

Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt - Stellungnahme und Positionspapier der IKK-Direkt -

Inhalt	Seite
Vorbemerkung.....	02
1. Krankheitsgruppen statt Krankheiten.....	02
2. Intentionale Krankheitskombinatorik.....	03
3. Weit gefasster Krankheitsbegriff.....	04
4. (Über-)Gewichtung der Krankheitshäufigkeit.....	04
5. Gefährdung von Wirtschaftlichkeitsanreizen und Wettbewerb.....	05
6. Prävention - ein vernachlässigter Versorgungsansatz.....	06
7. Gefahr der „Rückführung“ besonderer Versorgungsformen.....	07
8. Angabe der Erklärungsgüte R^2	08
9. Konsequenzen der Perzentilwahl.....	09
Fazit.....	10
Anhang.....	12

ANHÖRUNG DER SPITZENVERBÄNDE DER AM RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

BETEILIGTEN KRANKENKASSEN ZUR KRANKHEITSAUSWAHL

hier: Stellungnahme und Positionspapier der IKK-Direkt

VORBEMERKUNG

Ziel des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) ist es, einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit innerhalb der medizinischen Versorgung zu initiieren. Angesichts knapper Finanzressourcen und bestehender Qualitätsdefizite müssen sich die Gesundheitsakteure diesem unumgänglichen Zielweg stellen. Hierfür ist unter anderem eine Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) vorgesehen, dessen einzuführender Morbiditätsbezug auf 50 bis 80 Krankheiten begrenzt werden soll.

Im Rahmen der geplanten Neugestaltung und der gegenwärtig veröffentlichten Ausgestaltungsmerkmale der morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichssituation findet sich nachfolgend ein stellungnehmendes Positionspapier der IKK-Direkt.

1. Krankheitsgruppen statt Krankheiten

- Anstelle der gesetzlich eigentlich geforderten eng abgrenzbaren Wahl von nur 50 bis 80 morbiditätsfähigen Ausgleichserkrankungen, wurde bereits jetzt die Richtung eines annähernd vollständigen Morbiditätsausgleichs eingeschlagen.
- In einem ersten Schritt sind insgesamt ca. 2.400 Diagnosen zu ungefähr 200 Krankheiten ausgewählt und in 80 Krankheitsgruppen zusammengefasst worden, was bedeutet, dass keine Krankheit verrechnungsbezogen ausschlaggebend ist, sondern ganze Krankheitsgruppen. Schon hier wunderte es nicht, dass 80 berücksichtigungsfähige Krankheiten bereits 67% der GKV-Leistungsausgaben abdeckten. Die nunmehr vorliegende krankheitsverteilungsbezogene Entwurfsversion des Bundesversicherungsamtes (BVA) geht noch weiter, hier wurden innerhalb der 80 Erkrankungen rund 3.700 Diagnosen erfasst.
- Der eigentlich legislativ verfolgte „krankheitsbegrenzte“ Wettbewerbsgedanke steht so in einem problematischen Sachzusammenhang, denn wo liegen innerhalb eines annähernd vollständig ausgestalteten Finanzausgleichs reelle Anreize, die ökonomische Eigenverantwortung des Kassenmanagements zu fordern oder wirtschaftliches Handeln im Interesse der Versicherten als lohnenswerte Managementbemühung zu forcieren?
- Die ursprünglich sinnvolle - und im Hinblick auf die sich nicht ändernden kritischen Finanzumstände der GKV eigentlich nicht überwindbare - Zielsetzung des GKV-WSG, nämlich einen Wettbewerb um Versorgungsqualität und Kosteneffizienz zu führen, läuft an dieser Stelle ins Leere.

