

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells  
im Risikostrukturausgleich (RSA)

**Hier:**

**Anhörung des Bundesamtes für Soziale Sicherung zum Entwurf der  
Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2021**

## **Inhalt**

1.	Anmerkungen zum Ablauf des Stellungnahmeverfahrens.....	2
2.	Allgemeine Anmerkungen zu den Festlegungen.....	2
3.	Zur Einführung des Risikopools .....	4
3.1.	Allgemeines .....	4
3.2.	Festlegung der Modalitäten der Datenmeldung .....	4
3.3.	Risikopoolanalyse beim Aufbau der Krankheitshierarchien.....	5
4.	Zur Umsetzung des Vollmodells .....	5
4.1.	Allgemeines .....	5
4.2.	Spezifische Probleme des Festlegungsentwurfs und Lösungsvorschläge .....	6
4.2.1.	Hinweise und Vorschläge zur Hierarchisierung.....	6
4.2.2.	Hinweise und Vorschläge zu den Aufgreifkriterien.....	10
4.2.3.	Vorschläge für Alterssplits .....	11
5.	Zur Einführung regionaler Risikomerkmale .....	11
5.1.	Allgemeines .....	11
5.2.	Zur Variablenauswahl .....	12
5.3.	Zum Nullsetzen der RGG0000 und verschiedener AGG.....	14
5.4.	Begrenzung des Regionalausgleichs auf Bundeslandebene .....	14

## **1. Anmerkungen zum Ablauf des Stellungnahmeverfahrens**

Mit dem Festlegungsentwurf zum 19. Juni 2020 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung Vorschläge zur Umsetzung der RSA-Reform aus dem GKV-FKG vorgelegt. Im Gegensatz zu den letzten Jahren ergibt sich ein um ein Vielfaches erhöhter Anpassungsbedarf, so führen allein die Berücksichtigung des vollen Morbiditätsspektrums sowie die Einführung regionaler Risikomerkmale zu weitreichenden Neuerungen. Aus diesen Gründen stehen alle Beteiligten in diesem Jahr vor einer besonderen Herausforderung.

Insofern ist zu begrüßen, dass das BAS dem Wunsch der Kassen nachgekommen ist und die Frist zur Kommentierung in diesem Jahr verlängert hat. Dabei hätten es die Betriebskrankenkassen begrüßt, wenn z.B. die Variablenauswahl für die regionalen Risikomerkmale und weitere Informationen über Eckpunkte etc. bereits im Vorfeld bekanntgegeben worden wären.

Mit Blick auf die Zukunft sind Betriebskrankenkassen sehr an einem Anhörungsverfahren interessiert, dessen Gestaltung die Erarbeitung fundierter Stellungnahmen ermöglicht. Durch den Wegfall der Krankheitsauswahl ergeben sich hierzu Spielräume, so könnte das in der Vergangenheit bereits praktizierte Vorschlagsverfahren wieder durchgeführt und zeitlich vorgezogen werden. In der Folge sollte auch der Anhörungszeitraum zum Festlegungsentwurf für das Versichertenklassifikationsmodell zeitlich vorgezogen und die Stellungnahmefristen dauerhaft verlängert werden, da sich bereits aus dem vorliegenden Festlegungsentwurf, der unbestreitbar erhebliches leistet, dennoch ein weitreichender Prüfungs-, Anpassungs- und Differenzierungsbedarf für die nächsten Jahre ergibt.

## **2. Allgemeine Anmerkungen zu den Festlegungen**

Die Betriebskrankenkassen teilen die Einschätzung des Bundesamtes für Soziale Sicherung, dass es sich bei der vorliegenden Fassung um einen ersten Einstieg in die Abbildung des vollständigen Morbiditätsspektrums handelt. Immerhin wurde mit dem vorliegenden Festlegungsentwurf ein Zwischenstand erreicht, der deutlich über den Differenzierungsgrad im Vollmodell des RSA-Gutachtens hinausgeht. Zur Bewertung des erreichten Umsetzungsstandes ist es erforderlich, dass ein Zielzustand definiert wird, der zu einem vorab bestimmten Zeitpunkt erreicht werden soll. Ausgehend davon wären Zwischenziele festzulegen, auf deren Grundlage eine Beurteilung der erreichten Zwischenstände möglich wäre. Ohne einen derartigen Rahmen fällt die Beurteilung zufällig positiv oder negativ aus.

Vor dem Hintergrund der teilweise deutlichen Komplexitätszunahme sollten mögliche Verfahrensvereinfachungen geprüft werden. Dies gilt besonders für die Berücksichtigung von Daten deren Erhebung, Meldung und Prüfung in keinem angemessenen Verhältnis zur Zielgenauigkeit stehen. Die betreffenden Prozesse sollten geprüft und soweit geboten zu Gunsten alternativer Methoden vereinfacht werden. In diesem Zusammenhang begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich die konsequente Umsetzung des Verzichts auf die gesonderte Berücksichtigung von Mitgliedern mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente bei der Bestimmung der Krankengeldgruppen.

