



**BKK Bundesverband GbR**

Kronprinzenstr. 6  
45128 Essen

Essen, 20. August 2010

Internet: [www.bkk.de](http://www.bkk.de)

## **Stellungnahme zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2011**

Die Betriebliche Krankenversicherung stellt nach Prüfung des Festlegungsentwurfs fest, dass die vorgeschlagenen Änderungen des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2011 nicht als eine systematische Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs aufgefasst werden können. Der Festlegungsentwurf orientiert sich an Positionierungen von Interessengruppen und ist entsprechend durch punktuelle Änderungen gekennzeichnet. Er führt weder zu einer politisch gewünschte Vereinfachung des M-RSA, noch zur Erhöhung der Transparenz des Verfahrens noch zur Verringerung der Manipulationsanfälligkeit. Die Betriebliche Krankenversicherung empfiehlt, die Weiterentwicklung des RSA auf eine systematische Analyse des Jahresausgleichs 2009 zu basieren. Die Ergebnisse und Folgerungen sollten unter gebührender Beteiligung der Krankenkassen und ihrer Verbände beurteilt und entwickelt werden. Hierfür sind sachgerechtere und effizientere Anhörungs- und Beteiligungsverfahren zu entwickeln.

### **Einschätzungen zum Verfahren allgemein**

Der Festlegungsentwurf des Bundesversicherungsamtes zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich (RSA) enthält zahlreiche Änderungen für das Ausgleichsjahr 2011. Der Fokus liegt auf der Ausweitung der HMG-Anzahl auf 129, die einerseits durch die bereits vorgelagert veränderte Krankheitsauswahl für das Klassifikationsmodell 2011 bedingt ist und sich andererseits vor allem durch eine stärkere Differenzierung alter und neu aufgenommener DxG unter dem Gesichtspunkt der Kostenhomogenität ergibt.

Die Tatsache, dass die Veränderungen beim Klassifikationsmodell in nicht unerheblichem Umfang durch Veränderungen der Krankheitsauswahl erforderlich werden, macht deutlich, wie wenig überzeugend die verfahrenstechnische Trennung der Krankheitsauswahl von der Ausgestaltung des Klassifikationsmodells ist. Sie zeigt, dass wissenschaftlicher Beirat und BVA der massiven Kritik an den im Frühjahr vorgelegten Vorschlägen zur Revision der Krankheitsliste zwar insoweit Rechnung getragen haben, als dass auf die ursprünglich beabsichtige Umbasierung der Krankheitsauswahl von dem DxCG-Modell auf eine an der ICD-Systematik orientierte Logik verzichtet wurde. Aber trotz der nach wie vor gültigen Kritik, dass für eine Revision des Morbi-RSA gegenwärtig – also vor Abschluss des ersten Ausgleichsjahres durch den Schlussausgleich 2009 – die empirischen Grundlagen fehlen und eine Gesamtbewertung des Verfahrens daher noch nicht möglich ist, wurden dennoch erhebliche Eingriffe an der Krankheitsliste vorgenommen.

Die stärkere Orientierung am Kriterium der Kostenhomogenität ist im Sinne der Vermeidung von extremen Formen der Kostenunterdeckung positiv zu bewerten – insbesondere in Abwesenheit eines Risikopools. Allerdings löst die Einführung von einzelnen Hochkosten-HMG das grundsätzliche Problem der Unterfinanzierung teurerer Leistungsfälle nicht.

Hier ist das gesamte Verfahren zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells kritisch zu bewerten. Der Entwurf des BVA wird dominiert von den im Vorschlagsverfahren von verschiedenen Interessengruppen eingebrachten Änderungen. Eine systematische Weiterentwicklung des Modells ist dagegen nicht zu erkennen. Erforderlich für eine derartige systematische Weiterentwicklung ist eine das gesamte Morbiditätsspektrum umfassende quantitative Analyse der Kostenhomogenität der Zuschlagskategorien auf deren Basis der Bedarf für Modifikationen am Modell abzuschätzen wäre. Durch partielle Differenzierungen von Morbiditätsgruppen wird zwar die Unterfinanzierung durch den Morbi-RSA bei einzelnen teuren Leistungsfällen verringert. Die politisch zu entscheidende Frage, wie generell mit teuren Leistungsfällen umgegangen werden soll, welche Fälle davon als von den Krankenkassen zu tragende allgemeine Versicherungsrisiken anzusehen sind und ob und wenn ja, wo es einer systematischen Weiterentwicklung des bestehenden Modells bedarf, bleibt unbeantwortet. Weiterhin erscheint das methodische Vorgehen unbefriedigend da Veränderungen am Modell größtenteils auf der Basis sehr geringer Veränderungen nur eines Prüfmaßes vorgenommen werden. Inwieweit tatsächlich eine Verbesserung der Zielgenauigkeit erreicht wird bleibt offen.

