

DAK-Gesundheit, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

**Per Email**

An

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

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

*Postanschrift* Zentrale  
Risikostrukturausgleich  
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* 05.08.2022

## **Stellungnahme der DAK-Gesundheit zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regionalmerkmalen, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2023**

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 2023 ist vom BAS am 17. Juni 2022 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 2023 sind Anpassungen bei den ICD-Zuordnungen und die Bearbeitung von offenen Vorschlägen aus zurückliegenden Anpassungszyklen.

Insgesamt hat das BAS mit dem vorgelegten Entwurf – nach den Kennzahlen bewertet – eine deutliche Verbesserung des Klassifikationsmodells erreicht.

Die DAK-G begrüßt die Bearbeitung des Vorschlags, Diagnosen aus der bisherigen Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“ auf Eignung im Klassifikationssystem zu prüfen und ggf. zu verwenden. Es zeigt sich, dass einige Diagnosen zu einer Verbesserung des

Klassifikationsmodells beitragen. Es wäre zur Nachvollziehbarkeit und Vermeidung von Rückfragen vorteilhaft, wenn das BAS das Vorgehen zur Identifizierung geeigneter Diagnosen näher beschreibt. So werden J95.88/J95.9 in die Klassifikation übernommen, andere Diagnosen mit Inhalt „nach medizinischen Maßnahmen“ jedoch nicht. Eisenmangelanämie verbleibt in der Krankheit 501 ausgeschlossen, andere Mangelanämien sind in der Klassifikation enthalten.

Die Verschiebung von Diagnosen erfolgt konsequent nach Organzuordnung, soweit dies der ICD-10-GM zulässt. Hier wurden im Entwurf zahlreiche Präzisierungen vorgenommen. Sofern sich eine Erkrankung auf mehrere Hierarchien verteilt, wäre bei relevanter Anzahl eine Dominanzbeziehung auf unspezifische Kodierungen in Erwägung zu ziehen, um aus einer unbeabsichtigten Doppelkodierung (z.B. mangels Kenntnis) eine Doppelzuweisung zu verhindern. Da das bisherige strangweise Verfahren hier nicht zielführend sein muss oder sein kann, wäre eine nur selektive Zuordnung von HMG denkbar. Weitere Ausführungen und Beispiele folgen im Abschnitt „Hierarchien“.

### **ICD-Zuordnung**

Neue ICD-10-GM im Jahr 2022 mit neuer Differenzierung auf der 5. Stelle wurden entsprechend dem vorhandenen 4-Steller zugeordnet, andere neue ICD-10-GM entsprechend den Inhalten.

Nicht nachvollziehbar ist die Zuordnung von U69.5-! in die Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“, während alle Ausdifferenzierungen in der Krankheit 35 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)“ wiederzufinden sind. Das entspricht nicht dem sonst üblichen Vorgehen. Darüber hinaus fehlen alle ICD-10-GM U69.5 und bei K83.0 alle neuen 5-Steller in der Anlage 1.

Bei allen drei Sachverhalten bittet die DAK-G um Prüfung und Klarstellung bzw. Korrektur.

### **Arzneimitteldifferenzierung**

Beim Thema Arzneimitteldifferenzierung wurden zahlreiche Vorschläge aus der Vergangenheit aufgegriffen, ggf. modifiziert, geprüft und umgesetzt. Dies führt vielfach zu einer erheblichen Verbesserung der Zielgenauigkeit.

Mit der Arzneimitteldifferenzierung bei bösartigen Neubildungen wird auch ein weit zurückliegender Vorschlag der DAK-G aufgegriffen. Es hat sich dabei – wie das BAS auch ausführt – die Relevanz in den letzten Jahren geändert. Vor dem Hintergrund weiterer neuer Arzneimitteltherapien wird das auch zukünftig ein Thema bleiben.