Im Anhang zu den Erläuterungen des Festlegungsentwurfs wurden Fallzahlen und Kostenschätzer für das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf dokumentiert. Dies ist sehr zu begrüßen, da die Werte eine wesentliche Grundlage für eine Bewertung des Entwurfs darstellen. Allerdings wurden in früheren Jahren (z.B. im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2017) auch die Fallzahlen und Kostenschätzer für das unveränderte Vorjahresmodell dargestellt. Erst diese Information lässt eine Abschätzung der Zuweisungsveränderung durch den Festlegungsentwurf mit eigenen Daten zu, da das Grouping für das Ausgangsmodell nicht vollständig in Zuordnungstabellen etc. dokumentiert wird und deshalb nicht ohne weiteres auf der eigenen Datenbasis nachvollzogen werden kann. Um der Transparenz des Verfahrens willen bitten die Betriebskrankenkassen daher erneut dringend darum, den bereits eingeschlagenen Weg fortzusetzen und Fallzahlen und Kostenschätzer auf einheitlicher Datenbasis regelmäßig zum Vorjahresmodell, zum Ausgangsmodell und zum Festlegungsentwurf zu veröffentlichen. Es wäre darüber hinaus sehr zu begrüßen, wenn die Werte nicht im Anhang zu den Erläuterungen als Tabellen über etliche Seiten im PDF-Format veröffentlicht würden, sondern – analog anderer Daten als Excel-Tabelle, wie z.B. der Datei: "02\_Anlage\_2\_ Aufgreifkriterien\_AJ2021\_ENTWURF.xlsx".

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die gewählte Methodik, die zur Streichung der Morbiditätsgruppen mit hoher Fallzahlsteigerung Anwendung findet. Andere Formen der Durchführung wären zwar grundsätzlich vorstellbar, sind aber aufgrund anderer unerwünschter Folgeeffekte problembehaftet.

Die Betriebskrankenkassen kritisieren dagegen den ausschließlichen Ausgleich der Risikopoolfälle bzw. der Neuberechnung der RSA-Kostengewichte im Jahresausgleich bzw. in dessen Korrektur. Mit diesem nachgelagerten Ausgleich werden temporäre Verzerrungen zwischen Abschlagsverfahren und Schlussausgleich in Kauf genommen, die bereits im „Alt-RSA“ existierten, aber bereits dort durch ein funktionierendes Risikopoolabschlagsverfahren aufgefangen wurden. Analog der Regeln des „Alt-RSA“ wäre eine parallele Durchführung von RSA und Risikopool sinnvoll, da es einerseits jederzeit zu einer weitestgehend richtigen Darstellung der Kostengewichte kommt und andererseits kassenspezifische Besonderheiten, etwa eine dauerhafte Häufung von Risikopoolfällen, bereits im Abschlagsverfahren besser abgebildet werden können. Auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Relevanz der Finanzhilfeordnung ist nur schwer nachvollziehbar, dass beispielsweise eine am 02. Januar 2021 gezahlte Behandlung mit hochpreisigen Arzneimitteln (z. B. Zolgensma<sup>®</sup>) erst im Jahresaus-

gleich, d.h. im November 2022 reguliert wird und damit die Finanzsituation der Einzelkasse, zumindest vorübergehend, unrichtig dargestellt wird.

Ergänzend zu einer Berücksichtigung des Risikopools im Abschlagsverfahren wäre die Möglichkeit wünschenswert in begründeten Fällen, auf Antrag und nach Vorlage entsprechender Rechnungsbelege, Vorabzahlungen aus dem Risikopool erhalten zu können, da auch auf diese Weise unnötige vorübergehende Liquiditätsengpässe vermieden werden könnten.

Artverwandte Probleme zeigen sich auch mit Blick auf den Regionalausgleich, wie der Risikopool führt auch dieser zu einem erheblichen Umverteilungsvolumen. Im Abschlagsverfahren wird eine hohe Zielgenauigkeit nicht erreicht, wenn die regionalen Risikomerkmale erst vollständig im Schlussausgleich berücksichtigt werden. Die Betriebskrankenkassen fordern daher das BAS dringend auf, die regionalen Risikomerkmale vollständig in das Abschlagsverfahren zu integrieren und dabei - soweit rechtlich zulässig - auch die im Ausgleichsjahr neu in die GKV eintretenden Versicherten im Abschlagsverfahren zu berücksichtigen. Sollten sich aus Sicht des BAS diese Versicherten nicht im Abschlagsverfahren berücksichtigen lassen, wäre dies aus unserer Sicht in der Festlegung zu begründen.

### **3. Zur Einführung des Risikopools**

#### **3.1. Allgemeines**

Die Einführung eines Ausgleiches kostenintensiver Leistungsfälle erhöht erwartungsgemäß, trotz eines vergleichsweise hohen Schwellenwertes von 100.000 Euro, der bei lediglich rund 70.000 Versicherten zur Anwendung kommt, die Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleiches und wirkt damit einer möglichen Risikoselektion gegen Personen entgegen, die im Standard-RSA-Verfahren, auch unter Einsatz bestmöglicher Steuerungsmöglichkeiten, nicht kostendeckend versichert werden konnten. Die Zuweisungsgenauigkeit verbessert sich sowohl durch die bessere Abbildung der Hochkostenfälle als auch durch die präzisere Schätzung der standardisierten Leistungsausgaben der Nicht-Hochkostenfälle.

#### **3.2. Festlegung der Modalitäten der Datenmeldung**

Die Regelungen im §268 SGB V bzw. §14 RSAV sehen vor, dass die nach §266 SGB V zu meldenden Leistungsausgaben zugleich für die Bestimmung der über den Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben verwendet werden. In §4 RSAV wird bestimmt, dass für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs die Leistungsausgaben nach Absatz 1 abzüglich der Beträge nach Absatz 3 dem Ausgleichsjahr zuzuordnen sind, auf welches sie nach §37 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung vom 15. Juli 1999 (BAnz. Nr. 145a vom 6. August 1999) in der im Erhebungszeitraum geltenden Fassung und nach Maßgabe der Bestimmungen des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen.

