



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Entwurf der
Festlegung von Morbiditätsgruppen,
Zuordnungsalgorithmus, Regressions-
verfahren und Berechnungsverfahren
für das Ausgleichsjahr 2016**

Stand: 21.08.2015

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

I. Vorbemerkungen	3
II. Methodik	5
Robustheit des Gesamtmodells.....	5
Verwendung der 30%-Stichprobe	5
Diskussion zu Alterssplits für Hierarchisierte Morbiditätsgruppen	6
III. Anpassung des Klassifikationsmodells	7
Hierarchie 01 „Infektionen“	7
Hierarchie 02 „Neubildungen“	7
Hierarchie 03 „Diabetes mellitus“	8
Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“	10
Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“	11
Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“	12
Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“	12
Hierarchie 13 „Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“	13
Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	14
Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“	14
Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“	15
Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	16
Hierarchie 23 „Verletzungen“	16
Hierarchie 25 „Transplantationen“	16
Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“	17
IV. Sonstiges	18
Künftige Zuordnung Versicherter unbestimmten Geschlechts nach Änderung des PStG in alters-/ geschlechtsabhängige Risikogruppen	18
Turnus Krankheitsauswahl	18
Kostenerstatter	19
V. Redaktionelle Anmerkungen	21

I. Vorbemerkungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich gemäß § 31 Abs. 4 Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) hat das BVA am 10. Juli 2015 seine Vorschläge für die bis zum 30. September 2015 zu treffenden Anpassungen vorgelegt. Darin enthalten sind die Änderungen der zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus, des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2016 auf Basis der am 15. März 2015 festgelegten Krankheitsauswahl.

Im Gegensatz zu den bisherigen Vorschlagsverfahren wurde in diesem Anpassungszyklus der GKV-SV als alleiniger Anhörungspartner vom BVA zur Vorlage von Vorschlägen zur Anpassung des Klassifikationsmodells aufgerufen. Es sollten nur Vorschläge vorgelegt werden, die in der GKV als konsensfähig eingestuft werden. Der GKV-SV hatte daraufhin eine umfangreiche Liste mit allen Vorschlägen, die von seinen Mitgliedskassen eingebracht wurden, vorgelegt. Die Krankenkassen hatten im Vorfeld die Gelegenheit, alle in der Vorschlagsliste vorgebrachten Vorschläge zu bewerten und sich dazu zu positionieren.

Das BVA hat diese neue Verfahrensweise zwar begrüßt, bedauerte aber zugleich, dass der GKV-SV keine eigene Positionierung zu den Vorschlägen eingebracht hat. Zudem hält das BVA weiterhin an der Forderung nach einer GKV-konsentierten Liste als Grundlage für die RSA-Weiterentwicklung fest und hat angeregt, mit dem GKV-SV in einen regelmäßigen fachlichen Austausch einzutreten.

Auch wir halten die Vorgehensweise, alle Anpassungsvorschläge der GKV zentral beim GKV-SV zu sammeln und in Form einer abgestimmten Liste an das BVA zu übermitteln, für sinnvoll. Das schafft Transparenz für alle Verfahrensbeteiligten. Aus Gründen der Wettbewerbsneutralität erachten wir es jedoch für unabdingbar, dass der GKV-SV auch in zukünftigen Anpassungsverfahren auf eine eigene Positionierung verzichtet. Aufgrund der unterschiedlichen Auffassungen innerhalb der GKV insbesondere im Wettbewerbsfeld RSA halten wir eine Konsentierung der GKV-Vorschläge für nicht umsetzbar. Zielführender wäre aus Sicht der Innungskrankenkassen eine Beschränkung der Vorschläge auf einen vom BVA priorisierten Weiterentwicklungsbedarf.

Eine fachliche Abstimmung zwischen GKV-SV und BVA im Vorfeld des Vorschlagsverfahrens ist ebenso abzulehnen. Ein solches Vorgehen verlegt die Priorisierung durch den GKV-SV nur in den informellen Rahmen, verringert die Transparenz des Verfahrens für die direkt betroffenen Kassen und ist daher keinesfalls eine Alternative zu der vom BVA gewünschten stärkeren Bewertung durch den GKV-Spitzenverband.

In diesem Anpassungszyklus konzentriert sich das BVA vorrangig auf Anpassungen, die sich aufgrund des durch die Krankheitsauswahl veränderten Morbiditätsspektrums ergeben. Auf Untersuchungen zu allgemeinen, hierarchieübergreifenden Themen, wie z.B. Aufgreifkriterien, Altersplits, Arzneimitteldifferenzierungen etc. wird weitgehend verzichtet. Aus Zeitgründen wird die Diskussion dieser Themen für zukünftige Anpassungen zurückgestellt. Dieses Vorgehen des BVA ist angesichts der durch die Krankheitsauswahl und die neu eingeführten ICD-Kodes bedingten umfangreichen Veränderungen grundsätzlich nachvollziehbar. Dennoch halten wir an unserem bereits im Rahmen der Anpassungen zum Klassifikationsmodell 2014 unterbreiteten Vorschlag fest und möchten das BVA im nächsten Anpassungszyklus zu einer umfassenden und systematischen Analyse einer kostenhomogenen Zusammensetzung aller HMGs ermutigen.

Weiterhin ist zu bemerken, dass Modellanpassungen nach wie vor ausschließlich auf der Grundlage von Veränderungen der Gütemaße vorgenommen werden. Eine Beachtung von Selektions- oder Manipulationsrisiken findet nur unzureichend statt.

