

ANHÖRUNG ZUM ENTWURF DER FESTLEGUNG VON RISIKOGRUPPEN, ZUORDNUNGSALGORITHMUS, REGRESSIONSVERRAHREN UND BERECHNUNGSVERRAHREN FÜR DAS AUSGLEICHSAHR 2025

ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Die diesjährigen Modell Anpassungen zeichnen sich wie auch im Ausgleichsjahr 2024 durch überschaubare Umstrukturierungen aus. Die Schwerpunktsetzung der Bearbeitung lag dabei auf der Umsetzung von Vorschlägen des GKV-SV aus den Vorjahren sowie auf der Beseitigung von Hierarchieverletzungen und der Überarbeitung von Arzneimittelvalidierungen. Des Weiteren wurden die Datengrundlagen aktualisiert und eine Überarbeitung der regionalen Risikogruppen sowie der länderbezogenen Risikogruppen zur Berechnung der Zuweisungen für Auslandsversicherte vorgenommen.

Die verwendeten statistischen Bewertungskriterien sind nach Auffassung der KBV und der BÄK für die Bewertung, ob eine Überarbeitung umgesetzt werden sollte, geeignet und grundsätzlich nachvollziehbar.

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

Als Ärzteschaft besteht weiterhin Interesse, sich regelmäßig an der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zu beteiligen z. B., in Form des seinerzeit einmal jährlich stattfindenden Austauschs, den wir jeweils als sehr informativ und konstruktiv empfunden haben. Thematisch würden wir die in Diskussion befindliche Option der möglichen Einbeziehung von Leistungsausgaben der Vorjahre in den RSA sehen. BÄK und KBV begrüßen die mit dem Ansatz grundsätzlich erhöhte Chance einer Senkung der Risikoselektionsanreize sowie einer präziseren Zuweisung an die Krankenkassen. Allerdings sollte gemeinsam erörtert werden, welcher Umsetzungsaufwand ggf. auch mit Auswirkungen auf die Ärzteschaft mit diesem Ansatz verbunden sein würde.

Bezüglich der Reduktion von Manipulationsanreizen wäre zudem der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirates zu beleuchten, dass Zuschläge für einige Morbiditätsgruppen mit einer überdurchschnittlichen Fallzahlsteigerung ggf. für alle Krankenkassen gestrichen werden sollen. So sehr dieser Vorschlag auf den ersten Blick verhängt, sollte aus unserer Sicht zunächst geklärt werden, ob de facto auch die intendierten Ziele sicher und verlässlich auf Ebene der einzelnen Krankenkassen wissenschaftlich nachgewiesen und faktisch erreicht werden können.

Ebenso könnte ein Austausch zum aktuellen Stand der 2021 mit Unterstützung der beiden Institutionen eingeführten Regionalkomponente im RSA zielführend sein.

METHODIK (KAP. II 4-5)

STATISTISCHE BEWERTUNGSKRITERIEN UND DATENBESCHREIBUNG

- **Statistische Bewertungskriterien**

Die grundsätzliche Berechnung der statistischen Kennzahlen durch einen Abgleich der tatsächlichen Kosten mit den durch das Modell vorhergesagten Kosten, die Verwendung eines Risikopools sowie die konkreten Kennzahlen auf Individualebene (R^2 , MAPE, CPM) sind, bei Aktualisierung der Datengrundlage, analog wie in den Vorjahren erläutert. Hier sei folgender Hinweis erlaubt. In der uns vorliegenden Version scheint in der Erklärung des adjustierten R^2 noch ein (vermeintlicher) Übertragungsfehler enthalten zu sein – so ist im Nenner des Strafterms statt dem korrekten und in der Formel verwendeten Term $(N - P - 1)$ nur das Produkt NP enthalten.

Die KBV und die BÄK sehen diese Kennzahlen weiterhin als sinnvoll an, da sich die Modellgüte sachgerecht bewerten lässt.

