



**Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung
von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorith-
mus, Regressionsverfahren und Berechnungs-
verfahren für das
Ausgleichsjahr 2021**

14.08.2020

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

Inhalt

I.	Vorbemerkungen	3
II.	Hierarchieübergreifende Anmerkungen	4
	Risikopool	4
	Wegfall der Erwerbsminderungsgruppen	4
	Einführung der Regionalkomponente	4
	Zusammenlegungen von Morbiditätsgruppen.....	6
	Negative Kostenschätzer	6
	Aufgreifkriterien	7
	Darstellung der Stränge.....	7
III.	Anpassung der Hierarchien.....	8
	Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“	8
	Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“	8
	Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“	8
	Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel- und Skelett – Systems“.....	13
	Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“	14
	Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“	15
	Hierarchie 13 „Erkrankungen/ Verletzungen des Rückenmarks“	15
	Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	17
IV.	Sonstiges	18
	Gesamtbewertung der Anpassung.....	18
V.	Anmerkungen zur Festlegung	19
	Punkt 2.2.2.8.....	19
VI.	Redaktionelle Anmerkungen	19
	Festlegung 2.6.1	19
	Anlage 1	19
	Anlage 2	20

I. Vorbemerkungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich gemäß § 8 Abs. 4 Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) am 19. Juni 2020 seine Vorschläge für die bis zum 30. September 2020 zu treffenden Anpassungen für das Ausgleichsjahr 2021 vorgelegt.

Der Wissenschaftliche Beirat beim BAS hat in diesem Anpassungszyklus die Schwerpunkte bei der Überarbeitung des Klassifikationsmodells insbesondere auf die Umsetzung der mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22.03.2020 beschlossenen umfangreichen Reformmaßnahmen gesetzt. Dabei bildet die Aufhebung der Begrenzung der zu berücksichtigenden Krankheiten, also die Umsetzung eines Krankheitsvollmodells, die anteilig größte Herausforderung. Das BAS verfolgt dabei das Ziel, die neu hinzukommenden ICD-Kodes „so in das bestehende Gefüge des Klassifikationsmodells einzufügen, dass die Konsistenz und Übersichtlichkeit des Modells“ erhalten bleibt.

Als weitere Neuerungen in Folge des GKV-FKG setzt das BAS den Wegfall der Erwerbsminderungsgruppen um. Dies betrifft nicht nur die Erwerbsminderungsgruppen selbst sondern beinhaltet auch den Wegfall der Erwerbsminderungsgruppen bei der Berechnung der Zuweisungen für das Krankengeld (K-EMGs).

Als weitere Reformkomponente wird die Einführung eines Hochrisikopools umgesetzt. Dies führt dazu, dass Leistungsausgaben oberhalb 100.000 Euro zu 80 Prozent ausgeglichen werden. Die resultierenden Leistungsausgaben bilden dann die Grundlage für die weiteren Regressionsberechnungen. Die Einführung des Hochrisikopools ist der Hauptgrund für den sprunghaften Anstieg des Gütemaßes R^2 von 26,70% im Modell des Ausgleichsjahres 2020 auf 53,94% im Festlegungsentwurf. Zum Vergleich: Ohne die Einbeziehung des Risikopools beträgt das R^2 des Festlegungsentwurfes lediglich 27,12%.

Die ebenfalls im GKV-FKG enthaltene Einführung einer Regionalkomponente bildet einen weiteren Schwerpunkt im Festlegungsentwurf. Das BAS schildert in einem gesonderten Kapitel das Vorgehen zur Auswahl der zu berücksichtigenden Regionalvariablen und deren Implementierung.

Im Folgenden werden wir zunächst hierarchieübergreifende Anmerkungen in Kapitel II darstellen. Anschließend kommentieren wir die Änderungen in den einzelnen Hierarchien in Kapitel III. Kapitel IV enthält sonstige Hinweise. Anmerkungen zum Inhalt des eigentlichen Dokuments der Festlegung finden sich in Kapitel V. Abschließend haben wir in Kapitel VI redaktionelle Hinweise zusammengefasst.

II. Hierarchieübergreifende Anmerkungen

Risikopool

Die Umsetzung des Risikopools gemäß § 268 SGB V i. V. m. § 14 RSAV erfolgt im Festlegungsentwurf sachlogisch und ist ein richtiger und wichtiger Schritt. Erwartungsgemäß steigt die ausreißersensitive Kennzahl R^2 im Modell des Festlegungsentwurfs alleine durch die Berücksichtigung des Risikopools von 27,12% auf 53,94%. Die Auswertungen mit und ohne Berücksichtigung des Risikopools zeigen, dass die Umverteilungen durch die Berücksichtigung des Risikopools erheblich sind. Da die monatlichen Abschläge ohne Berücksichtigung des Risikopools ermittelt werden, ergeben sich teils deutliche Abweichungen zum Ergebnis des Jahresausgleichs. Hier wäre die Auseinandersetzung mit der Fragestellung, ob und in welchem Umfang die Wirkung des Risikopools zukünftig in das monatliche Abschlagsverfahren eingebettet werden kann, wünschenswert. Die Auswertungen der Deckungsquoten nach Leistungsausgaben-Perzentilen zeigen zudem, dass der Risikopool lediglich die Unterdeckung der direkt vom Risikopool betroffenen Versicherten verringert. Leistungsausgaben über dem 95. Perzentil sind allerdings weiterhin deutlich unterdeckt.