2. Intentionale Krankheitskombinatorik

- Hat sich das Gutachten des Beirats bei der Aggregation von ICD-Diagnosen zu Krankheiten an der Kostenintensität der DxGroups orientiert, so wird im Entwurf des BVA zwar weiterhin auf DxGruppen zurückgegriffen, diese werden jedoch unter (mehr oder weniger willkürlichen¹) medizinischen und nicht ökonomischen Aspekten zu (leistungsinhomogenen) Krankheiten zusammengefasst. In vielen Fällen werden dabei die vom Beirat auf Basis kostenintensiver DxGruppen definierten Krankheiten großzügig um weitere DxGruppen ergänzt, die für sich allein genommen das Kriterium der Kostenintensität nicht erfüllen würden. So werden ohne Berücksichtigung der Kostenintensität sämtliche schwangerschafts-assoziierten DxGruppen in einer Krankheit zusammengefasst. Diagnosen wie leichte Übelkeit (ICD-10 O21.0) oder die Überwachung einer normalen Schwangerschaft (ICD-10 Z34) zählen damit zu derselben Krankheit wie eine kostenintensive Vierlingsschwangerschaft (ICD-10 O30.2).
- Zwei der neu aufgenommenen Krankheiten heißen „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten“ sowie „Osteoporose und Folgeerkrankungen“. Die Benennung beider „Krankheiten“ weist bereits darauf hin, dass es sich tatsächlich um weit mehr als zwei Krankheiten handelt (689 ICD-Codes). Gemeinsam beziehen sich beide Konglomerate auf über 200.000 Versicherte und finden darüber dank der Prävalenzgewichtung Eingang in die 80 Krankheiten. Ähnlich verhält es sich mit aufgenommenen Krankheiten wie „Hypertonie“ (956.466 Versicherte) und „Ischämische Herzkrankheit“ (288.641 Versicherte). Hier wurden große Pakete geschnürt, um über die Prävalenzgewichtung Volkskrankheiten in den M-RSA aufnehmen zu können.
- Im Gegenzug gehören manche Krankheiten nicht länger zu dem 80er-Kreis, so die vom Beirat definierte Krankheit „Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht“. Neugeborene mit VLBW (very low birth weight) oder ELBW (extremely low birth weight) verursachen hohe Kosten. Im Gutachten des Beirats umfasste diese Gruppe die drei DxGruppen 724 (ELBW), 725 (VLBW) und 729 („Niedriges Geburtsgewicht, Gewicht nicht angegeben“). Laut Anhang A des Gutachtens betrugen die ambulanten Fallzahlen n=207 (DxGruppe 724), n=152 (DxGruppe 725) und n=2730 (DxGruppe 729). Der BVA-Entwurf verzichtet bei seiner Definition der korrespondierenden Krankheit „Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500 g“ auf die DxGruppe 729, so dass diese seltenen aber kostenintensiven Neugeborenen prävalenzbedingt nicht länger berücksichtigt werden. Mittels einer geschickten Krankheitskombinatorik ist es demnach möglich, die eigentliche Zielsetzung, kostenintensive Krankheiten zu identifizieren, zugunsten einer breiten Abdeckung der GKV-Leistungsausgaben zu umgehen.

¹ Wie im Gutachten des wissenschaftlichen Beirats (S. 10 f) ausführlich dargestellt, existiert keine allgemein anerkannte Definition des Krankheitsbegriffs.

3. Weit gefasster Krankheitsbegriff

- Eine zu weitläufige Auslegung des Krankheitsbegriffs führt dazu, dass Krankheiten zu Sammeltöpfen für teils Hunderte von ICD-Codes entarten. So umfasst die Krankheit „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten“ 357 ICD-Codes, die Krankheit „Entzündung/ Nekrose von Knochen/ Gelenken/ Muskeln“ 332 ICD-Codes oder die Krankheit „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ 205 ICD-Codes.
- In der vermeintlichen Krankheitsentität „Lymphome und Leukämien“ (120 ICD-Codes) werden beispielsweise so unterschiedliche Krankheiten wie die Hodgkin-Krankheit (ICD C81.*, 5-Jahres-Überlebensrate von über 90% auch für mittlere Stadien² und fortgeschrittene Stadien³, vergleichsweise geringe Kosten für Chemotherapie und Bestrahlung) und die chronische myeloische Leukämie (ICD C91.1*, dauerhafte Heilungen nur nach Stammzelltransplantation mit Kosten von ca. 130.000 €, danach Langzeittherapie mit teuren Immunsuppressiva, 10-Jahres-Überlebensrate von 55%) zusammengefasst. Anliegende Tabelle 1 veranschaulicht die Anzahl der ICD-Codes pro M-RSA Klasse bzw. Krankheit.
- Angesichts eines derart weit gefassten Krankheitsbegriffs verwundert es nicht, dass von den 80 Krankheiten rund 3.700 ICD-Codes betroffen sind und bereits dadurch ein „wettbewerbshemmender“ Großteil der GKV-Ausgaben Berücksichtigung findet. Waren im Gutachten des Beirats (2.393 ICD-Codes) noch 23,2% der Versicherten von einer der 80 Krankheiten betroffen, so sind es in der BVA-Methodik mehr als die Hälfte aller Versicherten⁴. Dies steht in krassem Widerspruch zur gesetzgeberischen Vorgabe einer „gleitenden Einführung der direkten Morbiditätsorientierung“.