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass das BVA im Anhang der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf einen Überblick über die Entwicklung der Fallzahlen und Kostenschätzer für das Klassifikationsmodell 2015, sowie für das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf 2016 veröffentlicht hat. Die Veröffentlichung der Kennzahlen dient der besseren Vergleichbarkeit der Modelle und erhöht die Verfahrenstransparenz.

II. Methodik

Robustheit des Gesamtmodells

Die Robustheit des Modells ist bereits mehrfach aus Sicht der Innungskrankenkassen als nicht ausreichend beschrieben worden. Als Hinweise darauf können sowohl die Schwankungen der Gütemaße bei Änderung der Datengrundlage als auch die bereits mehrfach aufgetretenen Hierarchieverletzungen herangezogen werden.

Im Anhang des Festlegungsentwurfes erfolgt eine Gesamtbewertung der Modellanpassungen. Hierzu werden die Gütemaße für den Festlegungsentwurf für das Klassifikationsmodell 2016 den Kennzahlen für das Klassifikationsmodell 2015 gegenübergestellt. Dabei wird deutlich, dass die Anpassung des Ausgangsmodells nur noch zu geringen Verbesserungen der Gütemaße führt. Mit Blick auf die jahresübergreifende Gesamtperformance ist eher das Gegenteil zu konstatieren: während sich R^2 noch verhalten positiv entwickelt ($\Delta 0,0037\%$), sind CMP ($\Delta -0,0898\%$) und MAPE ($\Delta -2,369\%$) deutlich rückläufig. Aus unserer Sicht ist dies ein entscheidender Indikator dafür, dass es nicht ausreicht, das Klassifikationsmodell allein auf der Datengrundlage des Vorjahres zu optimieren, sondern die jahres- und meldungsübergreifende Stabilität des Modells stärker in den Fokus rücken muss. Hierzu hatten wir bereits im Rahmen unserer Stellungnahme zum Klassifikationsmodell 2015 vom 08. August 2014 konkrete Vorschläge unterbreitet.

Zum anderen ist auch zu überdenken, inwieweit die nun offensichtlicher werdenden Verschlechterungen der Performance des Gesamtmodells auf die umfangreichen Anpassungen der Krankheitsauswahl zurückzuführen sind. Das BVA hat wiederholt argumentiert, dass aus seiner Sicht die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells ein erhebliches Gewicht bei der Entscheidung über methodische Aspekte der Krankheitsauswahl haben sollte. Mit Blick auf die nun veröffentlichten Gütemaße des Gesamtmodells sind aus Sicht der Innungskrankenkassen dann auch bislang nur oberflächlich diskutierte Aspekte der Methodik der Krankheitsauswahl (Prävalenzgewichtung, Schwellenwertkriterium) zu überdenken.

Verwendung der 30%-Stichprobe

Wie schon im letzten Anpassungszyklus zeigen sich auch in diesem Jahr partiell erheblich Abweichungen zwischen Stichprobe und Vollerhebung im Hinblick auf einzelne

Schätzer.¹ Da die Stichprobe für das Ausgangsmodell insgesamt ein erheblich besseres R^2 aufweist, ist davon auszugehen, dass solch starke Abweichungen auf wenige Ausreißer in der Vollerhebung zurückzuführen sind. Daher stellt sich die Frage, inwieweit Anpassungsoptionen, insbesondere für verhältnismäßig gering besetzte Morbiditätsgruppen (<1.000 Fälle), überhaupt auf der Stichprobe erprobt werden können. Wir bitten das BVA erneut, hier weitere Prüfungen vorzunehmen und insbesondere zu erwägen, ob Anpassungsvorschläge nicht generell über mehrere Datengrundlagen hinweg bessere Ergebnisse liefern sollten, bevor sie umgesetzt werden.

Diskussion zu Altersplits für Hierarchisierte Morbiditätsgruppen

Die Innungskrankenkassen bedauern, dass es dem Bundesversicherungsamt nicht gelungen ist, Vorschläge für die systematische Beurteilung der Angemessenheit von Altersplits zu machen. Wir wollen, wie schon in den letzten beiden Jahren, noch einmal betonen, dass wir die Diskussion um einheitliche Beurteilungskriterien bei Altersplits auch deswegen für notwendig halten, weil langfristig eine entsprechende Diskussion auch für andere Anpassungsbereiche im Klassifikationsmodell des Risikostrukturausgleiches aus unserer Sicht unumgänglich ist.

¹ Beispielsweise im Vergleich von Vollerhebung und Stichprobe im Ausgangsmodell für HMG 159, S. 261.

III. Anpassung des Klassifikationsmodells

Hierarchie 01 „Infektionen“

Die neu aufgenommenen Diagnosen des systemischen inflammatorischen Response-Syndrom (SIRS) sollen in den Hierarchiestrang „Sepsis“ integriert werden. Aufgreifkriterium ist „stationär erforderlich“. Beides ist folgerichtig und kann aus unserer Sicht unterstützt werden.

Unplausibel erscheint indes, dass „SIRS ohne Organkomplikation“ höhere Folgekosten verursachen soll, als „SIRS mit Organkomplikation“. Das BVA unterstellt bei seiner Bewertung, dass die eine „SIRS nichtinfektiöser Genese“ auslösende Grundkrankheit (ggf. mit Organkomplikation) [R65. 2 oder R65.3] mit einem Zuschlag in den anderen Hierarchien abgedeckt wird. Trotz sich leicht verschlechternder Schätzgüte schlägt das BVA vor, beide Gruppen zusammenzulegen um einerseits Hierarchieverletzungen zu vermeiden und andererseits keine Anreize für unzureichende Kodierung zu setzen. Dieser Vorschlag zugunsten der Manipulationssicherheit wird von den Innungskrankenkassen begrüßt.