Die Abbildung in der Klassifikation über alle Diagnosen und ATC-Kodes entsprechend den Kostenschätzern ist eine sinnvolle Umsetzung, bei denen die Vorteile überwiegen:

- deutliche Modellverbesserung
- einfache Lösung mit nur drei neuen HMG, also keine massive Erhöhung der Komplexität mit zahlreichen HMG-Splits mit/ohne Dauermedikation
- geringer Entwicklungsbedarf im Vergleich zur HMG-bezogenen Vorgehensweise (welche Diagnose, welches Arzneimittel, prospektive Relevanz)
- überschaubarer Bearbeitungsaufwand in den Folgejahren

— Beim Aufgreifkriterium bittet die DAK-G das BAS zu prüfen, ob die Reduzierung auf 42/21 DDD bei allen drei HMG zu einer weiteren Verbesserung der Modelgüte führt. Nach Einschätzung der DAK-G würden damit deutlich mehr Fälle aufgegriffen werden ohne dass sich der Kostenschätzer erheblich reduziert. Darüber hinaus schlägt die DAK-G vor, die ATC L01XX51 und L01XX52 zu berücksichtigen. Eine Aufnahme in die HMG 332 wäre eine mögliche Abbildung. Alternativ würde eine eigene HMG mit allen ATC L01 neben einem hohen Kostenschätzer bei hoher Fallzahl auch die ATC L01 vollumfänglich abbilden. Die Einsortierung erfolgt dann entsprechend dem Kostenschätzer.

Migräne mit Dauermedikation ist ebenfalls eine neue Arzneimitteldifferenzierung, die zu einer Verbesserung beiträgt und damit eine sinnvolle Abbildung darstellt. Der relative Unterschied des Kostenschätzers bei einer hohen Anzahl an Versicherten, die insgesamt eine Steigerung von ca. 3% von Versicherten mit einem Migräne-Zuschlag beinhaltet, rechtfertigen diese Abbildung.

— Hier ließe sich nach Einschätzung der DAK-G mit dem ATC N02CD aus der Arzneimittelgruppe zur Prophylaxe eine zusätzliche HMG entsprechend dem pyramidalen Ansatz der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung hierarchisch über der HMG 80 abbilden, die bei ausreichender Besetzung ein Vielfaches des Kostenschätzers haben müsste. Die DAK-G bittet das BAS zu prüfen, ob diese mehrfache Arzneimitteldifferenzierung bei Migräne zu einer weiteren Verbesserung führt.

Arzneimitteldifferenzierungen bei Psoriasis führen sowohl in der Hierarchie 7 als auch in der Hierarchie 22 zu neuen HMG. Die Entwicklung erfolgt jeweils auf dem Ausgangsmodell, was ausgeführt und nachvollziehbar ist. Die HMG 311 wurde entsprechend dem Kostenschätzer über die HMG 219 gestellt. Nach der Anpassung der Hierarchie 22 müsste nach Einschätzung

der DAK-G die HMG 311 über die HMG 119 einsortiert werden. Die DAK-G bittet das BAS dieses zu prüfen.

Beim Vorschlag der DAK-G zur Arzneimitteldifferenzierung bei Multipler Sklerose – zuletzt im Anhörungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2022 erwähnt – lag möglicherweise ein Missverständnis vor. Es geht darum, dass nach Einschätzung der DAK-G nach wie vor sehr große Kostenunterschiede bei der Behandlung in Abhängigkeit von der Arzneimitteltherapie vorliegen und sich die Gruppen auch von der Anzahl deutlich unterscheiden. Insofern bittet die DAK-G das BAS den Vorschlag entsprechend dem 2020 eingeführten pyramidalen Ansatz der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung zu prüfen. Die HMG 234 enthält alle ATC, eine neue hierarchisch darüber angeordneten HMG enthält nur folgende ATC (Stand 6/2020): L01DB, L03AB, L04AC, L04AX, N02BG und L04AA (außer L04AA13).

Bei Mukoviszidose gibt es mit dem ATC R07AX eine Gruppe, die sich nach Einschätzung der DAK-G aktuell bei Erwachsenen und dem Aufgreifkriterium 42/21 DDD (also 42 DDD) in Fallzahl und Kostenschätzer deutlich abgrenzen. Die DAK-G bittet das BAS zu prüfen, ob eine HMG Mukoviszidose mit Medikation hierarchisch über der HMG 217 angeordnet zu einer Verbesserung der Modelgüte führt.

### **Überprüfung von HMG**

Bei der Überprüfung der HMG auf Kostenhomogenität werden diese zur Analyse in ihre DxG zerlegt. Dabei fällt auf, dass die HMG nicht immer vollständig zerlegt werden. Das kann z.B. bei COPD/Emphysem/Bronchiektasen nachvollzogen werden, bei anderen Diagnosen dieser HMG 215 wie z.B. interstitielle Lungenerkrankungen und Status asthmaticus nicht.

Zur Identifizierung von Anpassungsbedarf in heterogen zusammengesetzten HMG möchte die DAK-G 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.

