

Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

- Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der Kaufmännischen Krankenkasse, der Hanseatischen Krankenkasse, der Handelskrankenkasse und der Gmünder Ersatzkasse -

Die Gliederung der Stellungnahme orientiert sich an der Gliederung der Erläuterungen des BVA zum Festlegungsentwurf, da hier - anders als im Festlegungsentwurf selbst - die Entscheidungen des BVA detaillierter dargestellt sind und so eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Aspekten der Entscheidung eher erlauben.

I. Grundsätzliches

Die Festlegung des Klassifikationsmodells ist von entscheidender Bedeutung für die Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten RSA. Daher muss auch großes Gewicht auf die Sicherheit des Verfahrens und die Verlässlichkeit der als Risikomerkmale verwendeten Basisdaten gelegt werden. Alle Möglichkeiten zur Validierung der Daten sind daher zu nutzen, um falsche Zuweisungen im morbiditätsorientierten RSA bzw. Gesundheitsfonds zu vermeiden.

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass das BVA die möglichen Validierungskriterien wie etwa den generellen Abgleich der Diagnoseinformationen mit Arzneimittelverordnungen sehr weich auslegt und die Anforderungen an die Kriterien eher niedrig hält. Die Sicherheit der für den morbiditätsorientierten RSA verwendeten Daten wird damit kaum erhöht. Manipulationen sowie Upcoding / Gaming sind weiterhin möglich.

II. Auswahl des Klassifikationsmodells

Laut BVA kann aufgrund der neuen gesetzlichen Vorgaben die Empfehlung von IGES et al. nicht umgesetzt werden, da eine eindeutige Zuordnung von Arzneimitteln zu Krankheiten in der Regel nicht gegeben sei (S. 2 des vorgelegten Entwurfs). Allerdings erkennt das BVA dabei die gesetzgeberischen Vorgaben: Der Gesetzgeber hat in ein und demselben Gesetz sowohl die Beschränkung des Morbiditätsorientierten RSA auf 80 Krankheiten vorgegeben als auch den Wissenschaftlichen Beirat aufgefordert, für diese 80 Krankheiten die entsprechenden Arzneimittel anzugeben - es sind also diejenigen Arzneimittel zu benennen, die eindeutig den 80 Krankheiten zuzuordnen sind. Dieser Aufgabe ist der Wissenschaftliche Beirat nicht nachgekommen und auch die nun vorgelegte Liste von Arzneimitteln erfüllt die Anforderungen nicht. Diese Lücke dadurch schließen zu wollen, dass nun ein Klassifikationsmodell ausgewählt wird, das auf diese Angaben gar nicht zurückgreift, steht in klarem Widerspruch zur Intention des Gesetzgebers.

Dem Verordnungstext ist zu entnehmen, dass die den 80 Krankheiten entsprechenden Morbiditätsgruppen anhand der ICD-Codes und der Arzneimittelwirkstoffe zu ermitteln sind (§ 31 Abs. 2 RSAV). Die Zuordnung der Arzneimittelwirkstoffe zu Krankheiten ist deshalb für alle Krankheiten vorzunehmen, wobei nur solche Arzneimittel benannt werden dürfen, die den

ausgewählten Krankheiten eindeutig zuzuordnen sind. Diese Zuordnung ist dann auch für alle Krankheiten bei der Klassifikation heranzuziehen.
(siehe dazu auch die Diskussion unter III b) Aufgreifkriterium Arzneimittel).

Angesichts der Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Untersuchung von IGES et al. erscheint es erstaunlich, dass das nun gewählte All-encounter-Modell gemessen am R^2 eine höhere Erklärungskraft haben soll als das seinerzeit vorgeschlagene Kombinationsmodell IPHCC+RxGroups. Noch erstaunlicher ist dies aufgrund der Beschränkung auf 80 Krankheitsgruppen (in der wissenschaftlichen Untersuchung wurde für das HCC-Modell ein Wert von 15% angegeben, das BVA berichtet nun - ohne Hauptleistungsbereich 5 - einen Wert von 19,1%). Dies wirft unter anderem die Frage nach der Stabilität der Rechenparameter im Zeitablauf und damit nach der Stabilität der Berechnungs- und Verteilungsergebnisse des morbiditätsorientierten RSA insgesamt auf. Problematisch wird der Punkt auch dadurch, dass keine Möglichkeit besteht, die Berechnungsergebnisse des BVA überhaupt extern zu kontrollieren.

