

Mit dem Schreiben vom 23. Dezember 2011 hat das Bundesversicherungsamt (BVA) den Entwurf für die im Ausgleichsjahr 2013 im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten, Erläuterungen und Berechnungsergebnisse veröffentlicht.

Wir begrüßen ausdrücklich die Bemühungen des BVA, den Entscheidungsprozess transparent zu gestalten und das Bestreben, die beteiligten Institutionen am Festlegungsverfahren zu beteiligen. Zudem sind wir positiv von der frühen Veröffentlichung des Vorschlags überrascht, schließlich liegen zwischen der Veröffentlichung des Evaluationsberichtes und dem Vorschlag der Krankheitsauswahl nur drei Monate, in denen auch noch der zweite Jahresausgleich, das erste Korrekturverfahren sowie die Erstberechnung für den Ausgleich 2012 erfolgt sind.

Grundsätze für die Anpassung der Krankheitsauswahl

In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf werden die vom wissenschaftlichen Beirat diskutierten Grundsätze dokumentiert. In wenigen Worten werden die ausschlaggebenden Prämissen festgelegt, jedoch ohne näher auf die Hintergründe einzugehen.

Die Festlegung, auch zukünftig die Krankheitsauswahl über ein empirisch fundiertes Verfahren zu bestimmen, begrüßen wir ausdrücklich. Allerdings erscheinen uns in diesem Zusammenhang einige Entscheidungen inkonsistent. So beruft sich das BVA in einigen Punkten auf die Meinung eines externen Experten, der zur Neuabgrenzung eines Themengebiets hinzugezogen wurde. Häufig entsprechen Einschätzungen auf Expertenebene jedoch nicht zwingend dem aktuellen Dokumentationsstand im Praxisalltag. Dies wird beispielsweise durch die unterschiedlichen Einschätzungen des Experten und der BPtK bei der Thematik Angsterkrankungen und Zwangsstörungen deutlich. Eine empirische Überprüfung der konträren Aussagen wäre unter Berücksichtigung der Grundsätze geboten gewesen, wurde jedoch zumindest nicht dokumentiert.

Ferner erschließt sich uns nicht, warum nur zu einem ausgewählten Themengebiet ein externer Experte hinzugezogen wurde. Der Gesetzgeber hat zweifelsfrei festgelegt, dass sich der Morbiditätsausgleich nur auf einen Teil des Krankheitsspektrums beziehen soll. Diese Eingrenzung wird durch die Krankheitsdefinition und -auswahl festgelegt. Hierbei muss die Abgrenzung und die anschließende Auswahl unserer Ansicht nach auf identischen Voraussetzungen für das gesamte Spektrum durchgeführt werden um Verzerrungen zu vermeiden.

Einer engeren Abgrenzung der Krankheiten stehen wir generell positiv gegenüber, möchten aber gleichzeitig auf den Grundsatz des wissenschaftlichen Beirats aus der ursprünglichen Krankheitsauswahl verweisen.

Zudem muss durch eine an medizinischen Merkmalen orientierte Zusammenfassung der Kodes sichergestellt sein, dass einander ähnelnde Krankheitszustände auch tatsächlich der gleichen Krankheit zugeordnet werden.

Beispielsweise werden die Diagnosen aus den Bereichen der Entwicklungsstörung (F80-F89) und der Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98) insgesamt acht unterschiedlichen Krankheiten zugeordnet. Die Diagnosen unter dem ICD-3-steller F92 weisen jedoch gerade auf das Vorliegen mehrerer Krankheitsbilder hin. Da das im Auswahlverfahren verwendete Regressionsmodell sensitiv auf Korrelation der Variablen reagiert, hätten auch hier weitere empirische Untersuchungen zur Krankheitsabgrenzung stattfinden müssen.

Unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben können wir die Nichtberücksichtigung der Manifestation nicht nachvollziehen. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zugrunde liegen. Somit muss unserer Ansicht nach bereits bei der Abgrenzung der Krankheiten die wahrscheinliche Entwicklung, also die prospektiven Kosten einer Krankheit berücksichtigt werden um dem Terminus „schwerwiegender Verlauf“ gerecht zu werden. Eine primär getroffene Auswahl der Krankheiten kann auf Grund des zweistufigen Prozesses durch keine Modifikation des Klassifikationsmodells korrigiert werden.