4. (Über-)Gewichtung der Krankheitshäufigkeit

- Ein Kritikpunkt anderer Institutionen zum Beiratsgutachten bezieht sich darauf, dass die Krankheitshäufigkeit bzw. Prävalenz nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt worden ist. Vielmehr sollte die erfolgte Prävalenzgewichtung linear umgestaltet werden, was bedeutet, dass zwar sehr teure, aber wenig verbreitete Krankheiten unbetrachtet bleiben.

² Engert A, Schiller P, Josting A et al.: Involved-field radiotherapy is equally effective and less toxic compared with extended-field radiotherapy after four cycles of chemotherapy in patients with early-stage unfavorable Hodgkin's lymphoma: results of the HD8 trial of the German Hodgkin's Lymphoma Study Group. *J Clin Oncol* 2003;21(19):3601-8.

³ Diehl V, Franklin J, Pfreundschuh M et al.: Standard and increased-dose BEACOPP chemotherapy compared with COPP-ABVD for advanced Hodgkin's disease. *N Engl J Med* 2003;348(24):2386-95.

⁴ Prof. Glaeske nennt in seinem Vortrag „Auswirkungen/ Zusammenhänge mit der Einführung des Gesundheitsfonds/ MorbiRSA zum 1.1.2009“ auf der Verwaltungsratssitzung der IKK Nord am 8. April 2008 in Lübeck (Folie 17) die Prozentsätze 23,2% für die Angaben im Gutachten des Beirats und 39,5% für die BVA-Methodik. Da letztere die Existenz ambulanter Diagnosen in mindestens zwei Quartalen voraussetzt, handelt es sich um eine andere Berechnungsgrundlage. Entfällt diese Bedingung, ist von einem um 10% bis 15% höheren Prozentsatz auszugehen, also > 50%.

- Bezüglich der angeregten Prävalenzumgestaltung sollte bedacht werden, dass kostenintensiv, schwerwiegend und/ oder chronisch nicht gleichbedeutend dafür ist, dass unmittelbar auch jeweils eine überproportionale Krankheitsverteilung gegeben sein muss. Vielmehr muss der gesetzgeberische Ansatz als eine kostenorientierte Krankheitsbetrachtung mit Blick auf die versichertenindividuellen Versorgungskosten und somit auf Ebene der Einzelkrankheit verstanden werden; nicht zuletzt, um wirkliche Wettbewerbsrahmenbedingungen nicht zu gefährden, sondern zu fördern. Wohin diese (Über-)Gewichtung der Krankheitshäufigkeit momentan führt bzw. in welcher Form die Fragestellung der Häufigkeit auf geschickte Weise im Rahmen des aktuellen BVA-Entwurfs genutzt werden kann, wurde bereits unter den vorangegangenen Gliederungspunkten 2 und 3 aufgezeigt.
- Ferner kann die „Prävalenz-Übergewichtung“ auch nicht im gesetzgeberischen Kontext des gleichzeitigen Wegfalles des Risikopools stehen, denn hierbei würden die betroffenen Versorgungsfälle mit teuren aber seltenen Krankheiten im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (M-RSA) indirekt als „gesunde“ Versicherte betrachtet und bleiben für die einzelne Krankenkasse mithin ohne finanziellen Ausgleich.

5. Gefährdung von Wirtschaftlichkeitsanreizen und Wettbewerb

- Ein sozusagen perfekt ausgestalteter RSA geht in keiner Weise mit notwendigen Wirtschaftlichkeitsanreizen oder maßgeblichen Wettbewerbsfunktionen einher. Es bietet sich ein nahezu wettbewerbsloser GKV-Markt und eine zunehmende Reduktion aktiver Versorgungsanreize. Denn worin besteht innerhalb eines vollständigen Morbiditätsausgleichs ein Ansporn, ausgleichsfähige Morbidität innerhalb gesteuerter Versorgungsbemühungen zu senken?
- Hier dominiert zwangsläufig das Streben nach einer Erhöhung der möglich zu empfangenen RSA-Zahlungen. An dieser Stelle und durch diesen unmittelbar refinanzierenden Finanzcharakter direkt erfasster Morbidität wird der Ausgleich selbst ein großes Wagnis.
- Insgesamt würde wohl eher eine optimale und nicht eine maximale RSA-Erstattungskultur Hilfestellung leisten, eventuell bestehende Risikoungleichgewichte des GKV-Marktes zu lösen und dennoch ein notwendiges, auf Qualität und Effizienz ausgerichtetes Wettbewerbsmodell zu schaffen.
- Neben einem optimal – nicht maximal - ausgestalteten Risikoausgleich müssen den Krankenversicherungen darüber hinaus weiterführende Wettbewerbsinstrumentarien an die Hand gegeben werden.

