



HANSEATISCHE KRANKENKASSE



Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der KKH | Allianz, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011

VII2 - 5572.02 - 736/2010

Grundsätzliches

Mittlerweile liegen aus dem Abschlagsverfahren 2009 erste Erfahrungen über die Auswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vor. Es hat sich gezeigt, dass das im Jahr 2009 durchgeführte Verfahren auf verschiedener Ebene Manipulationsmöglichkeiten bietet, die auch genutzt werden und so die Ergebnisse des Verfahrens verzerren.

Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP wurde festgelegt, dass der M-RSA auf das notwendige Maß reduziert, vereinfacht und weniger manipulationsanfällig gestaltet werden soll.

Vor diesem Hintergrund sollte auch das praktizierte Verfahren zur Krankheitsauswahl auf den Prüfstand gestellt werden.

Zu den Änderungen bei der Krankheitsabgrenzung

Die aktuelle Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats löst sich von der bisher an Dx-Gruppen orientierten Krankheitsabgrenzung und orientiert sich nun an ICD-Codes, in der Regel auf der Dreisteller-Ebene. Primäres Kriterium für die Krankheitsabgrenzung ist nun die

medizinisch-klinische Homogenität der Krankheiten, die Kostenhomogenität wird als nachrangig angesehen, da die Kostendifferenzierung im Klassifikationsmodell erfolge. Wenn jedoch die Kostenhomogenität allein über das Klassifikationsmodell sichergestellt werden soll, bedeutet dies, dass die benannten Krankheiten im Klassifikationsmodell stark untergliedert werden müssen, dass also aus 80 Krankheiten ein Vielfaches an hierarchisierten Morbiditätsgruppen gebildet werden muss. Dies trägt nicht zur Vereinfachung des Verfahrens bei, sondern erhöht die Komplexität und auch Fehleranfälligkeit. Wünschenswert wäre daher, schon bei der Krankheitsabgrenzung die Praktikabilität bei den folgenden Verfahrensschritten zur Berechnung der morbiditätsorientierten Zuweisungen stärker zu berücksichtigen und die gesetzlich geforderte enge Abgrenzbarkeit dahingehend umzusetzen, dass die Krankheiten nicht zusätzlich in kostenhomogene Zuschlagsgruppen unterteilt werden müssen.

Die durch den wissenschaftlichen Beirat eingeführte stärkere Orientierung an der ICD-Systematik - insbesondere an den ICD-Dreisteller - ist ein Schritt hin zu einer systematischen, medizinisch sinnvollen Krankheitsdefinition, wurde aber leider nicht konsequent umgesetzt. So speisen sich diverse Krankheitsgruppen weiterhin aus einer Vielzahl unterschiedlicher ICD-Dreisteller - die Zusammenfassung scheint eher die Regel als die Ausnahme zu sein. Die vom wissenschaftlichen Beirat gewählte Orientierung an den ICD-Dreistellern sollte grundsätzlich in allen ausgewählten Krankheiten umgesetzt werden. Dies gilt auch für die in den Erläuterungen als Ausnahme angeführte Krankheit Diabetes. Auch hier wäre eine Trennung auf der Ebene der ICD-Dreisteller möglich und sinnvoll. Dies gilt für E10 und E11 - Diabetes Typ I und II sind unterschiedliche Krankheiten bezüglich ihrer Genese und auch Therapie, da Diabetes Typ 1 immer insulinpflichtig ist, Typ II aber nicht. Da die Dreisteller E12 und E13 ebenfalls Diabetes-Erkrankungen unterschiedlicher Genese (Malnutrition / pankreopriver Diabetes) enthalten, ist auch hier eine Trennung sinnvoll. Die Dreistellergruppe E14 sollte dagegen ganz herausgenommen werden, da durch die Berücksichtigung dieser Diagnosen eine ungenaue Kodierung gefördert wird, was letztlich auch der Vorgabe eng abgrenzbarer Krankheiten widerspricht.

