

Stellungnahme der BARMER GEK
zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus,
Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2014
30. August 2013

Vorbemerkung

Gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesversicherungsamt (BVA) jährlich zum 30. September das Versichertenklassifikationsmodell für das folgende Ausgleichsjahr fest. Mit Datum vom 31. Juli 2013 hat das BVA den Krankenkassen den Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2014 übermittelt.

Die BARMER GEK nimmt nachfolgend differenziert zum Festlegungsentwurf Stellung.

Methodisches Vorgehen

Neben der methodischen Vorgehensweise einer ausschließlich isolierten Prüfung und Bewertung der einzelnen Modellanpassungen halten wir es für erforderlich, bei parallel vorgeschlagenen, grundlegenden Änderungen in den Hierarchien und/oder des Berechnungsverfahrens die dargelegten Prüfergebnisse hinsichtlich der Wechselwirkungen der schlussendlich zur Festlegung anstehenden Änderungen zu validieren. Am Ende sollte neben der zunächst nur isolierten Prüfung der einzelnen Anpassungen auch eine Gesamtschau unternommen werden, damit Wechselwirkungen nicht übersehen werden. Hier sollten dann auch die Rückwirkungen der Änderungen im Bereich der Morbiditätszuschläge auf die anderen Zuschlagsarten (insbesondere AGG und EMG) dargestellt werden.

In Bezug auf den Umgang mit der Hierarchie Komplikationen vermisst die BARMER GEK weitergehende Informationen. Laut der Anhörung des letzten Jahres unternimmt das BVA die Änderungen mit dem Ziel, dass künftig organspezifische (z.B. Endokrinopathien nach medizinischen Maßnahmen) bzw. krankheitsspezifische (Strahlenproktitis) Komplikationen den entsprechenden Krankheitshierarchien (z.B. Metabolische Erkrankungen, Neubildungen) zugeordnet werden, um mögliche nicht sachgerechte Doppelzuschläge zu minimieren. Tatsächlich sinkt die Anzahl der Zuschläge über die betroffenen Hierarchien um 200.000 bzw. 0,5%. Da allerdings auch andere Änderungen in den betroffenen Hierarchien erfolgten, bleibt unbekannt, ob die Verschiebungen ursächlich für die Reduktion sind. Auch ist unklar, warum die Verschiebung von ICD-Codes in organsystem- bzw. krankheitsspezifische Hierarchien bei den Komplikationen erfolgte, nicht aber zum Beispiel auch bei der Hierarchie Infektionen, deren Diagnosen ebenfalls fast vollständig anderen Hierarchien wie „Hämatologischen Erkrankungen“ oder „Erkrankungen der Lunge“ zugeordnet werden könnten.

Zu 3.2.3) Verwendung der 30%-Stichprobe und Vollerhebung

Dass eine Überprüfung der verschiedenen Modelle nicht grundsätzlich auf Basis der Vollerhebung erfolgen kann, ist nachvollziehbar. Aus Sicht der BARMER GEK fehlt allerdings ein struktureller Vergleich der 30%-Stichprobe mit der Vollerhebung. Der alleinige Vergleich der Gütemaße und Gesamtausgaben schafft aus unserer Sicht keine ausreichende Transparenz und Aussagekraft darüber, wie gut die Zufallsstichprobe gegenüber der Vollerhebung ist.

Zudem fehlt eine transparente Verfahrensweise, wann von der Stichprobe auf die Vollerhebung gewechselt wird. Auf S.109 heißt es, dass bei einem Vergleich der Ergebnisse der 30%-Stichprobe und der Vollerhebung im Rahmen der Modellentwicklung und –überprüfung bei geringen Fallzahlen oder instabilen Kostenschätzern auf die Vollerhebung zurückgegriffen wird. Diese Verfahrensweise scheint im Rahmen der Anhörung allerdings nicht immer angewendet bzw. umgesetzt zu werden. Als Beispiel sei hier die Überprüfung der Hierarchie „Erkrankung der Harnwege“, S.346 aufgeführt, dort heißt es, „...“, dass die Höhe der Kostenschätzer bei den zuvor untersuchten HMGs (133, 143, 144) leider erheblich schwankt, je nachdem ob auf der Vollerhebung oder der 30%-Stichprobe gerechnet wird. ... Dies gehört zu den unvorhersehbaren Auswirkungen, die der Wechsel zwischen 30%-Stichprobe und Vollerhebung mit sich bringt und die an dieser Stelle in Kauf genommen werden müssen.“

Wir bitten, den Wechsel von der Stichprobe auf die Vollerhebung besser zu begründen und einem einheitlichen Verfahren zu folgen.

Zu 3.3) Einführung von Alterssplits für Hierarchisierte Morbiditätsgruppen

Die BARMER GEK hat bei der Vorgehensweise des BVA hinsichtlich der Einführung von Alterssplits Bedenken. Hier wird im Abschnitt 3.3 eine Methodik vorgestellt, die im Rahmen der Ausführungen zur Hierarchie 19 angewendet wird. Betrachtet man weiterhin die Vielzahl der Verweise auf diese methodische Entwicklung, drängt sich der Eindruck auf, dass in zukünftigen Festlegungen mit der Bildung einer Vielzahl von Alterssplits auf Grundlage dieser Methodik zu rechnen ist.

