

## **Weiterentwicklung der Krankheitsauswahl im Risikostruktur- ausgleich (RSA)**

**Hier:**

**Anhörung des Bundesversicherungsamtes zum Entwurf der Festlegungen nach  
§ 31 Absatz 4 RSAV des Bundesversicherungsamtes zu den für das Ausgleichs-  
jahr 2016 im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten**

### **A. Allgemeine Anmerkungen zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016**

Das BKK System begrüßt ausdrücklich, dass der wissenschaftliche Beirat sich in seiner letzten Sitzung intensiv mit den Aufgreif- und Auswahlalgorithmus auseinandergesetzt hat. In den letzten Jahren haben die Betriebskrankenkassen regelmäßig einen Analyse- und Verbesserungsbedarf in diesem Thema angezeigt. Nachdem der wissenschaftliche Beirat unsere Aspekte aufgegriffen hat, möchten wir im Folgenden den Dialog aufnehmen und unsere Sicht zu den neuen Erkenntnissen darlegen.

Die zentralen Grundlinien der Argumentation des BKK Systems lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Eine strikte Trennung zwischen der Krankheitsauswahl und den sich daraus ergebenden Grundlagen des Klassifikationsmodells wird kritisch gesehen, da Krankheitsauswahl und Klassifikation voneinander abhängig sind.
- Aus der Krankheitsabgrenzung im Zuge der Krankheitsauswahl entsteht eine krankheitsbezogene Kostenheterogenität, die durch das nachfolgende Klassifikationsmodell nicht mehr korrigiert werden kann.
- Anstatt, den vom Gesetzgeber vorgegebenen Spielraum zu nutzen und 50 bis 80 Krankheiten auszuwählen, wählt das BVA regelmäßig die Höchstzahl von 80 Krankheiten aus.
- Die Berechnung der Kostenintensität der Krankheiten erfolgt durch eine lineare Regression. Bei Morbiditätsanalysen mit Leistungsausgaben ist geradezu regelhaft davon auszugehen, dass die mathematischen Voraussetzungen für dieses Verfahren nicht erfüllt sind.

Diese grundlegenden Kritikpunkte am Vorgehen bei der Krankheitsauswahl wirken sich auch auf die Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 aus, wie die nachfolgende Darstellung zeigt.

## **B. Anmerkungen zu einzelnen Punkten der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016**

Die Gliederung in diesem Abschnitt orientiert sich an der Gliederung der Anlage 1 der Erläuterungen zur Krankheitsauswahl (Anhörungsentwurf).

### **Zu II . Anpassungen an den ICD-10-GM 2015**

Das BKK System stimmt den Ausführungen des BVA zu.

### **Zu III a) Prävalenzgewichtung**

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die in Tabelle 5 der Erläuterungen veröffentlichten Daten.

Die R-Quadrat-Werte aller Modelle liegen bei rund 15 %. Dies impliziert, dass rund 85 % der Ausgabenvarianz durch die Modelle nicht erklärt wird. Alle Modelle haben daher nur eine sehr geringe Erklärungskraft bezüglich der Ausgabenvarianz. Ferner liegen die R-Quadrat-Werte sowie die anderen untersuchten Kennzahlen der einzelnen Modelle sehr nahe beieinander. Hinweise, welches Modell zu bevorzugen ist, lassen sich daher kaum ableiten. Obwohl die Kennzahlen der untersuchten Modelle kaum Unterschiede aufweisen, ergeben sich jedoch teils starke Unterschiede in der resultierenden Krankheitsauswahl. Teilweise werden bis zu 30% der zu berücksichtigenden Krankheiten ausgetauscht. Von daher stellt sich die Frage, ob die gewählten Kennzahlen geeignet sind, über die Prävalenzgewichtung und damit über die Zusammensetzung der Krankheitsauswahl zu entscheiden.

Die relativ identischen statistischen Gütemaße aus Tabelle 5 lassen noch einen weiteren Schluss zu. Die Varianz innerhalb der Krankheiten ist zu groß, in anderen Worten, nach Ausgabengesichtspunkten sind die Krankheiten nicht eng genug abgegrenzt. Der wissenschaftliche Beirat bestätigt diese These, indem er die Bedeutung eines gut ausgestalteten Klassifikationsmodells hervorhebt. Die RSAV sieht in § 31 jedoch die Auswahl von eng abgegrenzten Krankheiten vor. Die Auswahl von Krankheiten, die eine „möglichst gute Ausgestaltung des Klassifikationsmodells“ ermöglichen, erscheint zwar sinnvoll, kann vor dem Hintergrund des expliziten Willen des Gesetzgebers jedoch nicht das ausschlaggebende Argument sein.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die Prognosegüte im Klassifikationsmodell, weder durch eine andere Prävalenzgewichtung, noch durch ein nachgelagertes Klassifikationsmodell, grundlegend verbessert. Nach Meinung des BKK-Systems deutet dies, wie bereits in den vorläufigen Vorschlägen zur Klassifikation, auf eine Stagnation des Modells, gemessen an den Gütefaktoren, hin.

