

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 2017 im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten**

A. Allgemeine Anmerkungen zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017

Vorbemerkungen

Wie bereits in den Vorjahren ausgeführt, gibt es mehrere Punkte, die aus Sicht des BKK Systems kritisch zu sehen sind:

- Eine strikte Trennung zwischen der Krankheitsauswahl und den sich daraus ergebenden Grundlagen des Klassifikationsmodells ist nicht sachgerecht, 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.
- Durch das Schwellenwert-Kriterium in der Krankheitsauswahl werden Krankheiten, die nicht regelmäßig mit weiteren Begleiterkrankungen verbunden sind, systematisch benachteiligt. Dies führt beispielsweise auch wieder in dem aktuell vorliegenden Entwurf dazu, dass die Krankheiten „Entwicklungsstörungen“ als auch die „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ keine Berücksichtigung im Morbi-RSA finden werden.

Weiterhin regt das BKK-System bezüglich des Turnus zur Krankheitsauswahl an, die Abstände auf einen längeren Turnus, zum Beispiel auf drei Jahre, festzulegen. Gleichwohl wird es als sinnvoll erachtet, die reinen Berechnungen, trotz der unten angegebenen Kritik, weiterhin durchzuführen. Dies auch vor dem Hintergrund der weiter unter B. beschriebenen Problematik am Beispiel der Krankheit Adipositas.

Berücksichtigung von ausschließlich Versicherten mit Kennzeichen „Letzter Tag“ in der Prävalenz

Für das Kriterium Kostenintensität werden anhand jeweils aktuell vorliegender Daten zu Leistungsausgaben und Morbiditäten mit einem prospektiven, linearen Regressionsmodell die Folgekosten aller Krankheiten berechnet. Folgekosten können dabei nur für diejenigen Versicherten bestimmt werden, die in beiden Datenjahren Versiche-

rungszeiten aufweisen. Folglich dürfen auch nur Versicherte, für die im Folgejahr noch Leistungsausgaben anfallen, in die Kalkulation der prävalenzgewichteten durchschnittlichen Folgekosten einbezogen werden. Andernfalls werden Krankheiten mit einem hohen Grad an Konstanz benachteiligt. Das BKK System regt aus diesem Grund an, die Größe „Versichertenjahre gesamt-validiert“ auf die Versicherten mit dem Kennzeichen „Letzter Tag“ einzuschränken.

Vollständige Umsetzung des Vorschlages des wissenschaftlichen Beirats

Als Begründung für die Wahl des 70. Perzentils der Gesamtverteilung als Grenze für die Kostenintensität verweist das BVA auf das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Krankheitsauswahl aus dem Jahr 2007. Dieser hat sich allerdings für das 80. Perzentil ausgesprochen und die Grenze nur deshalb abgesenkt, da sonst weniger als 50 Krankheiten innerhalb des angestrebten obersten Quintils liegen.

„Der Beirat hat sich bei der Festlegung des Perzentils zunächst an dem in der Statistik üblichen obersten Quintil (80. Perzentil) orientiert. Als deutlich wurde, dass damit die Mindestzahl von 50 Krankheiten nicht sinnvoll erreicht werden konnte, wurde die Analyse mit dem obersten Quartil (75. Perzentil) fortgesetzt, letztendlich aber ein Grenzwert bei 70% gewählt.“ (Quelle: Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, 2007)

Diese Problematik des Wissenschaftlichen Beirats hat derzeit keine Relevanz mehr, da das BVA die Krankheiten anders abgrenzt. Nach heutiger Krankheitsdefinition liegen über 60 schwerwiegende und chronische Krankheiten oberhalb des vom Wissenschaftlichen Beirat empfohlenen 80. Perzentils und damit genau in der Mitte der vom Gesetzgeber vorgesehenen Spanne. Aus Sicht des BKK Systems ist, wenn das Gutachten des Beirats als Grundlage für die Ausgestaltung der Krankheitsauswahl Gültigkeit hat, die Perzentilgrenze dementsprechend anzupassen.

Kostengewichts-Regression ohne EMGs

Bei der Kostenregression zur Krankheitsauswahl werden sämtliche 359 Krankheiten berücksichtigt. Zusätzlich werden Krankheitsstellvertreter-Variablen (Erwerbsminderungsgruppen, EMGs) in die Regression aufgenommen. Das ist aus (1) logischer als auch aus (2) methodischer Sicht problematisch.

