

Anhörung zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmen, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2019

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer

(Stand 20.08.2018)

Gemäß § 31 Abs. 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesversicherungsamt (BVA) die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge fest.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK) danken für die Möglichkeit, fachliche Anregungen in das jährliche Anpassungsverfahren zu der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmen, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2019 einzubringen.

Die KBV und die BÄK nehmen wie folgt Stellung.

Allgemeine Anmerkungen

Zur Methodik möchten wir die beiden folgenden Anmerkungen machen:

1. Für die Anpassung des Klassifikationsmodells stehen dem Bundesversicherungsamt (BVA) seit dem Ausgleichsjahr 2014 die Leistungsausgaben aller GKV-Versicherten als Vollerhebung zur Verfügung. Damit können in der Datengrundlage mögliche Probleme durch Stichprobenfehler bzw. –effekte prinzipiell ausgeschlossen werden.

Grundsätzlich wäre dennoch eine genauere Erläuterung zur Datengrundlage dahingehend wünschenswert, ob es im Rahmen der Qualitätssicherung der übermittelten Daten zu Korrekturen der Datengrundlage gekommen ist, d. h. es stellt sich die Frage, ob die als Vollerhebung bezeichnete Datengrundlage tatsächlich exakt 100 % der GKV-Versicherten umfasst oder ob es beispielsweise zu Ausschlüssen von Datensätzen durch Datenfehler gekommen ist, sodass zwischen der verwendeten Datengrundlage und einer hypothetisch völlig fehlerfreien Vollerhebung eine – vielleicht nur kleine – Differenz besteht, die dazu führen könnte, dass die teilweise sehr kleinen (die vierte Stelle hinter dem Komma betreffenden) Unterschiede in den Gütemaßen der Modelle (vgl. bspw. „Erläuterungen“: Kapitel 12.3.1) auch mit dem Ausmaß der Datenkorrektur zusammenhängen und damit einige der Modellanpassungsentscheidungen tangieren könnten, wenn der Korrekturbedarf nicht bestanden hätte.

Daraus leitet sich die speziellere Frage der Sensitivität der Kennwerte für Modelle hinsichtlich der im Rahmen der Qualitätssicherung ggf. durchgeführten Datenkorrekturen ab, d. h. inwiefern ist beispielsweise die Aussage prüfbar, dass ein Modell auf der Basis der ggf. datenbereinigten Vollerhebung, bei dem das adjustierte R² um 0,0004 % bzw. der CPM um 0,0003 % steigt und der MAPE um gerundet 0,9 Cent sinkt

(vgl. „Erläuterungen“: S. 91), auch dann noch bessere statistische Eigenschaften besitzt, wenn in der Erhebung der Grundgesamtheit etwaige Datenfehler nicht aufgetreten wären.

2. In den jährlichen Anpassungen der hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) werden sog. Hierarchieverletzungen durch Gruppenvereinigungen behoben. Hierarchieverletzungen werden hierbei dadurch festgestellt, dass der Regressionskoeffizient einer untergeordneten HMG größer ist als der Regressionskoeffizient der übergeordneten HMG (vgl. 2.2.2.5 der „Festlegungen“). Regressionskoeffizienten sind statistisch geschätzte Parameter, wobei zwischen dem wahren Wert und dem geschätzten Wert zufallsverteilte Abweichungen bestehen können, sodass eine anscheinend bestehende bzw. nicht bestehende Hierarchieverletzung – vor allem bei geringen Unterschieden zwischen den „benachbarten“ Kostenschätzern – statistisch überprüft geprüft werden sollte. Unklar ist bisher, in welcher Weise diese Abweichung(en) vom BVA statistisch geprüft werden. Dies kann zum Beispiel mittels eines F-Tests erfolgen. Wünschenswert wäre daher eine genauere Erläuterung, inwieweit eine Hierarchieverletzung in den jährlichen Anpassungen als statistisch nicht abgelehnt bzw. angenommen definiert wird.

