

ANHÖRUNG ZUM ENTWURF DER FESTLEGUNG VON RISIKOGRUPPEN, ZUORDNUNGSALGORITHMUS, REGRESSIONSVORFAHREN UND BERECHNUNGSVORFAHREN FÜR DAS AUSGLEICHSAHR 2022

ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Die diesjährigen Modellanpassungen zeichnen sich durch komplexe Umstrukturierungen aus. Die Schwerpunktsetzung der Bearbeitung liegt dabei auf der Untersuchung häufig auftretender HMG-Kombinationen mit auffälligen Fehldeckungen. Hierarchieanpassungen bzw. HMG-Zusammenlegungen sind vornehmlich ökonomisch begründet und dienen dazu Überdeckungen zu reduzieren oder Doppelzuschläge zu vermeiden. Medizinische Aspekte treten dabei vermehrt in den Hintergrund.

Das methodische Vorgehen ist aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) grundsätzlich nachvollziehbar. Im Sinne größtmöglicher Transparenz und gänzlicher Nachvollziehbarkeit wären eine Darstellung der Empirie sowie eine Beschreibung der Schwellenwerte bei der Verwendung der Kriterien wünschenswert.

Eine detaillierte Kommentierung der Zuordnungen aus medizinischer Sicht entnehmen Sie bitte unseren Anmerkungen unter Kapitel III und IV.

METHODIK (KAP. II 3-5)

STATISTISCHE BEWERTUNGSKRITERIEN UND DATENBESCHREIBUNG

Die KBV begrüßt, dass ein Überblick über die Datengrundlage gegeben wird. Für das Ausgleichsjahr 2022 wird ein 1-jährig prospektives Modell mit den Morbiditätsdaten aus dem Jahr 2018 und den Versichertenstammdaten sowie den Leistungsdaten (ohne Krankengeld) des Jahres 2019 aufgestellt. Die Datengrundlage enthält nach der Plausibilisierung knapp 75 Mio. Versicherte. Ab einem Schwellenwert von 100.000 € werden den Versicherten die Risikopoolausgleichsbeträge von den Leistungsdaten abgezogen und mit dieser neuen Zielgröße eine gewichtete lineare Regression durchgeführt. Dieses Vorgehen ist aus Sicht der KBV sinnvoll.

Für die Kennzahlen zur Modellgüte wird jeweils der Risikopoolterm zu den Zuweisungen des Modells hinzuaddiert und den Gesamtleistungsdaten gegenübergestellt. Damit gehen also auch die Ist-Kosten in die Bestimmung der Kennzahlen ein.

Die verwendeten statistischen Bewertungskriterien auf Individualebene (R^2 , MAPE, CPM) sind nach Auffassung der KBV für die Einschätzung der Modellgüte geeignet.

Auf Krankenkassenebene wird der über alle Kassen gemittelte absolute Prognosefehler je Versichertenjahr angegeben, sowie der gewichtete mittlere absolute Prognosefehler. Hier wäre zu überlegen, ob der Prognosefehler auch auf granularerer Ebene, also auf der Ebene der Krankenkassen, anzugeben wäre. Da der Mittelwert auch anfällig für Ausreißer in den Daten ist, wäre so ein Informationsgewinn möglich. Zumal

der vom BAS angesprochene Abgleich der beiden genannten absoluten Prognosefehler dazu verwendet werden kann, Hinweise zu Systematiken (insbesondere bezogen auf die Größe der Krankenkasse) zur Höhe von Fehlbeträgen zu finden. Dies könnte durch einen Vergleich von Prognosefehlern von Einzelkassen mit wenig Aufwand noch vereinfacht bzw. bestätigt werden.

Auf regionaler Ebene helfen aus Sicht der KBV die Deckungsbeiträge und Deckungsquoten, zusammen mit ihren jeweiligen Spannweiten, und als abgeleitete Größe das regionale MAPE sich ein Bild von der Schätzgenauigkeit für eine bestimmte Region zu machen. Auch die Verwendung des Variationskoeffizienten ist nach Einschätzung der KBV geeignet, um regionale Unterschiede zu untersuchen.

ENTWICKLUNG DES AUSGANGSMODELLS FÜR DAS AUSGLEICHSAHR 2022

ANPASSUNGEN AN DIE ICD-10-GM

Die Anpassungen in der ICD-10-GM Version 2021 sind aus unserer Sicht grundlegend sachgerecht. Die erforderlichen Änderungen in den Kodezuordnungen und die daraus resultierenden Berichtigungen in den Bezeichnungen sind alle nachvollziehbar und schlüssig.

