



Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich Anhörungsverfahren zum Entwurf der Festlegung für das Jahr 2020

BVA AZ 312 - 5572.11 - 88/2019

Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der Handelskrankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse

Zu den vom Bundesversicherungsamt beabsichtigten Veränderungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung. Die Gliederung unserer Stellungnahme entspricht dabei weitestgehend der Gliederung in den Erläuterungen des BVA zur Festlegung.

zu II. Hierarchieübergreifende Hinweise

zu II.5 Anpassungen an den ICD-10-GM 2019

Die Anpassungen sind medizinisch nachvollziehbar.

zu II.6 Mehrfache Arzneimitteldifferenzierung

Gemäß den Ausführungen in der Erläuterung zum Klassifikationsmodell hat das BMG den Wissenschaftlichen Beirat und das BVA gebeten, eine stärkere Berücksichtigung von Arzneimitteln in Form der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung vorzusehen. Vor diesem Hintergrund halten wir die nun vorgesehene pyramidale Ausgestaltung für sinnvoll, da bei dieser Ausgestaltung unterjährige Wechsel in der Arzneimitteltherapie angemessen abgebildet werden.

Bei den genannten Kriterien für die Auswahl der HMGs, in denen bereits im Modell für 2020 eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung durchgeführt wird, sollte noch ein weiteres Kriterium ergänzt werden. Wie vom BVA ausgeführt sollte eine pharmakologische Abgrenzung von Arzneimittelgruppen möglich sein. Zusätzlich sollte die Abgrenzung der Arzneimittelgruppen mit abgrenzbaren medizinisch-inhaltlichen Schweregraden innerhalb der Ausgangs-HMG korrespondieren.

zu II.7 Alterssplits

Derzeit sind im RSA bei der Betrachtung der Deckungsbeiträge nach Anzahl der Morbiditätsgruppen der Versicherten starke Überdeckungen bei hohen Altersgruppen zu beobachten, während insbesondere jüngere Altersgruppen deutlich unterdeckt sind. Im Sondergutachten des Wiss. Beirats aus 2017 wurde entsprechend dargestellt, dass eine umfassende Einführung von Altersinteraktionstermen bestehende Über- und Unterdeckungen nach Altersgruppen deutlich reduzieren kann. In der Folge hat das BMG mit Schreiben vom 4.2.2019 das BVA aufgefordert, die statistisch relevanten Altersinteraktionsterme zu identifizieren und in der Festlegung für das Jahr 2020 umzusetzen.

Vor diesem Hintergrund sind die Identifikation der relevanten Altersinteraktionen sowie deren möglichst umfassende Umsetzung erforderlich. Mit der begrenzten Umsetzung für "wenige ausgewählte HMGs" (S. 21 der Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung) bleibt daher die vorgesehene Umsetzung weit hinter den Reformnotwendigkeiten zur Beseitigung der bestehenden Verzerrungen im RSA zurück.

Umso notwendiger ist es daher, wenigstens für die identifizierten 20 HMGs mit den höchsten altersbezogenen Über- und Unterdeckungen (aufgelistet auf S. 25 der Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung) die Alterssplits vollständig umzusetzen und keine weiteren Eingrenzungen mehr vorzunehmen.

Eine Eingrenzung der näher geprüften Splits nur auf HMGs, die sich in aus anderen Gründen im Rahmen der Festlegung bearbeiteten Hierarchien befinden, wirkt willkürlich - insbesondere, wenn sich ohnehin drei der so von der weiteren Betrachtung ausgeschlossenen HMG in einer einzigen Hierarchie befinden (HMGs 110, 215 und 216 gehören zu den Lungenerkrankungen). Der Ausschluss von HMGs, für die im aktuellen Festlegungsverfahren eine (mehrfache) Arzneimitteldifferenzierung eingeführt werden soll, erscheint zunächst pragmatisch. Allerdings sollte geprüft werden, ob die hohen Deckungsbeitragsunterschiede nach Alter mit Einführung

der Arzneimitteldifferenzierung wie erwartet tatsächlich reduziert werden. Dies gilt insbesondere für die HMG 252 (Chronischer Schmerz ohne Dauermedikation), denn diese HMG ist von der neuen mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung nur höchst indirekt betroffen, so dass ohne nähere Analyse nicht erkennbar ist, inwieweit die festgestellten Deckungsunterschiede nach Alter tatsächlich nennenswert reduziert werden.

