen Modells veröffentlicht wurden, kann kein Vergleich zur bisherigen Systematik gezogen werden. Aufgrund der beschriebenen Auffälligkeiten sehen wir jedoch eine ungerechtfertigte Verzerrung zu Lasten der kostenintensiven Krankheiten.

Somit ist die Entscheidung des BVA, das bisherige Modell in der geplanten Art zu verändern, für uns nicht nachvollziehbar. Das eigentliche Problem der Korrelation zwischen den Krankheiten hat auch die Umstellung auf die ICD-Systematik nicht überwunden. Aus unserer Sicht würde diese Anpassung zu keiner Verbesserung der Zuweisungsgenauigkeit führen, sondern wird im Gegenteil eher die Varianz der Differenz zwischen den tatsächlichen Leistungsausgaben und den standardisierten Zuweisungen innerhalb einer Krankheitsgruppe erhöhen. Dies liegt vor allem an der Neugruppierung anhand der ICD-Systematik, die keinerlei Rücksicht auf die Kostenhomogenität der Diagnosen innerhalb einer Krankheit nimmt.

In § 31 Abs. 1 RSAV hat der Gesetzgeber Kriterien zur Krankheitsauswahl vorgegeben. Es sollen insbesondere schwerwiegende oder kostenintensive chronische Krankheiten berücksichtigt werden. Diese Kriterien werden aber maßgeblich von der Krankheitsabgrenzung beeinflusst. Die angesprochenen Verzerrungen zeigen sich konsequenter Weise auch bei der Krankheitsauswahl. So erfüllt jede dritte Krankheit mit negativen erwarteten Mehrkosten das Kriterium "Schwerwiegend". Durch die mangelnde Berücksichtigung der Ausgabenseite bei der Krankheitsabgrenzung werden schwerwiegende teure Spezialkrankheiten durch leichte allgemeine Formen nivelliert. Dieses Vorgehen widerspricht unserer Ansicht nach dem bisherigen Vorgehen des BVA, die Zuweisungen zielgenauer zuzuweisen. Beispielsweise sei hier die Aufspaltung der Morbiditätsgruppen HIV/AIDS und Hämophilie nach Schweregrad mit dem Indikator Medikation genannt. In weiterer Konsequenz werden somit immer weniger Mittel für die Betreuung schwerwiegender Einzelfälle zur Verfügung gestellt. Der Gesetzgeber hat die Anzahl der auszugleichenden Krankheiten auf 50 bis 80 begrenzt. Diesen Krankheiten sollen nach der nun vorgeschlagenen Systematik Diagnosen unabhängig von ihrer Kostenhomogenität zugeordnet werden. So kann es passieren, dass in einer Krankheit A Diagnosen mit relativ homogenen Kostenniveaus und in einer Krankheit B Diagnosen mit großer Kostenvarianz enthalten sind. Im Regressionsverfahren bewirkt diese unterschiedliche Kostenhöhe innerhalb der zu einer bestimmten Krankheit gehörenden Diagnosen jedoch, dass Krankheiten mit einer sehr teuren Diagnose tendenziell alle übrigen leichteren und kostengünstigeren Diagnosen der gleichen Krankheitsgruppe aufwerten und damit überschätzen. Durch eine im Vorfeld gezielte Auswahl der zu einer Krankheitsgruppe zählenden Diagnosen kann damit die Aufnahme einer Krankheitsgruppe inkl. Diagnosen in die Liste der Krankheiten maßgeblich beeinflusst werden.

Darüber hinaus halten wir das Vorgehen, zunächst möglichst viele Diagnosen in die Krankheitsauswahl aufzunehmen, um diese im Nachgang wieder in zahlreiche Morbiditätsgruppen aufzuteilen und so die ausgabenbezogenen Inhomogenitäten innerhalb der Krankheiten zu korrigieren für nicht sinnvoll.

Um eine sachgerechte Auswahl von Krankheiten und Diagnosen zu gewährleisten, müssen deshalb im Vorfeld bereits die Kriterien der Krankheitsauswahl, also die Diagnosen mit ihren unterschiedlichen Leistungsausgabenniveaus, berücksichtigt werden. Zusätzlich müssen die bestehenden, zum Teil hohen Korrelationen zwischen den Diagnosen bei der Modellkonzeption berücksichtigt und minimiert werden, um starke Verzerrungen und Überbewertungen der Regressionskoeffizienten zu verhindern.

Zusammenfassend ist aus unserer Sicht die Bildung von Krankheiten ohne die Betrachtung der Ausgabenseite nicht sachgerecht, da die Zielgenauigkeit der Zuweisungen dadurch verzerrt wird. Eine große Differenz zwischen den Zuweisungen und den tatsächlichen Leistungsausgaben innerhalb einer Krankheit motiviert zum einen zur Risikoselektion und zum anderen zum Sammeln von leichten Erkrankungen zur Zuweisungsmaximierung.