III. Anpassung des Klassifikationsmodells

Das BVA hat zur Anpassung an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitssystems zahlreiche Veränderungen am ursprünglichen Klassifikationsmodell vorgenommen. Letztlich handelt es sich im Ergebnis nicht mehr um ein Klassifikationsmodell, dessen Einsatzfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden ist (Widerspruch zur Vorgabe in § 29 Abs. 1 RSAV). Bei der veränderten Zuordnung von ICD-Codes zu Dx-Gruppen handelt es sich nicht erkennbar um notwendige Anpassungen aufgrund der Unterschiede in den Gesundheitssystemen der USA und Deutschland, vielmehr bleiben die fachlichen Erkenntnisse, die das BVA zur Umsortierung von ICD-Codes bewogen haben, im Dunklen.

a) Aufgreifkriterium Diagnosen:

Angesichts der Vorgaben aus dem Wettbewerbsstärkungsgesetz erscheint es konsequent, nur diejenigen Diagnosen zu berücksichtigen, die den zu berücksichtigenden Krankheiten zuzuordnen sind. Die schon im Rahmen der Anhörung zur Krankheitsauswahl geäußerte grundsätzliche Kritik an der deutlich zu weit gefassten Bestimmung der Krankheiten erhalten wir allerdings ausdrücklich aufrecht.

Die Möglichkeiten, zumindest durch Ausschöpfung der denkbaren Validierungskriterien die in der Krankheitsauswahl angelegte weite Definition von Krankheiten zu präzisieren, wurden jedoch im vorgelegten Entwurf nicht genutzt. Zwar werden nur gesicherte Diagnosen zur Morbiditätsklassifikation genutzt. Der Versuch, die Validität der ambulanten Daten durch die Vorgabe des M2Q-Kriteriums zu erhöhen, geht zwar in die richtige Richtung, kann aber noch keine ausreichende Datenqualität sicherstellen. Indiz dafür ist die auch nach Anwendung des M2Q-Kriteriums weiterhin unplausibel hohe Prävalenz bei einigen Krankheiten (vgl. Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt vom 13.5.2008, S. 23).

Die Vorgabe eines Hospitalisierungskriteriums für bestimmte Krankheiten kann als sinnvoll angesehen werden. Allerdings fallen in der entsprechenden Anlage 2 zum Entwurf des Klassifikationsmodells einige Unstimmigkeiten auf:

Sofern medizinisch gerechtfertigt, sollte dieses Kriterium häufiger vergeben werden, um angesichts der Qualitätsdefizite in den ambulanten Diagnosen (die ja auch vom BVA selbst eingeräumt werden) die Häufigkeit fehlerhafter Morbiditätszuordnungen zu verringern.

Die Zuordnung, für welche Krankheiten "stationär erforderlich" gilt (und damit keine Validierung eventueller ambulanter Diagnosen durch Arzneimittel vorgesehen ist), ist teilweise widersprüchlich und teilweise zumindest erklärungsbedürftig.

Zum einen ist unverständlich, warum bei diversen Krankheiten das Kriterium "stationär erforderlich" nicht vorgegeben wurde: Beispiele DxG 144 (terminale Lebererkrankung, einschließlich Leberkoma und Leberversagen), DxG 148 (akute Lebererkrankung, einschließlich akuten Leberversagens, Leberabszess, Leberinfarkte). Zum anderen ist nicht ersichtlich, warum bei ähnlichen medizinischen Voraussetzungen die Anforderung teilweise vergeben wurde und teilweise nicht: So wird für DxG 307 (vollständige traumatische thorakale Rückenmarksläsion) ein stationärer Aufenthalt vorausgesetzt, für DxG 304 (vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion) jedoch nicht, für DxG 317 (schwerwiegende zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur) wird das Kriterium stationär dann wieder gefordert. Die Vergabe des Anforderungskriteriums stationär kann deshalb nicht nachvollzogen werden.

b) und c) Aufgreifkriterium Arzneimittel und Zuordnung von Arzneimitteln zu Dx-Gruppen

Angesichts der Qualitätsmängel bei ambulanten Diagnosedaten wurde seinerzeit von IGES et al. die Verwendung von ambulanten Diagnosedaten verworfen und stattdessen die Verwendung von Arzneimittelverordnungen als Prädiktor für den ambulanten Sektor vorgeschlagen. Nun ist geplant, trotz der bekannten Mängel (die unter anderem zur Einführung des M2Q-Kriteriums führten) die ambulanten Diagnosedaten zu verwenden. Unter diesen Umständen ist die Validierung aller Diagnosedaten durch entsprechende Arzneimittelverordnungen zwingend notwendig.