Für aus medizinischer Sicht eher heterogene HMGs, die hohe Fallzahlen aufweisen und tendenziell Diagnosen unterschiedlicher Krankheitsbilder enthalten, präferiert das BVA eine diagnosebasierte Unterteilung der HMG. Die Altersdifferenzierung sollte nach Ansicht des BVA nur ersatzweise vorgenommen werden, wenn der diagnosebasierte Differenzierungsansatz erfolglos verläuft. Da ohnehin schon grundsätzlich bei der Bildung von HMG eine medizinisch-inhaltliche enge Abgrenzung ebenso wie Kostenhomogenität gewährleistet sein sollte wird diese Priorisierung von uns grundsätzlich klar unterstützt. Die vom BVA in diesem Kontext genannte Ausnahme der HMG 091 von den geplanten Alterssplits erschließt sich dabei jedoch nicht. Da für die HMG 091 keine medizinisch-inhaltliche Differenzierung im laufenden Verfahren vorgesehen ist, ist es dringend erforderlich, wenigstens eine Altersdifferenzierung der HMG vorzunehmen, zumal nach den Auswertungen des BVA auf S. 25 der Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung die HMG 091 von allen HMGs die höchste altersbezogene Über- / Unterdeckung aufweist. Wir bitten daher darum, den erforderlichen Alterssplit der HMG 091 im Rahmen der Überarbeitung der Hierarchie 16 mit vorzusehen.

Die Ergebnisse der Analyse der altersbezogenen Über- / Unterdeckungen zeigen die Notwendigkeit der Einführung von Alterssplits klar auf. Die Umsetzung folgt dann wiederum der Aufforderung seitens des BMG im Schreiben vom 4.2.2019. Das Vorgehen, die endgültige Entscheidung über die Einführung der identifizierten Alterssplits unter den Vorbehalt der Entwicklung der versichertenindividuellen Gütemaße R^2 , CPM und MAPE zu stellen, kann allerdings nicht nachvollzogen werden. Die fehlende Aussagekraft der statistischen Gütemaße hinsichtlich des Problems der altersspezifischen Über- / Unterdeckungen hat vielmehr gerade zur Aufforderung seitens des BMG geführt, Alterssplits durchzuführen. Daher halten wir es für erforderlich, für die identifizierten HMG die Alterssplits auch tatsächlich umzusetzen. Die Ablehnung eines Alterssplits allein wegen widersprüchlicher versichertenindividueller Kennzahlen (wie im laufenden Anhörungsverfahren für die HMG 080 / 082 Herzinsuffizienz angedacht) ist daher nicht zielführend (weitere Ausführungen dazu unter III.17 Hierarchie 16 "Herzerkrankungen").

zu III. Anpassung der Hierarchien

zu III. 8 Hierarchie 02: "Neubildungen"

Die vorgesehenen Anpassungen der Hierarchie 02 sind sachgerecht.

zu III. 9 Hierarchie 04: "Metabolische Erkrankungen"

Die vorgesehene Anpassung der Hierarchie 05 ist ebenfalls weitestgehend sinnvoll. Wir unterstützen insbesondere die engere Abgrenzung der für die HMG 279 berücksichtigten ATC-Kodes. Da sich hier gezeigt hat, dass die engere Arzneimittelabgrenzung zu einer deutlichen Verbesserung der Modellgüte führt, regen wir für künftige Anpassungszyklen vergleichbare Überprüfungen weiterer HMG mit ATC-Validierung an (siehe dazu auch unseren Vorschlag zur grundsätzlichen Umstellung der ATC-Validierung auf ATC-7-Steller im Rahmen der Diskussion über austauschfähige Arzneimittel im Anhörungsverfahren des letzten Jahres).

