

Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt

Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der Kaufmännischen Krankenkasse, der Hanseatischen Krankenkasse, der Handelskrankenkasse und der Gmünder Ersatzkasse

Grundsätzlich ist festzustellen, dass das BVA zwar unter Hinweis auf die im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Gutachten eingegangenen Stellungnahmen seine Ermessensentscheidungen erläutert. Es fehlt jedoch eine Begründung, warum die gesetzliche Vorgabe der Auswahl "50 bis 80 Krankheiten" nach § 268 Abs. 1 SGB V auf die Auswahl von "80 Krankheiten" verkürzt wird. Dazu findet sich lediglich auf S. 5f. des Anhangs 2 - Dokumentation der Berechnungsschritte - folgender Hinweis: "Um die Vorgabe des Verordnungsgebers zu erfüllen, wurde der Grenzwert schrittweise angehoben, bis exakt 80 Krankheiten die Kriterien erfüllten." Gesetzlich vorgesehen ist jedoch eine Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten und nicht ein Verfahren, das gezielt auf 80 Krankheiten abzielt.

a) zum methodischen Vorgehen

Es ist zu begrüßen, dass das BVA weiterhin an einem datengestützten Verfahren zur Krankheitsauswahl festhält. Dadurch erhält allerdings die Validität der Basisdaten ein besonderes Gewicht. Ausführungen dazu bringt das BVA unter dem Punkt Krankheitsbegriff, so dass auch hier erst unter dem Abschnitt b) darauf eingegangen wird.

Ebenso bedeutend bei einer empirischen Bestimmung der Krankheitsliste ist das rechnerische Vorgehen selbst. Eine externe Überprüfung auf korrekte Umsetzung der im Anhang 2 zum Papier des BVA erläuterten Rechenschritte ist derzeit nicht möglich, da die dafür erforderlichen Basisdaten nur dem BVA verfügbar sind. Die Erläuterungen der Rechenschritte im Anhang 2 erlauben keine hinreichende Prüfung. Unplausibel erscheint jedenfalls die auf Seite 4 Anhang 2 genannte Zahl von 34 Alters-Geschlechts-Kategorien als erklärende Variablen für die Regression, die nicht mit den Kategorien des auf der selben Seite zur Erläuterung eingefügten Kastens in Einklang zu bringen sind. Die Fehler bei den empirischen Arbeiten zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats (Korrektur mitgeteilt mit BVA-Schreiben vom 22.2.2008) verdeutlichen nochmals die Notwendigkeit der externen Überprüfung der Berechnungen, z.B. durch die Spitzenverbände.

b) zum Krankheitsbegriff

Die schon vom Beirat gewählte und nun auch vom BVA weiter eingesetzte Vorgehensweise, zur empirischen Auswahl von Krankheiten ein Klassifikationsmodell - hier konkret das DxCG-Modell - zu verwenden, erscheint zunächst sachgerecht. Entscheidend ist jedoch, wie die Übersetzung der Morbiditätsgruppen aus dem DxCG-Modell in die nach § 31 Abs. 1 Satz 4 RSAV geforderten eng abgrenzbaren Krankheiten erfolgt.

Der Beirat schreibt auf S. 15 seines Gutachtens, dass die verwendeten DX-Gruppen sich auf genau spezifizierte Krankheitszustände bezögen, dies würde sich mit der Forderung nach einer engen Abgrenzbarkeit decken. Demnach wären also nach Ansicht des Beirats DX-Gruppen als Krankheiten zu definieren. Dagegen genügt die vom BVA vorgeschlagene

Krankheitsliste dem Erfordernis der engen Abgrenzbarkeit der Krankheiten nach § 31 Abs. 1 Satz 4 RSAV nicht. Denn hier sind in der Regel mehrere DX-Gruppen zu Krankheiten zusammengefasst, die nach dem Verständnis des Gesetzes wohl nicht Krankheiten, sondern tatsächlich Krankheitsgruppen darstellen. Diese Bündelung von Morbiditätsgruppen aus dem DxCG-Modell führt im Ergebnis dazu, dass die Vorgaben des Gesetzgebers, 50 - 80 "eng abgrenzbar(e)" Krankheiten auszuwählen, nicht erfüllt werden. Zudem ist auch eine wissenschaftliche Fundierung dieser Zusammenfassung von Morbiditätsgruppen nicht erkennbar. Letztlich wird durch diese Zusammenfassung von Morbiditätsgruppen aus dem DxCG-Modell die Vorgabe des Gesetzgebers, 50 - 80 eng abgrenzbare Krankheiten auszuwählen, unterlaufen.

