



Erläuterungen zur

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

für das Ausgleichsjahr 2015

Bonn, den 30.09.2014

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
I. Einführung.....	1
1 Rechtsgrundlagen	1
2 Anhörungsverfahren und Festlegung	2
3 Allgemeine Anmerkungen / Methodik	38
3.1 Aussetzung des Vorschlagsverfahrens.....	38
3.2 Methodisches Vorgehen	39
3.3 Rechtliche Zulässigkeit von Alterssplits	39
3.4 Redaktionelle Hinweise.....	40
4 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2015...41	
4.1 Anpassung der Aufgreifkriterien.....	41
4.2 Anpassung der Hierarchien	41
4.3 Änderung des Berechnungsverfahrens	43
II. Anpassung der Aufgreifkriterien.....	44
5 Aufgreifalgorithmus	44
5.1 Berücksichtigung stationärer Hauptdiagnosen im M2Q-Kriterium	44
5.1.1 Festlegungsentwurf.....	44
5.1.2 Stellungnahmen	44
5.1.3 Ergebnis	45
5.2 Anpassung der Behandlung stationärer Diagnosen bei der Berücksichtigung von Arzneimitteln	45
5.2.1 Festlegungsentwurf.....	45
5.2.2 Stellungnahmen	46
5.2.3 Ergebnis	47
6 Umstellung der Arzneimitteldifferenzierung von Verordnungsquartalen auf Behandlungstage	48
6.1 Festlegungsentwurf.....	48
6.2 Stellungnahmen	49
6.3 Bewertung der Stellungnahmen.....	50
6.3.1 Zur Kritik des AOK-BV	50
6.3.2 Zu den Anmerkungen von Barmer GEK	51
6.3.3 Zu den Anmerkungen des IKK e.V.	51
6.4 Ergebnis	51

7	Qualifizierungsmerkmal der Diagnosen.....	52
7.1	Festlegungsentwurf.....	52
7.2	Stellungnahmen	52
7.3	Ergebnis	52
8	Allgemeines zur Berücksichtigung von Arzneimitteln.....	53
8.1	Stellungnahmen	53
8.2	Bewertung	54
8.3	Ergebnis	54
III. Anpassung der Hierarchien		56
9	Hierarchie 02: Neubildungen	56
9.1	Festlegungsentwurf.....	56
9.2	Stellungnahmen	59
9.3	Bewertung	59
9.4	Untersuchung.....	60
9.5	Ergebnis	61
10	Hierarchie 03: Diabetes mellitus.....	63
10.1	Festlegungsentwurf.....	63
10.2	Stellungnahmen	65
10.2.1	Altersgrenze für Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1	66
10.2.2	Umgestaltung der HMG020 zu einer HMG „Therapie mit Insulin“	66
10.2.3	Aufgreifkriterien	67
10.2.3.1	Aufgreifkriterien der neuen DxGs 094 und 096	67
10.2.3.2	Aufgreifkriterien der DxG 543.....	68
10.2.4	Eindeutigere Zuordnung von Schwangeren mit Diabetes mellitus	68
10.2.5	Erkrankungen des Auges mit Wegfall der Hierarchie 26 (ICD-Kode H36.0)	68
10.2.5.1	H36.0 diabetische Retinopathie	68
10.2.5.2	H28.0 diabetische Katarakt	69
10.3	Ergebnis	69
11	Hierarchie 04: Metabolische Erkrankungen.....	70
11.1	Festlegungsentwurf.....	70
11.2	Nachtrag zum Festlegungsentwurf in Bezug auf E76.3 „Mukopolysaccharidose, nicht näher bezeichnet“	72
11.2.1	Hintergrund	72
11.2.2	Untersuchung.....	72
11.3	Eingegangene Stellungnahmen zu den vorgesehenen Änderungen der Hierarchie 04 „Metabolischen Erkrankungen“	74
11.3.1	Ausdifferenzierung der lysosomalen Speicherkrankheiten und Stabilität der neu geschaffenen HMGs 281, 282, 284 und 285 im Zeitablauf	74
11.3.2	Aufgreifkriterium „Arzneimitteldifferenzierung über 42 (21) Behandlungstage“ für ausgewählte DxG der Hierarchie	74
11.3.3	Zusammensetzung der HMG250.....	75
11.3.4	Sonstige Kritik	75
11.4	Bewertung der Stellungnahmen.....	75

11.4.1	Zur Ausdifferenzierung und Stabilität der neu geschaffenen HMG der lysosomalen Speicherkrankheiten im Zeitablauf	75
11.4.2	Zum Aufgreifkriterium „Arzneimitteldifferenzierung über 42 Behandlungstage“	77
11.4.3	Zur Zusammensetzung von HMG250	78
11.4.4	Zur Verwendung des ATC-Siebenstellers A16AX06 für die lysosomalen Speicherkrankheiten	78
11.5	Ergebnis	79
12	Hierarchie 05: Erkrankungen der Leber	80
12.1	Festlegungsentwurf	80
12.2	Stellungnahmen	80
12.3	Bewertung der Stellungnahmen	80
12.4	Ergebnis	80
13	Hierarchie 07: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	81
13.1	Festlegungsentwurf	81
13.2	Stellungnahmen	83
13.3	Bewertung	84
13.4	Ergebnis	84
14	Hierarchie 08: Hämatologische Erkrankungen	85
14.1	Festlegungsentwurf	85
14.2	Eingegangene Stellungnahmen zu den vorgesehenen Änderungen der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	86
14.2.1	Zu erwartende Änderungen im GKV-AI des WIdO im Juni 2014	86
14.2.2	Gewählte BT-Grenzen der Schweregraddifferenzierung	88
14.2.3	Hämophilie: Frauen mit Bedarfsmedikation	88
14.2.4	Abbildung von Versicherten mit Hemmkörperhämophilie	89
14.2.5	Verschiebungen der Kostenschätzer durch Umstellung des Berechnungsverfahrens auf Pro-Tag-Werte	89
14.2.6	Aufgreifkriterium für „Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)“	89
14.3	Bewertung der Stellungnahmen	89
14.3.1	Zu den absehbaren Änderungen im GKV-AI des WIdO im 06/ 2014	89
14.3.2	Zur Ausgestaltung der BT-Grenzen der Arzneimitteldifferenzierung	92
14.3.3	Hämophilie: Frauen mit Bedarfsmedikation	93
14.3.4	Zur Hemmkörperhämophilie	94
14.3.5	Zur Verschiebung der Kostenschätzer durch Umstellung des Berechnungsverfahrens auf Pro-Tag-Werte	94
14.3.6	Zum Aufgreifkriterium für das „Hämolytisch-urämische Syndrom (HUS)“	95
14.4	Ergebnis	96
15	Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	97
15.1	Festlegungsentwurf	97
15.2	Stellungnahmen	99
15.3	Bewertung	99
15.4	Ergebnis	99
16	Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen	100
16.1	Festlegungsentwurf	100

16.2	Stellungnahmen	100
16.3	Bewertung	100
16.4	Ergebnis	100
18	Hierarchie 16: Herzerkrankungen.....	101
18.1	Festlegungsentwurf.....	101
18.2	Stellungnahmen	102
18.3	Bewertung	103
18.4	Ergebnis	103
19	Hierarchie 17: Zerebrovaskuläre Erkrankungen.....	104
19.1	Festlegungsentwurf.....	104
19.2	Stellungnahmen	104
19.3	Bewertung	104
19.4	Ergebnis	104
20	Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislauferkrankungen.....	105
20.1	Festlegungsentwurf.....	105
20.2	Stellungnahmen	108
20.3	Ergebnis	109
21	Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge	112
21.1	Festlegungsentwurf.....	112
21.2	Stellungnahmen / Bewertung.....	113
21.3	Ergebnis	114
22	Hierarchie 23: Verletzungen.....	117
22.1	Festlegungsentwurf.....	117
22.2	Stellungnahmen	119
22.3	Bewertung	119
22.4	Ergebnis	120
23	Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen	121
23.1	Festlegungsentwurf.....	121
23.2	Stellungnahmen / Bewertung.....	121
23.3	Ergebnis	122
24	Hierarchie 25: Transplantationen	123
24.1	Festlegungsentwurf.....	123
24.2	Stellungnahmen	127
24.3	Bewertung	127
24.4	Ergebnis	130
25	Hierarchie 26: Erkrankungen des Auges	135
25.1	Festlegungsentwurf.....	135
25.2	Stellungnahmen	135

25.3	Ergebnis	135
26	Hierarchie 27: Erkrankungen des Neugeborenen	136
26.1	Festlegungsentwurf	136
26.2	Stellungnahmen / Bewertung	136
26.3	Ergebnis	136
IV.	Änderung des Berechnungsverfahrens	138
27	Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden	138
27.1	Festlegungsentwurf	138
27.2	Stellungnahmen	138
27.3	Bewertung / Ergebnis	138
28	Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben	139
28.1	Festlegungsentwurf	139
28.2	Stellungnahmen	139
28.3	Bewertung / Ergebnis	139
29	Kostenerstattergruppen	140
29.1	Festlegungsentwurf	140
29.2	Stellungnahmen	140
29.3	Bewertung / Ergebnis	140
30	Umsetzung der Sonderregelungen nach § 269 SGB V i.d.F.d. GKV-FQWG	141
30.1	Festlegungsentwurf	141
30.2	Stellungnahmen	141
30.3	Bewertung / Ergebnis	141
V.	Anhang	143
31	Statistische Gesamtbewertung der Anpassungen	143
32	Darstellung des Aufgreifalgorithmus	144
33	Übersicht über die Hierarchien	149

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anpassung der Festlegung (M2Q)	44
Abbildung 2: Anpassung der Festlegung (Prüfung der Behandlungstage 1)	46
Abbildung 3: Anpassung der Festlegung (Prüfung der Behandlungstage 2)	46
Abbildung 4: Anpassung der Festlegung (Sonderregelung Abrechnungsweg 2)	52
Abbildung 5: Schematische Darstellung der Hierarchie 02a „Hämatologische Neubildungen“ im Festlegungsentwurf	57
Abbildung 6: Schematische Darstellung der Hierarchie 02b „Solide Tumoren“ im Festlegungsentwurf	58
Abbildung 7: Schematische Darstellung der Hierarchie 02b „Solide Tumoren“ in der Festlegung	62
Abbildung 8: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Diabetes mellitus“	64
Abbildung 9: Festlegungsentwurf für die Hierarchie 04 "Metabolische Erkrankungen"	71
Abbildung 10: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“	83
Abbildung 11: Festlegungsentwurf für die Hierarchie 08 "Hämatologische Erkrankungen"	86
Abbildung 12: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 13 „Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“	98
Abbildung 13: Hierarchie 16 "Herzerkrankungen" im Anpassungsentwurf	102
Abbildung 14: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“	107
Abbildung 15: Hierarchie 19 "Erkrankungen der Lunge" im Festlegungsentwurf	113
Abbildung 16: Hierarchie 19 "Erkrankungen der Lunge" im Endmodell	116
Abbildung 17: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 23 „Verletzungen“	119
Abbildung 18: Hierarchie 24 "Medizinische Komplikationen" im Anpassungsentwurf	121
Abbildung 19: Hierarchie 24 "Medizinische Komplikationen" in der Festlegung	122
Abbildung 20: Hierarchie 25 "Transplantationen" im Anpassungsentwurf	126
Abbildung 21: Gegenüberstellung Hierarchie 25 "Transplantationen" mit 1 und 2 Hierarchiesträngen	129
Abbildung 22: Die Hierarchie 25 "Transplantationen" in der Festlegung	134
Abbildung 23: Hierarchie 27 "Erkrankungen des Neugeborenen" im Endmodell	137
Abbildung 24: Standardalgorithmus Ausgleichsjahr 2015	144
Abbildung 25: Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung nach 183 BT	145
Abbildung 26: Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung 42 BT	146
Abbildung 27: Sonderfall 3: Diagnosevalidierung nach Verordnungsquartalen	147
Abbildung 28: Sonderfall 4: Dialysepflichtige Niereninsuffizienz	148