Der Verordnungsgeber hat gefordert, dass im Gutachten des wissenschaftlichen Beirats für jede ausgewählte Krankheit nicht nur die zugehörigen ICD-Codes, sondern auch die Arzneimittelwirkstoffe anzugeben sind (§ 31 Abs. 2 RSAV). Diese Information war zwar im Gutachten des wissenschaftlichen Beirats nicht enthalten, sollte jedoch kurzfristig nachgereicht werden. Dies ist bis heute nicht erfolgt. Die jetzt vorgelegte Zuordnungsliste von Arzneimittelwirkstoffen zu ausgewählten Krankheiten (Anlage 3 zum BVA-Entwurf) erfüllt die Vorgabe des Verordnungsgebers nicht: Zum einen ist die Liste unvollständig, da noch nicht einmal für ein Viertel der in der Krankheitsliste benannten 290 DX-Gruppen überhaupt Arzneimittelwirkstoffe angegeben wurden. Zum anderen sind die benannten Arzneimittel vielfach zu unspezifisch und lassen daher eine direkte Zuordnung zu einzelnen Krankheiten (die laut Gesetzgeber eng abgegrenzt werden sollen!) oft nicht zu.

Besonders augenfällig wird die Lückenhaftigkeit der Arzneimittelzuordnung am Beispiel Diabetes Typ II ohne Komplikationen erkennbar. Obwohl bei dieser Diagnose Grauzonen in der Kodierung bestehen, wird gerade hier auf die Validierung durch Arzneimittelwirkstoffe verzichtet. In der Folge fehlt auch die Vorgabe einer Arzneimittel-Mindestmenge von 183 DDD. Insgesamt führt dies dazu, dass bei Diabetes Typ II ohne Komplikationen, also einer Diagnose, die vom Wissenschaftlichen Beirat des BVA mit guten Gründen von der gesonderten Berücksichtigung im morbiditätsorientierten RSA ausgeschlossen wurde, jegliche Validierung fehlt!

Nach den Erläuterungen im Entwurf wurden bei der Auswahl von Arzneimitteln in erster Linie solche Arzneimittel ausgewählt, die die Grunderkrankung therapieren sollen, während Begleitsymptome und Folgeerkrankungen bezogen auf die Arzneimittel unberücksichtigt bleiben sollen. Als Beispiel dafür nennt das BVA bei der DxG Diabetes Typ 2 mit Nierenbeteiligung, dass hier nur Antidiabetika aufgelistet werden, Arzneimittel zur Behandlung renaler Komplikationen jedoch unberücksichtigt bleiben. Damit kann jedoch trotz einem Abgleich von Diagno-

se und Arzneimittel nicht die Diagnose validiert und auch nicht die Rechtfertigung für eine Zählung in der hierarchisch höherwertigen Morbiditätsgruppe gerechtfertigt werden.

Neben diesem Beispiel finden sich in den benannten Arzneimittelwirkstoffen noch weitere problematische Punkte:

- Benennung von Arzneimitteln, die nur in Kombination mit anderen Arzneistoffen bzw. Maßnahmen zugelassen sind

Beispiel:

DxG 201: Einsatz von Calciumpräparaten bei Osteoporose

Eine Berücksichtigung kann daher nicht erfolgen, wenn nur dieser Arzneistoff verschrieben wurde bzw. es lässt sich nicht feststellen, ob weitere therapeutische Maßnahmen umgesetzt wurden.

- Benennung von Wirkstoffen, deren Anwendung nicht direkt auf das Erkrankungsbild einwirkt

Beispiel Diazoxid in DxG 98, 99, 100, 101, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 113: Diazoxid ist zugelassen gegen Hypoglykämie - es bleibt dabei fraglich, warum dieser Arzneistoff standardmäßig zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 Anwendung finden sollte.

