



Erläuterungen zum

**Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen,
Zuordnungsalgorithmus,
Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren**

für das Ausgleichsjahr 2012

Bonn, den 05.08.2011

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
I. Einführung.....	1
1 Rechtsgrundlagen	1
2 Vorschlagsverfahren	3
3 Methodik.....	28
3.1 Statistische Bewertungskriterien	28
3.1.1 R ² (Bestimmtheitsmaß)	28
3.1.2 MAPE (Mean Absolute Prediction Error).....	29
3.1.3 CPM (Cumming's Prediction Measure).....	29
3.1.4 BIC (Bayessches Informationskriterium).....	29
3.1.5 Mikroskop-Design.....	30
3.2 Bewertung des Status-quo-Modells	31
3.3 Darstellung der Berechnungsergebnisse und Modellanpassungen.....	31
4 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2012...33	
4.1 Anpassung der Aufgreifkriterien	33
4.1.1 Verwendung stationärer Nebendiagnosen.....	33
4.2 Anpassung des Klassifikationsmodells	33
4.2.1 Hierarchie 7 – Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems.....	33
4.2.2 Hierarchie 8 – Hämatologische Erkrankungen.....	33
4.2.3 Hierarchie 11 – Psychische Erkrankungen	33
4.2.4 Hierarchie 14 – Neurologische Erkrankungen	34
4.2.5 Hierarchie 16 – Herzerkrankungen	34
4.2.6 Hierarchie 19 – Erkrankungen der Lunge	34
4.2.7 Hierarchie 20 – Erkrankungen der Harnwege.....	34
4.2.8 Kostenerstattergruppe.....	34
4.3 Änderung des Berechnungsverfahrens.....	35
4.3.1 Berechnung der Angleichungsfaktoren	35
4.3.2 Berechnung der Regressions- und Zuweisungsanteile.....	35
4.3.3 Hochrechnung nicht-morbiditätsbezogener Ausgaben	35
4.3.4 Anwendung des Nivellierungsfaktors	35
II. Anpassung der Aufgreifkriterien.....	36
5 Verwendung stationärer Nebendiagnosen	36
5.1 Vorschläge.....	36
5.2 Untersuchung	37
5.2.1 Modelle.....	37
5.2.2 Kennzahlen.....	39
5.3 Bewertung / Ergebnis	43

III. Anpassung des Klassifikationsmodells 44

6 Hierarchie 07: „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“ 44

6.1	Hintergrund / Vorschläge	44
6.2	Berücksichtigung von Arzneimitteln im Zusammenhang mit den HMG038, HMG206 und HMG207	45
6.2.1	Untersuchung / Diskussion	46
6.2.2	Ergebnis	50
6.3	Ausgliederung der „juvenilen Arthritis“ aus der DxG188	50
6.3.1	Untersuchung / Diskussion	51
6.3.2	Ergebnis	53
6.4	Überarbeitung der HMG-Zusammenstellungen	53
6.4.1	Untersuchung / Diskussion	53
6.4.2	Ergebnis	55
6.5	Korrektur bei der ICD-Zuordnung zur DxG183 bzw. DxG185	56
6.5.1	Untersuchung / Diskussion	56
6.5.2	Ergebnis	56
6.6	Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 7	56

7 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ 59

7.1	Hintergrund	59
7.1.1	Vorschläge	59
7.1.2	Vorläufige Bewertung	60
7.2	Aufhebung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG224 Aplastische Anämie	61
7.2.1	Untersuchung / Diskussion	61
7.2.2	Ergebnis	62
7.3	Berücksichtigung sonstiger Gerinnungsstörungen mit Faktorpräparaten	65
7.3.1	Diskussion	65
7.3.2	Ergebnis	65
7.4	Prüfung einer geeigneten Einordnung der nicht näher bezeichneten Thrombozytopenie D69.6-	66
7.4.1	Untersuchung	66
7.5	Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 8	67

8 Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“ 69

8.1	Hintergrund und eingebrachte Vorschläge	69
8.1.1	Vorläufige Bewertung der Vorschläge	71
8.2	Voruntersuchungen auf Ebene der Dx-Gruppen	72
8.2.1	Untersuchung / Diskussion	72
8.2.2	Ergebnis	73
8.3	Neugestaltung der Hierarchie	75
8.3.1	Untersuchung	75
8.3.2	Untersuchung des BPtK-Vorschlags: Hierarchiemodell mit zwei Strängen	75
8.3.3	Weiterentwicklung des BPtK-Vorschlags	77
8.3.4	Hierarchiemodell mit drei Hierarchiesträngen	81
8.3.5	Weitere Anpassungsschritte des Modells aufgrund von Kostenhomogenität	84
8.4	Umgruppierung bestimmter ICD der psychischen Erkrankungen	88
8.4.1	Umgruppierung unspezifischer ICD der DxG263	88
8.4.2	Umgruppierung von F34.1 Dysthymie aus DxG264	90

8.4.3	Umgruppierung spezifischer ICD der DxG273.....	91
8.4.4	Umgruppierung des F41.2 aus DxG818.....	92
8.4.5	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	93
8.5	Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“	93
9	Hierarchie 14: „Neurologische Erkrankungen“	96
9.1	Hintergrund / Vorschläge	96
9.2	Anpassung Muskeldystrophie (HMG070).....	96
9.2.1	Untersuchung / Diskussion.....	96
9.2.2	Ergebnis	97
9.3	Anpassung Multiple Sklerose (HMG072)	97
9.3.1	Untersuchung / Diskussion.....	98
9.3.2	Ergebnis	100
9.4	Anpassung Morbus Parkinson (HMG073).....	100
9.4.1	Untersuchung / Diskussion.....	100
9.4.2	Ergebnis	101
9.5	Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 14	101
10	Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“	104
10.1	Hintergrund / Vorschläge	104
10.2	Herzstillstand/ Schock (HMG 079)	105
10.2.1	Untersuchung/ Diskussion.....	105
10.3	„Angina pectoris / Z.n. altem Myokardinfarkt“ und „Koronare Herzkrankheit/ andere chronisch- ischämische Erkrankungen des Herzens“ (HMG083 und HMG084).....	106
10.3.1	Untersuchung / Diskussion.....	106
10.3.2	Ergebnis	107
10.4	„Angina pectoris / Z.n. altem Myokardinfarkt (HMG083)	107
10.4.1	Diskussion / Ergebnis	107
10.5	Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 16	108
11	Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“	109
11.1	Hintergrund / Vorschläge	109
11.2	Schweregraddifferenzierung der Mukoviszidose (HMG217, HMG218)	110
11.2.1	Untersuchung / Diskussion.....	110
11.2.2	Ergebnis	112
11.3	Aufgreifkriterien bei Status asthmaticus / schwerem Asthma (HMG108, HMG109).....	112
11.3.1	Untersuchung / Diskussion.....	112
11.3.2	Ergebnis	113
11.4	Aufgreifkriterium / Schweregraddifferenzierung bei (erworbenen) Bronchiektasen (DxG454, HMG215)	114
11.4.1	Untersuchung / Diskussion.....	114
11.4.2	Ergebnis	114
11.5	Abgrenzung und Einordnung der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (HMG109, HMG110)	114
11.5.1	Untersuchung	115
11.5.2	Ergebnis	118
11.6	Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 19	118
12	Hierarchie 20: „Erkrankungen der Harnwege“	121
12.1	Hintergrund / Vorschläge.....	121

12.2	Berücksichtigung / Verschiebung einzelner ICD-Kodes.....	122
12.2.1	Untersuchung / Diskussion.....	122
12.2.2	Ergebnis	124
12.2.2.1	Zusammenlegung der HMG132 und HMG136	124
12.2.2.2	Keine Verschiebung der ICD N18.80 und N18.84	124
12.3	Modifikation der Arzneimittelzuordnung in den oberen Zuschlagsgruppen	125
12.3.1	Untersuchung	126
12.3.2	Ergebnis	127
12.4	Umstrukturierung der beiden oberen Zuschlagsgruppen	127
12.5	Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 20	130
13	Kostenerstatter	132
13.1	Vorschlag.....	132
13.2	Bewertung.....	132
13.2.1	Vorbemerkung	132
13.2.2	Empirische Untersuchung – Verteilung der Kostenerstatter	132
13.2.3	Empirische Untersuchung – Verteilung der Ausgabenresiduen	133
13.2.4	Differenzierung nach AGG-Muster	135
13.2.5	Eigene Modellrechnungen.....	135
13.2.6	Auswirkung der Anwendung von Restriktionen.....	137
13.3	Ergebnis.....	138
13.4	Anwendung im Jahresausgleich 2010.....	138
IV	Änderung des Berechnungsverfahrens	139
14	Einheitliche Berücksichtigung aller Versicherten – auch der Verstorbenen.....	139
14.1	Vorschlag.....	139
14.2	Bewertung.....	139
14.3	Ergebnis.....	139
15	Auslandsversicherte	140
15.1	Vorschlag.....	140
15.2	Bewertung.....	140
15.3	Ergebnis.....	140
16	Regressionsanteile / Zuweisungsanteile	141
16.1	Vorschlag.....	141
16.2	Bewertung.....	141
16.2.1	Datengrundlage	141
16.2.2	Unterjährige Neuermittlung der Zuweisungsanteile	142
16.3	Ergebnis.....	143
17	Angleichungsfaktoren.....	144
17.1	Vorschlag.....	144
17.2	Bewertung.....	144
17.3	Ergebnis.....	145
18	Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben	146
18.1	Vorschlag.....	146

18.2	Bewertung.....	146
18.2.1	Hintergrund.....	146
18.2.2	Empirische Untersuchung	147
18.3	Ergebnis.....	150
19	Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren	151
19.1	Vorschlag.....	151
19.2	Bewertung.....	151
19.3	Ergebnis.....	151
20	Nivellierungsfaktor	152
20.1	Vorschlag.....	152
20.2	Erörterung.....	152
20.3	Ergebnis.....	153
21	Verwaltungsausgaben – Anrechnung von Erstattungen.....	154
21.1	Vorschlag.....	154
21.2	Bewertung.....	154
21.3	Ergebnis.....	154
22	Verwaltungsausgaben – sLA-Anteil.....	155
22.1	Vorschlag.....	155
22.2	Bewertung.....	155
22.3	Ergebnis.....	155
V.	Erläuterungen zur Anpassung der Anlagen 1 und 2.....	156
23	Anpassungen an den ICD-10-GM 2009/2010.....	156
23.1	Eingruppierung neu eingeführter ICD-Kodes	157
23.2	Wegfall von ICD-Kodes	160
24	Anpassungen an den ICD-10-GM 2010/2011.....	162
24.1	Eingruppierung neu eingeführter ICD-Kodes	162
24.2	Wegfall von ICD-Kodes	165
VI.	Gesamtbewertung der Anpassungen	167

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Hierarchien und der durchgeführten Anpassungen.....	32
Abbildung 2: Hierarchie 07 (Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems) im Ausgangsmodell	44
Abbildung 3: Hierarchie 07 (Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems) nach Anpassung	58
Abbildung 4: Hierarchie 08 (Hämatologische Erkrankungen) im Ausgangsmodell	59
Abbildung 5: Anpassungsvorschlag für die Hierarchie 8 ("Hämatologische Erkrankungen")	68
Abbildung 6: Hierarchie 11 im Ausgangsmodell (Psychische Erkrankungen)	70
Abbildung 7: Hierarchiegestaltung gemäß BPtK-Vorschlag	76
Abbildung 8: Hierarchie 11 (psychische Erkrankungen) nach Anpassung	95
Abbildung 9: Hierarchie 14 (Neurologische Erkrankungen) im Ausgangsmodell	96
Abbildung 10: Hierarchie 14 (Neurologische Erkrankungen) nach Anpassung	103
Abbildung 11: Hierarchie 16 (Herzerkrankungen) im Ausgangsmodell	105
Abbildung 12: Hierarchie 19 (Erkrankungen der Lunge) im Ausgangsmodell	109
Abbildung 13: Hierarchie 19 (Erkrankungen der Lunge) nach Anpassung	120
Abbildung 14: Hierarchie 20 (Erkrankungen der Harnwege) im Ausgangsmodell	121
Abbildung 15: Hierarchie 20 (Erkrankungen der Harnwege) nach Anpassung.....	131
Abbildung 16: Verteilung der Versicherten mit Kostenerstattung in der Stichprobe.....	133
Abbildung 17: Ausgabenresiduen bei Kostenerstattern nach § 13 SGB V	134
Abbildung 18: Mittlere Residuen für Kostenerstatter bei Differenzierung nach AGG-Muster	135
Abbildung 19: Mittlere Residuen für Kostenerstatter bei Differenzierung nach Modell 1	137

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anpassungsvorschläge	4
Tabelle 2: Gütemaße des Klassifikationsmodells 2011	31
Tabelle 3: Exemplarische Darstellung der Ergebnistabellen	32
Tabelle 4: Kennzahlen Modellrechnung	40
Tabelle 5: Differenzen zum Status quo – Kennzahlen	40
Tabelle 6: Überprüfung ND im Rahmen der Festlegungen zum Klassifikationssystem 2010	41
Tabelle 7: Berücksichtigte Morbiditätsmerkmale	42
Tabelle 8: Vergleich zum Status quo – Morbiditätsmerkmale	42
Tabelle 9: Varianten zur Einführung einer arzneimittelbasierten Schweregraddifferenzierung rheumatologischer Erkrankungen	48
Tabelle 10: Wirkstoffe zur Identifikation schwerer Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen mit Beteiligung des Bewegungsapparates	50
Tabelle 11: Aufteilung der DxG188 in DxG188_a / DxG188_j	52
Tabelle 12: Aufteilung der DxG188 in juvenile und adulte Erkrankungsformen	52
Tabelle 13: Schrittweise Hierarchisierung der Rheuma-DxGs	54
Tabelle 14: Zusammenstellung des Hierarchiestranges für die rheumatoiden Erkrankungen	55
Tabelle 15: Auswirkungen der Aufhebung des Aufgreifkriteriums der DxG224 auf den Kostenschätzer der MG211	63
Tabelle 16: Geeignete Eingruppierung der HMG211 "Aplastische Anämie"	64
Tabelle 17: Ergebnisse einer Umgruppierung der nicht näher bezeichneten Thrombozytopenie (D69.6-)	67
Tabelle 18: Gruppenabgrenzung für die Ausgruppierung einzelner ICD für die DxG- Zerlegung	72
Tabelle 19: : Ergebnisse der Dx-Gruppen-Zerlegung	74
Tabelle 20: Kennzahlen zum Neugestaltungsvorschlag der BPtK	76
Tabelle 21: Ergebnisse der Weiterentwicklung des Zwei-Strang-Modells der <i>Psychischen Erkrankungen</i>	78
Tabelle 22: Ausgewählte Korrelationskoeffizienten für DxG der Ess- und Verhaltensstörungen	80
Tabelle 23: Ergebnisse der schrittweisen Bereinigung der HMG055 - Teil 1	81
Tabelle 24: Auswirkungen der Aufhebung der Dominanzbeziehung zwischen HMG060 und HMG058	82
Tabelle 25: Ergebnisse der Bereinigung von HMG056 und HMG058	83
Tabelle 26: Pearson-Korrelationskoeffizienten ausgewählter psychotischen Erkrankungen	84
Tabelle 27: Ergebnisse einer möglichen Umgruppierung der DxG265	85
Tabelle 28: Pearsons-Korrelationskoeffizienten zwischen Depression und Angststörungen	86
Tabelle 29: Ergebnisse der Ausgliederung der Panikstörung	87

Tabelle 30: Ergebnisse zur Weiterentwicklung der Angststörungen.....	88
Tabelle 31: Pearson-Korrelationskoeffizienten für Diagnosegruppen der bipolaren, affektiven Störungen.....	89
Tabelle 32: Eingruppierung der unspezifischen Diagnosen der (bipolaren) affektiven Störungen.....	90
Tabelle 33: Umgruppierung von F34.1 Dysthymie	91
Tabelle 34: Umgruppierung der spezifischen Phobischen Störungen	92
Tabelle 35: Ergebnisse einer Umgruppierung von F41.2 von HMG057 in HMG231	93
Tabelle 36: Empirische Überprüfung der Muskeldystrophie	97
Tabelle 37: Angewendete ATC-5-Steller zum Aufgreifen der Multiplen Sklerose	98
Tabelle 38: Empirische Überprüfung der Multiplen Sklerose.....	99
Tabelle 39: Angewendete ATC-5-Steller zum Aufgreifen des Morbus Parkinson.....	100
Tabelle 40: Empirische Überprüfung des Morbus Parkinson	101
Tabelle 41: Zusammenlegung von HMG083 und HMG084	107
Tabelle 42: Aufgreifen des akuten schweren Asthmas über ambulante Diagnosen	113
Tabelle 43: Mittlere Folgekosten der Versicherten der HMG109 & HMG110	115
Tabelle 44: Neueinteilung der DxG451 und DxG459 (COPD / Emphysem)	115
Tabelle 45: Bewertung der Neuabgrenzung der COPD-DxG	116
Tabelle 46: Varianten zur Eingliederung der neu abgegrenzten COPD-DxG	117
Tabelle 47: Regressionsergebnisse für das Status-quo-Modell und Modell 1	123
Tabelle 48: Regressionsergebnisse für das Status-Quo-Modell und das Modell 0.....	124
Tabelle 49: Regressionsergebnisse für Modell 0 und Modell 2	126
Tabelle 50: Durchschnittliche Folgekosten je DxG.....	127
Tabelle 51: Regressionsergebnisse für Modell 0 und Modell 3	128
Tabelle 52: Regressionsergebnisse für Modell 0, Modell 3 und Modell 4.....	129
Tabelle 53: Regressionsergebnis für die Kostenerstattergruppe im Status quo	136
Tabelle 54: Regressionsergebnisse bei Differenzierung der Kostenerstattergruppe	136
Tabelle 55: Kostenerstatter-Regressionsergebnisse bei Anwendung von Restriktionen	138
Tabelle 56: Liste der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben.....	147
Tabelle 57: Schutzimpfungen – Pauschale vs. morbiditätsorientierte Zuweisung	148
Tabelle 58: Förderung von Selbsthilfegruppen – pauschal vs. morbiditätsorientiert.....	149
Tabelle 59: Betriebliche Gesundheitsprävention – pauschal vs. morbiditätsorientiert	149
Tabelle 60: Zuordnung neuer ICD-Kodes zu den DxG, MG und Krankheiten (2009/2010) .	157
Tabelle 61: Nicht mehr gültige ICD-Kodes im ICD-10-GM 2010	160
Tabelle 62: Zuordnung neuer ICD-Kodes zu den DxG, MG und Krankheiten (2010/2011) .	162
Tabelle 63: Nicht mehr gültige ICD-Kodes im ICD-10-GM 2011	165
Tabelle 64: Entwicklung der Modellgüte im Vergleich zum Klassifikationsmodell 2011	167

I. Einführung

1 Rechtsgrundlagen

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 liegenden 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.

Das BVA hat diese Festlegungen im Rahmen der Vorgaben der RSAV zu treffen (BT-DRS: 16/3100, S. 205). Nach § 31 Abs. 2 Satz 1 Nummern 2 und 3 i.V.m. Abs. 1 Satz 2 bis 4 RSAV sowie § 1 Abs. 2 Nummern 2 und 3 des Erlasses des Bundesministeriums für Gesundheit über den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (im Folgenden: „Wissenschaftlicher Beirat“) vom 3. Mai 2007 obliegt diesem die jährliche Überprüfung der Auswahl der zu berücksichtigenden Krankheiten. Wie sich aus § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV ergibt, stellt das Ergebnis dieser Überprüfung eine Empfehlung dar, auf dessen Grundlage das BVA die entsprechenden Festlegungen trifft.

Zu der bei der Überprüfung der Krankheitsauswahl anzuwendenden Methodik finden sich weder in der RSAV, noch in der Begründung des Ordnungsgebers (BT 16/3100, S. 204 f.) konkretisierende Vorgaben. Sie ist vielmehr Teil der Überprüfung selbst und als solche grundsätzlich vom Wissenschaftlichen Beirat zu bestimmen. Während das BVA in begründeten Fällen von der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats abweichen kann, ist es nicht gehalten, seinerseits eine umfassende Überprüfung anzustellen. Indem der Wissenschaftliche Beirat mit Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12. November 2010 für das Ausgleichsjahr 2012 von der Aufgabe der Überprüfung der Krankheitsauswahl entbunden wurde, hat das BVA für dieses Ausgleichsjahr somit keine Festlegung bzgl. der zu berücksichtigenden Krankheiten getroffen.

Nach den Grundsätzen des § 29 RSAV werden mit dem vom BVA festzulegenden Versichertenklassifikationsmodell Risikozuschläge auf der Grundlage von Diagnosen und verordneten Arzneimitteln bzw. deren Arzneimittelwirkstoffen ermittelt. Nach § 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV hat dabei der Wissenschaftliche Beirat die Aufgabe, einen Vorschlag für die Anpassung des vom BVA ausgewählten Modells zu unterbreiten. Entsprechende Vorschläge hat der wissenschaftliche Beirat in seinen Sitzungen am 17. Juni und am 28. Juli 2011 sowie auf elektronischem Wege beraten und abschließend und einstimmig beschlossen.

Die Änderungsvorschläge werden in den folgenden Abschnitten der vorliegenden Erläuterungen dargestellt.

ENTWURF

2 Vorschlagsverfahren

Bereits im Vorfeld der Beratungen im Wissenschaftlichen Beirat hat das Bundesversicherungsamt die Beteiligten aufgefordert, Vorschläge zur Verbesserung und Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells und des Berechnungsverfahrens zu unterbreiten. Hierzu wurden mit Schreiben vom 17. Januar 2011 der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), die Bundesärztekammer (BÄK), die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die BAG Selbsthilfe (BAG), das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sowie das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) aufgefordert, bis zum 1. April 2011 entsprechende Vorschläge zu vorzulegen. Der Aufruf wurde öffentlich zugänglich auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes eingestellt. Beim Bundesversicherungsamt sind darüber hinaus weitere Stellungnahmen seitens des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV), der AOK Hessen, der BARMER GEK (BARMER), des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh), des BKK Bundesverbandes (BKK BV), der BKK Gesundheit, der DAK Unternehmen Leben (DAK), der Deutschen BKK, des Innungskrankenkassen e.V. (IKK eV), der Knappschaft Bahn See (KBS), der Merck Sharp & Dohme GmbH (MSD), der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) sowie der Techniker Krankenkasse, KKH/Allianz, Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse (TK et al.) eingegangen.

Die wesentlichen Inhalte der Stellungnahmen können der beigefügten Synopse (Tabelle 1) entnommen werden.

Tabelle 1: Anpassungsvorschläge

Vorschlag / Anmerkung	von
1. Allgemeines	
1.1. Krankheitsauswahl	
Nach Analysen der Deutschen BKK würde eine Ausweitung des Klassifikationsmodells auf alle Krankheiten zu einer Vereinfachung führen und die bestehenden Ungleichverteilungen vermindern (bei marginal veränderter Zielgenauigkeit).	Deutsche BKK
SBK und BKK BV fordern das BVA auf, die Krankheitsauswahl - insbesondere unter Berücksichtigung von aktuellen und zahnärztlichen Daten - neu vorzunehmen.	SBK, BKK BV
1.2. (Hoch-)Risikopool	
Die BKK Gesundheit stellt fest, dass im Morbi-RSA eher Krankheiten mit hoher Prävalenz und durchschnittlichen Kosten als Krankheiten mit hohen Kosten abgebildet werden. Die Zielgenauigkeit für Versicherte mit besonders hohen Leistungsausgaben sei nicht gegeben und Versicherte mit Leistungsausgaben über einem Schwellenwert von 20.000 Euro wiesen ein signifikant niedrigeres Predictive Ratio aus. Das angewandte Verfahren der Weighted Least Squares (WLS)-Regression funktioniere nur gut, wenn die zu prognostizierende Variable mit einer gewissen Varianz um den Erwartungswert schwanke, was bei den Kosten im Gesundheitswesen nicht der Fall sei. Die internationale Literatur zur statistischen Güte von Modellen gehe dahin, dass nicht auf die rohen Leistungsausgaben der Versicherten abgestellt werde, sondern diese auf einen Schwellenwert trunkiert werden, um teure Leistungsfälle zielgenau zu prognostizieren. Analysen der BKK Gesundheit haben ergeben, dass durch Einführung eines Risikopools das R^2 ansteigen würde. Zudem würden die Ausgaben verstorbener Versicherter je nach Ausgestaltung des Verfahrens über diesen Ausgleich besser abgedeckt als bisher. Auch die Verwerfungen in der solidarischen Finanzierung von teureren Leistungsfällen durch besonders hohe Versichertenbewegungen und die von der BKK Gesundheit als Risikoselektion angesehene Aufnahme von Kassenwechslern könne durch einen Risikopool vermieden werden. Da nach Schätzungen der BKK Gesundheit weniger als 14% der Leistungsausgaben über den Risikopool abgedeckt würden, sei die vom Gesetzgeber geforderte prospektive Auslegung des Morbi-RSA nicht gefährdet. Zusammenfassend spricht sich die BKK Gesundheit für die Einführung eines Risikopools als unterstützenden Ausgleich für Fälle oberhalb eines Volumens von 20.000 Euro aus.	BKK Gesundheit
Laut BARMER werden trotz der hohen Zielgenauigkeit des Morbi-RSA die Kosten der teuersten Versicherten kaum gedeckt. Die Ursache läge im mathematischen Ansatz des Regressionsverfahrens begründet: Mit dem bestehenden Verfahren könnten die Kosten für Versicherte mit sehr teuren Arzneimitteln aber gleichmäßig über das Jahr verteilten Arzneimittelmengen (z.B. HMG 202 "Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen mit ERT / SRT") ausreichend gedeckt werden. Bei Versicherten mit sehr teuren Arzneimitteln aber ohne ähnliche Mengen an Arzneimitteln (z.B. HMG 035 "Hämophilie mit Dauermedikation") sei das Risiko für Ausgabenunterdeckungen dagegen sehr hoch. Da eine weitere Aufteilung an "statistischen Grenzen scheitere", schlägt die BARMER vor, einen Hochrisikopool zu bilden, um den Deckungsgrad der Ausgaben für Extremfälle zu erhöhen. Nach Berechnungen der BARMER würde sich das R^2 dadurch stark verbessern. Die Einführung eines Hochrisikopools mindere den Druck das Klassifikationsverfahren stetig komplexer zu gestalten und sei zudem als "ergänzender Spitzenausgleich" internationaler Standard.	BARMER
Die DAK verweist auf die sehr kostenintensiven Fälle von Hemmkörperhämophilie, die in der HMG 035 (Hämophilie mit Dauermedikation) nicht ausreichend differenziert würden. Dies sei schwierig, da die Therapie zwar zum einen durch die Gabe von Faktor-VIII-Inhibitor-bypass-Aktivität (ATC B02BD03) und Eptagoc alfa (ATC B02BD08) abgebildet werde aber zum anderen durch einen erhöhten Bedarf an Faktor VIII / IX. Deshalb schlägt die DAK vor, für die Hämophilie einen Risikopool oder Zusatzentgelte (analog zum stationären DRG-System) einzuführen.	DAK

Vorschlag / Anmerkung	von
1.3. Bewertung von Analyseergebnissen auf Basis alter Daten	
Die SBK weist daraufhin, dass bisherige Analysen auf Daten vor der Einführung des Morbi-RSA beruhen und Ergebnisse somit nicht ohne weiteres für Folgejahre unterstellt werden könnten.	SBK
1.4. Einheitliche Berücksichtigung aller Versicherten	
Nicht vollständige Versichertenperioden entstehen durch Zu- und Abgänge eines Versicherten während eines Jahres. Zugänge werden i.d.R. durch Geburten oder Neuzugänge in der gesetzlichen Krankenversicherung erzeugt, während Abgänge durch Verstorbene, Auswanderer oder Personen, die in die private Krankenversicherung wechseln entstehen. Die Deutsche BKK schlägt eine "einheitliche Berücksichtigung der Kosten bei der Regression für alle Versicherten mit einer nicht vollständigen Versichertenperiode" vor.	Deutsche BKK
Die KBS äußert Bedenken gegen das gegenwärtige Verfahren zur Zuweisungsermittlung für im Ausgangsjahr verstorbene Versicherte. Es habe sich herausgestellt, dass es beim gegenwärtigen Verfahren zur systematischen Unterdeckung bei Erkrankungen mit hoher Mortalitätsrate kommt. Für die verstorbenen Versicherten betrage das Verhältnis von Zuweisungen zu tatsächlichen Ausgaben lediglich 29%. Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt bei der Annualisierung der Ausgaben die unterschiedslose Behandlung von überlebenden und verstorbenen Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden. Die KBS plädiert dafür, dass sich das BVA ausschließlich an den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats orientieren solle. Zur Umsetzung sei gegebenenfalls auch eine Rechtsänderung anzustreben.	KBS
Der AOK-BV führt aus, dass mit der Festlegung des Klassifikationsverfahrens für das Ausgleichsjahr zwingend erforderlich sei, dem Beschluss des Wissenschaftlichen Beirats vom 16.09.2009 zu folgen und somit die bisher angewandte Sonderregelung für die Berücksichtigung von Verstorbenen im Regressionsverfahren außer Kraft zu setzen, da diese sich als "Konstruktionsfehler" im Morbi-RSA erweise. Der AOK-BV geht mit einer auf AOK-Daten basierenden Analyse ausführlich ein auf die Problematik der "unvollständigen" Annualisierung der Versichertenzeiten von Verstorbenen (Tab. 1 und 2 in der Stellungnahme), der Senkung der Höhe der HMG-Zuschläge, die aufgrund der Erkrankung mit einer hohen Letalität einhergehen (Tab. 3 in der Stellungnahme) oder überwiegend in einem Alter auftreten, in dem die Sterblichkeit naturgemäß hoch ist (Tab. 4 in der Stellungnahme). Die Ermittlung der Zuweisungen für Versicherte zieht nur die Anzahl der Versichertentage heran und sei deshalb völlig sachgerecht. Das Zuweisungsvolumen läge allerdings rund 3% niedriger als die Ist-Ausgaben der GKV (Deckungsgrade je Altersgruppe in Abb. 1 und 2), die größte Deckungslücke ergäbe sich für über 95-Jährige mit nahezu 20% Unterdeckung der Ausgaben. Der AOK-BV sieht die Gefahr, dass alte und schwerkranke Versicherte wieder "Opfer von Risikoselektion" werden. Eine Behebung der "Schiefelage" sei (ohne gesetzliche Maßnahmen) mit einer vollständigen Annualisierung leicht möglich (s. Abb. 3 in der Stellungnahme).	AOK-BV
1.5. Krankengeld	
Die Deutsche BKK merkt an, dass Krankengeldausgaben nicht mit durchschnittlichen Zuweisungen aus dem Morbi-RSA gedeckt werden könnten. Die SBK begrüßt die Testung verschiedener Modelle auf Basis der SA 300 und 301 und wünscht eine frühzeitige und transparente Mitteilung der Ergebnisse. Die Deutsche BKK schlägt vor, neben der Risikostruktur auch die Lohnstruktur der Krankenkassenmitglieder sowie branchenspezifische Aspekte zu berücksichtigen.	Deutsche BKK
Die SBK sieht die mangelnde Zielgenauigkeit bei den Zuweisungen für Krankengeldausgaben im ersten Schlussausgleich erneut bestätigt. Die SBK schlägt vor, die kassenindividuellen, durchschnittlichen Ausgaben je Krankengeldtag zu berücksichtigen. Außerdem solle ein Verfahren etabliert werden, das den Aufwand einer Krankenkasse beim Krankengeldfallmanagement unabhängig von ihrer Versichertenstruktur belohnt und gleichzeitig die von einzelnen Krankenkassen nicht zu beeinflussende Höhe des Krankengeldes je Krankengeldtag ausgleicht. Die SBK weist des Weiteren auf den Gesetzgeber und die von ihm beauftragte Prüfung der Krankengeldzuweisungssystematik hin.	SBK
Laut BKK Gesundheit beruhen die aktuellen Krankengeldzuweisungen ohne Bezug zu den tatsächlichen Ausgaben auf standardisierten nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrente genormten Ausgaben. Die Krankenkassen könnten auf zwei wesentliche - im heutigen Ausgleichsmechanismus unberücksichtigte - Faktoren keinen Einfluss nehmen: den Grundlohn und die Häufigkeit der Krankengeldfälle. Die BKK Gesundheit sieht eine Möglichkeit dem entgegen zu wirken, in dem die stan-	BKK Gesundheit

Vorschlag / Anmerkung	von
dardisierten Ausgaben durch standardisierte Krankengeldtage ersetzt würden, die multipliziert mit den spezifischen Krankengeldausgaben je Tag der Kasse zur Zuweisung führen sollten. Eine zusätzliche Risikoadjustierung durch Regulation spezifischer Unter- bzw. Überdeckungen sei durch eine Krankengeld-Morbidität für die Kassen möglich, da eine abgrenzbare Gruppe von Diagnosen / Krankheiten eine wesentlich höhere Häufigkeit von Krankengeldfällen aufweise als andere. Analysen der BKK Gesundheit haben eine höhere Zielgenauigkeit bei Berücksichtigung der Diagnosen, die mit Krankengeldfällen in Verbindung gebracht wurden, ergeben als bei der Berücksichtigung rein demographischer Merkmale. Deshalb befürwortet die BKK Gesundheit eine Neugestaltung der Krankengeldzuweisungen, die die Aspekte Grundlohnbezug sowie Fallhäufigkeiten der Kassen berücksichtigt.	
1.6. Kostenerstatter	
Die BARMER verweist darauf, dass eine nach Alter und Geschlecht getrennte Ermittlung und Berücksichtigung des Zuschlags für Kostenerstatter nach § 13 Abs. 2 SGB V dringend erforderlich sei. Laut § 31 Abs. 5 Satz 2 RSAV werde zwar grundsätzlich nur eine Kostenerstatter-Gruppe gebildet, es bestehe jedoch nach § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV für das BVA die Möglichkeit im Einvernehmen mit dem GKV-SV weitere Differenzierungen innerhalb der Kostenerstattergruppe vorzunehmen. Nach der Begründung zur 19. RSAV-ÄndVO (BR-Drs. 86/09 S. 8) sei diese gerechtfertigt, wenn durch die weitere Differenzierung die Zielgenauigkeit (der Zuschlagsermittlung) verbessert werde. Bei einer Analyse mit Daten der BARMER verbessere sich das Bestimmtheitsmaß der Leistungsausgaben, wenn die Kostenerstatter nach dem Muster der AGG oder AusAGG in insgesamt vierzig alters- und geschlechtsgetrennte Gruppen unterteilt werden. Das R^2 der gesamten Klassifikation verbessere sich demnach um ca. 0,2 Promill. Da eine Begründung der Nichtberücksichtigung bisher fehle, hat die BARMER weitere Berechnungen auf Basis einer 20%-Zufallsstichprobe durchgeführt, jüngere Versicherte in größere Altersgruppen zusammengefasst und weiterhin eine Verbesserung des R^2 um 0,2 Promill festgestellt. Damit bliebe es bei einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA durch eine alters- und geschlechtsgetrennte Berücksichtigung der Kostenerstatter "selbst unter Berücksichtigung aller denkbaren Beschränkungen, die von einer geringeren Größe der GKV-Stichprobe ausgehen". Die BARMER bittet das BVA in Abstimmung mit dem GKV-SV eine alters- und geschlechtsspezifische Berücksichtigung der Kostenerstatter vorzusehen. Diese solle zudem bereits im Jahresausgleich 2010 beginnen.	BARMER
KBV und BÄK weisen darauf hin, dass sie es für sinnvoll erachten, Versicherte, die im dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahr für mehr als 183 Tage Kostenerstattung gewählt haben und somit keiner HMG sondern der KEG zugeordnet werden, hinsichtlich ihres Alters, tatsächlicher Kosten und der Verteilung auf die Krankenkassen und Krankenkassenarten zu beobachten, sowie darüber zu berichten.	KBV & BÄK
Der GKV-SV verweist auf seinen Vorschlag vom 11.06.2010 zur Änderung der Festlegung für die Ausgleichsjahre 2009 und 2010 sowie auf die vom 27.08.2010 zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2011. Der GKV-SV hält weiterhin eine Differenzierung der Kostenerstattergruppe und eine dementsprechende Überprüfung auf Basis aktueller Datenmeldungen für erforderlich.	GKV-SV
1.7. Im Ausland lebende Versicherte	
Die BARMER weist auf das Ungleichgewicht zwischen Zuweisungen und Ausgaben für ständig im Ausland lebende Versicherte hin (die Zuweisungen würden die tatsächlichen Ausgaben bei weitem überdecken). Die Zahl der mit dauerhaftem Wohnsitz im Ausland für den Morbi-RSA gemeldeten Versichertenjahre sollte die in der KM6 gemeldete Anzahl nicht überschreiten dürfen (was aber bei verschiedenen Kassenarten z.T. der Fall sei). Der BARMER sei bewusst, dass die Vorschrift des § 31 Abs. 5 RSAV einer Veränderung im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV nicht zugänglich ist. Trotzdem drängt sie "dieses Element" auf sein Funktionieren zu überprüfen. Zur Überprüfung der Richtigkeit der Daten wäre z.B. ein Abgleich der im Morbi-RSA als dauerhaft im Ausland gemeldeten Versicherten mit Schätzungen der DVKA (Verbindungsstelle KV Ausland) über die Gesamtzahl der bei ausländischen Trägern angemeldeten Versicherten möglich. Das BVA orientiert sich bei der Beurteilung von Veränderungsoptionen u.a. daran, ob sich Ausgaben durch die Zuweisungen im Vergleich von Kassen und Kassenarten ausgeglichener gestalten. Die BARMER regt daher eine Überprüfung des kassen- und kassenartenspezifischen Deckungsgrades zwischen Ausgaben und Zuweisungen für Versicherte im Ausland an.	BARMER
1.8. Sonstiges	
Die DAK beklagt, dass zwischen Entwicklung und Anwendung des Klassifikationsmodells drei Jahre vergehen, in denen sich die Morbidität in Prävalenz, Alters- und Geschlechtsstruktur, Behandlung und Kosten verändere. Die DAK bittet das BVA folgende Lösungsmöglichkeiten zu überprüfen: eine Grundlage für schnellere	DAK

Vorschlag / Anmerkung					von
Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen, so dass sich der Zeitraum auf zwei Jahre verkürzen ließe. Eine jährliche Prüfung der Kostenhomogenität unterhalb der HMG-Ebene (jeweils innerhalb der in den HMG zusammengefassten DxG). Das Herauslösen von DxG und Schaffen neuer HMG (wenn die mittleren Kosten und die Homogenität der Fallgruppen einer Zusammenfassung widersprechen). Die Überprüfung und Anpassung der hierarchischen Einstufung. Den Verzicht auf Zusammenfassung von DxG in HMG (bei Hierarchisierung auf DxG Ebene). Es sei auch denkbar, zum Jahresausgleich eine Neuordnung von DxG und HMG nach der Methode zum Zeitpunkt der Entwicklung der Klassifikation dann auf den für den Jahresausgleich zugrundeliegenden Leistungsausgaben durchzuführen. Dies führe zu einer Erhöhung der Verteilungsgerechtigkeit und Verminderung von Manipulation.					
Durch den prospektiven Ansatz des RSA werden die hohen Kosten einer Erstbehandlung nicht über morbiditätsbezogene Zuweisungen berücksichtigt, sondern bei den AGG. Dadurch würden Kassen mit überdurchschnittlicher Häufigkeit bestimmter Krankheiten systematisch benachteiligt (besonders im Bereich von Veränderungen in der Arzneimitteltherapie bösartiger Neubildungen). Die DAK bittet deshalb das BVA zu prüfen, ob die Berücksichtigung zeitgleicher Morbidität zu einer Verbesserung im Morbi-RSA führt. In diesem Fall könnte auch die Morbidität Versicherter im Alter unter einem Jahr berücksichtigt werden.					DAK
Hierarchie	(H)MG	DxG	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
2. Aufgreifkriterien					
2.1. Arzneimittel / Mapping					
02 (Neubildungen)	004 (Myeloische Leukämie)	038 (Akute myeloische Leukämie)		Bisher werden Patienten mit der DxG 038 auch ohne aktive Arzneimitteltherapie der HMG 004 zugeordnet. Der AOK-BV schlägt vor, eine Arzneimittelbestätigung über den ATC L01 (Antineoplastische Mittel) sowie die Sonderkennzeichen-PZNs 9999092 (Zytostatikazubereitungen) und 9999152 (individuell hergestellte parenterale Lösungen) einzuführen. Chemotherapeutika sollten dabei auf die DDD-Mindestmenge 10 geprüft werden, während für die Sonderkennzeichen-PZN die Dokumentation einer entsprechenden PZN ausreichen soll.	AOK-BV
		046 (Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien, exkl. Chronisch lymphatische Leukämie)		Laut AOK-BV und GKV-SV lassen sich durch eine Schweregraddifferenzierung kostenintensive Fälle in der DxG 046 selektieren. Versicherten mit chronischer myeloischer Leukämie (CML) sei durch den Einsatz der Arzneimittel Interferon alfa (L03AB04) bzw. der Tyrosinkinasehemmstoffe Imatinib (L01XE01), Dasatinib (L01XE06) oder Nilotinib (L01XE08) ein Langzeitüberleben möglich. Damit seien allerdings höhere Kosten verbunden. Deswegen schlagen der AOK-BV und der GKV-SV vor, eine neue DxG "Chronisch myeloische Leukämie (CML) mit Dauertherapie" zu bilden und die Verordnung der Tyrosinkinasehemmstoffe als zusätzliche Aufgreifkriterien zu verwenden. Des Weiteren solle laut GKV-SV geprüft werden, ob auch Interferon alfa als Aufgreifkriterium hinzugenommen werden solle. Die neue DxG solle einer entsprechenden HMG "Chronisch myeloische Leukämie (CML) mit Dauertherapie" zugeordnet werden, welche entweder hierarchisch oder additiv in die Hierarchie 2 eingeordnet werden soll.	AOK-BV, GKV-SV

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

Hierarchie	(H)MG	DxG	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
	004, 006, 007, 008, 009, 010, 011, 012, 013, 014	38, 46, 37, 45, 57, 58, 59, 824, 34, 35, 53, 33, 41, 42, 43, 39, 52, 55, 56, 78, 336, 40, 44, 47, 48, 49, 50, 51, 60, 61, 62, 64, 67, 69, 75, 91, 68, 70, 71, 73, 76, 77, 77, 82, 87, 88, 89, 92, 97		Die DAK empfindet folgende Sachverhalte als problematisch: Die höchsten Kosten entstehen meist in den ersten Wochen nach Diagnosestellung. Der Prävalenzunterschied zwischen den Kassen führt zu einer ungerechten Verteilung. Neu zugelassene Arzneimittel sind besonders in diesem Sektor sehr teuer. Der hohe Anteil an patienten- / behandlungsspezifischen Ausgaben bleibt momentan unberücksichtigt. In den HMG sind viele Diagnosegruppen zusammengefasst, die laut DAK Unterschiede in den mittleren Kosten und Homogenität (besonders in den HMGs 013 „Sonstige ernste bösartige Neubildungen“, 014 „Andere Neubildungen“) aufweisen und deren Zusammenfassung somit nicht zu empfehlen sei. Deshalb schlägt die DAK eine differenzierte Abbildung maximal auf Ebene der derzeitigen DxG vor (was eine bessere Abbildung der veränderten Kosten ermögliche).	DAK
	012 (Andere schwerwiegende bösartige Neubildungen) 013 (sonstige ernste bösartige Neubildungen) 014 (andere Neubildungen)		C67.- D09.0	KBV & BÄK halten die Trennung von Mammakarzinom bis 44 Jahre (HMG 012) und über 44 Jahre (HMG 013) für sinnvoll. Sie weisen zusätzlich daraufhin, dass die Prävalenz des Mammakarzinoms 2011 aufgrund eines Kodiereffektes ansteigen könne (die ambulanten Kodierichtlinien regeln neu ab 2011, dass das Mammakarzinom unter Hormonblockade (Tamoxifen (L02BA01) oder Aromataseinhibitoren(L02BG)) mit dem Zusatzkennzeichen 'G' kodiert wird). Der Code D09.0 sollte nach KBV & BÄK in der HMG013 ergänzt werden (da dieser wie ein C67.- (Blasenkarzinom) behandelt werden müsse). Die Krankheit 41 "Carcinoma in situ" solle aufgelöst und wegen der identischen Behandlung auf die entsprechenden Malignome verteilt werden (z.B. werde der Code D09.0 (Carcinoma in situ der Blase) wie C67.- behandelt und müsse in die Krankheit 35 verschoben werden). Krankheiten 26-41 "Malignome": Die KBV & BÄK fände Boxplots zu den verschiedenen Krankheiten zur Beurteilung der Kostenhomogenität interessant, da die Gruppen der Malignome in ihrer medizinischen Zusammensetzung sehr unterschiedlich sind. Aufgrund fehlender Erfüllung der Aufgreifkriterien seien nicht mehr alle Malignome in die 80 Morbi-RSA Krankheiten aufgenommen. Wenn zukünftig Zusatzinformationen über Chemo- und Strahlentherapie einbezogen werden sollen, müssten allerdings möglichst alle Malignome im Morbi-RSA aufgenommen sein, um zwischen Malignomen mit und ohne aufwändige Therapie zu unterscheiden. Ein Vorschlag der KBV & BÄK ist, die Malignome in deutlich weniger als die bisherigen 16 Krankheiten aufzuteilen und erst im zweiten Schritt über verschiedene Zusatzinformationen eine aufwandsgerechte HMG-Einteilung vorzunehmen.	KBV & BÄK
04 (Metabolische Erkrankungen)	021 (Hypopituitarismus, alpha-1-Antitrypsinmangel sowie Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen ohne ERT/SRT)	118 (Patienten mit Hypopituitarismus ohne Somatropintherapie) 124 (Sphingolipidosen) 825 (Glykogenspeicherkrankheit und Mukopolysaccharidose Typ II)		In der HMG 021 sind laut AOK-BV und GKV-SV vier DxG mit deutlich unterschiedlichen durchschnittlichen Brutto-Leistungsausgaben (s. Tab. 1 in der Stellungnahme des GKV-SV) zusammengefasst. Bei Hypopituitarismus ohne Somatropingabe entstehen nur geringe Kosten, demgegenüber stehen sehr hohe Kosten für die anderen beinhalteten Erkrankungen. Deshalb schlagen der AOK-BV und der GKV-SV vor, die HMG 21 aufzuteilen. Konkret schlägt der AOK-BV vor, dass die DxGs 124 und 825 eine neue HMG 21a bilden, die DxGs 118 und 137 in der alten HMG 21 bleiben und dass die HMG 21a der HMG 21 übergeordnet wird.	AOK-BV, GKV-SV

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

Hierarchie	(H)MG	DxG	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
	022 (Andere kostenintensive schwerwiegende endokrine oder metabolische Erkrankungen)	115 (Erkrankungen der Nebenniere, z.B. Cushing-Syndrom) 117 (Erkrankungen der Hypophyse, der Nebenschilddrüse, des Thymus, pluriglanduläre Erkrankungen) 123 (Amyloidose, familiäres Mittelmeerfieber) 828 (Porphyrie, Histiozytose)		Laut BARMER variieren die Durchschnittskosten der DxGs in der HMG 022 sehr stark. Aufgrund ihrer Durchschnittskosten passten die DxGs 117 und 123 zur HMG 021 und die DxGs 115 und 828 zur HMG 023. Deshalb regt die BARMER eine entsprechende Aufteilung an.	BARMER
	225 (Hypopituitarismus mit Somatropingabe)	840 (Hypopituitarismus mit Somatropingabe)	Q96.9 Q87.1	Der AOK-BV gibt an, dass eine Somatropintherapie nicht nur bei hypophysärem Kleinwuchs, sondern auch bei den ICDs Q96.9 (Ullrich-Turner-Syndrom) und ICD 87.1 (Prader-Willi-Syndrom) erfolge. Deshalb ist der Vorschlag des AOK- BV für die DxG 840 / HMG 225 auch diese ICDs zu berücksichtigen.	AOK-BV
05 (Erkrankungen der Leber)	028 (Leberversagen, akute Lebererkrankung (Zahnsche Infarkte)) 029 (Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV) akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma)	148 (Akute Lebererkrankung, einschließlich akuten Leberversagens, Leberabszess, Leberinfarkte (Zahnsche Infarkte)) 149 (Virale Hepatitis, akut oder nicht näher bezeichnet, mit Leberkoma)		Die DxG 148 und 149 unterscheiden sich laut GKV-SV deutlich in Versorgungsaufwand und durchschnittlichen Brutto-Leistungsausgaben (s. Tab. 2 in der Stellungnahme des GKV-SV). Deshalb schlagen TK et al und GKV-SV vor, die DxG 149 in die HMG 29 zu verschieben.	TK et al, GKV-SV
	027 (Chronische Hepatitis)			Aufgrund der von MSD erwarteten Zulassung von neuen Therapieoptionen bei chronischer Hepatitis C, schlägt MSD vor, die HMG 027 aufzuspalten - ähnlich wie bei HIV: dort HMG 184 (HIV / AIDS mit Dauermedikation) und HMG 001 (HIV / AIDS ohne Dauermedikation). (s. MSD-Präsentation.)	MSD
07 (Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems)	038 (Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewbserkrankungen)			Der AOK-BV und KBV & BÄK schlagen vor die HMG 038 klinisch zu unterteilen. Der konkrete Vorschlag der KBV & BÄK lautet: HMG 037 A (juveniles Rheuma mit allen Codes des kindlichen Rheumas), HMG 038 B (restliche Rheumakodes), HMG 038 C (unspezifische Rheumakodes (Auswahl einiger Rheumakodes mit der vierten Stelle .9)).	AOK-BV, KBV & BÄK
		187 (systemischer Lupus erythematodes / Riesenzellarteritis / andere Erkrankungen des Bindegewebes)		KBV & BÄK regen an, eine Arzneimittelvalidierung der DxG 187 zu überprüfen.	KBV & BÄK
	208 (Knochen- und Gelenkerkrankungen mit Infektion)	182 ((Post)infektiöse Gelenkerkrankungen)	M01.1- M01.2- M02.1-	KBV & BÄK regen an, die Codes M01.1-*(Tuberkulöse Arthritis), M02.1- (postenteritische Arthritis) über die DxG 182 in die Krankheit 91 und HMG 208 überzuleiten. Die M01.2-*(Arthritis bei Lyme-Krankheit) findet sich in dieser Krankheit aber (versehentlich?) nicht in der HMG 208 gelistet.	KBV & BÄK

Hierarchie	(H)MG	DxG	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
		186 (Morbus Behcet) 187 (Systemischer Lupus erythematodes (SLE) / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes) 188 (Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien) 189 (Entzündliche Wirbelerkrankungen) 190 (Polymyalgia rheumatica)		<p>Der BDRh macht auf die aus seiner Sicht erforderliche Neuordnung des Klassifikationsmodells für den Bereich entzündlicher Rheumaformen aufmerksam, da die rheumatoide Arthritis (und seltenere Erkrankungen wie die juvenile chronische Arthritis und Kollagenosen) derzeit nicht sachgerecht abgebildet seien. Auch die direkten und indirekten Kosten fänden sich in der Vergütung durch den Morbi-RSA nicht hinreichend wieder. Eine Reihe von ICD-Klassifikationen sei nicht zielführend und als "Verdüner" wirksam, da sie fast keine Kosten im Gesundheitssystem verursachten. Die Diagnosen Rheumatoide Arthritis und Juvenile Arthritis seien zu trennen, da sie sich in der ärztlichen Betreuung und in der Häufigkeit unterscheiden. Bei den Diagnosen rheumatoide Arthritis, juvenile Arthritis, systemischer Lupus erythematodes (SLE) / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes sollten nur ICD-Kodes mit entsprechenden ATC-Kodes berücksichtigt werden (s. Anlage der Stellungnahme). Außerdem macht der BDRh darauf aufmerksam, dass eine ausreichende Diagnose-Sicherheit nur bei Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie gegeben sei. Die Anlage enthält die Überlegungen des BDRh. Bezüglich der DxG 188 werden die zu berücksichtigenden ICD-Kodes, Geschlecht, Alter Min / Max und § 295, § 301 Kennzeichen und zugeordnete ATC-Kodes (die bei 75 bis 95% der Erkrankten eingesetzt würden - wenn sie fehlten sei von einem milden Krankheitsverlauf oder medikamentenfreier Remission auszugehen) aufgeführt. Außerdem sind ICD-Kodes (Adultes Still-Syndrom, Palindromer Rheumatismus, Bursitis und Rheumaknoten, Entzündliche Polyarthropathie) sowie zugehörige Kennzeichen und gegebenenfalls ATC-Kodes genannt, die nach dem BDRh nicht mehr in die DxG 188 eingehen sollten. Die ICD-Kodes (Juvenile Arthritis) sowie deren zugehörigen Kennzeichen und ATC-Kodes machten einen eigenen Zuschlag erforderlich, die ICD-Kodes des Felty-Syndroms seien dagegen eher irrelevant für den Morbi-RSA. Für die DxGs 186, 187, 189 und 190 werden ebenfalls ICD-Kodes, zugehörige Kennzeichen und ATC-Kodes genannt, die im Morbi-RSA berücksichtigt werden sollten. Außerdem werden für die DxG 189 ICD-Kodes (Enthesiopathie und Spondylopathie) und zugehörige Kennzeichen genannt, die nicht berücksichtigt werden sollten. Die genannten ICD-Kodes der Juvenilen Spondylitis ankylosans mit zugehörigen Kennzeichen und ATC-Kodes sollten eine eigenständige Krankheitsentität im Klassifikationsmodell bilden.</p>	BDRh

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

Hierarchie	(H)MG	DxG	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
07 (Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems) 22 (Erkrankungen der Haut)	038 (Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen)	186 (Morbus Behcet) 187 (Systemischer Lupus erythematodes (SLE) / Riesenzellerarthritis / andere Erkrankungen des Bindegewebes) 188 (Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien) 189 (Entzündliche Wirbelerkrankungen) 190 (Polymyalgia rheumatica)		Die DAK führt aus, dass in allen genannten DxG eine Abgrenzung von teuren Fällen durch eine Arzneimittelvalidierung möglich sei (chronisch, obligat, mehr als 183 Behandlungstage). Auch eine Anwendung einer Arzneimittelvalidierung auf die HMGs 206 und 207 zeigte ähnliche Ergebnisse. Die neue HMG wurde dabei der bisherigen HMG übergeordnet. Die Zulassung des Wirkstoffes Golimumab im Nov. 2009 zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis sei ein Beispiel für die unzureichende Abschätzbarkeit der Kostenentwicklung. Die DAK schlägt vor, eine neue HMG durch Arzneimittelvalidierung zu schaffen und die anderen Fälle in einer HMG zusammenzufassen (die alten HMGs 038, 206 und 207 sollen sich dabei wie folgt aufteilen: jene mit obligatem ambulantem Arzneimittel bilden die HMG 250, die anderen die HMG 251). Zur Berechnung der Behandlungstage schlägt die DAK folgende ATCs vor: A07EC01 (Sulfasalazin), H02AB (Glucocorticoide), H02BX (Corticosteroide zur systemischen Anwendung, Kombination), L01BA01 (Methotrexat), L01XC02 (Rituximab), L04AA13 (Leflunomid), L04AA24 (Abatacept), L04AB (Tumornekrosefaktor alpha-Inhibitoren), L04AC03 (Anakinra), L04AC07 (Tocilizumab), L04AX01 (Azathioprin), M01AA (Butylpyrazolidine), M01AB (Essigsäure-Derivate und verwandte Substanzen), M01AC (Oxicame), M01AE (Propionsäure-Derivate), M01AG (Fenamate), M01AH (Coxibe), M01AX (Andere nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika), M01CC01 (Penicillamin). Unabhängig von diesem Vorschlag zeigen DAK-Analysen Inhomogenitäten zwischen den einzelnen DxG der HMG 038, weswegen die DAK deren Abbildung in einer eigenen HMG vorschlägt.	DAK
				Der AOK-BV schlägt vor, die Hierarchie um eine ergänzende HMG 938 zu erweitern. Diese solle vergeben werden, wenn zu den HMGs 038, 206 oder 207 ein besonderer Schweregrad durch Arzneimittel-Therapie identifiziert werden kann. Der Zuschlag erfolge bei diesen Diagnosen und einer zusätzlichen Arzneimittel-Therapie mit ATC L04A (Immunsuppressiva) und annualisierter DDD-Mindestmenge von 183 Tagen. Die HMG 938 soll als ergänzende HMG vergeben werden. Versicherte der Hierarchie 7 erhielten demnach entweder eine HMG 38, 206 oder 207 oder zwei HMGs 38 und 938 oder 206 und 938 oder 207 und 938.	AOK-BV
	038 (Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen)	208 (Näher bezeichnete Arthritis psoriatica) 209 (Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie)		Der GKV-SV verweist auf seinen Vorschlag die HMG zu differenzieren (Stellungnahme zum Entwurf des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2011). Die für die Hierarchie "Erkrankungen der Haut" begonnene Berücksichtigung von Arzneimittelwirkstoffen bei Psoriasis und Parapsoriasis solle auch auf die DxG 207 und 208 angewandt werden, da sie die gleichen Basismedikamente erhalten. Die Gruppierung in eine entsprechende HMG solle folgende ATCs berücksichtigen: L04A (Immunsuppressiva). Auch für die rheumatoide Arthritis mit nahezu identischer Basismedikation solle das Kriterium angewandt werden. Des Weiteren solle die Vergabe eines additiven statt eines hierarchisierten Zuschlages überprüft werden.	GKV-SV

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

Hierarchie	(H)MG	DxG	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
	206 (Arthritis psoriatica) 207 (Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie) 219 (Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation) 220 (Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation)			Die Psoriasis wird in zwei Hierarchien abgebildet. Eine Unterscheidung von Versicherten mit und ohne Dauermedikation erfolgt nur in der Hierarchie 022. Eine Analyse von BARMER Daten ergab, dass auch in der HMG 206 eine Unterscheidung der Versicherten mit und ohne Dauermedikation mit Arzneimitteln der Validierungsliste der HMG 219 sinnvoll sei. Deshalb schlägt die BARMER vor, eine Trennung der Hierarchie 007 analog der Hierarchie 022 bezüglich der vorhandenen oder fehlenden Dauermedikation vorzunehmen.	BARMER
08 (Hämatologische Erkrankungen)	210 (Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung)	233 (Purpura, Thrombozytenfunktionsstörungen, Blutungsneigung)	D69.6	KBV & BÄK regen an, die pathologische Wertigkeit des Codes D69.6 (Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet), der über die DxG 233 in die HMG 210 gruppiert wird, zu überprüfen.	KBV & BÄK
	211 (Aplastische Anämie)		D70.- D70.0 D70.1- D70.3 D70.7	Nach Meinung von KBV & BÄK sollten D70.0 (Angeborene Agranulozytose und Neutropenie) und D70.1- (Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie) aufgrund des entstehenden Aufwandes in die HMG 211 übergeleitet werden (und diese in "Aplastische Anämie und Agranulozytosen" umbenannt werden). Krankheit 124 "Agranulozytose und Neutropenie": In dieser Krankheit finden sich die laut KBV & BÄK aufwändigen Erkrankungen D70.0 und D70.1- neben den sehr häufigen und unspezifischen Codes D70.3 bis D70.7.	KBV & BÄK
	046 (Sonstige Gerinnungsstörungen)			Die DAK bemerkt hohe Kosten in der HMG 046 bezüglich Faktorpräparaten und bittet das BVA zu prüfen, ob eine Aufspaltung der HMG 046 in eine neue HMG mit Aufgreifkriterium Faktorpräparate der ATC B02BD (Blutgerinnungsfaktoren), die hierarchisch über der verbleibenden HMG stehen soll, zu einer verbesserten Verteilung führt.	DAK
	210 (Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung)		D69.3	Die ICD-10 D69.3 (Idiopathische thrombozytopenische Purpura) unterscheidet sich in den Arzneimittelkosten von den anderen in der HMG enthaltenen Krankheiten. Deshalb schlägt die DAK vor, sie mit Arzneimitteltherapie (chronisch, obligat, mehr als 183 Behandlungstage) in einer eigenen HMG abzubilden. Die entsprechenden ATCs sollen H02AB (Glucocorticoide), J06BA02 (Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung), L04AX01 (Azathioprin), L01CA02 (Vincristin), B02BX05 (Eltrombopag) und B02BX04 (Romiplostim) sein.	DAK
09 (Kognitive Erkrankungen)	049 (Sonstige Demenzerkrankungen)			KBV & BÄK stellen die Frage, ob die Codes F06.5 (Organische dissoziative Störungen), F06.8 (Organische emotional labile (asthenische) Störungen) und F06.9 (Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit) hier richtig zugeordnet sind.	KBV & BÄK
10 (Drogen-/Alkoholmissbrauch)	053 (schädlicher Gebrauch von Alkohol und Drogen ohne Abhängigkeit)		F55.- F55.0	KBV & BÄK sehen die Regelung, dass auch ein einmalig im Krankenhaus erfasster Rausch zu einer Zuweisung führt, kritisch und regen an zu überprüfen, ob die Codes mit der vierten Stelle .0 (akuter Rausch) tatsächlich in die Krankheit "schwerwiegender Alkohol- und Drogenmissbrauch" führen sollten. Beim Wegfall der Codes unter F55.- (schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen) sollte der Code F55.0 (schädlicher Gebrauch von Antidepressiva) und die verbundenen Leistungsausgaben noch einmal überprüft werden.	KBV & BÄK