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens.....	3
Tabelle 2: Berechnungsergebnisse Hierarchieverletzung HMG275 und 276	60
Tabelle 3: Ausgangsmodell versus neue Festlegung	65
Tabelle 4: Überarbeitete ICD-DxG-ATC Zuordnung für DxG 131-133	72
Tabelle 5: Regressionsergebnisse für die Gruppierung mit Erweiterung der DxG 131-133 um E76.3	73
Tabelle 6: Gruppenbesetzung der lysosomalen Speicherkrankheiten mit ERT/SRT in den Berichtsjahren 2010-2012	76
Tabelle 7: Verteilung der prospektiven Leistungsausgaben für Versicherte mit lysosomalen Speicherkrankheiten und ERT/SRT in den Berichtsjahren 2010-2012.....	76
Tabelle 8: Gegenüberstellung der Hierarchie 7 in Ausgangsmodell und Entwurfsfassung	82
Tabelle 9: Erkrankungen der Blutgerinnung – Vergleich des angehörteten Vorschlags mit Festlegungsentwurf unter Verwendung des GKV-AI WIdO-06-2014.....	90
Tabelle 10: Vergleich der Kostenschätzer der Hierarchie 08 für das Ausgangsmodell unter verschiedenen Formen der Versichertengewichtung im Regressionsmodell	95
Tabelle 11: Gegenüberstellung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ in Ausgangsmodell und Entwurfsfassung	106
Tabelle 12: Zusammenlegung von HMG099 und HMG106	110
Tabelle 13: Neusortierung der ICD nach DAK-Vorschlag	111
Tabelle 14: Gegenüberstellung Ausgangsmodell und Festlegung für die Hierarchie 18 "Erkrankungen der Lunge"	115
Tabelle 15: Gegenüberstellung des Ausgangsmodells mit den Anpassungen im Bereich Osteoporose und pathologische Frakturen	118
Tabelle 16: Entwicklung eines angepassten Ausgangsmodells.....	120
Tabelle 17: ICD-DxG-Zuordnung im Festlegungsentwurf	124
Tabelle 18: DxG-HMG-Zuordnungen und Bezeichnungen im Festlegungsentwurf	125
Tabelle 19: Aufgreifkriterien für die DxGs der Hierarchie 25 "Transplantationen" im Anpassungsentwurf	125
Tabelle 20: Gegenüberstellung Ausgangsmodell und Festlegung.....	131
Tabelle 21: ICD-DxG-Zuordnung in der Festlegung	132
Tabelle 22: DxG-HMG-Zuordnungen und Bezeichnungen in der Festlegung	133
Tabelle 23: Aufgreifkriterien für die DxGs der Hierarchie 25 "Transplantationen" in der Festlegung	133
Tabelle 24: Entwicklung der Modellgüte im Vergleich zum Klassifikationsmodell 2014	143

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 legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen festzulegen.

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. Die Festlegung der im Ausgleichsjahr 2015 zu berücksichtigenden Krankheiten hat das BVA bereits am 14. März 2013 getroffen und veröffentlicht.

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. Bei der Festlegung für das Jahr 2015 sind die mit Wirkung zum 1. August 2014 durch das GKV-FQWG eingefügten Regelungen in § 41 Abs. 1 Satz 2 und 3 RSAV zu berücksichtigen. 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. Die auf Grundlage dieses Vorschlags zu treffende Festlegung hat – nach Durchführung des bereits einleitend genannten Anhörungsverfahrens – bis zum 30. September zu erfolgen und in geeigneter Weise bekanntgegeben zu werden (§ 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV). Der auf Grundlage des Vorschlags des Wissenschaftlichen Beirats erarbeitete Festlegungsentwurf zur Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2015 wurde am 17. Juli 2013 durch das BVA veröffentlicht. Zeitgleich wurde die nach § 31 Abs. 4 RSAV vorgesehene schriftliche Anhörung des GKV-SV eingeleitet.

2 Anhörungsverfahren und Festlegung

Bis zum Ablauf der Frist des Anhörungsverfahrens sind beim BVA neben der Stellungnahme des GKV-SV entsprechende schriftliche Äußerungen zum gesamten Festlegungsentwurf auch durch den AOK-Bundesverband (AOK-BV), die BAG Selbsthilfe (BAG), die Barmer GEK (Barmer), den BKK Dachverband (BKK-DV), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), den Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK), die DAK-Gesundheit (DAK), die Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V. (IKK e.V.), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK) (ab hier für die gemeinsame Stellungnahme: KBV), dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) sowie gemeinsam durch die Techniker Krankenkasse, Kaufmännische Krankenkasse (KKH) (zusätzlich mit separater Stellungnahme) die Hanseatische Krankenkasse sowie die Handelskrankenkasse (TK et al.) vorgetragen worden. Eine Übersicht über die im Anhörungsverfahren vorgetragenen Anmerkungen und Änderungsvorschläge findet sich ab der folgenden Seite in Tabelle 1.

In den folgenden Unterkapiteln werden – soweit erforderlich – die vom BVA mit dem Festlegungsentwurf in das Anhörungsverfahren gegebenen Modellanpassungen jeweils kurz zusammengefasst, bevor eine Bewertung der im Anhörungsprozess eingegangenen, sachbezogenen Stellungnahmen erfolgt und gegebenenfalls weitere Untersuchungen und Änderungen vorgestellt werden.

Alle vom BVA vorgenommenen Änderungen am Festlegungsentwurf sind mit dem Wissenschaftlichen Beirat auf einer gemeinsamen Sitzung am 15. September 2014 ausführlich erörtert worden. Sämtliche Festlegungen des BVA wurden durch den Wissenschaftlichen Beirat mitgetragen.

Tabelle 1: Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens

1	Allgemeine Anmerkungen	
1.1	Dokumentation / Transparenz	
	Gute Beschreibung der Datenbasis, Verwendung der 30% Stichprobe bzw. Vollerhebung sowie Begrüßung der flexiblen Herangehensweisen an ähnlich erscheinende Sachverhalte.	Barmer GEK
	Leider bildet das BVA nur die Veränderung der Gütemaße ab und nicht die Veränderungen auf HMG- und AGG-Ebene.	Barmer GEK
	Die Innungskrankenkassen sind erfreut, dass das BVA die Notwendigkeit zur regelmäßigen Überprüfung der Hierarchien zur Identifikation und Realisierung von Vereinfachungspotentialen und/oder logischen Lücken erkannt hat. Dies ist aus unserer Sicht der richtige Schritt, um das Klassifikationsmodell in Zukunft übersichtlicher und auch robuster (s.u.) zu gestalten. Die Innungskrankenkassen hoffen darüber hinaus, dass das BVA die regelhafte Überprüfung der Hierarchien auch stringent und konsequent bei der Weiterentwicklung des Modells anwendet.	IKK e.V.
	Aufgrund des strukturierten, systematischen Vorgehens des BVA bei der Analyse und Bewertung der einzelnen Hierarchieanpassungen und der ausführlichen Erläuterung und Dokumentation können die vom BVA vorgenommenen Modelländerungen gut nachvollzogen werden.	AOK-BV
	Wie immer sehr gute graphische und farblich unterstützte Darstellung der Berechnungsprozesse und Modellanpassungen, die die Entscheidungen transparent und verständlich darlegen. Seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer werden diese für nachvollziehbar und grundsätzlich sachgerecht gehalten.	KBV
1.2	Anpassungsentscheidung / Zugrunde liegende Berechnungen	
	Auch vor dem Hintergrund der vergangenen Vorschlagsverfahren bleiben die Kriterien, nach denen das Bundesversicherungsamt den Anpassungsbedarf am Klassifikationsmodell ordnet, den Anhörungspartnern unbekannt.	IKK e.V.
	Die aus der Überarbeitung von Hierarchien resultierenden Modellverbesserungen insbesondere hinsichtlich der Kostenhomogenität werden von der KKH begrüßt.	KKH
1.3	Methodisches Vorgehen - Stichprobe	
	Das BVA sieht weiterhin eine Erhebung der Kostenschätzer auf Basis der 30% Stichprobe als ausreichend an und setzt Vollerhebungen nur bei geringen HMG-Besetzungszahlen bzw. bei instabilen Kostenschätzern an. Der Übergang von der Stichprobenberechnung zur Vollerhebung offenbart aber gravierende Veränderungen in der Höhe von Ausgabenschätzern. Sollten in dieser Hinsicht Maßnahmen zur Qualitätssicherung nicht geleistet werden können, so ist es aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht vertretbar, weiterhin die 30%-Stichprobe zur Herleitung von Modellanpassungen zu verwenden.	IKK e. V.

1.4	Methodisches Vorgehen - Bearbeitung der Hierarchien	
	Sensitivität der Modellanpassungen: Die Ergebnisse einiger vom BVA dargelegter Modellanpassungen legen die Durchführung einer zusätzlichen Sensitivitätsanalyse unter Verwendung von Daten weiterer Berichtsjahre nahe. Insbesondere bei sehr gering besetzten Morbiditätsgruppen (z. B. HMG 285 "Mukopolysaccharidose Typ II + VI mit ERT" mit 76 Versicherten bzw. geringfügigen Verbesserungen der Gütemaße) ist zu prüfen, ob sich beobachtete Verbesserungen der Berechnungsergebnisse auch unter Verwendung einer anderen Datenbasis bestätigen.	GKV-SV
	Gesamtbewertung der Anpassungen: Die Erläuterungen zum Festlegungsentwurf sollten zukünftig um eine Darstellung der vollständigen Gruppierungs- und Berechnungsergebnisse für alle HMGs ergänzt werden. Denn eine Bewertung der Auswirkungen der vorgeschlagenen Modellanpassungen, z. B. durch Komorbiditäten auf die Schätzer anderer Morbiditätsgruppen ist auf Basis der in Kapitel VI. dargestellten Gütemaße nicht möglich.	GKV-SV
	Unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe: Es sollte auf konsistente Entscheidungen bezüglich der Zusammenlegung und der Mindestbesetzung von Morbiditätsgruppen geachtet werden (Bsp. HMGs 99 und 106, 166 und 206, 239 und 215 bzw. 285, DxG 307)	GKV-SV
	Die abschließende Konsolidierung der Bearbeitung ist verbesserungsfähig, da beispielsweise bei der Festlegung von Differenzbeträgen, bei deren Unterschreitung HMG zusammengelegt werden sollten, sehr unterschiedlich gehandhabt werden. Ein anderes Beispiel ist der Umgang mit auftretenden Hierarchieverletzungen, die in Hierarchie 02 ignoriert werden und in Hierarchie 08 zu einer kompletten Neuordnung führen.	Barmer GEK
	Es lässt sich beobachten, dass die mit Hilfe der Regression berechneten Kostenschätzer auf Grund der sich über das Ausgleichsjahr aktualisierenden Datengrundlagen Schwankungen unterworfen sind. Dabei kam es in der Vergangenheit im Laufe des Ausgleichsjahres in einigen Fällen zu Hierarchieverletzungen, bei denen dominierende Morbiditätsgruppen über geringere Kostenschätzer verfügten als niedriger einsortierte Morbiditätsgruppen. die zunehmende Differenzierung von Krankheitsbildern einer Hierarchie auch die relativen Abstände der miteinander hierarchisierten Morbiditätsgruppen verringert. Dies begünstigt zukünftige Hierarchieverletzungen auf Grund von variierenden Schätzern. Ein Vergleich der Gütemaße der Klassifikationsmodelle der vergangenen Ausgleichsjahre offenbart, dass die Annahmen im Anhörungsverfahren hinsichtlich der Prognosegenauigkeit eines Klassifikationsmodells nach dem Wechsel der Datengrundlage auf die Daten des eigentlichen Ausgleichsjahres in den letzten Jahren nie eingehalten werden konnten (siehe auch Tabelle 1, Seite 6 der Stellungnahme des IKK e. V.). Dies zeigt aus Sicht der Innungskrankenkassen, dass es nicht allein darum gehen kann, ein Klassifikationsmodell auf Grund der Datengrundlage des Vorjahres zu optimieren, sondern dass vielmehr an der datenmeldungsübergreifenden Robustheit des Modells gearbeitet werden muss.	IKK e. V.
	Bitte um einen Hinweis, ob in allen Hierarchien die Auswirkungen der geänderten Berücksichtigung der Leistungsausgaben Verstorbener überprüft worden ist.	TK, HEK, hkk