Zu einer einheitlichen Anwendung der o.g. Vorschrift kam es in der Vergangenheit nicht, daher ist für die Herstellung einer einheitlichen Datenmeldung zunächst noch ein gemeinsames Verständnis herzustellen, ggf. sind dafür Anpassungen am Kontenrahmen erforderlich. Sollte es im weiteren Verlauf der bereits seit über einem Jahr geführten Diskussion nicht zu einer abschließenden und eindeutigen Festlegung kommen, sollte darüber nachgedacht werden, die Kombination von RSA-Datenmeldung und Bestimmungen des Kontenrahmens zu lösen und stattdessen eine einheitliche Verfahrensbestimmung zur Grundlage der Festlegung zu machen. Eine derartige Verfahrensbestimmung würde es ermöglichen, neue Versorgungsformen, etwa pay-for-performance-Verträge, die eine Rückzahlung von Leistungsausgaben im Falle eines Behandlungsversagens vorsehen, im Risikopool angemessen zu berücksichtigen.

### **3.3. Risikopoolanalyse beim Aufbau der Krankheitshierarchien**

Der Aufbau der Krankheitshierarchien wurde vom Bundesamt für Soziale Sicherung unter Berücksichtigung der Risikopoolausgleiche vorgenommen, dies ist zu begrüßen. Allerdings beziehen sich diese Informationen auf Morbiditätsinformationen, die in der Vergangenheit gewonnen wurden. Neue Erkenntnisse, etwa der Einführung neuartiger Medikamente (z.B. Zolgensma®), werden dabei systematisch nicht berücksichtigt.

Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, dass nach Abschluss der Festlegung der Krankheitshierarchien eine Überprüfung dahingehend vorgenommen wird, ob absehbare Versorgungsinnovationen, wie die Zulassung von Zolgensma®, im Modell ausreichend berücksichtigt werden oder möglicherweise zusätzliche Differenzierungen erforderlich sind.

## **4. Zur Umsetzung des Vollmodells**

### **4.1. Allgemeines**

Den Erläuterungen zum Klassifikationsmodell kann entnommen werden, dass es sich bei der vorliegenden Fassung um einen Einstieg in eine vollständige Abbildung des Morbiditätsspektrums handelt und diese Festlegungen in den Folgejahren sukzessive verbessert werden. Wie in den Vorbemerkungen dieser Stellungnahme erwähnt, ist eine Bewertung dieses Zwischenstandes nur dann möglich, wenn die jeweilige Zielsetzung an diese erste Festlegung bekannt ist.

Im Vorfeld des Stellungnahmeverfahrens waren lediglich oberflächliche Informationen bekannt, etwa, dass an den bisherigen Aufgreifkriterien (M2Q, stationäre Erfordernis usw.) festgehalten wird. Zudem wurde der Aufbau von 4 zusätzlichen Hierarchien in Aussicht gestellt, die sich überwiegend auch im Festlegungsentwurf wiederfinden.

Deutlich wurde, dass die im Vorjahr eingeführten Alters- und Arzneimittelsplits zu-

nächst nicht weiter ausdifferenziert werden, dies ist zwar grundsätzlich nachvollziehbar, weil zu erwarten ist, dass sich die jeweiligen Schnitte im Rahmen der weiteren Modellausgestaltung an jeweils unterschiedlichen Stellen zeigen werden. Gleichwohl wäre zu erwarten gewesen, dass die gewonnenen Erkenntnisse bereits im Modellaufbau berücksichtigt werden.

Für die stärkere Berücksichtigung von Komorbiditäten in den kommenden Festlegungszyklen empfehlen die Betriebskrankenkassen eine systematische Überprüfung von hierarchieübergreifenden HMG-Kombinationen die GKV-weit zu auffälligen Über- oder Unterdeckungen führen. Der bekannte Effekt der Sub-/Superadditivität von Leistungsausgaben sollte dazu genauer untersucht werden, wir verweisen dazu auf das Sondergutachten aus 2017, Pkt. 7.5.1.1.

## **4.2. Spezifische Probleme des Festlegungsentwurfs und Lösungsvorschläge**

### **4.2.1. Hinweise und Vorschläge zur Hierarchisierung**

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Einarbeitung des vollständigen Morbiditätsspektrums in die bereits vorliegenden Hierarchiestrukturen, so dass letztlich nur drei neue Hierarchien erforderlich wurden. Insgesamt wird jedoch deutlich, dass sich die Änderungen auf einige wenige bestehende Hierarchien konzentrieren, so dass andere Hierarchien wie der Diabetes mellitus und Medizinische Komplikationen unverändert geblieben sind.

Insbesondere das Beispiel Diabetes mellitus zeigt auf, dass hier eine sehr stringente Zuordnung der Folgeerkrankungen zu der Grunderkrankung vorgenommen wurde. Leider wurde dieses Prinzip in der Vergangenheit nicht in Gänze auch auf andere mögliche Konstellationen angewendet, so befindet sich beispielsweise die HMG0042 (Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems) in der Hierarchie 7 oder der iatrogene Pneumothorax in der HMG0110 (Respiratorische Insuffizienzen, Lungenabszess, Pneumothorax, Pleuraerguss, Lungenstauung / hypostatische Pneumonie) der Hierarchie 19. Beide Krankheitsbilder sollten stringent der Hierarchie Medizinische Komplikationen zugeordnet werden.

In dem bisherigen Kreis der 80 Auswahlkrankheiten waren mögliche wechselseitige Beziehungen vermutlich überschaubar. Mit der Hinzunahme von über 13 Tsd. Diagnosen des gesamten Krankheitsspektrums steigt das Risiko enorm, insbesondere bei den doch überwiegend vorliegenden großen DxG Konglomeraten (Bsp. die DxG0024 enthält 294 Diagnosen). Die bloße Ergänzung von hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen kann die Problematik alleine nicht lösen, da ansonsten drei bis vier solcher Beziehungsgeflechte pro Hierarchie die Komplexität unnötig verschärfen würden. Aus diesem Grunde sollte bei der weiteren Ausdifferenzierung größtmöglicher Wert auf eine einheitliche und klare Zuordnungsstruktur zu den Hierarchien gelegt werden.