Auch die Berechnung der Kennzahlen auf Krankenkassenebene erfolgt analog zu den Vorjahren. Aus Sicht der KBV und der BÄK ist daher wiederum anzumerken, dass Kennzahlen auf Ebene der Einzelkassen (ggf. auch aggregiert auf Kassenarten) potenziell weitere Anhaltspunkte zur Weiterentwicklung liefern könnten. Der aktuell verwendete Mittelwert über alle Krankenkassen ist ggf. z. B. durch einzelne Ausreißer stark beeinflusst. Die Kennzahlen auf regionaler Ebene erscheinen für die KBV und die BÄK weiterhin geeignet, die Wirkung der Verteilung des RSA einschätzen zu können. Auch die Hinzunahme des Interquartilsabstands, des Varianzinflationsfaktors und des Korrelationskoeffizienten erscheint sinnvoll.

- **Datensatzaufbereitung und -beschreibung**

In der betrachteten Periode werden die Morbiditätsdaten aus dem Berichtsjahr 2021 und die Leistungsausgaben ohne Krankengeld des Berichtsjahrs 2022 für die berücksichtigten Versicherten für den Morbi-RSA verwendet. Das BAS gibt Kennzahlen der Verteilung der Leistungsausgaben an und vergleicht sie mit den entsprechenden Vorjahreswerten. Die Entwicklung der Zahlen zeigt laut BAS eine andauernde, bereits im Vorjahr begonnene Rückkehr zum allgemeinen Trend der Jahre vor der Pandemie. Dies erscheint plausibel.

Insgesamt ist die Beschreibung der Datengrundlage nachvollziehbar.

Die Pandemieeffekte auf die Datengrundlage im Zeitverlauf werden im Folgenden ausführlich beschrieben. Sofern es möglich ist, wird dabei auf Kausalbeziehungen hingewiesen. So werden die Hauptleistungsbereiche (HLB) bezüglich ihrer Ausgabenentwicklungen analysiert, die Anzahl und Veränderung der Sterbefälle berichtet und die Entwicklung der Morbiditätsdaten betrachtet. Auch die Entwicklung der ambulanten Diagnosen wird näher untersucht.

Anschließend wird dargestellt, wie sich R^2 und CPM je nach verwendeter Datengrundlage und Modell im RSA ändert. Es fällt auf, dass eine bessere Abgrenzung der Begriffe „Klassifikationssystem“ und „Klassifikationsmodell“ ggf. die Verständlichkeit erhöhen könnte. Aktuell werden die Begriffe scheinbar synonym verwendet.

Aus seinen Ausarbeitungen schließt das BAS, dass die Pandemie auch in den Daten der Jahre 2021 und 2022 ihre Spuren hinterlassen hat. Diagnose- und Leistungsdaten können dabei durchaus gegenläufige Entwicklungen nehmen, was jedoch nicht weiter begründet wird.

Das BAS führt weiter aus, dass die Schwankungen in den Daten sich natürlich in den genannten Auswertungen widerspiegeln. Wie im Vorjahr wird darauf hingewiesen, dass Abweichungen in den Daten mit vergleichbarer Größenordnung bereits vor der Pandemie aufgetreten sind und der RSA

trotzdem sinnvoll bestimmt werden konnten. Die Robustheit des Modells scheint beim Vollmodell mit Regionalkomponente und – vor allem – dem Risikopool verbessert worden zu sein.

Als Fazit der genannten Erkenntnisse zieht das BAS, dass die Datengrundlage für die Weiterentwicklung und die Durchführung des Morbi-RSA verwendbar sei. Dem können KBV und BÄK folgen, nachdem die Analysen und Ergebnisse vom BAS schlüssig dargelegt wurden.