Hierarchie 02 „Neubildungen“

Durch die Krankheitsauswahl entfallen in dieser Hierarchie zahlreiche DxG. Eine Analyse der Kostenstruktur der Hierarchien – wie von uns bereits im letzten Anpassungszyklus vorgeschlagen – wurde nicht durchgeführt. Stattdessen wurden die Zusammenlegungen ausgewählter HMGs geprüft.

In der Hierarchie 2a wird die Zusammenlegung der HMG265 „Non-Hodgkin-Lymphom“ und der HMG266 „Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen, chronisch myeloproliferative Krankheit“ untersucht. Aufgrund der sich verschlechternden Kennzahlen spricht sich das BVA gegen einen Zusammenführung aus. Die Kennzahlenveränderungen sind allerdings minimal ($\Delta R^2 = -0,0006\%$, $\Delta CPM = -0,0001\%$; $\Delta MAPE = 0,002\%$). Aus unserer Sicht sollte hier der Reduktion der Modell-

komplexität der Vorzug gegeben werden, zumal sich im Vergleich zur letzten Datengrundlage² die Kostenschätzer der HMGs weiter annähern.

Da sich bei einer Zusammenlegung in allen Fällen die Gütemaße verschlechtern würden, nimmt das BVA von einer Konsolidierung Abstand. Unabhängig von den vorgenannten zu den jeweiligen Modellen gemachten Anmerkungen steht zu vermuten, dass eine Verschlechterung alleine schon durch die Verringerung der Anzahl der HMGs hervorgerufen werden kann. Die Untersuchung der Auswirkungen der statistischen Komponente dieses (Kompensations-)Effektes, also wie groß der isolierte Einfluss ist, der sich ausschließlich durch die Veränderung der Variablenanzahl ergibt, wurde von uns bereits mehrfach angeregt, vom BVA jedoch bislang nicht untersucht. Wir möchten das BVA dazu ermuntern, in künftigen Anpassungszyklen diese Untersuchung noch durchzuführen.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die mangelnde Krankheitsspezifität von Arzneimitteln ein nachvollziehbarer Grund, auf Arzneimitteldifferenzierungen zu verzichten.

Hierarchie 03 „Diabetes mellitus“

Die von den Innungskrankenkassen vorgeschlagene Anhebung der Altersgrenze bei Kindern mit Diabetes mellitus Typ I wird abgelehnt. Das BVA kann aus medizinischer Sicht zwar nachvollziehen, dass ein zweiter Erkrankungsgipfel in der Pubertät liegt. Es sei jedoch davon auszugehen, dass Jugendliche zwischen 12 bis 15 Jahren über die Regeln für die in HMG020 abgebildeten DxG aufgegriffen werden, da sich die intensivierte Insulintherapie nicht wesentlich von der im Erwachsenenalter unterscheidet.

Das BVA argumentiert hier mit der „logischen Konsistenz des Modells“, in dem die Altersgrenze von 12 Jahren regelhaft Kinder von Jugendlichen trennt. Eine solche „Einheitlichkeit der Kriterien“ ist hier aber auf Grund von medizinischen Erwägungen, die auch das BVA anerkennt, nicht statthaft, zumal es in der aktuellen Modellausgestaltung bereits Zuschlagsgruppen gibt, die über Arzneimittel validiert werden und bei denen abweichende Altersgrenzen umgesetzt wurden, wie z.B. die HMG290 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (mit Dauermedikation)“. Hier liegt die Altersgrenze bei 17 Jahren. Als Aufgreifkriterium ist die Sonderregel 1.3.3.1 maßgeblich.

² Vgl. Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2015, S. 57.

Laut Fachliteratur nimmt insbesondere im Kindes- und im Jugendalter eine Fülle von Faktoren Einfluss auf die Stoffwechsellage. So verändert sich beispielsweise im Rahmen des Wachstums der Insulinbedarf, der in der Pubertät wegen der die Insulinempfindlichkeit herabsetzenden Wirkung des Wachstumshormons und der Sexualsteroiden bis über 1,5 E/kg KG/Tag ansteigen kann. Das durch vermehrte Ausschüttung kontrainulinärer Hormone hervorgerufene Phänomen deutlich erhöhter Morgenblutzuckerwerte („Dawn-Phänomen“) ist in diesem Alter verstärkt und stellt eine klassische Indikation zur Insulinpumpentherapie dar.³ Mädchen haben vor und in der Pubertät einen höheren Insulinbedarf als Jungen und erreichen das Maximum früher (im Mittel mit 12 Jahren versus 14 Jahren bei Jungen). Nach der Pubertät sinkt der Insulinbedarf kontinuierlich.⁴ Insofern sehen wir durchaus einen erhöhten Therapie- und Kostenaufwand in dieser Altersgruppe und sind der Auffassung, dass auch die Jugendlichen < 15 Jahre kostengünstig besser in der HMG020 abgebildet werden. Im Zweifel sollte eine empirische Überprüfung klären, inwieweit eine Verschiebung der Altersgrenze zu einer besseren Kostentrennung führt.

