



BKK Bundesverband GbR

Kronprinzenstr. 6
45128 Essen

Essen, 18. Januar 2011

Internet: www.bkk.de

Stellungnahme zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs hat die bisherige Abgrenzung und Auswahl der Krankheiten überprüft und dem Bundesversicherungsamt seine hieraus resultierenden Anpassungsempfehlungen unterbreitet. Das Bundesversicherungsamt beabsichtigt, diesen Empfehlungen zu folgen und entsprechend festzulegen. Die vorgeschlagenen Änderungen erfolgen unserer Meinung nach ohne die erforderliche und nach zwei abgeschlossenen Ausgleichsjahren gebotene Überprüfung der Angemessenheit und Zielkonformität des Verfahrens. Das Anhörungsverfahren und die mit Schreiben des Bundesversicherungsamtes zur Verfügung gestellten Materialien geben Anlass zu den folgenden grundsätzlichen Anmerkungen.

Angemessenheit des Verfahrens nicht geprüft

Das BVA sieht mit der vorgelegten Krankheitsauswahl unter Verweis auf Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats von grundlegenden Änderungen der Krankheitsabgrenzung sowie von Änderungen der Auswahlkriterien ab. Es hebt aber die folgende Empfehlung des Beirats hervor:

„Insgesamt sollte eine engere Abgrenzung bei den zur Auswahl stehenden Krankheiten angestrebt werden. Dabei sollte die Ätiologie/Pathogenese als primäres Kriterium zur Abgrenzung bzw. Spezifikation der zur Auswahl stehenden Krankheiten zugrunde gelegt werden, während die Manifestation und damit die Kosten für unterschiedliche Krankheitsverläufe im Klassifikationsmodell berücksichtigt werden.“ (Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsabgrenzung – 23.12.2011)

Das BVA und der wissenschaftlichen Beirat beanspruchen damit wie bereits in den Vorjahren einen Gestaltungsspielraum mit weitreichende Auswirkungen ohne dass die Angemessenheit der Empfehlungen empirisch geprüft wurden.

So waren die Fragen der Sinnhaftigkeit eines zweistufigen, methodisch weitgehend entkoppelten Prozesses der Krankheitsauswahl einerseits und der Festlegung des Klassifikationsmodells andererseits auch in früheren Anhörungsverfahren gestellt worden. Eine Krankheitsauswahl lässt sich grundsätzlich auf verschiedene Abgrenzungssysteme basieren. Eine wie auch immer nosologisch begründete Krankheitsauswahl muss daher dahingehend überprüft werden, ob hierdurch die primäre Zielsetzung des Risikoausgleichs erreicht werden kann. Kommt es etwa durch Bevorzugung von ätiologisch-pathogenetischen Abgrenzungskriterien zur Zusammenfassung von Krankheiten mit sehr unterschiedlichen Kosten, so ist eine nachfolgende Korrektur im Klassifikationsmodell nicht mehr möglich, da dann die Krankheiten und damit auch die zugrunde liegenden ICD-Codes bereits ausgewählt sind. In der aktuell vorgeschlagenen Krankheitsauswahl dürfte beispielsweise das Krankheitsbild der Demenz aus diesem Grund der kostenheterogenen Abgrenzung keine Berücksichtigung gefunden haben. Werden die Kosten bei der Krankheitsabgrenzung nicht mehr berücksichtigt muss konsequenterweise auch die Prävalenzgewichtung beim Kriterium „kostenintensiv“ überprüft werden. Kostenintensive seltene Erkrankungen werden durch die Anpassung gegenüber den vergangenen Jahren schlechter gestellt. Die Ergebnisse des Evaluationsberichts des wissenschaftlichen Beirats zur Thematik Risikopool weisen jedoch im strikten Gegensatz darauf hin, dass ein höherer Ausgleichsbedarf für kostenintensive Einzelfälle besteht.

