

Stellungnahme der BARMER zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2022 vom 02.07.2021 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. Erneut ist der Entwurf sehr umfangreich, wobei im Wesentlichen die zielgenauere Darstellung der Komorbiditäten und die Verringerung von Über- bzw. Unterdeckungen einzelner Versichertengruppen im Fokus des Entwurfs stehen. Bereits mit der Festlegung für das Jahr 2020 eingeführte Elemente wie Alterssplits und (mehrfache) Arzneimitteldifferenzierungen wurden dagegen nicht systematisch überprüft. Mit Datum vom 02.07.2021 hat das BAS den Krankenkassen den Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2022 übermittelt.

Allgemeine Anmerkungen zum Vollmodell

Die strukturierte Vorgehensweise durch die bearbeiteten Hierarchien wird positiv gesehen. Dabei wird die bisherige Anzahl von insgesamt 495 HMGs auf 390 HMGs deutlich reduziert. Die Reduzierung trägt insgesamt zur weiteren Stärkung der Manipulationsresistenz bei. Jedoch wurden im Entwurf nicht alle Hierarchien bezüglich der gestellten Zielsetzung überarbeitet.

Die Regressionskoeffizienten werden erstmalig als Excel Tabellen zur Verfügung gestellt. Die BARMER bedankt sich dafür ausdrücklich und regt an, dieses Verfahren für die Zukunft fortzuführen.

Darüber hinaus sollte zum Festlegungsentwurf eine vollständige Zuordnungstabelle der ICD-Codes zu den Krankheiten enthalten sein.

Bei einigen Vorschlägen der Modellanpassung werden die Modellkennzahlen schlechter. Für die allermeisten berichteten Fällen werden die Änderungen dennoch übernommen. Die Definition einer allgemeinen Grenze, bis zu welcher maximalen negativen Änderung der Modellkennzahlen eine Übernahme des Vorschlags hinnehmbar ist, würde diesen Prozess transparenter machen.

Ein Vergleich des Entwurfs 2022 mit dem Vorjahr ist für die BARMER kaum möglich. Für den Entwurf 2022 liegen ausschließlich Risikozuschläge ohne Nullsetzung der HMG vor und für das Vorjahr (Datenbasis AJ2021, Daten JA2019) nur Risikozuschläge mit Nullsetzung der HMGs. Durch das Nullsetzen verschieben sich einerseits die Zuweisungsanteile innerhalb der Hierarchien und andererseits von AGG zu HMG. Ein direkter Vergleich der Zuweisungen je Hierarchie von 2021 zu 2022 ist daher sehr schwierig, da sich durch die Nullsetzung die Zuweisungen noch einmal deutlich verschieben (z.B. Vgl. 2021 zu 2022: Hierarchie 04: GKV -

950 Mio. €, der Effekt resultiert fast ausschließlich aus dem neg. Koeffizienten der HMG0024 (-855 Mio. €)).

Der Vergleich mit dem Ausgangsmodell zeigt diese Effekte nicht, da hier beide Modelle mit negativen Risikozuschlägen vorliegen. Es wäre sehr hilfreich, wenn über den GKV SV den Krankenkassen das Vorjahresmodell ohne Nullsetzung der HMGs zur Verfügung gestellt werden könnte. Für die kommenden Anhörungen gerne auch im Vorhinein.

Nachdem für den anstehenden Zyklus insbesondere die Darstellung der Komorbiditäten und die Unterdeckungen bzw. Überdeckungen einzelner Versichertengruppen im Vordergrund stehen, sind im Festlegungsentwurf bereits Hinweise erkennbar, dass auch im kommenden Jahr gezielte Themenbereiche in Angriff genommen werden. Für eine ausgewogene Entwicklung des Morbi-RSA sind die Vorschläge der Kassen von großem Wert. Dies ergibt sich daraus, dass zumindest große Kassen, aber auch die Verbände, über fachliches Personal aus den verschiedenen Leistungsbereichen verfügen. Dieses Personal lässt wiederum seine Expertise in die Weiterentwicklung einfließen.

Für die kommenden Jahre schlägt die BARMER daher eine Entzerrung des aktuellen Zeitplans durch die Wiederaufnahme eines Vorschlagsverfahrens vor. Ähnlich wie es zu Beginn des Morbi-RSA durchgeführt wurde. Durch die rechtzeitige Bekanntgabe des BAS, welche Hierarchien und welche Themenfelder im folgenden Zyklus schwerpunktmäßig überarbeitet werden sollen, können sich die Kassen und Verbände auf diese Hierarchien und Themen konzentrieren. Das Vorschlagsverfahren soll über den GKV-Spitzenverband koordiniert werden. Damit kann sichergestellt werden, dass nur Vorschläge für die bekanntgegebenen Themenfelder an das BAS zur weiteren Überprüfung weitergeleitet werden.