Um dies zu bewerten, reichen die bisherigen Ausführungen und Analysen aber nicht aus:

§ Alterssplits dienen der Offenlegung und Nutzung von Zusammenhängen zwischen verschiedenen Variablen des bestehenden Modells zur Verbesserung der Modellgüte. Mit solchen Zusammenhängen hat sich das BVA bisher noch nicht systematisch beschäftigt. Bei der Vielzahl an Interaktionen zwischen Variablen des bestehenden Modells den Zusammenhang zwischen dem Alter und bestimmten Krankheiten herauszuheben, erscheint dabei nicht abwegig. Die Arbeit von Schillo (Berücksichtigung von Wechselwirkungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, Duisburg 2011) zeigt, dass die Berücksichtigung von Alters-/Krankheitsinteraktionen erheblich größere Auswirkungen auf die Modellqualität hat als die Berücksichtigung jeder anderen Art von Interaktion für sich allein (Geschlecht/Krankheit, Erwerbsminderung/Krankheit, Krank-

heit/Krankheit). Extrem groß sind allerdings auch die Wirkungen von Alterssplits nicht (ca. 0,3 % im R2, vgl. Schillo, a.a.O. S.110).

- § Die Berücksichtigung von Alters-/Krankheitsinteraktionen muss jedoch aus Sicht der BARMER GEK systematisch erfolgen. Eine eher zufällige Umsetzung von Alterssplits, welche einzelne Anhörungspartner vorschlagen, wird - neben der Gefahr wettbewerblicher Unwuchten - insbesondere zu einer in Anbetracht der Modellverbesserung übermäßigen Erhöhung der Modellkomplexität führen. Denn verstärkt durch die Erhöhung der Anzahl erklärender Variablen wird jeder einigermaßen vernünftige Alterssplit in einer Einzelbetrachtung eine erkennbare isolierte Modellverbesserung bewirken. Werden dann sukzessive in verschiedenen Jahren weitere Alterssplits einzeln geprüft und ins Modell integriert - insbesondere ohne Rückwirkungen auf die bereits eingeführten Splits zu überprüfen - besteht die Gefahr, nicht nur auf Dauer eine extreme Anzahl neuer Zuschläge, sondern auch eine Illusion über deren Gesamtwirkung zu schaffen. Aufgrund der Interaktion zwischen verschiedenen Alters-/Krankheitskombinationen besteht auch die Gefahr, dass die Beurteilung einer Änderung tatsächlich nicht aufgrund ihres Erklärungsbeitrags erfolgt, sondern Alterssplits einfach nur aufgrund der zeitlichen Abfolge ihrer Prüfung eingeführt, verworfen oder fortgeführt werden. An diesem Problem einer sukzessiven und isolierten Prüfung von Interaktionen kann auch die Einführung eines Beurteilungsregelwerks nichts ändern. Es erscheint daher sinnvoller wie Schillo zunächst simultan eine vollständige „Landkarte“ aller erdenklichen Alters-/Geschlechtsinteraktionen zu erstellen und von den sich auf diese Weise ergebenden, nur die signifikanten, erheblichen und medizinisch nachvollziehbaren Interaktionen zu verwenden. Zur Erstellung einer solchen Landkarte ist selbstverständlich die Technik der Aufteilung von HMGs in mehrere neue (wie sie das BVA bisher durchführt) nicht geeignet, sondern nur die Ermittlung von Interaktionstermen. Hat sich eine Interaktion dann als wertvoll erwiesen, können danach ggf. nur grob vorgenommene Altersgrenzen in weiteren Analyseschritten verfeinert werden.
- § Das Vorgehen des BVA erscheint auch hinsichtlich der didaktischen Aufarbeitung verbesserungsfähig. Alterssplits verursachen einen erheblichen Teil ihrer Auswirkungen durch die Veränderung der Alters- und Geschlechtzuschläge für nicht von der jeweiligen Krankheit betroffene Versicherte. Eine Darstellung dieser Rückwirkungen (wie im Anhang von Schillo bzw. zusammenfassend z.B. in Tabelle 23 auf S.148) ist für die Beurteilung einer Änderung zwingend erforderlich. Weiterhin erscheinen die durchgeführten Residualanalysen aus Sicht der BARMER GEK zwar optisch anschaulich, gerade bei der Erstellung der aus unserer Sicht erforderlichen „Landkarte“ aller Auswirkungen von Alters-/Krankheitsinteraktionen erscheint jedoch die Angabe von predictive ratios für die betroffenen Versichertengruppen unaufwändiger und eindeutiger interpretierbar.

Zu II.) Anpassung der Aufgreifkriterien

Zu 5.) Berücksichtigung von Arzneimitteln

Wir finden es enttäuschend, dass die Vorschläge der BARMER GEK zur Nutzung unterschiedlicher Arzneimittel- Zuschlagsgruppen zur Schweregraddifferenzierung zum wiederholten Mal nicht geprüft wurden. Dies gilt insbesondere auch, weil die im Festlegungsentwurf dargestellte Alternative von diagnosebasiert aufgespaltenen Arzneimittel- Zuschlagsgruppen im Ergebnis nicht überzeugen (vgl. Ausführungen zu Nr. 11, Muskel- und Skelettsystem).

