

Bundesversicherungsamt
Referat VII2
Herrn Dr. Dirk Göppfarth
Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Nur per Mail

Ihr Gesprächspartner

Stefan Gründer

Tel. 030 202491 44

Fax 030 202491 50

E-Mail stefan.gruender@ikkev.de

31.03.2010

Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

anbei übersende ich Ihnen die Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Jahr 2011 durch das Bundesversicherungsamt.

Bei Fragen stehe ich Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Stefan Gründer
Statistik und Finanzierung der GKV

Anlagen: 1



Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf der Festlegung der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Jahr 2011 durch das BVA

Vorbemerkungen

Das Bundesversicherungsamt legt nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV die im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten bis zum 30. September für das folgende Ausgleichsjahr fest. Nach § 268 Abs. 1 SGB V „sollen 50-80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegenden Verlauf“ berücksichtigt werden, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen. Zudem sollen die Krankheiten eng abgrenzbar sein (§ 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV).

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass das BVA im Gegensatz zum letzten Jahr eine umfängliche Überprüfung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten durchgeführt hat und nunmehr eine Analyse aller gesetzlich geforderten Kriterien für die Aktualisierung der Auswahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten erfolgt ist.

Krankheitsabgrenzung

1. Das BVA hat erstmals eine neue Logik bei der Aggregation der ICD-Codes zu Krankheiten zugrunde gelegt. Anstelle der Gruppierungslogik des DCG/HMG-Versichertenklassifikationsmodells, das bei der aktuellen Krankheitsabgrenzung Verwendung findet, wurde auf das systematische Verzeichnis des ICD-10-GM und dessen innewohnender Logik zurückgegriffen. Zunächst wurde angestrebt, Krankheiten auf Basis der ICD-10-GM-Dreisteller-Ebene zu definieren. Im weiteren Verlauf erfolgte eine ausgiebige Nachbearbeitung der ICD-10-GM-Systematik: Neben einerseits z.T. sehr umfangreichen Aggregationen von ICD-Dreisteller-Gruppen erfolgte andererseits eine Aufschlüsselung von ICD-Dreistellern mit einer hohen Diagnoseanzahl. Abschließend wurde eine umfassende Revision der ICD-Systematik nach medizinischen Kriterien durchgeführt.

Vor dem Hintergrund der umfangreichen Änderungen bei der Krankheitsauswahl und deren potentiellen finanziellen Auswirkungen, wäre es wünschenswert, wenn das BVA deutlich detaillierter begründet hätte, weshalb eine so gravierende Modifikation der zugrunde liegenden Abgrenzungslogik notwendig geworden ist. Es stellt sich zu-

dem die Frage, inwieweit das BVA bei der Abwägung der Notwendigkeit dieser gravierenden Umgestaltung im Vorfeld berücksichtigt hat, dass eine gewisse Konstanz und Erwartungssicherheit der grundlegenden Prinzipien des Morbi-RSA für die Kassen von besonderer Bedeutung ist. Unter anderem wird eine verlässliche und kalkulierbare Haushaltsplanung der Krankenkassen durch permanente und zum Teil erhebliche Veränderungen der zentralen Prinzipien des Morbi-RSA massiv erschwert.

2. Die Orientierung der Krankheitsabgrenzung ausschließlich an der ICD-10-GM-Systematik bedeutet, dass die Kostenhomogenität einer Krankheit bei der Krankheitsabgrenzung keine Rolle mehr spielt. Folge ist, dass die Heterogenität der prospektiven Kosten der Diagnosen innerhalb einer Krankheit deutlich zunehmen wird. Es ist deshalb anzunehmen, dass im Rahmen der noch vom BVA festzulegenden Morbiditätsgruppen deutlich mehr Diagnosegruppen auftreten, die nur sehr geringe und sogar negative prospektive Mehrkosten verursachen. Beispielhaft sei hierbei auf die DxG 428 „Atherosklerose/Arteriosklerose der großen Gefäße“ in den „Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt“ aus dem Jahr 2009 verwiesen (S. 80). Der Regressionskoeffizient der DxG 428 ist negativ. Damit wird signalisiert, dass die prospektiven Mehrkosten von Versicherten mit diesen Diagnosen geringer sind als die Kosten eines durchschnittlichen Versicherten in der GKV. Die Zusammenführung der DxG 428 mit anderen Diagnosegruppen zur HMG 106 führt nun dazu, dass für eine sechsstellige Zahl an Versicherten Zuschläge ausgezahlt werden, die eigentlich gar keine Mehrkosten verursachen.

