

Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt (Entwurf vom 27.03.2008)

Stellungnahme des BKK-Bundesverbandes

Der nach § 31 RSAV berufene wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt hat im Januar 2008 sein Gutachten zu den 50 bis 80 im morbiditätsorientierten RSA zu berücksichtigenden „eng abgrenzbaren“ Krankheiten vorgelegt. Ausgangspunkt für die Festlegung der Krankheiten sowie für die Operationalisierung der Eigenschaften „schwerwiegend“ und „chronisch-kostenintensiv“ waren die Diagnosegruppen (Dx-Gruppen) des von IGES et al. empfohlenen Klassifikationsmodells RxGroups+IPHCC der Firma URIX. Diese Dx-Gruppen stellen nach Aussage der Grouper-Entwickler klinisch homogene Krankheitsgruppen dar, die für die Zuschlagsermittlung anschließend nach Kostenhomogenität weiter zusammen gefasst werden. Von den insgesamt 781 Diagnosegruppen – bzw. 751 nach Entfernung nicht-relevanter Gruppen – verbleiben nach den vorab festgelegten Prüfungen 197 Dx-Gruppen, die zu 81 Krankheiten zusammengefasst wurden. Mit einer Ausnahme (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom) haben alle Krankheiten die abschließende Schwellenwertprüfung bestanden.

Bei der Bewertung der Kostenintensität haben die Gutachter die altersstandardisierten Gesamtkosten der Versicherten mit den (logarithmierten) Prävalenzen der jeweiligen Krankheit gewichtet, um dem Versorgungsgeschehen und der Gesamtbelastung der Krankenkassen verstärkt Rechnung zu tragen.

Methodik

Die jetzt vom BVA vorgelegte Krankheitsliste sowie das methodische Vorgehen haben nur sehr vordergründig Gemeinsamkeiten mit dem oben zitierten wissenschaftlichen Gutachten zur Krankheitsauswahl. Einige formale Prüfkriterien wurden aus dem Gutachten übernommen, allerdings auf erheblich ausgeweitete Krankheitsgruppen angewendet. Ausgangspunkt zur Bildung von „Krankheiten“ sind ebenfalls die Dx-Gruppen, die jedoch primär - nach einer vorgegebenen Wunschliste? - so zu Krankheitsgruppen zusammengefasst wurden, als sei es das Ziel, alle „Volkskrankheiten“ und gleichzeitig möglichst viele Dx-Gruppen bzw. Einzeldiagnosen aufzunehmen.

Dabei wurde die Grouper-Systematik verlassen, indem auch Dx-Gruppen aus unterschiedlichen Zustandskategorien (Condition Categories) zu einer Krankheit gebündelt wurden (Beispiel: Diabetes mellitus, schwerwiegende metabolische und endokrine Störungen, akute schwere Lebererkrankungen, Rheumatoide Arthritis, Osteoporose, schwerwiegende Erkrankungen der Blutbildung, schwerwiegender Alkohol und Drogenmissbrauch). Auffällig ist, dass Krankheitskategorien, die die Prüfkriterien erfüllen und damit als berücksichtigungsfähig eingestuft werden, wesentlich mehr Dx-Gruppen enthalten als die nicht berücksichtigungsfähigen (3,5 vs. 1,3). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass bei einer Obergrenze von 80 Krankheiten ein Maximum an Erkrankungen enthalten ist. Gleichzeitig gelangen nach dem „Huckepackprinzip“ auch weniger schwerwiegende und weniger kostenintensive Erkrankungen in die Auswahlliste, die zuvor als eng abgrenzbare Krankheiten im Gutachten der Wissenschaftler als nicht schwerwiegend oder nicht kostenintensiv von der Auswahl ausgeschlossen wurden (Beispiele: Depressive Episoden, Dx-Gruppe 269, als Bestandteil der Krankheit „Depression“; Normale Betreuung während der Schwangerschaft, Dx-Gruppe 611, als Bestandteil der Krankheit „Bestehende Schwangerschaft einschließlich Komplikationen“).

