

## **Stellungnahme der BARMER zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2024 vom 09.06.2023**

### **Vorbemerkung**

Gemäß § 8 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) jährlich zum 30. September das Versichertenklassifikationsmodell für das folgende Ausgleichsjahr fest.

Auch für das Klassifikationsverfahren 2024 ist ein Festlegungsentwurf vorgelegt worden. Da das BAS für das Jahr 2023 mehrere Sondergutachten zu erstellen hat, ist der Festlegungsentwurf 2024 im Vergleich zu den Vorjahren weniger umfangreich. Die Schwerpunkte lagen hierbei auf die Bearbeitung noch offener GKV-SV Vorschläge des Vorjahres. Insgesamt wurden 7 Krankheitshierarchien bearbeitet.

Bereits mit der Festlegung für das Jahr 2020 eingeführte Elemente wie Alterssplits wurden dagegen erneut nicht systematisch überprüft.

Mit Datum vom 09.06.2023 hat das BAS den Krankenkassen den Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2023 übermittelt.

### **Allgemeine Anmerkungen zum Vollmodell**

Die strukturierte Vorgehensweise durch die bearbeiteten Hierarchien wird positiv gesehen. Dabei wird die bisherige Anzahl von insgesamt 396 HMGs auf 385 HMGs leicht reduziert.

Insbesondere die Berücksichtigung von zahlreichen Arzneimittelwirkstoffgruppen trägt zur weiteren Stärkung der Manipulationsresistenz bei. Jedoch wurden im Entwurf aus Ressourcengründen nur wenige Hierarchien überarbeitet.

Wir bitten um einen Hinweis darauf, ob im kommenden Jahr die noch offenen Vorschläge zur Berücksichtigung von Arzneimitteln sowie die Beseitigung von Komorbiditäten weiterverfolgt werden oder ob andere Themenschwerpunkte gewählt werden.

Ein sinnvoller Vergleich des Entwurfs 2024 mit dem Vorjahr ist für die BARMER auch dieses Jahr nicht möglich. Der Entwurf 2024 wird ausschließlich mit Risikozuschlägen ohne Nullsetzung der HMG veröffentlicht. Für das Vorjahr (Datenbasis AJ2023, Daten JA2021) sind den Kassen nur Risikozuschläge mit Nullsetzung der HMGs bekannt. Durch das Nullsetzen verschieben sich einerseits die Zuweisungsanteile innerhalb der Hierarchien und andererseits von AGG zu HMG in signifikanter Höhe. Erst durch entsprechende Veröffentlichungen des GKV-SV wird dieses Problem für die Kassen behoben. Allerdings mit einem zeitlichen Verzug von 3 Wochen. Dadurch geht viel Zeit für die Bewertung des Festlegungsentwurfs verloren. Wir regen daher an, den Festlegungsentwurf mit Risikozuschlägen sowohl ohne als auch mit Nullsetzung zu veröffentlichen. Der Aufwand dafür wird nicht hoch eingeschätzt.

## **Ausgangsmodell**

Die Verwendung eines Ausgangsmodells, anstelle des Vorjahresmodells ist für die Anpassung der Diagnosezuordnungslisten an den ICD-Katalog 2023 notwendig.

Aus unserer Sicht sollte im Ausgangsmodell jedoch keine medizinische Überprüfung bereits vorhandener ICD-Zuordnungen zu Diagnosegruppen vorgenommen werden. Für uns sind diese Verschiebungen nicht transparent und es fehlen Begründungen für diese Verschiebungen. Die Darstellung zu Beginn einer jeden Hierarchie ist nicht ausreichend und für uns nicht simulierbar dargestellt.

Eine Überprüfung der Zuordnung von bereits im Modell vorhandenen ICDs und ggf. die Verschiebung von ICDs in andere Hierarchien oder Diagnosegruppen stellt eine reguläre Anpassung des Modells dar und gehört daher unseres Erachtens nicht in das Ausgangsmodell, sondern sollte regulär im Entwurf behandelt und bewertet werden.

## **Vorschlag für eine zukünftige Formalisierung**

Bereits im vergangenen Jahr hat die BARMER für Hierarchiekonsolidierungen eine Formalisierung vorgeschlagen, wann HMGs für eine Zusammenlegung in Betracht gezogen werden können. Diesen Vorschlag wollen wir erneut zur Diskussion stellen, da allgemeingültige Regelungen für die Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens viele Fragen im Vorfeld klären würden.

Nachfolgend der BARMER Vorschlag aus der letzten Anhörung. Eine Regelung könnte in Abhängigkeit der Höhe des Kostenschätzers oder der Gesamtzuweisung formuliert sein. Für Rückfragen steht die BARMER gerne zur Verfügung.