Eine Ausrichtung der Krankheitsabgrenzung ausschließlich an medizinischen Kriterien wird voraussichtlich dazu führen, dass die dargestellten unerwünschten und verzerrenden Effekte noch häufiger als bislang auftreten werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die beabsichtigte Vorgehensweise des BVA dem eigentlichen Zweck der Weiterentwicklung des Morbi-RSA – die Erreichung einer höheren Zielgenauigkeit – nicht sogar widerspricht.

3. Die Art und Weise der Aggregation bzw. Ausdifferenzierung der ICD-Dreisteller hat einen massiven Einfluss darauf, welche Krankheiten die Auswahlkriterien erfüllen und dadurch in 2011 Zuschläge generieren. So kann bereits die Ausgliederung oder Zuführung einzelner Diagnosen zu bestimmten Krankheiten dazu führen, dass diese die empirischen Kriterien der Krankheitsauswahl nicht mehr erfüllen und deshalb entfallen bzw. diese nun erfüllen und neu in die Krankheitsliste aufgenommen werden. Vor dem Hintergrund der massiven finanziellen Auswirkungen der beabsichtigten Krankheitsabgrenzungen wäre es wünschenswert, wenn auch die medizinischen Gründe für die spezifischen Abgrenzungen dargelegt würden.

Beispielhaft sei hierbei auf die Zusammenführung der Diagnosen des „Hautulkus“ und der „Dekubitalgeschwüre“ zur Krankheit „Hautulzera“ verwiesen. Beide werden in der derzeitigen Krankheitsabgrenzung noch als einzelne Krankheiten definiert. Derzeit ist ausschließlich die Krankheit „Hautulzera“ zuschlagsfähig; die Dekubitalgeschwüre erfüllen hingegen keines der Auswahlkriterien „schwerwiegend“ oder

„chronisch“. Die neue Krankheit „Hautulzera“ erfüllt nun äußerst knapp das Kriterium der „Chronizität“. Infolgedessen werden nun auch die Diagnosen der „Dekubitalgeschwüre“ in 2011 Zuschläge generieren. Ein anderes Beispiel ist die Krankheit „Angsterkrankungen“, die derzeit keines der empirischen Auswahlkriterien „kostenintensiv“ und „chronisch“ oder „schwerwiegend“ erfüllt. Die Hinzunahme eines einzelnen ICD-Codes zu dieser Krankheit hat höhere prospektive Mehrkosten und eine deutlich höhere Prävalenz zur Folge, so dass das Kriterium „kostenintensiv“ nunmehr erfüllt und die hochprävalente Krankheit „Angsterkrankungen“ in 2011 Zuschläge generieren wird.

Um die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des vom BVA für die Krankheitsauswahl und -abgrenzung gewählten Verfahrens zu erhöhen, halten wir eine detaillierte Darstellung und Erläuterung der expliziten Abgrenzungs(hinter)gründe, die zu einer Aggregation, Aufgliederung oder Revision der ICD-Dreisteller führen für sinnvoll und notwendig. Der aktuelle Entwurf listet die Anpassungen lediglich auf und verweist auf medizinische Gründe, die jedoch nicht näher ausgeführt werden.

4. Die Berichte über vielfältige Manipulationsversuche im Jahr 2009 unterstreichen zudem die Dringlichkeit, dem Kriterium der „engen Abgrenzbarkeit“ der Krankheiten (§ 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV) eine stärkere Bedeutung als bislang zu verleihen. Es ist davon auszugehen, dass insbesondere die leichten Ausprägungen der hochprävalenten, aber hinsichtlich prospektiver Mehrkosten und Schweregrad heterogenen Volkskrankheiten, Anreize zur Beeinflussung der ärztlichen Diagnosestellung erzeugen. Die geringe diagnosespezifische Abgrenzbarkeit der leichten Ausprägungen der Volkskrankheiten eröffnet insbesondere den Ärzten einen umfangreichen Interpretationsspielraum in der ambulanten Diagnosestellung, der bei den Krankenkassen Anreize zur Diagnoseoptimierung entstehen lässt. Vor dem Hintergrund der schrittweisen Einführung einer morbiditätsorientierten Vergütung der Ärzte werden diese Fehlankreize sogar noch verstärkt. Eine stärkere Ausrichtung der Krankheitsabgrenzung bzw. der Auswahl der berücksichtigungsfähigen Diagnosen am Kriterium der engen Abgrenzbarkeit könnte diese Fehlankreize vermindern und einen wichtigen Beitrag zur Verminderung der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA leisten.

