



**Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung
von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorith-
mus, Regressionsverfahren und Berechnungs-
verfahren für das
Ausgleichsjahr 2020**

23.08.2019

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

I. Vorbemerkungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich gemäß § 31 Abs. 4 Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt (BVA) am 12. Juli 2019 seine Vorschläge für die bis zum 30. September 2018 zu treffenden Anpassungen für das Ausgleichsjahr 2020 vorgelegt.

Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA hat in diesem Anpassungszyklus die Schwerpunkte bei der Überarbeitung des Klassifikationsmodells insbesondere auf die neuen Krankheiten als Ergebnis aus der Krankheitsauswahl gesetzt. Im Rahmen der Festlegung des BVA vom 23.05.2019 entfallen für das Ausgleichsjahr 2020 acht Erkrankungen aus dem berücksichtigungsfähigen Krankheitsspektrum. Im Gegenzug sind dafür zukünftig acht andere Erkrankungen bei der Bestimmung der Risikostruktur der Krankenkassen zu berücksichtigen. Die Integration dieser neuen Erkrankungen in das Klassifikationsmodell sowie die Prüfung der Konsistenz der Hierarchien, die von den wegfallenden Erkrankungen betroffen sind, bilden den Schwerpunkt der diesjährigen Modellanpassung.

Darüber hinaus hat der Wissenschaftliche Beirat auch die Einführung mehrfacher Arzneimitteldifferenzierungen sowie die Berücksichtigung von HMG-Altersdifferenzierungen geprüft. Das BVA wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aufgefordert entsprechende Weiterentwicklungsoptionen bereits im Rahmen der Modellanpassungen für das Ausgleichsjahr 2020 zu prüfen. Beides sind untergesetzliche Regelungen aus dem Gesamtpaket der RSA-Reform, die bereits innerhalb dem heute gültigen Rechtsrahmen umsetzbar sind.

II. Methodik

Hierarchieverletzungen

Es lässt sich beobachten, dass die mittels Regression berechneten Kostenschätzer im Zeitverlauf mehr oder weniger stark schwanken. Dabei kommt es immer wieder zu Hierarchieverletzungen, bei denen dominierende Morbiditätsgruppen über geringere Kostenschätzer verfügten als im Hierarchiestrang niedriger einsortierte Morbiditätsgruppen. Auch im Klassifikationsmodell 2020 treten wieder Hierarchieverletzungen auf. Hierbei wird klar, dass die zunehmende Differenzierung von Krankheitsbildern in einer Hierarchie auch die relativen Abstände der miteinander hierarchisierten Morbiditätsgruppen verringert. Dies begünstigt zukünftige Hierarchieverletzungen auf Grund von schwankenden Schätzern.

Exemplarisch sei hier die Hierarchie 2 „Neubildungen“ genannt. Im Hierarchiestrang 2a „Hämatologische Neubildungen“ besteht eine Hierarchieverletzung zwischen den HMGs 265 und 266. Die Kostenunterschiede in beiden HMGs betragen lediglich 160 Euro. Die Option einer Zusammenlegung der beiden HMGs wird nicht geprüft. Stattdessen werden in der Hierarchie 8 HMGs mit einem Unterschied von 900 Euro vereinigt.

Insgesamt ist nicht ersichtlich, nach welchen Kriterien eine Entscheidung für oder gegen die Zusammenlegung von HMGs getroffen wird. Es fehlt an einer systematischen und transparenten Vorgehensweise, wann Morbiditätsgruppen zusammengeführt werden und wann nicht.

Die vom IKK e.V. schon mehrfach geäußerte Kritik, dass bisher stets nur diejenigen Hierarchien geprüft wurden, bei denen eine Hierarchieverletzung aufgrund aktualisierter Datengrundlagen aufgetreten ist, hat weiterhin Bestand. Aus unserer Sicht sollte eine Überprüfung der Kostenschätzer nicht nur auf HMG-Ebene erfolgen. Vielmehr halten wir eine systematische Überprüfung der Kostenzusammensetzung auf Ebene aller Diagnosegruppen innerhalb einer Morbiditätsgruppe in jeder Hierarchie für erforderlich. Wir möchten das BVA gerne zu weiteren Überprüfungen in diesem Sinne ermutigen.