Die erhebliche Ausweitung des Krankheitsbegriffs führt nicht nur zu einer ungerechtfertigten Aufblähung der Diagnoseauswahl, sondern hat auch unmittelbaren Einfluss auf die Prüfergebnisse selbst: Eine Krankheit gilt als „chronisch“, wenn in mindestens 2 Quartalen Diagnosen aus derselben Krankheitsgruppe gefunden werden, wobei Versicherte mit einem Quartal Versicherungszeit automatisch als Chroniker gewertet werden, da die Versicherungszeiten einschließlich aller Morbi-Informationen verdoppelt werden. Durch willkürliche Ausweitung des jeweiligen Diagnosespektrums kann ein nahezu beliebig hoher Bevölkerungsanteil zu Chronikern erklärt werden. Wenn beispielsweise die bestehende Schwangerschaft das charakterisierende Merkmal der Erkrankung ist, so ist allein wegen der üblichen Schwangerschaftsdauer das Merkmal der Chronizität bereits erfüllt – unabhängig von der Persistenz behandlungsbedürftiger medizinischer Probleme! Entbindungen sind nach dieser Logik nicht chronisch!

Damit eine Krankheit als schwerwiegend eingestuft wird, gilt eine Hospitalisierungsquote von 5% als hinreichend. Dies ist beispielsweise bereits für die Anämie - Eisenmangel und andere nicht näher bezeichnete Anämien, Dx-Gruppe 235 – mit 5,02 % erfüllt (Anhang 3). Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats weist dagegen für dieselbe Dx-Gruppe lediglich eine Hospitalisierungsquote von 3,1 % aus. Ebenso wird das „Protein-Energie-Mangelsyndrom“, Dx-Gruppe 114, aufgrund einer

Hospitalisierungsquote von 8,31 % als schwerwiegende Erkrankung in die Auswahl-liste aufgenommen, während das wissenschaftliche Gutachten eine Hospitalisie-rungsquote von 3,5 % ausweist. Die Hospitalisierungsquoten liegen, sofern ver-gleichbar, durchweg höher als im Gutachten. Es ist nicht plausibel, dass diese teils deutlichen und systematischen Abweichungen lediglich aus der geringfügig erweiter-ten Datenbasis herrühren sollten.

Der Begriff „kostenintensiv“ wurde – abweichend vom Vorgehen der Gutachter - von den Begriffen „schwerwiegend“ und „chronisch“ abgekoppelt und als eigenständiges Kriterium – ebenfalls auf Basis der umfassenden Krankheitsgruppen - geprüft. Die krankheitsbezogenen (Mehr-)Kosten wurden dabei als Koeffizienten eines linearen Regressionsmodells ermittelt, bei dem die Gesamtausgaben eines Versicherten durch die Krankheitsindikatoren erklärt werden sollen. Problematisch ist bei dem gewählten Vorgehen die Ermittlung von Ausgabenanteilen für verschiedene Leis-tungsbereiche (HLB 1,3,4,7,9 und HLB 5) durch getrennte und auf unterschiedlicher Versichertenbasis durchgeführter Regressionen mit nachfolgender numerischer Addi-tion der geschätzten Kostengewichte. Hier wäre zumindest eine Prüfung (und Doku-mentation) der Interdependenzen erforderlich gewesen! Schwerer wiegt allerdings die völlige Missachtung grundlegender Modellbildungsregeln. Negative und nicht-signifikante Kostengewichte (Prüfmaße sind leider nicht dokumentiert) führen im all-gemeinen zu einer Fehlspezifikation des Modells, die eine solide Bewertung der Schätzergebnisse nicht mehr zulässt. Wie soll man beispielsweise interpretieren, dass für eine Entbindung prospektive Kosten von -1.623 Euro entstehen, eine Schwangerschaft dagegen (prospektive) Mehrkosten von 1.716 Euro erzeugt?

Die Einbeziehung der DMP-Mehrleistungen (HLB 9) in die Kostenermittlung erscheint im Übrigen problematisch, da hierdurch eine systematische Bevorzugung DMP-relevanter Diagnosen erfolgt. Da die DMP-Mehrkosten über Pauschalen ausgegli-chen werden sollen, ist es nicht akzeptabel, diese Mehrkosten bei der Ermittlung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten oder bei der späteren Kalibrierung der Kos-tengewichte mit zu berücksichtigen.

