



Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich Anhörungsverfahren zum Entwurf der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2025

Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der Handelskrankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse

zu I. Einführung und II. Methodik

Die vorgeschlagenen Anpassungen zur Bildung des Ausgangsmodells halten wir für medizinisch und inhaltlich sinnvoll.

Der eingeschränkte Bearbeitungsumfang des Festlegungsentwurfes ist in Anbetracht der vom BAS bzw. dem Wissenschaftlichen Beirat durchzuführenden Überprüfung der Wirkungen des Risikostrukturausgleichs nachvollziehbar. Wir gehen davon aus, dass sich der Bearbeitungsumfang künftiger Festlegungsentwürfe wieder erweitern wird. Dabei halten wir insbesondere eine weitere Beschäftigung mit systematischen Alterssplits von HMG für erforderlich.

Der Einstieg in systematische Alterssplits von HMG mit hohen altersbezogenen Über- und Unterdeckungen erfolgte für das Ausgleichsjahr 2020. Das BAS hat sich dabei gegen allgemeingültige, für jede HMG-Differenzierung geltende Altersgrenzen entschieden, sondern eine individuelle Bestimmung der Splitgrenzen für jede betroffene HMG vorgesehen. Diese Methode ist zwar genauer, aber auch mit einem deutlich höherem Analyseaufwand verbunden. Der Einstieg erfolgte zunächst nur für wenige HMG, da BAS und Wiss. Beirat davon ausgingen, dass die Einführung eines Vollmodells und eines Risikopools altersspezifische Fehldeckungen innerhalb der HMGs reduzieren wird. Seither ist aber keine Überprüfung dieser Hypothese erfolgt bzw. der GKV übermittelt worden. Nach Einführung des Vollmodells und mittlerweile mehrjähriger Konsolidierung halten wir es für notwendig, auf Basis des aktuellen Modells zu prüfen, inwieweit altersbezogene Über- und Unterdeckungen in einzelnen HMGs bestehen und auf

Basis dieser Ergebnisse weitere Alterssplits vorzunehmen, um die nach wie vor bestehende Unterdeckung bei jüngeren Versicherten abzubauen und gleichzeitig die Überdeckung bei älteren multimorbiden Versicherten zu reduzieren.

zu III. Anpassung der Hierarchien

Unsere Anmerkungen zu den vom Bundesamt für Soziale Sicherung vorgeschlagenen Anpassungen der Hierarchien finden sich in der beigefügten Excel-Tabelle.

Der GKV-Spitzenverband schlägt in seiner Stellungnahme vor, ICD-Kodes F17.- „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ aus der Ausschlusskategorie heraus in das Klassifikationsmodell zu integrieren und legt dazu Modellrechnungen auf Basis von GKV-Daten vor. Auch wenn diese Auswertungen zunächst eine umfassende Berücksichtigung der ICD-Kodes F17.x nahelegen scheinen, halten wir eine Integration in das Klassifikationsmodell ausdrücklich nicht für sinnvoll und zudem für manipulationsanfällig. Tabakabhängigkeit ist in der Regel keine isolierte Diagnose, sondern Komorbidität bzw. Risikofaktor für Folgeerkrankungen (siehe z.B. die aktuelle S3-Leitlinie "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung" aus 2021 /03). Aus gutem Grund sind daher die genannten ICD der Ausschlusskategorie zugeordnet. Die aus dem Tabakkonsum folgenden Krankheiten sind bereits im Klassifikationsmodell enthalten. Die Tabakabhängigkeit ist auch in der Regel nicht der Vorstellungsanlass bei Leistungserbringern. Die als Argument für eine Berücksichtigung angeführte Tabakentwöhnung zu Lasten der GKV stellen nur eine einmalige Leistung dar, die fast ausschließlich bei Patienten mit tabakinduzierten Komorbiditäten zum Tragen kommen dürfte. Die Komorbiditäten sind aber wie angeführt bereits im Modell abgebildet. Entsprechend ist eine zusätzliche Eingruppierung in die HMG 656 nicht angezeigt. Eine zusätzliche Berücksichtigung der genannten ICDs führt regelmäßig zu ungerechtfertigten Doppelzuweisungen. Da die vorgelegte Modellrechnung des GKV-Spitzenverbands sich nur auf eventuelle Veränderungen innerhalb der Hierarchie 11 bezieht, werden diese hierarchieübergreifenden Komorbiditäten nicht sichtbar und auch nicht über die Dominanzstruktur innerhalb der Hierarchie 11 berücksichtigt. Die Berücksichtigung im Klassifikationsmodell wird absehbar eine Kodierdynamik in den betroffenen ICDs auslösen, so dass sich bei einer Modellintegration auch die in der Modellrechnung auf Basis vorhandener Daten erkennbare Zuweisungssteigerung nicht mehr zeigen dürfte. Die Erweiterung des Klassifikationsmodells um die genannten ICDs dient auch nicht der Erhöhung der Manipulationsresistenz, da die bisher im Modell berücksichtigten ICDs im Zusammenhang mit Tabakabusus deutlich gravierendere Problematiken kennzeichnen als die im Erweiterungsvorschlag genannten ICDs, so dass der Erweiterungsvorschlag Kodieranreize auslöst und zur Vermeidung ungerechtfertigter Doppelzuweisungen mehrfache hierarchieübergreifende Dominanzen nötig würden (u.a. zu COPD, KHK, Neubildungen). Angesichts dieser inhaltlichen und

modelltechnischen Probleme sollten daher keine weiteren ICD-Kodes aus F17.x in das Klassifikationsmodell aufgenommen werden. Eine Integration dieser Kodes kann auch nicht damit begründet werden, dass auch schädlicher Gebrauch von Koffein im Klassifikationsmodell formal berücksichtigt wird und somit durch die Modellerweiterung lediglich eine Gleichstellung von Tabak und Koffein erreicht wird. Die Berücksichtigung der ICD-Kodes F15.x "Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein" ist dadurch gerechtfertigt, dass mit diesen ICD-Kodes psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzen wie Amphetamine kodiert werden, wogegen "Koffein" in diesem Zusammenhang in der Kodierung und der Versorgungsrealität keine Rolle spielt, aufgrund der Definition des ICD-Kodes aber nicht separiert und aus dem Klassifikationsmodell ausgeschlossen werden kann.

zu IV. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens

Sowohl die Anpassung der Regionalen Risikogruppen auf Basis der aktualisierten Datengrundlage als auch die aktualisierte Bildung von Wohnlandgruppen für Auslandsversicherte ist aus unserer Sicht fachlich nachvollziehbar und angemessen.