## **Zu den Gruppenabgrenzungen und Dominanzbeziehungen**

### **Hierarchie 1:**

Innerhalb der Hierarchie 1 hat sich durch die Vervollständigung des Krankheitsspektrums insbesondere der HMG-Bereich der Infektionserreger vergrößert. Die Erreger wurden allerdings in verschiedene Hierarchiestränge aufgeteilt, d.h. der Bereich HIV/AIDS bzw. Syphilis und näher bez. Geschlechtskrankheiten ist getrennt von der Tuberkulose bzw. dem Strang Aspergillose/ Kryptokokkose usw. Die Sepsis befindet sich wiederum in einem gesonderten Strang von den genannten Infektionserregern. Diese Struktur gab es auch bereits im AJ 2020. Mit der Aufnahme der multiresistenten Keime (HMG0451) wird allerdings die Kausalität zwischen der Sepsis und der Infektion durch Erreger deutlicher. Um Mehrfachzuweisungen für klinisch zusammenhängende Krankheitsbilder zu vermeiden, sollten sowohl die Erreger als auch die Sepsis in einem Strang zusammengefasst werden, zumal insbesondere die HIV-Erkrankung zunehmend zu opportunistischen Infektionen führt. Im Bereich der Tuberkulose begrüßen die Betriebskrankenkassen die Zuordnung der Knochentuberkulose in die Hierarchie 1. Diese klare Zuordnung sollte dann aber auch bei der Myositis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten (M63.0\*) und der Myositis bei anderenorts klassifizierten Protozoen- und Parasiteninfektionen (M63.1\*) vorgenommen werden, da diese eine Dominanzbeziehung zu den Kreuzdiagnosen der HMG0368 (Syphilis), HMG0487 (Lepra) und HMG0430 (Parasiten und Protozoeninfektionen) aufweisen.

### **Hierarchie 6:**

Der Darmverschluss/ Ileus (HMG0031) kann mechanisch (Störung der Darmpassage durch eine Verlegung des Lumens, Veränderungen in der Darmwand oder Kompression von außen) oder paralytisch (Darmlähmung infolge gestörter Darminnervation) entstehen. Als paralytische Ursachen kommen Entzündungsprozesse wie eine Peritonitis, Pankreatitis, Appendizitis, Divertikulitis, Komplikationen nach intra- oder retroperitonealen Operationen, neurogene Ursachen oder auch vaskuläre Ursachen wie eine Mesenterialschämie in Frage. Insofern besteht eine wechselseitige Hierarchiebeziehung zwischen dem Ileus (HMG0031) und den genannten Erkrankungen (HMG0063, HMG0484, HMG0034, HMG436, HMG0173, HMG533, HMG585, HMG0593). Aus diesem Grunde empfehlen die Betriebskrankenkassen hier eine Neuordnung und Zusammenlegung der Stränge. Zu prüfen wäre der Zusammenhang zwischen dem Hierarchiestrang der Darmerkrankungen (Strang 3) und der HMG0585 Stör. / Symptome an Magen / Darm.

In der HMG0540 „Lebensmittelvergiftungen / intestinale Infektionen: E. coli, sonstige oder n. n. bez. / Mykosen“ sind die ICDs „Kandidose der Haut und der Nägel“ (B37.2), „Kandidose der Vulva und der Vagina“ (B37.3), „Kandidose an sonst. Lokalisationen des Urogenitalsystems“ (B37.4), „Kandidose an sonstigen Lokalisationen“ (B37.8; B37.88) und „Kandidose, nicht näher bezeichnet“ (B37.9) enthalten. Um Doppelzuweisungen zu vermeiden sollten diese der betreffenden Hierarchie zugeordnet werden (B37.2 „Erkrankungen der Haut“; B37.3 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“; B37.4 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“) oder analog „Kandidose

der Lunge“ (B37.1) der Hierarchie 01 „Infektionen“, HMG0005 „Infektion durch Zytomegalieviren / Kandidose / PML“ mit externer Dominanz zur entsprechenden Hierarchie.

### **Hierarchie 7:**

Im Bereich der Hierarchie 7 sollte eine stringente Trennung der akuten Infektionen und Entzündungen von den Autoimmunerkrankungen beibehalten werden. Bei der M35.4/Eosinophile Fasziitis innerhalb der DxG0213 handelt es sich um eine seltene rheumatische Autoimmunerkrankung, bei der sich die Haut und das Unterhautgewebe an Armen und Beinen schmerzhaft entzünden, anschwellen und langsam verhärten. Die Therapie erfolgt durch Gabe von systemischen Glukokortikoiden, ggf. UVA Phototherapie. Die Verlegung der M35.4 in die DxG0205/HMG0200 bzw. DxG0187/HMG0605 wäre daher zu empfehlen. Gleiches gilt für die M35.6/Rezidivierende Pannikulitis. Im Gegensatz dazu befindet sich im HMG Strang der Autoimmunerkrankungen nun neue Diagnosen, die thematisch an anderer Stelle besser aufgehoben wären. Beim Fremdkörpergranulom/M60.2\* der DxG0088/ HMG0240 im Weichteilgewebe handelt es sich beispielsweise um eine Gewebeneubildung (Granulom) durch chronische Entzündungsreaktion nach Eindringen von Fremdkörpern ins Weichteilgewebe. Hier liegt also ein Fremdkörperreiz durch körperfremdes oder körpereigenes Material vor, weswegen diese Diagnosen nicht in einen „Autoimmunerkrankungsstrang“ passen. Die Diagnosen sollten daher in den Strang HMG0207→HMG0208→HMG0209 eingearbeitet werden. Gleiches gilt für die M61.2\* (Kalzifikation und Ossifikation von Muskeln bei Lähmungen) der DxG0088, welche eine Verkalkung und/oder Verknöcherung in der Skelettmuskulatur bei Lähmungen beschreibt, wie z.B. bei der Tetraplegie oder Paraplegie. Auch die in der DxG0088 enthaltenen Diagnosen M62.3\*/Immobilitätssyndrom (paraplegisch) umfassen Symptome wie Muskelatrophien oder Kontrakturen in Zusammenhang mit einer vorliegenden Immobilität. Daher besteht eine Dominanzbeziehung zu den HMG0293/HMG0294/HMG0295 der Hierarchie 13. Um Mehrfachzuweisungen zu vermeiden, sollten die genannten Diagnosen in die Hierarchie 13 verschoben werden.