Unabhängig davon wurden im Festlegungsentwurf die im Jahr 2020 eingeführten Alterssplits erneut nicht geprüft. Nach dem Verständnis der BARMER sind zumindest die bereits eingeführten Alterssplits jährlich zu überprüfen, damit keine neuen Verzerrungen hinsichtlich Über- oder Unterdeckungen von Versichertengruppen entstehen.

Durch die vermehrte Zusammenlegung von HMGs mit eher geringen Kostenschätzern zu einem gemeinsamen Strangende reduziert sich die Anzahl der Zuschläge zum Teil deutlich, obwohl durchaus unterschiedliche Krankheitsbilder vorliegen. Exemplarisch wird die HMG0135 *Erkrankungen des Ösophagus / Bauchfells / Darms / Gallenblase und -wege / Sonstiger oder n.n.bez. Eingeweidebruch ohne Komplikationen / Sonstige angeborene gastrointestinale Anomalien (Alter > 5 Jahre)* aus der Hierarchie 06 genannt. Auch die HMG0728 *Sonstige und n.n.bez. Venenerkrankungen und Krankheiten des Kreislaufsystems / Varizen sonstiger Lokalisationen / Sonstige und n.n.bez. Schäden durch äußere Ursachen / Hypotonie* fällt darunter. Allerdings werden dort nur negative Kostenschätzer zusammengeführt, so dass diese Zusammenlegung für den kommenden Zyklus nachvollzogen werden kann. Es sollten aber weitere Analysen durchgeführt werden, ob diese Form der Zusammenlegungen die tatsächlichen Folgekosten richtig darstellen. Jedes Jahr sollte überprüft werden, ob die verschiedenen Krankheitsbilder sich in ihren Kosten unterschiedlich entwickeln.

Für den kommenden Zyklus wird eine ganze Reihe von ICD-Verschiebungen in eine andere Hierarchie vorgeschlagen. Sofern medizinische Gründe für die Verschiebungen von ICD-Codes angegeben werden, werden diese oftmals nicht bzw. unzureichend erklärt. Um solche

Verschiebungen innerhalb der Kasse mit den dort ansässigen Ärzten nachvollziehen zu können, wäre jeweils eine grundsätzliche Erläuterung der Gründe sinnvoll.

Bei einigen Hierarchien wurden zur Anpassung Ergebnisse aus der Komorbiditätsanalyse herangezogen. Bei anderen Hierarchien wie zum Beispiel der Hierarchie 14 *Neurologische Erkrankungen* wurden etwaige Erkenntnisse aus der Komorbiditätsanalyse hingegen nicht erwähnt, obwohl hier gemäß den Berechnungen des GKV-SV ebenfalls hohe Komorbiditäten vorliegen. Aus den Erläuterungen zu den einzelnen Hierarchien, bei denen die Komorbiditätsanalyse nicht explizit erwähnt wird, geht nicht eindeutig hervor, ob aus dieser keine Anpassungen abgeleitet werden konnten, oder ob die Komorbiditäten überhaupt nicht betrachtet wurden. Eine Klarstellung und einheitliche Vorgehensweise über alle Hierarchien wäre hilfreich.

Vorschlag für eine zukünftige Formalisierung

In den diesjährigen Änderungen werden viele HMGs zusammengelegt. Dabei weisen die HMGs teilweise deutliche Zuweisungsunterschiede auf. Ein Beispiel hierfür ist die Zusammenlegung der HMG0036 mit einem Jahreswert von 80.160€ und der HMG0038 mit einem Jahreswert von 60.1112€ in der Hierarchie 08. Obwohl sich durch diesen Schritt die Modellkennzahlen verschlechtern, wird die Änderung übernommen. Ebenso werden die HMGs 0595 (Jahreswert 8602€), 0309 (Jahreswert 1674€) und 0596 (Jahreswert 930€) trotz ihrer Zuweisungsdifferenz zusammengelegt.

