



Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-36
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der
BAG SELBSTHILFE
zum Entwurf einer Auswahl der
im Risikostrukturausgleich
zu berücksichtigenden Krankheiten für das Jahr 2010
Az. VII2-5572.02-644/2008

Als Dachverband von 111 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und von 14 Landesarbeitsgemeinschaften nimmt die BAG SELBSTHILFE zum vorliegenden „Entwurf einer Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Jahr 2010“ wie folgt Stellung:

Nach wie vor sind schon die rechtlichen Rahmenbedingungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches dringend überarbeitungsbedürftig (I.).

Selbst wenn man diese Rahmenbedingungen unangetastet lässt, ist seitens der BAG SELBSTHILFE zu konstatieren, dass auch die im vorliegenden Entwurf vorgeschlagene Neuauswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten nicht als sachgerecht angesehen werden kann (II.).

I. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es von essentieller Bedeutung, dass mit den für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) relevanten Krankheiten das bei den GKV-Versicherten in Deutschland existierende Vorkommen chronischer Erkrankungen repräsentativ und kostendeckend abgebildet wird. Andernfalls besteht die Gefahr, dass es unter Kostengesichtspunkten zu Versicherten 1. und 2. Klasse kommt, da die beim RSA nicht berücksichtigungsfähigen Krankheiten bei den Krankenkassen zum Kostenrisiko würden, wie der aktuelle Fall der Erhebung eines Zusatzbeitrages wegen der kostenintensiven Behandlung zweier Patienten zeigt. Dies hat auf lange Sicht zwangsläufig negative Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen und auf die Versorgungsangebote der Kassen; eine solche Ausrichtung wäre mit dem Solidargedanken des 5. Sozialgesetzbuches nicht zu vereinbaren.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist die in § 31 RSAV vorgenommene Begrenzung der maßgeblichen Krankheiten auf 50 – 80 nicht sachgerecht, da für eine repräsentative Abbildung des Krankheitsgeschehens zumindest 200 – 300 Erkrankungen erforderlich wären. Unter rechtlichen Gesichtspunkten ist jedenfalls zu konstatieren, dass das skizzierte Prinzip des Solidarausgleichs zumindest eine weite Definition des Begriffs „Krankheit“ i.S.d. § 31 RSAV notwendig macht.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es unverständlich, dass Erkrankungen wie Psoriasis, Borreliose, ADHS oder Asthma bronchiale in leichteren Formen nicht zu den nach § 31 RSAV relevanten Krankheiten zählen sollen. Ursache dürfte unter anderem die nicht mehr aktuelle Datengrundlage sowie die Nichtberücksichtigung von Untersorgungen sein. Das Bundesversicherungsamt hat selbst in dem vorliegenden Entwurf (S.116) die Verwendung von aktuelleren Morbiditätsdaten für wünschenswert erachtet, um den zeitlichen Versatz von zwei Jahren zu vermeiden. Eine solche aktuellere Datenlage halten wir zur Vermeidung von Fehleinschätzungen für dringend erforderlich.

Korrekturbedürftig ist aber auch die Ausgestaltung der Indikatoren, anhand derer Leistungserbringer das Vorliegen einer berücksichtigungsfähigen Erkrankung nachweisen müssen. Sowohl Fehlsteuerungen in der Versorgung als auch die Manipulationsanfälligkeit der Indikatoren sind in der Öffentlichkeit breit diskutiert worden.

Hier bedarf es eines Kontrollinstrumentariums, das umgehend gesetzlich verankert werden muss, um zu verhindern, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, der Fehlsteuerungen vermieden soll, nicht selbst zur Ursache von Fehlsteuerungen in der Versorgung wird.

II. Aktuelle Neuauswahl relevanter Erkrankungen

1. Nichtberücksichtigung von Erkrankungen

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE lässt der vorliegende Entwurf für den Risikostrukturausgleich wichtige Erkrankungen unrichtigerweise unberücksichtigt.

a) Fehlen der Borrelien

Der Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V. beanstandet zurecht, dass die HMG 003, dass das Klassifikationsmodell die Diagnose einer Borreliose nicht kennt. Insbesondere fehlt etwa in HGM 003 die bakteriologische Infektion des Zentralen Nervensystems, also die Neuroborreliose.