III. Hierarchieübergreifende Hinweise

Mehrfache Arzneimitteldifferenzierung

Künftig sollen signifikante Kostenunterschiede aufgrund unterschiedlicher Arzneimitteltherapien im RSA besser abgebildet werden. Dies soll über eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung erfolgen. Versicherte, die über eine Dauermedikation mit besonders teuren Arzneimitteln versorgt werden sollen höhere Zuschläge erhalten, als Versicherte mit einer eher kostengünstigeren Arzneimittelversorgung.

Um zu verhindern, dass Patienten mit einem unterjährigen Wechsel der Arzneimitteltherapie wegen unzureichender Behandlungstage durchs Raster fallen und überhaupt keine bzw. zu geringe Zuschläge erhalten, hat das BVA einen pyramidalen Ansatz zur Ausgestaltung gewählt. Im Gegensatz zu der alternativen turmförmigen Ausgestaltung stellt dieser Ansatz sicher, dass alle Versicherten aus den bisherigen Zuschlagsgruppen mit Dauermedikation weiterhin erfasst werden.

Wir bedauern, dass sich der Wissenschaftliche Beirat und das BVA im Festlegungsentwurf an keiner Stelle mit den anreiztheoretischen Wirkungen einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung und der damit verbundenen Frage, inwieweit dadurch Anreize zur Leistungsausweitung oder zu einer pharmatherapeutischen Beeinflussung gesetzt werden,

auseinandergesetzt hat. Gemäß § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGBV bzw. nach § 266 Abs. 5 SGB V im Referentenentwurf zum Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG) hat die Zuordnung der Risikogruppen so zu erfolgen, dass Anreize zur Risikoselektion verringert und keine Anreize zu ungerechtfertigten Leistungsausweitungen gesetzt werden. Wenn die Höhe einzelner Risikozuschläge maßgeblich von den verordneten Arzneimitteln abhängt, kann eine negative Anreizwirkung nicht ausgeschlossen werden. Insbesondere große Versorgerkassen können aufgrund ihrer Marktdominanz bei den Arzneimittelherstellern über entsprechende Rabattverträge deutlich günstigere Preise und Konditionen für hochpreisige Arzneimittel aushandeln, als kleinere Krankenkassen. Die Berücksichtigung von teuren Zuschlagsgruppen, die alleine über einzelne hochpreisige Arzneimittelinformationen differenziert werden, kann somit zu einer konsequenten Benachteiligung kleinerer Krankenkassen führen, die diese Arzneimittel im Verhältnis teurer einkaufen müssen. Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema halten wir für angezeigt.

Mit Blick auf die bisher gelebte Praxis, bei arzneimittelvalidierten Zuschlagsgruppen im Regelfall auf den ATC-Fünfsteller als Aufgreifkriterium heranzuziehen, sehen wir das bei den Zuschlaggruppen für die eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung eingeführt werden soll kritisch. Durch die beabsichtigte Arzneimitteldifferenzierung soll insbesondere der Schweregrad einer Erkrankung charakterisiert werden.