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

	Da die Verbesserung der Klassifikation durch Differenzierung zunehmend an die Grenze zur HMG-Minderbesetzung führt und aufgrund dieser Grenze z.T. Differenzierungen nicht durchgeführt werden, die für bestimmte Fallgruppen eine zielgenauere und gerechtere Verteilung verhindern, gleichzeitig aber auch immer wieder Ausnahmen von der Anwendung der Grenze gemacht werden, wird eine generelle Abschaffung dieser Grenze gefordert, die Entscheidungen zur Gruppengröße sollten grundsätzlich immer Einzelfallbezogen erfolgen.	DAK
	Kritisch bewertet wird auch dieses Jahr die im Anhörungsentwurf vorgeschlagene zunehmende MG- und DXG-Kleingliederung in einigen Hierarchien, zu deren Begründung nicht selten ausschließlich das Kriterium der Kostenhomogenität angeführt wird. Die Kleingliederung birgt die Gefahr partieller Ist-Kostenausgleiche im Morbi-RSA. Ist-Kostenausgleiche stehen dem RSA-Prinzip der standardisierten Leistungsausgaben entgegen, da Anreize zur Wirtschaftlichkeit unterbunden werden. Auch ist die Bewertungskategorie der „Kostenhomogenität“ nicht weiter definiert und sollte daher nicht als alleiniger Begründungshintergrund verwendet werden. Deswegen wird begrüßt, dass auch Änderungen zur Vereinfachung des Modells vorgeschlagen werden, die nicht mit dem Verlust einer Zielgenauigkeit einhergehen (z. B. die Anpassungen bei Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“).	AOK-BV
1.5	Aussetzen des Vorschlagsverfahrens	
	Ausgesetztes Vorschlagsverfahren sollte im kommenden Jahr wieder durchgeführt werden, da dadurch frühzeitige Einbeziehung der GKV in Festlegungsprozess möglich.	GKV-SV
	Die Barmer GEK schlägt vor, einen Themenspeicher und ein Regelwerk zu dessen Bearbeitung zu veröffentlichen.	Barmer GEK
	Die Aussetzung des Vorschlagsverfahrens sollte rechtzeitig bekannt gegeben werden. Das BVA könnte vor Beginn des Verfahrens eine Sammlung der bisher nicht umgesetzten Vorschläge der vergangenen Jahre veröffentlichen.	BKK-DV
	Das Aussetzen des Vorschlagsverfahrens für 2015 kann nachvollzogen werden, wird jedoch für zukünftige Anpassungen als nicht sinnvoll erachtet. Stattdessen wird vorgeschlagen zukünftig aus allen im Vorschlagsverfahren eingehenden Vorschlägen zu priorisieren und dann nicht bearbeitete Vorschläge ins Folgejahr zu verschieben oder alternativ Themen für das jeweilige Vorschlagsverfahren vorzugeben.	DAK
	Die Entscheidung des BVA und des Wissenschaftlichen Beirats, das diesjährige Vorschlagsverfahren zugunsten der Bearbeitung der aus den vergangenen Anhörungszyklen offen gebliebenen Themen und Vorschläge auszusetzen, ist aus Sicht des AOK-BV verständlich. Der AOK-BV teilt die Ansicht des BVA, dass in Anbetracht knapper Ressourcen Änderungsvorschläge nur dann im Anpassungsprozess aufgegriffen werden sollten, wenn sie im konkreten Einzelfall medizinisch fundiert und inhaltlich tragfähig sowie eindeutig und widerspruchsfrei sind.	AOK-BV

1.6	Getrennte Festlegung von Krankheitsauswahl und Klassifikation	
	Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell sollten deshalb durch das BVA künftig gemeinsam und nicht, wie bisher, getrennt voneinander festgelegt werden. Die Verwerfungen, die sich aus einer getrennten Festlegung der Krankheitsauswahl und des Klassifikationsmodells ergeben, zeigen sich besonders deutlich bei den geplanten Alters- und Geschlechtssplits in den HMG. Bei getrennter Festlegung wird die mit Alters- und Geschlechtssplits verbundene Differenzierung nicht bei der Krankheitsauswahl berücksichtigt. Alters- und Geschlechtssplits sollten daher, so sie denn eingeführt werden, bereits bei der Krankheitsauswahl berücksichtigt werden.	BKK-DV
1.7	Methodisches Vorgehen - Zeitdauer zwischen Kalkulation und Anwendung der Klassifikation	
	Der Entwurf der Klassifikation zeigt erneut Probleme auf, die systembedingt durch die lange Zeitdauer zwischen Kalkulation und Anwendung der Klassifikation entstehen, z.B. bei Änderungen der DDD von Faktorpräparaten und der Einführung neuer, kostenintensiver Therapien (Hepatitis C). Hier sollten Verfahrensänderungen überprüft werden, um neue und geänderte Therapien zeitnah im System abzubilden.	DAK
	Sprunginnovationen insbesondere im Arzneimittelbereich können in kurzer Zeit enorme Änderungen der Kosten für einzelne Diagnosen hervorrufen. Beispielhaft sei Sofobuvir genannt (Sovaldi®, Gilead). Nach Marktzugang dieses als therapeutischen Durchbruch bei der Behandlung von Hepatitis C bewerteten Arzneimittels im Januar 2014 lag dieses Medikament bereits im April auf Platz 3 der umsatzstärksten Arzneimittel der GKV. Eine zwölfwöchige Therapie kostet in Deutschland ca. 57.000 EUR. In vielen Fällen ist jedoch eine 24-wöchige Therapie mit Kosten in Höhe von 113.000 EUR indiziert. Es wird vorgeschlagen, für zukünftige Weiterentwicklung des Morbi-RSA Modellanpassungen vorzunehmen, die aufgrund von Arzneimittelinnovationen erforderlich sind – auch wenn diese nicht auf den vorliegenden Daten vergangener Jahre modelliert werden können. Die aktuellen Erfahrungen mit Sovaldi® zeigen, dass Therapieinnovationen vorausschauend in den Anpassungsprozess einbezogen werden müssen. D.h., Therapieinnovationen müssen im Einzelfall im Modell berücksichtigt werden, bevor sie in den Datenmeldungen und damit Analyseberechnungen niederschlagen können.	AOK-BV

2	Aufgreifkriterien	
2.1	Berücksichtigung stationärer Hauptdiagnosen im M2Q-Kriterium	
	Die im Entwurf vorgesehene Gleichstellung der stationären Hauptdiagnosen durch Berücksichtigung im M2Q-Kriterium sachgerecht.	AOK-BV
	Der Vorschlag des BVA, stationäre Hauptdiagnosen künftig zur Validierung ambulanter Diagnosen heranzuziehen, steht in Widerspruch zum Prinzip der höheren Vertrauenswürdigkeit stationärer Diagnosen. Ein Versicherter mit einer stationären Hauptdiagnose, die zur Eingruppierung in einer bestimmten HMG führt und einer ambulanten Diagnose (oder stationären Nebendiagnose), die die Eingruppierung in eine diese dominierende HMG ermöglicht, wird nach dem Vorschlag des BVA aufgrund der Validierung durch die stationäre Hauptdiagnose der dominierenden HMG zugeordnet. Dies steht im Widerspruch zu dem Grundsatz der höheren Glaubwürdigkeit und Manipulationsresistenz von stationären Diagnosen gegenüber ambulanten Diagnosen. Eine stationäre Hauptdiagnose sollte immer eine höherwertige HMG auslösen als es eine stationäre Nebendiagnose oder eine, als manipulationsanfälliger bekannte, ambulante Diagnose vermag. Konsistent wäre es aus Sicht der BKK, auch stationäre Hauptdiagnosen zu validieren oder auf die Validierung ambulanter Diagnosen oder stationäre Nebendiagnosen gänzlich zu verzichten.	BKK-DV
	Die Änderungen sind sachgerecht.	BPtK
	Das Ansinnen einer Gleichstellung von Hauptdiagnosen und Nebendiagnosen bei Prüfung des M2Q-Kriteriums ist grundsätzlich nachzuvollziehen. Allerdings sollte bedacht werden, dass insbesondere die Möglichkeiten zur absichtlichen Umkodierung von Haupt- zu Nebendiagnosen zur Erreichung eines höheren Zuschlags bei Umkodierung wohl nur theoretisch gegeben sind, weil dies unter Umständen Auswirkungen auf die stationäre Vergütung hätte. Es bestehen vor dem Hintergrund nur geringer Änderungen der Gütemaße durchaus Zweifel daran, dass sich der beschriebene statistische Effekt auf die Zuweisungsgenauigkeit als stabil herausstellt. Daher ist eine Anpassung aus Sicht zwar des IKK e.V. zwar vertretbar, aber keinesfalls notwendig. Der vom BVA beschriebene zweite Fall (eine als Nebendiagnose gekennzeichnete Diagnose validiert über das M2Q-Kriterium eine Diagnose aus einer anderen Hierarchie und erzeugt damit einen zusätzlichen (zweiten) Zuschlag im Klassifikationssystem) weist aus Sicht des IKK e.V. auf eine Fehlentwicklung in der Krankheitsauswahl hin.	IKK e. V.
	Die Ausführungen zur Berücksichtigung stationärer Hauptdiagnosen bei der Prüfung des M2Q-Kriteriums erscheint sachgerecht.	KKH
	Die Berücksichtigung stationärer Nebendiagnosen bei der Prüfung des M2Q-Kriteriums ist inhaltlich sachgerecht, nicht manipulationsanfällig und daher konsequent.	TK, HEK, hkk

2.2	Anpassung stationärer Diagnosen bei der Berücksichtigung von Arzneimitteln	
	<p>Der GKV-SV kann die durchgeführte Untersuchung mangels sachlicher Vergleichbarkeit der Ausnahmeregelungen für stationäre Diagnosen nicht nachvollziehen. Er bittet daher, die dargestellten Ergebnisse zu überprüfen und die aus den Anpassungen resultierenden Änderungen vergleichend HMG-bezogen darzustellen. Es ist klarzustellen, dass bei "akut-rezidivierend"-DxGs bei Vorliegen einer stationären Nebendiagnose keine Prüfung auf das Vorliegen einer quartalsgleichen Verordnung erfolgen muss. In der Festlegung sollte eine Klarstellung erfolgen, dass es sich bei der Prüfung auf Behandlungstage bei rezidivierend-akutem Krankheitsgeschehen bei den maßgeblichen Diagnosen um ambulante Diagnosen handelt. In Punkt 1.3.2.4.2 "Prüfung auf Behandlungstage" Unterpunkt a) sind in Satz 2 die Worte ... "oder stationär" zu streichen.</p>	GKV-SV
	<p>Im Entwurf ist eine einheitliche Absenkung der zu erreichenden Behandlungstage um 10 BT für alle DXGs mit Arzneimittelzuordnung bei Vorliegen einer stationären Haupt- oder Nebendiagnose vorgesehen. Die im Entwurf vorgesehene Anpassung beseitigt diese Ungleichbehandlung und ist daher sachgerecht. Allerdings ergibt sich gem. Formulierung des BVA-Festlegungsentwurfs unter 1.3.2.4.2 a) die Problematik, dass in vielen Fällen keine Zuordnung erfolgt: Nämlich dann, wenn eine stationäre Nebendiagnose einer obligaten DXG mit Aufgreifkriterium "akut-rezidivierend" vorliegt, die erforderlichen Behandlungstage auf 0 abgesenkt werden aber die für die obligate DXG-Zuordnung erforderliche „quartalsgleiche Arzneimittelverordnung“ nicht nachgewiesen werden kann. Dabei ist in diesen Fällen aber auszugehen, dass die komplette Arzneimittelbehandlung im Krankenhaus erfolgt und keine ambulanten Arzneimittelverordnungen erforderlich sind. Nach Ansicht des AOK-Systems - und entsprechend der Erläuterungen des BVA (vgl. Erläuterungen zur Festlegung, S. 32) - muss - analog zum Status Quo - in Fällen, in denen die erforderlichen Behandlungstage auf 0 abgesenkt werden, auf die Prüfung des Aufgreifkriteriums „quartalsgleiche Arzneimittelverordnung und Diagnose“ verzichtet werden. Daher ist die Festlegung im Abschnitt 1.3.2.4.2 a) um folgenden Satz zu ergänzen: "Stationäre Nebendiagnosen für DxGruppen mit Aufgreifkriterium „akut-rezidivierend“ werden den Hauptdiagnosen gemäß 1.3.1 bei der Zuordnung gleichgestellt".</p>	AOK-BV