ENTWICKLUNG DES AUSGANGSMODELLS FÜR DAS AUSGLEICHSAHR 2025

- **Anpassungen an die ICD-10-GM**

Im Ausgangsmodell für das Ausgleichsjahr 2025 werden 35 neue ICD-Kodes zusätzlich aufgenommen und zugeordnet. Diese Anpassungen an die ICD-10-GM Version 2024 sind aus Sicht der KBV und der BÄK grundlegend sachgerecht. In diesem Zusammenhang sei zusätzlich auf zwei Diagnosen (G90.80 Posturales Tachkardiesyndrom [PoTS] und G90.88 Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems) hinzuweisen, die ebenfalls als neue ICD-Kodes in die Klassifikation ICD-10-GM aufgenommen wurden, jedoch im vorliegenden Entwurf zu den Festlegungen von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressions- und Berechnungsverfahren noch nicht berücksichtigt wurden.

- **Anpassung von Altersgrenzen der ICD-Kodes zur Multiplen Sklerose im Ausgangsmodell**

Die KBV und die BÄK begrüßen die Umsetzung zur Anpassung der spezifischen Altersgrenzen zur Multiplen Sklerose, welche aus dem Anhörungsverfahren zum Ausgleichsjahr 2024 resultieren. Die Herabsetzung der unteren Altersgrenzen von 15 Jahre auf 0 Jahre sind schlüssig.

- **Anpassung der ATC-Kodes im Ausgangsmodell**

Die vorgenommenen Anpassungen von ATC-Kodes aufgrund von Umklassifizierungen sind grundsätzlich nachvollziehbar. Ergänzend sei auf folgendes hingewiesen:

Bei den aufgeführten DxG 0199 bis 0962 wurde der ATC-Kode L01XC (der nicht mehr existent ist) durch den ATC-Kode L01FA ersetzt. Dieser beinhaltet die drei Wirkstoffe Ofatumomab, Rituximab und Obinutuzumab. Die dafür zugelassenen Anwendungsgebiete scheinen nach unserem Kenntnisstand nicht alle aufgeführten DxG zu umfassen. Insofern könnte ggf. eine Überprüfung sinnvoll sein.

- **Weitere Anpassungen im Ausgangsmodell**

Nach Auffassung der KBV und der BÄK sind die angeführten weiteren Anpassungen plausibel und nachvollziehbar.

- **Kennzahlen des Ausgangsmodells**

Insgesamt konnten die Gütemaße im Laufe der Jahre kontinuierlich verbessert werden. Insbesondere die Verwendung der Regionalkomponenten führt zu einer deutlichen Reduktion des MAPE sowohl auf Kreis- als auch auf Kassenebene.

Etwas überraschend erscheint auf den ersten Blick, dass sich für das Ausgangsmodell für 2025 nahezu identische Kennzahlen wie für das Modell für 2024 ergeben. Die Ursache hierfür ist vermutlich mit durch den geringeren Umfang an Änderungen aufgrund neuer ICD-Kodes in der 2024er Jahresversion der ICD-10-GM begründet.

ANPASSUNGEN DER HIERARCHIEN (KAP. III 6-10)

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

HIERARCHIE 11 „PSYCHISCHE, KOGNITIVE UND SUCHTERKRANKUNGEN“

Für das Ausgleichsjahr 2025 werden noch offene Vorschläge zur Hierarchie 11 aus den Vorjahren aufgegriffen und weiterentwickelt. Vor allem im Strang 1 „Alkohol- und Drogenmissbrauch“ wurden die ICD-Kodes des Alkohol- und Drogenmissbrauchs mit schwerwiegenderen Folgezuständen des Missbrauchs dieser psychotropen Substanzen, die bisher in 2 HMGs (HMGs 0051 „Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose“ und 0052 „Alkohol- oder Drogenabhängigkeit“) verortet waren, einer Überprüfung unterzogen. Medizinisch nachvollziehbar werden diese nunmehr differenzierter als bisher in die neuen HMGs 0050, 0051, 0052, 0053, 0056, 0069 und 0071 aufgesplittet, die nun die Kategorien Entzugssyndrom mit Delir, Entzugssyndrom, psychotische Störungen durch psychotrope Substanzen und sonstige psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen abbilden.

