

GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2018

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Maximilian Schwarz, Martin Blaschka, Benjamin Berndt
Die Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich –
Monitoring von Unplausibilitäten

Auszug aus:
BARMER Gesundheitswesen aktuell 2018 (Seite 92–117)

Maximilian Schwarz, Martin Blaschka, Benjamin Berndt

Die Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich – Monitoring von Unplausibilitäten

Die Diskussion um die Beeinflussung von Kodierungen zur Steigerung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds stellt einen der Hauptaspekte der seit mehreren Jahren andauernden Diskussion um eine Reform des Morbi-RSA dar. Dabei rückt auch die Frage nach der Effektivität der bestehenden Prüfmechanismen in den Blickpunkt. Diese wurden mehrheitlich dafür konzipiert, Manipulationen durch Krankenkassen im Prozess der Datensammlung, Datensatzerstellung und Datenmeldung zu unterbinden. Die Entwicklung hin zu einer Beeinflussung der Datengrundlage durch Anreizwirkungen für Leistungserbringer kann nur das Prüfverfahren nach § 273 SGB V wirksam aufgreifen. Um das Potenzial der gemäß § 273 Absatz 3 Satz 1 SGB V möglichen hinweisbezogenen Einzelprüfung zu nutzen, ist daher zu überlegen, inwieweit das Auffinden möglicher Verdachtsfälle systematisiert werden kann. Der Beitrag skizziert einen solchen systematischen Prüfvorgang zur Auffindung von Unplausibilitäten und diskutiert das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf die bestehenden Limitierungen und Perspektiven.

Aktueller Anlass und Ausgangslage

Der öffentliche Diskurs um die Kodierbeeinflussung zur Steigerung von Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich hat zuletzt die politische Debatte um die Ziele einer Reform des Risikostrukturausgleichs bestimmt. Dabei sind auch Fragen in Bezug auf die Effektivität der gesetzlich vorgesehenen RSA-Prüfverfahren in den Fokus von Politik und Krankenkassen gerückt. Die teils sehr aufwendigen Prüfungen der Datenmeldungen und Datengrundlagen des Risikostrukturausgleichs haben seit seiner Einführung im Jahr 2009 eine umfassende Neugestaltung erfahren. Dennoch stehen sie teilweise in dem Ruf, aufgrund methodischer Limitierungen kaum in der Lage zu sein, relevante Einflussnahmen auf die Daten zu unterbinden.

Zwar zeugen die Tätigkeitsberichte des Bundesversicherungsamtes aus den vergangenen sechs Jahren von regem Aufsichtshandeln. Allerdings wird bei näherer Betrachtung deutlich, dass sich die Handlungsfelder, in denen sich die Aufsichtsbehörde mit

Strategien zur Einnahmoptimierung beschäftigen muss, in relativ kurzer Zeit stark verschoben haben. Eine kurze Bestandsaufnahme mag dies veranschaulichen: So wurden im Jahr 2011 Einflussnahmen im Kontext der Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterbunden (Bundesversicherungsamt 2012: 15), im Jahr 2012 stand die fehlerhafte Meldung von Diagnosen für Kostenerstattungsfälle im Fokus (Bundesversicherungsamt 2013: 127). Übermäßige Meldungen von Arzneimittelverordnungen aufgrund eines Softwarefehlers und unzulässigen Diagnosenacherfassungen wurden im Jahr 2013 festgestellt (Bundesversicherungsamt 2014a: 105), im Jahr 2014 wurden wiederum Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Kodierberatung durch Krankenkassen gerügt (Bundesversicherungsamt 2015: 120 ff.). Auch in den Jahren 2015 und 2016 standen diese Themen weiterhin im aufsichtsrechtlichen Fokus. Hinzu kam die Überprüfung von über Selektivverträge gesetzten Kodieranreizen (Bundesversicherungsamt 2016: 86–89; 2017: 33 f.).

Erkennbar wird bei dieser Übersicht, dass sich das BVA in seiner Aufsichtstätigkeit mit einem deutlichen Trend weg von der Sanktionierung klar rechtswidriger Falschmeldung von Diagnosen konfrontiert sieht. Dem steht gleichzeitig eine Entwicklung hin zur Eindämmung indirekter Maßnahmen zur Einflussnahme auf die Datengrundlagen des RSA gegenüber, die vor allem in Form von gezielt gesetzten Anreizen in Verträgen die Erhöhung der ärztlichen Diagnosehäufigkeit zum Ziel haben. Ob letztere Strategien allerdings ein neueres Phänomen darstellen oder ob sie nicht bereits seit Einführung des Risikostrukturausgleichs existieren, ist umstritten. Klar ist jedoch, dass die politische Wahrnehmung dieses Umstandes den Handlungsdruck auf die Aufsichtsbehörden nachhaltig erhöht hat, steht doch die Akzeptanz des mittlerweile im zehnten Anwendungsjahr befindlichen Verfahrens auf dem Spiel. Nicht umsonst mahnt auch der Koalitionsvertrag eine Reform des Risikostrukturausgleichs an, die den Schutz vor Manipulation als zentrale Anforderung formuliert (Bundesregierung 2018: 100).

Die Prüfverfahren zur Datenmeldung des Risikostrukturausgleichs

Das aktuelle Verfahren des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs kennt eine Reihe von Prüf- und Kontrollmechanismen zur Sicherstellung der Richtigkeit, Angemessenheit und Plausibilität der Diagnosedaten, die für das Ausgleichsverfahren

durch die Krankenkassen gemeldet werden. In einem ersten Schritt führen GKV-Spitzenverband und Bundesversicherungsamt gemäß der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Nr. 1 und 2 SGB V Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen der gemeldeten Daten durch. Dabei werden neben der formal-technischen Richtigkeit der Datenmeldung auch die Veränderung der Datensatzanzahl für Arzneimittel und Diagnosen überprüft. Diese Prüfungen der Gesamtmengen an Datensätzen weisen jedoch keinen inhaltlichen Bezug zur krankenkassenindividuellen Versorgungssituation auf. Sie operieren mit einheitlichen, äußerst großzügigen Grenzwerten, die im Wesentlichen nur geeignet sind, Fehler in Form von technisch bedingten Datenausfällen und Übererfassungen auszuschließen. Bei Überschreitung dieser Grenzwerte erfolgt entweder eine Korrektur der Datenmeldungen durch die Krankenkasse oder eine Information über die Gründe der Grenzwertüberschreitung an das Bundesversicherungsamt.

Im Rahmen des vom Bundesversicherungsamt verwandten Datenbereinigungskonzepts werden die dem BVA übermittelten Versicherten- und Morbiditätsdaten systematisch gemäß dem regelmäßig aktualisierten Datenbereinigungskonzept überprüft (Bundesversicherungsamt 2018). Die Prüfung bezieht sich allerdings ausschließlich auf technische Unplausibilitäten und identifiziert daher nur Verstöße gegen den Definitionsrahmen der Datenfelder. Werden Fehler festgestellt, erfolgt als härteste Sanktion ein Ausschluss der betroffenen Datensätze aus dem weiteren Berechnungsverfahren für die Risikogewichte und die Zuweisungen.

Eine Prüfung der übermittelten Kosteninformationen erfolgt im Hinblick auf die Plausibilität der gemeldeten Gesamtausgaben einer Krankenkasse. Diese werden mit den in der Jahresrechnung einer Krankenkasse ausgewiesenen Leistungsausgaben verglichen und auf Einhaltung eines Ausschöpfungskorridors überprüft (Drösler et al. 2017: 57 f.). Im Falle einer zu starken Abweichung werden die gemeldeten Daten der Krankenkasse nicht in den Berechnungsprozess der Risikogewichte einbezogen, generieren aber weiterhin Zuweisungen. Diese Prüfung der gemeldeten Ausgabeinformationen bezieht sich also nur auf die Plausibilität der Gesamtsumme der Meldungen, nicht aber auf die Verteilung der Ausgaben auf einzelne Versicherte oder Versichertengruppen. Das Bundesversicherungsamt überprüft zusätzlich im Rahmen der sogenannten

Datenanhörung die Entwicklung von Fehlern und Mengen in den Datenmeldungen der Krankenkassenarten im Vergleich zueinander. Auch hier wird vor allem auf technisch-inhaltliche Konsistenz geprüft.

