



BKK Gesundheit - Wächtersbacher Str. 89 - 60386 Frankfurt

BKK Gesundheit

Wächtersbacher Str. 89

60386 Frankfurt

Bundesversicherungsamt

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

z. Hd. Herrn Wittmann

Ansprechpartner: Wolfgang Hild

Tel.: 0 18 02.10 16 40 38 *

Fax: 0 18 02.10 16 90 38 *

Wolfgang.hild@bkkgesundheit.de

www.bkkgesundheit.de

*6 Cent pro Anruf aus dem deutschen Festnetz,

Mobilfunkhöchstpreis 42 Cent/Minute.

28. März 2011

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2012

Stellungnahme der BKK Gesundheit

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesversicherungsamt (BVA) zum 30. September das Versichertenklassifikationsmodell für das folgende Ausgleichsjahr fest. Mit Schreiben vom 17. Januar 2011 hat das BVA gebeten, Vorschläge mitzuteilen. Die BKK Gesundheit reicht hierzu ihre Vorschläge ein.

Vorbemerkungen

Aus den erkennbaren Defiziten des ursprünglichen RSA wurden die Zielsetzungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA) abgeleitet:

- Verringerung der Anreize zur Risikoselektion
- Bessere Versorgung Versicherter mit kostenintensiven chronischen Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf.

Der Wettbewerb um gesunde Versicherte sollte vermieden und Anreize für effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung gesetzt werden. Als Mittel der Wahl wurde eine stärkere Orientierung an der Morbidität angesehen.

Die BKK Gesundheit weist darauf hin, dass diese Zielsetzung in Verbindung mit dem gleichzeitig eingeführten Gesundheitsfonds und dem zugehörigen Instrument Zusatzbeitrag nicht erreicht wird. Die Anreize zur Risikoselektion, insbesondere bei Kassenwechslern, wurde zwar verringert, die verbliebenen möglichen Differenzbeträge zwischen den Zuweisungen für einen Versicherten und seinen tatsächlichen Ausgaben sind jedoch immer noch so hoch, dass es für eine Krankenkasse wirtschaftlich sinnvoller ist, einen Versicherten zu werben als in die Versorgung der eigenen Versicherten zu investieren.

Die BKK Gesundheit weist auf die Notwendigkeit flankierender Instrumente hin und möchte dabei insbesondere die Berücksichtigung von Hochkostenfällen und die mangelnde Zielgenauigkeit der Krankengeldzuweisungen in den Punkten 3 und 4 anführen.

1) Zuweisungen für Verwaltungskosten

Analysen im BKK System haben ergeben, dass die Nettoverwaltungskosten je Versicherten nur zu etwa 30% durch die Morbidität erklärt werden können. Daher ist dringend zu überlegen, die Morbiditätsorientierung bei den Verwaltungskosten entsprechend zu verringern.

2) Vollerhebung Satzart 700

Der Schlussausgleich 2009 hat Unterschiede zwischen den Zuweisungsanteilen von HMG, EMG und AGG zwischen der Stichprobe und der gesamten GKV offenbart. Diese Unterschiede sind nach Meinung der BKK Gesundheit auch auf den Ausschluss zahlreicher kleinerer Betriebskrankenkassen aus der Kalibrierungstichprobe zurückzuführen. Die BKK Gesundheit hat eine mathematische Analyse der Kostenhöhen in ihrem Bestand durchgeführt. Auf Basis der Ergebnisse dieser Analyse ist eine Schwankung der Ausschöpfungsquote zwischen 80% und 160% bei Kassen mit weniger als 100.000 Versicherten durchaus möglich. Es ist bekannt und akzeptiert, dass eine 100%-ige Erfassung der Ausgaben nicht möglich ist. Daher darf der Umstand einer Über- bzw. Unterdeckung in der Stichprobe nicht per se zu einem Ausschluss der Kasse führen.

In diesem Zusammenhang möchte die BKK Gesundheit noch darauf hinweisen, dass die aktuellen Bestimmungen zum Morbi-RSA eine Vollerhebung bereits ermöglichen. Die BKK Gesundheit spricht sich für eine Vollerhebung der Satzart 700 aus.