Anpassung der Hierarchien

Hierarchie 04: „Metabolische Erkrankungen“

Die beiden dargestellten Anpassungen der Hierarchie 04 mit Arzneimitteldifferenzierung sind begründet, da die beiden ICD-10-Kodes E88.0 Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert und E83.38 Sonstige Störungen des Phosphorstoffwechsels und der Phosphatase jeweils Erkrankungen unterschiedlicher Schweregrade zusammenfassen. Um diese zu identifizieren und sehr teure Fälle von anderen Versicherten abgrenzen zu können, werden die über diese ICD-10-Kodes gemeldeten Diagnosen mittels entsprechender Arzneimittel aus unserer Sicht plausibel validiert und abgebildet. Da sich das therapeutische Vorgehen bei ATT-Mangel zunächst nicht unterscheidet, halten wir im Falle des Kodes E88.0 die organsystemübergreifende Hierarchisierung zur Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge für sachgerecht (HMG215 COPD mit Dauermedikation und HMG237 COPD ohne Dauermedikation sowie HMG114 Sonstige Erkrankungen der Pleura laut Ausgangsmodell vor Festlegungsentwurf für 2019, bei dem die HMG237 mit der HMG114 zusammengelegt wird, s. u.).

Hierarchie 05: „Erkrankungen der Leber“

Über die Anpassungen der Hierarchie 05 mit der Trennung der Hepatischen Enzephalopathien nach Schweregraden und einer ergänzenden Plausibilisierung der schweren Formen über das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ kann die seit 2017 bestehende Hierarchieverletzung behoben werden. Damit verschiebt sich folgerichtig auch die organsystemübergreifende Hierarchisierung der HMG061. Die dargestellten Anpassungen sind sowohl aufgrund der dargestellten Kennzahlen gut begründet als auch medizinisch nachvollziehbar.

Die „Verschlankung“ des Hierarchiestranges durch Zusammenlegung der HMG026 und HMG029 ist ebenfalls zu begrüßen.

Hierarchie 08: „Hämatologische Erkrankungen“

In der aktuellen Festlegung gelingt es durch die neu eingeführte, hierarchisierte Splittung in drei HMG-Gruppen unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Aspekten und des Bedarfs an Dauermedikation zu einer besseren Abbildung der Kostenhomogenität zu gelangen. Die damit einhergehenden Anpassungen erscheinen medizinisch nachvollziehbar.

Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“

Die psychischen Erkrankungen wurden für das Ausgleichsjahr 2019 umfassend geprüft. Es werden verschiedene Anpassungen des Klassifikationsmodells vorgeschlagen.

Auch wenn die Kassenärztliche Bundesvereinigung grundsätzlich von einer sachgerechten Kodierung in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeht, sind vor dem Hintergrund steigender Prävalenzen von Erkrankungen und wiederholter Diskussionen um Manipulationsanfälligkeit der Datengrundlage die Vorschläge des Sondergutachtens des Wissenschaftlichen Beirats von 2017 zur Stärkung der Manipulationsresistenz nachvollziehbar. So wurden unter anderem die konsequente Berücksichtigung von Arzneimitteln im Aufgreifalgorithmus und eine weitere systematische Pflege der sog. Aufgreifkriterien und des hierarchischen Ansatzes empfohlen. Da insbesondere bei schweren Verlaufsformen von psychischen Erkrankungen die medikamentösen Interventionen im Therapiekonzept eine führende Rolle innehaben, erscheint dieser Weg zweckdienlich zur Einschätzung der Plausibilität und Validierung dieser Schweregrade.

Auf mögliche Schwierigkeiten bei dieser Umsetzung durch Einführung einer Arzneimittelvalidierung beispielsweise für Erkrankungen der DxG264, hatte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) bereits in dem Vorschlagsverfahren für das Ausgangsjahr 2012, S. 7, hingewiesen, da in dieser DxG neben ICD-Kodes für schwere depressive Episoden auch Diagnosen der rezidivierenden depressiven Episoden mit leichter oder mittelgradiger Symptomatik enthalten sind. Letztere dürften sowohl mittels Monotherapie in Form von Psychotherapie als auch mittels Pharmakotherapie behandelt werden.