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

	<p>Die bisherige direkte Gruppierung von DxGruppen mit rezidivierend-akutem Verlauf bei stationären Nebendiagnosen erreicht keine Versorgungsneutralität. Beim Vorliegen der betreffenden Diagnosen aus der ambulanten Versorgung muss eine passende Arzneimittelverordnung die Diagnose validieren; bei stationären Nebendiagnosen wurde das Vorliegen der entsprechenden Behandlung schlicht unterstellt. Dies wiederum unterstellt, dass die von Krankenhäusern kodierten entsprechenden Nebendiagnosen grundsätzlich auch immer gezielt medikamentös behandelt wird (siehe Graphik zur Entwicklung der Nebendiagnosen auf Seite 2 der Barmer GEK Stellungnahme). Die bisherige Gruppierung von DxGruppen mit rezidivierend-akutem Verlauf unterstellt, dass eine Behandlung aller dokumentierten Nebendiagnosen im Krankenhaus tatsächlich erfolgt, was auch für die tatsächliche medikamentöse Behandlung von Diagnosen aus rezidivierend-akuten DxGruppen gilt. Wenn die vorgeschlagene Regelung beabsichtigt, dass stationäre Nebendiagnosen bei DxGruppen mit rezidivierend-akutem Krankheitsverlauf nicht mehr direkt zu einer Morbiditätsgruppe führen, dann wäre dies eine sinnvolle Veränderung, die die Barmer BEK begrüßt. Die Ausführungen in Abschnitt 5.3 der Erläuterungen lassen aber auch den Schluss zu, dass es bei der Gruppierung von rezidivierend-akuten DxGruppen durch stationäre Nebendiagnosen bleiben soll und dass nur ein Absenken der BT um 10 anstelle von 8 bei stationären Diagnosen und Arzneimittelhürden von 183 BT geplant ist. Eine solche Änderung würde die Barmer GEK ablehnen. Um die beabsichtigte Änderung des BVA zu verstehen und bewerten zu können, wäre eine Übersicht der betroffenen HMG sowie eine Angabe in welche Richtung die Änderungen greifen, hilfreich.</p>	Barmer GEK
	Die Änderungen sind sachgerecht.	BPtK
	Bei der Vereinheitlichung und Vereinfachung von Aufgreifkriterien wird bei der Reduzierung um 10 Behandlungstage bei HMG mit klinisch relevantem Aufgreifkriterium das im Entwurf beschriebene Ziel einer fallneutralen Umsetzung nicht erreicht, da die betroffenen Fälle entsprechend der Festlegung trotzdem auf eine quartalsgleiche Verordnung geprüft werden müssen.	DAK
	<p>Die BKK können die konkreten Werte, um die das BVA die Mindestgrenze für die Behandlungstage absenken möchte nicht nachvollziehen. Die bislang gültigen 8 BT bei Anwendung des Aufgreifkriteriums „Arzneimittelvalidierung: chronisch“ bezogen sich auf die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus. Die Krankenhausverweildauern sind im Schnitt in den letzten Jahren gesunken, die Anzahl der für stationäre Behandlung in Abzug zu bringenden BT soll auf 10 steigen. Ebenso wenig ist empirisch begründet, dass akut-rezidivierende Erkrankungen („Arzneimittelvalidierung: akutrezidivierend“) durch Arzneimittelgabe im Krankenhaus nach 10 BT austherapiert sind. Eine empirische Begründung der geplanten Veränderungen sowie eine systematische Untersuchung und Gegenüberstellung von Alternativen, die die sich ergebenden Wirkungen auf GKV- und Kassenartenebene zeigt, hätte die Zusammenhänge aufklären und die ausgewählten Werte begründen können. Die BKK fordern das BVA daher auf, eine entsprechende Untersuchung nachzuholen und zu veröffentlichen und die bisherige Regelung bis zur endgültigen Klärung der Thematik beizubehalten.</p>	BKK-DV
	<p>Die Ausweitung der Absenkung der Behandlungstage bei stationären Aufenthalten von derzeit 8 Behandlungstagen auf 10 Behandlungstage ist aus Sicht des IKK e.V. nicht notwendig, zumal die Änderung auf die Gütemaße des Klassifikationsmodells kaum Auswirkungen hat. Eine substantielle Vereinfachung des Aufgreifalgorithmus kann nicht erkannt werden.</p>	IKK e. V.

2.3	Umstellung der Arzneimitteldifferenzierung von Verordnungsquartalen auf Behandlungstage	
	Der Anhörungsentwurf sieht eine Anpassung der Sonderregeln bei der DXG-Zuordnung vor. Dabei wird im Sonderfall 1 eine Arzneimitteldifferenzierung über mindestens 183 Behandlungstage vorgeschlagen (bzw. Kinder unter 12 Jahre mindestens 92 BT) und im Sonderfall 2 eine Arzneimitteldifferenzierung über mindestens 42 Behandlungstage (bzw. Kinder unter 12 Jahre mindestens 21 Behandlungstage). Diese Regelung wird als nicht zielführend erachtet. Wenn eine bessere Abgrenzung zwischen Bedarfs- und Dauertherapie angestrebt wird, so sollte die bisherige Anforderung der Verordnung in zwei Quartalen durch eine gleichzeitige Mindest-BT-Anforderung ergänzt werden, die jedoch so niedrig gewählt werden muss, dass auch bei sparsamer Substitution Kleinkinder und Kinder zwischen 12 und 17 Jahren mit Dauertherapie sicher erfasst werden.	AOK-BV
	Das BVA beabsichtigt, die Anzahl der Sonderregeln von 3 auf 4 Sonderregeln zu erweitern. Die Einführung des Sonderfalls 2 „Bedarfsmedikation“ ist medizinisch grundsätzlich sinnvoll, führt jedoch zu einer Erhöhung der Komplexität des Aufgreifalgorithmus. Zur Vereinfachung des Modells verweisen der AOK-BV daher auf seinen Vorschlag zur Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“, der auf eine Abschaffung des Sonderfalls 4 „Dialysestatus“ abzielt.	AOK-BV
	Bei der Umstellung der Arzneimitteldifferenzierung von Verordnungsquartalen auf Behandlungstage ist eine weitere Ausdifferenzierung bei einigen DxGruppen auf Ebene der ATC Siebensteller notwendig. Die Barmer GEK geht davon aus, dass dies bei der Modellpflege berücksichtigt wird, um beispielsweise neue Arzneimittel adäquat zu berücksichtigen.	Barmer GEK
	Die geplante Umstellung des Sonderfalls 2 auf Behandlungstage ist prinzipiell richtig. Die aus Sicht des Bundesversicherungsamtes damit verbundene Notwendigkeit zur Einführung eines Sonderfalls zur Abbildung von „Bedarfsmedikation“ wird aber von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Der Ansatz zur Herleitung der 42 Tage-Grenze ist aus Sicht des IKK e.V. insgesamt fragwürdig. Statt eines medizinisch fundierten Ansatzes werden pauschal die Verteilungen von Behandlungstagen und Leistungsausgaben betrachtet und die Grenzen soweit nach unten verschoben, bis der überwiegende Teil der Versicherten durch das Aufgreifkriterium erfasst wird. Es ist aus Sicht der Innungskrankenkassen geboten, bei der Suche nach Kriterien für eine „Bedarfsmedikation“ neben Arzneimittelgabe auch andere medizinische Faktoren in Betracht zu ziehen. Die bereits bekannten Schweregraddifferenzierungen noch feiner aufzugliedern, um zwischen leichten, mittelschweren und schweren Formen von Erkrankungen zu unterscheiden, ist mithilfe des skizzierten Sonderfalls „Bedarfsmedikation“ nicht hinreichend möglich.	IKK e. V.

2.4	Qualifizierungsmerkmal der Diagnosen	
	Die Änderung ist sachgerecht.	Barmer GEK
	Die Auswertungen des BVA zeigen, dass die Übermittlung des Qualifizierungsmerkmals im Rahmen des DTA-Verfahrens bereits in der Erstmeldung weitestgehend sichergestellt ist. Daher kann aus Sicht des AOK-Systems auf die Sonderregel zum Abrechnungsweg 2 im Ausgleichsjahr 2015 verzichtet werden.	AOK-BV
	Mit Blick auf das zwischenzeitlich für die Leistungen der stationsnahen Versorgung flächendeckend eingeführte DTA-Verfahren ist der Wegfall des Qualifizierungsmerkmals „0“ und damit die alleinige Gültigkeit von gesicherten Diagnosen bei Datenmeldungen über den Abrechnungsweg 2 aus Sicht der Innungskrankenkassen sinnvoll.	IKK e. V.
2.5	Berücksichtigung von Arzneimitteln	
	<p>Im Rahmen der [...] hat der Wissenschaftliche Beirat einen vertieften fachlichen Austausch mit dem GKV-SV angeregt, um mögliche Auswirkungen einer nach Wirkstoffgruppen abgestuften Arzneimitteldifferenzierung auf die Versorgungsneutralität bzw. das Ordnungsverhalten der behandelnden Ärzte zu erörtern:</p> <p>Diese Aspekte wurden in der GKV auf Basis empirischer Untersuchungen eingehend diskutiert. Ausgehend von der Hypothese, dass sich eine vermehrte Verordnung von Arzneimitteln nach Einführung einer Arzneimittelvalidierung durch einen Anstieg der Validierungsquoten bzw. der Anzahl an Behandlungstagen empirisch nachweisen lassen müsste, hat der GKV-SV für bereits bestehende Diagnosegruppen mit Arzneimittelvalidierung diese Parameter im zeitlichen Verlauf untersucht. Die Ergebnisse der Untersuchungen liefern jedoch kein einheitliches Bild. Daher kann eine Aussage hinsichtlich einer Leistungsausweitung von Arzneimittelverordnungen durch die Einführung einer Arzneimittelvalidierung nicht getroffen werden. Gründe hierfür sind einerseits die für die Analyse zugrunde zu legenden zu kurzen Zeitreihen und andererseits Änderungen im Versorgungsgeschehen, wie z. B. die Einführung innovativer Wirkstoffe oder Änderungen der Behandlungsleitlinien, die ebenfalls Einfluss auf die untersuchten Parameter haben.</p> <p>Vor diesem Hintergrund kann aus Sicht des GKV-SV auf Basis von empirischen Untersuchungen derzeit keine Aussage dahingehend getroffen werden, ob die Einführung einer Arzneimittelvalidierung für bestimmte Erkrankungen zu einer vermehrten Verordnung von Arzneimitteln führt oder nicht.</p>	GKV-SV
	Das AOK-System unterstützt die Vorschläge zur Differenzierung über Arzneimittelwirkstoffe. Diese Form der Schweregradindifferenzierung ist gut geeignet, die zu erwartende unterschiedlichen Schweregrad-indizierten Behandlungsnotwendigkeiten abzubilden und somit eine Erhöhung der Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells zu erreichen	AOK-BV
	Für das monatliche Abschlagsverfahren 2015 werden im November 2014 die Arzneimitteldaten des Jahres 2013 für die Versichertengruppierung verwendet (Grundlagenbescheid I/2015). Als Referenz für die Zuordnung der Pharmazentralnummern zu ATC und DDDs ist der Arzneimittelindex 6/2014 zu verwenden, weshalb bereits in der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV die Arzneimittelaufgreifkriterien auf der Grundlage des Arzneimittelindex 6/2014 beschrieben werden müssen.	AOK-BV