Zudem gelingt es über mehrere Modellstufen durch Zusammenlegungen einzelner HMGs oder Verschiebung in andere Stränge bestehende Hierarchieverletzungen aufzulösen. Hier ist die Verschiebung der psychotischen Störungen aufgrund des Gebrauchs psychotroper Substanzen in den dritten Strang zu begrüßen. Insgesamt gelingt, eine geeignete und stabile Einordnung der neu gefassten HMGs im Dominanzgefüge dieser Hierarchie mit einer Verbesserung der Kennzahlen.

Die dargestellten Anpassungen in der Hierarchie 11 führen allerdings zu einer Hierarchieverletzung in der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“. Dies vor dem Hintergrund von Versicherten, die Diagnosen aus beiden Hierarchien aufweisen. Betroffen sind hier beispielsweise die HMGs 0173 „Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2, Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose], Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation“, 0288 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)“, 0052 „Alkoholabhängigkeit“ und 0053 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Entzugssyndrom, Opiatsubstitution“. Mittels Verlagerung der DxG0831 aus HMG0173 in HMG0288 gelingt die Aufhebung der Hierarchieverletzung, so dass diese Anpassung der Hierarchiestruktur in der Hierarchie 05 ergänzend in die Überarbeitung der Hierarchie 11 eingeht.

HIERARCHIE 14 „NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN“

Nach einer umfassenden Überarbeitung dieser Hierarchie für das Ausgleichsjahr 2023 wurden auch für das Ausgleichsjahr 2025 Vorschläge des Vorjahres geprüft. Die untere Altersgrenze der ICD-Kodes zur Multiplen Sklerose wird im Rahmen der Krankheitsabgrenzung von aktuell 15 Jahren auf 0 Jahre herabgesetzt. Ausgangspunkt für eine weitere Prüfung des mehrfach eingebrachten Vorschlages für eine Arzneimitteldifferenzierung der Multiplen Sklerose ist die inhaltliche Neufassung der Leitlinie für Multiple Sklerose aus 2021 bzw. deren überarbeitete Version als „Living Guideline“ 2023 (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. 2023). Da sich die Leitlinie nur auf die Multiple Sklerose bezieht, werden zunächst die ICD-Kodes für andere demyelinisierende Erkrankungen in neue DxGs ausgegliedert, die wiederum neuen HMGs zugeordnet werden, die in einem eigenen Strang parallel zu den alten HMGs stehen. Allerdings fallen durch diese Veränderungen im Datensatz Versicherte mit Diagnosen aus beiden HMGs auf, die jeweils beide Zuschläge erhalten. Dies betrifft einen Anteil von ca. 23 %. Über weitere Modellstufen werden komplexe Weiterentwicklungen durchgeführt. Es werden veränderte DxG-HMG-Abgrenzungen umgesetzt. So wird bspw. die DxG0662 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation“ in die HMG 0073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation“ verschoben. Nun folgen gemäß den Vorschlägen veränderte ATC-DxG-Abgrenzungen über eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung, die die Einteilung nach Wirksamkeitskategorien berücksichtigen (Kommentierung im Detail s. u.). Dies führt allerdings zu einer Hierarchieverletzung zwischen der HMG0980 „Hirnodem“ und der HMG 0234 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ sowie 0231 „Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie – Wirksamkeitskategorie 1“. Durch Änderung der Hierarchisierung der HMG0980 über die HMG0231 kann diese behoben werden. Um einer weiteren Hierarchieverletzung vorzubeugen, wird außerdem die enthaltene DxG0768 „Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie – Wirksamkeitskategorie 1“ in die HMG0980 verschoben. Diese wird in „Hirnodem /Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie – Wirksamkeitskategorie 1“ umbenannt. Durch diese Maßnahmen erfährt das Modell nach initialer Verschlechterung der Kennzahlen eine tragfähige Stabilisierung und leichte Verbesserung des Modells. Zur Umsetzung eines weiteren Vorschlages werden