Seit dem Jahr 2014 wird auch eine Prüfung der Datenmeldung gemäß § 42 RSAV durch die Prüfdienste von Bund und Ländern durchgeführt (Bundesversicherungsamt 2015: 122 f.). Stichprobenhaft werden im Zwei-Jahres-Turnus die durch Krankenkassen abgegebenen Meldungen der Versichertenzeiten überprüft oder Morbiditätsdaten mit den durch die Leistungserbringer gemeldeten Diagnosen der Abrechnungsdaten verglichen. Bei Auffälligkeiten werden Überprüfungen im Rahmen einer Vor-Ort-Prüfung bei den Krankenkassen durchgeführt. Bei Überschreitung der vorher festgelegten Schwellenwerte wird im Rahmen von weiteren Prüfungen zusätzlicher Versicherter die Datenbasis so erweitert, dass eine valide Hochrechnung möglich ist. Eine weiterhin bestehende Überschreitung der Schwellenwerte führt dann zu einem Korrekturbetrag. Prüfergebnisse zum Verlauf der ersten Prüfzyklen hat das Bundesversicherungsamt bisher noch nicht veröffentlicht. Die Prüfung nach § 42 RSAV wird jedoch von verschiedener Seite im Hinblick auf das Verhältnis von Aufwand und Ertrag kritisiert.

Die Prüfung der Datenmeldung nach § 273 SGB V besteht aus einer krankenkassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung in Form eines Vergleichs der zuweisungsrelevanten Morbiditätsentwicklung der Datenmeldungen des Vorjahres mit denen des laufenden Jahres. Als auffällig identifizierte Entwicklungen werden im Rahmen einer Einzelfallprüfung näher untersucht, zusätzlich kann ein Hinweis auf einen Manipulationsverdacht zu einer solchen Prüfung führen. Seit dem Jahr 2014 werden mit sechsjähriger Verzögerung die Datenmeldungen seit Einführung des Morbi-RSA überprüft. Dabei führte sowohl die systematische Auffälligkeits- als auch die anlassbezogene Einzelfallprüfung bereits zur Sanktionierung in Form von Korrekturbeträgen (Bundesversicherungsamt 2015: 120). Abgeschlossen wurde bisher lediglich die Überprüfung der Ausgleichsjahre 2009 und 2010 (Drösler et al. 2017: 497), der zeitliche Abstand zwischen Ausgleichsjahr und Prüfungsjahr bleibt also weiterhin groß.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die bereits etablierten Prüfverfahren mehrheitlich dafür konzipiert wurden, Manipulationen durch Krankenkassen im Prozess der Datensammlung, Datensatzerstellung und Datenmeldung zu unterbinden. Insbesondere die Prüfung der Datenmeldung nach § 42 RSAV zielt mit erheblichem Aufwand in Form der Prüfung von hunderten Fällen darauf ab, Falschmeldungen nicht von den Leistungserbringern erhobener oder zu Unrecht veränderter Diagnosen aufzudecken. Damit erfüllen sie die Erwartungen an die Eindämmung möglicher Manipulationsquellen, die vor Einführung des Morbi-RSA als potenziell gewinnbringend identifiziert wurden und zu deren Eindämmung gesetzliche Maßnahmen notwendig schienen (Reschke, Lauterbach & Wasem 2005: 40–43). Der Entwicklung hin zu einer Beeinflussung der Datengrundlage durch Anreizwirkungen für Leistungserbringer werden Prüfverfahren, die technisch-formale Richtigkeit von Prozessen, Meldewegen und Datenformaten prüfen, allerdings kaum entgegenwirken. Eine effektive Bekämpfung und zumindest nachträgliche Sanktionierung von Kodieranreizen ist aber auch für einen inhaltlich weiterentwickelten Morbi-RSA, wie ihn der Wissenschaftliche Beirat im Rahmen seines Sondergutachtens skizziert, von grundlegender Bedeutung (Drösler et al. 2017: 489, 497 ff.).

Das beste Instrument zur Aufdeckung solcher rechtswidriger Einflussnahmen stellt aktuell die Prüfung nach § 273 SGB V dar. Nicht umsonst hat der Gesetzgeber, auch auf Wunsch des Bundesversicherungsamtes, im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) neben dem Verbot der zusätzlichen Vergütung für Diagnosen in Gesamt- und Selektivverträgen und dem Verbot der nachträglichen Übermittlung von Diagnosen im Rahmen von Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen auch die Reichweite der Prüfung nach § 273 SGB V intensiviert. In Zukunft sollen auch differenziertere Betrachtungen der Morbiditätsentwicklung auf regionaler Ebene möglich sein. Für die Betrachtung der als höchst manipulationsgefährdet angesehenen Datenmeldungen der Jahre 2013 bis 2015 wäre allerdings ein Rückgriff auf ältere Regionalinformationen notwendig (Drösler et al. 2017: 497), der aktuell rechtlich nicht möglich ist.

Um das Potenzial der gemäß § 273 SGB V möglichen hinweisbezogenen Einzelprüfung zu nutzen, ist daher zu überlegen, inwieweit das Auffinden möglicher Verdachtsfälle systematisiert werden kann. Im Folgenden soll daher ein solcher systematischer Prüfungsvorgang skizziert und im Hinblick auf seine Limitierungen und Perspektiven diskutiert werden.

Vorüberlegungen für eine systematische Herleitung eines Anfangsverdachts

Für die Untersuchung sowie Prüfung der systemischen Entwicklungen der Krankenkassen werden zunächst für alle Krankenkassen erhobene, systematisch vorliegende Informationen benötigt, die über kongruente Vergleichszeiträume vorliegen. Zudem werden Datenquellen benötigt, die aufgrund ihres Informationsgehalts Rückschlüsse auf die strukturellen Veränderungen in den Krankenkassen erlauben – und das auf Ebene der Versichertenentwicklungen, Morbidität sowie Einnahmen und Ausgaben. Eine weitere Anforderung ist das Vorliegen dieser Daten auf Einzelkassen-Ebene. Amtliche Statistiken wie die Mitglieder- und Versichertenstatistik des BMG (KM1/13) sowie die Rechnungsergebnisse (KV45) werden jedoch nur auf Krankenkassenarten-Ebene veröffentlicht. Rückschlüsse auf die strukturellen und finanziellen Entwicklungen von spezifischen Einzelkrankenkassen oder gar die Identifizierung von Auffälligkeiten wären mit dieser Datengrundlage daher nicht umsetzbar.

Datenquellen, die die genannten Anforderungen erfüllen und damit für die Identifizierung von Unplausibilitäten in der GKV geeignet sind, liegen in den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen nach § 305b SGB V (Bundesanzeiger) vor. Gemäß den gesetzlichen Regularien veröffentlichen alle gesetzlichen Krankenkassen zum 30. November eines Jahres ihre offiziellen Rechnungsergebnisse des Vorjahres. Die enthaltenen Informationen umfassen Mitglieder- und Versichertenzahlen, Einnahmen, Ausgaben und Vermögen. Die finanzrelevanten Sektoren enthalten zudem detaillierte Aufschlüsselungen in die verschiedenen Einnahmen- und Ausgabenbereiche, beispielsweise Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag oder spezifische Leistungsausgaben.