Die im Ausgangsmodell neu hinzugekommene HMG 280 Energie- und Eiweißmangelernährung stellt sowohl medizinisch als auch hinsichtlich der Kosten eine sehr inhomogene Gruppe dar. Daher erscheint es sinnvoll, diese Gruppe hinsichtlich des Schweregrads aufzuteilen. Die Diagnosen E40, E41, E42, E43 und E45 sollten einer neu zu bildenden Gruppe "schwere Energie- und Eiweißmangelernährung" zugeordnet werden, die Diagnosen E44.0, E44.1, E46 und E64.0 einer neu zu bildenden Gruppe "leichte Energie- und Eiweißmangelernährung". In der Folge wäre dann auch die Vereinigung der bisher vorgesehenen HMG 280 mit der HMG 021, die aufgrund der im Anhörungsmodell ähnlichen Kostenschätzer vorgesehen war, neu zu prüfen.

zu III. 10 Hierarchie 05: "Erkrankungen der Leber"

Die vorgesehene Anpassung der Hierarchie 05 aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl halten wir für sachgerecht.

zu III. 11 Hierarchie 06: "Gastrointestinale Erkrankungen"

Die vorgesehene Anpassung der Hierarchie 06 incl. der neuen mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung halten wir grundsätzlich für sachgerecht. Allerdings ist auch hier aus unserer Sicht eine Definition der ATC-Kodes auf 7-Steller-Ebene angemessen, da z.B. im Bereich M. Crohn

und Colitis ulcerosa viele der vom BVA berücksichtigten ATC-5-Steller auch Präparate umfassen, die bei Prüfung auf 7-Steller-Ebene nicht für die betreffenden Indikationsgebiete zugelassen sind. Dies gilt z.B. für L04AA04 Antithymozytäres Immunglobulin, L04AA25 Eculizumab, L04AA18 Everolimus, L04AA27 Fingolimod; lediglich Tofacitinib und Vedolizumab aus der Gruppe der selektiven Immunsuppressiva besitzen die Zulassung für M. Crohn bzw. C. ulcerosa. Um die betroffenen 7-Steller nicht fälschlicherweise zur Validierung heranzuziehen, ist eine generelle Definition der Arzneimittelgruppen auf 7-Steller-Ebene anzuwenden.

zu III. 12 Hierarchie 07: " Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems"

Die vorgesehene Anpassung der Hierarchie 07 aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl halten wir für sachgerecht.

zu III. 13 Hierarchie 08: " Hämatologische Erkrankungen"

Die vorgesehene Anpassung der Hierarchie 08 aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl halten wir für sinnvoll.

zu III. 14 Hierarchie 09: " Kognitive Erkrankungen"

Die vorgesehene Anpassung der Hierarchie 09 aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl halten wir für sachgerecht.

zu III. 15 Hierarchie 11: " Erkrankungen der Psyche"

Die vorgesehene Anpassung der Hierarchie 11 aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl halten wir für angemessen.

Wir unterstützen auch die vorgesehenen Alterssplits der HMGs 066 und 067 ausdrücklich. Die jeweils rechnerisch resultierenden Unterschiede der Zuschlagshöhen nach den Splits verdeutlichen, dass es sich nach Kostengesichtspunkten um sehr unterschiedliche Versichertengruppen handelt, was die Notwendigkeit der Umsetzung des Alterssplits zeigt.

zu III. 16 Hierarchie 14: "Neurologische Erkrankungen"

Wir halten die vom BVA vorgesehenen Anpassungen für sinnvoll. Die Alterssplits in den HMG 074 und 299 werden von uns ebenfalls unterstützt.

zu III. 17 Hierarchie 16: "Herzerkrankungen"

Die vorgesehene Anpassung der Hierarchie 16 aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl halten wir für sachgerecht.