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

Hierarchie	(H)MG	DxG	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
	051 (Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose)	256 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen außer Alkohol) 258 (Drogenabhängigkeit)		Zum 01.10.2010 wurde die Behandlung von Opiat-Abhängigkeit bei schwerstabhängigen Patienten mit Diamorphin als GKV-Leistung eingeführt, die deutlich kostenintensiver ist als die Therapie niedrigerer Abhängigkeitsstufen. Deshalb ist der Vorschlag des AOK-BV, die Hierarchie 10 um eine gesonderte HMG 051a zu erweitern. Versicherte mit einer Dokumentation über eine halbjährige Diamorphintherapie in Verbindung mit der DxG 256 oder 258, sollen einer neuen DxG 256a / HMG 051a zugeordnet werden, die gegenüber der HMG 51 vorrangig ist. Als Arzneimittel-Aufgreifkriterium kann der ATC N02AA09 (Diamorphin) verwendet werden.	AOK-BV
	051 (Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose) 052 (Alkohol oder Drogenabhängigkeit) 053 (Schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom)	256 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen außer Alkohol) 258 (Drogenabhängigkeit) 259 (Schädlicher Gebrauch von Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom)	F11.- F19.-	Der IKK eV und GKV-SV machen darauf aufmerksam, dass die Zusammenfassung von ICD-Kodes zu DxG unabhängig von der suchtauslösenden Substanz erfolge, auch wenn das Ausmaß gesundheitlicher Schäden durchaus von diesem abhängt. Auch eine Auswertung des GKV-SV lege dies nahe (s. Tab. 3 in der Stellungnahme). Deshalb schlägt der GKV-SV vor, zusätzlich zu den vorhandenen HMG eine weitere DxG / HMG einzuführen, der Versicherte mit ICD F11.- (Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide) bzw. F19.- (Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) und Substitutionstherapie zugeordnet werden sollen. Als Aufgreifkriterien sollen die Sonderkennzeichen der Technischen Anlage 1 zum Datenaustausch nach § 300 SGB V für Methadonzubereitungen (9999086), Suboxone Einzeldosen (2567136), L-Polamidon Einzeldosen (2567107), Subutex-Einzeldosen (2567113), Abrechnung von Diamorphin (2567656) sowie ATCs Diamorphin (N02AA09) und Mittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit (N07BC) verwendet werden. Zu beachten: Die Sonderkennzeichen sind (abgesehen von 9999086) erst ab dem Berichtsjahr 2009/2010 in der Datenübermittlung vorgesehen. Außerdem ließe sich in Zukunft so auch die seit Oktober 2010 im GKV-Leistungskatalog berücksichtigte, kostenintensive Substitutionsbehandlung Schwerstabhängiger mit Diamorphin abbilden. Für die kommende Krankheitsauswahl regt der IKK eV an, neben dem Parameter Substitutionstherapie auch den Diagnosekode Z51.83 "Opiatsubstitution inkl. Methadonsubstitution" in der neuen DxG zu berücksichtigen. (s. Excel-Tabelle des IKK eV.)	IKK eV, GKV-SV

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

Hierarchie	(H)MG	DxG	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
11 (Psychische Erkrankungen)	054 (Schizophrenie), 055 (Bipolare affektive Störungen) 056 (Wahn, psychotische und Persönlichkeitsstörungen) 057 (Angststörungen und unspezifische depressive Störungen) 058 (Depression, post-traumatische Belastungsstörungen, Verhaltensstörungen) 060 (Anorexia nervosa / Bulimie)	264 (schwere depressive Episoden / rezidivierende depressive Störungen (Major Depression)) 269 (Leichte oder mittelgradige depressive Episoden)		Die BPtK schlägt vor, die Hierarchie "Psychische Erkrankungen" aufzugliedern in eine lineare Hierarchie der HMGs 054, 055, 056 (psychotische Erkrankungen) und für die übrigen HMGs psychischer Erkrankungen eine eigene Hierarchisierung vorzunehmen: 060, 058, 057. Dabei sei zu prüfen, ob die DxG 264 und 269 statt in der HMG 058 in einer eigenen HMG gruppiert werden sollten. Für diese neue MG solle gleichzeitig eine Hierarchiebeziehung zwischen der HMG 055 und der neuen HMG mit den DxGs der spezifischen unipolaren depressiven Störungen definiert werden (HMG 055, HMG neu (DxGs 264, 269)). Dabei wäre des Weiteren zu prüfen, ob die DxG 268 statt in der HMG 056 besser in einer eigenen MG gruppiert werden sollte, da weder ein medizinischer Zusammenhang noch gleicher Behandlungsbedarf bestünde.	BPtK
	057 (Angststörungen und unspezifische depressive Störungen)	263 (Bipolare affektive Störungen)	F30.8 F30.9 F31.8 F31.9 F34.8 F34.9	Die BPtK bittet zu prüfen, ob die Auslagerung der unspezifischen Codes der DxG 263 (F30.8, F30.9, F31.8, F31.9, F34.9) in eigene DxGs "Sonstige, nicht näher bezeichnete manische Episoden" und "Sonstige, nicht näher bezeichnete bipolare / anhaltende affektive Störungen" und die Zuordnung dieser neuen DxGs zur HMG 057 zu einer besseren Abgrenzung der Kostenschätzer führt. In diesem Fall könnte die HMG 057 in "Unspezifische Angststörungen und unspezifische affektive Störungen" umbenannt werden.	BPtK
		270 (Panikstörungen / Panikattacken) 271 (Generalisierte Angststörungen) 273 (Phobische Störungen) 278 (Andere und nicht näher bezeichnete Angststörungen) 274 (Zwangserkrankungen)	F40.8 F40.9	In Anlehnung an die Ausgliederung unspezifischer Diagnosen in eigene DxG für den Bereich depressive Störungen, schlägt der BPtK vor, diesen Ansatz für den Bereich Angsterkrankungen zu überprüfen. Die DxG 278 beinhalte ausschließlich unspezifische Diagnosen. Die Diagnosen F40.8 (Sonstige phobische Störungen) und 40.9 (Phobische Störung, nicht näher bezeichnet) der DxG 273 könnten der DxG 278 zugeordnet werden. Wenn im Sinne der Kostenhomogenität vertretbar, könnten dann im Folgenden die DxGs 270, 271 und 273 zu einer eigenen MG "Spezifische Angststörungen" gruppiert werden. (In diese Gruppe würde bei entsprechender Erweiterung der Krankheit 142 auch die DxG 274 gruppiert werden).	BPtK
	057 (Angststörungen und depressive Episoden) 058 (Depression, post-traumatische Belastungsstörungen, Verhaltensstörungen)	818 (sonstige depressive Episoden) 285 (Sonstige Verhaltensstörungen)	F34.1 F32.0 Z73 F90.0 F90.1	KBV & BÄK schlagen vor, die Codes F34.1 (Dysthymie) und 32.0 (leichte Depression) über die DxG 818 aus der HMG 058 in die HMG 057 zu verlegen und die Bedeutung des leistungsaufwändigen Codes Z73 (z.B. Burn out) zu berücksichtigen. Außerdem sollten die Codes F90.0 (Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung) und F90.1 (Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) in die Krankheit 39, DxG 285 und somit HMG 058 aufgenommen werden.	KBV & BÄK

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

Hierarchie	(H)MG	DxG	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
13 (Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks)	067 (Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen) 068 (Querschnittslähmung) 069 (Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks)			Der GKV-SV verweist auf seinen für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahrs 2011 erstellten Vorschlag, die HMGs 067 bis 069 zu überprüfen.	GKV-SV
	067, 068, 069, 157 (Wirbelkörperfrakturen inkl. Pathologische) 203 (sonstige pathologische Frakturen)	5, 299, 301 - 311, 315 - 317, 641 - 643, 647, 648, 656, 657		Die BARMER möchte einen offenen Punkt aus dem Anhörungsverfahren 2010 und 2011 erweitern. Da die Durchschnittskosten in den einzelnen HMGs variieren (s. Tab auf S. 9 in der Stellungnahme) schlägt die BARMER vor, die Zuordnung der einzelnen DxGs zu den HMGs zu überarbeiten und dabei vorrangig den ausgelösten Behandlungsbedarf zu berücksichtigen.	BARMER
14 (Neurologische Erkrankungen)	070 (Muskeldystrophie)			Laut BARMER sind die Ausgaben für Versicherte unter 18 Jahre um ca. 50% höher, deshalb schlägt die BARMER vor den Alterssplit aus den DxG in den HMG fortzuführen.	BARMER
	072 (Multiple Sklerose)	325 (Multiple Sklerose / andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems)		KBV & BÄK regen eine Differenzierung zwischen Multiple Sklerose Patienten mit und ohne Medikation (ATC- Auswahl nach Leitlinie) an.	KBV & BÄK
				Deutsche BKK, BARMER und GKV-SV schlagen vor, eine neue HMG "Multiple Sklerose mit Immuntherapie" einzuführen. Zu berücksichtigen seien die Arzneimittel mit den ATCs Interferon beta-1b (L03AB08), Interferon beta-1a (L03AB07), Glatirameracetat (L03AX13), Natalizumab (L04AA23), Fingolimod (L04AA27) und Azathioprin (L04AX01). Die BARMER schlägt vor, nicht 183 Tagesdosen zu fordern, sondern ausschließlich die Verordnung in mindestens zwei Quartalen (ähnlich der Hämophilie).	Deutsche BKK, BARMER, GKV-SV
				DAK-Analysen zur Multiplen Sklerose (MS) zeigen deutliche Unterschiede in der medikamentösen Therapie, sowie in den Ausgaben abhängig von Alter und Geschlecht. Deswegen schlägt die DAK vor, eine eigene HMG für MS mit Arzneimittelvalidierung (chronisch, obligat, mehr als 183 Behandlungstage) für vertragsärztliche Diagnosen einzuführen. Zur Berechnung der Behandlungstage schlägt die DAK für die neue HMG 255 folgende ATCs vor: L01DB07 (Mitoxantron), L03AB07 (Interferon beta-1a), L03AB08 (Interferon beta-1b), L03AX13 (Glatirameracetat), L04AA23 (Natalizumab), L04AX01 (Azathioprin) und L04AA27 (Fingolimod, Zulassung März 2011); für die neue HMG 256 folgende ATCs: H02AB (Glucocorticoide) und H02BX (Corticosteroide zur systemischen Anwendung, Kombination) sowie die bisherige HMG 072 ohne entsprechende ATCs / Arzneimittelanwendung. Die HMG 255 solle dabei der HMG 256 übergeordnet sein und die HMG 256 der HMG 072.	DAK
	073 (Morbus Parkinson und Chorea Huntington)	326 (Idiopathischer Morbus Parkinson)		Ein manifester Morbus Parkinson bedarf in der Regel einer medikamentösen Therapie. Deshalb ist der Vorschlag des AOK-BV, die Zuordnung zur DxG 326 durch ein Arzneimittel des ATC N04 (Antiparkinsonmittel) zu bestätigen.	AOK-BV
16 (Herzerkrankungen)	079 (Herzstillstand / Schock)		R57.0 R09.0	KBV & BÄK regen an, die Codes R57.0 (Kardiogener Schock) und R09.0 (Asphyxie) in die HMG 079 aufzunehmen.	KBV & BÄK

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

Hierarchie	(H)MG	DxG	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
	080 (Herzinsuffizienz)	357 (Kardiomyopathie)	I41.-* I51.4	KBV & BÄK sehen einen Widerspruch darin, dass die I41.-* (Myokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten) in der HMG 080 entfallen ist, während die I51.4 (Myokarditis n.n.) gelistet ist. Der Kode I41.-* solle weiterhin in der Krankheit 50, DxG 357 und damit HMG 080 belassen werden.	KBV & BÄK
	083 (Angina pectoris / Z.n. altem Myokardinfarkt)		I25.2 I21.- I22.-	KBV & BÄK verweisen darauf, dass in der HMG 083 im vertragsärztlichen Bereich (bis zur Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien) zwei Kodiermöglichkeiten gegeben sind. Durch die verpflichtend anzugebenden Zusatzkennzeichen werden bisher eher die Codes I21.- (Akuter Myokardinfarkt) und I22.- (Rezidivierender Myokardinfarkt) mit dem Diagnosekennzeichen 'Z' als der Kode I25.2 (alter Infarkt) mit dem Diagnosekennzeichen 'G' zur Kodierung verwendet. KBV & BÄK erbitten die Möglichkeit für einen Übergangszeitraum alle Diagnosekennzeichen zu akzeptieren, da auch die mit 'Z' kodierten Diagnosen behandlungsbedürftig seien.	KBV & BÄK
	083 (Angina pectoris / Zustand nach altem Myokardinfarkt) 084 (Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens)			Aufgrund der engen Zusammenhänge zwischen den beiden Erkrankungen hält die TK et al eine Zusammenfassung der HMG 083 und 084 in einer HMG "Koronare Herzkrankheit und Angina pectoris" für medizinisch gerechtfertigt. Auch die Kostenhomogenität bleibe bei einem Zusammenschluss gewährleistet.	TK et al
	079 „Herzstillstand / Schock“	350 (Herzstillstand / Schock)	I46.0 I49.0	Da die Behandlung der ICD-Kodes I46.0 (Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung) und I49.0 (Kammerflattern / -flimmern) zwingend eine stationäre Behandlung erfordere, schlagen der AOK-BV und der GKV-SV vor, das Aufgreifkriterium für die DxG 350 in "stationär erforderlich" zu ändern.	AOK-BV, GKV-SV
17 (Zerebrovaskuläre Erkrankungen)	103 (Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen)	418 (Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, nicht näher bezeichnet)		In der DxG 418 sind ausschließlich die Codes der I69.- enthalten. KBV & BÄK verweisen darauf, dass im vertragsärztlichen Bereich meistens Codes aus den Gruppen I60 (Subarachnoidalblutung), I61 (Intrazerebrale Blutung), I62 (Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung), I63 (Hirninfarkt), I64 (Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet) mit dem Zusatzkennzeichen 'Z' statt eines Codes der Gruppe I69.- (Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit) mit dem Zusatzkennzeichen 'G' kodiert werden. Dies werde sich frühestens mit der Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien ändern. KBV & BÄK erbitten für einen Übergangszeitraum alle Diagnosekennzeichen zu akzeptieren, da auch die mit 'Z' kodierten Diagnosen behandlungsbedürftig seien.	KBV & BÄK
18 (Gefäß- und Kreislaufkrankungen)	099 (Nicht näher bezeichnete Erkrankungen peripherer Gefäße) 104 (Atherosklerose mit Ulkus oder Gangrän) 105 (Lungenembolie / periphere Gefäßkrank-	437 (Atherosklerose)	I73.8 I72.-	KBV & BÄK plädieren dafür, die verschiedenen peripheren Gefäßkrankheiten streng nach Leistungsausgaben in verschiedene HMG zu trennen und die Lungenembolie einer eigenen HMG zuzuweisen. Außerdem solle der neu aufgenommene Kode I73.8 (Sonstige näher bezeichnete periphere Gefäßkrankheiten) wegen mangelnder Krankheitsrelevanz entfallen. Das Wegfallen der Codes aus I72.- (Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion), die über die DxG 437 in die HMG 106 hätten führen können, sehen KBV & BÄK problematisch.	KBV & BÄK

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

Hierarchie	(H)MG	DxG	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
	heit) 106 (Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonstige, nicht näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen)				
19 (Erkrankungen der Lunge)	109 (Chronisch obstruktive Bronchitis / Emphysem (Alter > 17 Jahre), Asthma bronchiale, Status asthmaticus (Alter < 18 Jahre))	451 (Emphysem / Chronische Bronchitis (Alter > 17 Jahre)) 460 (Asthma bronchiale) 461 (Status asthmaticus < 18 Jahre)		Nach Einschätzung des AOK-BV, GKV-SV und der DAK sind Asthma bronchiale und COPD weder kostenhomogen noch gleich über die Krankenkassen verteilt, zudem weisen Patienten der DxG 451 im Vergleich zu den übrigen Versicherten der HMG 109 deutlich verschiedene Merkmale (bezüglich Alter, Therapie, Erkrankungsverlauf, Notwendigkeit stationärer Aufnahmen) auf (s. Tab. 4 in der Stellungnahme des GKV-SV). Deshalb ist der Vorschlag, die HMG 109 aufzuteilen. Dabei sollen die COPD-Diagnosen der DxG 451 in eine neue HMG 109a überführt werden. Die DXGs 460 und 461 sollen in der alten HMG 109 verbleiben. Die HMG 109a soll der HMG 109 übergeordnet werden. Eine noch höhere Einordnung der HMG 109a in der Hierarchie 19 soll empirisch geprüft werden. Der GKV-SV schlägt vor, entweder die DxG 451 auszugliedern oder eine Schweregraddifferenzierung einzuführen.	AOK-BV, DAK, GKV-SV
	216 (Respiratorische Insuffizienz) 217 (Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)) 218 (Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre))		J96.-	KBV & BÄK schlagen vor, die sehr komplexe Hierarchie 19 erneut zu überprüfen. Außerdem sei es perspektivisch geboten, das Kodierverhalten der J96.- (Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert) zu überwachen.	KBV & BÄK
	217 (Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre))	449 (Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre))		Die Schwere der Erkrankung sei bisher durch die festgelegten Kriterien (Diagnosen und Arzneimittel) nicht ausreichend abgebildet. Der AOK-BV und GKV-SV geben an, die Identifikation besonders schwerer Fälle sei über Arzneimittel mit den ATCs J01GB01 (Tobramycin), J01XB01 (Colistin) und R05CB13 (Dornase alfa) möglich. Deshalb schlagen sie vor, besonders schweren Fällen zusätzlich zur HMG 217 eine HMG 217a zuzuordnen. Eine Zuordnung in die HMG 217a solle erfolgen, wenn der Versicherte die HMG 217 erhält und ihm Arzneimittel der genannten ATCs in mindestens zwei Quartalen verordnet wurden. Nach AOK-BV solle eine Prüfung auf DDD-Mindestmengen nicht erfolgen.	AOK-BV
				Eine Auswertung des GKV-SV zeigt, dass sich die DxG 449 durch Arzneimittel differenzieren lässt (s. Tab. 5 in der Stellungnahme). Der GKV-SV schlägt deshalb die Berücksichtigung folgender ATCs als Aufgreifkriterien für eine separate HMG vor: Dornase alpha (R05CB13), Tobramycin ((J01GB01) und Colistin (J01XB01).	GKV-SV

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

Hierarchie	(H)MG	DxG	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
	108 (Status asthmaticus (Alter > 17 Jahre), post-inflammatorische Lungenfibrose) 109 (Chronisch obstruktive Bronchitis / Emphysem (Alter > 17 Jahre), Asthma bronchiale, Status asthmaticus (Alter < 18 Jahre))		J46	KBV & BÄK weisen darauf hin, dass für den ICD Kode J46 (Status asthmaticus) von keiner einheitlichen Kodierpraxis auszugehen ist, da es keine einheitliche medizinische Definition gibt (J46= Status asthmaticus, allerdings im Thesaurus des DIMDI generell für das schwere akute Asthma verwendet). Das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" verhindere eine Berücksichtigung ambulanter Diagnosen, auch wenn sie das M2Q-Kriterium erfüllen. So erhalten Patienten mit schwerem akutem Asthma, die nur ambulant behandelt werden und sachgerecht mit J46 kodiert werden, keinen Risikozuschlag. Der Vorschlag von KBV & BÄK ist, den Kode J46 gleichzeitig über eine zweite DxG mit dem Aufgreifkriterium "ambulante Arzneimittel, chronisch" in die HMG 109 führen zu lassen.	KBV & BÄK
	215 (Bronchiektasen)		Q33.4	KBV & BÄK regen an, den Kode Q33.4 (Angeborene Bronchiektasen) zu ergänzen und schlagen vor, die Einführung einer spezifischen Arzneimitteltherapie zu prüfen.	KBV & BÄK
20 (Erkrankungen der Harnwege)	131 (Nierenversagen)		N18.80 N18.81	KBV & BÄK weisen darauf hin, dass eine Zuordnung der Codes N18.80 (einseitige Niereninsuffizienz) und N18.81 (Chronische Niereninsuffizienz Stadium I) in diese HMG nicht sachgerecht sei, da z.B. bei N18.81 die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) nicht eingeschränkt sei.	KBV & BÄK
	136 (Nierenfunktionsstörung)		N27.0 Z90.5	KBV & BÄK weisen darauf hin, dass eine Berücksichtigung des Codes N27.0 (Kleine Niere unbekannter Ursache, einseitig) ohne begleitende Niereninsuffizienz auch ohne chronischen Krankheitswert und damit nicht sachgerecht sei. Im Vergleich dazu sei nicht nachvollziehbar, warum der Kode Z90.5 (Verlust der Niere(n)) dagegen keinen Zuschlag auslöse.	KBV & BÄK
	130 (Dialysestatus) 134 (fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz)	536 (Dialysestatus inklusive Komplikationen) 821 (Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz mit Dialysekennzeichen) 822 (Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz ohne Dialysekennzeichen)		Während laut BARMER der DxG 536 nur ATC zugeordnet sind, die tatsächlich zur Dialyse gebraucht werden bzw. in unmittelbarem Zusammenhang stehen, sei dies in den DxGs 821 und 822 nicht der Fall. Bei diesen werden auch ATCs beginnend mit C03 (Diuretika) oder C09 (Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System) zur Behandlung von hypertensiven Krisen berücksichtigt, die nicht geeignet seien den Dialysestatus abzubilden. Deshalb schlägt die BARMER für eine zielgenauere Abbildung der Dialyse vor, die ATCs beginnend mit C03 und C09 für die Validierung der DxGs 821 und 822 zu streichen.	BARMER
21 (Schwangerschaft)	146 (Schwangerschaft)		O32.0 O33.- O60.- O61.- O94.- O98.- O99.-	KBV & BÄK ist nicht ersichtlich, warum die folgenden Codes nicht mehr berücksichtigt werden: O32.0 (Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Feten), O33.- (Betreuung der Mutter bei festgestelltem oder vermutetem Missverhältnis zwischen Fetus und Becken), O60.- (Vorzeitige Wehen und Entbindung), O61.- (Misslungene Geburtseinleitung), O94.- (Folgen von Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett), O98.- (Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett komplizieren), O99.- (Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren).	KBV & BÄK

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

Hierarchie	(H)MG	DxG	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
22 (Erkrankungen der Haut)	149 (Hautulkus ohne Dekubitalulzera)			KBV & BÄK schlagen vor, hier die Codes I83.0 (Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration) und I83.2 (Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung) zu ergänzen.	KBV & BÄK
	152 (Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Hautinfektionen) 209 (Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates)	618 (Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen)	L02.- L89.4-	KBV & BÄK halten es nach wie vor nicht für sachgerecht, dass die Codes aus L02.- (Hautabszess, Furunkel und Karbunkel) in die HMG führen, während keinerlei Dekubitalulzera in Risikoklassen führten. Zumindest der Code L89.4- (Dekubitus IV. Grades) müsse in die HMG 152 führen (DxG 618 und Krankheit 73), da es sich um eine chronische Erkrankung mit hohem Behandlungsbedarf handele.	KBV & BÄK
	219 (Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation) 220 (Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation)			Zurzeit werden in der HMG 219 die systemischen Antipsoriatika und Immunsuppressiva berücksichtigt. In der HMG 220 hebt sich laut DAK die Fallgruppe Behandlung mit topischen Antipsoriatika hinsichtlich ihrer Kosten deutlich ab. Deshalb schlägt die DAK vor, die beiden HMGs anhand der Arzneimitteltherapie (chronisch, obligat, mehr als 183 Behandlungstage) wie folgt aufzuteilen: alte HMG 219 und neue HMG 260 über die ATCs L04AA (Selektive Immunsuppressiva), L04AB (Tumornekrosefaktor alpha-Inhibitoren), L04AC (Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren), L04AD (Calcineurin-Inhibitoren) und L04AX (andere Immunsuppressiva); alte HMG 219 und neue HMG 261 über ATCs D05BA (Psoralene zur systemischen Anwendung), D05BB (Retinoide zur Behandlung der Psoriasis), D05BX (Andere Antipsoriatika zur systemischen Anwendung); alte HMG 220 und neue HMG 262 über ATCs D05AA (Teere), D05AC (Anthracen-Derivate), D05AD (Psoralen zur topischen Anwendung) und D05AX (Andere Antipsoriatika zur topischen Anwendung); alte und neue HMG 220 ohne entsprechende ATCs / Arzneimittelanwendung.	DAK
23 (Verletzungen)	161 (Traumatische Amputation)			Der Code S98.1 (Traumatische Amputation einer einzelnen Zehe) könnte nach KBV & BÄK mangels Relevanz entfallen	KBV & BÄK
24 (Medizinische Komplikationen)	164 (Schwerwiegende Komplikationen)			KBV & BÄK empfinden die Zuordnung relativ vieler unspezifischer Codes als problematisch. Wegen wahrscheinlich relativ niedriger Kosten im Folgejahr empfehlen KBV & BÄK eine Analyse dieser Patientengruppe: N99.1 Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen), N99.2 (Postoperative Adhäsionen der Vagina), N99.3 (Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie), N99.4 (Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Maßnahmen) N99.8 (Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen Inkl.: Residual ovary syndrome), N99.9 (Krankheit des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet), N99.0 (Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen). Außerdem vermissen sie den Code K22.3 (Perforation des Ösophagus).	KBV & BÄK
25 (Transplantationen)	174 (Transplantation von Lunge, Graft-versus-host-Krankheit) 177 (Transplantation sonstiger Organe)	748 (Graft-versus-host-Krankheit) 751 (Status nach Transplantation des Knochenmarks / anderer		KBV & BÄK halten das Fehlen des Aufgreifkriteriums "ambulante Arzneimittel, chronisch" in den genannten DxG und besonders in den ICD Z94.5 (Zustand nach Hauttransplantation), Z94.6 (Zustand nach Knochenmarkstransplantation), Z94.7 (Zustand nach Keratoplastik), Z94.9 (Zustand nach Organ- und Gewebetransplantation, nicht näher bezeichnet) für nicht vertretbar.	KBV & BÄK

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

Hierarchie	(H)MG	DxG (Organe)	ICD	Vorschlag (Begründung)	von
26 (Erkrankungen des Auges)	222 (Netzhautblutung und andere schwere Netzhauterkrankungen)			Auch wenn die Pathogenese der Erkrankungen verschieden ist, handele es sich bei den zugeordneten Erkrankungen um Netzhauterkrankungen, die auch im DIMDI-Katalog als "Affektionen der Netzhaut" zusammengefasst werden. TK et al schlagen eine Zusammenlegung der HMGs 222 und 223 vor, die sie als medizinisch begründbar und kostenhomogen ansehen.	TK et al
	223 (Diabetische Retinopathie)				
	223 (Diabetische Retinopathie)		H35.0 H36.0	Die HMG 223 besteht nur aus der ICD H36.0 (Retinopathia diabetica, Sterndiagnose, die nur kodiert werden darf, wenn gleichzeitig die Primärerkrankung Diabetes mit Kreuz kodiert wurde). Wenn dem Augenarzt diese Informationen fehlen, kodiert er die H35.0 (Retinopathien des Augenhintergrundes und Veränderungen der Netzhautgefäße), die zur HMG 224 gehört und mangels Signifikanz keinen Zuschlag auslöst. Deshalb sei ein Anreiz zur Manipulation gegeben und die BARMER schlägt vor, die HMGs 223 und 224 zusammen zu fassen.	BARMER
	224 (Andere vaskuläre Retinopathien und Netzhauterkrankungen)				
			H35.2	Der GKV-SV schlägt vor, auf der aktuellen Datenbasis die Ausgestaltung der Hierarchie mit dem Ziel signifikanter HMG zu überprüfen. Dabei solle - aufgrund der bestehenden Komorbidität mit der Diabetes-Hierarchie - eine Verschiebung des ICD-Kodes H53.2 (Sonstige proliferative Retinopathie) von der HMG 224 in die HMG 223 einbezogen werden.	GKV-SV
	222 (Netzhautblutung und andere schwere Netzhauterkrankungen)		H35.3 H35.6 H35.9	Krankheit 227 "Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der Netzhaut": Die KBV & BÄK finden es dringend erforderlich die Abgrenzung der ophthalmologischen Krankheiten mit Experten zu überarbeiten. In der Krankheit 227 finden sich sehr unspezifische Codes wie z.B. H35.9 (Affektionen der Netzhaut, nicht näher bezeichnet). Die wichtige H35.3 (Degeneration der Makula und des hinteren Poles) wurde in die Krankheit 227 verlegt, findet sich aber nicht in einer HMG wieder, weswegen die aufwändige feuchte Makuladegeneration nicht berücksichtigt wird, wohingegen ein Code wie H35.6 (Netzhautblutung), der auch blande Befunde enthält, berücksichtigt wird. Nach KBV & BÄK sollen alle Codes der Krankheit 227 in eine der HMGs 222, 223 bzw. 224 führen.	KBV & BÄK
27 (Erkrankungen des Neugeborenen)				Die BARMER bemerkt, dass in der Anlage der Festlegung mit Ausnahme der Hierarchie 27 ICD-spezifische Gültigkeitskriterien nur dort vorgesehen seien, wo sie auch in den "Metadaten des DIMDI als Mussfehler vorgesehen" sind. Die ICDs der HMGs 169 bis 171 der Hierarchie 27 hätten in den DIMDI-Metadaten entweder keine Gültigkeitsbeschränkung (40%) oder lediglich einen Kannfehler. Deshalb seien diese Diagnosen auch für Kinder > 1 Jahr zulässig. Auch wenn diese Überprüfung vom BVA bei der nächsten Überarbeitung der Krankheitsliste (also nicht für dieses Jahr) angekündigt wurde, hält die BARMER diese Überprüfung für "so zwingend", dass sie sie jetzt erbitten.	BARMER
Vorschlag / Anmerkung					von
Laut IKK eV führe eine stärkere Hierarchisierung dazu, Manipulationsanreize und Mehrfachzuschläge bei verwandten Krankheitszuständen zu verringern. Deswegen schlägt der IKK eV vor, die im letzten Jahr begonnene striktere Hierarchisierung (vgl. Hierarchien 7 "Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems" und 16 "Herzerkrankungen") auf weitere Hierarchien auszuweiten.					IKK eV
Die BpTK schlägt vor, die beiden Erkrankungen Nr. 142 (Angsterkrankungen) und Nr. 144 (Zwangsstörungen) zu einer Krankheit "Angst- und Zwangsspektrumsstörungen"					BpTK

Vorschlag / Anmerkung	von
gen" zusammen zu fassen. Außerdem sollte neben der Diagnose F43.1 (Posttraumatische Belastungsstörung) auch die Diagnose F43.0 (Akute Belastungsreaktion) der Krankheit "Angst- und Zwangsspektrumsstörungen" zugeordnet werden.	
Krankheiten 42-46 "Gutartige Neubildungen": Der KBV & BÄK ist aus medizinischen Gesichtspunkten nicht klar, warum eine bisher nicht im Morbi-RSA berücksichtigte Erkrankung (Krankheit 38 ALT "Gutartige Neubildungen") nun in fünf Untergruppen aufgeteilt wurde und welche Vorteile dies für die Morbi-RSA-Systematik bietet.	KBV & BÄK
Krankheit 58 "Adipositas und sonstige Überernährung": Die KBV & BÄK schlagen vor, dass die Krankheitsabgrenzung evtl. nur die Fälle mit Body Mass Index (BMI) > 35 kg/m ² umfassen solle, da erst ab diesem BMI ein eigener spezifischer Krankheitswert der Adipositas vorliegt. Dies betreffe folgende ICDs: E66.01 (Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, BMI von 35 bis unter 40), E6.02 (Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, BMI von 40 und mehr), E66.11 (Arzneimittelinduzierte Adipositas, BMI von 35 bis unter 40), E66.12 (Arzneimittelinduzierte Adipositas, BMI von 40 und mehr), E66.21 (Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation, BMI von 35 bis unter 40), E66.22 (Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation, BMI von 40 und mehr), E66.81 (Sonstige Adipositas, BMI von 35 bis unter 40), E66.82 (Sonstige Adipositas, BMI von 40 und mehr).	KBV & BÄK
Krankheit 72 "Erkrankungen des Pankreas": Laut KBV & BÄK sollten alle Pankreatitiden B25.0 (Pankreatitis durch Zytomegalieviren), B26.3 (Mumps-Pankreatitis), K85.- (akute Pankreatitis), K86.0 (alkoholinduzierte chronische Pankreatitis), K86.1 (sonstige chronische Pankreatitis) in die Krankheit 72 verlagert werden. Obwohl diese Krankheit alle Aufgreifkriterien für den Morbi-RSA erfülle (nach der Liste "Berechnungsergebnisse Stand 25.02.2011"), findet sich keine entsprechende HMG.	KBV & BÄK
Krankheit 131 "Delir und Enzephalopathie": Die KBV & BÄK kann unter medizinischen Gesichtspunkten schwer nachvollziehen unter welchen Gesichtspunkten welche Enzephalopathien in welche Krankheit aufgenommen wurden. Deshalb schlagen sie vor, eine Krankheit "Enzephalopathie" aus allen Enzephalopathie-ICD-Kodes zusammenzustellen und zu berechnen.	KBV & BÄK
Krankheit 147 "Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen", Krankheit 156 "Aufmerksamkeitsstörungen": KBV & BÄK fragen, ob der unspezifische Code F90.9 (Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet) der Krankheit medizinisch sinnvoll zugeordnet ist oder besser in die Krankheit 147 passt. Auch für den Code F64.0 (Transsexualismus) solle überprüft werden, ob er in die Krankheit 147 bzw. DxG 268 (Persönlichkeitsstörungen und dissoziative Störungen) passe.	KBV & BÄK
Die BARMER macht auf die unterschiedliche Berücksichtigung stationärer Diagnosen aufmerksam. Während stationäre Diagnosen verbunden mit erfülltem Arzneimittelkriterium bei der HMG 225 (Hämophilie mit Dauermedikation) einen Zuschlag auslösen, ist dies bei den HMGs 813 (HIV / AIDS mit Dauermedikation), 814 (HIV positiver Infektionsnachweis mit Dauermedikation), 826 (Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT / SRT), 827 (Sphingolipidosen mit ERT / SRT), 836 (Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation) und 840 (Hypopituitarismus mit Somatropingabe) nicht der Fall. Zur Vereinfachung schlägt die BARMER vor unter den gleichen Bedingungen auch bei diesen DxGs einen Zuschlag auszulösen.	BARMER
Hinsichtlich einer umfangreicheren Bestätigung von ambulanten Diagnosen durch Arzneimittel verweist der AOK-BV auf seine bisherigen Vorschläge.	AOK-BV
Die BPtK weist auf das Ergebnis der Prüfung im letzten Jahr hin, das gezeigt habe, dass eine Arzneimittelprüfung in den Diagnosegruppen Schizophrenie und Bipolare Störungen wirksam sei um kostenintensive Fälle zu ermitteln. Die BPtK verweist des Weiteren auf ihre Forderung diese Aufgreifkriterien nach Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) erneut zu überprüfen (aufgrund der Verzögerungen mache eine solche Überprüfung aber erst zu einem späteren Zeitpunkt Sinn). Außerdem bezieht sich der BPtK auf die Stellungnahme des IKK eV im Stellungnahmeverfahren vom April 2010 zur erweiterten Nutzung des Aufgreifkriteriums Arzneimittel auch bei der DxG 264 (schwere depressive Episoden / rezidivierende depressive Störungen (Major Depression)). Dies sei weder sachgerecht noch versorgungsneutral, da eine obligate Arzneimitteltherapie Fehlanreize hin zu einer pharmakologischen Behandlung setzen würde. Dasselbe sei bei den "Angststörungen", "Essstörungen" oder "Persönlichkeitsstörungen" der Fall, denn eine obligate Arzneimitteltherapie missachte die nach evidenzbasierten Leitlinien mindestens gleichwertige Stellung der psychotherapeutischen Behandlung.	BPtK
KBV & BÄK empfehlen eine Überarbeitung der Zusammenstellung der Codes für die Krankheit "Unerwünschte Wirkungen von Medikamenten", denn hier seien chronische und kurzfristige, akute Probleme in einer Krankheit kombiniert.	KBV & BÄK

Vorschlag / Anmerkung	von
Die DAK sieht ein Problem in der (bis auf Ausnahmen) fehlenden Berücksichtigung von Alter und Geschlecht bei den morbiditätsbezogenen Zuweisungen, denn Krankenkassen deren Morbidität, Alters- und Geschlechterverteilung nicht nahe an der Verteilung der GKV-Stichprobe zur Kalibrierung lägen, würden systematisch benachteiligt oder bevorteilt. Die DAK bittet das BVA, weitere Alters- und Geschlechtssplits von HMG zu entwickeln, um die Verteilungsgerechtigkeit zu erhöhen.	DAK
2.2. Ambulante / Stationäre Diagnosen	
In Hessen wurden Operationen mit Diagnosen im Hals- und Lendenwirbelbereich (HMGs 039 "Spinalkanalstenose" und 069 "Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks") im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV) vom stationären in den ambulanten Sektor überführt. Die entsprechende stationäre Versorgung sei „sehr viel teurer“ und löst bei der Meldung über die SA 500 einen HMG Zuschlag aus. Gleiche Diagnosen, die im Rahmen der IV-Vertrages in der SA 600 gemeldet werden, lösen keinen Zuschlag aus, da das erforderliche M2Q-Kriterium nicht erfüllt ist. Zusätzlich könne aufgrund des ambulanten Bereichs keine Entlassungsdiagnose nachgewiesen werden, wodurch der Ausgleich der krankheitsbedingten Mehrkosten der Versicherten fehle. Eine Zuordnung über den Morbi-RSA sei zielführend, da sich die Folgekosten des Krankheitsbildes zwischen den beiden Verfahren kaum unterschieden. Deshalb sollten Diagnosen aus IV-Verträgen im Rahmen stationärsersetzender Leistungen unabhängig vom M2Q-Kriterium einen HMG-Zuschlag auslösen: entweder durch Anpassung der RSA-Bestimmung nach § 267 SGB V (Meldung der Diagnosen im Rahmen der SA 500) oder durch Anpassung des Klassifikationsmodells.	AOK Hessen
KBV und BÄK weisen auf die Problematik hin, Krankenhausdiagnosen bis auf wenige Ausnahmen (HMG 001 "HIV / AIDS mit Dauermedikation" und 219 "Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation") grundsätzlich als gesicherte Zuweisungsgrundlage anzusehen. Dies könne bei einigen Diagnosen Fehlanreize auslösen (z.B. der akute Rausch in der HMG 053). Deshalb schlagen KBV und BÄK vor in den "Risikogruppen" HMGs 053 (schädlicher Gebrauch von Alkohol und Drogen ohne Abhängigkeit), 091 (Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen), 152 (Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes / Hautinfektionen), 204 (Osteoporose bei Frauen) und 205 (Osteoporose bei Männern) zu prüfen in wie weit für einzelne DxGs oder spez. ICD-Kodes ein sektorübergreifendes M2Q-Kriterium oder eine obligate Medikamentenbedingung sinnvoll sei.	KBV & BÄK
Der AOK-BV führt aus: Der Morbi-RSA solle dazu beitragen, eine "medizinisch nicht indizierte Leistungsausweitung (Medikalisierung und Hospitalisierung) zu vermeiden". Die Vorgabe des Klassifikationsmodells in Verbindung mit der Datenmeldung zum Morbi-RSA führe bei Leistungserbringung "ambulant vor stationär" zu einer Ungleichbehandlung von Versicherten, denn während stationäre Diagnosen i.d.R. immer zu einem Zuschlag führten, gilt bei ambulanten Diagnosen, dass sie entweder in zwei verschiedenen Quartalen nachgewiesen und / oder durch Arzneimittel bestätigt werden müssen. Als stationäre Diagnosen sind im Morbi-RSA nur Diagnosen eines nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhauses zulässig. Dies berge die Gefahr, dass entweder Erkrankungen im Morbi-RSA nicht mehr berücksichtigt würden oder dass wirtschaftliche Selektivverträge, bei denen die ambulante Leistungserbringung die Krankenhausversorgung substituiert, nicht mehr abgeschlossen würden. Die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA müsse dadurch sichergestellt werden, dass nur Diagnosen aus solchen neu ambulant erbrachten Leistungen analog stationärer Diagnosen behandelt werden, die in Verbindung mit operativen Eingriffen oder intensivmedizinischer Versorgung stehen. Deshalb schlägt der AOK-BV vor, zu prüfen unter welchen Bedingungen Diagnosen von ambulant oder im Rahmen der IV erbrachten Leistungen analog stationärer Diagnosen für die Versichertenklassifikation berücksichtigt werden können. Dazu käme laut AOK-BV eine Regelung in Frage, bei der Diagnosen, die einer stationärsersetzenden operativen oder intensivmedizinischen Leistung oder einer Leistung im Sinne der §§ 115b oder 116b SGB V entsprechen, bereits im Rahmen der Datenmeldung nach § 30 RSAV gesondert gekennzeichnet würden.	AOK-BV
Laut AOK-BV werden trotz jahresscharfer Abgrenzung des ICD-Katalogs ICD-Kodes aus Vorjahren im ambulanten Bereich z.T. im Folgejahr weiter verwendet. Außerdem würden in Einzelfällen ambulante Abrechnungsfälle erst in einem späteren Kalenderjahr mit den ICDs des Leistungsjahres abgerechnet. Für diese Fallkonstellationen sei es notwendig, die ambulanten ICDs, die in dem Berichtsjahr vorausgegangenem Jahr zur Schlüsselung zugelassen waren, für die Versichertenklassifikation zu berücksichtigen. Deshalb schlägt der AOK-BV vor, dass die für die stationären Diagnosen bestehende Sonderregelung (Krankenhaus-Jahresüberlieger-Fälle), auch für die ambulanten Diagnosen gilt. Diese Änderung solle rückwirkend auch für das Klassifikationsmodell 2010 Anwendung finden. Mit „J“ markierte Diagnosen, sollen in jedem Fall für die Versichertenklassifikation berücksichtigt werden, egal ob es sich um eine ambulante oder stationäre Diagnose handle.	AOK-BV
Vor dem Hintergrund erheblichen Manipulationspotentials bei Nebendiagnosen im stationären Bereich durch Kooperationen von Krankenkassen mit Krankenhäusern zur	TK et al

Vorschlag / Anmerkung	von
"RSA-Optimierung" regen TK et al an, dass nur noch Hauptdiagnosen im Klassifikationssystem unmittelbar (SA 500) berücksichtigt werden sollen, während Nebendiagnosen nur noch Zuschläge auslösen sollten, wenn für den entsprechenden ICD das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" gilt. Weitere Nebendiagnosen würden berücksichtigt, wenn sie sich auch im ambulanten Bereich manifestieren und die Aufgreifkriterien für Diagnosen der SA 600 erfüllen.	
Um Manipulationsmöglichkeiten im Bereich stationärer Nebendiagnosen zu verringern, schlagen die SBK und der GKV-SV vor Plausibilitätskriterien einzuführen, die sich an den Kriterien für ambulante Diagnosen orientieren.	SBK, GKV-SV
Vor dem Hintergrund von "Kodier-Optimierung" macht die BARMER einen Vorschlag, wie stationäre Nebendiagnosen differenziert werden könnten. Nur jene Haupt- und Nebendiagnosen, die tatsächlich oder mindestens potentiell die Höhe des Krankenhausentgeltes beeinflussen sind Ziel der Krankenhausabrechnungsprüfungen durch Krankenkassen. Alle anderen werden zwar bei der Krankenhausabrechnung nicht berücksichtigt, sind aber für den Morbi-RSA relevant. Nebendiagnosen mit positiven CCL-(complication and comorbidity level)-Werten werden zum PCCL (patient clinical complexity level)-Wert "verdichtet" und in der DRG berücksichtigt. Nebendiagnosen mit einem CCL-Wert von 0 werden nicht in dem PCCL-Wert und somit weder in der DRG noch in der Krankenhausabrechnungsprüfung berücksichtigt. Die BARMER macht auf den GKV-weiten Anstieg an gemeldeten Krankenhausdiagnosen (v.a. Nebendiagnosen) seit 2007 um ca. 6% pro Jahr aufmerksam und deutet gleichzeitig auf die mögliche Anwendung "manipulativer Maßnahmen" hin. Deshalb schlägt die BARMER vor, alle Nebendiagnosen (für nach GDRG abgerechnete Krankenhaufälle) mit einem CCL-Wert von 0 ambulanten Diagnosen gleichzustellen. Die Festlegung des CCL-Wertes sei für jede Krankenkasse problemlos und eindeutig möglich, da sie für jede DRG vom InEK eindeutig festgelegt und in jeder vom InEK zertifizierten Groupersoftware hinterlegt sei. Die Unterdrückung der Meldung von Nebendiagnosen ohne CCL-Wert sei darüber hinaus nicht mit zusätzlichen Verwaltungsprozessen für die Krankenkassen verbunden. Die Prüfung zur korrekten Umsetzung einer solchen Vorgabe sei analog von Prüfungen im Rahmen des § 15 RSAV oder § 273 SGB V möglich. Falls der § 30 RSAV um die Meldung der zu einem Krankenhaufall gemeldeten DRG ergänzt würde, könne diese Prüfung sogar ins Datenbereinigungskonzept des BVA integriert werden. (Die KBS habe im Anhörungsverfahren für die Festlegung des Klassifikationsmodells 2009 einen ähnlichen Vorschlag gemacht.)	BARMER
2.3. Strahlen-/Chemotherapie bei bösartigen Neubildungen	
Laut des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells 2011 sollte für bestimmte bösartige Neubildungen eine Schweregraddifferenzierung in Abhängigkeit von der Durchführung einer Strahlen- oder Chemotherapie erfolgen und durch einen gesonderten Morbi-RSA Zuschlag ausgedrückt werden. Von dieser Empfehlung wurde wegen einer möglicherweise unzureichenden Kodierqualität bei Strahlen- und Chemotherapie wieder abgesehen. Da die Kodierqualität in Bezug auf die Z-Diagnosecodes bei Strahlen- und Chemotherapie für Diagnosen des Jahres 2011 ausreichend gesichert sei, schlägt der AOK-BV vor, das Klassifikationsmodell 2012 um ergänzende HMGs für Strahlen- und Chemotherapie bei Patienten mit bösartigen Neubildungen zu erweitern. Des Weiteren weist der AOK-BV darauf hin, dass eine Schweregraddifferenzierung auch auf der Basis von Operationen und Prozeduren möglich sei. Deshalb schlägt der AOK-BV zusätzlich vor, auch die Informationen nach § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V zu berücksichtigen. Die Datenerhebung sei nach § 30 Abs. 1 Nr. 6 RSAV möglich (die zurzeit wegen fehlender Anwendung in der Versichertenklassifikation ausgesetzt ist vgl. § 26 Abs. 2 der Bestimmung des GKV-SV nach § 267 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V). Der AOK-BV regt an zu überprüfen, ob die beschriebene Schweregraddifferenzierung auch mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel umgesetzt werden kann. Des Weiteren führt der AOK-BV aus, wie die Meldung von "Massendaten" begrenzt werden könne (entweder Selektion der auf entsprechende Schlüsselnummern begrenzten Daten oder gesonderte Kennzeichnung der Versicherten mit entsprechenden Operationen- und Schlüsselprozeduren in der Meldung der Versichertenstammdaten).	AOK-BV
Die KBV & BÄK halten die Beobachtung der Codes Z51.0 (Strahlentherapie-Sitzung), Z51.1 (Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung) und Z51.82 (Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung) für sinnvoll. Allerdings würden die genannten ICD-Kodes nicht einheitlich genutzt (im vertragsärztlichen Bereich weitestgehend unbekannt und im Krankenhaus überhaupt nicht kodiert, da bis 2005 in den Deutschen Kodierrichtlinien ausgeschlossen). Außerdem sei durch die Benennung des Codes F51.0 keine Einschränkung auf die Strahlentherapie bei bösartigen Neubildungen getroffen. Voraussetzung für eine Nutzung im Morbi-RSA sei also eine einheitliche und verbindliche Regelung in den Deutschen Kodierrichtlinien (stationärer Bereich) und in den Ambulanten Kodierrichtlinien (ambulanter Bereich).	KBV & BÄK
Nach Auffassung des GKV-SV sollen die höheren Folgekosten von Versicherten nach Strahlen- oder Chemotherapie zukünftig im Klassifikationsmodell berücksichtigt	GKV-SV

Vorschlag / Anmerkung	von
werden. Die Verwendung von Diagnosen der Gruppe Z51.- (Vorschlag im Entwurf für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2011) hält der GKV-SV nicht für sinnvoll und verweist auf seine Stellungnahme vom 27.08.2010. Stattdessen spricht sich der GKV-SV dafür aus, z.B. über die Einführung des Kennzeichens "Strahlen- bzw. Chemotherapie" in der Satzart 100 eine entsprechende Datengrundlage zu schaffen.	
3. Berechnungsverfahren	
3.1. Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben	
<p>Laut AOK-BV ist die Einordnung von Schutzimpfungen zu den nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben nicht mehr zutreffend, da bereits heute in vielen Fällen eine versichertenbezogene Abrechnung bestimmter Impfstoffe außerhalb des Sprechstundenbedarfs vorgesehen sei. Deshalb sei im Vorfeld der Festlegung des Klassifikationsmodells 2012 eine Überprüfung des Fehlens eines Versicherten- und Morbiditätsbezugs von Leistungen der Schutzimpfungen erforderlich. Erstattungs- und Abrechnungsbeträge sollten analog den nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben versichertenbezogen berücksichtigt werden, um die Zielgenauigkeit des Verfahrens nicht weiter zu beeinträchtigen. Unklarheiten bestünden derzeit besonders bezüglich der Aufwendungen für den medizinischen Dienst, in Verbindung mit Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen sowie Arzneimittelrabatten. Zu den Erstattungs- und Anrechnungsbeträgen seien folgende Ausgaben und Verrechnungsbeträge zu zählen (Anlage 3.1 der Bestimmung, nach § 267 Abs. 7 Nummer 1 und 2 SGB V): Erstattungen nach § 19 BVG (a.F. und n.F.; Konten 3200, 3250), Erstattungen nach dem IfSG und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz (Konto 3230), Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte (Konto 3400), Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V (Konto 3410), Arzneimittelrabatte (Kontenart 439), Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (Konto 4606), Integrierte Versorgung (IV) – Rabatte (KA 587), Komplexpauschalen bei IV (Kontenart 588), verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung IV (Konto 5890) und Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (Kontenart 598). Bei der Berechnung des Volumens der nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben bzw. des versichertenbezogenen Erhöhungsbetrags (Anlage 4 der Festlegung vom 30.09.2010, Punkt B.2 und M.2) sei wie folgt vorzugehen: Nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben werden um die Summe aller Erstattungs- und Anrechnungsbeträge gemindert und durch die Zahl der Versicherten in der GKV geteilt. Zugleich werden sie nicht mehr bei der Berechnung des Hundert-Prozent-Wertes für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zum Abzug gebracht (vgl. Anlage 4 der Festlegung vom 30.09.2010 Punkt M.1.b). Damit werde erreicht, dass alle Erstattungs- und Anrechnungsfaktoren der Anlage 4 der Festlegung vom 30.09.2010 unter Punkt B.1.d, die sich nicht auf die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben Krankengeld beziehen, sowie die zugehörigen Datenverarbeitungsprozesse entfallen können (Verfahrensvereinfachung). Standardisierte Leistungsausgaben für Krankengeld (Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (Kontenart 321)) sollen weiterhin gemäß des bestehenden Berechnungsverfahrens berücksichtigt werden, eine Differenzierung in nicht morbiditätsbezogene und morbiditätsbezogene Leistungsausgaben sei nicht erforderlich, da die entsprechenden Zuweisungen nicht mittels Morbiditätsfaktoren ermittelt werden.</p>	AOK-BV
3.2. Verwaltungsausgaben	
<p>Die Krankenkassen erhalten (gemäß § 270 Abs. 1 Buchstabe c) SGB V in Verbindung mit § 37 Abs. 1 Nr. 2 und 3 RSAV) zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die zu jeweils 50% über die standardisierten Leistungsausgaben und die Zahl der Versicherten bemessen werden. In Anlage 4 der Festlegung vom 30.09.2010 wird Näheres zur Berechnung geregelt (Kapitel I, Punkt A.2.b, A.2.c; Kapitel V, Punkt M.1.d, M.1.e; Kapitel VI, Punkt P.2, P.3). Zuweisungen für Verwaltungsausgaben werden demnach auf Basis der um die Ermittlungen geminderten Nettoverwaltungsausgaben einschließlich Telematik bemessen. Da die Erstattungen für Verwaltungskosten keinen Morbiditätsbezug aufweisen, stehe das bisherige Vorgehen im Widerspruch sowohl zu den gesetzlichen Vorgaben als auch zur Verfahrensweise der Zuweisungsberechnung für sLA. Gemäß des in Anlage 4 der Festlegung vom 30.09.2010 kodifizierten Verfahrens werden diese Erstattungen fälschlicherweise auch bei den nach sLA bemessenen Zuweisungen für standardisierte Verwaltungsausgaben in Abzug gebracht. Das Verfahren sei deshalb wie folgt anzupassen: Die Bruttoverwaltungsausgaben werden gem. den Vorgaben des § 37 Abs. 1 Nr. 2 und 3 RSAV zu 50% den sLA und zu 50% den Versicherten zugeordnet. Die Berechnung der Zuweisungen erfolgt nun brutto, aber rechentechnisch analog zum bisherigen Verfahren. Um sicherzustellen, dass die Krankenkassen nur Zuweisungen in Höhe der standardisierten Nettoverwaltungsausgaben erhalten, sind die versichertenbezogenen Verwaltungskostenerstattungen von den Zuweisungen für Verwaltungsausgaben (brutto) abzuziehen. Zur Berechnung der versichertenbezogenen Abzugsbeträge für Verwaltungskostenerstattungen wird die Summe der Verwaltungskostenerstattungen durch die Summe der Versicherten der GKV dividiert und mit den Versicherten der Krankenkasse vervielfältigt.</p>	AOK-BV

Vorschlag / Anmerkung	von
Momentan werden den Krankenkassen 50% der Verwaltungskosten pauschal und die anderen 50% über Morbidität zugewiesen. Durch Versichertenbewegungen in Folge der Erhebung von Zusatzbeiträgen entspricht der Verteilungsschlüssel laut Deutsche BKK nicht den aktuellen Notwendigkeiten. Deshalb schlägt die Deutsche BKK eine Veränderung des Schlüssels für Verwaltungskosten vor: 20% pauschal und 80% für Morbidität.	Deutsche BKK
Analysen im BKK-System haben ergeben, dass die Nettoverwaltungskosten je Versicherten nur zu etwa 30% durch die Morbidität erklärt werden können. Deshalb sei zu überlegen, die Morbiditätsorientierung der Verwaltungskosten entsprechend zu verringern.	BKK Gesundheit
3.3. Angleichungsfaktoren	
Bei der Berechnung der Angleichungsfaktoren wird die Grundpauschale zuvor herausgerechnet, was laut AOK-BV zu Veränderungen der Relation der Zu- und Abschläge führt. Deshalb schlägt der AOK-BV vor, das Verfahren zur Normierung auf die ursprüngliche Zuweisungsanteile bei Berechnung der Angleichungsfaktoren so anzupassen, dass die Grundpauschale berücksichtigt wird (vgl. hierzu auch Anlage 4 der Festlegung vom 30.09.2010, Punkt D.3). Hierzu müssen unter Punkt D.3.b.II / D.3.f.II die Zu- und Abschläge gem. b.5.g zuzüglich des AGG-Anteils der Grundpauschale nach A.1.c berücksichtigt werden, während hingegen unter Punkt D.3.b.III / D.3.f.III der Abzug des auf AGG bzw. AusAGG entfallenden Zuweisungsanteils für standardisierte Leistungsausgaben nach D.3.a entfallen muss.	AOK-BV
Laut GKV-SV würden bei der Berechnung der Angleichungsfaktoren gemäß Abschnitt D.3 der Anlage 4 die Zuweisungen für AGG und AusAGG um den enthaltenen Anteil der Grundpauschale reduziert. Dieses Verfahren entspräche nicht der Ermittlung der Zuweisungsanteile gemäß Abschnitt D.2. Deshalb schlägt der GKV-SV vor, die Berechnung der Angleichungsfaktoren zukünftig analog zur Berechnung der Zuweisungsanteile durchzuführen und die entsprechenden Anteile der Grundpauschale bei der Berechnung der Angleichungsfaktoren entsprechend zu berücksichtigen.	GKV-SV
3.4. Zuweisungsanteile	
Die SBK geht auf die Berechnung der Angleichungsfaktoren in der Strukturanpassung (Abschnitt D.3 in der Anlage 4 der Festlegung) ein. Die SBK gibt an, dass der erste Schlussausgleich gezeigt habe, dass die Abschlagsgenauigkeit durch eine unterjährige Neuermittlung der Zuweisungsvolumina je Risikomerkmalsgruppe (z.B. Vordruck zur Berücksichtigung von Forderungen und Verpflichtungen) die Zielgenauigkeit des Verfahrens steigern würde. Außerdem bilde die Kalibrierungsschichprobe die tatsächliche Ausgabesituation der GKV nicht hinreichend ab. Deshalb schlägt die SBK vor, die Zuweisungsvolumina der Risikomerkmalsgruppen stets auf Basis der Daten der gesamten GKV zu ermitteln und die Kalibrierung im Rahmen des Abschlagsverfahrens anhand der Datenkombination 2010 / 2011 zu aktualisieren.	SBK
Der BKK BV sieht die Zielgenauigkeit des Abschlagsverfahrens durch eine unterjährige Neuermittlung der Zuweisungsvolumina je Risikomerkmalsgruppe erhöht. Die Ausgabensituation der GKV werde durch die Kalibrierungsschichprobe aufgrund teilweise mangelhafter Datenqualität und daraus resultierender Datenausschlüsse nicht hinreichend abgebildet. Der BKK BV schlägt vor, die Zuweisungsvolumina der Risikomerkmalsgruppen stets auf Basis der Daten der gesamten GKV zu ermitteln und die Kalibrierung im Rahmen des Abschlagsverfahrens anhand der Datenkombination 2010 / 2011 zu aktualisieren.	BKK BV
Die Zuweisungsanteile für die standardisierten Leistungsausgaben für AGG-, EMG-, HMG-, KEG- und AusAGG-Zuweisungen werden im Rahmen der Strukturanpassungen unter Verwendung von Angleichungsfaktoren auf die ursprünglichen Zuweisungsanteile, die sich aus der für das Regressionsverfahren nach Anlage 4 Abschnitt B.1 verwendeten Stichprobe ergeben haben, normiert. In der Stichprobe sind nur Versicherte von Krankenkassen enthalten, die plausible Ausschöpfungsquoten der in der Satzung 700 gemeldeten Leistungsausgaben im Vergleich zur KJ1 (Anlage 4, Punkt B.1.b) haben. Dieser Ausschluss sei für das Regressionsverfahren sachgerecht, für einen Rückschluss auf die Plausibilität der gemeldeten Morbiditätsdaten allerdings nicht. Auch seien Verzerrungen der Zuweisungsanteile durch die Verwendung von der um Kassenausschlüsse reduzierten im Vergleich zur nicht-reduzierten Stichprobe möglich. Die Berechnung der Zuweisungsanteile und damit der Angleichungsfaktoren erfolge auf Basis der Versicherten mit zugeordneten Risikomerkmalen. Zum Zeitpunkt der Berechnung liegen die Versichertentage je Versicherten vor. Deshalb schlägt der GKV-SV vor, die Berechnung der Zuweisungsanteile gem. Abschnitt D.2 der Anlage 4 der Festlegung nach § 31 Abs.4 RSV zukünftig auf der Basis der Zuordnung der Regressionskoeffizienten der einzelnen Risikogruppen zu der Zahl der Versichertentage der der jeweiligen Risikogruppe zugeordneten Stichprobenversicherten ohne Berücksichtigung von Kassenausschlüssen nach Abschnitt B.1 durchzuführen.	GKV-SV

Vorschlag / Anmerkung	von
Laut BKK Gesundheit habe der Schlussausgleich 2009 Unterschiede zwischen den Zuweisungsanteilen von HMG, EMG und AGG zwischen der Stichprobe und der gesamten GKV offenbart. Die "Nicht-Repräsentativität der Stichprobe" insbesondere auch in Folge von Kassenausschlüssen führe dazu, dass die Zuweisungsanteile nach AGG, EMG und HMG in der Kalibrierungsschichprobe nicht identisch mit denen der GKV seien. Zur Erhöhung der Zielgenauigkeit im Hinblick auf den Schlussausgleich, schlägt die BKK Gesundheit vor, diese Zuweisungsanteile aus einer Auszählung aller Krankenkassen zum Zeitpunkt der Kalibrierung zu bestimmen. Hierbei seien auch jene Krankenkassen zu berücksichtigen, die allein wegen nicht plausibler Ausschöpfungsquoten der Satzart 700 von der Berechnung der Kostengewichte ausgeschlossen wurden. Die BKK Gesundheit spricht sich zudem für eine Vollerhebung der Satzart 700 aus.	BKK Gesundheit
4. Rechtliches	
4.1. Transplantationen	
Die BARMER verweist auf ihren Vorschlag, statt auf die Registrierungsdiagnosen zur Organtransplantation (Z75.2 etc.) ähnlich wie bei dem Dialysekennzeichen auf den bei den Kassen dokumentierten mit dem Registrierungsvorgang verbundenen Zahlungsvorgang abzustellen. Die notwendige Rechtsgrundlage für die Übermittlung des Kennzeichens durch Änderung des § 30 Abs. 1 RSAV sei bisher nicht erfolgt und es sei auch kein Änderungsentwurf bekannt.	BARMER

Nach der Auswertung aller eingegangenen Stellungnahmen wurde zusammen mit dem Wissenschaftlichen Beirat eine Prioritätenliste für die empirische Überprüfung der Vorschläge erstellt, da die Überprüfung aller Vorschläge in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich war. Im letzten Jahr stand die Überprüfung jener Hierarchien im Vordergrund, bei denen sich bereits durch die Krankheitsauswahl eine Anpassungsnotwendigkeit ergab. Diese Priorisierungsmethode war durch die ausgesetzte Anpassung der Krankheitsauswahl in diesem Jahr nicht gegeben. Aus demselben Grund konnten bei den diesjährigen Überprüfungen jene Vorschläge, die direkt die Krankheitsauswahl betrafen, nicht berücksichtigt werden. Die vorgenommenen Überprüfungen bezogen sich somit besonders auf offene Punkte aus den vorangegangenen Weiterentwicklungsschritten sowie auf Hierarchien, zu denen viele Vorschläge eingegangen sind. Dies betraf im Besonderen die Weiterentwicklung der Aufgreifkriterien bezüglich der Verwendung stationärer Nebendiagnosen sowie die Anpassung einzelner Hierarchien (07 „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“, 08 „Hämatologische Erkrankungen“, 11 „Psychische Erkrankungen“, 14 „Neurologische Erkrankungen“, 16 „Herzerkrankungen“, 19 „Erkrankungen der Lunge“, 20 „Erkrankungen der Harnwege“) und die Anpassung des Berechnungsverfahrens.