Als eine vom Zuweisungsverfahren und dessen Datengrundlage unabhängige Informationsquelle über die morbiditätsbedingte Inanspruchnahme bei einer Krankenkasse werden außerdem die Arzneimittelabrechnungsdaten der GKV genutzt. Diese Verordnungsinformationen umfassen nicht nur wirkstoffbezogene Abgabemengen und -preise, sondern lassen aufgrund ihrer Regionalsignatur (Verordner, Ort der Verordnung) Rückschlüsse auf die regionalen Versichertenstrukturen inklusive Altersverteilung zu. Dank einer Zuordnung der Apothekenabgaben zu einer Krankenkasse liegen auch diese Daten auf Einzelkrankenkassen-Ebene vor und können daher für die Identifizierung von Auffälligkeiten herangezogen werden. Das WIG2 Institut wertet diese Informationen unter anderem im Rahmen der GKV.Wettbewerbsstudie 2018 mit Blick auf regionale Markt- und Altersgruppenanteile der Krankenkasse aus, wohingegen die 4K ANALYTICS GmbH die rezeptpflichtigen Arzneimittelabgaben im GKV.Arzneimittelradar je Krankenkasse vergleicht.

Auf Grundlage dieser Datenbasis kann nun untersucht werden, welche Trends sich in der Zuweisungsentwicklung von Einzelkrankenkassen abzeichnen, inwiefern diese mit krankenkassenspezifischen, strukturellen Entwicklungen im Versichertenbestand und bei der Leistungsanspruchnahme erklärt werden können und welche Entwicklungen auf eine etwaige Unplausibilität schließen lassen. Hierbei ist es essenziell, dass keine simple Einnahmen-Ausgaben-Gegenüberstellung als Instrument genutzt wird, indem beispielsweise nur die Krankenkassen-Rechnungsergebnisse verwendet werden. Effekte durch gutes Vertragsmanagement, Fusionen oder Versorgungsmaßnahmen könnten hierbei ebenfalls – fälschlicherweise – zu Auffälligkeiten führen. Ein tatsächlich begründeter Anfangsverdacht lässt sich indes anhand verschiedener Indikatoren identifizieren:

a) Unplausibilität von Versicherten- und Risikofaktorentwicklung

Ein Indikator für eine Unplausibilität in der Entwicklung einer Krankenkasse ist der Zusammenhang zwischen Versichertenfluktuation und Risikofaktor in der GKV. Aufgrund der höheren Preissensitivität jüngerer Versicherter gepaart mit einer durchschnittlich geringeren Morbidität kann davon ausgegangen werden, dass

Wachstumskrankenkassen einen sinkenden Risikofaktor und Verlustkrankenkassen einen steigenden Risikofaktor aufweisen. Unter Berücksichtigung eventueller Besonderheiten – beispielsweise unnatürliches Wachstum infolge einer Fusion – könnten somit Auffälligkeiten in der morbiditätsbedingten Kodierung durch die Krankenkassen anhand atypischer Entwicklungen identifiziert werden.

b) Unplausibilität von Diagnosekodierung und Leistungsanspruchnahme

Grundsätzlich lässt sich eine Auffälligkeit durch den Abgleich von Diagnosekodierungen mit der Leistungsanspruchnahme aufschlüsseln. Die Entwicklung von Diagnosekodierungen kann auf Einzelkrankenkassen-Ebene zwar aufgrund fehlender öffentlicher Daten nicht direkt betrachtet werden, sie wird aber mittelbar in Form des Risikofaktors abgebildet, der sich an den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Vergleich zum GKV-Durchschnitt ausrichtet. Der Risikofaktor (RF) sagt daher zunächst aus, ob eine Krankenkasse durchschnittlich geringere ($RF < 1$) oder höhere Zuweisungen je Versicherten ($RF > 1$) im Vergleich zur GKV ($RF = 1$) erhält. Diese Werte liefern also eine Aussage darüber, welche Morbiditäten in Form von Diagnosen von der betroffenen Krankenkasse zur Bestimmung der Zuweisungen gemeldet wurden. Inwieweit diese Morbiditätsmeldungen indes mit der Leistungsanspruchnahme korrespondieren, lässt sich anhand von Verordnungsinformationen identifizieren. Entwickelt sich die über Verordnungsinformationen bestimmbare reale Leistungsanspruchnahme bei einer bestimmten Krankenkasse konträr zur Entwicklung des Risikofaktors, liegt eine Unplausibilität vor, die den Verdacht auf Ungereimtheiten in der Datenmeldung begründet. Ein solcher Verdacht könnte eine hinweisbezogene Einzelprüfung durch das BVA gemäß § 273 Absatz 3 SGB V nach sich ziehen.

Vorstellung eines systematischen Monitorings zur Aufdeckung von Unplausibilitäten

Die geschilderten Vorüberlegungen und Ansatzpunkte für Unplausibilitäten werden nun weiterführend im Rahmen eines standardisierten Monitorings aufgezeigt, das der nachfolgenden Systematik entspricht.

Abbildung 1: Übersicht über den Verlauf eines systematischen Monitorings zur Plausibilität der Risikofaktorentwicklung bei Wachstumskrankenkassen



Quelle: eigene Darstellung

Bei gesetzlichen Krankenkassen bestehen aufgrund der aktuellen Ausgestaltungen von Preis- und Qualitätswettbewerb sowie des Finanzausgleichssystems Morbi-RSA umfangreiche Zusammenhänge zwischen der Versichertenstruktur und der Wirtschaftlichkeit. Dies kann anhand verschiedener Kennzahlen nachgewiesen werden.

Hypothese 1: Wachstumskrankenkassen weisen eine sinkende Morbidität auf

Grundlegender Ausgangspunkt für die Entwicklung einer Krankenkasse ist zunächst der Zugewinn respektive der Verlust von Versicherten. Gründe für einen Krankenkassenwechsel können dabei verschiedener Natur sein. Eine Zusatzbeitragsanpassung und eine so induzierte Preisdifferenz zur Konkurrenz, Bonusprogramme, angebotene Leistungen, Servicequalität und ganz persönliche Erfahrungen sind nur einige der Ursachen, die einen Versicherten zu einem Wechsel der Krankenkasse bewegen können. Ein häufig beobachtetes und im gesundheitspolitischen Diskurs verankertes Phänomen ist dabei der Einfluss von Versichertenbewegungen auf die Morbidität einer Krankenkasse. Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass Krankenkassenwechsler eine unterdurchschnittliche Morbidität und Leistungsanspruchnahme aufweisen (Drösler et al. 2017: 132 f.). Daher liegt es nahe anzunehmen, dass, Versichertenwachstum zu einer Absenkung des krankenkassen-individuellen Risikofaktors führt.

Die zugehörige Hypothese 1 besagt, dass Wachstumskrankenkassen eine durchschnittlich sinkende Morbidität in ihrer Versichertenklientel verzeichnen, während Verlustkrankenkassen eine durchschnittlich höhere Morbidität konstatieren.

Diese Hypothese liegt nicht zuletzt im Durchschnittsalter und Risikoprofil von Krankenkassenwechslern begründet. Zunächst reagieren junge Versicherte eher preissensitiv auf aktuelle Entwicklungen des Zusatzbeitragssatzes. So bewerten 4,7 Prozent der befragten 15- bis 30-Jährigen den Beitragssatz/Preis als wichtigstes Merkmal bei der Wahl einer Krankenkasse, wobei dies nur auf 3,4 Prozent aller Versicherten zutrifft (Zok 2016). Auch unabhängig vom Merkmal Preis nimmt die Wechselbereitschaft der Versicherten laut Zok (2016) mit dem Alter deutlich ab: „Bei den Jüngeren ist der Anteil derjenigen, die aktuell über einen Krankenkassenwechsel nachdenken, deutlich höher als bei den Älteren“ (Zok 2016: 7). In Zahlen bedeutet dies, dass 15 Prozent der unter 30-Jährigen, aber nur 3,3 Prozent der über 60-Jährigen im Jahr 2015 über einen Krankenkassenwechsel nachdachten. Ebenso weisen empirische Auswertungen des Bundesversicherungsamts (BVA) auf diesen Zusammenhang zwischen Alter und Wechselbereitschaft hin (Bundesversicherungsamt 2014b).