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

	Die Barmer GEK vermisst eine umfassende Beschäftigung mit der Verwendung von Arzneimitteldifferenzierung, aber es findet sich nur eine punktuelle Umsetzung eines doppelten Arzneimittelzuschlags an einer Stelle (Hierarchie 03: Diabetes mellitus)	Barmer GEK
	Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Festlegungen 2014 hat der GKV-SV ausgeführt, dass Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka ausschließlich therapieunterstützend eingesetzt werden und kein klares Indikationsgebiet besitzen. Zudem haben BVA und Wissenschaftlicher Beirat zugestimmt, dass Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka nicht zur Validierung von Diagnosen im Klassifikationssystem fungieren sollen. Die KKH hält es für widersprüchlich, vor diesem Hintergrund die Beibehaltung der bisherigen Arzneimittelliste incl. Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka als unschädlich anzusehen. Daher sollten diese Mittel aus der Anlage 3 gestrichen werden.	KKH
	Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka sind aus der Anlage 3 zu streichen.	TK, HEK, hkk
	Das M2Q-Kriterium für Kinder bei DxG mit obligater Arzneimittelzuordnung für rezidivierend-akutes Krankheitsgeschehen ist nicht zielführend. Stattdessen sollte eine Mindestbehandlungsdauer von 5 BT und eine passende Verordnung im selben Quartal verlangt werden.	TK, HEK, hkk
2.6	Alterssplits von HMGs	
	Der BKK-DV sieht derzeit keine Rechtsgrundlage für Alterssplits in HMG und begründet dies wie folgt: In §266 Abs.1 S.1 SGB V werden in Bezug auf den RSA explizit Versichertengruppen nach Alter und Geschlecht einerseits und Morbidität andererseits unterschieden. Letztere werden durch Verweis auf §268 SGB V näher bestimmt. Dort wird in Abs.1 S.1 Nr.1 festgelegt, dass die zu bildenden Morbiditätsgruppen die „Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen“. Alter (und Geschlecht) der Versicherten werden in dieser Aufzählung nicht genannt. Auch §29 RSAV S.1 behandelt in Nr.1 und 2 Alters- und Geschlechtsgruppen getrennt von den Morbiditätsgruppen und führt in Nr.1 aus, dass letztere auf „Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen Risikozuschläge ermittelt“ werden. Eine Möglichkeit zur Einbeziehung des Alters bei der Ermittlung der Morbiditätsgruppen wird auch hier nicht geschaffen. Eine Differenzierung der Morbiditätsgruppen nach dem Alter der Versicherten (Alterssplit) ist aus Sicht der BKK daher rechtlich nicht zulässig.	BKK-DV
	Der IKK e. V. will noch einmal betonen, dass er die Diskussion um einheitliche Beurteilungskriterien bei Alterssplits auch deswegen für notwendig halten, weil langfristig eine entsprechende Diskussion auch für andere Anpassungsbereiche im Klassifikationsmodell des Risikostrukturausgleiches aus unserer Sicht unumgänglich ist.	IKK e.V.

3	Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien	
3.1	Hierarchie 02: Neubildungen	
	Untersuchung der Hierarchieverletzung zwischen HMG 276 und 275 erforderlich.	GKV-SV
	Für die Unterscheidung von schwerwiegenden Tumorerkrankungen von frühen und lokal begrenzten Tumoren ist die Kodierung nach ICD10 nicht geeignet. Lediglich Metastasen können so erkannt werden. Daher unterstützt das AOK-System den Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirates, dass für eine bessere Abbildung schwerwiegender Tumorerkrankungen, die mit höheren Folgekosten von Versicherten verbunden sind, die adjuvante oder neoadjuvante Strahlen- oder Chemotherapie berücksichtigt werden. Der Wissenschaftliche Beirat schlägt hierfür die Verwendung von Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) im Klassifikationsmodell vor. Da die Erhebung der Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) abweichend zu § 30 Abs. 1 Nr. 6 RSAV zurzeit nur ausgesetzt ist, können diese Daten kurzfristig, d.h. bereits für die Verwendung in der Versichertenklassifikation 2015 herangezogen werden. Die erforderlichen OPS-Schlüssel des Jahres 2014 werden dabei mit der Datenmeldung nach § 30 Abs. 4 Satz 1 RSAV bis zum 15. August an das BVA gemeldet. Alternativ sollte für die im vertragsärztlichen Sektor durchgeführte Strahlentherapie die zusätzlich Einbeziehung von EBM-Ziffern erwogen werden. Die zytostatische Chemotherapie bei Krebserkrankungen lässt sich hingegen gut durch die Kombination des Vorliegens einer ICD aus dem Kapitel C der ICD-10 und der gleichzeitigen Verordnung einer zytostatischen Therapie (ATC L01) definieren, für die Behandlungen in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V und Einrichtungen nach §§ 116b und 117 SGB V könnten die OPS-Schlüssel herangezogen werden.	AOK-BV
	Da inzwischen auch bei anderen Tumorarten Therapien mit Proteinkinasehemmern und Monoklonalen Antikörpern verfügbar sind, erscheint es notwendig, die Differenzierung von Tumoren mit Dauertherapie über die HMG 261 hinaus zu erweitern. Es wird vorgeschlagen für die HMGs der Hierarchie 02a (Hämatologische Neubildungen) und 02b (solide Tumoren) eine zusätzliche, arzneimittelvalidierte HMG für die mit Monoklonalen Antikörpern (L01XC) oder Proteinkinase-Inhibitoren (L01XE) therapierten Versicherten einzuführen.	AOK-BV
	Die Barmer GEK vermisst die Prüfung einer Arzneimitteldifferenzierung in der Hierarchie 2b bei den soliden Tumoren, welche bereits im Vorschlagsverfahren 2014 vorgelegt wurde. Die Vorschläge beinhalten bei der Hierarchie 2a eine Berücksichtigung weiterer Arzneimittel bestehender HMG zu Schweregraddifferenzierung sowie bei der Hierarchie 2b eine erstmalige Berücksichtigung von Wirkstoffen aus dem Bereich der monoklonalen Antikörper.	Barmer GEK
	Die bestehende Hierarchieverletzung zwischen HMG275 und HMG276 wird zwar genannt, aber nicht behoben. Dieser Umgang ist vollkommen anders als bei der Hierarchie 08, wo das Vorlegen einer Hierarchieverletzung als Begründung ausreicht, den gesamten Hierarchiestrang zu prüfen. Daher sollte die genannte Hierarchieverletzung inhaltlich gelöst werden	Barmer GEK

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

	Die Umstellung im Berechnungsverfahren auf Pro-Tag-Werte lässt in der Hierarchie „Neubildungen“ einige Veränderungen erwarten. Trotz der umfangreichen Überarbeitung im Klassifikationsverfahren 2012 wird eine erneute Überprüfung der Zusammensetzung der HMG für erforderlich gehalten.	DAK
	Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist es folgerichtig, auf eine Berücksichtigung der Z-Kodes zu verzichten.	IKK e. V.
	Aus der Sicht der Innungskrankenkassen ist es nicht zielführend die HMG275 und HMG276 ohne Überprüfung der Kostenhomogenität zu vereinigen. Sollte das Bundesversicherungsamt dennoch eine Überprüfung für unnötig erachten, so regen die Innungskrankenkassen an, dann auch die aus Kostensicht ebenfalls sehr nahe beieinander liegenden Gruppen HMG277 „Bösartige Neubildung der Prostata, des Kolons und multipler oder nicht näher bezeichneter Lokalisationen“ (876€) und HMG278 „Bösartige Neubildung der Niere, männlichen Geschlechtsorgane sowie ungenau bezeichneter Lokalisation“ (667€) im Hinblick auf eine mögliche Zusammenlegung zu prüfen.	IKK e. V.
	TK, HEK und hkk teilen die Auffassung, dass die Kodierqualität der Z-Kodes nicht ausreicht und die Verwendung der Zytostatika-Verordnungen die Versorgungsneutralität verletzen würde. Allerdings sind auch OPS-Kodes hierfür ungeeignet.	TK, HEK, hkk
3.2	Hierarchie 03: Diabetes mellitus	
	Aus Sicht des GKV-SV bedarf die Festlegung einer Altersgrenze bei 12 Jahren für die DxG 94/HMG 18 einer näheren Begründung, da sie sich nicht direkt aus den Ausführungen zum Manifestationsalter des Typ I Diabetes in den Erläuterungen herleiten lässt.	GKV-SV
	Der GKV-SV regt an, die Zusammensetzung der DxG 94 und 96 sowie die Aufgreifkriterien zu überprüfen. Hintergrund ist die unterschiedliche Behandlung derselben Diagnosen verglichen mit DxG 104 / 105 (stationär erforderlich, ambulant).	GKV-SV
	Die Kostenschätzer der im linken Hierarchiestrang aufgeführten HMGs stimmen nicht mit den in Tabelle 26 auf Seite 79 dargestellten Berechnungsergebnissen überein (S. 81).	GKV-SV
	Die Anpassung zu H36.0 diabetische Retinopathie wird begrüßt. Es empfiehlt sich eine analoge Prüfung für die bisher doppelte Berücksichtigung der Diagnosen G59.0 "Diabetische Mononeuropathie" und G63.2 "Diabetische Polyneuropathie".	Barmer GEK
	Für die Diagnosen O24.0 bis O24.3 (vorbestehender Diabetes mellitus) wird vorgeschlagen, diese ausschließlich in der Hierarchie 03 abzubilden.	Barmer GEK
	Für die Diagnosen O24.4 und O24.9, den während der Schwangerschaft auftretenden Diabetes, wird die Abbildung nur in der Hierarchie 21 vorgeschlagen.	Barmer GEK
	Es ist unverständlich, warum das BVA eine Arzneimitteldifferenzierung in der Hierarchie 03 über die HMG020 vornimmt, diese aber nicht in der Hierarchie 2a und 2b (Neubildungen) für monoklonale AK prüft.	Barmer GEK

