

DAK-Gesundheit, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

Per Email

An

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)
- Ref. 316 -

Zentrale
Risikostrukturausgleich
Postanschrift DAK-Gesundheit, Postfach 10 14 44
20009 Hamburg
Telekontakt Telefon: 040 2364855-2196
Telefax: 040 33470-158965
E-Mail: tankred.kopp@dak.de
Internet www.dak.de
persönlicher Kontakt Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg

unser Zeichen 0 00-002100-00000-tko
IK 105830016
Datum 09.08.2024

Stellungnahme der DAK-Gesundheit zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regionalmerkmalen, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2025

Nach § 8 Abs. 4 RSAV legt das BAS die Risikogruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen, die regionalen Merkmale nach § 2 Abs.1 Satz 2 Nr. 4 RSAV, 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 2025 ist vom BAS am 14. Juni 2024 an den GKV-SV zur Anhörung versandt worden. Zu diesem Entwurf nimmt die DAK-Gesundheit wie folgt Stellung:

Klassifikation

Die Schwerpunkte der Weiterentwicklung für das Ausgleichsjahr 2025 sind Anpassungen bei den ICD-Zuordnungen und die Bearbeitung von offenen Vorschlägen bzw. in Aussicht gestellten Bearbeitungen aus zurückliegenden Anpassungszyklen.

ICD-Zuordnung

Die Verschiebung der Diagnose K91.84 „Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt“ von der DxG 934 in die DxG 775 und die Zuordnung der B39.0 „Akute Histoplasmose der Lunge durch Histoplasma capsulatum“ zur Krankheit 181 sind nachvollziehbar.

Die DAK-Gesundheit begrüßt die Umsetzung des Vorschlags, die Diagnose „COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“ (U08.9/U07.3) der Ausschlusskategorie zuzuordnen. Anmerkungen zu fehlenden Diagnosen 2024 und Anpassungsvorschläge von Altersgrenzen sind in der Excel-Anlage aufgeführt.

Arzneimitteldifferenzierung

Das BAS greift mit der Arzneimitteldifferenzierung bei Multipler Sklerose u.a. den Vorschlag der DAK-Gesundheit auf, der bereits für das Ausgleichsjahr 2013 mit den zum damaligen Zeitpunkt durchgeführten Therapien formuliert wurde. Mit den inzwischen veränderten Behandlungsmöglichkeiten ist die Bedeutung gestiegen, was sich nach der Umsetzung in den verbesserten Kennzahlen zeigt.

Die Zuordnung des ATC L04AX01 zur DxG 768 lässt sich aus der Leitlinie allerdings nicht nachvollziehen. Hier bittet die DAK-Gesundheit um nähere Erläuterung bzw. Zuordnung des ATC nur zur DxG 846.

Die DAK-Gesundheit begrüßt grundsätzlich Arzneimitteldifferenzierungen im Klassifikationsmodell. Diese führten in der Vergangenheit wie auch im vorgelegten Entwurf für das Ausgleichsjahr 2025 bei multipler Sklerose zu einer verbesserten Zielgenauigkeit des RSA. Allerdings wird diese Verbesserung im Ausgleichsjahr nicht erreicht, sofern HMG durch das Verfahren nach § 18 Absatz 1 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) von einer HMG-Zuweisung ausgeschlossen werden.

Weitere offene Vorschläge sind die Veränderung des Arzneimittelkriteriums auf 42/21 bei den HMG 331, 332, 333 und die Berücksichtigung von Arzneimitteln bei Amyloidose. Die DAK-Gesundheit schlägt eine Überprüfung vor, ob damit eine weitere Verbesserung der Zielgenauigkeit erreicht werden kann.

Überprüfung von HMG

Bei der Bearbeitung der Hierarchie 11 wird bei den in den HMG enthaltenen Diagnosen bzw. DxG eine starke Kostenheterogenität festgestellt.