Die Argumentation des BVA zur möglichen Veränderung des Aufgreifkriteriums für Entgleisungsdiagnosen ist aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar. Ein hoher HbA1c-Wert sagt nur etwas über eine langfristig schlechte Diabetes-Einstellung aus und stellt somit ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer diabetischen Ketoazidose (DKA) dar. Die im vertragsärztlichen Bereich ausgegebenen Kodierrichtlinien⁵ machen, auch für Augenärzte, ganz klare Vorgaben, wie zu kodieren ist. Demzufolge gilt „ein Diabetes mellitus mit den Komplikationen Koma und/oder Ketoazidose [...] grundsätzlich als entgleist und wird stets mit der fünften Stelle 1 als entgleist bezeichnet kodiert. Das sollte aber in der Praxis eine Rarität sein. Die Kodierung der entgleisten Stoffwechsellage erfolgt immer nur so lange, wie die Entgleisung vorliegt.“

Sowohl hyperglykämische als auch hypoglykämische Notfälle sind potentiell lebensbedrohliche Ereignisse und erfordern immer eine notfallmedizinische stationäre Behandlung. Ungeachtet dessen wird das Kriterium „stationär erforderlich“ auch vergeben, um

³ Kapellen, Galler, Claus, Kiess (2007) Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter. Monatsschrift Kinderheilkunde 155: 179–191.

http://www.drk-kliniken-berlin.de/uploads/media/WE_Diabetologie.pdf

⁴ Diabetologie und Stoffwechsel 2007; 2 - P213 DOI: 10.1055/s-2007-982308

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2007-982308> .

⁵ Vgl. Kodiervorgabe KVVWL,

http://www.kvwl.de/arzt/abrechnung/diagnosekodierung/beispiele/diabetes_mellitus.pdf .

eine bessere Kostentrennung von teuren Versicherten zu ermöglichen und Manipulationen vorzubeugen. Das vom BVA zitierte Kodierbeispiel zeugt von erheblichen Manipulationsanreizen, da eine Entgleisung gerade noch nicht vorliegt, aber faktisch kodiert wird. Darauf aufbauend das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ nicht zu vergeben, erscheint uns nicht ratsam.

Bei der Neuordnung der Diabetes-DxG im Komplikationsstrang der Hierarchie fällt auf, dass die DxG604 „Diabetes mellitus als Schwangerschaftskomplikation“ in der HMG019 mit -921€ einen deutlich negativen Kostenschätzer aufweist. Ein erhöhter Therapieaufwand für Schwangerschaftsdiabetes zeigt sich insofern nicht. Aus Sicht der Innungskassen ist die erzwungene Aufnahme der DxG604 „Schwangerschaftsdiabetes“, die offenkundig keine Folgekosten aufweist und deren Aufnahme die Zielgenauigkeit des Modells merklich verschlechtert, nicht nachvollziehbar. Vielmehr sollte die DxG604 als eigenständige HMG an das Ende des Hierarchiestranges verlegt und auf Null gesetzt werden.

Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

Wir begrüßen die Entscheidung des BVA, Modellanpassungen, die über rein technische Ergänzungen neu hinzugekommener ICDs und ATCs hinausgehen, erst mit der dafür notwendigen Datengrundlage zu prüfen und ggf. umzusetzen.

Nachdem im Rahmen der Krankheitsauswahl die DxGruppen 148 – 150 zu streichen sind, hat das BVA die Auswirkungen auf das Hierarchiegefüge geprüft. Das BVA kommt zu dem Schluss, dass keine Änderungen an der bestehenden Hierarchie vorzunehmen sind, da die geänderte Krankheitsauswahl keine Auswirkungen auf die Konsistenz der einzelnen Kostenschätzer zeige. Im Festlegungsentwurf werden für die Arzneimittelprüfung der DxG144 „Terminale Lebererkrankung, einschließlich Leberkoma und Leberversagen (mit Dauermedikation) „zusätzlich jedoch noch die beiden ATC-Siebensteller A06AD11 „Lactulose“ und A06AD61 „Lactulose Kombinationen“ aufgenommen. Unseres Erachtens sollte A06AD12 „Lactitol“ ebenfalls berücksichtigt werden.

Die Aufnahme der zusätzlichen Arzneimittelwirkstoffe führt zu einer Verschiebung von der HMG030 in die HMG025. Dadurch sinkt der Kostenschätzer der HMG030 von 4.129€ auf 3.735€ ab und liegt damit nur noch rund 9% über dem der HMG028. Um etwaigen Hierarchieverletzungen vorzubeugen, sollte mit den geänderten Rahmenbedin-

gungen und unter der Berücksichtigung von A06AD12 eine erneute Überprüfung einer Zusammenlegung der HMG030 mit der HMG028 erfolgen.

Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Tabelle 29 ist identisch mit Tabelle 28 und passt nicht zu den nachfolgenden Ausführungen. Da die weitere Bewertung zu Vorschlag 4 auf der (falschen) Tabelle 29 aufsetzt, sind die Schlussfolgerungen nicht vollumfänglich nachvollziehbar.

Die DxG760 „Gastrointestinale Blutungen ohne peptischen Ulkus“ soll nach dem Vorschlag des BVA wegen ähnlicher Kostenschätzer mit der HMG156 „Ileus“ im linken Hierarchiestrang zusammengeführt werden. Beide Krankheiten haben jedoch medizinisch nichts miteinander zu tun. Während mechanische (Verstopfung) oder funktionale (Lähmung) Störungen der Peristaltik ursächlich für einen Ileus sind, werden gastrointestinale Blutungen häufig durch Ulcera, Varizen oder Divertikel verursacht⁶. Diese stehen im rechten Hierarchiestrang. Um Doppelzuschläge zu vermeiden, sollte die DxG760 daher im rechten Hierarchiestrang eingeordnet werden.

Die Argumentation des BVA, in der Therapie des Helicobacter positiven Ulcus aufgrund einer zu geringen Behandlungsdauer (7 Tage lt. Leitlinie statt der im RSA geforderten 10 Mindestbehandlungstage) auf eine Arzneimittelvalidierung zu verzichten können wir nachvollziehen. Die vom AOK BV vorgeschlagene erweiterte Arzneimittel Validierung auf die ATC Codes G01AF01 sowie J01FA09 erübrigt sich hiermit.