Auch bei den in den Erläuterungen nicht als Ausnahme benannten Krankheitsgruppen wäre eine Trennung der Krankheiten auf Dreisteller-Ebene sinnvoll.¹ Als Beispiele seien genannt:

- Die Krankheit 104 Osteoporose und Folgekrankheiten beinhaltet eine Vielzahl von Diagnosen, die dem Krankheitsbegriff nicht gerecht werden. So entsprechen nur die Dreisteller-Gruppen M80 und M81 der Definition Osteoporose. Die Gruppe M82 enthält Diagnosen, die anderen Grunderkrankungen zu Grunde liegen. Es wird nicht nur

¹ Als Ausnahme der generellen Regelung, die Krankheiten auf 3-Steller-Ebene zu bilden, können genannt werden die Krankheit 159 - Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen, sowie Krankheit 160 - angeborene Fehlbildungen des Nervensystems.

der Begriff der eng abgrenzbaren Krankheit verletzt, sondern der Krankheitsbegriff ad absurdum geführt, da es sich hierbei nicht um Folge-Krankheiten der Osteoporose handelt, sondern diese Diagnosen vielmehr als Folge einer anderen Erkrankung auftreten.

- Die Krankheit 227 Affektionen der Aderhaut stellt eine Zusammenfassung einer Vielzahl von unterschiedlichen Erkrankungen dar (H33.- Netzhautablösung, H34.- Netzhautgefäßverschluss, H35.- Sonstige Affektionen der Netzhaut, H36.- Aderhautaffektionen bei sonstigen Erkrankungen). Da hier unterschiedliche Krankheitsursachen vorliegen die ebenso unterschiedliche Therapieansätze (z.B. Lyse- oder Lasertherapie) erfordern, ist hier eine Trennung in die einzelnen ICD-Dreisteller erforderlich.
- Ähnliches gilt für Nr. 72 Erkrankungen des Pankreas, da Genese und Therapie erheblich differieren können. So wird eine akute Pankreatitis häufig stationär behandelt, andere Formen evtl. nur ambulant oder benötigen "nur" regelmäßige Kontrollen (z.B. Zysten).

Werden die zur Anhörung gestellten Krankheiten auch auf 4-Steller-Ebene betrachtet, wird erkennbar, dass die geforderte enge Abgrenzbarkeit der Krankheiten an diversen Stellen nicht erfüllt wird. Dies gilt zum Beispiel für

- Krankheit 100 Osteoarthritis der großen Gelenke: Die ausgewählten Diagnosen entsprechen zwar der DIMDI-Logik, allerdings gehören die Diagnosen M19.84, M19.87, M19.94, M19.97 nicht zur Krankheitsbezeichnung "Osteoarthritis der großen Gelenke", da es sich hier um kleine und sehr kleine Gelenke handelt. Als große Gelenke gelten Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk sowie Hüft- Knie- und Sprunggelenk und Hand- und Fußwurzelgelenke. Zehen- und Fingergelenke gehören nicht dazu. Daher widerspricht diese Zuordnung dem engen Krankheitsbegriff.
- Krankheit 142 Angsterkrankungen: Unter das Kapitel Angststörungen werden hier F43.1, F62.0 und F62.1 einbezogen. Es ist aber weder ätiologisch, inhaltlich noch therapeutisch sinnvoll, diese Störungen auf diese Weise zusammenzufassen.
- Krankheit 140 Depression: F34.1 Dysthymia ist keine Erkrankung, die zum Krankheitsbegriff Depression gehört, sondern im DIMDI-Katalog zu den "Anhaltenden affektiven Störungen" zählt.

Daher ist es erforderlich, aus den gebildeten Krankheiten auf Dreisteller-Ebene diejenigen 4-Steller auszuschließen, die nicht zu einem eng abgegrenzten Krankheitsbild passen.

