

## **Erläuterungen**

**zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus,  
Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren**

**für den Jahresausgleich 2011**

**Bonn, den 30.09.2010**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>VII</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>VIII</b>
<b>I Einführung.....</b>	<b>9</b>
1 Übersicht über Verfahren und Methodik.....	9
2 Übersicht über das Anhörungsverfahren .....	11
<b>II Allgemeine Hinweise / Vorschläge .....</b>	<b>34</b>
3 Bezug zur Krankheitsauswahl.....	34
3.1 Festlegungsentwurf .....	34
3.2 Anhörungsverfahren.....	34
3.3 Bewertung .....	34
3.4 Ergebnis .....	35
4 Berücksichtigte Arzneimittel .....	36
4.1 Festlegungsentwurf.....	36
4.2 Anhörungsverfahren.....	36
4.3 Bewertung .....	36
4.3.1 Ausbau der Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel .....	36
4.3.2 Nicht relevante Wirkstoffe (außer Handel / Versorgungsausschlüsse / fehlende Indikation) .....	37
4.3.3 Arzneimittel mit „fehlender DDD-Festsetzung“ .....	37
4.4 Ergebnis .....	38
5 Nebendiagnosen aus dem Krankenhaus .....	39
5.1 Festlegungsentwurf.....	39
5.2 Anhörungsverfahren.....	39
5.3 Bewertung .....	39
5.4 Ergebnis .....	40
6 Manipulationsanfälligkeit.....	41
6.1 Festlegungsentwurf.....	41
6.2 Anhörung .....	41
6.3 Bewertung / Ergebnis .....	41
<b>III Änderungen des Klassifikationsmodells .....</b>	<b>42</b>
7 Beurteilungskriterien und Anpassungsprinzipien.....	42
7.1 Anpassungsprinzipien bei der Erstellung des Festlegungsentwurfes.....	42
7.2 Anmerkungen aus dem Anhörungsverfahren .....	42
7.3 Bewertung .....	43
7.4 Ergebnis .....	44

<b>8</b>	<b>Hierarchie 01 „Infektionen“</b>	<b>45</b>
8.1	Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf	45
8.2	Anhörungsverfahren	46
8.3	Bewertung	46
8.4	Ergebnis	47
<b>9</b>	<b>Hierarchie 02 „Neubildungen“</b>	<b>48</b>
9.1	Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf	48
9.2	Anhörungsverfahren	50
9.3	Bewertung	51
9.3.1	Verwendung von Z-Kodes Strahlentherapie und Chemotherapie	51
9.3.2	Vorgeschlagene Umgruppierung einzelner ICD	51
9.4	Untersuchung:	51
9.5	Ergebnis	53
<b>10</b>	<b>Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“</b>	<b>56</b>
10.1	Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf	56
10.2	Anhörungsverfahren	58
10.3	Bewertung	59
10.4	Empirische Untersuchung	59
10.4.1	Schweregraddifferenzierung für Mukopolysaccharidosen anhand von ERT/SRT	59
10.4.2	Schweregraddifferenzierung für DxG118 Hypopituitarismus inkl. hypophysärem Kleinwuchs60	60
10.5	Ergebnis	61
<b>11</b>	<b>Hierarchie 07: „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“, Hierarchie 13: „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“, Hierarchie 23: „Verletzungen“</b>	<b>64</b>
11.1	Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf	64
11.2	Anhörungsverfahren	66
11.3	Bewertung	68
11.3.1	HMG067-HMG069 („Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“)	68
11.3.2	Aufteilung und Hierarchisierung der Arthritiden (HMG038, HMG040, HMG206, HMG207)	68
11.3.3	Osteoporose und pathologische Frakturen bei Osteoporose	69
11.3.4	Aufgreifen der DxG655	70
11.3.5	Infektiöse Arthritiden in der HMG208	70
11.4	Ergebnis	71
<b>12</b>	<b>Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“</b>	<b>72</b>
12.1	Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf	72
12.2	Anhörungsverfahren	73
12.3	Bewertung	74
12.4	Ergebnis	74
<b>13</b>	<b>Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“</b>	<b>75</b>
13.1	Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf	75
13.2	Anhörungsverfahren	75
13.3	Bewertung / Ergebnis	75
<b>14</b>	<b>Hierarchie 10 „Psychische Erkrankungen“</b>	<b>76</b>
14.1	Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf	76
14.2	Anhörungsverfahren	77
14.3	Bewertung	78
14.4	Ergebnis	78
<b>15</b>	<b>Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“</b>	<b>79</b>
15.1	Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf	79

15.2	Anhörungsverfahren .....	79
15.3	Bewertung .....	79
15.4	Ergebnis .....	80
<b>16</b>	<b>Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ (und Hierarchie 15: „Herz- und Atemstillstand“)</b> .....	<b>81</b>
16.1	Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf .....	81
16.2	Anhörungsverfahren .....	84
16.3	Bewertung .....	85
16.3.1	Bewertung der Anmerkungen zur Neuordnung der Herz-Hierarchie .....	85
16.3.2	Bewertung der Anmerkungen zu den einzelnen HMG bzw. deren Aufgreifkriterien .....	87
16.4	Ergebnis .....	91
<b>17</b>	<b>Hierarchie 18: „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“</b> .....	<b>93</b>
17.1	Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf .....	93
17.2	Anhörungsverfahren .....	94
17.3	Bewertung .....	95
17.4	Ergebnis .....	96
<b>18</b>	<b>Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“</b> .....	<b>97</b>
18.1	Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf .....	97
18.2	Anhörungsverfahren .....	98
18.3	Bewertung .....	99
18.3.1	Überarbeitung der bisherigen HMG107 („Mukoviszidose“) .....	99
18.3.2	Kriterium „stationär erforderlich“ für die DxG352 („Pulmonale Insuffizienz [nicht kardial bedingt]“) .....	100
18.3.3	Erweiterung des Kriteriums „Stationär erforderlich“ bei Status asthmaticus .....	101
18.3.4	Arzneimittelkriterium bei der DxG454 („Bronchiektasen“) .....	101
18.3.5	Hierarchisierung der HMG216 („Lungenversagen“) .....	101
18.3.6	Umbenennung der HMG112 .....	102
18.4	Ergebnis .....	102
<b>19</b>	<b>Hierarchie 21 „Schwangerschaft“</b> .....	<b>104</b>
19.1	Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf .....	104
19.2	Anhörungsverfahren .....	104
19.3	Bewertung .....	104
19.4	Ergebnis .....	105
<b>20</b>	<b>Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“</b> .....	<b>106</b>
20.1	Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf .....	106
20.2	Anhörungsverfahren .....	107
20.3	Bewertung .....	108
20.4	Ergebnis .....	110
<b>21</b>	<b>Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ unter Berücksichtigung der Hierarchie 3 „Diabetes“</b> .....	<b>111</b>
21.1	Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf .....	111
21.2	Anhörungsverfahren .....	112
21.3	Bewertung .....	113
21.4	Ergebnis .....	114
<b>22</b>	<b>Hierarchie 27: „Erkrankungen des Neugeborenen“</b> .....	<b>115</b>
22.1	Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf .....	115
22.2	Anhörungsverfahren .....	116
22.3	Bewertung .....	116
22.4	Ergebnis .....	116

<b>IV</b>	<b>Änderungen des Berechnungsverfahrens.....</b>	<b>118</b>
<b>23</b>	<b>Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte .....</b>	<b>118</b>
23.1	Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf.....	118
23.2	Anhörungsverfahren.....	118
23.3	Bewertung .....	119
23.4	Ergebnis .....	119
<b>24</b>	<b>Angleichungsfaktoren.....</b>	<b>120</b>
24.1	Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf.....	120
24.2	Anhörungsverfahren.....	120
24.3	Bewertung .....	120
24.4	Ergebnis .....	121
<b>25</b>	<b>Hochrechnung der Ausgaben ohne Morbiditätsbezug.....</b>	<b>122</b>
25.1	Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf.....	122
25.2	Anhörungsverfahren.....	122
25.3	Bewertung .....	122
25.4	Ergebnis .....	122
<b>26</b>	<b>Berücksichtigung des HLB 2 (zahnärztliche Ausgaben).....</b>	<b>123</b>
26.1	Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf.....	123
26.2	Anhörungsverfahren.....	123
26.3	Bewertung .....	123
26.4	Ergebnis .....	123
<b>27</b>	<b>Ausgaben und Zuweisungen von im Ausland lebenden Versicherten (AusAGG) .....</b>	<b>124</b>
27.1	Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf.....	124
27.2	Anhörungsverfahren.....	124
27.3	Bewertung .....	124
27.4	Ergebnis .....	124
<b>28</b>	<b>Registrierung zur Organtransplantation .....</b>	<b>125</b>
28.1	Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf.....	125
28.2	Anhörungsverfahren.....	125
28.3	Bewertung / Ergebnis .....	125
<b>29</b>	<b>Hochrisikopool.....</b>	<b>126</b>
29.1	Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf.....	126
29.2	Anhörungsverfahren.....	126
29.3	Bewertung / Ergebnis .....	126
<b>30</b>	<b>Verzicht auf das Qualifizierungsmerkmal bei Diagnosen von nach §§ 116a ff. SGB V ermächtigten Institutionen .....</b>	<b>127</b>
30.1	Festlegungsentwurf.....	127
30.2	Anhörungsverfahren.....	127
30.3	Bewertung .....	127
30.4	Ergebnis .....	127
<b>31</b>	<b>Allgemeine Zuordnungsprinzipien zu den KEG, EMG und AusAGG .....</b>	<b>128</b>
31.1	Festlegungsentwurf.....	128
31.2	Anhörungsverfahren.....	128
31.3	Bewertung .....	128
31.4	Ergebnis .....	128

<b>32</b>	<b>Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGG) / Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für das Krankengeld .....</b>	<b>129</b>
32.1	Festlegungsentwurf .....	129
32.2	Anhörungsverfahren .....	129
32.3	Bewertung .....	130
32.4	Ergebnis .....	130
<b>33</b>	<b>Zuordnung zur Kostenerstattergruppe (KEG) .....</b>	<b>131</b>
33.1	Festlegungsentwurf .....	131
33.2	Anhörungsverfahren .....	131
33.3	Bewertung .....	131
33.4	Ergebnis .....	132
<b>34</b>	<b>Berücksichtigte Ausgaben im Regressionsverfahren.....</b>	<b>133</b>
34.1	Festlegungsentwurf .....	133
34.2	Anhörungsverfahren .....	133
34.3	Bewertung .....	133
34.4	Ergebnis .....	133
<b>V</b>	<b>Bewertung des Gesamtmodells.....</b>	<b>134</b>
<b>VI</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>135</b>
<b>35</b>	<b>Aufgreifalgorithmus (ohne Sonderfälle) .....</b>	<b>135</b>
<b>36</b>	<b>Übersicht über die Hierarchien .....</b>	<b>136</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Infektionen“ .....	46
Abbildung 2: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Neubildungen“ .....	49
Abbildung 3: Anpassung der Hierarchie „Neubildungen“ .....	55
Abbildung 4: Anpassungsvorschlag für die Hierarchie „metabolische Erkrankungen“ .....	58
Abbildung 5: Anpassung der Hierarchie „Metabolische Erkrankungen“ .....	63
Abbildung 6: Entwurf zur Anpassung der Hierarchien 7, 13 und 23 .....	66
Abbildung 7: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Hämatologische Erkrankungen“ .....	73
Abbildung 8: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Kognitive Erkrankungen“ .....	75
Abbildung 9: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Psychische Erkrankungen“ .....	77
Abbildung 10: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Herzerkrankungen“ .....	83
Abbildung 11: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ .....	94
Abbildung 12: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“ .....	98
Abbildung 13: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Schwangerschaft“ .....	104
Abbildung 14: Vorschlag zur Anpassung der Hierarchie „Erkrankungen der Haut“ .....	107
Abbildung 15: Vorschlag zur Anpassung der Hierarchie „Erkrankungen des Auges“ .....	112
Abbildung 16: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Erkrankungen des Neugeborenen“ .....	115

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung der zum Festlegungsentwurf vom 30. Juli 2010 eingegangenen Stellungnahmen .....	12
Tabelle 2: Einführung des Kriteriums „ambulante Arzneimittel“ für die DxG025.....	47
Tabelle 3: Überprüfung der Verschiebung des C94.5 akute Myelofibrose .....	52
Tabelle 4: Ergebnisse zur Umgruppierung des C93.0- akute Monozytenleukämie und des C94.0- akute Erythrämie und Erythroleukämie.....	53
Tabelle 5: Ergebnisse zur Untersuchung der ausgeweiteten Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT .....	60
Tabelle 6: Ergebnisse zur Schweregraddifferenzierung für E23.0 („Hypopituitarismus“) .....	61
Tabelle 7: Verschieben der ICD M84.48 und M90.78 zu den Wirbelkörperfrakturen .....	70
Tabelle 8: Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für DxG655 / HMG161 .....	70
Tabelle 9: Hierarchie Herzerkrankungen im Festlegungsentwurf .....	82
Tabelle 10: Interaktionsterme Hypertonie .....	87
Tabelle 11: Fallzahlen und Schätzer bei geänderter Berücksichtigung der DxG361 .....	88
Tabelle 12: Fallzahlen und Schätzer bei geänderter Berücksichtigung der DxG384 .....	89
Tabelle 13: ATC-Kodes zum Aufgreifen der DxG398 .....	89
Tabelle 14 : Arzneimittlvalidierung DXG398.....	91
Tabelle 15: Hierarchie Herzerkrankungen JA2011 .....	92
Tabelle 16: Erweiterung der ATC-Liste bei Mukoviszidose.....	100
Tabelle 17: Erweiterung der Hierarchisierung auf die HMG216.....	101
Tabelle 18: Wirkstoffe zum Aufgreifen der Mukoviszidose .....	103
Tabelle 19: Modellvarianten zur Schweregraddifferenzierung bei „Psoriasis/Parapsoriasis mit/ohne Dauermedikation“ .....	109
Tabelle 20: Geprüfte Arzneimittelauswahl zur Schweregraddifferenzierung bei (Para-)Psoriasis (Hautmanifestationen).....	110
Tabelle 21: Systemisch angewendete Wirkstoffe zum Aufgreifen der (Para-)Psoriasis (Hautmanifestationen).....	110
Tabelle 22: Fallzahlen und Kostenschätzer der Hierarchie „Erkrankungen des Neugeborenen“ nach Anhörung.....	117

## **I Einführung**

### **1 Übersicht über Verfahren und Methodik**

Nach § 31 Abs. 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt (BVA) die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigenden Krankheiten, die auf der Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen festzulegen.

Bereits am 30. Juni 2010 hat das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes die für das Ausgleichsjahr 2011 zu berücksichtigenden Krankheiten festgelegt. Die vorliegenden Erläuterungen beziehen sich deshalb ausschließlich auf den Entwurf der übrigen Festlegungen vom 30. Juli 2010, die Bewertung der zu diesem Entwurf eingegangenen Stellungnahmen sowie die daraus resultierende endgültige Festlegung zu den Morbiditätsgruppen, dem Zuordnungsalgorithmus sowie dem Regressions- und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2011.

Nach den Grundsätzen des § 29 RSAV ermittelt das vom BVA festzulegende Versichertenklassifikationsmodell Risikozuschläge auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen. Nach § 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV hat dabei der wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (im Folgenden: „wissenschaftlicher Beirat“) die Aufgabe, einen Vorschlag für die Anpassung des vom BVA ausgewählten Modells zu unterbreiten. Unter anderem auf Grundlage der Anmerkungen eines vorab durchgeführten Vorschlagsverfahrens hat der wissenschaftliche Beirat zahlreiche Modifikationsalternativen für das Klassifikationsmodell analysiert. Nach ausführlicher Erörterung der Untersuchungsergebnisse hat der Beirat in seinen Sitzungen am 9. Juni, 19. Juli und 26. Juli 2010 die unterschiedlichen Ausgestaltungsoptionen bewertet und dem BVA konkrete Anpassungsvorschläge unterbreitet.

Die Vorschläge des wissenschaftlichen Beirats bildeten die Grundlage für den Entwurf zur Festlegung der im Risikostrukturausgleich zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus von Versicherten zu diesen Morbiditätsgruppen, des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und des Berechnungsverfahren zur Bestimmung der Risikozuschläge. Dieser wurde vom BVA am 30. Juli 2010 in die Anhörung gegeben.

Eine Übersicht über das Anhörungsverfahren findet sich in Abschnitt I.2. In den Unterkapiteln der Abschnitte II, III und IV werden die in die Anhörung gegebenen Änderungen jeweils kurz

zusammengefasst<sup>1</sup>, bevor eine Bewertung der im Anhörungsprozess eingegangenen, jeweils sachbezogenen Stellungnahmen erfolgt und gegebenenfalls weitere Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf vom 30.7.2010 vorgestellt werden.

---

<sup>1</sup> Ausführliche Erläuterungen hierzu können der Dokumentation zum Festlegungsentwurf des BVA vom 30.07.2010 entnommen werden ([www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) → Risikostrukturausgleich → Festlegungen → Anhörungsschreiben vom 30. Juli 2010)

## **2 Übersicht über das Anhörungsverfahren**

Mit Frist zum 27. August 2010 wurde der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) gemäß § 31 Abs. 4 RSAV um schriftliche Stellungnahme zu dem am 30. Juli vorgelegten Festlegungsentwurf gebeten. Darüber hinaus wurde der Entwurf nachrichtlich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Arbeitsgemeinschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AMWF), die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG), das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sowie das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) übermittelt. Der Entwurf wurde zudem zeitgleich auf der Internetpräsenz des BVA veröffentlicht.

Über die Stellungnahme des GKV-SV hinaus sind beim Bundesversicherungsamt fristgerecht die Stellungnahmen folgender Institutionen und Organisationen eingegangen: eine gemeinsame Stellungnahme der KBV und der Bundesärztekammer (KBV / BÄK), Techniker Krankenkasse gemeinsam mit der KKH Allianz, der HEK und der HKK: (TK et al.), Siemens Betriebskrankenkasse (SBK), Knappschaft Bahn See (KBS), Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), Barmer GEK, AOK-Bundesverband (AOK-BV), IKK e.V., BKK-Bundesverband (BKK-BV), BPtK sowie BAG.

Die Stellungnahmen sind über den Internetauftritt des Bundesversicherungsamtes öffentlich zugänglich. Die wesentlichen Inhalte werden in Tabelle 1 zusammengefasst und in den sich anschließenden Abschnitten vor dem Hintergrund des Festlegungsentwurfes ausführlich bewertet.

**Tabelle 1: Zusammenfassung der zum Festlegungsentwurf vom 30. Juli 2010 eingegangenen Stellungnahmen**

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
<b>I Einführung</b>	1	Übersicht über Verfahren und Methodik			
	2	Vorschlagsverfahren [/ Anhörungsverfahren]	zeitlicher Ablauf der Modellanpassung	Es sei wünschenswert, den zeitlichen Rahmen zur Prüfung von Anpassungsvorschlägen für Beirat und BVA weiter auszudehnen.	GKV-SV
			Vorschlagsverfahren	Laut BKK-BV ist das Vorschlagsverfahren problematisch, "da es der interessenpolitisch motivierten Veränderung des Klassifikationsmodells eine höhere Priorität" einräume als einer "systematischen Weiterentwicklung."	BKK-BV
			Anhörungsverfahren	Das Anhörungsverfahren wird als "unzulänglich" bezeichnet, da die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene hieran nicht direkt beteiligt seien und lediglich vom GKV-SV die Gelegenheit zur Kommentierung erhielten. Dem GKV-SV wiederum sei es aufgrund des z.T. heterogenen Stimmungsbildes der einzelnen Kassen(-verbände) nicht immer möglich, sich eindeutig zu positionieren. Dies führe dazu, dass die eigentlich nicht direkt verfahrensbeteiligten Kassen und Dachorganisationen ihre Anmerkungen direkt an das BVA richteten. Insgesamt müsse das Anhörungsverfahren daher sachgerechter ausgestaltet werden.	BKK-BV
<b>II Allgemeine Hinweise / Vorschläge</b>	3	Bezug zur Krankheitsauswahl		Es wird ausgeführt, dass ein Großteil der Modellanpassungen auf die geänderte Krankheitsauswahl zurückzuführen sei. Die verfahrenstechnische Trennung der beiden Prozesse (Krankheitsauswahl und Modellanpassung) wird als "wenig überzeugend" bezeichnet.	BKK-BV
				Die BAG Selbsthilfe kritisiert die Beschränkung des Klassifikationsmodells auf 80 Krankheiten; der Morbiditätsfilter berge das Risiko in sich, dass der RSA die vorhandenen Morbiditätsrisiken nicht adäquat abbilde.	BAG
	4	Berücksichtigte Arzneimittel	Schweregrad-differenzierung	Die verstärkte Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel wird positiv aufgefasst.	GKV-SV
				Insbesondere an Stellen, an denen Arzneimittel zur Schweregraddifferenzierung mit stark unterschiedlichen Kostenschätzern eingesetzt würden, bestünde der Anreiz für Krankenkassen, bei einzelnen Versicherten die Mindestverordnungsmenge zu erreichen. Die steigende Bedeutung der Arzneimittel in der Versichertenklassifikation führe daher zur Medikalisierung der GKV-Versicherten.	BKK-BV

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
			ATC-Listen	Es wird kritisiert, dass die BVA-Listen Wirkstoffe enthalten, die in Deutschland nicht im Handel sind, für die keine DDD-Festsetzung vorgenommen worden ist oder für die Verordnungsaußschlüsse bestehen (Fehlansätze).	KBV / BÄK
	5	Nebendiagnosen aus dem Krankenhaus	mögliche Manipulationen	Unter Verweis auf den Bericht des SPIEGEL vom 26.06.2010 und ein entsprechendes Schreiben des VdEK an das BVA wird darum gebeten, "die Notwendigkeit der Berücksichtigung von Nebendiagnosen aus dem Krankenhaus zu überprüfen, wobei die Reduktion von Manipulationsanreizen im Vordergrund stehen sollte und nicht die Erhöhung der Zielgenauigkeit."	TK et al.
				Ebenfalls unter Verweis auf VdEK-Schreiben und Pressebericht sollte der Vorschlag der SBK aus dem Vorschlagsverfahren (Behandlung analog zu ambulanten Diagnosen) ergebnisoffen geprüft werden.	BARMER
				Der Auffassung des BVA wird explizit zugestimmt.	AOK-BV
		Übertragung der Analyseergebnisse aus dem Festlegungsprozess 2010		Es wird zu bedenken gegeben, dass die Analyse aus dem Vorjahr noch auf Diagnosedaten des Jahres 2007 basierte. Da zu diesem Zeitpunkt noch keine Bestrebungen zur Erfassungsmaximierung bestanden hätten, sei eine Übertragung der Ergebnisse in den aktuellen Anpassungsprozess kritisch. "Sollte das BVA Auffälligkeiten [...] [im Rahmen der Prüfungen nach § 273 SGB V] feststellen, [...] [müssen] auch die Ergebnisse aus der Vergangenheit [...] neu verifiziert werden."	SBK
	6	Manipulationsanfälligkeit		Der Auffassung des BVA wird explizit zugestimmt.	AOK-BV
<b>III Änderungen des Klassifikationsmodells</b>	7	Beurteilungskriterien [/ Anpassungsprinzipien]	Ausgangsmodell	Die Weiterentwicklung auf Grundlage von Vergleichen zu einem definierten Bezugsmodell wird begrüßt.	GKV-SV
			Methodik allgemein	Allgemein wird das Vorgehen des BVA als transparent und nachvollziehbar bezeichnet. Der methodische Ansatz des BVA sei dabei "international üblich". Allerdings sollten zukünftig neben dem Bestimmtheitsmaß weitere Kennzahlen wie etwa Predictive Ratios (nach Alter, Morbidität oder Ausgaben) die Entscheidung des BVA begründen. Das vom BVA angekündigte Gutachten zur Modellbewertung wird begrüßt. Zur weiteren Steigerung der Transparenz wird angeregt, die vollständige Zuordnung von ICD-Kodes zu DxG und (H)MG des DxCG-Ausgangsmodells offenzulegen.	GKV-SV

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
				Es wird kritisiert, dass sich das BVA bei seinen Analysen hauptsächlich auf das Bestimmtheitsmaß beschränkt und weder alternative Gütemaße noch andere "analytische Standards" (Cross-Validation, Split-Sample) verwendet habe. Die Steigerung des $R^2$ sei im Wesentlichen auf die Einführung einer einzelnen, gering besetzten HMG zur Schweregraddifferenzierung zurückzuführen. Darüber hinaus seien jeweils nur geringfügige Verbesserungen der Zielgenauigkeit (nach dem Gütemaß $R^2$ ) erreicht worden. Es sei fraglich, ob die vorgenommenen Änderungen sich auf neuen Daten reproduzieren ließen. Das vom Beirat vergebene Gutachten zur Beurteilung des Maßes sei daher zu begrüßen.	BKK-BV
				Das Verfahren wird als "objektiv", die Erläuterungen als "ausführlich" bezeichnet. Hinsichtlich der z.T. nur marginalen Zugewinne des Bestimmtheitsmaßes wird der Gutachtenauftrag explizit begrüßt. Auch der AOK-BV wünscht sich zukünftig alternative Maße zur Beurteilung der Anpassungen (z.B. Predictive Ratios).	AOK-BV
		negative Kostenschätzer auf DxG-Ebene (bspw. DxG648, DxG184)		Für die anstehende Krankheitsauswahl 2012 wird gefordert, die den betroffenen DxG übergeordneten Krankheiten enger abzugrenzen; es widerspräche "dem grundlegenden Funktionsprinzip eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, wenn (hohe) Zuschläge für Krankheiten ausgezahlt werden, die überhaupt keine Mehrkosten verursachen."	IKK eV.
		Hierarchisierung		Es wird gewünscht, eine z.T. umgesetzt stärkere Hierarchisierung (etwa im Muskel-Skelett-System oder bei Herzerkrankungen) zukünftig auch für weitere Hierarchien vorzunehmen.	IKK eV.
		Ausdifferenzierung von HMG nach Alter und Geschlecht		Lt. IKK e.V. trägt eine alters- oder geschlechtsbezogene Auftrennung von Zuschlagsgruppen nicht zur Reduktion von Selektionsanreizen bei, sondern führt tendenziell in Richtung eines Realkostenausgleichs und widerspricht dem Postulat der "Einfachheit". Ein Vorgehen wie etwa die Differenzierung der ehemaligen HMG107 (Mukoviszidose) wird daher abgelehnt.	IKK eV.
		Mindestfallzahl der Zuschlagsgruppen		Die Entscheidung des Beirats, Gruppen mit einer Stichprobenbesetzung < 100 zu bilden, kann grundsätzlich nachvollzogen werden. Sinnvoller sei es allerdings, die Modellentwicklung künftig nicht anhand einer Stichprobe, sondern auf Grundlage der Vollerhebung voranzutreiben.	GKV-SV

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
				Bei einer zu geringen Fallzahlbesetzung der Zuschlagsgruppen (n<100) bestehe die Gefahr, dass einzelne Kassen die Zuschlagsberechnung "dominierten". Auch bei Einhaltung der drei vom Beirat definierten "Ausnahmekriterien" solle an der Fallzahlgrenze festgehalten werden. Insbesondere wird argumentiert, dass ein abweichendes Vorgehen (1.) das Prinzip der Standardisierung verletze und somit Fehlanreize schaffe und (2.) der Risikopool explizit abgeschafft worden sei, dass BVA mit seinem Vorgehen aber implizit einen neuen Hochkostenausgleich etabliere.	IKK eV.
	8	Infektionen		Änderungen werden als sachgerecht begrüßt.	BARMER
		DxG025 (systemische Candida-Infektionen mit Resistenz)		Es wird hinterfragt, weshalb für die genannte DxG als einzige der HMG005 das Aufgreifkriterium "rezid. Akut" nicht gelte.	KBV-BÄK
	9	Neurologische Erkrankungen	Multiple Sklerose	Ergebnis der Hierarchieanpassung wird als generell sachgerecht eingestuft, allerdings solle (wie im Vorschlagsverfahren bereits angeregt) noch eine Schweregraddifferenzierung der MS anhand von Betaferonen geprüft werden.	BARMER
		Koma / Hirnödeme		Das apallische Syndrom sei für die Gruppierung zwingend fünfstellig zu verschlüsseln, was im Hausarztsektor gegenwärtig nicht verlangt werde.	KBV / BÄK
		Muskeldystrophien		Es wird (wie bereits im Vorschlagsverfahren) angeregt, den Alterssplit auf DxG-Ebene auf die HMG zu übertragen.	BARMER
	10	Neubildungen	Lymphome und Leukämien	Verschieben des ICD 94.5- (akute Myelofibrose) von DxG234 in DxG038 (in Analogie zur überarbeiteten Krankheitsauswahl)	DAK
				ICD C93.- umfasst akute und nicht-akute Monozytenleukämien. Es kann nicht nachvollzogen werden, weshalb die "nicht akuten" ICD-Kodes C93.1- bis C93.9- der DxG046 (chronisch <u>myeloische</u> und andere nicht-akute Formen), während die Akutform C93.0- in die DxG037 (akute <u>lymphatische</u> und andere akute Formen) gruppiert wird. Es wird vorgeschlagen, die C93.0- in die DxG038 (akute myeloische Leukämie) einzuordnen.	
				ICD 94.0- soll ebenfalls von DxG037 in DxG038 verschoben werden.	

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
			Verwendung der Zusatzcodes für Strahlen- und Chemotherapie	Die Verwendung des ICD-Kodes Z51.- sei weder im ambulanten noch im stationären Bereich abrechnungsrelevant. Laut Darstellung des GKV-SV weist nur rund ein Drittel der betroffenen Patienten mit entsprechendem OPS-Schlüssel und/oder Gabe von Zytostatika eine "passende" ICD-Kodierung Z51.- auf. Eine ICD-basierte Gruppierung in die HMG180 und HMG181 (Chemo- bzw. Strahlentherapie) wird aus diesem Grund abgelehnt. Bezüglich der HMG181 (Chemotherapie) sei es immerhin möglich, die Verordnung von Zytostatika zur Differenzierung heranzuziehen, um zumindest das ambulante Versorgungsgeschehen adäquat abzubilden.	GKV-SV
				Auswertungen von TK et al. (Vergleich von Prozedurenschlüsseln und Diagnosen) deuten darauf hin, dass sich über die ICD Z51.0, Z51.1 und Z51.82 nur ein geringer Teil der Versicherten, deren bösartige Neubildungen mit Strahlen- und/oder Chemotherapie behandelt werden, identifizieren lassen. Die Verwendung der ICD-Kodes wird aus Anreizgründen insbesondere dann als kritisch angesehen, wenn sie zur Einordnung der Versicherten in gesonderte Zuschlagsgruppen führen. "Wenn die Krankheitsauswahl die Einbindung der ICD-Kodes (...) zwingend erforderlich macht, sollte dies über die bereits bestehenden HMG zu den Neubildungen erfolgen (...)."	TK et al.
				Mit grundsätzlich gleichlautenden Bedenken und vergleichbaren Auswertungen wie GKV-SV und TK et al. spricht sich die BARMER GEK gegen die Verwendung der Codes zur Bildung eigener Zuschlagsgruppen aus. Kurzfristig könnten die Codes zur M2Q-Validierung anderer Neubildungs-Schlüssel herangezogen werden. Mittelfristig bestünde ggf. die Möglichkeit einen entsprechenden Zuschlag über Verordnungen mit Zytostatika oder entsprechenden EBM-Abrechnungsziffern umzusetzen.	BARMER
				Änderungen werden begrüßt. Zukünftig solle geprüft werden, ob und auf welche Weise Krebserkrankungen noch weiter differenziert werden können.	AOK-BV
	11	Metabolische Erkrankungen	DxG118 (Hypopituitarismus)	Die Umgestaltung wird ausdrücklich begrüßt. Der in der Gruppe enthaltene hypophysäre Kleinwuchs wird regelmäßig mit Wachstumshormonen (Somatropin und Somatropin-analoga) behandelt, durch die erhebliche Mehrkosten zu erwarten sind. Eine entsprechende Schweregrad differenzierung ist bislang nicht erfolgt und sollte durch das BVA geprüft werden.	BARMER GKV-SV

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
		Schweregrad-differenzierung bei Mukopolysaccharidosen		E76.2 enthält mit der "Maroteaux-Lamy-Krankheit" eine weitere Typ-IV-Mukopolysaccharidose, die z.T. enzymsubstituierend (Galsulfase, A16AB[08]) therapiert wird. Es wird vorgeschlagen, ICD E76.2 verordnungsabhängig über die DxG826 in die HMG202 zu gruppieren. Für Versicherte mit der Diagnose E76.2, die nicht über die geforderten Arzneimittelverordnungen verfügen, wird eine Gruppierung in die DxG825 angeregt.	GKV-SV AOK-BV DAK
				Auch die BAG Selbsthilfe sieht im Bereich des ICD E76.2 "Ergänzungsbedarf". So solle die Arzneimittelvalidierung bei den Mukopolysaccharidosen auf die MPS-Typen I, IV und VI erweitert werden. Zur Identifikation dieser Formen wird ebenfalls die Berücksichtigung von Naglazyme (= Galsulfase, ATC A16AB08) nahegelegt.	BAG
	12	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems		Überarbeitung wird grundsätzlich positiv bewertet.	BARMER KBV / BÄK
			Aufgliederung der HMG038	Zur weiteren Kostendifferenzierung der HMG038 (Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen) wird für eine spätere Festlegung eine Dreiteilung der Gruppe vorgeschlagen.	KBV / BÄK
			Hierarchisierung der Arthritiden	Da die HMG038 u.a. Autoimmunerkrankungen mit Manifestation an Lunge, Gefäßen, etc. enthalte, wird eine Dominanzbeziehung zur "reinen" Arthritis-HMG" kritisch gesehen und sollte nochmals überprüft werden. Konkretisierend schlägt der AOK-BV eine manifestationsorientierte Aufteilung der HMG038 vor, die dann nur noch zum Teil von den bislang übergeordneten Athropathien dominiert werden solle.	GKV-SV AOK-BV
				Es wird gefordert, die HMG040 in eine strikte Dominanzbeziehung zu den übrigen Athropathie-HMG zu stellen, um die Manipulationsresistenz des Modells an dieser Stelle zu erhöhen.	IKK eV.
			HMG204, HMG205 (Osteoporose)	Es solle ein sektorenunabhängiges M2Q-Kriterium bzw. ein sektorenunabhängiges Arzneimittelaufgreifkriterium eingeführt werden.	KBV / BÄK

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
			HMG203 (Sonstige pathologische Frakturen)	Da im hausärztlichen Bereich keine endständige Kodierung erforderlich ist, führen dort kodierte pathologische Wirbelkörperfrakturen (Lokalisation auf der 5. Stelle kodiert) im Normalfall nicht zu einem (höherwertigen) Zuschlag in der HMG157 sondern lediglich in der HMG203. Aus Sicht der KBV ließe sich dem Problem über eine entsprechende Kodierrichtlinie begegnen. Zudem sollten die ICD-Kodes M84.48 und M90.78 aus der DxG656 in die HMG157 übergeleitet werden.	KBV / BÄK
			Pathologische Frakturen bei Osteoporose	Aufgrund der ab 1.1.2011 geltenden ambulanten Kodierrichtlinien dürfe künftig die Diagnose "Pathologische Fraktur bei Osteoporose" [M80.-] nicht mehr gleichzeitig die Diagnose "Osteoporose" gestellt werden. Auch wenn dies für das Ausgleichsjahr 2011 noch keine Auswirkungen habe, solle künftig eine Gruppierung der M80.-Kodes in die HMG204 und HMG205 (Osteoporose) vorgesehen werden.	AOK-BV
			HMG208 (infektiöse Knochen- & Gelenkerkr.)	Es wird hinterfragt, weshalb bestimmte ICD-Kodes (bspw. M01.2-* [Arthritis bei Lyme-Krankheit]) nicht in der HMG208 enthalten sind.	KBV / BÄK
		Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	Heterogenität der HMG067, HMG068 und HMG069	Hinsichtlich einer möglichen Kostenspreizung innerhalb der genannten HMG hält der GKV-SV eine weitere Überarbeitung der Hierarchie für erforderlich.	GKV-SV BARMER
			Endständige Kodierung bei HMG067, HMG068 und HMG069	Eine zielgenaue Gruppierung in die genannten HMG sei nur über endständige Kodes möglich, die allerdings im Hausarztsektor nicht zwingend zu vergeben seien.	KBV / BÄK
		Verletzungen	HMG161 (Traumatische Amputationen)	Es solle für die DxG655 das Aufreißkriterium "stationär erforderlich" ergänzt werden.	KBV / BÄK
	13	Hämatologische Erkrankungen	Berücksichtigung von Faktorpräparaten	Grundsätzlich sollte bei allen Erkrankungen des Gerinnungssystems die Möglichkeit einer Differenzierung über Faktorpräparate in Betracht gezogen werden. Für das Willebrand-Jürgens-Syndrom wird vorgeschlagen, das Desmopressin (ATC-Kode H01BA02) aus Kostengründen bei der Schweregraddifferenzierung zu vernachlässigen und nur auf Faktorpräparate abzustellen. Hierbei sollten Arzneimittel aus den ATC-Gruppen B02BD02, B02BD03, B02BD06 und B02BD08 berücksichtigt werden.	DAK

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
			Thrombozytopenie	Der ICD-Code D69.6 (HMG210, DxG233) ist von fraglichem pathologischen Wert. Es böte sich ggf. ein Verschieben in eine andere HMG an.	KBV / BÄK
	14	Kognitive Erkrankungen		Änderungen werden als sachgerecht bezeichnet.	BARMER
		M. Alzheimer		Es wird angeregt, die beiden gem. Kreuz-Stern-Systematik zusammengehörigen ICD-Kodes G30.- (M. Alzheimer) und F00.- (Demenz bei Alzheimererkrankung) aus medizinischen Gründen in eine gemeinsame DxG laufen zu lassen (gegenwärtig getrennt: DxG249 bzw. DxG248).	KBV / BÄK
	15	Psychische Erkrankungen		Das Vorgehen und Ergebnis erscheinen der BARMER GEK, KBV / BÄK und BPtK überwiegend sachgerecht.	BARMER BPtKKBV / BÄK
		Arzneimittel / Unspezifische Diagnosen		Die Argumentation des BVA kann nachvollzogen werden. Mit Blick auf die ambulanten Kodierrichtlinien wird ein Rückgang unspezifischer (und ein Anstieg der spezifischen) Diagnosen erwartet. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, in einigen Jahren die Eignung von Arzneimitteln zur Schweregraddifferenzierung spezifischer ICD-Kodes nochmals zu überprüfen.	BPtK
		Affektive Störungen / mittelgradige und schwere Depressionen		Es wird darum gebeten, die nicht geprüften Vorschläge des IKK eV. im kommenden Anpassungszyklus zu analysieren.	IKK eV.
				Dem Vorschlag des IKK e.V. wird explizit widersprochen. Bei mittelgradigen und schweren Depressionen erhalte eine pharmakologische Monotherapie lt. NVL/S3-Leitlinie in keinem Fall eine Vorzugsempfehlung vor der Psychotherapie. Die Forderung nach Einführung des Kriteriums "obligate Arzneimittel" sei daher nicht zielführend.	BPtK
		ICD F34.1 ICD F32.0		Es wird vorgeschlagen, zu einem späteren Zeitpunkt zu prüfen, ob die ICD-Kodes F34.1 (Dysthymie) und F32.0 (Leichte Depression) über die DxG818 in die HMG057 eingeordnet werden können.	KBV / BÄK
		Gruppierung zu den DxG263, DxG264, DxG269, DxG817 und DxG818		Es wird darum gebeten, die nicht geprüften Vorschläge der BPtK zu einem späteren Zeitpunkt empirisch zu analysieren.	BPtK

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
			Vorgenommene Neugruppierungen von DxG zu HMG	Die vorgenommenen Änderungen werden generell begrüßt, "wenngleich unter medizinischen Gesichtspunkten" an einigen Stellen auch andere Zuordnungen nahe lägen (betrifft HMG058).	BPtK
			Hierarchisierung	Es wird die Frage aufgeworfen, ob bspw. HMG060 (Anorexie / Bulimie) nicht häufig voneinander unabhängig auftreten und sich bei parallelem Auftreten ggf. deutlich höhere Kosten entwickeln. Der Einwurf ist vermutlich so zu interpretieren, dass das BVA eine Überarbeitung der Dominanzbeziehung in Betracht ziehen solle.	KBV / BÄK
			Benennung der HMG055	Nach Ausgliederung der Anorexie und der Bulimie könne der Name der HMG055 geändert werden.	KBV / BÄK
			Benennung der HMG056 und HMG057	Mit Blick auf die enthaltenen Diagnosen werden die beiden folgenden Namensänderungen vorgeschlagen: HMG056: "Wahn, psychotische und Persönlichkeitsstörungen", HMG057: "Angststörungen und unspezifische depressive Störungen".	BPtK
	16	Herz- und Atemstillstand			
		Herzerkrankungen	HMG091 (Hypertonie)	Generell wird die Überarbeitung der Hierarchie sehr positiv aufgefasst. Hiervon abgesehen, wird die Hierarchisierung der HMG091 problematisiert. Insbesondere fehlten eine medizinische Legitimation und eine ausführliche Komorbiditätsanalyse.	GKV-SV
				Insbesondere mit Blick auf die Hypertonie wird das Ergebnis der Überarbeitung als "ausgesprochen zielführend" bezeichnet.	BARMER
				Der Vorschlag zur Überarbeitung wird aus medizinischer Sicht insbesondere mit Blick auf die Hypertonie abgelehnt. Es müsse zumindest sichergestellt werden, dass die Hypertonie (HMG091) nicht den HMG077, HMG079, HMG081, HMG083, HMG084, HMG086, HMG087, HMG088, HMG089 und HMG092 untergeordnet ist.	AOK-BV
				Mit Blick auf die DxG398 ("Kardiomegalie") wird vorgeschlagen, einen Zuschlag gegebenenfalls an ein neues sektorenübergreifendes Aufgreifkriterium "Arzneimittel, chronisch" oder ein neues Aufgreifkriterium sektorenunabhängige M2Q-Prüfung zu binden. Zumindest solle die Einführung einer ambulanten AM-Validierung geprüft werden.	KBV / BÄK
			HMG089 / DxG351 (Akutes Lungenödem)	KBV / BÄK fordern Aussetzen des Kriteriums "stationär erforderlich".	KBV / BÄK

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
			HMG081 / DxG361 (instab. Ang. pect.)	Mit Blick auf die häufige (plausible) Kodierung der Schlüssel I20.0, I24.0, I24.8 und I24.9 im ambulanten Sektor wird angeregt, das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" bei der DxG361 insofern zu erweitern, betroffene Versicherte über das Aufgreifkriterium "ambulante Arzneimittel, chronisch" in die tieferstehende HMG083 zu gruppieren.	KBV / BÄK
			HMG083 (Z.n. altem Myokardinfarkt)	Aus Sicht von KBV / BÄK sollten für einen Übergangszeitraum auch "Zustand-nach"-Diagnosen für die Codes I21.- und I22.- (akute Infarkte) zur Gruppierung zugelassen werden.	KBV / BÄK
			DxG384 (Hypertensive Enzephalopathie) / ICD I67.4	Aus medizinischer Sicht sei eine Einschränkung der DxG auf Diagnosen aus dem stationären Sektor nicht sinnvoll. Das Kriterium müsse daher aufgehoben werden, die DxG (ohne zusätzliche Arzneimittelvalidierung) durch ambulante Diagnosen ausgelöst werden.	BARMER
	17	Gefäß- und Kreislauferkrankungen		Änderungen erscheinen der BARMER GEK sachgerecht.	BARMER
			Einstufung der unspezifischen ICD Codes I73.9 und I79.8	Die beiden Codes I73.9 (Periphere Gefäßkrankheit, n.n.bez.) und I79.8 (Sonstige Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren bei andernorts klassifizierten Krankheiten) werden der HMG099 (N. n. bez. Erkrankungen peripherer Gefäße) zugeordnet, die die HMG106 (Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonst. n.n.bez. Krankheiten der Arterien und Arteriolen) dominiert. Die HMG106 jedoch enthalte spezifische Kodierungen, die nicht unspezifischen Codes untergeordnet werden sollten	TK et al.
				Die vorgenommenen Änderungen bei den beiden "unspezifischen und dennoch wichtigen ICD-Kodes" werden ausdrücklich befürwortet.	KBV / BÄK
	18	Erkrankungen der Lunge	Arzneimittel bei Mukoviszidose > 11 Jahre	Es wird angeregt, die Liste der berücksichtigten Arzneimittel um Aztreonam (J01DF[01]) zu ergänzen.	GKV-SV
				Die ATC-Liste solle um die fettlöslichen Vitamine erweitert werden.	KBV / BÄK
			Kombinierte Alters- und Arzneimittel-differenzierung	Überarbeitung wird explizit begrüßt. Es wird angeregt, die Herangehensweise zukünftig auch für andere Krankheitsbereiche mit spezifischen Altersschwerpunkten und häufiger medikamentöser Therapie zu prüfen.	BARMER
			HMG108 (Status asthm. > 17 Jahre)	Es wird vorgeschlagen, für den ICD-Code J46 (Status asthmaticus) das Kriterium "stationär erforderlich" insoweit zu erweitern, dass Betroffene ohne Krankenhausaufenthalt über das Kriterium "ambulante Arzneimittel, chronisch" in die tieferstehende HMG109 gruppiert würden.	KBV / BÄK

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
			HMG215 (Bronchiektasen)	Es wird angeregt, das Aufgreifen der entsprechenden DxG454 (Bronchiektasen) an das Kriterium "Arzneimittel, rez. akut" zu binden.	KBV / BÄK
			HMG216 (Lungenversagen)	Um multiple Zuschläge zu vermeiden, sollten mögliche Dominanzbeziehungen mit den HMG217 und HMG218 sowie mit den HMG108-HMG110 geprüft werden.	KBV / BÄK
			HMG112 DxG352 (Pulmonale Insuffizienz)	Es wird darauf hingewiesen, dass das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" ergänzt werden müsse. Gegebenenfalls müsse dann geprüft werden, ob die DxG352 nicht besser zu einem Zuschlag in der HMG111 führen solle.	KBV / BÄK
			HMG112 DxG468 (Andere und n.n.bez. Pneumonien)	Es wird angeregt, für die DxG das Aufgreifkriterium "ambulante Arzneimittel, rez. Akut" zu ergänzen.	KBV / BÄK
			HMG112	In der Benennung der HMG kann die "Pleuritis" entfallen. Der korrekte Name der HMG112 müsse "Sonstige Pneumonien, Empyem, Lungenabszess und pulmonale Insuffizienz" lauten.	KBV / BÄK
	19	Schwangerschaft		Änderungen werden begrüßt.	BARMER
			DxG579	Aufgrund der enthaltenen ICD-Kodes (bspw. O10.0, O12.0, O12.1) müsse das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" für die DxG entfallen.	KBV / BÄK
	20	Erkrankungen der Haut		Änderungen werden positiv bewertet.	BARMER
			HMG152	KBV / BÄK schlagen vor, ein neues "sektorenübergreifendes M2Q-Kriterium" einzuführen bzw. das Kriterium "Arzneimittel, rezidivierend akut" anzuwenden.	KBV / BÄK
			HMG152 / Fournier-Gangrän	Es wird angeregt, die beiden ICD-Kodes N49.80 und N76.80 (Fournier-Gangrän beim Mann / bei der Frau) über die neu aufgenommene DxG184 in die HMG209 ("...nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates") zu überführen.	KBV / BÄK
			HMG219 / HMG220 (Psoriasis)	Es wird darauf hingewiesen, dass der ICD-Kode L40.0 gegenwärtig nicht in der Zuordnungstabelle für die Gruppierung in die HMG220 vorgesehen ist.	KBV / BÄK
			Arzneimittel bei Psoriasis	Es sollen die ATC-Gruppen D05A und D05BA sowie Methotrexat und Betamethasondipropionat ergänzt werden.	KBV / BÄK
				Es wird angeregt, die Liste der berücksichtigten Arzneimittel um systemische Psoralene (D05AB) zu ergänzen.	GKV-SV