auf die Modellstufe 5 der Hierarchie 14 aufsetzend die ICD-Kodes des „Chronischen Müdigkeitssyndroms“ sowie die im Rahmen der Corona-Pandemie eingeführten ICD-Kodes zum „Post-COVID-19-Zustand“ geprüft. Als Grundlage werden die nun aus dem Jahr 2021 vorliegende Morbiditätsdaten genutzt. Sowohl die ICD-DxG-Zusammensetzung als auch die DxG-HMG-Abgrenzung in Modell 06 werden angepasst. Durch die Vereinigung der Post-COVID-Diagnosen und Herabstufung der DxGs (Post-COVID-19-Zustand und Chronische Müdigkeitssyndrome) gelingt eine weitere leichte Verbesserung des Modells. KBV- und BÄK-seitig werden diese Schritte begrüßt.

- **Arzneimitteldifferenzierung**

Zu den vorgenommenen Änderungen möchten wir ergänzend folgende Rückmeldungen geben, wobei wir Sachverhalte exemplarisch zusammengestellt haben. Eine Prüfung aller Kodes im Detail ist nicht erfolgt.

- Tabelle 8.5 und Tabelle 8.8 (Seiten 82 und 85)
 - Die ATC-Kodes der beiden Tabellen stimmen überein, wobei in Tabelle 8.8 zum Teil statt der 5-Steller die konkret wirkstoffbezogenen 7-Steller verwendet werden.
 - Der wirkstoffbezogene 7-stellige ATC-Code L01FA01, wurde für die Multiple Sklerose explizit in Tabelle 8.8 aufgenommen und kodiert den Wirkstoff Rituximab, der für die Behandlung der Multiplen Sklerose nicht zugelassen ist. Dies greift ebenfalls die Empfehlungen der im Dezember 2023 aktualisierten Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie zur Multiplen Sklerose auf, wonach sich die Immuntherapie nach der Aktivität der Erkrankung richten und zudem auch nach den Effekten auf die Reduktion der Schubrate richten sollen. In der Wirksamkeitskategorie 3 ist daher als Aufgreifkriterium auch Rituximab im OFF-Label-Use aufgenommen worden. Diese Entscheidung ist schlüssig und nachvollziehbar.
 - Neu aufgenommen wurde u. a. der ATC-Code N03AX „Antiepileptika, andere“. Schaut man zu den hier genannten Wirkstoffen die verfügbaren Arzneimittel an, findet sich keines mit einer Zulassung zur Behandlung der Multiplen Sklerose. Dies erscheint zunächst diskussionswürdig. Den Erläuterungen nach ist diese Art von Dauermedikation der jeweiligen ATC-Kode-Auswahl an die neue Leitlinie angepasst (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. 2023) und gilt nach unserer Einschätzung für paroxysmale Symptome. Sie ist somit nachvollziehbar.
 - Auch die Aufnahme beispielsweise der ATC-Codes L01BA und L01FA bei anderen demyelinisierenden Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Dauermedikation wird mit Hinweis auf die Anpassungen an die aktualisierte Leitlinie erläutert und ist damit plausibel dargelegt.
 - Die Streichungen der ATC-Kodes in Tabelle 8.5 sind bei beiden HMG einleuchtend.
- Tabelle 8.9 (Seite 86)
 - Die in die Wirksamkeitskategorien 1 bis 3 aufgenommenen Wirkstoffe entsprechen den in der Leitlinie genannten Azathioprin wird zwar nicht direkt in Wirksamkeitskategorie 1 genannt, im Text dann jedoch subsumiert.
Der ATC-Code L01FA01, der bei Multipler Sklerose explizit als 7-Steller aufgenommen wurde, kodiert den Wirkstoff Rituximab (hierzu siehe auch obige Kommentierung).