Weiterentwicklungen des Klassifikationsmodells sind für die Krankenkassen bei aller wissenschaftlichen Herangehensweise durch BVA und Beirat ein wettbewerbliches Feld. Die Erwartungen an die Befassung eines zur wettbewerblichen Neutralität verpflichteten Verbandes sollten nicht zu hoch gesetzt werden. Wenn sich BVA und Beirat strukturierte und vertiefte Informationen zu den Vor- und (den behaupteten) Nachteilen unterschiedlicher Arzneimittel- Zuschlagsgruppen beschaffen möchte, bietet die BARMER GEK eine vertiefte Diskussion ausdrücklich und zeitnah an. Wir gehen davon aus, dass dasselbe auch für Krankenkassen gelten dürfte, die eine solche zusätzliche Schweregraddifferenzierung ablehnen.

Zu 6.) Aufgreifalgorithmus – Anpassung der Sonderfälle zur Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel

Wir begrüßen, dass das BVA seine bereits im Festlegungsentwurf 2013 angekündigte Untersuchung, ob der verordnungsquartalbezogene Sonderfall (Sonderfall II) abgeschafft werden könnte, sehr auf die einzelne Krankheit bezogen und damit im Ergebnis flexibel durchgeführt hat (vgl. auch metabolische Krankheiten sowie Hämophilie). Dies hat zwar zur Schaffung neuer Sonderfälle und auch neuer Morbiditätsgruppen geführt, diese erscheinen aber - von konkreten an der jeweiligen Stelle dargestellten Kritikpunkten abgesehen - insgesamt sachgerecht. Gerade die bisher mithilfe des Sonderfalles II vorgenommenen Schweregraddifferenzierungen betreffen seltene und teure Krankheiten mit jeweils großen Besonderheiten hinsichtlich medizinischer Behandlung und finanzieller Risikoverteilung. Dass der Sonderfall II ohne Verluste für die Verfahrensqualität oder ohne zusätzliche Risikogruppen hätte in einen der Standardfälle überführt werden können, war daher auch nicht zu erwarten.

Zu III.) Anpassung des Klassifikationsmodells

Zu 7.) Hierarchie 01: „Infektionen“

Die BARMER GEK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen zur Sepsis.

Zu 8.) Hierarchie 02a: „Hämatologische Neubildungen“ sowie Hierarchie 02b: „Solide Tumore“

Die BARMER GEK hatte im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2014 als Punkt 3.2 angeregt, die HMG261 für alle Diagnosen der Hierarchie 02a: „Hämatologische Neubildungen“ zu öffnen und gleichzeitig die Liste der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel der DxG917, die die einzige DxG in der HMG261 ist, um die ATC-Kodes L01XC und L04AX04 zu erweitern. Beim erstgenannten Wirkstoff handelt es sich um einen monoklonalen Antikörper, diese werden eingesetzt bei der Behandlung von Non-Hodgkin- Lymphomen oder der chronisch lymphatischen Leukämie. Der zweite Wirkstoff dient der Behandlung des multiplen Myeloms.

Hierzu schreibt das BVA auf Seite 141: *„Auch die generelle Frage der arzneimittelgestützten Schweregraddifferenzierung wird vorerst zurückgestellt. Da die Hierarchie „Hämatologische Neubildungen“ erst im letzten Jahr umfassend revidiert und damit feiner ausdifferenziert wurde, wird auch eine weitere Ausdifferenzierung angesichts anderer Anpassungsschritte zurückgestellt.“*

Daher vermutet die BARMER GEK, dass es sich evtl. um ein Missverständnis handelt, da der Vorschlag keine weitere Ausdifferenzierung zum Ziel hatte. Wie oben ausgeführt, zielte der Vorschlag lediglich darauf ab, eine bereits bestehende DxG und eine bereits bestehende Arzneimittelliste zu erweitern. Im Vergleich zu anderen vom BVA bereits durchgeführten Berechnungen erscheint der Prüfaufwand hierfür eher gering und damit vertretbar. Darüber hinaus wurde der Ansatz, eine Hierarchie nicht in zwei aufeinander folgenden Jahren zu überarbeiten, auch ansonsten nicht verfolgt, 9 der 16 in diesem Jahr bearbeiteten Hierarchien waren auch im letzten Jahr von Änderungen betroffen. Wir bitten daher erneut darum, den Vorschlag zu prüfen.

Um dasselbe bitten wir für die Hierarchie 02b: „Solide Tumore“. Unser dortiger Vorschlag einer Arzneimitteldifferenzierung ist ebenfalls völlig klassisch und steht mit der Diskussion über mehrfache „gestaffelte“ Arzneimittelzuschläge nicht im Zusammenhang. Seine Prüfung ist daher auch nicht von besonderer Komplexität und sie würde auch nicht das Ergebnis einer noch zu führenden fachlichen Diskussion vorwegnehmen. Ein Grund warum dieser Vorschlag nicht geprüft wurde, ist den Anhörungsunterlagen nicht zu entnehmen.

Zu 9.) Hierarchie 04: „Metabolische Erkrankungen“

1.) Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen (...)

Der vom BVA festgestellte Effekt, dass die Folgekosten der HMG202 (Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen mit ERT/SRT) nicht von der Menge der im Vorjahr verordneten ERT/SRT- Wirkstoffe abhängig sind, erscheint plausibel. Er ist darauf zurückzuführen, dass es sich insbesondere bei den Wirkstoffen der Enzyersatztherapie um relativ junge und extrem teure Arzneimittel handelt und bei den hiermit behandelten Krankheiten um solche, die zwar unheilbar sind, bei einer entsprechenden Therapie aber auch nicht mehr innerhalb einer relativ kurzen Zeit zum Tode führen.