Demnach ist insbesondere in jungen, aber bereits beitragszahlenden Altersgruppen zwischen 25 und 34 Jahren der Anteil der Krankenkassenwechsler an allen Versicherten besonders hoch. Mit steigendem Alter nimmt der Wechsleranteil im Einklang mit den von Zok (2016) identifizierten Wechselbereitschaften dann stetig ab. Es kann folglich angenommen werden, dass jüngere Versicherte tatsächlich wechselwilliger sind als ältere Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen. Die vermeintliche hohe Wechselbereitschaft bei Kindern ist deren Status als mitversicherte Familienangehörige geschuldet, die bei einem Krankenkassenwechsel des Elternteils automatisch mitwechseln. Infolgedessen kann davon ausgegangen werden, dass Wachstumskrankenkassen vor allem junge Versicherte gewinnen und Verlustkrankenkassen eben diese Klientel verlieren:

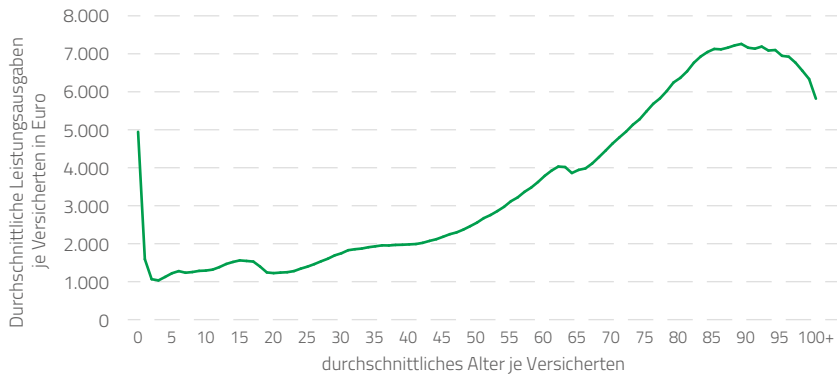
Wachstumskrankenkassen = sinkendes Durchschnittsalter der Versichertenklientel
Verlustkrankenkassen = steigendes Durchschnittsalter der Versichertenklientel

In einem nächsten Schritt wird darauf aufbauend untersucht, inwiefern eine Veränderung der Morbidität einer Krankenkasse durch eine Änderung im Durchschnittsalter herbeigeführt wird. Als geeigneter Indikator fungieren hierbei die durchschnittlichen Leistungsausgaben nach durchschnittlichem Alter. Die durchschnittlichen Ausgaben eines Wechslers mit durchschnittlichem Alter würden demnach – basierend auf den Ausgabenprofilen der GKV – zwischen 1.777 Euro und 1.804 Euro pro Jahr liegen. Versicherte mit einem höheren Durchschnittsalter von 50 Jahren würden hingegen bereits durchschnittlich 2.527 Euro zur Deckung der benötigten Leistungen durch die Krankenkasse beanspruchen (Abbildung 2). In einem weiteren Schritt wird also davon ausgegangen, dass folgender Zusammenhang gilt:

Wachstumskrankenkassen = sinkende Morbidität
(ausgedrückt durch den Risikofaktor)

Verlustkrankenkassen = steigende Morbidität (ausgedrückt durch den Risikofaktor)

Abbildung 2: Durchschnittliche Leistungsausgaben je Versicherten pro Jahr nach Alter

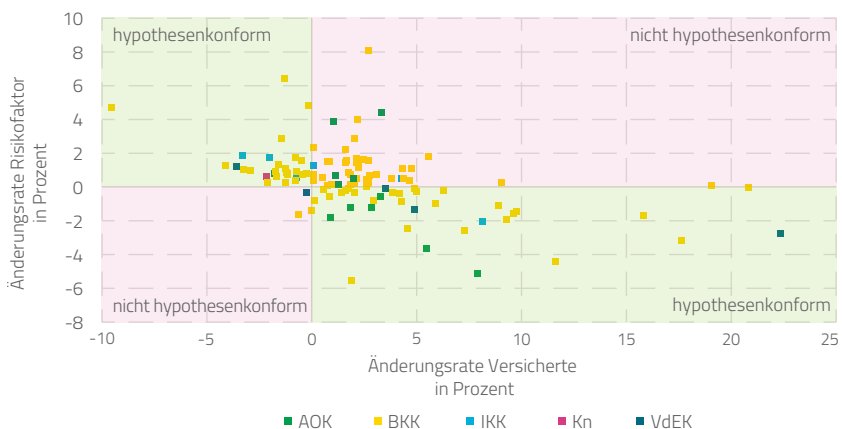


Quelle: eigene Darstellung nach Bundesversicherungsamt 2016

Bei einer Analyse auf Basis der Rechnungsergebnisse der Krankenkassen nach § 305b SGB V zeigt sich, dass sich die Hypothese sinkender Morbidität bei steigender Versichertenzahl und umgekehrt für die Mehrzahl der Einzelkrankenkassen bestätigt (62 von 113 Krankenkassen; Abbildung 3). Hierbei wurde der Risikofaktor als Kennzahl für die Morbidität herangezogen. Der Hypothese 1 folgend müssten Wachstumskrankenkassen demnach eine negative Veränderung des Risikofaktors verzeichnen, Verlustkrankenkassen hingegen eine positive Veränderung. Gewichtet nach Versichertenzahl bestätigt sich diese Annahme bei der Betrachtung der Krankenkassenebene: Im Jahr 2016 verzeichneten Wachstumskrankenkassen (+ 0,28 Prozent durchschnittlicher Versichertenzugewinn) sinkende Risikofaktoren (- 0,25 Prozent durchschnittliche Änderungsrate) und Verlustkrankenkassen (- 0,20 Prozent durchschnittlicher Versichertenverlust) steigende Risikofaktoren (+ 1,13 Prozent durchschnittliche Änderungsrate).

Auf Einzelkrankenkassenebene bildet die Metzinger BKK ein geeignetes Beispiel zur Betrachtung dieses Effekts. Dank eines Zusatzbeitragssatzes von 0 Prozent wuchs die Metzinger BKK vom Jahr 2015 zum Jahr 2016 durchschnittlich um 11,36 Prozent. Dank dieses hohen relativen Wachstums konnte sie infolgedessen auch ihren Risikofaktor deutlich senken: um 9,90 Prozent.

Abbildung 3: Änderungsrate (ÄR) Anzahl Versicherte gegenüber Änderungsrate (ÄR) Risikofaktor zwischen den Jahren 2015 und 2016



Quelle: Rechnungsergebnisse der Krankenkassen nach § 305b SGB V, ausgewertet im WIG2 Institut, GKV.Finanzbenchmark

Insgesamt entwickeln sich 62 der 113 Krankenkassen zum Jahr 2016 konform mit der Hypothese 1, wobei dieser Cluster sogar 61,53 Prozent der Versicherten in Deutschland abdeckt. Dennoch impliziert diese Darstellung bereits, dass es Ausnahmen gibt. Insgesamt 51 Krankenkassen verhalten sich bei Betrachtung von Hypothese 1 nicht hypothesenkonform. Sie verzeichnen also entweder steigende Risikofaktoren bei Versichertenwachstum oder sinkende Risikofaktoren bei Versichertenverlust. Dabei ist auffällig, dass 49 der 51 Krankenkassen mit nicht konformen Entwicklungen in Bezug auf Hypothese 1 bei Versichertenzugewinn einen ebenfalls steigenden Risikofaktor aufweisen. Nur zwei Krankenkassen verzeichneten im Betrachtungszeitraum von 2015 zu 2016 bei Versichertenverlust einen ebenfalls sinkenden Risikofaktor.

Alle Krankenkassen mit nicht konformen Entwicklungen unter Generalverdacht zu stellen und detaillierte Einzelfallprüfungen zu initiieren wäre jedoch nicht sachgemäß. Nicht konformen Entwicklungen können vielfältige Ursachen zugrunde liegen. Um diese auszuschließen und einen Anfangsverdacht zu verifizieren, können vielfältige standardisierbare Auswertungen durchgeführt werden, die im Folgenden näher dargestellt werden.