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
	21	Erkrankungen des Auges	Insignifikanter Schätzer (HMG224)	Modell 4.4 (Tabelle 55) weist für die HMG224 einen insignifikanten Schätzer aus. Das BVA solle daher eine alternative Gruppenabgrenzung erwägen.	IKK eV.
			Diabetische Retinopathien	Im BVA-Vorschlag ist es möglich, dass die vollständige, spezifischer Kodierung der diabetischen Retinopathie bis zu drei Zuschläge auslöst (Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetische Retinopathie). Um mögliches Upcodingverhalten zu unterbinden, sollte die HMG223 (Diabetische Retinopathie) aufgelöst und der enthaltene ICD-Kode H36.0* der HMG017 (Diabetes mit sonstigen Komplikationen) zugeordnet werden.	TK et al.
				Änderung wird generell als sachgerecht bezeichnet. Vor dem Hintergrund möglicher Kostensteigerung durch die Zulassungserweiterung von Lucentis® für das Jahr 2011 müsse die Hierarchisierung ggf. nochmals diskutiert werden.	AOK-BV
			Retinopathia praematurorum (Retrolentale Fibroplasie, ICD H35.1)	Über die als "sachgerecht" bezeichneten Änderungen hinaus wird angeregt, "bei Gelegenheit" eine mögliche weitere kostenspezifische Differenzierung der Diagnose H35.1 anzustreben und die Hierarchie ggf. weiter anzupassen.	BARMER
		Diabetes	DxG604 (Diab. M. als Schwangerschafts-kompl.)	Da es sich bei der hier enthaltenen ICD-Kodierung O24.0 (DM i. d. Schwangerschaft: Vorher bestehender Typ-1-Diabetes) um einen Typ-1 Diabetes handele, müsse ein zusätzlicher Zuschlag in der HMG020 ausgelöst werden. Aus diesem Grund wird auch Verschieben des Codes in die DxG111 diskutiert.	KBV / BÄK
	22	Erkrankungen des Neugeborenen	Altersgrenze ( $\leq 1$ Jahr)	Es wird darauf hingewiesen, dass die Erkrankungen theoretisch nur bis zum 28. Lebensstag zu kodieren seien, das M2Q-Kriterium somit nicht erfüllbar sei. Aus diesem Grund müsse das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" ergänzt werden.	KBV / BÄK
				Mit Ausnahme der DxG726 sei die vom BVA in den verschiedenen HMG angewendete Altersgrenze medizinisch und ökonomisch nicht sinnvoll. Da auch die Metadaten des DIMDI keine entsprechend strikten Einschränkungen vorsähen (lediglich Kann-Fehler bei 60% der Diagnosen), solle das BVA die Altersgrenze auf 5 Jahre anheben.	BARMER
IV Änderungen des Berechnungsverfahrens	23	Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte		GKV-SV stellt klar, dass seine rechtliche Einschätzung zum BVA-Vorschlag aus dem Vorjahr nicht auf die Formulierung des Beirats übertragbar sei. Davon unbenommen ist dem GKV-SV aufgrund der kontroversen Diskussion innerhalb der GKV keine inhaltliche Positionierung zur Thematik möglich.	GKV-SV

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
				Die Knappschaft plädiert für "die Regelung mit voller Zuschlagsgewährung für Verstorbene unabhängig von deren tatsächlichen Versicherungszeiten", da eine "krasse Unterdeckung" bei Verstorbenen Überdeckung bei Überlebenden gegenüberstehe, das gegenwärtige Verfahren nicht summentreu und die nötigen Korrekturfaktoren nicht zielgenau seien. Versicherte mit Erkrankungen höherer Mortalität blieben ungünstige Risiken (Selektionsanreize!).	KBS
				Es wird begrüßt, dass das BVA dem Vorschlag des Beirats nicht folgt.	TK et al. IKK e.V.
				Der Verzicht auf eine Verfahrensänderung wird begrüßt. So lange die Empirie nicht zeige, dass die RSA-Zuweisungen an Kassen mit hoher (alters- und geschlechtsbereinigter) Morbidität und Mortalität nicht bereits im Status Quo die Leistungsausgaben überkompensierten, sei eine Verfahrensanpassung nicht verantwortbar.	BARMER
				SBK teilt die Ansicht, dass sich die Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener nicht mit geltendem Recht vereinbaren lässt. Vor einer Änderung des Berechnungsverfahrens müsse daher der rechtliche Rahmen geändert werden. Allerdings solle dabei vorzugsweise an die Einführung eines Hochrisikopools gedacht werden (s.u.).	SBK
				Die rechtliche Einschätzung des BVA wird nicht geteilt. Darüber hinaus sei vorgetragen worden, dass das Merkmal "Tod" nicht den gleichen Qualitätsstandards unterliege wie andere versichertenbezogene Merkmale. Aus diesen Gründen müsse von der problematischen Sonderregelung bei der Annualisierung der Leistungsausgaben Abstand genommen und der Vorschlag des Beirats umgesetzt werden.	AOK-BV
				BVA-Entscheidung kann nachvollzogen werden. Allerdings sollten BVA und Beirat das Thema weiter verfolgen und nach vertieften Analysen erneut mit der GKV diskutieren.	DAK
	24	Angleichungsfaktoren	Überprüfung zur Festlegung der Angleichungsfaktoren	Überprüfung der Angleichungsfaktoren (erst) nach Durchführung des Jahresausgleichs erscheint der BARMER GEK sachgerecht. Auch der AOK-BV begrüßt, dass zunächst am bisherigen Verfahren festgehalten werden soll.	BARMER AOK-BV
		Ankündigung zur früheren Aktualisierung der Datenbasis		Der Rückgriff des BVA auf noch aktuellere Daten bei der Berechnung der Grundlagenbescheide I/2011 und III/2011 wird positiv bewertet.	TK et al. BARMER AOK-BV

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
				Es wird auf einen erheblichen zeitlichen Druck bei der Erstellung der Erstmeldung der Daten verwiesen. Überdies seien Zeitpunkt und Vollständigkeit von der Datenweiterleitung der einzelnen KVen abhängig. Hieraus könnten ggf. regionale Verzerrungen entstehen, die das eigentliche Ziel (Erhöhung der Zuweisungsgenauigkeit) konterkarierten.	SBK
				Die "grundsätzlich begrüßenswerte" frühzeitige Aktualisierung der Datenbasis ist aus Sicht des IKK e.V. zeitlich nicht umsetzbar, solange keine terminliche Anpassung der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Kassen erfolgt.	IKK e.V.
	25	Hochrechnung der Ausgaben ohne Morbiditätsbezug		Grundsätzlich sollte nach Forderung von TK et al. im Vergleich zum Ausgleichsjahr 2010 keine Änderungen vorgenommen werden. Davon ausgenommen werden die Konten 5160-5162 ("Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)") der zahnärztlichen Ausgaben, die keinen Versicherten- bzw. Morbiditätsbezug aufwiesen.	TK et al.
				Es wird ausgeführt, dass die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens z.T. geäußerte Vermutung zu möglichen Manipulationen im gegenwärtigen Modell nicht nachvollziehbar seien. Der Ansatz des BVA wird daher generell begrüßt. Der Vorschlag des AOK-BV, zu prüfen, ob die Zuordnung der Konten 5186 bis 5188 zu den nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben noch sachgerecht sei, wird unterstützt.	BARMER
	26	Berücksichtigung des HLB 2 (zahnärztliche Ausgaben)		Die rechtliche Sicht des BVA kann nicht nachvollzogen werden, der ursprüngliche Vorschlag wird präzisiert: Ausgaben des HLB 2 sollten analog zum Krankengeld mit gesondertem Regressionsverfahren allein über AGG verteilt werden. Da bei der Krankheitsauswahl weder HLB2-Ausgaben noch zahnarzttypische Krankheiten berücksichtigt werden konnten, sei eine Verteilung der Zahnarztausgaben über HMG-Zuweisungen nicht konsistent. Es sei nicht vollkommen sichergestellt, dass eine Berücksichtigung der Zahnarztausgaben die HMG-Zuweisungen nicht ungerechtfertigt erhöhten.	SBK
				Die Entscheidung des BVA wird als sachgerecht erachtet, da eine Gefahr zur ungerechtfertigten Erhöhung der HMG-Zuschläge nicht zu erkennen sei.	BARMER
	27	Ausgaben und Zuweisungen von im Ausland lebenden Versicherten (AusAGG)	Begrenzung der Zuweisungen	Die Kasse hält an der Argumentation aus dem Vorschlagsverfahren fest, da das gegenwärtige Verfahren das Zuweisungsniveau (zulasten der übrigen Gruppen) deutlich überhöht abbilde.	BARMER

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
	28	Registrierung zur Organtransplantation	Änderung der Rechtsgrundlage	Die Argumentation des BVA kann nachvollzogen werden. Es wird angeregt, dass das BVA sich im Rahmen der gegenwärtig erarbeiteten RSAV-ÄV für eine entsprechende Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen einsetzt.	BARMER
	29	Hochrisikopool		Sofern die rechtlichen Rahmenbedingungen angepasst werden, wird die Wiedereinführung eines Risikopools als sinnvoll erachtet.	SBK
				Auch wenn klar sei, dass ein solches Element nicht in die Festlegungskompetenz des BVA falle, wird die Forderung nach Einführung eines Risikopools wiederholt, da im Rahmen von Vorschlags- und Anhörungsverfahren auf Fehlentwicklungen und Chancen im RSA-Verfahren hingewiesen werden müsse.	BARMER
<b>V Bewertung des Gesamtmodells</b>		Bewertung des Gesamtmodells			
<b>[VI] Nicht (primär) überarbeitete Hierarchien</b>		Diabetes	Stärkere Trennung von Diabetes Typ 1 und Typ 2	Der Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wird erneuert: Aufgrund häufiger Fehlsuordnungen sollten Diabetes Typ 1 und Typ 2 schärfer getrennt werden. Hierzu böte sich kurzfristig die Ausweitung des M2Q-Kriteriums auf die HMG020 (Typ 1) an. Längerfristig sollten ggf. andere Alternativen zur schärferen Abgrenzung / Validierung des Typ 1 überdacht werden (spezifische Hilfsmittel, Facharztkenntung,...). Dabei dürften allerdings auch Komplexität und Detaillierung des Modells nicht außer Acht gelassen werden.	SBK
		Erkrankungen der Leber			
		Gastrointestinale Erkrankungen			
		Alkohol- und Drogenmissbrauch	Nutzung des Sonderkodes Z51.83	Es wird vorgeschlagen, den Kode (Opiat-, Drogen- oder Methadon-Substitution) zur Gruppierung zuzulassen und (ergänzend) der DxG258 zuzuordnen.	AOK-BV
		Entwicklungsstörungen (weggefallen)			
		Zerebrovaskuläre Erkrankungen	HMG095 / HMG096 / DxG401	Es wird angeregt, das Kriterium "stationär erforderlich" für die DxG401 zu ergänzen.	KBV / BÄK

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
			HMG103 / DxG414 (Spätfolgen zerebrovask. Erkrank., n.n.bez.)	Es wird vorgeschlagen, für einen Übergangszeitraum auch Diagnosen mit dem Qualifizierungsmerkmal "Z" aus dem amb. Sektor zur Gruppierung zuzulassen.	KBV / BÄK
	Erkrankungen der Harnwege		HMG131 (Nierenversagen)	Es wird angeregt, die ICD-Kodes N18.80 und N18.81 in die Gruppe aufzunehmen.	KBV / BÄK
			HMG133 (Neurogene Blase)	Es sei zu diskutieren, die beiden ICD-Kodes N31.81 und N31.82 (ohne neurologisches Substrat) ggf. aus der Gruppe zu entfernen.	KBV / BÄK
			HMG136 (Nierenfunktionsstörung)	Es wird angeregt, die ICD-Kodes N27.0, N27.1 und N27.9 aufgrund eines fehlenden Krankheitswertes aus der Gruppe zu verschieben.	KBV / BÄK
	Vergiftungen, Komplikationen und Symptome		HMG165 (Andere iatrogene Komplikationen)	Es wird hinterfragt, weshalb unter anderem die DxG689 mit dem einzigen ICD-Kode T81.4 (Infektion nach Eingriff, andernorts nicht klassifiziert) hier enthalten sei.	KBV / BÄK
	Transplantationen		HMG174 (Lunge, Graft vs. Host) HMG177 (sonstige Organe)	Es müsse bei der DxG748 das Kriterium "ambulante Arzneimittel, chronisch" ergänzt werden. Gleiches gelte für die DxG751.	KBV / BÄK
<b>Festlegungs-entwurf</b>	Ambulante Diagnosen aus dem Krankenhaus (§ 116a ff.)		Verzicht auf Prüfung des Qualifizierungsmerkmals (1.1.2)	Lt. Ambulanter Kodierrichtlinien (AKR), die ab dem 1.1.2011 auch für die vertragsärztliche Versorgung ermächtigte Institutionen gelten, ist das Qualifizierungsmerkmal (G / V / Z / A) nach bestimmten Regeln zu vergeben. Aus Sicht von KBV-BÄK ist die Festlegung des BVA daher verfehlt und führt zu Verwirrung bzw. Zweifeln an der Gültigkeit der AKR i.d. genannten Institutionen.	KBV / BÄK
	Aufgreifkriterien		Zuschläge durch einmalige stationäre Diagnose	Es wird angeregt, für bestimmte DxG (aus den HMG053, MHG091, HMG152, HMG204, HMG205 ) die "sofortige" Gruppierung in eine HMG an weitere Kriterien (M2Q bzw. Arzneimittel) zu knüpfen, um mögliche Fehlanreize zu verhindern (Beispiel: Akute Alkoholintoxikation)	KBV / BÄK
			"stationär erforderlich"	Aus Sicht von KBV / BÄK enthalten die HMG016, HMG081, HMG089, HMG108, HMG146 DxG, für die das Kriterium ausgesetzt werden müsse.	KBV / BÄK

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
			Fünfstellige Kodierung	So lange eine endständige Kodierung im Hausarztsektor nicht zwingend vorgeschrieben sei, sei eine korrekte Gruppierung im Bereich der HMG067, HMG068, HMG075, HMG099, HMG104, HMG106, HMG157 und HMG200 durch hausärztliche Diagnosen nicht sichergestellt.	KBV / BÄK
	Festlegungen zum Berechnungsverfahren	Zuordnung zur Kostenerstattergruppe (KEG)	Auf Grundlage der Datenmeldung für das Berichtsjahr 2009 solle das BVA kurzfristig die Möglichkeit einer weiteren Differenzierung der Kostenerstattergruppe prüfen.	GKV-SV BARMER	
			Da Kostenerstatter keiner HMG zugeordnet werden, befürchten KBV und BÄK Fehlanreize hinsichtlich der Selektion möglicher Versicherter (Ziel zur Selektion gesunder Kostenerstatter).	KBV / BÄK	
		Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGG) / Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für das Krankengeld	Der GKV-SV wiederholt unter Verweis auf seine Stellungnahme vom 11. Juni 2010 seine generelle Kritik am geplanten Vorgehen des BVA. Solle dennoch an der beschriebenen Verfahrensweise festgehalten werden, so sei in der Festlegung Folgendes zu konkretisieren bzw. zu korrigieren: - Die Abgrenzung der KGG solle in "Altersgruppen in 1-Jahres-Abständen, getrennt nach Geschlecht und differenziert nach Erwerbsminderungsstatus" erfolgen, - im Falle negativer oder insignifikanter Regressionskoeffizienten sei die Altersabgrenzung im Einvernehmen mit dem GKV-SV abweichend festzulegen, - nur Versicherte mit KG-Anspruch können den K-AGG und K-EMG zugeordnet werden und - die Ausgabenannualisierung hat auf Basis der Versichertentage mit KG-Anspruch zu erfolgen.	GKV-SV	
			Auch AOK-BV lehnt die Verfahrensanpassung weiterhin ab und fordert für den Fall einer Umsetzung ähnlich wie der GKV-SV - 1-Jahres-Altersabstände, - Zuordnung nur für Versicherte mit KG-Anspruch, - Annualisierung der Leistungsausgaben auf Grundlage der Versichertenzeiten mit KG-Anspruch - Berechnung der annualisierten Leistungsausgaben für verstorbene Versicherte analog zur Berechnung bei allen anderen unterjährig versicherten Personen.	AOK-BV	

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
				Im Entwurf werden – entgegen der angepassten Festlegungen für 2009 und 2010 – lediglich 40 KGG vorgesehen. Analog hierzu solle die Gruppeneinteilung in 1-Jahres-Schritten (getrennt nach Geschlecht und EM-Status) erfolgen. Die BARMER begrüßt den Verzicht auf eine Annualisierung der Krankengeldausgaben bei Verstorbenen.	DAK BARMER
				Die Verfahrensumstellung wird als unzweckmäßig kritisiert. Das BVA solle die Ergebnisse der Analysen des Wissenschaftlichen Beirats abwarten und diesen nicht mit dem angekündigten Regressionsverfahren vorgehen. Das bisherige Verfahren sei daher beizubehalten.	BKK-BV
		Zuordnungsprinzip zu KEG, EMG und AusAGG		Da ein Versicherter mit weniger als 183 Versicherungstagen bei gegebener Festlegung nicht in eine KEG eingeordnet werden kann, schlägt der AOK-BV eine alternative Formulierung vor. Versicherte sollten immer dann in die KEG gruppiert werden, wenn das Merkmal Kostenerstattung in mindestens 50% der Versicherungstage dokumentiert war. Dieses Vorgehen solle analog für die Merkmale Erwerbsminderung und Auslandsaufenthalt angewendet werden.	AOK-BV
		2.1. (Berücksichtigte Leistungsausgaben im Regressionsverfahren)		Um Verzerrungen der Zuschläge durch mangelhafte Ausschöpfungsquoten vorzubeugen, solle folgende Formulierung ergänzt werden: "Die gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der Stichprobenversicherten einer Krankenkasse werden auf die Summe der zu erwartenden Leistungsausgaben der Stichprobe hochgerechnet. Die Summe der erwarteten Leistungsausgaben in der Stichprobe wird als Produkt aus den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einer Krankenkasse gem. KJ1 und dem Anteil der Versicherungstage der Stichprobenversicherten an allen Versichertentagen der Krankenkasse (Ausschöpfungsquote) gebildet."	AOK-BV
	redaktionelle Fehler	1.1.1. (Beschränkung der Diagnosen auf die zu berücksichtigenden Krankheiten)		Die Termine der technischen Anpassungen beziehen sich noch auf die Jahre 2010 und 2011. Änderungsvorschlag: „Technische Anpassungen aufgrund von Aktualisierungen des ICD-Verzeichnisses sowie der Arzneimittelklassifikation werden gemäß § 31 Abs. 4 S. 6 u. 7 RSAV nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen jeweils zum März der Jahre 2011 und 2012 durchgeführt und bekannt gegeben."	GKV-SV TK et al. SBK
		1.1.3.2. (Zuordnung über KH-Diagnosen)		Dritter Aufzählungspunkt muss lauten: "Eine Zuordnung zu den DxG770 und 771 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.1.3.4. erfüllt sind."	GKV-SV SBK

Abschnitt / Dokument	Nr.	Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
			1.1.4. (Hierarchisierung)	Dominanz der HMG201 auf die HMG112 ist nicht aufgelistet.	GKV-SV SBK
			2.1.1. (Zuordnungsprinzipien)	Fehler im Verweis auf die genannten Kapitel. Änderungsvorschlag: "Jede Zuordnung zu einer der im Abschnitt "Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen" unter 1.1., 1.2., 1.3. und 1.4. genannten Gruppen gilt als Risikomerkmäl."	TK et al. BKK-BV
Anlagen	Anlage 2 (Aufgreifkriterien)	Spalte "Verlauf"		Die Spalte enthält f. d. DxG225, DxG826 und DxG827 den Wert "8" der näher erläutert werden solle.	GKV-SV
		Spalte "Kommentar"		Die Spalte enthält wesentliche Informationen zum Aufgreifalgorithmus, die nur unter größerem Aufwand maschinell verwertbar seien. Die Tabelle solle daher um weitere Spalten erweitert werden, in denen die Sonderregeln in geeigneter Form abgebildet würden.	GKV-SV
				Die Anlage enthält keine Gruppierungsregel für die DxG770 und DxG771 (Strahlen- und Chemotherapie), zu denen eine Zuordnung nur erfolgen soll, sofern ICD-Kodes vorliegen, die zu einer Gruppierung in die HMG004 bzw. HMG006 bis HM014 führen.	
				Für DxG821 (Fortgeschr. chron. Niereninsuff. [mit Dialysekennzeichen]) solle ein Hinweis auf die Notwendigkeit des Dialysekennzeichens aus SA100 ergänzt werden.	
	Anlage 4 (Berechnungsverfahren)	Offenlegung der Berechnungsschritte / Nachvollziehbarkeit der Berechnungsschritte		Grundsätzlich wird die Aufbereitung Festlegungsdokumente als transparent bezeichnet. Hinsichtlich der Anlage 4 des Festlegungsentwurfes wird darum gebeten, diese nicht als Bestandteil der Festlegung zu fassen, da dies die Möglichkeiten nachträglicher Anpassungen erheblich behindere.	GKV-SVAOK-BV
				Die generelle Offenlegung der Schritte zur Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wird positiv aufgenommen. Zur besseren Bewertbarkeit des Verfahrens wird vorgeschlagen, den Kassen (beispielsweise) Excel-Tools zur Verfügung zu stellen mithilfe derer die Berechnungsschritte noch besser nachvollzogen werden können.	TK et al.
				SBK schlägt vor, einen festen Ansprechpartner auf Seiten des GKV-SV zu benennen, der für Rückfragen zum Berechnungsverfahren zur Verfügung stehen soll.	SBK
		Berechnung der Anpassungsfaktoren		Es werden Ausführungen zur Berechnung der Anpassungsfaktoren vermisst.	BKK-BV

Abschnitt / Dokument	Nr. Thema / Hierarchie	Bezug	Anmerkung / Kritik / Vorschlag	von
		Ergänzungen / redaktionelle Fehler	<p>Der AOK-BV führt in seiner Stellungnahme die folgende Auflistung zu überarbeitender Punkte an, die z.T. Folgeänderungen bei Umsetzung bereits oben aufgelisteter Vorschläge des AOK-BV sind. Diese sind mit "[Folgeänderung]" kenntlich gemacht :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [Folgeänderung] Anpassung der Regelung zum Regressionsverfahren und zur Hochrechnung untererfasster Leistungsausgaben: Einfügen eines zusätzlichen Normierungsschrittes nach N.1.h. bzw. bei den in Kapitel I der Anlage beschriebenen Regressionen,</li> <li>- [Folgeänderung] Anpassung der Zuordnung der Versicherten zu den KEG, KGG und AusAGG (Vorliegen eines entsprechenden Merkmals zu mind. 50% der Versicherungszeit im Berichtsjahr),</li> <li>- [Folgeänderung] Anpassung der Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld durch Verzicht auf Regressionsverfahren,</li> <li>- Ergänzen und Vereinheitlichen der Rundungsangaben an verschiedenen Stellen des Dokuments,</li> <li>- A.3.a und A.3.b.: "...Satzungs- und Ermessensleitungen des Jahres 2010" ist zu korrigieren in "...Satzungs- und Ermessensleitungen des Jahres 2011...",</li> <li>- "Der unter D.1.b beschriebene Aufteilungsfaktor für Leistungsausgaben ohne Krankengeld sollte analog der Regelung zum Schlussausgleich unter Abzug der sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben gebildet werden.",</li> <li>- C.2.d.I.(1) und C.3.b.I (Bundeslandspezifische Zuweisungen und Schwellenwert): Basis der Zuweisungsermittlung muss der GIB I/2011 sein, zudem beträgt der Schwellenwert in 2011 300 Mio. €,</li> <li>- D.2.d und D.2.f (Zuweisungsanteil KEG bzw. AusAGG): "...des Regressionsanteils der HMG..." ist zu korrigieren,</li> </ul>	AOK-BV

<b>Abschnitt / Dokument</b>	<b>Nr.</b>	<b>Thema / Hierarchie</b>	<b>Bezug</b>	<b>Anmerkung / Kritik / Vorschlag</b>	<b>von</b>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- I.1.1 (monatl. Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen): "Soweit auch eine Zwölftelung der DMP-Zuweisungen vorgesehen ist, ist ein Anpassungsfaktor für die DMP-Pauschale erforderlich",</li> <li>- M.1.e (stand. Vwk je VT): Verweis auf "S.I.c" ist zu ändern in "M.I.c",</li> <li>- M.2.b (Erhöhungsbetrag je AGG): Verweis auf "S.2.a" ist zu ändern in "M.2.a",</li> <li>- N.1.c (Zuordnung zu Risikogruppen): "[Es] sollte zur Klarstellung ergänzt werden, dass hier ebenfalls Daten der Korrekturmeldung berücksichtigt werden.",</li> <li>- N.4.a: Aktualisierung des Berichtsjahres der Morbiditätsdaten - 2010 statt 2009.</li> </ul>	
		Anlage 4b	redaktioneller Fehler	Für den Grundlagenbescheid V/2011 wird ein Korrekturfaktor der Grundpauschale ausgewiesen, der entfallen kann.	AOK-BV

Das Bundesversicherungsamt hat sich gemeinsam mit dem wissenschaftlichen Beirat intensiv mit allen zum Festlegungsentwurf eingegangenen Stellungnahmen auseinandergesetzt und die vorgetragenen Argumente bewertet. Sofern sich ein möglicher Handlungsbedarf offenbarte, wurden die Entscheidungen und die zu den Entscheidungen führenden Auswertungen des BVA einer nochmaligen Prüfung unterzogen.

Eine Vielzahl der eingebrachten Anmerkungen (insbesondere von KBV und BÄK) bezieht sich auf Aspekte, die vom BVA im aktuellen Anpassungszyklus nicht geändert worden sind und somit nicht Gegenstand des Anhörungsverfahrens sind. Da die vorgetragenen Hinweise jedoch oftmals stichhaltig erscheinen und vermutlich zur Verbesserung des Klassifikationsmodells beitragen können, werden einzelne Anregungen bei der Anpassung des Klassifikationsmodells 2012 im kommenden Jahr wieder aufzugreifen sein.

Im Folgenden werden jeweils die im Festlegungsentwurf getroffenen Entscheidungen des BVA zusammengefasst und vor dem Hintergrund der eingegangenen Stellungnahmen erneut diskutiert.

## **II Allgemeine Hinweise / Vorschläge**

### **3 Bezug zur Krankheitsauswahl**

#### **3.1 Festlegungsentwurf**

AOK-BV, IKK e.V. und BARMER kritisierten im Rahmen des Vorschlagsverfahrens die fehlende Verzahnung zwischen der Anhörung zur Krankheitsauswahl und dem Vorschlagsverfahren zum Klassifikationsmodell. Das BVA hat sich mit diesem Einwand intensiv auseinandergesetzt und seine Position im Rahmen der Dokumentation zum Festlegungsentwurf deutlich zum Ausdruck gebracht: Auch wenn der Wunsch nach einer weiteren zeitlichen Entzerrung von Krankheitsauswahl und der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells nachvollziehbar ist, ist eine solche sequentielle Abwicklung der beiden Prozesse nicht leistbar. Hiervon unbenommen sieht das BVA in der partiellen zeitlichen Überschneidung des fakultativen Vorschlagsverfahrens zur Modellanpassung und des Anhörungsverfahrens zur Krankheitsauswahl keinerlei Rechtsfehler, die eine weitere zeitliche Entzerrung bedingen würden.

#### **3.2 Anhörungsverfahren**

Die im Vorschlagsverfahren geäußerte Kritik wird im Anhörungsverfahren insofern durch den BKK-BV in das Gegenteil gewendet, als dass die gesamte verfahrenstechnische Trennung von Krankheitsauswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells als „wenig überzeugend“ bezeichnet wird. Begründet wird dies damit, „dass die Veränderungen beim Klassifikationsmodell in nicht unerheblichem Umfang durch Veränderungen der Krankheitsauswahl erforderlich [wurden].“

#### **3.3 Bewertung**

Gerade umfängliche Änderungen in der Krankheitsauswahl sprechen aus Sicht des BVA für eine Zweiteilung des Gesamtprozesses. So kann den Verfahrensbeteiligten ein ausreichender zeitlicher Spielraum gewährt werden, die Vorschläge des wissenschaftlichen Beirats eingehend zu prüfen und mit dem BVA zu diskutieren. Wie bereits in der Dokumentation zum Festlegungsentwurf ausgeführt wurde, soll das gestufte Verfahren mit getrennten Anhörungen zu Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell den GKV-Spitzenverband frühzeitig einbinden, den Komplexitätsgrad der Gesamtfestlegung reduzieren und somit insgesamt Transparenz und Akzeptanz der Festlegungen weiter steigern.

Unabhängig hiervon ergibt sich die Notwendigkeit zu einer sequentiellen Abarbeitung der beiden Verfahrensblöcke aus der Sache selbst: Die Anpassung des Klassifikationsmodells kann

sinnvoll nur anhand eines zuvor eingegrenzten Morbiditätsspektrums erfolgen. Zumindest BVA-intern ergibt sich somit implizit immer eine Trennung der Verfahrensschritte.

### **3.4 Ergebnis**

Das BVA sieht keine Anhaltspunkte, die die Zusammenführung der beiden Anpassungsschritte rechtfertigen würden. Solange die verfahrenstechnische Trennung der Festlegungen zu Krankheitsauswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells unter zeitlichen Gesichtspunkten realisierbar ist, wird das BVA daher auch am bisherigen Vorgehen festhalten.

## **4 Berücksichtigte Arzneimittel**

### **4.1 Festlegungsentwurf**

Bei der Überarbeitung des Klassifikationsmodells hat das BVA den schon im vergangenen Jahr verfolgten Ansatz zur Schweregraddifferenzierung einzelner Zuschlagsgruppen über die Definition spezifischer Arzneimittelwirkstoffe weiter ausgebaut (metabolische Erkrankungen, Psoriasis).

### **4.2 Anhörungsverfahren**

Während der GKV-SV den vom BVA gewählten Ansatz zur Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen in der Versichertenklassifikation allgemein positiv bewertet und verschiedene Kassen und Verbände die konkret in den einzelnen Hierarchien vorgenommenen Änderungen begrüßen, warnt der BKK-BV davor, dass die Festsetzung bestimmter Mindestverordnungsmengen auf Kassenseite zu negativen Anreizen und insgesamt zu einer zunehmenden Medikalisierung der Versicherten führen könne.

KBV / BÄK kritisieren, dass die vom BVA verwendeten ATC-Listen Codes enthielten, für die in Deutschland keine Fertigarzneimittel verfügbar seien, für die keine DDD definiert worden seien oder für die explizite Verordnungsausschlüsse existierten. Zudem erheben sie insbesondere in Bezug auf die Behandlung der Psoriasis den Einwand, dass nicht alle der den entsprechenden ATC-Fünfstellern zugeordneten Wirkstoffe hierfür zugelassen seien.

### **4.3 Bewertung**

#### **4.3.1 Ausbau der Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel**

Die im Festlegungsentwurf vom wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen arzneimittelbasierten Schweregraddifferenzierungen fußen auf der Zuordnung von hochspezifischen Wirkstoffen, deren jeweilige Verordnung meist auch erhebliche Ausgaben auf Seiten der Kostenträger nach sich zieht. Die im Anhörungsverfahren verschiedentlich vorgetragene Einschätzung, dass das empfohlene Vorgehen zu einer zielgenauen und manipulationsresistenten Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells beiträgt, wird auch vom BVA geteilt. Das BVA vermag dagegen nicht zu erkennen, weshalb einzelne Krankenkassen „Medikalisierungsstrategien“ verfolgen sollten, die – bei möglichen strafrechtlichen Konsequenzen – zunächst mit negativen Ausgabeneffekten verbunden wären, ohne eine Kompensation über Zuweisungen im Folgejahr garantieren zu können.

#### 4.3.2 Nicht relevante Wirkstoffe (außer Handel / Versorgungsausschlüsse / fehlende Indikation)

Das BVA kann an dieser Stelle nur wiederholen, dass der Inhalt der Arzneimittelzuordnungsliste generell sehr breit gefasst ist, um eine implizite Bewertung von Therapiemöglichkeiten zu vermeiden. Es wird der Ansatz verfolgt, möglichst alle Arzneimittel zu erfassen, die eine bestimmte Diagnosegruppe (DxG) plausibler erscheinen lassen. Das BVA orientiert sich daher bei der Auswahl der in der Anlage „Berücksichtigungsfähige Arzneimittel“ aufgeführten Arzneimittel vor allem daran, ob **mindestens ein** durch die ATC-Kodierung (Fünfsteller) abgebildetes Arzneimittel eine zur DxG passende Indikation aufweist:

- Zu Fall 1 „Fehlende Indikation“: Es ergibt sich bei dieser Vorgehensweise die Konstellation, dass Arzneimittel abgebildet werden, die eine entsprechende zugelassene Indikation nicht aufweisen. Dies ist insofern unschädlich, da der Abgleich zwischen dem Arzneimittel und den zur DxG gehörenden Diagnosen erfolgt. Ein Versicherter wird in den seltensten Fällen die entsprechende Diagnose haben und gleichzeitig ein Arzneimittel, dessen Indikation nicht dazu passt.
- Zu Fall 2 „Kein Fertigarzneimittel verfügbar“: Die o. g. Vorgehensweise hat zur Folge, dass Wirkstoffe abgebildet werden, für die es auf dem deutschen Markt kein entsprechendes Fertigarzneimittel gibt. Auch dies ist für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs unschädlich und damit zulässig, da Verordnungen dieser Wirkstoffe realistischerweise nicht in das Abrechnungssystem gelangen.
- Zu Fall 3 „Verordnungsausschlüsse“: Durch die vom BVA breit angelegte Vorgehensweise werden Wirkstoffe in der Anlage „Berücksichtigungsfähige Arzneimittel“ gelistet, die laut Arzneimittelrichtlinie nicht zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen. Das BVA hat Fragen zur Erstattungsfähigkeit bewusst nicht berücksichtigt. Sie sind von anderer Seite zu prüfen und es ist davon auszugehen, dass die Arzneimitteldaten, die dem BVA übersandt werden, keine nicht erstattungsfähigen Arzneimittel enthalten (bereits bei der Abgabe von Arzneimitteln in der Apotheke ist es nicht erlaubt, diese Arzneimittel zu Lasten der GKV abzurechnen). Es ist somit nicht schädlich, wenn die breite Ausgestaltung der Anlage nicht auf dieses Kriterium ausgerichtet ist.

#### 4.3.3 Arzneimittel mit „fehlender DDD-Festsetzung“

Das BVA nutzt für die Zuordnung von Arzneimitteln (über die Pharmazentralnummer) zu ihren ATC-Kodes und der entsprechenden DDD den GKV-Arzneimittelindex, welcher vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDo) erstellt und gepflegt wird. Im GKV-Arzneimittelindex ist – im Gegensatz zum ATC-Index mit DDD-Angaben – jedem Präparat eine DDD zugeordnet. Der Einwand von KBV / BÄK kann vom BVA daher nicht nachvollzogen werden.

#### **4.4 Ergebnis**

Das BVA kann hinsichtlich der Festlegung berücksichtigungsfähiger Arzneimittel keinen grundsätzlichen Änderungsbedarf erkennen. Soweit in den Stellungnahmen Hinweise zur Optimierung der Zuordnung von bestimmten Wirkstoffen zu einzelnen DxG vorgetragen wurden, werden diese in Abschnitt III, jeweils im Bereich der betroffenen Hierarchie, diskutiert.

## **5 Nebendiagnosen aus dem Krankenhaus**

### **5.1 Festlegungsentwurf**

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde von der SBK angeregt, stationäre Nebendiagnosen analog zu gesicherten Diagnosen aus dem ambulanten Sektor zu behandeln, um die Manipulationsresistenz des Klassifikationsmodells zu erhöhen.

Da mögliche Alternativen zur Verwendung stationärer Nebendiagnosen bereits im Vorjahr geprüft und verworfen worden sind und das BVA darüber hinaus die Rechtslage hinsichtlich der zu meldenden stationären Nebendiagnosen als eindeutig einschätzt, wurde der Vorschlag der SBK im Rahmen der Untersuchungen zur Modellanpassung nicht weiter verfolgt. Es wird zudem darauf hingewiesen, dass Verstöße gegen die geltende Rechtslage Sanktionen nach § 273 SGB V nach sich ziehen können.

### **5.2 Anhörungsverfahren**

Unter Verweis auf einen Online-Artikel des SPIEGEL vom 26.06.2010 und ein daraufhin verfasstes Schreiben des VdEK an das BVA zeigen TK et al. und BARMER einen konkreten Manipulationsverdacht auf und sprechen sich für eine „ergebnisoffene“ Prüfung des SBK-Vorschlags aus (BARMER), bei der die Reduktion von Manipulationsanreizen im Vordergrund stehen solle (TK et al.).

Die SBK selbst weist in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die Übertragung von Analyseergebnissen aus dem Vorjahr problematisch sei. Die Ergebnisse beruhten auf Diagnosedaten aus dem Jahr 2007 und stammten somit aus einer Zeit, zu der noch keine besonderen Anreize zu „Up-“ und „Rightcoding“ bestanden hätten. Weiter führt die SBK aus: „Sollte das BVA [im Rahmen der Prüfungen nach § 273 SGB V] Auffälligkeiten feststellen, [müssen] auch die Ergebnisse aus der Vergangenheit [...] neu verifiziert werden.“

Der AOK-BV schließt sich dagegen der Argumentation des BVA an und lehnt mit Blick auf die einschlägigen untergesetzlichen Regelungen den Anpassungsvorschlag der SBK ab.

### **5.3 Bewertung**

Aus Sicht des BVA kann dieser Aspekt nicht allein anhand eines in den Medien berichteten Einzelfalls diskutiert werden.

Hiervon abgesehen kann die Argumentation der SBK generell nachvollzogen werden. Die Analyseergebnisse aus dem Vorjahr stellen eine Momentaufnahme dar. Insbesondere, wenn sich im Bereich der stationären Nebendiagnosen Ansätze zu systematischen Manipulationsversuchen zeigen, die über einen Einzelfall hinausgehen, müssen die

Vorjahresprüfungen auf Grundlage aktuellerer Daten wiederholt und gegebenenfalls die Verwendung von Nebendiagnosen aus dem Krankenhaus in der Versichertenklassifikation geändert werden.

## **5.4 Ergebnis**

Das BVA behält sich entsprechende Prüfungen für den Zeitraum nach der Durchführung des Jahresausgleichs 2009 vor.

## **6 Manipulationsanfälligkeit**

### **6.1 Festlegungsentwurf**

Im Rahmen der Dokumentation zum Festlegungsentwurf führt das BVA aus, dass die Kriterien zur Weiterentwicklung des RSA sich nach den geltenden rechtlichen Bestimmungen zu richten haben und politische Absichtserklärungen – wie etwa die im Koalitionsvertrag formulierten Ziele – hierbei keine (wie z.T. im Vorschlagsverfahren gefordert) zentrale Rolle spielen dürfen. Gleichwohl wird aufgezeigt, dass auch das im Koalitionsvertrag umrissene Ziel zur Erhöhung der Manipulationsresistenz im laufenden Anpassungsprozess zumindest ein begleitendes Entscheidungskriterium darstellt.

### **6.2 Anhörung**

Der AOK-BV schließt sich der Argumentation des BVA explizit an. Kritische Anmerkungen werden in den Stellungnahmen nicht geäußert.

### **6.3 Bewertung / Ergebnis**

Es besteht kein Änderungs- oder Erläuterungsbedarf.

### III Änderungen des Klassifikationsmodells

## 7 Beurteilungskriterien und Anpassungsprinzipien

### 7.1 Anpassungsprinzipien bei der Erstellung des Festlegungsentwurfes

Für die Erarbeitung seiner Empfehlungen hatte der wissenschaftliche Beirat verschiedene Vorschläge zur Ausgestaltung der Hierarchien zu prüfen und empirisch zu bewerten. Als zentrales Beurteilungskriterium wurde hierbei – wie international üblich – auf das statistische Bestimmtheitsmaß  $R^2$  zurückgegriffen. Die Bewertung einzelner Modifikationen erfolgte hierbei immer im Vergleich zu einem Ausgangsmodell ohne Anpassung. Neben der Entwicklung des Bestimmtheitsmaßes dienten als weitere Beurteilungskriterien Einschätzungen zur Manipulationsresistenz des Gesamtmodells, die Stabilität der Kostenschätzer sowie die Entwicklung der Fallzahlen in den einzelnen Zuschlagsgruppen.

Hinsichtlich der Evaluation weiterer geeigneter Beurteilungskriterien für die künftige Überarbeitung des Klassifikationsmodells wurde in der Dokumentation zum Festlegungsentwurf zudem auf die Vergabe eines entsprechenden wissenschaftlichen Gutachtens hingewiesen.

Abweichend von den in den Vorjahren angelegten Anpassungsprinzipien ließ der Beirat in genau definierten Fällen die Bildung von Zuschlagsgruppen auch dann zu, wenn diese eine Gruppenbesetzung von weniger als 100 Fällen aufwiesen. Hierzu mussten allerdings die folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Klare Abgrenzbarkeit: der Schweregrad der in Frage kommenden Gruppe muss auf Grundlage der ICD und Arzneimitteln klar abgrenzbar sein. Die Arzneimittel müssen dabei ein Ausdruck des Schweregrades der Erkrankung und nicht des Lebensstils betroffener Versicherter sein.
- Erheblicher Kostenunterschied: Der Kostenunterschied zwischen den durch Arzneimittel identifizierten Schweregraden muss erheblich sein.
- Fehlende Manipulationsmöglichkeit: Die für die Diagnosestellung und Arzneimittelverordnung vorgeschriebenen klinischen Kriterien müssen gegen Manipulationen resistent sein.

### 7.2 Anmerkungen aus dem Anhörungsverfahren

Generell wird das methodische Vorgehen als „international üblich“ und „objektiv“, die Dokumentation des Anpassungsprozesses als „ausführlich“, „transparent“ und „nachvollziehbar“ bezeichnet. Der GKV-SV begrüßt darüber hinaus den Ansatz von Beirat und BVA, sämtliche Änderungsvorschläge auf ein fest definiertes Ausgangsmodell zu beziehen.

Die Verwendung des Bestimmtheitsmaßes  $R^2$  als primäres statistisches Entscheidungskriterium wird teilweise kritisch hinterfragt. So wünschen sich GKV-SV, BKK-BV und AOK-BV für zukünftige Auswertungen die Angabe weiterer statistischer Maße (z.B. Vorhersagerelationen nach Alter, Morbidität oder Ausgabengruppen). Der BKK-BV hält es für fraglich, ob sich die in den Auswertungen zum Teil nur marginalen Änderungen des Bestimmtheitsmaßes auf neuen Daten reproduzieren lassen. Seitens des BKK-BV wird zudem bemängelt, dass auf die Verwendung von Kreuzvalidierungsverfahren verzichtet worden sei. Vor diesem Hintergrund wird die vom BVA in Auftrag gegebene wissenschaftliche Expertise zur Evaluation alternativer Beurteilungskriterien durchweg positiv aufgenommen.

TK et al. und IKK e.V. fordern, der Senkung von Manipulationsanreizen bei der Anpassung des Klassifikationsmodells ein noch stärkeres Gewicht zu verleihen. Vor diesem Hintergrund regt der IKK e.V. an, die im Rahmen der aktuellen Modellüberarbeitung vorgeschlagenen strikteren Hierarchisierungen (etwa im Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen und der Erkrankungen des Herzens) künftig auch auf weitere Bereiche auszudehnen.

Auch die Tatsache, dass BVA und wissenschaftlicher Beirat bei der Anpassung und Kalibrierung des Modells unter bestimmten Voraussetzungen Zuschlagsgruppen mit einer Besetzung von weniger als 100 Fällen bilden, wird in einigen Stellungnahmen aufgegriffen. So kann etwa der GKV-SV sowohl die Zielsetzung als auch die definierten Bedingungen für ein solches Vorgehen nachvollziehen; allerdings wird eine pragmatischere Lösung des Problems geringer Gruppenbesetzungen in einem Umstieg auf einen Vollerhebungsdatensatz auch bei der Modellanpassung gesehen. Der IKK e.V. dagegen moniert zum einen, dass selbst bei Einhaltung der vom Beirat definierten Ausnahmekriterien das Prinzip der Standardisierung verletzt werde, da ggf. einzelne Krankenkassen die Zuschlagsberechnung dominierten; zum anderen etablierte das BVA einen Hochkostenausgleich innerhalb des RSA-Verfahrens, obwohl mit der Abschaffung des Risikopools ein solcher explizit nicht stattfinden solle.

### **7.3 Bewertung**

Das Vorgehen des wissenschaftlichen Beirats und des BVAs entspricht international üblichen Standards. Eine vom BKK-Bundesverband angeregte Aufteilung der Stichprobe in eine Lern- und Validierungsmenge (Kreuzvalidierungsverfahren) würde die Problematik geringer Gruppenbesetzungen weiter verstärken, und wird daher – wie auch in den vorangegangenen Festlegungsprozessen und auch im vorangegangenen Gutachten nach § 268 Abs. 2 Satz 5 SGB V (IGES/Lauterbach/Wasem) – als nicht sachgerecht angesehen. Dessen ungeachtet sind sich sowohl wissenschaftlicher Beirat wie auch BVA bewusst, dass die bestehende Methodik verbessert und fortentwickelt werden kann. Genau aus diesem Grund wurde auch das im Festlegungsentwurf angesprochene Gutachten vergeben.

Wie in diesem Jahr wird es auch in den kommenden Jahren Ziel der Überarbeitungen durch den wissenschaftlichen Beirat und das BVA sein, weitere Hierarchien zu überarbeiten. Dabei wird auch das Ziel der Senkung der Manipulationsanfälligkeit – im Sinne der Vorgabe des § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V – neben den anderen Zielvorgaben eine zentrale Rolle spielen.

Die Kritik des IKK e.V. an der Aufhebung der Mindestgruppenbegrenzung kann nicht nachvollzogen werden. Die Modellentwicklung erfolgt auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe. Für eine Ballung von Hochkostenfällen bei bestimmten Krankenkassen existieren keine Anhaltspunkte. Auch die Kritik, der vom Gesetzgeber abgeschaffte Risikopool würde durch die Hintertür wieder eingeführt, ist nicht zutreffend. Beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich handelt es sich um einen prospektiven Ausgleich von durchschnittlichen Folgekosten, die bestimmten Risikogruppen zugeordnet werden können. Bei einem Risikopool handelt es sich hingegen um einen ex-post Ausgleich von tatsächlichen Behandlungskosten. Die Ausführungen in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf bezogen sich darauf, dass eine Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells vor dem Hintergrund eines fehlenden Risikopools zwangsläufig eine andere Richtung einschlagen muss, als wenn ein Risikopool existiert, der entsprechende Hochkostenfälle bereits erfasst. Es ist in diesem Zusammenhang in Erinnerung zu rufen, dass das ausgewählte Klassifikationsmodell ursprünglich für eine parallele Verwendung mit einem Risikopool entwickelt wurde, und daher zwangsläufig bei der Abbildung von Hochkostenfällen Defizite aufweist. Auch wird daran erinnert, dass die Entscheidung zur Abschaffung des Risikopools maßgeblich von der wissenschaftlichen Expertise nach § 268 Abs. 2 Satz 5 SGB V geprägt war, dass ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich hinreichend in der Lage sei, Hochkostenfälle abzubilden.

Die Anregung des GKV-SV, die zur Weiterentwicklung verwendete Stichprobe zu vergrößern, wird ausdrücklich begrüßt.

## **7.4 Ergebnis**

Eine kurzfristige Änderung der Beurteilungskriterien wird vor der Vorlage der in Auftrag gegebenen Expertise als nicht zielführend erachtet.