Die hohen Kosten der Enzyersatztherapie führen im Ergebnis dazu, dass sich die Anzahl der behandelten Menschen nur allmählich erhöht, weil diese Therapie meist nur in sorgfältig überprüften indizierten Fällen zum Einsatz kommt. Hat eine Enzyersatztherapie einmal begonnen, wird sie daher auch nur in den seltensten Fällen abgebrochen, sondern findet dauerhaft statt. Im Gegensatz zu anderen Krankheiten mit teurer Medikation schwanken die Ausgaben für einen mit dauerhafter Enzyersatztherapie behandelten Versicherten auch relativ wenig.

Im Ergebnis sind die Kosten eines Versicherten mit Enzyersatztherapie im Jahr T völlig unabhängig davon, wann die Therapie im Jahr T-1 begonnen hat oder ob der Therapiebeginn nicht bereits länger zurückliegt. Die Menge der im Jahr T-1 verabreichten Arzneimittel sagt nichts über den Schweregrad der Krankheit aus, sondern ausschließlich über den Behandlungsbeginn, der in einem prospektiven Modell aber immer (mindestens) im Vorjahr liegt.

Obwohl die Feststellung des BVA in dieser Sache völlig plausibel erscheint und die Möglichkeiten der Verbesserung der Modellgüte, welche eine deutliche Unterschreitung der üblichen 183 Behandlungstage in diesem Fall mit sich bringt, genutzt werden sollten, regt die BARMER GEK gleichwohl an, eine höhere Grenze zu prüfen.

Der Zuschlag für die HMG202 beträgt lt. Anhörungsentwurf bei 10 Behandlungstagen ca. 270 TEuro. Die monatlichen Behandlungskosten für die Anwendung z.B. des bekanntesten Vertreters der ERT/SRT (A16AB02/Cerezyme) betragen ca. 50 TEuro. Bei 183 Behandlungstagen oder zwei Versorgungsquartalen wäre es selbst dann ökonomisch unsinnig, eine Behandlung mit ERT/SRT aktiv zu fördern, wenn dies mehr als nur theoretisch möglich wäre. Denn aufgrund der Risiken von Kassenwechsel und Versterben wäre das Verhältnis zwischen den aufzuwendenden Kosten und dem später erzielbaren Ertrag zu gering. Darüber hinaus ist für spätere Jahre mit Kostenunterdeckungen zu rechnen, da zumindest die Jahresbehandlungskosten von A16AB02 durch die Zuweisungen nicht abgedeckt werden.

Bei 10 Behandlungstagen ist dies nicht mehr der Fall. Zumindest theoretisch könnte sich hier die Förderung nicht indizierter Therapieversuche für den Fördernden als sinnvoll herausstellen. Mit relativ geringem Aufwand (eine Packung mit 16 DDD A16AB02 kostet ca. 26TEuro), dessen Geringfügigkeit das Risiko von Kassenwechsel und Versterben kompensiert, könnte bereits ein Zuschlag für das Folgejahr erreicht werden. Wenn es dann nicht zu einer dauerhaften Behandlung kommt (gerade die Förderung tatsächlich nicht indizierter Therapieversuche wäre hier sinnvoll) stehen diesem Ertrag auch keine dauerhaft nicht gedeckten Behandlungskosten gegenüber. Unter dem Aspekt des Ansehens des MRSA in der Öffentlichkeit erscheint es sinnvoll, auch solche bloß theoretischen Risiken einzudämmen. Wir regen daher die Prüfung von 45 Behandlungstagen an. Diese Grenze erhält - auf Grundlage einer Analyse von BARMER GEK- Daten - den allergrößten Teil des Qualitätsgewinns für das Verfahren, den das BVA festgestellt hat, aber verringert unter Berücksichtigung der verschiedenen Risiken (Kassenwechsel, Versterben, Auslösen einer dauerhaften Behandlung mit ERT/SRT, Aufdeckung) den manipulativen Anreiz bereits erheblich.

2.) Hypopituitarismus mit und ohne Somatropingabe

Das Vorgehen des BVA erscheint grundsätzlich nachvollziehbar. Wir plädieren allerdings für eine detailliertere Analyse bei der Festlegung der Behandlungstage für DxG840 ähnlich der Vorgehensweise bei HMG202. Wir haben festgestellt, dass ein überproportionaler Anteil der Versicherten, die durch den Wegfall von Sonderfall II aus der HMG225 ausscheiden, nur sehr knapp an den 183 Behandlungstagen scheitern und erhebliche prospektive Kosten haben. Wir wären für eine Prüfung dankbar, ob die Bildung einer zusätzlichen Kategorie „Hypopituitarismus mit Bedarfsmedikation“ die Modelleigenschaften weiter verbessert.

3.) Sonstiges zur Hierarchie 04

Bei der umfangreichen Konsolidierung der Hierarchiestruktur unter Punkt 9.8 sollte aus Sicht der BARMER GEK auch noch die Zusammenlegung der HMG023 mit der HMG285 überprüft werden. Die Kostenschätzer liegen nur leicht auseinander (unter 200 €).