Zur Dokumentation der Berechnungsschritte

- **Begriffsdefinition** **chronisch, schwerwiegend, kostenintensiv (incl. Prävalenzgewichtung)**

Für die zur Krankheitsauswahl durchzuführenden Berechnungsschritte müssen zunächst die Begriffe chronisch, schwerwiegend und kostenintensiv bestimmt werden. Bei den nun zur Anhörung gestellten Krankheiten wurden die Begriffsbestimmungen für chronisch und schwerwiegend ohne weitere (dokumentierte) Überprüfung so übernommen, wie sie vom damaligen wissenschaftlichen Beirat im Gutachten zur Krankheitsauswahl 2009 vorgeschlagen wurden. Zur Auswertung der Kostenintensität wurde jedoch bei der Gewichtung der Prävalenz vom damaligen Vorschlag des Beirats abgewichen und eine Gewichtung angesetzt, die das Bundesversicherungsamt entgegen dem damaligen Beiratsvorschlag bestimmt hat. Das abweichende Vorgehen des Bundesversicherungsamts hat mit zum Rücktritt des ersten wissenschaftlichen Beirats im März 2008 beigetragen. Der erste wissenschaftliche Beirat hat in seinem Gutachten aus 2007 empfohlen, die Prävalenz so schwach wie möglich zu gewichten, um damit gesetzeskonform seltene, teure Krankheiten auszuwählen und so die finanzielle Belastung der Krankenkasse durch betroffene Versicherte abzumildern sowie den Wegfall des Risikopools nach § 269 SGB V zu kompensieren. Die Erfahrungen aus dem ersten (allerdings noch nicht mit dem Jahresausgleich abgeschlossenen) Jahr des morbiditätsorientierten RSA zeigen, dass durch die Vernachlässigung von für den einzelnen Versicherten teuren Krankheiten zugunsten von Volkskrankheiten finanzielle Verwerfungen entstehen können, die gerade bei kleineren Krankenkassen zur Notwendigkeit von Zusatzbeiträgen führen. Angesichts dieser Entwicklungen sollte die Prävalenz nicht mehr in die Berechnungen zur Kostenintensität eingehen oder zumindest der Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats für die Krankheitsauswahl 2009 - die Gewichtung der Prävalenz mit dem Logarithmus - umgesetzt werden.

- **Schwellenwertprüfung**

Die Schwellenwertprüfung ist in § 31 RSAV vorgegeben. Demnach sollen insbesondere "Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden." Demnach sollen die Kosten der jeweiligen Krankheit, und nicht die gesamten Kosten der betroffenen Versicherten, den Schwellenwert übersteigen. Die Kosten der einzelnen Krankheiten wurden vom wissenschaftlichen Beirat für die Prüfung der Kostenintensität mit Hilfe einer Regression ermittelt. Diese Kosten sollten dann auch für die

Schwellenwertprüfung angesetzt werden. Das vom wissenschaftlichen Beirat gewählte Verfahren überprüft dagegen, ob die Kosten der von der Krankheit betroffenen Versicherten (unabhängig davon, ob sie von der jeweiligen Krankheit verursacht wurden oder nicht) den Schwellenwert überschreiten. Bei diesem Verfahren liegen Krankheiten, die insbesondere in jüngeren Altersgruppen auftreten, tendenziell unter dem Schwellenwert - allein deshalb, weil in den betroffenen Altersgruppen die übrigen Leistungsausgaben altersabhängig eher niedrig sind. Dieses hat auch der erste wissenschaftliche Beirat des BVA erkannt und in seinem Gutachten aus 2007 eine Altersstandardisierung der Krankheitskosten vorgesehen, um das Problem zu umgehen. Auch diese Altersstandardisierung ist nun allerdings nicht mehr vorgesehen. Daher kommt es zum Ergebnis, dass die Krankheit 156 (Aufmerksamkeitsstörung) den Schwellenwert nicht überschreitet, obwohl die Kosten dieser Krankheit nach dem Ergebnis der durchgeführten Regression höher sind als bei einigen der letztlich vorgeschlagenen Krankheiten. Umgekehrt liegen bei der Krankheit 227 (Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut) die erwarteten Mehrkosten zwar um die Hälfte niedriger als bei der Aufmerksamkeitsstörung, dennoch erfüllt die Krankheit laut Entwurf das Schwellenwertkriterium - allein deshalb, weil die Krankheit vermehrt im höheren Lebensalter auftritt und damit auch Kosten anderer Krankheiten verbunden sind. Diese Ergebnisse zeigen, dass die vom wissenschaftlichen Beirat gewählte Interpretation der Schwellenwertprüfung vom Verordnungsgeber nicht intendiert gewesen sein kann. Die Schwellenwertprüfung sollte daher mit den Ergebnissen aus der Regression durchgeführt werden.

