

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodelles im Risikostrukturausgleich (RSA)

Hier:

Anhörung des GKV-Spitzenverbandes zur Korrektur der Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV sowie der Verfahrensbestimmung nach § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013 infolge der Urteile des LSG Nordrhein-Westfalen vom 04. Juli 2013 (Az.: L 16 KR 774/12 KL, L 16 KR 800/12 KL)

Stellungnahme

Mit Schreiben vom 14. März 2014 hat das Bundesversicherungsamt (BVA) den Entwurf zur Korrektur des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2014 versandt. Die Korrektur ist aus Sicht des BVA notwendig, da durch die Rücknahme der Revision beim Bundessozialgericht die o.g. Urteile des LSG Nordrhein-Westfalen vom 04. Juli 2013 rechtskräftig geworden sind.

Der BKK-Dachverband bedauert die Entscheidung des BVA, die Revisionen beim Bundessozialgericht zurückgenommen zu haben. Somit wird aus Sicht der betrieblichen Krankenversicherung der Zeitrahmen zu stark verkürzt, um ein rechtlich unangreifbares Verfahren zu garantieren. Es ist deshalb zu kurz gegriffen, wenn das BVA lediglich einen Passus in den Festlegungen ändert.

So urteilen die Richter, „das BVA darf daher mit seinen Festlegungen weder [...] noch die [...] erforderlichen Regeln der Versicherungsmathematik und Statistik verletzen“. [*Landessozialgericht NRW, L 16 KR 774/12 KL, S. 8*]. Dies ist eine gravierende Änderung gegenüber dem bisherigen Verfahren, indem eine möglichst zielgenaue Zuweisung stets der ausschlaggebende Aspekt für die Verfahrensausgestaltung war. Vor diesem Hintergrund muss eine generelle Überprüfung des Verfahrens stattfinden, um für die beteiligten bzw. betroffenen Krankenkassen eine möglichst hohe Rechtssicherheit herzustellen.

Dies gilt insbesondere, da erste wissenschaftliche Analysen, die das gewählte Verfahren aus mathematischer bzw. statistischer Sicht betrachten, zu dem Schluss kommen, dass die verwendete Modellierung überhaupt nicht anwendbar ist. [vgl. „*Sie wollen doch nur spielen*“, Warmuth, 2013, *Versicherungswirtschaft Nr. 13, S. 20-23*]. Beispielhaft sei hier vordringlich darauf hingewiesen, dass die abhängige Variable bei einer linearen Regression als normalverteilt angenommen werden muss, bei den Ausgaben der gesetzlich Versicherten handelt es sich aber um eine „Heavy-tail-Verteilung“. Vereinfacht gesprochen passt das gewählte Modell nicht zur Datenlage.

Vor diesem Hintergrund erscheint – unabhängig von der Bewertung des Gesamtmodells – eine dezidierte Analyse und Darstellung der Auswirkung

durch die Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener auf Basis der aktuellen Daten zwingend notwendig. Weder in den Erläuterungen zu den Festlegungen noch im Rahmen des Anhörungsverfahrens wurden vom BVA entsprechende Werte zur Verfügung gestellt. Der Sachverständige hat laut Urteilsbegründung im Rahmen der Verhandlung eingeräumt, dass der Wert bei der Festlegung für das Jahr 2009 ohne Annualisierung besser war, im Rahmen des Evaluationsberichts kommt es zu einer gegenteiligen Bewertung. [vgl. *Landessozialgericht NRW, L 16 KR 774/12 KL, Seite 9*] Die Frage, welche Methode im aktuellen Ausgleichsverfahren besser ist, wird vom BVA bisher nicht beantwortet. Die Entscheidung, das Verfahren anzupassen, erscheint vor dem Hintergrund, dass die bisher bekannten Ergebnisse einmal für und einmal gegen die Annualisierung sprechen, fragwürdig.