Um das Stagnieren des Modells aufzubrechen, sollten Alternativen einbezogen werden, die über eine reine alternative mathematische Gewichtung der Krankheitsprävalenz hinausgehen. So wäre aus Sicht des BKK Systems ein Vergleich auf Kassenebene deutlich aussagekräftiger als ein Vergleich auf Versichertenebene, wie er momentan herangezogen wird.

Solch ein Verfahren wird beispielsweise im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung nach § 273 SGB V verwandt. Über statistische Kennzahlen wird hier die zu erwartende Morbidität einer Krankenkasse ermittelt, die Abweichung der Ist-Morbidität von diesem Soll-Wert bestimmt den Grad der Auffälligkeit. Übersetzt man dieses Vorgehen in den Kontext der Krankheitsauswahl sind diejenigen Krankheiten auszuwählen, die die tatsächlichen Risikostrukturunterschiede zwischen den Krankenkassen am besten abbilden, oder in anderen Worten bei denen die Abweichung zwischen dem errechneten Soll-Wert und dem tatsächlichen Ist-Wert minimal ist.

Dieses Verfahren hätte auch den Vorteil, dass man der vom Gesetzgeber vorgegebenen Spanne der Krankheiten (Auswahl von 50 bis 80) besser gerecht werden kann. Denn es wird nicht nach wichtigen und unwichtigen Krankheiten unterschieden, was implizit eine maximale Ausschöpfung des Kontingents forciert, sondern es werden die 50 bis 80 Krankheiten ausgewählt, die den Versorgungsbedarf der Versicherten am besten repräsentieren.

Leider wurden solche Alternativen nicht geprüft. Das Verfahren wurde aus Sicht des BKK Systems daher nicht umfassend untersucht, um die Frage der Prävalenzgewichtung abschließend zu klären. Vielmehr haben die Analysen weitere methodische Fehler im Verfahren aufgezeigt, die aus Sicht des BKK Systems zeitnah korrigiert werden müssen.

### **Zu III.b) Diagnosequalifikation in der Satztart 600**

Das Vorgehen des Bundesversicherungsamt ist konsequent und wird unterstützt.

### **Zu III.c) Änderung durch die jährliche Aktualisierung der Datenbasis**

Der Passus dient der Information und somit der Transparenz des Verfahrens.

### **Zu III.d) Kostenintensität: Berechnung der prospektiven Kosten der Krankheiten und Auswirkung auf die Prävalenzgewichtung**

Die Entscheidung des wissenschaftlichen Beirats die Verfahren aus Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell zu vereinheitlichen erscheint nachvollziehbar. Allerdings sollte zu einzelnen Sachverhalten eine unterschiedliche Vorgehensweise geprüft werden.

- I) Aus Sicht der BKK sind bei der Auswahl der Krankheiten alle standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen, dies beinhaltet insbesondere auch die Ausgaben für Krankengeld.<sup>1</sup>
- II) Die Ausgaben für Erwerbsminderungsrentner sind auch in einer Krankheit begründet. Deshalb erscheint die Verwendung dieser Risikomerkmale im Rahmen der Krankheitsauswahl fragwürdig.
- III) Nach wie vor weisen in der Krankheitsauswahl zahlreiche Krankheiten negative Folgekosten auf. Dieses Ergebnis ist kontrainduktiv und sollte – ähnlich wie im Klassifikationsmodell – nicht einfach übergangen werden.
- IV) Weiterhin ist nicht ersichtlich, warum in den Erläuterungen die Umstellung auf „pro Tag-Werte“ beschrieben wurde, während sämtliche Berechnungsdateien jedoch weiterhin „pro Jahr-Werte“ enthalten. Hier wäre eine Klarstellung wünschenswert.
- V) Generell wäre es wünschenswert, wenn das BVA auch die Regressionskoeffizienten der anderen Risikomerkmale und die Signifikanzwerte aller Risikomerkmale bekannt geben würde.

---

<sup>1</sup>Bereits im Rahmen der Anhörung zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 haben die Betriebskrankenkassen formuliert: „Es stellt sich die Frage, warum in der vom BVA gewählten Regression der HLB 6 (Krankengeld) außen vor bleibt, obwohl die Rechtsvorschriften im fünften Sozialgesetzbuch und in der RSAV bei der Bewertung des Begriffs „kostenintensiv“ dies nicht explizit vorsehen. Erschwerend kommt hinzu, dass der HLB 6 (Krankengeld) zwar gesondert ausgeglichen wird, doch sich diese Systematik rein aus dem nachgelagerten Klassifikationsmodell ergibt. Da das BVA und auch der Wissenschaftliche Beirat eine Trennung zwischen Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell vorsieht, ist nach Meinung des BKK-Systems der Bereich Krankengeld im Rahmen der Prüfung „kostenintensiv“ zu bewerten und gegebenenfalls in die Berechnung einzubeziehen.“