Für eine weitere Hierarchiekonsolidierung wäre eine Formalisierung hilfreich, wann HMGs für eine Zusammenlegung in Betracht gezogen werden. Dies könnte in Abhängigkeit der Höhe des Kostenschätzers oder der Gesamtzuweisung formuliert sein. Ein Vorschlag für die Umsetzung wird nachfolgend dargestellt:

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. €

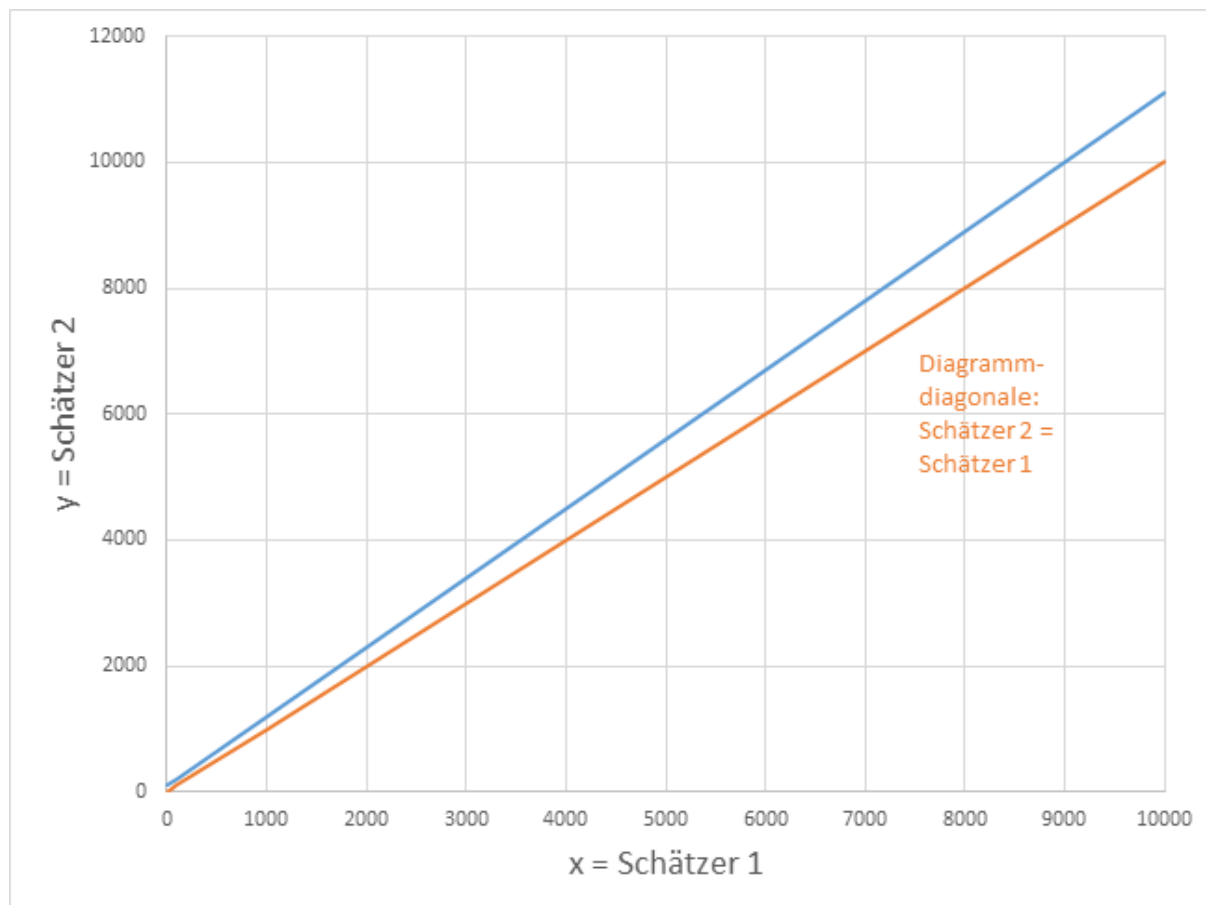
Eine HMG mit Zuschlag < 50€

Keine Beschränkung

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

Wenn Schätzer 1 < Schätzer 2: Schätzer 2 \leq 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 im vergangenen Jahr. Im Gegensatz zum Ausgleichsverfahren 2021 wird für das kommende Jahr die Streichung von 3 Angebotsvariablen vorgeschlagen, die unter den ersten 10 Variablen sortiert sind. Damit werden 2022 noch 71 RGGs im Verfahren berücksichtigt.

Aus Sicht der BARMER ist dieses Vorgehen durch das Gesetz nicht zwingend notwendig. Wir schlagen daher vor, bereits vor dem gesetzlich verankerten Gutachten im Jahr 2023, die Regionalkomponente ohne Einbezug der Angebotsvariablen in die Variablenprüfung zu berechnen und die Auswirkungen transparent zu veröffentlichen. Der entstehende Aufwand ist überschaubar. Die Veröffentlichung der Ergebnisse trägt zu einem besseren Verständnis der möglichen Umsetzungsvarianten bei.