Ansonsten wird es ihnen nicht möglich sein, eigenständige Wettbewerbsvorteile durch Kosteneinsparungen sowie Qualitätsverbesserungen innerhalb der Versorgungssituation zu erzielen und letztlich ökonomische Eigenverantwortung zu übernehmen.

- Die momentane intelligente Ausweitung des gesetzlich eigentlich unmissverständlich definierten maximalen Krankheitsrahmens sorgt nicht nur dafür, dass ein wirklicher Wettbewerb nicht vorhanden ist, sondern macht ihn, anhand der Überdehnung eigentlich begrenzter Erkrankungen mit möglichst hundertprozentigem Subventionscharakter, zunehmend unmöglich.

6. Prävention - ein vernachlässigter Versorgungsansatz

- Die Einführung eines möglichst diffizilen morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs schafft kassenseitig keinen Anreiz, die Versorgungsumstände effizient und eigenverantwortlich zu verbessern. Der näherungsweise fast vollständige Ausgabenausgleich sorgt vielmehr dafür, dass sinnvolle Präventionsmaßnahmen in den Hintergrund der Kassenbemühungen geraten, da eine Leistungserstattung ohnehin erfolgt.
- Durch diesen Umstand wird „Krankheit“ schon aus Finanzgründen zu einem erstrebenswerten und von den beteiligten Akteuren lohnend zu dokumentierenden Zustand. Hier bedingt der M-RSA, dass die Durchführung krankheitsvermeidender und krankheitsverkürzender Interventionen nur noch sekundären Charakter hat.
- Dieses Problem hat der wissenschaftliche Beirat in seinem jüngsten Gutachten erkannt und eine mögliche Lösungsalternative vorgeschlagen. In seinem Gutachten führt er aus, dass *„bei Erkrankungen, die der Primär- und Sekundärprävention zugänglich sind (...) keine Fehlanreize entstehen (dürfen), die zur Unterlassung von Präventionsmaßnahmen (...) führen.“* Folgerichtig kommt er – etwa im Zusammenhang mit Diabetes mellitus – zu dem Schluss, dass Diabetes mellitus Typ 2 im Gegensatz zu Diabetes mellitus Typ 1 ein hohes Präventionspotenzial aufweist, das bei der Ausgestaltung des RSA berücksichtigt werden sollte. Es wird dementsprechend angenommen, dass eine Zuschlagsgewährung für frühe und vermeidbare Komplikationen (z. B. Krankheitserscheinungen am Auge [DxG 108]) verminderte Präventionsbemühungen zur Folge hätte. Das BVA folgt diesem Argumentationsgedanken nicht und schließt in seine Krankheitsbestimmung zu „Diabetes mellitus“ sämtliche unterschiedliche Verlaufsformen und damit alle 16 mit Diabetes mellitus korrespondierenden DxGruppen ein.
- Neben diesem problematischen Sachzusammenhang bleibt hier ferner unberücksichtigt, dass das Problem an sich ein viel zu vollständig ausgestalteter RSA ist, welcher sich ursprünglich nur auf einige,

wenige ausgleichsfähige Erkrankungen konzentrieren sollte und somit grundsätzlich kein Präventionsungleichgewicht initiiert hätte. Dieser Zwiespalt des M-RSA wird sowohl im Gutachten des Beirats als auch innerhalb der Entwurfsversion des BVA nicht aufgegriffen. Wobei das BVA die ohnehin schon schwierigen Präventionsanreize durch sein methodisch findiges Vorgehen absolut potenziert.