Zur Anzahl der ausgewählten Krankheiten

Zur Auswahl der Krankheiten wurden die Perzentilwerte kostenintensiv und schwerwiegend (Hospitalisierungsquote) aus dem Gutachten aus 2007 ohne weitere (dokumentierte) Prüfung übernommen und lediglich so angepasst, dass die gesetzlich vorgegebene Höchstzahl von 80 Krankheiten nicht überschritten wird. Der Grenzwert für die Erfüllung des Kriteriums Kostenintensität - das 72%-Perzentil - wurde demnach willkürlich gewählt, ebenso hätte beispielsweise ein Perzentilwert von 80% gesetzt werden können, ohne die Vorgabe des Verordnungsgebers, 50 - 80 Krankheiten zu bestimmen, zu verletzen. Den Grenzwert für die Kostenintensität iterativ so festzulegen, dass daraus die Maximalanzahl von 80 Krankheiten resultiert, stellt das Auswahlverfahren auf den Kopf, denn zunächst wäre festzulegen, welche Krankheiten als kostenintensiv und / oder schwerwiegend gelten und danach sind aus diesen Krankheiten 50 - 80 auszuwählen.

Insgesamt wäre eine Auseinandersetzung mit der vom Verordnungsgeber vorgesehenen Spanne von 50 - 80 Krankheiten erforderlich. Um das politische Vorhaben aus dem Koaliti-

onsvertrag umzusetzen und den RSA auf das notwendige Maß zu beschränken, sollte nur die Mindestanzahl von 50 Krankheiten ausgewählt werden. Der Verordnungsgeber hat zudem einen weiteren Hinweis gegeben, welcher Grad der Prognosegüte für den M-RSA als erforderlich gilt - im Zusammenspiel aus ausgewählten Krankheiten und Klassifikationsmodell soll ein R^2 von mindestens 12% erreicht werden. Da dies auch mit 50 Krankheiten erreicht werden kann, ist die Benennung von 50 Krankheiten ausreichend, zielführend und erforderlich.

Diese 50 Krankheiten sollten aus dem Kreis der vorher bestimmten kostenintensiv-chronischen und schwerwiegenden Krankheiten so bestimmt werden, dass die 50 teuersten Krankheiten (bezogen auf die Kosten der Krankheit je betroffenen Versicherten) ausgewählt werden.

Diese Krankheiten sind im Vergleich zu Krankheiten mit niedrigen Kosten eher eng abgegrenzt in Bezug auf die Krankheit selbst (Krankheit liegt vor oder nicht) und auch die Therapie. So ist ein Bluter-Kranker bei richtig gestellter Diagnose immer ein Bluterkranker. Ähnliches gilt für HIV/AIDS.

Auch ist festzuhalten, dass teure Krankheiten tendenziell besser zu validieren sind. So ist eine Organtransplantation immer mit einer immunsuppressiven Therapie verbunden und schwere Lähmungen gehen in der Regel mit Verordnungen entsprechender Heil- und Hilfsmittel einher. Dialysepflichtige Versicherte werden immer Dialysesachkosten haben.

Im Zuge der guten Validierung sinken die Manipulationsmöglichkeiten bei der Kodierung entsprechend.

Daher sollte die Krankheitsauswahl auf die 50 im Einzelfall teuersten Krankheiten beschränkt werden.