Hinsichtlich der Zuordnung von U08.9 „COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“ und dem Sekundärkode U09.9! „Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ würden wir jedoch eine anderweitige Zuordnung, außerhalb der Krankheit 180 „Influenza ohne Pneumonie“, der DxG0505 „Influenza ohne Pneumonie“ und der HMG0430 „Sonstige Infektionen“ vorschlagen und begrüßen. Aus Sicht der KBV beinhalten diese Codes lediglich (Zusatz-)Informationen ohne Angabe einer generellen Krankheits- und/oder Beschwerdesymptomatik und sollten den erkrankungsspezifischen COVID-19-Kodes nicht gleichgestellt bzw. sollten nicht äquivalent verortet werden.

DIE AUFHEBUNG VON ALTERSSPLITS AUF KRANKHEITSEBENE

Es wird beschrieben, welche der im Ausgleichsjahr 2021 eingeführten Alterssplits auf Krankheitsebene wieder aufgehoben werden. Dies ist durch Wechselwirkungen mit dem M2Q-Kriterium bzw. den bestehenden Altersgrenzen auf DxG-Ebene begründet. Das ist für die KBV nachvollziehbar. Die Gründe im Rahmen dieser Überarbeitung für die Aufhebung der Splits sind also vorrangig medizinischer Natur, wohingegen der ursprüngliche Ansatz bisher ein ökonomischer war. Die Verringerung von altersgruppenspezifischen Über- und Unterdeckung bei einzelnen Krankheiten sollte aus Sicht der KBV daher trotzdem weiterverfolgt werden.

ANPASSUNG VON ICD-SPEZIFISCHEN ALTERSGRENZEN

Die Anpassungen von ICD-spezifischen Altersgrenzen sind nachvollziehbar. Die KBV begrüßt die angeführte Angleichung der ICD-spezifischen Altersgrenzen an die Vorgaben des BfArM.

GÜTEMAßE DES AUSGANGSMODELLS

Die KBV begrüßt die Dokumentation der Gütemaße des Ausgangsmodells als Grundlage für weitere Vergleiche. Darüber hinaus werden die entsprechenden Kennzahlen für die Festlegungen des AJ2021 auf derselben Datengrundlage genannt. Es zeigen sich nur vergleichsweise geringfügige Unterschiede.

KO- UND MULTIMORBIDITÄT IM KLASSIFIKATIONSMODELL

Mit der Einführung des Vollmodells im Ausgleichsjahr 2021 hat sich die Anzahl an HMGs im Klassifikationsmodell insgesamt und folglich auch die Wahrscheinlichkeit für einen einzelnen Versicherten mehr HMG-Zuschläge zu erhalten, erhöht. Damit einhergehende Bedenken von Krankenkassenseite wird durch zwei Untersuchungen nachgegangen, mit dem Ziel neue Hierarchien oder HMG-Zusammenlegungen zu prüfen.

Die erste Untersuchung prüft die im Zusammenhang mit dem Wegfall des Krankheitsfilters stehende Zunahme von Fehldeckungen bei Versicherten mit unterschiedlicher Morbiditätslast. Im Ergebnis zeigt sich ein, mit Einführung des Vollmodells, deutlicher Rückgang der Fehldeckung im Vergleich zum

Krankheitsauswahl-Modell. Hierzu scheint kein weiterer Handlungsbedarf zu bestehen, auch wenn weiterhin systematische Unter-/Überdeckungen nach Anzahl HMGs existieren.

Die zweite Untersuchung prüft inwiefern häufig auftretende HMG-Kombinationen mit auffälligen Fehldeckungen einhergehen, um bei auffälliger Komorbidität und Überdeckung neue Hierarchien oder HMG-Zusammenlegungen zu prüfen. Im Ergebnis konnten mit Hilfe von Odds-Ratios HMG-Kombinationen identifiziert werden, deren konkrete Überarbeitung im Kapitel IV zu den Hierarchien weiter beschrieben und von der KBV kommentiert werden.

