



BKK Bundesverband GbR

Kronprinzenstr. 6
45128 Essen

Essen, 31. März 2010

Internet: www.bkk.de

Stellungnahme zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011

Die Betriebliche Krankenversicherung empfiehlt nach eingehender Prüfung des Festlegungsentwurfs, die Anpassung der Krankheitsauswahl 2011 nicht wie vom wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagen durchzuführen, sondern die bisherige Systematik vorerst beizubehalten.

Das Bundesversicherungsamt beabsichtigt, den Empfehlungen seines wissenschaftlichen Beirats zur Anpassung der Krankheitsauswahl im M-RSA 2011 zu folgen und entsprechend festzulegen. Die vorgeschlagenen Änderungen erfolgen unserer Meinung nach

- ohne ausreichende Erfahrungen mit der derzeitigen Krankheitsliste und dem Ausgleichsverfahren, da nach Einführung der Morbiditätsorientierung noch kein Ausgleichsjahr abgeschlossen wurde;
- ohne ausreichende Darlegung des gesetzlichen Auftrags, da nicht nur die Auswahl der Krankheiten überprüft wurde, sondern auch die Abgrenzung des Krankheitsbegriffs selbst überarbeitet wurde.

Deshalb lehnen wir eine Anpassung der Krankheitsauswahl zum jetzigen Zeitpunkt grundsätzlich ab. Sie würde zudem keine politisch gewünschte Vereinfachung des M-RSA erbringen, weder zur Erhöhung der Transparenz des Verfahrens und der Planungssicherheit für die Krankenkassen beitragen noch zur Verringerung der Manipulationsanfälligkeit führen.

Wir empfehlen daher, anstatt einer Anpassung der Krankheitsauswahl eine Überprüfung des Verfahrens auf der Grundlage der Erfahrungen des

abgeschlossenen Ausgleichsjahres 2009 vorzunehmen und Änderungen an den übergeordneten politischen Zielen auszurichten.

Änderungen des M-RSA gehen mit Verwaltungs- und EDV-Aufwand einher und sollten nur erfolgen, wenn hierdurch ein benennbarer und empirisch belegter höherer Nutzen für die Versicherten zu erwarten ist.

Zudem sehen wir vor dem Hintergrund der jüngsten Entwicklungen bei der Konvergenzregelung, der Unterausschüttung des Fonds und der noch nicht vorhersehbaren politischen Entwicklung innerhalb der GKV die Gefahr, durch eine so tiefgreifende Veränderung neue Unwägbarkeiten für die Kassen hervorzurufen. Dies alles ohne Notwendigkeit und vor dem Hintergrund der Insolvenzfähigkeit von Kassen und der öffentlichen Diskussion um Zusatzbeiträge zu tun, ist unserer Meinung nach kontraproduktiv.

Das Anhörungsverfahren und die mit Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 3. März 2010 zur Verfügung gestellten Materialien geben Anlass zu einigen grundsätzlichen Anmerkungen wie die Kommunikation von Änderungsvorschlägen zukünftig verbessert werden kann.

- Die vorgeschlagenen Änderungen stellen eine geradezu paradigmatische Abkehr dar von der Basierung der Krankheitsauswahl auf DxCG und damit von einem Vorgehen, das vom letzten wissenschaftlichen Beirat des BVA für unabdingbar gehalten wurde. Eine Erläuterung, warum das seinerzeitige Erfordernis heute nicht mehr bedeutsam sein soll, findet sich nicht. Die Auffassung, dass „die Kostendifferenzierung im Klassifikationsmodell erfolgt“ verkennt, dass dann die Krankheiten und damit auch die zugrunde liegenden ICD-Codes bereits ausgewählt sind. Das BVA möge in seinen zukünftigen Kommunikationen auf eine konsistente Argumentation abstellen und Änderungen mit Bezug auf die früheren Darlegungen erläutern.
- Das in dem Entwurf angewendete Auswahlverfahren fixiert die Anzahl der einzubeziehenden Krankheiten auf die gesetzliche Obergrenze von 80 Krankheiten und weicht hierin ebenfalls von dem früheren Vorgehen grundsätzlich ab. Bei der bisherigen Krankheitsauswahl wurde lediglich die Kostenintensivität durch ein auf 80 Krankheiten führendes Perzentil definiert, wobei dann durch Verfehlen des Schwellenwerts einzelne Krankheiten noch gestrichen werden konnten. Während ein solches Auswahlverfahren grundsätzlich auch bei weniger als 80 Krankheiten enden kann, werden im neuen Verfahren offenbar gestrichene Krankheiten durch neue wieder aufgefüllt, so dass schließlich immer genau 80

Krankheiten ausgewählt werden. Das BVA möge erläutern, wodurch diese Rechtsauslegung begründet ist.

- Die Berechnung der Kostenintensität der Krankheiten erfolgt durch eine lineare Regression. Wie bereits in früheren Publikationen des BVA lässt die Darstellung der Ergebnisse eine Überprüfung der Verlässlichkeit nicht zu. Die Regression erfüllt nicht den Zweck einer einmaligen Schätzung von Mehrkosten für eine Stichprobe, sondern soll verallgemeinernd gelten. Für diesen Zweck ist die Darlegung sowohl der Güte der Modellanpassung als auch der Übereinstimmung mit den Regressionsvoraussetzungen erforderlich. Bei Morbiditätsanalysen mit Leistungsausgaben ist geradezu regelhaft davon auszugehen, dass weder von einer Linearität noch Unkorreliertheit und Varianzhomogenität ausgegangen werden kann. Aktuell lassen die negativen Kostenschätzungen bei einer Vielzahl von Krankheiten fürchten, dass es zu einer bedenklichen Missspezifikation des statistischen Modells gekommen ist. Schätzungen aus einem misspezifizierten Modell stellen aber keine verlässliche Berechnungsgrundlage für eine Krankheitsauswahl dar. Das BVA möge bei seinen Auswertungen und Darstellungen Standards berücksichtigen, wie sie etwa in den Leitlinien „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ der epidemiologischen Fachgesellschaften beschrieben sind.

Für weitere Detailausführungen zum gegenwärtigen Änderungsvorschlag verweisen wir auf die gemeinsame Stellungnahme der SBK und weiterer BKK sowie der Stellungnahme der BITMARCK SERVICE GMBH, die dem GKV Spitzenverband übermittelt wurden.

Für weitere Informationen:

Dr. Wolfgang Bödeker, BKK Bundesverband, Tel 0201 179 1370

Jens Abrill, BKK Landesverband Mitte, Tel 0511 3 48 44 - 226

Jürgen Gehret, BKK Landesverband Rheinland Pfalz und Saarland, Tel 06131 330519

Wolfgang Rogalski, BITMARCK SERVICE GMBH, Tel 0201 179-1489