- So übernimmt der M-RSA jetzt fälschlicherweise die Kassenverantwortung, eine wirtschaftliche und effiziente Leistungserbringung zu forcieren, die dann wirklich Ausdruck für die Leistungsfähigkeit einer Gesamtorganisation im Wettbewerb wäre. Insgesamt existieren unter M-RSA Bedingungen nur noch beschwerliche Anreize, präventives Gesundheitsverhalten aktiv zu fördern und gleichzeitig ökonomischen Finanzrahmenbedingungen innerhalb des Gesundheitsfonds gerecht werden zu müssen.
- Diesen Umstand kann unter anderem die Einführung strukturierter Disease Management Programme (DMP) belegen. Ihre RSA-Anbindung und die damit einhergehenden höheren Finanzaufwendungen haben zu einem rigorosen Einschreibewettbewerb geführt und die politisch ursprünglich verfolgten, qualitativen Programmansätze immer mehr vernachlässigt.
- Alle bisher ergangenen RSA-ÄndV verfolgten zu einem großen Teil das Ziel, unter Einbeziehung des Arguments der Entbürokratisierung, vereinfachende Zulassungsvoraussetzungen zu schaffen, um den kassenseitigen Zugang zu RSA-Geldern zu erleichtern. Anhand dieser Erkenntnisse lässt sich ableiten, dass die Einführung eines M-RSA wegen der vornehmlich finanzpolitischen Interessen vermutlich dazu führen wird, dass die Präventionsförderung und daraus folgende Investitionen in die Versorgungsqualität, welche langfristig zu einer Kostenreduktion beitragen könnten, lediglich nachgelagertes Kostenträgerziel sein wird.

7. Gefahr der „Rückführung“ besonderer Versorgungsformen

- Im Rahmen der 80 Erkrankungen sind die DMP-fähigen Krankheiten anfänglich nicht umfänglich berücksichtigt worden. Der Beirat schlug allerdings vor, entweder eine erhöht ausgestattete Programmkostenpauschale oder die DMP-bezogene Ausgestaltung eines Sonderzuschlags im RSA zu realisieren. Der auf dem wissenschaftlichen Beiratsgutachten basierende BVA-Entwurf beinhaltet nun ausgleichsorientiert die Disease Management - Erkrankungen.
- Sollten die DMP-Indikationen im künftigen Finanzmodell jedoch ohne eine vorgelagerte Zulassungssicherungssituation berücksichtigt werden oder die Programmkostenpauschale nicht ausreichend attraktiv ausgestaltet sein, werden sich diese eigentlich sinnvollen Programmformen zuerst vereinfachen sowie langfristig neutralisieren. Und dies, obwohl Millionen in den Programmaufbau investiert wurden.

- Bezüglich des bereits praktizierten Einschreibewettbewerbs sollten die Programme innerhalb des M-RSA unbedingt neutral gestaltet sein. Die umfassend finanzielle Ausgleichsaufnahme der DMP-Erkrankungen führt nun jedoch dazu, dass einzelne Schweregradzustände einer (DMP-)Krankheit entsprechenden Ausgleich finden werden. Hier besteht die Gefahr, präventive Maßnahmen für vermeidbare Komplikationsfälle zu vernachlässigen, da ohnehin ein DMP-unabhängiger Finanztransfer innerhalb des M-RSA erfolgt.
- Insgesamt würde jeglicher qualitativer Versorgungsansatz – der seine Wirkung ohnehin eher langfristig entfaltet – nach kurzweiliger Laufzeit vorerst vermutlich nur noch halbherzig und letztlich gar nicht mehr fortgeführt. Auch, wenn es an dieser Stelle fraglich ist, wie bei einer Rückführung dieses Versorgungsansatzes – wegen ohnehin befriedigter Finanzinteressen der Kostenträger durch den M-RSA – gegenüber den Patienten argumentiert wird, denen die DMPs flächendeckend als lohnend und unabdingbar für ihre individuelle Versorgungssituation angepriesen wurden.
- Konsequenterweise der Gesetzgebung wäre es eher, unterschiedliche „Qualitätsstufen“ einzuführen und diese zu gezielt unterscheidbaren Finanzsätzen zu honorieren. So würde die Versorgungsqualität der Handlungsfokus sein, es würde darüber hinaus zu dem nach gesetzlicher Intention eigentlich gewünschten Qualitätswettbewerb kommen und die Finanzinteressen der Krankenkassen ließen sich nicht mehr einfach und bequem befriedigen. Die Kassen wären vielmehr anhand der eindeutigen Honorierung qualitativer Programmformen gezwungen, sich für oder gegen die Durchführung eines aktiven Versorgungsmanagements innerhalb der Behandlungsprogramme zu entscheiden, was je nach Entscheidung auch einen entsprechenden Versorgungsinvest nach sich ziehen würde und ein deutliches Signal seitens der einzelnen Krankenversicherung im Wettbewerb wäre.