- Benennung von Arzneimitteln, die für verschiedene Anwendungsgebiete zugelassen sind

Beispiel Acetylsalicylsäure in DxGruppen 197, 198, 356, 363, 364, 365, und 366 (Verschiedene Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Lunge und des Herzens): Dieses Arzneimittel ist nicht eindeutig mit einer Diagnose zu verknüpfen und wird auch allgemein als unspezifisches Schmerzmittel verwendet. Es ist damit zur eindeutigen Validierung einer Diagnose ungeeignet.

- Benennung von Homöopathika

Beispiel Nux Vomica bei DxG 173 / Erkrankung des Ösophagus

Homöopathika besitzen üblicherweise keine Zulassung im Sinne des AMG, sondern werden lediglich registriert. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass das beanspruchte Indikationsgebiet sich durch klinische Studien belegen lässt.

- Benennung von Antibiotika

Eine eindeutige Zuordnung eines Antibiotikums zu einer Indikation ist nicht möglich, da deren Einsatz vom Erregerspektrum abhängt und nicht von der Indikation.

Beispiel Amoxicillin in DxG 183 Osteomyelitis: Der Einsatz von Amoxicillin erfolgt bei einer Reihe an anderen Erkrankungen, z.B. bei Infektion des Hals-Nasen-Ohren-Bereiches (Otitis media, Sinusitis, Tonsillitis, Pharyngitis), der oberen und unteren Atemwege (einschließlich Pertussis), der Niere und der ableitenden Harnwege, der Geschlechtsorgane (einschließlich Gonorrhoe), der Gallenwege, des Magen-Darm-Traktes, der Haut und Weichteile.

Eine direkte Zuordnung zur beanspruchten DxG kann daher nicht hergestellt werden.

- Benennung von Analgetika

Eine eindeutige Zuordnung eines Analgetikums zu einer Indikation ist nicht möglich, da deren Einsatz vom Schmerzgeschehen abhängt und nicht von spezifischen Grunderkrankung.

Beispiel Diclofenac in DxG 197 Osteoarthritis:

Der Einsatz von Diclofenac erfolgt bei einer Reihe von Schmerzzuständen unterschiedlichster Grunderkrankungen anderen, z.B. bei akuten Arthritiden (einschließlich Gichtanfall), chronischen Arthritiden (insbesondere bei rheumatoider Arthritis /chronischer Polyarthritis, schmerzhafter Regelblutung, Tumorschmerzen).

Eine direkte Zuordnung zur beanspruchten DxG kann daher nicht hergestellt werden.

- Benennung von Phytopharmaka

Es existieren keine Fertigarzneimittel, die dem entsprechenden ATC zugeordnet werden können. Diese Phytopharmaka werden als Rezepturen verordnet und abgerechnet (unter einer SonderPZN) und sind somit weder dem Wirkstoff noch der Indikation zuordenbar.

Beispiel Schachtelhalmkraut, Birkenblätter, Wacholderbeeren, Olivenblätter in DxG 354 ff

- Benennung von ATC, zu denen es keine Fertigarzneimittel in Deutschland gibt

Beispiel Carazolol in DxG 335 (ist kein Fertigarzneimittel), Terazosin DxG 385 (in Deutschland nur zugelassen für BPH)

Da die Arzneimittel üblicherweise in Deutschland nicht erhältlich sind bzw. in Deutschland (abweichend z.B. zum amerikanischen Markt) keine Zulassung besitzen, kann eine sinnvolle Validierung ambulanter Diagnosen nicht vorgenommen werden.

- Benennung von Arzneimitteln, die auch auf andere Indikationen anwendbar sind, die nicht im Krankheitskatalog für den morbiditätsorientierten RSA stehen

Beispiele

Beta-Blocker in DxG 382 ff. (Migräneprophylaxe, Tachykardie)

Corticoide in DxG 460 Asthma (div. Indikationen)

Heparine in DxG 536 ff (Thrombose/-prophylaxe)

Erythropoetine in DxG 538, 539, 541, 542: sind auch zur Behandlung der Anämie in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung zugelassen

Solche Arzneimittel können keine sinnvolle Validierung für qualitativ fragwürdige ambulante Daten darstellen. Über Arzneimittel, die für eine völlig andere Krankheit außerhalb des RSA-Krankheitskatalogs verordnet wurden, könnten dann auch falsch gemeldete Diagnosen validiert werden und zu einem ungerechtfertigten Morbiditätszuschlag führen.