Ferner enthält der Katalog unzählige Arthriden, jedoch kein Lyme-Arthritis. Auch Poly- und Arthritiden werden im Zusammenhang mit Staphylokokken und Streptokokken in differenzierten Zusammenhängen mit einzelnen Körperteilen dargestellt, nicht aber mit Borrelien. Es sieht für unseren Mitgliedsverband so aus, als sollte der Begriff der „Borreliose“ vermieden werden.

Vor dem Hintergrund, dass die Lyme-Borreliose unter dem ICD- Code 69.2 geführt wird und nach jüngsten Pressemitteilungen der Techniker Krankenkasse mindestens 0,35 Prozent der Bevölkerung mit Borrelien infiziert ist, ist ein solcher Ausschluss der Krankheit aus Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht nachvollziehbar. Insgesamt ist zu beanstanden, dass der Nennung von Symptomen und Syndromen oftmals Vorrang gegenüber den Ursachen eingeräumt wird; allerdings wird dieses Prinzip ohnehin nicht durchgängig eingehalten wie an Klassifikation der HIV- Infektion ersichtlich ist. Bereits der Wissenschaftliche Beirat hat festgestellt, dass die Definition der Krankheiten über Diagnose-Gruppen zur Folge hat, „dass einige der in diesem Gutachten ausgewählten Krankheiten nicht exakt das umfassen, was aus klinischer Sicht als vollständige ‚Krankheitsentität‘ zu bezeichnen wäre“ (S. 33 des Gutachtens). So wird etwa mit dem Begriff „Niereninsuffizienz“ die Systematik „Krankheit“ und „Krankheitsfolge“ durchbrochen, da es sich hier nicht um eine Krankheit, sondern um eine Folge verschiedener Krankheiten handelt.

Dies ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE auch in rechtlicher Hinsicht problematisch, da aufgrund dieser unklaren Begriffsbildung unter Umständen auch die Zahl der maximalen berücksichtigungsfähigen Krankheiten unangemessen verkürzt werden kann. Die „enge Abgrenzbarkeit“ in § 31 Abs. 1 Satz 4 RSAV bezieht sich auf die Klarheit und Handhabbarkeit des Krankheitsbegriffs, nicht aber auf den Umfang der Sachverhalte, die jeweils per Definition als „Krankheit“ an zu sehen sind. Es wäre daher verfehlt, zu unterstellen, dass der Begriff „Krankheit“ in § 31 RSAV „eng“, d.h. bezogen auf Einzeldiagnosen zu bestimmen sei. Es wird insofern jedoch begrüßt, dass diesem Problem derzeit mit der Bildung von Oberbegriffen

für verschiedene Diagnosen begegnet wird.

b) Ausschluss der Krankheit Psoriasis

Auch der Ausschluss der Volkskrankheit Psoriasis ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE unverständlich. Unser Mitgliedsverband, der „Deutsche Psoriasis Bund e.V.“, hat bereits in seiner Stellungnahme zu dem Gutachten auf Folgendes hingewiesen:

“Die kurzfristige Kostenanalyse der ausgewählten „Krankheiten“ im damaligen Gutachten (analysiert werden Daten nur der Jahre 2005 und 2006) und deren modellhafte Einbindung für die Anwendung eines Rechenalgorithmusses für den amerikanischen Markt zur Berechnung von Zuschlägen bei Versicherungen (!) „nach Zielsetzungen des Beirates“ (S. 13), vernachlässigt die Prävalenz und Inzidenz der Volkskrankheit Schuppenflechte. Diese Analyse blendet auch die Unterversorgung mittel bis schwer an Psoriasis Erkrankter aus. Das Klassifikationsmodell berücksichtigt bei einer hohen Dropout-Rate nicht berücksichtigungsfähiger Pseudonyme (ca. 20 Prozent der gelieferten Daten wurden nicht einbezogen) nur tatsächliche Kosten aus zwei Kalenderjahren (S. 4). Die Kosten, einer Behebung der Unterversorgung von schwer kranken Menschen mit Psoriasis (nach der medizinischen Definition der Krankheitschwere) werden im Modell nicht berücksichtigt. Auch wenn das System lernend sein soll, ist eine solche Schnittstelle für die Einbeziehung der Kosten zur Beendigung der Unterversorgung nicht ersichtlich“.