Da ein großer Anteil der therapiebedürftigen peptischen Ulcera jedoch im Rahmen von akuten Stresssituationen (ICD K25.3) oder als Nebenwirkung in der Arzneimitteltherapie der Grunderkrankung (z.B. NSAR, Corticosteroide) auftritt, ist eine Validierung der Erkrankung über Arzneimittel aus Sicht des IKK e.V. unbedingt notwendig, um schwere von leichten Verlaufsformen bzw. von passager auftretenden Beschwerden abzugrenzen. Es wird die Validierung auf folgende ATC Codes vorgeschlagen: A02BA, A02BB, A02BC, A02BX, A02XA, A02XH, A02XX.

Wir unterstützen die Forderung der Barmer GEK bei der DxG760 „Gastrointestinale Blutungen ohne pept. Ulkus“ nur stationäre Fälle aufzugreifen, um der Gefahr des Upcodings – wie in dem vom BVA angeführten Beispiel – vorzubeugen.

⁶ Vgl. Herold: Lehrbuch f. Innere Medizin

Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“

Das BVA hat die Hierarchie 09 aus dem Klassifikationsmodell 2011 wiedereingeführt. Da es sich bei Demenz und Alzheimer um degenerative Erkrankungen des Gehirns und des Nervensystems handelt, hatten wir die Eingliederung in die Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ vorgeschlagen.

Das BVA berichtet im Festlegungsentwurf, dass in der Anhörung vorgeschlagen wurde, den ICD-Kode F02.0* „Demenz bei Pick-Krankheit“ aus der DxG251 in die DxG252 zu verschieben. Dieser Vorschlag ist uns unbekannt. Begründet wird die Verschiebung mit medizinischen Gesichtspunkten, da die Krankheit zu den degenerativen Hirnerkrankungen wie Morbus Alzheimer zähle und auch der dazugehörige Kreuzcode (G31.0+ „Umschriebene Hirnatrophie“) ebenfalls dort angesiedelt sei. Zudem passe der Kostenschätzer besser in die darüber liegende DxG252 bzw. HMG012.

Sofern der Argumentation gefolgt werden kann, die Sternkodes in die gleiche Zuschlagsgruppe einzuordnen wie den Kreuzcode, stellt sich die Frage, wieso das BVA dann nicht auch diese Prüfung / Zuordnung bei den ICDs F02.1-4 (Demenz bei Creutzfeld-Jakob, Chorea Huntington, Parkinson oder HIV) vorgenommen hat.

Im Klassifikationsmodell 2010 wurde die HMG 048 „Delir und Enzephalopathie“ von der HMG075 „Koma, Hirnödem/ hypoxische Hirnschäden“ aus der Hierarchie 14 dominiert. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist diese Dominanzbeziehung medizinisch sinnvoll und sollte daher auch für das aktuelle Klassifikationsmodell nachvollzogen werden.

Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

In der Kostenuntersuchung zum Klassifikationsmodell 2012 wies F34.1 „Dysthymia“ noch eine sehr viel geringere Schätzerhöhe (267€) auf als heute. Vor diesem Hintergrund sollte die Stabilität des heutigen Kostenschätzers auf älteren Datengrundlagen überprüft werden.

Inwiefern sich die Verschlechterung der Gütemaße allein aufgrund der sich durch die Zusammenlegung resultierenden geringeren Anzahl an Zuschlagsgruppen ergibt, wird nicht untersucht. Es ist bekannt, dass die Gütemaße eines Regressionsmodells durch

die Hinzunahme bzw. den Wegfall unabhängiger Variablen steigen oder fallen, unabhängig davon, ob diese einen echten Einfluss auf die abhängige Variable haben. Die Innungskrankenkassen haben bereits mehrfach eine isolierte Betrachtung dieser statistischen Effekte über die Entwicklung der Gütemaße allein aufgrund der Veränderung der Variablenanzahl gefordert.

Hierarchie 13 „Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“

Infolge der Krankheitsauswahl werden die Diagnosen zur „Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom“ (ICD-Gruppe M47.0-) und die ICD „Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ (G32.0*) neu aufgenommen. Die neue ICD-Gruppe M47.0- wird im Ausgangsmodell zunächst als eigene Zuschlagsgruppe als DxG300 „Schwerwiegende Myelopathien“ mit einem Kostengewicht von 6.340€ in eine neue HMG291 frei in die Hierarchie eingebunden. Anschließend erfolgt die empirische Prüfung, an welcher Stelle der Hierarchie die Zuordnung erfolgen soll. Dabei wird zum einen die Eingliederung in die höherwertigere HMG294 (Modell 1: 7.002€) und andererseits die Einordnung in die niedrigere HMG295 (Modell 2: 3.077€) geprüft.

Die Vergabe des Kriteriums „Stationär erforderlich“ für die Myelopathien der DxG 300 ist aus unserer Sicht sinnvoll, da durch die Vergabe die Zielgenauigkeit verbessert wird.

Trotz der stark unterschiedlichen Kostenschätzer wird die Integration der DxG300 in die niedrigere HMG295 vorgeschlagen. Begründet wird dies mit einer geringfügig besseren Schätzgüte in Modell 2 (Δ CPM Modell 1: -0,0001%; Modell 2: -0,0000%!). Angesichts der kaum nennenswerten Unterschiede der Gütemaße plädieren wir dafür, die DxG300 in die nach dem Kostengewicht besser geeignete HMG294 „Paraplegie / Inkomplette oder nicht näher bezeichnete Quadriplegie / sonstige Rückenmarksläsion“ zu integrieren.