Aus Sicht der KBV ist das Vorgehen beider Untersuchungen grundsätzlich nachvollziehbar. Für eine gänzliche Nachvollziehbarkeit wäre es allerdings hilfreich, für jede Hierarchie die paarweisen Odds-Ratios zu sehen sowie konkrete Schwellenwerte zu benennen, die entweder zu einer neuen Hierarchiebeziehung oder einer HMG-Zusammenlegungen führen. Dadurch, dass weder Kriterium noch Empirie vorliegen, ist dies nicht in Gänze nachvollziehbar und könnte auch willkürlich geschehen. Weiterhin wird angeregt bei Kombination auffälliger Komorbiditäten und Unterdeckungen die Einführung einer zusätzlichen Komorbiditäts-HMG in Betracht zu ziehen.

ANPASSUNGEN DER HIERARCHIEN (KAP. III 6-7 UND IV 8-29)

Für Hierarchien, bei denen keine Änderungen zum Vormodell durchgeführt wurden, entfällt eine Kommentierung. Diese werden daher nicht aufgeführt.

HIERARCHIE 01 „INFEKTIONEN“

Die Umstrukturierung und Reduzierung der einzelnen Hierarchiestränge erfolgt auf Basis des neu eingeführten Ansatzes im Umgang mit Ko- und Multimorbidität im Klassifikationsmodell, siehe auch Anmerkungen der KBV unter Kapitel II Methodik 5. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationssystem.

Aus medizinischer Sicht sind einige Konsolidierungen, z. B. Neuordnung und Eingliederung der einzelnen Infektionserkrankungen nach Erregern, durchaus nachvollziehbar. Andere hingegen sind medizinisch nicht zu beurteilen. Hier stehen andere Kriterien, u. a. zur Vermeidung mehrerer Zuschläge im Vordergrund. Genannt sei hier exemplarisch die Zuordnung der DxG0551 für die Knochentuberkulose neu in die HMG0487 näher bezeichnete bakterielle Infektionen. Dies erfolgt, um sie über die neu zusammengesetzte HMG0368 Schwere Tuberkulose/näher bezeichnete Geschlechtskrankheiten - ehemals Syphilis und näher bezeichnete Geschlechtskrankheiten einzuordnen.

HIERARCHIE 02 „NEUBILDUNGEN“

Die Integration der dreizehn gutartigen Neubildungen repräsentierenden ICD-10-GM-Kodes in schon bestehende HMGs des Hierarchiestranges „Solide Tumoren“ kann medizinisch nachvollzogen werden.

HIERARCHIE 04 „METABOLISCHE ERKRANKUNGEN“

Die Zusammenfassung der Schilddrüsenerkrankungen ehemals HMG0879 und der Laktoseintoleranz ehemals HMG0390 in die bestehende HMG0544 und damit die Integration der Schilddrüsenerkrankungen in den Hierarchiestrang kann medizinisch nachvollzogen werden. Die Verschiebung der DxG0133 innerhalb des Hierarchiestranges sowie die Ausgliederung der HMG007 Karzinoidsyndrom zu den bösartigen Neubildungen scheint ebenfalls sachgerecht.

Zur Neuordnung der Hierarchisierung und Zusammenlegung von Hierarchiesträngen siehe auch Anmerkungen der KBV unter Kapitel II Methodik 5. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationssystem.

Die Ausführungen zum Umgang mit den mehrjährig offenen Vorschlägen der Arzneimitteldifferenzierung sind aus Arzneimittelsicht nicht zu kommentieren. Vor dem Hintergrund der derzeitigen Datenlage scheint eine zuwartende Haltung durchaus sinnvoll.

HIERARCHIE 05 „ERKRANKUNGEN DER LEBER“

Durch Bereinigung von Hierarchieverletzungen und Zusammenlegung von HMGs konnte das Modell weiter vereinfacht werden, ohne die Gütemaße zu beeinflussen. Die Verschiebung und Integration des Budd-Chiari-Syndroms aus einer anderen Hierarchie in die Hierarchie 05 erscheint medizinisch sinnvoll.