3 Methodik

3.1 Statistische Bewertungskriterien

BVA und Wissenschaftlicher Beirat haben zur Weiterentwicklung der Bewertungskriterien ein Gutachten in Auftrag gegeben, welches Ende April abgeschlossen wurde und auf der Homepage des BVA unter Rubrik Risikostrukturausgleich → Weiterentwicklung abrufbar ist. (Link: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1058636/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung_20RSA/Gutachten_Schaefer.html).

Die Ergebnisse des Gutachtens konnten zum Teil schon bei der Umsetzung dieses Festlegungsentwurfs berücksichtigt werden, so wird das R^2 bei den vorgenommenen Auswertungen nun regelmäßig um die Kennzahlen CPM und MAPE ergänzt.

3.1.1 R^2 (Bestimmtheitsmaß)

Das international gebräuchlichste Gütemaß ist das statistische Bestimmtheitsmaß (R^2). Es ist definiert als

$$R^2 = 1 - \frac{\sum_i (Ausgaben_i - Zuweisung_i)^2}{\sum_i (Ausgaben_i - \sum_i Ausgaben_i / n)^2},$$

wobei der Index $i = 1, \dots, n$ für die einzelnen Versicherten steht. Der R^2 -Wert gibt den Anteil an der gesamten Varianz in den Gesundheitsausgaben an, der durch das verwendete Modell erklärt werden kann. Der R^2 -Wert liegt definitionsgemäß zwischen 0% (keine Varianzerklärung) und 100% (vollständige Varianzerklärung). Aufgrund des hohen Einflusses von Zufallsprozessen bei den Gesundheitsausgaben ist man lange davon ausgegangen, dass der maximale Anteil an Gesundheitsausgaben, der durch prospektive Modelle erklärt werden kann, bei etwa 20% liegt. Inzwischen wurden aber auch Werte über 20% erzielt.

Die Verwendung des R^2 -Werts als Gütemaß ist in der Literatur nicht unumstritten. Die Kritik dreht sich vor allem um die bei der Berechnung erfolgende Quadrierung der Über- und Unterdeckungen. Damit werden große Über- und Unterdeckungen stärker gewichtet als geringe Über- und Unterdeckungen. Methodisch bewirkt die Quadrierung der Abweichungen eine Ausreißersensitivität, die im Extremfall dazu führen kann, dass ein Modell, das für eine kleine Gruppe von Ausreißern eine hohe Zielgenauigkeit, aber für alle anderen Werte eine geringe Zielgenauigkeit aufweist, einen höheren R^2 -Wert aufweist, als ein Modell, das bezogen auf die überwiegende Zahl der Beobachtungen eine gute Prognose liefert, aber die wenigen Ausreißer schlecht abbildet.

3.1.2 MAPE (Mean Absolute Prediction Error)

Als Alternative bietet sich an, die Abweichungen nicht zu quadrieren, sondern den Absolutwert zu nehmen. Das entsprechende Gütemaß nennt man den mittleren absoluten Prognosefehler (MAPE – mean absolute prediction error):

$$MAPE = \sum_i \frac{|Ausgaben_i - Zuweisungen_i|}{n}$$

Nachteil des MAPE ist, dass er sich nicht mehr so einfach interpretieren lässt wie der R^2 -Wert. Als absolute Größe hängt er stark von den Eigenschaften der verwendeten Datengrundlage ab und eignet sich daher nicht für internationale Vergleiche oder Zeitreihenanalysen (vgl. Schäfer 2011, 13).

3.1.3 CPM (Cumming's Prediction Measure)

Um ein Gütemaß zu finden, das einerseits absolute Abweichungen verwendet, aber andererseits das Ergebnis auf einer standardisierten Skala ausdrückt, schlagen Cumming et al. (2002) das CPM (Cumming's Prediction Measure) vor:

$$CPM = 1 - \frac{\sum_i |Ausgaben_i - Zuweisungen_i|}{\sum_i |Ausgaben_i - \bar{Ausgaben}|}$$

Wie der MAPE verwendet das CPM absolute Abweichungen und ist daher nicht ausreißersensitiv. Auf der anderen Seite wird der mittlere absolute Prognosefehler standardisiert, indem durch die mittlere absolute Abweichung der Beobachtungen vom Durchschnitt geteilt wird. Wie der R^2 -Wert nimmt das CPM in der Regel einen Wert zwischen 0% und 100% an und kann mit Einschränkungen (vgl. Schäfer 2011, 14) auch analog als der Prozentsatz der erklärten Varianz interpretiert werden.

3.1.4 BIC (Bayessches Informationskriterium)

Neben der hohen Ausreißersensitivität der Maßzahl R^2 besteht ein weiteres Problem in der Abhängigkeit der R^2 -Werte von der betrachteten Variablenzahl. Es lässt sich zeigen, dass die Hinzunahme weiterer Prädiktoren zu einer Steigerung des R^2 -Wertes eines Modells führt, unabhängig davon, ob der zusätzliche Prädiktor einen Beitrag zur besseren Erklärung leistet oder nicht (vgl. Schäfer 2011, 9ff.). Im Gutachten wird daher das Bayessche Informationskriterium (BIC) als Ergänzung / Substitut des R^2 zum Vergleich von Modellen mit unterschiedlichen Prädiktorzahlen empfohlen:

$$BIC = \ln\left(\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (a_i - \hat{a}_i)^2\right) + \frac{p}{n} \ln(n)$$

Da die Kennzahlen MAPE / CPM die genannte Abhängigkeit von der Anzahl der Prädiktoren nicht aufweisen, jedoch deutlich besser interpretierbar als die BIC-Werte sind, wird von einer

regelmäßigen Berechnung dieser Kennzahl abgesehen, sie könnte jedoch in strittigen Entscheidungsfällen als ergänzende Maßzahl genutzt werden.

3.1.5 Mikroskop-Design

Neben der Prüfung möglicher statistischer Kennzahlen auf ihre Tauglichkeit zur Bewertung von Anpassungen im Klassifikationssystem bestand ein weiterer, wesentlicher Schwerpunkt in der Fragestellung der Bewertung nur kleiner Kennzahlenveränderungen im Rahmen der Anpassungen.

Insbesondere wenn von Änderungen in einer Hierarchie nur wenige Versicherte der Grundgesamtheit betroffen sind, unterscheiden sich die R^2 -Werte (und auch die Werte weiterer Kennzahlen wie CPM und MAPE) oft erst in den hinteren Nachkommastellen. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Gutachtens mit dem Stichproben-Mikroskop-Design ein quantitatives Bewertungsverfahren entwickelt, das eine belastbare Bewertung dieser geringen Änderungen ermöglichen soll. Dabei werden – bezogen auf die zu analysierende Hierarchie – die von den Änderungen betroffenen Versicherten mit (bis zu 9000) unterschiedlichen Unterstichproben nichtbetroffener Versicherter zusammengespielt und die mittleren Kennzahlendifferenzen für die zu betrachtenden Modelle als Vergleichsgröße genutzt (vgl. Schäfer 2011, 15ff.).

Das Verfahren wurde für zwei unterschiedliche Definitionen (einer weiten und einer engen) der betroffenen Versicherten bezogen auf drei Beispielhierarchien der Festlegungen des Klassifikationssystems 2010 analysiert. Unabhängig von der Zahl der Wiederholungen bestätigt sich bei der weiten Definition der betroffenen Versicherten die auf Basis der R^2 -Änderungen der vollen Stichprobe getroffene Modellentscheidung für alle Ausgestaltungen des Mikroskop-Designs und alle betrachteten Kennzahlen.

Bei Betrachtung des engen Betroffenenkonzeptes treten allerdings bei zwei Modellvergleichen Vorzeichenwechsel bei den Kennzahlen MAPE und CPM auf, d.h. in diesem Fall wäre die Auswahlentscheidung zwischen den beiden betrachteten Modellvarianten auf Basis dieser Kennzahlen genau entgegengesetzt ausgefallen. Bei der Diskussion beider Konzepte mit dem Wissenschaftlichen Beirat ergab sich die Fragestellung, ob die durch das BVA vorgenommene enge Abgrenzung der Versicherten zu eng gewählt wurde und dadurch eigentlich entscheidungsrelevante Fälle aus der Bewertung herausgefallen sind. Dies betrifft insbesondere Versicherte, die innerhalb derselben HMG liegen wie die von einer DxGruppen- oder ICD-Kode-Verschiebung betroffenen Versicherten. Diese werden in der verwendeten engen Betroffenendefinition gerade nicht berücksichtigt, obwohl auch für sie eine deutliche Änderung der Schätzer resultiert (z.B. HMG006 in der Untersuchung Neubildungen). Auch jene Versicherten, für die sich durch Berücksichtigung zusätzlicher Codes in höherrangigen HMGs deutliche Änderungen in dominierten HMGs ergeben, werden durch das enge Betroffenenkonzept nicht berücksichtigt. Ein Beispiel dafür ist die Hierarchie Lunge, wo sich

durch die Neuaufnahme der Bronchiektasen merklichen Änderungen sowohl der Schätzer als auch der Besetzungszahlen in der nun untergeordneten HMG109 (COPD / Emphysem / Asthma) ergeben.

Um konkrete Ausgestaltung und notwendige Anwendungsfälle des Mikroskop-Designs endgültig beurteilen zu können, erscheint es notwendig, die dargestellte Abgrenzungsproblematik genauer zu analysieren. Aufgrund des engen zeitlichen Rahmens und begrenzter Berechnungskapazitäten können die dazu notwendigen Analysen erst im Anschluss an den aktuellen Festlegungsprozess stattfinden. Im aktuellen Festlegungsprozess wird daher zunächst nur auf die erweiterten Kennzahlen (R^2 , CPM und MAPE) zurückgegriffen.

3.2 Bewertung des Status-quo-Modells

Auf Grundlage der aktuell verwendeten Gruppierung (Morbiditätsdaten des Jahres 2008, Ausgabendaten des Jahres 2009) der GKV-Versichertenstichprobe (N=4.411.889) werden für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2011 die in Tabelle 1 dargestellten Kennzahlen ermittelt.

Tabelle 2: Gütemaße des Klassifikationsmodells 2011

Bestimmtheitsmaß	(R^2)	25,5450%
Cummings Prediction Measure	(CPM)	22,8422%
Mean Absolute Prediction Error	(MAPE)	1.846,28 €

3.3 Darstellung der Berechnungsergebnisse und Modellanpassungen

Die Erläuterungen dieser Dokumentation werden an vielen Stellen um schematische Darstellungen ergänzt, um die vorgenommenen Berechnungen und Anpassungen in den einzelnen Hierarchien besser zu veranschaulichen. Einen kurzen Überblick über das in den Hierarchieabbildungen und Ergebnistabellen verwendete Schema sollen Abbildung 1 und Tabelle 3 geben.

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Hierarchien und der durchgeführten Anpassungen

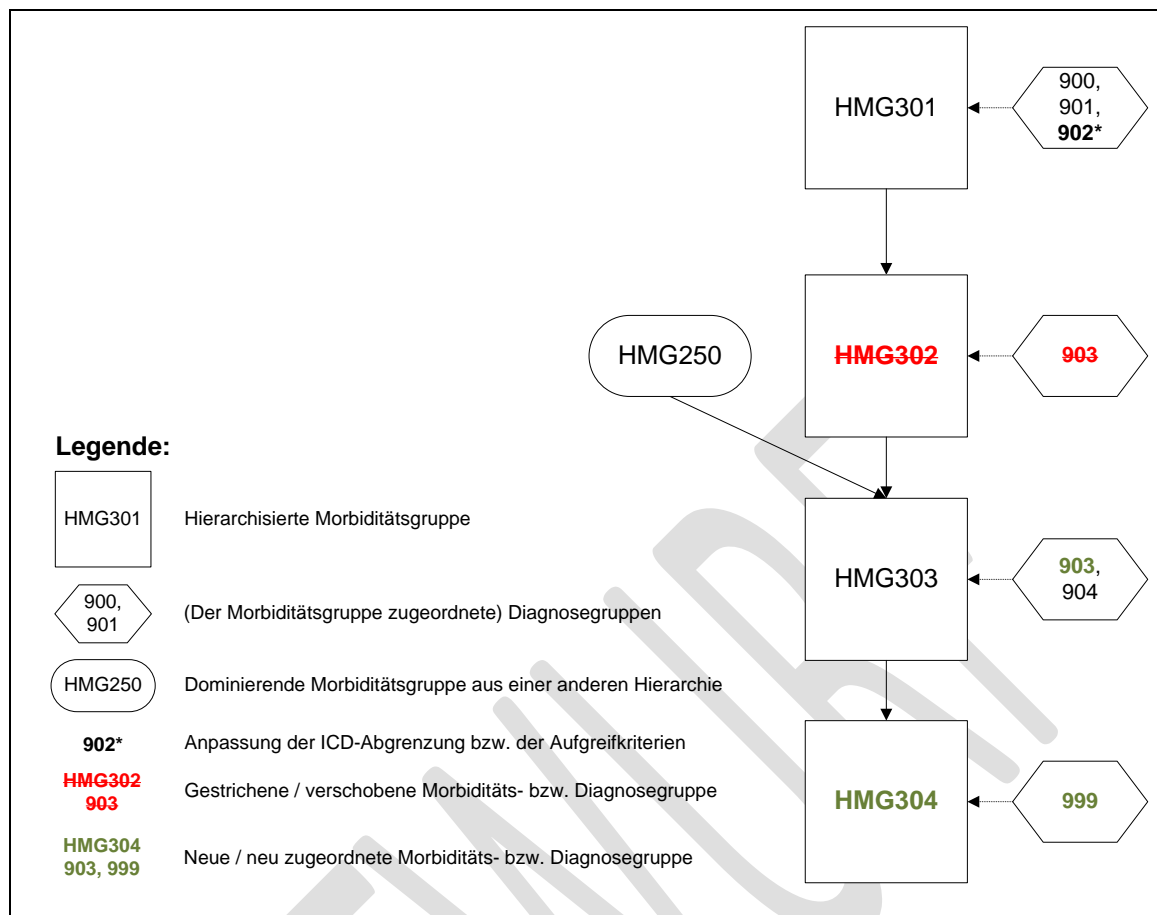
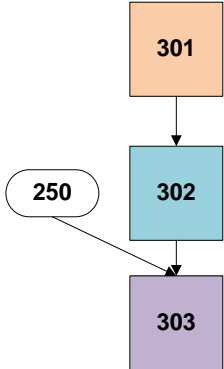
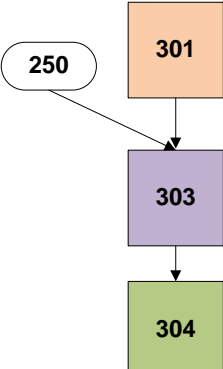


Tabelle 3: Exemplarische Darstellung der Ergebnistabellen

		Ausgangsmodell		Anpassung	
R ²		25,5450%		25,6409%	
CPM		22,8422%		22,9694%	
MAPE		1.846,28 €		1.843,84 €	
DxG	Bezeichnung	Beta	N	Beta	N
HMG250	Name der HMG250	2.950 €	12.000	3.500 €	12.000
DxG900	Name der DxG900	5.500 €	10.000	8.000 €	8.000
DxG901	Name der DxG901				
DxG902	Name der DxG902				
DxG903	Name der DxG903	3.000 €	150	2.900 €	15.000
DxG904	Name der DxG904	2.800 €	14.850		
DxG999	Name der DxG999	-	-	800 €	1.000
					

4 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2012

4.1 Anpassung der Aufgreifkriterien

4.1.1 Verwendung stationärer Nebendiagnosen

Auch wenn es zu einer leichten Verschlechterung der Erklärungskraft des Klassifikationsmodells führt, werden stationäre Nebendiagnosen aus Gründen der Manipulationsresistenz und Versorgungsneutralität zukünftig den Diagnosen aus der ambulanten Versorgung gleichgestellt (d.h. M2Q- und Arzneimittelkriterien gelten). Lediglich bei Diagnosegruppen, für die das Kriterium „stationär erforderlich“ gilt, bleiben stationäre Nebendiagnosen den Hauptdiagnosen gleichgestellt (d.h. führen unmittelbar zu einem Zuschlag).

4.2 Anpassung des Klassifikationsmodells

4.2.1 Hierarchie 7 – Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems

Für Versicherte, die an einer rheumatoiden Erkrankung leiden und hierfür eine (leitlinienkonforme) medikamentöse Basistherapie erhalten, wird eine gesonderte Zuschlagsgruppe an der Spitze des Hierarchiestranges gebildet. Darüber hinaus wird die (überdurchschnittlich teure) juvenile Arthritis aus einer bisher sehr breit gefassten Zuschlagsgruppe der rheumatischen Erkrankungen zu einer eigenen Zuschlagsgruppe ausgegliedert. Die verbleibenden rheumatischen Erkrankungen werden nach Kostengesichtspunkten neu geordnet und in zwei weiteren Zuschlagsgruppen zusammengefasst.

4.2.2 Hierarchie 8 – Hämatologische Erkrankungen

Für Versicherte mit Aplastischer Anämie wird zukünftig auch dann ein Zuschlag gewährt, wenn die Diagnose aus der ambulanten Versorgung stammt. Ferner wird die unspezifische Thrombozytopenie in eine in der Hierarchie niedriger stehende Morbiditätsgruppe verlagert, da dies die Kostenhomogenität verbessert und die Zielgenauigkeit des Modells erhöht.

4.2.3 Hierarchie 11 – Psychische Erkrankungen

Es werden statt einem Hierarchiestrang zukünftig drei Stränge gebildet. Der erste Strang umfasst Schizophrenie/bipolare Störungen/Wahn, der zweite Strang Depressionen und der dritte Strang Verhaltens- und Essstörungen. Diese Stränge dominieren die Angststörungen sowie unspezifische depressive Störungen. Ferner werden bestimmte (un)spezifische ICD-Kodes zur Verbesserung der Kostenhomogenität in der Hierarchie niedriger eingestuft.

4.2.4 Hierarchie 14 – Neurologische Erkrankungen

Für Versicherte mit Muskeldystrophie wird eine Altersdifferenzierung eingeführt, um die höheren Kosten von Versicherten unter 18 Jahren abzubilden. Außerdem wird sowohl für die Versicherten mit Multipler Sklerose als auch für jene mit Morbus Parkinson eine Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel eingeführt, um kostenintensive Versicherte besser abzugrenzen.

4.2.5 Hierarchie 16 – Herzerkrankungen

Die geprüften Änderungsvorschläge führten zu keiner Verbesserung des Modells. Daher werden an der Hierarchie keine Änderungen vorgenommen.

4.2.6 Hierarchie 19 – Erkrankungen der Lunge

Für Versicherte mit schwerem Asthma wird zukünftig auch dann ein Zuschlag gewährt, wenn die Diagnose aus der ambulanten Versorgung stammt. Die Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) wird im kommenden Jahr über den tatsächlichen Schweregrad der Erkrankung (Einschränkung der Lungenfunktion) besser ausdifferenziert sein als bisher. Außerdem wird die zum Aufgreifen von Versicherten mit Mukoviszidose verwendete Arzneimittelliste um einige wenige bislang unberücksichtigte Wirkstoffe erweitert.

4.2.7 Hierarchie 20 – Erkrankungen der Harnwege

Die Gewährung des besonders teuren Dialyse-Zuschlags wird ohne Ausnahme an das Vorliegen des sog. Dialysekennzeichens geknüpft. Bislang galt dies nur für einen Teil der relevanten Diagnosen. Eine übergreifende Verwendung des Merkmals führt jedoch zu einer besseren Abgrenzung gegenüber den weniger schwerwiegenden Formen der chronischen Niereninsuffizienz. Außerdem wird die Arzneimittelvalidierung der Diagnosegruppen für Nierenerkrankungen vereinheitlicht.

4.2.8 Kostenerstattergruppe

Statt einer Kostenerstattergruppe werden zukünftig elf gebildet. Für Versicherte mit Kostenersatzung nach § 53 SGB V wird eine eigene Kostenerstattergruppe gebildet. Versicherte mit Kostenersatzung nach § 13 SGB V werden nach Alter und Geschlecht auf insgesamt 10 Gruppen aufgeteilt.

4.3 Änderung des Berechnungsverfahrens

4.3.1 Berechnung der Angleichungsfaktoren

Die Angleichungsfaktoren dienen der Stabilisierung der Zuweisungen im monatlichen Abschlagsverfahren. Bei der Berechnung wird auf Anregung des GKV-SV eine technische Änderung vorgenommen.

4.3.2 Berechnung der Regressions- und Zuweisungsanteile

Die Regressions- und Zuweisungsanteile dienen der Berechnung der Angleichungsfaktoren. Hier werden bei der Berechnung technische Änderungen zur Erhöhung der Genauigkeit vorgenommen.

4.3.3 Hochrechnung nicht-morbiditätsbezogener Ausgaben

Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben werden als einheitlicher Wert je Versicherten zugewiesen. Bei einigen Ausgabenkategorien wurde überprüft, ob sie tatsächlich keinen Morbiditätsbezug aufweisen. Zukünftig zählen die Ausgaben für Schutzimpfungen nur noch zu 60 % und Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung nicht mehr zu den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben.

4.3.4 Anwendung des Nivellierungsfaktors

Der Nivellierungsfaktor soll Veränderungen in der Altersstruktur im monatlichen Abschlagsverfahren berücksichtigen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass er nahezu wirkungslos ist. Zur Vereinfachung des Verfahrens wird zukünftig auf den Nivellierungsfaktor verzichtet.

II. Anpassung der Aufgreifkriterien

5 Verwendung stationärer Nebendiagnosen

Das aktuell verwendete Klassifikationsmodell unterscheidet im Bereich der stationären Diagnosen der Satzart 500 nicht zwischen Haupt- und Nebendiagnosen. Beide Diagnosearten werden i.d.R. jeweils direkt – ohne Berücksichtigung weiterer Aufgreifkriterien – zur Gruppierung im Klassifikationssystem zugelassen. Eine geänderte Berücksichtigung der stationären Nebendiagnosen – im Wesentlichen die weitgehende Gleichbehandlung von stationären Nebendiagnosen und ambulanten Diagnosen – wurde bereits im Jahr 2009 im Zuge der Untersuchungen zur Ausgestaltung der Aufgreifkriterien für das Klassifikationssystem 2010 geprüft. Neben einer Verbesserung der Prognosequalität des Klassifikationsmodells war hierbei auch eine Erhöhung der Manipulationsresistenz des Klassifikationsmodells Ziel der Untersuchung. Im Fokus der Betrachtung standen dabei sowohl die ambulanten Diagnosen als auch die stationären Nebendiagnosen. Die Untersuchungen zeigten, dass zum damaligen Zeitpunkt eine „Abwertung“ der stationären Nebendiagnosen die Erklärungskraft des Klassifikationsmodells deutlich verringern würde, sodass der Vorschlag der Gleichbehandlung ambulanter Diagnosen und stationärer Nebendiagnosen zum Untersuchungszeitraum nicht sachgerecht erschien. Stattdessen wurde dem Ziel der Erhöhung der Manipulationsresistenz des Modells durch Änderungen der Aufgreifkriterien für Arzneimittel Rechnung getragen, die zusätzlich eine geringfügige Verbesserung der Erklärungskraft des Klassifikationsmodells bewirkten (vgl. Erläuterungen zu den Festlegungen für den Jahresausgleich 2011 vom 30.09.2010, S.39 f.).

Unabhängig davon erscheint es nötig – insbesondere auch unter Berücksichtigung bekanntgewordener Manipulationsversuche gerade in diesem Bereich – sowohl die Entwicklung von Zahl und Qualität der stationären Nebendiagnosen weiterhin genau zu beobachten, als auch regelmäßig die Ausgestaltung des Aufgreifalgorithmus zu überprüfen. Dies wird auch durch die im diesjährigen Vorschlagsverfahren eingegangenen Vorschläge unterstützt, die in mehreren Fällen ebenfalls eine erneute Überprüfung der Behandlung stationärer Nebendiagnosen im Aufgreifalgorithmus fordern.

5.1 Vorschläge

Im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2012 wurde die Gleichbehandlung von Haupt- und Nebendiagnosen, insbesondere auch mit Blick auf mögliche Manipulationsanreize, von mehreren Seiten kritisiert, und es wurden unterschiedliche Vorschläge betreffend einer strikteren Prüfung der stationären Nebendiagnosen unterbreitet:

GKV-SV und SBK regen an, für die stationären Nebendiagnosen Plausibilitätskriterien einzuführen, die sich an den Kriterien für ambulante Diagnosen orientieren, um so Manipulationsmöglichkeiten in diesem Bereich zu verringern.

TK et al. fordern demgegenüber, dass stationäre Nebendiagnosen nur dann einen Zuschlag auslösen sollten, wenn für diese Diagnosen im Rahmen des Klassifikationssystems das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ gesetzt wurde.

BARMER GEK weist darauf hin, dass stationäre Nebendiagnosen nach ihrer DRG-Relevanz zu differenzieren seien: Lediglich die Hauptdiagnosen sowie diejenigen Nebendiagnosen, die tatsächlich oder mindestens potentiell die Höhe des Krankenhausentgeltes beeinflussen können, sind Ziel der Krankenhausabrechnungsprüfungen durch die Krankenkassen. Alle anderen Nebendiagnosen sind zwar Morbi-RSA relevant, werden aber bei der Krankenhausabrechnung nicht geprüft. Deshalb fordert die BARMER GEK, alle Nebendiagnosen mit einem CCL (Complication and Comorbidity Level) von „0“, d.h. Nebendiagnosen, die sich nicht auf die DRG-Schwere des Krankenhausfalls beziehen, ambulanten Diagnosen gleichzustellen. DRG-relevante Nebendiagnosen sollten demgegenüber wie bisher behandelt werden.

5.2 Untersuchung

Eine Reduzierung der Manipulationsanreize und -möglichkeiten im Bereich der stationären Nebendiagnosen kann – wie auch die eingegangenen Vorschläge aufzeigen – nur durch das Anlegen strikterer Aufgreifkriterien in diesem Bereich erfolgen. Die Überprüfungen zum Klassifikationssystem 2010 haben gezeigt, dass dies i.d.R. nicht ohne gleichzeitige Reduktion der Vorhersagequalität des Modells erreicht werden kann.

Nachfolgend werden zunächst – basierend auf den eingegangenen Vorschlägen – unterschiedliche Modelle zur geänderten Verwendung der stationären Nebendiagnosen entwickelt. Anschließend werden die statistischen Kennzahlen für diese Modelle berechnet und im Vergleich zum Status quo des aktuellen Klassifikationssystems dargestellt.

5.2.1 Modelle

Nachfolgend werden die unterschiedlichen untersuchten Modelle dargestellt. Der Vorschlag der BARMER GEK wird dabei nicht geprüft, da die zur Umsetzung erforderlichen zusätzlichen Diagnoseinformationen eine Änderung der Datenmeldungen erforderlich machen würden und die notwendigen Daten aktuell nicht zur Verfügung stehen. Die alternative zusätzliche Nutzung eines DRG-Groupers durch das BVA im Klassifikationssystem wird zum jetzigen Zeitpunkt als nicht umsetzbar angesehen.

Status-quo-Modell

Den Ausgangspunkt der Betrachtung bildet das Status-quo-Modell, das den aktuellen Aufgreifalgorithmus abbildet, der – abgesehen von einigen auf einzelne DxGruppen bezogenen Sonderregelungen – im Wesentlichen auf der Festlegung des Klassifikationssystems 2010 und der damaligen Überprüfung der Aufgreifkriterien basiert.

Untersuchte Modelle zur strikteren Überprüfung stationärer Nebendiagnosen im Aufgreifalgorithmus:

- 1. Stationäre Nebendiagnosen werden nicht berücksichtigt:** In diesem Modell werden stationäre Nebendiagnosen in der Gruppierung überhaupt nicht berücksichtigt. Zur Gruppierung werden lediglich stationäre Hauptdiagnosen und ambulante Diagnosen nach den Regeln des bestehenden Aufgreifalgorithmus zugelassen.
- 2. Stationäre Nebendiagnosen werden nur bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ berücksichtigt:** In diesem Modell werden stationäre Nebendiagnosen nur berücksichtigt, wenn für die entsprechende DxGruppe das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ gesetzt ist. In diesem Fall werden die stationären Nebendiagnosen wie Hauptdiagnosen behandelt, in allen anderen Fällen werden die Nebendiagnosen nicht in der Gruppierung berücksichtigt.
- 3. Stationäre Nebendiagnosen werden wie ambulante Diagnosen berücksichtigt (keine Ausnahmen):** In diesem Modell werden stationäre Nebendiagnosen komplett identisch zu gesicherten ambulanten Diagnosen behandelt, auf Basis des Entlassungsmonats wird das Diagnosequartal bestimmt. Damit die Diagnose zur Gruppierung zugelassen wird, müssen alle für die jeweilige ambulante Diagnose vorgesehenen Aufgreifkriterien (M2Q, Arzneimittel usw.) erfüllt werden. Für das Kriterium „stationär erforderlich“ werden die Nebendiagnosen nicht berücksichtigt.
- 4. Stationäre Nebendiagnosen werden wie ambulante Diagnosen berücksichtigt, bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ findet eine M2Q-Prüfung nur der stationären Diagnosen statt:** Die Nebendiagnosen werden wie in Modell 3 den ambulanten Diagnosen gleichgestellt, lediglich beim Kriterium „stationär erforderlich“ erfolgt eine gesonderte Berücksichtigung der stationären Nebendiagnosen, in diesem Fall wird eine M2Q-Prüfung nur über stationäre Diagnosen vorgenommen.
- 5. Stationäre Nebendiagnosen werden wie ambulante Diagnosen berücksichtigt, bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ erfolgt jedoch eine direkte Berücksichtigung:** Die Nebendiagnosen werden wie in Modell 3 den ambulanten Diagnosen gleichgestellt, lediglich bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ werden die Nebendiagnosen ohne weitere Prüfungen direkt zur Gruppierung zugelassen.

Vergleichsmodelle

Um die Auswirkungen einer Änderung der Aufgreifkriterien für stationäre Nebendiagnosen auf die Güte des Klassifikationssystems besser einordnen und bewerten zu können, werden nachrichtlich zu den geprüften Modellen zusätzlich nachfolgende Modelle berechnet und dargestellt:

- **SA600 – Nur ambulante Diagnosen:** In diesem Modell werden lediglich ambulante Diagnosen zur Gruppierung zugelassen. Diese müssen die Aufgreifkriterien gemäß des aktuellen Aufgreifalgorithmus erfüllen.
- **SA500 – Nur stationäre Diagnosen:** In diesem Modell werden lediglich stationäre Diagnosen zur Gruppierung zugelassen.
- **SA500 HD – Nur Hauptdiagnosen:** In diesem Modell werden lediglich stationäre Hauptdiagnosen zur Gruppierung zugelassen.
- **AD – Alle Diagnosen:** Dieses Modell lässt alle gemeldeten Diagnosen zur Gruppierung zu, es erfolgt keinerlei Prüfung der Aufgreifkriterien.

5.2.2 Kennzahlen

In Tabelle 4 werden die absoluten Kennzahlen der einzelnen Modelle dargestellt, Tabelle 5 weist die Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Status quo Modell aus.

Es wird deutlich, dass die Verschärfung der Aufgreifkriterien für die stationären Diagnosen in allen Fällen zu einer Verschlechterung der Erklärungskraft des Klassifikationsmodells führt. Dies entspricht in der Tendenz den Erfahrungen, die bei den Analysen für die Anpassung des Klassifikationsmodells für 2010 gemacht wurden. Die Kennzahlen der damaligen Untersuchung werden in Tabelle 6 kurz zusammengefasst¹. Es wird jedoch auch deutlich, dass der Rückgang der Erklärungskraft in der aktuellen Berechnung deutlich geringer ausfällt als noch vor zwei Jahren.

¹ Eine ausführliche Beschreibung der damaligen Untersuchungen und Kennzahlen findet sich in den Erläuterungen zur Festlegung 2010.

Tabelle 4: Kennzahlen Modellrechnung

Modell		R ²	CPM	MAPE
SQ	Status quo	25,54%	22,84%	1.846,28 €
1	Keine ND	24,27%	21,91%	1.868,57 €
2	ND nur bei "stationär erforderlich"	24,63%	22,09%	1.864,37 €
3	ND wie ambulante Diagnosen, keine Ausnahmen	24,68%	22,17%	1.862,35 €
4	ND wie ambulante Diagnosen, M2Q für ND bei "stationär erforderlich"	24,75%	22,20%	1.861,71 €
5	ND wie ambulante Diagnosen, wie HD bei "stationär erforderlich"	24,96%	22,31%	1.859,00 €
<i>Nachrichtlich:</i>				
SA600	Nur ambulante Diagnosen	23,08%	21,05%	1.889,19 €
SA500	Nur stationäre Diagnosen	16,80%	17,15%	1.982,48 €
SA500 HD	Nur Hauptdiagnosen	12,86%	14,90%	2.036,24 €
AD	Alle Diagnosen	24,83%	22,65%	1.850,99 €

Tabelle 5: Differenzen zum Status quo – Kennzahlen²

Modell		R ²	CPM	MAPE
1	Keine ND	-1,27%	-0,93%	22,29 €
2	ND nur bei "stationär erforderlich"	-0,91%	-0,76%	18,09 €
3	ND wie ambulante Diagnosen, keine Ausnahmen	-0,86%	-0,67%	16,07 €
4	ND wie ambulante Diagnosen, M2Q für ND bei "stationär erforderlich"	-0,80%	-0,64%	15,43 €
5	ND wie ambulante Diagnosen, wie HD bei "stationär erforderlich"	-0,58%	-0,53%	12,72 €
<i>Nachrichtlich:</i>				
SA600	Nur ambulante Diagnosen	-2,47%	-1,79%	42,91 €
SA500	Nur stationäre Diagnosen	-8,74%	-5,69%	136,20 €
SA500 HD	Nur Hauptdiagnosen	-12,69%	-7,94%	189,96 €
AD	Alle Diagnosen	-0,71%	-0,20%	4,71 €

² Die Darstellung der Differenzen erfolgt für R² und CPM in Prozentpunkten.

Tabelle 6: Überprüfung ND im Rahmen der Festlegungen zum Klassifikationssystem 2010

Festlegung 2010		
Kennzahlen	R ²	ΔR ²
Status quo	20,85%	
ND wie ambulant	19,67%	-1,18%
ND als Bonus-Quartal	19,52%	-1,33%

So führten vor zwei Jahren die beiden berechneten Alternativen zu einem Rückgang des R² von 1,18 respektive 1,33 Prozentpunkten, ausgehend von einem Status quo R² in Höhe von 20,85%. In der aktuellen Auswertung tritt ein vergleichbarer Rückgang des R² lediglich im Falle der kompletten Nichtberücksichtigung der stationären Nebendiagnosen (Modell 1) ein, und dies ausgehend von einem fast 5 Prozentpunkte höheren Status-quo-Niveau. Die anderen getesteten Modelle weisen Rückgänge zwischen 0,58 und 0,91 Punkten auf. Die Kennzahlen CPM und MAPE werden in der aktuellen Auswertung erstmalig berechnet und ausgewiesen. Sie verhalten sich in den betrachteten Modellen in Richtung und Größenordnung der gemessenen Veränderungen analog zum R².

Der Vergleich der gerechneten Modelle untereinander zeigt, dass Modell 5 – die Behandlung stationärer Nebendiagnosen gleich den ambulanten Diagnosen, mit privilegierter Wertung der Nebendiagnosen bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ – mit dem geringsten Verlust an Erklärungskraft einhergeht, während Modell 1 – der vollständige Verzicht auf Nebendiagnosen – erwartungsgemäß zum höchsten Rückgang an Erklärungskraft führt.

Der Vergleich der Modellrechnungen zeigt, dass die stationären Nebendiagnosen im Status quo etwa 50% der Erklärungskraft der stationären Diagnosen insgesamt bedingen (vgl. SQ zu Modell 1 und SQ zu Modell SA600).

In Tabelle 7 werden die in den jeweiligen Modellausprägungen absolut berücksichtigten DxG, MG und HMG ausgewiesen. Tabelle 8 zeigt dementsprechend die prozentualen Veränderungen der jeweiligen Morbiditätsmerkmale im Verhältnis zum Status quo. Es wird deutlich, dass über die stationären Nebendiagnosen aktuell 8,35% der HMG vergeben werden. Die Modelle zur strikteren Behandlung der stationären Nebendiagnosen führen in allen Fällen zu einer merklichen Verringerung der berücksichtigten HMG, von -6,9% bei Anwendung von Modell 5 bis hin zu -8,35% beim vollständigen Verzicht auf stationäre Nebendiagnosen.

Tabelle 7: Berücksichtigte Morbiditätsmerkmale

Modell		Σ DxG	Σ MG	Σ HMG
SQ	Status quo	5.419.240	4.887.966	3.921.708
1	Keine ND	4.852.268	4.402.860	3.594.159
2	ND nur bei "stationär erforderlich"	4.888.665	4.434.939	3.620.926
3	ND wie ambulante Diagnosen, keine Ausnahmen	4.914.396	4.454.473	3.624.690
4	ND wie ambulante Diagnosen, M2Q für ND bei "stationär erforderlich"	4.919.834	4.458.163	3.626.675
5	ND wie ambulante Diagnosen, wie HD bei "stationär erforderlich"	4.950.793	4.486.468	3.650.924
<i>Nachrichtlich:</i>				
<i>SA600</i>	<i>Nur ambulante Diagnosen</i>	<i>4.666.085</i>	<i>4.234.454</i>	<i>3.467.757</i>
<i>SA500</i>	<i>Nur stationäre Diagnosen</i>	<i>1.325.352</i>	<i>1.253.297</i>	<i>1.008.612</i>
<i>SA500 HD</i>	<i>Nur Hauptdiagnosen</i>	<i>320.900</i>	<i>317.521</i>	<i>302.110</i>
<i>AD</i>	<i>Alle Diagnosen</i>	<i>8.031.469</i>	<i>7.294.789</i>	<i>6.048.651</i>

Tabelle 8: Vergleich zum Status quo – Morbiditätsmerkmale

Modell		Σ DxG	Σ MG	Σ HMG
SQ	Status quo	5.419.240	4.887.966	3.921.708
1	Keine ND	-10,46%	-9,92%	-8,35%
2	ND nur bei "stationär erforderlich"	-9,79%	-9,27%	-7,67%
3	ND wie ambulante Diagnosen, keine Ausnahmen	-9,32%	-8,87%	-7,57%
4	ND wie ambulante Diagnosen, M2Q für ND bei "stationär erforderlich"	-9,22%	-8,79%	-7,52%
5	ND wie ambulante Diagnosen, wie HD bei "stationär erforderlich"	-8,64%	-8,21%	-6,90%
<i>Nachrichtlich:</i>				
<i>SA600</i>	<i>Nur ambulante Diagnosen</i>	<i>-13,90%</i>	<i>-13,37%</i>	<i>-11,58%</i>
<i>SA500</i>	<i>Nur stationäre Diagnosen</i>	<i>-75,54%</i>	<i>-74,36%</i>	<i>-74,28%</i>
<i>SA500 HD</i>	<i>Nur Hauptdiagnosen</i>	<i>-94,08%</i>	<i>-93,50%</i>	<i>-92,30%</i>
<i>AD</i>	<i>Alle Diagnosen</i>	<i>48,20%</i>	<i>49,24%</i>	<i>54,24%</i>

Die Betrachtung der berücksichtigten HMG zeigt, dass die in den Modellrechnungen beobachtete Verringerung der Erklärungskraft der Modelle analog zur Verringerung der jeweils

berücksichtigten HMG verläuft. Der Vergleich der Modelle untereinander zeigt, dass Modell 5 in allen Kennzahlen merklich bessere Ergebnisse erzielt als die anderen Modelle. Die in den weiteren Modellen zusätzlich nicht berücksichtigten Diagnosen führen demgegenüber zu einer überproportionalen Verschlechterung der Kennzahlen:

- Modell 1 zeigt den maximalen Genauigkeitsverlust auf, der durch eine strikte Nichtberücksichtigung aller stationärer Nebendiagnosen bewirkt würde.
- Der Vergleich von Modell 5 mit den Modellen 2 und 3 zeigt, dass die differenzierte Behandlung der stationären Nebendiagnosen bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ sowohl der Beschränkung nur auf diese Diagnosen als auch der Nichtberücksichtigung dieses Kriteriums merklich überlegen ist.
- Die in Modell 4 gerechnete M2Q-Validierung stationärer Nebendiagnosen im Falle des Vorliegens des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ kann sich nicht deutlich von Modell 3 differenzieren – das in diesem Fall die Diagnosen nicht berücksichtigt – und erscheint auch methodisch im Vergleich zu den anderen Modellen problembehafteter.

5.3 Bewertung / Ergebnis

Die Modellrechnungen zeigen, dass auch im aktuellen Entwicklungsstand des Klassifikationsmodells die Erhöhung der Manipulationsresistenz des Modells durch die striktere Behandlung stationärer Nebendiagnosen nicht ohne eine Reduzierung der Erklärungskraft des Modells zu erzielen ist. Es wird jedoch deutlich, dass diese Reduzierung der Erklärungskraft im aktuellen Modell spürbar geringer ausfällt als noch vor zwei Jahren. Demgegenüber ist die Bedeutung einer höheren Manipulationsresistenz im Bereich der ambulanten Nebendiagnosen im Vergleich zur letzten Untersuchung tendenziell gestiegen, da seitdem gerade in diesem Bereich mehrere Manipulationsversuche aufgedeckt wurden.

Zusammenfassend scheinen die negativen Auswirkungen eines strikteren Aufgreifalgorithmus für stationäre Nebendiagnosen im Vergleich zur dadurch erzielbaren Erhöhung der Manipulationsresistenz des Modells – gerade bei Umsetzung von Modell 5 – noch hinnehmbar. Der Wissenschaftliche Beirat schlägt aus diesen Gründen vor, in den Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2012 das oben vorgestellte Modell 5 umzusetzen. Das BVA beabsichtigt, dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats zu folgen: stationäre Nebendiagnosen werden damit grundsätzlich wie ambulante Diagnosen berücksichtigt und nur bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ den Hauptdiagnosen gleichgestellt, also ohne weitere Prüfungen direkt zur Gruppierung zugelassen.

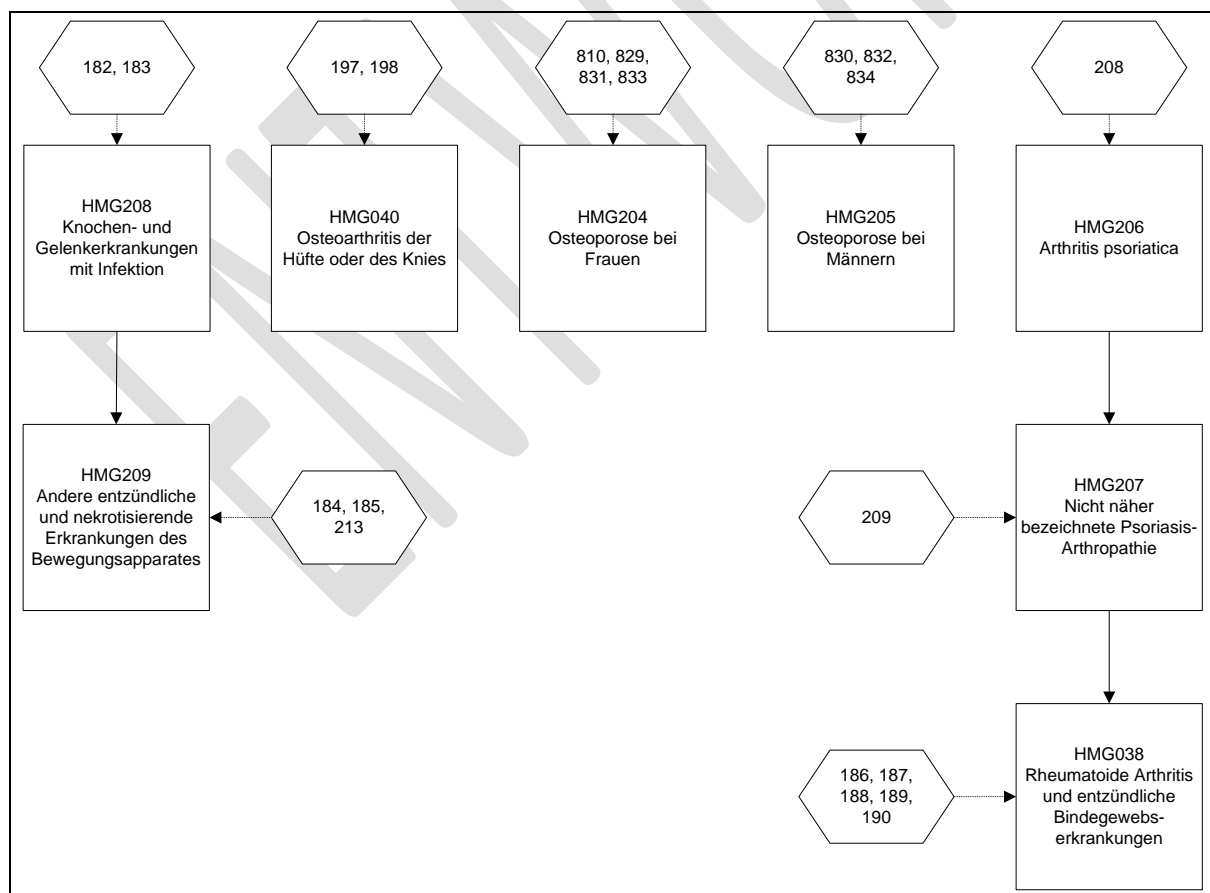
III. Anpassung des Klassifikationsmodells

6 Hierarchie 07: „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“

6.1 Hintergrund / Vorschläge

Bedingt durch Veränderungen der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011 musste das Klassifikationsmodell im Bereich der Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ bereits im letzten Anpassungszyklus umfassend überarbeitet werden. Insbesondere die Zusammenstellung der HMG038 („Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewbserkrankungen“) erschien schon bei der Festlegung des Klassifikationsmodells verbesserungsfähig. Von entsprechenden Analysen und weiteren Anpassungen der Hierarchie musste jedoch aus Zeitgründen abgesehen werden. Wie angekündigt werden die entsprechenden Auswertungen und Modifikationen in diesem Jahr nachgeholt.

Abbildung 2: Hierarchie 07 (Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems) im Ausgangsmodell



Der (H)MG038 sind gegenwärtig 390 ICD-Schlüssel zugeordnet, die einerseits eine zu Grunde liegende rheumatische Erkrankung kodieren, darüber hinaus zum Teil aber auch

noch weitere Informationen zu lokalen Manifestationen tragen (bspw. M05.25: Vaskulitis bei seropositiver Polyarthritis [Beckenregion und Oberschenkel]). Vor dem Hintergrund der sich hieraus für das Klassifikationsmodell ergebenden Differenzierungsmöglichkeiten setzte sich bereits im vergangenen Jahr ein Teil der Stellungnahmen zum Festlegungsentwurf mit einer möglichen manifestationsbezogenen Abgrenzung bestimmter Formen (Beteiligung von Lunge, Gefäßen und anderen Organen) auseinander. Im aktuellen Vorschlagsverfahren wurde darüber hinaus angeregt, unterschiedliche Formen juveniler Arthritis aus ihrer bisherigen Diagnosegruppe (DxG188 „Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien“) herauszulösen und ggf. in eine eigene DxG münden zu lassen.

Weitere Stellungnahmen wiederum befürworten die Bildung einer oder mehrerer über spezifische Arzneimittelverordnungen abgegrenzte(r) Zuschlagsgruppe(n), die sich auf die in den HMG038, HMG206 und HMG207 verorteten Diagnosen beziehen.

6.2 Berücksichtigung von Arzneimitteln im Zusammenhang mit den HMG038, HMG206 und HMG207

In einer ausführlichen Stellungnahme definiert der Berufsverband der Deutschen Rheumatologen e.V. für jede der bislang berücksichtigten DxGs eine eigene Wirkstoffliste zur Umsetzung einer Diagnosevalidierung über spezifische Arzneimittel. KBV und BÄK regen zumindest für die DxG187 („Systemischer Lupus erythematoses, Riesenzellerteritis, andere Erkrankungen des Bindegewebes“) die Einführung des Aufgreifkriteriums „ambulante Arzneimittel, chronisch, obligat“ an.

Im Gegensatz hierzu schlagen GKV-SV und AOK-BV vor, für Versicherte, die in die bislang berücksichtigten DxGs gruppiert werden, eine zusätzliche Zuschlagsgruppe zu schaffen. Diese solle besetzt werden, wenn für die betroffenen Versicherten in mindestens zwei Quartalen Verordnungen mit Immunsuppressiva (ATC-Kode L04A-) vorliegen. Dabei solle sich die über die Verordnungen abgegrenzte Gruppe als additiver Zuschlag auswirken, also nicht in den Hierarchiestrang mit einbezogen werden.

Einen grundsätzlich ähnlichen Vorschlag unterbreitet die DAK mit dem von ihr favorisierten Ansatz, die drei angesprochenen HMGs jeweils in eine Gruppe mit bzw. ohne dauerhafte Arzneimitteltherapie aufzuteilen. Zum Aufgreifen in die jeweiligen „Arzneimittelgruppen“ wurde dem BVA eine Liste siebenstelliger ATC-Kodes übermittelt, die bestimmte Wirkstoffe aus der Gruppe der Antiphlogistika und Antirheumatika, der Corticosteroide zur systemischen Anwendung, der antineoplastischen Mittel sowie der Immunsuppressiva enthalten. Eine Zuordnung solle erfolgen, sobald Verordnungen für 183 arzneimittelspezifische Behandlungstage vorlägen.

6.2.1 Untersuchung / Diskussion

Der Forderung des BDRh bzw. von KBV/BÄK nach der generellen Einführung des Aufgreifkriteriums „ambulante Arzneimittel, chronisch, obligat“ für einzelne oder gar alle DxGs der HMG038, HMG206 und HMG207 wird nicht gefolgt, weil für keine der diskutierten DxGs – bzw. keine der über die DxGs abgebildeten Krankheitsformen – eine dauerhafte medikamentöse Therapie immer und in jedem Fall geboten ist. Eine Beschränkung des Klassifikationsmodells auf Versicherte, die 183 Behandlungstage mit spezifischen Wirkstoffen aufweisen, würde zu Unrecht einen Patientenkreis ausschließen, der – durchaus sachgerecht – mit geringeren Arzneimittelmengen (bzw. vorübergehend oder dauerhaft nicht-medikamentös) therapiert wird.

Zielführender erscheint dagegen der Ansatz, besonders schwere und teure Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen über spezifische Wirkstoffe abzugrenzen. Die Vorschläge von GKV-SV, AOK-BV und DAK bieten hierfür grundsätzlich eine geeignete Ausgangslage.

GKV-SV und AOK-BV schlagen zur Abgrenzung besonders schwerer Fälle lediglich die ATC-Fünfsteller L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX (Immunsuppressiva) vor. Eine wesentlich umfassendere Liste wurde durch die DAK übermittelt. Auf Grundlage dieser Anregungen und mit Blick auf entsprechende Leitlinie (vgl. etwa Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie 2007: „Management der frühen rheumatoiden Arthritis“, Berlin, Steinkopf / NICE 2009: „Rheumatoid arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults“, London, Royal College of Physicians) lassen sich sinnvoller Weise vier unterschiedlich „breite“ Modelle zur Abgrenzung einer gesonderten Zuschlagsgruppe für Versicherte mit einer spezifischen Arzneimitteltherapie ableiten.

Modell 1 begrenzt sich zunächst dem Vorschlag von GKV-SV und AOK-BV folgend auf die Gruppe der Immunsuppressiva (ATC-Kodes L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX).

In **Modell 2** wird die Wirkstoffliste um spezifische Antirheumatika (L01XC, P01BA, M01CB, M01CC, M01CX) erweitert und umfasst damit die wesentlichen Wirkstoffe der „Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs“.

Modell 3 wiederum berücksichtigt darüber hinaus weitere spezifische (steroidale) Antirheumatika (SAR: H02AB, H02BX).

Modell 4 schließlich umfasst zudem die Gruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika (M01AA, M01AB, M01AC, M01AE, M01AG und M01AX).

In allen vier Modellen können die Versicherten, die bislang einen Zuschlag über die HMG038, HMG206 oder HMG207 erhalten hätten, zusätzlich einer weiteren Zuschlagsgruppe (HMG_AM) zugewiesen werden, wenn sie 183 Behandlungstage mit den jeweils zugeordneten Arzneimitteln aufweisen und mindestens ein Diagnose- und Verordnungsquartal übereinstimmen.

Alle Modelle wurden sowohl in einer „Variante a“ berechnet, bei der die neue Gruppe als additiver Zuschlag greift und nicht in den Hierarchiestrang eingebunden ist, als auch in einer „Variante b“, in der die „Arzneimittelgruppe“ die HMG038, HMG206 und HMG207 dominiert. Die Bildung von insgesamt drei arzneimittelbasierten Zuschlagsgruppen, wie ihn der Vorschlag der DAK vorgesehen hat, wird mit Blick auf die Einfachheit und Transparenz des Gesamtmodells nicht weiter verfolgt.

Einen Überblick über alle insgesamt acht simulierten Modellvarianten bietet nachfolgend Tabelle 9.

ENTWURF

Tabelle 9: Varianten zur Einführung einer arzneimittelbasierten Schweregraddifferenzierung rheumatologischer Erkrankungen

Modellgruppe		1		2		3		4	
berücksichtigte Wirkstoffklassen		Immunsuppressiva		DMARD (Immuns. & spez. Antirheumatika)		DMARD + Glucocorticoide (SAR)		DMARD + Glucocorticoide (SAR) + NSAR	
ATC-Kodes		L04A*		L04A*, L01XC, P01BA, M01CB, M01CC, M01CX		L04A*, L01XC, P01BA, M01CB, M01CC, M01CX, H02AB, H02BX		L04A*, L01XC, P01BA, M01CB, M01CC, M01CX, H02AB, H02BX, M01A*	
Modell	Status quo	Modell 1a	Modell 1b	Modell 2a	Modell 2b	Modell 3a	Modell 3b	Modell 4a	Modell 4b
R ²	25,5450%	25,6526%	25,6528%	25,6321%	25,6321%	25,6403%	25,6401%	25,6258%	25,6246%
CPM	22,8422%	22,9557%	22,9551%	22,9299%	22,9296%	22,9389%	22,9385%	22,9254%	22,9232%
MAPE	1.846,28 €	1.843,56 €	1.843,58 €	1.844,18 €	1.844,19 €	1.843,96 €	1.843,97 €	1.844,29 €	1.844,34 €
Risikogruppe	Beta N	Beta N	Beta N	Beta N	Beta N	Beta N	Beta N	Beta N	Beta N
HMG_AM Schwerwiegende Verlaufsformen rheumatischer Erkrankungen	-	5.348 € 7.880	6.030 € 7.880	3.582 € 14.913	4.133 € 14.913	3.036 € 24.508	3.394 € 24.508	2.478 € 34.211	2.762 € 34.211
HMG206 Arthritis psoriatica	2.035 € 3.058	1.314 € 3.058	1.615 € 2.401	819 € 3.058	1.269 € 1.818	773 € 3.058	869 € 1.601	804 € 3.058	663 € 1.362
HMG207 n.n.bez. Psoriasis-Arthropathie	1.294 € 3.642	792 € 3.642	870 € 3.110	446 € 3.642	693 € 2.623	407 € 3.642	553 € 2.432	387 € 3.642	465 € 2.169
HMG038 Rheumatoide Arthritis und entzdl. Bindegewebserkr.	1.038 € 89.153	660 € 89.153	644 € 82.692	552 € 89.153	528 € 76.915	356 € 89.153	343 € 68.775	290 € 89.153	248 € 61.634
<div>206</div> <div>↓</div> <div>207</div> <div>↓</div> <div>038</div>		<div>206</div> <div>↓</div> <div>207</div> <div>↓</div> <div>038</div> <div>AM</div>	<div>AM</div> <div>↓</div> <div>206</div> <div>↓</div> <div>207</div> <div>↓</div> <div>038</div>	<div>206</div> <div>↓</div> <div>207</div> <div>↓</div> <div>038</div> <div>AM</div>	<div>AM</div> <div>↓</div> <div>206</div> <div>↓</div> <div>207</div> <div>↓</div> <div>038</div>	<div>206</div> <div>↓</div> <div>207</div> <div>↓</div> <div>038</div> <div>AM</div>	<div>AM</div> <div>↓</div> <div>206</div> <div>↓</div> <div>207</div> <div>↓</div> <div>038</div>	<div>206</div> <div>↓</div> <div>207</div> <div>↓</div> <div>038</div> <div>AM</div>	<div>AM</div> <div>↓</div> <div>206</div> <div>↓</div> <div>207</div> <div>↓</div> <div>038</div>

Alle vier untersuchten Modellgruppen sind aus rein statistischen Gesichtspunkten dem Status quo deutlich überlegen. Dabei zeigt sich die erste Modellgruppe als statistisch beste Variante. Eine Zuordnung der Versicherten in die HMG_AM bei Vorliegen einer Dauertherapie mit (sehr teuren) Immunsuppressiva hat die Bildung einer eher kleinen, nach Kostengesichtspunkten homogenen und von den übrigen Zuschlagsgruppen klar abweichenden Gruppe zur logischen Konsequenz.

Gegen eine Beschränkung auf die Wirkstoffklasse der Immunsuppressiva (und damit gegen eine Umsetzung des Vorschlages des GKV-SV) sprechen jedoch letztlich nachvollziehbare Einwände von medizinischer Seite. So scheint die Durchführung einer Schweregraddifferenzierung mit einer Begrenzung auf Versicherte mit besonders teuren Arzneimitteln bei den sehr heterogen verlaufenden Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises insgesamt problematisch. Beim Auftreten rheumatoider Erkrankungen mit Gelenkbeteiligung wird generell ein möglichst frühzeitiger Therapiebeginn mit den bereits oben erwähnten „Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs“ (DMARD) empfohlen. Dabei stellen die von GKV-SV und AOK-BV zum Aufgreifen empfohlenen Immunsuppressiva nur einen Ausschnitt aus dem medikamentösen (Kombi-)Therapiespektrum dar. Grundsätzlich ist denkbar, dass Patienten mit einem durchaus vergleichbaren Krankheitsverlauf mit oder auch ohne die Gabe von Immunsuppressiva (und in beiden Fällen leitlinienkonform) therapiert werden – die Wahl der Therapie ist dabei oftmals abhängig von den auftretenden Nebenwirkungsreaktionen, vom aktuellen Status der Erkrankung (etwa bei einem akuten Schub), der individuellen Einschätzung des behandelnden Arztes sowie der Compliance bzw. den Wünschen des Patienten. Mit Blick auf die Versorgungsneutralität des Klassifikationsmodells erscheint es sinnvoller, die Liste der berücksichtigten Arzneimittel etwas breiter zu fassen und dabei bewusst ein Abweichen vom statistischen Optimum in Kauf zu nehmen.³ Vor diesem Hintergrund empfiehlt sich die Umsetzung der Modellgruppe 3, die bei einer Berücksichtigung der DMARD und der Glucocorticoide das insgesamt zweitbeste statistische Ergebnis mit sich bringt.

Zur Beantwortung der Frage, ob die neue HMG_AM als additiver Zuschlag (Variante 3a) wirken oder aber an der Spitze der Resthierarchie (Variante 3b) stehen sollte, hilft ein Blick auf die ermittelten Kennzahlen. Es erscheint nicht angemessen, die Zahl der für einen Versicherten maximal auslösbaren Zuschläge weiter zu erhöhen, wenn sich hieraus lediglich kaum spürbare Verbesserungen der Modellkennzahlen ergeben. Aus diesem Grund sollte bei der Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2012 der Modellvariante 3b der Vorzug gegeben werden.

³ Durchaus kontrovers diskutiert wurde im Wissenschaftlichen Beirat im Übrigen die Möglichkeit, die Zuschläge über bestimmte Verordnungen noch weiter auszudifferenzieren und so beispielsweise zwei unterschiedliche, in Abhängigkeit der jeweils eingesetzten Wirkstoffe abgegrenzte „Arzneimittelgruppen“ in die Hierarchie einzubinden. Letztlich verworfen wurde dieser Ansatz allerdings, weil eine übermäßige Zuschlagsdifferenzierung anhand der jeweils gewählten Therapieform aus Anreizgesichtspunkten sehr schnell unerwünschte Folgen nach sich ziehen könnte.

6.2.2 Ergebnis

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt vor, Modell 3b bei der Anpassung des Klassifikationsmodells umzusetzen.

Zur Abgrenzung schwerwiegender Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen mit Beteiligung des Bewegungsapparates sind jeweils eine neue DxG und HMG zu bilden, in die grundsätzlich alle Versicherten mit einer Zuordnung in die DxG186 („M. Behcet“), DxG187 („SLE, Riesenzellerarthritis, andere Erkrankungen des Bindegewebes“), DxG188 („Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien“), DxG189 („Entzündliche Wirbelerkrankungen“), DxG190 („Polymyalgia rheumatica“), DxG208 („n. bez. Arthritis psoriatica“) und DxG209 („n. n. bez. Psoriasis-Arthropathie“) gruppiert werden können. Eine Zuordnung in die neue DxG/HMG erfolgt immer dann, wenn für die betroffenen Versicherten mindestens 183 Behandlungstage mit den in Tabelle 10 aufgelisteten Arzneimittelwirkstoffen berechnet werden und mindestens ein Verordnungs- und Diagnosequartal übereinstimmen. Die neue Zuschlagsgruppe soll dabei die übrigen Morbiditätsgruppen des Hierarchiestranges dominieren.