Hypothese 2: Steigende Risikofaktoren als Folge eines anorganischen Wachstums

Eine mögliche Ursache solcher atypischer, nicht hypothesenkonformer Entwicklungen stellen anorganische Wachstumsprozesse dar. Dazu zählen Versicherten aufnehmen infolge von Krankenkassenschließungen und insbesondere Fusionen, bei denen die Versichertenklientel einer Krankenkasse in eine andere Krankenkasse integriert wird.

Hypothese 2: Der Risikofaktor einer Wachstumskrankenkasse steigt oder stagniert, wenn das Wachstum auf einen atypischen Effekt infolge einer Fusion oder einer Krankenkassenschließung zurückzuführen ist.

Als Beispiel für diese Entwicklung kann die Fusion der BARMER GEK und der Deutschen BKK herangezogen werden, die zum 1. Januar 2017 offiziell vollzogen wurde. Während die BARMER GEK mit einem Risikofaktor von 1,039 bereits eine überdurchschnittliche Morbidität vorwies, herrschte in der Versichertenklientel der Deutschen BKK mit 1,077 ein noch höherer Risikofaktor vor. Die resultierte Fusionskrankenkasse BARMER wies daher anschließend ebenfalls einen höheren Risikofaktor von 1,044 auf. Die BARMER verzeichnete folglich bei einem Versichertenwachstum von ad hoc 13,02 Prozent einen Anstieg des Risikofaktors um 0,48 Prozent (Tabelle 1). Diese Entwicklung beruht allein auf der vollzogenen Fusion und nicht auf „natürlichen“ Fluktuationsprozessen in der GKV. Zu beachten ist hierbei, dass derartige Effekte häufig nur über einen begrenzten Zeitraum auftreten, in denen auch der auslösende Effekt – beispielsweise eine Fusion – zu verorten ist. Alle Krankenkassen, bei denen kein entsprechender atypischer Versichertenzugang stattgefunden hat, würden im Folgenden weiter untersucht.

Tabelle 1: Effekte der Fusion zwischen BARMER und Deutsche BKK auf den Risikofaktor der Fusionskrankenkasse auf Datenbasis 2016

Krankenkasse	Versichertenzahl	Risikofaktor
BARMER GEK	8.422.954	1,039
Deutsche BKK	1.096.993	1,077
BARMER (Fusionskrankenkasse)	9.519.947	1,044

Quelle: Rechnungsergebnisse der Krankenkassen nach § 305b SGB V, ausgewertet im WIG2 Institut, GKV.Finanzbenchmark

Hypothese 3: Steigende Risikofaktoren bei Wachstumskrankenkassen aufgrund einer niedrigen Ausgangsbasis

Als weitere Erklärung für atypische Entwicklungen kann angeführt werden, dass Krankenkassen mit einem niedrigen durchschnittlichen Risikofaktor diesen auch durch weiteren Versicherungszugewinn nicht senken können. Insbesondere Krankenkassen, die bereits seit einigen Jahren Wachstumseffekte zeigen, konnten tendenziell bereits viele Versicherte mit geringer Morbidität gewinnen, sodass eine weitere Reduzierung des durchschnittlichen Risikofaktors aufgrund eines ohnehin schon sehr gesunden Versichertenbestandes nicht mehr möglich ist.

Die Hypothese 3 besagt im Einklang mit diesen Annahmen, dass ein stagnierender oder steigender Risikofaktor bei gleichzeitigem Versicherungszugewinn im Falle eines bereits zum Ausgangszeitpunkt niedrigen Risikofaktors bei der betroffenen Krankenkasse möglich ist. Um diese Hypothese zu prüfen, wurden die Gesetzlichen Krankenkassen in insgesamt vier Cluster eingeteilt: (1) Krankenkassen mit Versichertenwachstum und steigendem Risikofaktor, (2) Krankenkassen mit Versichertenwachstum und sinkendem Risikofaktor, (3) Krankenkassen mit Versichertenverlust und steigendem Risikofaktor und (4) Krankenkassen mit Versichertenverlust und sinkendem Risikofaktor. Auf Basis dieser Cluster und im Vergleich zum GKV-Risikofaktor von 1 wurden anschließend für das Jahr 2015 die anhand der Versicherungszahlen gewichteten Risikofaktoren ermittelt.

Wie in den Tabellen 2 und 3 dargestellt, verfügen die insgesamt 49 Krankenkassen, die von 2015 bis 2016 gewachsen sind und einen im gleichen Zeitraum angestiegenen Risikofaktor aufwiesen, über einen deutlich unterdurchschnittlichen Risikofaktor unter 1 (Durchschnitt 0,908) im Vergleich zu Krankenkassen der anderen Entwicklungsszenarien und im Vergleich zum GKV-Wert von 1. Zumindest für die acht Krankenkassen, die dabei ohnehin bereits im Jahr 2015 einen überdurchschnittlichen Risikofaktor aufwiesen, kann prima facie davon ausgegangen werden, dass der beschriebene Sättigungseffekt durch einen bereits sehr gesunden Versichertenbestand nicht vorliegt. Diese Krankenkassen würden im weiteren Prüfverfahren wiederum näher untersucht.

Tabelle 2: Gewichteter Mittelwert des Risikofaktors bei betroffenen Krankenkassen verschiedener Szenarien im Jahr 2015

Versichertenwachstum und steigender RF	Versichertenwachstum und sinkender RF	GKV	Versichertenverlust und steigender RF	Versichertenverlust und sinkender RF
0,908	1,057	1	1,052	0,991

Quelle: Rechnungsergebnisse der Krankenkassen nach § 305b SGB V, ausgewertet im WIG2 Institut, GKV.Finanzbenchmark

Tabelle 3: Anzahl an gesetzlichen Krankenkassen nach Risikofaktor in verschiedenen Szenarien im Jahr 2015

GKV	Versichertenwachstum und steigender RF	Versichertenwachstum und sinkender RF	GKV	Versichertenverlust und steigender RF	Versichertenverlust und sinkender RF
RF ≤ 1	41	26	84	8	1
RF > 1	8	9	29	11	1

Quelle: Rechnungsergebnisse der Krankenkassen nach § 305b SGB V, ausgewertet im WIG2 Institut, GKV.Finanzbenchmark

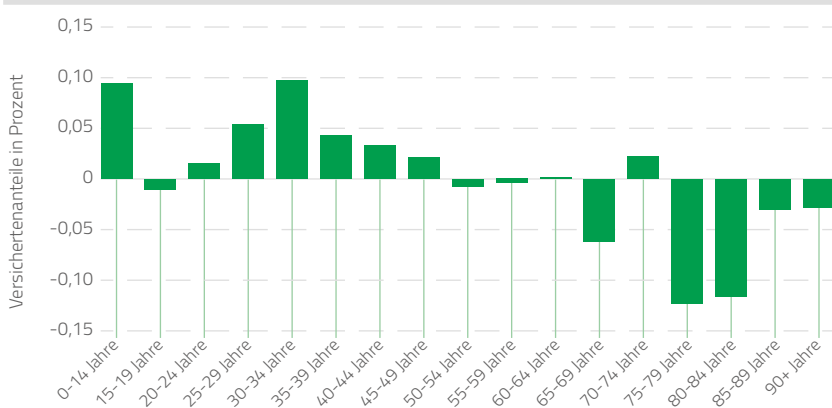
Hypothese 4: Steigende Risikofaktoren bei Versichertenwachstum aufgrund atypischer Versichertenzugänge

Eine Prüfung der in den Hypothesen 1 bis 3 dargestellten Sachverhalte wird auf Krankenkassenebene durchgeführt. Eine Risikofaktorsteigerung trotz Versichertenwachstum kann jedoch auch weitere Ursachen haben, die nicht auf der Krankenkassenebene verifiziert werden können. Aus diesem Grund sollte nun analysiert und detailliert ausgewertet werden, wie sich der Versichertenbestand und die Inanspruchnahme von Arzneimitteln durch die Versicherten entwickelt. Als Quelle für die Versichertenbestandsentwicklung dient dabei die GKV.Wettbewerbsstudie des WIG2 Instituts. Für die Analyse der Arzneimittelanspruchnahme wird der GKV.Arzneimittelradar herangezogen, der mit dem Technologiepartner 4K ANALYTICS umgesetzt wurde und der die Entwicklung von Verwaltungsdaten auf Einzelkassenebene transparent macht. In einem ersten Schritt sollte die Versichertenverteilung nach Altersgruppen für auffällige Krankenkassen analysiert werden.