- (1) Nicht der Erwerbsminderungsstatus verursacht Kosten, sondern die zugrundeliegende Krankheiten. Da ohnehin sämtliche Krankheiten bei der Kostenregression berücksichtigt werden, könnten EMGs bei der Regression ausgeschlossen werden.
- (2) EMGs repräsentieren ein spezifisches Krankheitsspektrum. EMGs korrelieren daher sehr stark mit einer gewissen Zahl von Krankheiten. Diese Korrelation zwischen erklärenden Variablen sollte in Regressionen vermieden werden (Multikollinearitäts-Problem).

Durch die doppelte Berücksichtigung der typischen Erwerbsminderungs-Krankheiten könnte es bei den Erwerbsminderungs-Krankheiten zu nach unten hin verzerrten Kostengewichten kommen, wodurch die Erwerbsminderungs-Krankheiten weniger oft das Schwellenwert-Kriterium schaffen. Wir bitten daher das BVA, die Korrelation zwischen EMGs und Krankheiten zu prüfen und zu untersuchen, ob sich die Krankheitsauswahl ohne EMGs in der Kostengewichte-Regression verändern würde.

Signifikanz-Werte

Das BVA veröffentlicht im Zuge der Klassifikation sämtliche Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG)-Kostenschätzer inklusive der Signifikanz-Werte. Das BKK System begrüßt dies und schlägt deshalb zusätzlich, gleichermaßen bei der Krankheitsauswahl fortzugehen. Es werden zwar die Folgekosten-Schätzer aller 359 Krankheiten veröffentlicht, allerdings derzeit noch ohne Signifikanz-Werte. Diese sind notwendig, um die Belastbarkeit der Berechnungen zu ermitteln.

Tabellen zu neu eingeführten ICD-Codes

Für die Beurteilung wäre es hilfreich, Tabelle 1 der neu hinzugekommenen ICD-Codes aus den Erläuterungen zum Entwurf zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten auch in die Tabelle „Krankheitsabgrenzung“ zu integrieren und gesondert zu kennzeichnen. Zudem ist anzumerken, dass die in den Erläuterungen in diesem Zusammenhang erwähnte Überleitungstabelle nicht kostenfrei zur Verfügung steht und insofern eine Überleitung von alt zu neu nicht transparent nachvollziehbar ist. Das BKK System würde es begrüßen, wenn die Überleitungstabelle zukünftig kostenfrei zur Verfügung gestellt werden würde.

B. Anmerkungen zur Anlage 1 zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017

Zu IV. Ergebnis

Die Problematik, die sich bei der Krankheitsauswahl durch die Verwendung vergangenheitsbezogener Daten ergibt, zeigt sich im Entwurf der Krankheitsauswahl 2017 besonders deutlich am Beispiel der Krankheit 69 „Adipositas“. Seit dem Ausgleichsjahr 2013 wird diese Erkrankung, nach einer Neuzusammensetzung der zugeordneten Diagnosen, im Morbi-RSA berücksichtigt. Für das Ausgleichsjahr 2017 zeichnet sich nun ab, dass diese Krankheit nicht mehr zu den 80 kostenintensivsten Krankheiten gehört und infolgedessen nicht mehr berücksichtigt wird. Die Ursache dafür liegt offensichtlich darin, dass eine deutliche Zunahme der Prävalenz einherging mit einem erheblichen Rückgang der erwarteten Mehrkosten im Folgejahr. Da im selben Zeitraum der Wert dieser Krankheit im Kriterium „schwerwiegend“ von 2,77 Prozent auf 1,15 Prozent sowie die mittleren zeitgleichen Ausgaben der betroffenen Versicherten von knapp 9.000 Euro auf gut 6.000 Euro zurückgingen, ist davon auszugehen, dass die Zunahme der Prävalenz vor allem auf eine entsprechende Kodierung weniger schwerer Fälle zurückzuführen ist.

Die Herausnahme der Krankheit „Adipositas“ ist aus Sicht des BKK Systems im Sinne der bestehenden Systematik des Morbi-RSA sachgerecht. Es ist allerdings zu bedenken, dass die Krankheitsauswahl 2017 auf Basis der Datenlage 2013/2014 erfolgt. Da die Krankheitsauswahl 2013 (dem Jahr, in dem Adipositas erstmals Berücksichtigung im Morbi-RSA fand) am 09. März 2012 veröffentlicht wurde, liegt die Vermutung nahe, dass die Berücksichtigung im Morbi-RSA im Wesentlichen die geschilderte Prävalenzzunahme bedingt hat. Letztere hat wiederum dazu geführt, dass die Krankheit nun – mit Verzögerung – wieder aus der Auswahl herausgenommen werden muss.