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

	Ein Typ 2 Diabetes mit nicht näher bezeichneten Komplikationen mit einer Therapie mit pflanzlichen Antidiabetika führt "nur" in die HMG017. Eine Umstellung des Betroffenen auf Insulin würde zusätzlich einen Insulinzuschlag auslösen. Dadurch wird eine Gruppe der Versicherten, die alle an einer bestimmten Krankheit leiden und alle bereits zielgerichtet medikamentös versorgt werden, noch einmal in eine Gruppe mit "billigerer" und "teurerer" Arzneimittelversorgung mit sehr unterschiedlichen Risikozuschlägen unterteilt. Die Barmer GEK hat die Prüfung mehrfacher Arzneimittelzuschläge für verschiedene Hierarchien angeregt. Dies wurde aber aufgrund von Vorbehalten hinsichtlich der "Versorgungsneutralität" zurückgestellt. Die Anpassungen beim Diabetes zeigen, dass dieser Vorbehalt nicht länger gilt. Somit entsteht ein wettbewerbliches Ungleichgewicht im Festlegungsentwurf für 2015.	Barmer GEK
	Nach unseren Analysen besteht ein Viertel der Gesamtbesetzung der HMG020 aus Typ 2 Diabetikern, denen bisher parallel nur der Zuschlag der HMG019 zugeordnet wurde. Bei einem komplikationslosen Diabetes ist aber keine laufende Insulintherapie mit mehr als 182 BT angezeigt. Insofern wird die originäre Einschätzung des Arztes durch eine Arzneimittelinformation übertrumpft und es erfolgt eine Diagnosekorrektur "von Amts wegen". Das führt zu einer Bevorzugung diabetikerstarker Krankenkassen. Aus diesem Grund lehnt die Barmer GEK die isolierte Einführung eines Insulinzuschlags beim Diabetes ab. Stattdessen wird angeregt, im nächsten Jahr in wettbewerbsneutraler Weise doppelte Arzneimittelzuschläge gleichzeitig überall zu prüfen, wo diese Einführung sinnvoll ist.	Barmer GEK
	Die Wahl einer DDD Grenze im Fall von Insulin erscheint schwierig, da verschiedene Darreichungsformen, Therapieformen und Gewichtsabhängigkeit bestehen.	Barmer GEK
	Bislang waren zwei Stränge in der Diabeteshierarchie sinnvoll, weil sie ätiologisch unabhängige Krankheiten (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2) abbildeten. Dies ist nun nicht mehr der Fall. Stattdessen wird bei der Einteilung in Morbiditätsgruppen auf die Art der Behandlung (Medikation) abgestellt. Daher liegt es nahe, den im Entwurf isolierten Hierarchiestrang der Insulintherapie in den Strang der Diabeteserkrankungen zu integrieren, um Doppelzuschläge zu vermeiden. Diese treten sonst bei praktisch allen ICDs der Diabeteshierarchie durch die doppelte Zuordnung der Diagnosen zu der DxG096 „Therapie mit Insulin“ und den Diagnosegruppen des linken Hierarchiestrangs auf. Alterssplits für Kinder mit Diabetes Typ I: Nach unseren Recherchen gibt es keine validen epidemiologischen Daten zur Altersverteilung bei der Erstmanifestation des juvenilen Diabetes mellitus Typ I. Grundsätzlich ist zudem einzuwenden, dass das BVA explizit keine Diskussion um die Systematik von Alterssplits und sinnvolle Kriterien für deren Einführung führen wollte. Konsequenz wäre es dann auch, bis zum Vorliegen dieser Kriterien auf die Einführung neuer Alterssplits zu verzichten.	IKK e. V.
	Der Wegfall der HMG223 wird bei einer Verschlechterung der Kennzahlen für nicht gerechtfertigt gehalten. Die HMG223 könnte alternativ zur Abbildung in einer eigenen Hierarchie auch als eigener Hierarchiestrang in der Diabetes Hierarchie abgebildet werden. Die Manifestationscodes bei Diabetes mellitus sind derzeit uneinheitlich abgebildet. Neben Codes mit eindeutigen Zusammenhang zum Diabetes mellitus lassen sich andere wegen fehlender Eindeutigkeit nicht in der Hierarchie „Diabetes mellitus“ unterbringen. Eine Übersicht mit einem Anpassungsvorschlag ist der der Stellungnahme beigefügten Tabelle zu entnehmen.	DAK

	<p>In Hierarchie 3 „Diabetes mellitus“ wurde die HMG 018 neu eingefügt, die Kinder bis 12 Jahre umfasst, die an Diabetes mellitus Typ 1 erkrankt sind. Die Schaffung der separaten HMG 018 (in Abgrenzung zur HMG 020 „Insulintherapie“) wird damit begründet, dass BVA Analysen gezeigt hätten, dass Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 deutlich mehr Kosten verursachen als andere insulinpflichtige Diabetiker (Modell 3a in Tabelle 25). Dies wird dadurch erklärt, dass bei Erstmanifestation ein oder mehrere Krankenhausaufenthalte erforderlich sind und dass gerade Kinder durch Wachstum und Hormonumstellung entweder aufwändigere Therapien oder häufigere Therapieanpassungen benötigen und der Trend zur Insulinpumpe schon im Kindesalter in den letzten Jahren zugenommen habe. Deshalb wurde die HMG 018 (Zuschlag 5.341 €) in der Diabetes-Hierarchie über der HMG 020 (Zuschlag 2.249 €) eingeordnet. Die Begründung dieses Vorgehens ist aus medizinischer Sicht nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, warum zwar die zur HMG 020 gehörende DXG 096 „Therapie mit Insulin“ über 92/183 BT validiert wird, aber für die DXG 094 „Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1“, die in die HMG 018 mündet, keine Arzneimittelvalidierung erforderlich ist. Die DXG 094 sollte aus Sicht des AOK-BV daher zusätzlich zum M2Q-Kriterium über Sonderfall 3 (Insulin-Verordnung in mindestens 2 Quartalen) validiert werden.</p>	AOK-BV
	<p>Im Zusammenhang mit den neu gebildeten HMGs 018 und 020 ist auf Inkonsistenzen in den Aufgreifkriterien bei den ICDs der DXG 104 „Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Ketoazidose oder Koma“ und DXG 105 „Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischer Ketoazidose oder Koma“ hinzuweisen. Beide DXGs erfordern stationäre Diagnosen und sind im linken Hierarchiestrang der HMG 016 „Diabetes mit peripheren zirkulatorischen Manifestationen oder Ketoazidose“ zugeordnet. Aufgrund der im Anhörungsentwurf für die neu gebildeten DX G094 und DXG 096 vorgesehenen Aufgreifkriterien sind ambulante Diagnosen aus den vorgenannten DXGs nun für eine Zuordnung zur HMG 020 „Therapie mit Insulin“ bzw. HMG 018 „Kinder mit Diabetes mellitus Typ I bis 12 Jahren zugelassen. Es könnte also sein, dass ein ambulant behandelter Diabetes mellitus mit Koma oder Ketoazidose und Insulintherapie einen Insulinzuschlag, nicht jedoch einen Zuschlag für die HMG 016 selbst auslöst. Nachvollziehbar ist dies gegebenenfalls noch beim Insulinzuschlag, der einen Zuschlag für die bei diesen Versicherten durchgeführte Arzneimitteltherapie darstellt. Aus medizinischer Sicht unplausibel und inkonsistent erscheint es allerdings, für ein diabetisches Koma oder eine Ketoazidose bei Kindern unter 12 Jahren im Rahmen der Zuordnung zur DXG 094 (HMG 018 „Kinder mit Diabetes mellitus 1“) keine stationäre Behandlung zu fordern. Daher wird vorgeschlagen, die bestehende DXG 094 in zwei DXGs aufzuteilen, wobei eine neu zu bildende DXG die stationär erforderlichen Diagnosen der DXGs 105 enthält und die übrigen Diagnosen der DXG 094 wie im Entwurf vorgesehen das Aufgreifkriterium „obligat“ erhalten.</p>	AOK-BV
	<p>Die Bildung einer gesonderten HMG für Kinder bis 12 Jahre mit Diabetes mellitus Typ 1 ist sinnvoll und wird unterstützt. Die Einführung einer Insulinzuschlagsgruppe wird hingegen abgelehnt. Dadurch hängt die Einordnung davon ab, welche Kategorie Arzneimittel (OAD oder Insulin) verordnet wurde. Dies ist ein grundlegender Bruch mit der generellen Systematik.</p>	TK, HEK, hkk
3.3	Hierarchie 04: Metabolische Erkrankungen	
	<p>Um sicherzugehen, ob es sich in Bezug auf die neu eingeführte HMG 285 um stabile Besetzungszahlen handelt (76), schlägt der GKV-SV vor, ergänzend weitere Berichtsjahre in die Untersuchungen einzubeziehen.</p>	GKV-SV

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

	<p>Eine höhere Menge an Behandlungstagen ist in der Regel kein Zeichen für einen höheren Schweregrad der Krankheit. Eine geringere Menge an Behandlungstagen im Ausgangsjahr zeigt nur, wann die Behandlung begonnen hat. Für Aufwendungen im Folgejahr ist sie weitgehend ohne Belang. Der neue Sonderfall 2 scheint in der Lage zu sein, die Mehrheit der Versicherten besser abzubilden. Insofern erscheint die geringere Anzahl von Behandlungstagen zumindest solange die Anzahl der Behandelten weiterhin steigt sachgerecht.</p>	Barmer GEK
	<p>Die Innungskrankenkassen sind überrascht, dass eine Gruppenbesetzung von nur 76 Versicherten in HMG285 von Seiten des Wissenschaftlichen Beirats als ausreichend angesehen wird, während in der Hierarchie 13 die Bildung einer eigenständigen Zuschlagsgruppe für die DxG307 aufgrund der geringen Fallzahl von 217 in der Vollerhebung als nicht zielführend abgelehnt wird. Interessant wäre zumindest die Analyse, ob die als Hauptgrund für diese Entscheidung angeführte starke Kostendifferenz zur HMG284 „Glykogenosen“ auch über mehrere Datenmeldungen hinweg stabil ist, und wie sich die Besetzungszahlen in vorherigen Datenmeldungen darstellten. Die Innungskrankenkassen bitten das Bundesversicherungsamt daher, entsprechende Untersuchungen nachzureichen.</p> <p>Das Bundesversicherungsamt schlägt zudem vor, für die DxG136 „Tyrosinämie mit Nitisinongabe“ den neuen Sonderfall 2 (Bedarfsmedikation) zu vergeben. Laut Fachinformation sind aber keine Auslassversuche bzw. Bedarfsmedikation vorgesehen. Das Präparat ist ausschließlich zur Dauermedikation zugelassen.</p> <p>Insgesamt ist die Abwertung der Arzneimittelvalidierung aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht sinnvoll.</p> <p>Die Innungskrankenkassen möchten zudem darauf hinweisen, dass unser Vorschlag aus dem letzten Anhörungsverfahren zum Klassifikationsmodell 2014 zur Begrenzung der zuschlagsrelevanten Wirkstoffe für lysosomale Speicherkrankheiten auf Miglustat (A16AX06) auf Grund einer Modellverschlechterung (CPM sinkt um 0,0024%) nicht umgesetzt wurde. Eine Manipulation würde "eine Umkodierung auf eine gänzlich andere Krankheit erfordern". In den Folgejahren sollten weitere Analysen dazu durchgeführt werden. Die Innungskrankenkassen bitten das Bundesversicherungsamt, diese Analysen mit der neuen Datenmeldung durchzuführen.</p>	IKK e. V.
	<p>Die Hierarchie 4 umfasst eine Reihe seltener Krankheitsbilder, dementsprechend sind die Zellbelegungen in den einzelnen HMG eher gering. Der HMG202 sind im bisher gültigen Klassifikationsmodell 2014 GKV-weit 855 Versicherte zugeordnet. Diese HMG soll nach dem Willen des BVA nun in vier neue HMG aufgesplittet werden (HMG281, HMG282, HMG284 und HMG285). Die Gruppenbelegung der neuen HMG285 beträgt 76 Versicherte und verletzt damit den Grundsatz der minimalen Gruppenbelegung von 100 Versicherten (HMG284 liegt mit 139 Versicherten nur knapp darüber). Warum der Wissenschaftliche Beirat abweichend vom Grundsatz dennoch entschieden hat, die Neustrukturierung der Hierarchie wie beschrieben vorzunehmen bleibt unklar. Die BKK bitten um Aufklärung.</p> <p>Mit der Neuorganisation der Hierarchie 4, bei bewusster Umgehung der Mindestzellbelegung, nähert sich das BVA dem Ist-Kosten-Ausgleich von besonders hochpreisigen und seltenen Krankheitsbildern. Dies konterkariert die eigentliche Systematik des MRSA, die den Ausgleich von durchschnittlichen Krankheitskosten zum Ziel hat. Ein Hochrisikopool, wie von den BKK seit langem vorgeschlagen, würde es ermöglichen seltene, sehr teure Krankheiten gezielt aus der MRSA-Systematik herauszulösen und gesondert auszugleichen.</p>	BKK-DV