Eine hierarchieübergreifende Dominanzbeziehung existiert auch zwischen der diabetischen Arthropathie/ M14.2\* innerhalb der DxG0024/ HMG0566 und der HMG0016 aus der Hierarchie 3. Wie bereits an der Kreuz Stern Systematik deutlich wird, handelt es sich hierbei um eine Folgeerkrankung des Diabetes mellitus und sollte daher auch in die Hierarchie 3 verschoben werden.

Als überaus kritisch sehen die Betriebskrankenkassen die Mehrfachzuweisungen für die Arthrose als degenerative Erkrankung und die entsprechenden klinischen Symptome in den Gelenken. Demzufolge kommt es bei einer Arthrose zu Schmerzen, Steifigkeit und Kontrakturen der betroffenen Gelenke. Diese klinischen Symptome werden in der DxG0024 (Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht) subsumiert, welche sich der HMG0566 befindet. Ebenso kann es zu Gelenkschädigungen kommen, die wiederum in der HMG0605 (DxG0780) abgebildet werden. Die HMG0040 sollte daher die genannten HMG dominieren damit es hier nicht fälschlicherweise zu Mehrfachzuweisungen kommt.



### **Hierarchie 11**

Die Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ wurde umfassend überarbeitet. Die fünf Stränge (1. „Affektive Störungen“, 2. „Wahn, Schizophrenie, psychotische Störungen“, 3. „Essstörungen“, 4. „Persönlichkeits- /Verhaltens- und Sexualstörungen“, sowie 5. „Dissoziative Störungen, Belastungsstörungen, Missbrauch, Zwangs- und Angststörungen“) ordnen die Hierarchie in Anlehnung an die Unterkapitel des ICD-10-GM. Wünschenswert wäre eine Bewertung der Folgeeffekte (Mehrfachzuweisungen innerhalb der Hierarchie) dieser Art der Strukturierung gewesen. In der „S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen“ wird u.a. darauf verwiesen, dass zum Beispiel bei Anorexia nervosa häufig eine Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen vorkommt. Dazu gehören vor allem Depressionen, Angststörungen oder Zwangserkrankungen. (Quelle [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-026l\\_S3\\_Esstoeurung-Diagnostik-Therapie\\_2020-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Esstoeurung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf), S. 67; Stand 13.07.2020). Es wird angeregt, die Modellgestaltung dahingehend anzupassen, dass mögliche Überdeckungen aufgrund von durch Komorbiditäten verursachte Mehrfachzuweisungen minimiert werden.

### **Hierarchie 16:**

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Zusammenführung der bisherigen Hierarchiestränge Ischämische Herzerkrankungen und Herzinsuffizienz. Durch die Anpassung werden Mehrfachzuweisungen vermieden und die Modellgüte verbessert sich.

Allerdings wird die HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen“ nicht mehr von den Hierarchiesträngen der „Arrhythmien“ (Strang 1) und der „Herzfehler / -entzündungen“ (Strang 2) dominiert, was der Hauptgrund für die erheblichen Fallzahlensteigerungen in der HMG0091 sein dürfte. Diese Anpassung halten wir aus medizinischer Sicht und in Hinblick auf die Konsistenz und Manipulationsresistenz des Modells für nicht zielführend. Deshalb empfehlen die Betriebskrankenkassen die HMG0550 „AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blockierungen“ und HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen“ wieder zu vereinen und in den unteren Strang oberhalb der HMG0445 „Andere Reizleitungsstörungen / Arrhythmien.“ aufzunehmen. Der untere Strang, bestehend aus der HMG0091 und HMG0445, sollte von den drei Hierarchiesträngen „Arrhythmien“ (Strang 1), „Herzfehler / -entzündungen“ (Strang 2) und „Ischämische Herzkrankheiten / Herzinsuffizienz“ (Strang 3) dominiert werden.

Die Diagnosen Q27.- werden durch den Festlegungsentwurf sowohl in die Hierarchie 18 (z.B. HMG 1008) und in die Hierarchie 16 (HMG 300) eingeordnet – jeweils nur durch M2Q-Validierung abgesichert. Für Versicherte > 17 Jahren würden hier also zwei Zuweisungen für den gleichen Sachverhalt generiert. Wir schlagen daher die Einführung einer Dominanzbeziehung vor.

