

ANHÖRUNG ZUM ENTWURF DER FESTLEGUNG VON RISIKOGRUPPEN, ZUORDNUNGSALGORITHMUS, REGRESSIONSVORFAHREN UND BERECHNUNGSVORFAHREN FÜR DAS AUSGLEICHSAHR 2021

ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Das Vorgehen zur Umstellung auf ein Krankheits-Vollmodell ist aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nachvollziehbar beschrieben. Die dargestellte Zielsetzung, die Systematik der Hierarchisierung von Morbiditätsgruppen in medizinisch zusammenhängende Stränge auch in einem Vollmodell mit Berücksichtigung aller ICD-10-Kodes beizubehalten, ist im ersten Schritt bereits gut umgesetzt. Die hierarchisierten Morbiditätsgruppen bleiben handhabbar, ohne dass eine Verschlechterung der Gütemaße des Modells resultiert. Weitere Detailanpassungen sind im Rahmen der Überarbeitung in den kommenden Jahren angekündigt, was aus unserer Sicht ausreichend zu sein scheint.

Zum zweiten Schwerpunkt der Überarbeitung, der Einführung der Regionalkomponenten, verweisen wir auf unsere Anmerkungen unter V.

METHODIK (KAP. II 1-2)

STATISTISCHE BEWERTUNGSKRITERIEN UND DATENBESCHREIBUNG

Die KBV begrüßt, dass unter Kapitel 1.1 ein deskriptiver Überblick über die Datengrundlage gegeben wird.

Die verwendeten statistischen Bewertungskriterien sind nach Auffassung der KBV für die Einschätzung, ob eine Überarbeitung umgesetzt werden sollte, geeignet.

ENTWICKLUNG DES AUSGANGSMODELLS FÜR DAS AUSGLEICHSAHR 2021

Das Merkmal Erwerbsminderungsstatus ist weiterhin Gegenstand der Datenmeldungen, fällt aber als separates Risikomerkmak aufgrund des neugefassten § 266 Absatz 2 SGB V weg. Der Wissenschaftliche Beirat hatte sich unter den Bedingungen des damaligen Status-Quo (Krankheitsauswahl vom 50 bis 80 Krankheiten) für die Beibehaltung ausgesprochen. Der Wegfall ist mit der Vervollständigung des Morbiditätsspektrums nachvollziehbar.

Durch die Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell) werden Anreize der Krankenkassen zur Risikoselektion sowie die Manipulationsanfälligkeit von Diagnosen weiter verringert und die Zielgenauigkeit des Modells insgesamt deutlich verbessert. Die Aufhebung der Modellbeschränkung auf 50-80 Krankheiten beseitigt nicht nur evidente Ungenauigkeiten in der Schätzung von erwarteten Leistungsausgaben der Versicherten. Die Erweiterung zum Vollmodell ändert durch verbesserte „Zielgenauigkeit“ der Zuweisungen auch die Anreizstruktur der Krankenkassen, eine möglichst hohe Deckungsquote zu erzielen. Die Vervollständigung des Morbiditätsspektrums ist nachvollziehbar.

Die Einführung eines Risikopools vermindert den kassenseitigen Anreiz zur Risikoselektion gegen derartige Hochkostenfälle sowie einer Diagnosenproliferation, um die Leistungsausgaben auch versichertenindividuell decken zu können. Inwiefern eine feststehende 20%ige Deckungslücke andererseits

nicht zu Versuchen führt, an der Versorgung dieser Versicherten zu sparen, sollte vom wissenschaftlichen Beirat genauer evaluiert werden.

ANPASSUNGEN AN DEN ICD-10-GM 2020 UND ZUSAMMENFASSUNG DER HIERARCHIEN (KAP. III 1-3)

ANPASSUNGEN AN DEN ICD-10-GM 2020

Die Anpassungen in der ICD-10-GM Version 2020 sind aus unserer Sicht sachgerecht eingearbeitet worden. Die erforderlichen Änderungen in den Koduzuordnungen und die daraus resultierenden Berichtigungen in den Bezeichnungen sind alle einleuchtend.