- Benennung von Arzneimitteln, die für andere Indikationen zugelassen sind (off label)

Beispiele

Anakinra in DxG 534 zugelassen für Arthrose/Arthritis, nicht nach Nierentransplantation

Natalizumab in DxG 745, 746, 747: Zulassung für Multiple Sklerose, nicht nach Transplantation

Abatacept in DxG 745, 746, 747: Zulassung für rheumatoide Arthritis, nicht nach Transplantation

Etanercept in DxG 745, 746, 747: Zulassung für rheumatoide Arthritis, nicht nach Transplantation

Infliximab in DxG 745, 746, 747: Zulassung für rheumatoide Arthritis, nicht nach Transplantation

Adalimumab in DxG 745, 746, 747: Zulassung für rheumatoide Arthritis, nicht nach Transplantation

Nitrofurantoin in DxG 465: Zulassung bei Infektionen ableitender Harnwege, nicht bei Pleuraempyem

Clopidogrel in DxG 356: Zulassung für Herzinfarkt und akutes Koronarsyndrom, aber unter DxG 356 'Erkrankung der Lungengefäße' gelistet
monoklonale Antikörper in DxG 534: bei Nierentransplantation genannt, aber für andere Indikationen zugelassen

Solche Arzneimittel dürfen nicht zur Validierung von Diagnosen herangezogen werden, für die sie nicht zugelassen sind.

Zwischenfazit aus der pharmazeutischen Bewertung:

Die benannten Arzneimittel sind vielfach nicht trennscharf und nicht ausschließlich auf die Diagnosen bezogen, zu deren Validierung sie verwendet werden. Unsichere Diagnosedaten können jedoch nicht mit nicht trennscharfen Arzneimitteln validiert werden. Da eine Validierung der ambulanten Diagnosen durch Arzneimittelwirkstoffe erforderlich ist und die Arzneimittelzuordnung auch vom Gesetzgeber gefordert wird, ist eine Konkretisierung und Einschränkung der Wirkstoffzuordnungen zu Krankheiten für die Zwecke des morbiditätsorientierten RSA notwendig. Nur spezifisch auf die einzelne Krankheit anwendbare Arzneimittel sind als Aufgreifkriterium zuzulassen.

Die Vorgabe einer Mindestmenge von Tagesdosen für Arzneimittel ist sinnvoll und auch im RSA in den Niederlanden gebräuchlich. Damit soll verhindert werden, dass nur gelegentliche Arzneimittelverordnungen oder auch schlichte Datenfehler zu einer ungerechtfertigten Morbiditätszuweisung führen. Dieser Ansatz ist auch für den RSA in Deutschland erforderlich. Der vorgelegte Entwurf ist hierfür jedoch nicht geeignet, da nur für 66 der in der Krankheitsauswahl genannten 290 DX-Gruppen überhaupt DDDs vorgegeben wurden! Es ist daher unabdingbar, lückenlos für alle DX-Gruppen, die in der Krankheitsauswahl des BVA benannt sind, Mindest-DDD vorzugeben.

d) Zuordnung von DxG zu Hierarchisierten Morbiditätsgruppen

Grundsätzlich erscheint die Hierarchisierung von Morbiditätsgruppen sinnvoll. Allerdings ist dann auch erforderlich, dass entsprechende Algorithmen zur Validierung der einzelnen Diagnoseinformationen eingesetzt werden (Beispiel siehe oben unter b) und c).

Am Beispiel einiger Hierarchien ist auch erkennbar, dass die vom BVA vorgeschlagene Hierarchisierung noch nicht ausreichend ist, um gegenüber mehrfacher Kodierung robust zu sein:

- Hierarchie 3: In der Diabetes mellitus erfolgt bei einer Vielzahl von Einzeldiagnosen (z.B. E 10.0, E 10.2, E 10.3) eine Zuordnung zu zwei HMG. Zusätzlich zu den hierarchisierten HMG 15 - 19 wird der Versicherte in die HMG 20 (Typ 1 Diabetes mellitus) eingestuft. Bei einer konkreten Aufteilung zwischen Diabetes Typ 1 mit/ohne Komplikationen sowie Diabetes Typ 2 mit/ohne Komplikationen wird das Problem der doppelten Zuordnung behoben. Gerade aufgrund hoher Fallzahlen in dieser Hierarchie ist die Vermeidung doppelter Zuordnungen zu HMG notwendig.
- Hierarchie 17: Je nach Kodierung der Symptomatik erhält ein akuter Schlaganfall eine Zuordnung zu drei HMG aus der Hierarchie 17 (HMG 96, 100, 102). In der Regel werden bei einem Schlaganfall Verschluss präzerebraler oder zerebraler Arterien mit Hirninfarkt, Hemiplegie und Hemiparese sowie Aphasie (Sprachstörungen / Sprachverständnisstörungen) kodiert. Hier schlagen wir eine Kondensation vor.

