

Stellungnahme der BARMER zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2023 vom 17.06.2022 nach § 8 Abs. 4 RSAV

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 2023 ist ein umfangreicher Festlegungsentwurf vorgelegt worden. Schwerpunkt des Entwurfs ist die Prüfung von Vorschlägen zur Berücksichtigung von Arzneimitteln. Dabei sind zum Teil auch schon viele Jahre zurückliegende Vorschläge aufgegriffen worden. Weiterhin stehen die Identifizierung bestehender Komorbiditäten und die Verringerung von Über- bzw. Unterdeckungen einzelner Versichertengruppen im Fokus des Entwurfs.

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

Schließlich wird mit dem vorliegenden Festlegungsentwurf für das AJ 2023 die Reform der Zuweisungen für die Auslandsversicherten im Klassifikationsmodell umgesetzt. Für die Zuordnung dieser Versicherten zu Risikogruppen werden die bisherigen AusAGG durch Wohnlandgruppen (WLG) ersetzt.

Mit Datum vom 17.06.2022 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 390 HMGs auf 403 HMGs leicht erhöht.

Insbesondere die Berücksichtigung von zahlreichen Arzneimittelwirkstoffgruppen trägt zur weiteren Stärkung der Manipulationsresistenz bei. Jedoch wurden im Entwurf nicht alle 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.

Bei einigen wenigen Vorschlägen der Modellanpassung des Entwurfs werden die für die Bewertung herangezogenen Gütemaße schlechter. Dennoch werden die Änderungen häufig übernommen. Dies suggeriert eine subjektive Bewertung von Umsetzungsvorschlägen. Auf-

grund des enormen Verteilungsvolumens über den Morbi-RSA und der daher einhergehenden wirtschaftlichen Bedeutung für die Kassen schlagen wir erneut die Definition einer allgemeinen Grenze vor, bis zu welcher maximalen negativen Änderung der Modellkennzahlen eine Übernahme des Vorschlags hinnehmbar ist. Dies würde insgesamt zu einer höheren Akzeptanz bei den Kassen führen.

Ein sinnvoller Vergleich des Entwurfs 2023 mit dem Vorjahr ist für die BARMER auch dieses Jahr nicht möglich. Der Entwurf 2023 wird ausschließlich mit Risikozuschlägen ohne Nullsetzung der HMG veröffentlicht. Für das Vorjahr (Datenbasis AJ2022, Daten JA2020) 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.

Seit Einführung des Morbi-RSA arbeitet das BAS beim Festlegungsentwurf mit einem Ausgangsmodell. Die Darstellung eines Ausgangsmodells war nötig, weil jahrelang nur maximal 80 Auswahlkrankheiten im Morbi-RSA berücksichtigt werden konnten. Dies hat dazu geführt, dass jedes Jahr eine unterschiedliche Anzahl an Krankheiten gegenüber dem Vorjahr aus dem Modell herausgenommen und im Gegenzug neue Krankheiten hinzugefügt werden mussten. Seit dem Verfahren 2021 wird das sogenannte Vollmodell umgesetzt. Damit werden alle rund 360 für den Morbi-RSA definierten Krankheiten berücksichtigt. Der jährliche Austausch von Krankheiten entfällt damit seit Einführung des GKV-FKG. Veränderungen im Klassifikationsmodell können daher ohne den Zwischenschritt eines Ausgangsmodells direkt mit dem Modell des Vorjahrs verglichen werden und würden das Verfahren um einen aufwendigen Prozess entlasten.

Erneut weisen wir darauf hin, dass die im Festlegungsentwurf 2020 eingeführten Alterssplits erneut nicht systematisch geprüft worden sind. Aufgrund der demographischen Änderungen in der Bevölkerung sind zumindest die bereits eingeführten Alterssplits jährlich zu überprüfen, damit keine neuen Verzerrungen hinsichtlich Über- oder Unterdeckungen von Versicherungstruppen entstehen.