Zusammengefasst begrüßen wir die vom BVA eingeschlagene Richtung, eine engere Abgrenzung der Krankheiten vorzunehmen, ausdrücklich. Neben der Ätiologie/Pathogenese sollte jedoch die Kostenhomogenität als zusätzliches, nachgelagertes Kriterium bereits in der Krankheitsauswahl Berücksichtigung finden. Die Trennung von „Angststörungen“ und „Zwangsstörungen“ aufgrund von Aufwandsunterschieden sollte somit als Muster zur Abgrenzung der Krankheiten herangezogen werden.

Weiterhin beurteilen wir äußerst positiv, dass das Standardverfahren zur Krankheitsauswahl ebenso wie das Verfahren zur Festlegung des Klassifikationsmodells keine Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener vorsieht. Bei der letztgenannten Festlegung wird genau dies regelmäßig von einigen Kassen gefordert, jedoch vom BVA bisher abgelehnt. Dies unterstützen wir ausdrücklich – auch in Bezug auf das Standardverfahren zur Festlegung der Krankheitsauswahl.

Eine Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener würde zu einer übermäßigen Verteilung der Kosten des Todes u.a. auf Krankheiten mit altersbedingter hoher Mortalität führen, obwohl diese im Zweifel in überhaupt keinem Zusammenhang zur Kostenverursachung kurz vor dem Tod stehen. Im Ergebnis würde dieses Vorgehen diese Krankheiten unsachgemäß und wenig zielgenau künstlich aufwerten zu Lasten anderer Krankheiten mit tatsächlich verursachungsgerecht zuordenbaren Kosten. Deshalb lehnt die SBK die Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener nicht nur im Rahmen des Verfahrens zur Festlegung des Klassifikationsmodells sondern auch bzgl. des Standardverfahrens zur Krankheitsauswahl vehement ab.

Sehr kritisch sehen wir die Prämisse des wissenschaftlichen Beirats, dass eine Änderung der Auswahlkriterien nicht geboten sei. Keines dieser Kriterien wurde im Rahmen des Evaluationsberichts des Wissenschaftlichen Beirats diskutiert. Demgegenüber stehen zahlreiche offene Kritikpunkte aus den vergangenen Jahren. So ist der erste wissenschaftliche Beirat aufgrund von Differenzen über diese Auswahlkriterien geschlossen zurückgetreten. Gleichzeitig offenbaren die aktuellen Kriterien zahlreiche Schwächen. So erscheinen Akutereignisse wie Beckenfrakturen als chronisch, unheilbare Krankheiten wie Unfruchtbarkeit hingegen nicht. Krankheiten, die negative Mehrkosten erwarten lassen, schaffen die Schwellenwertprüfung problemlos, während schwerere Erkrankungen ohne zahlreiche Komorbiditäten scheitern. Quetschungen werden als schwerwiegend eingestuft, eine Infektion mit HIV/AIDS jedoch nicht.

Innerhalb der GKV werden zunehmend Diskussionen über Ausnahmen und Sonderregeln geführt, um die Kriterien aufzuweichen oder zu umgehen. Positiv erkennen wir an, dass das BVA in der Vergangenheit vom Standardverfahren nicht abgewichen ist. Dies ist äußerst wichtig, da Ausnahmen vom Standardverfahren zu einer schrittweisen Aufweichung des kompletten Auswahlverfahrens führen würden.

Zusammengefasst bedarf es aus unserer Sicht einer gründlichen Überprüfung der aktuellen Auswahlkriterien, zahlreiche offene Fragen aus vergangenen Anhörungsrunden sind und bleiben unbeantwortet.

Auch im Rahmen des aktuellen Vorschlags werden zahlreiche Entscheidungen nicht auf Basis empirischer Daten sondern theoretischer Überlegungen des BVA und des wissenschaftlichen Beirats getroffen. Somit kann nicht von einem empirisch fundierten Modell gesprochen werden, sondern von einem politischen Kompromiss, der nicht eindeutig nachvollzogen werden kann. Hier müssen aus unserer Sicht zeitnah verbindliche Regularien gefunden werden.