

An das
Bundesversicherungsamt
Herrn Dr. Dirk Göppfarth
Referat VII 2 – Risikostrukturausgleich

Nur per Email

31.03.2010

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Jahr 2011

Dr. Pekka Helstelä
Abteilungsleiter Systemfragen

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

das Bundesversicherungsamt legt die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) auf Grundlage der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesversicherungsamt und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September 2010 für das Ausgleichsjahr 2011 fest. Im Rahmen des diesbezüglichen Anhörungsverfahrens hat das Bundesversicherungsamt den Entwurf zur Festlegung der Krankheitsauswahl für das Jahr 2011 mit Stand vom 03. März 2010 an den GKV-Spitzenverband übermittelt und um Stellungnahme gebeten.

Zu den einzelnen Aspekten des vorliegenden Entwurfes nehmen wir wie folgt Stellung:

I. Rechtliche Grundlage und methodisches Verfahren

Gem. § 31 Abs. 2 Nr. 3 RSAV i.V.m. § 1 Abs. 2 Nr. 3 Errichtungserlass BMG vom 03.05.2007 hat der Wissenschaftliche Beirat die Krankheitsauswahl für den Risikostrukturausgleich jährlich zu überprüfen. Die Auswahl der Krankheiten soll gem. § 31 Abs.1 Satz 2–4 RSAV insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten beinhalten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben

Ansprechpartner: Dr. Pekka Helstelä
Abteilung Systemfragen

Tel.: 030 206288-1100
Fax: 030 206288-81100

Pekka.Helstela@gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de

aller Versicherten um das 1,5fache übersteigen. Zudem sollen die Krankheiten eng abgrenzbar sein.

Das Bundesversicherungsamt hat erstmalig mit seiner Änderungsbekanntgabe vom 29. Mai 2008 die im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten festgelegt. Der Wissenschaftliche Beirat hat ab Oktober 2009 in mehreren Sitzungen eine grundlegende Überprüfung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011 vorgenommen. Die Überprüfung erfolgte in Anlehnung an den im Rahmen der Festlegung zur Krankheitsauswahl des Ausgleichsjahres 2009 entwickelten Auswahlprozess. Das dort entwickelte Auswahlverfahren bestand aus folgenden grundlegenden Schritten:

- a. Krankheitsabgrenzung: Krankheiten wurden als eine Zusammenfassung von ICD-Codes definiert, die untereinander eng abgrenzbar sind. Als Basis dienten die Diagnosegruppen (DxG) des für den Risikostrukturausgleich ausgewählten Klassifikationsmodells. Die Zusammenfassung erfolgte unter medizinisch inhaltlichen Aspekten.
- b. Überprüfung der Kriterien „chronisch“, „schwerwiegend“ und „kostenintensiv“ anhand der vom Wissenschaftlichen Beirat erarbeiteten Methodik
- c. Schwellenwertprüfung

Die Ankündigung des Wissenschaftlichen Beirats, sich im Jahr 2010 frühzeitig mit der Überprüfung der Krankheitsauswahl zu beschäftigen, wurde umgesetzt. Dies wird vom GKV-Spitzenverband sehr begrüßt.

Im Mittelpunkt der zur Anhörung gestellten Überprüfung der im Ausgleichsjahr 2011 für den Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten stehen methodische Änderungen der Krankheitsdefinition (a). Die Methodik des Auswahlprozesses der berücksichtigungsfähigen Krankheiten wurde hingegen unverändert beibehalten (b+c). Diesbezüglich verweisen wird auf unsere Stellungnahme zur Krankheitsauswahl für das Jahr 2010 vom 14.08.2009.

II. Methodische Änderungen der Krankheitsabgrenzung bzw. Krankheitsdefinition

Bisher erfolgte die Definition von Krankheiten auf Basis von Diagnosegruppen (DxG) des für den Risikostrukturausgleich ausgewählten Klassifikationsmodells. Aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats ist die Konsistenz der in einer DxG zusammengefassten ICD-Codes nach medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien nicht in allen Fällen gegeben. Da nach Ansicht des Wissenschaftlichen Beirats aetiologische bzw. nosologische Aspekte stärker berücksichtigt werden sollen, erfolgte die Überprüfung der Krankheitsabgrenzung auf der Grundlage des Systematischen Verzeichnisses der ICD-10-GM und der ihr innewohnenden Logik. Krankheiten werden somit nicht wie bisher auf Basis von DxG, sondern auf der Basis von ICD-10-GM Dreistellern bzw. ICD-Dreisteller-Gruppen definiert. Primäres Kriterium der nun vorliegenden Krankheitsabgrenzung ist die medizinisch-klinische Homogenität, während die Kostenhomogenität als nachrangig betrachtet wurde und eine entsprechende Kostendifferenzierung nach Ansicht des Wissenschaftlichen Beirates nicht bei der Krankheitsauswahl, sondern durch das Klassifikationsmodell erfolgen soll.