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. €

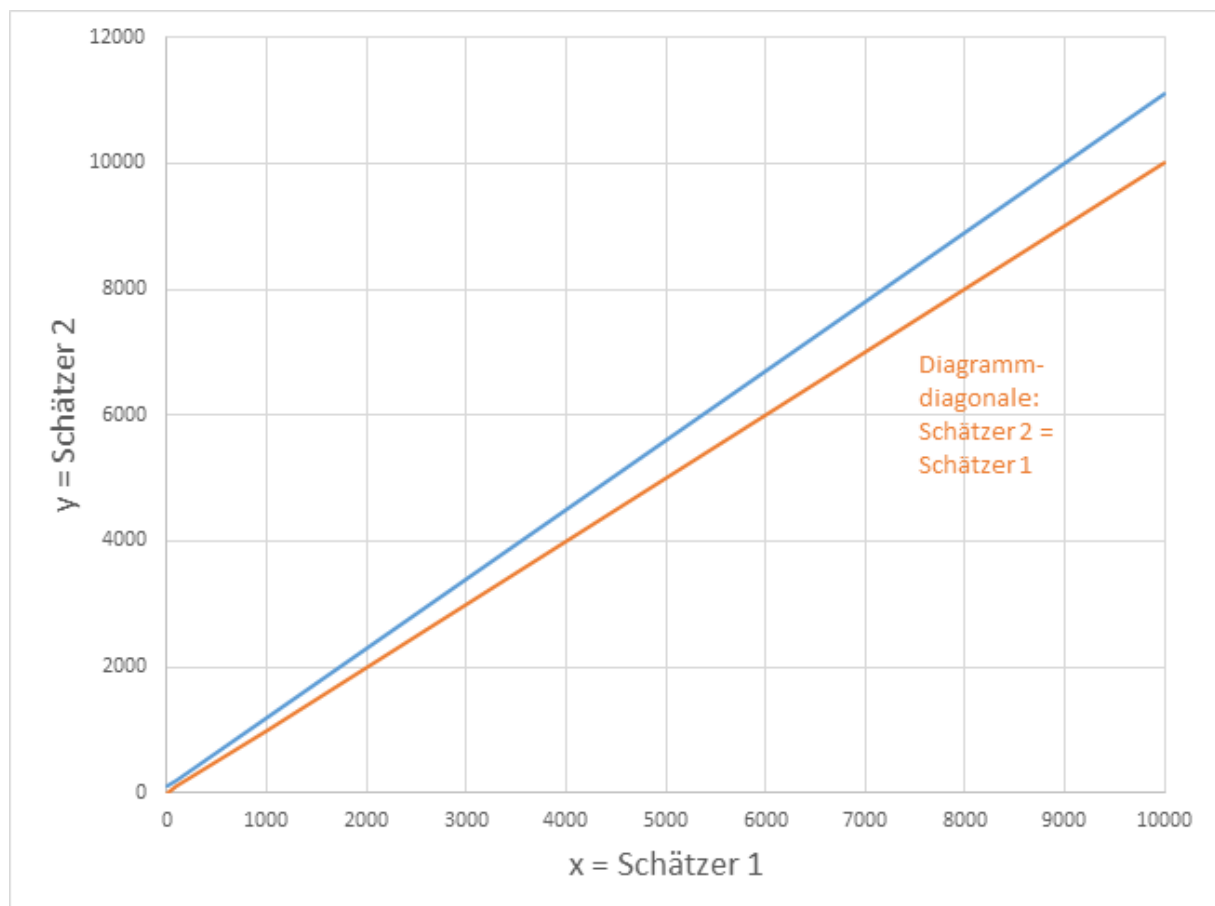
Eine HMG mit Zuschlag < 500€ >50€
 Differenz der Zuweisungen < 50% des größeren Betrags
 Oder bis zu 60% wenn Gesamtzuweisung (GKV) der kleineren HMG 5 Mio. €

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

Das vom BVA vorgeschlagene Verfahren entspricht Modell 3 aus dem „Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3c SGB V i. V. m. § 33a Abs. 4 RSAV“ (Folgegutachten) von ESFOMED et al. vom 29.11.2019.

Bereits die Version aus dem Folgegutachten begegnete bei uns Bedenken. Bei der korrekten Zurechnung von Zuweisungen für Versicherte im Ausland ist eine Reihe von Sachverhalten zu beachten, die systematische Auswirkungen auf das Ausgabenrisiko haben, ohne von den Krankenkassen selber beeinflussbar zu sein. Mit dem Wohnland des jeweiligen Versicherten hat sowohl ESFOMED als auch das BAS den heute wichtigsten Sachverhalt erkannt und bildet ihn sachgerecht ab.

