

Stellungnahme der BARMER zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2025 vom 14.06.2024

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 2025 ist ein Festlegungsentwurf vorgelegt worden, der jedoch analog zum Vorjahr wieder weniger umfangreich ist, da das BAS für das Jahr 2024 noch Gutachten zu erstellen hat. Die Schwerpunkte für das Klassifikationsverfahren 2025 lagen hierbei auf die Bearbeitung noch offener GKV-SV Vorschläge des Vorjahres. Insgesamt wurden 4 Krankheitshierarchien bearbeitet.

Mit Datum vom 14.06.2024 hat das BAS den Krankenkassen den Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2025 übermittelt.

Allgemeine Anmerkungen zum Vollmodell

Die bisherige Anzahl von insgesamt 385 HMGs verändert sich im Festlegungsentwurf 2025 nicht.

Insbesondere die Berücksichtigung von zahlreichen Arzneimittelwirkstoffgruppen trägt zur weiteren Stärkung der Manipulationsresistenz bei. Jedoch wurde im Entwurf aus Ressourcen Gründen nur eine Hierarchie mit Arzneimittelvalidierung überarbeitet.

Wir bitten in der Festlegung 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.

Auch die bereits mit der Festlegung für das Jahr 2020 eingeführten Elemente wie Alterssplits wurden erneut nicht systematisch überprüft.

Auch dieses Jahr ist ein sinnvoller Vergleich des Entwurfs 2025 mit dem Vorjahr für die BARMER zeitnah nicht möglich. Das BAS hat sich dazu entschieden die Entwürfe ausschließlich mit Risikozuschlägen ohne Nullsetzung der HMG zu veröffentlichen. Für das Vorjahr 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/RGG zu HMG in signifikanter Höhe. Der GKV-SV veröffentlicht zwar – wie das BAS auch ausführt – entsprechende Modellrechnungen, allerdings mit einem zeitlichen Verzug von ca. 3 Wochen. Dadurch geht viel Zeit für die Bewertung des Festlegungsentwurfs verloren. Aus unserer Sicht ist der Festlegungsentwurf auch erst mit Nullsetzung der negativen HMG final bewertet, da das Berechnungsverfahren grundsätzlich die Nullsetzung negativer HMG-Zuschläge vorsieht.

Wir regen daher nochmals an, den Festlegungsentwurf mit Risikozuschlägen 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 2024 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 in den vergangenen Jahren 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.

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.

Allerdings führt die Aktualisierung der Datenjahre und der herangezogenen externen Daten dieses Mal zu einer deutlichen Fluktuation bei der Auswahl der Regionalvariablen. Es kommt zu einem Austausch von 4 der 8 berücksichtigten Variablen. Das steht in einem großen Gegensatz zu den Aussagen zur Stabilität der Variablen aus dem kürzlich vorgelegten Regionalgutachten (Kapitel 4.5 Regionalgutachten).

Dass eine Aktualisierung eines Datenjahres und der externen Daten zu einer so großen Veränderung bei den ausgewählten Regionalvariablen führen kann, spricht aus unserer Sicht weiterhin für eine jährliche Überprüfung der Regionalvariablen.

Auslandsversicherte

Keine Anmerkungen.

Hierarchien

a) Hierarchie 7 – Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

Aufnahme ATC Bosentan bei systemischer Sklerose in die DXG 205 und 187

Die systemische Sklerose (ICD M34.0, M34.2, M34.9) wird in der Hierarchie 7 – „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ in den DXG 205 – „Systemischer Lupus erythematoses (SLE) / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes mit Dauermedikation II“, DXG 187 – „Systemischer Lupus erythematoses / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes mit Dauermedikation I“ und DXG 1142 – „Systemischer Lupus erythematoses / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes“ berücksichtigt.

Die DXG 205 und 187 werden mit einer Arzneimittelvalidierung berücksichtigt.

Bisher wurde der ATC C02KX bei diesen DXG nicht berücksichtigt, obwohl der ATC C02KX01 - Bosentan für die Behandlung eines Lungenhochdrucks als auch von digitalen Ulzerationen als Manifestationen der systemischen Sklerose zugelassen ist. Eine Lungenbeteiligung tritt bei bis zu 90% der Patienten auf. Die Behandlung mit Endothelin-A/B(ETA/B) -Rezeptor-Antagonisten (ERA) wie Bosentan wird von den Fachgesellschaften für diese Symptomatik empfohlen.

Wir bitten die Aufnahme des ATC C02KX in die DXG 205 und DXG 187 zu überprüfen.

b) Hierarchie 11 – Psychische, kognitive und Suchterkrankungen

Die neue Abgrenzung der ICD-Kodes des Alkohol- und Drogenmissbrauchs befürworten wir.