Als Beispiel sei die DxG836 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation“ genannt. Dort findet eine Abgrenzung u.a. auf Grundlage der Wirkstoffgruppe L04AA „Selektive Immunsuppressiva“ statt. Dazu gehören neben Apremilast u.a. auch ausschließlich für Multiple Sklerose zugelassene Arzneimittel, wie z.B. Natalizumab. Hierdurch besteht die Gefahr, dass Versicherte, die durch Diagnosen Voraussetzungen zur Zuordnung zu zwei DxGs verschiedener Erkrankungen erfüllen, durch die Arzneimittelbehandlung einer dieser Erkrankungen und der allgemeinen Arzneimittelzuordnung zu zwei arzneimitteldifferenzierten DxGs in beiden Hierarchien der höheren Zuschlagsgruppe zugeordnet werden. Dies erscheint nicht in jedem Falle sachgerecht. Um dies zu vermeiden, halten wir aus pharmazeutischer Sicht die Notwendigkeit einer engen Wirkstoffabgrenzung für erforderlich.

HMG-Altersdifferenzierung

Im aktuellen RSA lassen sich bei der Betrachtung der Deckungsbeiträge nach Anzahl der Morbiditätsgruppen der Versicherten starke Überdeckungen bei hohen Altersgruppen beobachten, wohingegen insbesondere multimorbide Versicherte in jüngeren Altersgruppen deutlich unterdeckt sind. Im Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats aus 2017

wurde entsprechend dargestellt, dass die Einführung von Altersinteraktionstermen bestehende Über- und Unterdeckungen nach Altersgruppen deutlich reduzieren kann. In der Folge hat das BMG mit Schreiben vom 04.02.2019 das BVA aufgefordert, die statistisch relevanten Altersinteraktionsterme zu identifizieren und in der Festlegung für das Jahr 2020 umzusetzen.

Dass sich das BVA nun für die Verwendung von Alterssplits anstelle der im Sondergutachten dargestellten Altersinteraktionstermen entschieden hat, begrüßen die Innungskassen. Dies erhöht aus unserer Sicht die Übersichtlichkeit und Interpretierbarkeit der berechneten Kostenschätzer gegenüber der Variante mit K-HMGs und O-HMGs deutlich.

Als nicht sachgerecht erachten wir den Umfang der durch Alterssplits weiterentwickelten HMGs. Das BVA weist vor dem Hintergrund der anstehenden Reform des Morbi-RSA darauf hin, dass sich durch den höheren Detaillierungsgrad die Fehldeckungen junger und alter Multimorbider reduzieren. Diese Argumentation ist, wenngleich nicht empirisch begründet, zumindest nachvollziehbar. Die Identifikation von zunächst 20 HMGs mit dem größten Verbesserungspotential erscheint vor dem Hintergrund dieser Argumentation ebenfalls sachlogisch.

Aus unserer Sicht ist jedoch nicht nachvollziehbar wieso die Liste der 20 möglichen Alterssplits dann weiter reduziert wird, mit dem Ergebnis dann schließlich nur 9 Alterssplits durchzuführen. Insbesondere deshalb, da der Gesetzgeber klar die „statistische Relevanz“ als Kriterium zur Einführung der Alterssplits formuliert hat. Die getroffene Einschränkung der 20 HMGs erfolgt jedoch nicht aufgrund fehlender Signifikanz sondern aus verschiedenen anderen Gründen, die das Gefühl einer recht willkürlichen Verringerung des Arbeitsaufwandes entstehen lassen. Aus unserer Sicht ist es daher notwendig, mindestens für alle in Tabelle 7.2 der Erläuterungen aufgeführten 20 HMGs die Einführung von Alterssplits umzusetzen.

Die Einführung von Arzneimitteldifferenzierung kann die Über- und Unterdeckungen nach Altersgruppen verbessern. Ob dies jedoch dazu führt, dass die Einführung eines Alterssplits nach Anpassung einer HMG nicht weiter erforderlich ist, ist aus unserer Sicht empirisch zu überprüfen. Im vorliegenden Entwurf werden jedoch ohne weitere Prüfung HMGs mit sehr hohen Deckungsunterschieden nach Altersgruppen nicht weiter untersucht. Dieses Vorgehen erachten wir als nicht sachgerecht.