Die Problematik, die aus Sicht des BVA für eine Zusammenfassung spricht - geringe Fallzahlen je DX-Gruppe sowie schwierige Abgrenzbarkeit von DX-Gruppen aufgrund ungenauer Kodierpraxis - ist durch eine Zusammenfassung nicht sinnvoll zu lösen. Die geringen Fallzahlen werden erst durch die wiederum nicht sachgerechte Gewichtung der Prävalenz (Ausführungen dazu siehe unter Abschnitt e) problematisch. Die ungenaue Kodierpraxis bei einzelnen Krankheiten führt wiederum dazu, dass die enge Abgrenzbarkeit verletzt wird und diese Krankheiten deshalb nicht für die Auswahl der 50 - 80 Krankheiten in Frage kommen können.

Das Problem der ungenauen Kodierpraxis weist vielmehr auf generelle Qualitätsprobleme bei der für den morbiditätsorientierten RSA verwendeten Datenbasis hin. Die vom BVA vorgeschlagene Validierung der Diagnosen über Arzneimittel wäre ein sinnvoller Schritt, die Verzerrung der Ergebnisse durch fehlerhafte Basisdaten etwas einzuschränken. Die vom BVA aus Praktikabilitätsabwägungen durchgeführte interne Diagnosevalidierung, nach der eine Diagnose für einen Versicherten nur dann berücksichtigt wird, wenn sie für ein anderes Quartal nochmals gemeldet wurde, kann eine externe Validierung über Arzneimittel nicht ersetzen. Besonders augenfällig wird diese Problematik z.B. bei Fällen der leichten Hypertonie oder der leichten Depression. Die Übersicht über die Auswirkung der Diagnosevalidierung auf S. 24 der BVA-Erläuterungen zeigt zwar, dass sich die Ergebnisse nun stärker an die aus anderen Quellen bekannten Prävalenzraten annähern, allerdings bei einzelnen Krankheiten nach wie vor deutliche Unterschiede bestehen. Ob die Qualität der Diagnosedaten insgesamt ausreichend hoch ist, um einen morbiditätsorientierten RSA durchzuführen, bleibt jedoch offen und wäre noch näher zu untersuchen.

c) zur Auswahl "kostenintensiver chronischer Krankheiten"

Die Operationalisierung über Diagnosen aus dem ambulanten Sektor erscheint sachgerecht. Dabei hätte jedoch die Prävalenz nicht berücksichtigt werden dürfen. (Nähere Ausführungen zur Prävalenzgewichtung erfolgen entsprechend der Gliederung des BVA-Papiers im Abschnitt e).

d) zur Auswahl "schwerwiegender Krankheiten"

Die Operationalisierung des Kriteriums über eine Verknüpfung von Hospitalisierungsquote und Kostenbewertung mag von der Grundidee her angemessen erscheinen. Allerdings dürfte beim Kriterium schwerwiegend die Prävalenz keinesfalls in die Kostenbewertung eingehen, da sich das Kriterium nur auf den Krankheitsverlauf beim jeweiligen Patienten beziehen kann und nicht auf GKV-weite Kostenbelastungen. (Nähere Ausführungen zur Prävalenzgewichtung erfolgen entsprechend der Gliederung des BVA-Papiers im Abschnitt e).

Die Ansicht des BVA, dass die Berücksichtigung der Hospitalisierungsquote bei der Auswahl schwerwiegender Krankheiten die Versorgungsneutralität noch nicht berührt, sondern die Versorgungsneutralität erst im Zusammenhang mit dem derzeit noch nicht bekanntgegebenen Klassifikationsmodell geprüft werden kann, wird ausdrücklich geteilt.

e) zur Kostenbewertung zur Auswahl der Krankheiten

Die Entscheidung des BVA zugunsten eines Regressionsansatzes ist grundsätzlich zu begrüßen. Das BVA hat die Regression allerdings nicht auf Basis der DX-Gruppen durchgeführt, sondern zunächst Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen gebildet, um auf dieser Basis die Regression anzuwenden. Auch daher kommt dem Zuschnitt der Krankheitsgruppen eine hohe Bedeutung bei (Anmerkungen dazu siehe unter Abschnitt f).