Im Zuge der Überarbeitung der Hierarchie 11 regen wir an zur Vervollständigung der Diagnosen bezüglich Alkohol-, Drogen- und Tabakabhängigkeit die fehlenden Diagnosen F17.1, F17.2, F17.8 und F17.9 aus der Ausschlusskategorie in die Krankheit 78 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak aufzunehmen und eine Einordnung in die DXG 1289 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak zu prüfen.

c) Hierarchie 14 – Neurologische Erkrankungen

• Einführung mehrfacher differenzierter Arzneimitteltherapie bei Multiple Sklerose

Die Einführung der mehrfach differenzierten Arzneimitteltherapie bei Multiple Sklerose befürworten wir.

Wir sehen allerdings auch eine Gefahr, dass die Differenzierung der HMGs der Multiplen Sklerose nach Wirksamkeitskategorien, durch neu auf dem Markt kommende Arzneimittel von der Manipulationsbremse betroffen sein können. Dies sollte bei der Bewertung nach § 19 RSAV berücksichtigt werden.

An manchen Stellen ist der Festlegungsentwurf nicht ausführlicher begründet. Beispielsweise wird das Modell zwischen M1 und M2 auf Seite 94 nicht dargestellt. Leider wird der Wegfall dieses Zwischenschritt nicht erläutert. Für ein besseres Verständnis über die Modellentwicklungen regen wir an, alle Zwischenmodelle einheitlich aufzuführen.

- Des Weiteren erfahren Post-COVID-Zustand und chronischem Müdigkeitssyndrom eine veränderte Abgrenzung. Diese Änderungen befürworten wir.

d) Hierarchie 19 – Erkrankungen der Lunge

Es besteht eine Hierarchieverletzung zwischen der HMG0501 „Akute respiratorische Insuffizienz“ und der HMG0500 „Chronische und n.n.bez. respiratorische Insuffizienz“.

Für die Beseitigung von Hierarchieverletzungen gibt es in der Festlegung die Beschreibung zum Umgang mit Hierarchieverletzungen bei der Regression unter Punkt 2.3.2.6 „Verletzung der Kostendominanz“: „Falls ein Regressionskoeffizient einer dominierten, in der Hierarchie untergeordneten Morbiditätsgruppe den einer dominierenden Morbiditätsgruppe übersteigt, werden die beiden Gruppen vereinigt und als einheitliches Risikomerkmals in der Regression berücksichtigt.“

Für den Entwurf 2025 werden noch die Datenjahre 2021 und 2022 verwendet, die durch die Corona Pandemie beeinflusst sind. Die Hierarchieverletzung der HMG501 „Akute respiratorische Insuffizienz“ und der HMG0500 „Chronische und n.n.bez. respiratorische Insuffizienz“ können pandemiebedingte Hierarchieverletzungen sein. Es besteht daher die Möglichkeit, dass die Hierarchieverletzung bei Verwendung von Daten ohne Pandemieeinfluss nicht mehr besteht.

Wir regen daher an, die Hierarchieverletzungen erst dann zu bearbeiten, wenn sie auch bei der Verwendung von Daten ohne Pandemieeinfluss bestehen bleibt und ansonsten den normalen Prozess bei der Regression zur Ermittlung der Risikozuschläge zu folgen. Dies würde den Aufwand der Überarbeitung reduzieren und Ressourcen beim BAS schonen.

e) Hierarchie 22 – Erkrankungen der Haut

In der Hierarchie 22 entstand eine Hierarchieverletzung, obwohl es im Klassifikationsverfahren keine Änderungen in dieser Hierarchie gab. Daher darf vermutet werden, dass lediglich die geänderte Datenbasis Ursache dieser Hierarchieverletzung war. Für die Beseitigung von Hierarchieverletzungen gibt es in der Festlegung unter Punkt 2.3.2.6 „Verletzung der Kostendominanz“ die Vorgabe zum Umgang mit Hierarchieverletzungen: „Falls ein Regressionskoeffizient einer dominierten, in der Hierarchie untergeordneten Morbiditätsgruppe den einer dominierenden Morbiditätsgruppe übersteigt, werden die beiden Gruppen vereinigt und als einheitliches Risikomerkmals in der Regression berücksichtigt.“

Es besteht zudem die Möglichkeit, dass die Hierarchieverletzung in späteren Jahren nicht mehr auftritt, da die Daten immer gewissen zufälligen Schwankungen unterliegen.

Wir regen daher an, Hierarchieverletzungen erst dann zu bearbeiten, wenn sie über wenigstens zwei bis drei Jahre hinweg bestehen bleiben und ansonsten den normalen Prozess bei der Regression zur Ermittlung der Risikozuschläge zu folgen. Dies würde den Aufwand der Überarbeitung reduzieren und Ressourcen beim BAS schonen.