## **8 Hierarchie 01 „Infektionen“**

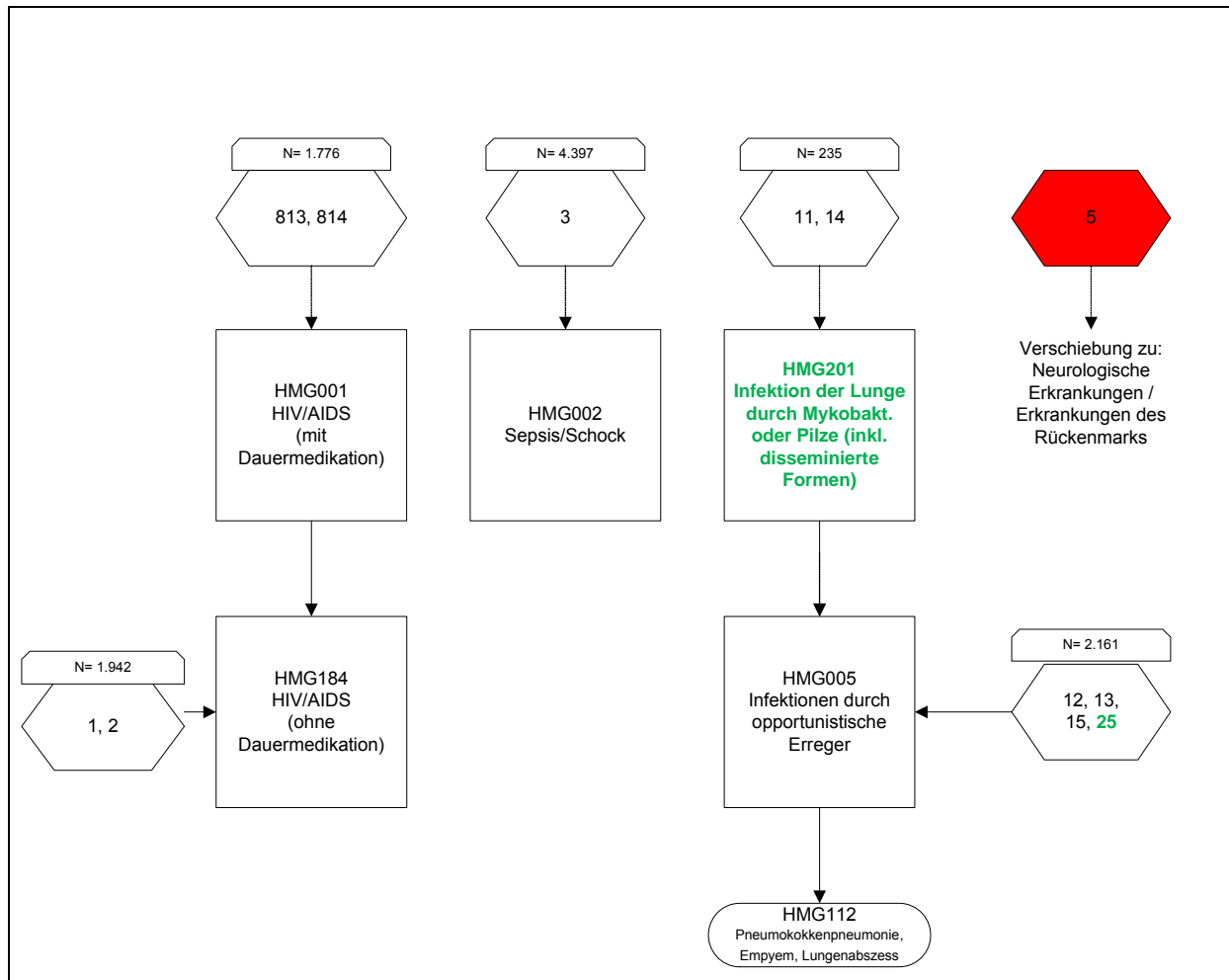
### **8.1 Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf**

Im Zuge der überarbeiteten Krankheitsauswahl entfielen bei der DxG005 „Nicht virale Enzephalitis, Meningoenzephalitis, andere Infektion des Zentralnervensystems“ mehrere ICD-Kodes, weshalb Versicherte mit den entsprechenden Diagnosen zukünftig nicht mehr bei der Versichertenklassifikation berücksichtigt werden können.

Bezüglich der in der DxG005 verbleibenden ICD-Kodes (G37.3 und G37.4) wurde zunächst eine Verschiebung der Gruppe in die Hierarchie 14 („Neurologische Erkrankungen“) diskutiert und verworfen. Stattdessen empfahl der wissenschaftliche Beirat die Aufnahme der Codes in die Hierarchie 013 („Verletzungen/Erkrankungen des Rückenmarks“). Mit dieser Verschiebung entfällt im Bereich der Infektionen die HMG003 gänzlich.

Die mit dem ICD-Kode U83 neu in die Krankheitsauswahl gekommene DxG025 erhält die geänderte Bezeichnung „(Systemische) Candida-Infektion mit Resistenz“ und wird in die HMG005 „Infektionen durch opportunistische Erreger“ aufgenommen. Zugleich werden die DxG011 und DxG014 aufgrund ihrer deutlich höheren Kostenintensität im Vergleich zu den anderen DxGruppen in der HMG005 aus dieser herausgenommen und in einer neuen, übergeordneten HMG zusammengefasst. Diese neue HMG erhält die Nummer HMG201 und die Bezeichnung „Infektion der Lunge durch Mykobakterien oder Pilze (inkl. disseminierte Formen)“.

**Abbildung 1: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Infektionen“**



## 8.2 Anhörungsverfahren

Der Vorschlag zur Anpassung der Hierarchie wird seitens der BARMER begrüßt.

KBV / BÄK hinterfragen, weshalb für die DxG025 „(Systemische) Candida-Infektion mit Resistenz“ als einzige der vier in der HMG005 enthaltenen Gruppen nicht ebenfalls das Aufgreifkriterium „Arzneimittel, rezidivierend akut“ gilt.

## 8.3 Bewertung

Der Einwand von KBV / BÄK erscheint gerechtfertigt. Die DxG025 beinhaltet als einzigen ICD-Schlüssel den Code U83 („Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol“). Bei bestehender Resistenz gegen eines der beiden Antimykotika ist beispielsweise eine Ausweichtherapie mit Amphotericin B in Kombination mit Flucytosin, mit Anidulafungin oder auch Itraconazol indiziert. Vor dem Hintergrund dieser Möglichkeit wird der oben beschriebene Anpassungsvorschlag in einer weiteren Modellrechnung erweitert: Das Aufgreifen der DxG025 wird an das Kriterium „Arzneimittel, rezidivierend akut“ geknüpft. Zur Berechnung

arzneimittelspezifischer Behandlungstage werden die ATC-Fünfsteller J02AA (Antibiotika), J02AX (andere Antimykotika zur systemischen Anwendung) und J02AC (Triazol-Derivate) vorgesehen.

**Tabelle 2: Einführung des Kriteriums „ambulante Arzneimittel“ für die DxG025**

	Festlegungsentwurf		Anhörung (DxG025: ambulante AM, 10 BT)	
	R <sup>2</sup> = 23,2739%		R <sup>2</sup> = 23,2739%	
	N	Schätzer	N	Schätzer
<b>HMG201 Infektionen der Lunge durch Mykobakterien oder Pilze (inkl. disseminierte Formen)</b>	235	14.024 €	235	14.024 €
<b>HMG005 Infektionen durch opportunistische Erreger</b>	2.161	2.642 €	2.160	2.643 €
<b>HMG112 Sonstige Pneumonien, Empyem, Lungenabszess</b>	22.185	986 €	22.185	986 €

Die angepasste Aufgreifsystematik ändert die Modelleigenschaften kaum. Während sich die Besetzung der HMG005 um lediglich einen Fall verringert, bleiben das Bestimmtheitsmaß des Modells und der Kostenschätzer für die HMG annähernd konstant. Vor diesem Hintergrund sollte dem Vorschlag von KBV / BÄK gefolgt werden.

## 8.4 Ergebnis

Der Vorschlag von KBV / BÄK wird umgesetzt. Das Klassifikationsmodell wird im Vergleich zum Festlegungsentwurf dahingehend geändert, dass für die Gruppierung der DxG025 („[Systemische] Candida-Infektion mit Resistenz“) künftig ebenso wie bei den drei übrigen DxG der HMG005 das Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, akut rezidivierend“ vorausgesetzt wird.

## **9 Hierarchie 02 „Neubildungen“**

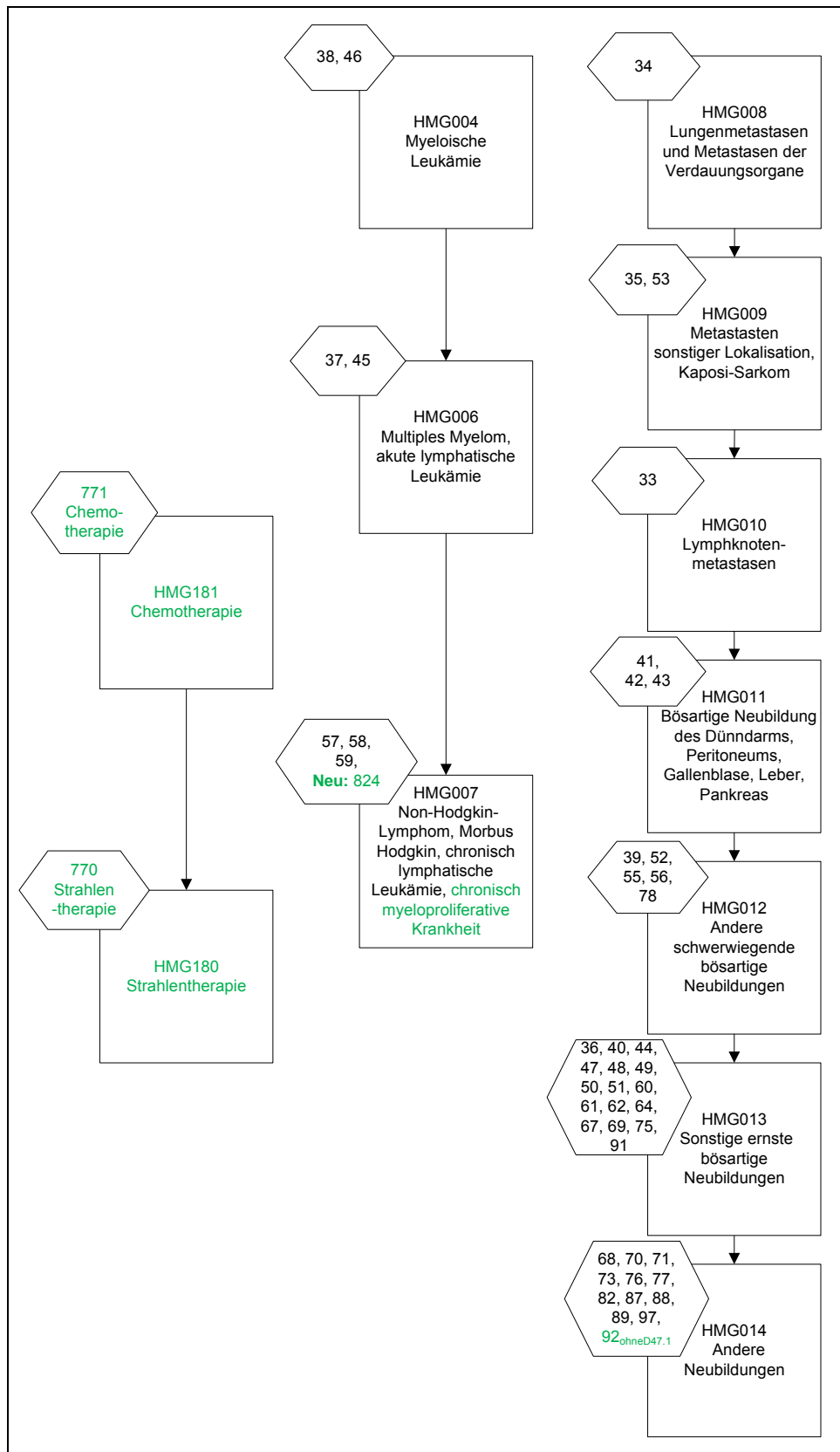
### **9.1 Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf**

Auf Grundlage entsprechender Auswertungen schlug der Beirat vor, die im ICD-Katalog für die Kodierung der Strahlen- bzw. Chemotherapie vorgesehenen Schlüssel Z51.0, Z51.1 und Z51.82 als Zusatzinformationen zur Ausgestaltung des Modells zu berücksichtigen. Hierzu sollen die Codes über zwei neu gebildete HMG180 („Strahlentherapie“) und HMG181 („Chemotherapie“) einen zusätzlichen Zuschlag auslösen, wenn die betroffenen Versicherten weitere zur Hierarchie Neubildungen gehörende Diagnosen aufweisen.

Für den ICD-Kode D47.1 wurde vorgeschlagen, diesen in die neue DxG824 („Chronisch myeloproliferative Krankheit“) einzugruppieren, die wiederum in die HMG007 führt. Die Bezeichnung der HMG007 wurde entsprechend abgeändert zu „Non-Hodgkin-Lymphom, Morbus Hodgkin, chronisch lymphatische Leukämie, chronisch myeloproliferative Krankheit“.

Die Übersicht für die angepasste Hierarchie „Neubildungen“ befindet sich in Abbildung 2.

**Abbildung 2: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Neubildungen“**



## 9.2 Anhörungsverfahren

Die Verwendung der Zusatz-Kodes für Chemo- und Strahlentherapie stieß im Anhörungsverfahren auf breite Ablehnung. Sowohl GKV-SV, als auch TK et al. und Barmer GEK lehnten die vorgeschlagene Änderung mit der Begründung ab, dass die Verwendung der entsprechenden Z-Kodes weder im ambulanten noch im stationären Bereich abrechnungsrelevant sei. Abrechnungsrelevant seien vielmehr die OPS-Schlüssel. Dies führe zu einer lückenhaften Kodierung der entsprechenden ICD. Laut GKV-SV weist nur rund ein Drittel der Patienten mit entsprechendem OPS-Schlüssel oder Zytostatika den ICD Z51.- auf. TK et al. und Barmer brachten vergleichbare Auswertungen vor. Auf die Gefahr, dass dieser Sachverhalt Anreize zu sogenannten „Rightcoding“-Aktivitäten schaffen würde, wurde von den Anhörungsteilnehmern hingewiesen. Lediglich der AOK-BV begrüßte den Anhörungsvorschlag und regte an, die Neubildungen zukünftig noch stärker zu differenzieren.

Die DAK brachte Vorschläge zur Umgruppierung einzelner ICD der Hierarchie vor. So bildet die „Akute Myelofibrose“ (C94.5-) im Klassifikationssystem zusammen mit der „Refraktären Anämie ohne Ringsideroblasten“ (D46.0) die DxG234 „Myelofibrose und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes“. Nach Ansicht der DAK gehöre die akute Myelofibrose aufgrund ihrer Verwandtschaft zur Megakaryoblastenleukämie zu den akuten myeloischen Leukämien und solle von daher in die DxG038 „Akute myeloische Leukämie“ verschoben werden.

Auch die „Akute Monozytenleukämie“ C93.0- wird derzeit der DxG037 „Akute lymphatische Leukämien und andere akute Leukämien, exkl. akute myeloische Leukämie“ zugeordnet wird, während die „Nicht akuten Monozytenleukämien“ (C93.1-, C93.2-, C93.7- und C93.9-) der DxG046 „Chronische myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht akute Leukämien, exkl. chronisch lymphatische Leukämie“ zugeordnet werden. Da die Zuordnung der akuten Krankheit zu den lymphatischen Leukämien, die der chronischen zu den myeloischen Leukämien nicht nachvollziehbar sei, schlägt die DAK eine einheitliche Klassifizierung zur myeloischen Leukämie vor. Insbesondere wird eine Verschiebung des ICD C93.0- in die DxG038 vorgeschlagen.

Gleiches gelte für die „Akute Erythrämie und Erythroleukämie“ C94.0-, welche laut Festlegungsentwurf der DxG037 zugeordnet wird. Trotz erkannter Sonderformen mit „nicht eindeutiger Linienzugehörigkeit“ zur myeloischen bzw. lymphatischen Leukämie wird für die akute und chronische Form eine einheitliche Zuordnung zur myeloischen Leukämie vorgeschlagen. In Konsequenz solle der ICD von DxG037 in DxG038 verschoben werden.

## 9.3 Bewertung

### 9.3.1 Verwendung von Z-Kodes Strahlentherapie und Chemotherapie

Der wissenschaftliche Beirat hat sich auf seiner Sitzung am 13.09.2010 mit den vorgetragenen Argumenten beschäftigt. Grundsätzlich kritisiert er die Tatsache, dass für das Anhörungsverfahren durchgeführte Untersuchungen und die daraus folgenden resultierenden Ergebnisse nur zusammenfassend vorgebracht werden. Wünschenswert sei eine ausführliche tabellarische Dokumentation, um sich ein genaueres Bild von der Empirie machen zu können.

Vor dem Hintergrund der konkreten Problemlage, der Kritik an der vorgeschlagenen Änderung von mehreren Anhörungspartnern und den Erfahrungen an anderer Stelle mit sog. „Right-Coding“-Aktivitäten einzelner Kassen bei der Verwendung der Z-Kodes im Zusammenhang mit HMG130 Dialyse wird die Problematik der vorgeschlagenen Änderung vom Beirat und vom BVA anerkannt. Die vorgesehenen Änderungen werden vorerst ausgesetzt.

### 9.3.2 Vorgeschlagene Umgruppierung einzelner ICD

Da die von der DAK vorgeschlagenen Umgruppierungen der ICD C94.5-, C93.0- und C94.0- aus medizinischer Sicht prinzipiell nachvollziehbar sind, wurden die Vorschläge einer empirischen Überprüfung unterzogen. Dabei war zu beachten, dass zum einen die Verwendung von HMG180 und 181 ausgesetzt wurde, zum anderen im Vergleichsmodell die DxG234 noch nicht berücksichtigt war, da diese durch die veränderte Krankheitsauswahl erst neu aufgenommen wurde. Um bei der Umgruppierung des C94.5- keine verzerrten Ergebnisse zu erhalten, wurde ein neues Vergleichsmodell berechnet, in welchem die HMG180 und HMG181 nicht verwendet wurden und die DxG234 als Kontrollvariable mitgeführt wurde (Modell A.0). Da im Vergleichsmodell die DxG234 allein stehend einen Schätzer von 5.603,11 € aufwies und somit eine Verschiebung des ICD C94.5- aus der vergleichsweise günstigen DxG234 in die DxG038 einen Wechsel in eine teure HMG bewirken würde, wurde sowohl eine Einordnung in die HMG004 (Modell A.1) als auch in die HMG006 geprüft (Modell A.2). Basierend auf den aus dieser Untersuchung gewonnenen Ergebnissen wurde darauf folgend schrittweise die Umgruppierung der ICD C93.0- (Modell A.3) und C94.0- (Modell A.4) geprüft.

## 9.4 Untersuchung:

Die empirischen Ergebnisse zur Verschiebung des ICD C94.5- finden sich in Tabelle 3. Auch wenn die Veränderungen des  $R^2$  auf der vierten Nachkommastelle eher geringfügig sind, zeigt sich insbesondere durch die Veränderung des Schätzers für die DxG234, dass die betreffenden sechs Fälle von der Kostenstruktur weder in die HMG004 (Modell A.1) noch in die HMG006 (Modell A.2) passen. Da es sich eher um unterdurchschnittlich teure Fälle der DxG234 handelt,

würde eine Umgruppierung zu einer entsprechenden leichten Verwässerung der Schätzer für die HMG004 oder HMG006 führen.

**Tabelle 3: Überprüfung der Verschiebung des C94.5 akute Myelofibrose**

<i>Modellinhalt:</i>		<b>Modell 0:</b> Ausgangsmodell vor Anpassung noch keine Aufnahme der neuen ICD in das Modell		<b>Modell A.0:</b> D47.1 in HMG007 keine Zusatzinfo. DxG234 extra		<b>Modell A.1:</b> D47.1 in HMG007 keine Zusatzinfo. C94.5 in HMG004. DxG234 bereinigt extra		<b>Modell A.2:</b> D47.1 in HMG007 keine Zusatzinfo. C94.5 in HMG006. DxG234 bereinigt extra	
Etikett		N	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta
<b>R2</b>			23,2528%		23,2578%		23,2571%		23,2577%
<b>HMG004</b>	Myeloische Leukämie	1.361	15.184,00 €	1.361	15.219,79 €	1.367	15.157,87 €	1.361	15.219,35 €
<b>HMG006</b>	Multiples Myelom, akute lymphatische Leukämie	2.181	9.033,74 €	2.181	9.046,50 €	2.180	9.049,60 €	2.186	9.028,96 €
<b>HMG007</b>	Non-Hodgkin-Lymphom, Morbus Hodgkin, chronisch lymphatische Leukämie	9.524	2.935,34 €	10.581	2.898,51 €	10.578	2.899,90 €	10.578	2.899,95 €
<b>DxG234</b>	Myelofibrose und andere näher bez. Erkrankungen des Blutes	0	- €	134	5.603,11 €	128	5.941,49 €	128	5.939,79 €
<b>HMG008</b>	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	6.515	14.100,00 €	6.515	14.103,22 €	6.515	14.103,36 €	6.515	14.103,36 €
<b>HMG009</b>	Metastasen sonstiger Lokalisation, Kaposi-Sarkom	3.879	9.927,33 €	3.879	9.932,95 €	3.879	9.933,24 €	3.879	9.933,72 €
<b>HMG010</b>	Lymphknotenmetastasen	3.640	7.797,30 €	3.640	7.799,35 €	3.640	7.799,55 €	3.640	7.799,48 €
<b>HMG011</b>	Bösartige Neubildung des Dünndarms, Peritoneums, Gallenblase, Leber, Pankreas	2.073	5.824,39 €	2.073	5.824,93 €	2.073	5.824,99 €	2.073	5.824,87 €
<b>HMG012</b>	Andere schwerwiegende bösartige Neubildungen	4.960	4.210,04 €	4.960	4.210,31 €	4.960	4.210,33 €	4.960	4.210,32 €
<b>HMG013</b>	Sonstige ernste bösartige Neubildungen	83.829	1.838,76 €	83.829	1.836,79 €	83.829	1.836,83 €	83.829	1.836,80 €
<b>HMG014</b>	Andere Neubildungen	36.274	644,83 €	35.535	588,10 €	35.535	588,20 €	35.535	588,19 €

In Anbetracht dieser Tatsache zeigt sich, dass die von der DAK vorgeschlagene Verschiebung des ICD C94.5- aus der DxG234 in die DxG037 und daraus folgende Zuordnung in die HMG004 zu einer Verschlechterung des Modells führt. Eine Umgruppierung des C94.5- von DxG234 in DxG037 wird daher verworfen.

Die Ergebnisse der Untersuchung zur Verschiebung der ICD C93.0- und C94.0- finden sich in Tabelle 4. Da eine Umgruppierung des C94.5 verworfen wurde, ist eine direkte Vergleichbarkeit mit Modell 0 wieder gegeben. Für einen Vergleich des  $R^2$  und der Schätzer von Modell A.3 mit dem Ausgangsmodell zeigt sich, dass eine Umgruppierung des ICD C93.0- auch empirisch Sinn ergibt. Auch wenn es sich in der Stichprobe nur um fünf Fälle handelt, die von der entsprechenden Veränderung betroffen sind, handelt es sich doch eindeutig um Fälle, die sich nicht nur aus medizinischen Aspekten, sondern auch von der Kostenstruktur besser in die HMG004 einordnen lassen.

**Tabelle 4: Ergebnisse zur Umgruppierung des C93.0- akute Monozytenleukämie und des C94.0- akute Erythrämie und Erythroleukämie**

<i>Modellinhalt:</i>		<b>Modell 0:</b> Ausgangsmodell vor Anpassung noch keine Aufnahme der neuen ICD in das Modell		<b>Modell A.3:</b> <b>D47.1 in HMG007</b> <b>keine Zusatzinfo.</b> <b>C93.0- in HMG004</b>		<b>Modell A.4:</b> <b>D47.1 in HMG007</b> <b>keine Zusatzinfo.</b> <b>C93.0- in HMG004</b> <b>C94.0- in HMG004</b>	
<b>Etikett</b>		<b>N</b>	<b>Beta</b>	<b>N</b>	<b>Beta</b>	<b>N</b>	<b>Beta</b>
<b>R2</b>			23,2528%		23,2569%		23,2533%
<b>HMG004</b>	<b>Myeloische Leukämie</b>	1.361	15.184,00 €	1.366	15.304,97 €	1.413	14.894,34 €
<b>HMG006</b>	<b>Multiples Myelom, akute lymphatische Leukämie</b>	2.181	9.033,74 €	2.176	8.983,68 €	2.129	9.112,60 €
<b>HMG007</b>	<b>Non-Hodgkin-Lymphom, Morbus Hodgkin, chronisch lymphatische Leukämie</b>	9.524	2.935,34 €	10.581	2.900,88 €	10.581	2.900,38 €
<b>HMG008</b>	<b>Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane</b>	6.515	14.100,00 €	6.515	14.101,29 €	6.515	14.100,91 €
<b>HMG009</b>	<b>Metastasen sonstiger Lokalisation, Kaposi-Sarkom</b>	3.879	9.927,33 €	3.879	9.930,18 €	3.879	9.924,19 €
<b>HMG010</b>	<b>Lymphknotenmetastasen</b>	3.640	7.797,30 €	3.640	7.796,92 €	3.640	7.795,41 €
<b>HMG011</b>	<b>Bösartige Neubildung des Dünndarms, Peritoneums, Gallenblase, Leber, Pankreas</b>	2.073	5.824,39 €	2.073	5.826,06 €	2.073	5.826,27 €
<b>HMG012</b>	<b>Andere schwerwiegende bösartige Neubildungen</b>	4.960	4.210,04 €	4.960	4.210,47 €	4.960	4.210,34 €
<b>HMG013</b>	<b>Sonstige ernste bösartige Neubildungen</b>	83.829	1.838,76 €	83.829	1.836,82 €	83.829	1.836,76 €
<b>HMG014</b>	<b>Andere Neubildungen</b>	36.274	644,83 €	35.535	588,21 €	35.535	588,05 €

Anders verhält es sich bei der vorgeschlagenen Umgruppierung des C94.0-, welche basierend auf Modell A.3 umgesetzt wurde (Modell A.4). Die Veränderung der Schätzer und des  $R^2$  im Vergleich zu Modell A.3 zeigt deutlich, dass jene 47 Fälle, welche von der Umgruppierung betroffen wären, in der HMG006 eher zu den unterdurchschnittlich teureren Fällen gehören. Eine Einordnung in die kostenintensivere HMG004 würde somit zu einer Verwässerung der erwarteten Kosten für die HMG004 führen. Eine Umgruppierung des C94.0- in die DxG037 wird auf Basis der empirischen Ergebnisse abgelehnt.

## 9.5 Ergebnis

Nach Anhörung zum Festlegungsentwurf lassen sich die Änderungen in der Hierarchie Neubildungen wie folgt zusammenfassen:

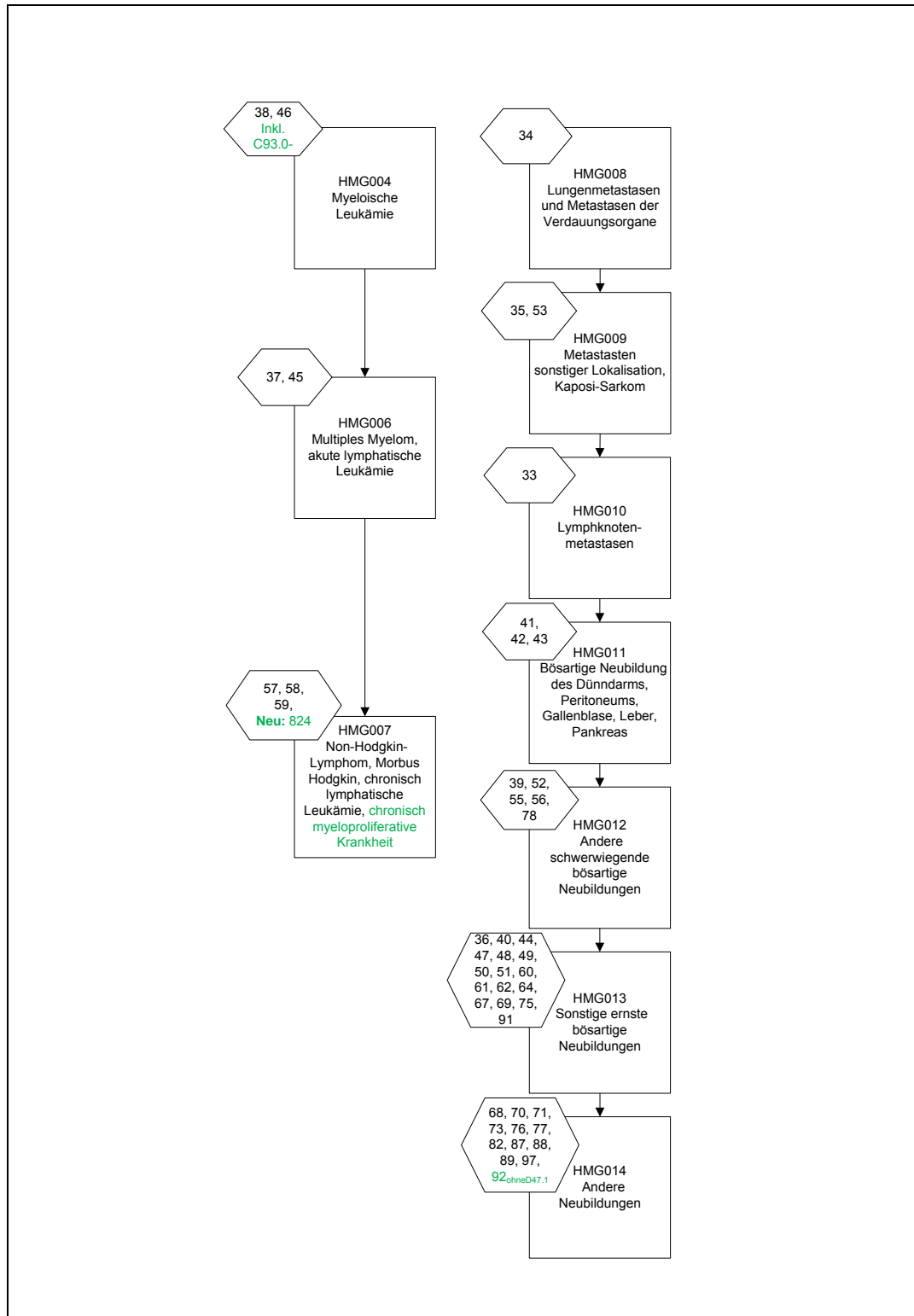
1. Die Verwendung der Zusatzinformationen Strahlentherapie und Chemotherapie in der Hierarchie wird ausgesetzt. Die HMG180 und 181 entfallen daher.
2. Die Umgruppierung des ICD D47.1 in DxG824 (HMG007) wird wie im Festlegungsentwurf vorgeschlagen umgesetzt.

3. Die von DAK vorgeschlagene Umgruppierung der ICD C94.0- und C94.5- wird abgelehnt.
4. Die von DAK vorgeschlagene Umgruppierung des ICD C93.0- in die DxG038 wird umgesetzt.

Infolge der Änderungen wird die DxG037 umbenannt in „Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie und akute Leukämien, nicht näher bezeichneten Zelltyps“. Die HMG006 wird umbenannt in „Multiples Myelom, akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie und akute Leukämien, nicht näher bezeichneten Zelltyps“.

Die endgültige Ausgestaltung der Hierarchie „Neubildungen“ findet sich in Abbildung 3

**Abbildung 3: Anpassung der Hierarchie „Neubildungen“**



## 10 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

### 10.1 Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf

Nach Auswertung ausführlicher Untersuchungen wurden für die Hierarchie „Metabolische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf folgende Änderungen vorgeschlagen:

1. Neue Zuordnung von ICD-Kodes zu DxGruppen:

a. Falls aus mindestens zwei Quartalen

i. für die ICD E74.0, E76.0 und E76.1 Verordnungen des ATC-Fünfsteller A16AB

ii. für die ICD E75.0 und E75.1 Verordnungen des ATC-Fünfsteller A16AX

vorliegen, werden die ICD-Kodes E74.0, E75.0, E75.1, E76.0 und E76.1 der DxG826 „Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT“ zugeordnet.

b. Falls keine Verordnungen aus mindestens zwei Quartalen vorliegen, werden die ICD-Kodes E74.0 und E76.1 der DxG825 „Glykogenspeicherkrankheit und Mukopolysaccharidose, Typ II“ zugeordnet. Die Codes E75.0, E75.1 und E76.0 verbleiben weiterhin in der DxG119 „Angeborene metabolische Störungen“.

c. Falls aus mindestens zwei Quartalen Verordnungen der ATC-Fünfsteller A16AB oder A16AX vorliegen, wird der ICD-Kode E75.2 der DxG827 „Sphingolipidosen mit ERT/SRT“ zugeordnet.

d. Falls keine Verordnungen aus mindestens zwei Quartalen vorliegen, verbleibt der Kode E75.2 wie bisher in der DxG124 „Sphingolipidosen“.

e. Die ICD-Kodes E80.- und D76.- werden aus der DxG122 herausgelöst und in die DxG828 „Porphyrie, Histiozytose“ eingeordnet. Die bereinigte DxG122 erhält den Namen „Erblich bedingte Störungen des Harnsäurestoffwechsels und sonstige näher bezeichnete Stoffwechselstörungen“.

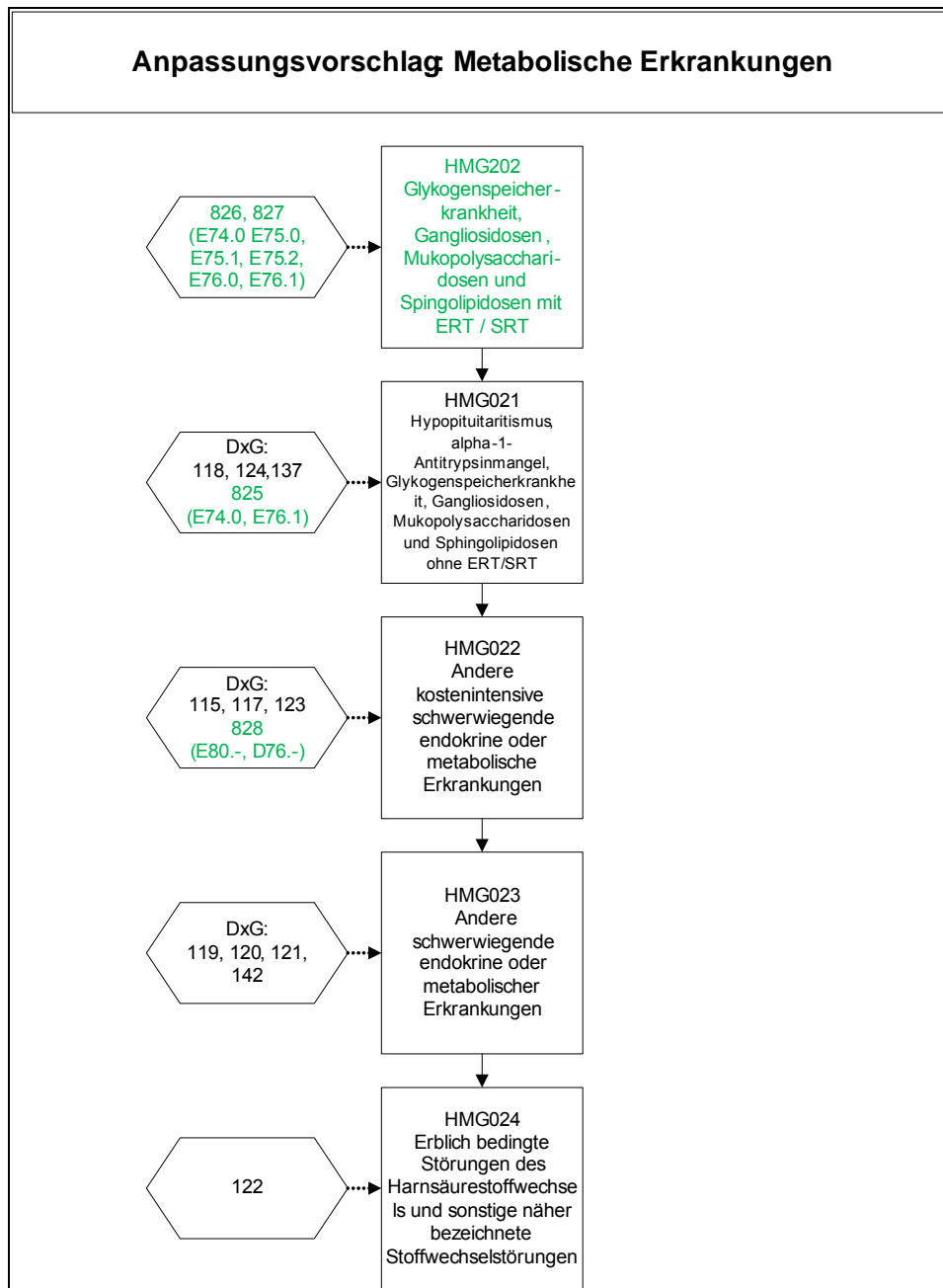
2. HMG-Neuordnung:

a. Hochkosten-HMG mit Arzneimittelprüfung: Versicherte mit den neu geschaffenen DxG826 „Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und

Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT“ und DxG827 „Sphingolipidosen mit ERT/SRT“ der neuen HMG202 „Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen mit ERT/SRT“ zugeordnet. Die HMG202 dominiert alle folgenden HMG der Hierarchie.

- b. Versicherte der DxGruppen 118, 137 und 825 werden in die HMG021 „Hypopituitarismus, alpha-1-Antitrypsinmangel sowie Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen ohne ERT/SRT“ eingeordnet. Die HMG021 dominiert alle folgenden HMG der Hierarchie.
- c. Versicherte der DxGruppen 115, 117, 123 und der neu geschaffenen DxG828 werden in die HMG022 „Andere kostenintensive schwerwiegende endokrine oder metabolische Erkrankungen“ eingeordnet. Die HMG022 dominiert die beiden folgenden HMG der Hierarchie.
- d. Versicherten mit den DxG 120, 121, 142 und den nach der Bereinigung in DxG119 verbleibenden ICD-Kodes wird die HMG023 „Andere schwerwiegende endokrine oder metabolische Erkrankungen“ zugeordnet. Die HMG023 dominiert die folgende HMG024.
- e. Jenen Versicherten, welche nach der Bereinigung der ICD-Kodes noch in DxG122 verbleiben, wird die HMG024 „Erblich bedingte Störungen des Harnsäurestoffwechsels und sonstige näher bezeichnete Stoffwechselstörungen“ zugeordnet.

**Abbildung 4: Anpassungsvorschlag für die Hierarchie „metabolische Erkrankungen“**



## 10.2 Anhörungsverfahren

Die vorgeschlagenen Änderungen wurden von der Barmer GEK ausdrücklich begrüßt. Die getroffene Zuordnung sei geeignet in einer manipulationsresistenten Art und Weise die Kosten der extrem teuren Krankheiten besser abzudecken. Auch GKV-SV und AOK-BV und DAK begrüßten die vorgeschlagenen Änderungen. Im Kontext der Schweregraddifferenzierung bei Mukopolysaccharidosen (DxG826) wurde jedoch von GKV-SV, AOK-BV, DAK und BAG angemerkt, dass auch für den ICD E76.2 („Sonstige Mukopolysaccharidosen“) Formen der Krankheit enthalten sind, welche enzymsubstituierend anhand von Galsulfase (ATC:

A16AB[08]) therapiert werden. Deshalb wurde angeregt, auch für den E76.2 eine verordnungsabhängige Schweregraddifferenzierung durchzuführen. Für Versicherte, welche nicht über entsprechende Arzneimittel verfügen, solle geprüft werden, ob eine Eingruppierung in die DxG825 gerechtfertigt sei.

Ergänzend zu diesen Vorschlägen wurde vom GKV-SV angeregt, auch für die DxG118 („Hypopituitarismus inkl. hypophysärem Kleinwuchs“) eine Schweregraddifferenzierung vorzunehmen, da für betroffene Versicherte bis zum erfolgten Epiphysenfugenschluss in der Pubertät eine Behandlung mit Wachstumshormonen (Somatropin und Somatropin-Analoga) zu einer erheblichen Kostenvarianz in der entsprechenden DxG führe.

### 10.3 Bewertung

Eine erste Bewertung der vorgeschlagenen Änderungen ergab, dass eine Anwendung der Schweregraddifferenzierung auch für den ICD E76.2 („sonstige Mukopolysaccharidosen“) aus medizinischen Gründen nachvollziehbar ist. Gleiches dürfte prinzipiell aber auch für den ICD E76.3 („Mukopolysaccharidose, nicht näher bezeichnet“) gelten. Von daher wurde beschlossen,

1. eine Ausweitung der Schweregraddifferenzierung für die DxG826 auch auf die ICD E76.2 und E76.3 empirisch zu überprüfen,
2. eine Einordnung von Versicherten mit E76.2, welche die Arzneimittelprüfung nicht erfüllen, in die DxG825 ebenfalls im gleichen Zuge zu überprüfen und
3. daran anschließend Möglichkeiten zur Schweregraddifferenzierung der DxG118 („Hypopituitarismus inkl. Hypophysärem Kleinwuchs“) zu analysieren.

### 10.4 Empirische Untersuchung

#### 10.4.1 Schweregraddifferenzierung für Mukopolysaccharidosen anhand von ERT/SRT

Für die empirische Untersuchung der Ausweitung der Schweregraddifferenzierung für Versicherte mit E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ und E76.3 „Mukopolysaccharidosen, nicht näher bezeichnet“ anhand von ERT und SRT wurde ebenfalls der ATC-Fünfsteller A16AB verwendet. Versicherte mit E76.2 oder E76.3, welche Verordnungen des A16AB aus mindestens zwei Quartalen aufwiesen, wurden ebenfalls der DxG826 und somit der HMG202 zugeordnet. Versicherte mit E76.2 ohne die entsprechenden Verordnungen, aber Diagnosen der Krankheit aus mindestens zwei Quartalen, wurden der DxG825 und somit der HMG021

zugeordnet. Versicherte mit E76.3 ohne entsprechende Verordnungen verblieben in der DxG119 und somit der HMG023. Die Ergebnisse der Untersuchung finden sich in Tabelle 5.<sup>2</sup>

**Tabelle 5: Ergebnisse zur Untersuchung der ausgeweiteten Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT**

Variable	Inhalt	Modellvorschlag:			Vorschlag Anhörung 1:		
		N	Beta	p_Wert	N	Beta	p_Wert
		R2					
		25,0098%			25,3637%		
HMG020	Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen mit ERT/SRT	29	297.560,85 €	<0.001	33	305.463,88 €	<0.001
HMG021	Hypopituitarismus, alpha-1-Antitrypsinmangel sowie Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen ohne ERT/SRT	2.890	6.259,87 €	<0.001	2.909	6.313,19 €	<0.001
HMG022	Andere kostenintensive, schwerwiegende endokrine oder metabolische Erkrankungen	15.478	1.362,77 €	<0.001	15.477	1.362,35 €	<0.001
HMG023	Andere schwerwiegende endokrine oder metabolische Erkrankungen	14.124	585,86 €	<0.001	14.102	463,56 €	<0.001
HMG024	Erblich bedingte Störungen des Harnsäurestoffwechsels und sonstige näher bezeichnete Stoffwechselstörungen	5.104	65,20 €	0,3538	5.104	64,53 €	0,3577

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass eine Ausweitung der Arzneimittelprüfung für Versicherte mit sonstigen oder nicht näher bezeichneten Mukopolysaccharidosen zu einer Verbesserung des Modells führt. Die in der HMG 202 und 021 neu aufgegriffenen Fälle führen zu einem Anstieg von R<sup>2</sup> und Schätzer der betreffenden HMG. Das Absinken des Schätzers für HMG023 zeigt ebenfalls, dass die bisher in diese Gruppe eingeordneten Versicherten weit überdurchschnittliche Kosten aufweisen. Eine Annahme der vorgeschlagenen Änderungen wird daher als sinnvoll erachtet.

#### 10.4.2 Schweregraddifferenzierung für DxG118 Hypopituitarismus inkl. hypophysärem Kleinwuchs

Aufbauend auf den im Anhörungsvorschlag 1 angenommenen Änderungen des Klassifikationsmodells wurde die Implementierung einer Schweregraddifferenzierung für die DxG118 anhand von Arzneimitteln geprüft. Analog zu den bei der bei DxG826 und DxG827 verwendeten Arzneimittelprüfungen wurde eine Zuordnung zur neuen DxG840 („Hypopituitarismus mit Somatropingabe“) vorgenommen, wenn für die Versicherten mit einem ambulanten ICD E23.0 „Hypopituitarismus“ Verordnungen des ATC-Fünfstellers H01AC Somatropin und Somatropin-Agonisten in mindestens zwei Quartalen vorlagen. Angesichts der

<sup>2</sup> In den Erläuterungen des Festlegungsentwurfs wurden die Werte des Modellvorschlags falsch ausgewiesen. Tabelle 5 enthält die korrekten Ergebnisse des Anhörungsvorschlags.

individuellen, dem Körpergewicht angepassten Dosierung wird auf eine Mindestverordnungsmenge als quantitatives Kriterium verzichtet. Aufgrund einer ersten Kostenabschätzung wurden die Versicherten mit der neu geschaffenen DxG840 in die HMG225 „Hypopituitarismus mit Somatropingabe“ eingeordnet, welche im Hierarchiestrang von HMG202 dominiert wird und folglich die HMG021 bis HMG024 ebenfalls dominiert. Die Ergebnisse der Untersuchung finden sich in Tabelle 6.

**Tabelle 6: Ergebnisse zur Schweregraddifferenzierung für E23.0 („Hypopituitarismus“)**

		<b>Vorschlag Anhörung 1:</b>			<b>Vorschlag Anhörung 2</b>		
		Festlegungsentwurf erweitert um: E76.2 und E76.3 mit ERT/SRT in DxG826 E76.2 ohne ERT/SRT in DxG825			Modellbasis: Festlegungsentwurf HMG202 wird erweitert um E76.2 und E76.3 mit ERT/SRT HMG021 wird erweitert um E76.2 HMG225 (neu) zwischen HMG202 und HMG021		
<b>Variable</b>	<b>Inhalt</b>	<b>N</b>	<b>Beta</b>	<b>p_Wert</b>	<b>N</b>	<b>Beta</b>	<b>p_Wert</b>
	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>25,3637%</b>			<b>25,3829%</b>		
HMG202	<i>Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen mit ERT/SRT</i>	33	305.463,88 €	<0.001	33	305.463,46 €	<0,001
HMG225	<i>Hypopituitarismus mit Somatropingabe</i>				337	15.014,84 €	<0,001
HMG021	<i>Hypopituitarismus, alpha-1-Antitrypsinmangel sowie Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen ohne ERT/SRT</i>	2.909	6.313,19 €	<0.001	2.572	5.177,93 €	<0,001
HMG022	<i>Andere kostenintensive, schwerwiegende endokrine oder metabolische Erkrankungen</i>	15.477	1.362,35 €	<0.001	15.477	1.360,65 €	<0,001
HMG023	<i>Andere schwerwiegende endokrine oder metabolische Erkrankungen</i>	14.102	463,56 €	<0.001	14.102	462,40 €	<0,001
HMG024	<i>Erblich bedingte Störungen des Harnsäurestoffwechsels und sonstige näher bezeichnete Stoffwechselstörungen</i>	5.104	64,53 €	0,3577	5.104	63,32 €	0,3667

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass eine Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel dazu geeignet ist, die Erklärungskraft des Modells noch weiter zu erhöhen. Der Schätzer für die betreffenden Versicherten zeigt, dass die Kosten für Versicherte mit E23.0 und Therapie mit Somatropin- bzw. Somatropin-Analoga ohne eine gesonderte Berücksichtigung wesentlich unterschätzt würden. Die erhöhte Zielgenauigkeit des angepassten Modells zeigt sich ebenfalls im erhöhten R<sup>2</sup>.

## 10.5 Ergebnis

Die Untersuchungsergebnisse wurden vom Beirat auf der Sitzung am 13.09.2010 besprochen und die Änderungen mit dem BVA einstimmig beschlossen. Aufgrund der Untersuchungen zu den im Anhörungsverfahren vorgeschlagenen Anpassungen der Hierarchie „Metabolische Erkrankungen“ wird festgehalten, die im Anhörungsentwurf vorgeschlagenen Hierarchieanpassungen wie folgt zu erweitern:

1. Versicherte mit ICD E76.2 oder E76.3 und Verordnungen des ATC A16AB in mindestens zwei Quartalen werden ebenfalls der DxG826 zugeordnet,

2. Versicherte mit ICD E76.2 ohne entsprechende Verordnungen aber mit einer entsprechenden Diagnose aus dem stationären Bereich oder aus mindestens zwei Quartalen werden der DxG825 zugeordnet,
3. Versicherte mit ICD E23.0 im ambulanten Bereich und Verordnungen aus mindestens zwei Quartalen werden der DxG840 „Hypopituitarismus mit Somatropingabe“ zugeordnet. Die DxG840 bildet die gleichnamige HMG225, welche von HMG202 dominiert wird und HMG021-HMG024 dominiert.

Die Änderungen in der Hierarchie „Metabolische Erkrankungen“ für das Klassifikationsmodell 2011 werden in Abbildung 5 dargestellt.