Um das Aufgreifkriterium „obligate Arzneimittelvalidierung“ sachgerecht einzuführen, wurde ein gestuftes Vorgehen gewählt. Die in der DxG264 enthaltenen ICD-Kodes „Schwere depressive Episoden / rezidivierende depressive Störungen (Major Depression)“ wurden nach medizinischen Kriterien in neuen Diagnosegruppen DxG838 „Rezidivierende schwere Depression“, DxG839 „Schwere Depression ohne Rezidiv“ und DxG842 „Rezidivierende depressive Störung“ geordnet. Von diesen wurden ausschließlich die Diagnosen der schweren Depressionen anhand des Aufgreifkriteriums „obligate Arzneimittelvalidierung – chronisches Krankheitsgeschehen“ weiter analysiert. Die Hierarchie wurde nach einer anschließenden Überprüfung auf Kostenhomogenität und Dominanzstruktur in verschiedenen Modellen grundsätzlich überarbeitet.

Die dargestellten Änderungen sind nachvollziehbar begründet, sie erscheinen sachgerecht.

Des Weiteren wird vor dem Hintergrund der Austauschfähigkeit nach § 129 Abs. 1 SGB V für die Arzneimittelprüfung der DxG262, DxG263, DxG265 und DxG843 in der Anlage 3 um den ATC-Code N02CX

(Andere Migränemittel) ergänzt. In diesem Zusammenhang verweisen wir ergänzend auf unsere Anmerkungen zur Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln in der Kommentierung zum Festlegungsvorschlag für das Jahr 2017.

Hierarchie 14: „Neurologische Erkrankungen“

Es wird eine Ergänzung der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel um den ATC-Kode G02CB für die DxG847 „Morbus Parkinson“ vorgenommen, ohne dass diese Ergänzung zu Änderungen an der Ausgestaltung der Hierarchie 14 führt. Diese Anpassungen vor dem Hintergrund der Austauschfähigkeit von Arzneimitteln sind nicht zu beanstanden. In diesem Zusammenhang verweisen wir ergänzend auf unsere Anmerkungen zur Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln in der Kommentierung zum Festlegungsvorschlag für das Jahr 2017.

Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“

Die Anpassungen im Zusammenhang mit der Austauschfähigkeit von Arzneimitteln sind ebenso wie unter der Hierarchie 14 dargestellt auch hier nicht zu beanstanden. Weitere Anmerkung s. o.

Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“

Die medizinischen Erwägungen zur Umstrukturierung und Zusammenlegung der entsprechenden HMGs aufgrund ähnlicher Kostenschätzer, wie im Festlegungsentwurf dargestellt, sind nachvollziehbar. Das gewählte Verfahren zur Untersuchung der Kostenhomogenität haben wir mit großem Interesse verfolgt; siehe dazu auch unsere Ausführungen unter Allgemeine Anmerkungen 2. zur Methodik. Die Ergebnisse im Zusammenhang mit diesen Erkrankungen sprechen für die Zuordnungen.

Hierarchie 20: „Erkrankungen des Urogenitalsystems“

Die Anpassungen stellen eine sachgerechte Lösung zur Behebung der bestehenden Hierarchieverletzung dar. Die Verschiebung der Komplikationen und Infektionen in die HMG133 bei Beibehaltung der Trennung in einen „Nierenstrang“ und einen „Harntraktstrang“ scheint auch medizinisch vertretbar.

Zur Austauschfähigkeit von Arzneimitteln siehe Anmerkungen unter den Hierarchien 11, 14 und 16.

Anpassungen an den ICD-10-GM 2018

In den Hierarchien mit neuen Codes des ICD-10-GM 2018 für die Auswahlkrankheiten sind die Zuordnungen nachvollziehbar und sachgerecht.