Zu 10.) Hierarchie 06: „Gastrointestinale Erkrankungen“

Das BVA schlägt die Einsortierung des „Postoperativen Darmverschlusses“ als eigenständige DXG/HMG vor, die von der HMG031 „Ileus“ dominiert wird. Ein postoperativer Darmverschluss kann jedoch auch als Ileus dokumentiert werden bzw. ein Ileus kann auch postoperativ auftreten. Um Manipulationsanreize zu vermindern, sollten Kodiervarianten nicht zu doppelten bzw. unterschiedlichen Gruppierungen führen.

Daher bitten wir, die Zusammenlegung der DXG762 „postoperativer Darmverschluss“ und der DXG156 „Ileus“ in eine gemeinsame Morbiditätsgruppe zu prüfen.

Zu 11.) Hierarchie 07: „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

In dieser Hierarchie hat die BARMER GEK nur eine Anmerkung zur Einrichtung der neuen HMGs 198 bis 200. Wir können mit der krankheitsbezogenen Aufspaltung der bisherigen HMG229 zwar leben, halten diese jedoch für die Nutzung einer Zufallskorrelation und damit unserem eigenen Vorschlag der Einführung einer zusätzlichen Dauermedikationsgruppe (ATC- Fünfsteller L01XC, L04AA, L04AB und L04AC) für unterlegen. Die unterschiedlichen Kostenschätzer der drei neuen HMGs ergeben sich nämlich nach unseren Analysen in erster Linie aus einem unterschiedlichen Anteil der in der jeweiligen HMG mit den ATC- Fünfstellern L01XC, L04AA, L04AB, L04AC Behandelten. Dies wiederum liegt an einer unterschiedlichen Schweregradsverteilung und an den erheblichen Nebenwirkungen der genannten Arzneimittel, die bei jüngeren Versicherten ein besseres Chance-/Risikoprofil der Behandlung als bei älteren Menschen bewirken.

Sowohl die Schweregrade als auch infolgedessen die prospektiven Kosten können über die direkte Berücksichtigung der von uns vorgeschlagenen ATC- Codes sehr viel direkter als über die Aufteilung nach verschiedenen Krankheitsbildern getrennt werden. Wie bereits vor dem Übergang vom bis 2008 gültigen RSA zum MRSA diskutiert, ist die Nutzung indirekter Morbiditätsparameter häufig mit Nebenwirkungen verbunden. So sinkt der Zuschlag in der HMG200 gegenüber dem Zuschlag in der alten HMG229 sichtbar ab, der Zuschlag in der HMG198 steigt deutlich an. Für Fälle der juvenilen Arthritis, welche mit Arzneimitteln der vier genannten ATC- Fünfsteller behandelt werden, ergibt sich nun eine gewisse Verbesserung des Deckungsgrades bei gleichzeitiger Erhöhung der überflüssigen Zuweisungen für Versicherte mit derselben Krankheit, die als leichtere Fälle bereits mit Glucocorticoiden ausreichend versorgt sind. Umgekehrt wird die Deckungsgradsituation für alle Versicherten in der HMG200 schlechter, gerade auch für jene Fälle, wo eine Behandlung mit Glucocorticoiden nicht mehr ausreicht und zu den teuren Präparaten aus der von uns vorgeschlagenen Liste gegriffen werden muss. Diesen Problemen kann durch eine Berücksichtigung der tatsächlichen Risikoparameter aus dem Weg gegangen werden.

Zu 12.) Hierarchie 08: „Hämatologische Erkrankungen“

Zu der HMG035 (Hämophilie mit Dauermedikation) hat die BARMER GEK eine Reihe positiver, aber auch negativer Anmerkungen:

1) Positive Anmerkungen zur Anpassung der Hämatologischen Erkrankungen

1.1) Schweregraddifferenzierung des Willebrand-Jürgens-Syndroms (WJS, D68.0)

Die Schweregraddifferenzierung des WJS für schwere und mittelschwere Fälle analog zum Vorgehen der Hämophilie wird ausdrücklich begrüßt. Insbesondere die Gleichsetzung des WJS mit Dauermedi-

kation mit der Hämophilie mit Dauermedikation in der HMG035 erscheint sachgerecht. Unter Berücksichtigung der sich ergebenden sehr unterschiedlichen Schätzer erscheint auch die Bildung einer von der neuen HMG036 getrennten HMG037 für WJS- Patienten mit Bedarfsmedikation sachgerecht.

Die unterschiedliche ATC-Abgrenzung der DxG mit WJS nach Dauer- und Bedarfsmedikation werden nicht näher erläutert. Der ATC H01BA02 (Desmopressin) ist der DxG238 – WJS mit Bedarfsmedikation zugeordnet. Da Desmopressin überwiegend vor operativen Eingriffen verabreicht wird, erscheint dies zunächst sachgerecht. Jedoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch Personen mit WJS mit Dauermedikation Desmopressin verabreicht bekommen. Daher sollte der ATC H01BA02 auch der DxG237 zugeordnet werden.

1.2) Bessere Abbildung der Kostenintensität

Insgesamt erscheint die Veränderung des Aufgreifkriteriums für die HMG035 sowie die Bildung der HMG036 als „Auffangkategorie“ für Personen, welche 183 DDD nicht erreichen sachgerecht. Hiermit wird insbesondere dem Umstand Rechnung getragen, dass die Begriffe „Dauer-“ und „Bedarfsmedikation“ im Zusammenhang mit Hämophilie und DDD- Vergleichen höchstens tendenziell zueinanderpassen, da hierbei ein wichtiger Parameter, nämlich das Körpergewicht, unberücksichtigt bleibt. Jede Therapie mit Gerinnungskonzentraten ist körperlsgewichtsabhängig (die Dosierung wird immer mit x Einheiten je kg-Körpergewicht angegeben). Ein Jahresbedarf von z.B. 50.000 Einheiten kann demnach sowohl eine prophylaktische Dauerbehandlung bei einem Kind/Jugendlichen als auch eine Bedarfsbehandlung bei einem Erwachsenen beschreiben.