Es wäre naheliegend, die Regression auf Basis der 751 DX-Gruppen durchzuführen. Das BVA hält dies nicht für durchführbar, weil dann voneinander abhängige Variablen einbezogen würden. Daher stellt das BVA der Regression eine Zusammenfassung von DX-Gruppen zu Krankheitsgruppen voran. Ob für diese Krankheitsentitäten die Problematik der Kollinearität ausgeräumt ist, wird jedoch nicht gezeigt.

Kernpunkt bei der Krankheitsauswahl ist die Frage, ob und ggf. wie eine Berücksichtigung der Prävalenz erfolgen sollte. Dieses Thema wurde bereits in der vorangegangenen Anhörung ausgiebig diskutiert. Mit der Logarithmierung der Prävalenz hat der Beirat versucht, einen Kompromiss zwischen der Auswahl kostenintensiver chronischer bzw. schwerwiegender Einzelkrankheiten und einer größeren Umverteilungswirkung zu finden. Den Stellungnahmen zum Gutachten ist zu entnehmen, dass es sowohl Stimmen für eine stärkere Gewichtung der Prävalenz gab als auch für eine Nichtberücksichtigung dieses Parameters. Die Entscheidung des BVA zugunsten einer noch stärkeren Gewichtung der Prävalenz als im Gutachten des Beirats ist daher auch nach den Argumenten aus der Anhörung nicht nachvollziehbar.

Ohnehin führt die Berücksichtigung der Prävalenz zu einer Überbewertung häufiger, aber wenig kostenintensiver Krankheiten. Dies lässt sich mit der Vorgabe in § 31 Abs. 1 RSAV, wonach 50 - 80 insbesondere kostenintensive chronische oder schwerwiegende Krankheiten ausgewählt werden sollen, nicht vereinbaren. Die Vorgabe einer Schwellenwertprüfung durch den Gesetzgeber zeigt, dass die Kostenintensität je Versicherten als Maßstab zu nehmen ist und nicht die Kostenintensität auf GKV-Ebene - eine Prävalenzgewichtung führt daher nicht zu den vom Gesetzgeber intendierten Ergebnissen. Ob eine Krankheit schwerwiegend ist, kann ebenfalls nur auf der Individualebene bewertet werden. Die Verbreitung der Krankheit spielt dabei keine Rolle, sondern die Folgen der Krankheit für den einzelnen Patienten. Die Berücksichtigung der Prävalenz bei der Krankheitsauswahl führt daher in die falsche Richtung.

Auch eine rechtliche Bewertung legt nahe, dass hinsichtlich der Erkrankungskosten eine personen- bzw. fallorientierte Bewertung zugrunde zu legen ist. Das folgt aus einer am Wortlaut des § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV orientierten Auslegung. Nach dieser Vorschrift sind bei der Auswahl der Krankheiten neben solchen mit schwerwiegendem Verlauf insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten zu berücksichtigen, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen. Dem Wortverständnis nach ist damit eine Orientierung an den kostenintensiven Einzelfällen gemeint. Der zweite Halbsatz des § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV legt lediglich eine Untergrenze fest und schließt eine personen- bzw. fallorientierte Betrachtung nicht aus. Auch die Gesetzesbegründung, wonach sich die Auswahl der Krankheiten auf solche erstrecken soll, die für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen haben, steht einer derartigen Auslegung nicht entgegen. Es dürfte kaum zweifelhaft sein, dass 50 - 80 auf der Grundlage einer personen- oder fallorientierten Betrachtungsweise ausgewählte kostenintensive chronische Krankheiten "für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind" und "wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen" haben.

f) zur Anpassung aufgrund medizinischer Bewertung und spezifischer Anreizwirkungen

Im Papier des BVA wird dargestellt, welche medizinischen Erwägungen zur Änderung des Krankheitszuschnitts gegenüber den Empfehlungen des Beirats vorgenommen wurden. Auf S. 34 des Papiers werden die Grundsätze dargestellt, nach denen das BVA die der Auswahl zugrundegelegten Krankheitsentitäten abgrenzt. Hier wird ausgeführt, dass Verlaufsformen einer gemeinsamen Grundkrankheit vom BVA zusammengeführt und als eine Krankheit behandelt werden. Ebenso werden schlecht abgrenzbare Erkrankungen unter Berücksichtigung der empirischen Kodierpraxis zusammengeführt. Schließlich werden auch pathophysiologisch verwandte, kostenintensive und seltene Erkrankungen zusammengefasst.