Nicht ganz verstanden wird das Vorgehen, dass zwar die mehrdeutigen ICD-10-GM-Kodes B67.3 Echinococcus-granulosus-Infektion [zystische Echinokokkose] an mehreren und sonstigen Lokalisationen und B67.4 Echinococcus-granulosus-Infektion [zystische Echinokokkose], nicht näher bezeichnet in die Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ verschoben wurden, aber die ICD-10-GM-Kodes B67.6 Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose] an mehreren und sonstigen Lokalisationen und B67.7 Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose], nicht näher bezeichnet in die Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ aufgenommen wurden. Wieso ist eine nicht näher bezeichnete zystische Echinokokkose eine Leberkrankheit, aber eine nicht näher bezeichnete alveoläre Echinokokkose eine Lungenkrankheit? In fast allen Fällen mit Infektion durch Echinococcus multilocularis ist die Leber befallen. Wenn Echinokokkus-Infektionen komplett aus der Hierarchie 01 herausgelöst und einem Organsystem zugeordnet werden sollen, was sich medizinisch nachvollziehen lässt, dann bestünde eher ein Grund, auch die ICD-10-GM-Kodes B67.6 und B67.7 in die Hierarchie 05 aufzunehmen.

HIERARCHIE 06 „GASTROINTESTINALE ERKRANKUNGEN“

Die umfangreichen, insbesondere unter anatomischen Gesichtspunkten erfolgten Verschiebungen von ICD-10-GM-Kodes bzw. Zusammenlegung von HMGs wurden ausführlich erläutert und sind medizinisch nachvollziehbar. Punktuell ergeben sich Unklarheiten, z. B. warum der ICD-10-GM-Code B39.9 Histoplasmose, nicht näher bezeichnet der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ zugeordnet, aber andere nicht näher bezeichnete Mykosen (B38.9, B40.9, B41.9, B42.9, B43.9, B46.9, B47.9, B49) als „disseminiert“ betrachtet und in die Hierarchie 01 „Infektionen“ verschoben werden.

Die Bearbeitung der Hierarchie hat zu einer deutlichen Verschlankeung des Modells mit Verbesserung der Gütemaße geführt; ergänzend siehe auch Anmerkungen der KBV unter Kapitel II Methodik 5. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationssystem.

HIERARCHIE 07 „ERKRANKUNGEN DES MUSKEL-SKELETT-SYSTEMS“

Die Verschiebung der ICD-10-GM-Kodes in Zusammenhang mit infektiösen Erkrankungen des Muskuloskelettsystems ist aus medizinischer Sicht korrekt und zutreffender als die bisherige Zuordnung. Zur HMG-Zusammenlegung zur Reduktion der Auswirkungen auf den Fallzahlenanstieg in der HMG0351, die zusätzliche Hierarchieverletzung und die Entwicklung der Kennzahlen siehe auch Anmerkungen der KBV unter Kapitel II Methodik 5. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationssystem.

HIERARCHIE 08 „HÄMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN“

Hier erfolgte ein kompletter Umbau mit Neuordnung der HMG und Reduktion der bislang vier Hierarchiestränge auf drei. Dies erfolgte durch Hierarchisierung der Immundefekte unterhalb des „PNH-Stranges“ ehemals Strang 2 und des Agranulozytosestranges ehemals Strang 3. Des Weiteren wurden die jeweils untersten HMG der Stränge 1, 3 und 4 des Vormodells untereinander und unterhalb der neuen Stränge 1, 2 und 3 hierarchisiert. Diese komplexe Umstrukturierung der Hierarchie 08 nehmen wir zur Kenntnis, ohne eine detaillierte medizinische Einschätzung vornehmen zu können.

Die Umstrukturierung und Reduzierung der einzelnen Hierarchiestränge erfolgt auf Basis des neu eingeführten Ansatzes im Umgang mit Ko- und Multimorbidität im Klassifikationsmodell, siehe auch Anmerkungen der KBV unter Kapitel II Methodik 5. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationssystem.

Arzneimitteldifferenzierung

Zu den zur Therapie der idiopathischen thrombozytopenischen Purpura genannten Arzneimittelgruppen ergeben sich folgende Anmerkungen:

- Die Tabelle führt auch Arzneimittelgruppen auf, bei denen der Einsatz der Arzneimittel in dieser Indikation Off-Label ist (aber in den Leitlinien aufgeführt wird). Insofern ist die Berücksichtigung durchaus nachvollziehbar.
- Für die Arzneimittelgruppe „Aminosäuren (B02AA)“ finden wir in Leitlinien keinen entsprechenden Hinweis. In der frühen Nutzenbewertung wurde diese Arzneimittelgruppe auch nicht als zweckmäßige Vergleichstherapie verwendet.
- „Antigonadotropine und ähnliche Mittel (G03XA; z. B. Danazol)“: Nach unserer Information ist derzeit kein entsprechendes Arzneimittel in Deutschland auf dem Markt verfügbar.
- Unseres Erachtens fehlen die „Immunglobuline (J06BA)“. Diese werden entsprechend der Leitlinie zwar eingesetzt in Situationen, in denen ein schneller Thrombozytenanstieg erreicht werden muss (Blutungen, nicht aufschiebbare Operationen), aber auch, wenn höher dosierte Kortikosteroide vermieden werden sollen (z. B. Schwangerschaft).
- Zu der Tabelle auf Seite 207 ergab sich für uns die Frage, warum bei Hämophilie Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation mit Frauen mit Bedarfsmedikation in einer Gruppe sind und die Kosten für Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation niedriger als die der Männer sind.