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

### **Hierarchien/Komorbidität**

Im vorgelegten Entwurf werden Zusammenlegungen von HMG bzw. Hierarchien mit der Verringerung von Überdeckung begründet. Zwecks Nachvollziehbarkeit oder auch aus allgemeinem Interesse an der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells wäre ein vorher/nachher Vergleich der Deckungsbeiträge oder auch anderer Kennzahlen mindestens für die betroffenen Hierarchien oder auch das gesamte Modell wünschenswert. Neben den unmittelbaren Wirkungen auf zwei HMG können indirekte Wirkungen auf alle anderen Risikovariablen innerhalb der betroffenen Hierarchie(n) oder auch darüber hinaus zu Veränderungen führen. Analog der etablierten Kennzahlen R-Quadrat, MAPE und CPM ließe sich eine Wirkung der Veränderungen der Deckungsbeiträge letztendlich für jede Risikovariablen darstellen. Diese Ergebnisse könnten aus Gründen der Übersichtlichkeit z.B. auf Risikogruppen oder Hierarchien aggregiert und ggf. die Risikovariablen mit den größten Änderungen zusätzlich ausgegeben werden. So könnte neben den unmittelbaren Ergebnissen auf zwei HMG oder Hierarchie-Stränge die Wirkung auf das Modell unter Beibehaltung der Übersichtlichkeit dargestellt werden.

In der Hierarchie 1 stellt sich die Frage, warum Sepsis, SIRS und multiresistente Keime (alle mit stationärem Aufgreifkriterium) in 2 Strängen abgebildet sind. Die DAK-G bittet das BAS um Prüfung, ob die HMG 451 „Multiresistente Keime“ hierarchisch über der Sepsis abgebildet zu einer Verbesserung der Modellgüte führt.

In der Hierarchie 4 bildet die HMG 962 die einzige alleinstehende HMG im Strang „Überernährung“. Die DAK-G bittet das BAS um Prüfung, ob die Eingliederung der HMG 962 in den Strang „Diabetes mellitus“ im finalen Festlegungsentwurf unter Angabe der Deckungsbeiträge zu einer weiteren Verbesserung der Modellgüte führt.

Umfangreiche Änderungen bis zur Zusammenfassung mehrerer Hierarchien führen insgesamt zu einer deutlichen Verbesserung der Modellgüte. Erstmals umgesetzt wurde die Einbindung einer HMG einer anderen Hierarchie mitten in einen Hierarchiestrang. Trotzdem sind der strangweisen Dominanzbeziehungen Grenzen gesetzt, v.a. auch inhaltlich mit möglicherweise unerwünschten Effekten. Hier schlägt die DAK-G unverändert die Prüfung von direkten HMG-Beziehungen vor. Zu umfangreichen Ausführungen verweist die DAK-G auf die Stellungnahme zum Ausgleichsjahr 2022.

Besonders vor dem Hintergrund der Vermeidung von Überdeckung durch Komorbidität könnten direkte zusätzliche HMG-Dominanzbeziehungen das strangweise Vorgehen ergänzen und die

Zielgenauigkeit erhöhen. So könnte z.B. bei der HMG 962 geprüft werden, ob eine direkte Dominanzbeziehung zu den in hoher Anzahl gleichzeitig vorliegenden HMG 211 und 315 (zusätzliche nur 962>211 und 962>315) zu einer Verbesserung der Modelgüte führt. Je nach Wirkung müsste die Einsortierung in den jeweiligen Hierarchiesträngen angepasst werden.

Neben der Anwendung bei Komorbidität wäre auch eine Berücksichtigung bei Erkrankungen möglich, deren spezifische und unspezifische ICD-10-GM nachvollziehbar in unterschiedlichen Hierarchien zugeordnet sind. Bei der Sarkoidose z.B. sind spezifische Diagnosen auf 4 Organhierarchien und die ICD D86.8/.9 in der Hierarchie 8 abgebildet. Hinsichtlich der Fallzahl ist vermutlich auch nur die der Haut (D86.3) relevant. Hier könnten die HMG 220 und HMG 190/206 in Beziehung gestellt werden. Das Beispiel der Echinokokkose ist hinsichtlich der Fallzahl vermutlich nicht relevant.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu prüfen und bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells 2023 zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße  
gez. Jörn Laufer

Leiter des Bereichs Risikostrukturausgleich