HIERARCHIE 19 „ERKRANKUNGEN DER LUNGE“

Die durch Anpassungen in der ICD-10-GM für 2024 erforderlichen Aufnahmen von ICD-10-GM-Kodes in zwei DxGs werden dargestellt. Die Zuordnung der in der Subklassifikation unter J80.0 neu aufgenommenen Kodes J80.04, J80.05 und J80.06 zur schweregrad-differenzierten Verschlüsselung eines ARDS im Kindes- und Jugendalter in die DxG0352 „Akute respiratorische Insuffizienz“ ist nachvollziehbar. Gleiches trifft für die Aufnahme der neu etablierten Subklassifikation unter J86.0 mit den Kodes J86.00, J86.01, J86.02, J86.03, J86.04, J86.05, J86.08 und J86.09 für die differenzierte Verschlüsselung verschiedener Ausprägungen eines Pyothorax mit Fistel in die DxG0465 „Pleuraempyem, Lungenabszess“ zu. Die Lösung

der aus der Neuaufnahme von ICD-10-GM-Kodes in die DxG0352 entstehenden Hierarchieverletzung zwischen der HMG0501 „Akute respiratorische Insuffizienz“ und der HMG0500 „Chronische und n. n. bez. respiratorische Insuffizienz“ wird plausibel dargestellt.

Die vorgenommenen Anpassungen aufgrund von Umklassifizierungen der ATC-Kodes sind gut erläutert. Ergänzend siehe auch Anmerkungen zur Tabelle 5.4 Anpassung der ATC-Kodes im Ausgangsmodell.

Zur Abbildung 9.3 auf Seite 103 haben wir einen redaktionellen Hinweis: In dem Kästchen „Strang 3“ müsste es unseres Erachtens nicht „HMGs 0214 – 0500“, sondern „HMGs 0214 – 0501“ heißen. Dies würde sich mit der ausführlichen Darstellung des Strangs 3 in Abbildung 9.4 auf Seite 104 decken.

HIERARCHIE 22 „ERKRANKUNGEN DER HAUT“

Für die Hierarchie 22 wird erläutert, dass sich aufgrund der neuen Daten eine Hierarchieverletzung zwischen der HMG0122 „Herpes Zoster“ und der HMG0125 „Atopisches Ekzem mit Dauermedikation“ ergeben habe. Die Zusammenlegung dieser beiden HMGs zur Behebung der Hierarchieverletzung kann bei nahezu unveränderten Kennzahlen nachvollzogen werden.

ANPASSUNG WEITERER BEREICHE DES KLASSIFIKATIONSSYSTEMS UND DES BERECHNUNGSVERFAHRENS (KAP. IV 11-13)

REGIONALE RISIKOGRUPPEN

Ein Ausgleich der regionalen Deckungsunterschiede wurde auch in diesem Ausgleichsjahr auf Basis eines aktualisierten Datenbestandes durchgeführt, indem Regionale Risikogruppen (RGG) herangezogen wurden. In diesem Jahr erfolgte die Auswahl der Variablen, die einen hohen statistischen Einfluss zur Aufklärung der Deckungsbeiträge haben, auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte mit den Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2021 und den Leistungsausgaben des Berichtsjahres 2022. Eine Neuerung in Bezug auf die RGG-Modelle der vergangenen Jahre ist die Aufnahme der Variable „Haushaltsgröße“, die schon im Gutachten von 2018 erwähnt wurde, in den INKAR-Daten aber bislang nicht aktualisiert worden war. Die Aufnahme der aktualisierten Variable wird von der KBV und der BÄK begrüßt.

Zur Verbesserung des Modells fragt das BAS zum Teil genauere Kennzahlen an, um die Transformation der kontinuierlichen Variablen in jeweils 10 Dummy-Variablen entsprechend ihrer Dezile zu ermöglichen.

Insgesamt sind die Festlegungen und Auswahlen sehr fundiert und sorgfältig vorgenommen worden, so dass die RGG weiterhin einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Modellgüte auf Kreis- und Kassenebene liefern.