Der ICD G32.0 „Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ wird im Ausgangsmodell über die DxG309 in die HMG296 „sonst. Erkrankungen des Rückenmarks“ einsortiert. Im Rahmen der Modellüberprüfung schlägt das BVA gemeinsam mit der G95.1 „Vaskuläre Myelopathien“ und G95.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Rückenmarkes“ die Verschiebung in die teurere HMG295 (DxG300) mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ vor.

Der ICD-Kode G32.0 ist u.a. zu verwenden bei subakuter kombinierter Degeneration des Rückenmarks bei Vitamin-B12-Mangel (Funikuläre Myelose), deren Symptomatik in Ausfällen der Motorik und Sensibilität bis hin zu einer Querschnittlähmung als Folge einer Schädigung des Rückenmarks liegt. Insofern wird der BVA-Vorschlag von uns unterstützt.

Die Wiederaufnahme der Dominanzbeziehung zwischen Hierarchie13 und Hierarchie 23 führt zu einer Verbesserung der Gütemaße und wird begrüßt.

Unser Vorschlag zur Einführung einer obligaten Arzneimittelvalidierung mit chronischem Verlauf unter Berücksichtigung von Thrombozythenaggregationshemmern (3.94) bleibt unkommentiert.

Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Neben den vom BVA angeführten medizinischen Gründen rechtfertigen auch die deutlichen Unterschiede des Folgekostenniveaus von Guillain-Barré-Syndrom und Critical-Illness- Polyneuropathie aus unserer Sicht die Vergabe des Kriteriums „Stationär erforderlich“. Zudem verbessert die Vergabe des Kriteriums die Zielgenauigkeit. Der reine Wegfall von Zuschlagsanzahlen ist aus unserer Sicht kein Argument gegen die Vergabe des Kriteriums.

Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Die Hierarchieverletzung zwischen den HMG089 „Hypertensive Herz- und Nierenkrankung, Enzephalopathie oder akutes Lungenödem“ und HMG091 „Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen“ wird behoben. Dabei wird zunächst eine DxG-Zerlegung der HMG089 durchgeführt, was grundsätzlich zu begrüßen ist. Die DxG351 „Akutes Lungenödem nicht anderweitig klassifiziert“ unterscheidet sich (mit 2.845€) deutlich von den Kostenschätzern der übrigen DxG. Zudem seien aus medizinisch-klassifikatorischer Sicht Lungenödeme mit der Angabe einer Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz explizit ausgeschlossen. Daher wird die DxG351 in die Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ verschoben.

Die verbleibenden 6 DxG sollen in die niedrigere HMG091 verschoben werden. Dabei fällt auf, dass 3 der 6 DxG zum Teil deutlich negative Kostenschätzer aufweisen: DxG355 (-188,90€), DxG382 (-196,14€) und DxG383 (-33,95€). Das bedeutet, dass diese Krankheiten im Folgejahr sogar weniger Kosten verursachen. Insgesamt sind rd. 207.000 Fälle davon betroffen. Eine Zusammenlegung mit der HMG091 würde dazu führen, dass für diese Personen Zuweisungen generiert würden, obwohl den Zuweisungen sogar negative Leistungsausgaben gegenüberstehen. Wir schlagen vor, analog der HMG106 „Sonstige Atherosklerose“ in der Hierarchie 18 mit den negativen DxG eine eigene HMG zu bilden, deren Zuschlag auf 0€ gesetzt und die am Ende der Hierarchie einsortiert wird.

Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislaufkrankungen“

Gemäß ICD-10 GM für 2015 erfolgt bei den Diagnosen des I70.2- eine inhaltliche Verschiebung u.a. der ICD-Kodes I70.23 (nach I70.24) und I70.24 (nach I70.25) und demzufolge auch eine Zuordnung zu einer neuen DxG 422 und 423 (vorher DxG437).

Da bislang noch keine Daten für die Ermittlung valider Kostenschätzer als Grundlage für die kostenhomogene Einordnung dieser neuen DxG in den Hierarchiestrang vorliegen, werden diese nach medizinischen Kriterien einsortiert. Diese Verschiebung aus der HMG115 (1.573€) in die HMG104 (5.773€) bzw. die HMG098 (6.991€) könnte mit Verwendung der Datenbasis aus dem Berichtsjahr 2015 zu Verwerfungen führen, da u.E. nicht sicherzustellen ist, inwiefern die Leistungserbringer diese inhaltlich gravierenden ICD-Änderungen in den Abrechnungsdaten auch so korrekt berücksichtigen. Wie das BVA korrekt ausführt, darf eine Berücksichtigung der Überliegerdiagnosen für die betroffenen Diagnosen nicht erfolgen, da es sonst zu ungerechtfertigten Doppelzuschlägen führen kann.

Trotz sich leicht verschlechternder Gütemaße wird für die DxG421 „Lungenembolie“ aus medizinisch nachvollziehbaren Gründen das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ eingeführt und die Integration in die HMG115 vorgeschlagen. Die deutlichen Unterschiede des Folgekostenniveaus von im Krankenhaus behandelten Lungenembolien rechtfertigen aus unserer Sicht die Vergabe des Kriteriums „Stationär erforderlich“. Eine Selektion der schwerwiegenden Fälle ist mit Blick auf die Kostenhomogenität und die

Manipulationsresistenz wünschenswert und wird von den Innungskrankenkassen begrüßt.

Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Das BVA schlägt die Zusammenlegung der beiden HMG110 „Akute respiratorische Insuffizienzen“ und HMG112 „Nicht näher bezeichnete respiratorische Insuffizienz, Lungenabszess, Pneumothorax“ aufgrund annähernd gleicher Kostenschätzer vor und befürwortet die Zusammenlegung trotz leicht rückläufiger Gütemaße, da es zu einer Modellvereinfachung führt. Diese Vorgehensweise wird von den Innungskrankenkassen sehr begrüßt.

Hierarchie 23 „Verletzungen“

Wir begrüßen die Wiedereinführung der Dominanzbeziehung zur Hierarchie 13 „Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“. Trotz leicht zurückgehender Vorhersagegüte wird dadurch das Risiko für Doppel- bzw. Mehrfachzuschlägen minimiert und somit die Manipulationssicherheit erhöht.

Der von uns unterstützte Vorschlag der TK, die Femurfrakturen weiter auszudifferenzieren und so eine verbesserte Trennung der Folgekosten zu erreichen wird vom BVA als plausibel angesehen. Das BVA behält sich allerdings vor, diesen zu einem späteren Zeitpunkt näher zu analysieren. Aus Kapazitätsgründen musste im laufenden Anpassungsprozess von der Überprüfung abgesehen werden.

Ebenfalls zurückgestellt wurde die Erarbeitung einer systematischen Methodik als Handlungsanleitung zur Einführung von Altersplits und insbesondere unser Vorschlag zur altersgerechten Abgrenzung der neu aufgenommenen Diagnosegruppen zum Schädel-Hirn-Trauma für spätere Anpassungen des Klassifikationsmodells. Wir gehen davon aus, dass die Vorschläge im nächsten Anpassungszyklus untersucht werden.

Hierarchie 25 „Transplantationen“

Allein durch die Verwendung einer geänderten Datengrundlage ergibt sich im Ausgangsmodell eine massive Hierarchieverletzung zwischen der HMG178 „Versagen eines Stammzelltransplantates / chronische GvHD ausgeprägte Form“ und der HMG179 „Aku-

te GvHD Schweregrad III/IV“. Auffällig ist auch, dass der Kostenschätzer der HMG179 im Ausgangsmodell 2016 um mehr als 12.000€ höher liegt, als in den Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2015. Die Fallzahlen sind von 224 auf 204 gesunken. Dies spricht für eine hohe Ausreißersensitivität. Hier gilt es aus Sicht der Innungskrankenkassen, nach einer Modellierung mit höherer Robustheit zu suchen.

Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“

Die Einsortierung der HMG238 ist sachgerecht.

IV. Sonstiges

Künftige Zuordnung Versicherter unbestimmten Geschlechts nach Änderung des PStG in alters-/ geschlechtsabhängige Risikogruppen

In Ermangelung einer validen Datengrundlage soll die Zuordnung von Versicherten mit Geschlecht „unbestimmt“ zu einer weiblichen Alters-/Geschlechtsgruppe erfolgen. Abweichend davon werden Zuordnungen zu geschlechtsspezifischen Morbiditätsgruppen nur in die Gruppen mit dem jeweilig niedrigeren Zuschlag vorgenommen. Das BVA argumentiert hier damit, dass das Geschlechtsmerkmal das höhere Risiko verifiziert. Da dies für Versicherte mit dem Geschlechtsmerkmal „unbestimmt“ nicht der Fall ist, soll nur der niedrigere Zuschlag vergeben werden.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen mutet dieses Vorgehen inkonsistent an. Auch bei AGG-Zuschlägen drückt das Geschlechtsmerkmal für einige Altersgruppen ein erhöhtes Risiko aus, das von Versicherten mit dem Geschlechtsmerkmal „unbestimmt“ nicht verifiziert werden kann.

Letztlich geht es ohne entsprechende Datengrundlage immer um eine Ermessensentscheidung. Daher wäre es aus unserer Sicht konsequenter, auch für geschlechtsspezifische HMGs die Höhe der Zuschläge für weibliche Versicherte zu verwenden.

Turnus Krankheitsauswahl

Mit dem Argument die Ressourcen des BVA für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells effizienter einsetzen zu können, schlägt der Beirat vor, den Turnus der Krankheitsauswahl von 1 auf 3 Jahre zu verlängern. Dabei soll in 2016 die Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 noch einmal durchgeführt werden.

Dieser Argumentation kann nur teilweise gefolgt werden. Eine Verlängerung des Auswahlturnus ist zwar grundsätzlich zu begrüßen. Dennoch ist hierbei zwischen der empirischen Überprüfung der Kriterien zur Auswahl der Krankheiten und zwischen der Krankheitsabgrenzung und Auswahlmethodik zu differenzieren. Die empirische Überprüfung der Krankheitsauswahl anhand des vom BVA vorgegebenen Auswahlrasters benötigt kein eigenständiges Anhörungsverfahren und sollte weiterhin jährlich durchgeführt werden. Dafür spricht insbesondere die Tatsache, dass Kassen ihr Vertragsgeschäft nicht vornehmlich auf RSA-relevante Diagnosen ausrichten können, solange hinrei-

chende Unsicherheit über deren konstante Berücksichtigung besteht. Dies fördert die Versorgungsneutralität des RSA. Die Aufwände für die empirische Überprüfung der Auswahlkrankheiten halten sich erfahrungsgemäß in einem begrenzten und gut kalkulierbaren Rahmen.

Das Anhörungsverfahren zur Abgrenzung der Krankheitsbilder ist deutlich aufwendiger, da das BVA individuelle Abgrenzungsvorschläge prüfen und bewerten muss. Diese Anpassungen könnten auch in einem längeren Turnus durchgeführt werden.