Hypothese 4: Wenn der Risikofaktor trotz Versichertenwachstums stagniert oder steigt, ist die Krankenkasse insbesondere in älteren Versichertengruppen gewachsen. Wie bereits zuvor dargestellt, muss davon ausgegangen werden, dass insbesondere jüngere Versicherte mit niedrigen Zuweisungen beziehungsweise Leistungsausgaben je Versicherten die Krankenkasse wechseln. Ein Jahresvergleich der Altersgruppenentwicklung ermöglicht eine Verifizierung dieser Hypothese auf Einzelkrankenkassenebene. Beispielhaft wird hierfür die Altersgruppenentwicklung für Wachstumskrankenkassen in den Jahren 2015 und 2016 herangezogen.

Betrachtet wird hierfür die Entwicklung der Altersgruppenanteile in den Jahren 2015 und 2016 für die Wachstumskrankenkassen im Vergleich zur GKV. In der Altersgruppe 35 bis unter 40 Jahren ist der Anteil an Versicherten beispielsweise von 6,11 auf 6,33 Prozent gestiegen (+ 0,22 Prozent), während GKV-weit der Versichertenanteil nur von 6,02 auf 6,20 Prozent gestiegen ist (+ 0,18 Prozent).

Abbildung 4: Entwicklung der Versichertenanteile für die Wachstumskassen von 2015 zu 2016 je Altersgruppe im Vergleich zur GKV-Entwicklung



Quelle: WIG2 Institut: GKV-Wettbewerbsstudie 2018

Eine vergleichbare Analyse könnte nun für im Rahmen des vorherigen Vorgehens als auffällig identifizierte Einzelkrankenkassen durchgeführt werden: Weist also eine

Krankenkasse im Jahresvergleich eine überdurchschnittliche Zunahme von Versichertenanteilen in Versichertengruppen auf, die älter als das Durchschnittsalter der Krankenkasse sind, so ist trotz Versichertenwachstums von einer Erhöhung des Risikofaktors auszugehen, was die atypische Entwicklung der Krankenkasse erklären könnte. Ein solcher Fall würde in dem skizzierten standardisierten Monitoring zum Abbruch des Prüfverfahrens führen.

Hypothese 5: Steigender Risikofaktor bei Wachstumskrankenkassen aufgrund steigender Leistungsanspruchnahme

Für Krankenkassen, die trotz überdurchschnittlichem Wachstum insbesondere in jüngeren Altersgruppen und somit sinkendem Durchschnittsalter eine Steigerung des Risikofaktors aufweisen, sollten hingegen weiteren Auswertungen unter Berücksichtigung einer Entwicklung der Leistungsanspruchnahme ihrer Versicherten erfolgen, um den Anfangsverdacht einer auffälligen Zuweisungsentwicklung zu verifizieren.

Hypothese 5: Wenn der Risikofaktor trotz Versichertenwachstums stagniert oder steigt, weist die Krankenkasse eine konstante beziehungsweise steigende Gesamtleistungsanspruchnahme auf.

Eine vollumfängliche Betrachtung der Gesamtleistungsanspruchnahme der Versicherten einer Krankenkasse ist eine weitere Option zur Verifizierung eines Anfangsverdachts, um atypische Entwicklungen im Rahmen eines standardisierten Verfahrens zu untersuchen, ohne in eine ressourcenintensive Einzelfallprüfung einsteigen zu müssen. Da für eine vollumfängliche Betrachtung der Gesamtleistungsanspruchnahme keine öffentliche Datengrundlage vorliegt und die Veröffentlichungen der Datenmeldungsentwicklungen durch das Bundesversicherungsamt auf die Aggregationsebene Krankenkassenart beschränkt sind, muss eine alternative Datenquelle zur Einschätzung der Entwicklung der Leistungsanspruchnahme herangezogen werden. Im Folgenden werden dafür die Verwaltungsdaten der Krankenkassen verwendet.

Sowohl auf Ebene der Krankenkasse als auch auf Altersgruppen- oder Arzneimittelgruppenebene kann die Entwicklung der Leistungsanspruchnahme anhand der

Entwicklung der Tagesdosen ausgewertet werden. Eine Steigerung der Morbidität und somit des Risikofaktors sollte grundsätzlich auch mit einer im Vergleich zur GKV zunehmenden Leistungsanspruchnahme von Arzneimitteln des Versichertenbestandes einhergehen.

Die Auswertung der Arzneimittelanspruchnahme kann in verschiedenen Detailgraden mit zunehmender Komplexität durchgeführt werden. Im Folgenden wird ein zweistufiges Verfahren zur Bewertung der Plausibilität der Inanspruchnahme-Entwicklung vorgestellt. Dieses Verfahren konzentriert sich zur Veranschaulichung des Vorgehens weiterhin nur auf die Entwicklung von Wachstumskrankenkassen im Vergleich zur GKV. Zur Identifikation von auffälligen Zuweisungsentwicklungen würde die Entwicklung der Leistungsanspruchnahme für die Krankenkassen analysiert werden, die eine atypische Risikofaktorentwicklung in Bezug auf ihre Bestandsveränderung aufweisen und für die in den vorherigen Prüfschritten keine Erklärungen für diese atypischen Entwicklungen aufgezeigt werden konnten. Aufgrund der prospektiven Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist allerdings die Leistungsanspruchnahme aus dem Jahr 2015 verantwortlich für den Risikofaktor im Ausgleichsjahr 2016. Zur Plausibilisierung der Risikofaktorentwicklung muss also die Entwicklung der Arzneimittelanspruchnahme von 2014 zu 2015 analysiert werden.

Schritt 1: Entwicklung der Tagesdosen je Versicherten auf Krankenkassenebene

Tabelle 4: Entwicklung der DDD je Versicherten von 2014 bis 2015

Betrachtungsgruppe	Entwicklung der DDD je Versicherten 2014 bis 2015
GKV	- 2,81 %
Wachstumskrankenkassen	- 2,92 %

Quelle: 4K ANALYTICS: GKV.Arzneimittelradar; GKV-Spitzenverband (2018): GAmSi-Statistiken 2014 und 2015

Die Gegenüberstellung der Entwicklung der durchschnittlichen Tagesdosen je Versicherten (DDD je Versicherten) der Wachstumskrankenkassen im Vergleich zur GKV zeigt, dass die durchschnittliche Arzneimittelanspruchnahme sowohl in der GKV von 2014 bis 2015

als auch bei den Wachstumskrankenkassen zurückgegangen ist, wobei die Reduktion der Wachstumskrankenkassen höher ausfällt (Tabelle 4). Infolgedessen ist von einer reduzierten Morbidität und somit auch von einem reduzierten Risikofaktor der Krankenkassen auszugehen. Für all die Krankenkassen, die trotz Versichertenwachstum einen stagnierenden/steigenden Risikofaktor aufweisen (atypische Entwicklung), für die aber keine steigende oder zumindest konstante um die Entwicklung der GKV bereinigte Arzneimittel-inanspruchnahme beobachtet werden kann, sollte der zweite Schritt der Arzneimittel-analyse durchgeführt werden, um weitere potenzielle Erklärungen zu analysieren.