In den Erläuterungen zu den Festlegungen der letzten Jahre finden sich aber auch Kennzahlen, die nahelegen, dass der Umgang mit regionalen Variablen ggf. noch verbessert werden kann:

Wenn die Unterteilung in Dummy-Variablen entsprechend der Dezile von Nachkommastellen abhängt, könnte es sinnvoll sein, von dem allgemein gewählten Verfahren, nach dem jede Regionalkomponente in 10 Dummy-Variablen unterteilt wird, abzurücken und die Einteilung in Dummy-Variablen flexibel entsprechend der Verteilungen der Variablen zu wählen.

Entsprechend erscheinen die Zuweisungen zu den Dummy-Variablen nach Tabelle 11.9 insbesondere zu „Kleinere und mittlere Unternehmen“, „standardisierte Sterberate“ und „Säuglingssterblichkeit“ keinem linearen Trend zu folgen.

Darüber hinaus fluktuiert die Selektion der Regionalkomponenten über die verschiedenen Berichtsjahre relativ stark. Dieses Jahr unterscheiden sich 4 von 8 selektierten Regionalkomponenten von denen des Vorjahres, im letzten Ausgleichsjahr unterschieden sich 3 von 8 Regionalkomponenten von denen des Vorjahres. Ob diese Fluktuationen in der Datengrundlage begründet sind oder doch in Abhängigkeiten der Variablen untereinander, die nicht in der Bereinigung von Multikollinearität ausreichend erfasst wurden oder ob sich verschiedene Kennzahlen zu einer Variablen zusammenfassen lassen, sind aus Sicht der KBV

und der BÄK-Fragen, die zur weiteren Verbesserung des Modells beitragen könnten. So wurde dieses Jahr in der Bereinigung von Multikollinearität die Variable „Pflegebedürftige“ ausgeschlossen, während „Pflegeheimplätze“ nur geringfügig kleinere VIF-Werte für die ersten Iterationen in Tabelle 11.6 aufwiesen. Im vergangenen Jahr wurde dagegen die Variable „Pflegeheimplätze“ anstatt „Pflegebedürftige“ ausgeschlossen, weil sie leicht schlechtere VIF-Werte aufwies.

AUSLANDSVERSICHERTE

Dem BAS liegen in diesem Jahr erstmals für drei Berichtsjahre vollständige Datenmeldungen zu den Leistungsausgaben der Auslandsversicherten vor. Das BAS muss daher nicht mehr auf die Ausgabedaten aus dem Folgegutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte (vgl. EsFoMed et al. 2019) als Behelfsdatenmeldung zurückgreifen. Das BAS behält die Systematik zur Bildung von Wohnlandgruppen des letzten Jahres bei, wobei die zunächst pragmatisch festgelegte Grenze von 1000 VJ in nachvollziehbarer Weise plausibilisiert wurde. Trotz einer geringeren Anzahl von Wohnlandgruppen verbessert sich das zusammenfassende länderspezifische MAPE im Vergleich zum Vorjahr.

BERÜCKSICHTIGUNG VON DIAGNOSEN AUS HYBRID-DRGS (§ 115f SGB V – SPEZIELLE SEKTORENGLEICHE VERGÜTUNG)

Es wird nachvollziehbar erläutert, warum die Festlegungen zur Anwendung der stationären Haupt- und Nebendiagnosen analog auf die Diagnosen der Leistungen nach § 115f SGB V übertragen werden.

Die Sichtweise, dass Erkrankungen, die eine in der Regel ambulant bzw. nicht notwendigerweise stationär erbringbare Leistung indizieren, als stationäre Diagnosen gewertet werden, wird daher zur Kenntnis genommen.

Zwar ließe sich aus dem Wortlaut des § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr.2 SGB V ableiten, dass ausschließlich Leistungen des AOP-Kataloges für die sektorengleiche Vergütung rekrutiert wurden – die Rechtsverordnung gemäß § 115f Abs. 4 SGB V weicht indes von dieser Vorgabe ab. Von den 244 OPS-Kodes der Anlage 1 zur Hybrid-DRG-Verordnung sind 146 OPS-Kodes nicht im AOP-Katalog enthalten. Die Anlage 1 ist somit keine Teilmenge, sie bildet eine Schnittmenge mit dem AOP-Katalog.