HMG0043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation	7.638	4.487 €	7.627	4.483 €
HMG0048	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	3.118	4.531 €	3.112	4.496 €
HMG0037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	70.038	2.472 €	68.020	2.026 €
HMG0344	Faktor-X-Mangel	1.372	1.494 €	1.372	1.493 €
HMG0046	Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation	31.706	1.068 €	31.686	1.056 €
HMG0193	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation	8.829	767 €	38.387	779 €

HIERARCHIE 13 „ERKRANKUNGEN / VERLETZUNGEN DER WIRBELSÄULE“

Auch die Hierarchie 13 wurde weitreichend überarbeitet. Zwei Vorschläge aus den Anhörungsverfahren der Vorjahre fanden dahingehend Berücksichtigung, dass das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ neu für die DxG0312 „Postoperative Krankheiten des Nervensystems“ und die neu geschaffene DxG1353 „Traumatische Bandscheibenruptur“ festgelegt wird. Zudem wurden eine Reihe von neuen oder veränderten ICD-DxG-Abgrenzungen sowie neue DxG-HMG-Zuordnungen, u. a. aus der Hierarchie 01 „Infektionen“ medizinisch nachvollziehbar vorgenommen. Durch die Zuordnung von DxGs zu den HMGs im unteren Teil des solitären Hierarchiestranges lässt sich eine Verbesserung der Kostenhomogenität erreichen. Des Weiteren wurde eine Einarbeitung von sieben HMGs, die in der Hierarchiestruktur des Ausgangsmodells bisher freistanden, vorgenommen. Diese Neustrukturierung führt zur Verminderung um rund 27 % der ausgelösten Zuschläge, eine Verschlechterung der Vorhersagegüte des Modells resultiert daraus erfreulicherweise nicht.

Die Umstrukturierung und Reduzierung der einzelnen Hierarchiestränge erfolgt auf Basis des neu eingeführten Ansatzes im Umgang mit Ko- und Multimorbidität im Klassifikationsmodell, siehe auch Anmerkungen der KBV unter Kapitel II Methodik 5. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationssystem.

Ergänzend wird auf eine redaktionelle Ungenauigkeit hingewiesen. So sollte auf der Seite 255 unter 16.1.1 Anpassung der Hierarchie aufgrund des Ausgangsmodells die Benennung der Hierarchie 13 korrigiert werden (statt „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ sollte es „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“ heißen).

HIERARCHIE 14 „NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN“

Die Einführung des Vollmodells im Vorjahr führte zu einem aus neun Strängen bestehenden Hierarchie-Modell für die neurologischen Erkrankungen. Die aktuellen Maßnahmen zur Weiterentwicklung waren aufgrund der Zusammenführung von HMGs im Strang „Plexus“ aufgrund einer relativ kleinen Versichertenzahl und der medizinisch intendierten Zusammenlegung der Stränge „Infektionen des ZNS“

und „Kopfschmerzen“ geeignet, um eine Konsolidierung dieser Hierarchiestruktur zu erreichen. Zudem wurde ein Vorschlag aus dem vorangegangenen Anhörungsverfahren zum Klassifikationsmodell 2021 zur Einführung einer Altersdifferenzierung für die DxG0248 / HMG0307 „Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen“ umgesetzt. Der Komplexität der neurologischen Erkrankungsgruppen wird auch weiterhin durch die Hierarchisierung in acht Strängen Rechnung getragen.