Wir unterstützen auch die Alterssplits der HMGs 078, 086 sowie 092.

Der Verzicht auf den Alterssplit der HMG 080 Herzinsuffizienz ist aus unserer Sicht allerdings nicht nachvollziehbar. Vielmehr zeigt die empirische Analyse deutlich, dass auch ein Alterssplit der HMG 080 erforderlich ist.

Die vom BVA in den einzelnen Hierarchien untersuchte Wirkung spezieller Alterssplits basiert auf einer im Kapitel 7 der Erläuterungen dargestellten Auswertung der Über- und Unterdeckungen nach Altersgruppen in einzelnen HMGs. Diese Herangehensweise erscheint sinnvoll und steht in Konsequenz zur Aufforderung seitens des BMG, über Alterssplits altersspezifische Über- und Unterdeckungen abzubauen. Für die HMG 080 Herzinsuffizienz wurden dabei altersabhängig große Unterschiede bei den Deckungsbeiträgen festgestellt. Entsprechend ergibt sich im Beispiel mit einem Alterssplit ein Zuschlagsunterschied in Höhe von rd. 750 Euro. Zur Reduzierung dieser großen Unterschiede ist daher ein Alterssplit dringend erforderlich. Dass sich dabei nur ein Teil der statistischen Kennzahlen verbessert (Verbesserung R^2 , Verschlechterung CPM und MAPE gegenüber dem Alternativmodell ohne Alterssplit) ändert an der notwendigen Verringerung der Über- / Unterdeckungen nichts. Die fehlende Aussagekraft der statistischen Gütemaße hinsichtlich des Problems der altersspezifischen Über- / Unterdeckungen hat vielmehr erst zur Aufforderung seitens des BMG geführt, Alterssplits durchzuführen. Diese jetzt mit Verweis auf nicht eindeutige statistische Gütemaße abzulehnen, ist nicht nachvollziehbar. Unklar bleibt auch, welchen Einfluss Komorbiditäten auf das Ergebnis haben, zumal das BVA entschieden hat, bei der Einführung von Alterssplits selektiv vorzugehen. Es wäre zu prüfen, ob durch dieses nur punktuelle Eingreifen evtl. weitere altersspezifische Über- / Unterdeckungen in anderen HMGs verstärkt werden. Daher sollte auch der Alterssplit von HMG 080 umgesetzt werden. Ggf. wäre zu prüfen, ob andere/weitere Alterssplits der HMG 080 zu besseren statistischen Kennzahlen führen würden.

Zudem halten wir entsprechend den Ausführungen des BVA in Kapitel 7 der Erläuterungen einen Alterssplit der HMG 091 für dringend erforderlich. Nach den Ausführungen auf S. 25 der Erläuterungen soll für die HMG 091 statt einem Alterssplit prioritär eine diagnosebasierte Unterteilung untersucht werden und eine Altersdifferenzierung nur dann vorgenommen werden, wenn der diagnosebasierte Differenzierungsansatz erfolglos verläuft. Eine diagnosebasierte Differenzierung innerhalb der HMG 091 wurde jedoch im laufenden Verfahren nicht analysiert

bzw. ist den Unterlagen nicht zu entnehmen. Die Veränderungen innerhalb der Hierarchie 16 in den HMGs, die die HMG 091 dominieren, haben die Besetzungszahl in der HMG 091 nicht verändert und die rechnerische Zuschlagshöhe dieser HMG ist nur minimal zurückgegangen. Daher ist davon auszugehen, dass die ursprünglich vom BVA ermittelten hohen Unterschiede in den altersbezogenen Über- / Unterdeckungen weiter bestehen. Entsprechend ist auch ein Alterssplit der HMG 091 notwendig.

zu III. 18 Hierarchie 17: "Zerebrovaskuläre Erkrankungen"

Die vorgesehene Anpassung der Hierarchie 17 aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl halten wir für sachgerecht.

zu III. 19 Hierarchie 18: "Gefäß- und Kreislauferkrankungen"

Die vorgesehene Anpassung der Hierarchie 18 aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl halten wir im Wesentlichen für sachgerecht.