Wegfall der Erwerbsminderungsgruppen

Der Wegfall der Erwerbsminderungsgruppen (EMGs) und Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMGs) ist vor dem Hintergrund von § 266 SGB V folgerichtig. Für die Krankengeldzuweisungen muss für das Ausgleichsjahr 2021 durch den Wegfall der 62 K-EMGs eine Verschlechterung der Zielgenauigkeit angenommen werden. Hier ist ausgehend vom aktuellen Übergangsmodell eine zeitnahe Weiterentwicklung wünschenswert, um mögliche Wettbewerbsverzerrungen aufzulösen.

Einführung der Regionalkomponente

Das BAS hat im Festlegungsentwurf die berücksichtigten Regionalmerkmale ausgewiesen. Hierbei wird unter anderem auf die Daten von anderen Behörden und Instituten zurückgegriffen. Am Beispiel der Daten Bundesinstituts für Bau-, Stadt-, und Raumforschung (BBSR) wird erläutert, dass die Daten „...über das Internetangebot des BBSR...“ bezogen wurden.

Im Festlegungsentwurf sind diese Daten nicht mitveröffentlicht worden. Somit ist nicht nachvollziehbar, welche Kennzahlen tatsächlich berücksichtigt wurden. Im Sinne einer größtmöglichen Transparenz, die den finanziellen Umverteilungswirkungen durch den

RSA geschuldet sein muss, ist es nicht nachvollziehbar, dass jeder Beteiligte im Anhörungsverfahren sich selbst jede einzelne Kennzahl ermitteln muss und diese dann den noch nicht mit den vom BAS verwendeten Kennzahlen abgleichen kann.

Wir fordern daher, dass alle vom BAS berücksichtigten Regionalmerkmale als Datei ebenfalls veröffentlicht werden. Hierdurch könnten auch etwaige Übertragungs-/Ermittlungsfehler beim Abzug der Daten aus den Internetportalen vermieden werden.

Zugleich ist die Bereitstellung der Regionalmerkmale mit diversen Verzögerungen belastet. Das BAS selbst gibt beispielsweise an, dass die Kennzahlen für den Anteil der Pflegebedürftigen aus dem Jahr 2015 bzw. die Anzahl der Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner erhoben wurden, weil für die nachfolgende Jahre noch nicht alle Daten vollständig sind. Dies kann immer dann zu Verzerrungen und Verwerfungen in der Modellberechnung führen, wenn die von anderen Instituten und Behörden gepflegten Daten über mehrere Jahre hinweg unvollständig sind und somit auch die Rangfolge der regionalen Bestimmungsfaktoren beeinflussen können. Es ist unseres Erachtens zu prüfen, bis zu welchem zeitlichen Abstand ein Rückgriff auf ältere Datenbestände toleriert werden kann.

Bei der Ermittlung der zu berücksichtigenden Variablen wurden diese im Rahmen der einzelnen Berechnungsschritte am Ende auf die zehn Variablen mit der höchsten statistischen Signifikanz begrenzt. Das BAS hat bei der Ermittlung zunächst sämtliche Variablen zu berücksichtigen. Sind im finalen Berechnungsergebnis angebotsseitige Variablen enthalten, dürfen diese nicht berücksichtigt werden (§ 8 Abs. 4 Satz 6 RSAV). Das BAS füllt die nicht berücksichtigten Variablen nicht wieder auf, sondern diese werden ersatzlos gestrichen.

Es ist zu prüfen, ob das „ersatzlose“ Wegstreichen auch dann noch zielführend sein kann, wenn nicht nur, wie im jetzigen Verfahren, zwei Variablen sondern ggf. noch mehr angebotsseitige Variablen gestrichen würden.

Im Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des Morbi-RSA ist unseres Erachtens keine feste Begrenzung auf zehn Variablen erfolgt. Vielmehr wird im damaligen Gutachten begründet, dass „...zehn Bestimmungsfaktoren für den Großteil der ...erzielten Gesamtvarianz der Deckungsbeiträge auf Kreisebene verantwortlich sind...“. Es bliebe somit dem BAS bei der Erstellung der aktuellen Entwürfe unbenommen auch mehr oder weniger Variablen zu berücksichtigen. Im aktuellen Festlegungsentwurf wird hingegen mit der Begrenzung auf zehn Variablen durch die Vorgaben des Regionalgutachtens argumentiert. Diese Fixierung sehen wir nicht so. Auch § 8 Abs. 4 RSAV gibt bei der Auswahl

der regionalen Merkmale keine konkrete Anzahl vor. Vielmehr könnte das Modell mindestens vergleichsweise mit mehr als zehn Variablen gerechnet werden, um die tatsächlichen Auswirkungen auf die Gütemaße nachzuvollziehen.

Die fixierte Nullsetzung der RGG0000 garantiert nicht mit Sicherheit, dass die Summe der Regionalgruppen für alle Kreise positiv ist. Vielmehr ist dieses Ergebnis an die verwendete Datengrundlage geknüpft und setzt voraus, dass die erwarteten Folgekosten der in RGG0000 zugeordneten Versicherten geringer sind als in allen anderen Kreisen. Bei der Verwendung einer anderen Datengrundlage ist es somit möglich, dass die Summe der Zuschläge für Regionalgruppen in einzelnen Kreisen negativ wird. Dies würde einen Anreiz zur Nichtmeldung oder Falschmeldung des Amtlichen Gemeindegeschlüssels (AGS) setzen, da durch die Zuordnung in RGG0000 dann ein höherer Zuschlag (durch Nullsetzung festgelegt) erzielt werden kann. Die Referenzkategorie für die eine Nullsetzung durchgeführt wird, sollte nach dem ersten Regressionsdurchgang festgelegt oder zumindest überprüft werden.