Um einer sinnvollen Abwägung zwischen Planbarkeit und zeitnahen Anpassungen, die sich ggf. durch neue Behandlungsmethoden ergeben, Rechnung zu tragen, schlagen wir einen zweijährigen Turnus der Anhörung zur Diskussion der Abgrenzung von Krankheiten zueinander vor. Um die Transparenz der Krankheitsauswahl nachhaltig zu verbessern, sollte ein separates Vorschlagsverfahren für die Krankheitsabgrenzung durchgeführt werden.

Kostenerstatter

Aus Sicht der Innungskrankenkassen erschließt sich die Notwendigkeit einer weiteren Ausdifferenzierung der Kostenerstattergruppen nicht. Kostenerstatter erhalten bereits über die AGG Zuschläge in Abhängigkeit von ihrem Alter, deren Höhe die Alterskostenstruktur der GKV abbildet. Da Kostenerstatter im Mittel eine geringere Morbidität als der alters- und geschlechtsäquivalente GKV-Versicherte aufweisen und zudem für diese Gruppe in den letzten Jahren dauerhaft eine Überdeckung bestand, besteht kein Anlass, von einer Risikoselektion zulasten der Kostenerstatter auszugehen. Eine weitere Ausdifferenzierung erhöht demgegenüber aber in jedem Fall die Komplexität des Gesamtmodells, ohne einen signifikanten Beitrag zum gesetzlichen Auftrag des RSA zu leisten.

Aus statistischen Gesichtspunkten ist auch zwischen einer Ausdifferenzierung der Kostenerstattergruppen nach § 13 SGB V sowie nach § 53 SGB V zu unterscheiden.

Die Kostenerstatter nach § 13 SGB V sollen je nach Modellrechnung des GKV-SV in 5 (Modell Ia), 7 (Modell Ib), 16 (Modell II) alters- und/oder geschlechtsabhängige Zuschlagsgruppen differenziert werden. In allen Fällen bewegen sich die Verbesserungen in der Zielgenauigkeit des Gesamtmodells im Bereich zwischen $\Delta\text{CPM} = +0,005\%$ bis $+0,006\%$ und ΔMape von 0,13€ bis 0,15€. Die geringe Verbesserung der Zielgenauig-

keitsmaße lässt sich in solchen Fällen nicht zweifelsfrei auf eine verminderte Varianz der Deckungsbeträge zurückführen. Denkbar sind auch statistische Effekte auf Grund der signifikanten Erhöhung der Anzahl von Erklärungsvariablen um 5 (Modell Ia), 7 (Modell Ib), 16 (Modell II).

Die Kostenerstatter nach § 53 SGB V weisen, wie das BVA richtigerweise darstellt, für eine Differenzierung in 38 KEG deutlich zu geringe Fallzahlen auf. Die Gesamtversichertenpopulation von ca. 7.300 Versicherten rechtfertigt aus unserer Sicht auch keine weitere Ausdifferenzierung wie etwa die vorgeschlagene Unterscheidung zwischen über und unter 65-jährigen Versicherten. Die Altersgruppe der über 65-jährigen Kostenerstatter nach § 53 beinhaltet nur ca. 200 Versicherte. Auch weist das BVA hier darauf hin, dass die Kostenschwankungen der Residuen für diese Altersgruppe stark von einzelnen Individuen geprägt werden. Daher ist nicht davon auszugehen, dass eine Auftrennung auch für die nächsten Jahre stabile Ergebnisse liefert. Alles in allem ist hier ein Alterssplit auf Grund der hohen Varianz innerhalb der Gruppen überhaupt nicht zielführend.

Zudem lässt sich die vom BVA errechnete Zielgenauigkeit der Gesamtmodelle Ia, Ib und II in der Praxis nicht erreichen, weil die Gruppe der Kostenerstatter nach § 53 einen negativen Kostenschätzer aufweist, der auch bei einer Altersunterteilung an der Altersgrenze zwischen über und unter 65-Jährigen Versicherten für letztere Gruppe bestehen bleibt. Dieser Kostenschätzer wird letztlich auf Null gesetzt werden, was die Gesamtgüte des Modells merklich verschlechtern wird. Ob und welche Veränderung der Gütemaße durch eine Aufspaltung der Kostenerstattergruppen erreicht wird, lässt sich daher aktuell nicht einschätzen.

Wir gehen aber insgesamt auf Grund der beschriebenen Effekte (Erhöhung der Erklärungsvariablen, starker Einfluss von Einzelindividuen, Nullsetzen negativer Schätzer) nur von marginalen Veränderungen der Gütemaße aus, die eine Ausdifferenzierung nicht rechtfertigen. In jedem Fall steht die Erhöhung der Komplexität des Modells in keinem Verhältnis zur erwarteten Zielgenauigkeitsverbesserung des Gesamtmodells.

Vor diesem Hintergrund lehnen die Innungskrankenkassen die vorgeschlagene Ausdifferenzierung der Kostenerstattergruppen weiterhin ab. Die bestehende Regelung entspricht dem gesetzlichen Auftrag des RSA.

V. Redaktionelle Anmerkungen

Bei den Ausführungen zur Hierarchie 2 wird unter Abschnitt 7.3.2 bei Modell 2 (Seite 92) auf Modell 1 in Tabelle 11 verwiesen. Stattdessen müsste der Verweis auf Modell 2 in Tabelle 11 erfolgen.

Die in Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf dargestellte Tabelle 29 (Seite 137) ist identisch mit Tabelle 28 (Seite 134). Daher lassen sich die nachfolgend gemachten Schlussfolgerungen des BVA nicht nachvollziehen. Zudem sollte auf Seite 135 „NSARI“ durch „NSAR - nichtsteroidale Antirheumatika“ ersetzt werden.