Es ist aber unverständlich, dass das BAS (wie das ESFOMED) gleichzeitig einen für das Ausgabenrisiko sehr relevanten Sachverhalt aktiv ausschließt, der bisher ausgeglichen wird, nämlich Alter und Geschlecht der Versicherten.

Über 95% der ca. 450 Mio. Auslandsausgaben auf Seite 583 des Entwurfes werden versichertenbezogen abgerechnet. Für die 214 bzw. 176 Mio. € Inlandsausgaben gilt dies ohnehin. Damit sind ältere Versicherte natürlich – bei gleichem Wohnland – regelmäßig stärker von diesen Ausgaben betroffen als jüngere.

Auch die Verteilung der Auslandsversicherten auf die Alters- und Geschlechtsgruppen differiert zwischen den Kassen und Kassenarten genauso wie die der Inländer. So ist die Alters- und Geschlechtsmorbidität der BARMER- Auslandsversicherten (bewertet man sie mit den bisherigen AUSAGG- Zuschlägen) im GKV- Vergleich sogar noch einmal höher als bei den Inlandsversicherten.

Natürlich ist die Ermittlung von Alters- und Geschlechtzuschlägen mittels einer Regression für einzelne Wohnländer und auch für Wohnlandgruppen (noch) nicht möglich.

Es ist aber ohne weiteres möglich, nach bestehendem Verfahren AUSAGG – Zuschläge zu ermitteln (ohne die seit 2013 gültige Begrenzung) und diese je Wohnlandgruppe mittels eines Faktors an die Gesamtausgaben der jeweiligen Wohnlandgruppe anzupassen. Meistens wird dieser unter 1 liegen, für manche Wohnlandgruppen aber ziemlich sicher auch darüber. Damit entsteht kein einheitlicher Tageszuschlag je Wohnlandgruppe, sondern 40 verschiedene, was der Realität in dieser Gruppe aber auch deutlich gerechter wird. Wie bei der seit 2013 gültigen Regelung werden dann die Zuschläge für Inlandsversicherte (außer Krankengeld) entsprechend dem Verhältnis der Summe aller Brutto- AUSAGG und der Summe der nach dem BAS- Verfahren heranzuziehenden Ausgaben korrigiert.

Hierbei wird der Zusammenhang von Alter, Geschlecht und Ausgabenrisiko aus Deutschland auf alle Wohnlandgruppen übertragen. Dies erscheint auch sachgerecht, denn es entspricht nicht nur der Praxis der AUSAGG seit 2009. Vielmehr ist dieser Zusammenhang für ein Drittel des Zuweisungsvolumens (die Inlandsausgaben) ohnehin richtig. Und der Zusammenhang zwischen Alter/Geschlecht und Ausgabenhöhe wurde deswegen von 1994 bis 2008 als fast alleinige Variable für den Risikostrukturausgleich gewählt, weil er in vergleichbaren Gesundheitswesen auch überall vergleichbar festgestellt wurde (vgl. z.B. Werner Schneider: „Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung“, Erich Schmidt Verlag 1994).

Die BARMER regt daher an, unter Maßgabe der AUSAGG für jede Wohnlandgruppe 40 nach Alter und Geschlecht unterschiedliche Zuschläge zu schaffen. Es besteht sonst die Gefahr, dass die Diskussion um das richtige Verfahren für die Versicherten im Ausland durch diesen partiellen Rückschritt nicht zur Ruhe kommt