Änderungsbedarf bei den Auswahlkriterien nicht geprüft

Die Kriterien der Krankheitsauswahl sowie deren kombinierte Verwendung im Auswahlalgorithmus sind gesetzlich nicht operativ vorgegeben, sondern werden durch das BVA festgelegt. Diese Operationalisierungen sind aber für das Erreichen des generischen Ziels der Krankheitsauswahl mitentscheidend. Z.B. ist das BVA der Auffassung, dass die Krankheitsauswahl zur Ausschöpfung der Höchstzahl der gesetzlich zum Ausgleich vorgesehenen 50-80 Krankheiten führen muss, da eine noch größere Anzahl von Krankheiten die derzeitigen Auswahlkriterien erfüllen. Das BVA erkennt mit dieser Argumentation, dass es selbst sowohl die zu berücksichtigenden Krankheitsentitäten als auch die Auswahlkriterien operativ festlegt. In Verfolgung der gesetzlichen Ziele wäre

dagegen ein Auswahlverfahren anzustreben, das die Spannbreite von auszuwählenden Krankheiten (50-80) auch realisieren könnte.

Die derzeitigen Operationalisierungen führen zudem zu einer Vielzahl von kontraintuitiven Ergebnissen: So ist etwa die Krankheit 68 „Akute schwere Lebererkrankung“ nach dem Prüfergebnis weder schwerwiegend noch akut. Weder die männliche Unfruchtbarkeit (Krankheit 288) noch die weibliche Unfruchtbarkeit (Krankheit 275) gelten als chronisch, wohingegen eine Beckenfraktur (Krankheit 313) als chronisch eingestuft wird, da sich die Behandlung meist über mehr als ein Quartal erstreckt.

Auswirkungen statistischer Missspezifikationen nicht geprüft

Wie bereits anlässlich der Anhörung zur Krankheitsauswahl 2011 ist zu kritisieren, dass die Ergebnisdarstellung des Auswahlprozesses eine Überprüfung der Verlässlichkeit nicht zulässt. Die Berechnung der Kostenintensität der Krankheiten erfolgt durch eine lineare Regression die nicht den Zweck einer einmaligen Schätzung von Mehrkosten für eine Stichprobe erfüllt, sondern verallgemeinernd für ausgleichsbedürftige Krankheiten gelten soll. 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 erneut die negativen Kostenschätzungen bei einer Vielzahl von Krankheiten fürchten, dass es zu einer bedenklichen Missspezifikation des statistischen Modells gekommen ist. In dieser Situation sind zumindest Sensitivitätsanalysen durchzuführen, die eine Einschätzung der Verlässlichkeit der Schätzungen ermöglichen. Die vom BVA in der letzten Anhörung vertretene Auffassung, dass es sich um kein statistisches Modell im engeren Sinne handle, sondern um eine alternativlose Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, ist nicht zutreffend, da gesetzlich weder die Wahl des statistischen Schätzers, des Schätzalgorithmus und des Signifikanzniveaus noch der Verzicht auf statistische Anpassungstests festgelegt ist.

Zusammenfassend empfiehlt die Betriebliche Krankenversicherung, das Verfahren der Krankheitsauswahl sowohl hinsichtlich der Krankheitsabgrenzung und der verwendeten Kriterien als auch im Hinblick auf das Zusammenspiel mit dem nachfolgenden Klassifikationsmodell einer eingehenden Prüfung zu unterziehen. Die Prüfung sollte berücksichtigen:

- Das Verfahren ist entweder als wissenschaftlich-empirisches anzulegen oder als politische Festlegung zu verstehen. Im ersten Fall bedarf es der empirischen Prüfung des Verfahrens und ggf. der Ableitung der vorgeschlagen Änderungen bei ausreichender und nachvollziehbarer Dokumentation. Im zweiten Fall würde die Festlegung als Kompromiss bei unterschiedlichen Interessenslagen in der GKV vorgenommen. Hierzu bedürfte das Verfahren dann einer demokratischen Legitimierung außerhalb des Direktionsrechts einer Behörde.
- Eine jährliche Änderung der Krankheitsauswahl beeinträchtigt die Planungssicherheit der Krankenkassen etwa im Hinblick auf längerfristige Versorgungskonzepte oder die Prognose von Zuweisungen. Daher unterstützen wir die Forderung aus dem Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009, die Krankheitsauswahl in einem mehrjährigen Zyklus durchzuführen.

Für weitere Informationen:

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

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

Klaus Stein, Deutsche BKK, Tel 0711 89 13 348