e) Anpassung der HMG

Im Entwurfsschreiben wird auf S. 9 angeführt, dass nach den Anpassungen des Klassifikationssystems an die GKV weiterhin hierarchische Inkonsistenzen verblieben sind, die kontrolliert und ggf. korrigiert wurden. Das konkrete Vorgehen des BVA und die davon betroffenen Gruppen bleiben jedoch intransparent.

f) Alters-Geschlechtsgruppen

Die Zuordnung von Neugeborenen zu einer eigenen Altersgruppe erscheint sachgerecht. Der Hinweis auf sonstige in die GKV aufgenommene Versicherte in diesem Kontext ist jedoch irreführend - Alter und Geschlecht sind für diese Personen bekannt, dafür ist die Zuordnung zu Morbiditätsgruppen problematisch. Siehe dazu die Ausführungen unter IV. b).

g) Erwerbsminderungsgruppen

Es ist nicht eindeutig formuliert, ob Versicherte, die einer Erwerbsminderungsgruppe zugeordnet sind, gleichzeitig einer der 34 Alters- und Geschlechtsgruppen ohne Erwerbsminderungsrentner zugeordnet werden. Die Formulierung auf S. 10 der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf kann so verstanden werden, als schliessen sich die beiden Kategorien aus, während S. 12 eher so zu interpretieren ist, als käme eine Erwerbsminderungsgruppe ggf. ergänzend zur Alters- und Geschlechtsgruppe dazu.

IV. Regressionsverfahren

a) Annualisierung und Gewichtung

Die Annualisierung der Ausgaben unterjähriger Versicherter und der Verzicht auf die Annualisierung der Ausgaben Verstorbener ist sachgerecht.

b) Im Berichtsjahr Neugeborene und andere in die GKV aufgenommene Versicherte

Das BVA betont, dass Kassen auch für Versicherte, die im Vorjahr nicht GKV-versichert waren, Zuweisungen erhalten. Der Vorschlag, Neugeborene abweichend vom ansonsten prospektiv ausgestalteten Klassifikationssystem zeitgleich zu behandeln, wird daher ausdrücklich unterstützt.

Hinsichtlich der Problematik der Versicherten, die aus dem Ausland kommen oder deren Krankheitsrisiko im Vorjahr über eine private Krankenversicherung abgedeckt war, ist der Vorschlag des BVA jedoch unzureichend. Das BVA sieht auch für diesen Personenkreis nur Zuweisungen nach Alter und Geschlecht vor, der Morbiditätsstatus wird jedoch nicht betrachtet. Das bedeutet, dass eine Kasse für Versicherte mit identischem Morbiditätsstatus ggf. unterschiedlich hohe Zuweisungen erhält. Kassen, die PKV-Rückkehrer versichern, werden so finanziell deutlich benachteiligt, da sie geringere Zuweisungen erhalten als andere Kassen. Diese Verzerrung muss behoben werden. Da für den betreffenden Personenkreis Morbiditätsinformationen in der Regel nicht vorliegen, könnte im Sinne eines pragmatischen und unbürokratischen Vorgehens eine Dummy-Variable für diesen Personenkreis eingeführt werden. Andernfalls blieben nur verpflichtende Morbiditätsangaben bei der Aufnahme dieses Personenkreises, was aber sowohl aus Gründen des Datenschutzes als auch aus Gründen der Verwaltungsökonomie weniger geeignet erscheint. Im Übrigen stellt sich diese Problematik auch für Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben und die aufgrund der neu eingeführten Wahltarife immer größer wird.

e) Bestimmtheitsmaß R^2

Im Entwurf wird das R^2 des angepassten Klassifikationssystems mit 19,1 % (Wert ohne HLB 5) angegeben. Dieser Wert erscheint im Vergleich zu den Ergebnissen sonstiger Studien recht hoch.

V. Ermittlung der Risikozuschläge

Das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge erscheint sachgerecht.