Die Kritik des Wissenschaftlichen Beirats, die Konsistenz der in einer DxG zusammengefassten ICD-Codes sei nach medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien nicht in allen Fällen gegeben, kann unsererseits nur in begrenztem Umfang nachvollzogen werden, da eine vollständige Zuordnung von ICD-Codes zu DxG bzw. von DxG zu Krankheiten seitens des BVA bislang nicht vorliegt. Das Entscheidungskriterium bei der Neuordnung der Krankheiten, nämlich die Anzahl der in einer DxG bzw. Krankheit zusammengefassten ICD-Codes, ist damit zum gegenwärtigen Zeitpunkt ebenfalls nicht hinreichend nachvollziehbar.

Die ICD-Systematik ist zwar ohne jeden Zweifel als Basis geeignet, medizinisch-klinisch homogene Krankheiten zu definieren. Werden hierbei ICD-Dreisteller bzw. Gruppen von ICD-Dreistellern verwendet, orientieren sich die Gruppierungen meist an Art und/ oder Lokalisation eines Krankheitsgeschehens. Jedoch sollten diese methodischen Änderungen im Rahmen der Krankheitsabgrenzung nicht losgelöst vom methodischen Vorgehen der Krankheitsauswahl betrachtet werden. Vor dem Hintergrund einer prävalenzgewichteten Kostenbewertung der so definierten Krankheiten im anschließenden Auswahlprozess hat die hier gewählte Methodik zur Krankheits-

definition einen ernst zu nehmenden Nachteil: Die zusammenfassenden Ebenen der ICD-Systematik berücksichtigen nicht die zum Teil sehr unterschiedlichen Verlaufsformen innerhalb einer Krankheit, denn Komplikationen und Schweregraddifferenzierungen werden in der ICD-Systematik erst mit den letzten Stellen der Kodierung spezifiziert. Verwendet man nun die Dreisteller als kleinste Einheit bei der Definition von Krankheiten, ergibt sich im Hinblick auf das Kostengeschehen somit eine sehr undifferenzierte Betrachtung. In der Folge ist es möglich, „dass eine Gruppe von dreistelligen ICD-Codes weder als kostenintensiv chronisch noch als schwerwiegend identifiziert wird, selbst wenn einzelne in der Gruppe enthaltene Verlaufsformen für sich betrachtet diese Kriterien zweifelsfrei erfüllen.“ (vgl. Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50–80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs vom Dezember 2007, S. 13f.). Aufgrund dieser wesentlichen Nachteile wurde der Ansatz, die ICD-Systematik maßgeblich bei der Bildung von Krankheiten zu verwenden, vom damaligen Wissenschaftlichen Beirat nicht weiter verfolgt, obgleich auch er in seinem Gutachten äußert, dass sich hiermit medizinisch homogene Krankheiten bilden lassen. Aus eben diesem Grunde wurde die Krankheitsabgrenzung bislang auf Ebene von DxG vorgenommen.

Die vorliegenden Erläuterungen zum Feststellungsentwurf der im M-RSA für das Ausgleichsjahr 2011 zu berücksichtigenden Krankheiten enthalten keine Auseinandersetzung mit den Argumenten des Wissenschaftlichen Beirates aus dem Jahre 2007. Weder wird das entscheidende Argument bei der seinerzeitigen Entscheidung für die Verwendung von DxG widerlegt, noch wird die Notwendigkeit einer grundlegenden methodischen Änderung der Krankheitsabgrenzung zu einem Zeitpunkt, in dem sich das Verfahren des M-RSA noch in einer Einführungs- und Bewährungsphase befindet, ausreichend begründet.

Grundsätzlich können Verbesserungen bei der Krankheitsabgrenzung unter aetiologisch-nosologischer Aspekten, wie bei der Überprüfung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2010 geschehen, auch innerhalb der bestehenden Systematik durchgeführt werden.

Der Argumentation, dass die Kostenhomogenität bei der Definition von Krankheiten nicht zu berücksichtigen ist, da dieses Kriterium Bestandteil des Klassifikationsmodells sei, können wir nicht folgen. Es ist zu beachten, dass die Kostenintensivität bei der Auswahl der Krankheiten ein wesentliches vom Gesetzgeber vorgegebenes Kriterium darstellt. Hierbei spielt die Kostenhomogenität eine zentrale Rolle, da bei der Ausgestaltung des Auswahlkriteriums „Kostenintensivität“ die Verteilung von Prävalenz und Kosten innerhalb einer Krankheit entscheidend dafür ist, ob diese als berücksichtigungsfähig identifiziert wird oder nicht.