In der HMG 102 befindet sich mit der "Infarzierung der Milz" (ICD D73.5) ein hochakutes Krankheitsbild, dessen Behandlung einen stationären Aufenthalt erfordert. Wir halten es daher für sinnvoll, diese ICD aus der DxG 420 auszugliedern, sie einer neuen DxG mit dem Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" und entsprechend auch einer neuen HMG zuzuordnen.

zu III. 20 Hierarchie 20: "Erkrankungen des Urogenitalsystems"

Die vorgesehene Anpassung der Hierarchie 20 aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl halten wir für sinnvoll. Auch die vorgesehenen Alterssplits sind sachgerecht.

Gemäß Tabelle 7.2 auf S. 25 der Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung gehören auch die HMG 131 und die HMG 135 aus der Hierarchie 20 zu den HMGs mit den höchsten altersbezogenen Über- und Unterdeckungen. Mit Verweis auf eine aus medizinischer Sicht heterogene Zusammensetzung dieser Morbiditätsgruppen wurde jedoch eine diagnosebasierte Unterteilung der HMG als sinnvoller angesehen und daher eine Altersdifferenzierung nur für den Fall empfohlen, in dem der diagnosebasierte Differenzierungsansatz erfolglos verläuft. Da es im Rahmen der Überarbeitung der Hierarchie 20 nicht zu einer diagnosebasierten Überarbeitung der beiden Morbiditätsgruppen kam, halten wir die Umsetzung einer Altersdifferenzierung zur Reduzierung der vom BVA identifizierten hohen Über- und Unterdeckung nach Alter für erforderlich.

zu III. 21 Hierarchie 22: "Erkrankungen der Haut"

Die vorgesehene Anpassung der Hierarchie 22 aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl halten wir für grundsätzlich sinnvoll. Auch die vorgesehenen Alterssplits sind sachgerecht.

- **Dekubitus**

In den höheren Stadien des Dekubitus (in den vorgesehenen HMG 154 und 156) halten wir jeweils das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" für angemessen. Dekubitus ist eine klinische Diagnose, die durch apparative Untersuchungen oder Laborwerte schwer belegt werden kann, so dass deren Einteilung in die Grade I bis IV sehr der subjektiven Einschätzung des Untersuchers unterliegt. Der Übergang von einem Ausprägungsgrad zur nächsten Stufe ist fließend, hat aber im vorgesehenen Klassifikationsmodell hohe Zuweisungsunterschiede zur Folge. Die Versorgung eines Dekubitus ab Grad 3 sieht in der Regel eine chirurgische Intervention (chirurgisches Débridement) vor, die im Rahmen eines stationären Aufenthalts erfolgt. Daher sollte auch für die DxG 616 (HMG 154) ebenso wie bereits im Festlegungsentwurf für die DxG 617 (HMG 156) vorgesehen das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" gelten.

- **Psoriasis**

Die Arzneimitteldifferenzierung bei Psoriasis sollte auf Ebene der ATC-7-Steller erfolgen. Die vom BVA vorgesehenen ATC-5-Steller enthalten ATC, die keine Zulassung für Psoriasis haben und entsprechend auch nicht zur Arzneimitteldifferenzierung herangezogen werden sollten. Dies gilt z.B. L04AA04 Antithymozytäres Immunglobulin, L04AA25 Eculizumab L04AA18 - Everolimus, L04AA27 - Fingolimod. Aus der Gruppe der selektiven Immunsuppressiva (L04AA) besitzt lediglich Tofacitinib die Zulassung für die aktivierte Psoriasis-Arthritis.