Schwere/lebensbedrohliche Blutungen können innerhalb eines kurzen Zeitraums zudem enorme Mengen an Gerinnungskonzentraten bedingen. Eine solche Bedarfsbehandlung kann dabei durchaus ein Volumen von rechnerisch 183 DDD (oder mehr) erreichen und ist trotzdem keine Dauerbehandlung. Die etwas irreführende Begrifflichkeit ändert jedoch nichts daran, dass durch die Neuordnung Fälle sinnvoll nach ihrer Kostenintensität kategorisiert (günstig, teuer, sehr teuer) werden und zwar besser als nach der bisherigen Systematik.

Allerdings stellt das neue Verfahren erhebliche Ansprüche an die Qualität der Abbildung des Zusammenhangs zwischen der abgegebenen Packung und der Tagesdosis. Hier beinhalten die zugrunde gelegten Daten erhebliche Qualitätsmängel (näheres unter Punkt 2.2.2.).

2) Negative Anmerkungen zur Anpassung der Hämatologischen Erkrankungen

2.1) HMG036 (Hämophilie mit Bedarfsmedikation) nur für Männer

Bei dem Teil der Analyse, der zum Ausschluss der Frauen aus der HMG036 geführt hat, ist dem BVA ein logischer Fehler unterlaufen.

Dass Hämophilie nicht nur überwiegend bei Männern auftritt, sondern auch fast ausschließlich bei diesen erhebliche Folgekosten verursacht, ist bekannt. Es ist gleichwohl festzustellen, dass die bisherige HMG035 (Hämophilie mit Dauermedikation, Abgrenzung nach zwei Behandlungsquartalen) ca. 3-5 % weibliche Versicherte enthält. Diese Fälle gehen bei einem Übergang auf 183 Behandlungstage fast vollständig verloren.

Diese weiblichen Versicherten nicht mehr in der HMG035 zu führen, ist in Anbetracht ihrer Folgekosten (auf Basis unserer Daten ca. 80T€) auch vertretbar. Sie jedoch nicht in der HMG036 zu führen, obwohl sie eindeutig ins Folgekosten- Bild der dort eingruppierten Männer passen, sondern sie zum Teil bis zur HMG046 mit einem Zuschlag von unter 1.000 € „abzuwerten“, ist sachwidrig.

Aus Sicht der BARMER GEK resultiert dieses sachwidrige Ergebnis daraus, dass das BVA die Prüfung, ob die HMG036 für Männer und Frauen geöffnet werden sollte, nur bei gleichzeitiger Geltung der „normalen“ obligaten Berücksichtigung von Arzneimitteln mit 10 Behandlungstagen geprüft hat (S. 227, Modell.1b). Hierbei stellte sich heraus, dass etwa ein Viertel der HMG036 mit Frauen (eher Mädchen) besetzt war, welche diese HMG tatsächlich nicht aufgrund des Nachweises von Arzneimitteln, sondern über den Nachweis von M2Q erhalten haben. Die betroffenen Mädchen verursachen tatsächlich kaum Folgekosten und ihre Ausgliederung aus der HMG036 führt damit zu besseren statistischen Werten, obwohl dabei gleichzeitig eine kleine Anzahl sehr teurer Fälle aufgrund ihres Geschlechts aus der HMG036 entfernt wird. Gerade an dieser Falschbehandlung einiger teurer Fälle liegt es, dass sich auf Seite 227 die Gütemaße zwischen dem Modell MI.1b und dem Modell M1.1c deutlich weniger verbessern als man auf Grundlage des deutlichen Anstiegs des Zuschlages der HMG036 nur für Männer vermuten sollte.

Eine große Verbesserung der Gütemaße ergibt sich erst durch den Übergang von der normalen obligaten Berücksichtigung von Arzneimitteln auf den Sonderfall mit 10 Behandlungstagen, die auch bei Kindern einen Arzneimittelnachweis (5BT) erfordert (Vergleich MI.1c zu MI.1d). Da der Anteil der mit sehr wenig Folgekosten behafteten Kinder unter den Mädchen nun mal besonders hoch ist, wird durch den Ausschluss von Frauen aus der HMG036 nur ein kleiner Teil des Qualitätsgewinns, der später durch die neue Sonderregel der 10 Behandlungstage auch für die Jungen erreicht wird, vorweggenommen. Das Geschlecht ist eine Scheinkorrelation. Die Folgekosten von Frauen mit Bedarfsmedikation nach dem Sonderfall mit 10 Behandlungstagen entsprechen völlig denen der genauso abgegrenzten Männer, es sind nur weniger.

Wir regen daher dringend an, den Sonderfall mit 10 Behandlungstagen sowohl für Männer **und** Frauen zu prüfen und erst dann eine Entscheidung über die Abgrenzung der HMG036 nach Geschlecht zu treffen. Wir sind überzeugt davon, dass der Sonderfall mit 10 BT sowohl für Männer und Frauen für die HMG036 die jetzt erreichten Modellparameter auf keinen Fall verschlechtert. Die jetzige Regelung

mag nur wenige Personen betreffen, bewirkt aber qualitativ eine erhebliche geschlechtsspezifische „Schlagseite“ im Modell.