Tabelle 10: Wirkstoffe zur Identifikation schwerer Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen mit Beteiligung des Bewegungsapparates

ATC-Fünfsteller	
H02AB	Glucocorticoide
H02BX	Corticosteroide zur syst. Anwendung
L01XC	Monoklonale Antikörper
L04AA	Selektive Immunsuppressiva
L04AB	Tumornekrosefaktor alpha(TNF-alpha)-Inhibitoren
L04AC	Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren
L04AD	Calcineurin-Inhibitoren
L04AX	Andere Immunsuppressiva
M01CB	Gold-Verbindungen
M01CC	Penicillamin und ähnliche Mittel
M01CX	Andere spezifische Antirheumatika
P01BA	Aminochinoline

Eine über die hier vorgestellte hinausgehende Umstrukturierung des Hierarchiestranges wird in den folgenden Unterkapiteln diskutiert.

6.3 Ausgliederung der „juvenilen Arthritis“ aus der DxG188

Aufgrund vermeintlich großer Unterschiede in den Folgekosten fordern BDRh und KBV/BÄK die Trennung der Versicherten mit juvenilen Arthropathien von denen der restlichen Rheumakodes.

6.3.1 Untersuchung / Diskussion

Um die Vermutung von BDRH und KBV/BÄK zu untersuchen, wurde zunächst eine „DxG-Zerlegung“ der HMG038, HMG206 und HMG207 vorgenommen. In der Simulationsrechnung führen die DxGs direkt zu sieben (gegebenenfalls „parallelen“) Zuschlägen. Die drei ursprünglichen HMGs werden bei der Regressions- und Zuweisungsberechnung nicht berücksichtigt. Hinsichtlich der oben bereits getroffenen Vorfestlegung auf eine „dominierende“ Berücksichtigung einer über Arzneimittel abgegrenzten neuen Zuschlagsgruppe dominiert die DxG_AM („Schwerwiegende Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen“) die sieben DxGs.

Um nun die Auswirkungen einer Herauslösung der „juvenilen Arthritis“ aus der DxG188 („Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien“) abschätzen zu können, wird die entsprechende Diagnosegruppe entsprechend der zugrunde liegenden ICD-Kodes aufgeteilt. Hieraus resultieren eine DxG188_j („Juvenile Arthritis“) sowie eine DxG188_a („Adulte Typen der rheumatoiden Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien“). Eine Übersicht über die jeweils zugeordneten ICD-Viersteller ist in Tabelle 11 enthalten.

Tabelle 11: Aufteilung der DxG188 in DxG188_a / DxG188_j

Gruppe	ICD-Viersteller
DxG188_a	M05.0 Felty-Syndrom
	M05.1 Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit
	M05.2 Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit
	M05.3 Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme
	M05.8 Sonstige seropositive chronische Polyarthrit
	M05.9 Seropositive chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet
	M06.0 Seronegative chronische Polyarthrit
	M06.1 Adulte Form der Still-Krankheit
	M06.2 Bursitis bei chronischer Polyarthrit
	M06.3 Rheumaknoten
	M06.4 Entzündliche Polyarthropathie
	M06.8 Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit
	M06.9 Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet
	M12.3 Palindromer Rheumatismus
DxG188_j	M08.0 Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ
	M08.2 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form
	M08.3 Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form
	M08.4 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form
	M08.7 Vaskulitis bei juveniler Arthritis
	M08.8 Sonstige juvenile Arthritis
	M08.9 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet
	M09.0 Juvenile Arthritis bei Psoriasis
	M09.1 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]
	M09.2 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa
	M09.8 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

Tabelle 12 stellt für beide Ausgestaltungen (ohne und mit Aufteilung der DxG188) die Schätzwerte und Fallzahlen der DxG gegenüber. Wie sich zeigt, werden für Versicherte mit juvenilen Formen der Arthritis (DxG188_j) deutlich höhere Folgekosten ermittelt als für die übrigen Versicherten der DxG188. Dies spricht aus Sicht von BVA und Wissenschaftlichem Beirat in der Tat dafür, die juvenile Arthritis aus der DxG188 auszugliedern.

Tabelle 12: Aufteilung der DxG188 in juvenile und adulte Erkrankungsformen

DxG	Beta	N	DxG	Beta	N
DxG_AM Schwerwiegende Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen	3.027 €	24.508	DxG_AM Schwerwiegende Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen	3.017 €	24.508
DxG186 Morbus Behcet	320 €	244	DxG186 Morbus Behcet	316 €	244
DxG187 Systemischer Lupus erythematodes (SLE), Riesenzellarteriitis, andere Erkrankung des Bindegewebes	228 €	34.946	DxG187 Systemischer Lupus erythematodes (SLE), Riesenzellarteriitis, andere Erkrankung des Bindegewebes	230 €	34.946
DxG188 Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien	402 €	46.922	DxG188_a Adulte Typen der rheumatoiden Arthritis und anderer entzündliche Polyarthropathien	362 €	46.301
			DxG188_j juvenile Arthritiden	2.227 €	1.134
DxG189 Entzündliche Wirbelerkrankungen	981 €	10.915	DxG189 Entzündliche Wirbelerkrankungen	972 €	10.915
DxG190 Polymyalgia rheumatica	-544 €	8.956	DxG190 Polymyalgia rheumatica	-535 €	8.956
DxG208 Näher bezeichnete Arthritis psoriatica	342 €	3.058	DxG208 Näher bezeichnete Arthritis psoriatica	345 €	3.058
DxG209 Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie	308 €	6.400	DxG209 Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie	299 €	6.400

6.3.2 Ergebnis

Um bessere Differenzierungsmöglichkeiten auf HMG-Ebene zu schaffen, werden die ICD-Schlüssel zur Kodierung der juvenilen Arthritis (M08.- [ausgenommen M08.1] und M09.-) in eine eigene DxG188_j überführt. Die übrigen Codes der DxG188 werden der DxG188_a zugeordnet.

6.4 **Überarbeitung der HMG-Zusammenstellungen**

Ausgehend von den in den Abschnitten 6.2 (Berücksichtigung von Arzneimitteln) und 6.3 (Ausgliederung der juvenilen Arthritis aus der DxG188) dargestellten Anpassungen gilt es, die resultierenden Diagnosegruppen in eine (nach medizinischen und statistischen Gesichtspunkten) sinnvolle Reihenfolge zu bringen, um letztlich auf dieser Basis neue (hierarchisierte) Morbiditätsgruppen abgrenzen zu können.

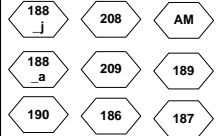
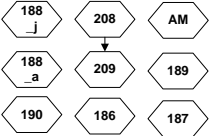
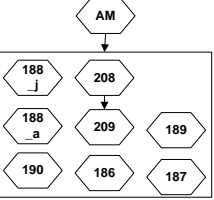
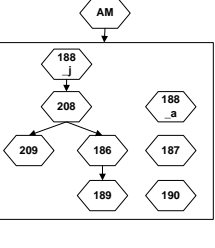
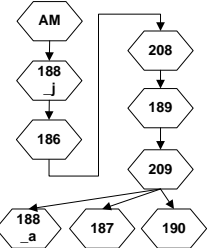
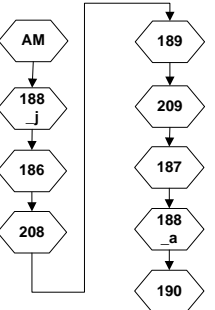
6.4.1 Untersuchung / Diskussion

Insgesamt müssen neun Diagnosegruppen in den Hierarchiestrang eingepflegt werden. Den Ausgangspunkt für eine „schrittweise Integration“ bildet hierzu ein Modell, in dem diese DxGs zunächst ohne Hierarchisierungsregeln in das Modell laufen. In den sich anschließenden Iterationsschritten werden jeweils eine oder mehrere Diagnosegruppen durch die Berücksichtigung von Dominanzbeziehungen in eine stringente Hierarchiestruktur aufgenommen.

So erfolgt in einem ersten Schritt beispielsweise die Berücksichtigung der Dominanz der DxG208 („Näher bezeichnete Arthritis psoriatica“) gegenüber der DxG209 („Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie“). Im zweiten Schritt wird die – bereits oben nahegelegte – Dominanz der über Arzneimittel abgegrenzten DxG_AM („Schwerwiegende Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen“) auf alle übrigen DxGs umgesetzt. Tabelle 13 zeigt exemplarisch einzelne Schritte und die sich dabei jeweils ergebenden Modellkennzahlen auf. Die jeweils zugrundeliegenden Dominanzbeziehungen ergeben sich aus den angehängten Piktogrammen.

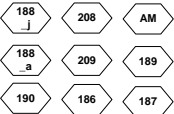
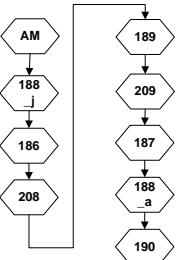

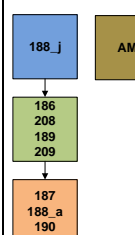
Das Ziel der durchgeführten Hierarchisierung ist eine unter medizinischen Gesichtspunkten sinnvolle Ordnung, die (im Vergleich zum nicht hierarchisierten Ausgangsmodell) einen möglichst geringen Verlust an Zuweisungsgenauigkeit mit sich bringt. Abgeschlossen wird das Vorgehen mit dem insgesamt neunten Iterationsschritt, der ebenfalls in Tabelle 13 dokumentiert ist.

Tabelle 13: Schrittweise Hierarchisierung der Rheuma-DxGs

Iterative Hierarchisierung		ohne Hierarchisierung		Schritt 1		Schritt 2		Schritt 5		Schritt 7		Schritt 9	
R ²		25,6500%		25,6500%		25,6418%		25,6418%		25,6415%		25,6414%	
CPM		22,9462%		22,9461%		22,9417%		22,9417%		22,9410%		22,9404%	
MAPE		1.843,79 €		1.843,79 €		1.843,90 €		1.843,90 €		1.843,91 €		1.843,93 €	
DxG	Bezeichnung	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N
DxG_AM	Schwerwiegende Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen	3.017 €	24.508	3.018 €	24.508	3.394 €	24.508	3.394 €	24.508	3.393 €	24.508	3.393 €	24.508
DxG188_j	juvenile Arthritiden	2.227 €	1.134	2.228 €	1.134	1.482 €	705	1.547 €	705	1.663 €	705	1.662 €	705
DxG186	Morbus Behcet	316 €	244	315 €	244	873 €	164	743 €	163	927 €	163	927 €	163
DxG208	Näher bezeichnete Arthritis psoriatica	345 €	3.058	612 €	3.058	780 €	1.601	815 €	1.586	871 €	1.586	871 €	1.586
DxG189	Entzündliche Wirbelerkrankungen	972 €	10.915	972 €	10.915	556 €	9.238	559 €	9.138	617 €	9.106	617 €	9.106
DxG209	Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie	299 €	6.400	275 €	3.642	479 €	2.432	498 €	2.414	560 €	2.364	560 €	2.364
DxG187	Systemischer Lupus erythematoses (SLE), Riesenzellarteriitis, andere Erkrankung des Bindegewebes	230 €	34.946	229 €	34.946	285 €	30.145	285 €	30.145	280 €	29.497	308 €	29.497
DxG188_a	Adulte Typen der rheumatoiden Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien	362 €	46.301	362 €	46.301	289 €	29.738	289 €	29.738	275 €	27.805	262 €	25.224
DxG190	Polymyalgia rheumatica	-535 €	8.956	-535 €	8.956	145 €	5.950	145 €	5.950	141 €	5.822	221 €	4.163
													

Für die sich anschließende Neuzusammenstellung der Morbiditätsgruppen ist aus unserer Sicht lediglich die in Tabelle 14 als „HMG-Variante 1“ bezeichnete Ausgestaltung zu empfehlen. Weitere Varianten wurden zwar berechnet (etwa das Verschieben der DxG209 in die unterste oder auch der DxG188_a in die nächsthöhere HMG), waren statistisch allerdings unterlegen. Die „HMG-Variante 2“, in der die über Arzneimittel abgegrenzten schweren Verlaufsformen als additive Zuschlagsgruppe wirken, wurde an dieser Stelle nochmals simuliert, um sicherzustellen, dass deren Einbezug in den Hierarchiestrang auch im endgültigen Modell mit vertretbaren Rückgängen bei den Modellkennzahlen assoziiert ist.

Tabelle 14: Zusammenstellung des Hierarchiestranges für die rheumatoiden Erkrankungen

Iterative Hierarchisierung		ohne Hierarchisierung		Schritt 9		HMG-Variante 1		HMG-Variante 2	
R ²		25,6500%		25,6414%		25,6413%		25,6460%	
CPM		22,9462%		22,9404%		22,9403%		22,9436%	
MAPE		1.843,79 €		1.843,93 €		1.843,93 €		1.843,85 €	
DxG	Bezeichnung	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N
DxG_AM	Schwerwiegende Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen	3.017 €	24.508	3.393 €	24.508	3.393 €	24.508	3.041 €	24.508
DxG188_j	juvenile Arthritiden	2.227 €	1.134	1.662 €	705	1.662 €	705	2.498 €	1.134
DxG186	Morbus Behcet	316 €	244	927 €	163	641 €	13.219	852 €	17.385
DxG208	Näher bezeichnete Arthritis psoriatica	345 €	3.058	871 €	1.586				
DxG189	Entzündliche Wirbelerkrankungen	972 €	10.915	617 €	9.106				
DxG209	Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie	299 €	6.400	560 €	2.364				
DxG187	Systemischer Lupus erythematodes (SLE), Riesenzellarteriitis, andere Erkrankung des Bindegewebes	230 €	34.946	308 €	29.497	282 €	58.884	231 €	77.334
DxG188_a	Adulte Typen der rheumatoiden Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien	362 €	46.301	262 €	25.224				
DxG190	Polymyalgia rheumatica	-535 €	8.956	221 €	4.163				
									

6.4.2 Ergebnis

Der überarbeitete Hierarchiestrang besteht aus vier Zuschlagsgruppen, die zueinander in einer strikten Hierarchiebeziehung stehen. An der Spitze des Stranges steht die neue HMG_AM („Schwerwiegende Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen“), der lediglich die DxG_AM (mit identischem Namen) zugeordnet wird. Die neue abgegrenzte DxG188_j („Juvenile Arthritis“) wird der HMG206_neu („Juvenile Arthritis“) zugeordnet. Die in der Hierarchie untergeordnete HMG207_neu („M. Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica“) enthält die DxG186, DxG208, DxG189 und DxG209. Den Abschluss des Stranges bildet die HMG038_neu („Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen“), der die DxG187, DxG188_a sowie die DxG190 zuzuordnen sind.

6.5 Korrektur bei der ICD-Zuordnung zur DxG183 bzw. DxG185

Bei der Modellrevision fiel auf, dass der ICD-Schlüssel M90.5- („Knochennekrose bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten“) gegenwärtig der DxG183 („Osteomyelitis“) zugeordnet wird. Andere Knochennekrosen (M87.0-, M87.2-, M87.3-, M87.8-, M87.9-, M90.3- und M90.4-) dagegen werden in die DxG185 („Aseptische Knochennekrosen“) gemappt.

6.5.1 Untersuchung / Diskussion

Aus medizinischer Sicht ist die Abspaltung des Codes M90.5 im gegenwärtigen Modell nur schwer nachvollziehbar. Aus diesem Grund wurde ein Verschieben des Schlüssels aus der DxG183 zu den übrigen Knochennekrosen der DxG185 geprüft. Hieraus ergeben sich lediglich geringfügige Veränderungen der Modellkennzahlen (Absinken des R^2 / Anstieg des CPM jeweils auf der achten Nachkommastelle, Rückgang des MAPE auf der vierten Nachkommastelle). Es ergibt sich somit weder aus medizinischer, noch aus statistischer Perspektive ein Argument, das gegen ein Verschieben des Codes spräche.

6.5.2 Ergebnis

Der ICD-Kode M90.5- und die ihm untergeordneten ICD-Fünfsteller werden aus der DxG183 in die DxG185 verschoben. Die DxG185 wird umbenannt von „Aseptische Knochennekrose“ in „Knochennekrose“.

6.6 Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 7

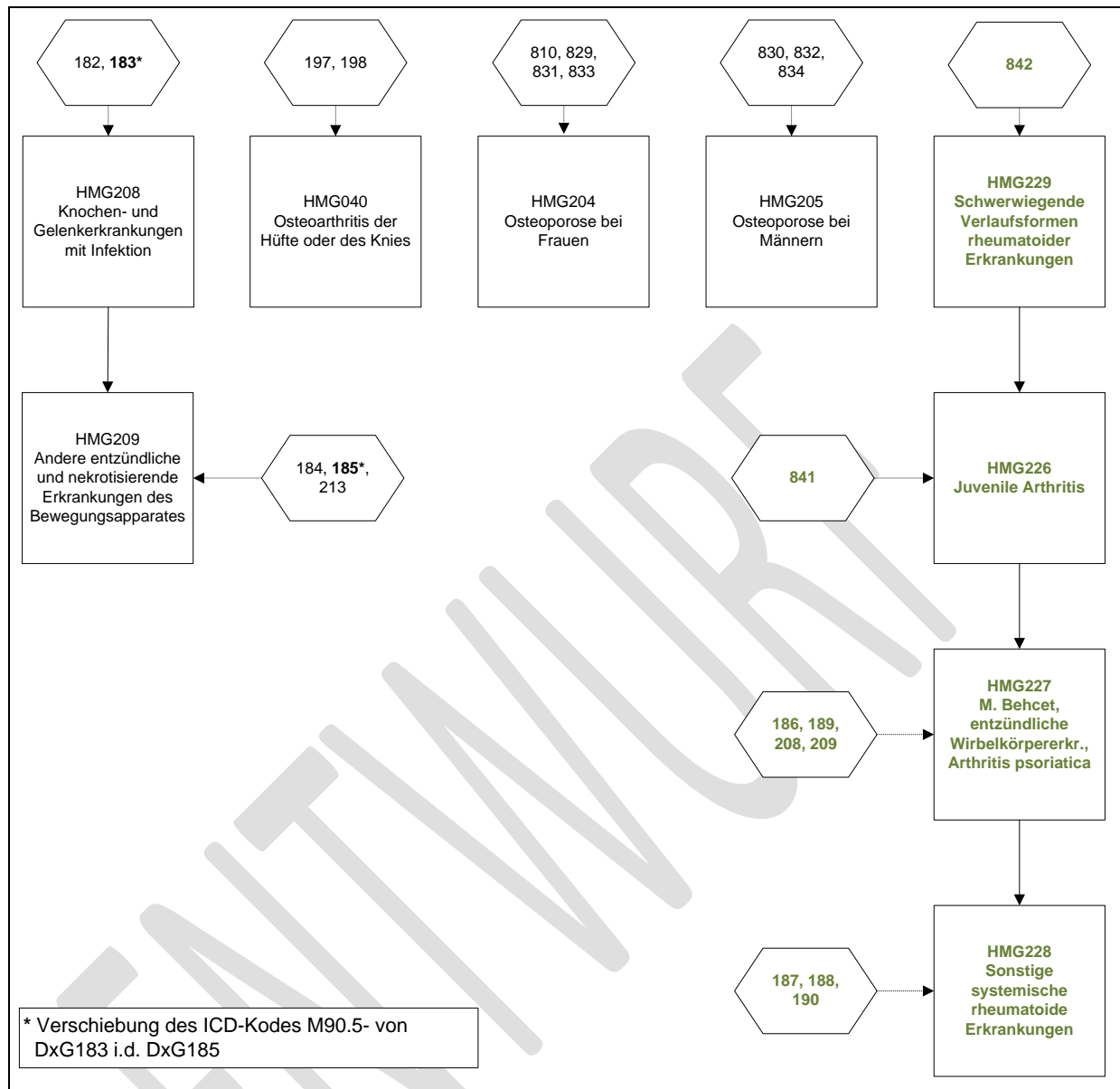
Auf Grundlage der oben dargestellten Ergebnisse werden die folgenden Modellanpassungen vorgeschlagen:

- Aus der **DxG188** werden die Diagnoseschlüssel der juvenilen Arthritis (M08.- [ausgenommen M08.1] und M09.-) herausgelöst. Die hier benannten Codes bilden die neue DxG841 mit der Bezeichnung „Juvenile Arthritis“. Die übrigen Codes verbleiben in der DxG188.
- Die DxGs der bisherigen HMG038, HMG206 und HMG207 werden neuen Zuschlagsgruppen zugeteilt.
 - Die neue **DxG841** wird fortan der **HMG226 („Juvenile Arthritis“)** zugeordnet.
 - Die **DxG186, DxG189, DxG208 und DxG209** bilden im neuen Klassifikationsmodell die **HMG227 („Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica“)**.

- Die **DxG187, DxG188 und die DxG190** laufen gemeinsam in die **HMG228 („Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen“)**.
- Über die Verwendung spezifischer Arzneimittelwirkstoffe (ATC-Fünfsteller: H02AB, H02BX, L01XC, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD, L04AX, M01CB, M01CC, M01CX, P01BA) wird eine **neue DxG842 („Schwerwiegende Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen“)** abgegrenzt. Diese wird immer dann belegt, wenn sich für einen Versicherten mit einer der oben genannten DxGs mindestens 183 Behandlungstage ermitteln lassen und mindestens eine spezifische Verordnung in eines der Diagnose-quartale fällt. Die DxG842 wird als einzige der **neuen HMG229 („Schwerwiegende Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen“)** zugeordnet.
- Die HMG229, HMG226, HMG227 und HMG228 stehen (in dieser Reihenfolge) in einer **strikten Hierarchiebeziehung**.
- Der **ICD-Kode M90.5-** („Knochennekrose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten“) und die ihm untergeordneten ICD-Fünfsteller werden aus der DxG183 („Osteomyelitis“) in die (umbenannte) **DxG185 („Knochennekrosen“)** verschoben.

Nach ausführlicher Diskussion der Ergebnisse mit dem Wissenschaftlichen Beirat in Sitzungen am 17. Juni und am 28. Juli 2011 wurden die Anpassungsvorschläge angenommen. Abbildung 3 fasst die Anpassungen in der Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ noch einmal grafisch zusammen.

Abbildung 3: Hierarchie 07 (Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems) nach Anpassung



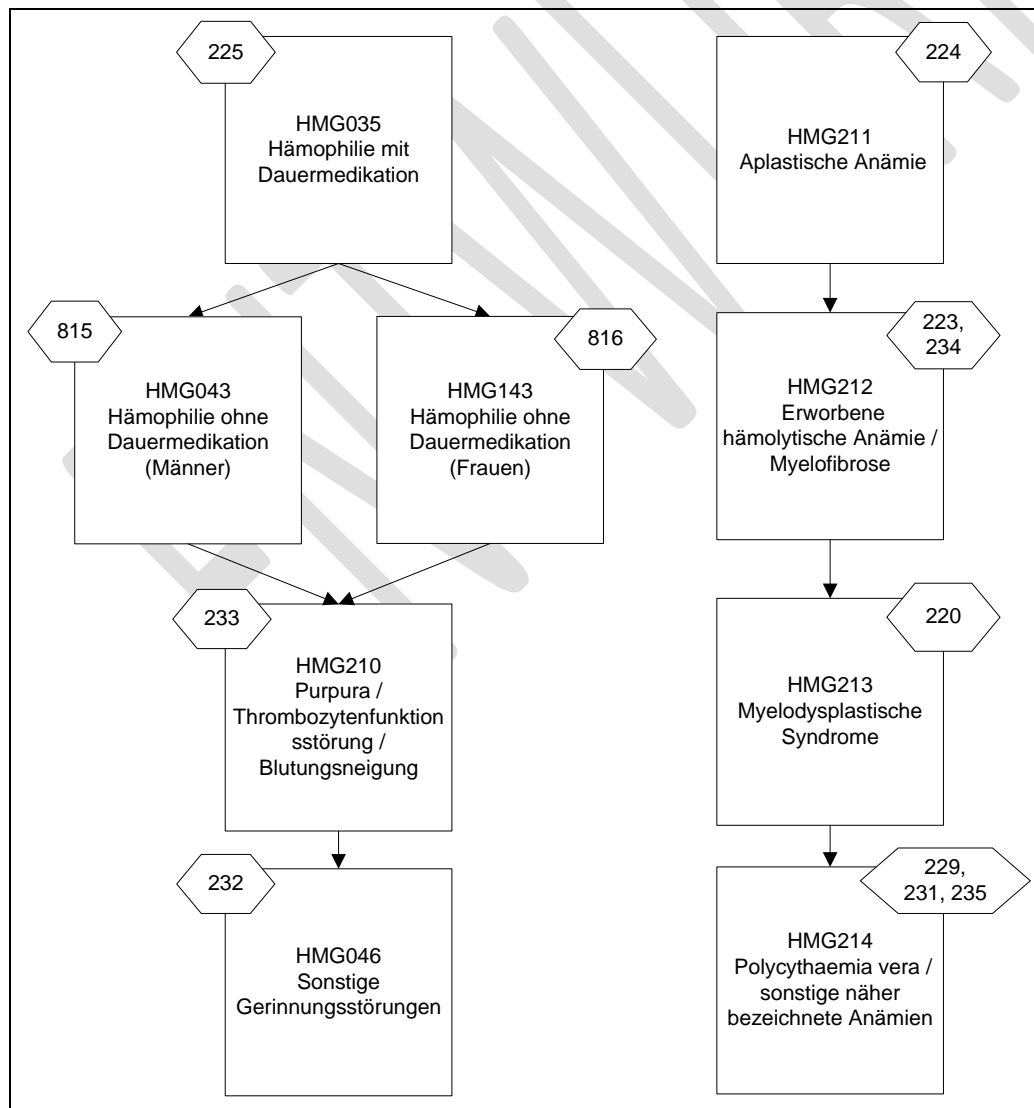
7 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

7.1 Hintergrund

7.1.1 Vorschläge

Die Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“ hat aufgrund der Veränderung der Krankheitsauswahl umfassende Anpassungen in der Festlegung des Klassifikationssystems für 2011 erfahren. Insbesondere wurde ein separater Hierarchiestrang für die Erkrankungen geschaffen, welche die Blutbildung betreffen. Ebenfalls neu aufgenommen wurden die Thrombozytenfunktionsstörungen, welche in den Hierarchiestrang der Erkrankungen der Blutgerinnung eingeordnet wurden (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Hierarchie 08 (Hämatologische Erkrankungen) im Ausgangsmodell



Vor diesem Hintergrund gab es im Anhörungsverfahren zu den Festlegungen des Klassifikationssystems 2012 verschiedene Anregungen.

1. KBV/BÄK regen an, die in 2010 aus Zeitmangel unterbliebene Untersuchung nachzuholen, ob die ICD D69.6- „Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet“ in der HMG210 eine geeignete Einordnung erfahren hat. Die Kritik zu diesem Vorgehen liege insbesondere in der Tatsache begründet, dass eine Kodierung als Zufallsbefund mit entsprechend regelmäßiger Kontrolle nicht ausgeschlossen werden könne, ohne dass dies zwingend mit entsprechenden Folgekosten verbunden sei.
2. KBV/BÄK regen weiterhin an, die mit der Krankheitsauswahl 2010 entfallenen ICD der Agranulozytosen D70.0 und D70.1- in die Krankheit „aplastische und sideroplastische Anämie“ zu verlegen und in der HMG211 zu berücksichtigen.
3. DAK regt an, für die idiopathische thrombozytopenische Purpura (D69.3-) das Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat“ mit einer Mindestanzahl von 183 BT einzuführen, da die Arzneimittelkosten dieser Erkrankung sich deutlich von den anderen ICD der HMG210 Purpura / Thrombozytenfunktionsstörung / Blutungsneigung abheben.
4. DAK regt des Weiteren an, kostenintensive Fälle sonstiger Gerinnungsstörungen in der HMG046 anhand einer Verordnung von 183 Behandlungstagen mit Faktorpräparaten vorzunehmen.
5. Im Nachgang zum Vorschlagsverfahren brachte der GKV-SV die Anregung ein, das für die DxG224 „Aplastische Anämie“ festgelegte Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ gänzlich aufzuheben, da eine stationäre Behandlung mit dieser Diagnose nicht zwingend angezeigt sei.

7.1.2 Vorläufige Bewertung

Bezüglich der vorgebrachten Vorschläge ist Folgendes festzuhalten:

1. Die von der KBV/BÄK angeregte Verschiebung der Agranulozytosen in die Krankheit der aplastischen und sideroplastischen Anämien ist eine Frage der Krankheitsauswahl. Da diese für das Klassifikationssystem 2012 ausgesetzt wurde, werden die damit verbundenen Untersuchungen an dieser Stelle nicht weiter verfolgt.
2. Die Einführung des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel obligat“ mit einer Grenze von mindestens 183 Behandlungstagen für die idiopathische thrombozytische Purpura wird abgelehnt, da Versicherte mit dieser Erkrankung bei ausreichend hohen Thrombozytenzahlen und geringer Blutungsneigung nicht zwingend mit Arzneimitteln therapiert werden müssen. Auch die Existenz von Fällen entsprechender Versicherter, denen bei fehlendem Ansprechen auf die medikamentöse Therapie die Milz entfernt werden muss, spricht gegen diesen Vorschlag.
3. Bezüglich des Vorschlags der DAK, kostenintensive Fälle der HMG046 über die Dauerergabe von Faktorpräparaten abzugrenzen, zeigt eine genauere Betrachtung der in

de HMG046 zusammengefassten ICD, dass diese auch Diagnosen enthalten, welche bei Vorliegen einer „Hemmkörperhämophilie“ üblicherweise vergeben werden. Da diese Fälle im Allgemeinen sehr kostenintensiv sein können, erscheint die Prüfung des entsprechenden Vorschlags sinnvoll.

4. Die Aufhebung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG224 „Aplastische Anämie“ wird aus medizinischer Sicht befürwortet, da diese auch in onkologischen Praxen behandelt werden kann. Gegeben, dass die Aufhebung dieses Aufgreifkriteriums allerdings eine Veränderung der Kostenschätzer zur Folge haben dürfte, ist die Überprüfung der sinnvollen Einordnung der HMG211 in den Hierarchiestrang zwingend erforderlich.
5. Die Anregung von KBV / BÄK, ob die ICD D69.6- eine sinnvolle Einordnung in die HMG210 erfahren haben, muss empirisch geklärt werden.

Da die Ausgestaltung der Aufgreifkriterien ggf. Auswirkungen auf die Ausgestaltung der übrigen Hierarchie hat, sind sämtliche Änderungen bei der Ausgestaltung der Aufgreifkriterien zu prüfen, bevor weitere Anpassungsschritte unternommen werden. Daher werden zunächst die Auswirkungen einer Aufhebung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ und der Abgrenzung kostenintensiver Fälle mit Gerinnungsstörungen geprüft. Im Anschluss wird die geeignete Gruppierung von Versicherten mit nicht näher bezeichneter Thrombozytopenie analysiert.

7.2 Aufhebung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG224 Aplastische Anämie

7.2.1 Untersuchung / Diskussion

Obwohl die aplastische Anämie eine schwerwiegende Tumorerkrankung des Knochenmarks ist, besteht keine zwingende stationäre Behandlungspflicht, da z.B. Patienten, die keine Knochenmarktransplantation erhalten können, symptomatisch und immunsuppressiv in onkologischen Praxen behandelt werden können. Dies trifft ebenso auf Kinder in den ersten Lebensjahren zu, die z.B. in Klinikambulanzen betreut werden können, bis ein Knochenmarkspender gefunden wurde. Daher wird das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" aufgehoben.

Um beurteilen zu können, welche Auswirkungen eine Aufhebung des Aufgreifkriteriums auf den Kostenschätzer der HMG211 „Aplastische Anämie“ hat, wurde diese in einem ersten Untersuchungsschritt aus dem Hierarchiestrang ausgegliedert und parallel zu diesem als erklärende Variable in der Regression verwendet. In einem Folgeschritt wurde die geeignete Einordnung in den Hierarchiestrang erneut geprüft.

7.2.2 Ergebnis

In Tabelle 15 werden die Auswirkungen der Aufhebung des Aufgreifkriteriums beschrieben. Dabei stehen zunächst die isolierten Auswirkungen auf die Höhe der Kostenschätzer im Fokus. Um den Effekt zu isolieren, wird die MG211 aus dem Hierarchiestrang gelöst und parallel neben diesen gestellt. Die Spalten MG0 beschreiben dabei den Zustand mit Beibehaltung der Anforderung einer stationären Diagnose für die Zuordnung zur HMG211, die Spalten MG1 jene mit Aufgabe des Aufgreifkriteriums. Es zeigt sich deutlich, dass diese Maßnahme zu einem starken Absinken des entsprechenden Kostenschätzers um ca. 3.000 Euro führt. Von daher stellt sich die Frage, ob die ursprüngliche Einordnung in den Hierarchiestrang immer noch angezeigt ist, oder ob nicht eine tiefere Einordnung angezeigt wäre. Dieser Frage wird in Tabelle 16 nachgegangen.

Tabelle 15: Auswirkungen der Aufhebung des Aufgreifkriteriums der DxG224 auf den Kostenschätzer der MG211

Variable	Inhalt	MG0		MG1	
		N	Beta	N	Beta
HMG035	Hämophile mit Dauermedikation	177	208.128,65 €	177	208.129,24 €
HMG043	Hämophilie ohne Dauermedikation (Männer)	326	14.701,68 €	326	14.701,16 €
HMG143	Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen)	323	2.484,43 €	323	2.495,00 €
HMG210	Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung	17.055	1.382,33 €	17.055	1.431,34 €
HMG046	Sonstige Gerinnungsstörungen	26.667	630,28 €	26.667	632,41 €
MG211	Aplastische Anämie	1.285	8.512,36 €	2.257	5.460,30 €
HMG212	Erworbene hämolytische Anämie / Myelofibrose	1.152	6.581,40 €	1.152	6.543,59 €
HMG213	Myelodysplastische Syndrome	1.572	4.134,10 €	1.572	3.926,64 €
HMG214	Polcythaemia rubra vera / sonstige näher bezeichnete Anämien	43.166	1.144,12 €	43.166	1.152,06 €


```

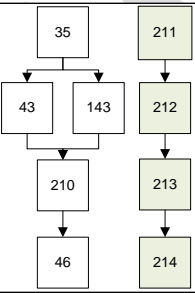
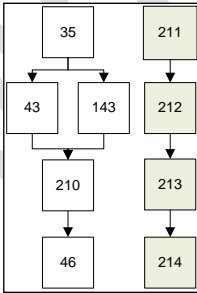
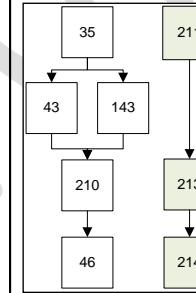
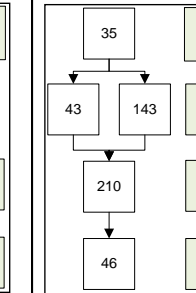
graph TD
    35 --> 43
    35 --> 143
    43 --> 210
    210 --> 46
    143 --> 212
    143 --> 211
    212 --> 213
    213 --> 214
    style 212 fill:#d9ead3
    style 211 fill:#d9ead3
    style 213 fill:#d9ead3
    style 214 fill:#d9ead3
    
```

Bei der Analyse einer geeigneten Einordnung der HMG211 werden dem Status quo drei Varianten gegenübergestellt:

1. M1: Aufhebung des Aufgreifkriteriums, keine Änderung der Hierarchieordnung
2. M2: Aufhebung des Aufgreifkriteriums, HMG211 und HMG212 werden zusammengelegt
3. M3: Aufhebung des Aufgreifkriteriums, HMG211 wird HMG212 untergeordnet.

Betrachtet man die Kennzahlen der einzelnen Modellausgestaltungen stellt man fest, dass alle drei Möglichkeiten mit einem deutlichen Verlust der Zielgenauigkeit einhergehen.

Tabelle 16: Geeignete Eingruppierung der HMG211 "Aplastische Anämie"

		Status quo		M1		M2		M3	
	R2	25,5450%		25,5189%		25,5182%		25,5182%	
	CPM	22,8422%		22,8333%		22,8327%		22,8316%	
	MAPE	1.846,2793 €		1.846,4908 €		1.846,5072 €		1.846,5330 €	
Variable	Inhalt	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta
HMG035	Hämophile mit Dauermedikation	177	208.128,88 €	177	208.129,08 €	177	208.128,97 €	177	208.128,78 €
HMG043	Hämophilie ohne Dauermedikation (Männer)	326	14.702,79 €	326	14.704,75 €	326	14.703,07 €	326	14.700,27 €
HMG143	Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen)	323	2.494,57 €	323	2.504,80 €	323	2.505,71 €	323	2.507,34 €
HMG210	Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung	17.055	1.390,65 €	17.055	1.452,06 €	17.055	1.457,50 €	17.055	1.465,82 €
HMG046	Sonstige Gerinnungsstörungen	26.667	630,70 €	26.667	634,76 €	26.667	634,68 €	26.667	634,46 €
HMG211	Aplastische Anämie	1.285	9.349,81 €	2.257	6.213,78 €	3.345	5.951,57 €	2.193	5.476,19 €
HMG212	Erworbene hämolytische Anämie / Myelofibrose	1.114	6.225,42 €	1.088	5.422,96 €	0	0,00 €	1.152	6.832,90 €
HMG213	Myelodysplastische Syndrome	1.494	4.106,26 €	1.398	3.951,18 €	1.398	3.948,84 €	1.398	3.945,07 €
HMG214	Polcythaemia rubra vera / sonstige näher bezeichnete Anämien	42.711	1.133,05 €	42.604	1.108,44 €	42.604	1.107,29 €	42.604	1.105,38 €
									

Nichtsdestotrotz stellt die ursprüngliche Einordnung (M1) nach wie vor die beste Möglichkeit zur Abbildung dieser schweren Krankheit dar. An der Einordnung der HMG211 in der Hierarchie sollte von daher keine Änderung vorgenommen werden. Modell M1 bildet die Basis für weitere Analysen dieses Kapitels.

7.3 Berücksichtigung sonstiger Gerinnungsstörungen mit Faktorpräparaten

7.3.1 Diskussion

Die geeignete Abgrenzung kostenintensiver Fälle, welche derzeit in der HMG046 „Sonstige Gerinnungsstörungen“ abgebildet sind, war in den vergangenen Anpassungszyklen in anderer Form schon einmal thematisiert worden. Insbesondere war von der DAK und AOK-BV im letzten Jahr der Vorschlag gemacht worden, für einzelne kostenintensive ICD-Kodes der DxG232 „Störungen der Blutgerinnung, exkl. angeborener Faktor VIII und Faktor IX-Mangel“ anhand spezifischer Arzneimittel eine Schweregraddifferenzierung durchzuführen. Aufgrund der geringen Fallzahlen betroffener Versicherte wurde eine weitergehende Schweregraddifferenzierung für diese Versicherten jedoch im letzten Jahr verworfen.

Recherchen des BVA haben inzwischen ergeben, dass kostenintensive Fälle mit Hemmkörperhämophilie zum Teil mit ICD-Schlüsseln der DxG232, u.a. mit den Kodes D68.3, D68.8 sowie D68.9, kodiert werden. Aufgrund dessen wurde der neu eingebrachte Vorschlag von DAK einer Bewertung unterzogen. Da allerdings für diese Versicherten eine Verordnung jener Hämophilie-Präparate nicht ausgeschlossen werden kann, welche im Datensatz nur über die Pseudo-PZN ‚9999901‘ gemeldet sind, wird grundsätzlich die Prüfung einer möglichen Schweregraddifferenzierung nur analog der für die DxG225 „Hämophilie mit Dauermedikation“ geltenden Regelung ausgestaltet.

7.3.2 Ergebnis

Um eine Übersicht über die Anzahl möglicher Betroffener zu gewinnen, wurden zunächst jene Versicherten mit Verordnungen des ATC-Fünfstellers ‚B02BD‘ bzw. der Pseudo-PZN ‚9999901‘ identifiziert. Für diese Versicherten wurde weiterhin die Information gewonnen, welche Diagnosen aus dem Bereich der Blutgerinnungsstörungen vorlagen. Ohne weitere Einschränkungen an die Anforderungen bezüglich der verordneten Mengen (Anzahl Verordnungsquartale, Behandlungstage) wurde festgestellt, dass die Anzahl der betroffenen Versicherten in der Stichprobe gering ist. Von den 78 Versicherten, welche entsprechende Verordnungen und eine Diagnose des ICD-Dreistellers D68 aufwiesen, hatten 48 Versicherte zusätzlich eine Diagnose, welche sie bei bestandener Arzneimittelprüfung zu dem Zuschlag der HMG035 *Hämophilie mit Dauermedikation* ohnehin berechtigt. Im Vergleich der Gesamt-

kosten wiesen jene 48 Versicherten mit einer zusätzlichen Diagnose aus der HMG035 durchschnittlich 140.118 Euro und einen Kosten-Median von 102.688 Euro auf, wohingegen jene 30 Versicherten ohne eine Diagnose der HMG035 „nur“ durchschnittliche Kosten in Höhe von ca. 32.000 Euro und einen Kosten-Median in Höhe von ca. 8.000 Euro aufwiesen. In Anbetracht der geringen betroffenen Fallzahlen, welche die Mindestanforderungen für die Schaffung einer eigenen HMG nicht erreichen, und der knappen zur Verfügung stehenden Zeit wurde die weitere Analyse des Vorschlags deshalb nicht weiterverfolgt.

7.4 Prüfung einer geeigneten Einordnung der nicht näher bezeichneten Thrombozytopenie D69.6-

7.4.1 Untersuchung

Um die Einordnung der „nicht näher bezeichneten Thrombozytopenie“ zu überprüfen, wurden die Diagnosen des ICD-Vierstellers D69.6 aus der DxG233 herausgelöst und neben der bisherigen HMG210 in die Hierarchie gestellt. Die Dominanzbeziehung der HMG035, HMG043 und HMG143 wurde auch auf diese Versicherten implementiert (siehe Modell M4 in Tabelle 17). Sowohl die Entwicklung der Kostenschätzer als auch die Veränderung der Kennzahlen zeigen, dass es sich bei den betreffenden Versicherten tatsächlich um Fälle handelt, die deutlich günstiger als die übrigen in der DxG233 aufgegriffenen Versicherten sind. Da der Kostenschätzer der Versicherten mit D69.6- in der Nähe des Schätzers der HMG046 liegt, wird eine Einordnung der entsprechenden Versicherten in die HMG046 vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Entwicklungsschritts finden sich in der Spalte M5.

Tabelle 17: Ergebnisse einer Umgruppierung der nicht näher bezeichneten Thrombozytopenie (D69.6-)

		M1		M4		M5	
	R2	25,5189%	-0,0261%	25,5239%	-0,0211%	25,5228%	-0,0222%
	CPM	22,8333%	-0,0088%	22,8353%	-0,0069%	22,8352%	-0,0070%
	MAPE	1.846,4908 €	0,2115 €	1.846,4451 €	0,1658 €	1.846,4457 €	0,1664 €
Variable	Inhalt	N	Beta	N	Beta	N	Beta
HMG035	Hämophile mit Dauermedikation	177	208.129,08 €	177	208.128,01 €	177	208.127,26 €
HMG043	Hämophilie ohne Dauermedikation (Männer)	326	14.704,75 €	326	14.706,86 €	326	14.706,18 €
HMG143	Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen)	323	2.504,80 €	323	2.506,86 €	323	2.506,77 €
HMG210	Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung	17.055	1.452,06 €	9.473	1.952,33 €	9.473	2.045,47 €
D696	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet			7.963	826,38 €		
HMG046	Sonstige Gerinnungsstörungen	26.667	634,76 €	27.250	623,50 €	33.549	659,10 €
MG211	Aplastische Anämie	2.257	6.213,78 €	2.257	6.136,11 €	2.257	6.166,63 €
HMG212	Erworbene hämolytische Anämie / Myelofibrose	1.088	5.422,96 €	1.088	5.408,64 €	1.088	5.425,75 €
HMG213	Myelodysplastische Syndrome	1.398	3.951,18 €	1.398	3.959,15 €	1.398	3.985,60 €
HMG214	Polcythaemia rubra vera / sonstige näher bezeichnete Anämien	42.604	1.108,44 €	42.604	1.086,59 €	42.604	1.086,59 €

Gegenüber dem Modell M1 verbessern sich alle drei Kennzahlen. Insbesondere MAPE sinkt um 5 Cent. Die Fehlzugeweisungen mit diesem Schritt werden spürbar verringert. Die erwarteten Kosten der HMG210 steigen von ca. 1.450 Euro um 600 Euro auf ca. 2.050 Euro. Die erwarteten Kosten der HMG046 hingegen steigen nur unwesentlich. Aufgrund der empirischen Ergebnisse wird der entsprechende Vorschlag der KBV / BÄK befürwortet.

7.5 Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 8

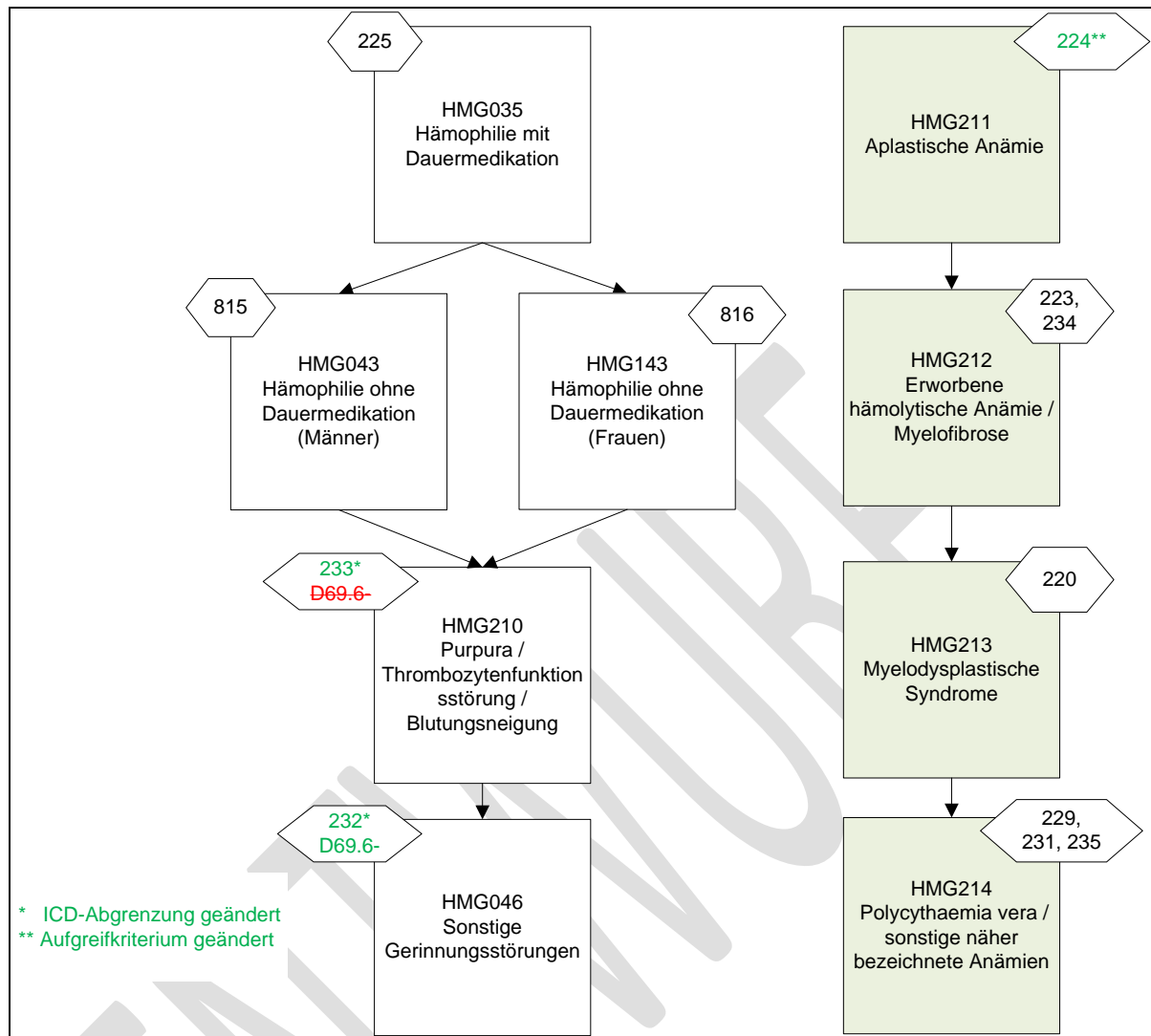
Nach Abschluss der bisherigen Analysen werden die folgenden Veränderungen für die Hierarchie der hämatologischen Erkrankungen vorgeschlagen:

1. Das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die DxG224 „Aplastische Anämie“ wird aufgehoben. Die bisherige Struktur der Hierarchie bleibt erhalten.
2. Die ICD D69.6, D69.60 und D69.61 werden von DxG233 in die DxG232 verlagert.

Nach ausführlicher Diskussion der Ergebnisse mit dem Wissenschaftlichen Beirat in Sitzungen am 17. Juni und am 28. Juli 2011 wurden die Anpassungsvorschläge angenommen.

Die Hierarchie erhält nach der Anpassung die in Abbildung 5 zusammengefasste Struktur.

Abbildung 5: Anpassungsvorschlag für die Hierarchie 8 ("Hämatologische Erkrankungen")



8 Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“

8.1 Hintergrund und eingebrachte Vorschläge

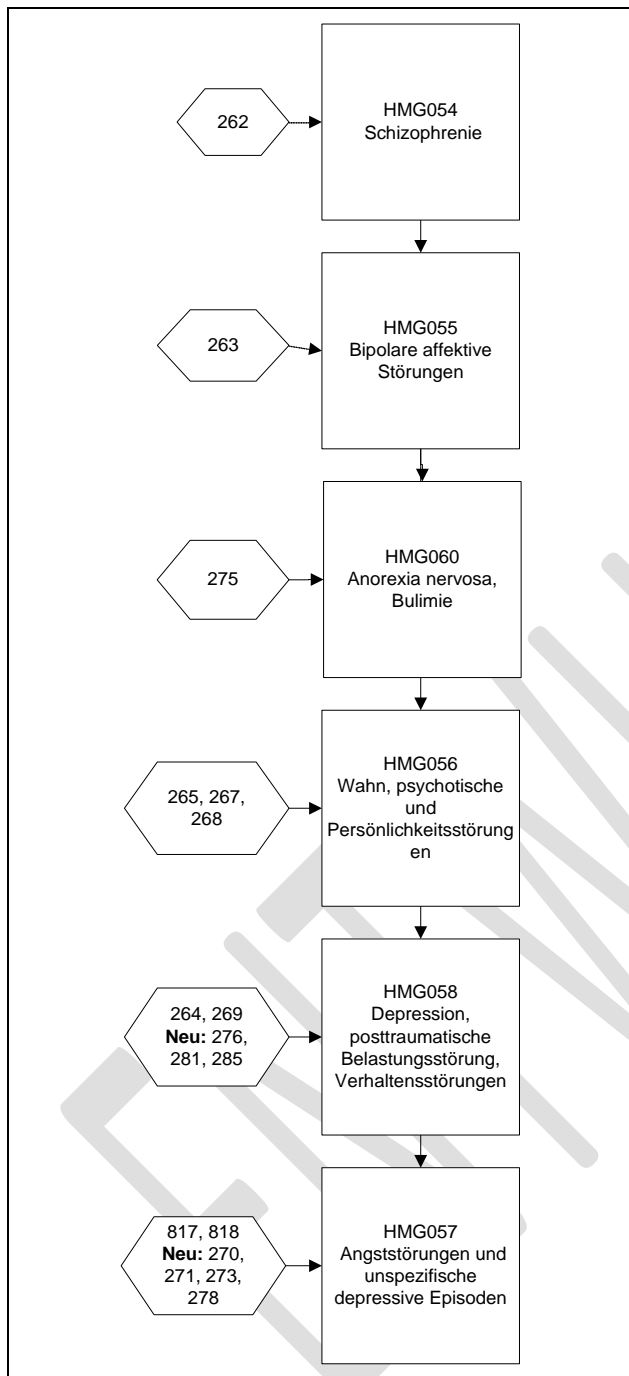
Die Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ hat seit der ersten Festlegung für das Klassifikationssystem für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wiederholt Anpassungen erfahren. Zuletzt wurden 2010 folgende Anpassungen getroffen:

- Die DxG275 „Bulimie/Anorexia nervosa“ wurde in die neu definierte HMG060 mit gleichem Namen ausgelagert und zwischen HMG055 „Bipolare affektive Störungen“ und HMG056 „Psychosen, psychotische und dissoziative Störungen“ in den Hierarchiestrang eingegliedert.
- Die durch die Krankheitsauswahl 2011 neu aufgenommenen Dx-Gruppen 276 „Posttraumatische Belastungsstörungen“, 281 „Sonstige Essstörungen“ und 285 „Sonstige Verhaltensstörungen“ wurden in die HMG058 eingeordnet und der Name der HMG entsprechend angepasst.
- Die Dx-Gruppen 270 „Panikstörung/Panikattacken“, 271 „Generalisierte Angststörungen“, 273 „Phobische Störungen“ und 278 „Andere und nicht näher bezeichnete Angstzustände“ wurden in die HMG057 eingeordnet und der Name entsprechend angepasst.

Die damals neu gestaltete Hierarchie erhielt die in Abbildung 6 zusammengefasste Form.

Eine Überprüfung, ob eine Umgruppierung bestimmter unspezifischer ICD-Kodes aus DxG263 („Bipolare affektive Störungen“) in eine andere DxG angemessen wäre sowie die Beantwortung der Frage nach einer Ausweitung der Arzneimittelprüfungen für bestimmte Dx-Gruppen unterblieben aus Zeitgründen.

Abbildung 6: Hierarchie 11 im Ausgangsmodell (Psychische Erkrankungen)



Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das Klassifikationssystem 2012 etliche Vorschläge zur Verbesserung der Hierarchie von den Beteiligten eingebracht.

1. KBV /BÄK reichte zwei Vorschläge ein:

- a. Ausgruppierung der ICD F34.1 „Dysthymie“, bisher in DxG264, und F32.0 „leichte Depression“ bisher in DxG269 aus ihren jeweiligen DxG und Eingruppierung in die DxG818, da diese Codes eher ICD für die „leichten“ Depressionen seien.

- b. KBV/BÄK schlagen weiterhin vor, die ICD Z73 „Burn Out“, F90.0 „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ und F91.1 „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ in die Krankheitsauswahl aufzunehmen und entsprechenden Gruppen zuzuordnen.
2. Die BPtK machte fünf Anmerkungen/Vorschläge:
- a. Ausgruppierung der unspezifischen ICD F30.8, F30.9 (sonstige manische Störungen), F31.8, F31.9 (sonstige bipolare Störungen), F34.8, F34.9 (sonstige affektive Störungen) aus der DxG263 „Bipolare affektive Störungen“ (HMG055) und Eingruppierung in die HMG057 „Angststörungen und unspezifische depressive Episoden“ und Anpassung des entsprechenden Namens.
 - b. Ausgruppierung der unspezifischen ICD F40.8, F40.9 (sonstige phobische Störungen) aus der DxG273 „Phobische Störungen“ in die DxG278 „Andere und nicht näher bezeichnete Angststörungen“ und Eingruppierung an geeigneter Stelle.
 - c. Erneute Überprüfung der DxGruppen 270 „Panikstörung“, 271 „generalisierte Angststörung“ und 273 „Phobische Störungen“ auf Kostenhomogenität.
 - d. Ablehnung jeglicher obligatorischer Arzneimittelprüfungen für die DxG264 „(Schwere) depressive Episoden“, da bei mittelgradigen und schweren akuten Depressionen eine Pharmakotherapie nicht zwingend angezeigt ist.
 - e. Umbau der Hierarchie in ein System mit zwei Hierarchiesträngen: 1. einen Strang mit „psychotischen Störungen“ mit HMGs 054, 055 und 056 sowie 2. einen Strang mit „sonstigen psychischen Erkrankungen“ in den HMGs 057, 058 und 060.

8.1.1 Vorläufige Bewertung der Vorschläge

Da die Vorschläge an verschiedener Stelle der Klassifikation einsetzen, ist eine vorläufige Bewertung für ein strukturiertes Abarbeiten unabdingbar. Dies betrifft zunächst eine Entscheidung bezüglich der Aufgreifkriterien, dann der grundsätzlichen Struktur der Hierarchie und zu guter Letzt die Entscheidung zur Umgruppierung einzelner ICD.

Dabei erscheint die Position der BPtK bezüglich der Arzneimittelprüfung der DxG264 plausibel, da in dieser DxG neben ICD für schwere depressive Episoden auch solche für leichte und mittelgradige Episoden enthalten sind. Diese können allerdings leitliniengerecht mit Pharmakotherapie oder Psychotherapie behandelt werden, so dass keine obligate Pharmakotherapie für diese DxG gefordert werden kann.

Des Weiteren beziehen sich die Vorschläge von KBV/BÄK bezüglich der Aufnahme weiterer ICDs auf die Krankheitsauswahl. Da die Krankheitsauswahl für die Durchführung der Evaluation des Jahresausgleichs ausgesetzt wurde, können sämtliche diesbezüglichen Vorschläge

erst im Rahmen der nächsten Überprüfung der Krankheitsauswahl inhaltlich bewertet werden.

Die verbleibenden Vorschläge erfordern ein mehrstufiges Verfahren zur empirischen Bewertung der einzelnen Punkte. Eine Überprüfung der Sinnhaftigkeit der Ausgliederung einzelner ICD-Schlüssel aus ihren bisherigen Dx-Gruppen ist dabei der Ausgangspunkt für weitere empirische Analysen. Anschließend ist die Frage der Neuordnung der Hierarchie zu klären.

8.2 Voruntersuchungen auf Ebene der Dx-Gruppen

8.2.1 Untersuchung / Diskussion

Da die Vorschläge zur Ausgliederung einzelner ICD-Kodes aus ihren ursprünglichen Dx-Gruppen schon weit oben in der Hierarchie beginnen, wird eine Analyse auf Basis einer Dx-Gruppenzerlegung benötigt, um die Kostenhomogenität der einzelnen Gruppen besser beurteilen zu können. Zu diesem Zweck wurde eine Regression über die einzelnen Dx-Gruppen anstelle der HMG der entsprechenden Hierarchie durchgeführt. Für die anderen Risikofaktoren (AGG, EMG, KEG und HMG anderer Hierarchien) wurde kontrolliert. Des Weiteren wurde eine weitere Regression über die Dx-Gruppen, aus denen die unspezifischen ICD ausgegliedert wurden, durchgeführt. Zu diesem Zweck wurde die Abgrenzung der einzelnen Gruppen wie folgt vorgenommen:

Tabelle 18: Gruppenabgrenzung für die Ausgruppierung einzelner ICD für die DxG-Zerlegung

Alte DxG	Neue Gruppe	Inhalt
263	263_s	Spezifische ICD der bipolare affektiven Störungen
263	F30_u	Sonstige manische Störungen
263	F31_u	Sonstige bipolare Störungen
263	F34_u	Sonstige affektive Störungen
264	264_s	Schwere depressive Episoden ohne Dysthymie
264	F341	Dysthymie
269	F321	Mittelgradige depressive Episode
269	F320	Leichte depressive Episode
273	273_u	Spezifische phobische Störungen
273	F40_u	Sonstige phobische Störungen

Die obligatorische Arzneimittelprüfung für die unspezifischen ICD-Kodes der ursprünglichen DxG263 *Bipolare Störungen* wurde vorerst beibehalten. Allerdings ist die Bewertung der Kostenschätzer mit Vorsicht zu genießen, da zwischen einzelnen Gruppen der Hierarchie 11 nicht zu vernachlässigende Korrelationen auftreten.

8.2.2 Ergebnis

Die Ergebnisse der Dx-Gruppen-Zerlegung lassen sich der Tabelle 19 entnehmen. Folgende Zwischenergebnisse lassen sich nach Abwägung von Regressionskoeffizienten und Korrelationskoeffizienten festhalten:

1. Eine Ausgruppierung der unspezifischen ICD erscheint sinnvoll im Falle der DxG263 und im Falle der Dysthymie aus DxG264. Allerdings erscheint die Eingruppierung der unspezifischen bipolaren, affektiven und manischen Störungen in die HMG057 in Betracht ihrer Kostenschätzer nicht angezeigt. Eine geeignete Eingruppierung ist dementsprechend zu prüfen.
2. Eine Ausgruppierung der unspezifischen ICD aus DxG273 ist nicht sinnvoll, wenn die bisher in HMG057 zusammengefassten DxGruppen auch weiterhin nur in einer HMG bleiben. Die Sinnhaftigkeit einer Ausgruppierung wäre dann zu prüfen, wenn die bisher in HMG057 zusammengefasste Morbidität aus Gründen der Kostenhomogenität alternativ ausgestaltet würde.
3. Eine Trennung der leichten depressiven Episode von der mittelgradigen depressiven Episode aus DxG269 ist nach Betrachtung der Kostenschätzer und unter Einbeziehung der Korrelation von 3% zwischen den Gruppen nicht notwendig.

Auffällig ist des Weiteren, dass der Kostenschätzer für die DxG818 „Sonstige depressive Episoden“ überraschend hoch ist im Vergleich zu den weiteren „unspezifischen“ Dx-Gruppen der HMG057. Bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass in dieser Gruppe neben den ICD F32.8 „Sonstige depressive Episoden“ und F32.9 „Depressive Episode, nicht näher bezeichnet“ auch der ICD F41.2 „Angst und depressive Störung gemischt“ enthalten ist. Sollte eine Umgestaltung der HMG057 im Sinne einer Aufsplittung nach Kostenhomogenität sinnvoll sein, wäre auch hier zu prüfen, ob die Einordnung des F41.2 an anderer Stelle sinnvoller ist.