Hierzu einige Beispiele:

Krankheit 7 „opportunistische Erreger“ :

Die Erweiterung der Krankheit um die hochprävalente, aber mit niedrigen erwarteten Mehrkosten behaftete „Candida Stomatitis (Soor), lokalen Schleimhautbefall mit Candida albicans“ führt dazu, dass die Krankheit das Kriterium der Kostenintensivität nicht mehr erfüllt und aus der Krankheitsauswahl heraus fällt. Schwere und Prognose des Mundsoors sind allerdings nicht zu vergleichen mit den sehr schwerwiegenden und mit einer hohen Letalität verbundenen Diagnosen (u. a. Candida-Lungenentzündung, Candida-Hirnhautentzündung oder -Sepsis, Zytomegalie-Lungenentzündung, Aspergillose und Kryptokokkose), die in der Krankheit „Opportunistischen Infektionen“ zusammengefasst sind. Es findet – wie bereits vom Wissenschaftlichen Beirat angeführt – ein „Verdünnungseffekt“ in Bezug auf die Kosten der Krankheit statt, der zum Ausschluss der Krankheit aus der Krankheitsauswahl führt. Zwar werden die Grunderkrankungen, die die opportunistischen Infektionen begünstigen, mehrheitlich im M-RSA berücksichtigt, allerdings führte die Berücksichtigung der opportunistischen Infektionen im bisherigen Klassifikationsmodell zur besonderen Berücksichtigung von komplizierten Verläufen von Patienten unter Immunsuppression oder AIDS. So erhielten Krankenkassen für bspw. an HIV/AIDS Erkrankte ohne opportunistische Infektionen geringere Zuweisungen als für solche, die neben ihrer HIV/AIDS -Erkrankung eine opportunistische Infektion aufweisen. Im zukünftigen Modell wird sich eine solche zielgenaue Kostendifferenzierung nicht mehr umsetzen lassen.

Krankheit 193 „Schlaganfall und Komplikationen“

Auch durch die Neudefinition der Krankheit „Schlaganfall und Komplikationen“ führt der „Verdünnungseffekt“ zum Ausschluss der Krankheit, weil sie das Kriterium der Kostenintensität nicht mehr erfüllt. Enthielt die Krankheit „Schlaganfall und Komplikationen“ bisher ICD-Codes, die stattgehabte Schlaganfälle dokumentieren, wird die Krankheit nun um die Diagnosecodes der zerebrovaskulären Arteriosklerose (G46.8 „Sonstige Syndrome der Hirngefäße bei zerebrovaskulären Krankheiten“, I67.8 „Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten“ und I67.88 „Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten“) ergänzt. Dabei handelt es sich in erster Linie um hochprävalente ICD-Codes, die weder inhaltlich noch hinsichtlich ihrer Schwere und Kosten in diese Krankheit gehören.

Die vorgenommenen methodischen Änderungen führen somit teilweise dazu, dass vergleichsweise kostenintensive Erkrankungen mit relativ geringer Fallzahl um hochprävalente Krankheitszustände mit vergleichsweise niedrigen erwarteten Folgekosten erweitert werden. Die erwarteten Krankheitskosten sinken und die neu definierte Krankheit erfüllt nicht mehr das Kriterium der Kostenintensität.

Wie diese Beispiele zeigen, sollte das Kriterium der Kostenhomogenität weiterhin im Rahmen der Krankheitsabgrenzung als ein primäres Abgrenzungskriterium berücksichtigt werden. Zur Lösung sieht der GKV-Spitzenverband nur die Möglichkeiten, entweder die Krankheitsabgrenzung im Rahmen der geänderten Methodik des wissenschaftlichen Beirates unter Berücksichtigung des Kriteriums „Kostenhomogenität“ zu wiederholen oder alternativ die medizinisch sinnvollen Veränderungen der Krankheitsabgrenzung unter Beibehaltung der bestehenden Methodik zur Krankheitsauswahl durchzuführen. Beide Alternativen erfordern aus unserer Sicht eine erneute Durchführung des Krankheitsauswahlprozesses.

Sonderfälle

Der wissenschaftliche Beirat schlägt vor, die beiden ICD-Codes Z 51.0 „Strahlentherapie-Sitzung“ und Z51.1 „Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildungen“ einer Extrakategorie „Zusatzinformation: Strahlentherapie/Chemotherapie bei bösartigen Neubildungen“ zuzuordnen, um diese später im Rahmen des Klassifikationsmodells als zusätzliche kostenerklärende Diagnosecodes bei allen Auswahlkrankheiten aus dem Bereich der bösartigen Neubildungen zu berücksichtigen.