Die Nicht-Repräsentativität der Stichprobe insbesondere auch infolge von Kassenausschlüssen führt ferner dazu, dass die Zuweisungsanteile nach AGG, EMG und HMG in der Kalibrierungstichprobe nicht identisch sind mit denen in der GKV. Diese Zuweisungsanteile werden jedoch für das gesamte Abschlagsverfahren festgeschrieben. Um hier eine größere Zielgenauigkeit im Hinblick auf den Schlussausgleich zu erzielen, schlägt die BKK Gesundheit vor, diese Zuweisungsanteile aus einer Auszählung aller Krankenkassen zum Zeitpunkt der Kalibrierung zu bestimmen. Hierbei sind auch jene Krankenkassen zu berücksichtigen, die allein wegen nicht plausibler Ausschöpfungsquoten der Satzart 700 von der Berechnung der Kostengewichte ausgeschlossen wurden.

3) Verbesserte Finanzierung von Hochkostenfällen

Es ist festzustellen, dass im Morbi-RSA eher Krankheiten mit hoher Prävalenz aber durchschnittlichen Kosten als besonders teure Krankheiten den Einzug gefunden haben. Die Hochkostenfälle scheitern oftmals schon an ihrer geringen Anzahl in der Stichprobe. Daher gleicht der aktuelle Morbi-RSA nur in einigen wenigen HMG besonders teure Fälle aus. Die BKK Gesundheit begrüßt die bereits erfolgten Aufnahmen neuer HMG mit hohen Kosten und fordert, diesen Weg konsequent weiterzugehen. Das Problem der Unterdeckung der übrigen Krankheiten ist jedoch ebenso wenig gelöst wie die Deckung von besonders teuren Akutfällen, da diese in einem prospektiven Verfahren nicht mit Morbiditätszuschlägen versehen werden. Änderungen im Klassifikationsmodell können daher das Problem nur verringern.

Die BKK Gesundheit verweist darauf, dass die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA für Versicherte mit besonders hohen Leistungsausgaben nicht gegeben ist. Versicherte, deren Leistungsausgaben einen Schwellenwert von 20.000 € überschreiten, weisen dabei ein signifikant niedriges Predictive Ratio aus.

Aus modeltheoretischer Sicht betrachtet trägt der aktuelle Morbi-RSA auf Basis der WLS-Regression der Wahrscheinlichkeitsverteilung der Kostenhöhen nur bedingt Rechnung. Die WLS-Regression funktioniert gut, wenn die zu prognostizierende Variable mit einer gewissen Varianz gleichmäßig um einen Erwartungswert schwankt. Betrachtet man jedoch Kosten im Gesundheitswesen, so stellt man fest, dass der große Teil der Versicherten Kosten unterhalb

des Erwartungswertes erzeugt, während ein kleiner Teil der Versicherten mit sehr hohen Ausgaben einen überproportionalen Anteil an den Gesamtkosten hat.

Wie zahlreiche Arbeiten aus der internationalen Literatur belegen, sind Morbiditätsadjustierungsmodelle daher nur sehr eingeschränkt in der Lage, Ausgaben für teure Leistungsfälle zielgenau zu prognostizieren. Diese Prognoseprobleme gehen so weit, dass in der Regel zur Bewertung der statistischen Güte von solchen Modellen nicht auf die rohen Leistungsausgaben der Versicherten abgestellt wird, sondern diese auf einen Schwellenwert trunkiert werden. Analysen der BKK Gesundheit haben gezeigt, dass auch das im Morbi-RSA verwendete Klassifikationsmodell im erheblichen Umfang von Mängeln bei der Zielgenauigkeit der Zuweisungen von teuren Leistungsfällen betroffen ist.

Die Analysen haben ergeben, dass das R^2 der Zuweisungen für Leistungsausgaben, die über den Morbi-RSA ausgeglichen werden, durch eine Einführung eines Risikopools von 0,2557 für 2011 um ca. 20 % auf in etwa 0,3 ansteigen würde. Es ist daher unter Gesichtspunkten der Schätzgenauigkeit und damit der Zielgenauigkeit zu befürworten. Zudem werden die Leistungsausgaben verstorbener Versicherter je nach Ausgestaltung des Verfahrens über diesen Ausgleich besser abgedeckt als im bisherigen Verfahren.