Tabelle 19: : Ergebnisse der Dx-Gruppen-Zerlegung

HMG im Status quo			<u>DxG-Zerlegung ohne Ausgliederung unspezifischer ICD</u>			<u>DxG-Zerlegung mit Ausgliederung spezifischer ICD</u>		
			R2			25,5903%		
			CPM			22,9025%		
			MAPE			1.844,8357 €		
	DxG	Inhalt	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	262	DXG262: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	18.273	3.918,00 €	0,0000	18.273	3.914,23 €	0,0000
HMG055	263	DXG263: Bipolare affektive Störungen	7.909	1.819,75 €	0,0000			
	263 - spezifische ICD	spezifische ICD der bipolaren affektive Störungen m2q+AZ oder stationär				5.566	1.745,58 €	0,0000
	F30.8, F30.9	sonstige manische Störungen - validierte unspezifische ICD der DxG263				568	1.265,46 €	0,0000
	F31.8, F31.9	sonstige bipolare Störungen - validierte unspezifische ICD der DxG263				2.824	1.065,14 €	0,0000
	F34.8, F34.9	sonstige affektive Störungen - validierte unspezifische ICD der DxG263				705	978,11 €	0,0000
HMG060	275	Anorexia nervosa / Bulimia nervosa	4.623	1.377,09 €	0,0000	4.623	1.375,72 €	0,0000
HMG056	265	DXG265: Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn	5.099	648,93 €	0,0000	5.099	653,68 €	0,0000
	267	Reaktive und andere / nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose / akute vorübergehende psychotische Störung	16.886	1.006,92 €	0,0000	16.886	1.001,03 €	0,0000
	268	Persönlichkeitsstörungen und dissoziative Störungen	36.514	1.152,53 €	0,0000	36.514	1.143,73 €	0,0000
HMG058	264	Schwere depressive Episoden / rezidivierende depressive Störungen (Major Depression)	103.668	756,80 €	0,0000			
	264 - spezifische ICD	DxG264: Schwere depressive Episoden ohne Dysthymie, m2q oder stationär, 1 - ja, 0 - nein				82.028	826,37 €	0,0000
	F34.1	Dysthymie				30.714	267,84 €	0,0000
	269	Leichte oder mittelgradige depressive Episoden	69.357	720,31 €	0,0000			
	F32.1	DxG269: mittelgradige depressive Episoden,				54.065	689,39 €	0,0000
	F32.0	Leichte depressive Episode				18.651	692,83 €	0,0000
	276	Posttraumatische Belastungsstörungen	8.680	1.153,80 €	0,0000	8.680	1.139,83 €	0,0000
	281	Sonstige Essstörungen	6.406	849,13 €	0,0000	6.406	847,12 €	0,0000
HG057	285	Sonstige Verhaltensstörungen	1.487	746,84 €	0,0000	1.487	738,13 €	0,0000
	270	Panikstörung / Panikattacken	23.372	443,01 €	0,0000	23.372	430,75 €	0,0000
	271	Generalisierte Angststörungen	28.054	291,32 €	0,0000	28.054	290,88 €	0,0000
	273	Phobische Störungen	22.641	187,58 €	0,0000			
	273 - spezifische ICD	DxG273: spezifische ICD der phobischen Störungen, m2q oder stationär, 1 - ja, 0 - nein				13.681	335,45 €	0,0000
	F40.8, F40.9	sonstige phobische Störungen - unspezifische ICD der DxG273, 1 - ja, 0 - nein				9.832	30,72 €	0,5842
	278	Andere und nicht näher bezeichnete Angstzustände	34.800	267,90 €	0,0000	34.800	269,83 €	0,0000
	817	Sonstige, nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störungen	36.067	351,99 €	0,0000	36.067	348,25 €	0,0000
	818	Sonstige depressive Episoden	237.922	499,72 €	0,0000	237.922	501,99 €	0,0000

8.3 Neugestaltung der Hierarchie

8.3.1 Untersuchung

Grundsätzlich ist zu erwägen, ob eine Aufteilung der Hierarchie in ein System mit mehreren Hierarchiesträngen aus medizinischer Sicht zu begründen ist. Eine Beurteilung der einzelnen Morbiditätsgruppen ergibt, dass die Erwägung der medizinischen Aspekte eine grundsätzliche Einteilung in drei Hierarchiestränge nahelegt: einen Strang der psychotischen Erkrankungen „Schizophrenie und Wahn“, einen Strang der „Ess- und Verhaltensstörungen“ und einen Strang der affektiven Erkrankungen „Depression und Angststörungen“. Die Ergebnisse der Dx-Gruppen-Zerlegung stellen die Basis für eine Untersuchung der Neugestaltung der Hierarchie dar.

Ausgehend von dem Modellvorschlag der BPtK wird eine Weiterentwicklung zu einem Drei-Strang-Modell untersucht. Am Resultat dieser Modellentwicklung, wird letztendlich weiterer Feinschliff aufgrund möglicher ICD-Umgruppierungen betrieben.

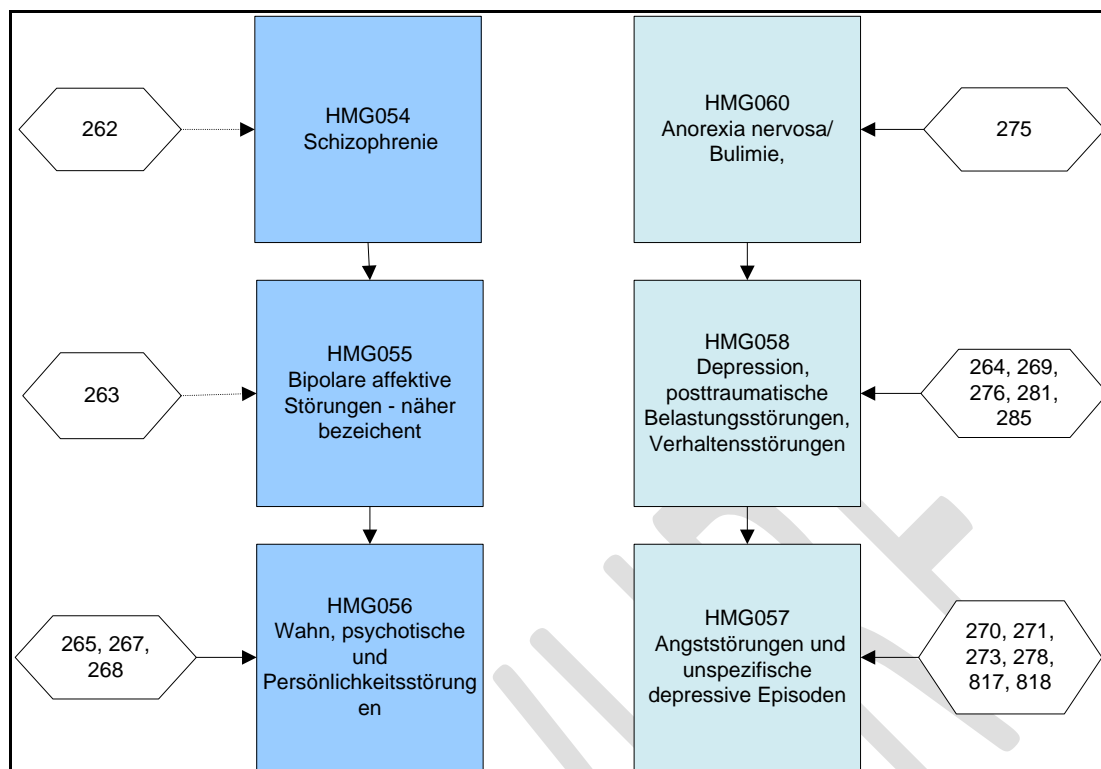
8.3.2 Untersuchung des BPtK-Vorschlags: Hierarchiemodell mit zwei Strängen

Der Vorschlag der BPtK sieht zwei Hierarchiestränge vor:

1. Psychotische Erkrankungen mit
 - a. HMG054 Schizophrenie dominiert
 - b. HMG055 bipolare affektive Störungen dominiert
 - c. HMG056 Wahn und psychotische Persönlichkeitsstörungen
2. Andere psychische Erkrankungen mit
 - a. HMG060 Bulimie/Anorexia nervosa dominiert
 - b. HMG058 Depression, posttraumatische Belastungsstörung dominiert
 - c. HMG057 Angststörungen und unspezifische depressive Episoden

Eine graphische Zusammenfassung des Vorschlags wird in Abbildung 7 wiedergegeben. Die empirischen Ergebnisse der Analyse werden in Tabelle 20 zusammengefasst.

Abbildung 7: Hierarchiegestaltung gemäß BPtK-Vorschlag



Ein Blick auf die Kennzahlen des Modells verrät, dass es grundsätzlich ein gutes Ausgangsmodell zur Weiterentwicklung der Hierarchie darstellt. Alle relevanten Kennzahlen verbessern sich deutlich. Auch die Kostenabstände zwischen den HMG innerhalb der Hierarchien zeigen eine scharfe Abgrenzung zwischen den Morbiditätsgruppen. Eine größere Zielgenauigkeit wird erreicht.

Tabelle 20: Kennzahlen zum Neugestaltungsvorschlag der BPtK

		<u>Status quo</u>			<u>Zwei Stränge - Version BPtK</u>		
R²		25,5450%			25,5868%	0,0419%	
CPM		22,8422%			22,8595%	0,0173%	
MAPE		1.846,2793 €			1.845,8648 €	-0,4145 €	
Variable	Inhalt bisher	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	Schizophrenie	18.273	4.914,92 €	<0,001	18.273	4.595	<0,001
HMG055	Bipolare affektive Störungen	6.248	3.100,84 €	<0,001	6.248	2.367	<0,001
HMG056	Wahn, psychotische und Persönlichkeitsstörungen	44.518	1.721,47 €	<0,001	45.445	1.192	<0,001
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie	4.488	2.408,03 €	<0,001	4.623	2.260	<0,001
HMG058	Depression, posttraumatische Belastungsstörungen, Verhaltensstörungen	136.352	1.220,12 €	<0,001	158.912	1.235	<0,001
HMG057	Angststörungen und unspezifische depressive Störungen	197.578	575,19 €	<0,001	210.180	546	<0,001

Dennoch stellt sich die Frage, ob eine Weiterentwicklung des BPtK-Vorschlags möglich ist. Dies soll im Folgeabschnitt näher beschrieben werden.

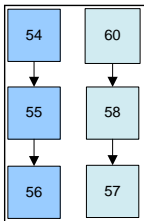
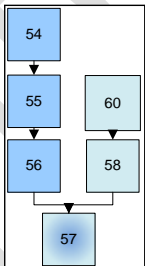
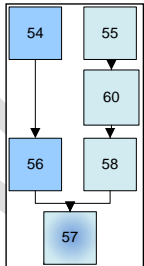
8.3.3 Weiterentwicklung des BPtK-Vorschlags

Zieht man eine Weiterentwicklung des Zwei-Strang-Modells, welches von der BPtK vorgeschlagen wurde, in Betracht, spielen die folgenden Überlegungen eine Rolle: Da ein Strang für psychotische Erkrankungen gebildet wird, gilt es sicherzustellen, dass in diesem psychotische Erkrankungen strukturiert abgebildet werden. Unter psychotischen Erkrankungen versteht man i.d.R. jene schweren seelischen Störungen, bei denen zeitweilig ein weitgehender Realitätsverlust vorliegt oder die Fähigkeit, sich üblichen Lebensanforderungen zu stellen, verloren gegangen ist. Sie sind deshalb über eigene „Einsicht“ bzw. eine reine Willensanstrengung des betroffenen Patienten nicht in den Griff zu bekommen. Folglich sind diese nicht ausschließlich mit psychotherapeutischen Maßnahmen behandelbar. Betrachtet man die in den DxG263 „Bipolare affektive Störungen“ und DxG268 „Persönlichkeitsstörungen“ zusammengefassten ICD-Kodes, lässt sich festhalten, dass die DxG268 aus medizinischer Perspektive den psychotischen Erkrankungen nicht zuzuordnen ist. Bezüglich der DxG263 kann man festhalten, dass sich in dieser sowohl ICD-Kodes mit psychotischen als auch ohne explizite psychotische Symptome befinden. Prinzipiell wäre eine Zuordnung der DxG263 in einen Strang mit anderen affektiven psychischen Erkrankungen aus medizinischer Sicht möglich.

Des Weiteren gilt es das Modell so auszugestalten, dass für Kassen keine weiteren Anreize gesetzt werden, auf das Kodierverhalten der Ärzte einzuwirken, und somit die Anzahl der gleichzeitig erreichbaren Zuschläge begrenzt bleibt.

Deshalb soll im Folgenden zunächst geprüft werden, wie sich eine Änderung der Dominanzbeziehungen zwischen den zwei Strängen auswirkt, insofern dass die HMG057 „Angststörungen und unspezifische depressive Episoden“ von beiden Strängen dominiert wird. Aufbauend auf diesen Ergebnissen werden die Auswirkungen einer Umgruppierung der HMG055 „Bipolare affektive Störungen“ in den Strang, in welchem sich die weiteren affektiven psychischen Erkrankungen befinden, untersucht. Da die HMG055 sowohl im Status quo als auch im zwei Strang-Modellvorschlag der BPtK einen verhältnismäßig hohen Zuschlag erreicht, soll in der entsprechenden Untersuchung die HMG055 die HMG060 „Bulimie / Anorexia nervosa“ dominieren. Die Ergebnisse der Analyse sind der Tabelle 21 zu entnehmen. Die HMG, welche dem Strang der psychotischen Erkrankungen zugerechnet werden, sind in dunkelblau hinterlegt, jene welche dem Strang der affektiven Störungen, Ess- und Verhaltensstörungen zugerechnet werden in hellblau. Hinter den absoluten Kennzahlen R^2 , CPM und MAPE sind jeweils die Veränderungen derselben zum Status quo ausgewiesen.

Tabelle 21: Ergebnisse der Weiterentwicklung des Zwei-Strang-Modells der Psychischen Erkrankungen

		Zwei Stränge - Version BPTK			Zwei Stränge - BVA 1			Zwei Stränge - BVA 2		
R²		25,5868%		0,0419%	25,5605%		0,0155%	25,5980%		0,0530%
CPM		22,8595%		0,0173%	22,8626%		0,0205%	22,8619%		0,0197%
MAPE		1.845,8648 €		-0,4145 €	1.845,7899 €		-0,4894 €	1.845,8075 €		-0,4718 €
Variable	Inhalt bisher	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	Schizophrenie	18.273	4.595	<0,001	18.273	4.594,96 €	<0,001	18.273	4.484,50 €	<0,001
HMG055	Bipolare affektive Störungen	6.248	2.367	<0,001	6.248	2.367,44 €	<0,001	7.909	2.518,99 €	<0,001
HMG056	Wahn, psychotische und Persönlichkeitsstörungen	45.445	1.192	<0,001	45.445	1.191,81 €	<0,001	46.687	1.301,34 €	<0,001
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie	4.623	2.260	<0,001	4.623	2.260,26 €	<0,001	4.623	2.083,55 €	<0,001
HMG058	Depression, posttraumatische Belastungsstörungen, Verhaltensstörungen	158.912	1.235	<0,001	158.912	1.235,44 €	<0,001	155.430	1.229,32 €	<0,001
HMG057	Angststörungen und unspezifische depressive Störungen	210.180	546	<0,001	197.578	546,10 €	<0,001	197.578	573,85 €	<0,001
										

Betrachtet man zunächst die sich durch eine Veränderung der Dominanzbeziehung ergebenden Kennzahlen, stellt man fest, dass diese Maßnahme mit einer Reduktion des R^2 einhergeht, gleichzeitig aber eine Verbesserung des CPM und des MAPE bringt. Die Kostenschätzer verändern sich nur geringfügig. Versicherte mit extrem hohen Kostenwerten werden also schlechter, die breite Mehrzahl der Versicherten hingegen besser durch das Modell abgebildet. Aufgrund der Reduzierung der Fehlallokation von Zuweisungen wird die Einführung der Dominanzbeziehung zwischen HMG057 und dem Strang der psychotischen Erkrankungen befürwortet.

Betrachtet man weiterhin die Auswirkungen einer Umgruppierung der HMG055 in den Strang der affektiven Störungen, Ess- und Verhaltensstörungen (Modell BVA 2), so zeigt sich ein gegenteiliger Effekt. R^2 steigt, CPM und MAPE sinken. Auch wenn sich in HMG055 etliche ICD-Schlüssel befinden, die zunächst nicht als psychotisch einzustufen sind, wird eine Zuordnung der HMG055 zur Gruppe der psychotischen Erkrankungen als angemessen betrachtet. Eine Untersuchung, ob eine Bereinigung der HMG um die nicht psychotischen ICD sinnvoll und modelltechnisch angemessen ist, sprengt allerdings den zur Verfügung stehenden Zeitrahmen und wird an dieser Stelle daher nicht weiter verfolgt. Grundsätzlich wird die Beibehaltung der HMG055 im Strang der psychotischen Erkrankungen letztendlich befürwortet, da dies zum einen die Fehlverteilung von Zuweisungen verringert, und zum

anderen die entsprechenden ICD-Kodes auch die Arzneimittelprüfung bestanden haben. Das Modell BVA 1 ist von daher die Grundlage für die sich anschließende Weiterentwicklung.

Aufbauend auf diesem Ergebnis in das Ziel des nächsten Weiterentwicklungsschritts, ein nach medizinischen und Kostenaspekten stimmiges Grundmodell zu entwickeln, auf dessen Basis die weiteren Umgruppierungen einzelner ICD betrachtet werden. Ein Zwischenziel ist dabei, die affektiven psychischen Erkrankungen von den Essstörungen zu separieren, da diese unterschiedliche Erkrankungen sind, die unterschiedliche Therapieansätze begründen. Die geeignete Zuordnung der Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen ist dabei zu überprüfen.

Bei der geeigneten Modellwahl ist dabei die Kenntnis über Zusammenhänge zwischen den Dx-Gruppen hilfreich. Zu diesem Zweck soll die Korrelation zwischen den einzelnen DxG als Unterstützung herangezogen werden. Eine Übersicht der Pearson-Korrelationskoeffizienten zwischen Ess- und Verhaltensstörungen mit weiteren DxG gibt Tabelle 22.

Tabelle 22: Ausgewählte Korrelationskoeffizienten für DxG der Ess- und Verhaltensstörungen

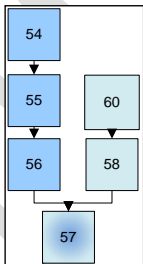
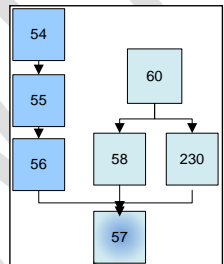
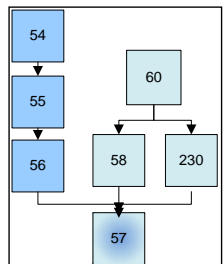
Variable	Inhalt	DxG268	DxG275	DxG276	DxG281	DxG285
DxG262	DXG262: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0%	-1%	-1%	-2%	1%
DxG263_s	spezifische ICD der bipolaren affektive	1%	0%	0%	0%	0%
F30_uv	sonstige manische Störungen - validierte unspezifische ICD	0%	0%	0%	0%	0%
F31_uv	sonstige bipolare Störungen - validierte unspezifische ICD	0%	-1%	0%	0%	0%
F34_uv	sonstige affektive Störungen - validierte unspezifische ICD	1%	0%	0%	0%	0%
DxG264_s	DxG264: Schwere depressive Episoden ohne Dysthymie	5%	1%	5%	0%	0%
F341	Dysthymie	2%	0%	2%	0%	0%
DxG265	DXG265: Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn	0%	-1%	-1%	-1%	0%
DxG267	Reaktive und andere / nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose / akute vorübergehende psychotische Störung	0%	-1%	-1%	-1%	0%
DxG268	Persönlichkeitsstörungen und dissoziative Störungen	100%	4%	6%	3%	5%
DxG269_s	DxG269: mittelgradige depressive Episoden, m2q oder stationär	1%	0%	2%	0%	0%
F320	Leichte depressive Episode	-1%	-1%	-1%	-1%	0%
DxG275	Anorexia nervosa / Bulimia nervosa	4%	100%	4%	23%	1%
DxG276	Posttraumatische Belastungsstörungen	6%	4%	100%	3%	1%
DxG278	Andere und nicht näher bezeichnete	-2%	-1%	3%	-1%	-1%
DxG281	Sonstige Essstörungen	3%	23%	3%	100%	1%
DxG285	Sonstige Verhaltensstörungen	5%	1%	1%	1%	100%

Betrachtet man die Korrelationskoeffizienten der Dx-Gruppen mit „Essstörungen“ (DxG275 und DxG281), so lässt sich festhalten, dass diese kaum Korrelationen mit den Dx-Gruppen der „Depression“ (DxG264 und DxG269) aufweisen. Die posttraumatischen Belastungsstörungen (DxG276) treten auch verstärkt in Verbindung mit „Bulimie / Anorexie“ auf und weisen außerdem in Tabelle 19 Kostenschätzer in ähnlicher Höhe wie DxG275 auf. Von daher soll in den nächsten Schritten eine Bereinigung der HMG058 „Depression“ im Vordergrund stehen.

Dazu werden schrittweise eine Ausgruppierung der DxG281 und der DxG276 aus HMG058 geprüft. Aufgrund der Kostenschätzer der jeweiligen DxG (siehe Tabelle 19) erscheint die Schaffung einer neuen HMG für die sonstigen Essstörungen sinnvoll zu sein. Diese werde im Folgenden als HMG230 bezeichnet. Aufgrund der ähnlichen Kostenschätzer der DxG275 und DxG276 sowie einer Korrelation von 4% wird eine Eingruppierung der DxG276 in die

HMG060 untersucht. Die Ergebnisse dieser Untersuchungsschritte sind in Tabelle 23 zusammengefasst.

Tabelle 23: Ergebnisse der schrittweisen Bereinigung der HMG055 - Teil 1

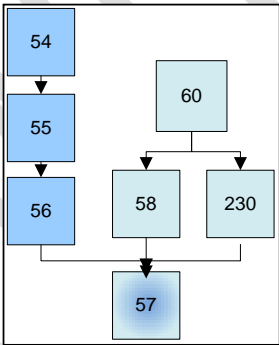
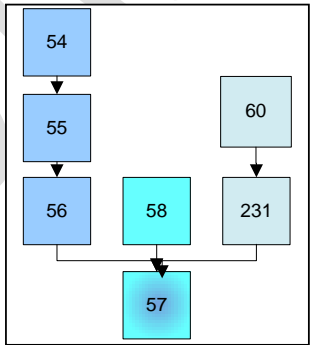
Veränderungen der HMG-Zusammensetzung zwischen den untersuchten Modellen (Veränderungen rot markiert)		Zwei Stränge - BVA 1			Zwei Stränge - BVA 3			Zwei Stränge - BVA 4		
		HMG060	275		HMG060	275		HMG060	275, 276	
		HMG230	leer		HMG230	281		HMG230	281	
		HMG058	264, 269, 276, 281, 285		HMG058	264, 269, 276, 285		HMG058	264, 269, 285	
R ²		25,5605%		0,0155%	25,5618%		0,0169%	25,5639%		0,0190%
CPM		22,8626%		0,0205%	22,8648%		0,0226%	22,8682%		0,0261%
MAPE		1.845,7899 €		-0,4894 €	1.845,7378 €		-0,5415 €	1.845,6559 €		-0,6235 €
Variable	Inhalt bisher	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	Schizophrenie	18.273	4.594,96 €	<0,001	18.273	4.683,01 €	<0,001	18.273	4.683,17 €	<0,001
HMG055	Bipolare affektive Störungen	6.248	2.367,44 €	<0,001	6.248	2.499,15 €	<0,001	6.248	2.501,98 €	<0,001
HMG056	Wahn, psychotische und Persönlichkeitsstörungen	45.445	1.191,81 €	<0,001	45.445	1.292,00 €	<0,001	45.445	1.280,33 €	<0,001
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie	4.623	2.260,26 €	<0,001	4.623	2.238,72 €	<0,001	12.980	2.000,38 €	<0,001
HMG230	leer				5.109	980,74 €	<0,001	4.863	949,36 €	<0,001
HMG058	Depression, posttraumatische Belastungsstörungen, Verhaltensstörungen	158.912	1.235,44 €	<0,001	155.424	1.219,55 €	<0,001	147.067	1.181,08 €	<0,001
HMG057	Angststörungen und unspezifische depressive Störungen	197.578	546,10 €	<0,001	197.578	576,79 €	<0,001	197.578	575,97 €	<0,001
										

Sowohl die Schaffung einer neuen HMG für die sonstigen Essstörungen als auch die Einordnung der posttraumatischen Belastungsstörungen in die HMG060 führen zu einer Verbesserung aller relevanten Kennzahlen. Auch die Betrachtung der Kostenschätzer zeigt eine klare Abgrenzung zwischen den Gruppen. Beide Anpassungen werden daher befürwortet.

8.3.4 Hierarchiemodell mit drei Hierarchiesträngen

Da zwischen den Essstörungen und den Dx-Gruppen der Depression nur ein geringfügiger Zusammenhang besteht, soll im nächsten Schritt die Auswirkung der Aufhebung der Hierarchiebeziehung zwischen HMG060 und HMG058 betrachtet werden. Dies bedeutet im Wesentlichen die Schaffung eines dritten Hierarchiestranges für die Depression. Die Auswirkungen eines solchen Schrittes werden in Tabelle 24 zusammengefasst.

Tabelle 24: Auswirkungen der Aufhebung der Dominanzbeziehung zwischen HMG060 und HMG058

		Zwei Stränge - BVA 4			Drei Stränge - BVA 5		
R²		25,5639%	0,0190%		25,5670%	0,0221%	
CPM		22,8682%	0,0261%		22,8732%	0,0311%	
MAPE		1.845,6559 €	-0,6235 €		1.845,5360 €	-0,7433 €	
Variable	Inhalt bisher	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	Schizophrenie	18.273	4.683,17 €	<0,001	18.273	4.682,34 €	<0,001
HMG055	Bipolare affektive Störungen	6.248	2.501,98 €	<0,001	6.248	2.488,44 €	<0,001
HMG056	Wahn, psychotische und Persönlichkeitsstörungen	45.445	1.280,33 €	<0,001	45.445	1.265,54 €	<0,001
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie	12.980	2.000,38 €	<0,001	12.980	1.543,06 €	<0,001
HMG230	leer	4.863	949,36 €	<0,001	4.863	950,25 €	<0,001
HMG058	Depression, posttraumatische Belastungsstörungen, Verhaltensstörungen	147.067	1.181,08 €	<0,001	152.681	1.187,22 €	<0,001
HMG057	Angststörungen und unspezifische depressive Störungen	197.578	575,97 €	<0,001	197.578	576,53 €	<0,001
							

Alle Kennzahlen weisen eine Verbesserung auf. Diese ist insbesondere bei CPM und MAPE besonders ausgeprägt. Dies dürfte darin begründet sein, dass für jene Versicherten, die sowohl eine posttraumatische Belastungsstörung als auch eine Depression aufweisen, genauere Zuweisungen erreicht werden. Von daher wird diese Änderung befürwortet. An diese Entscheidung schließt sich jedoch die Notwendigkeit an, die HMG058 endgültig zu bereinigen und auch eine geeignete Bereinigung der HMG056 durch die „Persönlichkeitsstörungen“ zu erreichen. Dies soll unter Beibehaltung der bisher verwendeten Hierarchiestruktur nun untersucht werden.

Zunächst wird geprüft, ob die Einordnung der DxG285 „Sonstige Verhaltensstörungen“ in der neu geschaffenen HMG230 aufgrund von Kostenhomogenität geeignet erscheint. In einem Folgeschritt wird die Auswirkung einer Einordnung der DxG268 in die neu geschaffene HMG230 untersucht. Tabelle 25 fasst die Ergebnisse dieser Untersuchungsschritte zusammen.

Tabelle 25: Ergebnisse der Bereinigung von HMG056 und HMG058

	<u>Drei Stränge - BVA 5</u>			<u>Drei Stränge - BVA 6</u>			<u>Drei Stränge - BVA 7</u>		
	HMG056	265, 267, 268		HMG056	265, 267, 268		HMG056	265, 267	
	HMG060	275, 276		HMG060	275, 276		HMG060	275, 276	
	HMG230	281		HMG230	281, 285		HMG230	268, 281, 285	
	HMG058	264, 269, 285		HMG058	264, 269		HMG058	264, 269	
R²	25,5670%		0,0221%	25,5673%		0,0224%	25,5666%		0,0216%
CPM	22,8732%		0,0311%	22,8737%		0,0315%	22,8718%		0,0296%
MAPE	1.845,5360 €		-0,7433 €	1.845,5256 €		-0,7537 €	1.845,5711 €		-0,7083 €
Variable	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	18.273	4.682,34 €	<0,001	18.273	4.683,02 €	<0,001	18.273	4.571,59 €	<0,001
HMG055	6.248	2.488,44 €	<0,001	6.248	2.486,60 €	<0,001	6.248	2.350,48 €	<0,001
HMG056	45.445	1.265,54 €	<0,001	45.445	1.264,36 €	<0,001	12.522	1.131,89 €	<0,001
HMG060	12.980	1.543,06 €	<0,001	12.980	1.546,58 €	<0,001	12.980	1.777,41 €	<0,001
HMG230	4.863	950,25 €	<0,001	6.220	927,67 €	<0,001	39.114	1.230,02 €	<0,001
HMG058	152.681	1.187,22 €	<0,001	151.670	1.187,65 €	<0,001	151.670	1.190,52 €	<0,001
HMG057	197.578	576,53 €	<0,001	197.578	576,55 €	<0,001	197.578	576,12 €	<0,001

Die Betrachtung der Ergebnisse führt zu folgender Schlussfolgerung: Die Umgruppierung von DxG285 in die neu geschaffene HMG230 führt zu einer weiteren Verbesserung aller Kennzahlen und wird daher befürwortet. Die Beurteilung der Umgruppierung der DxG268 ist von vielerlei Aspekten geprägt und von daher schwieriger.

Während das deutliche Absinken aller Kennzahlen nahelegt, dass eine entsprechende Modellvariante abzulehnen ist, legt eine Würdigung der medizinischen Argumente eine Umsetzung der Modellvariante nahe, da die Persönlichkeitsstörungen nicht als psychotische Störungen zu bezeichnen sind.

Betrachtet man die Daten näher, stellt man fest, dass es ca. 2.200 Fälle in der Stichprobe gibt, welche sowohl die DxG268 als auch DxGs der HMGs 058, 060 und 231 aufweisen. Die durchschnittlichen Gesamtkosten dieser Versicherten betragen ca. 7.700 €, der Median der Gesamtkosten ca. 4080 €. ⁴ In der Variante BVA 6 können diese Versicherten drei Zuschläge in einer Höhe von ca. 3.800 Euro zuzüglich Ihres AGG-Zuschlags erreichen und werden so zielgenauer abgebildet als in einer Modellvariante, in welcher maximal zwei Morbiditätszuschläge mit einer Höhe bis zu ca. 3.000 Euro erreicht werden können. Gleichzeitig erhalten jene rund 10.000 Fälle, welche nur die HMG060 aufweisen in Variante BVA 7 ca. 200 € zu viel.

⁴ Das Minimum der Gesamtkosten dieser Versicherten liegt bei 0 Euro, das Maximum bei ca. 88.400 Euro. Das durchschnittliche Alter der Betroffenen beträgt 40 Jahre mit einem Minimum von 10 und einem Maximum von 95 Jahren.

Die Ausgestaltung nach Modell BVA 6 könnte allerdings verstärkt Anreize setzen, von Seiten der Kasse aus eine zusätzliche Kodierung einer Persönlichkeitsstörung bei weiteren Versicherten wohlwollend gegenüberzustehen bzw. eventuell sogar daraufhin zu wirken, um einen dritten Zuschlag innerhalb der Hierarchie generieren zu können. Gerade Diagnosen der psychischen Erkrankungen sind gesellschaftlich als besonders sensibel zu bewerten. Daher ist dem Ausschluss möglicher Anreize, auf die zusätzliche Kodierung einer Persönlichkeitsstörung hinzuwirken, hohes Gewicht einzuräumen. Dem Anreiz, auf eine zusätzliche Kodierung einer weiteren psychotischen Erkrankung hinzuwirken, ist durch die obligate Arzneimittelpflicht für die übrigen DxG des Stranges Grenzen gesetzt. Anders verhält es sich für die DxG268 *Persönlichkeitsstörungen*. Nach Abwägung aller Aspekte wird letztendlich der Modellgüte weniger Gewicht eingeräumt als dem Ziel, negative Kodieranreize zu vermeiden. Eine weitere Anpassung des Modells wird von daher auf Basis der Variante BVA 7 weiterverfolgt.

8.3.5 Weitere Anpassungsschritte des Modells aufgrund von Kostenhomogenität

Betrachtet man Tabelle 19 stellt sich die Frage, ob die DxG265 „Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn“ nach Aspekten der Kostenhomogenität eine sinnvolle Einordnung in das Modell erfahren hat. Die Werte in Tabelle 26 geben allerdings zu bedenken, dass der isoliert betrachtete Kostenschätzer der DxG265 insofern mit Vorsicht zu genießen ist, als eine nicht zu vernachlässigende Korrelation mit den DxG262 „Schizophrenie“ und DxG267 vorliegt.

Tabelle 26: Pearson-Korrelationskoeffizienten ausgewählter psychotischen Erkrankungen

Variable	Inhalt	DxG265	DxG267
DxG262	DXG262: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	19%	33%
DxG263_s	spezifische ICD der bipolaren affektiven Störungen	1%	6%
F30_uv	sonstige manische Störungen - validierte unspezifische ICD	1%	3%
F31_uv	sonstige bipolare Störungen - validierte unspezifische ICD	1%	4%
F34_uv	sonstige affektive Störungen - validierte unspezifische ICD	0%	0%
DxG265	DXG265: Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn	100%	13%
DxG267	Reaktive und andere / nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose / akute vorübergehende psychotische Störung	13%	100%

Dennoch soll geprüft werden, ob eine Einordnung in der dominierten HMG057, welche im Hierarchiebaum unterhalb der HMG056 zu finden ist, zu einer Verbesserung des Gesamtmodells führt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind in Tabelle 27 zusammengefasst.

Tabelle 27: Ergebnisse einer möglichen Umgruppierung der DxG265

	Drei Stränge - BVA 7			Drei Stränge - BVA 8		
	HMG056	265, 267		HMG056	267	
	HMG057	270, 271, 273, 278, 817, 818		HMG057	265, 270, 271, 273, 278, 817, 818	
R²	25,5666%		0,0216%	25,5655%		0,02057%
CPM	22,8718%		0,0296%	22,8707%		0,02849%
MAPE	1.845,5711 €		-0,7083 €	1.845,5976 €		-0,6817 €
Variable	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	18.273	4.571,59 €	<0,001	18.273	4.569,44 €	<0,001
HMG055	6.248	2.350,48 €	<0,001	6.248	2.347,55 €	<0,001
HMG056	12.522	1.131,89 €	<0,001	10.121	1.156,76 €	<0,001
HMG060	12.980	1.777,41 €	<0,001	12.980	1.778,45 €	<0,001
HMG230	39.114	1.230,02 €	<0,001	39.114	1.233,84 €	<0,001
HMG058	151.670	1.190,52 €	<0,001	151.670	1.193,99 €	<0,001
HMG057	197.578	576,12 €	<0,001	199.237	580,07 €	<0,001

Eine Betrachtung der statistischen Kennzahlen ergibt, dass eine Herabstufung der DxG265 zu einer Verschlechterung sämtlicher relevanter Werte führt. Auch der Schätzer der HMG056 erhöht sich durch eine Auslagerung der vermeintlich günstigen DxG265 nur unwesentlich. Eine entsprechende Modellanpassung wird daher nicht befürwortet.

Als nächstes soll der von der BPtK aufgeworfene Punkt geklärt werden, ob die Zusammensetzung der HMG057 nach Aspekten der Kostenhomogenität derzeit eine sinnvolle Ausgestaltung erfahren hat. Die in Tabelle 19 ausgewiesenen Kostenschätzer stellen die derzeitige Ausgestaltung in Frage. Allerdings sind auch an dieser Stelle Korrelationen zwischen den Dx-Gruppen in die Analyse einzubeziehen. Für die Angststörungen und depressiven Episoden sind die Pearson-Korrelationskoeffizienten in Tabelle 28 zusammengefasst. Es zeigt sich, dass erhebliche Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Gruppen der Angststörungen vorliegen und somit die in Tabelle 19 ausgewiesenen Kostenschätzer nur für eine erste Näherung an eine mögliche Modellausgestaltung geeignet sind. Deshalb soll im Folgenden eine schrittweise Abgrenzung der Angststörungen von den unspezifischen depressiven Episoden untersucht werden.

Tabelle 28: Pearsons-Korrelationskoeffizienten zwischen Depression und Angststörungen

Variable	Inhalt	DxG270	DxG271	DxG273_s	F40_u	DxG278	DxG817	DxG818_u	F412
DxG262	DxG262: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	-4%	-3%	-2%	-2%	-4%	-4%	-15%	-4,3%
DxG263_s	spezifische ICD der bipolaren affektiven Störungen	-1%	-1%	-1%	-1%	-2%	1%	-2%	-0,8%
F30_uv	sonstige manische Störungen - validierte unspezifische ICD	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-1%	-0,3%
F31_uv	sonstige bipolare Störungen - validierte unspezifische ICD	-1%	-1%	-1%	-1%	-1%	1%	-2%	-0,8%
F34_uv	sonstige affektive Störungen - validierte unspezifische ICD	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,3%
DxG264_s	DxG264: Schwere depressive Episoden ohne Dysthymie	1%	0%	1%	-3%	-4%	3%	0%	1,1%
F341	Dysthymie	0%	0%	1%	-2%	-2%	1%	0%	0,6%
DxG267	Reaktive und andere / nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose / akute vorübergehende psychotische Störung	-3%	-2%	-2%	-2%	-3%	-3%	-11%	-3,0%
DxG268	Persönlichkeitsstörungen und dissoziative Störungen	1%	0%	3%	-2%	-2%	-2%	-13%	0,9%
DxG269_s	DxG269: mittelgradige depressive Episoden, m2q oder stationär	0%	-1%	1%	-3%	-4%	-1%	-3%	-0,1%
F320	Leichte depressive Episode	-1%	-1%	0%	-2%	-2%	-1%	-4%	-1,3%
DxG270	Panikstörung / Panikattacken	100%	16%	14%	4%	16%	-2%	-9%	12,7%
DxG271	Generalisierte Angststörungen	16%	100%	9%	4%	12%	-2%	-9%	9,3%
DxG273_s	DxG273: spezifische ICD der phobischen Störungen, m2q oder stationär	14%	9%	100%	5%	8%	-2%	-8%	6,3%
F40_u	sonstige phobische Störungen - unspezifische ICD der DxG273	4%	4%	5%	100%	5%	-2%	-8%	2,8%
DxG275	Anorexia nervosa / Bulimia nervosa	0%	-1%	1%	-1%	-1%	-1%	-5%	-0,9%
DxG276	Posttraumatische Belastungsstörungen	4%	3%	3%	1%	3%	-1%	-4%	3,8%
DxG278	Andere und nicht näher bezeichnete Angstzustände	16%	12%	8%	5%	100%	-3%	-12%	9,1%
DxG281	Sonstige Essstörungen	0%	-1%	1%	-1%	-1%	-2%	-6%	-0,6%
DxG285	Sonstige Verhaltensstörungen	-1%	-1%	0%	-1%	-1%	-1%	-4%	-0,5%
DxG817	Sonstige, nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Episode	-2%	-2%	-2%	-2%	-3%	100%	-9%	-1,5%
DxG818_u	DxG818: unspezifische ICD der depressiven Episoden	-9%	-9%	-8%	-8%	-12%	-9%	100%	-8,8%
F412	Angst und depressive Störung gemischt	12,7%	9,3%	6,3%	2,8%	9,1%	-1,5%	-8,8%	100,0%

Dazu wird zunächst die Auswirkung der Schaffung einer neuen HMG geprüft, welche die derzeitige HMG057 dominiert. Die neue HMG wird wegen der entsprechenden Kostenschätzer in den entsprechenden Strängen allerdings ebenfalls von allen drei Strängen dominiert. In einem ersten Schritt wird von daher die DxG270 „Panikstörung / Panikattacken“, welche den höchsten isolierten Kostenschätzer in Tabelle 19 ausweist, aus der bisherigen HMG057 in die neu geschaffene HMG231 hochgestuft. Die Auswirkungen dieser Umgestaltung werden in Tabelle 29 ausgewiesen.

Tabelle 29: Ergebnisse der Ausgliederung der Panikstörung

	<u>Drei Stränge - BVA 7</u>			<u>Drei Stränge - BVA 9</u>		
	HMG231	leer		HMG231	270	
	HMG057	270, 271, 273, 278, 817, 818		HMG057	271, 273, 278, 817, 818	
R ²	25,5666%		0,0216%	25,5674%		0,0225%
CPM	22,8718%		0,0296%	22,8745%		0,0323%
MAPE	1.845,5711 €		-0,7083 €	1.845,5070 €		-0,7724 €
Variable	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	18.273	4.571,59 €	<0,001	18.273	4.571,65 €	<0,001
HMG055	6.248	2.350,48 €	<0,001	6.248	2.350,27 €	<0,001
HMG056	12.522	1.131,89 €	<0,001	12.522	1.131,13 €	<0,001
HMG060	12.980	1.777,41 €	<0,001	12.980	1.778,14 €	<0,001
HMG230	39.114	1.230,02 €	<0,001	39.114	1.230,17 €	<0,001
HMG058	151.670	1.190,52 €	<0,001	151.670	1.190,11 €	<0,001
HMG231				13.333	913,49 €	<0,001
HMG057	197.578	576,12 €	<0,001	184.245	551,05 €	<0,001
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD 54 --> 55 55 --> 56 60 --> 230 56 --> 57 58 --> 57 230 --> 57 </pre> </div> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD 54 --> 55 55 --> 56 60 --> 230 56 --> 231 58 --> 231 231 --> 57 230 --> 57 </pre> </div> </div>						

Bei diesem Schritt zeigt sich, dass sich alle drei Kennzahlen verbessern. Gegeben, dass die Anzahl der genauer getroffenen Versicherten mit ca. 13.000 eher als gering im Verhältnis aller Versicherten der Hierarchie zu betrachten ist, erscheint eine Verbesserung des MAPE um knapp 7 Cent doch eine deutliche Verbesserung. Durch den Schritt wird ebenfalls eine klare Abgrenzung der Kostenschätzer erreicht. Die Ausgliederung der Panikstörung aus der HMG057 wird daher befürwortet. Da dieser Schritt eine geeignete Maßnahme zur Verbesserung der Zielgenauigkeit darstellt, sollen nun im Folgenden ebenfalls eine Ausgliederung der weiterhin in die Gruppe der Angststörungen zu zählenden Dx-Gruppen geprüft werden. Dabei werden in diesem Abschnitt nur die Einordnung der DxG271 „Generalisierte Angststörung“ und DxG278 „Andere und nicht näher bezeichnete Angstzustände“ in die neu geschaffene HMG231 geprüft. Die geeignete Einordnung der DxG273 „Phobische Störung“

gen“ und des ggf. ebenfalls hochzustufenden ICD41.2 „Depression und Angst, gemischt“ werden im Abschnitt 8.4.3 behandelt, da dort die Auswirkungen der Verschiebungen einzelner ICD untersucht werden. Die Ergebnisse zur geeigneten Eingruppierung der Dx-Gruppen 271 und 278 werden in Tabelle 30 zusammengefasst.

Tabelle 30: Ergebnisse zur Weiterentwicklung der Angststörungen

	Drei Stränge - BVA 9			Drei Stränge - BVA 10			Drei Stränge - BVA 11		
	HMG231	270		HMG231	270, 271		HMG231	270, 278	
	HMG057	271, 273, 278, 817, 818		HMG057	273, 278, 817, 818		HMG057	271, 273, 817, 818	
R²	25,5674%		0,0225%	25,5668%		0,0219%	25,5669%		0,0219%
CPM	22,8745%		0,0323%	22,8735%		0,0313%	22,8730%		0,0308%
MAPE	1.845,5070 €		-0,7724 €	1.845,5299 €		-0,7494 €	1.845,5430 €		-0,7363 €
Variable	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	18.273	4.571,65 €	<0,001	18.273	4.571,70 €	<0,001	18.273	4.571,46 €	<0,001
HMG055	6.248	2.350,27 €	<0,001	6.248	2.350,38 €	<0,001	6.248	2.350,23 €	<0,001
HMG056	12.522	1.131,13 €	<0,001	12.522	1.131,43 €	<0,001	12.522	1.131,23 €	<0,001
HMG060	12.980	1.778,14 €	<0,001	12.980	1.777,89 €	<0,001	12.980	1.777,90 €	<0,001
HMG230	39.114	1.230,17 €	<0,001	39.114	1.230,14 €	<0,001	39.114	1.230,06 €	<0,001
HMG058	151.670	1.190,11 €	<0,001	151.670	1.190,26 €	<0,001	151.670	1.190,14 €	<0,001
HMG231	13.333	913,49 €	<0,001	27.183	719,21 €	<0,001	33.381	698,59 €	<0,001
HMG057	184.245	551,05 €	<0,001	170.395	552,83 €	<0,001	164.197	550,64 €	<0,001

Da beide Varianten zu einer Verschlechterung der bisher erreichten Modellgüte führen und auch die Kostenschätzer für die HMG231 durch eine solche Maßnahme verwässert würden, werden diese Änderungen abgelehnt. Die Variante BVA 9 bildet somit das Grundmodell, auf dessen Basis nun Verschiebungen der einzelnen ICD betrachtet werden.

8.4 Umgruppierung bestimmter ICD der psychischen Erkrankungen

8.4.1 Umgruppierung unspezifischer ICD der DxG263

Im Abschnitt 8.2.2 war als Zwischenergebnis festgehalten worden, dass aufgrund der Voruntersuchungen eine Ausgruppierung der unspezifischen ICD-Schlüssel der „Bipolaren affektiven Störungen“ und der „Dysthymie“ aus ihren jeweiligen Dx-Gruppen einen sinnvollen Untersuchungsansatz darstellen. Diese werden nach Rangfolge der Ursprungs-HMGs untersucht.

Betrachtet man die Kostenschätzer der unspezifischen Codes der DxG263 „Bipolare affektive Störungen“, stellt man fest, dass die isolierten Kostenschätzer dieser Diagnosen weit oberhalb des Kostenschätzers der HMG057 liegen. Eine direkte Umsetzung des BPtK-Vorschlags an dieser Stelle dürfte daher kein optimales Ergebnis liefern. Betrachtet man des Weiteren die Korrelationen der betreffenden Diagnosegruppen (siehe Tabelle 31), fällt auf,

dass zwischen den unspezifischen Diagnosen der „manischen“ und der „bipolaren Störungen“ nennenswerte Zusammenhänge mit den anderen Gruppen des Stranges der psychotischen Erkrankungen bestehen, aber dies für die unspezifischen affektiven Störungen nicht gilt.

Tabelle 31: Pearson-Korrelationskoeffizienten für Diagnosegruppen der bipolaren, affektiven Störungen

Variable	Inhalt	DxG263_sv	F30_uv	F31_uv	F34_uv
DxG262	DXG262: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	10%	4%	8%	0%
DxG263_s	spezifische ICD der bipolaren affektiven Störungen	100%	10%	37%	1%
F30_uv	sonstige manische Störungen - validierte unspezifische ICD	10%	100%	9%	0%
F31_uv	sonstige bipolare Störungen - validierte unspezifische ICD	37%	9%	100%	1%
F34_uv	sonstige affektive Störungen - validierte unspezifische ICD	1%	0%	1%	100%
DxG265	DXG265: Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn	1%	1%	1%	0%
DxG267	Reaktive und andere / nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose / akute vorübergehende psychotische Störung	6%	3%	4%	0%

Die Einordnung der unspezifischen Diagnosen der manischen und bipolaren Störungen (F30_u und F31_u) in die derzeitige HMG056 erscheint daher auch unter Einbeziehung der Kostenschätzer naheliegend. Ob nun allerdings die Einordnung der unspezifischen affektiven Störungen **mit** Arzneimittelprüfung in die HMG056 das bessere Ergebnis erzielt oder die Diagnosen **ohne** Arzneimittelprüfung in die neu geschaffene HMG231 vorzuziehen wäre, ist zu klären. Die entsprechenden Ergebnisse der Untersuchung werden in Tabelle 32 ausgewiesen.

Tabelle 32: Eingruppierung der unspezifischen Diagnosen der (bipolaren) affektiven Störungen

	Drei Stränge - BVA 9			Drei Stränge - BVA 12			Drei Stränge - BVA 13		
	HMG055	263		HMG055	Spezifische ICD der 263		HMG055	Spezifische ICD der 263	
	HMG056	265, 267		HMG056	unspezifische F30, F31, F34, 267, 268		HMG056	unspezifische F30, F31, 267, 268	
	HMG058	264, 269		HMG058	264, 269		HMG058	264, 269	
	HMG231	270		HMG231	270		HMG231	270, unspezifische ICD der F34 (keine AZ-Prüfung)	
R²	25,5674%		0,0225%	25,5679%		0,0229%	25,5677%		0,0228%
CPM	22,8745%		0,0323%	22,8755%		0,0334%	22,8756%		0,0334%
MAPE	1.845,5070 €		-0,7724 €	1.845,4809 €		-0,7984 €	1.845,4796 €		-0,7997 €
Variable	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	18.273	4.571,65 €	<0,001	18.273	4.571,87 €	<0,001	18.273	4.571,15 €	<0,001
HMG055	6.248	2.350,27 €	<0,001	4.351	2.644,72 €	<0,001	4.351	2.643,39 €	<0,001
HMG056	12.522	1.131,13 €	<0,001	14.419	1.202,58 €	<0,001	13.821	1.195,56 €	<0,001
HMG060	12.980	1.778,14 €	<0,001	12.980	1.778,39 €	<0,001	12.980	1.780,03 €	<0,001
HMG230	39.114	1.230,17 €	<0,001	39.114	1.229,24 €	<0,001	39.114	1.230,89 €	<0,001
HMG058	151.670	1.190,11 €	<0,001	151.670	1.191,60 €	<0,001	151.670	1.193,75 €	<0,001
HMG231	13.333	913,49 €	<0,001	13.333	913,52 €	<0,001	14.059	920,58 €	<0,001
HMG057	184.245	551,05 €	<0,001	184.245	551,04 €	<0,001	184.127	551,26 €	<0,001

Festzuhalten ist, dass die Auslagerung der betreffenden unspezifischen Diagnosen eine zielführende Maßnahme zur Verbesserung des Gesamtmodells darstellt. Sowohl in der Variante BVA 12 als auch in BVA13 verbessern sich alle betreffenden Kennzahlen im Vergleich zur Variante BVA 9. Auch das Ansteigen des Kostenschätzers für die nun in der HMG055 verbliebenen Versicherten zeigt, dass im Durchschnitt günstigere Versicherte bislang eine zu hohe Einstufung erfahren haben. Vergleicht man die Kennzahlen von BVA 12 und BVA 13, stellt man fest, dass in Variante BVA12 das R² den besseren Wert ausweist, in Variante 13 dafür aber CPM und MAPE. Gegeben, dass Tabelle 31 für die betreffenden Versicherten keinen nennenswerten Zusammenhang mit den weiteren Versicherten des Strangs der psychotischen Erkrankungen ausweist und der mittlere absolute Vorhersagefehler in Modell BVA 13 geringer ist, wird diesem im Folgenden der Vorzug gegeben.

8.4.2 Umgruppierung von F34.1 Dysthymie aus DxG264

Auf dieser Entscheidung aufbauend stellt sich die Frage, wie mit dem Vorschlag der KBV zu verfahren ist, den ICD F34.1 „Dysthymie“ aus der DxG264 herauszulösen und in eine kostengünstigere Gruppe einzustufen. Da der in Tabelle 19 ausgewiesene Kostenschätzer für Versicherte mit dieser Gruppe sehr niedrig ist, würde sich eine Einstufung in die HMG057 anbieten. Andererseits besteht auch in der Zusammenlegung mit den weiteren unspezifischen ICD der affektiven Störungen, welche der HMG231 zugeordnet wurden, eine sinnvolle Möglichkeit. Beide Varianten werden in Tabelle 33 untersucht.

Tabelle 33: Umgruppierung von F34.1 Dysthymie

	Drei Stränge - BVA 13			Drei Stränge - BVA 14			Drei Stränge - BVA 15		
	HMG058	264, 269		HMG058	spezifische ICD der 264, 269		HMG058	spezifische ICD der 264, 269	
	HMG231	270, unspezifische ICD der F34 (keine AZ-Prüfung)		HMG231	270, unspezifische ICD der F34 (keine AZ-Prüfung)		HMG231	270, unspezifische ICD der F34, F34.1	
	HMG057	271, 273, 278, 817, 818		HMG057	271, 273, 278, 817, 818, F34.1		HMG057	271, 273, 278, 817, 818	
R²	25,5677%		0,0228%	25,5707%		0,0257%	25,5714%		0,0264%
CPM	22,8756%		0,0334%	22,8744%		0,0322%	22,8778%		0,0356%
MAPE	1.845,4796 €		-0,7997 €	1.845,5093 €		-0,7700 €	1.845,4268 €		-0,8525 €
Variable	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	18.273	4.571,15 €	<0,001	18.273	4.604,67 €	<0,001	18.273	4.605,53 €	<0,001
HMG055	4.351	2.643,39 €	<0,001	4.351	2.681,75 €	<0,001	4.351	2.682,22 €	<0,001
HMG056	13.821	1.195,56 €	<0,001	13.821	1.237,58 €	<0,001	13.821	1.237,86 €	<0,001
HMG060	12.980	1.780,03 €	<0,001	12.980	1.807,06 €	<0,001	12.980	1.807,36 €	<0,001
HMG230	39.114	1.230,89 €	<0,001	39.114	1.261,21 €	<0,001	39.114	1.261,51 €	<0,001
HMG058	151.670	1.193,75 €	<0,001	128.964	1.267,28 €	<0,001	128.964	1.267,57 €	<0,001
HMG231	14.059	920,58 €	<0,001	14.924	928,54 €	<0,001	29.593	898,38 €	<0,001
HMG057	184.127	551,26 €	<0,001	200.588	578,00 €	<0,001	185.919	555,21 €	<0,001

Da eine Einordnung in HMG057 gemäß der Kennzahlen CPM und MAPE das Modell verschlechtert, eine Eingruppierung in die HMG231 das Modell jedoch spürbar verbessert (MAPE sinkt um ca. 7 Cent), wird dem Modell BVA 15 der Vorzug eingeräumt.

8.4.3 Umgruppierung spezifischer ICD der DxG273

Da die Aufsplittung der HMG057 als sinnvoll erachtet wurde, werden zu guter Letzt die in Abschnitt 8.2.2 angedachten Möglichkeiten einer Umgestaltung der DxG273 Phobische Störungen und DxG818 untersucht.

Bezüglich der „Phobischen Störungen“ gilt zu klären, ob eine Hochstufung der spezifischen Diagnosen der DxGruppe zielführend für eine weitere Modellverbesserung ist. Die unspezifischen Diagnosen der DxG271 F40.8 und F40.9 werden dabei in HMG057 belassen. Dieser Frage wird in Tabelle 34: Umgruppierung der spezifischen Phobischen Störungen nachgegangen.

Tabelle 34: Umgruppierung der spezifischen Phobischen Störungen

Drei Stränge - BVA 15				Drei Stränge - BVA 16			
	HMG058	spezifische ICD der 264, 269		HMG058	spezifische ICD der 264, 269		
	HMG231	270, unspezifische ICD der F34, F34.1		HMG231	270, spezifische ICD der 273, unspezifische ICD der F34, F34.1		
	HMG057	271, 273, 278, 817, 818		HMG057	271, 278, 817, 818, F40.8, F40.9		
R ²	25,5714%		0,0264%	25,5713%		0,0263%	
CPM	22,8778%		0,0356%	22,8781%		0,0359%	
MAPE	1.845,4268 €		-0,8525 €	1.845,4208 €		-0,8585 €	
Variable	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert	
HMG054	18.273	4.605,53 €	<0,001	18.273	4.605,38 €	<0,001	
HMG055	4.351	2.682,22 €	<0,001	4.351	2.682,09 €	<0,001	
HMG056	13.821	1.237,86 €	<0,001	13.821	1.237,59 €	<0,001	
HMG060	12.980	1.807,36 €	<0,001	12.980	1.807,45 €	<0,001	
HMG230	39.114	1.261,51 €	<0,001	39.114	1.261,50 €	<0,001	
HMG058	128.964	1.267,57 €	<0,001	128.964	1.267,36 €	<0,001	
HMG231	29.593	898,38 €	<0,001	35.604	861,02 €	<0,001	
HMG057	185.919	555,21 €	<0,001	179.908	550,88 €	<0,001	

Da die Einstufung der spezifischen Phobischen Störungen in die HMG231 eine Modellverbesserung bei CPM und MAPE zur Folge hat und nach wie vor eine klare Abgrenzung sämtlicher Kostenschätzer erreicht wird, wird diese Modellanpassung befürwortet.

8.4.4 Umgruppierung des F41.2 aus DxG818

In Abschnitt 8.2.2 war weiterhin festgehalten worden, dass die Zusammensetzung der DxG818 dann eventuell ungünstig gewählt ist, wenn eine Aufspaltung der HMG057 nach Aspekten der Kostenhomogenität erwogen wird. Insbesondere steht die Frage im Raum, ob die Diagnose F41.2 „Angst und depressive Störung, gemischt“ in DxG818 eine geeignete Einordnung gefunden hat. Zu diesem Zweck soll das Modell BVA 16 in der Form modifiziert werden, dass der Kode F41.2 in HMG231 eingeordnet wird, um die Auswirkungen einer solchen Umgestaltung zu beurteilen. Die Ergebnisse dieses Analyseschrittes werden in Tabelle 35 beschrieben.

Ein Blick auf R², CPM, MAPE und die Kostenschätzer zeigt, dass eine solche Maßnahme die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells weiter verbessert. Die Tatsache, dass die erwarteten Kosten der neuen HMG231 leicht absinken, beinhaltet gleichzeitig, dass eine höhere Einordnung im Hierarchiebaum nicht angezeigt ist. Die untersuchte Anpassung wird von daher als eine geeignete Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells erachtet.

Tabelle 35: Ergebnisse einer Umgruppierung von F41.2 von HMG057 in HMG231

	<u>Drei Stränge - BVA 16</u>			<u>Drei Stränge - BVA 17</u>		
	HMG058	spezifische ICD der 264, 269		HMG058	spezifische ICD der 264, 269	
	HMG231	270, spezifische ICD der 273, unspezifische ICD der F34, F34.1		HMG231	270, spezifische ICD der 273, unspezifische ICD der F34, F34.1, F41.2	
	HMG057	271, 278, 817, 818, F40.8, F40.9		HMG057	271, 278, 817, F32.8, F32.9, F40.8, F40.9	
R²	25,5713%		0,0263%	25,5717%		0,0267%
CPM	22,8781%		0,0359%	22,8803%		0,0382%
MAPE	1.845,4208 €		-0,8585 €	1.845,3663 €		-0,9130 €
Variable	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	18.273	4.605,38 €	<0,001	18.273	4.605,60 €	<0,001
HMG055	4.351	2.682,09 €	<0,001	4.351	2.682,17 €	<0,001
HMG056	13.821	1.237,59 €	<0,001	13.821	1.237,46 €	<0,001
HMG060	12.980	1.807,45 €	<0,001	12.980	1.807,70 €	<0,001
HMG230	39.114	1.261,50 €	<0,001	39.114	1.261,59 €	<0,001
HMG058	128.964	1.267,36 €	<0,001	128.964	1.267,37 €	<0,001
HMG231	35.604	861,02 €	<0,001	50.784	837,04 €	<0,001
HMG057	179.908	550,88 €	<0,001	164.728	529,56 €	<0,001

8.4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt erreichen die vorgeschlagenen Anpassungen eine Verringerung der Fehlzuschläge in Höhe von ca. 63 Mio. Euro. Die Anzahl gewährter Zuschläge in der Stichprobe steigt um knapp 80.000. Knapp 25.000 Versicherte der Stichprobe weisen dabei eine Interaktion zwischen den drei Strängen auf. Für diese Versicherten sind im Modell allerdings keine signifikant erhöhten oder verringerten Kosten nachweisbar.

8.5 Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

Nach Diskussion und Bewertung der Ergebnisse schlägt der Wissenschaftliche Beirat folgende Anpassungen für die Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ vor.

Änderungen der ICD-Abgrenzung:

1. Die ICD F30.8, F30.9, F31.8 und F31.9 bilden eine neu geschaffene DxGruppe (im Folgenden DxG843 „Sonstige manische und bipolare affektive Störungen“. Für diese DxG gilt das Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat“ mit einer zu erfüllenden Mindest-

grenze von 183 Behandlungstagen. Die dafür zur Prüfung verwendenden ATC-Kodes entsprechen den derzeit für die bisherige DxG263 festgelegten ATC-Fünfstellern.

Die bisherige DxG263 wird um die entsprechenden ICD-Kodes bereinigt. Die DxG wird umbenannt in „Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen“.

2. Die ICD F34.1, F34.8 und F34.9 bilden die neu geschaffene DxG844 „Sonstige anhaltende affektive Störungen“. An das Aufgreifkriterium dieser Gruppe werden keine stationären oder pharmazeutischen Anforderungen geknüpft.