Auch wenn die Datenbasis 2013/2014 derzeit im Rahmen der Datenmeldungen zum Morbi-RSA die aktuellste ist, sollte aus Sicht des BKK Systems die Frage diskutiert werden, ob Möglichkeiten bzw. Maßnahmen vorhanden sind, Effekte zu vermeiden,

wie sie sich am dargestellten Beispiel „Adipositas“ ergeben. Im konkreten Fall würde es sich anbieten, die Entwicklung der Zahl der kodierten Diagnosen von Krankheiten über mehrere Jahre zu vergleichen. Sofern Entwicklungen zu beobachten sind, die weder auf eine geänderte Zuordnung von Diagnosen zu Krankheiten, noch auf die Entwicklung der Versichertenstruktur der GKV zurückzuführen sind, müsste eine genauere Abgrenzung der betroffenen Erkrankungen erfolgen.

C. Ergänzende Vorschläge zur Abgrenzung der Krankheiten in der Auswahl für das Ausgleichsjahr 2017

- Der ICD-Code M42.1* (Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen) aus der Krankheit 270 (Andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels (z.B. Osteodystrophia deformans / Paget's disease of bone) sowie der ICD-Code M42.0 (Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule) aus der Krankheit 257 (Osteochondrosis deformans juvenilis (Morbus Scheuermann) / juvenile lumbar osteochondrosis, Epiphyseolysis capitis femoris) sollte zu einer eigenständigen Krankheit Osteochondrose oder Knochenstoffwechselerkrankungen exkl. Osteoporose zugeordnet werden.
- Die Krankheiten 105 (Migräne-Kopfschmerz), 106 (Cluster-Kopfschmerz) und 107 (Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome) sollten zu einer Krankheit Kopfschmerzen vereinigt werden, da in der Praxis nicht immer zwischen Clusterkopfschmerzen und Migränekopfschmerzen unterschieden wird.
- Es sollte geprüft werden, ob der ICD-Code R51 (Kopfschmerzen) aus der Krankheit 501 (AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...) in die oben genannten Kopfschmerzserkrankungen aufgenommen werden könnte. (Analog zum ICD Code R09.1/ Pleuritis in die Krankheit 197/ Sonstige Krankheiten der Pleura).
- Die Krankheiten 189 (COPD) und 190 (Asthma bronchiale) sollten zu einer Krankheit Obstruktive Atemwegserkrankungen zusammengefasst werden.

D. Redaktionelles zur Anlage 1 zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017

Zu III.o) Krankheit 206 „Störungen/ Symptome an Magen/ Darm“, Krankheit 220 „Leberzirrhose“ sowie andere Krankheiten, die „gastrointestinale Varizen“ beinhalten

Bei der „Gastrointestinale Angiodysplasien“ handelt es sich nicht um die Krankheit 367 (Seite 32, erster Abschnitt), sondern um die Krankheit 368.

E. Prävalenzgewichtung im Rahmen der Krankheitsauswahl

Im Rahmen der Krankheitsauswahl wird zur Prüfung des Kriteriums „Kostenintensität“ eine gewichtete lineare Regression der Leistungsausgaben auf alle Krankheiten des Krankheitsspektrums durchgeführt. Anschließend werden die so bestimmten Krankheitskosten mit der Quadratwurzel aus ihrer Prävalenz gewichtet.

Nach der umfangreichen empirischen Bewertung unterschiedlicher Prävalenzgewichtungen durch den Wissenschaftlichen Beirat im Rahmen der Festlegung der Krankhei-

ten für das Ausgleichsjahr 2016 liegen nun aktuelle Forschungsergebnisse zu alternativen Verfahren im Hinblick auf Umsetzbarkeit, Manipulationsresistenz, Transparenz und Verhinderung von Risikoselektion durch Krankenkassen in Form eines Gutachtens des IGES vor. (http://iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2016/morbi-rsa/index_ger.html)

Das BKK System würde daher die Prüfung einer logarithmischen Prävalenzgewichtung vor dem Hintergrund der aktuellen Forschungsergebnisse durch den Wissenschaftlichen Beirat befürworten.

Stellungnahme vom 22.01.2016

Für weitere Informationen:

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