HIERARCHIE 16 „HERZERKRANKUNGEN“

Die Analyse zu Komorbiditäten ergibt die Einführung einer Dominanz aus der im Strang „Arrhythmien“ an zweiter Stelle stehenden HMG0090 auf die, am unteren Ende des Stranges „KHK / Herzinsuffizienz“ stehende, HMG0091. Das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die DxG0350 „Herzstillstand“ wird zur Kenntnis genommen. Wir weisen redaktionell darauf hin, dass die Überschrift zu Kapitel 18.3 korrekter Weise „Aufgreifkriterium stationär erforderlich für die DxG0350 „Herzstillstand““ lauten müsste. Auch im Text zu Kapitel 18.3.2 sollte es korrekt „DxG0350 „Herzstillstand““ lauten.

HIERARCHIE 17 „ZEREBROVASKULÄRE ERKRANKUNGEN“

Für diese Hierarchie erfolgte eine Umstrukturierung und Reduzierung der Hierarchiestränge unter Berücksichtigung des eingeführten Kriteriums der Komorbidität im Klassifikationsmodell, siehe auch Anmerkungen der KBV unter Kapitel II Methodik 5. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationssystem.

So wurden auf der Ebene der ICD-DxG-Zuordnungen 4 ICD-Kodes in DxG0675 „Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien“ der HMG0523 verschoben, die ursprüngliche DxG wurde aufgelöst. Den Vorschlägen aus den Vorjahren folgend wurde das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die DxG0672 „Arteria-carotis-interna-Syndrome“ in der gleichbenannten HMG0520 und die DxG0673 „Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien“ in der gleichbenannten HMG0521 eingeführt. Durch diese neue Festlegung ließ sich die Vorhersagegüte des Modells verbessern. Eine Reihe von weiteren Anpassungen auf der Ebene der DxG-HMG-Zuordnungen führen zur Neubildung einer HMG, die in einem späteren Schritt in Strang 1 integriert wird und zur Auflösung von fünf HMGs führt.

Zudem war aus Voruntersuchungen zu Komorbiditäten bereits ein gehäuft gemeinsames Auftreten der HMG0095 „Zerebrale Blutung“ mit der HMG0100 „Hemiplegie / Hemiparese“ sowie der HMG0096 „Zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall“ mit der HMG0103 „Nicht näher bezeichnete Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen“ aus je 2 Strängen bekannt. Dies zum Anlass nehmend erfolgte eine medizinisch intendierte Zusammenführung der Stränge. Dadurch bedingte Hierachieverletzungen wurden durch weitere Umbaumaßnahmen mit Zusammenlegen der HMG0520, der HMG0521 und der neuen (fusionierten) HMG0101 aufgelöst.

Die Struktur der Hierarchie 17 wird in 1 Strang mit dem Ziel der Vereinfachung des Modells fortgeführt. Die beschriebenen Maßnahmen haben jedoch auch ein nicht unerhebliches Absinken der Anzahl der Zuschläge von rund 3,7 Millionen auf etwa 2,5 Millionen. zur Folge. Dies wird vor dem Hintergrund der verbesserten Vorhersagegüte des Modells zur Kenntnis genommen.

HIERARCHIE 18 „GEFÄß- UND KREISLAUFERKRANKUNGEN“

Das komplexe, aus sieben Strängen bestehende Hierarchie-Modell konnte durch Vereinigung von Strängen und Einführung weiterer gemeinsamer Strangenden verschlankt werden. Die Erläuterungen hierzu, insbesondere bezogen auf die bestehenden Komorbiditäten, sind medizinisch nachvollziehbar. Ebenso fanden Verschiebungen von ICD-10-GM-Kodes in die und aus der Hierarchie 18 statt, die ebenfalls plausibel erscheinen. Die Einführung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für Lungenembolien wird zur Kenntnis genommen. Insgesamt ergibt sich trotz dem restriktiveren Aufbau der Hierarchien eine Verbesserung der Gütemaße.

HIERARCHIE 19 „ERKRANKUNGEN DER LUNGE“

Die vorgenommenen Kodeverschiebungen und Zusammenlegungen von HMGs können nachvollzogen werden. Dabei bleiben die Gütemaße nahezu unverändert.