- **Alterssplit der HMG 152**

Der vorgesehene Alterssplit erscheint sachgerecht. Allerdings ist bei medizinisch-inhaltlicher Prüfung festzustellen, dass die HMG 152 und 151 "schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes" nicht nur schwerwiegende Diagnosen enthalten, sondern auch Diagnosen für geringere Schweregrade mit in der Regel milderem klinischen Bild umfassen. Daher könnte zusätzlich zum Alterssplit geprüft werden, ob die Kostenhomogenität der HMG steigt, wenn die leichten Diagnosen (ICD-Kodes A26.0, L01.0, L01.1, L05.9, L08.1, L08.8, L08.9) aus den DxG 618 bzw. 619 ausgegliedert und in eine neu zu bildende DxG "leichte bis mittelschwere bakterielle Infektionen der Unterhaut" und eine entsprechende neue HMG eingeordnet werden.

zu III. 22 Hierarchie 23: "Verletzungen"

Die vorgesehene Ergänzung der Hierarchie 23 aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl halten wir für sachgerecht.

zu III. 23 Hierarchie 26: "Erkrankungen des Auges"

Die vorgesehene Anpassung der Hierarchie 26 aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl halten wir weitestgehend für sachgerecht.

Die diabetische Retinopathie (ICD H36.0) sollte allerdings aus der DxG 022 Retinopathien und sonstige Affektionen der Netzhaut ausgegliedert werden und in die DxG 108 bzw. 109 überführt werden, um ungerechtfertigte Doppelzuschläge zu vermeiden. Diese DxG wäre dann in der Hierarchie Diabetes in die HMG 017 (Diabetes mit Manifestationen am Auge oder andere n.n.b. Komplikationen) einzuordnen. Dieses Vorgehen ist konsistent mit der diabetischen Neuropathie, die ebenfalls der Hierarchie Diabetes zugeordnet ist und entspricht auch dem Vorgehen im Klassifikationsmodell 2015.

zu III. 24 Hierarchie 28: "Chronischer Schmerz"

Die vorgesehene mehrfache Arzneimitteldifferenzierung beim Chronischen Schmerz halten wir für sinnvoll.

Aufgrund der Ergebnisse der altersbezogenen Über- / Unterdeckungen, die in Kapitel 7 der Erläuterungen dargestellt wurden, halten wir allerdings einen Alterssplit der HMG 252 Chronischer Schmerz ohne Dauermedikation für erforderlich. Das BVA begründet den Verzicht auf einen Alterssplit der HMG 252 mit der indirekten Betroffenheit der HMG von der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung der übergeordneten HMG 253. Hier wäre zumindest zu prüfen, ob und wenn ja wie sich die mehrfache Arzneimitteldifferenzierung der übergeordneten HMG auf die Über- / Unterdeckungen auswirkt. Zeigt sich bei dieser Überprüfung, dass nennenswerte Differenzen verbleiben, ist der Alterssplit der HMG 252 entsprechend der sich analytisch ergebenden Alterscluster umzusetzen.

zu IV. Sonstiges

zu IV.25 Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

Die nachrangige Anwendung des Erhöhungsbetrages für die nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben erscheint sachgerecht.

Eine Berücksichtigung der Ausgaben für Telematikinfrastruktur analog zu den Satzungs- und Ermessensleistungen ist sinnvoll, da die Ausgaben je Versicherten abgerechnet werden und entsprechend auch die Zuweisungen berechnet werden sollten. Daher sollte sichergestellt werden, dass nach Einrichtung eines neuen Kontos unmittelbar auch die Zuordnung im RSA analog zu den Satzungs- und Ermessensleistungen noch für das Ausgleichsjahr 2019 umgesetzt wird.

zu IV. 26 Zuordnung von Versicherten mit dem Geschlechtsmerkmal "divers"

Die vorgesehene Zuordnung ist sinnvoll.