8. Angabe der Erklärungsgüte R^2

- Das BVA hat es trotz gesetzlicher Vorgabe leider unterlassen, die Erklärungsgüte der ausgewählten Krankheiten in Bezug auf die Leistungsausgaben zu untersuchen. Das bedeutet, dass die entscheidende Größe fehlt, um die wirkliche Güte der Krankheitsauswahl beurteilen zu können. Erklärtes Maß zur Bestimmung der Güte wäre das statistische Bestimmtheitsmaß R^2 gewesen.
- Bereits in Bezug auf das Gutachten des Beirats (ebenfalls ohne Validierung) war die Prüfung der Prognosegüte von verschiedenen Akteuren angemahnt worden. Das BVA argumentiert, dass sich die Anforderung zur Prüfung der Prognosegüte eindeutig auf das Gesamtmodell beziehe.

Eine Prüfung sei daher erst nach den übrigen Festlegungen möglich. Diese Interpretation kann sich als Fehleinschätzung herausstellen. Die vom BVA zu treffenden Festlegungen werden im Entwurf sinngemäß wie folgt zusammengefasst:

- a) Festlegung der Krankheiten (Morbiditätsgruppen)
- b) Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Krankheiten
- c) Spezifizierung des Regressionsverfahrens
- d) Entwicklung des Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der Risikozuschläge

Die Punkte a) bis c) sind im Entwurf des BVA bereits ausgeführt. Es fehlt nur noch Punkt d), der die Festlegung auf ein Modell voraussetzt, für die Prüfung seiner Prognosegüte jedoch irrelevant ist. Insofern ist genau jetzt der richtige Zeitpunkt zur Bestimmung von R^2 . Sollte sich die Prognosegüte bei einer späteren Prüfung (und damit auch das Modell) als unzureichend erweisen, wären die zwischenzeitigen Arbeiten zu d) nutzlos.

- Wie in der Spalte „Erwartete Mehrkosten“ (Anhang 3) des BVA-Entwurfs zu erkennen, wurden sämtliche Berechnungen bereits durchgeführt, wahrscheinlich ist der R^2 -Wert dem BVA bekannt. Die fehlende Angabe im Entwurf könnte die Vermutung nahe legen, dass die vom Gesetzgeber geforderte Güte nicht erreicht wird.

9. Konsequenzen der Perzentilwahl

- Ziel des Gutachtens war die Identifizierung von kostenintensiven Erkrankungen. Nach der bekannten 80-20-Regel entfallen 80% der Ausgaben auf 20% der Versicherten. Dies trifft auch auf den im Gutachten untersuchten Datenbestand zu.⁵
- Ausgehend vom 70. Perzentil hat das BVA den „Grenzwert schrittweise angehoben, bis exakt 80 Krankheiten die Kriterien erfüllten“,⁶ um das Maximum von 80 Krankheiten in Gänze ausschöpfen zu können. Da der Gesetzgeber aber bewusst einen Spielraum von 50 bis 80 Krankheiten gelassen hat, ist methodisch nicht nachzuvollziehen, warum von der anerkannten 80-20-Regel (80. Perzentil) abgewichen wurde.

⁵ Gutachten des wissenschaftlichen Beirats, S. 8

⁶ Entwurf des BVA, Anhang 2, S. 5 f

FAZIT

Die übersteigerte Auslegung der eigentlich gesetzlich begrenzt erstattungsfähigen Morbiditätskriterien verhindert, dass sich eine kassenseitige Weiterentwicklung zu einem wettbewerbsorientierten Versorgungsmanager vollzieht, der für das Handeln seines Unternehmens einsteht und eine optimale Leistungserbringung forciert. Ferner wird eine Kontraproduktivität des Wettbewerbs erzeugt, da Krankenkassen, Ärzte und andere Leistungserbringer die Morbidität als lukrativen Finanzfaktor sehen werden. Das bedeutet, dass im Rahmen erfolgter RSA-Erstattungen kein übermäßiges Interesse daran bestehen wird, auf Krankheitsrisiken durch verbesserte Präventionsleistung einzuwirken.

Neben diesen Umständen werden die bisher nicht ausreichend eingeräumten Vertragsfreiräume dazu führen, dass es keinen genügenden Vertrags- und einen daraus resultierenden Qualitätswettbewerb geben wird, was eigentlich unmittelbares Element eines funktionierenden und auf Qualität basierenden Kostenwettbewerbs ist und eine unmittelbare Zielsetzung des GKV-WSG war.