Dies wird vom GKV–Spitzenverband begrüßt, da diese ICD–Codes als kostenerklärende Variablen im vorgesehenen Bereich wirken können. Zudem sind sie geeignet, das Klassifikationsmodell vor Manipulation zu schützen, da hiermit tatsächlich in Anspruch genommene Leistungen dokumentiert werden.

Auswirkungen auf die Anpassungen im Klassifikationsmodell

Aufgrund der geänderten Basis bei der Krankheitsdefinition ist davon auszugehen, dass umfangreiche Anpassungen am Klassifikationsmodell erforderlich werden. Aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes sollte sich die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells vorrangig auf inhaltliche Verbesserungen, z.B. die stärkere Berücksichtigung von Arzneimitteln zur Kostendifferenzierung und Diagnosevalidierung, konzentrieren. Ob diese aus unserer Sicht notwendigeren Anpassungen des Klassifikationsmodells vor dem Hintergrund des durch die veränderte Methodik zur Krankheitsauswahl ausgelösten Änderungsbedarfs durchgeführt werden können, sollte bei der Entscheidung des Bundesversicherungsamtes nicht unberücksichtigt bleiben.

III. Regression zur Ermittlung der erwarteten Mehrkosten

Neben den oben dargestellten Ausführungen zu den methodischen Änderungen bei der Krankheitsabgrenzung besteht aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes Erklärungsbedarf hinsichtlich der großen Anzahl negativer Schätzer bei der Regression über die neu gebildeten Krankheiten. Diese lassen sich zum einen potenziell darauf zurückführen, dass Versicherte einer Erkrankung im Folgejahr gesünder sind und die erwarteten Mehrkosten daher geringer sind als im Vorjahr. Zum anderen kann das Auftreten negativer Kostenschätzer auf vorhandene Kollinearitäten zurückzuführen sein. Derzeit erzeugt rund ein Viertel der definierten Krankheiten einen negativen Kostenschätzer, während im Krankheitsauswahlprozess für das Ausgleichsjahr 2009 nur ca. 20 % der dort definierten Krankheiten einen negativen Kostenschätzer aufwiesen. Auch wenn die Zahlen aufgrund der unterschiedlichen Datengrundlage nicht direkt zu vergleichen sind, bedarf das Phänomen der negativen Kostenschätzer einer eingehenden Analyse, um verzerrende Effekte im Rahmen der Krankheitsauswahl methodisch auszuschließen.

IV Fazit

Der GKV-Spitzenverband steht der Umstellung der Methodik zur Krankheitsabgrenzung zum gegenwärtigen Zeitpunkt kritisch gegenüber. Aus unserer Sicht besteht bei der Definition von Krankheiten keine nachvollziehbare Notwendigkeit für einen zeitnahen Umstieg von DxG zu ICD-Dreistellern. Vor Abschluss des ersten Ausgleichsjahres sind die Wirkungen und eventuellen Unzulänglichkeiten der aktuellen Methodik der Krankheitsabgrenzung weder eindeutig identifizierbar noch belegt. Außerdem lässt sich ein möglicher Mehrwert der Änderungen bei der Krankheitsabgrenzung bzw. Krankheitsauswahl erst bei Vorlage eines hieran angepassten Klassifikationsmodells beurteilen. Aus diesem Grund empfehlen wir, die aus medizinischer Sicht sinnvollen Änderungen, wie z. B. die Neuordnung der ursprünglichen Krankheit 110 „Schwerwiegende Erkrankungen der Blutbildung und Blutgerinnung“, im Rahmen der ursprünglichen Methodik vorzunehmen und den Auswahlprozess mit den so veränderten Krankheiten auf der Datengrundlage 2008 erneut durchzuführen. Damit ist aus unserer Sicht gewährleistet, dass sich die Morbiditätsentwicklung sowie Veränderungen im Versorgungsgeschehen in der Krankheitsauswahl widerspiegeln. Parallel hierzu kann die vorgeschlagene Methodik und ein hieran angepasstes Klassifikationsmodell für eine mögliche Umstellung zu einem späteren Zeitpunkt durchaus weiterentwickelt werden. Dabei sollten die dargelegten Schwächen dieser Methodik, insbesondere die fehlende Berücksichtigung der Kostenhomogenität bei der Krankheitsdefinition, im Mittelpunkt der Betrachtung stehen und die Notwendigkeit einer Verfahrensumstellung hinreichend begründet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Pekka Helstelä