Die bisherigen DxG263 und DxG264 werden um die entsprechenden ICD bereinigt.

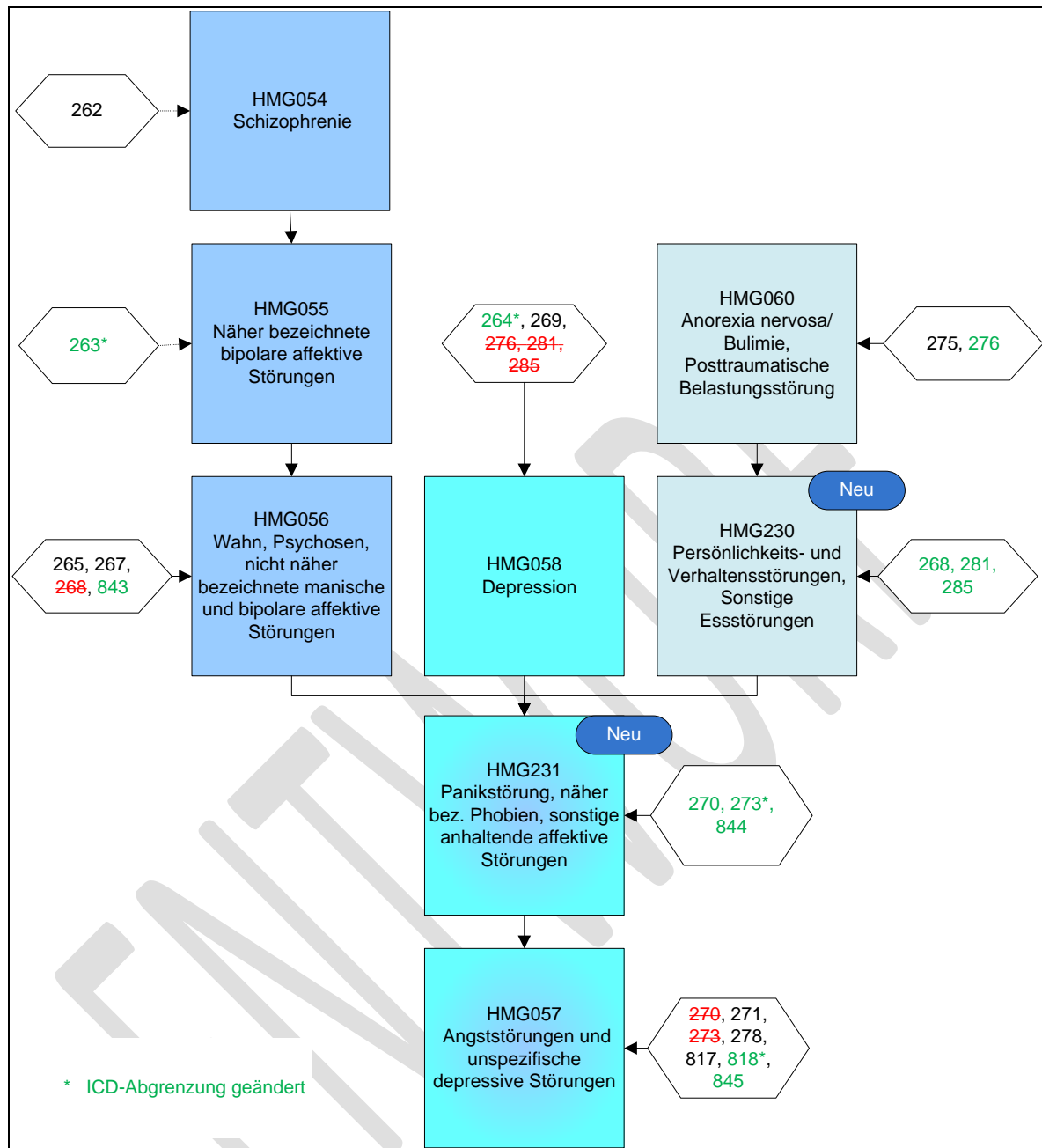
3. Die ICD F40.0, F40.00, F40.01, F40.1 und F40.2 bilden die DxG273 „Näher bezeichnete phobische Störungen“. Die ICD F40.8 und F40.9 bilden die neue DxG845 „Phobische Störungen, nicht näher bezeichnet“.
4. Der ICD F41.2 wird aus DxG818 in die neu geschaffene DxG844 verschoben.

Hierarchiegestaltung:

1. Die DxG262 bildet die HMG054 „Schizophrenie“.
2. Die bereinigte DxG263 bildet die HMG055 „Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen“. Sie wird von HMG054 dominiert.
3. Die Dx-Gruppen 265, 267 und 843 bilden die HMG056 „Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“. Sie wird von HMG054 und HMG055 dominiert.
4. Die bereinigte DxG264 und die DxG269 bilden die HMG058 „Depression“.
5. Die Dx-Gruppen 275 und 276 bilden die neu gefasste HMG060 „Anorexia nervosa / Bulimie, posttraumatische Belastungsstörungen“.
6. Die Dx-Gruppen 268, 281 und 285 bilden die neue HMG230 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Sonstige Essstörungen“. Sie wird von HMG060 dominiert.
7. Die DxG270, die bereinigte DxG273 und die neu geschaffene DxG844 bilden die neue HMG231 „Panikstörung, näher bez. Phobien, sonstige anhaltende affektive Störungen“. Sie wird von den HMGs 054, 055, 056, 058, 060 und 230 dominiert.
8. Die Dx-Gruppen 271, 278, 817, 818 und die neu gefasste DxG845 bilden die HMG057 „Angststörungen und nicht unspezifische depressive Störungen“. Sie wird von den HMGs 054, 055, 056, 058, 230, 060 und 231 dominiert.

Eine Übersicht über den Anpassungsvorschlag gibt Abbildung 8. Das Bundesversicherungsamt beabsichtigt, die Vorschläge des Beirats bei der Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2012 umzusetzen.

Abbildung 8: Hierarchie 11 (psychische Erkrankungen) nach Anpassung

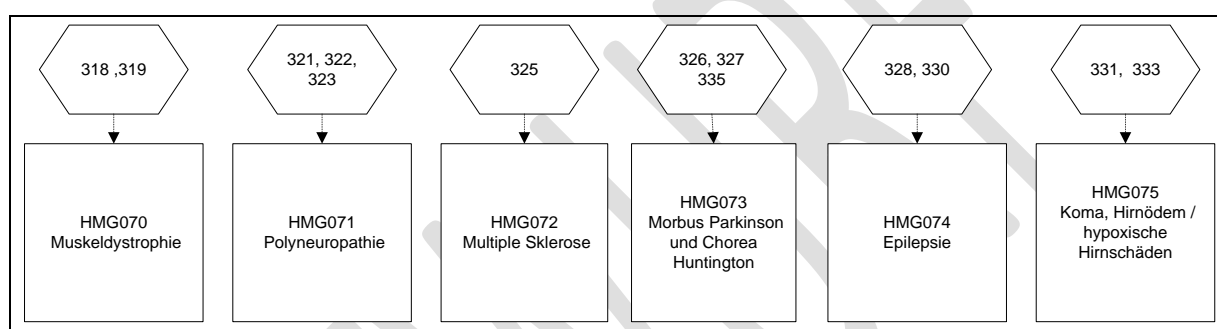


9 Hierarchie 14: „Neurologische Erkrankungen“

9.1 Hintergrund / Vorschläge

Die Änderungsvorschläge, die das BVA hinsichtlich der Neurologischen Erkrankungen erreicht haben, setzen sich mit der Gruppierung von Versicherten mit Muskeldystrophie, Multipler Sklerose und Morbus Parkinson auseinander. Abbildung 9 bietet zunächst einen systematischen Überblick über die Gruppierungslogik der Hierarchie 14 (Neurologische Erkrankungen) im Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2011.

Abbildung 9: Hierarchie 14 (Neurologische Erkrankungen) im Ausgangsmodell



9.2 Anpassung Muskeldystrophie (HMG070)

Die BARMER regt an, die bestehende Zuschlagsgruppe für Versicherte mit Muskeldystrophie abhängig vom Lebensalter in zwei Zuschlagsgruppen aufzuspalten. Konkret bezieht sich der Vorschlag auf Versicherte mit einem Lebensalter unter 18 Jahren, deren Kosten laut BARMER 50 % über den Kosten von Versicherten mit einem Lebensalter größer gleich 18 Jahre liegen.

9.2.1 Untersuchung / Diskussion

Die bereits bestehenden DxG318 (Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)) und DxG319 (Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)) laufen im Status quo in die gemeinsame HMG070 (Muskeldystrophie). Modell 1 gibt die Auswirkungen der vorgeschlagenen Änderung durch Einführen eines Alterssplits bei 18 Jahren und der daraus resultierenden Zuweisung von entweder der „HMG070_17“ (Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)) oder der „HMG070_18“ (Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)) im Vergleich zum Status quo wieder (Tabelle 36).

Tabelle 36: Empirische Überprüfung der Muskeldystrophie

		Status quo		Modell 1	
R²		25,5450%		25,5537%	
CPM		22,8422%		22,8463%	
MAPE		1.846,28 €		1.846,18 €	
HMG	Risikogruppe	Beta	N	Beta	N
070	Muskeldystrophie	3.849 €	1.394	/	/
070_17	Muskeldystrophie > 17 Jahre	/	/	2.337 €	1.160
070_18	Muskeldystrophie < 18 Jahre	/	/	11.397 €	234
		070		070_17	070_18

Die vorgeschlagene Änderung (Modell 1) zeigt, dass sich die Kostenschätzer von an Muskeldystrophie erkrankten Versicherten unter und über 18 Lebensjahren deutlich unterscheiden. Durch eine Aufspaltung in zwei entsprechende Zuschlagsgruppen verbessert sich die Zielgenauigkeit des Modells: das R² steigt um 0,0088%, das CPM steigt um 0,0041% und das MAPE sinkt um 0,10 € im Vergleich zum Status quo.

9.2.2 Ergebnis

Der Vorschlag der BARMER, die Muskeldystrophie zukünftig in zwei HMG aufzutrennen und für Versicherte älter als 17 Jahre einen anderen Zuschlag als für Versicherte jünger als 18 Jahre zu vergeben, hat sich als empirisch sinnvoll gezeigt und wird angenommen. Die beiden resultierenden HMGs zur Muskeldystrophie werden entsprechend der jeweils enthaltenen DxG318 bzw. DxG319 benannt.

9.3 Anpassung Multiple Sklerose (HMG072)

Die eingegangenen Vorschläge beziehen sich auf eine über Arzneimittel differenzierte Zuweisung von Zuschlägen für Versicherte, die bislang über die DxG325 in die HMG072 (Multiple Sklerose) gruppiert werden. Sinnvoll seien die im Folgenden vorgeschlagenen Anpassungen, da entsprechend über Arzneimittel selektierte Versicherte im Folgejahr deutlich höhere Kosten aufwiesen als die übrigen der HMG072 zugerechneten Personen.

KBV und BÄK regen bei der Multiplen Sklerose eine Differenzierung zwischen Patienten mit und ohne Medikation (ATC-Auswahl nach Leitlinie) an.

BARMER, Deutsche BKK und GKV-SV regen ebenfalls die Aufspaltung der bisherigen Zuschlagsgruppe Multiple Sklerose über Arzneimittel an. Die Aufspaltung soll in diesem Vorschlag über die Verordnung der Arzneimittelwirkstoffe Interferon beta-1a, Interferon beta-

1b, Natalizumab, Glatirameracetat, Azathioprin und Mitoxantron ausgelöst werden. Während Deutsche BKK und GKV-SV mindestens 183 arzneimittelspezifische Behandlungstage vorschlagen, regt die BARMER an, lediglich die Verordnung in zwei unterschiedlichen Quartalen zu fordern.

Die DAK regt darüber hinaus an, die bisherige Zuschlagsgruppe in drei verschiedene Zuschlagsgruppen aufzuspalten. Hierbei sollen über die Verordnung bestimmter Arzneimittelwirkstoffe zwei verschiedene Zuschlagsgruppen für Versicherte mit Multipler Sklerose geschaffen werden. Die eine Zuschlagsgruppe soll durch die Verordnung der Arzneimittelwirkstoffe Interferon beta-1a, Interferon beta-1b, Natalizumab, Glatirameracetat, Azathioprin und Mitoxantron ausgelöst werden, die zweite Zuschlagsgruppe soll durch die Verordnung von Glucocorticoiden und Corticosteroiden zur systemischen Anwendung in Kombination ausgelöst werden. Der Zuschlag soll jeweils bei Verordnungen über mindestens 183 arzneimittelspezifische Behandlungstage ausgelöst werden.

9.3.1 Untersuchung / Diskussion

Die von der KBV und BÄK geforderte, den Leitlinien entsprechende Auswahl der Arzneimittelwirkstoffe zur Therapie der Multiplen Sklerose findet sich in Tabelle 37.

Tabelle 37: Angewendete ATC-5-Steller zum Aufgreifen der Multiplen Sklerose

ATC-Kode	ATC-Bezeichnung (Arzneimittelwirkstoff-Beispiel)
L01DB	Anthracycline und verwandte Substanzen (Mitoxantron)
L03AB	Interferone (Interferon beta-1a)
L03AX	Andere Immunstimulanzien (Glatirameracetat)
L04AA	Selektive Immunsuppressiva (Natalizumab)
L04AX	Andere Immunsuppressiva (Azathioprin)
H02AB	Glucocorticoide (Methylprednisolon)
H02BX	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, Kombination

Die von BARMER, Deutsche BKK, GKV-SV genannten Arzneimittelwirkstoffe bilden hingegen nicht die gesamte leitliniengerechte medikamentöse Therapie der Multiplen Sklerose ab. Die Bildung von zwei arzneimittelbasierten Zuschlagsgruppen, wie ihn der Vorschlag der DAK vorgesehen hat, wird mit Blick auf die Einfachheit und Transparenz des Gesamtmodells nicht weiter verfolgt.

Auch der Vorschlag der BARMER, statt eines Nachweises von mindestens 183 arzneimittelspezifischen Behandlungstagen lediglich zwei Verordnungen der entsprechenden

Arzneimittel in verschiedenen Quartalen zu fordern, wird abgelehnt. Von der Vorgabe des Nachweises von mindestens 183 Behandlungstagen und mindestens einer zeitgleichen Diagnose wurde im bestehenden Klassifikationsmodell nur abgewichen, wenn sich die Berechnung der Behandlungstage als ungeeignete Methode erwiesen hat (wie z.B. bei der Verwendung der Pseudo-PZN 9999901 bei Versicherten mit Hämophilie). Diese Sonderfälle sollen ab dem Ausgleichsjahr 2013 abgeschafft und die Berücksichtigung einer Dauermedikation für die Vergabe einer Zuschlagsgruppe ausschließlich über den Nachweis einer bestimmten Mindestanzahl von Behandlungstagen zugelassen werden.

Aufgrund der oben dargelegten Überlegungen wurde im Folgenden ausschließlich der Anpassungsvorschlag der KBV und BÄK, d.h. die Schaffung einer weiteren Zuschlagsgruppe beim Nachweis einer Dauermedikation mit Arzneimittelwirkstoffen der Tabelle 37 und einer zeitgleichen Diagnose, empirisch überprüft (Modell 1). Die Ergebnisse sind in Tabelle 38 dargestellt.

Tabelle 38: Empirische Überprüfung der Multiplen Sklerose

		Status quo		Modell 1	
R²		25,5450%		25,7177%	
CPM		22,8422%		23,0761%	
MAPE		1.846,28 €		1.840,68 €	
HMG	Risikogruppe	Beta	N	Beta	N
072_AM	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	/	/	13.392 €	4.082
072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation	6.604 €	10.694	2.489 €	6.699
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">072</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">072_AM ↓ 072</div>	

Die von der KBV und BÄK vorgeschlagene Änderung (Modell 1) zeigt, dass sich die Kostenschätzer von an Multiple Sklerose erkrankten Versicherten mit und ohne Dauermedikation stark unterscheiden. Durch die im Modell 1 vorgenommenen Änderungen verbessert sich die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells deutlich. Im Vergleich zum Status quo steigt das R² um 0,1727%, das CPM um 0,2339% und das MAPE sinkt um 5,60 €.

9.3.2 Ergebnis

Der Vorschlag, für Versicherte mit der Diagnose Multiple Sklerose eine Differenzierung über Arzneimittel entsprechend der oben genannten Ausführungen anzuwenden, erhöht die Zielgenauigkeit des Modells erheblich. Der Wissenschaftliche Beirat schlägt daher vor, die Änderung umzusetzen.

9.4 Anpassung Morbus Parkinson (HMG073)

Der AOK-BV schlägt vor, die Diagnosen von Versicherten mit Morbus Parkinson durch Arzneimittel der ATC N04 (Antiparkinsonmittel) zu validieren.

9.4.1 Untersuchung / Diskussion

Der Vorschlag des AOK-BV, die Diagnosen für die DxG326 (Morbus Parkinson) mit Arzneimitteln zu validieren, wird abgelehnt, da eine medikamentöse Therapie des Morbus Parkinson nicht generell als obligat angesehen werden kann. Allerdings wird eine Differenzierung zwischen entsprechenden Versicherten mit und ohne Dauermedikation als potentiell ökonomisch sinnvoll erachtet. Folgende sechs leitliniengerechte Arzneimittelgruppen aus der vom AOK-BV vorgeschlagenen Obergruppe Antiparkinsonmittel (ATC N04) wurden in der empirischen Überprüfung eingesetzt (Tabelle 39).

Tabelle 39: Angewendete ATC-5-Steller zum Aufgreifen des Morbus Parkinson

ATC-Kode	ATC-Bezeichnung (Arzneimittelwirkstoff-Beispiel)
N04AA	Tertiäre Amine (Biperiden)
N04BA	Dopa und Dopa-Derivate (Levodopa)
N04BB	Adamantan-Derivate (Amantadin)
N04BC	Dopamin-Agonisten (Bromocriptin)
N04BD	Monoaminoxidase-B-Hemmer (Selegilin)
N04BX	Andere dopaminerge Mittel (Tolcapon)

Das überprüfte Modell (Modell 1) geht von folgender Konstellation aus: Versicherte mit Verordnungen über einen oder mehrere dieser Arzneimittelwirkstoffe über einen Zeitraum von mehr als 183 Behandlungstagen und mit mindestens einer zeitgleichen ambulanten Diagnose erhalten den Zuschlag der HMG073_AM. Versicherte, die diese Kriterien nicht erfüllen, aber Diagnosen entsprechend der DxG326 aus mindestens zwei Quartalen haben, erhalten den Zuschlag der HMG073, wobei die HMG073_AM die HMG073 dominiert. Die Berechnungsergebnisse für dieses Modell 1 sowie zum Vergleich die Ergebnisse des Status quo sind in Tabelle 40 dargestellt.

Tabelle 40: Empirische Überprüfung des Morbus Parkinson

		Status quo	Modell 1
R²		25,5450%	25,6001%
CPM		22,8422%	22,9175%
MAPE		1.846,28 €	1.844,48 €
HMG	Risikogruppe	Beta N	Beta N
073_AM	Morbus Parkinson mit Dauermedikation		4.597 € 9.662
073	Morbus Parkinson und Chorea Huntington	2.007 € 33.915	987 € 24.403
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">073</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">073_AM</div> <div style="text-align: center; margin: 2px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">073</div> </div>

Die vorgeschlagene Änderung (Modell 1) zeigt, dass sich die Kostenschätzer von an Morbus Parkinson erkrankten Versicherten mit und ohne Dauermedikation stark unterscheiden. Durch die hierarchisierte Zuweisung einer der zwei entsprechenden Zuschlagsgruppen verbessert sich die Zielgenauigkeit des Modells deutlich: das R² steigt um 0,0551%, das CPM steigt um 0,0753% und das MAPE sinkt um 1,80 €.

9.4.2 Ergebnis

Der Vorschlag des AOK-BV, im Klassifikationsmodell 2012 eine Differenzierung über Arzneimittel bei an Morbus Parkinson erkrankten Versicherten entsprechend der oben genannten Ausführungen anzuwenden, ist empirisch sinnvoll und wird angenommen.

9.5 Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 14

Die Überarbeitung der Hierarchie „Neurologische Erkrankungen“ führt zu den folgenden Anpassungsvorschlägen:

DxG318 / DxG319 – Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre / < 18 Jahre)

- Die auf DxG-Ebene erfolgende altersabhängige Zuordnung der Muskeldystrophie (DxG318 / DxG319) wird auf HMG-Ebene fortgeführt.
- Die HMG070 wird demnach aufgeteilt in die HMG232 mit der Bezeichnung „Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)“ und die HMG233 mit der Bezeichnung „Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)“. Versicherte mit der DxG318 erhalten den Zu-

schlag für die HMG232 und Versicherte mit der DxG319 den Zuschlag für die HMG233.

DxG325 / DxG846 – Multiple Sklerose (mit / ohne Dauermedikation)

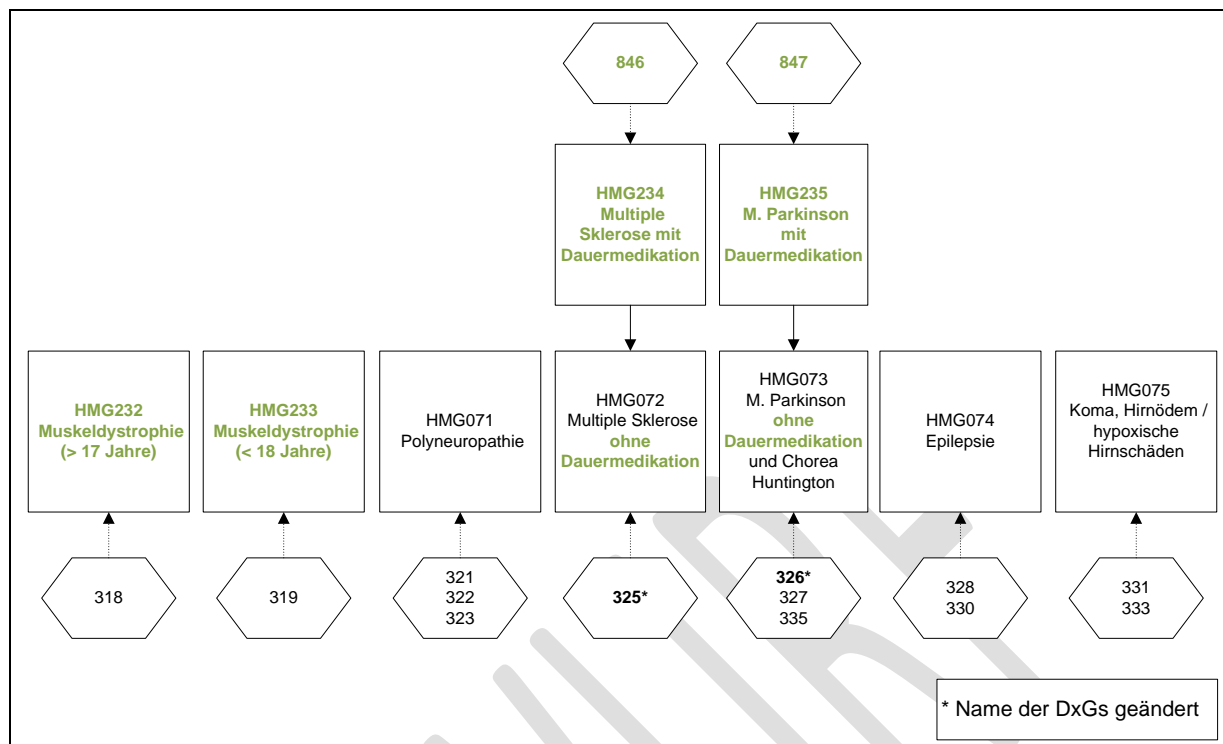
- Die bestehende HMG072 wird in die HMG234 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ und die HMG072 „Multiple Sklerose ohne Dauermedikation“ aufgespalten. Den Zuschlag für die neue HMG234 erhalten Versicherte mit der DxG846 „Multiple Sklerose / andere demyelinisierende Erkrankungen mit Dauermedikation“, d.h. mit mindestens 183 Behandlungstagen der in Tabelle 37 genannten Arzneimittelwirkstoffe und einer zeitgleichen MS- Diagnose. Versicherte, die diese Kriterien nicht erfüllen aber in mindestens zwei unterschiedlichen Quartalen eine Multiple Sklerose Diagnose haben, erhalten die DxG325 und somit die hierarchisch untergeordnete Zuschlagsgruppe HMG072.

DxG326 / DxG847 – Morbus Parkinson (mit / ohne Dauermedikation)

- Die bestehende HMG073 wird in die HMG235 „Morbus Parkinson mit Dauermedikation“ und die HMG073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington“ aufgespalten. Den Zuschlag für die neue HMG235 erhalten Versicherte mit der DxG847, d.h. mit mindestens 183 Behandlungstagen der in Tabelle 39 genannten Arzneimittelwirkstoffe und einer zeitgleichen Parkinson-Diagnose. Versicherte, die diese Kriterien nicht erfüllen aber in mindestens zwei unterschiedlichen Quartalen eine Parkinson-Diagnose haben, erhalten die DxG326 und somit die hierarchisch untergeordnete Zuschlagsgruppe HMG073. Diese Zuschlagsgruppe erhalten ebenfalls Versicherte mit der DxG327 (Chorea Huntington und andere degenerative Basalganglienerkrankungen) und der DxG335 (essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen).
- Die neue DxG847 wird „Morbus Parkinson mit Dauermedikation“ genannt. Die DxG326 wird in „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation“ umbenannt.

Nach ausführlicher Diskussion der Ergebnisse mit dem Wissenschaftlichen Beirat in Sitzungen am 17. Juni und am 28. Juli 2011 wurden die Anpassungsvorschläge angenommen. Der für die Festlegung 2012 vorgesehene Aufbau der Hierarchie gestaltet sich demnach folgendermaßen (Abbildung 10):

Abbildung 10: Hierarchie 14 (Neurologische Erkrankungen) nach Anpassung



10 Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“

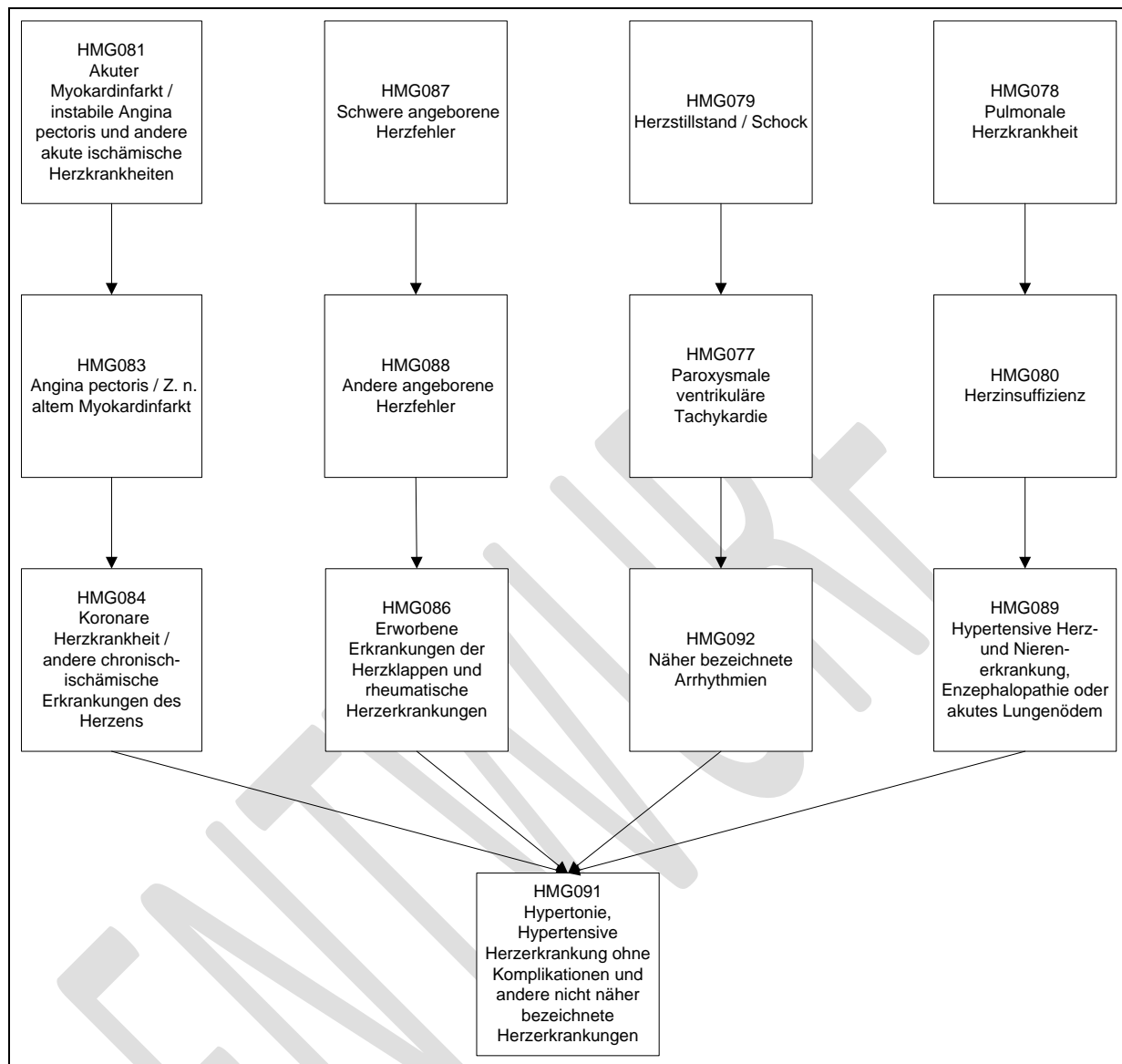
10.1 Hintergrund / Vorschläge

Die Hierarchien „Herz- und Atemstillstand“ sowie „Herzerkrankungen“ wurden bereits für das Klassifikationsmodell 2011 komplett überarbeitet und eine Hierarchie mit vier parallelen Strängen erarbeitet.

Bei der diesjährigen Überarbeitung stand im Vordergrund, die Anregungen der Krankenkassen und KBV/ BÄK zu überprüfen und ggf. kleinere Änderungen vorzunehmen, jedoch die Grundstruktur der Hierarchie zu belassen. Der GKV-SV regte für die DxG350 („Herzstillstand / Schock“) an, das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ einzuführen. Die TK schlug eine Zusammenlegung von zwei HMG (HMG083 die HMG084) im ersten Hierarchiestrang vor, wobei derzeit die HMG083 („Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt“) die HMG084 („Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens“) dominiert. KBV und BÄK regten erneut an, neben der gesicherten Diagnose I25.2 G auch die ambulanten Diagnosen I21.- („Akuter Myokardinfarkt“) oder I22.- („Rezidivierender Myokardinfarkt“) mit Zusatzkennzeichen „Z“ zu berücksichtigen.

Die vorgeschlagenen Anpassungen des Vorschlagsverfahrens wurden untersucht und im Modell neu berechnet. Die untersuchten Vorschläge sind in den einzelnen Unterpunkten dieses Kapitels dargestellt. Abbildung 11 zeigt die bisherige Ausgestaltung der Hierarchie 16.

Abbildung 11: Hierarchie 16 (Herzerkrankungen) im Ausgangsmodell



10.2 Herzstillstand/ Schock (HMG 079)

GKV-SV und AOK-BV regen an für die ICD-Kodes I46.0 und I49.0 der DxG350 das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ einzuführen.

10.2.1 Untersuchung/ Diskussion

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden, da dieser den (stationären) Deutschen Kodierrichtlinien widerspricht. Eventuelle Auswirkungen wurden nicht weiter empirisch untersucht. Die Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2010) schreiben unter **Ziffer 0903a** („Herzstillstand“) für die stationäre Behandlung ausdrücklich vor, dass dieser Code möglichst

nicht als Hauptdiagnose verwendet werden soll, da diese Diagnose als Symptom zu werten ist. Der Text der speziellen Kodierrichtlinie DKR zu Ziffer 0903a lautet: „Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand (I46.– Herzstillstand) sind **nur** zu kodieren, wenn Wiederbelebungsmaßnahmen ergriffen werden, unabhängig vom Ergebnis für den Patienten. Der Herzstillstand (I46.– Herzstillstand) ist **nicht** als Hauptdiagnose anzugeben, wenn die zugrunde liegende Ursache bekannt ist.“ Obwohl denkbar ist, dass die Codes in Ausnahmefällen auch als Hauptdiagnose im Krankenhaus verwendet werden, wenn z.B. nach primär erfolgreicher Reanimation außerhalb der Klinik dann doch noch in der Notaufnahme der Tod eintritt ohne genauere Ursachen zu klären, kann daher keine verpflichtende Einführung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ vorgenommen werden. Zudem entstünden nach solchen „Ausnahmekodierungen“ auch keine Kosten im nachfolgenden Jahr.

10.3 „Angina pectoris / Z.n. altem Myokardinfarkt“ und „Koronare Herzkrankheit/ andere chronisch- ischämische Erkrankungen des Herzens“ (HMG083 und HMG084)

Die TK hält es aus medizinischen Gründen und unter Kostengesichtspunkten für notwendig, die HMG083 „Angina pectoris/ Z.n. altem Myokardinfarkt“ und die HMG084 „Koronare Herzkrankheit/andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens“ zusammenzuführen.

10.3.1 Untersuchung / Diskussion

Der Vorschlag wurde geprüft, indem im ersten Hierarchiestrang die HMG083 und HMG084 zu einer einzigen HMG zusammengelegt wurden, der die HMG081 in der Hierarchie weiterhin vorangestellt blieb. Die Zusammenfassung der HMG wird in der Tabelle 2 als „Modell 1“ bezeichnet.

Es ergibt sich, dass sich alle Maßzahlen durch diese Maßnahme (gering) verschlechtern. Wie sich aus Tabelle 41 ergibt, führt eine entsprechende Zusammenlegung der HMG083 und HMG084 zu einer Verschlechterung des MAPE um 3 Cent, so dass man aus Gründen der Vereinfachung einer Zusammenlegung auch zustimmen könnte. Da jedoch die HMG083 die DxG363 „alte Myokardinfarkte“ und die DxG362 „Postmyokardinfarktsyndrom“ enthält (mit Vorliegen von infarziertem Gewebe und daraus resultierenden akuten und langfristigen Komplikationen), sollte diese HMG von der darunter liegenden HMG084 „KHK“ (Nachweis von mehr oder weniger ausgeprägter Gefäßsklerose) weiterhin abgegrenzt bleiben.

Tabelle 41: Zusammenlegung von HMG083 und HMG084

	Modell	Status quo		Modell 1 (HMG083+HMG084)	
		R ²	25, 5450%	25, 5445%	
		CPM	22, 8422%	22, 8407%	
		MAPE	1.846, 28	1.846, 31	
Risikogruppe		N	Beta	N	Beta
HMG077: Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie		3.861	1.401 €	3.861	1.407 €
HMG078: Pulmonale Herzkrankheit		13.053	2.699 €	13.053	2.701 €
HMG079: Herzstillstand / Schock		2.893	2.408 €	2.893	2.411 €
HMG080: Herzinsuffizienz		145.547	927 €	145.547	929 €
HMG081: Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten		17.629	1.124 €	17.629	1.122 €
HMG083: Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt		70.131	797 €	257.332	710 €
HMG084: Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens		187.201	677 €		
HMG086: Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen		94.829	513 €	94.829	514 €
HMG087: Schwere angeborene Herzfehler (Alter < 18 Jahre)		344	7.573 €	344	7.572 €
HMG088: Andere angeborene Herzfehler (Alter < 18 Jahre)		2.733	1.957 €	2.733	1.957 €
HMG089: Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung, Enzephalopathie oder akutes Lungenödem		23.274	504 €	23.274	505 €
HMG091: Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen		514.022	342 €	514.022	343 €
HMG092: Näher bezeichnete Arrhythmien		104.044	597 €	104.044	597 €

10.3.2 Ergebnis

Die vorgeschlagene Änderung wird nicht übernommen und das ursprüngliche Modell belassen wie im letzten Jahr.

10.4 „Angina pectoris / Z.n. altem Myokardinfarkt (HMG083)

KBV und BÄK hatten schon letztes Jahr angeregt, neben der gesicherten Diagnose I25.2 G auch die ambulanten Diagnosen I21.- („Akuter Myokardinfarkt“) oder I22.- („Rezidivierender Myokardinfarkt“) mit Zusatzkennzeichen „Z“ zu berücksichtigen.

10.4.1 Diskussion / Ergebnis

Diese Empfehlung wurde bereits im vergangenen Jahr geprüft, jedoch verworfen. Zur Begründung wurde darauf verwiesen, dass im Klassifikationsmodell generell nur behandlungsrelevante Krankheitsbilder erfasst werden sollen. An dieser Einschätzung wird festgehalten.

10.5 Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 16

Da die vorgeschlagenen Änderungen jeweils nicht zu einer Verbesserung der Maßzahlen geführt haben bzw. aus medizinischer Sicht nicht sinnvoll erscheinen, wurde nach ausführlicher Diskussion der Ergebnisse mit dem Wissenschaftlichen Beirat in den Sitzungen am 17. Juni und am 28. Juli 2011 beschlossen, keine Änderungen an der Hierarchie 16 vorzunehmen.

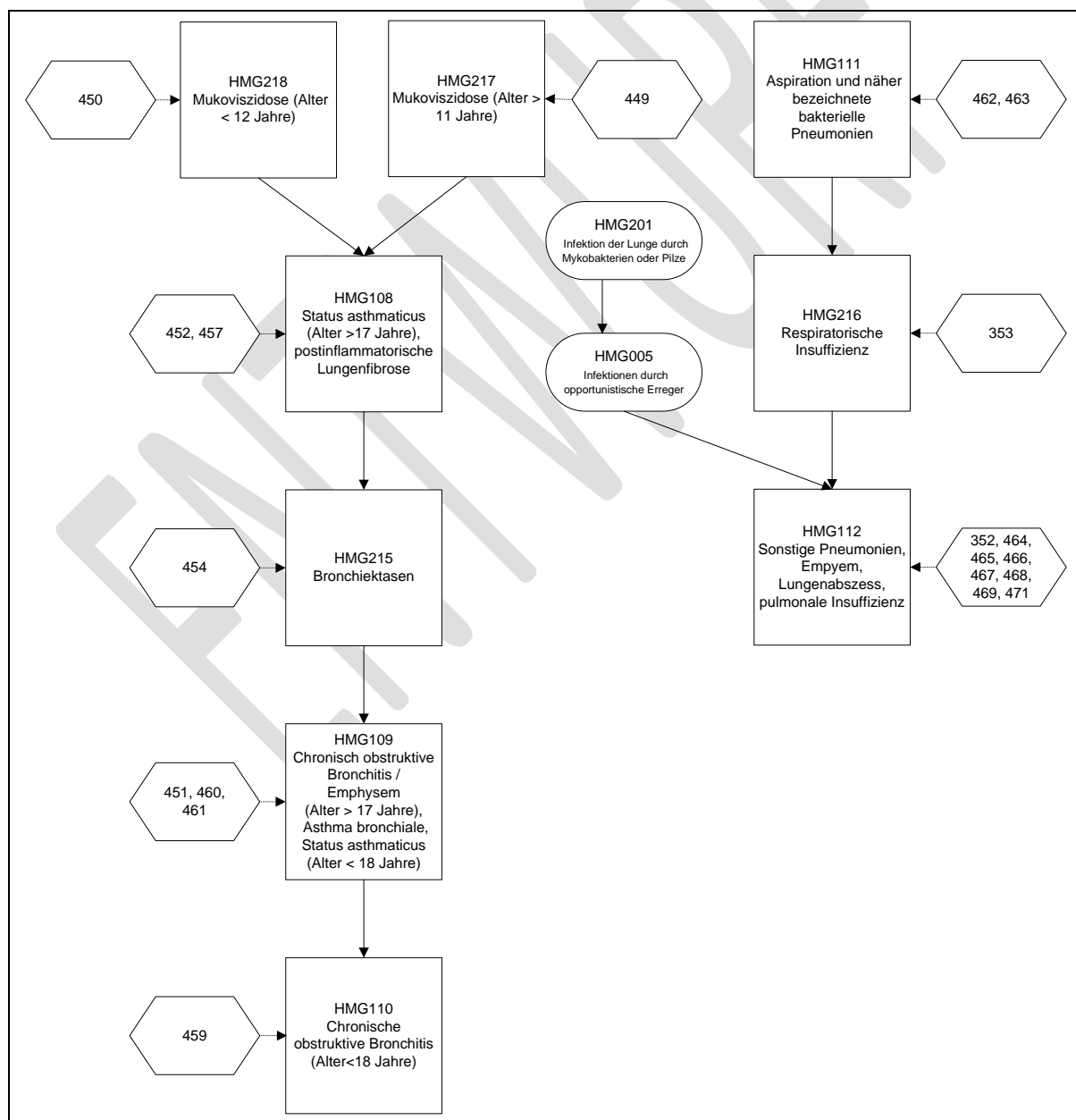
ENTWURF

11 Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“

11.1 Hintergrund / Vorschläge

Die Änderungsvorschläge, die das BVA hinsichtlich der Erkrankungen des Atemsystems erreicht haben, setzen sich mit der Gruppierung von Versicherten mit Mukoviszidose, schwerem Asthma und Chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen auseinander. Abbildung 12 bietet zunächst einen systematischen Überblick über die Gruppierungslogik der Hierarchie 19 (Erkrankungen der Lunge) im Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2011.

Abbildung 12: Hierarchie 19 (Erkrankungen der Lunge) im Ausgangsmodell



11.2 Schweregraddifferenzierung der Mukoviszidose (HMG217, HMG218)

Bereits im vergangenen Jahr wurden die Zuschlagsgruppen für Mukoviszidose grundlegend überarbeitet. Gegenwärtig existieren die beiden HMG217 (Mukoviszidose, Alter > 11 Jahre) und HMG 218 (Mukoviszidose, Alter < 12 Jahre). Um zu einem Zuschlag zu führen, werden für Versicherte mit einem Alter über 11 Jahren die Mukoviszidose-Diagnosen aus der ambulanten Versorgung über spezifische Arzneimittelverordnungen abgesichert.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens regen GKV-SV und AOK-BV nun die Schaffung einer zusätzlichen Zuschlagsgruppe an, die über die Verordnung bestimmter Arzneimittelwirkstoffe (Dornase alfa, Tobramycin, Colistin) in zwei unterschiedlichen Quartalen ausgelöst werden soll. Konkret bezieht sich der Vorschlag auf Versicherte ab einem Alter von zwölf Jahren, die bislang über die DxG449 in die HMG217 gruppiert werden. Sinnvoll sei diese Anpassung, da entsprechend selektierte Versicherte im Folgejahr deutlich höhere Kosten aufwiesen als die übrigen der HMG217 zugerechneten Personen.

11.2.1 Untersuchung / Diskussion

Der vom GKV-SV dargestellte empirische Befund kann vom BVA rekonstruiert werden. Es steht somit grundsätzlich außer Frage, dass für Versicherte, die mit den drei genannten Wirkstoffen therapiert werden, besonders hohe Folgekosten zu erwarten sind. Dennoch ist der hieraus abgeleitete Vorschlag zur Modellanpassung kritisch zu bewerten.

Würde man dem Vorschlag wortgetreu folgen, so blieben Kinder mit Mukoviszidose, die bislang über die DxG450 in die HMG218 gruppiert werden, von der Anpassung unberücksichtigt. Während also Erwachsene bei Therapie mit einem der diskutierten Wirkstoffe in eine höhere Zuschlagsgruppe eingeordnet würden, würde für Patienten unter zwölf Jahren weiterhin ein undifferenzierter Zuschlag über die HMG218 ausgelöst werden. Um eine derartige altersbedingte Differenzierung zu vermeiden, müsste eine Zuordnung in eine neue Zuschlagsgruppe auch für die bislang in die HMG218 gruppierten Versicherten möglich sein.

Auch die Forderung, die Gruppierung in eine neue Zuschlagsgruppe von zwei Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen abhängig zu machen, erschließt sich an dieser Stelle nicht zwingend. Bislang werden Versicherte im Klassifikationsmodell nur dann über das Vorliegen von zwei Verordnungen aufgegriffen, wenn sich aufgrund des Fehlens entsprechender Datenmeldungen (reguläre Pharmazentralnummern) keine Behandlungstage ermitteln lassen (Hämophilie) bzw. dann, wenn die Verwendung spezifischer Behandlungstage als Aufgreifkriterium versagt (ERT/SRT bei schwerwiegenden metabolischen Erkrankungen). Problematisch ist die Höhergruppierung eines Versicherten in eine „zuschlagsstarke“ Morbi-

ditätsgruppe über die Anzahl der Verordnungsquartale insbesondere dann, wenn die Kosten dieser Verordnungen deutlich unter dem vermeintlichen „Zuweisungsgewinn“ liegen können. Im genannten Beispiel etwa wäre der höhere Zuschlag über die gezielte zweifache Verordnung von Tobramycin 20 mg auslösbar. Ein derartiges Verordnungsverhalten würde zu einer Zuweisungserhöhung von mehreren tausend Euro führen, zöge dabei allerdings lediglich Mehrkosten von etwa 98 € nach sich (gem. GKV-Arzneimittelindex, Stand 04/2011). Die negativen Anreizwirkungen, die sich aus einer solchen Konstellation ergäben, liegen auf der Hand. Mittelfristig ist das BVA nicht zuletzt aus diesem Grund bestrebt, von der als Sonderregelung gedachten Versichertenzuordnung über das Kriterium „Verordnungen aus zwei Quartalen“ gänzlich abzusehen.

Das Kernproblem des Vorschlages aber, das sich auch nicht über dessen Adaption (Mitberücksichtigung von Kindern und ein Abstellen auf das Kriterium „AM obligat, 183 BT“) vermeiden ließe, muss darin gesehen werden, dass er darauf abzielt, eine bereits über ein Arzneimittelkriterium (unter Berücksichtigung spezifischer ATC-5-Steller) abgegrenzte Zuschlagsgruppe (HMG217) durch bestimmte, besonders kostenintensive Arzneimittel (über die Abgrenzung bestimmter ATC-Siebensteller der bereits für das Aufgreifen der HMG217 verwendeten Fünfsteller) weiter zu differenzieren. Unstrittig ist, dass eine derartige Ausdifferenzierung der Zuschläge über die jeweils tatsächlich verordneten Wirkstoffe dazu beitragen würde, die Modellzielgenauigkeit zu erhöhen. Im Extremfall aber würde bei konsequenter Berücksichtigung der jeweils gewählten Therapie ein Modell resultieren, bei dem für ein und dieselbe Grunderkrankung bei identischer Kodierung mehrere versorgungsabhängige Zuschläge nebeneinander existieren; die Wahl eines konkreten Arzneimittels innerhalb einer Klasse von grundsätzlich „passenden“ Therapeutika würde implizit auch die Höhe des Zuschlags determinieren. Um die Versorgungsneutralität des Risikostrukturausgleichs zu wahren und unerwünschte Anreizwirkungen zu verhindern, sollte an dieser Stelle auf eine derartige Ausdifferenzierung verzichtet werden.

Unabhängig von dieser Einschätzung fällt mit Blick auf den von GKV-SV und AOK-BV angeführten Wirkstoff Colistin (ATC-Kode: J01XB01) auf, dass die übergeordnete Gruppe der Polymyxine (ATC-Fünfsteller: J01XB) im Klassifikationsmodell für das Jahr 2011 nicht berücksichtigt wurde. Bei der Revision der Wirkstoffliste wurden zudem mit den beta-Lactamase-resistenten Penicillinen (J01CF) und den Cephalosporinen der 1. Generation (J01DB) zwei weitere Wirkstoffgruppen identifiziert, die beim Aufgreifen von Versicherten mit Mukoviszidose berücksichtigt werden sollten. Zwar ergäbe sich durch die Aufnahme der drei Wirkstoffe für keinen der Stichprobenversicherten eine abweichende Gruppierung, dennoch erscheint die Berücksichtigung der ATC-Kodes beim Aufgreifen der DxG449 aus pharmakotherapeutischer Sicht geboten.

11.2.2 Ergebnis

Der Vorschlag von GKV-SV / AOK-BV zu einer weitergehenden arzneimittelbasierten Schweregraddifferenzierung der Zuschlagsgruppen für Mukoviszidose wird nicht weiter verfolgt.

Davon abgesehen sollen die bislang unberücksichtigten Polymyxine (ATC-Fünfsteller: J01XB), beta-Lactamase-resistenten Penicilline (J01CF) und Cephalosporine der 1. Generation (J01DB) beim Aufgreifen der DxG449 / HMG217 im künftigen Klassifikationsmodell Verwendung finden.

11.3 Aufgreifkriterien bei Status asthmaticus / schwerem Asthma (HMG108, HMG109)

In Abhängigkeit von ihrem Alter werden im bisherigen Klassifikationsmodell Versicherte mit dem ICD-Kode J46 („Status asthmaticus“) in die HMG108 („Status asthmaticus [> 17 Jahre]“) bzw. die HMG109 („Status asthmaticus [< 18 Jahre]“) gruppiert. Da es sich beim Status asthmaticus um schwere, über mehrere Stunden persistierende Asthmaanfälle handelt, die in aller Regel einer stationären Therapie bedürfen, führen bislang nur Diagnosen aus der stationären Versorgung zu einem Zuschlag.

KBV und BÄK weisen darauf hin, dass der für die Kodierung des Status asthmaticus vorgesehene ICD-Kode J46 im Diagnosesynthesaurus des DIMDI generell zur Verschlüsselung des „schweren akuten Asthmas“ genannt werde. Die bisherige Begrenzung auf stationäre Diagnosen verhindere somit Zuschläge für Versicherte mit schweren – nicht als Status asthmaticus zu bezeichnenden – akuten Asthmaanfällen, deren Therapie (und Kodierung) im ambulanten Sektor durchaus plausibel seien. KBV und BÄK regen daher an, auch die J46-Diagnosen aus dem ambulanten Sektor bei der Gruppierung zu berücksichtigen, hierbei allerdings das Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, chronisch“ anzuwenden.

11.3.1 Untersuchung / Diskussion

Wie KBV und BÄK erläutern, geben sowohl das systematische als auch das alphabetische ICD-Verzeichnis vor, schwere Asthmaanfälle, die nicht als „Status asthmaticus“ zu bezeichnen sind, mit dem ICD-Kode J46 zu verschlüsseln. Explizit wird die Dokumentation des „akuten schweren Asthma bronchiale“ von der Kodierung mit dem „üblichen“ Schlüssel für Asthma ausgenommen („J45.- Asthma bronchiale, Exkl. Akutes schweres Asthma [J46]“). Da der oben beschriebene Einwand nachvollzogen werden kann, wird der Anpassungsvorschlag von KBV und BÄK im Folgenden empirisch überprüft.

Im hierzu spezifizierten Modell führt der Diagnosekode J46 auch dann zur Gruppierung in die HMG108 bzw. die HMG109, wenn er aus der ambulanten Versorgung entstammt, für den

betroffenen Versicherten zugleich mindestens 183 Behandlungstage mit spezifischen Arzneimitteln vorliegen und mindestens eine Verordnung dieser Arzneimittel im gleichen Quartal wie die Diagnosestellung liegt. Zur Berechnung der Behandlungstage wurden die ATC-Kodes herangezogen, die auch zur Absicherung der Grunderkrankung (DxG460, „Asthma bronchiale“) verwendet werden. Die sich ergebenden Modellkennzahlen werden dem Status quo-Modell in Tabelle 42 gegenübergestellt.

Tabelle 42: Aufgreifen des akuten schweren Asthmas über ambulante Diagnosen

Modell		Status quo		Stat. asthm. ambulant (AM oblig., 183 BT)	
R²		25,5450%		25,5472%	
CPM		22,8422%		22,8445%	
MAPE		1.846,28		1.846,22	
Risikogruppe		Beta	N	Beta	N
HMG217	Mukoviszidose (> 11 J.)	22.392 €	284	22.396 €	284
HMG218	Mukoviszidose (< 12 J.)	11.578 €	130	11.578 €	130
HMG108	Status asthmaticus (> 17 J.) postinfl. Lungenfibrose	2.473 €	4.345	2.647 €	5.077
HMG215	Bronchiektasen	1.605 €	1.751	1.555 €	1.740
HMG109	COPD / Emphysem (> 17 J.) Asthma Status asthmaticus (< 18 J.)	920 €	204.363	911 €	203.693
HMG110	COPD / Emphysem (< 18 J.)	405 €	3.523	405 €	3.522

Der primäre Effekt des geänderten Aufgreifkriteriums zeigt sich bei Betrachtung der Fallzahlen und der Schätzer der HMG108 und HMG109. Die Anpassung führt vor allen Dingen zu einer Höhergruppierung von Versicherten von der HMG109 in die HMG108. Während der Schätzer für die HMG109 etwas absinkt, steigt das Beta für die HMG108 an. Die Modellanpassung sorgt somit offensichtlich dafür, besonders teure Versicherte aus der HMG109 in die HMG108 zu überführen. Sowohl R² als auch CPM und MAPE zeigen an, dass die Maßnahme die Zielgenauigkeit des Modells verbessert.

11.3.2 Ergebnis

Der ICD-Kode J46 sollte zukünftig auch über das Kriterium „ambulante Arzneimittel, chronisch“ aufgegriffen werden. Hinsichtlich der kodierten Krankheitszustände sollten die zugrunde liegenden DxG (entsprechend auch die HMG) umbenannt werden in „DxG452: Akutes schweres Asthma (Alter > 17 Jahre)“ und „DxG461: Akutes schweres Asthma (Alter < 18 Jahre)“.

11.4 Aufgreifkriterium / Schweregraddifferenzierung bei (erworbenen) Bronchiektasen (DxG454, HMG215)

Erstmals mit der Krankheitsauswahl für das Jahr 2011 wurden (erworbene) Bronchiektasen (ICD J47) im Risikostrukturausgleich berücksichtigt. Als eigene Zuschlagsgruppe (HMG215) wurde diese bei der Überarbeitung des entsprechenden Klassifikationsmodells in den Hierarchiestrang der chronischen Lungenerkrankungen zwischen die HMG108 („Status asthmaticus [Alter > 17 Jahre], postinflammatorische Lungenfibrose“) und die HMG109 („Chronische obstruktive Bronchitis / Emphysem (Alter > 17 Jahre), Asthma bronchiale, Status asthmaticus (Alter < 18 Jahre)“ eingeordnet. Wie bereits in ihrer Stellungnahme aus dem vergangenen Jahr regen KBV und BÄK nun erneut an, den Zuschlag für die HMG215 vom Vorliegen einer spezifischen Arzneimitteltherapie abhängig zu machen. Alternativ solle geprüft werden, ob die Einführung einer arzneimittelbasierten Schweregraddifferenzierung der Gruppe die Vorhersagegüte des Modells weiter verbessere.

11.4.1 Untersuchung / Diskussion

Der Vorschlag zur Einführung einer Arzneimittelvalidierung der DxG454 (Bronchiektasen) wurde bereits im vergangenen Überarbeitungsturnus geprüft und verworfen. Begründet wurde der Verzicht durch die fehlende Notwendigkeit einer dauerhaften Arzneimitteltherapie für die Betroffenen. An diesem Argument wird nach wie vor festgehalten.

Auch dem Alternativvorschlag – einer Schweregraddifferenzierung der Zuschlagsgruppe für Bronchiektasen über spezifische Arzneimittel – kann man eher skeptisch gegenüberstehen. Dies insbesondere deshalb, weil sich für eine entsprechende Aufteilung der HMG215 keine ausreichend spezifischen Arzneimittel identifizieren lassen, über die eine eindeutige Trennung klinisch leichter und schwerer Fälle (wie im Klassifikationsmodell bspw. für HIV/AIDS, schwerwiegende Stoffwechselerkrankungen oder Hämophilie praktiziert) möglich wäre. Dies kann vor allen Dingen hinsichtlich negativer Anreizwirkungen als kritisch angesehen werden. Der Vorschlag, die HMG215 über Arzneimittel weiter zu differenzieren, wird daher nicht näher untersucht.

11.4.2 Ergebnis

Es sollen keine Änderung an der gegenwärtigen Klassifikation vorgenommen werden.

11.5 Abgrenzung und Einordnung der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (HMG109, HMG110)

Mit Blick auf den heterogenen Krankheitsverlauf und Behandlungsbedarf von Versicherten, die in die HMG109 (COPD [Alter > 17 Jahre], Status asthmaticus [Alter < 18 Jahre], Asthma

bronchiale) einfließen, plädieren GKV-SV, AOK-BV und DAK für eine Überprüfung und ggf. Neuordnung der Zuschlagsgruppe.

11.5.1 Untersuchung

Auch wenn das BVA bei der Berechnung der mittleren Leistungsausgaben je DxG für die Versicherten der HMG108 und HMG109 zu etwas anderen Werten kommt als der GKV-SV⁵, ist das Ergebnis in der Tendenz deckungsgleich. Die Folgekosten von erwachsenen Versicherten, die an einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung leiden, heben sich deutlich von denen der übrigen Versicherten in der HMG109 ab (Tabelle 43).

Tabelle 43: Mittlere Folgekosten der Versicherten der HMG109 & HMG110

	DxG	mittlere Ausgaben
HMG109	DxG460 Asthma bronchiale	3.993 €
	DxG461 Akutes schweres Asthma (Alter < 18 Jahre)	2.270 €
	DxG451 Emphysem / Chronische Bronchitis (Alter > 17 Jahre)	5.963 €
HMG110	DxG459 Emphysem / Chronische Bronchitis (Alter < 18 Jahre)	1.662 €

Dessen ungeachtet hat sich der Wissenschaftliche Beirat zunächst mit der Frage beschäftigt, ob die momentan bestehende altersabhängige Kostendifferenzierung der COPD zielführend ist, wenn sich auch über die Berücksichtigung des konkret verwendeten ICD-Schlüssels eine gut abgrenzbare Schweregradeinteilung (auf Basis der „Einsekundenkapazität“ (FEV₁)) erarbeiten lässt. Eine naheliegende Einteilung der berücksichtigten ICD-Kodes zur Verschlüsselung der COPD und des Lungenemphysems lässt sich Tabelle 44 entnehmen.

Tabelle 44: Neueinteilung der DxG451 und DxG459 (COPD / Emphysem)

DxG	neue Bezeichnung	Beschreibung	ICD-Kodes
DxG451 (neu)	Schwerwiegende COPD / Emphysem	Emphyseme	J43.- (Emphysem) J98.2 (Interstitielles Emphysem) J98.3 (Kompensatorisches Emphysem)
		COPD mit FEV ₁ < 50 % des Sollwertes	J44.x0 (FEV ₁ < 35 % des Sollwertes) J44.x1 (FEV ₁ ≥ 35% und < 50% des Sollwertes)
DxG459 (neu)	Leicht- und mittelgradige COPD	COPD mit FEV ₁ ≥ 50 % des Sollwertes	J44.x2 (FEV ₁ ≥ 50% und < 70% des Sollwertes)
			J44.x3 (FEV ₁ ≥ 70% des Sollwertes)
			J44.x9 (FEV ₁ nicht näher bezeichnet)

⁵ Beispielsweise führen, wie in Abschnitt 11.3 empfohlen, auch ambulante Diagnosen des akuten schweren Asthmas (ICD J046) bei den hier ausgeführten Simulationen zu einer Versichertenzuordnung in die DxG452 bzw. DxG461.

Um zu entscheiden, welche der beiden Abgrenzungsvarianten vorzuziehen ist, werden die DxG451 und DxG459 zunächst aus der bestehenden HMG-Systematik ausgegliedert. Anschließend erfolgt eine Bewertung der Neuabgrenzung im Rahmen einer Regressionsrechnung, bei der die beiden aus dem Hierarchiestrang (teilweise) herausgelösten DxG als eigene Zuschlagsgruppen eingesetzt werden. Hinsichtlich der Dominanzbeziehung bleibt die HMG108 den COPD-Zuschlägen weiterhin übergeordnet. In beiden Varianten kann jeder Versicherte maximal einen COPD-Zuschlag generieren.

Tabelle 45: Bewertung der Neuabgrenzung der COPD-DxG

bisherige Abgrenzung der COPD-DxG (aus HMG ausgegliedert)				Neuabgrenzung COPD / Emphysem					
		R ²	25,5597%			R ²	25,5630%		
		CPM	22,8661%			CPM	22,8682%		
		MAPE	1.845,71			MAPE	1.845,66		
Risikogruppe			Beta	N	Risikogruppe			Beta	N
HMG108	DxG452 Akutes schweres Asthma (Alter > 17 Jahre)	2.666 €	5.077	DxG452 Akutes schweres Asthma (Alter > 17 Jahre)	2.683 €	5.077			
	DxG457 Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose			DxG457 Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose					
HMG215	DxG454 Bronchiektasen	1.026 €	1.740	DxG454 Bronchiektasen	986 €	1.740			
HMG109	DxG460 Asthma bronchiale	897 €	82.109	DxG460 Asthma bronchiale	888 €	82.109			
	DxG461 Akutes schweres Asthma (Alter < 18 Jahre)			DxG461 Akutes schweres Asthma (Alter < 18 Jahre)					
	DxG451 Emphysem / Chronische Bronchitis ALT (Alter > 17 Jahre)	824 €	143.889	DxG451 Schwerwiegende COPD / Emphysem NEU	1.156 €	46.576			
	DxG459 Emphysem / Chronische Bronchitis ALT (Alter < 18 Jahre)	225 €	4.742	DxG459 Leicht- und mittelgradige COPD NEU	655 €	102.055			

HMG 108

451 ALT

459 ALT

HMG 215

HMG 109

HMG 108

451 NEU

459 NEU

HMG 215

HMG 109

Die der Tabelle 45 zu entnehmenden Modellkennzahlen zeigen an, dass sich über eine an der ICD-Systematik ausgerichtete Abgrenzung der Zuschläge für COPD und das Lungenemphysem eine leichte Verbesserung der Zielgenauigkeit erreichen lässt. Von dieser Erkenntnis ausgehend, soll nun im Folgenden untersucht werden, wie sich die beiden neu gefassten DxG wieder sinnvoll (mit einem geringen Verlust an Zielgenauigkeit) in einen strikten Hierarchiestrang reintegrieren lassen. Da mit Blick auf den Schätzer der DxG459 (neu) deren abschließende Stellung im Strang schon vorgegeben ist, setzen sich die vier in Tabelle 46 dargestellten Modelle lediglich mit den verschiedenen Möglichkeiten zur Positionierung der schwerwiegenden COPD (DxG451 [neu]) auseinander.