Zusammenlegungen von Morbiditätsgruppen

Die Umsetzung des Krankheitsvollmodells bedeutet die Berücksichtigung von rund 13.300 ICD-Kodes im Klassifikationsmodell. Dies hat zur Folge, dass eine Vielzahl an neu gebildeten Diagnosegruppen (DxGs) und daraus gebildeten Morbiditätsgruppen (HMGs) in Hierarchien eingeordnet und zueinander in Dominanzbeziehung gesetzt werden. Die Steigerung der HMG-Anzahl von 231 in der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2020 auf 473 im Festlegungsentwurf erhöht zudem das Risiko auftretender Hierarchieverletzungen.

Wiederholt hat der IKK e.V. die Kritik geäußert, dass nicht ersichtlich ist nach welchen Kriterien eine Entscheidung für oder gegen die Zusammenlegung von HMGs getroffen wird. Diese Kritik bleibt für den aktuellen Festlegungsentwurf nicht nur bestehen, sondern gewinnt durch die Mehrzahl der betroffenen HMGs an Bedeutung. So fällt insbesondere auf, dass auch in neu geformten Hierarchiesträngen die Zusammenlegung nicht immer nach einheitlichen Kriterien erfolgt. Aus unserer Sicht muss die Transparenz hinsichtlich der Entscheidungen zu Zusammenlegungen von Hierarchien durch weitergehende Erläuterungen erhöht werden.

Negative Kostenschätzer

Im Zusammenhang mit der im vorangehenden Abschnitt aufgeführten Kritik hinsichtlich der Transparenz beim Umgang bei Zusammenlegungen von HMGs fällt bei der Einfüh-

rung des Vollmodells der Umgang mit HMGs mit negativen Kostenschätzern auf. Die Aufhebung der Begrenzung der Krankheitsauswahl führt zunächst zu dem erwartbaren Ergebnis, dass mehrfach Erkrankungen im Klassifikationsmodell berücksichtigt werden (müssen) die nicht zu prospektiven Mehrausgaben führen. In der Folge entstehen negative Kostenschätzer für einzelne HMGs. Der vorliegende Festlegungsentwurf bietet Anlass zu der Vermutung, dass HMGs mit negativen Kostenschätzern allein aufgrund ihrer Folgekosten vereinigt werden. Diese einseitige Fokussierung auf die Folgekosten bei HMGs mit negativen Folgekosten steht im Widerspruch zum Anspruch einer medizinisch begründbaren Abgrenzung im Klassifikationsmodell. Das Vorhandensein von HMGs, deren Bezeichnungen wie bspw. „Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz“ den medizinischen Bezug klar in den Hintergrund stellen, verstärkt diesen Eindruck. Da es durch die Zusammenlegung auch zu Wechselwirkungen in anderen HMGs kommt, ist es erforderlich, dass unabhängig des Vorzeichens erwarteter Folgekosten einheitliche Kriterien bei der Prüfung auf Zusammenlegung von HMGs angewendet werden.

Aufgreifkriterien

Analog zum bisherigen Vorgehen werden für die im Rahmen des Vollmodells neu hinzugekommenen DxGs Aufgreifkriterien vergeben. Insgesamt werden dabei 47 von 591 neuen DxGs mit dem Kriterium stationär erforderlich belegt. Dabei fehlen jedoch die Begründungen, aus welchen spezifischen Gründen eine Belegung mit dem Aufgreifkriterium aus Sicht des BAS erforderlich ist.

Darstellung der Stränge

Durch die Einführung des Vollmodells hat sich die Anzahl der Stränge in den einzelnen Hierarchien weiter erhöht. In den meisten Fällen erfolgte eine Bearbeitung und Analyse nach Strängen geordnet. In den Tabellen wurden dazu die einzelnen Stränge fortlaufend nummeriert und bezeichnet. Aus unserer Sicht ist es aus Gründen der Übersichtlichkeit wünschenswert, dass diese Bezeichnungen auch in den Abbildungen der einzelnen Hierarchien aufgeführt werden. Dies würde die Nachvollziehbarkeit der Argumentationen merklich erhöhen.

III. Anpassung der Hierarchien

Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Die Erkrankungen der Schilddrüse werden sowohl in die HMG 0879 „Schilddrüsenerkrankungen, exkl. Struma“ als auch in die HMG 0024 „Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz“ einsortiert. In der dominierenden HMG 0879 werden dabei die spezifischeren Diagnosen abgebildet. Aus unserer Sicht spiegelt bei diesen Krankheitsbildern der Spezifikationsgrad des ICD-Kodes nur unzureichend eine Schweregraddifferenzierung wider, insbesondere da die Unterschiede zwischen den Diagnosen der HMG 0024 und der HMG 0879 mit DxG 0490 „Thyreotoxikose, einschließlich Morbus Basedow“ und DxG 1314 „Schilddrüsen-Erkrankungen, exkl. Struma und Thyreotoxikose“ zum Teil sehr gering sind. Wir regen daher an, die der dominierenden HMG 0879 zugeordneten DxG 0490 sowie DxG 1314 durch eine Arzneimittelvalidierung anhand der ATC-Kodes H03AA, H03BA, H03BB, H03BC, H03BX, H03CA und mit dem Kennzeichen Dauertherapie/183 BT zu versehen. Die Homoöpathisch-anthroposophischen ATC-Kodes H03BH, H03BP sind aus medizinischer Sicht auszuschließen.

Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

Die HMG 0272 „Chronische, Sonstige Hepatitis, akut oder n.n.bez. Verlauf ohne Leberkoma“ enthält z.T. unspezifische Diagnosen. Gleichzeitig dominiert diese die HMGs 0289 „Autoimmune Hepatitis, Echinokokkus-Infektionen und Pfortaderthrombose“ und 0027 „Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C)“. Aus unserer Sicht ist die Zusammenführung dieser HMGs sachgerecht, um die spezifische Diagnosestellung zu garantieren. Die geringe Differenz der Kostenschätzer von 594 Euro (HMG 0272), 460 Euro (HMG 0289) und 245 Euro (HMG 0027) spricht aus Gründen der Kostenhomogenität ebenfalls für eine Zusammenlegung zu einer neuen HMG „Hepatitis ohne Dauermedikation, Erkrankungen der Pfortader, Echinokokkus Infektion“. Die HMG 0407 mit negativem Kostenschätzer ist dann umzubenennen in „Sonstige und unspezifische Lebererkrankungen“.

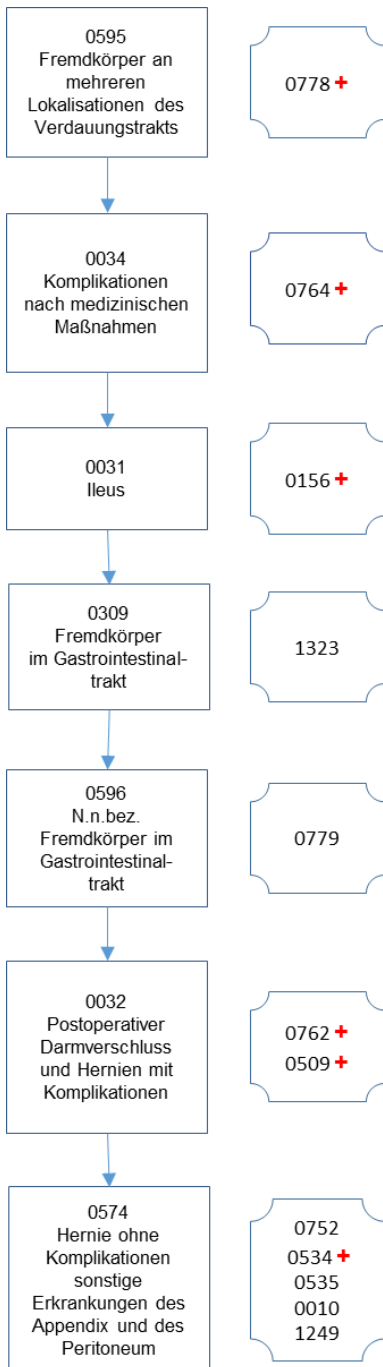
Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Die Hierarchie 06 erfährt mit dem aktuellen Festlegungsentwurf erneut eine große Umstrukturierung. Dabei wird die Hierarchie von bislang drei auf nun zehn Stränge ausgeweitet. Das vom BAS gewählte Vorgehen, die neuen Diagnosen in neuen Hierarchiesträngen abzubilden, ist dabei aus medizinischer Sicht nicht immer nachvollziehbar, insbeson-

dere da fehlende Dominanzbeziehungen zwischen den einzelnen Strängen fehlen. Hierdurch können durch die Diagnosestellung bei einer Erkrankung mit sich entwickelnder Schwere im Verlauf Mehrfachzuschläge ungerechtfertigt ausgelöst werden.

Unter medizinisch-ökonomischen Gesichtspunkten sowie aus Gründen der Manipulationssicherheit des Modells schlagen wir daher die Re-Organisation der Hierarchiestränge vor, welche in der Folge zu einer Reduzierung auf sieben Hierarchiestränge führt.

Strang 1



Die im Hierarchiestrang 1 oben eingefügte HMG 0595 „Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen im Gastrointestinaltrakt“ enthält die gleichnamige DxG 0778, die nur aus einer einzigen ICD T18.8 „Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen des Verdauungstraktes“ besteht. Aus unserer Sicht reicht das M2Q-Kriterium hier nicht aus. Die Entfernung von Fremdkörpern im Verdauungstrakt erfolgt regelhaft im Rahmen eines stationären Aufenthaltes. Das Aufgreifkriterium sollte in „stationär erforderlich“ geändert werden.

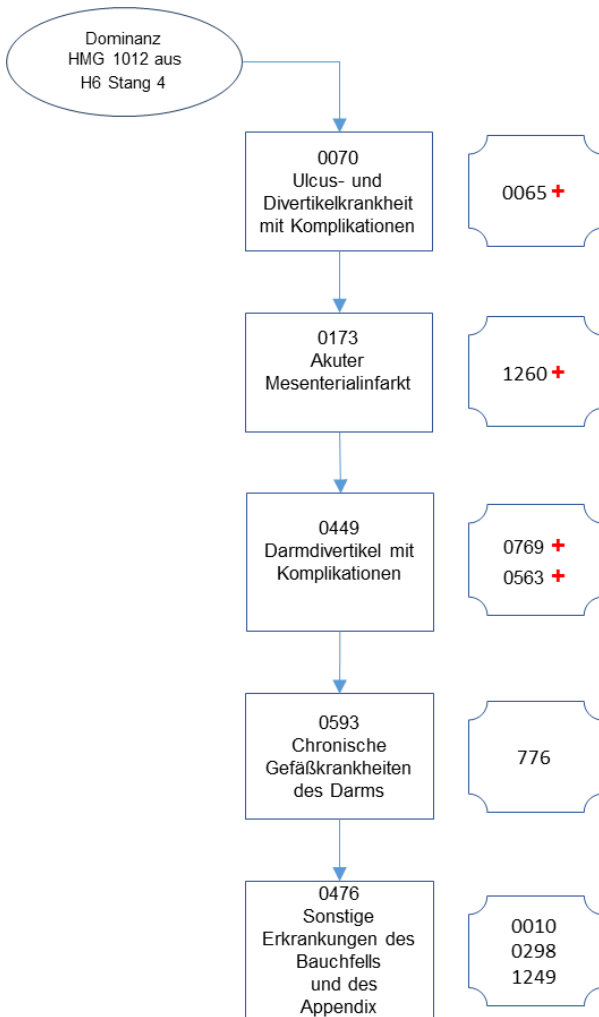
In der HMG 0034 „Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen“ ist der ICD-Kode K91.80 „Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung“ nicht korrekt zugeordnet. Die generalisierte Mukositis ist eine typische Folge der Hochdosis-Chemotherapie oder anderer onkologischer Therapien. Die Mukositis tritt nicht nur im Magen-Darm-Trakt sondern auch in der Mundhöhle auf. Wir schlagen daher eine Ausgliederung aus der DxG 0764 „Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen“ und eine Eingliederung in die DxG 0192 „Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen“ in die HMG 0203 „Schwere kombinierte Immundefekte und Immunkompromittierung nach Therapie“ der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ vor.