Hinsichtlich der Umsetzung von angestrebten Veränderungen erscheint uns eine Abkehr vom aktuellen Modell zum jetzigen Zeitpunkt nicht sinnvoll. Vor Abschluss des ersten Ausgleichsjahres sind die Wirkungen und eventuelle Unzulänglichkeiten der aktuellen Systematik weder eindeutig identifizierbar noch belegt. Folglich lässt sich der Mehrwert einer Modelanpassung analog dem Vorschlag weder für die Krankenkassen noch für die Versicherten quantifizieren. Es ist im Gegenteil durch die unterschiedlichen Systeme mit einer erhöhten Komplexität und somit steigendem Verwaltungsaufwand zu rechnen. Um diesen zu rechtfertigen, sollten nur begründete Änderungen mit abzusehendem Mehrwert umgesetzt werden. Aus unserer Sicht sollten fundamentale Änderungen deshalb erst nach einer gründlichen Analyse des ersten Jahresausgleichs, also frühestens zum Ausgleichsjahr 2012 in Angriff genommen werden. Deshalb sprechen wir uns dafür aus, die bisherige Systematik auch im Ausgleichsjahr 2011 zu verwenden.

Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP ist festgehalten, dass der Morbi-RSA auf das notwendige Maß reduziert, vereinfacht und weniger manipulationsanfällig gestaltet werden soll. Die bisher vorgebrachten Argumente deuten eindeutig daraufhin, dass das geplante Vorgehen einen Trend in die andere Richtung, also zu mehr Komplexität und Manipulationsanfälligkeit setzt. Die unbegründete Auswahl von genau 80 Krankheiten, und der damit verbundenen vollen Ausschöpfung des Spielraums, erscheint uns in Bezug auf den Koalitionsvertrag auch nicht sachgerecht. Sofern kein eindeutiger Beleg für den Mehrwert durch die Berücksichtigung einer Krankheit aufgezeigt wird, sollte in Hinblick auf die politischen Absichten unserer Meinung nach die Anzahl der Krankheiten auf ein Minimum, also 50 Krankheiten, reduziert werden.

Für Rückfragen und weiterführende Diskussionen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung. Wir behalten uns vor, diese Stellungnahme auch direkt an das BVA zu senden, sofern unsere Argumente in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes nicht entsprechend Berücksichtigung finden.

Mit freundlichem Gruß



Dr. Hans Unterhuber
Vorstandsvorsitzender

In Abdruck

BVA, Herrn Dr. Dirk Göppfarth



Siemens-Betriebskrankenkasse
SBK-Pflegekasse
Körperschaften des öffentlichen Rechts
Heimeranstr. 31 - 80339 München

SBK Kundentelefon:
0 800 0 725 725 725 0 (gebührenfrei*)
Postanschrift:
Postfach 20 17 65 - 80017 München

info@sbk.org - www.sbk.org
Vorstand: Dr. Gertrud Demmler
Vorstandsvorsitzender:
Dr. Hans Unterhuber

Institutionskennzeichen (IK):
1084 3324 8 (SBK-West) - 1082 2385 8 (SBK-Ost)
1884 3324 8 (PK-West) - 1882 2385 8 (PK-Ost)

* Innerhalb Deutschlands; aus dem Ausland erreichen Sie uns telefonisch unter +49 180 2 725 725 zu den üblichen Telefongebühren.

Die Stellungnahme wird durch folgende Kassen unterstützt



BKK

Vorstand

Logo

HVB BKK

Dr. Gerhard Rachor



BKK Faber-Castell & Partner

Folker Freimuth



BKK ESSANELLE

Jürgen Hahn



BKK A.T.U

Andreas Schöfbeck



BKK Kassana

Andreas Schöfbeck



BKK MAN und MTU München

Siegfried Gauglitz



BKK Akzo Nobel – Bayern

Heinz Michelbrink



Bertelsmann BKK

Wolfgang Diembeck



Schwenninger BKK

Siegfried Gänslar



Siemens-Betriebskrankenkasse
SBK-Pflegekasse
Körperschaften des öffentlichen Rechts
Heimeranstr. 31 - 80339 München

SBK Kundentelefon:
0 800 0 725 725 725 0 (gebührenfrei*)
Postanschrift:
Postfach 20 17 65 – 80017 München

info@sbk.org – www.sbk.org
Vorstand: Dr. Gertrud Demmler
Vorstandsvorsitzender:
Dr. Hans Unterhuber

Institutionskennzeichen (IK):
1084 3324 8 (SBK-West) – 1082 2385 8 (SBK-Ost)
1884 3324 8 (PK-West) – 1882 2385 8 (PK-Ost)

* Innerhalb Deutschlands; aus dem Ausland erreichen Sie uns telefonisch unter +49 180 2 725 725 zu den üblichen Telefongebühren

Die Stellungnahme wird durch folgende Kassen unterstützt



BKK	Vorstand	Logo
Bosch BKK	Bernhard Mohr	
BKK Würth	Uwe Wieland	