Tabelle 46: Varianten zur Eingliederung der neu abgegrenzten COPD-DxG

		Neuabgrenzung COPD / Emphysem		1	2	3	4
R ²		25,5630%		25,5536%	25,4156%	25,5535%	25,5519%
CPM		22,8682%		22,8531%	22,7249%	22,8533%	22,8520%
MAPE		1.845,66		1.846,02	1.849,09	1.846,01	1.846,04
Risikogruppe		Beta	N	Beta	N	Beta	N
HMG108	DxG452 Akutes schweres Asthma (Alter > 17 Jahre)	2.683 €	5.077	2.666 €	5.077	2.665 €	5.077
	DxG457 Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose						
HMG215	DxG454 Bronchiektasen	986 €	1.740	1.093 €	1.187	1.304 €	47.763
HMG109	DxG460 Asthma bronchiale	888 €	82.109	974 €	74.019	974 €	74.019
	DxG461 Akutes schweres Asthma (Alter < 18 Jahre)						
	DxG451 Schwerwiegende COPD / Emphysem NEU	1.156 €	46.576	1.310 €	46.576	s. HMG215	1.294 €
	DxG459 Leicht- und mittelgradige COPD NEU	655 €	102.055	644 €	87.173	644 €	87.173

Als Modell mit der augenscheinlich höchsten Zielgenauigkeit zeigt sich dabei die dritte Variante, bei der die Zuschlagsgruppe für schwerwiegende COPD-Fälle und Versicherte mit Lungenemphysem zwischen der HMG215 (Bronchiektasen) und der HMG109 (Asthma bronchiale / akutes schweres Asthma [< 18 Jahre]) eingeordnet wird. Abgesehen von der Neuabgrenzung der DxG451 und DxG459 entspricht diese Modellausgestaltung im Grundsatz dem ursprünglichen Vorschlag von GKV-SV, DAK und AOK-BV, bei dem die kostenintensiven COPD-Fälle aus der HMG109 herausgelöst und an eine höhere Stelle eingeordnet werden sollte.

11.5.2 Ergebnis

Wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, bietet es sich an, die bisherige Altersdifferenzierung der DxG451 und DxG459 aufzugeben und sich stattdessen an der Schweregraddifferenzierung der ICD-Systematik zu orientieren. Die Benennung der DxG451 und DxG459 sollte entsprechend angepasst werden. Die neu abgegrenzten COPD-DxG sollten zur Bildung eigener Zuschlagsgruppen herangezogen werden, wobei die Gruppe der schwerwiegenden COPD-Fälle (DxG451 [neu]) zwischen die HMG215 und die HMG109 einzuordnen ist und die DxG459 (neu) – wie bereits im gegenwärtigen Modell – die Grundlage der am tiefsten im Hierarchiestrang stehenden Zuschlagsgruppe bilden sollte.

11.6 Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 19

Die Überarbeitung der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“ führt zu den folgenden Anpassungsvorschlägen:

DxG449 – Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)

- Zum Aufgreifen der DxG449 werden zusätzlich die bislang unberücksichtigten Polymyxine (ATC-Fünfsteller: J01XB), beta-Lactamase-resistenten Penicilline (J01CF) und Cephalosporine der 1. Generation (J01DB) berücksichtigt.

DxG452 / DxG461 – Status asthmaticus (Alter > 17 Jahre / Alter < 18 Jahre)

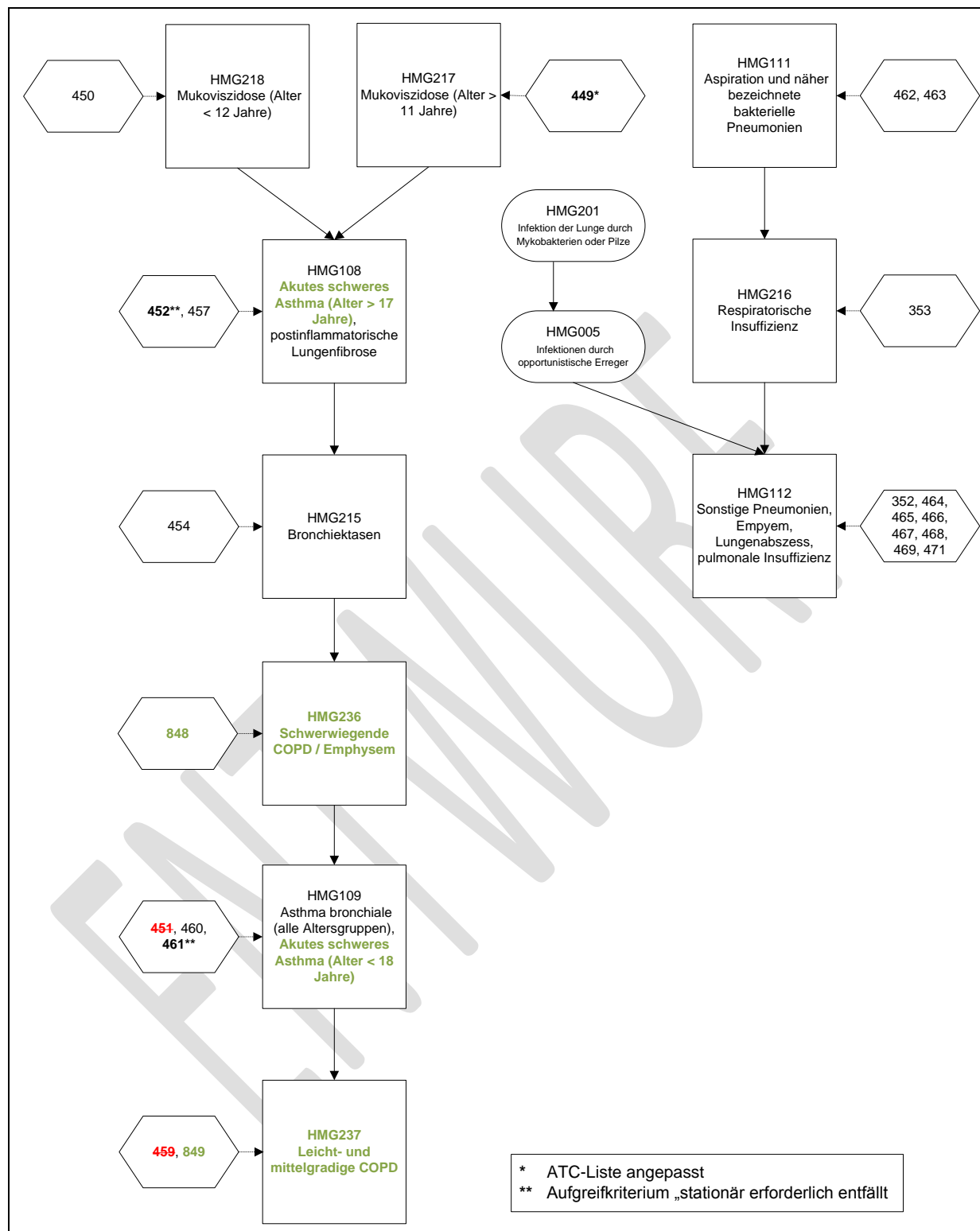
- Der ICD-Kode J46 kann zukünftig auch über das Kriterium „ambulante Arzneimittel, chronisch“ bei Vorliegen ambulanter Diagnosen aufgegriffen werden.
- Die DxG452 wird umbenannt werden in „Akutes schweres Asthma (Alter > 17 Jahre)“.
- Die DxG461 wird umbenannt werden in „Akutes schweres Asthma (Alter < 18 Jahre)“.
- Die Bezeichnungen der die beiden DxG enthaltenden HMG108 und HMG109 sind entsprechend anzupassen.

DxG451 / DxG459 – Emphysem / Chronische Bronchitis (Alter > 17 Jahre / Alter < 18 Jahre)

- Die altersabhängige Einteilung der DxG451 und DxG459 entfällt, die darin enthaltenen ICD-Schlüssel werden den beiden neuen **DxG848 („Schwerwiegende COPD / Emphysem“)** und **DxG849 („Leicht- und mittelgradige COPD“)** zugeteilt.
- Der DxG848 werden die ICD-Schlüssel J43.-, J44.x0, J44.x1, J98.2 sowie J98.3 zugewiesen. Die DxG848 bildet eine neue Zuschlagsgruppe **HMG236** (ebenfalls als „**Schwerwiegende COPD / Emphysem**“ bezeichnet), die im Hierarchiestrang zwischen der HMG215 und der HMG109 anzusiedeln ist.
- Der DxG849 werden die ICD-Schlüssel J44.x2, J44.x3 und J44.x9 zugeordnet. Die DxG849 bildet eine eigenständige HMG237 („Leicht- und mittelgradige COPD“), die das untere Ende des Hierarchiestranges bildet.

Nach ausführlicher Diskussion der Ergebnisse mit dem Wissenschaftlichen Beirat in Sitzungen am 17. Juni und am 28. Juli 2011 wurden die Anpassungsvorschläge angenommen. Einen grafischen Überblick über die für das Klassifikationsmodell 2012 angepasste Hierarchie gibt Abbildung 13.

Abbildung 13: Hierarchie 19 (Erkrankungen der Lunge) nach Anpassung

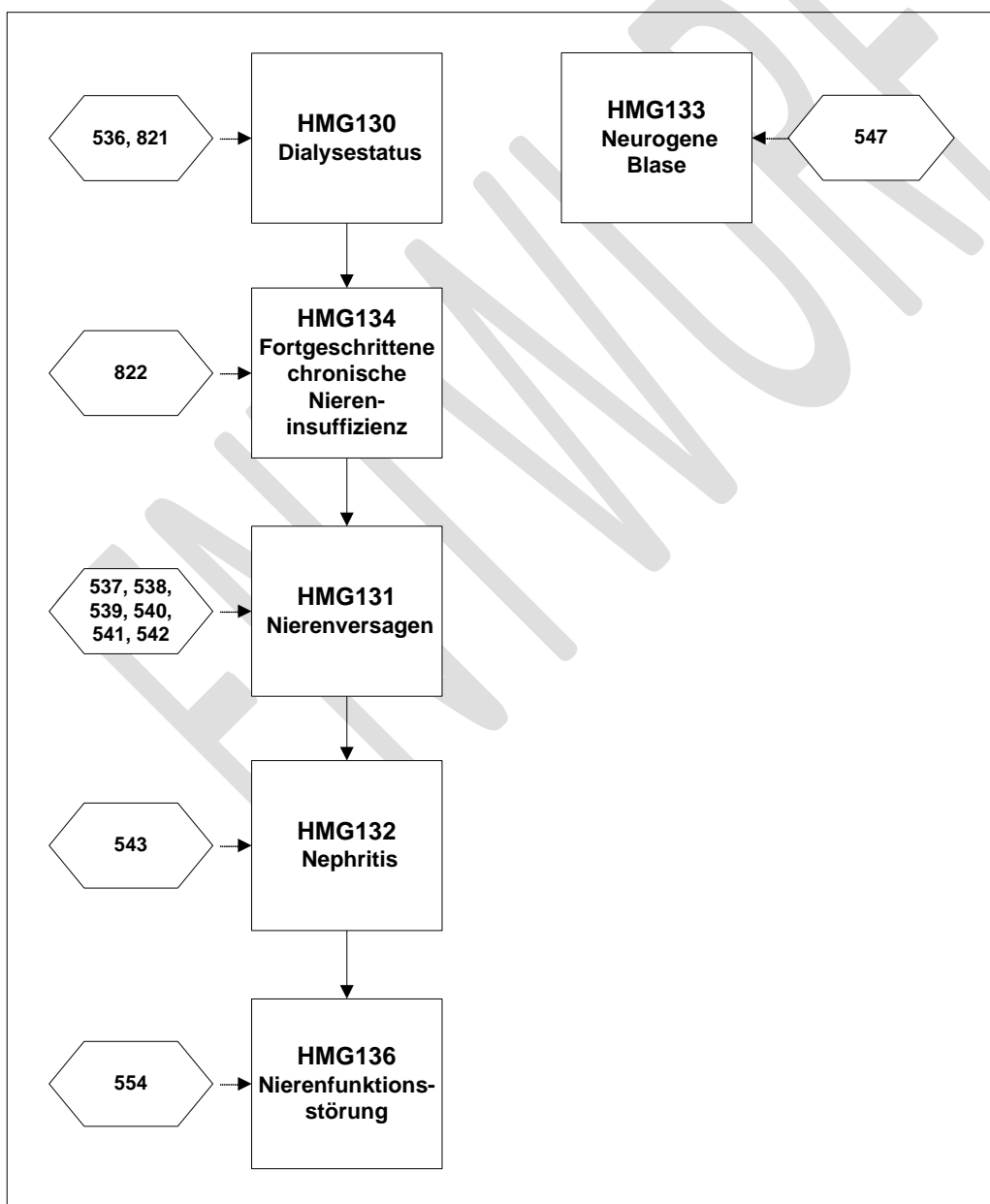


12 Hierarchie 20: „Erkrankungen der Harnwege“

12.1 Hintergrund / Vorschläge

Gegenwärtig haben KBV und BÄK sowie die BARMER Änderungsbedarf hinsichtlich der Hierarchie „Erkrankungen der Harnwege“ geäußert. Die Hierarchie wird aufgrund dieser Vorschläge nun zum zweiten Mal im Rahmen der alljährlichen Modellanpassung aufgegriffen, nachdem sie vor zwei Jahren bereits Gegenstand einer umfassenden Überarbeitung gewesen ist. Der seitdem bestehende Aufbau der Hierarchie ist in Abbildung 14 dargestellt.

Abbildung 14: Hierarchie 20 (Erkrankungen der Harnwege) im Ausgangsmodell



12.2 Berücksichtigung / Verschiebung einzelner ICD-Kodes

In ihrer gemeinsamen Stellungnahme kritisieren KBV und BÄK unter medizinischen Gesichtspunkten die Stellung einzelner ICD-Kodes im Bereich der HMG131 „Nierenversagen“ und der HMG136 „Nierenfunktionsstörung“.

Hinsichtlich der HMG136 halten sie eine komplette Ausgliederung der ICD-Kodes N27.0, N27.1 und N27.9 (Kodiervariationen der „Kleinen Niere unbekannter Ursache“) für angebracht. Sofern keine Niereninsuffizienz vorliege, sei bei diesen Kodes nicht von einem chronischen Krankheitswert auszugehen. Als Handlungsempfehlung für eine empirische Untersuchung kann dieser Einwand jedoch nicht dienen, da die Entfernung oder Ergänzung von ICD-Kodes nur im Rahmen der Krankheitsauswahl zugelassen ist.

Daneben äußern KBV und BÄK Zweifel daran, ob die ICD-Kodes N18.80 „Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung“ und N18.81 „Chronische Niereninsuffizienz, Stadium I“ in der HMG131 sachgerecht eingruppiert seien. Sie verweisen auf Aussagen in früheren Stellungnahmen, denen zufolge beide Kodes – nach dem Schweregrad der dahinterliegenden Krankheitsbilder zu urteilen – in der Hierarchie zu weit oben eingeordnet sind und daher besser in die HMG136 umgruppiert werden sollten.

12.2.1 Untersuchung / Diskussion

Der zweite Vorschlag von KBV und BÄK lässt sich gezielt überprüfen. Für einen diesbezüglichen Modellvergleich werden die beiden betreffenden Kodes aus der DxG541 „Chronische Niereninsuffizienz“ (HMG131) herausgenommen und in die DxG554 „Gestörte Nierenfunktion“ (HMG136) eingruppiert. Damit findet eine ICD-Kode-Verschiebung von einer arzneimittelvalidierten in eine nicht arzneimittelvalidierte DxGruppe statt. Die DxG554 ist jedoch die einzige DxGruppe der HMG136, weswegen die Neuzuordnung an dieser Stelle alternativlos ist. Bei einer Regression ergeben sich durch diese Umgestaltung die folgenden Ergebnisse (s. Tabelle 47 auf der nächsten Seite):

Tabelle 47: Regressionsergebnisse für das Status-quo-Modell und Modell 1

Modell	Status quo (SQ)		Modell 1	
Modifikation			Verschiebung der Codes N18.80 u. N18.81 von HMG131 (DxG541) in HMG136 (DxG554)	
			Diff. SQ	
R ²	25,5450%		25,5452%	0,0003%
CPM	22,8422%		22,8424%	0,0002%
MAPE	1.846,279 €		1.846,274 €	-0,005 €
Risikogruppe	N	Beta	N	Beta
HMG 130 Dialysestatus	5.247	35.589 €	5.247	35.589 €
HMG 134 fortgeschr. chr. Niereninsuff.	6.814	3.813 €	6.814	3.812 €
HMG 131 Nierenversagen DxG 541	83.992 71.150	892 €	80.557 66.910	904 €
HMG 132 Nephritis	17.974	213 €	18.380	207 €
HMG 136 Nierenfunktionsstörung DxG 554	4.393 12.728	228 €	7.692 19.534	447 €
HMG 133 Neurogene Blase	16.287	1.622 €	16.287	1.621 €

Die vertikale Anordnung der HMG in der Tabelle spiegelt den Aufbau der – im Grunde einstrangigen – Hierarchie wider. Zur Visualisierung der Hierarchiebeziehungen dient außerdem das Schaubild am rechten Rand. Die letztlich unabhängige HMG133 ist in Tabelle 47 der Vollständigkeit halber mit aufgeführt.

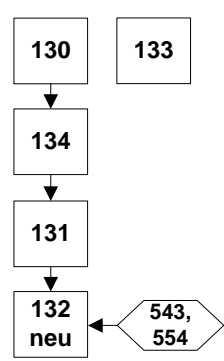
Als erstes offenbart der Blick auf den Status quo ein schon bekanntes Problem, die sich verstetigende Hierarchieverletzung zwischen der HMG132 und der HMG136. Die Gegenüberstellung der jeweiligen Schätzer im Ausgangsmodell und im Modell 1 macht deutlich, dass die vorgenommene ICD-Verschiebung den Grad der Hierarchieverletzung sogar noch verschärft: Durch einen Zuwachs von rund 3.300 Versicherten in der HMG136 steigt der zugehörige Schätzer wahrnehmbar um über 200 € und übersteigt damit den Schätzer der HMG132 um unerwünschte 240 € – statt der vorherigen 15 € (Status quo).

Der Schätzer für die HMG131 steigt hingegen nur marginal von 892 € auf 904 €. Das weist darauf hin, dass die ca. 3.000 Versicherten mit den Diagnoseschlüsseln N18.80 und N18.81 keine signifikant niedrigeren Ausgaben verursachen als die restlichen Versicherten der HMG131. Die Entwicklung der Schätzer spricht damit nicht dafür, die beiden ICD-Kodes N18.80 und N18.81 in die HMG136 einzuordnen, selbst wenn sich die ausgewiesenen Kennzahlen geringfügig durch die Anpassung verbessern.

Die bisherigen Berechnungen legen allerdings nahe, die immerwährende Hierarchieverletzung der HMG132 und HMG136 durch eine Zusammenlegung dieser beiden unteren Zuschlagsgruppen von vornherein zu beseitigen. Dass sich darüber die Prognosegüte des Modells nicht verschlechtert, zeigt die folgende Ergebnis-Tabelle. Sie weist neben den Kennzahlen nur Schätzer und Fallzahlen der beiden unteren HMG der Hierarchie aus, da die restlichen Gruppen von der Anpassung nicht betroffen sind.

Tabelle 48: Regressionsergebnisse für das Status-Quo-Modell und das Modell 0

	Status Quo (SQ)		Modell 0	
			SQ mit Aufhebung der Hierarchieverletzung	
			Diff. SQ	
R ²	25,5450%		25,5450%	0,0000%
CPM	22,8422%		22,8422%	0,0000%
MAPE	1.846,279 €		1.846,279 €	-0,0001 €
HMG	N	Beta	N	Beta
132_neu	0	0 €	22.367	216 €
136_alt	17.974	213 €	0	0 €
132_alt	4.393	228 €	0	0 €



Modell 0 weist die Modell-Parameter bei einer Zusammenlegung der HMG132 und HMG136 aus. Faktisch werden bei diesem Schritt die DxG543 (einzige DxGruppe der HMG132) und die DxG554 (einzige DxGruppe der HMG136) in einer neuen Gruppe „HMG132_neu“ vereinigt. Die Kennzahlen reagieren auf diese Anpassung kaum wahrnehmbar (jenseits der vierten Nachkommastelle), wobei CPM und MAPE sogar eine minimale Verbesserung gegenüber dem Status quo zeigen. Folglich führt die Anpassung zu einer stabilen unteren neuen HMG, ohne das Modell aufgrund der Vereinfachung im Hierarchieaufbau zu verschlechtern.

12.2.2 Ergebnis

Die Auseinandersetzung mit dem Vorschlag der KBV zur Verschiebung der ICD-Kodes N18.80 und N18.81 hat die folgenden Erkenntnisse gebracht:

12.2.2.1 Zusammenlegung der HMG132 und HMG136

Unabhängig von den beiden Codes N18.80 und N18.81 führt eine Beseitigung der Hierarchieverletzung in den beiden unteren Zuschlagsgruppen (Zusammenlegung der HMG132 und HMG136) zu einem konsistenteren Hierarchiegefüge bei gleich bleibender Modell-Performance. Eine entsprechende Anpassung (Modell 0) wird daher befürwortet und bildet fortan den Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen. Dies scheint insbesondere vor dem Hintergrund sinnvoll, dass es in der endgültigen Modellversion ohnehin zu der Zusammenlegung der beiden Gruppen kommt, da laut vorgeschriebener Methodik (s. 2.2.2.4 der Festlegung) Hierarchieverletzungen auf iterativem Wege beseitigt werden müssen.

12.2.2.2 Keine Verschiebung der ICD N18.80 und N18.84

Der konkrete Vorschlag der KBV, die Verschiebung der beiden fraglichen Codes N18.80 und N18.81 in die HMG 136 (bzw. HMG132_neu) hat sich nicht bewährt. Offensichtlich werden mit den beiden Codes keine so leichten Krankheitsbilder kodiert, als dass eine Verschiebung in die zweitunterste – bzw. de facto unterste – Zuschlagsgruppe angemessen wäre.

12.3 Modifikation der Arzneimittelzuordnung in den oberen Zuschlagsgruppen

Änderungsbedarf in der Hierarchie „Erkrankungen der Harnwege“ hat auch die BARMER vorgebracht. Die Anmerkungen beziehen sich auf die Art der eingesetzten Arzneimittelvalidierung in den beiden oberen Zuschlagsgruppen der Hierarchie, insbesondere der für die Validierung des Dialysestatus angewandten Arzneimittelwirkstoffe.

Die HMG130 „Dialysestatus“ besteht aus zwei DxGruppen, der DxG536 und der DxG821, welche beide mit Arzneimitteln validiert werden, jedoch nicht mit den identischen Wirkstoffen, bzw. ATC-Kodes: Die Liste der für die DxG821 zugelassenen ATC-Kodes ist um zwei Wirkstoffgruppen (C03- und C09-Fünfsteller) reicher, was die BARMER kritisiert. Bei den entsprechenden ATCs handele es sich um Anti-Hypertensiva, die zwar oft bei Niereninsuffizienz verschrieben würden, jedoch nicht geeignet seien, den Dialysestatus als solchen abzubilden. Selbiges gelte auch für die DxG822, weshalb die BARMER empfiehlt, alle Wirkstoffe beginnend mit C03 und C09 aus der ATC-Liste zur Validierung der Diagnosegruppen 821 und 822 zu streichen.

Zu diesem Vorschlag ist vorab einschränkend zu sagen, dass die im Fall der DxG821 und DxG822 angewandte Arzneimittelvalidierung nicht den Dialysestatus als solchen verifizieren soll. Vielmehr dient sie dazu, die Glaubwürdigkeit der hinter den DxGruppen liegenden Diagnosen zu belegen. Im besonderen Fall der DxG821 und DxG822 sind die Diagnosen dieselben, es handelt sich um die zwei ICD-Kodes N18.0 „Terminale Niereninsuffizienz“ und N18.84 „Chronische Niereninsuffizienz Stadium IV“. Beide bezeichnen (zunächst) nur ein fortgeschrittenes Stadium der Niereninsuffizienz, wobei Versicherte im terminalen Stadium der Niereninsuffizienz ggf. schon dialysiert werden müssen.

Was im Fall der DxG821 die Eingruppierung in die HMG130 rechtfertigt, ist das Vorliegen des Merkmals „Extrakorporale Blutreinigung“, des sogenannten Dialyse-Kennzeichens. Die DxG822, mit jenen Versicherten ohne dieses Merkmal, führt dementsprechend als alleinstehende DxGruppe (nur) in die zweitoberste HMG134 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Dialyse-Kennzeichen)“.

Unter inhaltlich-medizinischen Gesichtspunkten kann von daher dem Einwand der BARMER nur bedingt gefolgt werden. Nach wie vor hat die Arzneimittelvalidierung im Fall der DxG821 und 822 in erster Linie den Zweck, das Vorliegen einer weit fortgeschrittenen, chronischen Niereninsuffizienz zu belegen. Entscheidend für eine Eingruppierung in die Dialyse-HMG ist das Vorhandensein des entsprechenden Kennzeichens.

Jedoch bleibt grundsätzlich die Feststellung der Inkongruenz der Arzneimittelvalidierung zwischen der DxG536 und der DxG821 bestehen. Insofern scheint die Überprüfung sinnvoll, ob das Streichen der C03- und C09-Fünfsteller zumindest für die DxG821 eventuell zu besseren Modell-Ergebnissen führt.

12.3.1 Untersuchung

Für den neuen Modellvergleich wird die Arzneimittelvalidierung der DxG536 auf die der DxG821 übertragen, beide beinhalten folglich die identischen ATC-Kodes ohne die fraglichen ATC-Fünfsteller. Die Behandlung der DxG822 bleibt unverändert, die mit C03 und C09 beginnenden ATC-Fünfsteller sind hier also weiterhin zugelassen. Als Referenzmodell dient das Modell 0 (s.12.2.2).

Tabelle 49: Regressionsergebnisse für Modell 0 und Modell 2

Modell	Modell 0 (M0)		Modell 2	
Modifikation	Status quo mit Aufhebung der Hierarchieverletzung (Eingliederung der HMG136 in die HMG132)		DxG821 wird AM-validiert wie DxG536 (ohne C03- u. C09-Fünfsteller); Aufhebung der Hierarchieverletzung wie M0	
R ² CPM MAPE			Diff. M0	
	25,5450%		25,4830%	-0,0620%
	22,8422%		22,8011%	-0,0411%
	1.846,279 €		1.847,262 €	0,983 €
Risikogruppe	N	Beta	N	Beta
HMG 130 Dialysestatus	5.247	35.589 €	5.105	35.691 €
DxG536	4.804		4.804	
DxG821	4.627		4.476	
HMG 134 fortgeschr. chr. Niereninsuffizienz	6.814	3.813 €	6.956	4.397 €
DxG 822	7.227		7.378	
HMG131 Nierenversagen	93.992	892 €	83.992	896 €
HMG 132_neu Nephritis u. Nierenfunktionsstörung	22.367	216 €	22.367	217 €
HMG 133 Neurogene Blase	16.287	1.622 €	16.287	1.624 €

Die Anpassung im Modell 2 bewirkt eine Verschiebung von 142 Versicherten von der HMG130 in die HMG134. Zugang und Abgang gleichen sich genau aus, da die Versicherten aus der „alten“ DxG821, die durch die strengere Arzneimittelvalidierung jetzt die HMG130 verfehlen, automatisch in die DxG821 rutschen, in der die ursprüngliche Arzneimittelvalidierung mit den C03- und C09-Fünfstellern beibehalten wurde.

Die Schätzer der beiden betroffenen Gruppen ändern sich infolge der Anpassung leicht, doch eine bessere Abgrenzung der beiden oberen HMG gelingt auf diese Weise sichtlich nicht: alle Modell-Parameter verschlechtern sich deutlich. Würde man auch bei der DxG822 die beiden C03- und C09-Fünfsteller bei der Arzneimittelvalidierung streichen, was hier nicht dargestellt ist, käme es zu einer weiteren Verschlechterung der Kennzahlen.

Eine strengere Arzneimittelvalidierung bei der DxG821 (und der DxG822) taugt offenbar wenig, um Versicherte mit einer – grundsätzlich sehr teuren – Dialyse-Abhängigkeit besser von den restlichen Versicherten mit weniger schweren Verläufen der Niereninsuffizienz zu separieren. Angesichts der Ergebnisse wird von diesem Ansatz im Weiteren Abstand genommen.

12.3.2 Ergebnis

Der Vorschlag der BARMER, die ATC-Fünfsteller beginnend mit C03 und C09 für die DxG821 (und die DxG822) zu streichen, ist empirisch nicht haltbar und trägt auch medizinisch-inhaltlich nur bedingt (s.o.). Er wird daher nicht umgesetzt.

12.4 Umstrukturierung der beiden oberen Zuschlagsgruppen

Es lohnt sich in diesem Kontext dennoch die Überlegung, ob die Zusammensetzung der DxGruppen 536, 821 und 822 nicht auf anderem Wege optimiert werden kann. Die Aufnahme der beiden ICD N18.0 und N18.84 in die Dialyse-HMG hat sich im Rahmen der Anpassung vor zwei Jahren als empirisch sinnvoll herausgestellt. Als entscheidendes Kriterium für die Schwere der Krankheit gilt seitdem das Dialyse-Kennzeichen. Dass es sich hierbei um eine überaus zielführende Abgrenzung handelt, stellt die nachfolgende Tabelle auf der aktuellen Datengrundlage deutlich unter Beweis. Sie zeigt die durchschnittlichen Ausgaben (Folgekosten) der Versicherten der Stichprobe je DxGruppe.

Tabelle 50: Durchschnittliche Folgekosten je DxG

DxGruppe	Bezeichnung	N	Durchschnittl. Folgekosten
536	Dialysestatus (inkl. Komplikationen)	4.804	45.658 €
821	Fortgeschr. chr. Niereninsuffizienz (mit Dialysekennzeichen)	4.627	48.043 €
822	Fortgeschr. chr. Niereninsuffizienz (ohne Dialysekennzeichen)	7.227	13.389 €

Die Kostendifferenz zwischen den Versicherten mit der DxG821 und denen mit der DxG822 ist gewaltig. Erstaunlich ist, dass die Durchschnittsfolgekosten der Versicherten mit der DxG821 sogar höher sind als die der Versicherten mit der DxG536, in der die „originären“ Dialyse-Kodes oder auch „Z-Kodes“ enthalten sind. Grund könnte die Vernachlässigung des Dialyse-Kennzeichens als Zuordnungskriterium sein, eine Z-Diagnose führt unabhängig vom Vorliegen des Merkmals „Extrakorporale Blutreinigung“ zum Dialyse-Zuschlag (die analoge Verwendung des Dialyse-Kennzeichens für die DxG536 wurde im Rahmen der Anpassung vor zwei Jahren getestet und auf empirischer Grundlage verworfen).

Möglicherweise könnte es angesichts der aktuellen Datenlage sinnvoll sein, das Dialyse-Kennzeichen auch für die DxG536 einzuführen. In einer neuen Modellvariante enthält daher die DxG536 als „DxG850_neu“ nur noch Versicherte mit Dialyse-Kennzeichen. Den übrigen Versicherten aus der „alten“ DxG536 wird im Folgenden die DxGruppe „DxG851_neu“ zugewiesen, die – analog zur DxG822 – in die HMG134 führt. Die Ergebnisse stellt Tabelle 51 dar:

Tabelle 51: Regressionsergebnisse für Modell 0 und Modell 3

Modell	Modell 0 (M0)		Modell 3	
Modifikation	Status quo mit Aufhebung der Hierarchieverletzung (Eingliederung der HMG136 in die HMG132)		DxG536 wird je nach Vorliegen des Dialyse-Kennz. zw. HMG130 (DxG850_neu) und HMG134 (DxG851_neu) aufgesplittet; ansonsten wie M0	
				Diff. M0
R ²	25,5450%		25,7654%	0,2205%
CPM	22,8422%		22,9110%	0,0688%
MAPE	1.846,279 €		1.844,633 €	-1,646 €
Risikogruppe	N	Beta	N	Beta
HMG 130 Dialysestatus	5.247	35.589 €	4.664	38.557 €
DxG536 "alt"	4.804			
DxG821	4.627		4.627	
DxG850_neu			4.221	
HMG 134 fortgeschr. chr. Niereninsuffizienz	6.814	3.813 €	7.397	4.371 €
DxG851_neu	0		583	
DxG822	7.227		7.227	
HMG131 Nierenversagen	83.992	892 €	83.992	885 €
HMG 132_neu Nephritis u. Nierenfunktionsstörung	22.367	216 €	22.367	207 €
HMG 133 Neurogene Blase	16.287	1.622 €	16.287	1.618 €

Aufgrund der Anpassung verliert die HMG130 583 Köpfe, die in die DxG851_neu und damit in die HMG134 verschoben werden. Deren Fallzahl steigt entsprechend. Durch diese einfache Umverteilung zwischen den beiden oberen HMG verbessern sich R², CPM und MAPE erheblich. Offensichtlich kommt es in den beiden Gruppen durch die übergreifende Verwendung des Dialyse-Kennzeichens als Zulassungskriterium für die HMG130 zu einer weit homogenen Gruppenabgrenzung. Die Anpassung ist daher eindeutig zu befürworten.

Eingedenk der zuvor diskutierten (In-)Kongruenz der Arzneimittelvalidierung in der HMG130 wird nun allerdings Folgendes augenscheinlich: In der neuen Modellvariante, bei der das Vorliegen eines Z-Kodes auch zu einer Eingruppierung in die HMG134 führen kann, ist eine Unterscheidung zwischen den für die DxG850_neu (bzw. 851_neu) und den für die DxG821 und DxG822 angewandten Arzneimittelvalidierungen erst recht nicht stimmig: Damit gilt teilweise für die DxGs im Bereich der „Fortgeschrittenen chronischen Niereninsuffizienz“ eine strengere Arzneimittelvalidierung als für die DxGs im Bereich des „Dialysestatus“. Dies scheint kaum haltbar. Auf der anderen Seite haben die vorherigen Berechnungen gezeigt, dass die vorgeschlagene Streichung der C03- und C09-Fünfsteller für die DxG821/822 das Modell erheblich verschlechtert. Eine inhaltlich-medizinische Begründung gibt es für ein solches Vorgehen ebenfalls nicht.

An dieser Stelle stellt sich damit unmittelbar die Frage, ob statt einer Streichung der C03- und C09-Fünfsteller für die DxG821 bzw. 822 nicht viel eher eine Ergänzung dieser Wirkstoffe in der DxG536 (bzw. DxG850_neu/851_neu) angebracht ist: Medizinisch ist dies

gerechtfertigt. Bei den C03- und C09-Fünfstellern handelt es sich überwiegend um Diuretika und Angiotensin-II-Antagonisten sowie teilweise um ACE-Hemmer, bei denen es sich genauso wie bei den anderen Wirkstoffen, die alle DxGruppen der HMG130, 131 und 134 gemeinsam haben, um Mittel zur Blutdrucksenkung handelt. Diese Präparate sind ebenfalls in der Therapie von dialysierten Patienten verbreitet und etabliert.

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden ein alternatives Modell (Modell 4) zur Harmonisierung der Arzneimittelvalidierung in der HMG130 und der HMG134 gerechnet, in dem die ATC-Fünfsteller beginnend mit C03 und C09 zur Arzneimittelvalidierung der DxG850_neu und der DxG851_neu zugelassen werden (s. Tabelle 52).

Tabelle 52: Regressionsergebnisse für Modell 0, Modell 3 und Modell 4

Modell	Modell 0 (M0)		Modell 3 (M3)		Modell 4	
Modifikation	Status quo mit Aufhebung der Hierarchieverletzung (Eingliederung der HMG136 in die HMG132)		DxG536 wird je nach Vorliegen des Dialyse-Kennz. zw. HMG130 (DxG850_neu) und HMG134 (DxG851_neu) aufgesplittet; ansonsten wie M0		AM-Validierung in der HMG130 und HMG134 durchgehend inkl. C03- und C09-Fünfsteller; ansonsten wie M3	
R ²	25,5450%		25,7654%	Diff. M0 0,2205%	25,7710%	Diff. M3 0,0056%
CPM	22,8422%		22,9110%	0,0688%	22,9144%	0,0034%
MAPE	1.846,279 €		1.844,633 €	-1,646 €	1.844,551 €	-0,082 €
Risikogruppe	N	Beta	N	Beta	N	Beta
HMG 130 Dialysestatus	5.247	35.589 €	4.664	38.557 €	4.676	38.548 €
DxG536 "alt"	4.804					
DxG821	4.627		4.627		4.627	
DxG850_neu			4.221		4.475	
HMG 134 fortgeschr. chr. Niereninsuffizienz	6.814	3.813 €	7.397	4.371 €	7.563	4.335 €
DxG851_neu	0		583		927	
DxG822	7.227		7.227		7.227	
HMG131 Nierenversagen	83.992	892 €	83.992	885 €	83.901	880 €
HMG 132_neu Nephritis u. Nierenfunktionsstörung	22.367	216 €	22.367	207 €	22.360	207 €
HMG 133 Neurogene Blase	16.287	1.622 €	16.287	1.618 €	16.287	1.618 €

Durch die vorgenommene Anpassung werden sowohl in der DxG850_neu als auch in der DxG851_neu mehr Versicherte zugelassen. Dies hat vor allem in der HMG134 einen merklichen Anstieg der Fallzahlen zur Folge. Diese Steigerung der Fallzahlen führt noch einmal zu einer globalen Verbesserung der Kennzahlen. Da die Schätzer in beiden betroffenen Gruppen nicht absinken, scheint die Gruppenabgrenzung trotz der Zunahme an Versicherten stabil zu bleiben. Dieses Ergebnis spricht eindeutig dafür, die Beschränkung der Arzneimittelvalidierung hinsichtlich der ATC-Fünfsteller, die mit C03 und C09 beginnen, fallen zu lassen.

12.5 Anpassungsempfehlung für die Hierarchie 20

Die Überarbeitung der Hierarchie „Erkrankungen der Harnwege“ führt zu den folgenden Anpassungsvorschlägen:

1. Zusammenlegung der HMG132 und HMG136

Die HMG136 wird in die HMG132 eingegliedert, um die hier stets auftretende Hierarchieverletzung dauerhaft zu beseitigen. Die HMG132 wird dementsprechend umbenannt in „Nephritis und Nierenfunktionsstörung“. Sie besteht fortan zusätzlich aus der DxG554 (ehemals HMG136) und befindet sich an unterster Stelle im Hierarchiestrang.

2. Globale Forderung des Dialyse-Kennzeichens zur Eingruppierung in die HMG130 „Dialysestatus“

Für die DxG536 und damit die Eingruppierung in die HMG130 „Dialysestatus“ wird analog zur DxG821 das Vorhandensein des Merkmals „Extrakorporale Blutreinigung“ (Dialyse-Kennzeichen) als Voraussetzung für eine Eingruppierung gefordert. Die DxGruppe wird fortan abweichend als DxG850 geführt und umbenannt in „Dialysestatus (mit Dialyse-Kennzeichen)“. Liegt das Kennzeichen nicht vor, erfolgt eine Eingruppierung in die neu gebildete DxG851 „Dialysestatus (ohne Dialyse-Kennzeichen)“, welche – analog zur DxG822 – in die HMG134 führt.

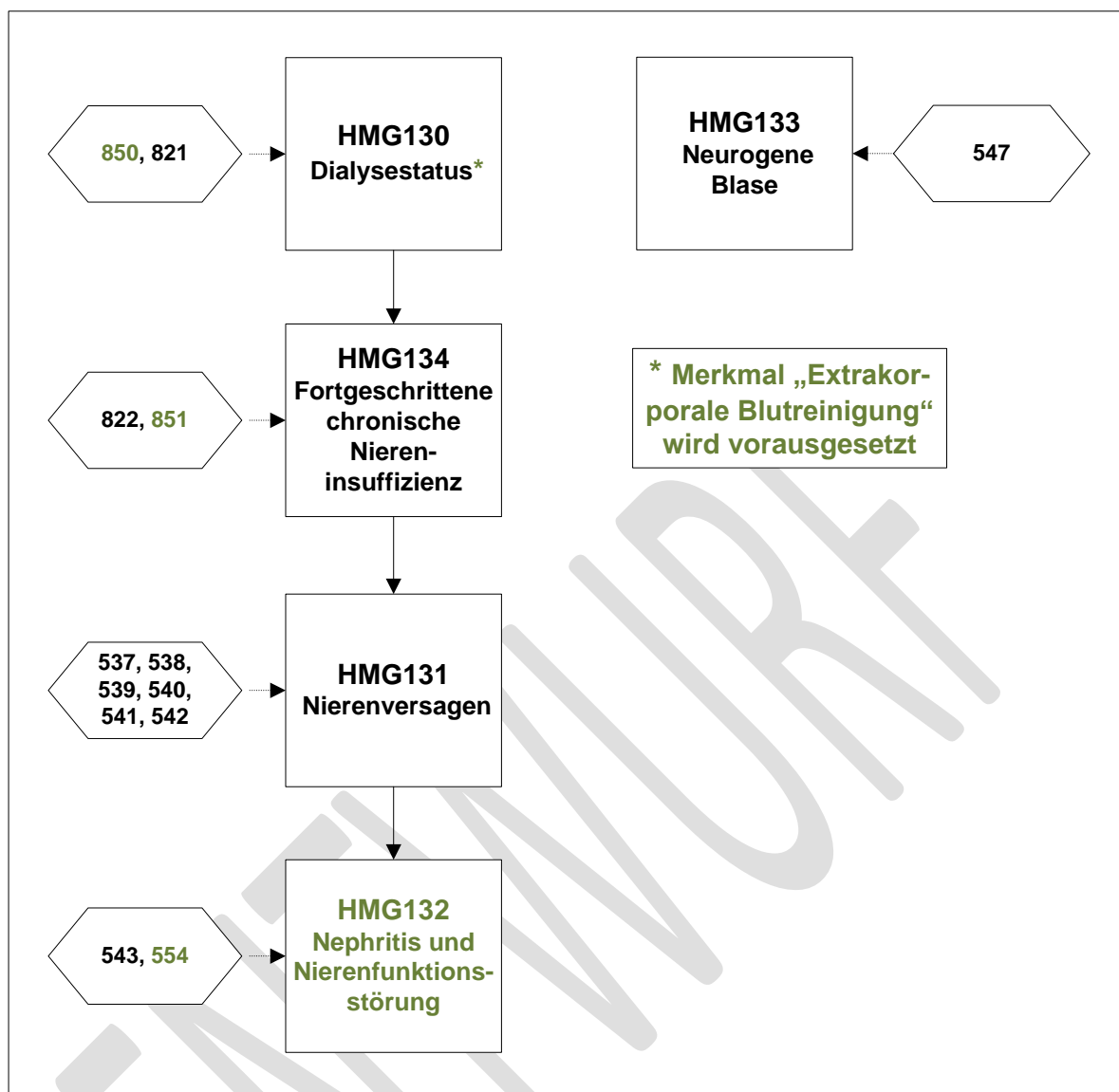
3. Harmonisierung der Arzneimittelvalidierung in den HMG130 und 134

Die für die Arzneimittelvalidierung in den HMG130 und 134 zugelassenen Wirkstoffe werden vereinheitlicht, indem die ATC-Fünfsteller beginnend mit C03 und C09 fortan auch für die DxG850_neu und die DxG851_neu zugelassen werden.

Nach ausführlicher Diskussion der Ergebnisse mit dem Wissenschaftlichen Beirat in Sitzungen am 17. Juni und am 28. Juli 2011 wurden die Anpassungsvorschläge für die Hierarchie „Erkrankungen der Harnwege“ angenommen.

Abbildung 15 gibt den für die Festlegung der Versichertenklassifikation 2012 vorgesehenen Aufbau der Hierarchie 20 „Erkrankungen der Harnwege“ wieder:

Abbildung 15: Hierarchie 20 (Erkrankungen der Harnwege) nach Anpassung



13 Kostenerstatter

13.1 Vorschlag

GKV-SV und Barmer GEK halten eine alters- und geschlechtsspezifische Differenzierung der Kostenerstattergruppe für erforderlich. Der GKV-SV verweist dabei auf seinen Vorschlag vom 11.06.2011 zur Anpassung und Ergänzung der Festlegungen für die Ausgleichsjahre 2009 und 2010, nach welchem die Kostenerstattergruppe nach dem Muster der AGG in 40 Alters- und Geschlechtsgruppen aufgeteilt werden sollte. Die Barmer GEK weist ebenfalls darauf hin, dass sich nach ihren Berechnungen bei einer Aufteilung der Kostenerstattergruppe nach dem Muster der AGG das Bestimmtheitsmaß und die Zielgenauigkeit deutlich verbessern. Sie wünscht sich darüber hinaus eine solche Differenzierung bereits im Jahresausgleich 2010.

13.2 Bewertung

13.2.1 Vorbemerkung

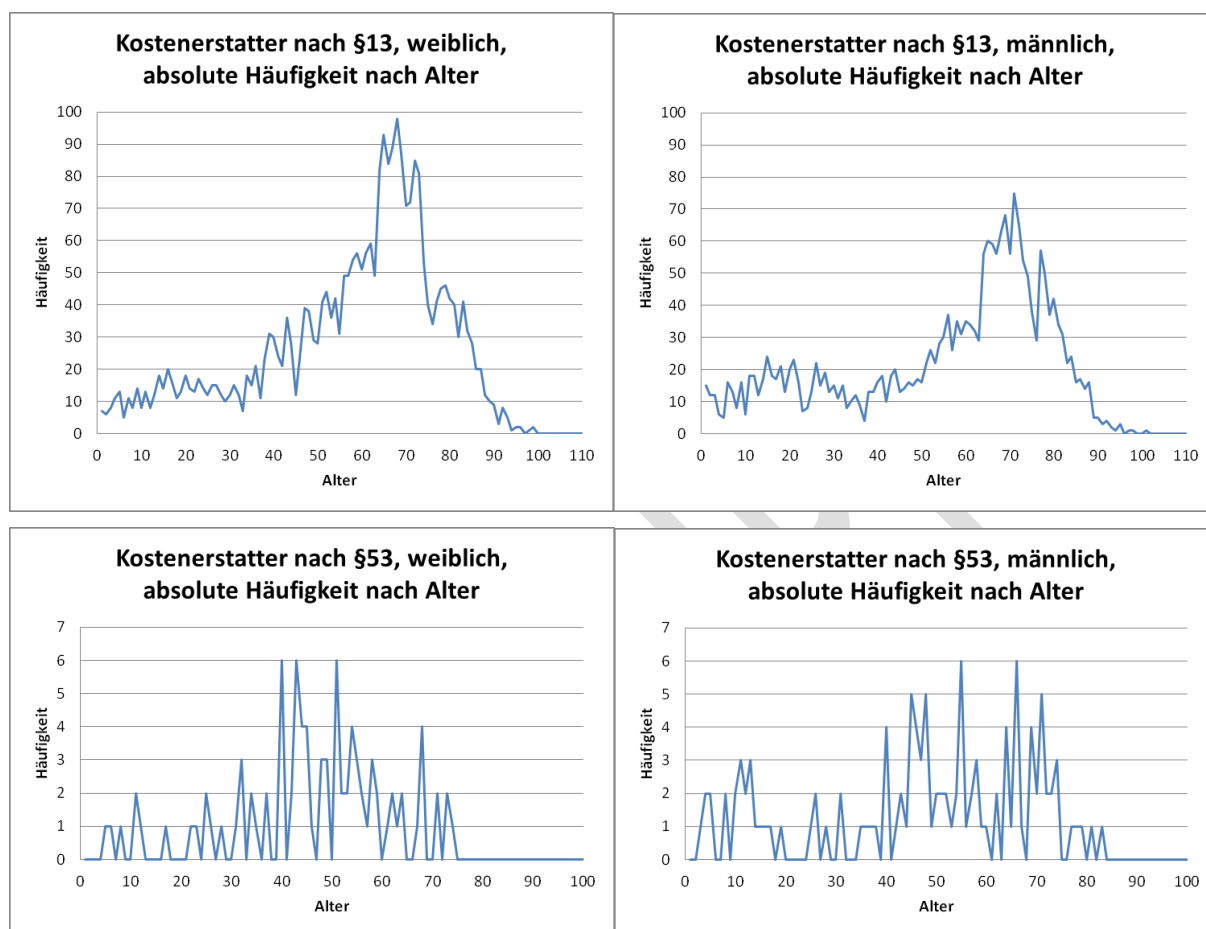
Nach § 31 Abs. 5 S. 2 RSAV ist grundsätzlich *eine* Risikogruppe für Kostenerstatter zu bilden. Abweichend hiervon kann das BVA nach § 31 Abs. 5 S. 3 RSAV im Einvernehmen mit dem GKV-SV weitere Differenzierungen der Kostenerstattergruppe vornehmen. Anders als von der Barmer GEK impliziert, steht das BVA einer Differenzierung nicht entgegen. Da die erforderlichen Datenmeldungen für eine empirische Auswertung jedoch erst seit dem Herbst 2010 vorliegen, konnte während des Festlegungsprozesses zum Klassifikationsmodell 2011 noch keine optimale Differenzierung ermittelt werden, so dass das BVA bisher auf eine Abweichung von der Grundsatzregelung verzichtete. Für den aktuellen Festlegungsprozess kann nun erstmals eine Differenzierung der Kostenerstattergruppe auf Basis empirischer Daten geprüft und vorgeschlagen werden. Grundsätzlich hält das BVA dabei zunächst eine Abgrenzung zwischen Kostenerstattern nach § 13 Abs. 2 SGB V (Kostenerstattung) und nach § 53 Abs. 4 SGB V (Wahltarife) für vorrangig. Bei einheitlichen Zuschlägen für beide Arten von Kostenerstattung könnte es hier anderenfalls zu einer Quersubventionierung kommen, die im Widerspruch zum Verbot der Quersubventionierung nach § 53 Abs. 9 SGB V für Wahltarife stünde.

13.2.2 Empirische Untersuchung – Verteilung der Kostenerstatter

Die Stichprobe der Datenmeldungen 2008/2009 weist 5.071 Versicherte aus, die im Jahr 2008 mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben sowie 210 Versicherte mit Kostenerstattung nach § 53 SGB V. Abbildung 16 zeigt die Verteilung der

Kostenerstatter in der Stichprobe über das Alter im Jahr 2008 (Berichtsjahr – Geburtsjahr), getrennt nach Art der Kostenerstattung und Geschlecht.

Abbildung 16: Verteilung der Versicherten mit Kostenerstattung in der Stichprobe



Die Zahl der Versicherten mit Kostenerstattung nach § 13 SGB V ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern bis zum 40. Lebensjahr relativ gering. Mit höherem Alter steigt sie merklich an, erreicht ein Maximum bei Personen um das 70. Lebensjahr und fällt danach wieder steil ab. Jedoch gibt es in der Stichprobe auch noch über 90-jährige Versicherte mit Kostenerstattung nach § 13 SGB V. Diese Art der Kostenerstattung scheint demnach insbesondere von Rentnern gewählt zu werden.

Bei Versicherten mit Kostenerstattung nach § 53 SGB V ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern eine leichte Häufung zwischen dem 40. und dem 70. Lebensjahr zu beobachten. Insgesamt bleiben die Fallzahlen jedoch in allen Altersklassen äußerst gering. Eine weitere Untergliederung der Kostenerstatter nach § 53 SGB V bietet sich daher nicht an.

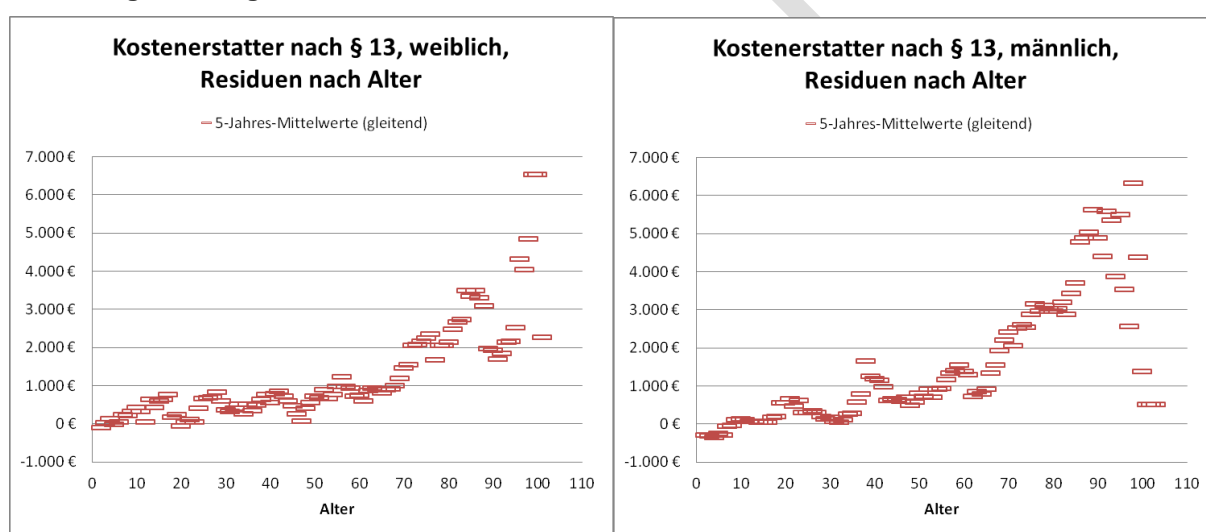
13.2.3 Empirische Untersuchung – Verteilung der Ausgabenresiduen

Für die Frage der Differenzierung der Kostenerstattergruppe sind neben den Fallzahlen vor allem die Ausgaben relevant. Dabei ist jedoch nicht die Gesamthöhe der Ausgaben ent-

scheidend, sondern nur der Teil der Ausgaben der Kostenerstatter, der *nicht* vom Regressionsmodell (ohne Kostenerstattergruppe) erklärt werden kann.

Abbildung 17 zeigt für Versicherte mit Kostenerstattung nach § 13 SGB V die Residuen, also die Differenzen zwischen Ausgaben und Zuweisungen, die sich bei einer Regression über alle Stichprobenversicherten gemäß Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2011 ohne Kostenerstattergruppe ergeben.⁶ Die Residuen werden dabei nicht einzeln dargestellt, sondern als Mittelwerte über gleitende 5-Jahres-Gruppen, um Rückschlüsse auf die Ausgaben für einzelne Versicherte zu verhindern. Zudem verbessert die hierdurch implizite Gewichtung von Ausreißern die Übersichtlichkeit der Diagramme.

Abbildung 17: Ausgabenresiduen bei Kostenerstattem nach § 13 SGB V



Zunächst ist deutlich zu erkennen, dass die Residuen mit zunehmendem Alter, insbesondere jedoch ab dem 65. Lebensjahr deutlich ansteigen. Der Anstieg fällt bei Männern etwas stärker aus als bei Frauen. Auch bei den Kostenerstattem gibt es demnach einen deutlichen Zusammenhang zwischen Alter und Morbidität, der dazu führt, dass mit zunehmendem Alter ein immer geringerer Teil der Ausgaben allein über AGG- und EMG-Zuweisungen gedeckt werden kann. Die Heterogenität der Residuen nimmt dabei allerdings stark zu, was sich ab dem 80. Lebensjahr aufgrund der zurückgehenden Fallzahlen besonders bemerkbar macht. Es sind jedoch über das gesamte Altersspektrum deutliche Schwankungen sichtbar trotz der Zusammenfassung der Residuen zu Mittelwerten über 5-Jahres-Gruppen.

Aufgrund der geringen Fallzahlen erfolgt an dieser Stelle keine Analyse der Residuen für Kostenerstatter nach § 53 SGB V.

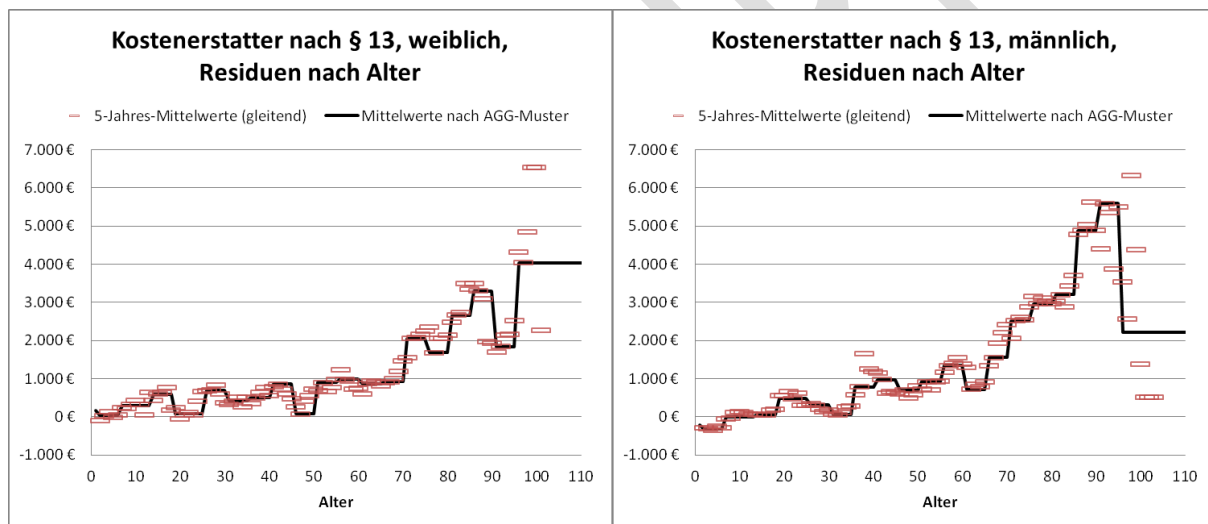
⁶ Grundlage sind die gemäß Festlegung annualisierten Ausgaben und die Zuweisungen auf Basis der ermittelten Regressionskoeffizienten je Versicherten ohne Berücksichtigung der Versichertenepisode.

13.2.4 Differenzierung nach AGG-Muster

Bei der Differenzierung der Kostenerstattergruppe ist zu beachten, dass ein feinerer Differenzierungsgrad nur dann zu einer höheren Zielgenauigkeit für die Grundgesamtheit führt, wenn die Fallzahlen in den einzelnen Gruppen groß genug bleiben, um überhaupt Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zuzulassen. Bei der aktuellen Stichprobengröße ist die Zahl der Versicherten mit Kostenerstattung so gering, dass bei einer Differenzierung nach dem Muster der AGG in 40 Untergruppen die Gefahr besteht, dass bei vielen Gruppen ein signifikanter Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit und Ausgaben nicht mehr ermittelt werden kann.

Abbildung 18 zeigt die mittleren Residuen für Kostenerstatter nach § 13 SGB V, die sich bei einer Zusammenfassung nach dem Muster der AGG ergeben, im Vergleich zu den bereits vorgestellten gleitenden 5-Jahres-Mittelwerten.

Abbildung 18: Mittlere Residuen für Kostenerstatter bei Differenzierung nach AGG-Muster



Die Diagramme machen deutlich, dass bei einer Aufteilung der Kostenerstattergruppe nach dem Muster der AGG die steigende Tendenz der Residuen zwar abgebildet wird, dass jedoch merkliche, von Ausreißern getriebene Schwankungen auftreten. Daher ist davon auszugehen, dass die entsprechenden Regressionskoeffizienten keinen ausreichenden Rückschluss auf die Grundgesamtheit zulassen würden. Eine Differenzierung der Kostenerstattergruppe nach AGG-Muster erscheint somit bei der aktuellen Stichprobengröße nicht sinnvoll. Es wird daher eine gröbere Differenzierung vorgeschlagen.

13.2.5 Eigene Modellrechnungen

Je geringer die Fallzahlen und je ähnlicher die Residuen sind, desto eher bietet sich eine Zusammenlegung von Altersgruppen an. Die Kostenerstattergruppe nach § 53 SGB V weist so wenige Fallzahlen auf, dass hier keine weitere Untergliederung vorgenommen wird. Bei den Kostenerstattern nach § 13 SGB V legen die Fallzahlen und die Residuen etwa vier bis

fünf Gruppen für beide Geschlechter nahe. Die Regressionsergebnisse dreier Modellvarianten zur Differenzierung der Kostenerstatter werden in Tabelle 54 vorgestellt.