Zudem ist es aus medizinischer Sicht sinnvoll, die DxG 0509 „Eingeweidebruch mit Komplikationen“, die ein akutes Krankheitsbild umfasst, der HMG 0032 „Postoperativer Darmverschluss“ zuzuordnen, da die dort zugeordnete gleichnamige DxG 0762 ebenfalls ein akutes und stationär behandlungsbedürftiges Krankheitsbild darstellt. Die HMG 0032 wäre dann umzubenennen in „Postoperativer Darmverschluss und Hernien mit Komplikationen“.

Die DxG 0535 „Eingeweidebruch ohne Komplikationen“ sollte mit der DxG 0752 „Sonstiger oder n.n.bez. Eingeweidebruch ohne Komplikationen“ zusammengefasst und der darunter stehenden HMG 0574 „Sonstiger oder n.n.bez. Eingeweidebruch ohne Komplikationen“ zugeordnet werden. Im Ergebnis kommt es zur Auflösung der HMG 0414 „Hernien“.

Im letzten Schritt schlagen wir vor den ICD-Kode K63.4 „Enteroptose“ aus der HMG 1026 „Darmabszess, Fisteln und andere näher bezeichnete Erkrankungen“ mit der gleichlautenden DxG 1339 aus dem dritten Strang der HMG 0574 „Sonstiger oder n.n.bez. Eingeweidebruch ohne Komplikationen“ in Strang 1 zuzuordnen. Hierbei handelt es sich um die Senkung der Eingeweide z.B. nach Schwangerschaften: Dieser Zustand bedarf keiner medizinischen Behandlung und ist mit einem Eingeweidebruch vergleichbar.

Strang 2 bei gleichzeitiger Auflösung von Strang 7



Zur Minimierung von Fehlanreizen durch potentiell mögliche Mehrfachzuschläge empfehlen wir eine Dominanzbeziehung von der HMG 1012 „Angiodysplasie mit Blutung“ (DxG 0093) in Strang 4 zur HMG 0070 „Ulcuskrankheit mit Perforation/Divertikelkrankheit mit Perforation“ zu prüfen. Dies ist auch aus medizinischer Sicht angezeigt.

Die in der Hierarchie oben stehende HMG 0070 sollte umbenannt werden in „Ulcus- und Divertikelkrankheit mit Komplikationen“, da die ICD-Kodes der gleichlautenden DxG 0065 auch die Angabe von Blutungen und Abszessen umfassen.

Die HMG 0173 „Akuter Mesenterialinfarkt“ aus Strang 7 mit der alleinstehenden DxG 1260 wird unterhalb der HMG 0070 einsortiert.

Aus medizinischen Gründen sollten die DxGs 0769 „Peritonitis“ und 0563 „Darmdivertikel mit Perforation / Abszess“ der HMG 0449 „Darmdivertikel mit Perforation / Abszess“ zugeordnet werden.

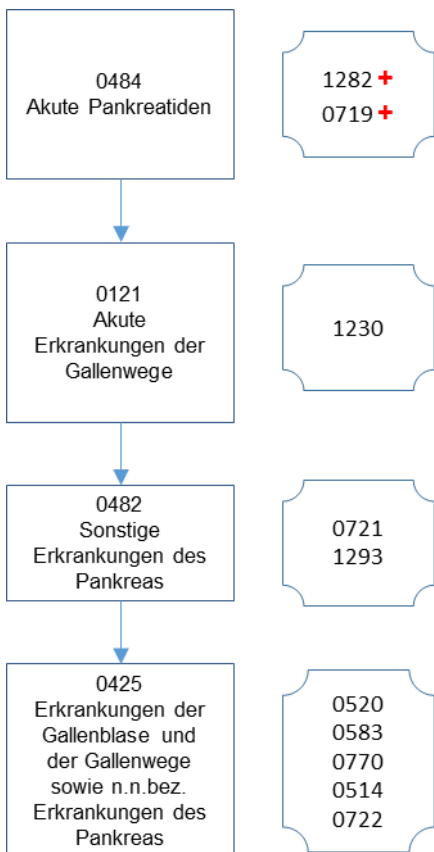
Anschließend sollte die HMG 0449 in „Darmdivertikel mit Komplikationen“ umbenannt werden.

Das akute Krankheitsbild der DxG 0534 „akute Appendizitis“ mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ sollte der neuen HMG 0574 „Hernien ohne Komplikationen und sonstige Erkrankungen des Appendix und des Peritoneum“ in Strang 1 und die DxG 0298 „Erkrankungen des Bauchfells“ der HMG 0476 zugeordnet werden. Im Ergebnis wäre die HMG 0436 „Akute Appendizitis / Erkrankungen des Bauchfells“ aufgelöst.

Die HMG 0476 sollte dann umbenannt werden in „Sonstige Erkrankungen des Bauchfells und des Appendix“.