AUSGESTALTUNG DER HIERARCHIEN IM VOLLMODELL (KAP. IV 1-31)

HIERARCHIE 01 „INFEKTION“

Die medizinischen Anpassungen und Korrekturen umfassen die Verschiebung beziehungsweise Überführung von Diagnosegruppen und eigenständigen Hierarchiesträngen in Hierarchien der durch eine Infektion betroffenen Organsysteme oder durch die Infektion verursachten Erkrankung. ICD-Kodes werden in Folge der Auflösung verschiedener Diagnosegruppen neu eingeordnet. Diese Maßnahmen führen nachvollziehbar zu einer deutlichen Vereinfachung der Hierarchiestruktur.

HIERARCHIE 02 „NEUBILDUNGEN“

Die Zusammenlegung von HMGs mit ähnlichen Kostenschätzern ist vor dem Hintergrund der Aufnahme aller Neubildungsbezogenen ICD-Kodes im Ausgangsmodell und der damit verbundenen stark erweiterten Hierarchie 2b sinnvoll.

Die Implementierung der Phakomatosen für Versicherte mit einem Alter von sechs Jahren an aufwärts in der Hierarchie 02 „Neubildungen“ ist in Hinblick auf die chirurgischen Therapieoptionen analog gutartiger Neubildungen zunächst nachvollziehbar.

HIERARCHIE 03 „DIABETES“

Die nicht erforderlichen Veränderungen durch den Übergang zu einem Vollmodell in der Hierarchie 03 wurde zur Kenntnis genommen.

HIERARCHIE 04 „METABOLISCHE ERKRANKUNGEN“

Die Abgrenzung metabolischer von alimentären Erkrankungen erscheint medizinisch sinnvoll. Die Verschiebung der HMGs 0280, 0310 und 0962 in die Hierarchie 30 kann nachvollzogen werden. Ebenso nachvollziehbar ist die aufgrund des hinzugekommenen Alterssplits erfolgte Verschiebung der „Neugeborenen-Hypothyreose“ mit einem Alter „> 1 Jahr“ aus der Hierarchie 27 in die Hierarchie 04. Die Aufnahme der HMG0544 „Ernährungs- und Stoffwechselstörungen bei anderenorts klassifizierte Krankheiten“ aus der Hierarchie 30 wird zur Kenntnis genommen.

Die Entwicklung des Festlegungsentwurfes über verschiedene Zwischenmodelle wird einleuchtend dargelegt. Die Änderungen scheinen insgesamt zu einer Vereinfachung und Vereinheitlichung der Hierarchie 04 geführt zu haben, wobei die vorbestehenden zwei Stränge nun in dem gemeinsamen Endpunkt HMG0024 zusammenlaufen.

HIERARCHIE 05 „ERKRANKUNGEN DER LEBER“

Die durch das Vollmodell bedingte Eingliederung von drei neuen HMGs in den bereits vorhandenen Strang ist nachvollziehbar. Kostenintensivere und medizinisch zusammengehörige Untergruppen konnten durch

die Konsolidierung besser abgegrenzt werden. Dies erscheint, auch im Hinblick auf leicht verbesserte Kennzahlen und eine konstant gebliebene Zahl von HMGs durch Zusammenlegung, sinnvoll.

HIERARCHIE 06 „GASTROINTESTINALE ERKRANKUNGEN“

Durch Einführung des Vollmodells ergibt sich eine deutliche Zunahme an HMGs in der Hierarchie 06. Insgesamt sind damit sechs neue Stränge hinzugekommen. Deren Aufbau bzw. Abgrenzung erscheint aus medizinischer Sicht sinnvoll. Die Konsolidierung einzelner Stränge durch Zusammenlegung von HMGs ist nachvollziehbar. Der Strang 5 (Erkrankungen von Gallenblase und -wegen) könnte aus medizinischer Sicht auch der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ zugeordnet werden.