### **Zu III.e) Schwellenwertkriterium: Verzicht auf Annualisierung der Leistungsausgaben**

Ähnlich wie zum Punkt III.d) müssen aus Sicht des BKK-Systems die Krankengeldausgaben berücksichtigt werden, da auch diese zu den Leistungsausgaben eines Versicherten gehören. Die Nichtberücksichtigung lässt sich aus § 31 RSAV nicht ableiten. Die vollständige Umsetzung der Annualisierung bei der Berechnung des Schwellenwertes würde den Schwellenwert erhöhen, folglich eine härtere Schwelle darstellen. Generell zeigt sich, dass das Schwellenwertkriterium in seiner aktuellen Ausgestaltung die Krankheiten, die häufig als Komorbidität bzw. im hohen Alter auftreten, gegenüber anderen Erkrankungen bevorzugt. Diese Wirkung lässt sich aus dem Gesetzestext nicht ableiten. Da eine Umsetzung des diskutierten Vorschlags diese Schieflage verschärfen würde, wird der Entscheidung des wissenschaftlichen Beirats zugestimmt, auch wenn die Argumentation nicht überzeugen kann. Generell regt das BKK-System an, ein Schwellenwertkriterium zu finden, welches den gesetzlichen Vorgaben entspricht und das jüngere Versicherte bzw. Krankenkassen mit vermehrt jüngeren Versicherten nicht benachteiligt.

### **Zu III.f) Berücksichtigung von Nebendiagnosen beim Aufgreifen der Krankheiten**

Die Übernahme des Vorgehens aus dem Klassifikationsmodell bezüglich der Nebendiagnosen ist zu begrüßen. Auffällig ist jedoch die starke Veränderung der Zusammensetzung der ausgewählten Krankheiten. Aus diesem Grund stellt sich die Frage, ob das gewählte Kriterium für die Zulässigkeit von Diagnosen im Rahmen der Krankheitsauswahl ausreichend ist. Gegenüber dem Klassifikationsmodell werden nämlich deutlich schwächere Anforderungen zu Grunde gelegt, da keine Arzneimittel zur Validierung hinzugezogen werden.

Auch in dieser Frage besteht ein enger Zusammenhang zwischen Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell, wobei letztere nun zu einer nachgelagerten und dem Grunde nach verspäteten Anpassung in der Krankheitsauswahl führt. Auch hier wäre es nach Meinung des BKK Systems weiterhin sinnvoll, eine Zusammenlegung der Verfahren zu untersuchen.

### **Zu V. Ergebnis**

Das BKK System begrüßt die detaillierten Ausführungen des BVA zu den wegfallenden und neu aufzunehmenden Krankheiten in der Anlage 1 der Erläuterungen zur Krankheitsauswahl. Im Vergleich zur endgültigen Krankheitsliste ergeben sich vereinzelt Abweichungen.

Folgende Krankheiten fallen nach Anlage 1 der Erläuterungen zur Krankheitsauswahl weg, sind aber in der „Übersicht über die für das Ausgleichsjahr 2016 zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Abs. 2 RSAV (Anhörungsentwurf)“ enthalten:

- „21) Adipositas (mit Krankheitsbezug)“, vgl. Anlage 1, S. 20
- „64) Osteoarthritis der großen Gelenke“, vgl. Anlage 1, S. 18

Folgende Krankheiten werden nach Anlage 1 der Erläuterungen zur Krankheitsauswahl aufgenommen, fehlen aber in der Übersicht:

- „KH 343 Luxation des Hüftgelenks“, vgl. Anlage 1, S. 15

Folgende Krankheiten wurden neu in die Übersicht aufgenommen, ohne dies in Anlage 1 zu begründen. Sie werden lediglich in der Anlage 1 in den Ergebnistabellen auf S. 57 gelistet.

- „1) Intestinale Infektionen“
- „58) Peritonitis“

Aus Sicht des BKK-Systems sind diese Veränderungen nicht direkt aus den Änderungen der Krankheitsabrechnung (Kapitel IV) ersichtlich. So ergibt sich in Kapitel III, dass die „tiefgreifende Entwicklungsstörung“ kostenintensiver ist als die „Adipositas (mit Krankheitsbezug)“. Dieses Verhältnis kehrt sich nach Kapitel IV um, obwohl beide Krankheiten von den Änderungen nicht direkt betroffen sind.

Wir bitten das BVA deshalb um weitere Erläuterungen, wie das Ergebnis in Tabelle 27 und 28 in diesen Punkten zustande kam, bzw. um eine Einschätzung, ob Interaktionen zwischen den Krankheiten diese Unterschiede verursacht haben. In diesem Fall wäre nämlich ein weiteres Indiz für eine zu umfassende Abgrenzung der Krankheiten gegeben.

***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*