Ebenso erachten wir die Begründung, HMGs mit sehr homogenen medizinischen DxGs nicht weiter hinsichtlich einer Einführung von Alterssplits zu untersuchen als nicht nach-

vollziehbar. Falls die Homogenität der HMG die Deckungsunterschiede nach Alter begründen sollte, scheint eine Differenzierung nach medizinischen Gesichtspunkten angezeigt. Solange eine betroffene HMG jedoch nicht medizinisch sinnvoll abgegrenzt werden kann, so halten wir zumindest eine Prüfung der Umsetzung von Alterssplits für angezeigt. Dass die aktuelle Ausgestaltung hinsichtlich der Fehldeckungen nach Altersgruppen und Morbidität nicht ausreichend ist, ist explizit auf die Forderung des Gesetzgebers zurückzuführen, die Interaktionen zwischen Alter und Morbidität direkt zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns deutlich für die vollumfängliche Prüfung der Einführung von Alterssplits bei allen statistisch relevanten HMGs aus.

Die vorgesehene Anwendung von flexiblen Altersgrenzen ermöglicht aus unserer Sicht die bessere Abbildung der unterschiedlichen Deckungsprofile einzelner HMGs als starre Altersgrenzen. Die Verwendung flexibler Altersgrenzen erfordert jedoch eine genauere Betrachtung von Hierarchieverletzungen. Beispielhaft sei hier auf die Anpassung der Hierarchie 11 „Erkrankung der Psyche“ verwiesen, wo die Hierarchieverletzung zwischen der dominierenden HMG068 (Kostenschätzer: 569 Euro) und der dominierten HMG067 (1.088 Euro) als „optischer Effekt“ bezeichnet wird, ein Versicherter, der in die HMG068 (Alter > 54 Jahre) gruppiert wird, nicht auch gleichzeitig der HMG067 (Alter < 50 Jahre) zugeordnet werden kann. Dieses Beispiel zeigt jedoch, dass die Betrachtung von Hierarchiebeziehungen künftig auch immer vor dem Hintergrund der Altersgrenzen bewertet werden müssen. Dabei kann es insbesondere in den Bereichen zwischen zwei Altersgrenzen (im Beispiel 50 und 54 Jahre) zu bisher so nicht möglichen Konstellationen kommen. Insbesondere wenn sich die Kostenschätzer von zwei HMGs eines Stranges sich abhängig der Alterssplits umkehren, könnten höhere Zuweisungen trotz geringerer Diagnosemeldungen resultieren. Dies ist bei der zukünftigen Ausweitung der Alterssplits auf weitere HMGs fortwährend zu beachten.

Der gewählte Ansatz über die Minimierung der verbleibenden Summe der absoluten Fehldeckungen zur Identifikation der AG-Teilungsgrenze ist aus unserer Sicht grundsätzlich nachvollziehbar und bietet eine objektive Entscheidungsgrundlage. Nicht nachvollziehbar dargelegt wird jedoch das Entscheidungskriterium ob ein oder zwei Alterssplits verwendet werden sollen. Blickt man auf den unteren Teil von Tabelle 7.4 auf Seite 29, so ist unklar, wieso bei der HMG134 „Fortgeschrittene Niereninsuffizienz“ zwei Splits empfohlen werden, wenn bei der HMG268 „Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane“ lediglich ein Split vorgeschlagen wird. Die dargestellten Über- und Unterdeckungen nach Altersgruppen sehen schließlich fast identisch aus. Wenn, dann würde die fehlende Unterdeckung in den jüngeren Altersgruppen der HMG268 sogar eher hier einen zweiten Split begründen.