HIERARCHIE 07 „ERKRANKUNGEN DES MUSKEL-SKELETT-SYSTEMS“

Die Verschiebung bestimmter Erkrankungen der Wirbelsäule in Hierarchie 13 zur gemeinsame Abbildungen von Erkrankungen der Wirbelsäule ist sinnvoll.

Die Aufrechterhaltung der externen Dominanz aus der Hierarchie 23 „Verletzungen“ auf die Hierarchie 07 ist plausibel.

Die Neuzuordnungen der DxGs zu den HMGs ist medizinisch nachvollziehbar.

HIERARCHIE 08 „HÄMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN“

Der Übergang zum Vollmodell hat zu Erweiterungen der bereits vorhandenen Stränge geführt. Die Modellkonsolidierung konnte unter Beibehaltung der Gütemaße erfolgen. Die Abgrenzung der Sarkoidose nach pulmonalen und extrapulmonalen Manifestationsorten und Zuordnung zu verschiedenen Hierarchien wurde zur Kenntnis genommen.

HIERARCHIE 09 „KOGNITIVE ERKRANKUNGEN“

Der Einführung des Vollmodells folgen in der Hierarchie 09 „kognitive Erkrankungen“ weitreichende Anpassungen auf der DxG-bzw. HMG-Ebene. Eine im Ausgangsmodell nicht umgesetzte externe Dominanzbeziehung in einem Strang der Hierarchie 14 wird im Vollmodell korrigiert und führt zu einer leichten Verbesserung der Gütemaße. Des Weiteren wird mit dieser Überarbeitung der ICD-Kode F06.7 für eine leichte kognitive Störung aus der Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ in die Hierarchie 09 überführt. Auch wenn infolgedessen für etwa 67.000 Versicherte kein Zuschlag mehr ausgelöst wird, steigt der Schätzer der HMG0639 im Gegenzug deutlich. Diese Umsetzungen sind medizinisch nachvollziehbar dargestellt.

HIERARCHIE 10 „DROGEN- UND ALKOHOLMISSBRAUCH“

Durch die Einführung des Vollmodells erfolgt die Hinzufügung der HMG 0352 „psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ in die Hierarchie 10, aus der sich keine Anpassungen ergeben.

HIERARCHIE 11 „ERKRANKUNGEN DER PSYCHE“

Mit dem eingeführten Vollmodell erfolgt eine umfassende Überarbeitung der Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“. Es werden 22 HMGs neu übernommen wie die HMG zur Wochenbettdepression aus der Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ und der Missbrauch von Personen aus der Hierarchie 32 „Sonstige Erkrankungen“. Die „Störungen der sexuellen Identität“ werden neu abgegrenzt. In Einzelschritten erfolgt zudem die Neuordnung der ursprünglich 6 Stränge in 5 Stränge. Im Rahmen der Hierarchiekonsolidierung gelingt dann die Behebung von bestehenden Hierachieverletzungen. Nachvollziehbar wird dargestellt, wie durch die vorgenommene Neustrukturierung eine Modellverbesserung aller 3 Kennzahlen erreicht werden kann.

HIERARCHIE 12 „ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN“

Durch die Einführung des Vollmodells wird auch die Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ einer konsequenten Überarbeitung durch Aufnahme sowie Zusammenführung von 21 DxGs und 16 neuen HMGs unterzogen. Die ICD-Kodes zu „Angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ werden von Strang 1 nach Strang 2, der explizit genetisch bedingte Entwicklungsstörungen enthält, verschoben. Dies führt zu einer besseren Abbildung der Versicherten mit diesen Diagnosen. Es erfolgt die Hierarchisierung in zwei Strängen. Zur Hierarchiekonsolidierung werden HMGs mit ähnlichen Kostenschätzern zusammengelegt, was zu einer Verbesserung aller Gütemaße führt. Es gelingt zudem, die Hierarchie zu verschlanken.