Schritt 2: Entwicklung der Tagesdosen je Versicherten auf Arzneimittelgruppenebene

Auch bei einer sinkenden Entwicklung der Tagesdosen kann eine Stagnation oder eine Steigerung des Risikofaktors begründet sein, beispielsweise wenn eine Verschiebung in der Struktur der Leistungsanspruchnahme hin zu zuweisungsintensiven Erkrankungen erfolgt. Um Rückschlüsse von der Arzneimittelanspruchnahme auf die Entwicklung der Zuweisungen ziehen zu können, müssen Arzneimittel beziehungsweise Wirkstoffe einzelnen Indikationen zugeordnet werden. Grundlage hierfür können die aus den Niederlanden stammenden Pharmacy-based Cost Groups (PCGs) bilden. Das ursprünglich von Lamers und Vliet entwickelte Modell bündelt die Arzneimittel für 13 von 22 chronischen Krankheiten. Für die beispielhafte Darstellung eines Prüfvorgehens wurde es um weitere Gruppen ergänzt und wird im Folgenden angewandt, um die Entwicklung der Arzneimittelanspruchnahme zu analysieren. Anstelle des PCG-Modells zur Bildung von Arzneimittelgruppen können auch alternative Modelle zur Analyse der Entwicklung der Arzneimittelanspruchnahme genutzt werden. Vielfältige Ausprägungen sind hierbei denkbar. Eine Betrachtung lediglich zuweisungsrelevanter Wirkstoffe erscheint unzureichend, da keine Rückschlüsse zur Morbiditätsentwicklung über Krankheiten gezogen werden können, die lediglich über ambulante Diagnosen im Morbi-RSA abgebildet sind. Eine zu detaillierte Differenzierung der Arzneimittelgruppen aufgrund der erhöhten Prüfaufwände ist ebenfalls nicht geeignet.

Zielstellung dieses Analyseschrittes ist es auszuwerten, wie sich die Leistungsanspruchnahme in relevanten Arzneimittelgruppen bei den auffälligen Krankenkassen im

Vergleich zur GKV entwickelt. Dabei ist zu analysieren, ob und in welchen Arzneimittelgruppen und damit verbunden in welchen Indikationen die Inanspruchnahme von Arzneimitteln gestiegen ist. Zudem ist zu beurteilen, ob die gestiegene Inanspruchnahme auch die beobachtbare Entwicklung des Risikofaktors rechtfertigt.

Zur Verdeutlichung des Vorgehens wird exemplarisch die Entwicklung der Arzneimittelinanspruchnahme der GKV von 2014 zu 2015 für einige ausgewählte PCGs dargestellt, die entweder eine hohe Prävalenz in der GKV aufweisen oder Indikationen mit hohen HMG-Zuschlägen zugeordnet werden können (Tabelle 5).

Sollte eine Krankenkasse mit atypischer Risikofaktorentwicklung in mindestens 50 Prozent der relevanten Arzneimittelgruppen eine erhöhte Leistungsanspruchnahme aufweisen, so könnte die Risikofaktorentwicklung hierdurch begründet sein. Die DDD je Versicherten in diesen PCGs müssten demnach im Vergleich zur GKV-Entwicklung zunehmen beziehungsweise weniger stark abnehmen als im GKV-Trend. Zusätzlich müsste jedoch auch analysiert werden, ob die Krankenkasse in einzelnen Arzneimittelgruppen anhand von Verordnungsanteilen überrepräsentiert ist und diese Arzneimittelgruppen Krankheiten zugeordnet werden können, die aufgrund einer Veränderung der Zuweisungssystematik von 2015 zu 2016 eine Steigerung der HMG-Zuschläge aufweisen oder neu im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

Tabelle 5: Verordnungsanteile und Entwicklung ausgewählter PCGs

PCG	Name	Verordnungsanteil	Entwicklung DDD je Versicherten 2014 bis 2015
1	Asthma	2,43 %	- 6,04 %
6	Depression	3,12 %	- 1,28 %
11	Herzkrankheiten	1,91 %	- 10,91 %
12	HIV/Aids	0,09 %	13,87 %
20	Rheuma und andere inflammatorische Erkrankungen	2,97 %	- 3,97 %
22	Transplantationen	0,08 %	- 3,14 %
23	Diabetes Typ II mit Bluthochdruck	33,54 %	- 2,26 %
36	Virushepatitis und Herpesviridae	0,03 %	0,80 %

Quelle: 4K ANALYTICS: GKV.Arzneimittelradar

Bei Krankheiten mit sehr hohen HMG-Zuschlägen könnte auch ein niedriger Verordnungsanteil insbesondere bei kleineren Krankenkassen einen hohen Einfluss auf die Entwicklung des Gesamtrisikofaktors haben. Zu solchen Krankheiten zählen beispielsweise Mukopolysaccharidose Typ II, Morbus Pompe oder Morbus Gaucher.

Hypothese 6: Steigender Risikofaktor durch Änderung des Zuweisungsmechanismus

Die Analyse der Veränderungen des Zuweisungsmechanismus könnte den letzten Prüfschritt darstellen, um atypische Risikofaktorentwicklungen von Krankenkassen zu erklären, bevor eine Einzelfallprüfung initiiert wird. Auch hier spielt die Versichertenverteilung der Krankenkasse eine wesentliche Rolle. Hat eine Krankenkasse viele Versicherte, die eine Krankheit aufweisen, die im Vorjahr nicht zuweisungsrelevant war, jedoch im Berichtsjahr zu den Auswahlkrankheiten zählt und womöglich mit einem hohen HMG-Zuschlag berücksichtigt wird, so kann sich dies unabhängig von Versichertenwachstum oder Versichertenverlusten auf den Risikofaktor auswirken. Auch eine starke Veränderung der HMG-Zuschläge für Krankheiten, die bei der Krankenkasse überrepräsentiert sind, können sich theoretisch positiv auf den Risikofaktor auswirken.

Hypothese 6: Wenn der Risikofaktor trotz Versichertenwachstums stagniert oder steigt, hat die Krankenkasse von erheblichen Änderungen des Zuweisungsmechanismus profitiert.

Blickt man beispielsweise auf die Veränderung der Zuweisungssystematik von 2015 bis 2016, so ist die stärkste Zunahme der HMG-Zuschläge für die ohnehin sehr hoch bewerteten Krankheiten Mukopolysaccharidose Typ II + VI mit ERT (HMG285; + 24.381 Euro) und Morbus Pompe (HMG284; + 22.919 Euro) zu beobachten. Demenz (HMG011; HMG-Zuschlag: 1.077 Euro) oder Delir (HMG013; 646 Euro) mit knapp 1,5 Millionen betroffenen Patienten ist zudem im Vergleich zum Vorjahr zuweisungsrelevant.

Ob eine Krankenkasse mit atypischen Entwicklungen von den Veränderungen der Zuweisungssystematik besonders betroffen ist, könnte erneut über die Inanspruchnahme

von Arzneimitteln analysiert werden. Aufgrund des prospektiven Zuweisungsverfahrens sollte mit Blick auf die Krankheiten Demenz und Delir die Arzneimittelinanspruchnahme des Jahres 2015 analysiert werden. Hatte die Krankenkasse also im Jahr 2015 beispielsweise eine überdurchschnittliche Anzahl von Patienten in den zuvor genannten HMGs, so könnte dies einen steigenden Risikofaktor trotz des Versichertenwachstums erklären.

Zusammenfassung und Ausblick

Mit dem vorgestellten Prüfverfahren wurde der Versuch unternommen, anhand von öffentlich vorliegenden Finanz-, Versicherten- und Zuweisungsinformationen über Einzelkrankenkassen in Verbindung mit einer unabhängigen und repräsentativen Datenbasis zur Inanspruchnahme von Arzneimitteln eine standardisierbare Betrachtung und Einordnung von Zuweisungsentwicklungen zu konzipieren. Die aus diesem Prüfverfahren gewonnenen Erkenntnisse können als Basis für eine verdachtsbezogene Prüfung gemäß § 273 Absatz 3 Satz 1 SGB V genutzt werden, um bereits erfolgte Manipulationen der RSA-Datengrundlagen wirksam zu sanktionieren. Denkbar wäre beispielsweise, dass Wettbewerber im Rückgriff auf die aufgezeigten Unplausibilitäten Hinweise zu auffälligen Einzelkassen an das Bundesversicherungsamt mit der Bitte um Einleitung einer Einzelfallprüfung geben.