Weiterhin vermissen wir eine tabellarische Aufstellung zu den bestehenden Über- und Unterdeckungen einzelner HMGs wie in Tabelle 7.1 exemplarisch dargestellt für weitere HMGs. Wir erachten grundsätzlich die Bereitstellung dieser Informationen für alle HMGs wünschenswert. Unverzichtbar ist aus unserer Sicht die Bereitstellung der Tabellen für mindestens die in der Tabelle 7.2 beschriebenen 20 HMGs mit den höchsten altersbezogenen Über- und Unterdeckungen. Auch die Ergebnisse der durchgeführten Alterssplitts und damit den Nachweis, dass die eingeführten Neuerungen zu Verbesserungen hinsichtlich der Fehldeckungen von morbiden Versicherten verschiedener Altersgruppen führen, vermissen wir im vorliegenden Entwurf.

IV. Anpassung der Hierarchien

Hierarchie 02 „Neubildungen“

Im Strang 2b wird bei Kostenschätzern von 4.227 bis 4.698 (Differenz = 471 Euro) eine Zusammenlegung analysiert. HMG272 und HMG270 wurden bei einer Differenz von 743 Euro vereinigt (16.460 vs. 15.717). In Hierarchie 4 erfolgt ebenfalls eine Zusammenlegung zweier HMG mit Differenz von 304 Euro (HMG021: 4.443 Euro und HMG280: 4.139 Euro)

In Strang 2a besteht eine Hierarchieverletzung zwischen den HMGs 265 und 266. Die Kostenunterschiede in beiden HMGs betragen lediglich 160 Euro. Die Option einer Zusammenlegung der beiden HMGs wird nicht geprüft. Stattdessen werden die HMGs in drei einzelne DxGs zerlegt und kostenmäßig sortiert. Nach der Vereinigung der HMG 265 und der HMG 266 in Modell 1a, ergeben sich zwei „neue“ HMGs 264 und 265. Der Abstand zueinander beträgt 368 Euro. Ähnliche Beispiele finden sich auch in anderen Hierarchien, In Hierarchie 5 liegen zwischen den Kostenschätzern der HMG027 und HMG289 nur 360 Euro (386 und 26 Euro). In Hierarchie 08 werden hingegen HMGs mit einem Unterschied von 900 Euro vereinigt. HMG 197 mit einem Kostenschätzer von 1.295 Euro und die HMG181 mit einem Kostenschätzer von 395 Euro. Auf der anderen Seite erfolgt in Hierarchie 11 keine Vereinigung der HMGs 057 und 068 mit einem Unterschied von 91 Euro (479 vs. 570 Euro).

Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Die HMG290 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation“ umfasst die beiden Krankheitsbilder Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Die HMG wird aufgeteilt und beide neuen HMGs mit denselben Arzneimitteln mehrfach differenziert in Morbus Crohn mit Dauermedikation I – III und Colitis ulcerosa mit Dauermedikation I – III, so dass

sich insgesamt sechs arzneimittelbasierte Zuschlagsgruppen ergeben. Im Resultat können Versicherte grundsätzlich beide Zuschläge parallel erhalten. Dahingegen wird das Krankheitsbild bei der entsprechenden HMG ohne Dauermedikation (HMG033) nicht aufgeteilt.

Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Im Klassifikationsmodell 2020 ist die Krankheit „Sonstige Erkrankungen des Immunsystems“ neu zu berücksichtigen. Betroffen sind im Wesentlichen die Diagnosegruppen D80 bis D90, die im Klassifikationsmodell entsprechend einzuordnen sind. Insgesamt handelt es sich um 40 ICD-Kodes. In Tabelle 13.1 hat das BVA die ICD-Kodes in leichte, mittelschwere, schwere und sehr schwere Verlaufsformen untergliedert. Dieses Vorgehen wirkt pragmatisch. Die Aufnahme der einzelnen ICD-Kodes als einzelne DxGs/HMGs in einem ersten Schritt würde die Genauigkeit der Zuordnung zu homogenen DxGs im weiteren Verlauf deutlich erhöhen können. Durch das angewandte Verfahren werden so letztendlich DxGs zusammengefasst, deren Kostenschätzer um rd. 24.000 Euro auseinanderliegen (z.B. HMG179: 37.403 € und HMG 201: 12.966 €; S. 74).

Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Wie bereits in unseren Ausführungen zu den Alterssplits dargelegt, können wir die Argumentation des BVA, die HMG091 aufgrund der Heterogenität der enthaltenen Krankheitsbilder von einem Alterssplit auszunehmen, nicht nachvollziehen. Insbesondere auch deshalb, weil die HMG091 die höchste altersbezogene Über- und Unterdeckung aufweist.

Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislaferkrankungen“

Während die Krankheit „Angeborene schwere Herzfehler (< 18 Jahre)“ aus den Auswahlkrankheiten 2020 gestrichen wurden, wurde die neue Krankheit „Nichtinfektiöse Krankheiten des Lymphsystems und der Milz“ in die Liste der relevanten Krankheiten aufgenommen. Dadurch ergibt sich entsprechender Anpassungsbedarf in der Hierarchie. Für die neue Auswahlkrankheit wird zunächst ein eigenständiger Hierarchiestrang gebildet, was aufgrund der medizinischen Heterogenität der Krankheitsbilder sachlogisch erscheint. Die HMG106 hat im Ausgangsmodell einen negativen Kostenschätzer von -192€ bei einer Besetzung von > 1 Mio. Anstatt den negativen Kostenschätzer auf Null zu setzen wird er im Festlegungsentwurf mit den deutlich geringer besetzten HMG106 (N = 95.356; 71€) und der HMG107 (N= 7.450; 200€) zusammengelegt. Dies führt dazu dass der Kos-

tenschätzer der vereinigten neuen HMG099 mit -146€ ebenfalls negativ ist. Daher schlagen wir vor, im Ausgangsmodell den Kostenschätzer für die HMG106 auf Null zu setzen und nur eine Zusammenlegung mit den beiden HMGs 099 und 107 zu prüfen.

Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“

Die HMGs 131 „Hypertensive und/oder chronische Nierenkrankheit“, 134 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz“ und 135 „Zystitis, andere Infektionen der Harnwege“ des Ausgangsmodells wurden in Kapitel 7 alle als HMGs mit sehr hohen altersbezogenen Über- und Unterdeckungen identifiziert. Daher sollten diese drei HMGs auch alle hinsichtlich der Einführung von Alterssplits untersucht werden. Die Begründung bei heterogenen HMGs die Einführung von Alterssplits nicht einmal zu prüfen erachten wir analog zur Behandlung der HMG091 „Hypertonie“ als nicht sachgerecht. Wir fordern daher die Einführung von Alterssplits zusätzlich zur HMG134 auch für die HMGs 131 und 135 zu untersuchen.

Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Die durch die Krankheitsauswahl neu hinzugekommene Krankheit 243 „Dekubitalgeschwüre“ wird im vorliegenden Entwurf klassifiziert und in einem neuen vierten Hierarchiestrang abgebildet. Dabei wird unserer Ansicht nach außer Acht gelassen, dass die Dekubitalgeschwüre häufig eine Verschlimmerung von schwerwiegenden bakteriellen Infektionen darstellen können. Wir schlagen daher vor, eine Hierarchiebeziehung zwischen der HMG151 „Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes (Alter > 54 Jahre)“ und der HMG150 „Dekubitalgeschwüre Grad 1-2 oder n.n.b. und sonstige Hautulzera“ zu prüfen, wobei die HMG151 von der HMG150 und somit vom Strang der Dekubitalgeschwüre dominiert wird. Dies bietet sich aufgrund von Verlaufsformen und Betrachtung der Kostenschätzer an und kann unnötige Doppelzuweisungen in beiden Strängen verhindern.