## **4.2.2. Hinweise und Vorschläge zu den Aufgreifkriterien**

### **4.2.2.1. Vorschläge für ein Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“**

Im Bereich der neu hinzugefügten Krankheiten ist es aus Sicht der Betriebskrankenkassen notwendig zu prüfen, ob es sich dabei um Krankheiten handelt, die eine zwingende stationäre Behandlung erforderlich machen oder wo das Aufgreifkriterium die tatsächlich klinisch relevanten Schweregrade abbildet. So auch beim ischämischen Muskelfarkt (nichttraumatisch)/M62.2\* innerhalb der DxG0088/HMG0240, welche eine höchst akute Erkrankung darstellt, da Gewebeschädigungen und Nekrosen drohen. Aus diesem Grunde sollten diese Diagnosen eine eigenständige DxG mit dem Aufgreifkriterium stationär erforderlich bilden, zudem passen diese dann aufgrund ihres Charakters nicht in den Strang der Autoimmunerkrankungen. Die Prüfung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich sollte auch bei nachfolgenden Diagnosen vorgenommen werden: S22.5 (Instabiler Thorax) und der Frakturen mit Beteiligung von Thorax und Lumbosakralgegend oder von Thorax und Becken/ T02.1\*, S51.87-S51.89 bzw. S61.87-S61.89 (umfassen Weichteilschäden aufgrund offener Frakturen oder Luxationen), S52.09, S52.19, S52.59, S52.7, S62.4 und S62.7 (multiple Frakturen oder Anteile), S81.87-89, T02.31/51/61 und T12.1 (Weichteilschäden aufgrund offener Frakturen oder Luxationen bzw. offene Frakturen) sowie J46 (Status asthmaticus). Grundsätzlich sollte überprüft werden, wie Diagnosen und Erkrankungen, bei denen es sich in der Regel um schwere lebensbedrohliche Erkrankungen oder um irreversible Ereignisse handelt, manipulationssicher und der Versorgungsrealität angemessen abgebildet werden können. Beispielhaft können hier z.B. S07.1 – Zerquetschung des Schädels, oder S05.7 Abriss des Augapfels genannt werden. Auch hier bietet sich das Aufgreifkriterium „stationär“ an.

Bei Erkrankungen, die durch die Einführung des Vollmodells neu hinzugekommen sind, deren Versorgungswirklichkeit aber Erkrankungen früherer Klassifikationsmodelle entspricht, sollte sich dies auch in den Aufgreifkriterien widerspiegeln. Beispielhaft sei hier M84.45 pathologische Fraktur Becken und Oberschenkel genannt (DxG 643), die durch M2Q validiert wird, während S71.- oder S72.- Femurfrakturen (DxG 645) stationär validiert sind.

### **4.2.2.2. Vorschläge zur Arzneimittelvalidierung**

Bei den neu hinzugekommenen Diagnosen zum Vollmodell finden sich etliche Erkrankungen, für die eine Arzneimitteltherapie aus medizinischer Sicht zwingend erforderlich ist. Hierzu zählen aus unserer Sicht viele akute und schwere Infektionskrankheiten wie z.B. Tuberkulose (DxG 358, 532,551) oder schwere intestinale Infektionen (z.B. HMG 430). Da es sich häufig auch um akute Erkrankungen handelt, ist auch aus diesem Grund eine Validierung durch M2Q nicht zielführend.

Konkret kann z.B. analog der DxG0183 auch bei der DxG0077 (Periostitis bzw. Osteopathie bei andernorts klassifizierten Infektionskrankheiten) eine Arzneimittelvalidierung vorgenommen werden. Die Betriebskrankenkassen bitten daher um Prüfung der

Validierungsmöglichkeiten auf Basis der Arzneimittel aus der DxG0183. Gleiches gilt für die Gicht/ M10\* aus der DxG0564/ HMG0315. Die Gicht stellt eine in akuten Schüben oder chronisch verlaufende Purinstoffwechselerkrankung dar, für die NSAR, Glukocorticoide und spezielle Gichtmittel wie Urikostatika, Urikosurika oder Gichtmittel ohne Effekt auf den Harnsäuremetabolismus (ATC M04A) zur medikamentösen Therapie in Frage kommen. Die bisherige Aufgreifregel m2Q greift daher aus Sicht der Betriebskrankenkassen zu kurz und sollte daher in das Aufgreifkriterium Sonderfall 1 geändert mit folgenden Arzneimitteln NSAR, Glukocorticoide und Gichtmittel (ATC M04A) geändert werden.

#### **4.2.3. Vorschläge für Alterssplits**

Im Bereich der spinalen Muskelatrophie ist mit der Zulassung des Arzneimittels Zolgensma® im Jahr 2020 mit einer erheblichen Kostensteigerung zu rechnen. Da es sich um ein neues Arzneimittel auf dem Markt handelt, liegen in den RSA-Datenmeldungen noch keine Kosteninformationen dazu vor. Wegen der enormen Bedeutung schlagen die Betriebskrankenkassen eine zusätzliche Altersdifferenzierung vor. Das Medikament wird nahezu ausschließlich bei Versicherten im Kleinkindalter verabreicht. Wir schlagen deshalb einen weiteren Alterssplit bei etwa fünf Jahren vor. Der bisher alleinige Alterssplit bei 17/18 Jahren liegt zu hoch.