Das Gericht folgt der Darstellung aus dem Evaluationsbericht, dass eine Risikoselektion durch die Krankenkassen nicht ausgeschlossen werden kann, wenn systemintern Unterdeckungen in einzelnen Altersgruppen verstetigt sind. Gleichzeitig wird der Schluss gezogen, dass dies primär am Anteil der Verstorbenen innerhalb dieser Altersgruppe liegt. Demnach liegt auch in älteren Altersgruppen eine Überdeckung bei den Versicherten vor, die nicht versterben. Folglich besteht für die Krankenkassen kein Selektionsanreiz bei jüngeren Versicherten, sondern bei solchen Versicherten mit letalen, aber nicht mortalen Erkrankungen. Dieser Anreiz zeigt sich sogar stärker in älteren Versichertengruppen. Gerade dieser Anreiz wird durch die Umstellung aber noch verstärkt und damit ein zweite wesentliche gesetzliche Vorgabe konterkariert, in §268 Absatz 1 Nummer 4 wird eindeutig festgelegt, dass der Risikostrukturausgleich keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen darf.

Das aktuelle System setzt aber diese Anreize, wie der aktuelle Abschluss eines Vertrages nach §87a zeigt, den die AOK Bayern mit der KV Bayern abgeschlossen hat. Eine kritische Auseinandersetzung mit diesem Sachverhalt im Allgemeinen und eine Bewertung der Auswirkung der angestrebten Veränderung, die diesen Sachverhalt noch verschärft, fehlen vollständig.

Aus all diesen Gründen kann die betriebliche Krankenversicherung der geplanten Anpassung zum jetzigen Zeitpunkt nicht zustimmen. Seit Jahren fordert die betriebliche Krankenversicherung in Ihren Stellungnahmen in diesem Bereich zusätzliche Analysen und Bewertungen durchzuführen und die Ergebnisse transparent darzustellen. Aber weder das BVA noch der wissenschaftliche Beirat hat sich seit dem Evaluationsbericht den Fragen gestellt, weswegen wir erneut mit Nachdruck auf die offenen Punkte hinweisen. Gleichwohl weisen wir darauf hin, dass es Betriebskrankenkassen gibt, die aufgrund ihrer Morbiditätsstruktur den Sachverhalt anders einordnen.

Rein fachlich ist die Veränderung in den Abschnitten 2.2 und 2.3 nachvollziehbar.

Losgelöst von der oben angesprochenen Diskussion ist der Zeitpunkt der Einleitung der Anhörung, vor allem unter dem Aspekt des zurzeit in der Diskussion befindlichen GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG), unglücklich gewählt.

Sofern mit dem Gesetz, wie im Kabinettsentwurf beabsichtigt, Übergangsregelungen für die Bereiche Krankengeld und ständig im Ausland lebende Versicherte umgesetzt werden, die bereits bei der Berechnung des Schlussausgleichs des Ausgleichsjahres 2013 berücksichtigt werden sollen, muss bis September eine erneute Anpassung der Verfahrensbeschreibung für das Ausgleichsjahr 2013 erfolgen.

Es ist unzufrieden stellend, dass die Jahresabschlüsse der Krankenkassen die zu erwartenden Effekte nicht vollumfänglich berücksichtigen können und somit die GKV-Bilanzen 2013 ein unstimmiges Bild abgeben werden. Zumindest zum Schlussausgleich müssen aus unserer Sicht alle bekannten Veränderungen berücksichtigt sein, da die Ergebnisse Eingang in die Haushaltsplanung 2015 finden. Für die Bestimmung des zu erhebenden Zusatzbeitrags sind die Krankenkassen sowohl auf die Ergebnisse, als auch die saubere liquiditätstechnische Abgrenzung zwingend angewiesen. Dies bittet der BKK Dachverband bei den weiteren Planungen entsprechend zu berücksichtigen.

Für weitere Informationen:

Dr. Wolfgang König, BKK Dachverband, Tel. 030 2700 406-701

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

Klaus Stein, Deutsche BKK, Tel. 0711 89 13 348