Mit der Form der Prävalenzgewichtung ist eine weitere Stellschraube zur Ausweitung des Morbi-RSA auf ein breiteres Versichertenklientel gegeben. Während die Wissen-schaftler hier eine logarithmische Transformation der Prävalenzen vorgeschlagen haben, liegt der jetzt vorliegenden Auswahl-liste eine Wurzeltransformation zugrunde, die zu einer vergleichsweise stärkeren Gewichtung hoher Prävalenzen führt. Auf die-se Weise ist es beispielsweise gelungen, alle Formen der Hypertonie (Dx-Gruppen

385, 387, und 388), von denen die Wissenschaftler keine als schwerwiegend oder kostenintensiv eingestuft haben, nach den neuen Berechnungen allein aufgrund des häufigen Auftretens als kostenintensive Erkrankung einzustufen (dokumentierte Mehrkosten im Einzelfall 263 Euro pro Jahr).

Die Schwellenwertprüfung haben jetzt alle 80 ausgewählten Krankheiten erfüllt. Nachdem die mittleren Leistungsausgaben für Aufmerksamkeitsstörungen nach Neuberechnung jetzt bei 2.538,37 Euro (gegenüber 2.187,39 Euro im Gutachten) liegen, wird auch für diese Krankheit der Schwellenwert von 2.525,58 Euro überschritten!

Im Übrigen enthält die Krankheitsliste zahlreiche *-Diagnosen (die Kennzeichnung ist nicht dokumentiert), die nicht als alleinige Diagnosen geschlüsselt werden dürfen. Es handelt sich hierbei um optionale Ergänzungsschlüssel zu anderweitig klassifizierten Krankheiten.

Krankheitsliste

Bei den beschriebenen methodischen Ungereimtheiten überrascht es nicht, dass die Ergebnisliste willkürlich erscheint und in praktisch allen Punkten nicht den gesetzlichen Anforderungen entspricht (vgl. § 31 RSAV, Abs. 1). Bei den aufgelisteten Krankheitsgruppen kann weder durchgängig von chronischen oder schweren Krankheitsverläufen ausgegangen werden, noch handelt es sich in der Regel um „eng abgrenzbare Krankheiten“. Die nachfolgenden Beispiele dienen der Demonstration und beanspruchen nicht, eine abschließende Auflistung aller problematischen Krankheitsgruppen oder Diagnosen wider zu geben.

- Bakterielle Zoonosen und andere schwerwiegende bakterielle Infektionen (Anhang 1, Nr. 20):
Hierbei handelt es sich nicht um eine „eng abgrenzbare Krankheit“. Vielmehr enthält diese Krankheitsgruppe zahlreiche sehr unterschiedliche Krankheitsbilder, einige eher exotische (Milzbrand, Rotz, Pest, Lepra, Gasbrand, Rattenbisskrankheit, Hasenpest, Schweinerotlauf, Mittelmeerfieber, Katzenkratzkrankheit), sowie andere eher häufigere (Kinder-)Krankheiten (Keuchhusten, Diphtherie, Salmonelleninfektionen). Die Liste dieser Akuterkrankungen wurde ferner angereichert um entzündliche Wirbelerkrankungen (ICD M46.30 bis M49.29) – offensichtlich, um für die Gesamtgruppe eine hinreichende Hospitalisierungsquote und damit die

Einstufung als „schwerwiegende“ Krankheit zu erzielen (s.o.).