Bei besonders hohen Versichertenbewegungen entstehen Verwerfungen in der solidarischen Finanzierung von teureren Leistungsfällen. Um diese stark untergedeckten Krankheitskosten zu finanzieren, sind viele leicht übergedekte Versicherte notwendig. Im Falle einer größeren Mitgliederveränderung sind es jedoch gerade die übergedekten Versicherten ohne oder mit geringem Leistungsbezug, die zwischen den Kassen wechseln. Dabei geht den abgebenden Krankenkassen die Finanzierungsbasis in großem Umfang verloren. Diesen Kassen verbleiben zum Zeitpunkt des Wechsels die Kosten der besonders teuren Fälle, es fehlt aber an ausreichenden Deckungsbeiträgen, um diese zu finanzieren. Die aufnehmenden Kassen übernehmen dagegen Versicherte, deren positive Deckungsbeiträge nicht zur Finanzierung ihrer bis dahin entstandenen Hochkostenfälle notwendig sind. Auf diese Weise werden die aufnehmenden Kassen überdurchschnittlich entlastet. Die Aufnahme von Kassenwechslern kann daher als Form von Risikoselektion angesehen werden. Um dies zu vermeiden, ist als flankierendes Instrument ein Risikopool notwendig.

Nach Schätzungen der BKK Gesundheit ist davon auszugehen, dass weniger als 14% der Leistungsausgaben über den Ausgleich im Risikopool abgedeckt werden würden. Die vom Gesetzgeber geforderte prospektive Auslegung des Morbi-RSA ist somit durch die Einführung eines Risikopools in keinem Fall gefährdet. Es wird lediglich ein Ausgleich für Kosten eingeführt, die die Kassen ohnehin nicht in ausreichender Form steuern können.

Die BKK Gesundheit spricht sich zur wesentlichen Verbesserung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA für die Wiedereinführung eines Risikopools als unterstützenden Ausgleich für Fälle oberhalb eines Volumens von 20.000 € aus.

4) Krankengeld

Die aktuellen Krankengeldzuweisungen basieren auf standardisierten Ausgaben, die nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus genormt sind. Dabei wird kein Bezug auf die tatsächlichen Ausgaben genommen. Ist die Dauer eines Krankengeldfalles sowie die Verhinderung einer Falllänge über das Ende der Entgeltfortzahlung von den Krankenkassen durch aktives Fallmanagement noch steuerbar, so können die Krankenkassen jedoch gerade auf zwei wesentliche Parameter keinen Einfluss nehmen:

- Höhe des Grundlohns: Diese ist extern determiniert, eine Versicherten mit hohem Grundlohn verursacht automatisch höhere Krankengeldausgaben je Tag als ein Versicherter mit niedrigem Grundlohn bei gleichem Krankheitsverlauf. Kassen können diesen Faktor nicht beeinflussen.
- Häufigkeit der Krankengeldfälle: Eine generelle Häufung von Diagnosen, die aufgrund von Faktoren wie etwa bestimmte Tätigkeiten, Berufsgruppen oder regionale Besonderheiten zu Krankengeldfällen führen, kann von den Krankenkassen nicht gesteuert werden.

Diese beiden Faktoren werden vom heutigen Ausgleichsmechanismus nicht aufgegriffen. Ein möglicher Weg könnte die Ersetzung der standardisierten Ausgaben durch standardisierte Krankengeldtage sein, welche wiederum mit dem spezifischen Krankengeldausgaben je Tag der Kasse multipliziert zur Zuweisung führen. Analysen der BKK Gesundheit haben ergeben, dass abgrenzbare Gruppen von Diagnosen/Krankheiten eine wesentlich höhere Häufigkeit von Krankengeldfällen aufweisen als andere Diagnosen/Krankheiten. Auf Basis dieser Häufigkeiten kann eine Krankengeld-Morbidität für die Kassen abgeleitet werden. Diese kann zusätzlich spezifische Über- bzw. Unterdeckungen bei den Krankenkassen regulieren und damit eine Risikoadjustierung hinzufügen.

Die BKK Gesundheit hat analysiert, dass eine Regression unter Berücksichtigung der Diagnosen, die mit Krankengeldfällen in Verbindung gebracht werden konnten, eine deutlich zielgenauere Zuweisung liefert als die Berechnung über rein demographische Merkmale. Die BKK Gesundheit befürwortet daher eine grundlegende Neugestaltung der Krankengeldzu-

weisung, in der die Aspekte Grundlohnbezug sowie Fallhäufigkeiten der Kassen Einzug finden.