Es muss somit festgehalten werden, dass das gesamte gegenwärtig praktizierte Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells problematisch ist, da es der interessenpolitisch motivierten Veränderung des Klassifikationsmodells eine höhere Priorität einräumt als einer systematischen Weiterentwicklung. Eine solche systematische Weiterentwicklung des RSA sollte aufgrund der datenbasierten Analyse des Ausgleichsjahres 2009 erfolgen, die alle Aspekte des gegenwärtigen M-RSA umfasst. So ist etwa auch die Komplementarität der einbezogenen Risikomerkmale zu beurteilen, indem die multiplen Assoziationen der indirekten Morbiditätsmaße AGG, EMG, KGG untersucht werden. Auf nicht zuweisungsrelevante Maße sollte mit dem Ziel einer Vereinfachung des Modells verzichtet werden. Eine systematische Weiterentwicklung des RSA sollte zudem berücksichtigen, dass Krankenkassen Planungssicherheit auch für ein auf mehrere Jahre ausgelegtes Vertragsmanagement bedürfen. Verträge, die unter bestimmten Zuweisungsbedingungen abgeschlossen wurden, können sich bei kurzfristiger Änderung der Krankheitsauswahl als ein zusätzlicher Kostenfaktor erweisen.

Als unzulänglich muss auch das Anhörungsverfahren selbst gesehen werden. Anhörungspartner ist hierbei der GKV-Spitzenverband, während weitere Institutionen und Interessensgruppen nachrichtlich über die Anhörung und die Anhörungsmaterialien informiert werden. Die GKV-Verbände auf Bundesebene sind hierin nicht einbezogen, sondern erhalten vom GKV-SV – bei verkürzter Frist - Gelegenheit zur Kommentierung. Deren Einschätzungen gehen dann synoptisch in die Stellungnahme des GKV-SV ein. Eine eindeutige Positionierung ist dem GKV-SV bei besonders heterogen beurteilten Aspekten nicht möglich oder erfolgt im Konflikt zu den Positionierungen einzelner Kassenarten. Auch einzelne Krankenkassen sind nicht anhörungsbeteiligt. Es liegt daher in der Logik des Verfahrens, dass die GKV-Verbände der Kassenarten wie auch einzelne Krankenkassen ihre Stellungnahme - obwohl nicht verfahrensbeteiligt - direkt an das BVA richten. Dieses kommentiert die Stellungnahmen dann separat als auch als Bestandteil der Äußerungen des GKV-SV. Das BKK-System ist der Auffassung, dass das Anhörungsverfahren sachgerechter und effizienter ausgestaltet werden sollte.

### **Einschätzungen zur Überprüfungsmethodik**

Aus den vom BVA vorgeschlagenen Veränderungen folgt eine deutliche Steigerung des Gütemaßes R-Quadrat. Dies scheint auf eine verbesserte Zielgenauigkeit des Klassifikationsalgorithmus hinzudeuten und wäre insoweit aus statistischer Sicht zu begrüßen. Allerdings wird die Steigerung des R-Quadrats ganz maßgeblich durch die Einführung einer neuen HMG zur Schweregraddifferenzierung verursacht. Die HMG umfasst in der vom BVA verwendeten Stichprobe relativ wenige Versicherte mit

außergewöhnlich hohen Kosten. Der Anstieg des R-Quadrats durch die Einführung der HMG weist dabei auf ein schon länger in der Literatur diskutiertes Problem des Indikators R-Quadrat hin. Aufgrund der bei der Berechnung des Gütemaßes durchgeführten Quadrierung werden einzelne Ausreißer – bezogen auf den Morbi-RSA sind das Versicherte mit besonders hohen Kosten – sehr hoch gewichtet. Dementsprechend führt eine Verbesserung der Zuweisungsgenauigkeit bei einzelnen besonders teuren Fällen zu einer merklichen Zunahme des R-Quadrats, ohne dass davon aber eine Wirkung in der Breite bei Versicherten mit niedrigeren Ist-Kosten und kleinen absoluten Differenzen zu den Prognosewerten (Zuschlägen) ausgeht. Insoweit überzeichnet die Steigerung des R-Quadrats die Verbesserung der Zielgenauigkeit in der Gesamtpopulation.