2.2.) Unstimmigkeiten der „Wido- PZN- Liste“

Entsprechend dem unter 1.2. ausgeführten begrüßt die BARMER GEK die bessere Kostenabbildung bei der Hämophilie durch Übergang auf Behandlungstage. Der Übergang auf Behandlungstage macht jedoch eine Prüfung der Qualität der in die Berechnung eingehenden PZN- spezifischen DDD- Angaben nötig. Diese sind zurzeit an einigen Stellen erheblich fehlerhaft. Hierdurch kann die Zuordnung der Versicherten massiv verzerrt werden. Die wesentlichen Bedenken der BARMER GEK sind in der Anlage mit vielen Einzelbeispielen dargestellt.

Dabei ist insbesondere zu betonen, dass diese Fehler nicht versorgungs- und auch nicht wettbewerbsneutral sind. So wird das in der Anlage besonders häufig erwähnte und in der Darstellung mit besonders vielen Fehlern behaftete Produkt „Fandhi“ insbesondere von der Uniklinik Bonn eingesetzt. Hier haben wir aus regionalen und anderen Gründen einen besonders hohen Anteil an den behandelten hämophiliekranken Versicherten.

Wir bitten daher dringend darum, spätestens die für den Jahresausgleich 2014 zu erstellende „Wido- PZN- Liste“ um solche aus dem WIdO-Stammdatenverzeichnis resultierenden Unstimmigkeiten zu bereinigen. Nachdem die Wido- PZN- Liste vom BVA für seine gesetzlichen Zwecke eingesetzt wird, sehen wir die Verantwortung für die Richtigkeit dieser Liste hinsichtlich deren Verwendung für den MRSA nicht beim Wido, sondern beim BVA selbst.

Zu 13.) Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“

Die Verschiebung der DxG843 „Nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ wird von der BARMER GEK nicht begrüßt, kann aber akzeptiert werden, da der von den Urhebern des Vorschlags unterstellte Effekt nicht eingetreten ist.

Der impliziten Unterstellung, psychische Erkrankungen ließen sich diagnostisch nicht hinreichend genau abgrenzen und somit wäre jede Art nicht hierarchisierter Zuschläge in der Hierarchie 11 mit ungerechtfertigten Doppelzuweisungen verbunden, wurde durch die BARMER GEK schon mehrfach auf der Basis von Analysen und medizinischer Expertise widersprochen. Versicherte mit mehrfachen Zuschlägen sind deutlich in der Minderheit und weisen auch immer tatsächlich höhere Ausgaben in einem Umfang aus, der zumindest den zusätzlichen Zuschlägen entspricht.

Auch im vorliegenden Beispiel hat sich der Verdacht nicht bestätigt: Der überwiegende Teil der von der Änderung betroffenen Versicherten löst nun einen zusätzlichen Zuschlag in der HMG058 „Depres-

sion“ aus, da die Versicherten diesen eben nicht schon parallel hatten. Gleichzeitig steigt das Zuweisungsvolumen der HMG056 und HMG058 in der Summe an, was ebenfalls nicht darauf hindeutet, dass an dieser Stelle des Klassifikationsverfahrens früher zu viele Zuweisungen ausgelöst wurden und dieser Fehler nun zumindest für die DxG843 korrigiert wurde.

Wie bereits geschrieben, halten wir die Änderung quantitativ für noch vertretbar, empfehlen aber zukünftig, bessere Argumente als Auslöser für Änderungsüberlegungen zu fordern als die bloße Unterstellung mangelnder diagnostischer Kompetenz bei bestimmten Arztgruppen.

Zu 15.) Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“

Kritisch sehen wir die Bildung der HMG318 und HMG320 durch die Verschiebung von ICD-Codes aus der Hierarchie 24 Medizinische Komplikationen.

Der ICD-Code T82.5 „Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen“ führt in die gleichnamige DXG/HMG mit einem Kostenschätzer von 5.674 €, während der ICD-Code T82.2 „Mechanische Komplikation durch Koronararterien-Bypass und Klappentransplantate“ in die HMG 91 führt, deren Regressionsgewicht im Vergleich nur 261 € beträgt.

Der Zuschlag sinkt auf ca. 5% des ursprünglichen Wertes, wenn in der Kodierung das konkrete Gerät bzw. Implantat genannt wird. Obwohl an dieser Stelle auf Geräte bzw. Implantate bezogen und nicht auf die Erkrankung selbst, handelt es sich um eine Konstruktion, in der unspezifische ICD-Codes zu höheren Zuschlägen führen als spezifische, was generell vermieden werden sollte.

Das Gleiche gilt für den ICD-Code T82.7 „Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen“ und dem spezifischen Diagnoseschlüssel T82.6 „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese“. In diesem Fall beträgt der Unterschied in den Kostengewichten 8.166 €.

Zu 18.) Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“

Unsere allgemeinen Bedenken zur Einführung von Alterssplits haben wir bereits unter Punkt 3.3) geäußert. Bei der konkreten Durchführung und Begründung der Alterssplits für die Mukoviszidose und Bronchiektasen zeigen sich ebenfalls weitere Schwächen.

