

DAK-Gesundheit, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

Per Email

An

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Bundesversicherungsamt - Ref. 312

Zentrale
Risikostrukturausgleich
Postanschrift DAK-Gesundheit, Postfach 10 14 44
20009 Hamburg
Telekontakt Telefon: 040 2396-2848
Telefax: 040 2396-4848
E-Mail: tankred.kopp@dak.de
Internet www.dak.de
persönlicher Kontakt Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg

unser Zeichen 0 00-002120-00000-tko
IK 101560000
Datum 22.08.2019

Stellungnahme der DAK-Gesundheit zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2020

Nach § 31 Abs. 4 RSAV legt das BVA die Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr bis zum 30. September fest. Der Entwurf dieser Festlegung für das Ausgleichsjahr 2020 ist vom BVA am 12. Juli 2019 an den GKV-SV zur Anhörung versandt worden. Zu diesem Entwurf nimmt die DAK-Gesundheit wie folgt Stellung:

Allgemeines

Mehrfache Arzneimitteldifferenzierung

Die Einführung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung hat die DAK-Gesundheit seit 2011 wiederholt gefordert. Die Umsetzung zeigt die Bedeutung im Klassifikationsverfahren. Neben der Verbesserung der Kennzahlen werden die HMG-Zuweisungen zielgenauer. Die Kriterien zur Auswahl von vorhandenen HMG mit Arzneimittelvalidierung für eine mehrfache Differenzierung erklären die letztendlich getroffene Auswahl nicht.

In dem Entwurf für 2020 fehlt erneut die Bearbeitung der idiopathischen thrombozytopenischen Purpura.

Alterssplits

Im vorliegenden Entwurf für 2020 werden HMG-Alterssplits zur Berücksichtigung altersabhängiger Kosten vorgeschlagen. Methodisch werden dabei die HMG nach der absoluten Deckungssumme pro AGG priorisiert und aus der Deckungssumme pro AGG mögliche Altersgrenzen für eine HMG identifiziert.

Bei Anwendung dieser Methode fehlt in den Erläuterungen, wie sich die Alterssplits im Ergebnis auf die Deckungsbeiträge auswirken. Unabhängig davon kann bei der Identifizierung von relevanten Alterssplits auch die Anwendung von Deckungsbeiträgen pro Versichertenjahr als geeignetes oder ergänzendes Verfahren diskutiert werden.

Grundsätzlich ist die Eignung der Methode zu hinterfragen, über versichertenbezogene Deckungsbeiträge HMG-bezogene Altersgrenzen zu identifizieren. So kann die Zielgenauigkeit auch mit zunehmender Morbidität und zunehmenden Alter abnehmen. Im Ergebnis zeigt die Umsetzung auf HMG-Ebene dann nicht immer den erwarteten Erfolg, da möglicherweise die Deckungsbeitragsergebnisse nicht (nur) die Ursache in dieser HMG haben. Eine Prüfung der benachbarten Altersgrenzen (entsprechend den AGG) bei der HMG-Analyse wäre ein Lösungsansatz, der allerdings den Aufwand erhöht und letztendlich auch nicht zielgenau sein muss. Alternativ wäre bei der Bearbeitung einer HMG die primäre Darstellung in 20 Altersgruppen-HMG denkbar. So kann das Verfahren der Regression möglicherweise dem Deckungsbeitragsansatz überlegen sein. Im nachgeordneten Schritt würden dann die über den Weg der Regression identifizierten altersbedingten Kostenunterschiede bei bestimmten Erkrankungen in die weitere HMG-Bearbeitung einfließen. Dieses Vorgehen würde die Vorteile der individuellen Betrachtung einer Erkrankung mit der Identifizierung über die etablierte Methode der Regression kombinieren. Eine technische Implementierung im Sinne eines Standard-Sets sollte den Bearbeitungsaufwand in Grenzen halten.

Anpassung der Hierarchien

Hierarchie 02 „Neubildungen“

Bei der Überprüfung der HMG277 und HMG278 im Hierarchiestrang 02b wird die HMG278 in ihre drei DxG zerlegt, gleiches wird jedoch nicht mit den zwei DxG der HMG277 durchgeführt. Hier bittet die DAK-Gesundheit auch die Zerlegung der HMG277 in eine Bewertung mit einzubeziehen.

Darüber hinaus könnte die Auffälligkeit bei einigen Kostenschätzern zum Anlass genommen werden, den gesamten Hierarchiestrang auf Kostenhomogenität innerhalb einer HMG zu überprüfen und ggf. Anpassungen vorzunehmen.

Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Die Anpassung bei der HMG279 „Alpha-1-Antitrypsinmangel mit Substitutionstherapie“ mit der Berücksichtigung nur des ATC B02AB02 entspricht dem primären Vorschlag der DAK-Gesundheit für das Ausgleichsjahr 2016 und unserem Anpassungsvorschlag zum Entwurf für 2019. Wir begrüßen die erneute Bearbeitung für 2020 und halten diese Abbildung für sachgerecht und zielführend.

Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“ und Hierarchie 23 „Verletzungen“

Bei der Einordnung der Hüftluxation ist nachvollziehbar, zur erworbene Hüftluxation eine externe Dominanzbeziehung zur Hierarchie 23 „Verletzungen“ aufzubauen. Im Rahmen der vorhandenen Hierarchisierungsregeln kann auch über eine Hierarchiebeziehung zwischen der HMG159 „erworbene Hüftluxation“ und der HMG153 „Femurfraktur“ diskutiert werden, auch wenn es sich hier nicht um zwei typische chronische Erkrankungen handelt.

Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Die Zusammenfassung der DxG175 „Kombinierte Immundefekte D“ aufgrund der geringen Fallzahl kann nachvollzogen werden. Auf der anderen Seite zeigt genau dieses Vorgehen die Grenzen eines morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs in einem prospektiven Modell auf. Es ist geradezu davon auszugehen, dass bei einer geringen Anzahl an Erkrankungen eine Ungleichverteilung in der GKV vorliegt. Insofern sollte es auch ein Ziel eines Risikostrukturausgleichs sein, genau in diesen Situationen einzugreifen. Von daher schlägt die DAK-Gesundheit vor, wegen der großen Differenz der Kostenschätzer auf eine Zusammenfassung der DxG175 (37.403.Euro) und der DxG 181 (12.966 Euro) zu verzichten und die DxG175 „Kombinierte Immundefekte D“ in einer eigenen HMG abzubilden.

Bei der Abbildung der neuen Auswahlkrankheit „Sonstige Erkrankungen des Immunsystems“ werden in der neuen HMG204 fünf DxG zusammengefasst. Die Kostenschätzer liegen dabei mit 395 Euro und 1.295 mit 900 Euro weit auseinander. Aus den Ergebnissen von Modell 1a schlagen

wir vor, die DxG 176 und die DxG 191 zu einer HMG sowie die DxG 180, 178 und 173 zu einer weiteren HMG zusammenzufassen. Die DAK-Gesundheit bittet das BVA zu prüfen, ob diese Abbildung sachgerechter ist und zu einer weiteren Verbesserung führt.

Hierarchie 11 „Erkrankungen der Psyche“

Zum Thema Alterssplits verweist die DAK-Gesundheit auf die Ausführungen im allgemeinen Teil am Anfang dieser Stellungnahme.

Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Bei der Epilepsie wird mit einem Alterssplit bei 18 Jahren wird von dem primären Ergebnis aus der Deckungsbeitragsanalyse ohne nähere Erläuterungen abgewichen. Demnach wäre ein Split ab 25 Jahre zu erwarten. Die DAK-Gesundheit bittet das BVA zu prüfen, ob der Split bei 25 Jahren tatsächlich zu einem schlechteren Ergebnis führt. Sollte sich der in den DxG (primär aus dem US-amerikanischen Klassifikationsmodell) bereits vorhanden Alterssplit bei 18 Jahren bestätigen, müsste auch mit diesem Ergebnis die Eignung des primären Analyseverfahrens über Deckungsbeiträge hinterfragt werden. Zu weiteren Ausführungen zum Thema Alterssplits verweist die DAK-Gesundheit auf den allgemeinen Teil am Anfang dieser Stellungnahme.

Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Zum Thema Alterssplits verweist die DAK-Gesundheit auf die Ausführungen im allgemeinen Teil am Anfang dieser Stellungnahme.

Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

Die Zusammenlegung der HMG99, 106 und 107 führt erwartungsgemäß zu einem negativen Kostenschätzer. Bei ausreichender Fallzahl schlägt die DAK-Gesundheit vor, auf diese Zusammenlegung zu verzichten.

Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“

Bei dem Alterssplit der HMG134 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz“ bei 40 Jahren wird von dem primären Ergebnis aus der Deckungsbeitragsanalyse ohne nähere Erläuterungen abgewichen. Demnach wäre ein Split ab 45 Jahre zu erwarten. Die DAK-Gesundheit bittet das

BVA zu prüfen, ob der Split bei 45 Jahren zu einem besseren Ergebnis führt. Sollte sich der bereits vorhandenen Alterssplit bei 40 Jahren bestätigen, müsste auch mit diesem Ergebnis die Eignung des primären Analyseverfahrens über Deckungsbeiträge hinterfragt werden. Zu weiteren Ausführungen zum Thema Alterssplits verweist die DAK-Gesundheit auf den allgemeinen Teil am Anfang dieser Stellungnahme.

Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Die externe Dominanzbeziehung zur Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ wurde mit der Begründung der Anwendung des ICD-10-GM 2019 aufgehoben. Die DAK-Gesundheit ist der Auffassung, dass diese Interpretation bzw. die Schlussfolgerung von sich ausschließenden Diagnosen nicht richtig ist. Auf der Webseite des DIMDI wird zur Anwendung des ICD-10-GM beschrieben, dass die bei einem ICD-Kode unter Exklusiva aufgeführten ICD-Kodes nicht mit dieser Schlüsselnummer zu dokumentieren sind. In diesem Beispiel bedeutet dies lediglich, dass ein Ulcus cruris arteriosum (L70.24) nicht im Code L97 eingeschlossen ist, sondern mit dem unter Exklusiva aufgeführten Code L70.24 kodiert wird. Das bedeutet jedoch nicht, dass beide Diagnosen nicht gleichzeitig vorliegen können. Es gibt andere Beispiele im ICD-10-GM, die dieses möglicherweise verständlicher zeigen.