	Die Umstellung des Aufgreifkriteriums auf Behandlungstage ist bei den lysosomalen Speicherkrankheiten sinnvoll. Aus den dargestellten Streudiagrammen und unseren Analysen ergeben sich aus Sicht der DAK jedoch teilweise anderen Bewertungen. Es wird gebeten, die in der Stellungnahme beigefügten Tabelle 2 zusammengestellten Vorschläge zu überprüfen, ob damit eine Verbesserung der Abbildung im Sinne kostenhomogener Fallgruppen sowie insgesamt eine weitere Verbesserung der Kennzahlen erreicht werden kann.	DAK
	Die Ausdifferenzierung der HMG 202 „Lysosomalen Speicherkrankheiten mit ERT/SRT“ auf Basis der Diagnosen und krankheitsspezifischen Arzneimitteltherapien ist sachgerecht. Allerdings wird aufgrund der stark alters- und gewichtsabhängigen Dosierung bei schweren Stoffwechselerkrankungen eine Arzneimittelvalidierung allein auf Basis starrer BT-Grenzen für ungeeignet. Stattdessen sollte die an Therapieempfehlungen orientierte Mindestverordnungsmenge mit der bisherigen Prüfung der Verordnung in 2 Quartalen kombiniert werden.	AOK-BV
3.4	Hierarchie 05: Erkrankungen der Leber	
	Aus Sicht des GKV-SV ist (vor dem Hintergrund der hohen Kosten von Sofosbuvir) grundsätzlich zu prüfen, ob einer möglichen Verschlechterung der Zielgenauigkeit des Klassifikationssystems durch die Bildung einer separaten HMG für die Hepatitis C entgegengewirkt werden kann.	GKV-SV
	Die Änderungen erscheinen sachgerecht.	Barmer GEK
	Von verschiedener Seite werden Maßnahmen vorgeschlagen, die zur Abwehr von möglichen negativen Auswirkungen auf das Klassifikationsmodell durch die Markteinführung des Arzneimittels Sofosbuvir (Sovaldi®) als notwendig erachtet werden. [...] Insgesamt plädieren die Innungskrankenkassen dafür, zunächst die Auswirkungen der Einführung von Sovaldi im Jahresausgleich 2014 zu analysieren, bevor über Maßnahmen zur Anpassung der Hierarchie nachgedacht werden sollte. Ein vorschnelles Handeln, basierend auf reinen Vermutungen, ist aus unserer Sicht kontraproduktiv. Zum jetzigen Zeitpunkt ist weder abzusehen, ob und inwieweit sich Änderungen in der Zuschlagsgruppen ergeben, noch ist zwingend von einer Hierarchieverletzung innerhalb der Hierarchie 5 oder gar von einer Verschlechterung der Zielgenauigkeit auszugehen.	IKK e. V.
	Ergänzend zu Hepatitis C: Kein Änderungsbedarf hinsichtlich der Klassifikation von Chronischer Hepatitis. Eine Überarbeitung ist erst aufgrund aussagekräftiger Daten sinnvoll. Eine Verzicht auf Arzneimittelvalidierung würde Fehlzusweisungen auslösen.	TK, HEK, hkk
	Durch die Aufnahme von Diagnosen als Folge der Krankheitsauswahl muss die Einordnung der HMG288 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation“ in die Hierarchie neu bewertet werden. Hintergrund ist die Festlegung 2013, bei der die HMG288 aus Gründen klarer Abgrenzbarkeit und Verschlechterung der Kennzahlen nicht in den Hierarchiestrang einsortiert wurde.	DAK

	Die vorgenommenen Anpassungen sind sachgerecht, zusätzlich ist es jedoch erforderlich, die Hepatitis C gesondert zu berücksichtigen, da sich mit der Zulassung des Wirkstoffes „Sofosbuvir“ die Therapiemöglichkeiten der Hepatitis C und damit die Versorgungskosten der Hepatitis C Patienten in der GKV grundlegend verändert haben. Um den veränderten Therapiemöglichkeiten und den Besonderheiten des Therapieverlaufs gerecht zu werden, wird vorgeschlagen, für Hepatitis C eine eigene HMG 288b zu bilden, die die ICD-Kodes B17.1 „Akute Virushepatitis C“ und B18.2 „Chronische Virushepatitis C“ enthält und dominant zur HMG 026 "Leberzirrhose" ist. Diese ICD-Kodes werden nicht mehr den HMGs 027, 029 und 288 zugeordnet. Für die neue HMG Hepatitis C ist die Formulierung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums nicht zielführend. (Ausführliche Begründung siehe Stellungnahme)	AOK-BV
3.5	Hierarchie 07: Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems	
	Der ATC-Fünfsteller M01CC enthält zwei Siebensteller: M01CC01 und M01CC02. Für die rheumatischen Erkrankungen fehlt im Text auf S. 133 der ATC-Code M01CC02.	GKV-SV
	Der ICD-Kodes M96.80 "Elektiv offen belassenes Sternum" wurde in die Hierarchie 16 Herzerkrankungen verschoben. Der Ansatz der Betrachtung der Veränderungen der Relativgewichte ist sachgerecht. Die Barmer GEK regt daher an, den Krankenkassen mit der Erläuterung zum Festlegungsentwurf zukünftig aber zumindest die vollständigen Ergebnisse eines Gesamtgroupings zur Verfügung zu stellen.	Barmer GEK
	Das Arzneimittelkriterium bei der Osteoporose dient zur Absicherung der "klinischen Relevanz". An dieser Stelle schränkt das Klassifikationsverfahren die Krankheitsauswahl ex post ein, was weder im SGB V noch in der RSAV eine ausdrückliche Rechtfertigung findet und daher zwingend begründet auf Ausnahmefälle begrenzt bleiben muss. Eine ausdrückliche Beschreibung von Voraussetzung und Implikationen der drei möglichen Begründungen für Arzneimittelkriterien könnte die Aufwände für die Prüfung solcher Vorschläge in Zukunft vermindern.	Barmer GEK
	Rechtlich angreifbar ist die Einführung einer Arzneimittelvalidierung noch mehr für den Bereich der pathologischen Frakturen.	Barmer GEK
	Die Barmer GEK hat mehrfach die Einführung eines mehrfachen Arzneimittelzuschlags zur besseren Abbildung der Kosten monoklonaler Antikörper bei Rheuma vorgeschlagen. Dabei könnte das beim Diabetes vorgeschlagene Instrumentarium verwendet werden (siehe Vorschlag auf Seite 9 der Stellungnahme der Barmer GEK).	Barmer GEK
	Bei der Betrachtung des Vorgehens zur Analyse möglicher Alternativmodelle für Zuschlagsgruppen im Zusammenhang mit Osteoporose fällt auf, dass in einem Schritt die Betrachtung der mittleren Folgekosten von verschiedenen Diagnosegruppen vorgenommen wird. Der Zweck dieser Untersuchung bleibt unklar, da die gleichzeitige Untersuchung von Kostenschätzern deutlich geeigneter ist, um Optionen für eine Neuabgrenzung der Morbiditätsgruppen zu finden.	IKK e. V.
	Die vorgenommenen Differenzierungen werden unterstützt, allerdings sollte die ATC-Liste zur Validierung um Vitamin- und Mineralienprodukte (A11CC, A12AA, A12AX, A12CD) reduziert werden.	TK, HEK, hkk

	<p>Das BVA schlägt vor, wegen mangelnder Kostenhomogenität die Abgrenzung der Zuschlagsgruppen der Hierarchie 7 zu modifizieren und die HMG221 „Schwerwiegende Osteoporose bei Frauen“ sowie die HMG222 „Schwerwiegende Osteoporose bei Männern“ neu einzuführen. Zusätzlich sollen die arzneimittelvalidierten DxG 829 und 830 um neue Wirkstoffgruppen ergänzt werden.</p> <p>Es erscheint als fraglich, ob mit der bestehenden Aufgreifsystematik (183 BT + m2Q + QgV) die schwerwiegenden Fälle hinreichend sicher identifiziert werden. So erhielten nach internen Analysen der BKK 2012 etliche Versicherte, die eine osteoporosebedingte Fraktur aufwiesen, keinen Zuschlag aus der HMG 204/205. Die BKK empfehlen daher eine grundsätzliche Überarbeitung der Aufgreifkriterien im Bereich der Hierarchie 7. Denkbar wäre eine Sonderfallregelung 1 oder 2 analog anderer HMG mit Dauermedikation.</p>	BKK-DV
3.6	Hierarchie 08: Hämatologische Erkrankungen	
	<p>Vor dem Hintergrund der Änderungen bei den DDD-Angaben für B02BD06 zwischen 06/2013 und 06/2014 hält der GKV-SV es für notwendig, die Ergebnisse des Anpassungsvorschlags unter Verwendung des GKV-AI 06/2014 zu überprüfen. Zudem wird die Überlegung geäußert, bei den Berechnungen des GLB I/2014 auf den GKV-AI Version 06 / 2014 zurückzugreifen.</p>	GKV-SV
	<p>Der GKV-SV merkt an, dass sich der Kostenschätzer für HMG 214 deutlich je nach Datenbasis (Stichprobe, Vollerhebung) ändert. Dieser Effekt sollte analysiert werden.</p>	GKV-SV
	<p>Die DDD-Menge für Kombinationspräparate wird im GKV-Arzneimittelindex, welcher auch dem BVA als Basis für die WIdO-PZN-Liste dient, fehlerhaft angegeben. Um die Grenze von 183 DDD für die HMG035 zu erreichen, müssen z.B. 91.500 Einheiten Faktor VIII als Monopräparat, aber 940.000 Einheiten des Kombipräparates Fanhdi (B02BD06) nachgewiesen werden. Dieser Fehler wurde mittlerweile behoben, aber es bestehen einzelne Fehler (z.B. Präparat "Willfact") (Siehe Ausführungen Seite 9-10 der Stellungnahme der Barmer GEK).</p>	Barmer GEK
	<p>Auffällig ist der deutliche Anstieg der Kostenschätzer bei der HMG047 „Anämien bei Neubildungen“ in Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ von 3.500€ auf ca. 9.500€. Das bedeutet eine Steigerung von ca. 170%. Das BVA begründet die Steigerung mit der Umstellung des Berechnungsverfahrens auf Pro-Tag-Werte, hat diese Kostenwirkungen der Umstellung aber an keiner Stelle empirisch belegt. Es ist davon auszugehen, dass die Verfahrensumstellung weitere Verschiebungen der Kostenschätzer von DxG zur Folge hat. Aus unserer Sicht wäre daher in einem ersten Schritt zu untersuchen, welche Auswirkungen sich direkt durch die Umstellung der Berechnungsmethodik ergeben haben. Daher gehört grundsätzlich die Kostenzusammensetzung aller HMGs nochmals auf den Prüfstand.</p> <p>[...] Die Einrichtung der DxG227 "Hämophilie: Frauen mit Bedarfsmedikation" ist daher aus Sicht der Innungskrankenkassen überflüssig.</p> <p>[...] Eine Nachlieferung der Maßzahlen für Modell S6 wäre zum Verständnis hilfreich.</p>	IKK e. V.