Eine zielgerichtete Finanzverteilung anhand der bisherigen Kriterien Alter und Geschlecht ist gerecht, planbar, manipulationssicher und kann mit einem auf einige kostenintensiv, schwerwiegende Erkrankungen ausgerichteten M-RSA dazu beitragen, vermeintlich noch bestehende Ungleichgewichte im Rahmen der kassenspezifischen Risikoverteilung für ein annähernd funktionierendes Wettbewerbsmodell auszugleichen. Sollte es noch gelingen, die nunmehr über den eigentlichen Gesetzesansatz hinausgehenden Morbiditätskriterien auf das notwendige Maß zu konzentrieren und würde diese Optimierung dann mit der Schaffung von weiteren Wettbewerbsfreiräumen einhergehen, könnten Wirtschaftlichkeitsanreize gesetzt werden, die den Weg zu einer modernen Gesundheitsversorgung ebnen. Diese wird sich in einem immer enger werdenden Finanzrahmen unweigerlich damit auseinander setzen müssen, die Versorgungsleistung zu optimieren und die Verantwortung für versorgungs- und unternehmerisch-orientiertes Handeln auf die gesetzliche Krankenversicherung zu übertragen.

An dieser Stelle ist die Zeit bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsfonds und des M-RSA jedoch viel zu kurz, um bestehende Fehlwirkungen zu umgehen. Allerdings kann eine zeitliche Verschiebung dazu beitragen, die noch notwendigen Arbeiten seriös beenden zu können, um somit einen den ursprünglichen Intentionen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes entsprechend modernen, leistungsfähigen Krankenversicherungsmarkt der Zukunft zu gestalten!

Nach dem Rücktritt des wissenschaftlichen Beirats hat das BVA innerhalb kürzester Zeit gewichtige Änderungen an dem Modell des M-RSA vorgenommen. Man merkt dem Entwurf allerdings an, dass er unter Zeitnot angefertigt wurde.

So wird einer „Demenz“ genannten Krankheit die DxGruppe 250 („Normotensiver Hydrozephalus“) zugeordnet, welche vorwiegend für Säuglinge relevant ist. Die DxGruppe 357 („Kardiomyopathie/ Myokarditis“) wird gleich zweimal zugeordnet (einmal zur Krankheit „Herzinsuffizienz“ und einmal zur Krankheit „Ischämische Herzkrankheit“), ohne dass ein DxG Split vermerkt ist. Auch sind die Berechnungsergebnisse in Anhang 3 des Entwurfs nicht konsistent mit denen des korrigierten Anhangs A des Gutachtens des Beirats. So wird in Anhang A für die DxGruppe 235 („Eisenmangel und andere/ nicht näher bezeichnete Anämien“) eine Hospitalisierungsquote von 2,5% angegeben, für die Krankheit „Anämie“ im Anhang 1 des BVA, die ausschließlich die DxGruppe 235 umfasst (ebenda, S. 8) wird in Anhang 3 eine Hospitalisierungsquote von 5,02% angeführt, welche eine Berücksichtigung der Anämie unter den 80 Krankheiten erst möglich macht.

Diese methodisch beispielhaft noch zu berücksichtigenden Aspekte und die bereits genannten problematischen wettbewerblichen Anreizbedingungen aufgrund der taktischen Überdehnung des Krankheitsbegriffs unterstreichen eigentlich eindeutig, dass über eine milliardenhohe Umverteilungssumme des M-RSA weder im politischen Interesse noch aufgrund der Interaktion interessensgeleiteter Gesundheitsakteure übereilt entschieden werden sollte. Insbesondere im Interesse der Versicherten und vor dem Hintergrund der Komplexität des GKV-Marktes sowie der vorliegenden Fragestellungen - inklusive ihrer möglichen Konsequenzen - darf nicht fahrlässig und allzu einseitig interessensgeprägt entschieden werden. Der Rücktritt des wissenschaftlichen Beirats, die jetzt öffentlich absolute Betonung seiner lediglich beratenden Funktion und das Auftauchen plötzlicher Rechtsunsicherheitsbedenken an der Gutachterarbeit seitens BVA sowie Gesundheitsministerium sollte eigentlich ein politisches Warnsignal sein. Dass es dies nicht ist, lässt für die künftige Weiterentwicklung dieser für ein ganzes Gesundheitswesen überaus wichtig zu regulierenden finanzwirksamen Themenstellung leider nichts Gutes vermuten.