Tabelle 53: Regressionsergebnis für die Kostenerstattergruppe im Status quo

Status quo: <u>Eine KEG</u>	
Beta	1.361,55 €
R²	25,5450%
CPM	22,8422%
Mape	1.846,279 €

Tabelle 54: Regressionsergebnisse bei Differenzierung der Kostenerstattergruppe

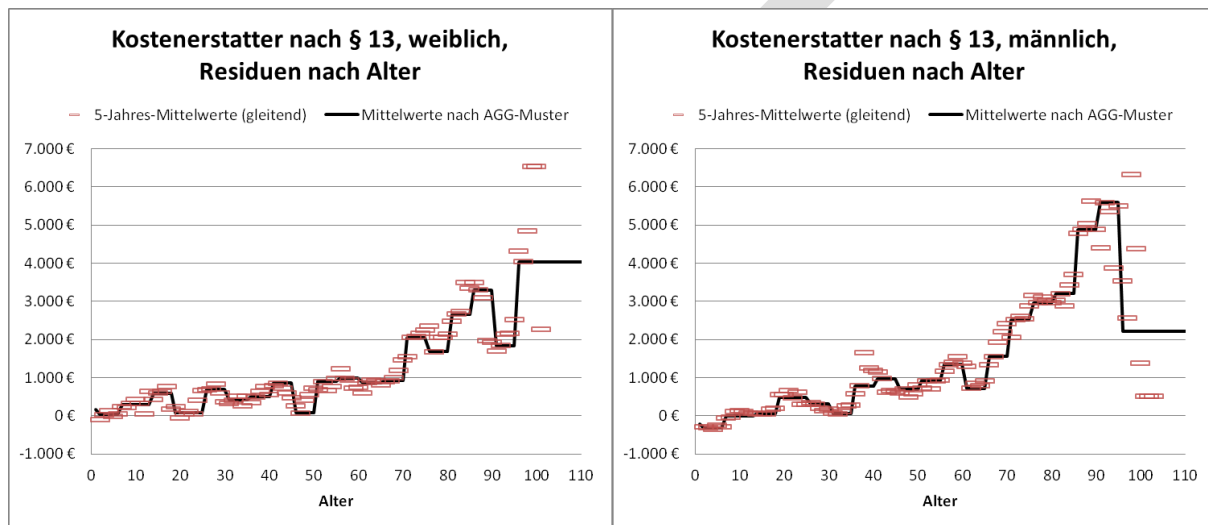
		Modell 1				Modell 2				Modell 3			
		R ²		25,5476%		R ²		25,5476%		R ²		25,5476%	
		CPM		22,8476%		CPM		22,8476%		CPM		22,8475%	
		Mape		1.846,149 €		Mape		1.846,150 €		Mape		1.846,153 €	
KE-Art	Ge-schl	Alter	N	Beta	p-Wert	Alter	N	Beta	p-Wert	Alter	N	Beta	p-Wert
§ 13	w	0-30	371	349,96 €	0,2252	0-30				0-30	438	367,02 €	0,1673
		31-35				31-35	554	427,08 €	0,0703	31-35			
		36-40	915	693,94 €	0,0001	36-40				36-40			
		41-60				41-60	732	721,54 €	0,0004	41-60	1.616	837,84 €	0,0000
		61-70	768	976,42 €	0,0000	61-70	768	976,43 €	0,0000	61-70			
		71-80	539	2.074,47 €	0,0000	71-80	539	2.074,47 €	0,0000	71-80	539	2.074,30 €	0,0000
		81+	266	2.846,92 €	0,0000	81+	266	2.846,92 €	0,0000	81+	266	2.846,79 €	0,0000
	m	0-30	443	152,33 €	0,5653	0-30				0-30	499	150,65 €	0,5461
		31-35				31-35	554	305,33 €	0,1970	31-35			
		36-40	560	917,51 €	0,0001	36-40				36-40			
		41-60				41-60	449	919,31 €	0,0004	41-60	1.017	1.254,30 €	0,0000
		61-70	513	1.500,09 €	0,0000	61-70	513	1.500,09 €	0,0000	61-70			
		71-80	496	2.847,22 €	0,0000	71-80	496	2.847,22 €	0,0000	71-80	496	2.847,00 €	0,0000
		81+	200	3.695,07 €	0,0000	81+	200	3.695,08 €	0,0000	81+	200	3.694,93 €	0,0000
§ 53			210	1.332,57 €	0,0005		210	1.332,57 €	0,0005		210	1.332,55 €	0,0005

Modell 3 fasst die Kostenerstatter nach § 13 SGB V für beide Geschlechter in jeweils vier Gruppen zusammen. Hierbei ergeben sich jedoch zwei Probleme. Zum einen wird die Zusammenlegung der 36- bis 70-jährigen Versicherten dem deutlichen Anstieg der Ausgaben für männliche Versicherte zwischen dem 61. und 70. Lebensjahr nicht gerecht. Dies wird durch eine entsprechende Ausgliederung dieser Altersgruppe in den Modellen 1 und 2 behoben. Zum anderen bleiben die Regressionskoeffizienten für die Gruppe der 0- bis 35-Jährigen insignifikant, so dass für diese kein Zuschlag generiert würde. Eine Ausweitung dieser Gruppe auf die bis 40-Jährigen gemäß Modell 2 kann die Signifikanz zwar verbessern, jedoch nicht in ausreichendem Maße. Die Zahl der Versicherten, die keinen Zuschlag

erhielten, würde sich damit vergrößern. Daher bietet sich hier eher eine Verkleinerung der Gruppe auf die 0- bis 30-jährigen Versicherten gemäß Modell 1 an.

Da die Zahl der Versicherten ohne Zuschlag in Modell 1 somit am kleinsten bleibt und auch das geringere MAPE eine minimal bessere statistische Güte als bei den anderen beiden Modellen anzeigt, wird vorgeschlagen, die Differenzierung der Kostenerstattergruppe nach Modell 1 vorzunehmen. Abbildung 19 gibt einen grafischen Überblick über die mittleren Residuen für die Kostenerstatter nach § 13 SGB V, die sich bei einer Differenzierung der Kostenerstattergruppe nach Modell 1 ergeben.

Abbildung 19: Mittlere Residuen für Kostenerstatter bei Differenzierung nach Modell 1



13.2.6 Auswirkung der Anwendung von Restriktionen

Tabelle 55 zeigt abschließend, wie sich die Regressionsergebnisse für die drei vorgestellten Modelle verändern, wenn die insignifikanten Regressionskoeffizienten auf Null gesetzt und die Regressionen anschließend wiederholt werden. Erwartungsgemäß führen diese Restriktionen zu einer leichten Verschlechterung der statistischen Gütemaße bei allen drei Modellen. Modell 1 bleibt jedoch weiterhin das Modell mit der besten statistischen Güte und stellt auch nach Anwendung der Restriktionen noch eine deutliche Verbesserung gegenüber dem Status quo mit einer einzigen Kostenerstattergruppe (siehe Tabelle 53) dar.

Tabelle 55: Kostenerstatter-Regressionsergebnisse bei Anwendung von Restriktionen

		Modell 1 – mit Restriktionen				Modell 2 – mit Restriktionen				Modell 3 – mit Restriktionen			
		R ²		25,5476%		R ²		25,5475%		R ²		25,5475%	
		CPM		22,8474%		CPM		22,8472%		CPM		22,8472%	
		Mape		1.846,155 €		Mape		1.846,160 €		Mape		1.846,160 €	
KE-Art	Ge-schl	Alter	N	Beta	p-Wert	Alter	N	Beta	p-Wert	Alter	N	Beta	p-Wert
§ 13	w	0-30	371	0,00 €		0-30				0-30			
		31-35				31-35	554	0,00 €		31-35	438	0,00 €	
		36-40	915	693,93 €	0,0001	36-40				36-40			
		41-60				41-60	732	721,51 €	0,0004	41-60	1.616	837,83 €	0,0000
		61-70	768	976,42 €	0,0000	61-70	768	976,41 €	0,0000	61-70			
		71-80	539	2.074,47 €	0,0000	71-80	539	2.074,45 €	0,0000	71-80	539	2.074,29 €	0,0000
		81+	266	2.846,92 €	0,0000	81+	266	2.846,90 €	0,0000	81+	266	2.846,78 €	0,0000
	m	0-30	443	0,00 €		0-30				0-30			
		31-35				31-35	554	0,00 €		31-35	499	0,00 €	
		36-40	560	917,50 €	0,0001	36-40				36-40			
		41-60				41-60	449	919,29 €	0,0004	41-60	1.017	1.254,29 €	0,0000
		61-70	513	1.500,09 €	0,0000	61-70	513	1.500,08 €	0,0000	61-70			
		71-80	496	2.847,21 €	0,0000	71-80	496	2.847,20 €	0,0000	71-80	496	2.846,99 €	0,0000
		81+	200	3.695,07 €	0,0000	81+	200	3.695,06 €	0,0000	81+	200	3.694,92 €	0,0000
§ 53			210	1.332,55 €	0,0005		210	1.332,50 €	0,0005		210	1.332,52 €	0,0005

13.3 Ergebnis

Es wird beabsichtigt, die Kostenerstattergruppe gemäß Modell 1 in *eine* Gruppe mit Kosten-erstattem nach § 53 SGB V und jeweils *fünf* Gruppen für Männer und Frauen mit Kosten-erstattung nach § 13 SGB V zu differenzieren.

13.4 Anwendung im Jahresausgleich 2010

Die Barmer GEK wünscht auf Basis dieser Ergebnisse eine Anwendung der Differenzierung der Kostenerstattergruppe bereits im Jahresausgleich 2010. Hierzu wäre jedoch eine entsprechende unterjährige Anpassung der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010 notwendig. Da hier aber weder die Voraussetzungen des § 31 Abs. 4 S. 6 RSAV (Aktualisierung des ICD-Verzeichnisses oder der Arzneimittelklassifikation) vorliegen, noch Änderungen in höherrangigem Recht eine unterjährige Anpassung der Festlegungen erforderlich machen, kann eine solche Anpassung nicht erfolgen. Eine Differenzierung der Kostenerstattergruppe im Jahresausgleich 2010 ist daher nicht möglich.

IV. Änderung des Berechnungsverfahrens

14 Einheitliche Berücksichtigung aller Versicherten – auch der Verstorbenen

14.1 Vorschlag

KBS und AOK-BV greifen erneut ihre bereits in den Stellungnahmen zum Klassifikationsmodell 2011 geäußerten Bedenken über die ungleiche Berücksichtigung der Ausgaben für verstorbene Versicherte und andere Versicherte mit unvollständiger Versichertenepisode im Morbi-RSA auf. Es habe sich herausgestellt, dass es beim gegenwärtigen Verfahren zur systematischen Unterdeckung bei Erkrankungen mit hoher Mortalitätsrate kommt.

Auch die Deutsche BKK schlägt eine einheitliche Berücksichtigung der Kosten bei der Regression für alle Versicherten mit einer nicht vollständigen Versichertenperiode vor.

14.2 Bewertung

Wie bereits in den Erläuterungen zur Festlegung des Klassifikationsmodells 2011 dokumentiert, ist sich das BVA der Problematik bewusst. Die unterschiedliche Handhabung von Ausgaben für Versicherte mit unvollständigen Versichertenepisoden entspricht nicht dem international in der Gesundheitsökonomie empfohlenen und in den einschlägigen Ländern mit Morbi-RSA praktizierten Verfahren. Sie führt zu deutlich zu geringen Zuschlägen bei Erkrankungen und Altersgruppen mit einem hohen Anteil Versterbender, was zu einer erheblichen systematischen Unterdeckung für alle Betroffenen (Versterbende wie Überlebende) mit den entsprechenden Erkrankungen führt.

Der Wissenschaftliche Beirat hat daher in seiner 17. Sitzung am 16.09.2009 dem BVA empfohlen, das international übliche und von der gesundheitsökonomischen Wissenschaft empfohlene Verfahren einer unterschiedslosen Behandlung von überlebenden und verstorbenen Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden anzuwenden. Er hat die Empfehlung in seiner Sitzung am 28.07.2011 wiederholt.

14.3 Ergebnis

Das Bundesversicherungsamt beabsichtigt, in diesem Punkt – wie in den Vorjahren – der Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats nicht zu folgen. Bei der Annualisierung der Ausgaben Verstorbenen handelt es sich um eine Änderung des Verfahrens mit deutlichen finanziellen Auswirkungen für die Krankenkassen. Entsprechend kontrovers fallen die Stel-

lungen der Krankenkassen aus. Auch der GKV-Spitzenverband hat sich bislang nicht eindeutig in dieser Frage positioniert.

Aus Sicht des Bundesversicherungsamtes sollte die Frage der Annualisierung der Ausgaben Verstorbener zunächst nicht isoliert, sondern im größeren Kontext der Weiterentwicklung des Gesamtverfahrens diskutiert werden. Hierzu hat das Bundesministerium für Gesundheit den wissenschaftlichen Beirat gebeten, eine Evaluation des Jahresausgleichs 2009 vorzulegen. Die Veröffentlichung und die anschließende fachliche Diskussion des Gutachtens sind abzuwarten, um die Frage, wie die Ausgaben verstorbener Versicherter bei der Berechnung der Zuschläge künftig zu berücksichtigen sind, in diesem breiteren Kontext zu behandeln.

15 Auslandsversicherte

15.1 Vorschlag

Die Barmer GEK weist erneut darauf hin, dass die Zuweisungen für Auslandsversicherte in der GKV-Summe die tatsächlichen Ausgaben bei weitem überdecken und drängt auf eine Überprüfung dieses Elements im Morbi-RSA. Sie regt eine Überprüfung des kassen(arten)spezifischen Deckungsgrades zwischen Ausgaben und Zuweisungen für Auslandsversicherte an. Des Weiteren schlägt die Barmer GEK vor, die Meldung der Auslandsversichertenzeiten im Morbi-RSA anhand der KM6-Meldung zu plausibilisieren, indem die Zahl der gemeldeten Versichertenjahre mit dauerhaftem Wohnsitz im Ausland auf die in der KM6 gemeldete Anzahl von Auslandsversicherten begrenzt wird.

15.2 Bewertung

Da die Regelung zur Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte im § 31 Abs. 5 S.1 RSAV gesetzlich vorgeschrieben ist, erfolgt an dieser Stelle keine weitere Prüfung. Für Fragen zur Plausibilisierung der Datenmeldungen wird auf den GKV-SV und dessen Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V verwiesen.

15.3 Ergebnis

Es wird beabsichtigt, hier keine Änderung am Verfahren vorzunehmen.

16 Regressionsanteile / Zuweisungsanteile

16.1 Vorschlag

BKK Bundesverband und SBK erläutern, dass die Kalibrierungss Stichprobe zur Ermittlung der Zuweisungsanteile die Ausgangssituation der GKV nicht hinreichend abbilde. Sie schlagen daher vor, die Zuweisungsanteile der Risikomerkmalsgruppen künftig auf Basis der Daten der gesamten GKV zu ermitteln. Zudem solle – wie in den Vordrucken zur Berücksichtigung von Forderungen und Verpflichtungen – eine unterjährige Neuermittlung der Zuweisungsanteile stattfinden, da der Schlussausgleich gezeigt habe, dass dadurch die Zielgenauigkeit des Abschlagsverfahrens steigen würde.

Auch der GKV-SV kritisiert die Verwendung der Stichprobe nach Kassenausschluss für die Berechnung der Zuweisungsanteile. So sei der Kassenausschluss aufgrund unplausibler Leistungsausgaben zwar sachgerecht für das Regressionsverfahren, führe jedoch nicht zugleich zu einer größeren Plausibilität der gemeldeten Morbiditätsdaten, da die Meldung unplausibler Leistungsausgaben keinen Rückschluss auf die Plausibilität der gemeldeten Morbiditätsinformationen zulasse. Infolge dessen seien Verzerrungen der Zuweisungsanteile bei Verwendung der um Kassenausschlüsse reduzierten Stichprobe möglich. Der GKV-SV schlägt daher vor, die Berechnung der Zuweisungsanteile künftig auf Basis der Stichprobenversicherten ohne Berücksichtigung der Kassenausschlüsse durchzuführen.

Dabei solle auch künftig statt der Anzahl der Versicherten die Zahl der Versichertentage zugrunde gelegt werden, um die Genauigkeit der zu ermittelnden Zuweisungsanteile und Angleichungsfaktoren zu verbessern.

16.2 Bewertung

16.2.1 Datengrundlage

Das BVA kann die Bedenken zur verwendeten Kalibrierungss Stichprobe bei der Ermittlung der Regressions- bzw. Zuweisungsanteile, sowie die Argumentation des GKV-SV nachvollziehen. Die Anwendung von Kassenausschlüssen ist zwar bei der Ermittlung der Gewichtungsfaktoren korrekt, da hierdurch die Verwendung unplausibler Leistungsausgabendaten vermieden wird. Bei der Ermittlung der Zuweisungsanteile kommt es jedoch darauf an, die so ermittelten Gewichtungsfaktoren bzw. Zuschläge auf eine für die GKV möglichst repräsentative Morbiditätsstruktur anzuwenden. Da aber die Plausibilität der gemeldeten Morbiditätsinformationen bei der Ermittlung der Kassenausschlüsse außer Betracht bleibt, ist davon auszugehen, dass die Kassenausschlüsse nicht mit einer erhöhten Repräsentativität der Morbiditätsstruktur einhergehen, sondern hier stattdessen eher zu Verzerrungen führen

könnten. Es ist daher sinnvoll, bei der Ermittlung der Zuweisungsanteile auf Kassenausschlüsse zu verzichten.

BKK BV und SBK gehen dabei noch einen Schritt weiter und schlagen vor, die Berechnung der Zuweisungsanteile nicht auf Basis der Stichprobe, sondern der gesamten GKV-Daten durchzuführen. Hierfür müsste das BVA allerdings eine zusätzliche, nicht für die Bescheidung verwendete Gruppierung der Vollerhebung durchführen, die nicht nur zeit- und rechenintensiv wäre, sondern zudem in der ohnehin sehr zeitkritischen Phase der dreifachen Gruppierung und Bescheidung im Herbst erfolgen müsste. Der Gewinn an Repräsentativität und der resultierende Effekt auf die Zuweisungen im Abschlagsverfahren wären dagegen fraglich, da bereits von einer sehr hohen Repräsentativität der Stichprobe (ohne Kassenausschlüsse) ausgegangen werden kann. Das BVA hält den Aufwand und die Gefahr einer Störung des Ablaufs der Bescheidungen daher nicht für gerechtfertigt und beabsichtigt, die Zuweisungsanteile wie vom GKV-SV vorgeschlagen auf Basis der Stichprobendaten ohne Kassenausschlüsse zu berechnen.

Den Vorschlag des GKV-SV, die Zuweisungsanteile künftig auf Basis von Versichertentagen und nicht auf Basis der Zahl der Versicherten zu ermitteln, wird ebenfalls als sinnvoll erachtet. Hierdurch wird eine Annäherung an die Berechnung der Zuweisungen im Jahresausgleich erreicht, da diese ebenfalls auf Basis von Versichertentagen erfolgt.

16.2.2 Unterjährige Neuermittlung der Zuweisungsanteile

Das BVA teilt die Ansicht von BKK BV und SBK, wonach eine unterjährige Neuermittlung der Zuweisungsanteile mit Vorliegen der neuen Datenmeldungen für die Berichtsjahre 2010/2011 im Herbst 2012 die Zielgenauigkeit des Abschlagsverfahrens durch eine frühzeitigere Annäherung an den Jahresausgleich erhöhen würde. Aus diesem Grunde gehen im Vordruck zur Berechnung von Forderungen und Verpflichtungen neu ermittelte Zuweisungsanteile ein.

Aufgrund der gesetzlichen Regelungen bestehen jedoch Bedenken, eine solche unterjährige Neuermittlung von Zuweisungsanteilen im monatlichen Abschlagsverfahren umzusetzen.

Die Zuweisungen sind vom BVA auf Basis der vorab festzulegenden alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuschläge zu ermitteln. Im Abschlagsverfahren für das Ausgleichsjahr 2009 kam es dabei jedoch aufgrund des regelmäßigen Wechsels zwischen doppelter und einfacher Prospektivität bei den Datenmeldungen zu erheblichen Schwankungen der über AGG und HMG zugewiesenen Anteile. Seit dem Ausgleichsjahr 2010 werden die Zuweisungen daher auf Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats vom 28. Juli 2009 auf – vorab festgelegte – Zuweisungsanteile normiert. Zwar entfällt die doppelte Prospektivität inzwischen durch frühzeitigeren Umstieg auf aktuelle Datenmeldungen; es gibt jedoch immer noch einen wechselnden zeitlichen Versatz bei den Datenmeldungen im Abschlagsverfahren. Daher

werden die Zuweisungen auf Basis der Risikozuschläge auch weiterhin auf festgelegte Zuweisungsanteile normiert.

Während die Vorabfestlegung der Zuweisungsanteile dabei im Einklang mit der Vorabfestlegung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuschläge steht, bestehen rechtliche Bedenken, ob dies auch bei einer unterjährigen Neuermittlung der Zuweisungsanteile der Fall wäre. Obwohl eine höhere Zielgenauigkeit durch eine unterjährige Neuermittlung wünschenswert ist, wird der Vorschlag daher verworfen.

16.3 Ergebnis

Es wird beabsichtigt, die Gewichtungsfaktoren weiterhin auf Basis der Stichprobe nach Kassenausschlüssen zu berechnen, bei der Ermittlung der Regressions- bzw. Zuweisungsanteile jedoch die Stichprobe ohne Kassenausschlüsse zugrunde zu legen. Daneben wird beabsichtigt, statt der Zahl der Versicherten nun die Zahl der Versichertentage der Stichprobe für die Berechnung der Regressionsanteile heranzuziehen. Eine unterjährige Neuermittlung der Zuweisungsanteile wird aufgrund rechtlicher Bedenken abgelehnt.

17 Angleichungsfaktoren

17.1 Vorschlag

GKV-SV und AOK-BV kritisieren, dass die Berechnung der Angleichungsfaktoren unter Abzug der Grundpauschale erfolgt. Dies entspreche gemäß GKV-SV nicht der Ermittlung der Zuweisungsanteile und führe laut AOK-BV zu „Veränderungen der Relation der Zu- und Abschläge“. Beide schlagen daher vor, die bei den Zuschlägen für die AGG und AusAGG in Abzug gebrachte Grundpauschale bei der Berechnung der Angleichungsfaktoren für die AGG und AusAGG wieder zu berücksichtigen.

17.2 Bewertung

Das BVA kann die Aussagen von GKV-SV und AOK-BV nachvollziehen.

Der Angleichungsfaktor gleicht die ermittelten vorläufigen Zuweisungen für jede Risikomerkmalsgruppe an ein Zielvolumen an, welches in der Summe über die GKV dem jeweiligen festgelegten Zuweisungsanteil an den zuzuweisenden standardisierten Leistungsausgaben entspricht.

Dieses Angleichungsverfahren ist problematisch, wenn die vorläufigen Zuweisungen bei einer Risikomerkmalsgruppe – wie hier bei den AGG und den AusAGG – sowohl auf positiven Zuschlägen als auch auf negativen Zuschlägen (= Abschlägen) beruhen. Anstatt die Zuweisungen gleichmäßig auf das Zielvolumen anzuheben oder abzusenken, wirkt der Angleichungsfaktor dann mathematisch bedingt in unterschiedliche Richtungen. Ist der Angleichungsfaktor beispielsweise kleiner als eins, so senkt er nicht alle Zuweisungen gleichmäßig auf das entsprechende Zielvolumen ab, sondern senkt nur die Zuweisungen auf Basis positiver Zuschläge; Zuweisungen aufgrund von negativen Zuschlägen werden dagegen angehoben. Hierdurch entsteht die vom AOK-BV angemerkte „Veränderung der Relation der Zu- und Abschläge“.

Besonders problematisch kann dies werden, wenn sich entweder Zielvolumen und Grundpauschalenanteil für die AGG bzw. AusAGG etwa ausgleichen oder die vorläufigen Zuweisungen auf Basis positiver und negativer Zuschläge. In diesen Fällen kann der Angleichungsfaktor extreme Werte annehmen oder lässt sich im Sonderfall gar nicht mehr ermitteln. Für die AGG-Zuweisungen ist das zwar sehr unwahrscheinlich, nicht jedoch für die AusAGG-Zuweisungen. Der geringe AusAGG-Angleichungsfaktor (rund 0,47) im Grundlagenbescheid I / 2011 hat dies bereits angedeutet.

Aus Sicht des BVA ist daher hier eine Anpassung dringend notwendig. Der Berechnung der Angleichungsfaktoren dürfen keine negativen Zuschläge zugrunde liegen. Da sich die nega-

tiven Zuschläge bei den AGG und AusAGG nicht aus negativen Gewichtungsfaktoren ergeben, sondern aus dem Abzug der Grundpauschalen, ist es daher naheliegend, zur Berechnung der Angleichungsfaktoren die Grundpauschale bei den ermittelten vorläufigen Zuweisungen für die AGG bzw. AusAGG wieder einzurechnen. Das BVA schließt sich daher dem Vorschlag von GKV-SV und AOK-BV an.

Diese Änderung macht allerdings auch eine entsprechende Änderung bei der Anwendung der Angleichungsfaktoren in den Grundlagenbescheiden erforderlich. Die dort ermittelten vorläufigen Zuweisungen für die AGG und AusAGG müssen dann zunächst um die auf AGG bzw. AusAGG entfallenden Zuweisungen aufgrund der Grundpauschale erhöht werden. Auf das Ergebnis wird dann der entsprechende Angleichungsfaktor angewendet und anschließend die Zuweisungen aufgrund der Grundpauschale wieder abgezogen. Das Ergebnis sind die Zuweisungen für die AGG bzw. AusAGG nach Angleichungsfaktor.

17.3 Ergebnis

Es wird beabsichtigt, die Angleichungsfaktoren für die AGG und AusAGG abweichend vom bisherigen Verfahren unter Berücksichtigung der Grundpauschale zu berechnen und anzuwenden. Die ermittelten vorläufigen Zuweisungen für die AGG und AusAGG werden dabei für die Berechnung der Angleichungsfaktoren und bei ihrer Anwendung um den jeweiligen Anteil der Grundpauschale erhöht. Beim Zielvolumen wird dieser Anteil dann entsprechend nicht mehr abgezogen.

18 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

18.1 Vorschlag

Der AOK-BV schlägt vor, bei den Schutzimpfungen das bisher angenommene Fehlen eines Versicherten- und Morbiditätsbezugs zu überprüfen. In vielen Fällen sei heute bereits eine versichertenbezogene Abrechnung bestimmter Impfstoffe außerhalb des Sprechstundenbedarfs vorgesehen, so dass eine Zuordnung der Schutzimpfungen zu den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben gegebenenfalls nicht mehr sachgerecht sei.

18.2 Bewertung

18.2.1 Hintergrund

Die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich als Stichprobe gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben weisen Untererfassungen auf, die u.a. auf Ausgaben zurückgeführt werden können, die nicht versichertenbezogen erfasst werden und deshalb nach § 30 RSAV nicht gemeldet werden dürfen. Eine gesetzliche Regelung zum Umgang mit solchen Untererfassungen im Bereich der standardisierten Leistungsausgaben existiert nicht.

Es kann jedoch ohne konkreten Anhaltspunkt nicht davon ausgegangen werden, dass sich die nicht-erfassten Ausgaben in ihrem Morbiditätsbezug von den erfassten Ausgaben wesentlich unterscheiden. Es ist daher systemkonsequent, die Zuweisungen auf Basis der erfassten Leistungsausgaben so hochzurechnen, dass die Höhe der nicht-erfassten Ausgaben mit Morbiditätsbezug gerade ausgeglichen wird.

Anders ist dies bei denjenigen nicht-versichertenbezogenen Ausgabenarten, deren Bezeichnung und Umfang bereits einen deutlichen Anhaltspunkt dafür liefern, dass ein Morbiditätsbezug nicht gegeben oder unwahrscheinlich ist. Es wäre nicht sachgerecht, Untererfassungen aufgrund dieser Ausgaben durch eine Hochrechnung der erfassten Leistungsausgaben auszugleichen, da damit ein Morbiditätsbezug unterstellt wird, der ganz offensichtlich nicht gegeben ist.

Diese Ausgaben werden daher den „nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben“ zugeordnet und von der Hochrechnung ausgenommen. Stattdessen erfolgen die Zuweisungen hierfür pauschal über alle Versicherten(tage), indem ein entsprechender Erhöhungsbetrag je Versicherten(tag) auf die AGG- und AusAGG-Zuschläge aufgeschlagen wird.

Bisher werden folgende Konten bzw. Kontenarten den „nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben“ zugeordnet.

Tabelle 56: Liste der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben

Konten (art)	Bezeichnung
407	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 467)
467	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 407)
482	Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht
513	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - nur Zuschuss -
514	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss
5155	Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20b SGB V
5163-5	Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (IschGKVLV)
5186-8	Schutzimpfungen nach § 20 d Abs. 1 und 3 SGB V - Regelleistungen - Arzneimittel (Impfstoffe)
527	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)
590	Medizinischer Dienst

In den Anhörungsverfahren zu den Festlegungen der vergangenen Ausgleichsjahre wurde bei einigen dieser Konten die Annahme eines fehlenden Morbiditätsbezugs in Frage gestellt (GKV-SV, AOK BV und Barmer GEK). So sei die pauschale Abrechnung für Schutzimpfungen (Konten 5186-5188) an ambulanten Fallzahlen orientiert, und eine morbid Klientel käme vorzugsweise in den Genuss von Schutzimpfungen. Ausgaben zur Förderung von Selbsthilfegruppen (Konten 5130 und 5140) seien grundsätzlich durch Erkrankte verursacht, und der Bedarf an betrieblicher Prävention (Konto 5155) sei für eine morbid Klientel höher als für eine nicht morbid.

Im aktuellen Vorschlagsverfahren stellt der AOK-BV darüber hinaus erneut die Annahme eines fehlenden Versichertenbezugs bei den Schutzimpfungen (Konten 5186-5188) in Frage, da in vielen Fällen heute bereits eine versichertenbezogene Abrechnung bestimmter Impfstoffe außerhalb des Sprechstundenbedarfs vorgesehen sei.

18.2.2 Empirische Untersuchung

Im Prozess der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2011 wurde eine empirische Untersuchung der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach Vorliegen des Schlussausgleichs zugesagt. Die Frage der Erfassbarkeit bzw. des Versichertenbezugs einzelner Ausgabenarten kann auf diese Weise jedoch nicht geklärt werden, da die gemeldeten Ausgabendaten bereits nach Hauptleistungsbereichen aggregiert sind. Eine datengestützte Untersuchung zu dieser Frage muss auf Kassenseite erfolgen.

Gleichwohl kann die Annahme eines fehlenden Morbiditätsbezugs empirisch überprüft werden. Sie lässt sich empirisch untermauern, wenn die Zuweisungen für eine bestimmte Ausgabenart bei einer pauschalen Verteilung je Versicherten(tag) wesentlich näher an den tatsächlichen Ausgaben in der entsprechenden Kontenart liegen als bei einer Verteilung auf Basis einer Hochrechnung der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben.

Im Jahresausgleich 2009 wurden nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben noch nicht gesondert berücksichtigt, sondern entsprechend den standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld zugewiesen. Die Höhe der Zuweisungen für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

für eine Krankenkasse war somit anteilig in den Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld enthalten. Die Ausgaben für Schutzimpfungen, deren Höhe den Konten 5186-5188 der KJ1 2009 entnommen werden kann, machten dabei beispielsweise einen Anteil von ca. 0,7538 % aus. Bei einer pauschalen Zuweisung für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben wären stattdessen etwa 0,0441 Euro je Versichertentag für Schutzimpfungen zugewiesen worden.

Tabelle 57 zeigt, wie groß die quadrierten Abweichungen zwischen Ausgaben für Schutzimpfungen und entsprechenden Zuweisungen in der Summe über alle Krankenkassen gewesen wären, wenn die Zuweisungen zu einem Teil pauschal je Versichertentag und zum restlichen Teil entsprechend den standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld (sLA oKG) erfolgt wären.

Tabelle 57: Schutzimpfungen – Pauschale vs. morbiditätsorientierte Zuweisung

Konten 5186-8		
Zuweisung nach		Summe der quadrierten Abweichungen
Versicherten- zeiten	sLA (oKG)	
100%	0%	567.213,1 Mrd.
90%	10%	469.217,1 Mrd.
80%	20%	398.228,9 Mrd.
70%	30%	354.248,4 Mrd.
60%	40%	337.275,7 Mrd.
50%	50%	347.310,7 Mrd.
40%	60%	384.353,5 Mrd.
30%	70%	448.404,0 Mrd.
20%	80%	539.462,3 Mrd.
10%	90%	657.528,3 Mrd.
0%	100%	802.602,1 Mrd.

Die Summe der quadrierten Abweichungen zwischen Ausgaben und Zuweisungen bei den Schutzimpfungen wäre im Jahresausgleich 2009 minimiert worden, wenn die entsprechenden Zuweisungen zu 60% pauschal je Versichertentag und zu 40% gemäß den standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld erfolgt wären. Zwar könnten hier auch andere Faktoren eine Rolle spielen, die mit den erklärenden Größen korreliert sind. Solange es hierfür jedoch keine eindeutigen Anhaltspunkte gibt, lässt sich nicht ablehnen, dass 40% der Ausgaben für Schutzimpfungen den gleichen Morbiditätsbezug aufweisen wie die in der Stichprobe erfassten Leistungsausgaben ohne Krankengeld. Umgekehrt widerlegt die Empirie für 60% der Ausgaben für Schutzimpfungen nicht die getroffene Annahme eines fehlenden Morbiditätsbezugs.

Auf Basis dieser Auswertungen wird vorgeschlagen, nur noch 60 % der Ausgaben für Schutzimpfungen (Konten 5186-5188) den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zuzuord-

nen und somit pauschal zuzuweisen. Die restlichen 40% der Ausgaben für Schutzimpfungen werden dann implizit den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld zugeordnet, da diese unter Abzug der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ermittelt werden. Die Zuweisungen hierfür erfolgen somit entsprechend den standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

Weitere Ausgabenarten, bei denen ein fehlender Morbiditätsbezug in Frage gestellt wurde, werden im Folgenden untersucht. Tabelle 58 und Tabelle 59 zeigen analog zur obigen Berechnung für Schutzimpfungen die Summe der quadrierten Abweichungen zwischen Ausgaben und Zuweisungen für die Konten 5130 und 5140 (Förderung von Selbsthilfegruppen), sowie für das Konto 5155 (Betriebliche Gesundheitsprävention), die sich jeweils in Abhängigkeit vom Verteilungsschlüssel ergeben hätte.

Tabelle 58: Förderung von Selbsthilfegruppen – pauschal vs. morbiditätsorientiert

Konten 5130 + 5140		
Zuweisung nach		Summe der quadrierten Abweichungen
Versichertenzeiten	sLA (oKG)	
100%	0%	233,5 Mrd.
75%	25%	276,9 Mrd.
50%	50%	525,3 Mrd.
25%	75%	978,9 Mrd.
0%	100%	1.637,7 Mrd.

Tabelle 59: Betriebliche Gesundheitsprävention – pauschal vs. morbiditätsorientiert

Konto 5155		
Zuweisung nach		Summe der quadrierten Abweichungen
Versichertenzeiten	sLA (oKG)	
100%	0%	19.400,4 Mrd.
75%	25%	18.353,8 Mrd.
50%	50%	17.517,6 Mrd.
25%	75%	16.891,8 Mrd.
0%	100%	16.476,4 Mrd.

Die Auswertungen zeigen, dass für die Ausgaben zur Förderung von Selbsthilfegruppen die Annahme eines fehlenden Morbiditätsbezugs empirisch nicht widerlegt werden kann. Ein anderes Bild ergibt sich dagegen bei den Ausgaben für betriebliche Gesundheitsprävention. Hier werden die quadrierten Abweichungen zwischen Zuweisungen und Ausgaben deutlich geringer, wenn die Zuweisungen nicht pauschal, sondern wie die standardisierten Leistungsausgaben morbiditätsorientiert erfolgen. Die Annahme eines fehlenden Morbiditätsbezugs lässt sich somit empirisch für diese Ausgaben nicht untermauern.

Es wird daher vorgeschlagen, die Ausgaben zur Förderung von Selbsthilfegruppen (Konten 5130 und 5140) weiterhin den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zuzuordnen, die Ausgaben für betriebliche Gesundheitsprävention (Konto 5155) dagegen nicht mehr.

18.3 Ergebnis

Es wird beabsichtigt, nur noch 60% der Ausgaben für Schutzimpfungen (Konten 5186-5188) den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zuzuordnen. Die Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung (Konto 5155) sollen darüber hinaus aus der Liste der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben gestrichen werden. Die entsprechenden Zuweisungen erfolgen dann nicht mehr pauschal, sondern implizit als Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld, also morbiditätsorientiert.

19 Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren

19.1 Vorschlag

Der AOK-BV schlägt vor, die Anrechnungs- und Erstattungsbeträge nicht mehr bei der Ermittlung der Gewichtungsfaktoren, sondern analog den nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben pauschal je Versicherten bzw. Versichertentag zu berücksichtigen, um „die Zielgenauigkeit des Verfahrens nicht weiter zu beeinträchtigen“.

19.2 Bewertung

Eine empirische Untersuchung des Morbiditätsbezugs von Anrechnungs- und Erstattungsbeträgen muss differenziert erfolgen, da davon auszugehen ist, dass unterschiedliche Erstattungen auch einen unterschiedlichen Morbiditätsbezug aufweisen. Hierzu müssten jedoch jeder Anrechnungs- bzw. Erstattungsfaktor einzeln aus der Regressionsgrundlage herausgerechnet und anschließend die Regressionskoeffizienten, Gewichtungsfaktoren, Zuschläge und die Zuweisungen für alle Krankenkassen erneut ermittelt werden, um den Einfluss des jeweiligen Faktors auf die Zuweisungen ermitteln und mit einer pauschalen, versicherten(zeit)bezogenen Zuweisung vergleichen zu können. Der Aufwand, dies für alle RSA-relevanten Erstattungs- und Anrechnungsbeträge durchzuführen, kann in der gegebenen Zeit nicht geleistet werden. Eine zukünftige Überprüfung wird jedoch nicht ausgeschlossen. Hilfreich wären dabei allerdings deutlichere und differenziertere Hinweise darauf, welcher Morbiditätsbezug bei welchen Anrechnungs- und Erstattungsbeträgen erwartet wird bzw. in welcher Weise das aktuelle Verfahren die Zielgenauigkeit beeinträchtigt.

Eine allgemeine Herausnahme aller Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren aus der Regressionsgrundlage und pauschale Berücksichtigung der entsprechenden Beträge analog zu den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben wird abgelehnt. Es wird nicht ersichtlich, warum Anrechnungs- und Erstattungsbeträge generell keinen Morbiditätsbezug aufweisen sollten.

19.3 Ergebnis

Es wird beabsichtigt, keine Veränderung bei der Berücksichtigung der Erstattungs- und Anrechnungsbeträge vorzunehmen.

20 Nivellierungsfaktor

20.1 Vorschlag

Das BVA schlägt vor, den bisher ausschließlich im Abschlagsverfahren angewandten Nivellierungsfaktor zu streichen. Aufgrund der Angleichung der Zuweisungen an feste Zuweisungsanteile ist er seit dem Ausgleichsjahr 2010 nahezu wirkungslos, erhöht jedoch die Komplexität des Berechnungsverfahrens und verringert die Analogie zwischen Abschlagsverfahren und Jahresausgleich. Zudem ergeben Auswertungen des Jahresausgleichs 2009, dass der Nivellierungsfaktor auch ohne eine Angleichung der Zuweisungen an feste Zuweisungsanteile nicht die beabsichtigte Wirkung hätte.

20.2 Erörterung

Der Nivellierungsfaktor wird einheitlich auf die AGG-Gewichtungsfaktoren angewandt und verändert daher ausschließlich das Verhältnis der Risikomengenanteile zwischen den Risikomerkmalsgruppen. Auf die Zuweisungen hat das allerdings nur minimale Auswirkungen, da diese ohnehin für alle Risikomerkmalsgruppen an feste, von den nivellierten Gewichtungsfaktoren unabhängige Zuweisungsanteile angeglichen werden. Geringe Abweichungen können dennoch entstehen, da die Zuweisungen nicht unmittelbar auf Basis der Gewichtungsfaktoren berechnet werden, sondern zunächst noch der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben aufgeschlagen und die Grundpauschale abgezogen wird. Die anschließende Angleichung an feste Zuweisungsanteile kompensiert daher die Wirkung des Nivellierungsfaktors nicht komplett, aber zu einem sehr großen Teil. So ergeben eigene Berechnungen, dass eine Streichung des Nivellierungsfaktors beispielsweise im Grundlagenbescheid I / 2011 die monatlichen kassenindividuellen Grundpauschalen durchweg um weniger als 0,01 % (Zehntel-Cent-Bereich) verändert hätte.

Neben der geringen Wirkung des Nivellierungsfaktors wird zudem davon ausgegangen, dass dieser auch ohne eine Angleichung der Zuweisungen an festgelegte Zuweisungsanteile nicht zur beabsichtigten Annäherung der Zuweisungen an den Jahresausgleich führen würde.

Der Faktor wurde eingeführt unter der Annahme, dass die Veränderung der Altersstruktur ceteris paribus keine oder nur geringe Auswirkungen auf die Leistungsausgaben hat, dass also der mit einer Veränderung der Altersstruktur einhergehende Anstieg der Risikomenge für die AGG durch ein Absinken der Gewichtungsfaktoren für die AGG im Jahresausgleich kompensiert wird.

Problematisch ist hierbei jedoch die Fokussierung auf die AGG. Durch das Absenken der AGG-Risikomenge wird zugleich der Anteil der HMG-Risikomenge an der gesamten Risikomenge erhöht. Im Jahresausgleich 2009 hat sich dagegen gezeigt, dass es auch bei den

HMG zu einer Kompensation der Risikomenge über die HMG-Gewichtungsfaktoren kommt. Hier wird der Mengeneffekt des Diagnoseanstiegs durch einen Preiseffekt kompensiert.

Da die Kompensation bei den HMG-Gewichtungsfaktoren stärker ausfällt als bei den AGG-Gewichtungsfaktoren, ist davon auszugehen, dass der Nivellierungsfaktor die Prognose der Gewichtungsfaktoren des Jahresausgleichs eher verschlechtert, als sie zu verbessern.

20.3 Ergebnis

Es wird beabsichtigt, den Nivellierungsfaktor zu streichen.

21 Verwaltungsausgaben – Anrechnung von Erstattungen

21.1 Vorschlag

Der AOK-BV schlägt vor, bei der Ermittlung der Verwaltungskostenzuweisungen nach standardisierten Leistungsausgaben nicht die Nettoverwaltungskosten, sondern die Bruttoverwaltungskosten heranzuziehen, da Verwaltungskostenerstattungen nicht morbiditätsbezogen sind. Die Berücksichtigung dieser Erstattungen bei der Ermittlung der Verwaltungskostenzuweisungen nach standardisierten Leistungsausgaben stünde „im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben“.

21.2 Bewertung

Nach § 37 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 RSAV bleiben von Dritten erstattete Aufwendungen für Verwaltungskosten bei der Berechnung der Verwaltungskostenzuweisungen außer Betracht. In den Bruttoverwaltungskosten sind erstattete Aufwendungen jedoch enthalten, weshalb sie ohne Abzug der entsprechenden Erstattungen nicht Grundlage der Berechnung der Verwaltungskostenzuweisungen sein können. Die Anrechnung der Erstattungen steht daher nicht im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben, sondern ist im Gegenteil gerade aufgrund der gesetzlichen Vorgaben erforderlich. Eine Änderung im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV ist nicht möglich.

21.3 Ergebnis

Es wird beabsichtigt, hier keine Veränderungen vorzunehmen.

22 Verwaltungsausgaben – sLA-Anteil

22.1 Vorschlag

Die Deutsche BKK schlägt vor, den Anteil der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben von 50% auf 80% anzuheben. Die BKK Gesundheit schlägt dagegen vor, aufgrund von Analysen im BKK-System den Anteil von 50% auf 30% zu verringern.

22.2 Bewertung

Der Verteilungsschlüssel für die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungskosten ist gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 1 und 2 RSAV gesetzlich vorgegeben. Eine Änderung im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV ist daher nicht möglich. Die Stellungnahmen zeigen jedoch, dass die Vorstellungen hier deutlich auseinander gehen.

22.3 Ergebnis

Es wird beabsichtigt, hier keine Veränderungen vorzunehmen.

V. Erläuterungen zur Anpassung der Anlagen 1 und 2

23 Anpassungen an den ICD-10-GM 2009/2010

Die Entwicklung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2012 erfolgte aufgrund der vorhandenen Datenbasis anhand der Berichtsjahre 2008 und 2009. Dabei wurden die Diagnosen aus dem Jahr 2008 und die Ausgaben aus dem Jahr 2009 berücksichtigt.

Die Anpassung des Klassifikationsmodells an das Morbiditätsjahr 2009 (zur Ermittlung der vorläufigen Gewichtungsfaktoren) erfolgte in Anlehnung der technischen Anpassung von ICD-10-GM-2008 auf ICD-10-GM-2009 für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2011 unter Berücksichtigung der spezifischen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2012.

Wie die Anpassung des Klassifikationsmodells an das Morbiditätsjahr 2010 (zur Gruppierung für die Vorabinformationen und die monatlichen Abschlagzahlungen) basierend auf den Morbiditätsdaten des Jahres 2010 vorgenommen wird, ist im Folgenden beschrieben.

23.1 Eingruppierung neu eingeführter ICD-Kodes

Mit der ICD-10-GM-2010 wurden insgesamt 79 neue Schlüsselnummern eingeführt. Davon weisen nach Ansicht des BVA 23 Kodes eine Relevanz zur Krankheitsauswahl und dem Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2012 auf (Tabelle 60). Die Einordnung in DXG, MG und Auswahlkrankheit orientiert sich an der Überleitungsliste ICD-10-GM von 2009 nach 2010 des DIMDI.

Tabelle 60: Zuordnung neuer ICD-Kodes zu den DxG, MG und Krankheiten (2009/2010)

ICD	Bezeichnung	Relevant für Morbi-RSA (AJ2012)	DxG	MG	Auswahlkrankheit
A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
B17.9	Akute Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
B98.0	Helicobacter pylori [H. pylori] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
B98.1	Vibrio vulnificus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation	Ja	35	9	12
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	Ja	36	13	12
C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet	Ja	36	13	12
D68.30	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen	Ja	232	46	30
D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII	Ja	232	46	30
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren	Ja	232	46	30
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper	Ja	232	46	30
D68.5	Primäre Thrombophilie	Ja	232	46	30
D68.6	Sonstige Thrombophilien	Ja	232	46	30
D70.13	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
D70.14	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage	Nein	Keine Auswahlkrankheit		

ICD	Bezeichnung	Relevant für Morbi-RSA (AJ2012)	DxG	MG	Auswahlkrankheit
D89.3	Immunrekonstitutionssyndrom	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
G14	Postpolio-Syndrom	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
G21.4	Vaskuläres Parkinson-Syndrom	Ja	326/847	73/235	46
H54.9	Nicht näher bezeichnete Sehbeeinträchtigung (binokular)	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
I98.3	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Blutung	Ja	143	25	17
J12.3	Pneumonie durch humanes Metapneumovirus	Ja	467	112	66
J21.1	Akute Bronchiolitis durch humanes Metapneumovirus	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
J98.50	Mediastinitis	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
J98.58	Sonstige Krankheiten des Mediastinums, anderenorts nicht klassifiziert	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K12.3	Orale Mukositis	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K35.2	Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K35.32	Akute Appendizitis mit Peritonealabszess	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K50.80	Crohn-Krankheit des Magens	Ja	159/161	33	21
K50.81	Crohn-Krankheit der Speiseröhre	Ja	159/161	33	21
K50.82	Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend	Ja	159/161	33	21
K50.88	Sonstige Crohn-Krankheit	Ja	159/161	33	21
K52.3	Colitis indeterminata	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K52.30	Pancolitis indeterminata	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K52.31	Linksseitige Colitis indeterminata	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K52.32	Colitis indeterminata des Rektosigmoids	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K52.38	Sonstige Colitis indeterminata	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K55.81	Angiodysplasie des Dünndarmes ohne Angabe einer Blutung	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K55.82	Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
K55.88	Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
L89.0	Dekubitus 1. Grades	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
L89.00	Dekubitus 1. Grades: Kopf	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
L89.01	Dekubitus 1. Grades: Obere Extremität	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
L89.02	Dekubitus 1. Grades: Dornfortsätze	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
L89.03	Dekubitus 1. Grades: Beckenkamm	Nein	Keine Auswahlkrankheit		

ICD	Bezeichnung	Relevant für Morbi-RSA (AJ2012)	DxG	MG	Auswahlkrankheit
L89.04	Dekubitus 1. Grades: Kreuzbein	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
L89.05	Dekubitus 1. Grades: Sitzbein	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
L89.06	Dekubitus 1. Grades: Trochanter	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
L89.07	Dekubitus 1. Grades: Ferse	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
L89.08	Dekubitus 1. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
L89.09	Dekubitus 1. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1	Ja	541	131	68
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2	Ja	541	131	68
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	Ja	541	131	68
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	Ja	821/822	130/134	68
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	Ja	821/822	130/134	68
N39.47	Rezidivinkontinenz	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
N42.3	Prostatadysplasie	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
O14.2	HELLP-Syndrom	Ja	579	146	71
O43.2	Krankhaft anhaftende Plazenta	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
O43.20	Placenta accreta	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
O43.21	Placenta increta oder percreta	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
O96.0	Tod infolge direkt gestationsbedingter Ursachen	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
O96.1	Tod infolge indirekt gestationsbedingter Ursachen	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
O96.2	Tod infolge nicht näher bezeichneter gestationsbedingter Ursachen	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
O97.0	Tod an den Folgen direkt gestationsbedingter Ursachen	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
O97.1	Tod an den Folgen indirekt gestationsbedingter Ursachen	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
O97.2	Tod an den Folgen nicht näher bezeichneter gestationsbedingter Ursachen	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
O98.7	HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit], die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	Ja	1/813	184/1	1
R26.3	Immobilität	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
R57.2	Septischer Schock	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
R63.6	Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit infolge Vernachlässigung der eigenen Person	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
U69.2	Sekundäre Schlüsselnummern für besondere epidemiologische Zwecke	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
U69.20	Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 [Schweinegrippe]	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
U69.21	Influenza A/H5N1 Epidemie [Vogelgrippe]	Nein	Keine Auswahlkrankheit		

23.2 Wegfall von ICD-Kodes

Insgesamt 29 Schlüsselnummern im ICD-10-GM 2010 sind gegenüber der Vorgängerversion sowohl im vertragsärztlichen als auch im stationären Bereich nicht mehr zur Verschlüsselung zugelassen (Tabelle 61). Davon weisen nach Ansicht des BVA 9 Schlüssel eine Relevanz zur Krankheitsauswahl und dem Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2012 auf (C80, I98.20, I98.21, K51.1, N18.0, N18.81, N18.82, N18.83, N18.84). Aufgrund der sog. „Jahresüberlieger-Regel, werden diese aber dennoch für Diagnosen aus dem stationären Bereich im Berichtsjahr 2010 berücksichtigt.

Hingegen entfallen für das Berichtsjahr 2010 die Jahresüberlieger-Diagnosen von 2008 nach 2009: D69.30, D69.31, E10.70, E10.71, E11.70, E11.71, E12.70, E12.71, E13.70, E13.71, E14.70, E14.71.

Tabelle 61: Nicht mehr gültige ICD-Kodes im ICD-10-GM 2010

ICD	Bezeichnung	Relevant für Morbi-RSA (JA2010)	DxG	MG	Auswahlkrankheit
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	Nein			
B96.81	Helicobacter pylori [H. pylori] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Nein			
B96.88	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Nein			
C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	Ja	36	13	12
H54.7	Nicht näher bezeichneter Visusverlust	Nein			
I98.20	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Blutung	Ja	143	25	17
I98.21	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Blutung	Ja	143	25	17
K35.0	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	Nein			
K35.1	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	Nein			
K35.9	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	Nein			
K51.1	Ulzeröse (chronische) Ileokolitis	Ja	160/161	33	21
L89.4	Dekubitus 4. Grades	Nein			
L89.40	Dekubitus 4. Grades: Kopf	Nein			
L89.41	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität	Nein			
L89.42	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze	Nein			

ICD	Bezeichnung	Relevant für Morbi-RSA (JA2010)	DxG	MG	Auswahl-krankheit
L89.43	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm	Nein			
L89.44	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	Nein			
L89.45	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	Nein			
L89.46	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	Nein			
L89.47	Dekubitus 4. Grades: Ferse	Nein			
L89.48	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Nein			
L89.49	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Nein			
N18.0	Terminale Niereninsuffizienz	Ja	821/822	130/134	68
N18.81	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium I	Ja	541	131	68
N18.82	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium II	Ja	541	131	68
N18.83	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium III	Ja	541	131	68
N18.84	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium IV	Ja	821/822	130/134	68
O96	Tod infolge jeder gestationsbedingten Ursache nach mehr als 42 Tagen bis unter einem Jahr nach der Entbindung	Nein			
O97	Tod an den Folgen gestationsbedingter Ursachen	Nein			

24 Anpassungen an den ICD-10-GM 2010/2011

24.1 Eingruppierung neu eingeführter ICD-Kodes

Mit der ICD-10-GM-2010 wurden insgesamt 66 neue Schlüsselnummern eingeführt. Davon weisen nach Ansicht des BVA 58 Kodes eine Relevanz zur Krankheitsauswahl und dem Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2012 auf (Tabelle 62). Die Einordnung in DXG, MG und Auswahlkrankheit orientiert sich an der Überleitungsliste ICD-10-GM von 2010 nach 2011 des DIMDI.

Tabelle 62: Zuordnung neuer ICD-Kodes zu den DxG, MG und Krankheiten (2010/2011)

ICD	Bezeichnung	Relevant für Morbi-RSA (AJ2012)	DxG	MG	Auswahlkrankheit
C81.4	Lymphozytenreiches klassisches Hodgkin-Lymphom	Ja	58	7	13
C82.3	Follikuläres Lymphom Grad IIIa	Ja	57	7	13
C82.4	Follikuläres Lymphom Grad IIIb	Ja	57	7	13
C82.5	Diffuses Follikelzentrumslymphom	Ja	57	7	13
C82.6	Kutanes Follikelzentrumslymphom	Ja	57	7	13
C84.6	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-positiv	Ja	57	7	13
C84.7	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-negativ	Ja	57	7	13
C84.8	Kutanes T-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Ja	57	7	13
C84.9	Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Ja	57	7	13
C85.2	Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom	Ja	57	7	13
C86.0	Extranodales NK/T-Zell-Lymphom, nasaler Typ	Ja	57	7	13
C86.1	Hepatosplenisches T-Zell-Lymphom	Ja	57	7	13
C86.2	T-Zell-Lymphom vom Enteropathie-Typ	Ja	57	7	13
C86.3	Subkutanes pannikulitisches T-Zell-Lymphom	Ja	57	7	13
C86.4	Blastisches NK-Zell-Lymphom	Ja	57	7	13
C86.5	Angioimmunoblastisches T-Zell-Lymphom	Ja	57	7	13
C86.6	Primäre kutane CD30-positive T-Zell-Proliferationen	Ja	57	7	13
C88.4	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]	Ja	59	7	13

ICD	Bezeichnung	Relevant für Morbi-RSA (AJ2012)	DxG	MG	Auswahlkrankheit
C88.40	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Ja	59	7	13
C88.41	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: In kompletter Remission	Ja	59	7	13
C90.3	Solitäres Plasmozytom	Ja	45	6	13
C90.30	Solitäres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Ja	45	6	13
C90.31	Solitäres Plasmozytom: In kompletter Remission	Ja	45	6	13
C91.6	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ	Ja	59	7	13
C91.60	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Ja	59	7	13
C91.61	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: In kompletter Remission	Ja	59	7	13
C91.8	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ	Ja	57	7	13
C91.80	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Ja	57	7	13
C91.81	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: In kompletter Remission	Ja	57	7	13
C92.6	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität	Ja	38	4	13
C92.60	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Ja	38	4	13
C92.61	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: In kompletter Remission	Ja	38	4	13
C92.8	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie	Ja	38	4	13
C92.80	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Ja	38	4	13
C92.81	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: In kompletter Remission	Ja	38	4	13
C93.3	Juvenile myelomonozytäre Leukämie	Ja	46	4	13
C93.30	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Ja	46	4	13
C93.31	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission	Ja	46	4	13
C94.6	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
C94.60	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
C94.61	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: In kompletter Remission	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
C94.8	Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie	Ja	46	4	13

ICD	Bezeichnung	Relevant für Morbi-RSA (AJ2012)	DxG	MG	Auswahlkrankheit
C96.4	Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen)	Ja	57	7	13
C96.5	Multifokale und unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose	Ja	828	22	16
C96.6	Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose	Ja	828	22	16
C96.8	Histiozytisches Sarkom	Ja	57	7	13
D37.70	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Pankreas	Ja	87	14	14
D37.78	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Sonstige Verdauungsorgane	Ja	87	14	14
D46.5	Refraktäre Anämie mit Mehrlinien-Dysplasie	Ja	220	213	27
D46.6	Myelodysplastisches Syndrom mit isolierter del(5q)-Chromosomenanomalie	Ja	220	213	27
D47.4	Osteomyelofibrose	Ja	824	7	14
D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]	Ja	92	14	14
I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
I87.01	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Ja	353	216	52
J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Ja	353	216	52
J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Ja	353	216	52
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Ja	353	216	52
J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Ja	353	216	52
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Ja	353	216	52
J96.90	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ I [hypoxisch]	Ja	353	216	52
J96.91	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ II [hyperkapnisch]	Ja	353	216	52
J96.99	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ nicht näher bezeichnet	Ja	353	216	52
Z29.20	Lokale prophylaktische Chemotherapie	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
Z29.21	Systemische prophylaktische Chemotherapie	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
Z29.28	Sonstige prophylaktische Chemotherapie	Nein	Keine Auswahlkrankheit		

24.2 Wegfall von ICD-Kodes

Insgesamt 32 Schlüsselnummern im ICD-10-GM 2011 sind gegenüber der Vorgängerversion sowohl im vertragsärztlichen als auch im stationären Bereich nicht mehr zur Verschlüsselung zugelassen (Tabelle 63). Davon weisen nach Ansicht des BVA 31 Schlüssel eine Relevanz zur Krankheitsauswahl und dem Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2012 auf. Aufgrund der sog. „Jahresüberlieger-Regel, werden diese aber dennoch für Diagnosen aus dem stationären Bereich im Berichtsjahr 2011 berücksichtigt. Vier weitere Kodes (D37.7, J96.0, J96.1, 96.9) weisen Veränderungen bei der Zulässigkeit ausschließlich im stationären Bereich auf. Dies hat aber keinen Einfluss auf die Zuordnung der Schlüsselnummern zur Krankheitsauswahl oder bei dem Klassifikationssystem.

Hingegen entfallen für das Berichtsjahr 2011 die Jahresüberlieger-Diagnosen von 2009 nach 2010: I98.20, I98.21, K51.1, K51.1, N18.0, N18.0, N18.81, N18.82, N18.83, N18.84, N18.84.

Tabelle 63: Nicht mehr gültige ICD-Kodes im ICD-10-GM 2011

ICD	Bezeichnung	Relevant für Morbi-RSA (JA2010)	DxG	MG	Auswahlkrankheit
C83.2	Non-Hodgkin-Lymphom: Gemischt klein- und großzellig (diffus)	Ja	57	7	13
C83.4	Non-Hodgkin-Lymphom: Immunoblastisch (diffus)	Ja	57	7	13
C83.6	Non-Hodgkin-Lymphom: Undifferenziert (diffus)	Ja	57	7	13
C84.2	T-Zonen-Lymphom	Ja	57	7	13
C84.3	Lymphoepitheloides Lymphom	Ja	57	7	13
C85.0	Lymphosarkom	Ja	57	7	13
C88.1	Alpha-Schwerkettenkrankheit	Ja	59	7	13
C88.10	Alpha-Schwerkettenkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Ja	59	7	13
C88.11	Alpha-Schwerkettenkrankheit: In kompletter Remission	Ja	59	7	13
C91.2	Subakute lymphatische Leukämie	Ja	59	7	13
C91.20	Subakute lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Ja	59	7	13
C91.21	Subakute lymphatische Leukämie: In kompletter Remission	Ja	59	7	13
C93.2	Subakute Monozytenleukämie	Ja	46	4	13
C93.20	Subakute Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Ja	46	4	13
C93.21	Subakute Monozytenleukämie: In kompletter Remission	Ja	46	4	13
C94.1	Chronische Erythrämie	Ja	46	4	13
C94.10	Chronische Erythrämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Ja	46	4	13
C94.11	Chronische Erythrämie: In kompletter Remission	Ja	46	4	13

ICD	Bezeichnung	Relevant für Morbi-RSA (JA2010)	DxG	MG	Auswahlkrankheit
C94.5	Akute Myelofibrose	Ja	234	212	13
C94.50	Akute Myelofibrose: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Ja	234	212	13
C94.51	Akute Myelofibrose: In kompletter Remission	Ja	234	212	13
C95.2	Subakute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps	Ja	59	7	13
C95.20	Subakute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Ja	59	7	13
C95.21	Subakute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission	Ja	59	7	13
C96.1	Bösartige Histiocytose	Ja	57	7	13
C96.3	Echtes histiozytäres Lymphom	Ja	57	7	13
D46.3	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss in Transformation	Ja	220	213	27
D75.2	Essentielle Thrombozytose	Nein	Keine Auswahlkrankheit		
D76.0	Langerhans-Zell-Histiocytose, anderenorts nicht klassifiziert	Ja	828	22	16
D76.00	Multifokale Langerhans-Zell-Histiocytose	Ja	828	22	16
D76.01	Unifokale Langerhans-Zell-Histiocytose	Ja	828	22	16
D76.08	Sonstige und nicht näher bezeichnete Langerhans-Zell-Histiocytose, anderenorts nicht klassifiziert	Ja	828	22	16

VI. Gesamtbewertung der Anpassungen

Bei Umsetzung aller in den Abschnitten II (Anpassung der Aufgreifkriterien) und III (Anpassung des Klassifikationsmodells) vorgesehenen Anpassungen ergibt sich ein Gesamtklassifikationsmodell, dessen Modellgüte in etwa mit der des vergangenen Jahres vergleichbar ist. Während sich Bestimmtheitsmaß R^2 etwas verschlechtert, zeigen CPM und MAPE eine Verbesserung des Modells an (vgl. Tabelle 64).

Tabelle 64: Entwicklung der Modellgüte im Vergleich zum Klassifikationsmodell 2011

	Klassifikationsmodell 2011	Festlegungsentwurf Modell 2012
R^2	25,5450%	25,4512%
CPM	22,8422%	22,8847%
MAPE	1.846,28 €	1.845,26 €