HIERARCHIE 13 „ERKRANKUNGEN / VERLETZUNGEN DES RÜCKENMARKS“

Medizinisch nachvollziehbar werden neben den bereits in der Hierarchie 13 enthaltenen Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks künftig auch Erkrankungen und Verletzungen der Wirbelsäule sowohl aus der Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ als auch aus der Hierarchien 23 „Verletzungen“ abgebildet sein.

Die bislang bestehende externe Dominanzbeziehung zur Hierarchie 23 kann aufgelöst werden. In mehreren Schritten werden alle HMGs der Hierarchie in einem einzelnen strikten Hierarchiestrang organisiert. Auch wenn die damit einhergehenden geänderten Dominanzverhältnisse zu einem beträchtlichen Rückgang von 2 Zuschlagsgruppen (1,5 Mio. Zuschlägen) führen, wird die Prädiktionsgüte des Modells nicht negativ beeinflusst.

Im Rahmen dieser Überarbeitung werden keine Überlegungen bezüglich der Verschiebung von ICD-Kodes zu angeborenen und kindlichen Lähmungen der HMG0295 bzw. zur spastischen diplegischen Cerebralparese der HMG0296 in Richtung einer ätiologiegetriggerten Verortung z. B. nach der Ursache wie einer frühkindlichen Hirnschädigung dargestellt. Ggf. wäre dies für einer der Folgeversionen zu prüfen.

HIERARCHIE 14 „NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN“

Die Hierarchie 14 wurde aufgrund der Einführung des Vollmodells einer umfassenden Überarbeitung und Erweiterung unterzogen. Der Aufnahme einer Reihe von ICD-Kodes wie „Virale Enzephalitis, Meningitis, n.n.bez.“ und HMGs folgt die Zusammenführung im Strang „Infektionen des ZNS“. In den Strängen „Hirnerkrankungen“ und „Kopfschmerzen“ werden ebenfalls Zusammenlegungen von HMGs vorgenommen. Zudem erfolgt die Integration der HMG0979 „Essentieller Tremor“ und Zusammenlegungen von HMGs aufgrund ihrer ähnlichen Kostenstruktur in den Strang „Erkrankungen der Basalganglien“. Medizinisch nachvollziehbar wird die Aufnahme der HMG0167 „Erkrankungen des autonomen Nervensystems“ und Zusammenlegung von HMGs mit ähnlichen Kostenschätzern in den Strang „Neuropathien“ dargestellt. Außerdem werden verschiedene HMGs aufgrund ihrer ähnlichen Kostenschätzer in den jeweiligen neuen Strängen „Muskelerkrankungen“ bzw. „Erkrankungen der Nervenwurzeln/Plexus“ zusammengeführt.

Im Ergebnis wird die Hierarchie 14 durch die Integration aller ICD-Kodes zu neurologischen Erkrankungen deutlich erweitert. Durch die stufenweise, differenzierte Zusammenführung einer Reihe von HMGs mit ähnlichen Kostenschätzern in bestehende Stränge gelingt eine Verschlankeung der Hierarchiestruktur. Diese Maßnahmen verbessern in Summe die Güte des Modells in allen 3 Kennzahlen.

HIERARCHIE 16 „HERZERKRANKUNGEN“

Die Umstellung auf das Vollmodell ergab im Ausgangsmodell die Einführung eines neuen Stranges und eine Hierarchieverletzung im Strang 4. Die Modellkonsolidierung konnte sowohl die Hierarchieverletzung ausgleichen als auch eine deutliche Verschlankeung des Modells mit Reduktion auf drei Stränge erreichen. Die beschriebenen Fallzahldiskrepanzen zeigten keinen Einfluss auf die Anpassungsergebnisse. Insgesamt konnte eine Verbesserung der Gütemaße erreicht werden.

HIERARCHIE 17 „ZEREBROVASKULÄRE ERKRANKUNGEN“

Im Ausgangsmodell besteht die Hierarchie 17 aus 2 Strängen. Die Einführung des Vollmodells hat zur Folge, dass der erste Strang um sechs neue HMGs und neue DxGs erweitert wird. Durch weitere, medizinisch sachgerechte und nachvollziehbare Anpassungen wie die Zusammenlegung von HMGs mit ähnlichen Kostenstrukturen bzw. Wegfall von zwei HMGs wird eine Konsolidierung der Hierarchiestruktur erreicht.