Die HMG 0593 „Sonstiger und n.n.bez. Mesenterialarterieninfarkt, intestinale Durchblutungsinsuffizienz“ wird aus dem Strang 7 ausgegliedert und unterhalb der HMG 0449 eingegliedert.

Zusammenlegung Strang 5 und Strang 6



Der Strang 5 enthält nur zwei HMGs. Die HMG 0121 „Näher bezeichnete Erkrankung der Gallenwege“ umfasst die ICD-Kodes der spezifischen Gallen- und Gallengangerkrankungen und hat einen Kostenschätzer von 1.029 Euro. Die Differenz zu der darunter stehenden HMG 425 „Erkrankungen der Gallenblase und –wege“ mit einem negativen Kostenschätzer von -25 Euro beträgt somit mehr als 1.000 Euro.

Im Strang 6 weisen die oberen HMGs 0484 „Akute Pankreatitiden“ und die 0561 „Sonstige und n.n.bez. akute Pankreatitiden“ eine Differenz im Kostenschätzer von ca. 280 Euro. Wir schlagen vor, die Zusammenlegung der beiden HMGs zu prüfen und die neue HMG 0484 als „Akute Pankreatitiden“ zu bezeichnen.

Wir schlagen weiter vor, die HMG 0121 in „Akute Erkrankungen der Gallenwege“ umzubenennen und unterhalb der neuen HMG 0484 einzusortieren. Dies ist aus medizinischer Perspektive sachgerecht, da beide Krankheitsbilder klinisch und aufgrund der anatomischen Gegebenheiten in enger Verbindung stehen. Dies entspricht auch dem vom BAS in Strang 1 (HMG 0031, HMG 0309, HMG 0596, HMG 0032) gewählten Vorgehen, in dem verwandte Krankheitsbilder unter Verweis auf deren Kostenschätzer in die Hierarchie eingeordnet wurden.

Im nächsten Schritt kann die HMG 0425 „Erkrankungen der Gallenblase und –wege“ mit der HMG 0564 „N.n.bez. Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden / Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas“ zu der neuen HMG 0564 „Erkrankungen der Gallenblase und der Gallenwege sowie n.n. bez. Erkrankungen des Pankreas“ zusammengefasst werden.

Im Ergebnis sind der Strang 5 und 6 zusammengefasst und unter Berücksichtigung der zugehörigen Kostenschätzer konsolidiert.

Die Zusammenlegung zu kostenhomogenen Gruppen ist im Anschluss an die Umstrukturierung der Hierarchie 6 unter Verwendung der GKV-Datengrundlage zu prüfen.

Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel- und Skelett – Systems“

Die wiederaufgenommene HMG 0040 „Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies“ muss in der Abbildung 7.7. analog der Anlage 1 in „Osteoarthrose der Hüfte oder des Knies“ umbenannt werden.

Die Übernahme der Arzneimittelvalidierung analog dem Klassifikationsmodell 2019 wird von uns begrüßt.

Strang 4 und 5

Da die HMG 0351 nicht nur angeborene muskuloskelettale Anomalien, sondern auch Frakturen, die in Fehlstellung verheilt sind, enthält, schlagen wir eine Zusammenlegung mit der HMG 0315 „Rheumatisches Fieber ohne Herzbeteiligung/ Sonstige Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ vor.

In einem nächsten Schritt wird die Integration der HMG 0605 „Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen der Muskeln“ vorgeschlagen. Hier handelt es sich um Erkrankungen mit häufig unspezifischen Symptomen die in einen engen Zusammenhang mit den Diagnosen den HMG 0315 stehen.

Die HMG 0325 „Osteomalazie/ Rachitis“ umfasst wesentlich Vitamin-Mangelerkrankungen. Wir schlagen vor die DxG 0488 in die HMG 0013 „Andere Formen der Avitaminosen“ in der Hierarchie 30 zu integrieren. Hier ist in der zugehörigen DxG 0019 „Andere Formen der Avitaminosen“ bereits der ICD-Kode E64.3 „Folgen der Rachitis“ enthalten. So werden Doppelzuschläge vermieden. Im Ergebnis wird die HMG 0325 aufgelöst.

Die DxG 0785 „N.n.bez. schwere angeborene Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes“ umfasst die seltenen ICD-Kodes Q77.9 „Osteochondrodysplasie mit Wachstumsstörungen der Röhrenknochen und der Wirbelsäule, nicht näher bezeichnet“ und Q78.9 „Osteochondrodysplasie, nicht näher bezeichnet“ und weist eine Besetzungszahl von 1.550 Versicherten auf. Aus unserer Sicht ist die Integration in die darüberstehende HMG 0145 „Schwere angeborene Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes“ sachgerecht. Hierdurch wird die HMG 0602 aufgelöst. Im abschließenden Schritt wird die so neu gebildet HMG0145 in den 6. Hierarchiestrang integriert, der auch angeborene Entwicklungsstörungen einschließt. Die Positionierung im Hierarchiestrang sollte dann unter Berücksichtigung der Kostenhomogenität erfolgen.

Im abschließenden Ergebnis ist der 5. Strang aufgelöst und die Gefahr von Doppelzuschlägen an dieser Stelle drastisch reduziert.

Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“

Im dritten Hierarchiestrang besteht wie bereits im Vorjahr in den beiden obersten HMGs 0185 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr“ und 0186 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 b.u. 20 Tage“ die Trennung der HMGs einzig aufgrund der Behandlungstage. Beide HMGs weisen verhältnismäßig geringe Fallzahlen auf. Die Kostenschätzer beider

HMGs weisen eine Differenz von 811 Euro auf. Der Abstand der Kostenschätzer zur nachfolgenden HMG0187 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen“ beträgt rund 7.000 Euro. Eine klinische Begründung für die Trennung der beiden HMGs mit Arzneimittelbehandlung bei 10 Behandlungstagen ist nicht vorhanden. Es handelt sich in beiden Fällen um dasselbe Krankheitsbild mit derselben Therapie. Aufgrund der geringen Kostenunterschiede und zur Vermeidung von Kodieranreizen schlagen wir eine Zusammenlegung der HMG 0185 und 0186 und die Umbenennung in „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: schwere Verlaufsformen“ vor.

Die ICD-Kodes D86.8 „Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen“ und D86.9 „Sarkoidose, nicht näher bezeichnet“ sind am unteren Ende von Strang 4 unterschiedlichen DxGs und auch unterschiedlichen HMGs zugeordnet. Dabei erreicht der ICD-Kode D86.8 in der HMG 0531 „Sarkoidose, exkl. Lunge“ einen Kostenschätzer von 98 Euro. Dem ICD-Kode D86.9 wird in HMG 0443 „N.n.bez. allergische Reaktion; n.n.bez. Sarkoidose, exkl. Lunge“ gemeinsam mit weiteren DxGs ein negativer Kostenschätzer zugeordnet. Aus klinischer Sicht ist die Unterscheidung der unspezifischen ICD-Kodes D86.8 und D86.9 nicht eindeutig trennscharf und beide Codes sollten daher derselben DxG und damit auch derselben HMG 0531 „Sarkoidose, exkl. Lunge“ zugeordnet werden und in der Hierarchie entsprechend konsolidiert werden.

Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

Der Wegfall des ATC-Kodes N02CX „Andere Migränemittel“, der im Klassifikationsmodell 2019 noch für die Arzneimittelvalidierung der bipolaren Störungen vereinbart war, ist sachgerecht, da die Arzneimittel im Off-Label Use angewandt werden. Dies gilt auch für Schizophrenie.

Hierarchie 13 „Erkrankungen/ Verletzungen des Rückenmarks“

Zunächst ist positiv zu bewerten, dass hier nur ein Hierarchiestrang gebildet worden ist.

Durch das Vollmodell werden teils neu aufgenommene Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems in die Hierarchie 13 verschoben. Im Festlegungsentwurf entstehen so die zwei sehr heterogen zusammengesetzten HMG 0211 „Andere und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens“ und HMG 0322 „Näher bezeichnete Instabilität oder Deformität der Wirbelsäule / Sonstige entzündliche Spondylopathien / Näher bezeichneter Rückenschmerz“. Durch

die Hinzunahme von weiteren medizinisch und pharmakologisch begründbaren Aufgreifkriterien sehen wir das Potential für eine weitere Verbesserung der Zielgenauigkeit des Modells.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir folgende Veränderung vor:

Aufgrund der Schwere der Erkrankungen und der unterschiedlichen Ätiologie sollten aus der DxG 1350 „Bandscheibenerkrankungen“ die ICD-Kodes S23.0 und S33.0 „Traumatische Ruptur einer thorakalen bzw. lumbalen Bandscheibe“ herausgelöst und eine neue DxG „Traumatische Bandscheibenruptur“ gebildet. Diese erhält analog der DxG 0316 „Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks“ das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“. Die neue DxG sollte dann der HMG 295 zugeordnet werden. Dies ist dadurch begründet, dass diese seltenen Diagnosen klinisch in einem engen Zusammenhang mit Verletzungen des Rückenmarks, z.B. bei schweren Unfällen mit Wirbelsäulenverletzungen stehen.

In der HMG 0322 „Näher bezeichnete Instabilität oder Deformität der Wirbelsäule / Sonstige entzündliche Spondylopathien / Näher bezeichneter Rückenschmerz“ ist in der DxG 0342 „Wirbelkörperluxation Subluxation“ ICD-Kode S13.0 „Traumatische Ruptur einer zervikalen Bandscheibe“ eingeordnet. Hier schlagen wir dasselbe Vorgehen wie bei den oben genannten ICD-Kodes S23.0 und S33.0 vor: Der ICD-Kode S13.0 wird aus der DxG 0342 herausgelöst erhält das Aufgreifkriterium „Stationär erforderlich“ und wird der neu gebildeten DxG 312a „Traumatische Bandscheibenruptur“ zugeordnet.

Schweregrad differenzierung mittels Arzneimittel DXG 1350 und 0786

Da es sich bei Rückenleiden um Volkskrankheiten mit unterschiedlichen Verläufen und damit auch unterschiedlichen Folgekosten bei hoher Prävalenz handelt schlagen wir eine Schweregrad differenzierung mittels Arzneimittel vor. Die Behandlungsdauer mit 183 BT und die Auswahl der ATC-Kodes wird analog der Hierarchie 28 HMG 0253 „Chronischer Schmerz mit Dauermedikation I“ DxG 0907 gewählt. Dadurch werden nur die klinisch relevanten Fälle mit höheren Folgekosten aufgegriffen.

Hiervon betroffen ist in der HMG 0211 die DxG 1350 „Bandscheibenerkrankungen“ (nach oben beschriebener Ausgliederung der ICD-Kodes S23.0 und S33.0), sowie die DxG 0786 „N.n.bez. Rückenschmerz und andere Schmerzzustände / Erkrankungen des Rückens / Nackens“.

Die DxGs 1350 und 0786 sollten einer neuen HMG „N.n.bez. Rückenschmerz und andere Schmerzzustände / Erkrankungen des Rückens / Nackens mit Dauermedikation“ zugeordnet werden. Diese sollte dann unter Berücksichtigung des Kostenschätzers in den bestehenden Strang einsortiert werden.

Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Die Dominanzbeziehung zwischen der HMG 0279 „Alpha-1-Antitrypsinmangel“ in Hierarchie 4 und der HMG 0215 „COPD oder Emphysem mit Dauermedikation“ besteht seit 2019 nicht mehr. Die Wiederaufnahme der Dominanzbeziehung ist aus unserer Sicht weiterhin erforderlich. Auffällig ist auch die Fallzahlausweitung in der HMG 0279 um 20% (von ca. 8.000 auf ca. 10.000) in zwei Jahren. Dies ist aus epidemiologischer Perspektive nicht nachvollziehbar und unterstreicht aus unserer Sicht umso mehr die Notwendigkeit der erneuten Einführung der Dominanzbeziehung.

Asthma Bronchiale

Das BAS erläutert in seinen Ausführungen nicht die Herleitung der Alterssplits sowie der anderen Aufgreifkriterien. Die Arzneimittelvalidierung der DxG und die Zuordnung der ATC-Kodes zu der DxG 0023 „Asthma bronchiale“ alle Altersgruppen ist sachgerecht. Hier ist auch das Aufgreifkriterium mit 183 BT korrekt dargestellt. Die Aufgreifkriterien der DxG 1296 und 1297 „Akutes schweres Asthma“ mit dem alleinigen ICD-Kode J46 „Status asthmaticus“ sind mit 183 BT jedoch nicht korrekt. Da es sich oft hierbei um saisonales Geschehen bzw. die Folge einer akuten Exposition von Allergenen handelt, ist hier das Aufgreifkriterium akut-rezidivierend mit 10 BT zielführend. Das Aufgreifkriterium stationär obligat scheidet aus, da die nur beim Status asthmaticus gefordert werden kann und dann nicht die Akutfälle aufgegriffen würden.

IV. Sonstiges

Gesamtbewertung der Anpassung

Die Modellkennzahlen im Festlegungsentwurf haben sich im Vergleich zum Modell 2020 weiter verbessert. R^2 verbessert sich um 27,24%, CPM um 3,49%. MAPE sinkt um 111,22 Euro von 2.397,66 Euro auf 2.286,44 Euro. Hierbei ist jedoch die Einführung des Risikopools maßgeblich für die sprunghaften Anstiege der Kennzahlen verantwortlich. Ohne Berücksichtigung des Risikopools verändern sich die Kennzahlen wie folgt: R^2 verbessert sich um 0,42%, CPM um 1,09% und der MAPE sinkt auf 2.362,79 Euro.

Durch die Aufnahme der Regionalgruppen kann der gewichtete MAPE auf Kreisebene von 66,62 Euro auf 37,13 Euro gesenkt werden. Diese Maßzahl ist nicht im Wesentlichen vom Risikopool beeinflusst.

Insgesamt befindet sich die statistische Verbesserung unter Nichtberücksichtigung des Risikopools im Bereich der in den Vorjahren erzielten Veränderungen.

Für die kommenden Festlegungszyklen ist es aus unserer Sicht daher unerlässlich, die Qualität des Klassifikationsmodells weiter kontinuierlich zu erhöhen. Wir fordern dafür ausdrücklich, die im Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2020 begonnene Einführung von Alterssplits und Arzneimitteldifferenzierungen ab dem nächsten Anpassungszyklus weiterzuführen und auf mehr HMGs auszuweiten.

V. Anmerkungen zur Festlegung

Punkt 2.2.2.8

Wir schlagen folgende Klarstellung vor:

„Das Verfahren wird solange wiederholt, bis keine Hierarchieverletzungen oder **unzulässige** negative Regressionskoeffizienten mehr ermittelt werden.“

Schließlich werden in Punkt 2.2.2.6 negative Regressionskoeffizienten für einige Risikomerkmale explizit als zulässig erklärt.

VI. Redaktionelle Anmerkungen

Festlegung 2.6.1

Anstelle auf 2.5.8 müsste auf 2.5.7 (analog Festlegung 2020) verwiesen werden.

Anlage 1

In der Anlage 1 wird den folgenden ICD-Kodes fehlerhaft das Geschlecht „W/M“ zugeordnet. Stattdessen ist die Zuordnung zum Geschlecht „W“ sachgerecht. Betroffene ICD-Kodes sind: Z91.7, Z91.70, Z91.71, Z91.72, Z91.73, Z91.74, N82.88

Zudem bestehen zahlreiche Abweichungen zwischen den HMG- und DxG-Bezeichnungen in den Erläuterungen und der Anlage 1 zum Festlegungsentwurf. Hier sollte auf eine stringente Benennung der Morbiditätsgruppen geachtet werden.

Im Übrigen haben wir festgestellt, dass zahlreiche HMG-Bezeichnungen Rückschlüsse auf die Folgekosten zulassen. Dies setzt unerwünschte Anreize. Die HMG-Bezeichnung sollte sich ausschließlich an medizinisch/ätiologischen Sachverhalten orientieren. Die HMG-Bezeichnungen sind entsprechend anzupassen. Betroffen hiervon sind folgende HMGs:

- 0024 „Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevant“
- 0128 „Urogenitale Erkrankungen und Symptome mit niedrigen Folgekosten“
- 0369 „Sonstige Verletzungen mit mäßigen Folgekosten“

- 0764 „Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett mit leichte prospektiven Kosten“
- 0790 „Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett ohne prospektive Kosten“
- 0835 „Sonstige Verletzungen ohne Folgekosten“

Anlage 2

In der Anlage 2 wird von „Rezidivierend-akutes Krankheitsgeschehen“ gesprochen, in der Festlegung heißt es jedoch „Akut-rezidivierendes Krankheitsgeschehen“. Dies sollte vereinheitlicht werden.