**Abbildung 5: Anpassung der Hierarchie „Metabolische Erkrankungen“**



## **11 Hierarchie 07: „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“, Hierarchie 13: „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“, Hierarchie 23: „Verletzungen“**

### **11.1 Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf**

Die Hierarchien „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“, „Erkrankungen des Rückenmarks“, „Verletzungen“ und „Neurologische Erkrankungen“ stehen über verschiedene Dominanzregeln miteinander in Verbindung und bilden somit eine „Komplexhierarchie“. Um den bestehenden Interdependenzen Rechnung zu tragen, wurden mögliche Anpassungen der betroffenen HMG und ihrer Dominanzbeziehungen vor dem Hintergrund dieses Gesamtkomplexes diskutiert. Da sich Beirat und BVA bei den vorgenommenen Untersuchungen aus zeitlichen Gründen zunächst auf die Hierarchien konzentriert haben, die von Änderungen der Krankheitsauswahl berührt waren, wurden die Anmerkungen aus dem Vorschlagsverfahren zur Hierarchie „Neurologische Erkrankungen“ nicht näher untersucht. Aus den vorgenommenen Untersuchungen für die drei verbleibenden Hierarchien leitete der wissenschaftliche Beirat die folgenden Empfehlungen ab:

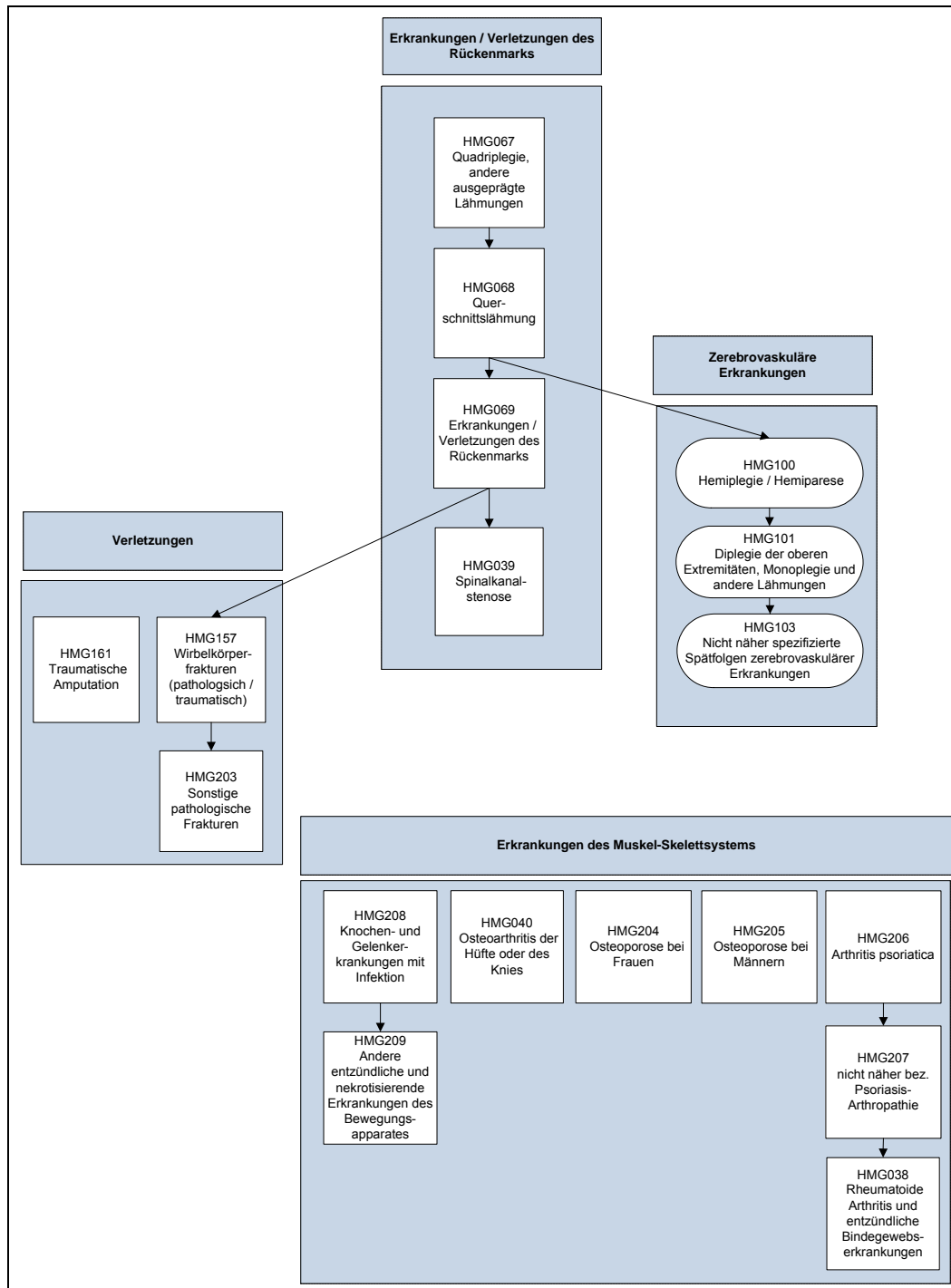
- Die auf die HMG039 („Spinalkanalstenose“) wirkenden Dominanzbeziehungen durch die HMG038 und HMG157 sollen aufgelöst werden. Stattdessen soll die Gruppe in die Hierarchie „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“ verschoben und im dortigen Hierarchiestrang „unter“ die HMG069 („Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“) gestellt werden.
- Die HMG159 („pathologische Fraktur des Humerus, der Tibia oder Fibula“) soll in der Hierarchie „Verletzungen“ mit der HMG162 („Femur- und Beckenfraktur, andere pathologische Frakturen“) zu einer neuen Zuschlagsgruppe HMG203 mit der Bezeichnung „Sonstige pathologische Frakturen“ zusammengelegt werden. Die HMG157 soll umbenannt werden in „Wirbelkörperfrakturen (pathologisch/traumatisch)“.
- Im Bereich der Osteoporose wird eine Geschlechtstrennung vorgeschlagen. Die bisherigen DxGruppen der Osteoporose (DxG201, 810, 811 und 812) werden in geschlechtsspezifische DxGruppen aufgeteilt und den beiden geschlechtsabhängigen Risikogruppen HMG204 („Osteoporose bei Frauen“) und HMG205 („Osteoporose bei Männern“) zugeführt.
- Die beiden neu aufgenommenen DxG208 und DxG209 (Psoriasisarthropathien) sollen auf ICD-Ebene neu aufgeteilt und umbenannt werden. Dabei soll die neu gefasste

DxG208 („Arthritis psoriatica“) in die gleichnamige neue HMG206 führen, die neu abgegrenzte DxG209 („Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie“) in die ebenfalls gleichnamige HMG207. Die HMG206 solle die HMG207 dominieren, die HMG207 wiederum die HMG038 („Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen“).

- Die bisherige HMG037 („Entzündung / Nekrose von Knochen und Gelenken“) soll in die beiden neuen Zuschlagsgruppen HMG208 („Knochen- und Gelenkerkrankungen mit Infektion“) und HMG209 („Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates“) aufgeteilt werden. Die HMG208 soll die HMG209 dominieren.
- Die aus der Hierarchie „Infektionen“ zu verschiebenden ICD-Kodes G37.3 („Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des ZNS“) und G37.4 („Subakute nekrotisierende Myelitis“) sollen über die umbenannte DxG005 („(Sub-)akute Myelitis“) in die HMG069 („Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“) gemappt werden.

Einen Überblick über die angepasste Komplexhierarchie liefert Abbildung 6.

**Abbildung 6: Entwurf zur Anpassung der Hierarchien 7, 13 und 23**



## 11.2 Anhörungsverfahren

Die Überarbeitung der Hierarchien wird von der Barmer GEK explizit als sachgerecht begrüßt. Kritische Anmerkungen wurden zu einigen Teilaspekten der Anpassungsvorschläge geäußert. Zudem wurden verschiedene ergänzende Vorschläge unterbreitet.

So bemängeln GKV-SV und Barmer GEK, dass das BVA trotz entsprechender Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren eine Untersuchung der Kostenhomogenität der in der Hierarchie „Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“ enthaltenen HMG (HMG067-HMG069) unterlassen habe. KBV und BÄK merken zudem an, dass für eine zielgenaue Gruppierung in die angesprochenen HMG zumeist eine fünfstellige ICD-Kodierung vorausgesetzt werde, die im Hausarztsektor nicht verpflichtend vorgegeben sei.

Auch die Hierarchisierung der Arthropathien (HMG038, HMG040, HMG206, HMG207) wird in Frage gestellt. So fordert der IKK e.V., die HMG040 („Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies“) in den vom wissenschaftlichen Beirat empfohlenen vorgeschlagenen, strikten Hierarchiestrang (HMG206 → HMG207 → HMG038) aufzunehmen, um die Manipulationsresistenz des Modells zu erhöhen. GKV-SV und AOK-BV hingegen weisen darauf hin, dass die HMG038 auch Kodierungen von Lungen- und Gefäßmanifestationen bei bestimmten Arthritiden enthält. Die Dominanzbeziehung der HMG038 zu „reinen“ Arthritis-HMG wird daher kritisch gesehen. Die HMG038 solle daher manifestationsbezogen getrennt werden; nur die Gelenkmanifestationen sollten in den Hierarchiestrang eingebunden werden.

KBV und BÄK weisen darauf hin, dass für die Gruppierung in die HMG204 / HMG205 (Osteoporose) bereits die einmalige Kodierung einer stationären Nebendiagnose ausreiche. Es wird vorgeschlagen, die Aufgreifkriterien dahingehend abzuändern, dass es zu einer Gruppierung nur dann kommt, wenn betroffene Versicherte neben der stationären Diagnose noch weitere Kriterien (eine „sektorenübergreifende M2Q-Prüfung“ oder eine „sektorenübergreifende Arzneimittelprüfung“) erfüllen.

Der AOK-BV führt aus, dass aufgrund der ab 1. Januar 2011 geltenden ambulanten Kodierrichtlinien künftig beim Vorliegen pathologischer Frakturen bei Osteoporose (ICD M80.-) die parallele Kodierung der Osteoporose nicht mehr vorgesehen sei. Angeregt wird daher, dass die M80.-Codes künftig einen Zuschlag in die HMG204 und HMG205 (Osteoporose) auslösen.

Ebenfalls auf die pathologischen Frakturen bezugnehmend erläutern KBV / BÄK, dass eine Gruppierung in die HMG157 („Wirbelkörperfrakturen“) nur auf Grundlage der (auf der 5. Stelle kodierten) Lokalisationsangabe möglich ist, die im Hausarztsektor nicht verpflichtend dokumentiert werden müsse. Es wird vorgeschlagen, diesen Sachverhalt in der AG „Allgemeine Kodierrichtlinien“ zu thematisieren.

Darüber hinaus weisen KBV und BÄK auf die beiden ICD-Kodes M84.48 („Pathologische Fraktur, andernorts nicht klassifiziert [Sonstige Lokalisation {Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule}]“) und M90.78 („Knochenfraktur bei Neubildungen {Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule}]“) hin, die aus Klassifikationsgesichtspunkten aus der HMG203 („Sonstige pathologische Frakturen“) in die HMG157 („Wirbelkörperfrakturen [pathologisch / traumatisch]“) verschoben werden sollen.

Bezüglich der DxG655 („Traumatische Amputation eines Beins / eines Arms / einer Hand / eines Fußes / eines Zehs, vollständige Replantation“) plädieren KBV / BÄK dafür, die Gruppierung an das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zu knüpfen.

Abschließend hinterfragen KBV und BÄK, weshalb bestimmte Schlüssel der ICD (beispielsweise M01.2- („Arthritis bei Lyme-Krankheit“)) nicht wie die mit M01.0- oder M01.3-kodierten infektiösen Arthritiden in der HMG208 zu finden sind.

### 11.3 Bewertung

#### 11.3.1 HMG067-HMG069 („Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“)

Die ausführliche Prüfung der Kostenhomogenität der in der Hierarchie „Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“ vorhandenen HMG wurde vom BVA im Anpassungsprozess des Klassifikationsmodells 2011 zurückgestellt, weil die Hierarchie nicht direkt von der geänderten Krankheitsauswahl berührt war. Den Hinweisen von GKV-SV und Barmer werden sich der wissenschaftliche Beirat und das BVA ebenso wie der Anmerkung zur Notwendigkeit einer endstelligen Kodierung in der Hierarchie daher frühestens bei der nächsten Modellüberarbeitung annehmen.

#### 11.3.2 Aufteilung und Hierarchisierung der Arthritiden (HMG038, HMG040, HMG206, HMG207)

Bezogen auf die Hierarchisierung der HMG040 kann der Einwand des IKK e.V. nur bedingt nachvollzogen werden. Generell verfolgen der wissenschaftliche Beirat und das BVA den Ansatz, parallele Zuschläge von eng verwandten Zuschlagsgruppen durch den Aufbau strikter Dominanzbeziehungen zu vermeiden. Ebendies war auch der Grund für den Beirat, eine entsprechende Hierarchiebeziehung (HMG206 → HMG040 → HMG207 → HMG038) empirisch zu überprüfen. Das hierbei auftretende deutliche Absinken des Bestimmtheitsmaßes war jedoch ein Anzeichen dafür, dass in der HMG040 Fälle vereinigt sind, die sehr wohl bei gleichzeitigem Auftreten einer der drei übrigen HMG einen erheblich höheren Leistungsbedarf nach sich ziehen. Diese empirische Beobachtung lässt sich damit erklären, dass sich die in der HMG040 enthaltenen ICD-Kodes medizinisch eindeutig von den übrigen Gruppen abgrenzen lassen und diesen auch aus diagnostisch-therapeutischer Sicht nur sehr begrenzt ähneln. Aus diesem Grund hat sich der Beirat schon bei der Erarbeitung seiner Empfehlung für den Festlegungsentwurf gegen diese Variante entschieden.

Die Vorschläge von GKV-SV, AOK-BV und KBV / BÄK, die HMG038 künftig weiter zu differenzieren und die Hierarchisierung gegebenenfalls entsprechend anzupassen, ist aus Sicht des wissenschaftlichen Beirats und des BVA grundsätzlich berechtigt. Die HMG038 setzt sich gegenwärtig aus fünf DxG und 390 Einzeldiagnosen zusammen, die neben recht

unterschiedlichen Gelenk- und Organmanifestationen rheumatischer Erkrankungen auch verschiedene Schweregrade repräsentieren, die prima facie mit unterschiedlichen prospektiven Kosten einhergehen. Aufgrund der Breite der Zuschlagsgruppe scheint auf mittlere Sicht eine tiefgreifende Überarbeitung angebracht, die im Rahmen des laufenden Prozesses zeitlich nicht mehr zu realisieren ist. Auch die konkreten Vorschläge, etwa bei den rheumatoiden Arthritiden diejenigen Codes, die spezifische Manifestationen an Lunge oder Gefäßen darstellen, aus der Gruppe auszugliedern und – ohne Dominanzbeziehung – eine zusätzliche Zuschlagsgruppe bilden zu lassen, ließe sich vor diesem Hintergrund ausführlicher diskutieren. Angesichts der komplexen Gruppenzusammenstellung wären vor einer Entscheidung jedoch umfassende Auswertungen nötig. Daher plädieren Beirat und BVA dafür, entsprechende Anpassungen auf den kommenden Zyklus zu verschieben.

### 11.3.3 Osteoporose und pathologische Frakturen bei Osteoporose

Der Vorschlag von KBV / BÄK, die Gruppierung der HMG204 / HMG205 (Osteoporose) an neuartige Aufgreifkriterien („sektorenübergreifende M2Q- Prüfung“ / „sektorenübergreifender Arzneimittelabgleich“) zu knüpfen, stellt einen bislang nicht diskutierten systematischen Ansatz dar, der nicht Gegenstand des Anhörungsverfahrens war und der (unbenommen einer möglichen inhaltlichen Prüfung zu einem späteren Zeitpunkt) aus rein formalen Gründen momentan nicht umgesetzt werden kann.

Da der Einwurf des AOK-BV hinsichtlich der Kodierung von Osteoporose und der durch Osteoporose bedingten pathologischen Frakturen (M80.-Codes) für das Klassifikationsmodell im Ausgleichsjahr 2011 noch keinerlei Relevanz besitzt, wird von einer weiteren Diskussion des Vorschlages vorerst abgesehen.

Hinsichtlich der in der hausärztlichen Versorgung – im Regelfall – nicht dokumentierten fünften ICD-Stelle zur Lokalisationsangabe pathologischer Wirbelkörperfrakturen (HMG157) sieht das BVA keinen dringenden Handlungsbedarf. Grundsätzlich dürfte davon auszugehen sei, dass die weitaus überwiegende Anzahl der betroffenen Versicherten sich zu Diagnostik und Therapie über den hausärztlichen Bereich hinaus auch in den fachärztlichen oder stationären Versorgungssektor begeben wird, wo eine entsprechende fünfstellige Kodierung gesichert ist. Eine Anpassung der Klassifikationslogik muss daher nicht erfolgen. Von dieser konkreten Einschätzung abgesehen unterstützt das BVA das generelle Anliegen von KBV und BÄK, die Spezifität hausärztlicher Diagnosen über die Allgemeinen Kodierrichtlinien noch weiter zu erhöhen.

Der Vorschlag, die beiden ICD-Codes M84.48 und M90.78 von der DxG656 in der DxG641 („Pathologische Wirbelkörperfraktur / Wirbelkörperkompressionsfraktur / Trümmerfraktur“) und somit von der HMG203 in die HMG157 zu verschieben, kann generell nachvollzogen werden. Bei einer entsprechenden empirischen Prüfung auf Basis der BVA-Stichprobe führt dies zur

Umgruppierung von 49 Versicherten in die höhere HMG157. Wie Tabelle 7 zeigt, erhöht der Schritt die Zuschlagsdifferenz zwischen den beiden betroffenen HMG (und somit die Trennschärfe und Zielgenauigkeit des Modells). Der Vorschlag zum Verschieben der beiden Codes wird aus diesem Grund befürwortet.

**Tabelle 7: Verschieben der ICD M84.48 und M90.78 zu den Wirbelkörperfrakturen**

		Entwurf		Anhörung Verschieben der ICD M84.48 und M90.78 i.d. HMG157	
		R <sup>2</sup> = 23,2739%		R <sup>2</sup> = 23,2742%	
		N	Schätzer	N	Schätzer
HMG157	Wirbelkörperfrakturen (pathologisch / traumatisch)	12.739	1.004 €	12.788	1.024 €
HMG203	Sonstige pathologische Frakturen	15.729	588 €	15.680	570 €

#### 11.3.4 Aufgreifen der DxG655

Der Vorschlag, die DxG655 („Traumatische Amputation eines Beins / eines Arms / einer Hand / eines Fußes / eines Zehs, vollständige Replantation“) künftig an das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zu koppeln, wird von wissenschaftlichem Beirat und BVA als nicht zielführend angesehen. Die DxG655 enthält ICD-Schlüssel zur Kodierung von Begebenheiten, die sich nicht auf das Akutereignis (die Amputation) beziehen, sondern in den Bereich der (häufig ambulant durchgeführten) Nachsorge fallen und hier zum Teil erhebliche Kosten verursachen (T87.-: „Komplikationen, die für Replantationen und Amputationen bezeichnend sind“).

**Tabelle 8: Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für DxG655 / HMG161**

		Entwurf		Anhörung "stationär erforderlich"	
		R <sup>2</sup> = 23,2739%		R <sup>2</sup> = 23,2666%	
		N	Schätzer	N	Schätzer
HMG161	Traumatische Amputation	3.360	1.840 €	781	1.452 €

Beschränkt man, wie in Tabelle 8 dargestellt, die Gruppierung der DxG655 in die HMG161 („Traumatische Amputationen“) auf die Fälle mit stationärer Diagnose, verringert sich die Gruppenbesetzung erheblich. Da überwiegend die (langfristig) komplizierten Verlaufsformen (T87.-) ausgeschlossen werden, sinkt zudem der Schätzwert für die Folgekosten deutlich ab. Letztendlich würde aus der von KBV und BÄK geforderten Beschränkung eine Verschlechterung der Modellgenauigkeit resultieren. Von einer Umsetzung soll daher abgesehen werden.

#### 11.3.5 Infektiöse Arthritiden in der HMG208

Die von KBV / BÄK hinterfragten, in der HMG208 „fehlenden“ ICD-Codes sind nicht Bestandteil der Krankheitsauswahl und somit nicht zur Verwendung im Klassifikationsmodell zugelassen.

## **11.4 Ergebnis**

Abweichend vom Festlegungsentwurf beschließt das BVA ein Verschieben der ICD-Kodes M84.48 und M90.78 aus der DxG656 („Sonstige, nicht näher bezeichnete pathologische Frakturen“) in die DxG641 („Pathologische Wirbelkörperfraktur / Wirbelkörperkompressionsfraktur / Trümmerfraktur“).

## 12 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

### 12.1 Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf

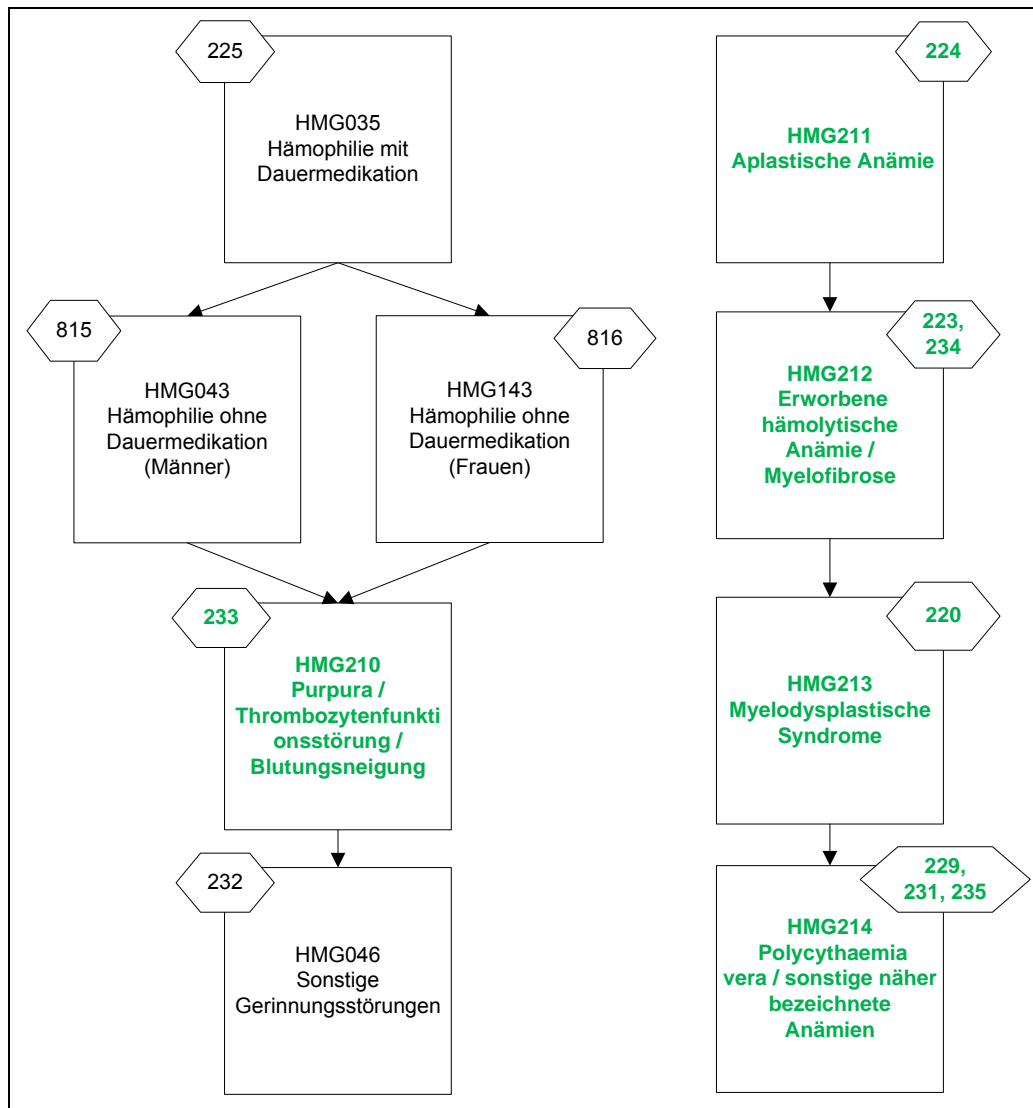
Nach ausführlicher Prüfung unterschiedlicher Vorschläge hat der wissenschaftliche Beirat dem BVA empfohlen, im Bereich der hämatologischen Erkrankungen zunächst keine weiteren Schweregraddifferenzierungen über Arzneimittelwirkstoffe einzuführen. Hinsichtlich der Klassifikationslogik hingegen hat der Beirat dem BVA umfangreiche Anpassungsvorschläge unterbreitet. Im Einzelnen beziehen sich die Empfehlungen auf die Umgruppierung von ICD-Kodes und auf die Umordnung einzelner DxG.

Konkret ergaben sich aus dem Festlegungsentwurf die folgenden Änderungen:

- Der ICD-Kode D68.4 („Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren“) wird von DxG232 in die DxG233 verschoben.
- Die DxG233 wird aus der bisherigen HMG046 („Sonstige Gerinnungsstörungen“) herausgelöst und bildet die neue HMG210 („Purpura / Thrombozytenfunktionsstörung / Blutungsneigung“). Die HMG210 wird von den HMG043 und HMG143 (Hämophilie) dominiert und dominiert ihrerseits die HMG046.
- Aus den durch die veränderte Krankheitsauswahl neu aufgenommenen DxG229, DxG234, DxG235 und den DxG der bisherigen HMG044 („Myelodysplastisches Syndrom und andere schwerwiegende hämatologische Erkrankungen“) wird ein eigenständiger, strikter Hierarchiestrang mit vier Zuschlagsgruppen gebildet:
  - Die DxG224 („Aplastische Anämie“) führt in die HMG211 („Aplastische Anämie“), die an der Spitze des Hierarchiestranges steht.
  - Direkt unterhalb der HMG211 steht die HMG212 („Erworbene hämolytische Anämie / Myelofibrose“) mit den DxG223 („Erworbene hämolytische Anämie“) und DxG234 („Myelofibrose und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes“).
  - Der HMG212 untergeordnet wird die HMG213 („Myelodysplastische Syndrome“), die lediglich die gleichnamige DxG220 beinhaltet.
  - Die unterste Zuschlagsgruppe des Stranges stellt die HMG214 („Polycythaemia vera / sonstige näher bezeichnete Anämien“) dar, der die DxG229 („Polycythaemia vera“), DxG231 („Sideroblastische Anämie“) und DxG235 („Anämie durch akute Blutung und bei sonstigen näher bezeichneten Erkrankungen“) zugeordnet sind.

Abbildung 7 gibt einen Überblick über den Vorschlag zur Neugestaltung der Hierarchie „Hämatologische Erkrankungen“.

**Abbildung 7: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Hämatologische Erkrankungen“**



## 12.2 Anhörungsverfahren

Die DAK regt an, grundsätzlich bei allen Erkrankungen des Gerinnungssystems eine Schweregraddifferenzierung über Faktorpräparate in Betracht zu ziehen. Speziell für das Willebrand-Jürgens-Syndrom wird vorgeschlagen, Desmopressin (ATC-Kode H01BA02) aus Kostengründen bei der Schweregraddifferenzierung zu vernachlässigen und nur auf Faktorpräparate abzustellen. Hierbei sollten Arzneimittel aus den ATC-Gruppen B02BD02, B02BD03, B02BD06 und B02BD08 berücksichtigt werden.

KBV / BÄK hinterfragen den pathologischen Wert des ICD-Kodes D69.6 („Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet“), der bislang über die DxG233 in die HMG210 gruppiert werden soll.

### **12.3 Bewertung**

Bereits bei der Überprüfung der Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren hat sich der Wissenschaftliche Beirat intensiv mit der Frage nach weiteren Schweregraddifferenzierungen über Arzneimittelverordnungen im Bereich hämatologischer Erkrankungen auseinandergesetzt, diese jedoch für den gegenwärtigen Überarbeitungsprozess abgelehnt. Hierbei wurde auch der konkrete von der DAK im Anhörungsverfahren vorgebrachte Vorschlag zur Schweregraddifferenzierung beim Willebrand-Jürgens-Syndrom über den ATC-Fünfsteller B02BD geprüft und verworfen (vgl. Festlegungsentwurf: Tabelle 27 [Modell 1.3] sowie Abschnitt 13.3.3).

Die Anmerkung von KBV und BÄK bezüglich der Einordnung nicht näher bezeichneter Thrombozytopenien erscheint unter medizinischen Gesichtspunkten zunächst nicht ungerechtfertigt. Allerdings behält sich das BVA vor, entsprechende Anpassungsalternativen erst zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen weiterer Anpassungen der Hierarchie zu untersuchen.

### **12.4 Ergebnis**

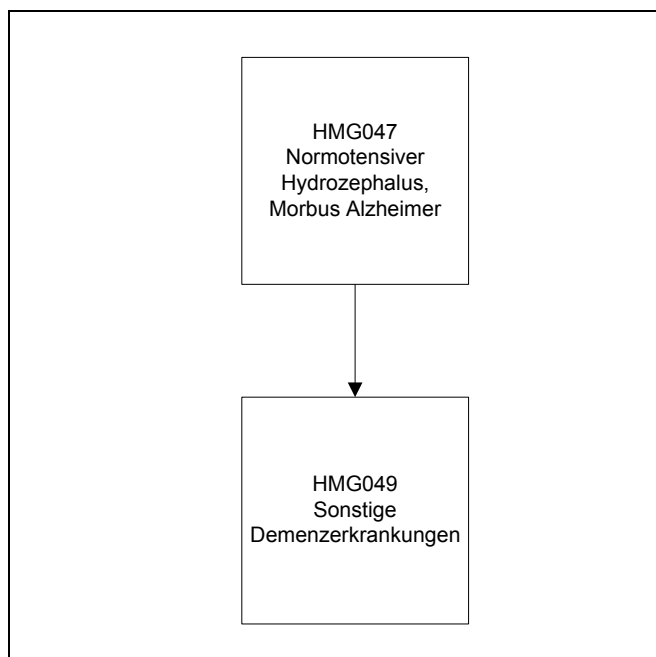
Das BVA hält an den Änderungsvorschlägen des wissenschaftlichen Beirats fest. Änderungen zum Festlegungsentwurf erfolgen nicht.

## 13 Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“

### 13.1 Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf

Aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl entfallen die DxG239 („Vorübergehende organische Psychose [akute exogene Reaktionstypen] mit Delir, Wahn oder Halluzination“) und DxG240 („Toxische / nicht näher bezeichnete Enzephalopathie“). Somit entfällt auch die HMG048 („Delir und Enzephalopathie“). Es verbleiben die HMG047 und HMG049 (vgl. Abbildung 8), die nicht weiter überarbeitet werden sollen.

**Abbildung 8: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Kognitive Erkrankungen“**



### 13.2 Anhörungsverfahren

Die Anpassung wird nicht kritisiert.

### 13.3 Bewertung / Ergebnis

Das BVA wird den Anpassungsvorschlag des wissenschaftlichen Beirats für das Klassifikationsmodell 2011 übernehmen.

## 14 Hierarchie 10 „Psychische Erkrankungen“

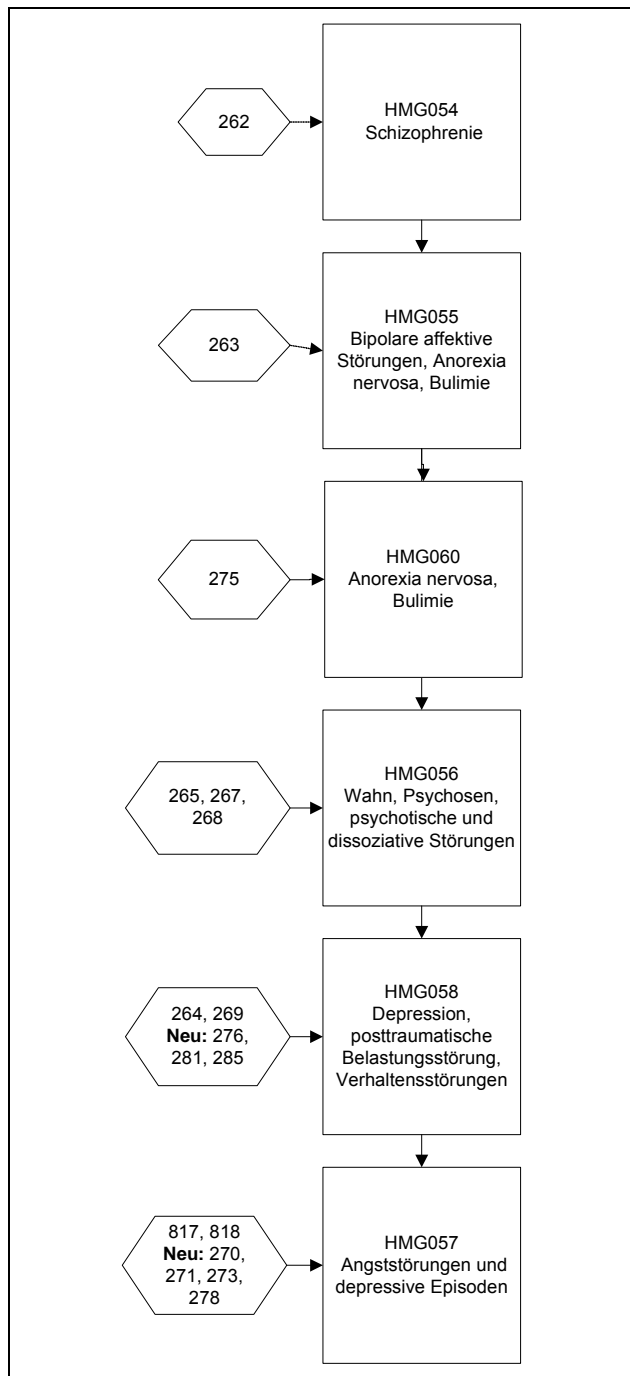
### 14.1 Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf

Im Bereich der Hierarchie „Psychische Erkrankungen“ hat der wissenschaftliche Beirat die folgenden Anpassungen für das Klassifikationsmodell 2011 vorgeschlagen:

- Die DxG275 soll in die neu definierte HMG060 ausgelagert und zwischen HMG055 und HMG056 eingeordnet werden.
- Die durch die Krankheitsauswahl neu aufgenommenen DxG 276, 281 und 285 werden in die HMG058 eingeordnet. Die HMG058 wird umbenannt in *Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Verhaltensstörungen*.
- Die DxG 270, 271, 273 und 278 werden in die HMG057 eingeordnet. Die HMG wird umbenannt in „Angststörungen und depressive Episoden“.

Die neu gestaltete Hierarchie „Psychische Erkrankungen“ erhält nach der Anpassung die in Abbildung 9 zusammengefasste Form.

**Abbildung 9: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Psychische Erkrankungen“**



## 14.2 Anhörungsverfahren

Vorgehen und Ergebnis bei der Anpassung erscheinen BPtK, KBV / BÄK und Barmer GEK überwiegend sachgerecht.

Davon abgesehen tragen IKK e.V., BPtK sowie KBV / BÄK einige weitere Änderungsvorschläge vor, die jedoch zu einem späteren Zeitpunkt überprüft werden könnten. Explizit werden hierbei die Möglichkeit weiterer Schweregraddifferenzierungen über Arzneimittel im Allgemeinen und

ein Arzneimittelabgleich bei affektiven Störungen und schwereren Verlaufsformen der Depression thematisiert. Ebenfalls angesprochen werden einige Teile des Mappings von ICD-Kodes zu den DxG sowie die Hierarchisierung der HMG060 (Bulimie / Anorexie).

Direkter Anpassungsbedarf wird seitens KBV / BÄK und BPtK lediglich bezüglich der Benennung der HMG055 bis HMG057 gesehen.

### **14.3 Bewertung**

Die vorgebrachten Hinweise scheinen z.T. geeignet, das Klassifikationsmodell weiter verbessern zu können. Das BVA behält sich vor, die Vorschläge im Anpassungsprozess für das Klassifikationsmodell 2012 eingehender zu diskutieren.

Die Anmerkungen bezüglich der Benennung der HMG055-HMG057 sind berechtigt.

### **14.4 Ergebnis**

Grundsätzlich wird das BVA die Vorschläge des wissenschaftlichen Beirats umsetzen. Im Vergleich zum Festlegungsentwurf erfolgt lediglich eine Umbenennung der HMG055 bis HMG057:

Die HMG055 wird umbenannt in „Bipolare affektive Störungen“; die HMG056 wird umbenannt in „Wahn, psychotische und Persönlichkeitsstörungen“; die HMG057 wird umbenannt in „Angststörungen und unspezifische depressive Störungen“.

Eine weitere Überarbeitung der Klassifikationslogik in der Hierarchie erfolgt nicht.

## **15 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“**

### **15.1 Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf**

Der Vorschlag, die aus der Hierarchie 01 „Infektionen“ stammende DxG005 „Nicht virale Enzephalitis, Meningoenzephalitis, andere Infektion des Zentralnervensystems“ den neurologischen Erkrankungen zuzuordnen, wurde nach empirischer Prüfung verworfen.

Stattdessen wurde die DxG005 „Nicht virale Enzephalitis, Meningoenzephalitis, andere Infektion des Zentralnervensystems“ in die Hierarchie 13 („Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“) integriert und die Hierarchie 14 nicht weiter überarbeitet.

### **15.2 Anhörungsverfahren**

Die BARMER bezeichnet den Anpassungsvorschlag generell als sachgerecht. Wie jedoch bereits im Vorschlagsverfahren angeregt worden sei, solle das BVA einerseits im Bereich der Multiplen Sklerose eine Schweregraddifferenzierung über Betaferone erwägen. Andererseits solle im Bereich der Muskeldystrophien die Einführung einer altersabhängigen Trennung der Zuschlagsgruppen untersucht werden.

KBV und BÄK weisen darauf hin, dass für die Gruppierung des Apallischen Syndroms in die HMG075 („Koma / Hirnödem / hypoxische Hirnschäden“) eine fünfstellige Kodierung (G93.80) erforderlich sei, die von den Hausärzten gegenwärtig nicht zwingend gefordert werde.

### **15.3 Bewertung**

Diese Hierarchie wurde im Rahmen der Prioritätensetzung für den laufenden Anpassungsprozess nicht grundlegend überarbeitet. Die Untersuchung der beiden von der Barmer im Vorschlagsverfahren eingebrachten Anregungen musste daher aus Zeitgründen im laufenden Anpassungsprozess unterbleiben. Das BVA plant jedoch, entsprechende Prüfungen bei der Anpassung des Klassifikationsmodells im kommenden Jahr vorzunehmen.

Hinsichtlich des Einwurfs von KBV und BÄK erachtet das BVA eine Änderung bei der Kodieranforderung in die HMG075 als nicht zielführend. Davon abgesehen, dass der über dem ICD-Kode G93.80 stehende Viersteller G93.8 nicht Bestandteil der Krankheitsauswahl ist, dient er der Kodierung „sonstiger näher bezeichneter Krankheiten des Gehirns“ und wäre somit in jedem Fall für die HMG075 zu unspezifisch.

## **15.4 Ergebnis**

Das BVA hält an der Empfehlung des Beirats, die Hierarchie „Neurologische Erkrankungen“ in diesem Anpassungszyklus nicht zu überarbeiten, fest.

## **16 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ (und Hierarchie 15: „Herz- und Atemstillstand“)**

### **16.1 Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf**

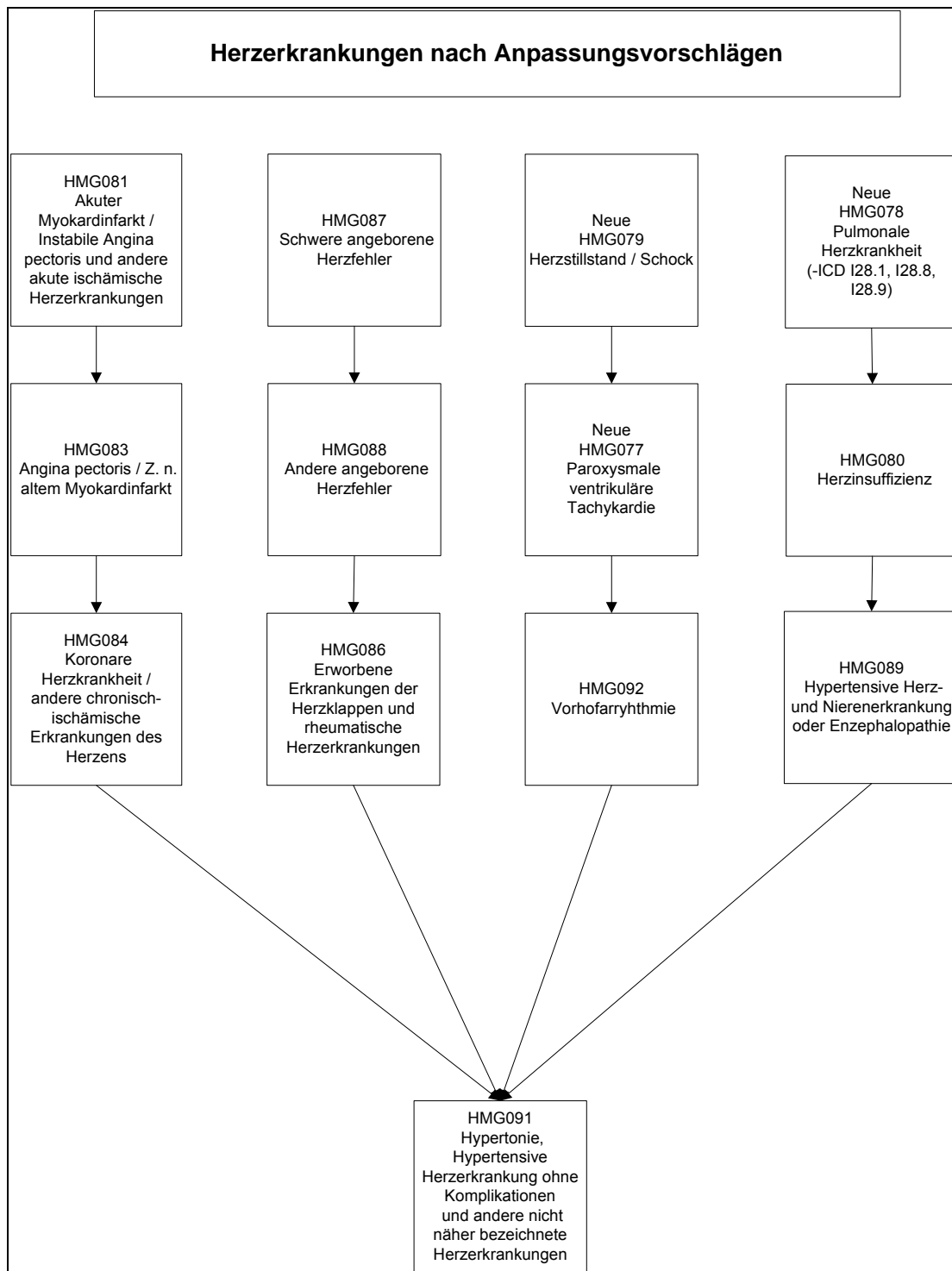
Die Hierarchien „Herz- und Atemstillstand“ sowie „Herzerkrankungen“ wurden vom wissenschaftlichen Beirat für das Klassifikationsmodell 2011 komplett überarbeitet. Im Vordergrund der Überarbeitung stand – neben der Berücksichtigung neu hinzugekommener Diagnosegruppen – insbesondere auch die Reduzierung der breiten Auffächerung der Hierarchiestränge der Hierarchie „Herzerkrankungen“. Zweck dieser Überarbeitung ist dabei sowohl eine Erhöhung der Manipulationsresistenz der Hierarchie, als auch eine Verringerung der durch die hohe Parallelität der Hierarchiestränge bewirkten Tendenz zur Überdeckung einzelner Versicherter.

Die vorgenommenen Anpassungen werden im Anhörungsentwurf detailliert geschildert, die aus dem Anpassungsvorschlag resultierende Ausgestaltung der Hierarchie wird in Abbildung 10, die resultierenden Fallzahlen und Schätzer werden in Tabelle 9 dargestellt.

**Tabelle 9: Hierarchie Herzerkrankungen im Festlegungsentwurf**

<b>Hierarchie Herzerkrankungen</b>			
<i>R<sup>2</sup> : 23,2825%</i>			
<b>HMG</b>	<b>Name</b>	<b>N</b>	<b>€</b>
HMG077 <sub>neu</sub>	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	3.710	1.435,97 €
HMG078 <sub>neu</sub>	Erkrankungen der Lungengefäße, exkl. Lungenembolie	11.318	2.678,61 €
HMG079 <sub>neu</sub>	Herzstillstand / Schock	2.710	2.152,40 €
HMG080	Herzinsuffizienz	138.730	896,04 €
HMG081	Akuter Myokardinfarkt	17.951	1.325,86 €
HMG082	<del>Instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzerkrankungen</del>	-	- €
HMG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	65.437	813,63 €
HMG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	181.523	710,71 €
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	86.779	398,20 €
HMG087	Schwere angeborene Herzfehler	306	7.135,52 €
HMG088	Andere angeborene Herzfehler	2.611	2.143,49 €
HMG089	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung oder Enzephalopathie	21.162	577,07 €
HMG090	<del>Hypertensive Herzerkrankung</del>	-	- €
HMG091	Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	497.754	374,19 €
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	95.103	583,56 €
DxG352, 353	Verschoben in Hierarchie 19: "Lunge"	14.077	3.408,81 €
ICD I28.1, I28.8, I28.9	Verschoben in Hierarchie 18: "Gefäß- und Kreislauferkrankungen"	235	1.314,96 €
<b>Summe</b>		1.139.406	

**Abbildung 10: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Herzerkrankungen“**



## 16.2 Anhörungsverfahren

### Allgemeine Anmerkungen zur Neuordnung der Herz-Hierarchie

Die Überarbeitung der Hierarchie wird von BARMER/GEK – insbesondere auch durch die geänderte Berücksichtigung der HMG091 „Hypertonie“ – als ausgesprochen zielführend angesehen und ausdrücklich begrüßt.

Auch der GKV Spitzenverband stellt fest, dass die vorgenommene striktere Hierarchisierung insbesondere hinsichtlich der Berücksichtigung unterschiedlicher Kodiervarianten eine deutliche Verbesserung darstellt und das Modell resistenter gegenüber Manipulationen macht. Allerdings wird die Unterordnung der HMG091 „Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankungen ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen“ unter alle anderen HMG kritisch gesehen, dies sei in einigen Fällen unter medizinischen Gesichtspunkten nicht begründbar. Hier erachtet der GKV-SV die – aus seiner Sicht – zur Begründung dieser Einordnung ausschließlich aufgeführten Punkte: „hoher Komorbidität“ und „hohe Überschneidung bei den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen“ als nicht ausreichend und hält es daher für dringend erforderlich, die vorgeschlagene Hierarchisierung der HMG091 insbesondere auch unter Komorbiditätsaspekten zu überprüfen.

Der AOK-BV lehnt die vorgeschlagene Neuregelung der Hierarchie als nicht sachgerecht ab und spricht sich für die Beibehaltung der im Klassifikationsmodell 2010 bestehenden Hierarchisierung aus. Um die bedeutendsten medizinisch-systematischen Probleme des Anhörungsvorschlages auszuräumen, sei zumindest die Hierarchisierung der HMG091 so abzuändern, dass diese nur im Hierarchiestrang „Herzinsuffizienz“ eingebunden sei.

### Anmerkungen zu den einzelnen HMG bzw. deren Aufgreifkriterien

Zusätzlich zu den generellen Bewertungen zur Neuordnung der Hierarchie erfolgten Hinweise zur Ausgestaltung der Aufgreifkriterien einzelner HMG bzw. DxG, die nachfolgend in Reihenfolge der HMG dargestellt werden.

- **HMG081 „Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten“:** KBV / BÄK halten die Zusammenfassung der HMG für medizinisch konsistent. Sie weisen allerdings darauf hin, dass in DXG361 „Instabile Angina pectoris und andere akute Koronarerkrankungen“ lediglich stationäre Diagnosen berücksichtigt werden. Da einige der dieser DXG zugeordneten ICD-Kodes jedoch auch im ambulanten Bereich verschlüsselt würden, wird empfohlen, diese über eine neue DxG mit dem Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, chronisch“ ebenfalls zu berücksichtigen, die nicht der HMG081 sondern der HMG083 zugeordnet werden solle.