## **5. Zur Einführung regionaler Risikomerkmale**

### **5.1. Allgemeines**

Mit dem Festlegungsentwurf werden auf Grundlage des GKV-FKG Regelungen für die Berücksichtigung regionaler Risikomerkmale im RSA vorgestellt. Das BAS erfüllt damit die Vorgaben des GKV-FKG zur Einführung einer Regionalkomponente in den RSA. Zentrale Grundlage für die Gesetzesänderung war die Empfehlung des Gutachtens zur regionalen Verteilungswirkung des RSA vom 28. Juni 2018 für ein sog. „Direkt-Modell“, indem regionale Deckungsbeitragsunterschiede nur insofern ausgeglichen werden, als sie statistisch auf den Einfluss von landkreisbezogenen Hintergrundvariablen zurückgeführt werden können. In solchen Modellen kommt der Auswahl dieser (Hintergrund-)Variablen selbstverständlich ein entscheidender Einfluss auf Art und Umfang des Regionalausgleichs zu. Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Einführung einer Regionalkomponente, wenngleich hinsichtlich der Ausgestaltung und insbesondere der konkreten Variablenauswahl Fragen bestehen.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass das BAS nicht einfach die Gutachtenempfehlung zur Variablenauswahl übernommen hat, sondern stattdessen in einem durchaus aufwändigen Verfahren unter Übernahme der gutachterlichen Methodik die Variablenauswahl neu bestimmt hat. Das Ergebnis des BAS spricht für diese Entscheidung, da gegenüber der Gutachtenempfehlung nur vier Variablen in der Variablenauswahl erhalten blieben. Die Aktualisierung der Variablenauswahl wurde notwendig, da angebotsseitige Variablen nach den Vorgaben des GKV-FKG zu streichen waren und auch die seit dem Gutachten veränderte Datengrundlage zu berücksichtigen

war. Angesichts der rechtlichen Vorgaben können diese Gründe nachvollzogen werden.

Aufgrund der erheblichen Abweichungen der Variablenauswahl des BAS von jener der Gutachter sollte geprüft werden, in welchen zeitlichen Abständen künftig eine Neufestlegung erforderlich ist. Unabhängig davon sollte in jedem Fall jährlich eine Überprüfung der Zuordnung der Landkreise zu den Dezilen der Variablenausprägung erfolgen. Insbesondere bei Variablen mit geringer Streuung und infolgedessen geringer Abstände der Dezile sind sonst ungerechtfertigte Verzerrungen zu erwarten. Als Beispielfall kann der Anteil kleiner und mittlerer Unternehmen (KMU) genannt werden.

Die Betriebskrankenkassen hätten es begrüßt, wenn der Vorschlag zur Variablenauswahl, wie Anfang des Jahres in Aussicht gestellt, bereits im Mai veröffentlicht worden wäre. Dies hätte das aktuelle Stellungnahmeverfahren entlastet und einen vertieften Dialog zur Variablenauswahl ermöglicht. So hätten Alternativen zur Variablenauswahl insbesondere in Bezug auf die Menge der berücksichtigten Variablen geprüft werden können. Aufgrund der Kürze der nun eingeräumten Zeit zur Bewertung des Festlegungsentwurfs können zum jetzigen Zeitpunkt leider keine weiter ausdifferenzierten Vorschläge zur Variablenauswahl, als nachfolgend dargestellt, erfolgen. Wir behalten uns jedoch eine Aktualisierung unserer Stellungnahme in diesem Punkt gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung zum 14. August 2020 vor.

## **5.2. Zur Variablenauswahl**

Mit Blick auf die Variablenauswahl fällt auf, dass die Signifikanz der Variablen in Bezug auf die regionalen Deckungsquoten sehr unterschiedlich ausgeprägt ist und innerhalb der Rangliste der acht ausgewählten Variablen rasch abnimmt. Aus unserer Sicht weisen die letzten vier bis fünf Variablen (Stationäre Pflege, Personenbezogene Dienstleistungen, Pendlersaldo, Gesamtwanderungssaldo, kleine und mittlere Unternehmen) bereits keine besonders hohen Signifikanzniveaus mehr auf. Die Variablen „kleine und mittlere Unternehmen“ und der „Pendlersaldo“ überschreiten das häufig geforderte 1-Prozent-Niveau. Sie sind lediglich auf einem dem relativ schwachen und vielfach nicht akzeptierten 5-Prozent-Niveau signifikant.

Die Variablen geringerer Signifikanz stehen tendenziell auch eher in schwachem Zusammenhang mit den regionalen Deckungsbeiträgen (vgl. Koeffizient und p-Wert in Tabelle 2.5 der Erläuterungen). Dies korrespondiert offensichtlich mit einem verstärkt nichtmonotonen Verlauf der Variablen mit geringer Signifikanz über die Dezile hinweg (vgl. die Werte aus Tabelle 2.3. im Anhang zu den Erläuterungen in der Form der Tabelle 3.3 der Erläuterungen). Während sich der Einfluss der stärker signifikanten Variablen, „Zuweisungen“ und „Sterbekosten“ infolgedessen in einem klaren Jeedesto-Zusammenhang ausdrücken lässt, ist dies bei den Variablen mit nichtmonotonem Verlauf kaum noch möglich. Am deutlichsten zeigt sich dieser Mangel aus unserer Sicht bei der Variable „kleine und mittlere Unternehmen“. Zum Einfluss dieser Variable fehlt aus unserer Sicht auch die stringente inhaltlich-sachliche Begründung,

die der Gesetzgeber mit dem GKV-FKG fordert.<sup>1</sup>

Die Variable „kleine und mittlere Unternehmen“ wird zudem nicht direkt gemessen, sondern als Ableitung aus Angaben zum Anteil der „Großunternehmen“ berechnet. Bei diesen Großunternehmen sind die Betriebskrankenkassen traditionell stark in Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung engagiert. Diese an sich wünschenswerte Förderung wird hier konterkariert, indem die Zugehörigkeit von Versicherten zu einem Landkreis mit einem hohen Anteil großer Unternehmen mit höheren Abschlägen belegt werden. Aus diesem wettbewerbsverzerrenden Effekt sollte die Berücksichtigung der Variable überprüft werden.