Hierarchien

a) Hierarchie 01

Für die die HMG0003 *Infektionen durch opportunistische Erreger* werden aus dem Bereich der Antibiotika zur systemischen Anwendung die ATC 5 Steller J01FA und J01MA berücksichtigt. Analysen haben gezeigt, dass auch Kombinationen von Penicillinen, inklusive Beta-Lactamase-Inhibitoren in der Therapie zum Einsatz kommen.

Die BARMER schlägt vor, den ATC 5-Steller J01CR in die Liste der zu berücksichtigenden Wirkstoffe der DxG0011 mit aufzunehmen.

b) Hierarchie 08

Die HMG0412 ITP mit Dauermedikation besteht aus der gleichnamigen DxG0912. Ihr zugeordnet ist der ICD-Code D69.3 Idiopathische thrombozytopenische Purpura. Die idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP) verläuft bei Erwachsenen in der Regel chronisch. Immunglobuline sind wesentlicher Bestandteil der Therapie, weil sie während der Therapie die Thrombozytenwerte bei idiopathischer thrombozytopenischer Purpura zumindest kurzzeitig deutlich erhöhen.

Die BARMER schlägt daher vor, die DxG0962 ITP mit Dauermedikation um den ATC-Code J06BA zu ergänzen.

c) Hierarchie 10

Die Hierarchie 10 ist dieses Jahr nicht untersucht worden. Bereits im vergangenen Jahr hat die BARMER darauf hingewiesen, dass verschiedene Untersuchungen aus dem Inland und Ausland einen starken Zusammenhang zwischen einer alkoholbedingten Sucht und Depressionen zeigen. Alkohol ist eine depressiogene Substanz und führt regelhaft zu psychischen Folgen. Alkoholranke Menschen sind demnach einem erhöhten Risiko für Depression, Burnout, Angststörungen und weiteren psychischen Krankheiten ausgesetzt.

Die BARMER schlägt deswegen erneut die Prüfung einer externen Dominanzbeziehung von der HMG0053 auf die HMG0057 der Hierarchie 11 vor.

d) Hierarchie 18

Die Herauslösung der DxG0421 Lungenembolie aus der bisherigen HMG0105 in die neue HMG0248 bedingt, dass zukünftig nur noch die Folgekosten im ersten Jahr nach der im Krankenhaus behandelten Akuterkrankung ausgeglichen werden. Über die neuen HMG0105 und HMG0248 werden zukünftig Zuschläge in zweistelliger Millionenhöhe weniger ausgeschüttet. Dies legt nahe, dass es für das Krankheitsbild auch Folgekosten gibt, die über das erste Jahr hinausgehen. Die Berücksichtigung dieser Kosten erfolgt im Morbi-RSA bislang nur, wenn es entsprechende ICD-Codes gibt, die den Zustand nach einer Krankheit definieren und vom Arzt kodiert werden können. Für die Krankheit Lungenembolie gibt es solche Diagnosen bislang nicht.

Die BARMER regt daher eine fachliche Diskussion an, wie mit diesen Fallkonstellationen umzugehen ist.

e) Hierarchie 20

In der Hierarchie 20 stehen die HMG0130, HMG0134, HMG0137, HMG0136 und HMG0139 hierarchisiert untereinander. Die HMGs sind aufgrund der Höhe der einzelnen Kostenschätzer gut voneinander abgegrenzt. Analysen auf den Daten der BARMER haben gezeigt, dass Versicherte mit einer der oben genannten HMGs mit hoher Wahrscheinlichkeit auch eine Anämie haben. Bei der regelmäßigen Blutreinigung werden unter anderem auch giftige Stoffwechselschlacken entfernt. Zudem geht beim Dialyseprozess Blut verloren. Dies kann zu einer zunehmenden Anämie führen. Für eine sachgerechtere Darstellung dieses medizinischen Zusammenhangs schlägt die BARMER eine externe Dominanz von der HMG0139 auf die HMG0050 in die Hierarchie 08 vor.

Die HMG0130 Dialysestatus besteht aus der DxG0821 Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung) und der DxG0850 Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung). Nach Analyse der Daten der BARMER werden für die Behandlung des Vitaminmangels, des Zinkmangels, des erhöhten Phosphatwertes sowie des erhöhten Kaliumwertes nicht alle in der Therapie eingesetzten ATC-Wirkstoffgruppen berücksichtigt.