### HMG Konsolidierung

Eine HMG mit Zuschlag > 5.000€

Differenz der Zuweisungen < 10% des größeren Betrags

Oder bis zu 20% wenn Gesamtzuweisung (GKV) der kleineren HMG 5 Mio. €

Eine HMG mit Zuschlag < 5.000€, >500€

Differenz der Zuweisungen < 30% des größeren Betrags

Oder bis zu 40% wenn Gesamtzuweisung (GKV) der kleineren HMG 5 Mio. €

Eine HMG mit Zuschlag < 500€ >50€

Differenz der Zuweisungen < 50% des größeren Betrags

Oder bis zu 60% wenn Gesamtzuweisung (GKV) der kleineren HMG 5 Mio. €

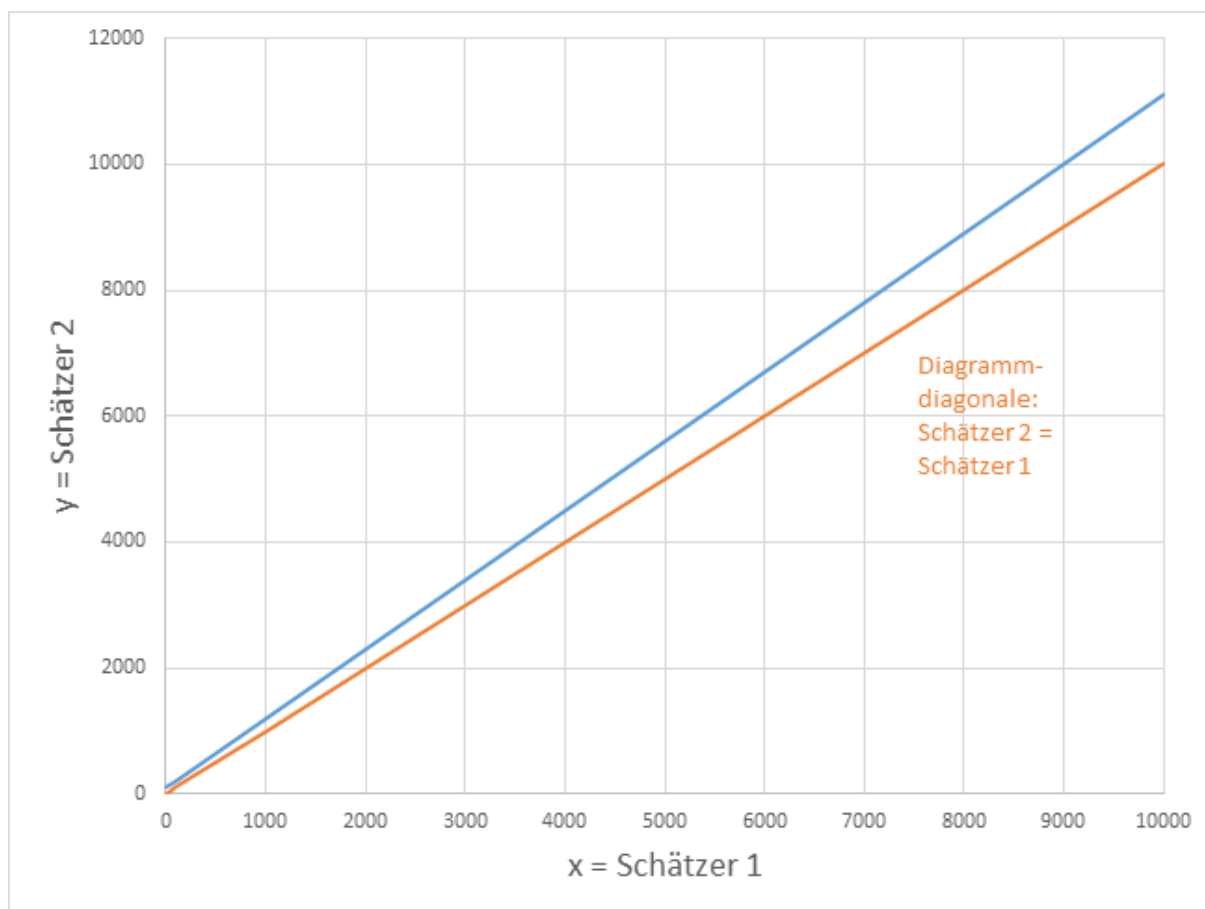
Eine HMG mit Zuschlag < 50€

Keine Beschränkung

Oder eine alternative Formulierung, die ähnliche aber nicht genau die gleichen Grenzen vorgibt:

Wenn Schätzer 1 < Schätzer 2: Schätzer 2 <= Schätzer 1 + a + b \* Schätzer 1

Der Schätzer 2 darf dann für eine Zusammenlegung maximal so groß sein, wie es die Formel oben angibt, wobei a und b passend gewählt werden müssen, z. B.  $a = 100$  und  $b = 0,1$ .