In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf wird beschrieben, dass zur Bildung der Variable „Anteil der Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege“ die Daten aus der INKAR Datenbank für alle Landkreise aus dem Jahr 2015 verwendet werden. Als Begründung wird genannt, dass für die Landkreise Rostock und Schwerin keine Daten aus dem Jahr 2017 vorliegen. Wir schlagen vor, soweit vorhanden, Daten aus dem Jahr 2017 zu verwenden, um eine aktuellere und zielgenauere Betrachtung zu erhalten. Nur für die beiden Landkreise Schwerin und Rostock sollten die Daten behelfsweise aus 2015 verwendet werden. Insbesondere infolge des gesetzlich neu definierten Begriffs der Pflegebedürftigkeit halten wir die Anpassung für notwendig, da seit 01.01.2017 fünf Pflegegrade das vorherige System der drei Pflegestufen ersetzen. Infolge der Reform hat sich die Zahl der Pflegbedürftigen je Landkreis verändert. Es werden nun mehr Pflegefälle erfasst. Zudem würde dieses Vorgehen auch besser mit der Konstruktion anderer Variablen der Auswahl harmonisieren. So werden beispielsweise für die verwandte Variable „Anteil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege“ Daten aus dem Jahr 2017 verwendet. Auch im Sinne einer einheitlichen Datengrundlage schlagen wir daher vor, für die Variable „Anteil der Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege“, soweit als möglich, Daten aus dem Jahr 2017 zu verwenden und nur ersatzweise auf das Jahr 2015 zurückzugreifen.

Inwiefern einzelne Variablen der Angebotsseite zuzurechnen sind, hat bereits der Wissenschaftliche Beirat beim BAS in seinem Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des RSA überprüft und ist unter anderem zu dem Ergebnis gekommen, dass die Variable „Sterbekosten“ keinen Angebotsbezug aufweist. An den Kriterien dieser Entscheidung hat sich seither nichts geändert. Zudem besitzt die Variable „Sterbekosten“ die höchste Signifikanz innerhalb der Variablenauswahl, wie BAS und Wissenschaftlicher Beirat feststellen. Ein Streichen dieser Variable würde daher das Modell substantiell verändern, so dass es nicht mehr einer direkten Aktualisierung der Gutachtenempfehlung entspräche. Es käme zu erheblichen Verschiebungen der Zuweisungen.

---

<sup>1</sup> „Dazu werden aus den potenziellen Einflussfaktoren auf regionale Unter- und Überdeckungen in einem statistischen Verfahren die Variablen identifiziert, die eine hohe statistische und inhaltliche Erklärungskraft für die regionalen kassenbezogenen Über- und Unterdeckungen aufweisen, die nach Durchführung des RSA ohne Regionalkomponente verbleiben.“ (Vgl. S. 127, KabE GKV-FKG)

### **5.3. Zum Nullsetzen der RGG0000 und verschiedener AGG**

Die Variable RGG0000 weist einen negativen Kostenschätzer auf. Der Festlegungsentwurf sieht vor, diesen auf Null zu setzen bzw. die Variable aus der Regression zu streichen. In der Folge ergeben sich negative Koeffizienten bei mehreren AGG. Konkret betroffen sind Männern mittleren Alters und Mädchen.

Durch das Nullsetzen, insbesondere der AGG, ergeben sich wegen der hohen Besetzungszahlen weitreichende Verschiebungen. Dies führt unter anderem dazu, dass die Summentreue des Modells verletzt wird. Infolgedessen wären zentrale Modellkennzahlen, wie das R-Quadrat, zu hinterfragen, deren Berechnung auf dem Verschiebungssatz beruht, der die Summentreue der Regression voraussetzt.

Verzichtet man jedoch auf das Streichen/Nullsetzen der RGG0000, ergibt sich, ohne weitere Anpassungen auf Grund der Überspezifikation des Modells, das Problem perfekter Multikollinearität. Zur Lösung dieses Problems müsste vermutlich auch ein Dezil-Dummy der Variable „Sterbekosten“ auf Null gesetzt bzw. gestrichen werden, wie dies scheinbar bereits bei den anderen regionalen Risikomerkmale der Fall ist. Die Betriebskrankenkassen würden es begrüßen, wenn die verschiedenen Ansätze in ihrer Wirkung gegenübergestellt würden und die korrekte Modellspezifikation, die zu den geringsten Verwerfungen führt, ausgewählt würde.

### **5.4. Zur Begrenzung des Regionalausgleichs auf Bundeslandebene**

Die Begrenzung des Regionalausgleichs auf Bundeslandebene im Ausgleichjahr 2021 führt zu vermeidbaren Verwerfungen. Kassen mit Versicherten in einem Bundesland, das vom Regionalausgleich profitiert, müssen wegen der Begrenzung im Einführungsjahr 25 Prozent der Regional-Zuweisungen für diese Versicherten abführen. Allerdings sind die Landkreise innerhalb eines Bundeslandes nicht homogen. Kassen mit Versicherten, die in einem Bundesland wohnen, das vom Regionalausgleich profitiert, aber in einem Landkreis, aus dem infolge des Regionalausgleichs Mittel abfließen, werden durch die aus der Begrenzung des Regionalausgleichs resultierende Abgabepflicht doppelt belastet. Durch eine Begrenzung des Regionalausgleichs im Einführungsjahr auf Landkreis- statt auf Bundeslandebene hätten diese Verwerfungen vermieden werden können.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

#### **Für weitere Informationen:**

Dr. Thomas Schepp, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 702

Dr. Andreas Binder, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 706

Martin Richter, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 70 708