HIERARCHIE 18 „GEFÄß- UND KREISLAUFERKRANKUNGEN“

Die Einführung des Vollmodells führte zu einer Erweiterung um 21 HMGs, die zunächst in 4 Strängen und einer frei schwebenden HMG in dem Ausgangsmodell zusätzlich zu den vorhandenen drei Strängen angeordnet wurden. Die Konsolidierung des Modells konnte eine Verdichtung sowie die Integration der frei schwebenden HMG 0812 (Schock) erreichen. Im Ergebnis sind 24 HMGs in sieben Strängen vorhanden. Die Gütemaße verschlechtern sich dabei im R^2 um 0,0002 Prozentpunkte und im CPM um 0,0004 Prozentpunkte. Die Umverteilung des ICD D73.3 „Abszess der Milz“ aus der Hierarchie 01 in die Hierarchie 18 wird aufgrund der Pathogenese als medizinisch schwer nachvollziehbar zur Kenntnis genommen.

HIERARCHIE 19 „ERKRANKUNGEN DER LUNGE“

Die bisher aus neun HMGs in einem Hierarchiestrang bestehende Hierarchie 19 hat durch das Vollmodell eine deutliche Erweiterung auf insgesamt 22 HMGs mit zwei freischwebenden HMGs im Ausgangsmodell erfahren. Die Konsolidierung des Modells mit einer Vielzahl von Korrekturen kann medizinisch nachvollzogen werden.

HIERARCHIE 20 „ERKRANKUNGEN DES UROGENITALSYSTEMS“

Die Einteilung der neuen vier hierarchisierten Stränge stellt eine sachgerechte Einteilung des Spektrums der Erkrankungen des Urogenitalsystems dar. Durch die Konsolidierung der Hierarchiestränge werden die Verbindungen zur Vermeidung mehrfacher Zuschläge unter den Strängen aufgelöst und ähnliche Kostenschätzer, sowie HMGs mit negativen Kostenschätzern medizinisch plausibel zusammengeführt.

HIERARCHIE 21 „SCHWANGERSCHAFT“

Das Vollmodell hat zu einer Aufnahme von ICD-Kodes für bisher nicht zur Krankheitsauswahl gehörigen Krankheiten geführt. Die rein medizinische Betrachtungsweise, dass eine Schwangerschaft zumeist mit einer Entbindung endet, und die detaillierte Darstellung der ICD-Zuordnungen zu DxGs bzw. HMGs lässt den Unterschied in der Versichertenanzahl von 829.878 in der HMG0146 (Schwangerschaft) im Vergleich zu 125.263 in der HMG0474 (Entbindung) im Festlegungsentwurf schwer nachvollziehen. Die Verschiebung der HMG0355 (Lebendgeborene) und HMG0640 (Psychische Wochenbettstörungen) in jeweils andere Hierarchien ist medizinisch und auch klassifikatorisch nachvollziehbar. Die Konsolidierung des Ausgangsmodells erscheint angesichts der deutlichen Steigerung der Gütemaße sinnvoll.

HIERARCHIE 22 „ERKRANKUNGEN DER HAUT“

Insgesamt führen die Veränderungen des Modells zu einer Reduktion der Komplexität der Hierarchie. Die Integration der drei HMGs zu Verbrennungen in die Hierarchie 22 aus der Hierarchie 23 „Verletzungen“ und die Zusammenlegung der HMGs mit Zusammenhang zu Infektionen der Haut in einem neuen Strang „Infektion der Haut“ ist aus medizinischer Sicht sinnvoll und erhöht die Stringenz der betroffenen Hierarchiestränge.

HIERARCHIE 23 „VERLETZUNGEN“

Die Berücksichtigung der weiteren Zuschlagsgruppen in Folge der Vervollständigung des Morbiditätsspektrums ist durch Konsolidierung der Hierarchie übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt.