Das skizzierte Vorgehen folgt dabei der Idee, dass eine wettbewerbsrelevante Manipulation von gemeldeten Diagnoseinformationen durch die inhaltliche Überprüfung der Plausibilität einer krankenkassenindividuellen Entwicklung im Vergleich zur Gesamtentwicklung der GKV aufgedeckt werden kann und folgt damit dem Grundgedanken der Auffälligkeitsprüfung des § 273 Absatz 2 SGB V. Während die gesetzliche Auffälligkeitsprüfung aber die Entwicklung einzelner Morbiditätsgruppen betrachtet, wird im vorgestellten Verfahren vornehmlich die Entwicklung auf Basis des Gesamtversichertenbestandes in den Blick genommen. Dabei wird als zentrale Plausibilitätsannahme unterstellt, dass ein Auseinanderdriften von Versichertenentwicklung, Zuweisungsniveau und Leistungsanspruchnahme im Allgemeinen ein starkes Indiz für eine Überprüfung der Rechtmäßigkeit der Datenmeldung darstellt.

Die dieser Plausibilitätsannahme zugrunde liegenden Sachverhalte können sich im Einzelfall natürlich als unzutreffend herausstellen. Das vorgestellte Prüfverfahren kann daher immer nur als ein der Einzelfallprüfung vorgeschaltetes Selektionsverfahren begriffen werden, das die Chancen auf einen möglichst effektiven Einsatz der zur Verfügung stehenden begrenzten Ressourcen der Aufsichtsbehörde verbessert. Keinesfalls stellt sie einen Ersatz des regulären Prüfverfahrens dar. Nur in einem solchen Prüfverfahren ist die für eine Sanktionierung notwendige inhaltliche Bewertung zum Vorwurf der Nichteinhaltung von gesetzlichen Vorgaben zu leisten, der den Schritt vom Verdachtsmoment zum als gesichert geltenden Tatbestand der Manipulation der Datengrundlagen erlaubt. Insofern sind mit der Identifikation von Unplausibilitäten noch keinerlei Vorverurteilungen im Hinblick auf einen Manipulationsverdacht verbunden.

Die dargestellte Eingrenzung des Untersuchungsfokus auf Wachstumskrankenkassen stellt dabei im ersten Schritt natürlich eine erhebliche Limitation dar. Diese ist vor allem notwendig, um die zugrunde liegenden Annahmen anhand transparenter Fallkonstellationen darzustellen. Prinzipiell ist das Verfahren aber auch für Krankenkassen mit stagnierender Versichertenzahl oder Versichertenverlusten modellierbar. Dafür müssten Annahmen über eine Normalentwicklung des Risikofaktors bei konstanter Versichertenzahl beziehungsweise abnehmender Versichertenzahl getroffen werden. Eine entsprechende Herleitung auf Grundlage der bekannten Wechslerprofile erscheint vielversprechend und wird in der weiteren Ausarbeitung des Verfahrens angestrebt. Auch eine empiriebasierte Bestimmung, die Ausgangsschwelle für Hypothese 3, unterhalb derer das Versichertenwachstum einer Krankenkasse erwartbar zu einer Verschlechterung des Risikofaktors führt, weil die hinzukommenden Versicherten im Durchschnitt eine höhere Morbidität aufweisen, wäre als Weiterentwicklung interessant.

Weiterhin ist das vorgestellte Prüfverfahren aufgrund des nur eingeschränkten Spektrums von Leistungsdaten in Form der Arzneimittelverordnungen nicht geeignet für den Ausschluss ungewöhnlicher Entwicklungen bei der Leistungsanspruchnahme im Kontext von Erkrankungen, die nicht vornehmlich über Therapien mit Arzneimittelbeteiligung behandelt werden. Eine untypische Leistungsentwicklung in diesem Bereich

könnte durchaus zu vermehrten Diagnosen solcher Erkrankungen führen und bei entsprechender Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich zu einer ungewöhnlichen Entwicklung des Risikofaktors beitragen. Hier wäre insbesondere die gesonderte Einzelfallprüfung der Aufsichtsbehörde gefordert, entsprechende Fallkonstellationen näher zu untersuchen und entsprechende Entwicklungen in den Datenmeldungen der betroffenen Krankenkassen nachzuvollziehen.

Davon unabhängig bietet das vorgestellte Verfahren – neben dem umfassenden Blick auf die Zuweisungsentwicklung einer einzelnen Krankenkasse – einige Vorteile. Das Verfahren ist in seinem Vorgehen für alle Wettbewerber transparent und nachprüfbar, ohne deswegen aufgrund der Vorhersagbarkeit der Ergebnisse selbst strategiefähig zu sein. Da die benötigten Daten regelhaft erhoben und in standardisierter Form zur Verfügung gestellt werden, wäre eine jährliche vollständige Überprüfung aller am Krankenkassenwettbewerb teilnehmenden Körperschaften möglich. Perspektivisch wäre auch die zusammenhängende Betrachtung mehrerer Ausgleichsjahre denkbar, wodurch langfristige Unplausibilitäten in der Entwicklung von Einzelkrankenkassen sichtbar gemacht werden können. Aktuell bietet aber vor allem die rückwirkende Betrachtung bis zum Ausgleichsjahr 2016 ein spannendes Anwendungsfeld, da hier vonseiten des Wissenschaftlichen Beirats bereits strafbewährte Auffälligkeiten und deren Prüfung in Aussicht gestellt wurden. Die gewonnenen Hinweise könnten dann auch in anstehenden Einzelfallprüfungen der Ausgleichsjahre ab 2012 einfließen. Das vorgestellte Vorgehen kann dann einen Beitrag dazu leisten, die vom Wissenschaftlichen Beirat erwarteten merklichen Sanktionierungen auffälliger Veränderungen in den Datenmeldungen auch im eigentlichen Prüfverfahren umzusetzen.

Literatur

- 4K Analytics (2018): GKV.Arzneimittelradar: <https://www.4k-analyticssuite.de> (Download am 8. August 2018).
- Bundesregierung (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland – Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Deutscher Bundestag, Online-Dienste.
- Bundesversicherungsamt (2012): Tätigkeitsbericht 2011.
- Bundesversicherungsamt (2013): Tätigkeitsbericht 2012.
- Bundesversicherungsamt (2014a): Tätigkeitsbericht 2013.
- Bundesversicherungsamt (2014b): Auswertungen zum RSA-Jahresausgleich 2013.
- Bundesversicherungsamt (2015): Tätigkeitsbericht 2014.
- Bundesversicherungsamt (2016): Tätigkeitsbericht 2015.
- Bundesversicherungsamt (2016): GKV-Ausgabenprofile 1996 bis 2016. https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Info-Dateien%20und%20Auswertungen/GKV_Altersausgabenprofile_1996-2016.xlsx
- Bundesversicherungsamt (2017): Tätigkeitsbericht 2016.
- Bundesversicherungsamt (2018): Datenbereinigungskonzept Ausgleichsjahr 2018/2019.
- Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W. P. M. M. et al. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.
- Reschke, P., Lauterbach, K. und Wasem, J. (2005): Klassifikationsmodelle für Versicherte im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.
- WIG2 Institut (2018): GKV.Wettbewerbsstudie 2018: <https://gkv.wettbewerbsstudie.de> (Download am 8. August 2018).
- Zok, K. (2016): Beitragssatzwahrnehmung und Wechselbereitschaft in der GKV. *WIdOmonitor*, 1 (1), S. 1–12.