Die BARMER schlägt daher für die DxG0821 bzw. die DxG0850 vor, die Arzneimittelliste um die ATC-5-Steller A11BA, A11HA, A12AA, A12CB und V06DX zu ergänzen.

f) Hierarchie 21

In der Hierarchie 21 wird der ICD-Code O00.8 Sonstige Extrauterin gravidität in die DxG1033 und der ICD-Code O00.9 Extrauterin gravidität, nicht näher bezeichnet in die DxG1034 einsortiert. Die DxG1033 ist in die HMG0427 und die DxG1034 ist in die HMG0773 einsortiert.

Bereits im vergangenen Zyklus hat die BARMER darauf hingewiesen, dass die Extrauterin gravidität die Implantation einer Blastozyste außerhalb des Cavum uteri bezeichnet. Sie ist auch unter dem Begriff der Eileiterschwangerschaft bekannt. Neben der anamnestisch abdominalen Schmerzsymptomatik und der sekundären Amenorrhö ist grundsätzlich eine klinische Untersuchung angezeigt. Lediglich in wenigen Fällen, wenn die Extrauterin gravidität sehr früh erkannt wird, kommt eine konservative, medikamentöse Therapie in Betracht.

Die BARMER schlägt daher vor, die beiden ICD-Codes O00.8 und O00.9 zu einer eigenständigen DxG und HMG zusammenzulegen und das Aufgreifkriterium stationär erforderlich zu vergeben.

g) Hierarchie 22

Bereits in den vergangenen beiden Jahren hat die BARMER eine andere Arzneimitteldifferenzierung für die HMG0219 und HMG0210 vorgeschlagen. Der Vorschlag wurde bisher nicht aufgegriffen. Dabei sieht die BARMER die bestehende Arzneimitteldifferenzierung nach wie vor kritisch.

Anstatt die bereits berücksichtigten Arzneimittel in schweregradhomogene Gruppen aufzuteilen, hat das BAS in seinem Vorschlag alle bisher zur Validierung verwendeten Arzneimittel in einer Gruppe belassen und darunter eine zusätzliche Gruppe von einfachen topischen Antipsoriatika für geringe Schweregrade der (Para-)psoriasis gestellt. Der ursprüngliche Vorschlag, in der bisherigen Arzneimittelliste die Immuntherapeutika von den klassischen systemischen Wirkstoffen zu trennen, wurde somit nicht geprüft. Dass die Anwendung von topischen und von systemischen Wirkstoffen verschiedene Schweregrade der Psoriasis widerspiegelt, ist offensichtlich. Dies gilt jedoch auf einem deutlich höheren Niveau auch für Immuntherapeutika und die klassischen systemischen Wirkstoffe. So setzt eine Behandlung mit Wirkstoffen der Gruppe L04A das vorherige Scheitern nicht nur einer topischen, sondern auch einer klassischen systemischen Behandlung voraus. Noch in verstärktem Maße gilt dies für Ciclosporin, das nur für schwerste therapieresistente Formen der (Plaque-)Psoriasis zugelassen ist. Der ursprüngliche Vorschlag wäre in Form einer dreifachen Arzneimitteldifferenzierung sehr gut mit der jetzigen Umsetzung des BAS verbindbar und würde zu einer sichtlich steigenden Modellgüte führen.

Die BARMER schlägt daher erneut die Prüfung einer weiteren Arzneimitteldifferenzierung vor.

Redaktionelle Hinweise

- a) Hierarchie 11:
S. 229-230: In den Hierarchie-Diagrammen kommt jeweils zweimal die HMG0066 vor. Jeweils eine davon muss HMG0056 lauten.
- b) Hierarchie 16:
S. 284, Punkt 18.2.3: Hier wird von „Doppelzuweisungen der HMGs 0077 bzw. 0092 mit HMG0091“ gesprochen. Richtig müsste es heißen: „...HMGs 0077 und 0090 mit HMG0091“.
- c) Hierarchie 27:
S. 416: Im letzten Satz steht: „Die Veränderung im MAPE ist auf der gewählten Nachkommastelle nicht messbar.“ Richtig ist: „Die Veränderung im CPM...“
S. 417: Laut Text wurde HMG0839 zwischen HMG0850 und HMG0148 eingeordnet. Laut Tab. 26.13 (S. 418) wurde sie gemäß ihrem Schätzer aber über beiden HMGs eingeordnet.
S. 423: „2. Die HMGs 0844, 0848 und 0856 werden in HMG0844 zusammengelegt.“
Richtig ist: Sie werden in HMG0848 zusammengelegt.