Krankheitsauswahl

5. Zunächst möchten wir darauf hinweisen, dass der Anhang 5 (Dokumentation der Veränderungen bei der Krankheitsauswahl) unvollständig ist. In der Auflistung der entfallenen Krankheiten fehlen die „Erkrankungen des Ösophagus“, „Angeborene schwere Herzfehler“ und die „Luxation des Hüftgelenks“. In der Auflistung der aufgenommenen Krankheiten fehlen „Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen“ und „Pulmonale Herzkrankheit und Erkrankungen des Lungenkreislaufs“.
6. Mit Blick auf das Regressionsmodell zur Berechnung der Krankheitskosten sollten für eine bessere Einschätzung und Bewertung der Qualität des Regressionsmodells

auch Maße der Modellgüte (Bestimmtheitsmaß R^2) und der Modellvalidierung (Residuenanalyse) angegeben werden.

7. Wie in den letzten beiden Jahren verwendet das BVA zur Validierung der Diagnosen das 2-Quartalskriterium. Auch wenn keine gesetzliche Verpflichtung dazu besteht, möchten wir erneut darauf hinweisen, dass eine Berücksichtigung von Arzneimittelverordnungen bei der Auswahl der berücksichtigungsfähigen Pseudonyme die Validität der Krankheitsauswahl deutlich erhöhen würde. Vor dem Hintergrund der öffentlich gewordenen Versuche einiger Kassen, die Diagnosestellung der Ärzte zu beeinflussen, erfährt diese Forderung noch größere Relevanz.
8. Das BVA setzt unverändert auf eine strikte empirische Überprüfung der gesetzlich geforderten Kriterien „kostenintensiv“ und „schwerwiegend“ oder „chronisch“, die eine Krankheit erfüllen muss, um in die Krankheitsliste zu gelangen. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings verwendet das BVA wie bisher die Wurzelfunktion, um bei der Operationalisierung des Kriteriums „kostenintensiv“ die Prävalenz einer Krankheit zu gewichten. Resultat dieser Berechnungsweise ist, dass die hochprävalenten - aber vergleichsweise geringe prospektive Mehrkosten produzierenden - Volkskrankheiten im Morbi-RSA berücksichtigt werden, hingegen die im Einzelfall sehr teuren, aber nicht so häufig vorkommenden Krankheiten, seltener Eingang in die Krankheitsliste finden.

Die unter 3. dargelegten Fehlanreize führen neben der demografischen Entwicklung zu einer stetigen Zunahme der Prävalenzen der Volkskrankheiten. Mittelfristig ist deshalb zu erwarten, dass die teuren Krankheiten sukzessive durch die prävalenzstarken Volkskrankheiten aus der Krankheitsliste verdrängt werden. Ein Vergleich der derzeit gültigen Krankheitsliste und der im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Krankheitsliste des BVA für 2011 offenbart, dass hauptsächlich teure Krankheiten herausfallen und überwiegend prävalenzstarke Krankheiten neu aufgenommen worden sind.

Um den mittel- bis langfristig zu erwartenden Verdrängungsprozess der teuren durch die prävalenzstarken Krankheiten zu verhindern, schlagen wir vor, anstelle der Wurzelfunktion zur Gewichtung der Prävalenz die logarithmische Funktion zu verwenden. Die daraus resultierende stärkere Berücksichtigung der Kosten einer Krankheit bei der Operationalisierung des Kriteriums „kostenintensiv“ würde das mittelfristig zu erwartende Übergewicht der prävalenzstarken Krankheiten in der Krankheitsliste begrenzen. Darüber hinaus würde eine abgeschwächte Berücksichtigung der heterogenen und in der Diagnosestellung leichter beeinflussbaren Volkskrankheiten nicht nur den geforderten Kriterien nach § 31 Abs. 1 RSAV stärker entsprechen, sondern auch die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA und die sich daraus ergebenden Verzerrungen im Kassenwettbewerb reduzieren helfen.