Diese Einschätzung hat der „Deutsche Psoriasis Bund“ inzwischen nochmals bekräftigt und folgendes zu bedenken gegeben:

„Dem Psoriasis Bund ist keine evidente Studie über die Qualität der Verschlüsselung von Diagnosen durch Mediziner bekannt, die die Qualität und das Niveau einer verblindeten randomisierten Studie hat. Es ist auch nicht ersichtlich, wie das Bundesversicherungsamt Verschlüsselungsfehler minimiert und mit welcher Fehlerabweichung gerechnet wird. (...). Fakt ist, dass eine Psoriasis und Psoriasis-Arthritis überhäufig – insbesondere von Nichtfachärzten – als ganz andere Krankheiten diagnostiziert und damit auch falsch verschlüsselt werden. Die Versorgungsforschung (Prof. Dr. Matthias Augustin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) hat mit belastbaren Studien eine Unterversorgung bei mittelschwer bis schwer erkrankten Menschen mit Psoriasis belegt.(...) Der Psoriasis Bund bleibt bei seiner Position, dass das gewählte Klassifikationsmodell die Volkskrankheit Schuppenflechte nicht adäquat abbildet und Kranke über die Kostenfolgen diskriminiert.“

c) Fehlen der seltenen Erkrankungen

Abschließend sei noch auf die Problematik der 4000 – 5000 seltenen Erkrankungen hingewiesen, die im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats keine Berücksichtigung finden, obwohl teilweise sehr kostenintensive Behandlungen bei Vorliegen dieser Erkrankungen notwendig sind (z.B. Morbus Gaucher). Ergänzend verweisen wir exemplarisch auf die Ausführungen unseres Mitgliedsverbandes, der „Deutsche Dystonie Gesellschaft e.V.“:

„Die Arzneimittelkosten für die Behandlung der Dystonie mit Botulinumtoxin belaufen sich –

je nach Schweregrad – bzw. Lokalisation der betroffenen Muskel auf ca. 2000,- bis 5000,- € pro Jahr. Hinzu kommen die Kosten für Physiotherapie/Rehabilitation. In manchen Fällen ist die operative Versorgung mittels tiefer Hirnstimulation (Hirnschrittmacher) einschließlich kontinuierlicher Nachsorge erforderlich.“

Die Behandlungskosten für einen von Dystonie betroffenen Patienten befinden sich nach Einschätzung der DDG e.V. im oberen Bereich der Kostenintensität und rechtfertigen eine Aufnahme in die Liste der 50 – 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.

Insgesamt sind damit Versicherte, die an diesen nicht- erfassten seltenen Erkrankungen leiden, in der Gefahr, Versicherte 2. Klasse zu werden.

Dies ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht hinnehmbar. Es ist daher die Aufnahme einer Generalindikation „schwerwiegende kostenintensive seltene Erkrankungen“ in den Morbiditätsfilter zu fordern.

d) Wegfall des ADH- Syndroms

Die Nichtberücksichtigung des Aufmerksamkeitsdefizit-Syndroms aufgrund einer gescheiterten Schwellenwertprüfung beruht unseres Erachtens auf dem Umstand, dass aktuelle Versorgungsdaten bzw. deren Kostenkonsequenz nicht berücksichtigt wurden (zur Notwendigkeit der Einbeziehung aktueller Daten siehe oben).

e) Erkrankungen in der Schwangerschaft

„Blutung in der Frühschwangerschaft“ ist ebenso wenig eine chronische Krankheit wie „verschiedene andere schwangerschaftsbedingte Probleme“. Für derartige kostenintensive Behandlungen muss eine Lösung außerhalb des Morbiditätsfilters gefunden werden.

2) Indikationen mit ambulanter Behandlung ohne Arzneimitteltherapie

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE werden auch im vorliegenden Entwurf Indikationen, bei denen stationäre Aufnahmen nicht erforderlich sind und bei denen die Arzneimitteltherapie nur eine untergeordnete Rolle spielt, nicht hinreichend berücksichtigt. Kritisch ist aus Sicht der BAG

SELBSTHILFE zu sehen, dass die Einstufung einer Krankheit als „schwerwiegend“ u.a. von der Hospitalisierungsquote abhängig gemacht wird. Zum einen kann diese Festlegung im Sinne der Setzung von Fehlanreizen die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationäre“ behindern. Zum anderen führt die Festlegung der Hospitalisierungsquote zu einer unangemessenen Nichtberücksichtigung von Erkrankungen, die kostenrelevant sind, aber in der Regel nur einer ambulanten Behandlung bedürfen.