Hierarchien

a) Hierarchie 04

In der Hierarchie 04 *Metabolische Erkrankungen* wurden durch die Zusammenlegung der bisherigen Hierarchien 03 *Diabetes*, 04 *Metabolische Erkrankungen* und 30 *Ernährungsbezogene Erkrankungen* vielfache Veränderungen vorgenommen. Im Endergebnis hat das dazu geführt, dass die HMG0962 *Adipositas III / extreme Adipositas bei Kindern u. Jugendlichen von 3 bis unter 18 J.* als isolierter Strang alleine steht. Zusammen mit der HMG0091 *Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen* und der HMG0387 *Lipodystrophie o. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert* werden die HMG0179 *Sonst. Adipositas, sonst. od. n.n.bez. Stoffwechselstörungen* und HMG0384 *Störungen d. Lipoproteinstoffwechsels u. sonst Lipidämien o. LDL-Apherese dominiert*. Die BARMER schlägt aufgrund der Kostenschätzer vor, die HMG962 zwischen die HMG0019 *Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen* und HMG0509 *Hypoglykämien ohne Koma* einzusortieren. Die HMG0016 *Sonstiger Diabetes mellitus mit anderen Komplikationen* soll weiter die HMG0019 dominieren. Auch wenn die Kostenschätzer der HMGs 0509, 0962 und 0019 relativ nahe beieinanderliegen und in anderen Fällen eine Zusammenlegung zumindest für prüfenswert erachtet wird, sollten diese HMGs aufgrund ihres jeweils deutlich unterschiedlichen Krankheitsbildes getrennt bleiben.

In der Hierarchie 04 wird die DxG0878 *Hypercholesterinämie, gemischte und sonstige Hyperlipidämie, sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels mit Dauermedikation und LDL-Apherese* über den Sonderfall 4 „extrakorporale Blutreinigung“ aufgegriffen. Neben dem Kennzeichen extrakorporale Blutreinigung müssen für Versicherte ab dem 12. Lebensjahr zusätzlich 183 Behandlungstage vorhanden sein, wobei eine Verordnung im gleichen Quartal einer Diagnose vorliegen muss. Untersuchungen im Datenbestand der BARMER haben gezeigt, dass eine ganze Reihe der Versicherten mit einer LDL-Apherese Behandlung keine ausreichende Medikation für die Erfüllung der Zuschlagsvoraussetzungen erhalten haben. Gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschuss, Anlage I, Nummer 1 § 3 (3) kann eine LDL-Apherese Behandlung auch durchgeführt werden, wenn Patienten, die

auf eine mindestens sechsmonatige Behandlung mit mindestens drei Basistherapeutika (eines davon Methotrexat) in adäquater Dosierung und darüber hinaus auf die Behandlung mit Biologika (TNF-alpha-Inhibitoren und/oder Interleukin-1-Inhibitoren) nicht angesprochen haben oder bei denen eine Kontraindikation gegen diese Arzneimittel besteht. Die BARMER schlägt daher für die DxG0878 die Einführung einer neuen Sonderregel vor, bei der für Versicherte ausschließlich auf das Vorliegen des Kennzeichens extrakorporale Blutreinigung geprüft wird.

b) Hierarchie 16

In der Hierarchie 16 Herzerkrankungen bilden die ICD-Codes Z45.00 *Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers*, Z45.01 *Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiofibrillators* und Z45.08 *Anpassung und Handhabung von sonstigen kardialen (elektronischen) Geräten* die DxG0639 *Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiofibrillator, Sonstiges*. Die ICD-Codes Z45.02 *Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems* und Z95.80 *Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems* sind Bestandteil der neuen DxG0974 *Herzunterstützende Systeme: Kunstherz*. Aus Sicht der BARMER sind nicht alle medizinisch relevanten Diagnosen für die beiden DxGs berücksichtigt worden. Es wird daher vorgeschlagen den ICD-Code Z95.0 *Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts* in die DxG0639 einzusortieren. Darüber hinaus wird vorgeschlagen den ICD-Code Z99.4 *Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz* der DxG0974 zuzuordnen.

Sonstiges

In der Hierarchie 31 wird die Verschiebung der beiden ICD-Kodes E89.4 *Ovarialinsuffizienz nach medizinischen Maßnahmen* und E89.5 *Testikuläre Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen* aus der Hierarchie 04 *Metabolische Erkrankungen* in die DxG0339 *Testikuläre Dysfunktion* und DxG0515 *Ovarielle Dysfunktion* der Hierarchie 31 *Gynäkologische und andrologische Erkrankungen* untersucht. Aufgrund der steigenden Anzahl der Zuschläge ohne eine Verbesserung der Gütemaße des Modells wird der Vorschlag verworfen. Die beiden ICD-Kodes E89.4 und E89.5 werden in der ICD-DxG-HMG-Tabelle jedoch sowohl in der Hierarchie 04 als auch in der Hierarchie 31 geführt.