Punktuell ergeben sich Fragen: Die Verschiebung der ICD-10-GM-Kodes B67.6 und B67.7 in die DxG0932 „Spezielle Pneumonien“ kann nicht ganz nachvollzogen werden. Siehe dazu die Ausführungen zur Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“. Auch die Verschiebung des ICD-10-GM-Kodes A43.8 Sonstige Formen der Nokardiose in die Hierarchie 19 wäre zumindest klassifikatorisch zu hinterfragen. Die Resteklasse „sonstige...“ nimmt üblicherweise Diagnosen auf, die zwar spezifisch benannt werden können, für die die Klassifikation aber keine spezifischen Codes vorsieht. Da, mit A43.0 Pulmonale Nokardiose ein spezifischer Code für den Lungenbefall vorhanden ist, würden bei sachgerechter Benutzung von A43.8 Nokardiosen kodiert werden, die die Lunge gerade nicht betreffen. Bei vergleichsweise geringer Fallzahl scheint diese Verschiebung allerdings keinen Einfluss auf den Festlegungsentwurf auszuüben, zumal auf weitere erforderliche Bearbeitungen im nächsten Anpassungszyklus verwiesen wird.

HIERARCHIE 20 „ERKRANKUNGEN DES UROGENITALSYSTEMS “ – ZUKÜNFTIG „ERKRANKUNGEN DER NIERE UND DER ABLEITENDEN HARNWEGE“

Die Zuordnung des ICD-10-GM-Kodes aus der Hierarchie 01 „Infektion“ räumt medizinische Inkonsistenzen aus. Durch die Integration der HMG im Strang 4 in den Strang 1 und Herstellung einer Dominanzbeziehung der obersten HMG im ersten Strang zum zweiten Strang kann den Komorbiditäten Rechnung getragen werden. Die drei Stränge „Verschiedene Stadien der Niereninsuffizienz“, „Infektionen der Niere, Harnröhre und -blase“ und „Erkrankungen / Komplikationen des Harntrakts“, mit einem gemeinsamen Strangende und einem gemeinsamen Stranganfang des ersten und zweiten Stranges sind nachvollziehbar begründet, siehe auch Anmerkungen der KBV unter Kapitel II Methodik 5. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationssystem. Die Argumente von einer Verschiebung der HMG0244 „Gefäßerkrankungen der Niere“ in die Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankung“ können medizinisch mitgetragen werden.

HIERARCHIE 22 „ERKRANKUNGEN DER HAUT“

Für das bereits durch die Einführung des Vollmodells erheblich erweiterte Hierarchiemodell 22 erfolgte die Prüfung auf ein weiteres Konsolidierungspotenzial. Nach medizinischen Erwägungen wurden mehrere HMGs und die drei Stränge „Infektionen der Haut“, „Dekubitalgeschwüre“ und „Thermische Verletzungen und entzündliche Hauterkrankungen“ zusammengelegt. Ergänzende HMG-Zusammenlegungen im Strang 5 ermöglichten die Beseitigung einer Hierarchieverletzung. Durch die dargestellten Maßnahmen entfallen im Vergleich zum Ausgangsmodell neun HMGs, die Hierarchisierung erfolgt nun in vier Strängen. Die vereinfachte, konsolidierte Struktur des Hierarchiemodells 22 hat keine wesentliche Beeinträchtigung der Modellgüte zur Folge

HIERARCHIE 23 „VERLETZUNGEN“

Die Konsolidierung der Hierarchie 23 kann medizinisch nachvollzogen werden und Doppelzuschläge werden vermieden. Die Aufhebung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für „Sonstige offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm“ und „Verletzung des Unterarms / Andere offene Wunden“ und im Gegenzug die Einführung für die „Pathologische Fraktur bei Neubildungen“ ist sinnvoll.

HIERARCHIE 26 „ERKRANKUNGEN DES AUGES“

Auch die medizinische Überarbeitung der Hierarchie 26 umfasst weitreichende Maßnahmen. Es erfolgte die Integration von ICD-10-GM-Kodes, die Erkrankungen des Auges beschreiben, diese wurden aus anderen Hierarchien integriert und es wurde ein Code in die Hierarchie 02 „Neubildungen“ verlagert. Eine Reihe von Abgrenzungen auf ICD-DxG-Ebene und die Neubildung der DxG0725 „Verbrennungen und Verätzungen des Auges“ wurden eingeleitet. Für die neue DxG0725 wird zudem das M2Q-Kriterium als Aufgreifkriterium festgelegt. Im Ergebnis ließ sich die Hierarchiestruktur der Hierarchie 26 durch die Auflösung einer DxG und die Änderungen von DxG-HMG-Zuordnungen sowie die Zusammenlegungen verschiedener HMGs konsolidieren. Auch für dieses Modell blieben die Gütemaße nahezu unverändert, siehe auch Anmerkungen der KBV unter Kapitel II Methodik 5. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationssystem.