- Osteoporose und Folgeerkrankungen (Anhang 1, Nr. 94):
Die Dx-Gruppe 569 „Erkrankungen der Menopause und Postmenopause“ hat nicht notwendig mit Osteoporose zu tun und ist daher nicht unter diesen Krankheitsbegriff zu subsumieren. Dasselbe gilt für die Dx-Gruppen 643, 645, 647, 648, 656 und 657 – hierbei handelt es sich um pathologische Frakturen, die jedoch nicht notwendig auf Osteoporose zurückzuführen sind. Bei den meisten der betroffenen Einzeldiagnosen handelt es sich außerdem um *-Diagnosen (s.o.). Ebenfalls zu entfernen sind die Weichteilschäden bei Frakturen (S71.84 bis S71.98).
- Anämie (Anhang 1, Nr. 118)
Diese Krankheit ist allein aufgrund der extrem hohen Fallzahlen als kostenintensiv eingestuft worden. Anämien treten häufig als Begleiterscheinung bei anderen Krankheiten, bei Schwangerschaften oder während der Menstruation auf. Ob Laborwerte außerhalb des Normbereichs immer einen behandlungsbedürftigen Befund darstellen, ist auch unter Ärzten umstritten. Die dokumentierte Hospitalisierungsquote von 5,02 % (Gutachten: 2,5 %) liegt nur knapp über der (willkürlichen) Grenze von 5 % und sorgte damit für die Einstufung als schwerwiegende Erkrankung.
- Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen) (Anhang 1, Nr. 296):
Eine normale Schwangerschaft erfüllt nicht den medizinischen Tatbestand einer Krankheit. Die Eigenschaft der Chronizität ist allein der Schwangerschaftsdauer geschuldet (s.o.), die Kostenintensität ist Folge der starken Prävalenzgewichtung.
- Hypertonie (Anhang 1, Nr. 189):
Hypertonie ist einer der häufigsten Beratungsanlässe in einer allgemeinmedizinischen Praxis. Etwa jeder zweite Erwachsene weist Blutdruckwerte über 140/90 mmHg auf. Bei den über 60-Jährigen hat nur noch jeder Vierte ‚normale‘ Werte. Hypertonie ist mit einer Gesamtprävalenz von über 22 % in der GKV-Stichprobe die mit Abstand häufigste Erkrankung nach der BVA-Systematik. Die krankheitsbezogenen Mehrkosten wurden mit 263 Euro pro Jahr ermittelt. Hierbei kann es sich nach allgemeinem Verständnis kaum um eine kostenintensive Erkrankung handeln. Gerade diese Einstufung wird jedoch mit der überzogenen Prävalenzgewichtung erreicht. Die Wissenschaftler hatten lediglich den Sekundären Hyper-

tonus (Dx-Gruppe 389) als chronisch-kostenintensive Erkrankung eingestuft.

- Osteoarthrose der großen Gelenke (Anhang 1, Nr. 90):
Die Osteoarthrose tritt verschleißbedingt zunehmend im Alter auf. Die Diagnostik basiert auf Schmerzangabe, Funktionseinschränkung und Bildgebung, lässt aber weite Interpretationsspielräume. Die Diagnosestellung ist damit weitgehend in das Ermessen des Arztes gestellt. Auch bei dieser Erkrankung handelt es sich mit 289 Euro jährlichen Mehrkosten eher um eine weniger kostenintensive Krankheit, die allein aufgrund der häufigen Diagnosestellung in die Auswahlliste aufgenommen wurde.

Fazit

Es wurde keine Möglichkeit ausgelassen, den ICD-Katalog maximal auszuschöpfen. Dieses Vorgehen hat mit einer seriösen wissenschaftlichen Bewertung nichts zu tun. Damit bei der Kalibrierung eines (prospektiven) Klassifikationsmodells, das bis Ende Juni zu entwickeln ist, nicht eine Vielzahl der hier aufgelisteten Krankheiten wieder als nicht-signifikant herauskatapultiert wird (hierbei spielen nämlich Prävalenzen keine Rolle mehr), wird diese unwissenschaftliche Vorgehensweise wohl fortgesetzt werden müssen – mit fatalen Folgen. Durch große Zuschlagskategorien mit extrem inhomogener Kostenstruktur sind keine zielgenauen Zuschlagshöhen zu erreichen, sodass mit reichlich arbiträren Verteilungswirkungen zu rechnen ist. Eine Umverteilung von Milliarden auf dieser Basis ist leichtfertig und unseriös. Darüber hinaus steht sie nicht im Einklang mit den Intentionen und Vorgaben des Gesetzgebers.

Die wesentliche Zielsetzung des Morbi-RSA, Anreize zur Risikoselektion zu vermindern, wurde zugunsten der Erzeugung eines (vermeintlich) maximalen Umverteilungsvolumens vollständig aus den Augen verloren. An keiner Stelle wird die mögliche Selektionsrelevanz einer Erkrankung als mögliches Auswahlkriterium thematisiert.

Gleichzeitig ist auch die zweite wesentliche Forderung des Gesetzgebers, keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen zu schaffen, gröblich verletzt worden. Mit der hier vorgelegten Krankheitsliste werden potentiell 40 % der Normalbevölkerung zu Chronikern gemacht. Mit Blick auf die neuen Chronikerpauschalen in der hausärztlichen Versorgung eröffnet sich hier ein weites Feld neuer

Optionen für die Vertragsgestaltung zwischen (Haus-)Ärzten und Krankenkassen mit erheblichen Implikationen für die Ausgabenentwicklung in der GKV.