Zur Identifizierung von Anpassungsbedarf in heterogen zusammengesetzten HMG möchte die DAK-Gesundheit erneut einen zurückliegenden Vorschlag einbringen. In einem technischen Schritt soll im Ausgangsmodell die Zerlegung der HMG in ihre DxG standardisiert und automatisiert erfolgen und bei größeren Veränderungen zum Vorjahr möglichen

Anpassungsbedarf anzeigen. Im Kontext der aktuellen Komplexität des Klassifikationsmodell mit einer stetigen Zunahme von DxG und Dominanzbeziehungen und auch anderen Einflüssen wie der Pandemie soll das Verfahren die Weiterentwicklung unterstützen, wozu auch die Prüfung des aktuellen Klassifikationsmodells auf einer neuen Datengrundlage gehört. Die Reduzierung der Anzahl an kostenhomogenen HMG bei gleichzeitig steigender Anzahl an DxG lässt den Überarbeitungsbedarf in den Folgejahren ansteigen. Besonders betroffen sind HMG, die z.B. DxG mit stationärem Aufgreifkriterium, geringer Anzahl oder Diagnosen mit veränderten Therapiekosten enthalten. Das können sowohl höheren Kosten durch neue Therapien als auch niedrigeren Kosten z.B. durch geringere Arzneimittelkosten sein.

— Darüber hinaus ließe sich in einem solchen automatisierten Prozess zusätzlich jede HMG auf diverse Altersdifferenzierungen prüfen, um auch hier Handlungsbedarf zu identifizieren.

Nach einer Neustrukturierung von Diagnosen werden abschließend in der Hierarchie 11 die HMG 71 und 69 zusammengefasst (Modell 4, 5). Der Unterschied der Kostenschätzer ist anteilig vergleichbar mit den weiterhin untereinanderstehenden HMG 52 und 58 in dieser Hierarchie. Auch wenn sich die Besetzungsanteile unterscheiden, sieht die DAK-Gesundheit keinen zwingenden Grund, die HMG 71 und 69 im Modell 4 zusammenzulegen, zumal selbst eine Hierarchieverletzung einer Zusammenlegung entspräche und sich im weiteren Verlauf unterschiedliche Kostenentwicklungen innerhalb einer HMG auch erst wieder erkannt werden müssen – wie oben ausgeführt.

Hierarchien/Komorbidität

Die Abbildung der Psoriasis zeigt beispielhaft die Grenzen der strangweisen Hierarchisierung auf. Hier möchten wir erneut den Vorschlag einbringen, zusätzlich zu den bestehenden — Hierarchisierungen eine direkte HMG-Beziehung der Psoriasis-Arthropathie (L40.5) über den anderen Diagnosen Psoriasis (L40-/L41-) zu überprüfen und ggf. einzuführen. Das bedeutet die HMG 311 dominiert zusätzlich die HMG 119 bzw. die HMG 313 die HMG 220. Sollte es zu einer Hierarchieverletzung kommen, der Kostenschätzer der HMG 311 mit den Komplikationen also geringer sein, wäre eine Überprüfung der HMG 311 auf Kostenhomogenität der 10 DxG und eine daraus resultierende Überarbeitung der DxG-Zuordnung ein erster Lösungsansatz. Aufgrund der unterschiedlichen ATC der DxG 203 und DxG 1284 wäre auch eine Dominanz der DxG 1284 (HMG 119) über der DxG 203 (HMG 311) eine Alternative.

Besonders vor dem Hintergrund der Vermeidung von Überdeckung durch mehrere HMG-Zuweisungen bei Komorbidität könnten direkte zusätzliche HMG-Dominanzbeziehungen das

strangweise Vorgehen ergänzen und die Zielgenauigkeit erhöhen. Punktuelle hierarchische Beziehungen von nur zwei oder wenigen HMG soll dabei die strangweise Hierarchisierung ergänzen, wie am o.g. Beispiel der Psoriasis. Letztendlich muss eine Modellberechnung zeigen, ob eine Verbesserung der Modelgüte bzw. Deckungsbeiträge erreicht werden kann.

Weitere Vorschläge nach Modell 2024 sind in der Excel-Anlage aufgeführt.

Zu weiteren Ausführungen verweist die DAK-Gesundheit auf die Stellungnahme zum Ausgleichsjahr 2022.

— Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu prüfen und bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells 2025 zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße
gez. Jörn Laufer

—— Leiter des Bereichs Risikostrukturausgleich

Anlage