HIERARCHIE 27 „ERKRANKUNGEN DES NEUGEBORENEN“

Die komplexe Überarbeitung der vorgenommenen Zuordnung der ICD-Kodes im Zusammenhang mit Risikogeburten sind medizinisch nachvollziehbar. Auch die Festlegung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ scheint sachgerecht.

HIERARCHIE 29 „HALS-NASEN-OHREN-ERKRANKUNGEN“

Diese Hierarchie wurde sowohl nach medizinischen Aspekten als auch aufgrund von Komorbiditäten angepasst. Die Erläuterungen zu den medizinischen Überlegungen und Änderungen sind plausibel dargestellt. Auch scheint die Hierarchisierung der HMG1021 Andere Hals-Ohren-Erkrankungen unter die übrigen Hierarchiestränge sinnvoll. Die weiteren Umstrukturierungen nehmen wir zur Kenntnis und verweisen auf die Anmerkungen unter Kapitel II Methodik 5. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationssystem.

HIERARCHIE 30 „ERNÄHRUNGSBEZOGENE ERKRANKUNGEN“

Durch hierarchieübergreifende Verschiebungen von ICD-10-GM-Kodes konnte eine Vereinfachung des Hierarchiemodells mit Verbesserung der Gütemaße erreicht werden. Die Einführung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für den ICD-10-GM-Code E15 Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch wird zur Kenntnis genommen. Wurde untersucht, ob und inwieweit die ICD-10-GM-Kodes E15 und E16.0 bis E16.2 bei Versicherten mit kodiertem Diabetes mellitus (E10 bis E14) auftreten?

HIERARCHIE 31 „GYNÄKOLOGISCHE UND ANDROLOGISCHE ERKRANKUNGEN“

Sowohl die Verschiebung der HMG0364 „Entzündungen im weiblichen Becken bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten“ in die Hierarchie 01 „Infektionen“, als auch die Aufnahme der „Erkrankungen der Mamma“, „Sonstigen Erkrankungen der Mamma“ und der „Kandidose der Vulva und der Vagina und sonstigen Lokalisationen des Urogenitalorgane“ in die Hierarchie 31 sind aus medizinischer Sicht nachvollziehbar.

ANPASSUNG WEITERER BEREICHE DES KLASSIFIKATIONSSYSTEMS UND DES BERECHNUNGSVERFAHRENS (KAP. V 30-31)

REGIONALE RISIKOGRUPPEN

Mit dem Ausgleichsjahr 2021 erfolgte die Einführung der Regionalkomponente. Unter Verwendung neuer RSA-Daten und externen Indikatoren wird in diesem Ausgleichsjahr die Kontrolle der Kriterien zur Selektion der regionalen Risikogruppen durchgeführt. Die Übergangsregelung gemäß § 266 Absatz 12 SGB V zur Begrenzung der finanziellen Auswirkungen aufgrund der Bildung der regionalen Risikomerkmale auf 75 % findet im Ausgleichsjahr 2022 keine Anwendung mehr.

Wie im Vorjahr wird aus einer Vielzahl an regionalen Variablen mittels statistischer Kriterien eine Selektion getroffen. Die Auswahl der Variablen ist damit nicht zum Vorjahr konstant, sondern ist vom Datenjahr bzw. den Datenjahren der Modellierung abhängig. Ziel ist die Identifikation von unabhängigen Variablen, die einen signifikanten Einfluss bei der statistischen Aufklärung der Varianz der zu erklärenden Variable (Deckungsbeitrag) haben.

Auf der Versichertenebene sind die Verbesserungen in statistischen Kennzahlen, wie dem MAPE, nur geringfügig. Anders sieht es auf der Ebene des regionalen und der krankenkassenbezogenen MAPE aus. Die in diesem Ausgleichsjahr ausgewählten 71 regionalen Variablen (im Vorjahr 81) bewirken eine Reduktion der regionalen Deckungsbeitragsunterschiede in Höhe von ca. 44 % (im Vorjahr ca. 45 %).

Die Regionalkomponente führt zur Berücksichtigung unterschiedlicher Ausgabenstrukturen der Region verbunden mit einem zielgenaueren Ausgleichsmodell und hat sich aus Sicht der KBV für dieses Ausgleichsjahr wieder bewährt.