Hierarchie 28 „Erkrankungen des Auges“

Die durch die Krankheitsauswahl neu hinzugekommene Krankheit „Makuladegeneration“ wird im Entwurf richtigerweise mit einer Arzneimitteldifferenzierung versehen. Der Hinweis, dass die Behandlung in Form von Injektionen in Abständen von mindestens einem

Monat geschieht ist ebenfalls zutreffend. In der Praxis kann es jedoch schon bei einmaliger Behandlung zum Überschreiten der Grenze von 42 Behandlungstagen kommen. Ist dies der Fall erscheint die im Sonderfall 2 vorgegebene Grenze als fraglich. Aus unserer Sicht ist die nächsthöhere Variante von 183 Behandlungstagen ebenfalls nicht komplett zielgenau, da nicht alle Patienten bei erfolgreicher Behandlung diese Grenze erreichen. Inwiefern die Wahl von 183 BT der Wahl von 42 BT im Modell zu einer stärkeren Verbesserung der Gütemaße führt, sollte empirisch untersucht werden.

V. Sonstiges

Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

Die beschriebene nachrangige Anwendung des Erhöhungsbetrages für die nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben als Folge der Löschung der Kontenart 482 ist nachvollziehbar und sachgerecht.

Die Bedenken bezüglich der Behandlung des Kontos 6970 als Verwaltungskosten und des damit einhergehenden 50-prozentigen Morbiditätsbezugs teilen wir vollumfänglich. Aus unserer Sicht kann allenfalls ein sehr geringer Anteil der auf dem Konto 6970 gebuchten Beträge überhaupt mit einem Morbiditätsbezug in Verbindung gebracht werden. Die Ausgliederung aller ausschließlich umlagefinanzierten Bestandteile des Kontos 6970 in ein neu zu schaffendes Konto kann dieses Problem lösen. Wichtig ist dabei, dass die Änderung rückwirkend auch für das Ausgleichsjahr 2019 gilt, da aktuell davon auszugehen ist, dass ein großer Teil der Erstausrüstung der Praxen bereits im aktuellen Jahr zu Buche schlagen wird.

Gesamtbewertung der Anpassung

Die Modellkennzahlen im Festlegungsentwurf haben sich im Vergleich zum Modell 2019 weiter verbessert. R^2 verbessert sich um 0,46%, CPM um 0,37%. MAPE sinkt um 11,44 Euro von 2.323,44 Euro auf 2.311,67 Euro. Auch die erstmalig aufgenommenen regionalen und krankenkassenbezogenen Kennzahlen zeigen einen positiven Trend.

Dieser kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass immer wieder auftretende Hierarchieverletzungen weiterhin ein hohes Risiko für Fehlanreize darstellen. Daher halten wir eine systematische Überprüfung der Kostenzusammensetzung auf Ebene aller Diagnosegruppen innerhalb einer Morbiditätsgruppe in jeder Hierarchie weiterhin für erforderlich.

VI. Redaktionelle Anmerkungen

Anlage 2 – Excel Tabelle Aufgreifkriterien

- Im Tabellenblatt *Erläuterungen_Aufgreif* → *Verlauf* → *Werte 2* fehlt der Hinweis „oder 175 Behandlungstage bei Vorliegen mindestens einer stationären Diagnose“
- Bei *Wert 1334* fehlt im letzten Punkt der Hinweis, dass das Dialysekennzeichen in der SA100 des Vorjahres gesetzt sein muss („...Vorjahr“ fehlt auch auf Seite 197 in den Erläuterungen).

Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

- In den zusammenfassenden Tabellen (Ausgangsmodell vs. Festlegungsentwurf) werden regelhaft die Änderungen der Kennzahlen angegeben, in Tabelle 9.4 fehlt dies (trifft auch auf andere Kapitel zu).

Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

- Für eine bessere Übersichtlichkeit bezüglich der vorgenommenen Alterssplits sollte die HMG057 umbenannt werden in „Sonstige depressive Störungen und Episoden sowie leichte und mittelgradige depressive Episoden (Alter > 49 Jahre)“

Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“

- Auf Seite 140 ist die HMG139 mit < 79 Jahre anstelle mit > 79 Jahre beschrieben.