## Regionalisierung

Die Prüfung der Variablen für die Regionalkomponente wurde nach dem gleichen Verfahren durchgeführt, wie in den vergangenen Jahren. Aus Sicht der BARMER ist das Verfahren nachvollziehbar.

## Auslandsversicherte

Es ist nicht ersichtlich, inwiefern der EU-Austritt Großbritanniens Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben hat. Ohne entsprechende Begründung sollte Großbritannien keinen Sonderstatus einnehmen, sondern analog zu den anderen Ländern mit weniger als 1000 VJ behandelt werden. Demnach müsste es der WLG0005 zugeordnet werden.

## Hierarchien

### a) Hierarchie 01 – Infektionen

#### Arzneimittelvalidierung der Tuberkulose- und Syphilis-DxG

Die Einführung der Arzneimittelvalidierung für Tuberkulose- sowie Syphilis-Diagnosen befürworten wir.

Bei den Tuberkulose DxGs 358 (Sonstige Tuberkulose), 532 (Schwere Tuberkulose), 551 (Knochen-Tuberkulose) sind die Glucocorticoide (ATC H02AB) bisher nicht in der Arzneimittelliste enthalten. Die Therapie mit Glucocorticoiden ist – neben entsprechender anti-infektiöser Therapie – bei besonderen Formen indiziert. Wir bitten um Aufnahme des ATC-5-Steller H02AB in die DxGs 358, 532 und 551.

Der ATC A07AA – Antibiotika sind lokal wirkende Antibiotika, die bei Tuberkulose nicht medizinisch indiziert sind. Sie müssen systemisch wirken. Wir schlagen daher vor, den ATC Code A07AA aus den DxGs 358, 532 und 551 zu streichen.

## **b) Hierarchie 02 – Bösartige Neubildungen**

Das BAS hat die Prüfung der folgenden Vorschläge bereits mit der Festlegung zum AJ2023 in einem der nächsten Anpassungszyklen angekündigt. Auch wenn für das AJ2024 vermutlich keine Überprüfung stattfinden wird, möchten wir einige Vorschläge zur Hierarchie 02 an dieser Stelle noch einmal bekräftigen.

### **Zuordnung des myelodysplastischen Syndroms aus H08 in H02**

Vor dem Hintergrund der Berücksichtigung des Wirkstoffes Lenalidomid (L04AX) in der DxG 973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ weist der GKV-SV in der Hierarchie 02 in seiner Stellungnahme im AJ2023 darauf hin, dass aus seiner Sicht eine Auseinandersetzung mit der Zuordnung des MDS fehle. Die zugehörigen ICD-Kodes D46.6, D46.7 und D46.9 seien dem zweiten Strang der Hierarchie 08 zugeordnet. Der verwandte ICD-Kode C94.6 „Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar“ sei bereits den HMGs 0264, 0331, 0332 und 0333 zugeordnet. Da sich aus einem MDS eine Leukämie entwickeln könne, solle die MDS in die hämatologischen Neubildungen der Hierarchie 02 integriert werden.

Wir bitten um Herauslösung der ICD-Codes D46.6, D46.7 und D47.9 aus den HMGs/DxGs 49/230 und 194/243 der Hierarchie 08 und Zuordnung zur Hierarchie 02.

### **Berücksichtigung von weiteren ATC-Codes**

Wir bitten um Prüfung der Aufnahme des ATC L01XX51 (Talimogen laherparepvec), das für Patienten mit nicht resezierbarem, lokal oder entfernt metastasiertem Melanom, das noch nicht in Knochen, Gehirn, Lunge oder andere innere Organe vorgedrungen ist, eingesetzt wird. Darüber hinaus erscheint die Aufnahme des ATC L01XX52 (Venetoclax), welcher für die Behandlung einer chronischen lymphatischen Leukämie und einer akuten myeloiden Leukämie eingesetzt wird ebenfalls angezeigt. Beide ATC wären in der Liste zur Arzneimitteldifferenzierung der DxG 972 bzw. der HMG0332 zu ergänzen.