Bei der Überprüfung des Alterssplits für die Bronchiektasen wurden aus Sicht der BARMER GEK die hierarchischen Beziehungen zu der mit den Bronchiektasen in medizinisch engem Zusammenhang stehenden Mukoviszidose nicht beachtet. Die Residualanalyse für Bronchiektasen erfolgte auf Basis der nicht hierarchisierten DxG454. Die Einteilung der Alterssplits erfolgte damit inklusive der sehr teuren Fälle mit Mukoviszidose, welche sich in den negativen Deckungsbeiträgen bis 35 Jahre abzeichnen. Die weitere Modellanalyse erfolgte allerdings auf HMG-Ebene, so dass bei den Bronchiektasen

(bis 45 Jahre) die teuren Mukoviszidose-Fälle nicht mehr enthalten sind. Eine abschließende Überprüfung der Deckungsbeiträge nach Altersgruppen auf Basis des Alterssplits bei 45 Jahren und unter Berücksichtigung der vorhandenen Komorbiditäten in der Hierarchie hat nicht mehr stattgefunden.

Die selektive Einführung von Alterssplits bei der Mukoviszidose und den Bronchiektasen lehnen wir daher mit Verweis auf unsere Ausführungen unter Punkt 3.3) ab.

Zu 20.) Hierarchie 21: „Schwangerschaft“

Die BARMER GEK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen.

Zu IV.) Änderung des Berechnungsverfahrens

Zu 24.) Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Wir halten die vom BVA vorgenommenen Anpassungen für vertretbar und teilen die vom AOK- BV vorgetragene Kritik hinsichtlich der rechtlichen Bewertung nicht. Eine Verteilung der Zuweisungen für nicht morbiditätsbezogene Ausgaben über einen je- Tag- Wert mag im SGB V oder der RSAV nicht vorgesehen sein, die der KJ1- Hochrechnung immanente „Überstülpung“ der Gesamtmorbidität auf die nicht versichertenbezogen erfassten Leistungsbereiche allerdings auch nicht. Hier einen korrekten sachgerechten Lösungsweg zu finden, fällt aus unserer Sicht daher eindeutig in die Kompetenz des BVA.

Hinsichtlich der Begründung hat die vom BVA vorgenommene Berechnung im Festlegungsentwurf für 2013 zwar nachvollziehbare Ergebnisse bewirkt. Aufgrund der immer geringer werdenden Anzahl von Krankenkassen (und damit Beobachtungseinheiten für die vom BVA durchgeführte Berechnung) wird die Berechnungsmethode des BVA in Zukunft allerdings anfälliger für Ausgabenpositionen, die durch uneinheitliches Buchungsverhalten oder buchhalterische Einzeleffekte bei einer oder wenigen Kassen verzerrt sind. Wir empfehlen daher zukünftig verstärkt auch qualitative Überlegungen in die Entscheidungsfindung einzubeziehen und die gesetzlich / vertraglichen Bestimmungsgründe für die entsprechenden Ausgabenpositionen zu prüfen.

Die meisten der im Rahmen des Festlegungsentwurfs 2014 getroffenen Zuordnungsentscheidungen würden hierüber genauso getroffen wie durch die nunmehr vorgenommene empirische Prüfung.

Zu 25.) Geänderte Berücksichtigung von DMP- Ausgaben im Regressionsverfahren

Die Ausführungen des BVA sind korrekt. Eine künstliche Herausnahme von fiktiven Ausgaben aus einer Kostenermittlung, in der die realen Ausgaben gar nicht enthalten sein können, ist nicht sachgerecht.

Zu 27.) Kostenerstatter

Zu diesem Punkt verweisen wir auf die separate Stellungnahme an den GKV-SV vom 16.08.2013.

Zu 28.) Nullsetzung von Regressionskoeffizienten aufgrund fehlender statistischer Signifikanz

Der Sachverhalt wird von der BARMER GEK anders bewertet. Beim T-Test lautet die Nullhypothese, dass ein Regressionskoeffizient gleich 0 ist. Liefert der Test kein signifikantes Ergebnis, kann die Nullhypothese nicht verworfen werden und gilt folglich wieder. Somit wäre dann der Regressionskoeffizient richtigerweise gleich 0 zu setzen.

Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine Stichprobe oder die Vollerhebung handelt, da abschließend immer auch das Vollmodell selbst geprüft wird. Die Modellanpassung erfolgt in separaten Einzelschritten und teilweise auf Basis der Stichprobe. Die Relevanz jedes einzelnen Parameters im Gesamtmodell wird auf diese Weise während der Weiterentwicklung nicht geprüft. Nicht signifikante Parameter können somit auch noch im finalen Modell z.B. darauf hindeuten, dass ein Parameter keinen Einfluss auf die zu erklärenden Kosten hat oder dass nach Zusammenführung aller Änderungen ein Multikollinearitätsproblem vorliegt. In beiden Fällen wäre die Höhe des Regressionskoeffizienten eher zufällig und sollte keinen Eingang in die Berechnung der Zuweisungen finden. Die Bewertung des Gesamtmodells mit Hilfe statistischer Gütemaße würde durch den zufallsbedingten Einfluss nicht signifikanter Koeffizienten ebenfalls erschwert.

Ein Beibehalten nicht signifikanter Prädiktoren würde außerdem nicht dem internationalen Standard entsprechen.