- **HMG083 „Angina pectoris / Z.n. altem Myokardinfarkt“:** KBV / BÄK weisen darauf hin, dass im vertragsärztlichen Bereich neben den in der DxG363 „Alter Myokardinfarkt“ berücksichtigten Diagnosen I25.2- (alter Infarkt) mit Zusatzkennzeichen „G“ auch die Diagnosen I21.- oder I22.- mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ zulässig sind und auch verwendet werden. Dies werde sich frühestens mit der Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien 2011 ändern. Es wird angeregt, für eine Übergangszeit die betreffenden Diagnosen auch mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ zuzulassen.
- **HMG089 „Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung oder Enzephalopathie“:** BARMER/GEK weisen darauf hin, dass für die DxG384 „Hypertensive Enzephalopathie“ nur stationäre Diagnosen berücksichtigt werden. Aus medizinischer Sicht sei diese Einschränkung nicht verständlich, eine Ausweitung auf M2Q-geprüfte ambulante Diagnosen wird angeregt.

KBV / BÄK weisen darauf hin, dass die DxG351 als einzigen Kode die J81 „Lungenödem“ enthält und an das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ gebunden ist. Da ICD J81 auch im ambulanten Bereich relevant sei, wird die Prüfung des Wegfalls des Aufgreifkriteriums angeraten.

- **HMG091 „Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankungen ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen“:** Die Neuaufnahme der DXG398 „Kardiomegalie“ birgt nach Ansicht der KBV / BÄK einige Risiken, da es sich bei der dazugehörigen Diagnose ICD I51.7 ggf. um Zufallsbefunde handele, die sowohl ambulant als auch stationär kodiert werden dürfen, wenn sie diagnostischen oder sonstigen Aufwand verursachen. Eine Kardiomegalie mit Krankheitswert würde meist zusätzlich über einen Kode im Herzinsuffizienzbereich verschlüsselt, der Kode könnte also theoretisch gestrichen werden. Um Fehleinstufung zu Vermeiden solle hier zumindest ein zwingendes sektorunabhängiges M2Q-Kriterium oder sektorunabhängig ein Aufgreifkriterium „Arzneimittel, chronisch“ ergänzt werden. Unabhängig davon solle in jedem Fall geprüft werden, ob das Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, chronisch“ zu ergänzen sei.

## 16.3 Bewertung

### 16.3.1 Bewertung der Anmerkungen zur Neuordnung der Herz-Hierarchie

Ziel der Überarbeitung der Hierarchie „Herzerkrankungen“ ist ausdrücklich die Verringerung möglicher kostenmäßiger Überdeckungen durch geringfügige Kodiervariationen. Dazu zählt insbesondere auch die neue Einordnung der HMG091 „Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankungen ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete

Herzerkrankungen“, in der Diagnosen versammelt sind, die vergleichsweise geringe Kodierhürden aufweisen und damit besonderer Aufmerksamkeit bedürfen.

Die HMG091 war aus Sicht des BVA sowie des wissenschaftlichen Beirats – wie schon im Festlegungsentwurf begründet – aufgrund der hohen Komorbidität mit anderen Herz-Kreislaufferkrankungen sowie der hohen Überschneidungen bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im bisherigen Klassifikationsmodell (d.h. sowohl im ursprünglichen DxCG-Modell als auch in den darauf aufbauenden Klassifikationsmodellen 2009 und 2010) nicht ausreichend in die Hierarchisierung eingebunden. Zu betonen ist dabei, dass im prospektiven Schätzmodell nicht die enge medizinische Verwandtschaft der in den HMG versammelten Diagnosen, sondern die mit diesen Diagnosen verbundenen prospektiven Folgekosten den determinierenden Faktor zur zielgenauen Zuweisung bilden. Diese Zielgenauigkeit der Zuweisungen wurde – zusätzlich zu der erzielten Erhöhung der Manipulationsresistenz des Modells – mit den im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Anpassungen der Hierarchie messbar erhöht.

Dass zudem die im RSA relevanten prospektiven Folgekosten bei gleichzeitigem Vorliegen der MG091 und einer anderen MG aus der Hierarchie „Herzerkrankungen“ tendenziell niedriger sind als bei isoliertem Auftreten der Einzeldiagnosen, kann z.B. durch die Berechnung von Interaktionstermen in der Regression aufgezeigt werden (vgl. Tabelle 10). Die aus dem gemeinsamen Auftreten der MG091 mit anderen Herz-MG resultierenden Interaktionsterme zeigen den überwiegend negativen Zusammenhang auf. In der gesamten Hierarchie ergeben sich lediglich drei positive Interaktionen, von denen zwei insignifikant sind. Die verbleibende dritte, die Interaktion zwischen MG091 und MG088 betrifft lediglich 55 der potentiell möglichen 2.776 Personen. Aus Sicht des BVA ist auch für diese MG der strikten und konsistenten Hierarchisierung Vorrang vor einer Sonderbehandlung dieser Gruppe zu geben.

**Tabelle 10: Interaktionsterme Hypertonie**

Interaktionsterme Herz Status quo Modell					
Variable	Name	N	Schätzer	StdErr	tValue
MG079	Akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz	14.492	4.754,65 €	72,39	65,68
MG080	Herzinsuffizienz	166.671	1.232,42 €	30,88	39,91
MG081	Akuter Myokardinfarkt	8.834	900,20 €	141,98	6,34
MG082	Instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzerkrankungen	10.704	886,45 €	131,63	6,73
MG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	73.275	225,44 €	45,96	4,91
MG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	243.500	639,56 €	25,76	24,83
MG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	87.384	544,23 €	29,25	18,61
MG087	Schwere angeborene Herzfehler	273	5.463,78 €	315,35	17,33
MG088	Andere angeborene Herzfehler	2.776	2.223,49 €	99,04	22,45
MG089	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung oder Enzephalopathie	6.645	755,44 €	164,62	4,59
MG090	Hypertensive Herzerkrankung	73.442	114,89 €	42,53	2,70
MG091	Hypertonie	785.431	396,02 €	8,74	45,29
MG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	100.028	551,37 €	32,28	17,08
I079	MG079 & MG091	9.296	- 1.887,37 €	89,12	- 21,18
I080	MG080 & MG091	134.205	- 536,43 €	34,71	- 15,45
I081	MG081 & MG091	7.511	- 359,31 €	154,31	- 2,33
I082	MG082 & MG091	9.174	- 317,05 €	142,56	- 2,22
I083	MG083 & MG091	59.106	37,47 €	51,54	0,73
I084	MG084 & MG091	192.613	- 164,30 €	29,46	- 5,58
I086	MG086 & MG091	55.392	- 130,08 €	37,37	- 3,48
I087	MG087 & MG091	8	- 5.898,71 €	1.895,71	- 3,11
I088	MG088 & MG091	55	3.988,03 €	721,43	5,53
I089	MG089 & MG091	5.692	- 582,35 €	177,76	- 3,28
I090	MG090 & MG091	58.607	- 53,92 €	47,91	- 1,13
I092	MG092 & MG091	72.484	20,58 €	38,44	0,54

### 16.3.2 Bewertung der Anmerkungen zu den einzelnen HMG bzw. deren Aufgreifkriterien

**HMG081 / DxG361:** Aufgrund des Vorschlages der KBV / BÄK wurde die vorgeschlagene Berücksichtigung der ambulanten Diagnosen der DXG361 „Instabile Angina pectoris und andere akute Koronarerkrankungen“ mit Arzneimittelvalidierung zunächst innerhalb der HMG081 geprüft (vgl. Tabelle 11). Die Auswertung ergibt, dass diese Form der Berücksichtigung zu einem Rückgang des  $R^2$  im Vergleich zum Anhörungsmodell führt. Zwar werden durch die Berücksichtigung der ambulanten Diagnosen 9.499 Personen mehr der HMG081 zugeordnet, allerdings sinkt der Schätzer für die HMG um ca. 200 € ab (vgl. dazu Tabelle 11 (1)). Die neuzugeordneten Personen rekrutieren sich offensichtlich zum größten Teil aus anderen, hierarchisch der HMG081 untergeordneten HMG, in denen sie bisher besser abgebildet wurden (vgl. dazu Tabelle 11 (2)), die generelle Öffnung der DxG361 auch für ambulante Diagnosen wird daher abgelehnt.

Der eigentliche Vorschlag von KBV / BÄK sieht eine Eingruppierung der ambulanten Diagnosen der DxG361 in die HMG083 vor. Eine solche Differenzierung von ambulanten und stationären Diagnosen entspräche einer grundlegenden Änderung der bisherigen Klassifikationsmethodik und kann nicht ohne ausführliche Diskussion und Analyse umgesetzt werden und muss im aktuellen Festlegungsprozess daher abgelehnt werden.

**Tabelle 11: Fallzahlen und Schätzer bei geänderter Berücksichtigung der DxG361**

<b>Hierarchie Herzerkrankungen</b> (DxG361 auch ambulant erlaubt / Arzneimittlvalidierung) $R^2 : 23,2813\%$				
HMG	Name	N	€	Erg.
HMG077 <sub>neu</sub>	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	3.710	1.442,76 €	
HMG078 <sub>neu</sub>	Erkrankungen der Lungengefäße, exkl. Lungenembolie	11.318	2.679,22 €	
HMG079 <sub>neu</sub>	Herzstillstand / Schock	2.710	2.173,36 €	
HMG080	Herzinsuffizienz	138.730	894,75 €	
HMG081	Akuter Myokardinfarkt	27.450	1.139,02 €	(1)
HMG082	Instabile Angina pectoris und andere-akute ischämische Herzerkrankungen			
HMG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	62.788	814,57 €	(2)
HMG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	177.680	709,34 €	(2)
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	86.779	398,44 €	
HMG087	Schwere angeborene Herzfehler	306	7.134,23 €	
HMG088	Andere angeborene Herzfehler	2.611	2.143,07 €	
HMG089	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung oder Enzephalopathie	21.162	572,50 €	
HMG090	Hypertensive Herzerkrankung			
HMG091	Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	496.198	372,94 €	(2)
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	95.103	584,39 €	
DxG352, 353	Verschoben in Hierarchie 19: "Lunge"	14.077	3.419,60 €	
ICD I28.1, I28.8, I28.9	Verschoben in Hierarchie 18: "Gefäß- und Kreislauferkrankungen"	235	1.317,15 €	
<b>Summe</b>		1.140.857		

**HMG083 „Angina pectoris / Z.n. altem Myokardinfarkt“:** Berücksichtigung der Diagnosen I21.- oder I22.- mit Zusatzkennzeichen „Z“. Das BVA hat die Empfehlung geprüft, sich jedoch gegen die Einführung einer individuellen Ausnahmeregelung für einzelne Z-Kodes entschieden. Es wird darauf verwiesen, dass generell nur behandlungsrelevante Krankheitsbilder erfasst werden sollen.

**HMG089 „Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung oder Enzephalopathie“:**

Die vorgeschlagene Berücksichtigung der ambulanten Diagnosen für DxG384 „Hypertensive Enzephalopathie“ wurde empirisch geprüft. Bei nahezu unverändertem  $R^2$  werden in HMG089 durch den Einbezug der ambulanten Diagnosen bei stabilem Schätzer nun 557 zusätzliche Fälle berücksichtigt (vgl. Tabelle 12 (1)), dies entspricht einer Verdopplung der für diese DxG berücksichtigten Fälle.

Demgegenüber bildet DxG351 „Akutes Lungenödem nicht anderweitig klassifiziert“ aus Sicht des BVA die Behandlung eines lebensbedrohlichen Notfalls ab, welcher zwingend eine Krankenhausbehandlung erfordert. Die Berücksichtigung der ambulanten Diagnosen erscheint an dieser Stelle nicht sachgerecht.

**Tabelle 12: Fallzahlen und Schätzer bei geänderter Berücksichtigung der DxG384**

<b>Hierarchie Herzerkrankungen</b> (DxG384 auch ambulant erlaubt) $R^2 : 23,2826\%$				
HMG	Name	N	€	Erg.
HMG077 <sub>neu</sub>	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	3.710	1.435,96 €	
HMG078 <sub>neu</sub>	Erkrankungen der Lungengefäße, exkl. Lungenembolie	11.318	2.679,00 €	
HMG079 <sub>neu</sub>	Herzstillstand / Schock	2.710	2.152,33 €	
HMG080	Herzinsuffizienz	138.730	896,41 €	
HMG081	Akuter Myokardinfarkt	17.951	1.325,79 €	
HMG082	Instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzerkrankungen			
HMG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	65.437	813,24 €	
HMG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	181.523	710,50 €	
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	86.779	398,09 €	
HMG087	Schwere angeborene Herzfehler	306	7.135,47 €	
HMG088	Andere angeborene Herzfehler	2.611	2.143,47 €	
HMG089	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung oder Enzephalopathie	21.719	577,21 €	(1)
HMG090	Hypertensive Herzerkrankung			
HMG091	Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	497.487	374,17 €	
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	95.103	583,53 €	
DxG352, 353	Verschoben in Hierarchie 19: "Lunge"	14.077	3.408,87 €	
ICD I28.1, I28.8, I28.9	Verschoben in Hierarchie 18: "Gefäß- und Kreislauferkrankungen"	235	1.315,05 €	
<b>Summe</b>		1.139.696		

**HMG091 „Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankungen ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen“:** Die Diagnosen der DxG398 „Kardiomegalie“ sind im Zuge der überarbeiteten Krankheitsauswahl neu zu berücksichtigen. Da dabei die geforderten Auswahlkriterien erfüllt wurden, können diese Diagnosen nicht einfach ignoriert werden. Aufgrund ihrer Kostenerwartungen wurden sie jedoch in die am niedrigsten bewertete HMG der Hierarchie eingruppiert und werden somit von allen anderen Herzdiagnosen dominiert. In diesem Zusammenhang erscheint es sachgerecht, wie vorgeschlagen die klinisch relevanten ambulanten Fälle – analog zu anderen in dieser HMG versammelten DxGruppen – durch das Aufgreifkriterium „Ambulante Arzneimittel“ zu identifizieren. Die Arzneimittelvalidierung erfolgt mit den Merkmalen: „wegen klinischer Relevanz, chronisch, 183 BT“. Zur Validierung zugelassen sind folgende ATC-Kodes:

**Tabelle 13: ATC-Kodes zum Aufgreifen der DxG398**

C01AA	Digitalisglykoside
C01AC	Strophanthusglykoside
C01AH	Homöopathische und anthroposophische Zubereitungen mit Herzglykosiden
C01AP	Andere pflanzliche Zubereitungen mit Herzglykosiden
C01BA	Antiarrhythmika, Klasse Ia
C01BB	Antiarrhythmika, Klasse Ib
C01BC	Antiarrhythmika, Klasse Ic

C01BD	Antiarrhythmika, Klasse III
C03AA	Thiazide, rein
C03BA	Sulfonamide, rein
C03BX	Andere Low-ceiling-Diuretika
C03CA	Sulfonamide, rein
C03DA	Aldosteron-Antagonisten
C03EA	Low-ceiling-Diuretika und Kalium sparende Mittel
C03EB	High-ceiling-Diuretika und Kalium sparende Diuretika
C03EC	Aldosteron-Antagonisten und Low-ceiling-Diuretika
C03ED	Aldosteron-Antagonisten und High-ceiling-Diuretika
C03XH	Andere homöopathische und anthroposophische Diuretika
C03XP	Pflanzliche Diuretika
C07AA	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten, nichtselektiv
C07AB	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten, selektiv
C07AG	Alpha- und Beta-Adrenozeptor-Antagonisten
C07BA	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten, nichtselektiv, und Thiazide
C07BB	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten, selektiv, und Thiazide
C07CA	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten, nichtselektiv, und andere Diuretika
C07CB	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten, selektiv, und andere Diuretika
C07DA	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten, nichtselektiv, Thiazide und andere Diuretika
C07FA	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten, nichtselektiv, und andere Antihypertonika
C07FB	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten, selektiv, und andere Antihypertonika
C08DA	Phenylalkylamin-Derivate
C09AA	ACE-Hemmer, rein
C09BA	ACE-Hemmer und Diuretika
C09CA	Angiotensin-II-Antagonisten, rein
C09DA	Angiotensin-II-Antagonisten und Diuretika
C09DB	Angiotensin-II-Antagonisten und Calciumkanalblocker
C09DX	Angiotensin-II-Antagonisten, andere Kombinationen
C09XA	Renin-Inhibitoren

Die Arzneimittelprüfung führt dazu, dass bei unverändertem  $R^2$  und leichtem Anstieg des Schätzers die berücksichtigte Fallzahl leicht zurückgeht (vgl. Tabelle 14 (1)).

**Tabelle 14 : Arzneimittellevalidierung DXG398**

<b>Hierarchie Herzerkrankungen</b> (DxG398 Arzneimittellevalidierung) $R^2 : 23,2826\%$				
HMG	Name	N	€	Erg.
HMG077 <sub>neu</sub>	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	3.710	1.435,80 €	
HMG078 <sub>neu</sub>	Erkrankungen der Lungengefäße, exkl. Lungenembolie	11.318	2.678,29 €	
HMG079 <sub>neu</sub>	Herzstillstand / Schock	2.710	2.152,26 €	
HMG080	Herzinsuffizienz	138.730	895,99 €	
HMG081	Akuter Myokardinfarkt	17.951	1.325,77 €	
HMG082	<del>Instabile Angina pectoris und andere- akute ischämische Herzerkrankungen</del>			
HMG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	65.437	813,54 €	
HMG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	181.523	710,64 €	
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	86.779	399,22 €	
HMG087	Schwere angeborene Herzfehler	306	7.135,54 €	
HMG088	Andere angeborene Herzfehler	2.611	2.143,49 €	
HMG089	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung oder Enzephalopathie	21.162	577,07 €	
HMG090	Hypertensive Herzerkrankung			
HMG091	Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	496.494	375,04 €	(1)
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	95.103	583,43 €	
DxG352, 353	Verschoben in Hierarchie 19: "Lunge"	14.077	3.408,80 €	
ICD I28.1, I28.8, I28.9	Verschoben in Hierarchie 18: "Gefäß- und Kreislauferkrankungen"	235	1.314,71 €	
<b>Summe</b>		1.138.146		

Weitergehende, sektorübergreifende Arzneimittellevalidierungen bzw. sektorübergreifende M2Q-Prüfungen stellen demgegenüber grundlegende Eingriffe in die Systematik des bisherigen Klassifikationssystems dar, die eine umfangreiche Entwicklung und Prüfung erfordern und daher erst im Zuge der Weiterentwicklung diskutiert werden können. Im aktuellen Festlegungsprozess können diese Vorschläge daher nicht berücksichtigt werden.

## 16.4 Ergebnis

Wie voranstehend ausgeführt, beurteilt das BVA die im Festlegungsentwurf vorgeschlagene generelle Umstrukturierung der Hierarchie „Herzerkrankungen“ als ausgesprochen zielführend und behält diese unverändert bei. Aufgegriffen werden hingegen die im Anhörungsverfahren vorgebrachten Anmerkungen zu den Aufgreifkriterien der DxG384 „Hypertensive Enzephalopathie“ (HMG089), hier werden auch ambulante Diagnosen zugelassen sowie zur DxG398 „Kardiomegalie“ (HMG091), hier wird für die ambulanten Diagnosen das Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, wegen klinischer Relevanz, chronisch, 183 BT“ eingeführt.

Die Bezeichnung der HMG089 „Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung oder Enzephalopathie“ wird zu „Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung, Enzephalopathie oder akutes Lungenödem“ erweitert.

Die vorgenommenen Änderungen der Aufgreifkriterien haben keinen Einfluss auf die generelle Ausgestaltung der Hierarchie, führen jedoch zu einer verbesserten Abgrenzung der betroffenen HMG. Die Auswirkungen auf Fallzahlen und Schätzer innerhalb der Hierarchie werden in Tabelle 15 zusammengefasst.

**Tabelle 15: Hierarchie Herzerkrankungen JA2011**

<b>Hierarchie Herzerkrankungen</b> (Festlegung) $R^2 : 23,2827\%$				
<b>HMG</b>	<b>Name</b>	<b>N</b>	<b>€</b>	<b>Erg.</b>
HMG077 <sub>neu</sub>	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	3.710	1.435,78 €	
HMG078 <sub>neu</sub>	Erkrankungen der Lungengefäße, exkl. Lungenembolie	11.318	2.678,69 €	
HMG079 <sub>neu</sub>	Herzstillstand / Schock	2.710	2.152,19 €	
HMG080	Herzinsuffizienz	138.730	896,36 €	
HMG081	Akuter Myokardinfarkt	17.951	1.325,69 €	
HMG082	<del>Instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzerkrankungen</del>			
HMG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	65.437	813,15 €	
HMG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	181.523	710,43 €	
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	86.779	399,11 €	
HMG087	Schwere angeborene Herzfehler	306	7.135,48 €	
HMG088	Andere angeborene Herzfehler	2.611	2.143,48 €	
HMG089	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung oder Enzephalopathie	21.719	577,20 €	(2)
HMG090	Hypertensive Herzerkrankung			
HMG091	Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	496.229	375,00 €	(1)
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	95.103	583,39 €	
DxG352, 353	Verschoben in Hierarchie 19: "Lunge"	14.077	3.408,87 €	
ICD I28.1, I28.8, I28.9	Verschoben in Hierarchie 18: "Gefäß- und Kreislauferkrankungen"	235	1.314,80 €	
<b>Summe</b>		1.138.438		

## **17 Hierarchie 18: „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“**

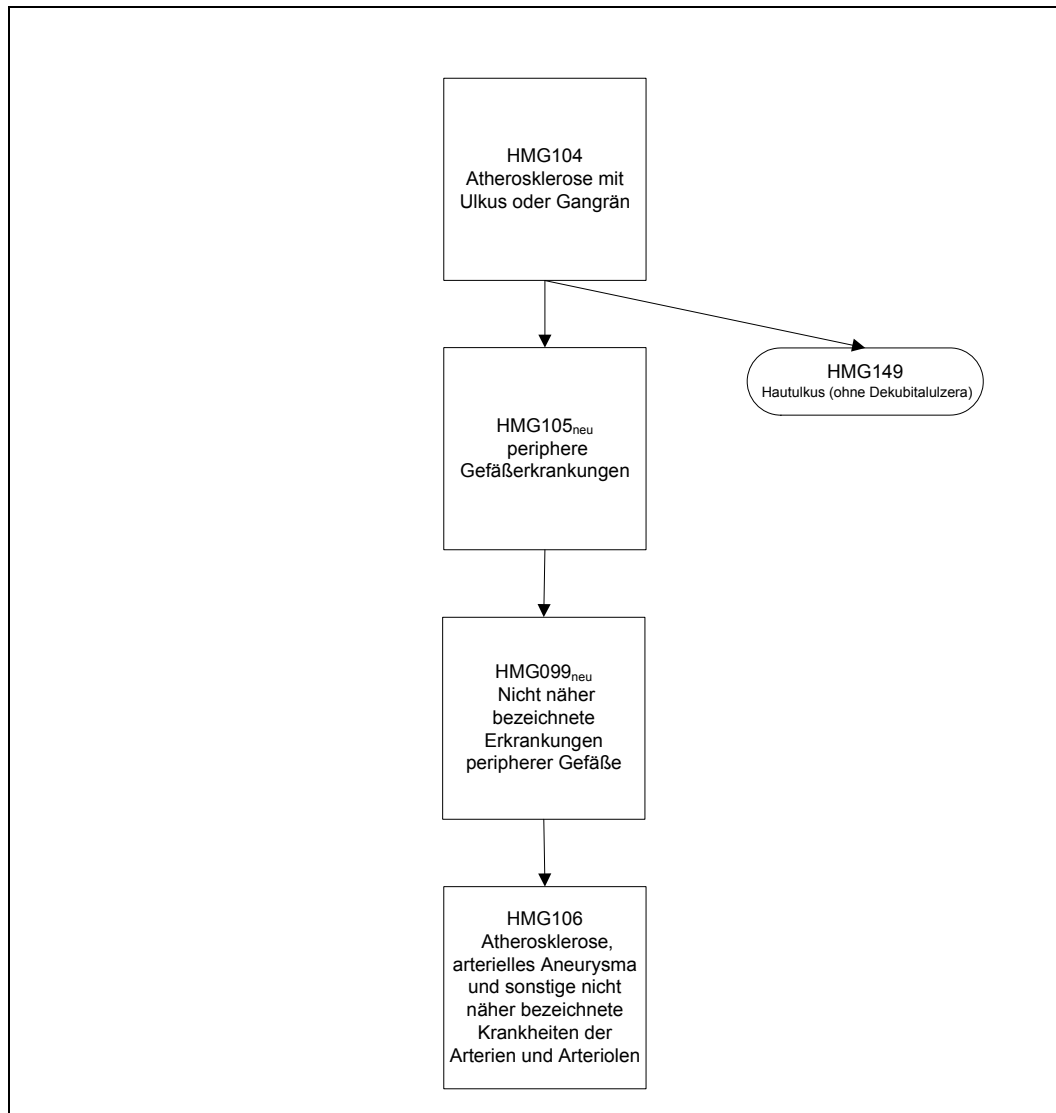
### **17.1 Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf**

Im Bereich der Hierarchie „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ hat der wissenschaftliche Beirat die folgenden Anpassungen für das Klassifikationsmodell 2011 vorgeschlagen:

- Die im Rahmen der aktuellen Krankheitsauswahl neu hinzugekommenen DxG421 „Lungenembolie“ und DxG431 „Näher bezeichnete Erkrankungen peripherer Gefäße“ wurden in die HMG105 „Periphere Gefäßerkrankungen“ einsortiert.
- Die im Rahmen der Überarbeitung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ in die Hierarchie „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ verschobenen ICD-Kodes I28.1 „Aneurysma der A. pulmonalis“, I28.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Lungengefäße“ und I28.9 „Krankheit der Lungengefäße, nicht näher bezeichnet“ wurden zur DxG835 „Sonstige Erkrankungen der Lungengefäße“ zusammengefasst und ebenfalls in die HMG105 einsortiert.
- Die DxG432 „Nicht näher bezeichnete Erkrankungen peripherer Gefäße“ wurde aus der HMG105 ausgegliedert und in der neu vergebenen HMG099 „Nicht näher bezeichnete Erkrankungen peripherer Gefäße“ eingeordnet.
- Die im Rahmen der Krankheitsauswahl neu hinzugekommene DxG448 „Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ wurde ebenfalls in die HMG099 einsortiert.

Die aus dem Anpassungsvorschlag resultierende Ausgestaltung der Hierarchie wird in Abbildung 11 dargestellt.

**Abbildung 11: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“**



## 17.2 Anhörungsverfahren

Zur vorgeschlagenen Ausgestaltung der Hierarchie merken TK et al an, dass die neue HMG099 „Nicht näher bezeichnete Erkrankungen peripherer Gefäße“, welche die unspezifischen ICD-Kodes I73.9 „Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet“ sowie I79.8 „Sonstige Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ enthält, gegenüber der spezifischeren HMG106 „Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonstige, nicht näher bezeichneten Krankheiten der Arterien und Arteriolen“ höherwertig eingestuft ist. Spezifische Kodierungen sollten aus Sicht von TK et al in der Hierarchie über unspezifischen Kodierungen stehen, da die Reduktion von Manipulationsanreizen z.B. durch unspezifisches Kodieren grundsätzlich höher zu bewerten sei als ein höheres R<sup>2</sup>.

Demgegenüber wird von KBV / BÄK die neue Abgrenzung der HMG099 mit zwei unspezifischen, jedoch wichtigen ICD-Kodes begrüßt, sie sei geeignet, die kostengerechte

Abgrenzung innerhalb der Hierarchie zu verbessern. Zusätzlich regen KBV / BÄK an, die Verlagerung der ICD I70.22 „Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ mit Ruheschmerzen“ aus der HMG106 in die HMG104 zu prüfen.

### 17.3 Bewertung

Die vom BVA im Anhörungsverfahren gewählte Abgrenzung der Hierarchie führt zu einer merklichen Verbesserung der kostengerechten Abbildung der in dieser HMG berücksichtigten Diagnosen im Vergleich zum Status quo. Die vorgenommene Anpassung entspricht dabei einer stärkeren Differenzierung der HMG105, d.h. die im Status quo zur HMG105 gehörende DXG432 – auf die mehr als 99% der in der HMG099 berücksichtigten Diagnosen entfallen – wird von den anderen DXG der HMG105 abgetrennt. Das Verhältnis der hier berücksichtigten DXG zur HMG106 wird von dieser Anpassung nicht berührt.

Die in der HMG099 zusammengefassten Diagnosen unterscheiden sich in ihren Kostenerwartungen deutlich von denen der in der HMG106 berücksichtigten Diagnosen. Der für die HMG099 resultierende Kostenschätzer ist mehr als dreimal höher als der Kostenschätzer der HMG106. Die alternative Berücksichtigung der DXG432 und DXG448 in der HMG106 würde für die bisher in dieser HMG berücksichtigten 47.865 Fälle zu einer Verdopplung des vergebenen Zuschlages führen, d.h. diese Fälle würden deutlich überkompensiert. Das  $R^2$  eines solchen Modells würde spürbar absinken.

Der Einwand von TK et al, dass die HMG106 spezifischere Kodierungen aufweise als die HMG099, beruht wohl auf der bisherigen Bezeichnung der HMG106 („Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonstige, nicht näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen“). Es handelt sich dabei um einen redaktionellen Übertragungsfehler aus dem bisherigen Klassifikationsmodell. Da aufgrund der gegenüber dem Jahresausgleich 2010 geänderten Krankheitsauswahl die ICD-Kodes I72.- (Sonstiges Aneurysma) nicht mehr im Klassifikationsmodell für den Jahresausgleich 2011 berücksichtigt werden und damit auch nicht mehr der HMG106 zugeordnet werden, wird die HMG106 umbenannt in „Atherosklerose und sonstige, nicht näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen“. Auch bezüglich der in den jeweiligen HMG aufgelisteten Kodierungen kann das BVA dem Einwand von TK et al nicht folgen, dass die HMG106 spezifischere Kodierungen aufweise als die HMG099, da die ICD-Kodes der HMG099 nach Auffassung des BVA enger umschrieben sind als die ICD-Kodes der HMG106.

Die Verschiebung der ICD I70.22 (Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen) wurde geprüft, eine Zuordnung in die HMG104 erscheint aus medizinischen Gründen jedoch nicht passend, da es sich bei der HMG104 ausschließlich um eine Atherosklerose vom Becken-Bein-Typ mit Ulzeration/Gangrän handelt.

## **17.4 Ergebnis**

Das BVA wird den Anpassungsvorschlag des wissenschaftlichen Beirats im Festlegungsentwurf für das Klassifikationsmodell 2011 unverändert übernehmen.

## 18 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

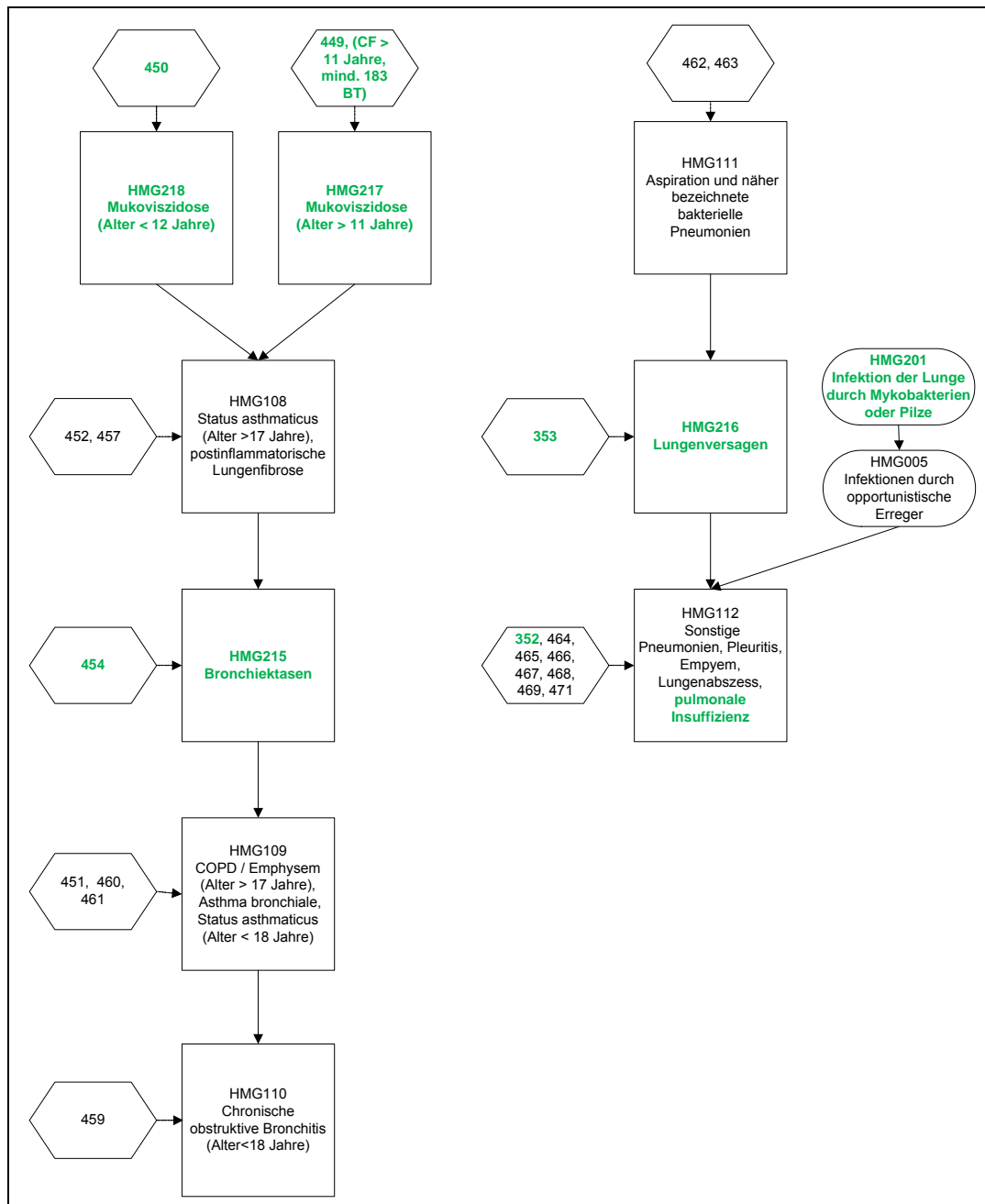
### 18.1 Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf

Nach eingehender Analyse schlug der wissenschaftliche Beirat im Rahmen des Festlegungsentwurf die folgenden Anpassungen vor:

- Der durch die veränderte Krankheitsauswahl neu aufgenommene ICD-Kode J47 („Bronchiektasen“) soll über die DxG454 („Bronchiektasen“) in die neue HMG215 („Bronchiektasen“) eingeordnet werden, die im Hierarchiestrang zwischen den bereits bestehenden HMG108 („Status asthmaticus [Alter > 17 Jahre], postinflammatorische Lungenfibrose“) und HMG109 (COPD / Emphysem [Alter > 17 Jahre], Asthma bronchiale, Status asthmaticus [Alter < 18 Jahre]) stehen soll.
- Die aus der aufzulösenden HMG079 stammende DxG352 soll in „Pulmonale Insuffizienz (nicht kardial bedingt)“ umbenannt und der bereits bestehenden HMG112 („Sonstige Pneumonien, Empyem, Lungenabszess, Pleuritis, pulmonale Insuffizienz“) zugeordnet werden.
- Die ebenfalls aus der aufzulösenden HMG079 stammende DxG353 solle in „Respiratorische Insuffizienz“ umbenannt und einer neuen HMG216 („Lungenversagen“) zugeordnet werden. Für die HMG216 ist vorgesehen, sie im Hierarchiestrang zwischen die HMG111 („Aspiration und näher bezeichnete bakterielle Pneumonien“) und die HMG112 einzugliedern. Das bislang für die DxG353 geltende Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ soll ausgesetzt werden.
- Bezüglich der bisherigen HMG107 („Mukoviszidose“) wird eine altersbezogene Aufteilung und die Einführung einer Arzneimittelprüfung empfohlen. Betroffene im Alter unter 12 Jahren sollen ohne Abgleich mit relevanten Arzneimittelverordnungen über die DxG450 der neu zu bildenden HMG218 („Mukoviszidose [Alter < 12 Jahre]“) gruppiert werden, wenn eine Krankenhausdiagnose oder mindestens zwei gesicherte Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung dokumentiert worden sind. Ältere Betroffene werden hiervon abweichend über die DxG449 der HMG217 („Mukoviszidose Alter > 11 Jahre“) nur dann über vertragsärztliche Diagnosen zugeordnet, wenn sie zeitgleich mindestens eine Verordnung mit relevanten Arzneimitteln und im gesamten Jahr mindestens 183 spezifische Behandlungstage aufweisen.

Abbildung 12 fasst die vorgeschlagenen Änderungen der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“ zusammen.

**Abbildung 12: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“**



## 18.2 Anhörungsverfahren

Konkrete Anmerkungen zu den vorgeschlagenen Anpassungen ergeben sich aus dem Anhörungsverfahren vorrangig hinsichtlich der altersspezifischen Aufteilung der bisherigen HMG107 („Mukoviszidose“). Während die Barmer GEK das gewählte Vorgehen ausdrücklich lobt und anregt, dieses zukünftig auch analog auf andere Hierarchien anzuwenden, kritisiert der IKK e.V. die vorgenommene Aufteilung, da eine zu detaillierte Differenzierung das Postulat der Einfachheit des Klassifikationsmodells verletze. Hinsichtlich der vom Beirat vorgeschlagenen Arzneimittelliste zur Berechnung der spezifischen Behandlungstage bei Mukoviszidose bittet

der GKV-SV um die Ergänzung des ATC-Kodes J01DF01 (Aztreonam) aus der ATC-Gruppe der Monobactame. KBV und BÄK regen zudem die Aufnahme der fettlöslichen Vitamine (Vitamin A, D, E, K) an.

KBV / BÄK bittet, für die DxG352 („Pulmonale Insuffizienz [nicht kardial bedingt]“) das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ einzuführen und die Gruppe in der Folge gegebenenfalls in die HMG111 („Respiratorische Insuffizienz“) zu verschieben.

Darüber hinaus sei laut KBV / BÄK zu prüfen, ob das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für den „Status asthmaticus“ nicht dahingehend erweitert werden könne, dass Betroffene ohne entsprechende Krankenhausdiagnose über das Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, chronisch“ der HMG109 zugeordnet würden.

KBV / BÄK regen zudem an, für die DxG454 („Bronchiektasen“) das Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, rezidivierend akut“ vorzusehen.

Um mehrfache Zuschläge bei der neu gebildeten HMG216 („Lungenversagen“) zu vermeiden, sollten laut KBV / BÄK zudem weitere Hierarchisierungsansätze mit den HMG217, HMG218, HMG108, HMG109 und HMG110 geprüft werden.

Hinsichtlich der in der HMG112 („Sonstige Pneumonien, Empyem, Lungenabszess, Pleuritis, pulmonale Insuffizienz“) enthaltenen DxG468 („Andere und n. n. bez. Pneumonie“) regen KBV / BÄK an, das Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, rezidivierend akut“ zu fordern. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die „Pleuritis“ in der Bezeichnung der HMG112 entfallen könne.

## **18.3 Bewertung**

### **18.3.1 Überarbeitung der bisherigen HMG107 („Mukoviszidose“)**

Der Einwand des IKK e.V. kann nicht nachvollzogen werden. Durch den Vorschlag des Beirats, die HMG107 altersspezifisch aufzutrennen, gelingt eine trennscharfe Differenzierung zweier unter Kostengesichtspunkten völlig unterschiedlicher Versichertengruppen. Dies führt einerseits zu einer deutlichen Erhöhung der Zielgenauigkeit des Modells und andererseits zu einer klaren Abnahme von Selektionsanreizen. Dem Abbau von Unterdeckungen bei der einen Gruppe steht ein Abbau von Überdeckungen bei der anderen Gruppe gegenüber. Der darüber hinaus vorgeschlagene Abgleich mit spezifischen Arzneimitteln für die neue HMG217 grenzt zudem eine Risikogruppe sehr eng – aber medizinisch sinnvoll – ab und verhindert somit die Manipulierbarkeit des Modells. Das BVA hält aus diesem Grund an der vorgeschlagenen Abgrenzung und der empfohlenen Klassifikationslogik (s. Abbildung 12) im Bereich der Mukoviszidose fest.

Der Vorschlag des GKV-SV, die Liste der für die Prüfung der spezifischen Behandlungstage definierten Wirkstoffe zum Aufgreifen der DxG449 („Mukoviszidose [Alter > 11 Jahre]“) um Aztreonam zu erweitern, erscheint aus pharmakologisch-medizinischer Sicht angebracht. Die Aufnahme des übergeordneten ATC-Fünfstellers J01DF (Monobactame) wirkt sich nicht auf die statistischen Eigenschaften des Klassifikationsmodells aus: Da durch die Aufnahme des Kodes in der BVA-Stichprobe kein weiterer Mukoviszidosepatient identifiziert wird, bleiben Fallzahlen, Kostenschätzer und Bestimmtheitsmaß unverändert. Das BVA wird daher auch den ATC-Kode J01DF bei der Prüfung auf spezifische Behandlungstage berücksichtigen.

Auch die Aufnahme der von KBV / BÄK diskutierten Vitaminpräparate kann aus medizinischer Sicht nachvollzogen werden. Wie die Ergebnisse der empirischen Prüfung des Vorschlags (s. Tabelle 16) zeigen, wird durch die Erweiterung der ATC-Liste ein weiterer Fall zur Gruppierung in die HMG217 identifiziert. Da der entsprechende Fall nur mäßige Leistungsausgaben aufweist, verringern sich sowohl der für die HMG217 berechnete Schätzer als auch das Bestimmtheitsmaß marginal.

**Tabelle 16: Erweiterung der ATC-Liste bei Mukoviszidose**

	Ausgangsmodell 23,2528%		Festlegungsentwurf 23,2770%		Erweiterung der ATC-Liste 23,2766%	
	N	Schätzer	N	Schätzer	N	Schätzer
HMG107 ("Mukoviszidose")	462	15.977 €				
HMG217 ("Mukoviszidose > 11 Jahre")			273	22.901 €	274	22.818 €
HMG218 ("Mukoviszidose < 12 Jahre")			119	9.898 €	119	9.898 €
HMG108 ("Stat. Asthm. [>17 Jahre]...")	4.042	2.234 €	4.042	2.273 €	4.042	2.272 €
HMG109 ("COPD / Emphysem [>17 Jahre]...")	194.294	844 €	194.296	855 €	194.296	855 €
HMG110 ("COPD [<18 Jahre]")	3.502	337 €	3.503	328 €	3.503	328 €

Die Aufnahme insbesondere der diskutierten Vitamine in die Liste der zum Aufgreifen der HMG218 definierten Wirkstoffe vermag die statistischen Eigenschaften des Modells nicht zu verbessern. Gleichwohl sprechen medizinische Aspekte dafür, die ATC-Liste um die Fünfstellerkodes J01DF (einzig enthaltener ATC-Siebensteller: Aztreonam), A11CA (Vitamin A), A11CB (Vitamin A+D), A11CC (Vitamin D) A11HA / A11JA / A11JB / A11JC (Vitamin E) sowie B02BA (Vitamin K) zu erweitern.

### 18.3.2 Kriterium „stationär erforderlich“ für die DxG352 („Pulmonale Insuffizienz [nicht kardial bedingt]“)

Die Anmerkung von KBV / BÄK kann nachvollzogen werden. Mit Blick auf die in der DxG 352 enthaltenen ICD-Kodes ist das Kriterium „stationär erforderlich“ anzuwenden.

Da im Stichprobendatensatz des BVA jeder der Versicherten, der bislang eine Zuordnung in die DxG352 über ambulante Diagnosen erhielt, zusätzlich eine gleichlautende stationäre Diagnose aufweist, hat die Einführung des Kriteriums faktisch keine Auswirkungen auf die für den

Festlegungsentwurf durchgeführten Berechnungen und Analyseergebnisse. Eine weitere Anpassung wie etwa ein Verschieben der DxG352 in die HMG111 ist somit nicht angezeigt.

### 18.3.3 Erweiterung des Kriteriums „Stationär erforderlich“ bei Status asthmaticus

Der Vorschlag von KBV / BÄK, die Diagnosen bei Status asthmaticus auch aus dem ambulanten Sektor für eine Gruppierung in einer niedrigeren HMG zuzulassen, wenn zugleich das Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, chronisch“ erfüllt ist, stellt eine bislang vom BVA nicht angewendete Logik dar, die deutlich vom Festlegungsentwurf abweichen würde. Von einer Umsetzung des Vorschlags ohne erneute Anhörung des GKV-SV wird daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt abgesehen.

### 18.3.4 Arzneimittelkriterium bei der DxG454 („Bronchiektasen“)

Ein Abgleich der DxG454 mit einer spezifischen Arzneimitteltherapie (bspw. zehntägige Antibiose) wurde bereits im Rahmen der Erarbeitung des Festlegungsentwurfes mit dem Beirat diskutiert. Da eine solche Therapie jedoch nicht zwangsweise indiziert ist (Bedarfsmedikation, keine prophylaktische Gabe von Antibiotika), wurde von der Einführung des Aufgreifkriteriums Abstand genommen. Gegebenenfalls werden der wissenschaftliche Beirat und das BVA den Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer bei der Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2012 wieder aufgreifen und auf Grundlage weiterer empirischer Analysen erneut bewerten.

### 18.3.5 Hierarchisierung der HMG216 („Lungenversagen“)

Der Vorschlag von KBV / BÄK zur stärkeren Einbindung der neuen HMG216 („Lungenversagen“) wurde vom BVA zumindest in einer einfachen Variante empirisch überprüft: Bei Betrachtung des Kostenschätzers der HMG216 (rd. 3.600 €) erscheint lediglich eine Dominanz durch die HMG217 und HMG218 (Mukoviszidose) sinnvoll – die Kostenschätzer für die HMG108, HMG109 und HMG110 liegen deutlich niedriger (vgl. Tabelle 16). Eine entsprechende Modellrechnung führt allerdings zu einer deutlichen Abnahme des Bestimmtheitsmaßes (vgl. Tabelle 17).

**Tabelle 17: Erweiterung der Hierarchisierung auf die HMG216**

	Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf ("Modell 3")		Anhörungs- vorschlag	
	R <sup>2</sup> 23,2528%		23,2616%		23,2586%	
	N	Schätzer	N	Schätzer	N	Schätzer
HMG111 ("Aspiration und n. bez. bakt. Pneumonien")	2.828	5.048 €	2.828	6.539 €	2.828	6.531 €
HMG216 ("Lungenversagen")			16.725	3.617 €	16.687	3.586 €
HMG112 ("Sonst. Pneumonien, Empyem, Lungenabsz.")	22.190	917 €	20.094*	1.018 €	20.081	1.019 €

\* in der Entwurfsdokumentation wurden fälschlicher Weise 20.078 Fälle ausgewiesen

Auch eine – deutlich komplexere – neue Dominanzwirkung der HMG216 auf den „linken Ast“ der Hierarchie (konkret: auf die HMG108-HMG110 und die HMG215) unter Beibehaltung der bisherigen Hierarchisierungsregeln scheint an dieser Stelle nicht hilfreich.<sup>3</sup>

Einer strikteren Hierarchisierung der „Erkrankungen der Lunge“ steht das BVA grundsätzlich offen gegenüber. Da allerdings zur Entwicklung einer zielführenden Alternative weitere umfangreiche Analysen nötig wären und die daraus abzuleitende Anpassung unter Umständen deutlich vom Festlegungsentwurf abweichen könnte, hält das BVA an der im Entwurf dargestellten Variante fest.

#### 18.3.6 Umbenennung der HMG112

Der Einwand von KBV und BÄK ist zutreffend. Die HMG112 sollte umbenannt werden.

### 18.4 Ergebnis

An der grundlegenden Ausgestaltung der Gruppenabgrenzung und der Dominanzbeziehungen der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“ wird festgehalten. Geringe Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich wie folgt:

Für die DxG352 („Pulmonale Insuffizienz“ [nicht kardial bedingt]) entspricht das BVA dem Vorschlag von KBV / BÄK und knüpft die Zuordnung zur DxG352 an das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.

Die HMG 112 wird umbenannt in „Sonstige Pneumonien, Empyem, Lungenabszess und pulmonale Insuffizienz“.

Hinsichtlich der Aufgreifkriterien im Bereich der Mukoviszidose übernimmt das BVA die Vorschläge von GKV-SV und KBV / BÄK und erweitert die ATC-Liste zur Identifikation von Versicherten im Alter ab zwölf Jahren. Die endgültige Liste der Wirkstoffe zum Aufgreifen der DxG449 („Mukoviszidose [Alter > 11 Jahre]“) wird in Tabelle 18 wiedergegeben.