Dies entspricht nicht den im SGB und in der RSAV festgelegten Anforderungen an die Krankheitsauswahl. Gefordert ist die Auswahl "eng abgrenzbarer Krankheiten". Die vom BVA vorgenommenen Zusammenfassungen erfüllen diese Anforderung nicht. Letztlich sind in den vom BVA vorgeschlagenen 80 "Krankheiten" in Wirklichkeit weit mehr als 80 eng abgrenzbare Krankheiten enthalten. Dies entspricht nicht der Intention des Gesetzgebers.

Dies sei am Beispiel des vom BVA an 17. Stelle der Krankheitsliste genannten "Diabetes mellitus" erläutert. Hier werden nicht nur die verschiedenen Verlaufsformen zusammengefasst, sondern sogar die beiden unterschiedlichen Grunderkrankungen Diabetes mellitus Typ I und Diabetes mellitus Typ II. Diese Krankheiten unterscheiden sich in ihrer Pathogenese deutlich: Während bei Diabetes mellitus Typ I eine autoimmunbedingte Erkrankung der pankreatischen Beta-Zellen zu absolutem Insulinmangel führt, handelt es sich bei Diabetes mellitus Typ II um eine heterogene chronisch progressive Erkrankung, die durch Insulinresistenz und ungenügende Insulinbildung gekennzeichnet ist. Aus einem Typ I Diabetes wird niemals ein Diabetes mellitus Typ 2 und umgekehrt. Zwar ähneln sich oft Symptome und Therapie, dennoch handelt es sich um zwei verschiedene Krankheiten. Während Diabetes mellitus Typ II eine sofortige Insulinsubstitution erforderlich macht, ist Diabetes mellitus Typ I nicht selten zunächst mit nicht medikamentösen Maßnahmen behandelbar (Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung). Sollte eine Medikation erforderlich sein/werden, kommen zunächst orale Antidiabetika zum Tragen, eine Insulinsubstitution ist nicht das Mittel der ersten Wahl.

Auch die Begründung, beide Krankheiten seien immer schon undifferenziert synonym kodiert worden, vermag nicht zu überzeugen. Dieser Logik zu folgen hieße, unsachgerechte Kodierung anzuerkennen und weiterer Datenungenauigkeit Vorschub zu leisten. Mängel in der Datenbasis für den morbiditätsorientierten RSA können nicht dadurch kompensiert werden, dass die fehlende Differenzierung bei der Krankheitsabgrenzung fortgeführt wird. Vielmehr dürfen Mängel in der Datenbasis beim Zuschnitt der Krankheiten für den morbiditätsorientierten RSA keine Rolle spielen. Vielmehr ist darauf zu achten, dass rechtskonform nur eng abgrenzbare Krankheiten ausgewählt werden.

Fazit

Insgesamt ist festzustellen, dass die nun vorgeschlagenen Krankheiten inhaltlich weit über die Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats und auch die Intention des Gesetzgebers hinausgehen. Dies resultiert insbesondere aus den veränderten Krankheitszuschnitten, bei denen eine Vielzahl von Krankheiten weiter gefasst wird, so dass sich letztlich wesentlich mehr ICDs hinter den einzelnen Krankheiten verbergen als bei der Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats. Durch die noch stärkere Prävalenzgewichtung wird die Krankheitsauswahl in Richtung verbreiteter, aber auf der Ebene des einzelnen Versicherten nicht kostenintensiver Krankheiten verzerrt. Die Veränderungen des BVA gegenüber der Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats insbesondere hinsichtlich der Krankheitsabgrenzung und der Gewichtung der Prävalenz sind daher nicht sachgerecht. Durch die Änderungen werden die gesetzlichen Vorgaben massiv verletzt. Es ist daher erforderlich, eine engere Abgrenzung der Krankheiten vorzunehmen sowie die gegenüber dem Beiratsgutachten noch verstärkte Prävalenzgewichtung wieder zurückzunehmen.