Die Zusammenfassungen der Verletzungen nach Art der Verletzung ist aus medizinischer Sicht korrekt.

Die Aufhebung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxGs 0486 und 1090 ist sinnvoll.

HIERARCHIE 24 „KOMPLIKATIONEN“

Kommentierung entfällt da durch den Übergang zu einem Vollmodell keine Veränderungen resultieren.

HIERARCHIE 25 „TRANSPLANTATIONEN“

Kommentierung entfällt da durch den Übergang zu einem Vollmodell keine Veränderungen resultieren.

HIERARCHIE 26 „ERKRANKUNGEN DES AUGES“

Die durch Einführung des Vollmodells bedingte Aufnahme von 17 HMGs konnte bereits im Ausgangsmodell innerhalb eines Stranges mit strikter Hierarchie erfolgen. Durch Zusammenlegung von HMGs mit ähnlichen Kostenschätzern konnte eine Reduzierung von 19 HMGs im Ausgangsmodell auf sieben HMGs im Festlegungsentwurf erreicht werden, wobei die Gütemaße R^2 und CMP jeweils nur um 0,0001 Prozentpunkt nachgegeben haben. Die Aufnahme der HMG0320 (Infektion des Auges) ist medizinisch nachvollziehbar.

HIERARCHIE 27 „ERKRANKUNGEN DER NEUGEBORENE“

Obwohl der Übergang zum Vollmodell lediglich die Aufnahme dreier neuer HMGs in die Hierarchie 27 bedeutete, erscheint die anschließende Konsolidierung des Ausgangsmodells hochkomplex. Die einzelnen Schritte bis zum Erreichen des Festlegungsentwurfes sind detailliert und nachvollziehbar beschrieben. Die Auflösung der HMG0355 (Lebendgeborene) erscheint angesichts der dargestellten Kodierqualität sinnvoll. Es wird angeregt, dieselben Überlegungen auch auf die HMG0474 (Entbindung) in der Hierarchie 21 („Schwangerschaft“) anzuwenden. Bei einer Geburtenanzahl von 784.901 im Jahr 2017 ist eine Besetzung der HMG0474, die knapp 150 ICD-Kodes umfasst, mit 125.263 Versicherten ebenfalls schwer nachvollziehbar.

HIERARCHIE 28 „CHRONISCHER SCHMERZ“

In den vorangegangenen Festlegungen von Risikogruppen (zum RSA-Ausgleichsjahr 2019 und 2020) wurden bereits fachlich hinterlegte Differenzierungen in zwei Gruppen für chronischen Schmerz mit bzw. ohne Dauertherapie sowie eine weitere Aufsplittung in die zusätzlichen Gruppen „chronischer Schmerz mit Dauertherapie II (Opiode)“ und „chronischer Schmerz mit Dauertherapie III (Opiode Stufe 3 [nach WHO Stufenschema])“ vorgenommen. Die Einführung des Vollmodells hat keine Auswirkungen auf die Hierarchie 28.

HIERARCHIE 29 „HALS-NASEN-OHREN-ERKRANKUNGEN“

Die Bildung dieser neuen Hierarchie, die sich aus der Anwendung des Vollmodells ergibt, erscheint medizinisch sinnvoll. Die Übernahme von HMGs aus der Hierarchie 19, die Erkrankungen der oberen Atemwege betreffen, ist nachvollziehbar. Die Begründung der Verschiebung der HMG0448 und der HMG0696, ein eigener „Schwindel“-Strang im Ausgangsmodell der Hierarchie 14, in die Hierarchie 29 wird zur Kenntnis genommen. Die Konsolidierung des Ausgangsmodells konnte zwar eine Reduzierung um elf HMGs erreichen, jedoch unter Inkaufnahme einer Verschlechterung der Gütemaße (R^2 -0,0003 PP; CPM - 0,0027 PP).