Letztendlich bleibt nur zu hoffen, dass die geschickt interessensgeprägte Auslegung möglichst vielfältiger Morbiditätsabbildung erkannt und im Zielfokus eines modernen Gesundheitswesens, welches dann nicht mehr auf althergebrachten Kostenerstatterstrukturen und erhofften Subventionspotenzialen basiert, sondern auf proaktiven, qualitativen Versorgungsmanagementansätzen im Leistungswettbewerb, durch fest fokussierte und nicht beliebig interpretierbare Umverteilungsgrenzen des M-RSA beseitigt wird!

ANHANG

Tabelle 1: Anzahl an ICD-10-Codes pro M-RSA Klasse

Nr. lt. S. 35 ff	Bezeichnung	Anzahl Codes
27	Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten	357
26	Entzündung/Nekrose von Knochen/Gelenken/Muskeln	332
30	Osteoporose und Folgeerkrankungen	205
73	Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	165
19	Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen	138
5	Bakterielle Zoonosen und andere schwerwiegende bakterielle Infektionen	123
15	Lymphome und Leukämien	120
45	Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks	110
37	Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch	99
17	Diabetes mellitus	90
71	Nephritis	88
16	Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens	72
7	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	68
69	Pneumonie	67
44	Ausgeprägte schwere Lähmungen	66
79	Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung	65
6	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx	65
77	Wirbelkörperfraktur (ohne Schädigung des Rückenmarks)	58
62	Schlaganfall und Komplikationen	52
74	Dekubitalgeschwüre	50
76	Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen	50
58	Erkrankungen der Herzklappen	49
80	Status nach Organtransplantation (inkl. Komplikationen)	49
36	Demenz	46
38	Psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen	45
28	Spinalkanalstenose	45
57	Ischämische Herzkrankheit	43
78	Traumatische Amputation einer Extremität	42
14	Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation	42
54	Herzinsuffizienz	40
3	Nicht virale Meningitis/Enzephalitis	39
9	Bösartige Neubildungen der Knochen, des Stütz- und Weichteilgewebes	39
8	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	33
31	Schwerwiegende Erkrankungen der Blutbildung und Blutgerinnung	33
13	Bösartige Neubildungen des Auges, Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems	33
70	Niereninsuffizienz	32
4	Infektionen durch opportunistische Erreger	29
66	Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis	27
2	Sepsis/Schock	27

Nr. lt. S. 35 ff	Bezeichnung	Anzahl Codes
47	Periphere Neuropathie / Myopathie	24
63	Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	21
29	Osteoarthritis der großen Gelenke	20
50	M. Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen	20
12	Bösartige Neubildungen der Niere, der Harnwege und der Nebenniere	20
39	Depression	19
51	Epilepsie	19
53	Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen	19
48	Entzündlich / toxische Neuropathie	18
40	Bipolare affektive Störungen	18
49	Multiple Sklerose	18
20	Leberzirrhose (inkl. Komplikationen)	18
1	HIV/AIDS	17
56	Hypertensive Herz-/Nierenerkrankung/Enzephalopathie	17
59	Hypertonie	16
34	Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung	16
22	Akute schwere Lebererkrankung	16
11	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane	15
24	Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn/Colitis ulcerosa)	12
25	Erkrankungen des Ösophagus, exkl. Ulkus und Blutung	12
32	Agranulozytose, septische Granulomatose, andere näher bezeichnete Erkrankungen der weißen Blutkörperchen	11
33	Disseminierte intravasale Gerinnung und sonstige Koagulopathien	11
21	Chronische Hepatitis	10
35	Anämie	10
10	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	9
18	Energie- und Eiweißmangelernährung	9
23	Ileus	8
72	Neurogene Blase	8
55	Akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz	8
68	Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose	7
60	Vorhoffarrhythmie	7
64	Arterieller Aneurysma, exkl. der Aorta	6
65	Mukoviszidose	6
67	Asthma bronchiale	5
52	Koma, Hirnödem, hypoxischer Hirnschaden	5
43	Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen	4
41	Anorexia nervosa / Bulimia nervosa	4
42	Akute Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen	4
75	Hautulkus (ohne Dekubitalgeschwür)	2
61	Ventrikuläre Tachykardie	2
46	Muskeldystrophie	2