Abgesehen von den erwähnten Einzelfällen, die allein zu einer deutlichen Steigerung des R-Quadrats führt, ist für die vom BVA diskutierten Veränderungen weiterhin festzuhalten, dass diese beim R-Quadrat meist nur zu sehr geringen Verbesserungen führen. Inwieweit sich diese Veränderungen dabei auf anderen Datensätzen reproduzieren lassen ist offen. Den Erläuterungen zu den Festlegungen zufolge sind sich Wissenschaftlicher Beirat und BVA der Problematik des Gütemaßes R-Quadrat durchaus bewusst und haben dazu ein Gutachten in Auftrag geben. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen. Kritikwürdig scheint allerdings, dass bis zur Vorlage des Gutachtens weiterhin derart geringfügige Veränderungen am R-Quadrat die Grundlage für zahlreiche Eingriffe am Klassifikationsmodell bilden. Dies ist umso kritischer zu beurteilen, als dass im vorliegenden Entwurf weder auf in der Literatur verbreitete alternative Gütemaße zu Vergleichszwecken zurückgegriffen wird noch z.B. Split-Sample- oder Cross-Validation-Techniken verwendet wurden. Insoweit entsprechen die Analysen nicht den gängigen methodischen Standards für Evaluierung von Risikoadjustierungsmodellen.

Neben der schon an einem Beispiel erwähnten Schweregraddifferenzierung auf der Basis von Arzneimitteln werden Arzneimittel auch bei einigen weiteren DxGruppen zur Validierung der ambulanten Diagnosen eingesetzt. Dieses Verfahren war bereits im Klassifikationsmodell 2010 eingeführt worden und wird im Entwurf für das Model 2011 auf weitere DxGruppen ausgeweitet. Auch wenn die Modifikationen in diesem Bereich eher gering ausfallen, bleibt festzuhalten, dass den Arzneimittelverordnungen durch ihre Funktion zur Schweregraddifferenzierung und Validierung von Diagnosen ein weiterhin steigendes Gewicht im Klassifikationsverfahren zukommt, das die Frage nach davon ausgehenden Fehlanreizen aufwirft. Insbesondere die Schweregraddifferenzierung dürfte es durch große Differenzen bei den Kostenschätzern zwischen Gruppen mit Arzneimittelverordnung und solchen ohne attraktiv erscheinen lassen, nach Möglichkeiten zu suchen, um bei Versicherten die erforderlichen Mindestverordnungsmengen zu

erreichen. Es bestehen also Anreize zur „Medikalisierung“ von GKV-Versicherten, um so erhöhte Zuweisungen aus dem Morbi-RSA abzuschöpfen.

### **Einschätzung zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die KGG**

Die vorgeschlagenen Änderungen bei der Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die KGG sind nicht zweckmäßig. Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim BVA hat den Auftrag erhalten, neue Methoden zur Berücksichtigung des Krankengelds zu evaluieren und Alternativen zum gegenwärtigen Verfahren vorzuschlagen. Unter Beteiligung der Verbände der Kassenarten sowie des GKV-SV wurden einvernehmlich die datentechnischen Grundlagen für die erforderlichen Analysen geschaffen. Es ist nicht ersichtlich, warum den Arbeiten des Beirats vorgegriffen werden sollte. Das bisherige Verfahren sollte daher beibehalten werden bis die Ergebnisse der Überprüfung vorliegen.

### **Redaktionelle Hinweise**

Der Festlegungsentwurf beruht redaktionell offenbar auf nicht vollständig angepasste Vorläuferversionen. Beispielsweise wird in 2.1.1 fehlerhaft auf die Morbiditätsgruppen Bezug genommen. Ausführungen zur Berechnung der Angleichungsfaktoren fehlen im Festlegungsentwurf, obwohl wie in den Erläuterungen beschreiben keine Änderung beabsichtigt ist.

### **Für weitere Informationen:**

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

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

Jürgen Gehret, BKK Landesverband Rheinland Pfalz und Saarland, Tel 06131 330519

Wolfgang Rogalski, BITMARCK SERVICE GMBH, Tel 0201 179-1489