Unabhängig davon könnte durch die Aufhebung der Dominanz eine unspezifische Diagnose einer gleichen Erkrankung zu einer zusätzlichen HMG führen, auch wenn zum jeweiligen Zeitpunkt richtig kodiert wurde. Diese Abbildung sollte auch aus anderen Gründen vermieden werden.

Im Ergebnis schlägt die DAK-Gesundheit vor, die externe Dominanzbeziehung zwischen HMG149 und der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ nicht aufzuheben.

Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“

Die Erläuterungen zu den Schwierigkeiten und Möglichkeiten der Abbildung der Makuladegeneration in der Klassifikation des Morbi-RSA können weitgehend nachvollzogen werden. Aufgrund der besonderen Situation und den möglichen Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem schlägt die DAK-Gesundheit vor, bei der Makuladegeneration auf eine Arzneimitteldifferenzierung zu verzichten und diese Erkrankung nur in einer HMG mit M2Q-Kriterium abzubilden.

Die Diagnose H36.0 „Diabetische Retinopathie“ sollte wieder in die DxG488 „Diabetische Retinopathie“ analog der Abbildung in früheren Ausgleichsjahren einsortiert werden. Unter Berücksichtigung der zwischenzeitlichen Weiterentwicklung bei Diabetes mellitus schlägt die DAK-Gesundheit vor, die diabetische Retinopathie der HMG017 „Diabetes mit Manifestationen am Auge oder anderen nicht näher bezeichneten Komplikationen“ zuzuordnen.

Sonstiges

Mögliche Berücksichtigung der Ausgaben für Telematikinfrastruktur bei den nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben

Die Telematikkosten (Konto 6970) sind aus unserer Sicht vom Inhalt her bei den Verwaltungskosten einzuordnen wie es auch im status quo erfolgt. Unstrittig ist, dass die Telematik-Umlage-Beträge morbiditätsunabhängige Kosten sind. Innerhalb der Verwaltungskosten gibt es noch weitere morbiditätsunabhängige Kosten genauso wie voll morbiditätsabhängige und auch teilweise morbiditätsabhängige Kosten. Für viele Verwaltungskosten lässt sich jedoch nicht genau sagen, ob oder in welcher Stärke sie morbiditätsabhängig sind und sie lassen sich nicht eindeutig identifizieren und sind im Kontenplan auch nicht getrennt ausgewiesen. Aus diesem Grund wird für den gesamten Topf der Verwaltungskosten einer Art „Mischkalkulation“ durchgeführt, indem im RSA für die Ermittlung der (möglichst zielgenauen) Zuweisungen eine Quote (morbiditätsabhängig <-> -unabhängig) in Höhe von 50% nach Versicherten und 50% nach Morbidität festgelegt wird. Diese Quote ist im Sondergutachten zum RSA vom Wissenschaftlichen Beirat vom 27.11.2017 als am zielgenauesten ermittelt und somit bestätigt worden. Wird jetzt ein Block mit morbiditätsunabhängigen Kosten aus den Verwaltungskosten herausgezogen, steigt der Anteil der morbiditätsabhängigen Kosten in den verbleibenden Verwaltungskosten und die Quote müsste in Richtung Morbidität verändert werden (z.B. 60% nach Morbidität und 40% nach Versicherten). Ein alleiniges Herausnehmen von morbiditätsunabhängigen Kosten aus den Verwaltungskosten und Ausgleichen dieses Kostenblocks nach Versicherten unter Beibehaltung der Quote von 50 – 50 für die restlichen Verwaltungskosten, wie es jetzt von den Betriebskrankenkassen gefordert wird, führt bei den herausgenommenen Kosten zwar zu zielgenaueren Zuweisungen, ist aber für die Gesamtheit der Verwaltungskosten evtl. sogar weniger zielgenau.

Außerdem sehen wir die Gefahr, dass zukünftig weitere Forderungen nach Ausgliederung von speziellen Verwaltungskosten gestellt werden könnten, die in irgendeiner Form abgrenzbar sind,

um für diese die Zuweisungen in anderer Form zu ermitteln. Dies würde die Verwaltungskosten bei relativ geringer Auswirkung auf die Zuweisungen in viele kleine Töpfe zergliedern und das ganze Verfahren verkomplizieren und unübersichtlich machen.

Aus den genannten Gründen sprechen wir uns für eine Ablehnung des BKK-Vorschlags und für eine Beibehaltung des jetzigen Verfahrens mit einer Zuordnung der Telematikkosten zu den Verwaltungsausgaben aus.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu prüfen und bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells 2019 zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße
gez. Ulrike Heddier

Leiterin der Abteilung Finanzplanung und Rechnungswesen