HIERARCHIE 30 „ERNÄHRUNGSBEZOGENE ERKRANKUNGEN“

Die durch Anwendung des Vollmodells bedingte, neu entstandene Hierarchie 30 kann medizinisch nachvollzogen werden. Nachvollziehbar ist auch die Trennung von metabolischen und alimentären Störungen, die zu einer Verschiebung von HMGs aus der und in die Hierarchie 04 geführt haben. Die Konsolidierung des Modells hat zu einer Verbesserung der Gütemaße geführt. Der Verbleib des nur aus einer HMG (0318) bestehenden dritten Stranges ist medizinisch nachvollziehbar.

HIERARCHIE 31 „GYNÄKOLOGISCHE UND ANDROLOGISCHE ERKRANKUNGEN“

Die Bildung dieser neuen Hierarchie, die sich aus der Anwendung des Vollmodells ergibt, erscheint medizinisch sinnvoll. Die Verschiebung des ICD-Kodes N74.8 aus der Hierarchie 01 ist nachvollziehbar. Die Konsolidierung und Vereinfachung des Ausgangsmodells beeinflusst die Gütemaße nicht.

HIERARCHIE 32 „SONSTIGE ERKRANKUNGEN“

Die vorübergehende Bildung dieser Hierarchie zur Erfassung von „Resteklassen“ oder nicht unmittelbar anatomisch bzw. physiologisch zuordenbaren HMGs, DxGs und ICD-Kodes erscheint sinnvoll. Die Verschiebung der HMGs 0531, 0952, 0443, 0953 und 1002 als im weitesten Sinne immunologische bzw. immunvermittelte Erkrankungsgruppen in die Hierarchie 08 wird zur Kenntnis genommen. Insgesamt konnte die Hierarchie wieder aufgelöst werden.

EINFÜHRUNG REGIONALER RISIKOMERKMALE (KAP. V 1-3)

Die Einführung regionaler Merkmale ist das Ergebnis einer langjährigen Diskussion, die insbesondere durch das vom BMG beauftragte Sondergutachten des wissenschaftlichen Beirats beim BVA (2018) ausgelöst wurde. Durch die Aufnahme dieses weiteren Risikomerkmals sollen regionale kassenbezogene Über- und Unterdeckungen abgebaut, gleiche Wettbewerbsbedingungen geschaffen sowie sich abzeichnende Marktkonzentrationsprozesse vorgebeugt werden.

Für regionale Gesamtvertragsverhandlungen spielt die regionale Finanzierungssituation der Krankenkassen eine wichtige Rolle. Die beschriebenen Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2021 zur Aufnahme regionaler Risikomerkmale ins Versichertenklassifikationsmodell senken - trotz der geringen Verbesserung der Kennzahlen auf Versichertenebene - die im Ausgangsmodell bestehenden Über- und Unterdeckungen deutlich. Eine Berücksichtigung unterschiedlicher Ausgabenstrukturen der Region verbunden mit einem zielgenaueren Ausgleichsmodell ist daher zu begrüßen.

AUSSCHLUSS HIERARCHISierter MORBIDITÄTSGRUPPEN (KAP. VI)

Laut formaler Kriterien werden bis zu 5% derjenigen HMG ausgeschlossen, die überdurchschnittliche Steigerungsraten aufweisen, sofern sie nicht durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als medizinisch sachgerechte Steigerungsraten festgelegt werden.

Die Streichung einzelner HMG ist in den Erläuterungen nicht im Detail beschrieben. Ausschließlich gesetzliche Hintergründe und allgemeine Verfahrensbestimmungen werden ausgeführt. Auch werden in den bereitgestellten Excel-Dokumenten keine HMGs gekennzeichnet, die die formalen Kriterien zum Ausschluss erfüllen. Eine Stellungnahme ist vor dem Hintergrund des intransparenten Verfahrens nicht möglich. Im Sinne größtmöglicher Transparenz wäre es wünschenswert, eine Übersicht der potentiell auszuschließenden HMG entsprechend der gesetzlichen Kriterien bereits hier zu berichten.