Die hochpreisigen Onkologika L01XG (Proteasom-Inhibitoren) und L01XK (Poly-ADP-Ribose-Polymerase (PARP)-Inhibitoren) werden bislang bei der Arzneimitteldifferenzierung nach Wirkmechanismen bei den Bösartigen Neubildungen (HMGs 331 bis 333) nicht berücksichtigt. Versicherte mit diesen Therapien zeigen starke Unterdeckungen. Nach unseren Analysen würde eine entsprechende neue DxG/HMG (Bösartige Neubildungen: Therapie mit Proteasom- oder PARP-Inhibitoren) hohe Zuschläge aufweisen und wäre in der Hierarchiebeziehung zwischen der HMG0333 und der HMG0331 einzuordnen.

**Prüfung Sonderfall 2 Bedarfsmedikation**

Der GKV-SV weist in seiner Stellungnahme zum AJ2023 darauf hin, dass durch die Verwendung des Aufgreifkriteriums Sonderfall 2 – Bedarfsmedikation (42 / 21 BT) anstelle des Aufgreifkriteriums Sonderfall 1 – Dauermedikation (183 / 92 BT) sich die Modellkennzahlen deutlich verbessern. Eigene Analysen der BARMER zeigen diese Verbesserung ebenfalls deutlich im Festlegungsentwurf 2024. Wir bitten daher die Verwendung des Aufgreifkriteriums Sonderfall 2 (42 / 21 BT) für die DxGs 971, 972 und 973 zu prüfen.

**c) Hierarchie 08 – Hämatologische Erkrankungen**

Die DxG 240 – TMA/TTP/HUS mit Dauermedikation sollte um den Wirkstoff Rituximab (ATC L01FA01 (bzw. bis Datenjahr 2021: L01XC02) ergänzt werden. Rituximab ist ein Medikament, das das Immunsystem unterdrückt. Oft wird es bei TTP-Patienten angewendet, um nach der Behandlung mit Kortikosteroiden und Plasmapherese einen Rückfall zu verhindern.

**d) Hierarchie 13 – Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule**

Der ATC A07AA sind lokal wirkende Antibiotika, die bei Infektionen der Wirbelsäule nicht medizinisch indiziert sind. Sie müssen systemisch wirken. Wir bitten daher den ATC Code A07AA aus der DxG 1332 zu streichen

**e) Hierarchie 16 – Herzerkrankungen****Zusammenlegung HMG0077 und HMG0290 wegen Hierarchieverletzung**

Bei Wechsel der Datenbasis auf den JA2024 gibt es ggf. keine Hierarchieverletzung mehr. Solche Hierarchieverletzungen könnten dem iterativen Algorithmus zur Berechnung der Regressionskoeffizienten überlassen werden.

**f) Hierarchie 18 – Gefäß- und Kreislauferkrankungen**

Keine Anmerkungen.

**g) Hierarchie 19 – Erkrankungen der Lunge****Überarbeitung der ATC-Abgrenzung für Pneumonie-DxGs**

Die ATC A01AB und A07AA sind lokal wirkende Antibiotika, die bei der Kandidose der Lunge medizinisch nicht indiziert sind. Sie müssen systemisch wirken. Wir bitten daher den ATC Code A01AB und A07AA aus der DxG 13 – Kandidose der Lunge zu streichen.

Bei den DxGs 15 – Pneumozystose, 468 - Andere und n.n.bez. Pneumonie und 932 - Spezielle Pneumonien bestehen inkonsistente Zuordnungen der ATC J01EE, J01EC und J01EA. Diese müssten bei den DxGs 13, 468 und 932 gleichermaßen Berücksichtigung finden.

**Arzneimitteldifferenzierung bei Mukoviszidose (> 11 Jahre)**

Die Einführung der Arzneimittelvalidierung bei Mukoviszidose mit Kausaltherapie befürworten wir.

Bei der Überarbeitung der Mukoviszidose wird auch die ATC-Auswahl der DxG 449 - Mukoviszidose (> 11 Jahre) angepasst. Dabei werden die ATC H02AB - Glucocorticoide, J01CF - Beta Lactanase resistente Penicilline und J01DI - Andere Cephalosporine und Peneme aus der DxG 449 gestrichen. Es fehlt eine Begründung, warum die drei ATC aus der DxG 449 gestrichen wurden.

**h) Hierarchie 22 – Erkrankungen der Haut**

Keine Anmerkungen.

**i) Hierarchie 29 – Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen**

Keine Anmerkungen.

Unsere Anmerkungen und Vorschläge zu den einzelnen Hierarchien, sind nochmals wie gewünscht in der beigefügten Excel-Tabelle *00\_Vorlage\_Stellungnahmen\_BARMER\_040823\_final.xlsx* zusammengefasst dargestellt.