---

<sup>3</sup> Der Ansatz wurde grob modelliert (Aufnahme der HMG215 [„Bronchiektasen“] aber noch keine Auftrennung der bisherigen HMG107 [„Mukoviszidose“]) und mit einem entsprechend angepassten Ausgangsmodell verglichen. Der Rückgang des Bestimmtheitsmaßes  $R^2$  von 23,2635% (angepasstes Ausgangsmodell) auf 23,2588% (neue Dominanzbeziehungen) deutet an, dass auch dieser Ansatz kaum zur Verbesserung der Klassifikation geeignet ist.

**Tabelle 18: Wirkstoffe zum Aufgreifen der Mukoviszidose**

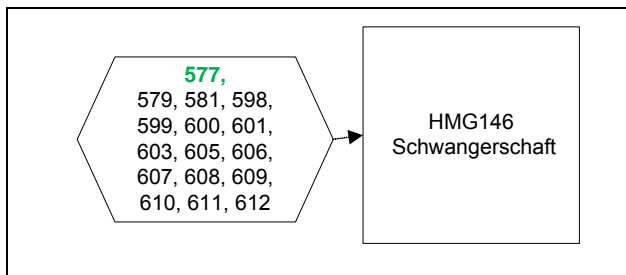
ATC-Fünfsteller	Wirkstoffgruppe
A09AA	enzymhaltige Zubereitungen
A11CA	spezifische Vitaminpräparate
A11CB	
A11CC	
A11HA	
A11JA	
A11JB	
A11JC	
B02BA	
C03DB	andere Kalium sparende Mittel
H02AB	Glucocorticoide (systemisch)
J01CR	spezifische Antibiotika
J01DC	
J01DD	
J01DE	
J01DF	
J01DI	
J01FA	
J01GB	
J01MA	
M01AE	Propionsäure-Derivate
R03AC	Beta-2-Sympathomimetika
R03BA	Glucocorticoide (inhalativ)
R03BB	Anticholinerge Substanzen
R05CB	Mukolytika

## 19 Hierarchie 21 „Schwangerschaft“

### 19.1 Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf

Der wissenschaftliche Beirat empfiehlt im Bereich der Hierarchie „Schwangerschaft“, die neu aufgenommene DxG577 innerhalb der Hierarchie „Schwangerschaft“ in die HMG146 „Schwangerschaft“ aufzunehmen. Die Bezeichnung der DxG577 solle „Extrauterin gravidität mit lebensfähigem Feten“ lauten.

**Abbildung 13: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Schwangerschaft“**



### 19.2 Anhörungsverfahren

Bezüglich der Einordnung der DxG577 erreichten das BVA keine kritischen Stellungnahmen.

KBV / BÄK tragen hinsichtlich des Aufgreifkriteriums für die DxG579 („Schwangerschaft mit schwerwiegenden Komplikationen: Nierenkomplikationen / Hochdruck / Eklampsie“) vor, dass das gegenwärtige Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ entfallen müsse, da die Gruppe Codes enthalte, die auch im ambulanten Sektor häufig (und gerechtfertigt) verschlüsselt werden (bspw. O10.0, O12.0, O12.1).

Hinsichtlich des Schwangerschaftsdiabetes bei vorher bestehendem Typ-1-Diabetes (O24.0) solle zudem eine zusätzliche Gruppierung in die HMG020 (Typ-1-Diabetes mellitus) erfolgen.

### 19.3 Bewertung

Die Anmerkung bezüglich des Auftretens der von KBV / BÄK genannten Diagnosen der DxG579 kann nachvollzogen werden. Die Aufhebung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ erscheint auch dem BVA zielführend. Weil davon auszugehen ist, dass die hiervon betroffenen Frauen auch anderweitig (über eine der übrigen 15 DxG) der HMG146 zugeordnet werden, wird von weiteren Analysen abgesehen.

Die Ansicht, dass bei Vorliegen des ICD-Kodes 024.0 ein zusätzlicher Zuschlag für Typ-1-Diabetes auszulösen sei, teilt das BVA hingegen nicht. Der Code dient an dieser Stelle einzig

zur Feststellung einer bestehenden Schwangerschaft. Eine Vernachlässigung der kodierten „Zusatzinformation“ bleibt unschädlich: Bei korrekter Kodierung eines behandlungsbedürftigen Typ-1-Diabetes muss bei den betroffenen Frauen ein entsprechender E10-Kode vorliegen, der bereits eine Zuordnung in die HMG020 auslöst.

#### **19.4 Ergebnis**

Für die DxG579 entfällt das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“. Weitere Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf entstehen nicht.

## **20 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“**

### **20.1 Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf**

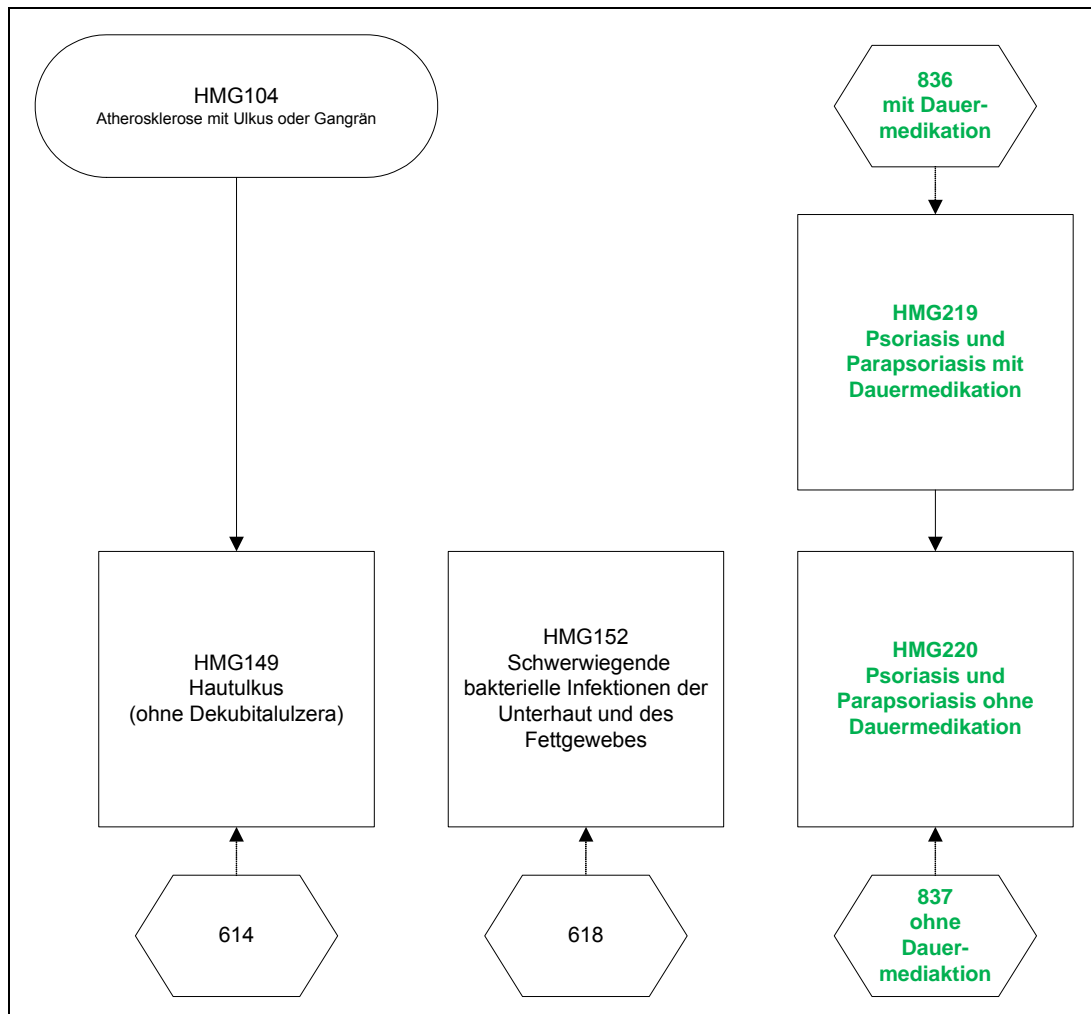
Die Krankheit „Psoriasis und Parapsoriasis (inkl. Gelenkbeteiligung)“ war für das Ausgleichsjahr 2011 neu in die Krankheitsauswahl aufgenommen worden. Sie besteht aus drei DxGruppen, die in das Klassifikationssystem einzuordnen waren. Eine davon, die DxG626, enthält durchgängig ICD-Kodes, die sich auf Hautmanifestationen der Psoriasis bzw. Parapsoriasis beziehen, und sollte daher in die Hierarchie „Erkrankungen der Haut“ integriert werden.

Nach eingehenden Untersuchungen schlug der Wissenschaftliche Beirat im Rahmen des Festlegungsentwurfs die folgenden Änderungen vor:

1. Die neu aufgenommenen ICD-Diagnosen sollen neben die bereits in der Hierarchie enthaltenen HMG gruppiert und nach einer gegebenenfalls vorhandenen Dauermedikation differenziert werden. Es ergibt sich eine Aufspaltung der bislang als DxG626 bezeichneten Gruppe in die DxG836 („Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation“) und die DxG837 („Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation“). Eine Zuordnung zur DxG836 erfolgt, wenn neben einer entsprechenden ambulanten Diagnose mindestens eine zeitgleiche Verordnung der in Tabelle 20 (Modell 3) aufgeführten Wirkstoffe vorliegt. In der Summe müssen sich dabei mindestens 183 Behandlungstage ergeben.
2. Die beiden neuen DxG führen jeweils zum Zuschlag in einer eigenen Gruppe. Als Namen für die entsprechenden HMG219 und HMG220 werden „Psoriasis und Parapsoriasis mit bzw. ohne Dauermedikation“ vorgeschlagen.
3. Um doppelte Zuschläge zu vermeiden, dominiert die HMG219 die HMG220.

Abbildung 12 fasst die vorgeschlagenen Änderungen der Hierarchie „Erkrankungen der Haut“ zusammen.

**Abbildung 14: Vorschlag zur Anpassung der Hierarchie „Erkrankungen der Haut“**



## 20.2 Anhörungsverfahren

Die Änderungsvorschläge werden durch den GKV-SV insgesamt positiv bewertet. Konkrete Anmerkungen beziehen sich auf die Arzneimittelauswahl. Da die systemische Therapie der Psoriasis/Parapsoriasis auch die Fototherapie (PUVA) umfasst, solle die Arzneimittelauswahl um die systemisch eingesetzten Psoralene (ATC-Fünfsteller D05AB) ergänzt werden. Dies äußern auch KBV/BÄK, die zusätzlich das Fehlen von Wirkstoffen wie Methotrexat und Betamethasonpropionat anmerken. Sie regen zudem an, die Antipsoriatika zur topischen Anwendung zu berücksichtigen.

Es wird ferner darauf hingewiesen, dass der ICD-Kode L40.0 „Psoriasis vulgaris“ gegenwärtig nicht in der Zuordnungstabelle für die Gruppierung in die HMG220 vorgesehen ist. Hier handelt es sich um einen Dokumentationsfehler, welcher in der Festlegung berichtigt wird.

Zur HMG152 (s. Abbildung 12), die nicht Gegenstand des Anhörungsverfahrens war, da sie im Festlegungsentwurf nicht geändert wurde, merken KBV/BÄK folgendes an. Zum einen schlagen sie vor, ein neues „sektorenübergreifendes M2Q-Kriterium“ einzuführen bzw. das Kriterium

„Arzneimittel, rezidivierend akut“ sektorunabhängig vorzusehen. Zum anderen wird angeregt, die beiden ICD-Kodes N49.80 und N76.80 (Fournier-Gangrän beim Mann / bei der Frau) über die neu aufgenommene DxG184 in die HMG209 („...nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates“) zu überführen. Ein neues „sektorenübergreifendes M2Q-Kriterium“ einzuführen, sollte nicht ohne eingehende empirische Analyse geschehen. Der Vorschlag wird daher zur Kenntnis genommen, kann jedoch durch das BVA aus Zeitgründen nicht mehr zielführend bearbeitet werden. Beim zweiten Punkt würde es sich um eine Änderung handeln, die Auswirkungen auf die Krankheitsauswahl nach sich ziehen würde. Da die Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011 abgeschlossen ist, wird diese Anregung durch das BVA zurückgestellt.

Auf den Einwand von KBV/BÄK, nicht alle den entsprechenden ATC-Fünfstellern zugeordneten Wirkstoffe seien für die Behandlung der Psoriasis zugelassen bzw. im Handel, wird im allgemeinen Teil Bezug genommen.

### **20.3 Bewertung**

Der Vorschlag des GKV-SV, die Auswahl der für die Prüfung der spezifischen Behandlungstage bestimmten Wirkstoffe um die systemischen Psoralene zu erweitern, erscheint aus pharmakologisch-medizinischer Sicht angebracht. Die Aufnahme des übergeordneten ATC-Fünfstellers D05BA (Psoralene zur systemischen Anwendung) wirkt sich geringfügig verschlechternd auf die statistischen Eigenschaften des Klassifikationsmodells aus:

Ausgehend vom Modell 3 (s. Tabelle 19), welches im Festlegungsentwurf vorgeschlagen war, wurde der ATC-Fünfsteller D05BA in die Prüfung und Berechnung integriert. Die statistischen Kennzahlen des Modells 3 wurden zuvor korrigiert, nachdem ein versehentlich im Berechnungskode fehlender ATC-Kode hinzugefügt wurde. Durch die Aufnahme des ATC-Fünfstellers D05BA (s. Modell 4, Tabelle 19) werden sieben weitere Patienten für die HMG „Psoriasis mit Dauermedikation“ identifiziert. Die Fallzahlen nehmen daher um sieben zu bzw. ab, der Kostenschätzer für die „Psoriasis mit Dauermedikation“ reduziert sich um 24 €.

Die Aufnahme der Psoralene zur systemischen Anwendung in die Liste der zum Aufgreifen der HMG219 definierten Wirkstoffe vermag die statistischen Eigenschaften des Modells also nicht zu verbessern. Andererseits sprechen die vollständige Berücksichtigung der systemischen Antipsoriatika und die bestehen bleibende Kostenseparierung für die Erweiterung der ATC-Liste um den Fünfsteller D05BA.

**Tabelle 19: Modellvarianten zur Schweregraddifferenzierung bei „Psoriasis/Parapsoriasis mit/ohne Dauermedikation“**

R <sup>2</sup>			Modell 3 (korrigiert) - mit Arzneimittelprüfung -		Modell 4 - entspricht Modell 3, erweitert um systemische Psoralene -		Modell 5 - entspricht Modell 4, inkl. topische Antipsoriatika -	
			23,3051%		23,3050%		23,2855%	
			N	Schätzer	N	Schätzer	N	Schätzer
Kontroll- variablen	DxG208 ("Arthritis psoriatica I")		6.082	904 €	6.082	907 €	6.082	1.269 €
	DxG209 ("Arthritis psoriatica II")		68	1.633 €	68	1.635 €	68	1.850 €
	HMG104 ("Atherosklerose mit Ulkus oder Gangrän")		4.489	4.008 €	4.489	4.008 €	4.489	4.012 €
Inhalt der Hierarchie "Haut" vor Überarbeitung	HMG149 ("Hautulkus [ohne Dekubitalulzera]")		13.378	1.843 €	13.378	1.843 €	13.378	1.841 €
	HMG152 ("Schwerwiegende bakt. Infektionen der Unterhaut u. d. Fettgewebes")		72.489	661 €	72.489	661 €	72.489	661 €
Varianten Integration DxG 626 in Hierarchie "Haut"	DxG626 als vHMG185 ("Psoriasis und Parapsoriasis [Hautmanifestationen]")		-	-	-	-	-	-
	DxG626 als vHMG185* ("Psoriasis und Parapsoriasis [Hautmanifestationen]")		-	-	-	-	-	-
	DxG626 als vHMG186 und vHMG187 ("Psoriasis und Parapsoriasis [Hautmanifestationen] ohne/mit AMP-Prüfung")	HMG220	55.863	198 €	55.856	198 €	50.224	98 €
		HMG219	1.867	5.694 €	1.874	5.670 €	8.083	1.917 €

Die darüber hinausgehenden Anmerkungen von KBV/BÄK können vom BVA nicht nachvollzogen werden. Der Arzneistoff Methotrexat ist durch den ATC-Fünfsteller L04AX (Andere Immunsuppressiva) bereits im Modell 3 berücksichtigt. Die topisch anzuwendenden Antipsoriatika, damit auch Betamethasondipropionat, wurden bewusst nicht in die Auswahl aufgenommen. Ziel war eine Schweregraddifferenzierung bzw. eine Patientenseparierung nach Kosten, um eine größere Zielgenauigkeit herbeizuführen. Werden topische Antipsoriatika (s. Modell 5, Tabelle 20) als Prüfkriterium aufgenommen, ergibt sich ein konträres Bild (s. Modell 5, Tabelle 19):

Das Bestimmtheitsmaß sinkt auf 23,2855 %. Die Gesamtzahl der Patienten, die einer der beiden HMG „Psoriasis und Parapsoriasis mit bzw. ohne Dauermedikation“ zugeordnet werden, steigt von 57.730 auf 58.307. Dabei werden 6.209 zusätzliche Patienten der HMG219 („mit Dauermedikation“) zugeordnet, deren Schätzer rapide von 5.670 auf 1.917 € sinkt. Die Anzahl der Versicherten ohne Dauermedikation sinkt um 5.632 auf 50.224. Der entsprechende Schätzer reduziert sich um 100 € auf 98 €. Eine möglichst hohe Zielgenauigkeit und eindeutige Versichertenzuordnung nach Kosten ist daher im Modell 5 nicht gegeben.

**Tabelle 20: Geprüfte Arzneimittelauswahl zur Schweregraddifferenzierung bei (Para-)Psoriasis (Hautmanifestationen)**

Modell	ATC-Fünfsteller	Wirkstoffgruppe
3	D05BB	Retinoide zur Behandlung der Psoriasis
	D05BX	Andere Antipsoriatika zur systemischen Behandlung
	L04AA	Selektive Immunsuppressiva
	L04AB	Tumornekrosefaktor alpha(TNF-alpha)-Inhibitoren
	L04AC	Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren
	L04AD	Calcineurin-Inhibitoren
	L04AX	Andere Immunsuppressiva
4	D05BA	Psoralene zur systemischen Anwendung
5	L04AD	Calcineurin-Inhibitoren
	D11AH	Mittel zur Behandlung der atopischen Dermatitis, exkl. Corticosteroide
	D07AC	Corticosteroide, stark wirksam (Gruppe III)
	D07AD	Corticosteroide, sehr stark wirksam (Gruppe IV)
	D05AA	Teere
	D05AC	Anthracen-Derivate
	D05AD	Psoralene zur topischen Anwendung
	D05AX	Andere Antipsoriatika zur topischen Anwendung

## 20.4 Ergebnis

Hinsichtlich der Aufgreifkriterien im Bereich „Erkrankungen der Haut“ übernimmt das BVA die Vorschläge von GKV-SV und KBV/BÄK und erweitert die ATC-Liste zur Identifikation von Versicherten mit (Para-)Psoriasis und Dauermedikation um den Fünfsteller D05BA. Die endgültige Liste der Wirkstoffe zum Aufgreifen der DxG836 („Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation“) wird in Tabelle 21 wiedergegeben.

**Tabelle 21: Systemisch angewendete Wirkstoffe zum Aufgreifen der (Para-)Psoriasis (Hautmanifestationen)**

ATC-Fünfsteller	Wirkstoffgruppe
D05BB	Retinoide zur Behandlung der Psoriasis
D05BX	Andere Antipsoriatika zur systemischen Behandlung
L04AA	Selektive Immunsuppressiva
L04AB	Tumornekrosefaktor alpha(TNF-alpha)-Inhibitoren
L04AC	Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren
L04AD	Calcineurin-Inhibitoren
L04AX	Andere Immunsuppressiva
D05BA	Psoralene zur systemischen Anwendung

## **21 Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ unter Berücksichtigung der Hierarchie 3 „Diabetes“**

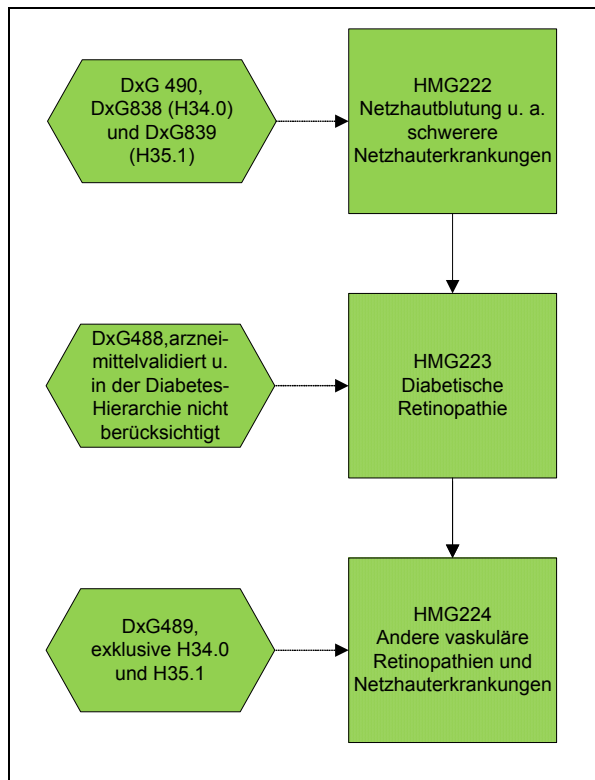
### **21.1 Anpassungsvorschläge im Festlegungsentwurf**

Durch die veränderte Krankheitsauswahl wurden erstmals Erkrankungen des Auges in einer neuen, gleichlautenden Hierarchie ins Klassifikationssystem aufgenommen. Die empirischen Untersuchungen zur bestmöglichen Integration der neu hinzugekommenen ICD, bzw. DxG haben zu folgendem Gestaltungsvorschlag der Hierarchie im Festlegungsentwurf geführt:

- Die DxG490 wird entsprechend dem einzigen enthaltenen ICD-Kode (H35.6) umbenannt in „Netzhautblutung“. Der Kode H34.0 bildet die neue DxG838 „Transitorischer arterieller retinaler Gefäßverschluss“ und der Kode H35.1 die neue DxG839 „Rentrolentale Fibroplasie“. Diese drei DxGruppen (DxG490, DxG838, DxG839) formen die neue HMG222 „Netzhautblutung und andere schwere Netzhauterkrankungen“.
- Die DXG488 enthält den ICD-Kode H36.0 „Retinopathia diabetica“ und bildet die HMG223 „Diabetische Retinopathien“, die von der HMG222 dominiert wird. Es wird eine Arzneimittelvalidierung analog zu den DxGruppen 100, 106, 108, 323 und 802 aus der Diabetes-Hierarchie (HMG017) für die DxG488 vorgesehen. Die Überlegung, sie sowohl in die Diabetes- als auch in die Augen-Hierarchie einzugliedern, wurde auf Basis der Modellberechnungen verworfen.
- Die DxG489 „Vaskuläre Retinopathie ausschließlich diabetischer Retinopathie“, aus der die ICD-Kodes H34.0 und H35.1 ausgegliedert wurden (s. oben), bildet die unter der HMG222 und der HMG223 in der Hierarchie angeordnete HMG224 „Andere vaskuläre Retinopathien und Netzhauterkrankungen“.

Damit stellt sich der Aufbau der Hierarchie folgendermaßen dar:

**Abbildung 15: Vorschlag zur Anpassung der Hierarchie „Erkrankungen des Auges“**



## 21.2 Anhörungsverfahren

Zu diesem Neugestaltungsvorschlag gab es im Anhörungsverfahren einige kritische Stimmen bzw. ergänzende Anmerkungen.

Grundsätzlich einverstanden mit dem Anpassungsvorschlag erklärt sich die BARMER GEK, regt allerdings bei Gelegenheit weitere Untersuchungen hinsichtlich der Diagnose H35.1 (Trennung zwischen teuren und günstigen Fällen) an.

Der IKK e.V. rät in Anbetracht des in den Modellrechnungen als insignifikant ausgewiesenen Kostenschätzers für die HMG224 dazu, eine Umgestaltung der Hierarchie in Erwägung zu ziehen.

Die TK et al. halten die Berücksichtigung der „Diabetischen Retinopathie“ (H36.0) über die DxG488 in der Augenhierarchie unter Anreizgesichtspunkten nicht für sachgerecht, weil darüber ermöglicht werde, dass die spezifische Kodierung einer Krankheit drei unterschiedliche Zuschläge auslöst.

Der AOK-BV weist im Vorgriff auf die für das Jahr 2011 vorgesehene Zulassungserweiterung von Lucentis® auf mögliche Veränderungen in der Versorgungs- und Kostensituation hin, die eine Überarbeitung der Augenhierarchie erforderlich machen könnten.

## 21.3 Bewertung

Die Kostenspreizung innerhalb der DxG839 (Diagnose H35.1) lässt sich auf hergebrachtem Wege durch eine stärkere Gruppendifferenzierung nicht beseitigen, da mit der nur aus einem ICD-Kode bestehenden DxGruppe die feinste Gliederungsebene schon erreicht ist. Weitergehende Anpassungen, bspw. hinsichtlich der Einführung eines Alters-Splits oder einer Arzneimitteldifferenzierung, sind kurzfristig nicht umsetzbar und werden daher auf den kommenden Anpassungsprozess verschoben.

Der insignifikante Schätzer der HMG224 weist auf ein grundsätzliches Problem der Hierarchie hin: Die im Zuge der Modellanpassung vorgenommene ICD-Zerlegung (Tabelle 54 des Festlegungsentwurfs) hat die Schwierigkeit aufgezeigt, dass nur ein einziger ICD-Kode aus der von DxCG übernommenen DxG489, welche nun im Großen und Ganzen die HMG224 bildet, einen signifikanten Kostenschätzer aufwies. Diese allgemein unzureichende Güte der Schätzer ließe sich nur dadurch vermeiden, dass auf HMG-Ebene – wie im Ursprungsmodell von DxCG – durchgehend Mischgruppen aus den (wenigen) ICD-Kodes mit signifikanten Schätzern und denen mit insignifikanten Schätzern gebildet würden. Das Grundproblem bliebe damit gleichwohl bestehen und – was noch unvorteilhafter ist – die resultierenden HMG wären hochgradig inhomogen. Von dieser Variante wurde im Festlegungsentwurf daher Abstand genommen und stattdessen eine homogenere und trennschärfere Aufgliederung der Gruppen umgesetzt, was nur unter Entstehung einer „Reste-Gruppe“ mit insignifikantem Schätzer möglich war. Eine umsetzbare Ausgestaltungsalternative existiert an dieser Stelle nicht.

Was die Berücksichtigung der DxG488 bzw. des ICD H36.0 angeht, so wurden auch hier alle möglichen Konstellationen empirisch geprüft und bewertet. Die Kritik, mit der vorgeschlagenen Ausgestaltung würden schädliche Kodieranreize gesetzt bzw. es würde zu einer zuschlagsmäßigen Überkompensierung für das Krankheitsbild der diabetischen Retinopathie kommen, ist nicht zutreffend. Die Diabetes-Typ-1-Kodes lösen unterschiedslos und bei sämtlichen Diabetes-Formen, also auch bei Augenkomplikationen, einen zusätzlichen Zuschlag aus, was in Anbetracht des nicht vergleichbaren medizinischen Ressourcenverbrauchs sachgerecht und auch unumstritten ist. (Zwar gibt es hinsichtlich der Abgrenzung der beiden Diabetes-Typen im Klassifikationsmodell Verbesserungsbedarf, doch betrifft dies den grundlegenden Aufbau der Diabetes-Hierarchie, deren Überarbeitung für den nächsten Anpassungsprozess auf der Agenda steht). Der über die DxG488 gewährte Zuschlag stellt nun eine weitere, sinnvolle Schweregrad-Differenzierung dar. Diese ist durch die Ergebnisse aus den empirischen Modellberechnungen, in denen sich der entsprechende Kostenschätzer als sehr robust und vollkommen unabhängig von den Schätzern aus der Diabetes-Hierarchie erwies, gerechtfertigt. Er deckt die grundlegend anders gelagerten Behandlungs- und Therapiekosten bei einer diabetischen Retinopathie ab. Der in der Anhörung vorgebrachte Änderungsvorschlag indes (die Diagnose H36.0 wird ausschließlich in der Diabetes-Hierarchie

in der HMG017 berücksichtigt) ist empirisch ebenfalls geprüft worden und hat sich nicht als modellverbessernd erwiesen, sondern hat im Gegenteil sogar zu einer Verschlechterung des  $R^2$  geführt (Modell 2a in Tabelle 51 des Festlegungsentwurfs). Eine entsprechende Anpassung kommt daher nicht in Betracht.

Der Hinweis auf Lucentis® ist grundsätzlich hilfreich, im aktuellen Anpassungsprozess jedoch ohne praktische Implikationen. Ob die Zulassungserweiterung von Lucentis® im Jahr 2011 spürbare Auswirkungen im Versorgungs- und Kostengeschehen entfaltet, kann frühestens anhand der im Jahre 2012 verfügbaren Daten empirisch überprüft werden. Vorher können auch etwaige Veränderungen im Klassifikationsmodell nicht ernsthaft diskutiert werden.

## **21.4 Ergebnis**

Nach Bewertung der Anmerkungen kommt das BVA zu dem Schluss, dass keiner der oben wiedergegebenen Punkte eine akute Anpassung der Hierarchie erforderlich macht. In Anbetracht dieser Erwägungen wird das BVA den Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats für das Versichertenklassifikationsmodell im Ausgleichsjahr 2011 unverändert umsetzen.

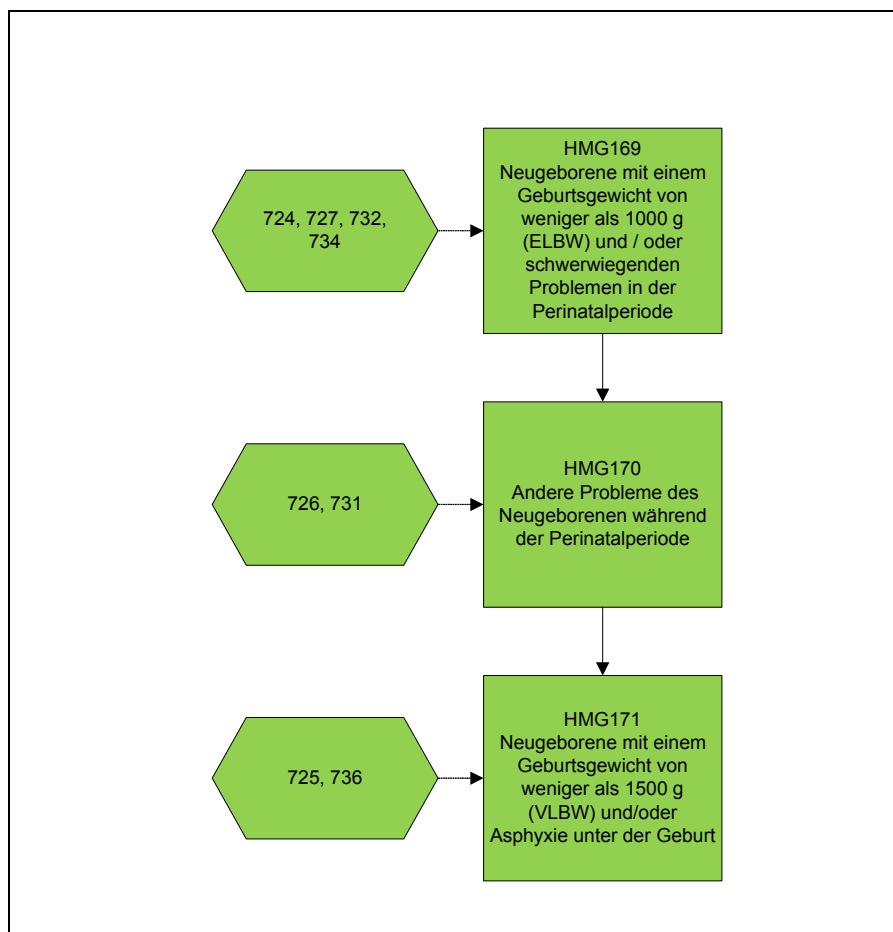
## 22 Hierarchie 27: „Erkrankungen des Neugeborenen“

### 22.1 Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf

Mit der Festlegung der für das Ausgleichsjahr 2011 zu berücksichtigenden Krankheiten wurden erstmalig die Krankheiten „Risikogeburt“ und „Angeborene Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes“ in die Krankheitsauswahl aufgenommen. Da es sich um Erkrankungen Neugeborener handelt, ist der Gültigkeitsbereich der berücksichtigten ICD-Kodes im RSA seitens des BVA auf ein Lebensalter von maximal einem Jahr begrenzt.

Nach ausführlicher Untersuchung empfiehlt der wissenschaftliche Beirat, die neu aufgenommenen ICD-Schlüssel in acht DxG zu gruppieren, die wiederum einer von jeweils drei zuschlagsfähigen Morbiditätsgruppen zugeordnet werden sollen (s. Abbildung 16).

**Abbildung 16: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Erkrankungen des Neugeborenen“**



## **22.2 Anhörungsverfahren**

Die BARMER führt aus, dass die neugebildete Hierarchie grundsätzlich sachgerecht sei. Die generelle Begrenzung der berücksichtigten ICD-Kodes auf Diagnosen von Versicherten mit einem Alter von höchstens einem Jahr sei jedoch weder aus ökonomischen noch aus medizinischen Gründen sinnvoll. Selbst die diagnosebezogenen Alterskriterien des DIMDI seien nicht so restriktiv ausgestaltet wie die vom BVA gewählte Alterseingrenzung.

KBV / BÄK wenden demgegenüber ein, dass es sich um akute Erkrankungen des Neugeborenen handle. Da der Status des „Neugeborenen“ per definitionem lediglich bis zum 28. Lebenstag gelte, sei hier zusätzlich das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zu setzen, das ambulante M2Q-Kriterium sei an dieser Stelle theoretisch nicht erreichbar.

## **22.3 Bewertung**

Die von der BARMER angemerkte Beschränkung der Altersgrenze auf Versicherte mit einem Lebensalter bis maximal einem Jahr resultiert nicht aus einer klassifikatorischen Überlegung, sondern direkt aus der bestehenden Krankheitsabgrenzung. Im Rahmen der überarbeiteten Krankheitsauswahl wurde schon bei der Definition der Krankheiten „Risikogeburt“ und „Angeborene Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes“ die genannte Altersgrenze für die zu berücksichtigenden Diagnosen gesetzt und mit der Festlegung vom 30.06.2010 bekannt gegeben. Nur diese Diagnosen wurden im Rahmen der Krankheitsauswahl ausgewählt, eine nachträgliche Erweiterung des Altersbereichs der zu berücksichtigenden Diagnosen über die im Rahmen der Festlegung zur Krankheitsauswahl ausgewählten Diagnosen kann daher im laufenden Verfahren nicht ohne erneute Überprüfung der Krankheitsauswahl und nachfolgender Änderung der Festlegung vorgenommen werden.

Die Anmerkung der KBV / BÄK beurteilt in diesem Kontext die Gültigkeit der zu berücksichtigenden Diagnosen zu eng. Die definitorische Beschränkung auf die ersten 28 Lebenstage bezieht sich auf den Status „Neugeborenen“, nicht auf die innerhalb dieses Zeitraumes aufgetreten Probleme / Schäden, die durchaus längerfristige Behandlungen notwendig machen. Dennoch ist der Hinweis, das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die in dieser Hierarchie zusammengefassten DxG zu verwenden, aufgrund der medizinischen Schwere der hier betrachteten Diagnosen sachgerecht.

## **22.4 Ergebnis**

Die Anmerkungen zur Altersabgrenzung können aufgrund der altersabhängigen Auswahl der Diagnosen im Rahmen der Krankheitsfestlegung nicht kurzfristig im Klassifikationssystem

berücksichtigt werden, sie werden jedoch im Zuge der nächsten Überarbeitung der Krankheitsauswahl überprüft.

Dem Vorschlag der KBV / BÄK, für die DxG 724, 725, 726, 727, 731, 732, 734, 736 das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zu setzen, wird gefolgt.

Die grundlegende Ausgestaltung der Hierarchie ändert sich dadurch nicht, die Änderungen der Fallzahlen und Kostenschätzer werden in Tabelle 22 dokumentiert. Das  $R^2$  steigt von 23,2791% im Anhörungsentwurf auf 23,2828%.

**Tabelle 22: Fallzahlen und Kostenschätzer der Hierarchie „Erkrankungen des Neugeborenen“ nach Anhörung**

<b>Erkrankungen des Neugeborenen</b> (Aufgreifkriterium stationär) <i>R<sup>2</sup>: 23,2828%</i>			
<b>HMG</b>	<b>Name</b>	<b>N</b>	<b>€</b>
HMG169	Sehr schwerwiegende Probleme des Neugeborenen während der Perinatalperiode	351	10.513,97 €
HMG170	Schwerwiegende Probleme des Neugeborenen während der Perinatalperiode	2.172	2.062,30 €
HMG171	Andere Probleme des Neugeborenen während der Perinatalperiode	582	856,61 €
<b>Summe</b>		3.105	

## **IV Änderungen des Berechnungsverfahrens**

### **23 Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte**

#### **23.1 Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf**

Der wissenschaftliche Beirat hat das BVA darauf hingewiesen, dass die gegenwärtig praktizierte Methodik bei der Berechnung von Zuweisungen bei Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden „nicht den international in der Gesundheitsökonomie empfohlenen und in den einschlägigen Ländern mit Morbi-RSA praktizierten Verfahren“ entspreche. Allerdings musste das Bundesversicherungsamt im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Kenntnis nehmen, dass das Thema zur Behandlung der Zuweisungen von Verstorbenen in der GKV sehr kontrovers diskutiert wird. Selbst der GKV-SV konnte aus diesem Grund keine Empfehlung abgeben. Da zudem ein Änderungsvorschlag des BVA bereits im vergangenen Jahr auf erhebliche rechtliche Bedenken des GKV-SV gestoßen ist, wurde von einer Änderung des Verfahrens abgesehen.

#### **23.2 Anhörungsverfahren**

Der GKV-SV stellt klar, dass seine im Vorjahr geäußerten rechtlichen Bedenken hinsichtlich der BVA-Formulierung nicht auf den gegenwärtigen Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats zum Umgang mit verstorbenen Versicherten übertragbar seien. Davon abgesehen ist der GKV-SV aufgrund der weiterhin sehr heterogenen Meinungslage seiner Mitgliedskassen zu keiner eindeutigen Positionierung gekommen. Die von Kassenseite nachrichtlich an das BVA übermittelten Stellungnahmen verdeutlichen die Kontroverse eindrücklich:

TK et al., IKK e.V., Barmer GEK und SBK begrüßen, dass das BVA den Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats nicht umsetzen will.

Die SBK vertritt die Auffassung, dass vor einer entsprechenden Anpassung des Berechnungsverfahrens eine Änderung der normativen Vorgaben der RSAV zu erfolgen habe, da sich eine Hochrechnung der Leistungsausgaben Verstorbener nicht mit geltendem Recht decke.

Die Barmer GEK legt dar, dass vor einer Anpassung des Verfahrens empirisch sichergestellt sein müsse, dass diese nicht zu ungerechtfertigten, systematischen Überdeckungen bei Krankenkassen mit hoher (alters- und geschlechtsadjustierter) Morbiditätslast führt bzw. bereits bestehende Überdeckungen noch weiter ausbaue.

Die DAK kann die Entscheidung des BVA nachvollziehen, begreift diese jedoch zunächst als Momentaufnahme. Beirat und BVA sollen aus Sicht der Kasse das Thema weiter verfolgen und auf Grundlage vertiefter Analysen erneut mit der GKV diskutieren.

Der AOK-BV kann die rechtlichen Bedenken des BVA nicht nachvollziehen. Unter Verweis auf mögliche Qualitätsmängel des Sterbekennzeichens in der Datenmeldung müsse von der bestehenden Sonderregelung bei der Annualisierung Abstand genommen und der Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats umgesetzt werden.

Die KBS verweist auf erhebliche Unterdeckungen bei verstorbenen Versicherten und den damit einhergehenden Risikoselektionsanreizen bei Versicherten mit schwerwiegenden Erkrankungen. Zudem sei das gegenwärtig praktizierte Verfahren nicht summentreu – die zur Korrektur dieses Problems herangezogenen Ausgleichsfaktoren nicht zielführend. Das BVA solle daher die Zuweisungen für verstorbene Versicherte unabhängig von deren Versichertenzeit in voller Höhe gewähren.

### **23.3 Bewertung**

Die grundlegende, bereits in der Dokumentation zum Festlegungsentwurf erläuterte Einschätzung des Bundesversicherungsamtes bleibt vor dem Hintergrund der sehr kontroversen Stellungnahmen unverändert. Auch wenn erkannt wird, dass das gegenwärtig praktizierte Verfahren mit Problemen behaftet ist, kann eine Änderung zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erfolgen.

### **23.4 Ergebnis**

Das Bundesversicherungsamt schließt sich dem Votum des wissenschaftlichen Beirats nicht an und nimmt keine Änderung der Verfahrensregelungen vor.

## **24 Angleichungsfaktoren**

### **24.1 Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf**

Das Bundesversicherungsamt beabsichtigt, hier keine Änderung am Verfahren der Berechnung und Verwendung der Angleichungsfaktoren vorzunehmen, sondern die Verfahren erst im nächsten Festlegungsprozess nach einer Analyse der Ergebnisse des Jahresausgleichs zu überprüfen. Es beabsichtigt hingegen, frühzeitiger auf aktuellere Datenmeldungen umzusteigen, d.h. beim Grundlagenbescheid I/2011 auf die Erstmeldung 2009 und beim Grundlagenbescheid III/2011 auf die Erstmeldung 2010.

### **24.2 Anhörungsverfahren**

Barmer GEK und AOK-BV begrüßen die Ankündigung des BVA, vor einer Änderung der Berechnungsverfahren der Angleichungsfaktoren eine systematische Überprüfung vornehmen zu wollen.

Die Absicht des BVA, bereits bei der Berechnung der Grundlagenbescheide I/2011 und III/2011 auf eine aktualisierte Datenbasis abzustellen wird von TK et al., Barmer GEK und AOK-BV positiv bewertet. Auch der IKK e.V. bezeichnet die frühzeitige Aktualisierung als „grundsätzlich begrüßenswert“, äußert jedoch gleichzeitig massive Bedenken hinsichtlich der zeitlichen Umsetzbarkeit seitens der Krankenkassen, so lange keine terminliche Anpassung der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Kassen erfolge. Auch die SBK verweist auf einen erheblichen zeitlichen Druck, unter dem die Kassen bei der Erstellung der Erstmeldung stünden; Zeitpunkt und Vollständigkeit der Datenmeldung seien unter anderem von der Datenweiterleitung durch die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen abhängig. Hierdurch könnten gegebenenfalls regionale Verzerrungen auftreten.

### **24.3 Bewertung**

Der Verzicht auf eine Änderung des Berechnungsverfahrens bis zu einer systematischen Überprüfung wird begrüßt, daher wird hiervon weiter Abstand genommen.

Die zeitnähere Verwendung von Daten wird weitestgehend begrüßt, allerdings auch unter Hinweis auf den zeitlichen Druck der Krankenkassen abgelehnt. Hier muss aber auf die in der RSAV vorgegebenen Meldetermine (§ 30 Abs. 4 Satz 1 RSAV) verwiesen werden, auf deren Einhaltung bestanden werden muss, zumal die RSAV auch Sanktionen für den Fall des zeitlichen Verzuges vorsieht (§ 30 Abs. 4 Satz 4 RSAV). Es ist Aufgabe der Krankenkassen, entsprechend auf eine Einhaltung der vorgegebenen Meldetermine durch die

Leistungserbringer zu drängen. Anfängliche Umsetzungsprobleme, die zu Verzögerungen bei den Datenmeldungen führten, waren sicherlich in der Einführungsphase nicht zu vermeiden, können aber nach mehr als drei Jahren nicht mehr hingenommen werden.

## **24.4 Ergebnis**

Das Verfahren zur Berechnung und Verwendung der Angleichungsfaktoren wird nicht verändert.

Das BVA beabsichtigt dagegen weiterhin, die Berechnung des Grundlagenbescheids I/2011 auf die Erstmeldung 2009, bei der Berechnung des Grundlagenbescheids III/2011 auf die Erstmeldung 2010 abzustellen. Hierbei gilt zu beachten, dass die Festlegung auf der ICD-10-GM Version 2008 und dem GKV-Arzneimittelindex Stand 12/2009 basiert. Eine entsprechende technische Anpassung der Festlegung (ICD-10-GM 2009 / GKV-Arzneimittelindex Stand 07/2010) wird das BVA daher noch kurzfristig vor Erstellung des Grundlagenbescheides I/2011 vornehmen.

## **25 Hochrechnung der Ausgaben ohne Morbiditätsbezug**

### **25.1 Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf**

Wie bei der Berechnung und Verwendung der Angleichungsfaktoren sieht die Entwurfsfassung keine Verfahrensänderung bei der Hochrechnung der Ausgaben ohne Morbiditätsbezug vor. Stattdessen wird angekündigt, das Verfahren im Rahmen der Analyse des anstehenden Jahresausgleichs zu überprüfen.

### **25.2 Anhörungsverfahren**

Die Barmer sowie TK et al. begrüßen den Entschluss des BVA. Es solle jedoch geprüft werden, ob die Zuordnung der Konten 5186 bis 5188 (Schutzimpfungen / Impfstoffe – Anmerkung der Barmer) bzw. der Konten 5160 bis 5162 (Verhütung von Zahnerkrankungen [Gruppenprophylaxe] – Anmerkung von TK et al.) zu den nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben sachgerecht sei.

### **25.3 Bewertung**

In Anbetracht der allgemein begrüßten generellen Überprüfung des Berechnungsverfahrens werden zum jetzigen Zeitpunkt auch keine punktuellen Änderungen an der Abgrenzung der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben vorgenommen. Dies muss im Rahmen der generellen Überprüfung erfolgen.

### **25.4 Ergebnis**

Eine Anpassung des Verfahrens erfolgt nicht.

## **26 Berücksichtigung des HLB 2 (zahnärztliche Ausgaben)**

### **26.1 Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf**

Der Festlegungsentwurf sah keine Änderung des Verfahrens vor.

### **26.2 Anhörungsverfahren**

Die SBK erneuert ihre Forderung, die zahnärztlichen Ausgaben – in einer Analogie zum Krankengeld – ausschließlich über die AGG zu verteilen.

### **26.3 Bewertung**

Für die Umsetzung des Vorschlages der SBK besteht kein rechtlicher Spielraum. Eine Analogie zum Krankengeld kann nicht gezogen werden, da hier eben nicht – wie beim Krankengeld in § 29 Nr. 4 RSAV – eine abweichende Gruppenbildung vorgesehen ist. Zahnärztliche Ausgaben sind, insbesondere nach dem Außerkraftsetzen der Sonderregelung nach § 31 Abs. 4 Satz 9 RSAV, wie alle anderen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben auch zu standardisieren. Dass, wie die SBK vorträgt, keine zahnarzttypischen Krankheiten ausgewählt wurden, ist zwar richtig, damit wird aber die Frage, ob die zahnärztlichen Ausgaben einen Zusammenhang mit der berücksichtigten Morbidität aufweisen, zu einer rein empirischen.

### **26.4 Ergebnis**

Eine Änderung des Verfahrens erfolgt nicht.

## **27 Ausgaben und Zuweisungen von im Ausland lebenden Versicherten (AusAGG)**

### **27.1 Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf**

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens hatte die Barmer GEK angeregt, die Zuweisungen für Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland auf die Höhe der in der entsprechenden Kontenart gebuchten Ausgaben zu begrenzen. Unter Verweis auf die geltende Rechtslage wurde eine Verfahrensänderung vom BVA abgelehnt.

### **27.2 Anhörungsverfahren**

Die Barmer GEK hält auch im Rahmen der Anhörung an ihrer Forderung fest, da das gegenwärtige Verfahren das Zuweisungsniveau der Gruppe (zulasten der übrigen Versichertengruppen) überhöht abbilde.

### **27.3 Bewertung**

Ohne den Sachverhalt inhaltlich zu bewerten, muss erneut darauf verwiesen werden, dass der Rechenweg für die Zuweisungen für Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland in § 31 Abs. 5 Satz 1 RSA abschließend geregelt ist. Für einen alternativen Berechnungsweg existiert somit keine rechtliche Grundlage.