Ein weiteres Defizit besteht darin, dass Kosten der GKV für Rehabilitationsmaßnahmen nicht umfassend erfasst sind.

3) **Aufgreifkriterien**

Zu den geplanten Änderungen bei den Aufgreifkriterien ist Folgendes auszuführen:

a) **Definition der Chronizität – M2Q Kriterium**

Nach wie vor ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE die Definition des Wissenschaftlichen Beirates hinsichtlich der Chronizität verfehlt. Danach werden die meisten typischen Akutdiagnosen bereits im zweiten Quartal abgeschlossen, während alle anderen Fälle als „chronisch“ anzusehen sein sollen. Neben den Akutdiagnosen, die in einem Quartal abgeschlossen sind, gibt es jedoch auch Akutdiagnosen, die sich über mehrere Quartale erstrecken. Unser Mitgliedsverband, der „Deutsche Rheuma Liga – Bundesverband“, führte hierzu bereits zum Gutachten zutreffend aus:

„So ist die „Normale Betreuung während der Schwangerschaft Nr. 611“ zu 55,4 % chronisch, während der Lulus/Riesenzellarthritis/Bindegewebserkrankungen Nr. 187 nur zu 45,9 % die 2-Quartalsgrenze übertrifft. Das sind schon bizarre Blüten des Gutachtens“.

Unter dem Gesichtspunkt der langfristigen Kostenbelastung muss aus Sicht der BAG SELBSTHILFE zumindest der Zeitraum von einem Jahr (= Bescheinigungszeitraum i.S. d. § 62 SGB V) angesetzt werden, um die Chronizität zu bejahen. Insofern bleibt unverständlich, weswegen hier das Modell 3 (M4Q-Prüfung), welches neben Modell 4 als einziges eine Steigerung des R^2 - Wertes im Vergleich zum Status quo aufwies, keine Berücksichtigung fand. Unabhängig davon ist die BAG SELBSTHILFE jedoch der Auffassung, dass die M4Q-Prüfung zur Feststellung der Chronizität **insgesamt** und nicht nur – wie vorgeschlagen - zur Überprüfung ambulanter Diagnosen erforderlich ist.

b) **Ersatz des M2Q Kriteriums durch das Aufgreifkriterium Arzneimittel (Modell 4)**

Für die BAG SELBSTHILFE ist es grundsätzlich nachvollziehbar, weswegen in Modell 4 das Kriterium der Chronizität (M2Q) durch das Aufgreifkriterium Arzneimittel ersetzt wird, wenn die Arzneimitteltherapie bei entsprechender Diagnose aus medizinischer Sicht zwingend erforderlich ist. Allerdings besteht auch hier das Risiko, dass zusätzlich Fehlanreize für fehlerhafte Diagnosen gesetzt werden. Zudem ist unklar, wie in diesem Fall die Problematik der Depot- Medikamentierung zu erfassen ist. Hier wird noch eine entsprechende Regelung vermisst.

c) **Kombination zwischen Modell 2 und 4**

Gleichzeitig bleibt jedoch aus Sicht der BAG SELBSTHILFE nach dem Entwurf offen, weswegen hier eine Kombination der Modelle 2 und 4 gewählt wurde, trotzdem hier kein günstigerer R^2 - Wert erzielt werden konnte. Modell 2 hat zudem den Nachteil, dass fehlerhafte Di-

agnosestellung bzw. fehlerhafte Medikamentierung des Arztes letztlich zu Lasten der Krankenkasse und damit auf lange Sicht zu Lasten der Patienten erfolgt. Dies hält die BAG SELBSTHILFE für hochproblematisch; auf Grund der vorgelegten Daten ergibt sich hierfür aus Kostengesichtspunkten keine Notwendigkeit.

Alles in allem ist daher festzuhalten, dass der vorliegende Entwurf einer Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten überarbeitungsbedürftig ist und aus Sicht der BAG SELBSTHILFE das Risiko in sich birgt, dass der Ausgleich die Morbiditätsrisiken nicht adäquat abbildet.

Düsseldorf, 28.08.2009