### **27.4 Ergebnis**

Eine Änderung des Verfahrens erfolgt nicht.

## **28 Registrierung zur Organtransplantation**

### **28.1 Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf**

Eine Änderung des Verfahrens wurde im Festlegungsentwurf nicht vorgesehen, da die versichertenbezogene Meldung eines entsprechenden Merkmals nicht durch die RSAV geregelt ist.

### **28.2 Anhörungsverfahren**

Die Barmer GEK kann der Argumentation folgen und regt an, dass sich das BVA hinsichtlich der nächsten RSAV-Änderungsverordnung für eine entsprechende Änderung einsetzen möge.

### **28.3 Bewertung / Ergebnis**

Eine entsprechende RSAV-Änderung wird unterstützt.

## **29 Hochrisikopool**

### **29.1 Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf**

Da die Wiedereinführung eines Risikopools nicht in der Festlegungskompetenz des BVA liegt, kann eine Verfahrensänderung nicht erfolgen.

### **29.2 Anhörungsverfahren**

Die SBK erachtet die Wiedereinführung eines Riskopools als sinnvoll, sofern zuvor die entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen worden sind. Auch die Barmer GEK wiederholt ihre Forderung; auch wenn klar sei, dass die Einführung eines Risikopools nicht in der Kompetenz des BVA läge, müsse auf Fehlentwicklungen und Chancen im RSA-Verfahren hingewiesen werden.

### **29.3 Bewertung / Ergebnis**

Es erfolgt keine Änderung des Verfahrens.

## **30 Verzicht auf das Qualifizierungsmerkmal bei Diagnosen von nach §§ 116a ff. SGB V ermächtigten Institutionen**

### **30.1 Festlegungsentwurf**

Der Festlegungsentwurf sieht vor, bei ambulanten Diagnosen aus gemäß §§ 116a, 116b, 117, 118, 119 und 120 Abs. 1a SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Krankenhäusern, Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren für einen Übergangszeitraum auf eine Prüfung für das Qualifizierungsmerkmal „G“ (gesicherte Diagnose) zu verzichten.

### **30.2 Anhörungsverfahren**

Die KBV/BÄK verweist auf die zum 1.1.2011 in Kraft tretende Ambulante Kodierrichtlinie, die die Verwendung der Qualifizierungsmerkmale auch für ermächtigte Krankenhausärzte vorschreibt. Die Regelung sollte daher entfallen.

### **30.3 Bewertung**

Diese Regelung war von Anfang an als Übergangsregelung gedacht, bis eine entsprechende Kodierung in den genannten Einrichtungen sichergestellt ist. Da die Kodierrichtlinie aber erst zum 1.1.2011 in Kraft tritt, und diese Festlegung das Ausgleichsjahr 2011 betrifft, in dem im prospektiven Modell die Morbiditätsdaten des Jahres 2010 heranzuziehen sind, muss diese Sonderregelung weiter Bestand haben.

### **30.4 Ergebnis**

Es erfolgt keine Änderung des Verfahrens.

## **31 Allgemeine Zuordnungsprinzipien zu den KEG, EMG und AusAGG**

### **31.1 Festlegungsentwurf**

Laut Festlegungsentwurf (Nr. 1.3. bis 1.5.) erfolgt die Zuordnung eines Versicherten zu einer der drei genannten Gruppen nur dann, wenn für diesen in mindestens 183 Versicherungstagen des Bezugsjahres das Merkmal „Kostenerstatter“, „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ oder „Wohnsitz im Ausland“ vorliegt.

### **31.2 Anhörungsverfahren**

Der AOK-BV schlägt vor, statt der festen Tagesgrenze eine relative Grenze in Abhängigkeit der gemeldeten Versicherungszeiten einzuführen. Eine Gruppenzuordnung soll demnach dann erfolgen, wenn ein Merkmal zu mindestens 50 % der Versicherungszeit vorliegt.

### **31.3 Bewertung**

Zur Umsetzung dieses Vorschlages besteht kein rechtlicher Spielraum. Die RSAV stellt bei den betreffenden Gruppen jeweils (§ 31 Abs. 4 Satz 4 und Abs. 5 Satz 1 und 2 RSAV) auf Versicherte ab, die „während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres“ das jeweilige Merkmal aufwiesen.

### **31.4 Ergebnis**

Es erfolgt keine Verfahrensanpassung.

## **32 Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGG) / Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für das Krankengeld**

### **32.1 Festlegungsentwurf**

Der Festlegungsentwurf sieht unter Nr. 1.6. vor, Versicherte jeweils in eine von 40 Krankengeld-Alters-/Geschlechtsgruppen sowie (in Abhängigkeit ihres Erwerbsminderungsstatus im Berichtsjahr) in höchstens eine von sechs Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMG) einzuordnen. Nach Zuordnung zu den Krankengeldgruppen soll eine Annualisierung der Bruttokrankengeldausgaben erfolgen – im Berichtsjahr verstorbene Versicherte sind von dieser Ausgabenhochrechnung ausgenommen (Nr. 2.2.2. des Festlegungsentwurfes). Hieran soll sich die Ermittlung der Regressionskoeffizienten für die KGG über eine lineare WLS-Regression anschließen.

### **32.2 Anhörungsverfahren**

Der GKV-SV weist auf unklare Formulierungen des Festlegungsentwurfes hin und bittet das BVA zu konkretisieren, dass nur Versicherte mit Krankengeldanspruch den K-AGG sowie den K-EMG zuordenbar sind. Zudem müsse aus der Formulierung der Festlegung hervorgehen, dass die Annualisierung der Krankengeldausgaben auf Basis der Versichertentage mit Krankengeldanspruch zu erfolgen hat.

Gemeinsam mit dem AOK-BV übt der GKV-SV unter Verweis auf ältere sachbezogene Stellungnahmen generelle Kritik an der geplanten Verfahrensanpassung. Sollte das BVA an der Umsetzung dennoch festhalten wollen, seien folgende Punkte zu beachten:

- Die Abgrenzung der KGG solle in 1-Jahres-Schritten, getrennt nach den Merkmalen Alter, Geschlecht sowie Erwerbsminderungsstatus erfolgen.
- Im Falle negativer oder insignifikanter Regressionskoeffizienten sei im Einvernehmen mit dem GKV-SV die Gruppeneinteilung alternativ auszugestalten.

Während die Barmer einen Verzicht auf die Annualisierung der Krankengeldausgaben von im Berichtsjahr verstorbenen Versicherten begrüßt, fordert der AOK-BV – dem widersprechend – die Annualisierung für Verstorbene analog zu der Berechnung der übrigen unterjährig Versicherten vorzunehmen.

Der BKK-BV führt aus, dass eine Verfahrensänderung weiteren Untersuchungsergebnissen des wissenschaftlichen Beirats vorgreife. Diese solle das BVA zunächst abwarten und von einer Änderung zum gegenwärtigen Zeitpunkt absehen.

### **32.3 Bewertung**

Die Kritik an dem Festlegungsentwurf geht aus Sicht des BVA insofern fehl, als von einer Verfahrensänderung ausgegangen wird. Eine solche ist weder beabsichtigt, noch rechtlich zulässig. Die RSAV gibt beim Krankengeld weiterhin eine Standardisierung nach den nach Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente gebildeten Versichertengruppen vor.

Intention des BVA ist es vielmehr, die Berechnung des Krankengeldes auf der Basis der Datenmeldung nach § 30 RSAV durchzuführen und nicht auf Basis der Datengrundlage nach § 267 Abs. 3 SGB V. Das BVA hält eine solche Umstellung auch für rechtlich geboten; sie ist nur deshalb bislang nicht erfolgt, da eine Meldung der Krankengeldausgaben in den neuen Datengrundlagen trotz einer entsprechenden Meldepflicht in § 30 RSAV nicht erfolgte. Da beide Datenmeldungen von den Krankenkassen aus derselben Datengrundlage erzeugt werden, führen sie auch zu nahezu vollständig identischen Ergebnissen, wie entsprechende Berechnungen des BVA zeigen.

Bei der Standardisierung geht es um die Ermittlung der durchschnittlichen Krankengeldausgaben je gebildeter Risikogruppe. Zur Ermittlung dieses Durchschnittswertes sind der Regressionsansatz und der Zellenansatz grundsätzlich vollständig wirkungsgleiche Verfahren. Der Vorschlag des Regressionsverfahrens erfolgte seitens des BVA aus pragmatischen Gründen, um einen möglichst hohen Gleichklang der Berechnungen zwischen der Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für das Krankengeld und der Gewichtungsfaktoren für die übrigen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben herzustellen. Allerdings hat das Regressionsverfahren in der gegenwärtig festgelegten Form den Nachteil, dass statistisch insignifikante Werte auf Null gesetzt werden. Im Gegensatz zum Zellenansatz, der nur auf die Mittelwerte zurückgreift, wird also auch die Varianz der Verteilung herangezogen. Dieses Problem wird dadurch verschärft, dass kein Einvernehmen nach § 31 Abs. 4 Satz 5 RSAV zur Bildung größerer Altersgruppen zustande kam. Aus diesem Grund wird bei der tatsächlichen Berechnung der Mittelwerte dem methodisch vergleichbaren Zellenansatz der Vorzug gegeben.

### **32.4 Ergebnis**

Das BVA hält an einer Berechnung der Gewichtungsfaktoren für das Krankengeld auf der Grundlage der Datenmeldung nach § 30 RSAV fest. Die Berechnung wird jedoch aus den oben genannten Gründen auf den methodisch vergleichbaren Zellenansatz umgestellt.

## **33 Zuordnung zur Kostenerstattergruppe (KEG)**

### **33.1 Festlegungsentwurf**

Der Festlegungsentwurf sieht vor, Versicherte, die den überwiegenden Teil des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung gewählt hatten, in eine gesonderte Risikogruppe (KEG) einzuordnen. Eine HMG-Zuordnung erfolgt für die betroffenen Versicherten nicht (Nr. 1.4. des Festlegungsentwurfes).

### **33.2 Anhörungsverfahren**

GKV-SV und Barmer GEK bitten das BVA, kurzfristig die Möglichkeit zu einer weiteren Differenzierung der KEG zu prüfen.

BÄK und KBV befürchten durch die nicht erfolgende Zuordnung zu den HMG mögliche Selektionsanreize auf Seiten der Krankenkasse (Selektion gesunder Kostenerstatter).

### **33.3 Bewertung**

Eine vom GKV-SV geforderte weitere Differenzierung der Kostenerstattergruppe wurde bislang vom BVA wegen der fehlenden empirischen Grundlage für eine Differenzierung abgelehnt. Diese Situation hat sich insofern geändert, als dass zum Zeitpunkt dieser Festlegung erstmalig Daten über die Kostenerstatter vorliegen. So erfahren aufgrund dieser Datenmeldungen GKV-weit im Jahr 2008 nur 87.191 Versicherte eine Zuordnung zur Kostenerstattergruppe, 83.003 Versicherte davon aufgrund einer Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V und 4.188 Versicherte aufgrund einer Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V.

Entscheidender für eine Bewertung der Fallzahlen ist aber die Zahl der Kostenerstatter in der Stichprobe. Im Jahr 2008 waren dies 5.065 Fälle nach § 13 Abs. 2 SGB V und 210 Fälle nach § 53 Abs. 4 SGB V. Eine Separierung der Fälle nach § 53 Abs. 4 SGB V sollte wegen geringer Fallzahlen ausbleiben. Diese Fallzahlen geben aber noch keine Auskunft über die für eine Differenzierung notwendige Frage, ob sich diese Gruppen nach Alter und Geschlecht strukturell unterscheiden.

Aus Sicht des BVA sollte daher die Frage eine Differenzierung dieser Gruppen weiter zurückgestellt bleiben, bis gesicherte empirische Erkenntnisse als Entscheidungsgrundlage vorliegen. Aufgrund der starken Zunahme der Fälle (für das Jahr 2009 ist eine Steigerung von 12 % zu beobachten) ist auch nicht auszuschließen, dass sich die Fallzahlenproblematik im Zeitverlauf relativiert.

Die Kritik der BÄK/KBV an dieser Regelung vernachlässigt, dass Kostenerstatter wegen fehlender diagnostischer Informationen nicht den Morbiditätsgruppen zugeordnet werden können. Eine Diskussion möglicher Selektionsanreize setzt aber Informationen über die Lageparameter des zu ermittelnden Zuschlags voraus, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht vorliegen.

### **33.4 Ergebnis**

Eine Verfahrensanpassung erfolgt nicht.

## **34 Berücksichtigte Ausgaben im Regressionsverfahren**

### **34.1 Festlegungsentwurf**

Die Leistungsausgaben der Stichprobenversicherten werden auf die Gesamtausgaben der Gesamtversicherten hochgerechnet, indem die ermittelten durchschnittlichen standardisierten Ausgaben je Risikogruppe durch die durchschnittlichen Ausgaben aller Stichprobenversicherten geteilt und mit den durchschnittlichen Ausgaben aller Versicherten multipliziert werden. Eine Ausnahme existiert nur für die nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben, die als einheitlicher Erhöhungsbetrag den Alter-Geschlechtsgruppen zugeordnet werden.

### **34.2 Anhörungsverfahren**

Der AOK-BV schlägt vor, die Festlegung um die folgende Formulierung zu ergänzen:

„Die gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der Stichprobenversicherten einer Krankenkasse werden auf die Summe der zu erwartenden Leistungsausgaben der Stichprobe hochgerechnet. Die Summe der erwarteten Leistungsausgaben in der Stichprobe wird als Produkt aus den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einer Krankenkasse gem. KJ1 und dem Anteil der Versicherungstage der Stichprobenversicherten an allen Versichertentagen der Krankenkasse (Ausschöpfungsquote) gebildet.“

### **34.3 Bewertung**

Ob dieser Vorschlag zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen führt, bedarf einer systematischen Analyse, die erst im Rahmen des Jahresausgleichs 2009 durchgeführt werden kann. Eine Bewertung des Vorschlags wird daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt zurückgestellt.

### **34.4 Ergebnis**

Es erfolgt keine Verfahrensanpassung.

## **V Bewertung des Gesamtmodells**

Die in Abschnitt III dieses Dokumentes dargestellten Änderungen zum Festlegungsentwurf hat das BVA mit dem wissenschaftlichen Beirat auf einer gemeinsamen Sitzung am 13.09.2010 sowie in einem sich anschließenden Abstimmungsverfahren per Email ausführlich. Der Beirat kann den Bewertungen des BVA folgen und schließt sich den bezüglich der Klassifikationslogik getroffenen Festlegungen an.

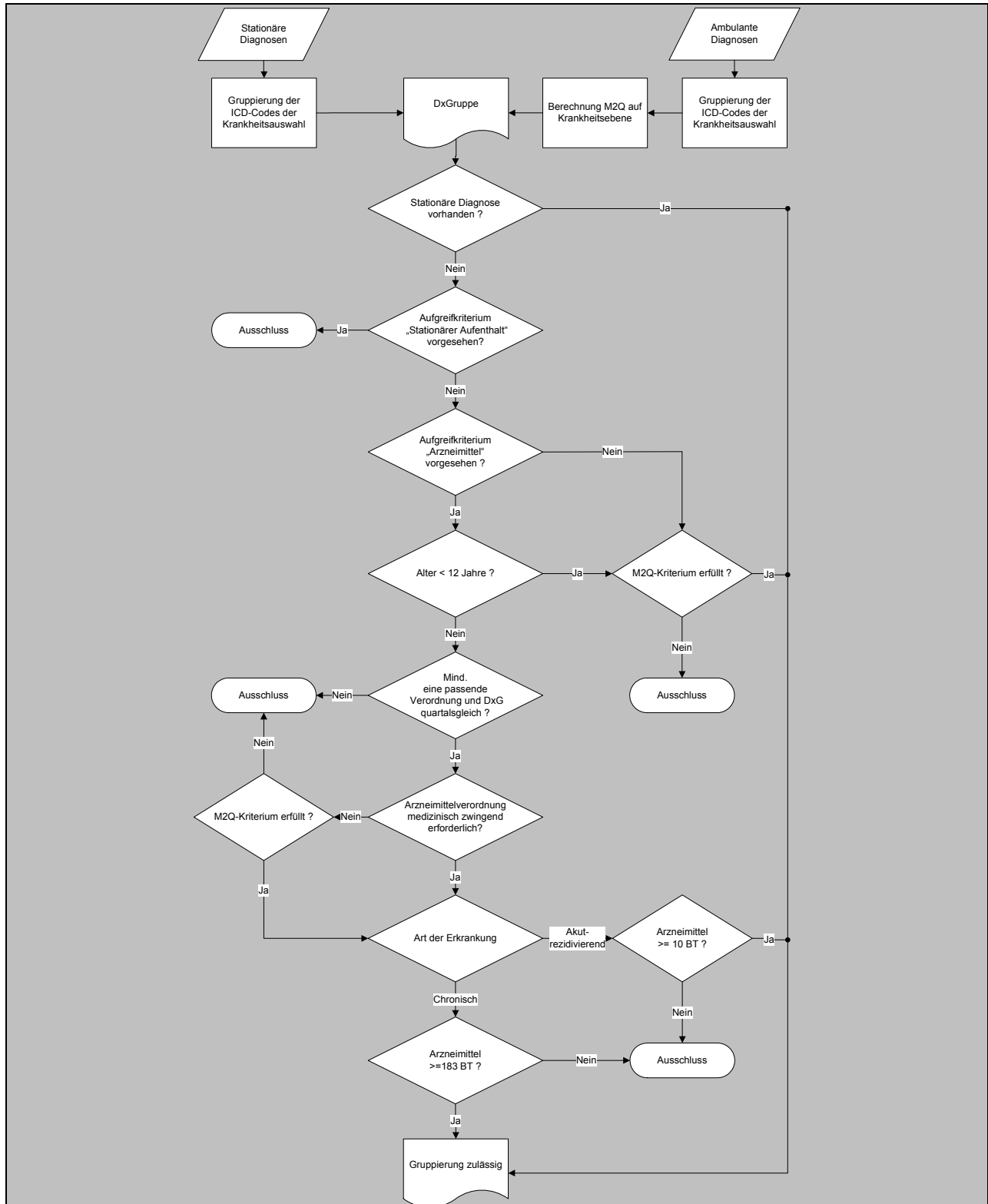
Auf Grundlage des bislang gültigen Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2010 und der Umsetzung aller hier vorgestellter Anpassungen des Zuordnungsalgorithmus der Versicherten zu den Risikogruppen resultiert das Klassifikationsmodell, das das Bundesversicherungsamt im Ausgleichsjahr 2011 zur Gruppierung der Versicherten und ihrer Risikomerkmale für die Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs heranziehen wird.

Für das Gesamtmodell ergibt sich ein Bestimmtheitsmaß in Höhe von 25,5754% (adjustiertes  $R^2$ : 25,5725%). Im Vergleich zum Klassifikationsmodell in der Fassung des Festlegungsentwurfes (korrespondierende Werte: 25,2966% / 25,2937%) konnte somit durch die weiteren Anpassungen im Rahmen des Anhörungsverfahrens eine weitere Steigerung der Modellgenauigkeit erreicht werden.

## VI Anhang

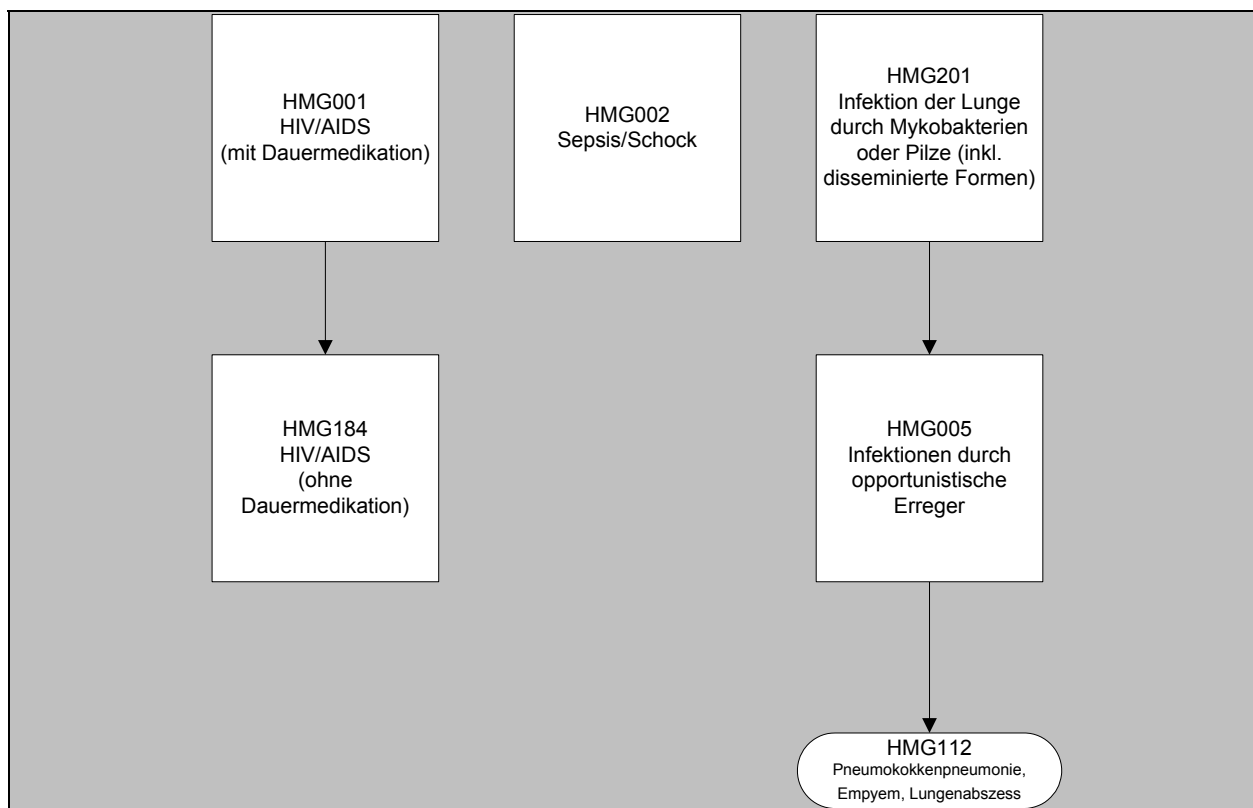
### 35 Aufgreifalgorithmus (ohne Sonderfälle)

Algorithmus 1: Genereller Aufgreifalgorithmus (ohne Sonderfälle)

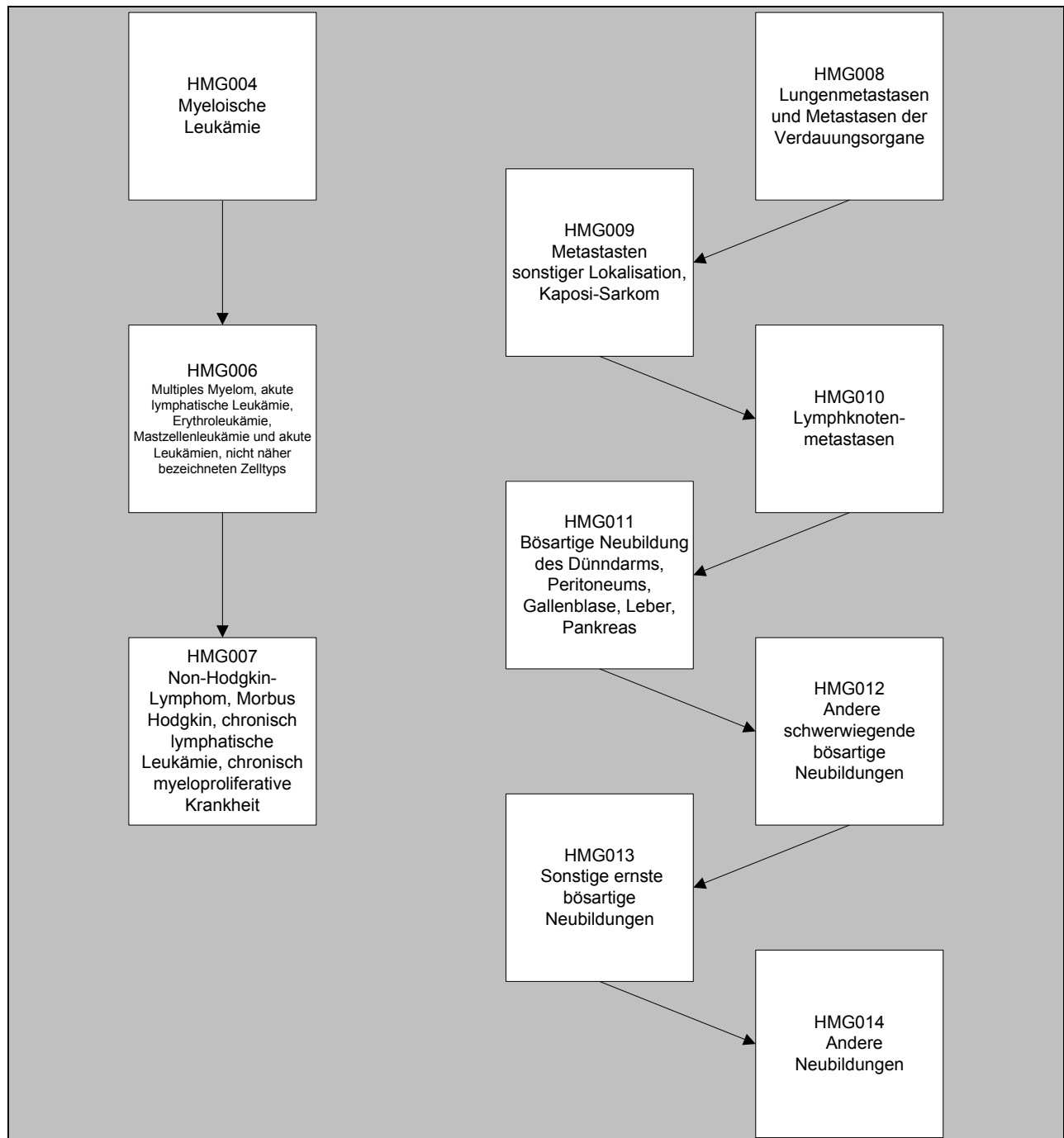


## 36 Übersicht über die Hierarchien

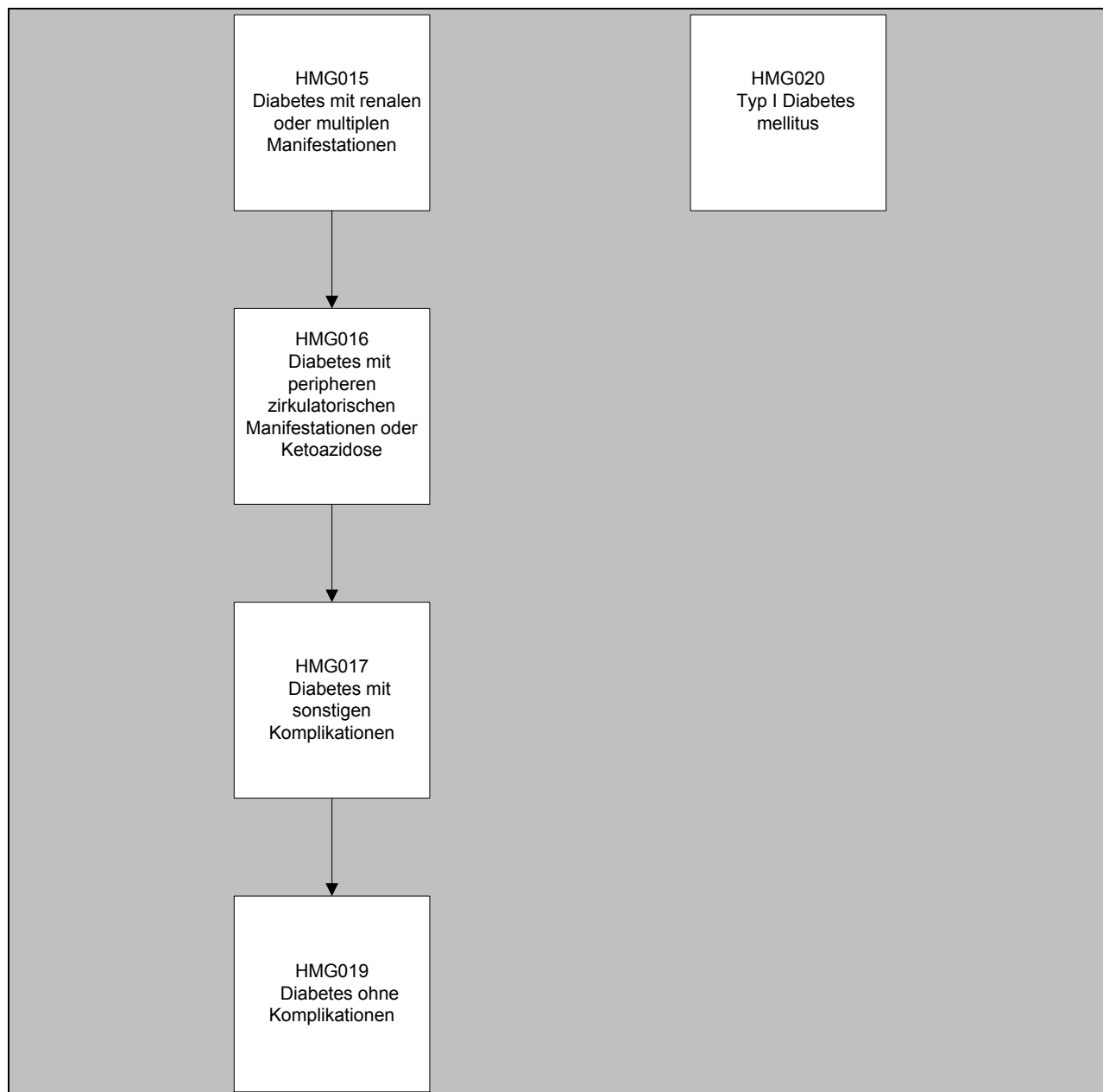
### Hierarchie 1: Infektionen



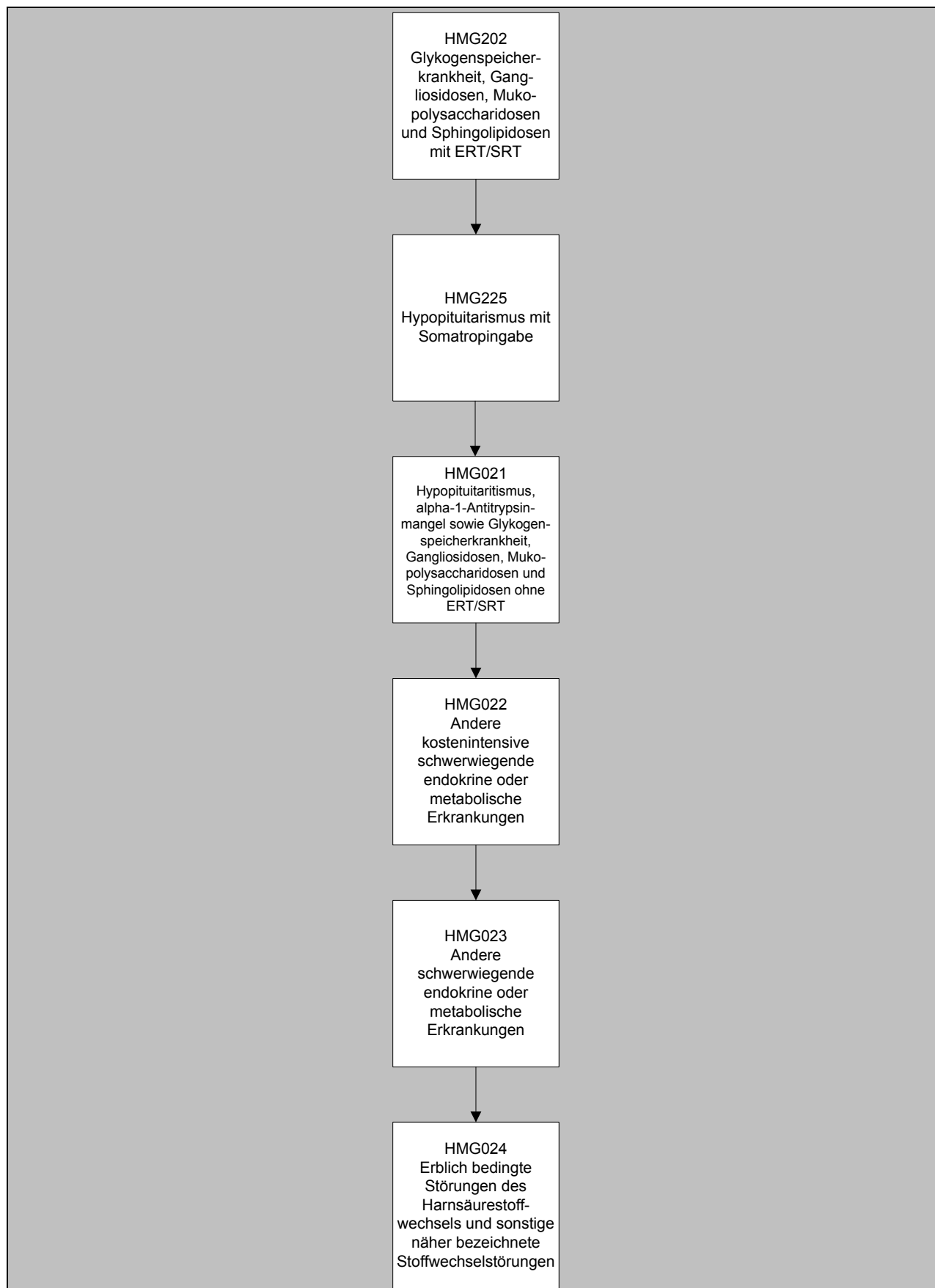
## Hierarchie 2: Neubildungen



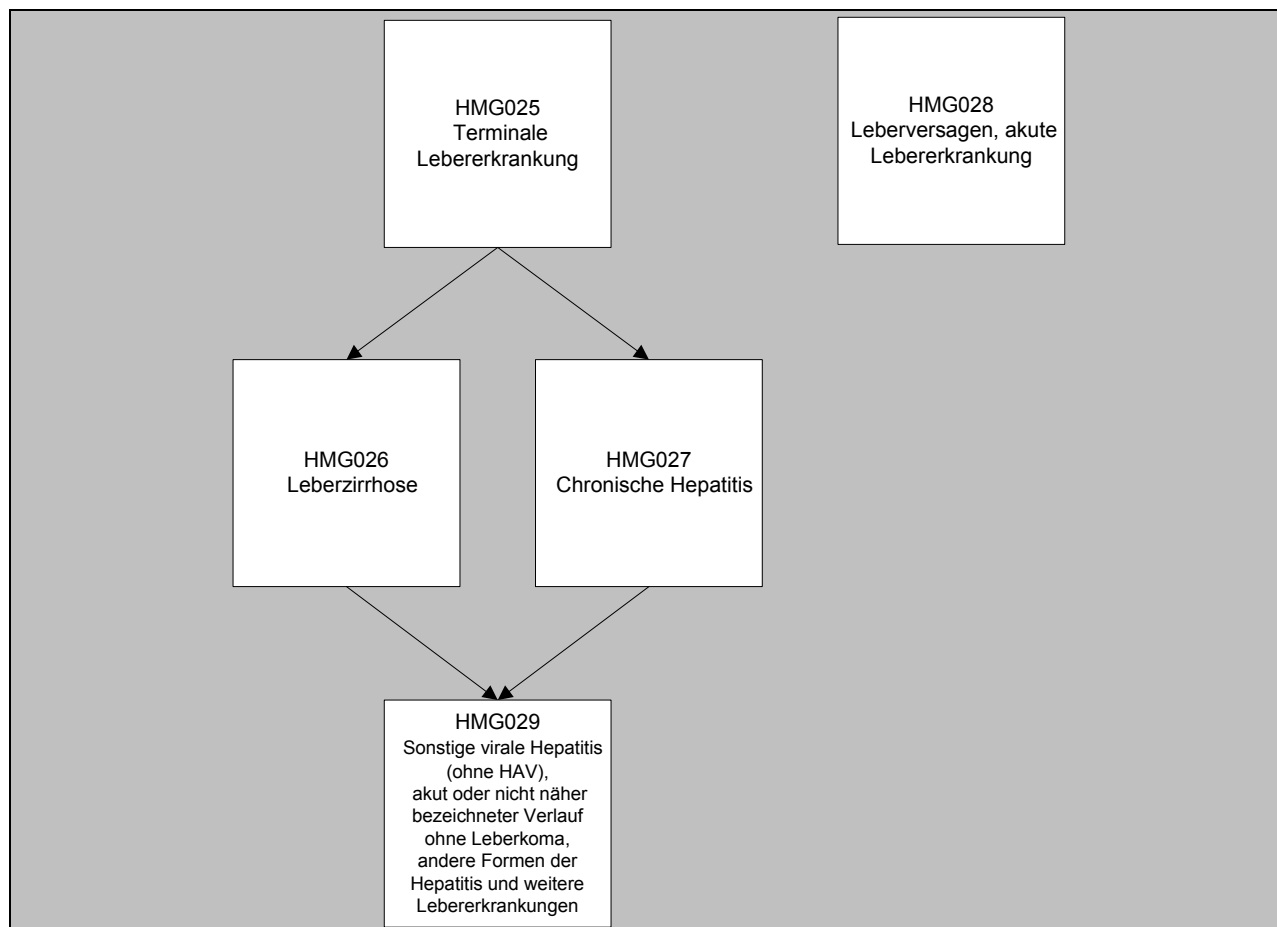
### Hierarchie 3: Diabetes mellitus



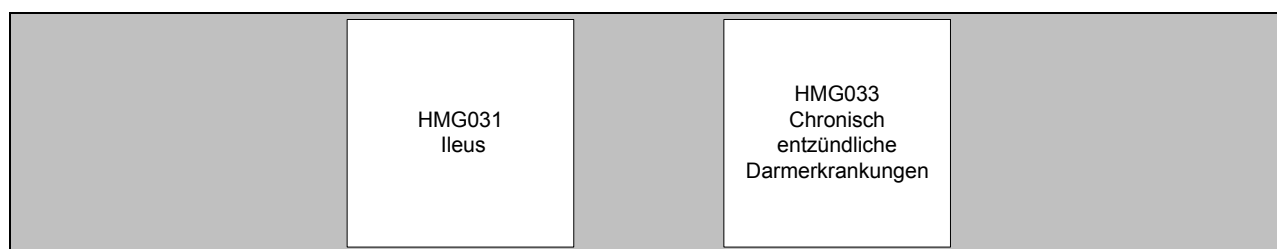
#### Hierarchie 4: Metabolische Erkrankungen



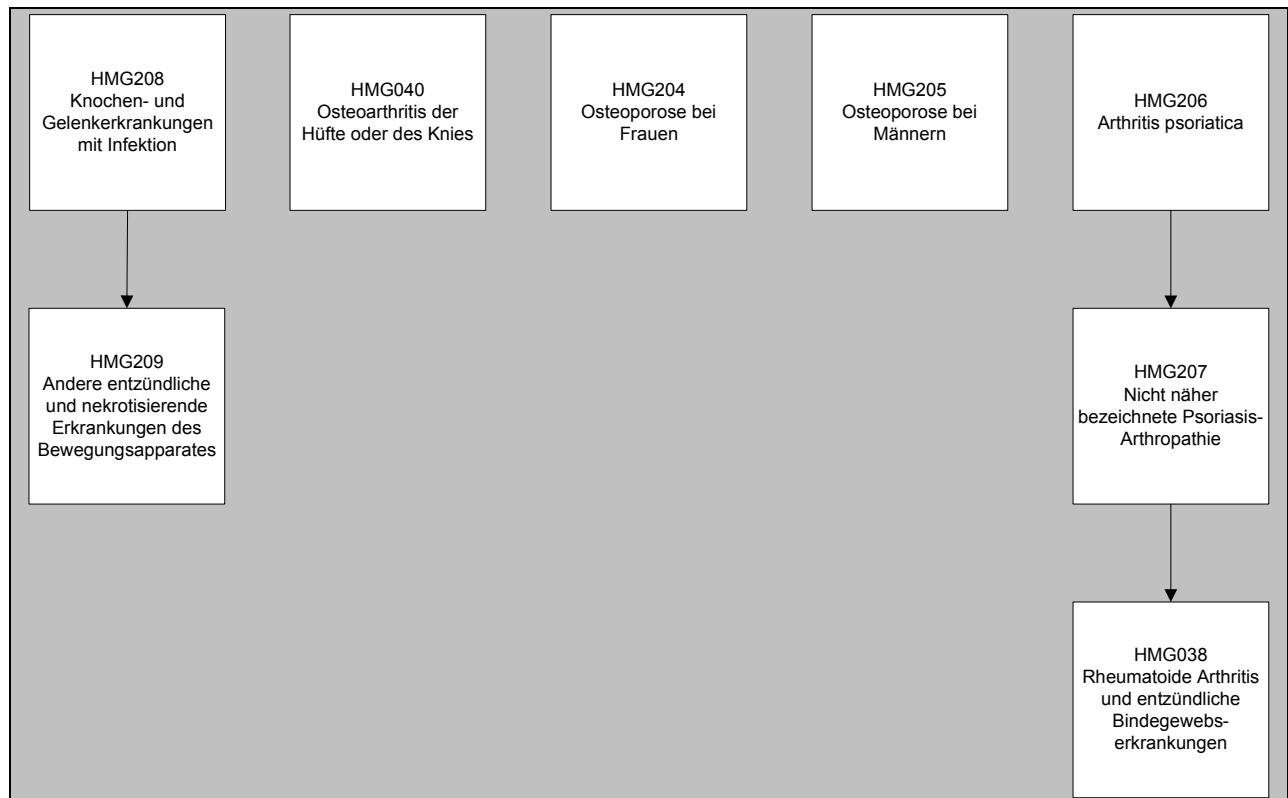
### Hierarchie 5: Erkrankungen der Leber



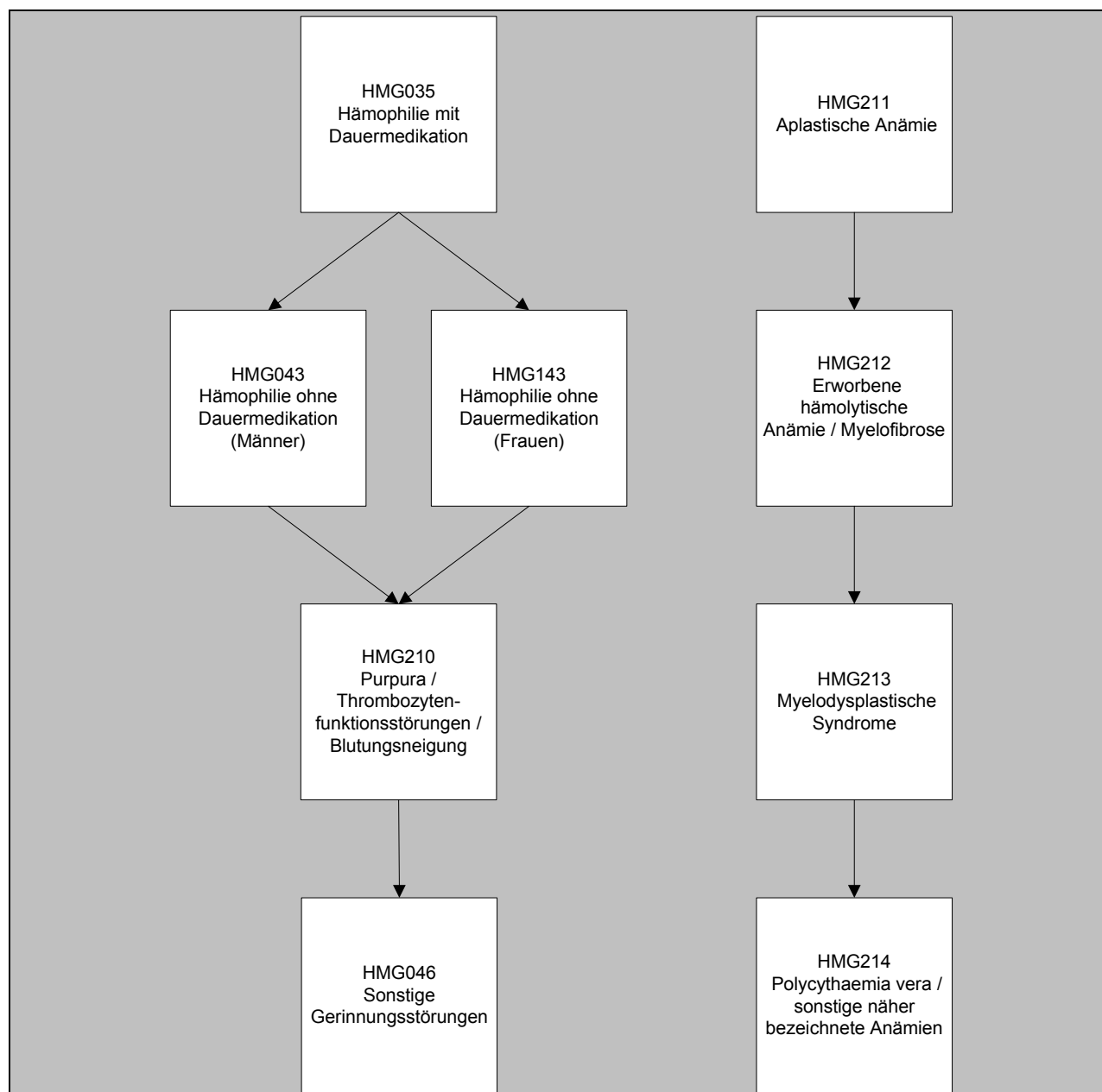
### Hierarchie 6: Gastrointestinale Erkrankungen



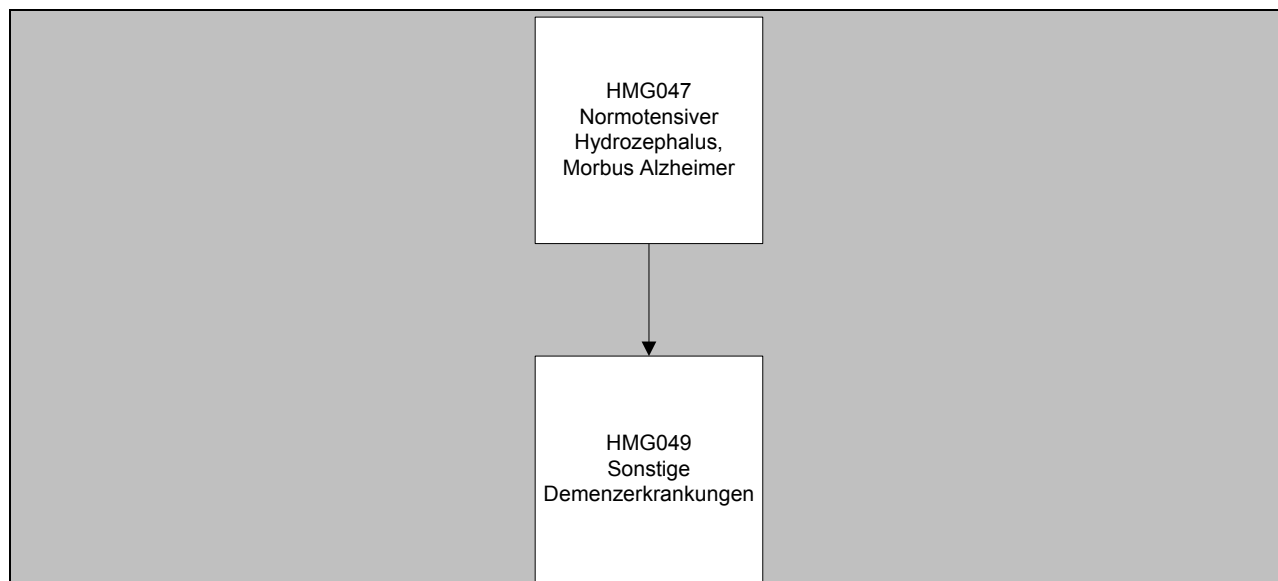
### Hierarchie 7: Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems



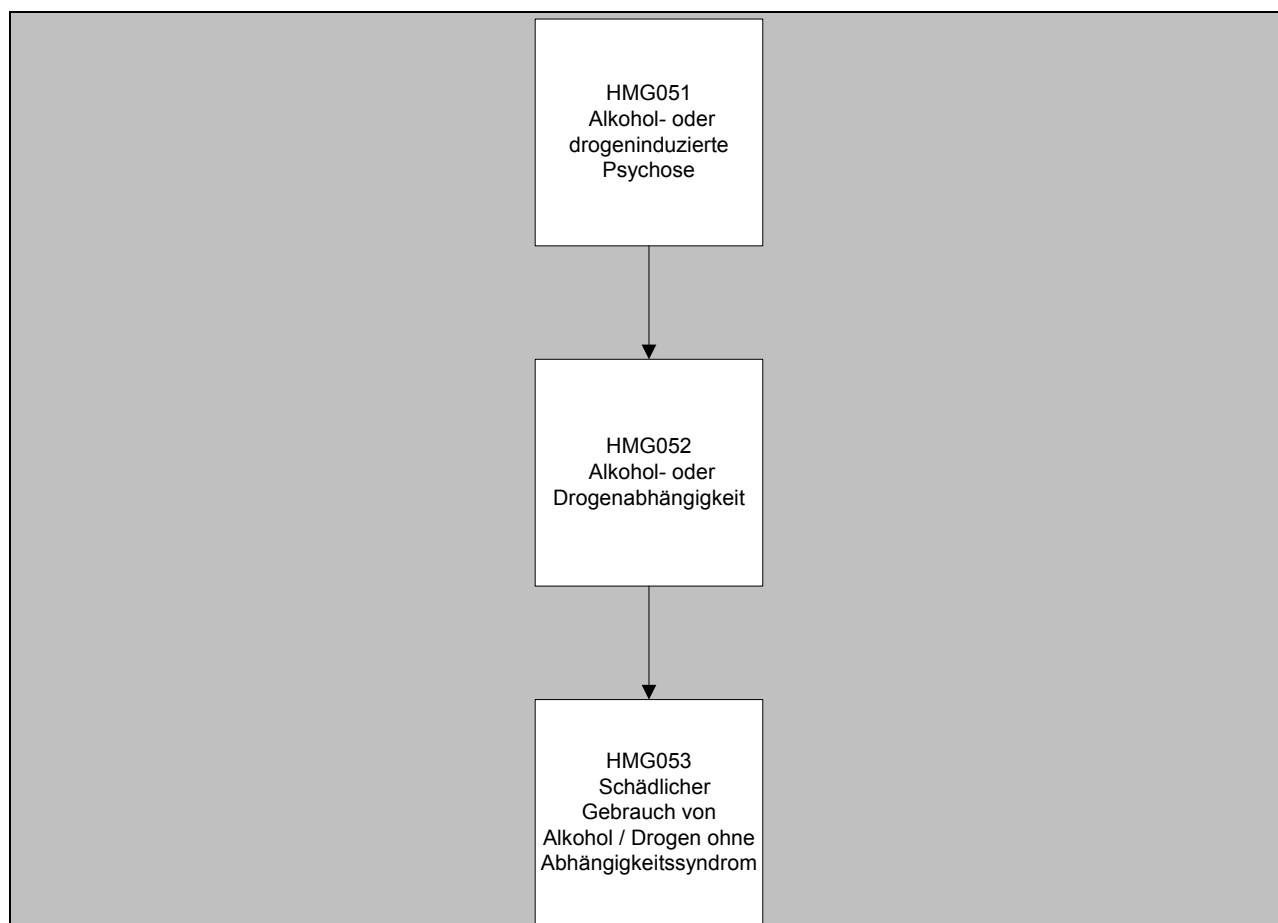
### Hierarchie 8: Hämatologische Erkrankungen



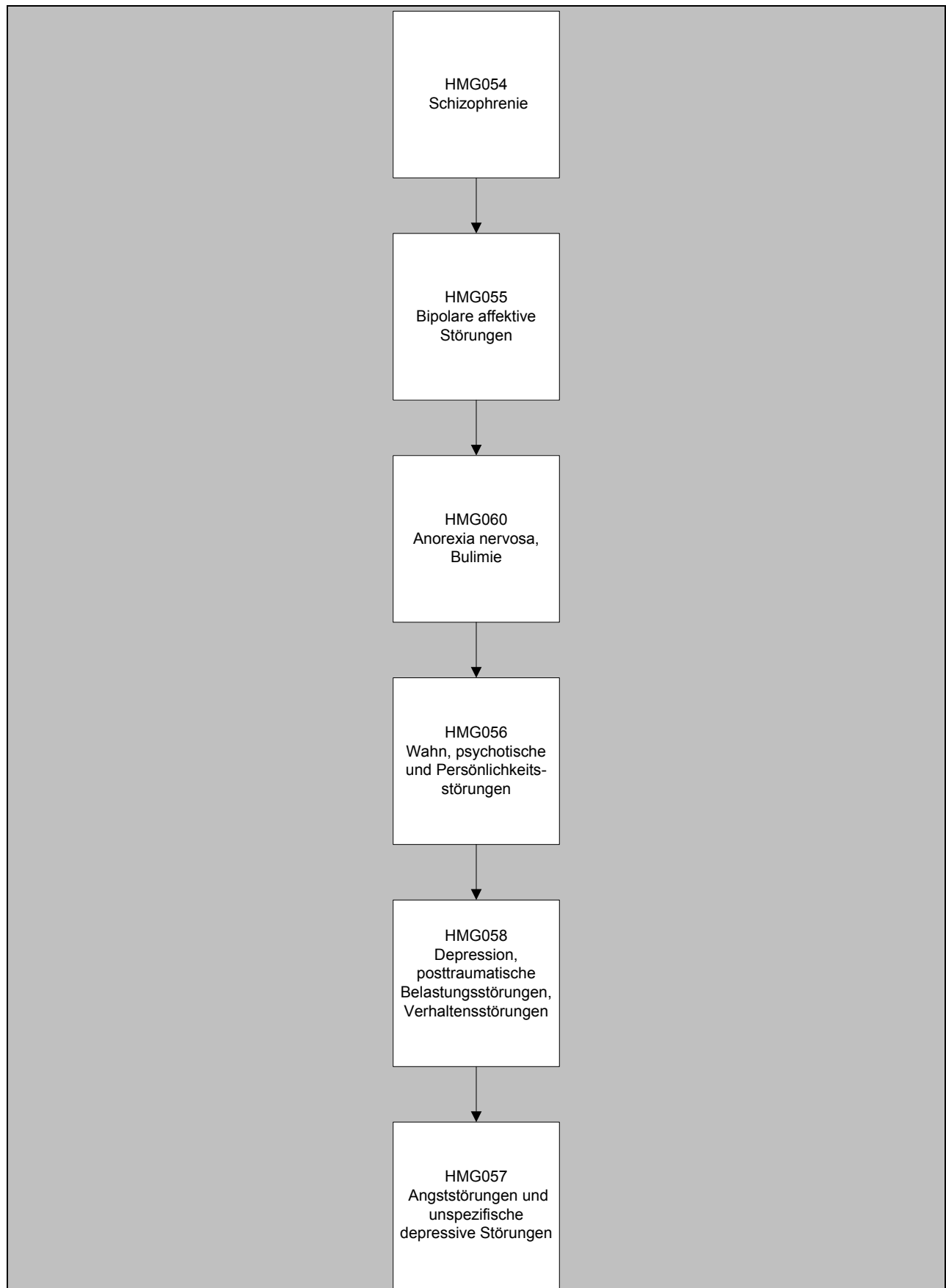
### Hierarchie 9: Kognitive Erkrankungen



### Hierarchie 10: Drogen- / Alkoholmissbrauch



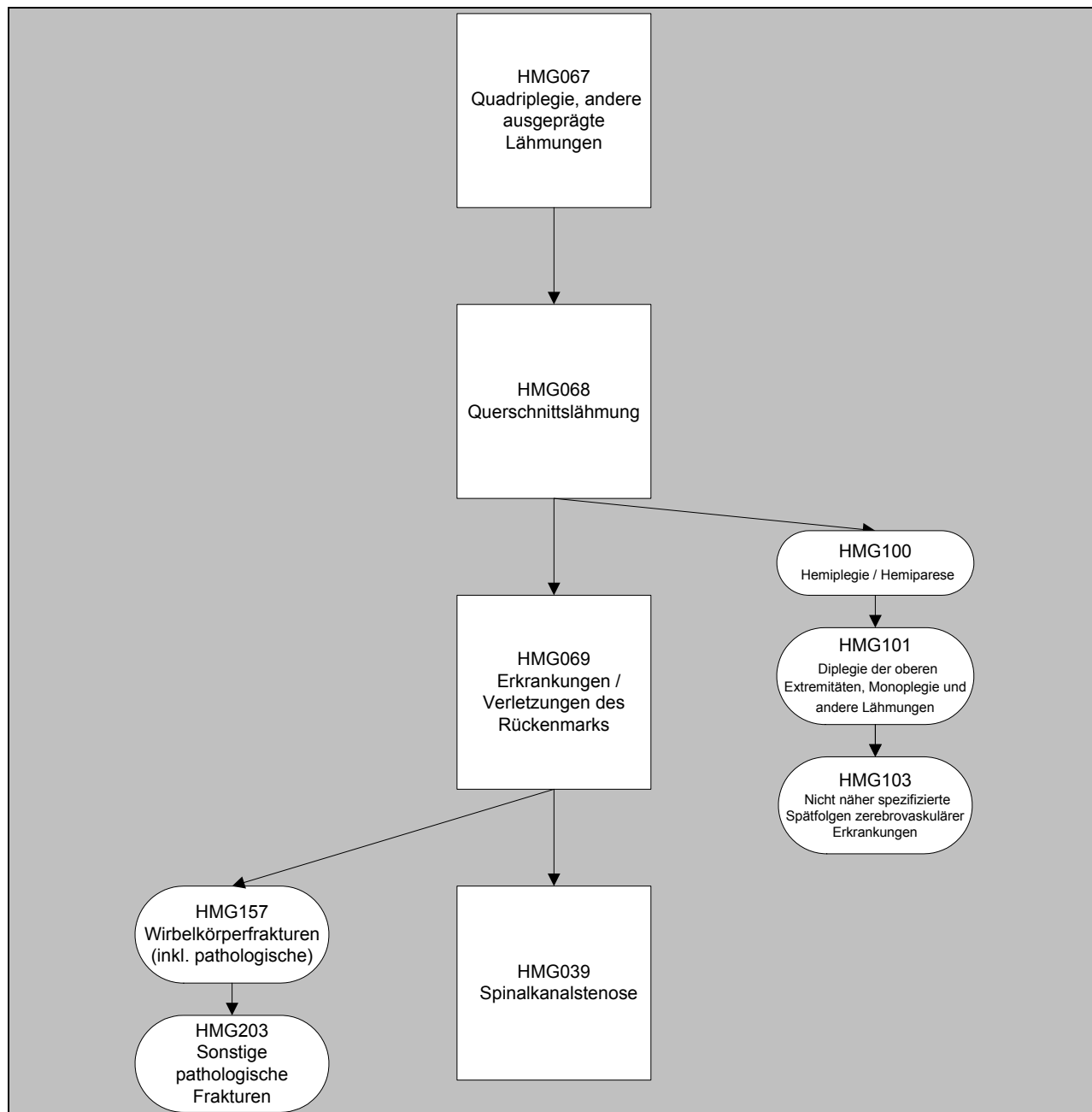
### Hierarchie 11: Psychische Erkrankungen



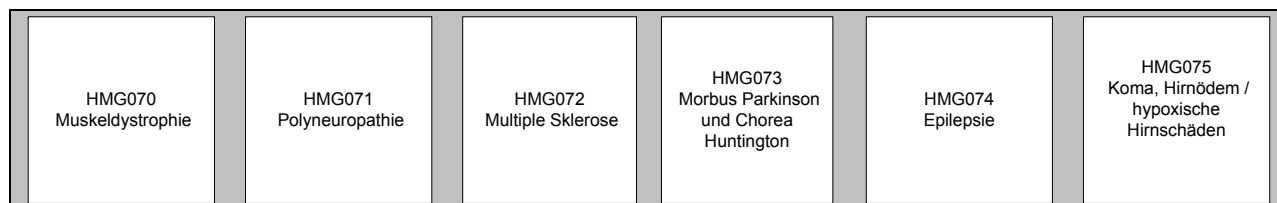
## Hierarchie 12: Entwicklungsstörungen

– entfällt –

## Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks



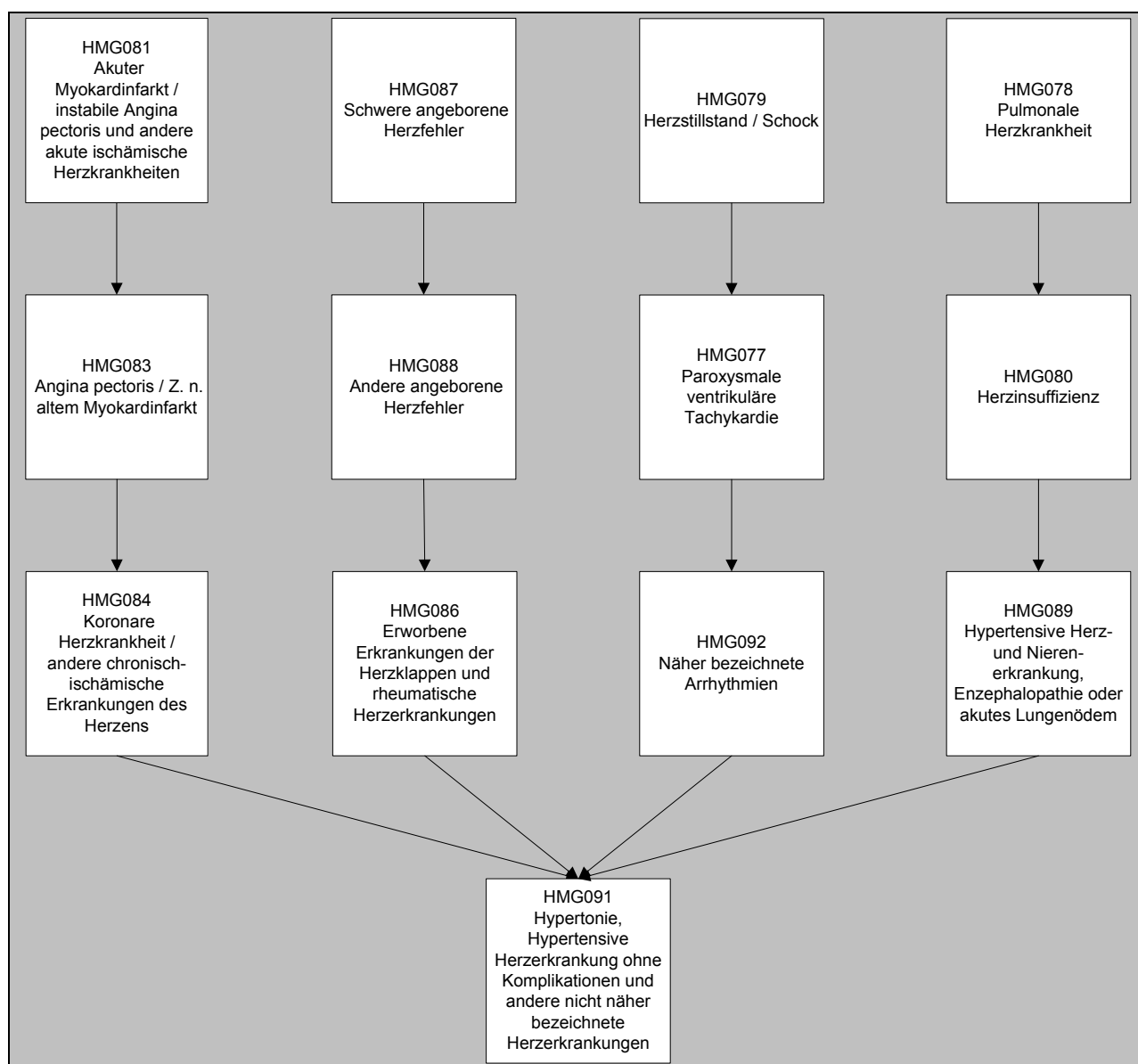
#### Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen



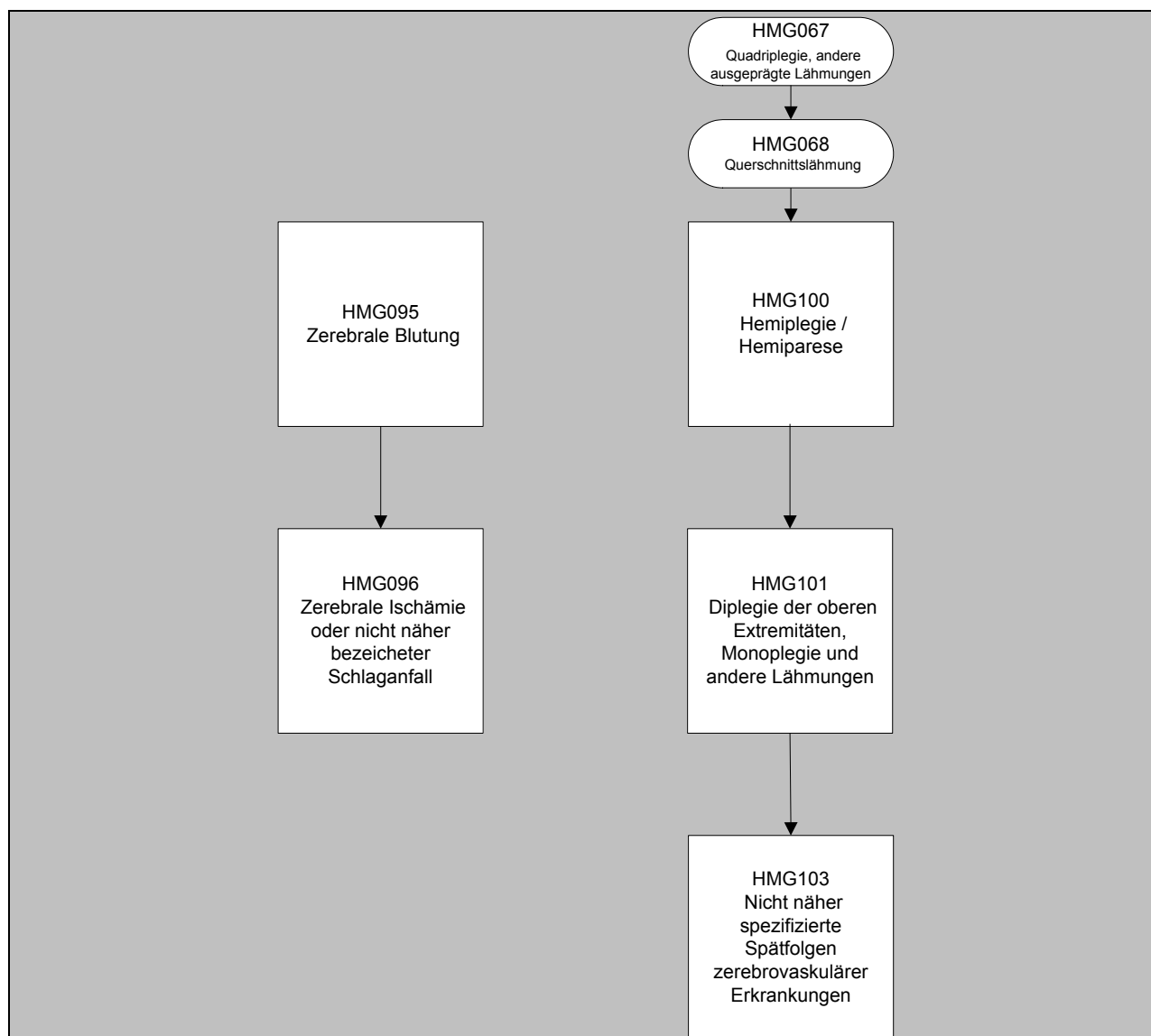
#### Hierarchie 15: Herz- und Atemstillstand

– entfällt –

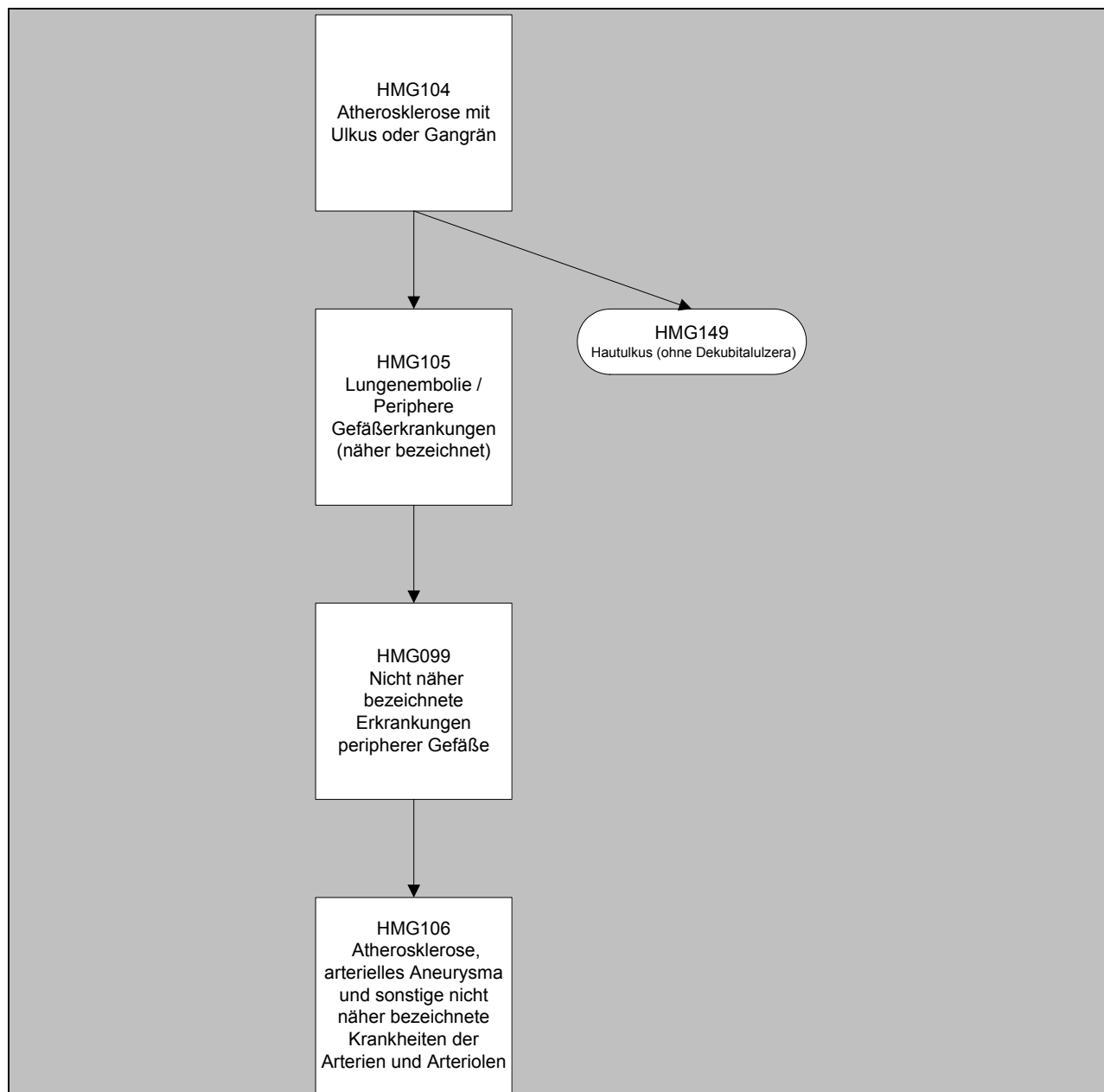
#### Hierarchie 16: Herzerkrankungen



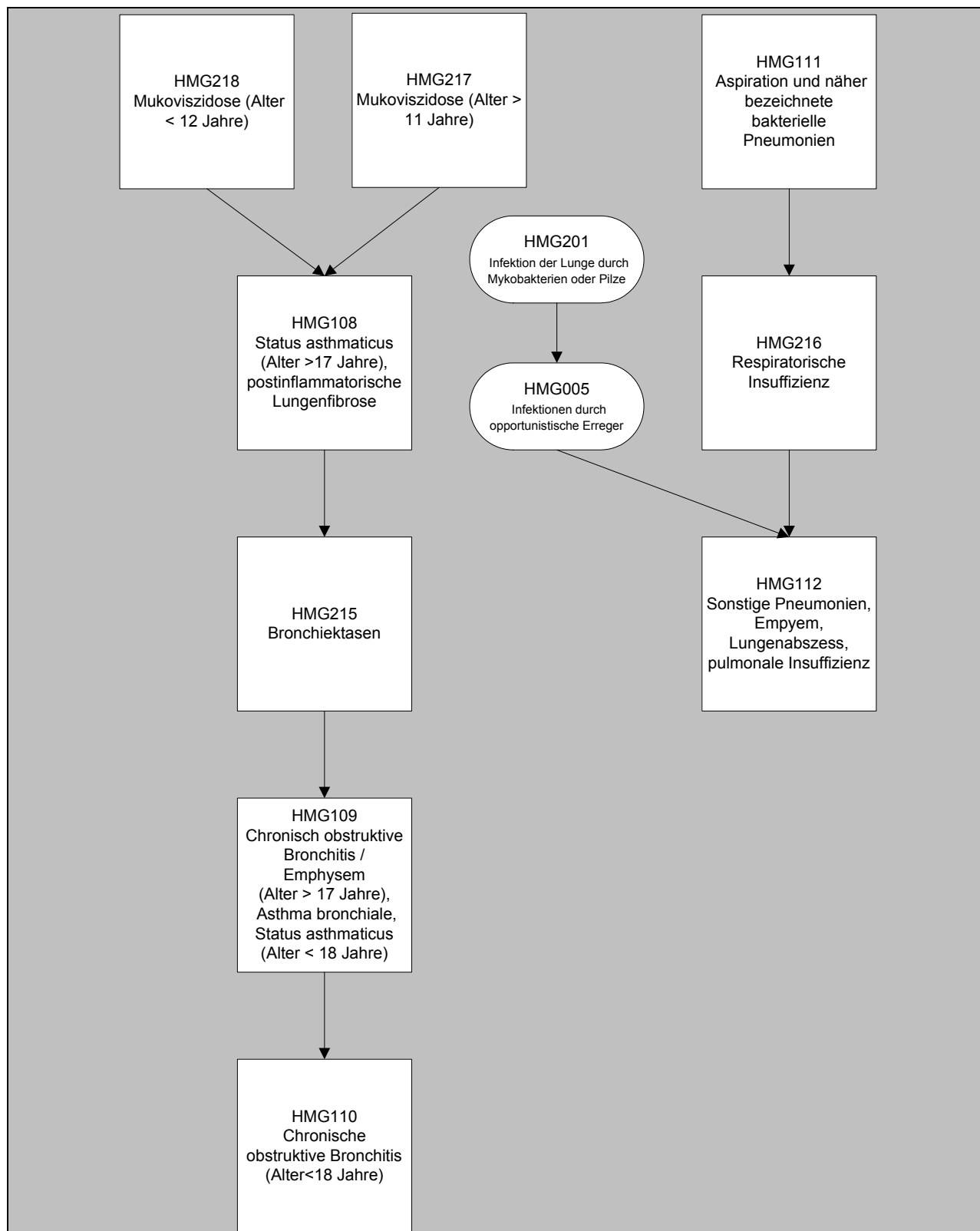
### Hierarchie 17: Zerebrovaskuläre Erkrankungen



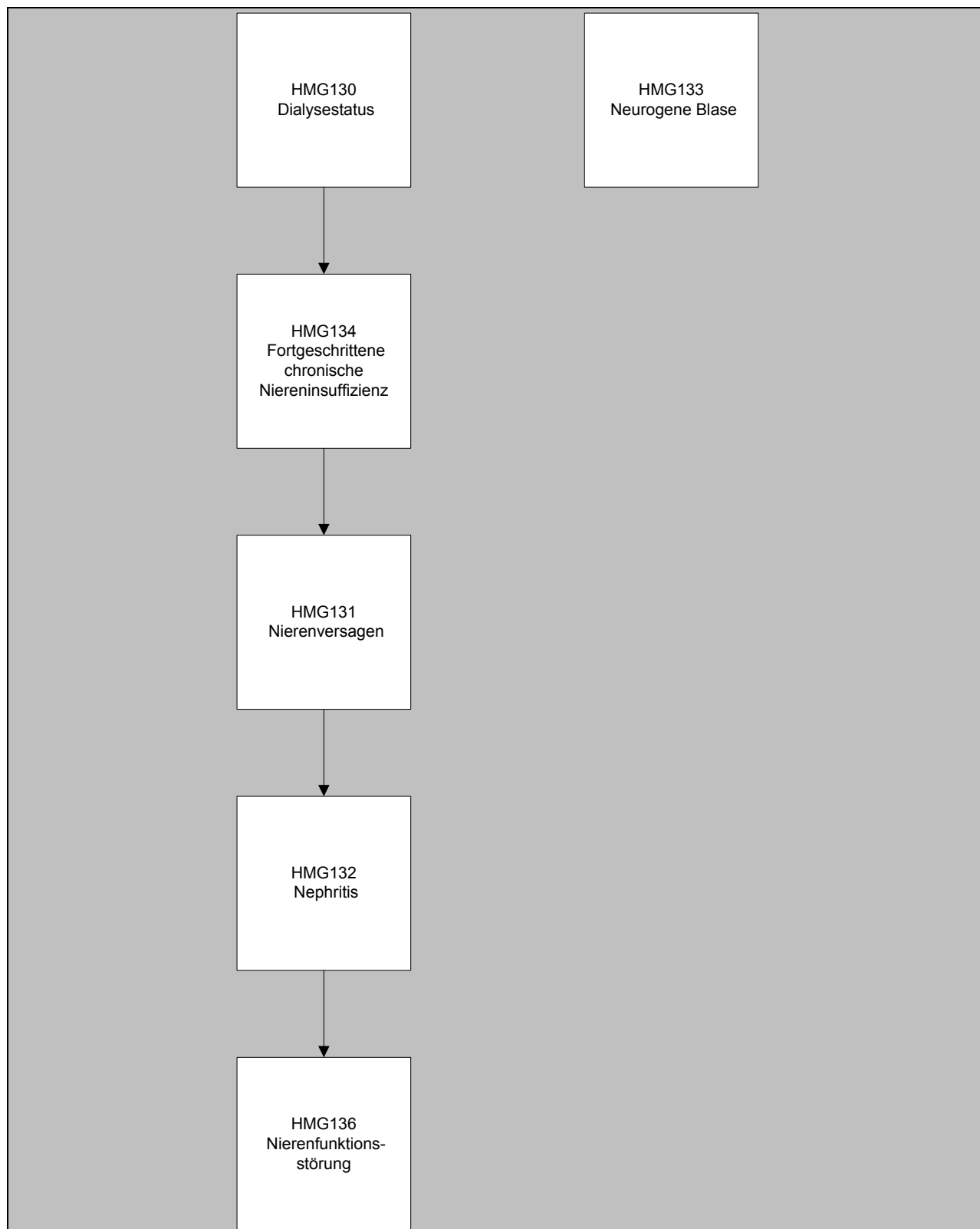
### Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislauferkrankungen



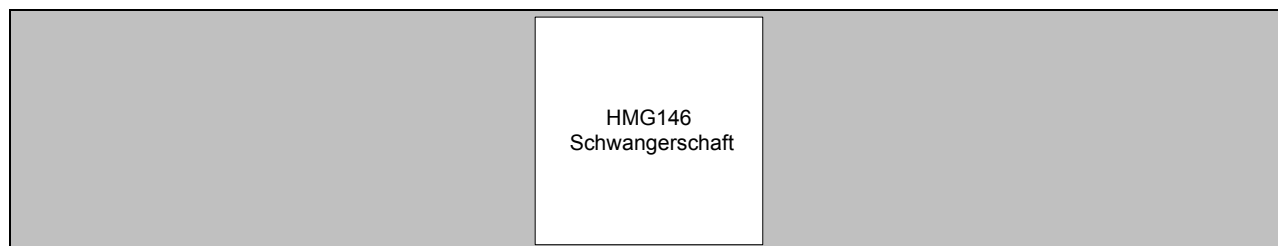
## Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge



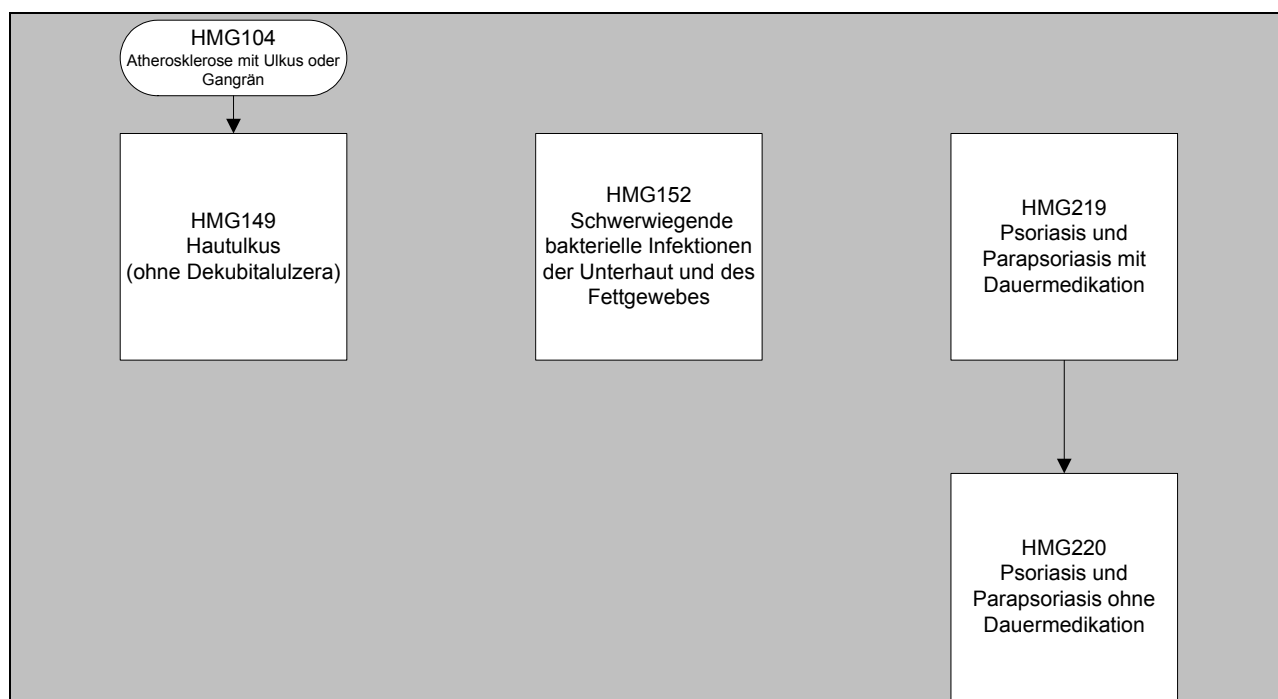
## Hierarchie 20: Erkrankungen der Harnwege



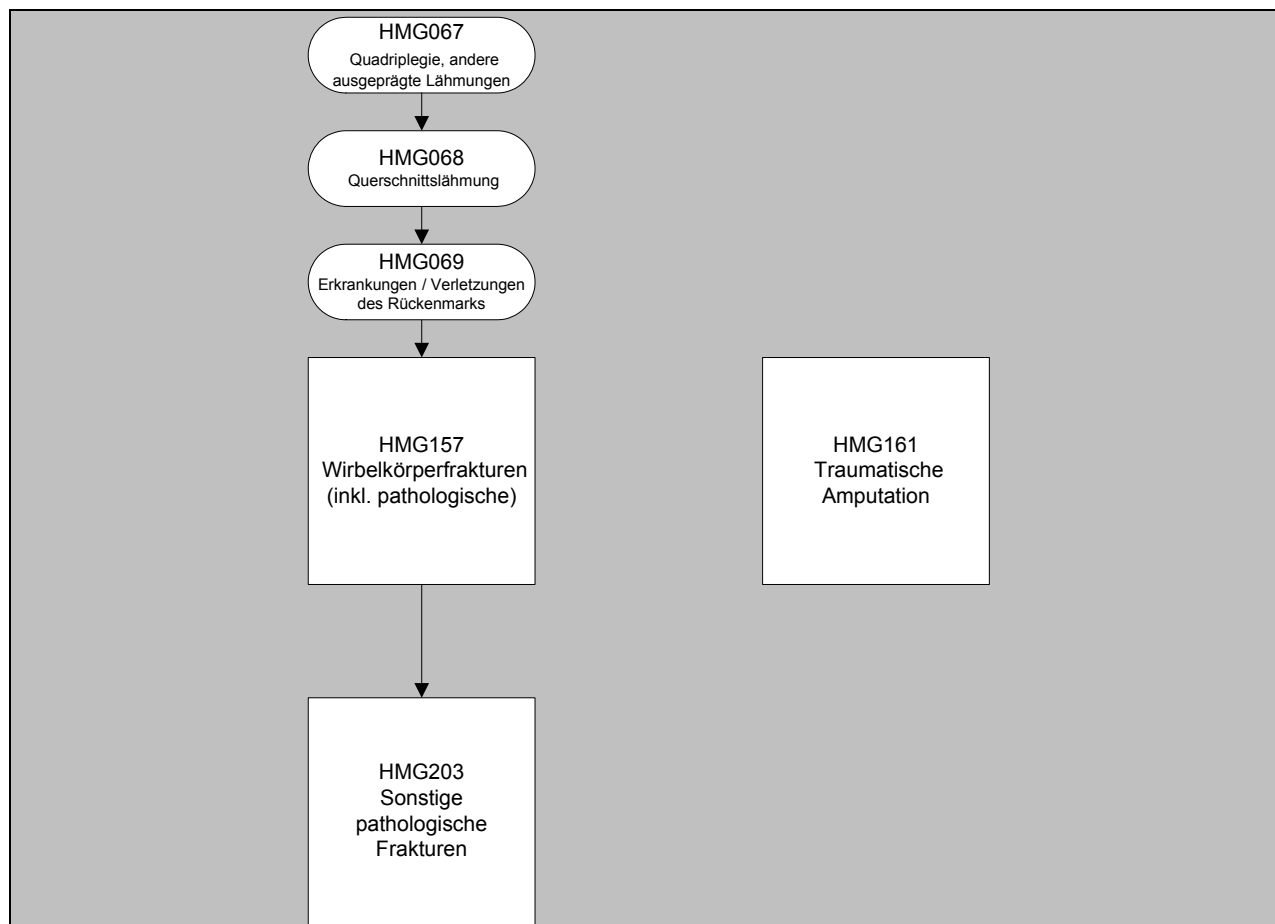
### Hierarchie 21: Schwangerschaft



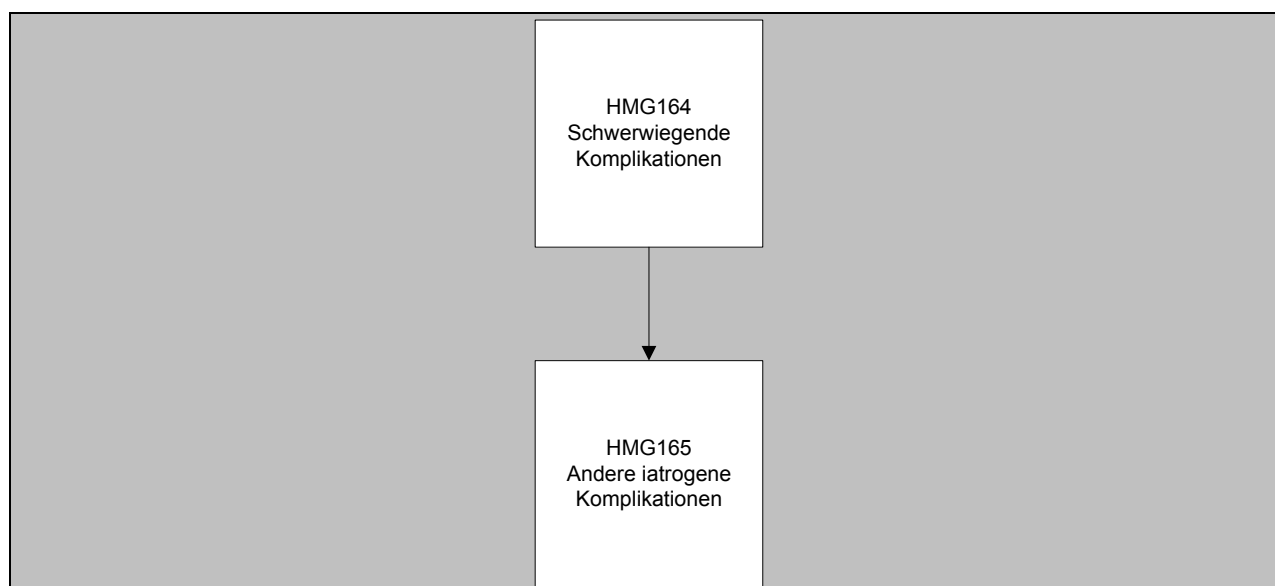
### Hierarchie 22: Erkrankungen der Haut



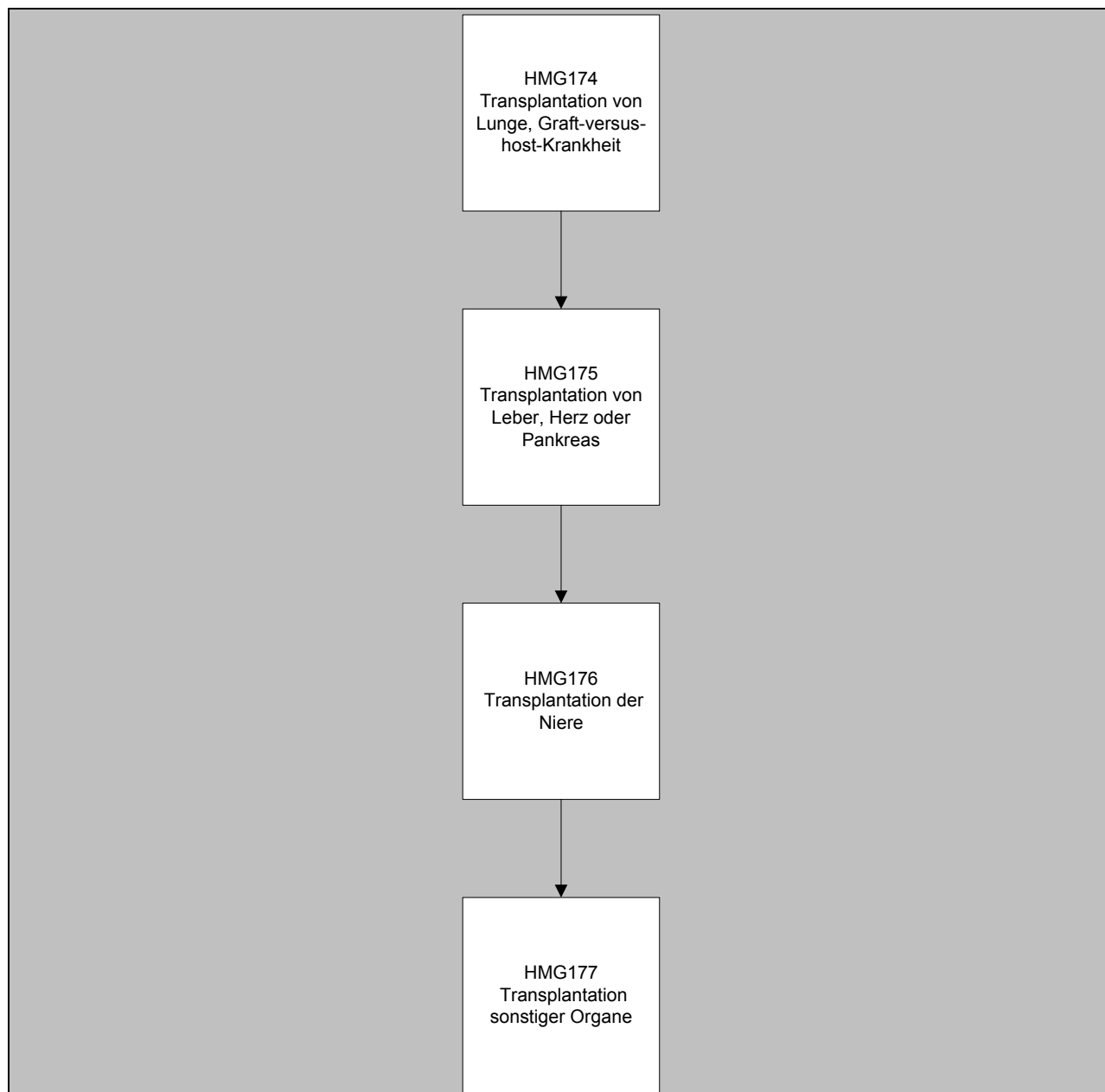
### Hierarchie 23: Verletzungen



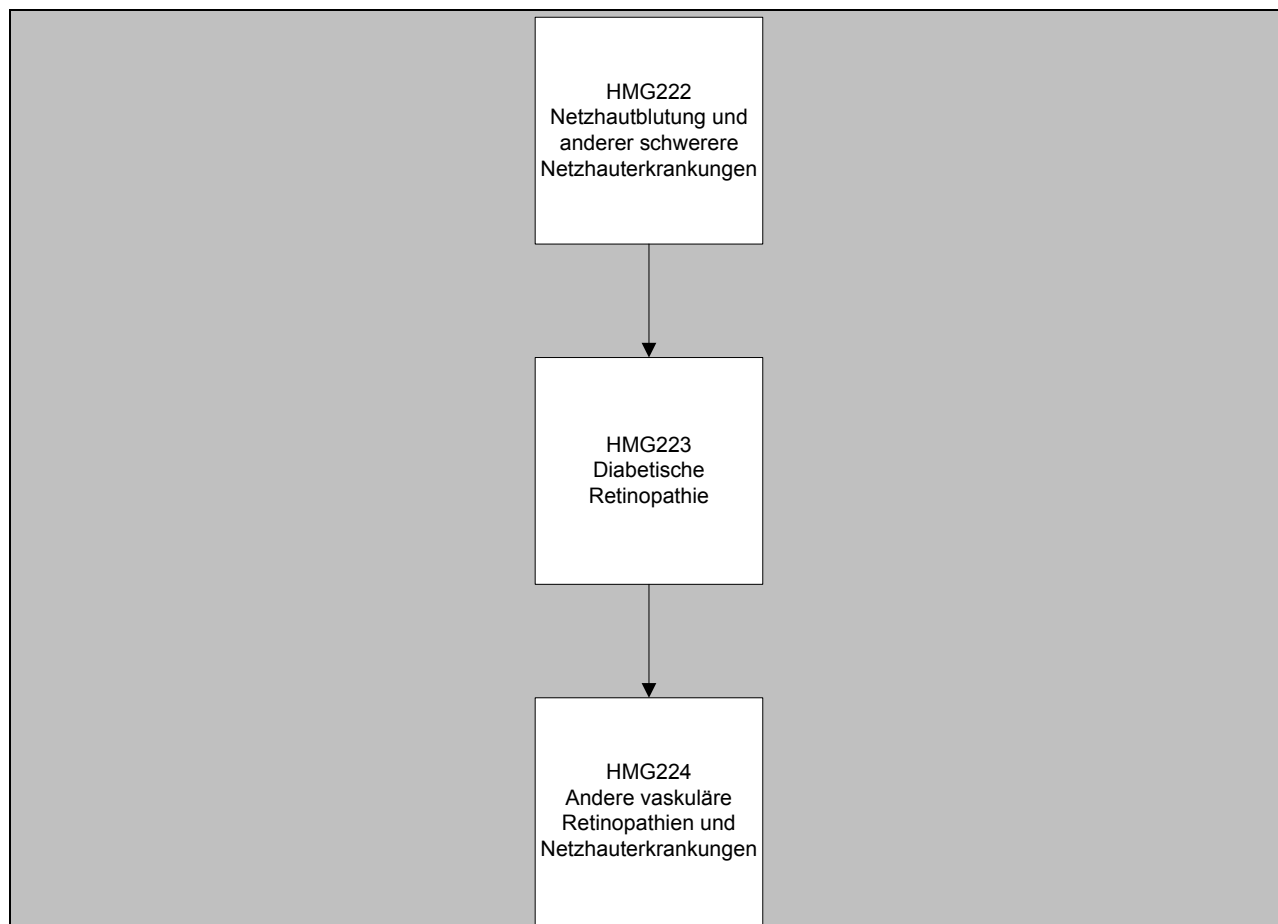
### Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen



### Hierarchie 25: Transplantation



### Hierarchie 26: Erkrankungen des Auges



### Hierarchie 27: Erkrankungen des Neugeborenen