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

	Alles in allem ist nicht erkenntlich, inwiefern die Einrichtung einer neuen Diagnosegruppe DxG227 "Hämophilie: Frauen mit Bedarfsmedikation" zum Aufgreifen dieser 13 Fälle überhaupt notwendig ist. Hier liegt aus unserer Sicht ein gutes Beispiel für eine allzu feine Aufgliederung des Klassifikationsmodells vor, die letztlich praktisch in einen Ist-Kostenausgleich für diese Fälle mündet. Die Einrichtung der DxG227 "Hämophilie: Frauen mit Bedarfsmedikation" ist daher aus unserer Sicht überflüssig.	IKK e. V.
	Die Nachvollziehbarkeit der Berechnungsergebnisse auf Seite 147ff. ist leider nur eingeschränkt möglich, da eine differenzierte Beschreibung von Modell S6 nicht gegeben wird. Gleichwohl bauen aber eine Reihe weiterer Modelle (S7 bis S13) auf diesem Modell auf. Hier wäre eine Nachlieferung der Maßzahlen für Modell S6 zum Verständnis hilfreich.	IKK e. V.
	Zunehmend gelangen Arzneimittel auf den Markt, die nur für einen begrenzten Zeitraum angewandt werden und für die deshalb die Kriterien „mindestens 10 BT“ bzw. „mindestens 183 BT“ ungeeignet sind. Das BVA plant aus diesem Grund, die Mindestgrenze für das Arzneimittelkriterium bei ausgewählten Erkrankungen abzusenken. Zunächst soll dies jedoch nur bei hämatologischen Erkrankungen umgesetzt werden, wo kurze Therapiedauern die Regel sind. Die Einführung der genannten Sonderregelungen erhöht erneut die Komplexität des Klassifikationsmodells. Die BKK stehen dieser Entwicklung grundsätzlich kritisch gegenüber und schlagen stattdessen eine grundlegende Überarbeitung vor.	BKK-DV
	Im Bereich der Erkrankungen der Blutgerinnung schlägt das BVA vor, das Aufgreifkriterium der DxG225 „Hämophilie mit Dauermedikation“ auf die „Arzneimitteldifferenzierung anhand von 183 BT“ umzustellen. Bisher mussten für die DxG225 zwei Verordnungsquartale erfüllt werden. Die BKK bezweifeln, dass die in den Erläuterungen des BVA ab S. 43 dargestellten Untersuchungen tatsächlich eine Grenze von 183 BT nahelegen. Da das BVA für die in Abbildung 10 dargestellte Analyse wachsende BT-Intervalle]8;21[, [21;42[, [42;92[, [92;183[, [183;365[gewählt hat, ist es nicht weiter verwunderlich, dass sich der größte Abstand der Kostenverteilungen zwischen der vorletzten und der letzten Gruppe ergibt. Bei Bildung gleichgroßer Intervalle hätte sich womöglich an anderer Stelle der größte Anstieg des Mittelwertes ergeben. Es liegt daher nahe, dass es sich bei der vorliegenden Darstellung im Wesentlichen um ein Artefakt der Intervallbildung handelt. Sie könnte dann nicht als Rechtfertigung für eine Grenze bei 183 BT dienen. (Unabhängig davon ist verwirrend, dass auf S. 44 bzw. 45 in Bezug auf Abbildung 10 einmal von 183 BT und einmal von 42 BT als Grenze gesprochen wird. Gleiches gilt für Tabelle 9 auf S. 52 und die Ausführungen im Text darunter. Hier scheint jeweils nur ein Wert möglich zu sein.)	BKK-DV

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

	<p>Die Analysen des BVA zeigen in Tabelle 9 auf S. 52 der Erläuterungen, dass ein Herausnehmen der Fälle der neu geschaffenen HMG036 bis HMG038 aus der HMG035 dazu führt, dass die in der HMG035 verbleibenden, besonders kostenintensiven Fälle noch schlechter als zuvor durch den Gruppenmittelwert repräsentiert werden, wie der deutlich gestiegene Standardfehler zeigt. Die Homogenität der Top-HMG035 hat daher abgenommen, sodass sich in diesem Bereich die Problematik von Über- und Unterdeckungen verschärft. Abgesehen davon, dass die BKK einer immer weiteren punktuellen Ausdifferenzierung des Modells kritisch gegenüberstehen, stellt sich deshalb die Frage, ob eine Differenzierung der Gruppe im kostenintensiven Bereich die Homogenität innerhalb der neuen Gruppen nicht mehr verbessert hätte.</p> <p>Bis zu einer konsistenten Analyse der Problematik schlagen die BKK vor, die bisherige Regelung beizubehalten, zumal die Dosierung der zugeordneten Arzneimittelwirkstoffe in besonderem Maße von patientenindividuellen Faktoren abhängt (Krankheitspenetranz, Körpergewicht etc.). Mit der bisherigen Sonderregelung wird dieser Variabilität Rechnung getragen. Ansonsten gelten die bereits im vergangenen Vorschlagsverfahren genannten Argumente weiter fort.</p> <p>Nach wie vor unbefriedigend geregelt ist die Berücksichtigung von im Krankenhaus verabreichten und über stationäre Zusatzentgelte abgerechneten Präparate. Darüber hinaus sollte bei folgenden ATC Codes geprüft werden, ob nicht bereits bei geringeren Dosen von einer Hämophilie mit Dauermedikation auszugehen ist: B02BD14, B02BD02, B02BD06.</p>	BKK-DV
	<p>Die Umstellung des Aufgreifkriteriums bei der Therapie mit Faktorpräparaten von zweifacher Quartalsverordnung auf Dauer- und Bedarfsmedikation erscheint vor dem Hintergrund der Datenlage und der unterschiedlichen Kosten sinnvoll, was die Kennzahlen im Sinne einer Systemverbesserung belegen. Allerdings werden im Entwurf für 2015 Fälle in die HMG036 „Hämophilie Männer mit Bedarfsmedikation“ eingruppiert, die weit höhere Kosten an Faktorpräparaten im Vergleich zur HMG035 „Hämophilie mit Dauermedikation“ haben bzw. haben können. Ursache sind Arzneimittel mit den ATC-Gruppen B02BD03 und B02BD08, die bei der sogenannten „Hemmkörper-Hämophilie“ als ein besonderer Verlauf der Hämophilie zur Anwendung kommen. Eine Lösung wäre eine eigene Abbildung für Erkrankungen des Gerinnungssystems, bei denen diese beiden Faktorpräparate zum Einsatz kommen – vom Vorgehen vergleichbar mit den lysosomalen Speicherkrankheiten und chronisch myeloischer Leukämie. Dabei erscheint die Verwendung vorhandener Aufgreifkriterien ausreichend: eine HMG mit Dauermedikation 183/92 und eine HMG mit Bedarfsmedikation 42/21 (vgl. Tabelle 3 der Stellungnahme). Die Einsortierung in die Hierarchie ergibt sich aus den Berechnungen. Die ATC-Kodes der anderen DxG in dieser Hierarchie sollen in diesem Modell nicht angepasst werden. Damit würde erreicht werden, dass die Fälle mit weniger Behandlungstagen (DDD) eine Zuweisung einer anderen HMG in dieser Hierarchie erhalten können, sofern sie mit anderen Faktorpräparaten die Aufgreifkriterien erfüllen. Aufgrund der geringen Fallzahl ist auch hier die Modellberechnung auf der Vollerhebung sinnvoll.</p>	DAK
	<p>Bei den Faktorpräparaten sind im WIDO-Stand 6/2014 für B02BD06 geänderte DDD-Werte enthalten. Unter der Annahme, dass diese Werte auch mit dem WIDO-Stand 6/2015 für das Berichtsjahr 2015 herangezogen werden, könnte die Auswirkungen so groß sein, dass es zu einer Hierarchieverletzung von HMG038 und HMG036 kommt, da besonders Fälle mit hohen Kosten in die HMG035 „Hämophile und Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“ verschoben werden. Das kann dann zu einer deutlichen Abnahme der Bewertung für die HMG038 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“ führen. Als Lösung wird vorgeschlagen für 2015 - wie auch grundsätzlich - für die Kalkulation den aktuellsten Arzneimittelindex zu verwenden</p>	DAK

	<p>Die DxG227 „Hämophilie: Frauen mit Bedarfsmedikation“ wird wegen geringer Fallzahl und Kostenstruktur „am nächsten der HMG043“ zugeordnet. Die Differenz von über 6.000 EUR lt. Modellrechnung 0 (im Entwurf S. 141) ist auch bei der aufgeführten Fallzahl keine ausreichende Begründung für eine Zusammenlegung in eine HMG. Im Gegenteil handelt es sich hier um ein Beispiel, wo der Morbi-RSA unterschiedliche Erkrankungs- bzw. Behandlungsverläufe besser, differenzierter und gerechter abbilden kann. Darüber hinaus wäre hier absehbar auch keine Hierarchieverletzung zu erwarten, auch wenn bei dieser Erkrankung und der geringen Fallzahl schwankende Kosten zu erwarten sind, was wiederum für eine eigene HMG spricht. Die Geschlechtertrennung bei Hämophilie – in den HMG mit Bedarfsmedikation und ohne Dauer- bzw. Bedarfsmedikation umgesetzt – wirft die Frage auf, wodurch der Kostenunterschied zwischen Frauen und Männern erklärt werden kann. Auffällig ist dabei auch, dass bei der Bedarfsmedikation eine Trennung erfolgt, nicht jedoch bei Dauermedikation. Die Kennzahlen sprechen dafür, nur letztendlich beruhen die unterschiedlichen Kosten im Wesentlichen auf den Behandlungstagen, die Männer sind im Mittel also näher an der 183/92 DDD-Grenze. Die Geschlechtertrennung ist also eigentlich eine versteckte DDD-Differenzierung, was letztendlich auch ursächlich für die unterschiedlichen Kosten der HMG ohne Dauer- bzw. Bedarfsmedikation ist. Somit zeigt das System mit diesem Beispiel auf, welche Richtung durchaus sinnvoll sein kann: weitere DDD-Differenzierungen. Damit ließen sich dann vermutlich Frauen und Männer wieder zusammen abbilden, nur nach DDD getrennt.</p>	DAK
	<p>Das hämolytisch-urämische Syndrom (HUS, ICD D59.3) wird im Entwurf für das Jahr 2015 als einzige Diagnose der DXG 241 zugeordnet. Für die DXG 241 ist eine stationäre Diagnose zwingend erforderlich. Dieses Aufgreifkriterium ist aus medizinischer Sicht nicht sachgerecht. (Ausführliche Begründung siehe Stellungnahme)</p>	AOK-BV
	<p>Im linken Hierarchiestrang der Hierarchie 08 „Hämatologischen Erkrankungen“ sollte (entsprechend der Anmerkungen zu den Aufgreifkriterien) am bislang praktizierten Aufgreifkriterium - Validierung über zwei Verordnungsquartale – festgehalten werden. Aufgrund der beschriebenen Probleme bei der individuellen Arzneimitteldosierung und in Anbetracht der Änderungen in der DDD-Berechnung im ATC B02BD06 ist das Beibehalten des bestehenden Verfahrens sachgerecht. Eine Kombination aus der bestehenden Quartalsvalidierung und BT's als Weiterentwicklung kann diskutiert werden. Durch die Kombination aus Mindest-BT's und 2-Quartals-Regel lässt sich trotz der aus der gewichts- und altersadaptierten Dosierung resultierenden großen Dosierungsunterschiede auch eine Trennung zwischen Bedarfs- und Dauermedikation erreichen. Eine reine BT-Validierung wird abgelehnt. Für Versorgungsfälle mit stationärer Arzneimitteltherapie ist es für den Nachweis der Therapie erforderlich, stationäre OPS-Informationen (OPS-Kodes 8-810.[...] sowie 8-812.5* und 8-812.9*) einzubeziehen. Die Selektion o.g. stationärer OPS ist in Anlehnung an die Vorgaben des § 30 Abs. 1 Nr. 6 2. Halbsatz RSAV für die Morbi-RSA-Datenmeldungen ab dem Berichtsjahr 2013 (Korrekturmeldung) vorzusehen.</p>	AOK-BV

3.7	Hierarchie 13: Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	
	Es werden die mittleren prospektiven Ausgaben betrachtet, die zum Teil deutlich von den Kostenschätzern des Ausgangsmodells abweichen. Eine genaue Begründung für dieses Vorgehen erfolgt nicht. Die Innungskrankenkassen halten diese Analyseebene für wenig hilfreich, weil sie nicht in der Lage ist, Kosten zwischen einzelnen unabhängigen Variablen aufzutrennen. Gerade hier bietet das Regressionsverfahren entscheidende Vorteile, die es zu nutzen gilt. Von daher erübrigt sich aus Sicht der Innungskrankenkassen eine Betrachtung der mittleren prospektiven Folgekosten.	IKK e. V.
	Die Aufgabe der Dominanzbeziehung zwischen Hierarchie13 und Hierarchie 23 geht mit einer Verschlechterung der Gütemaße einher. Eine Begründung für die Inkaufnahme wird nicht genannt. Die Innungskrankenkassen lehnen dieses Vorhaben daher ab.	IKK e. V.
	Die Anpassung in der Hierarchie 13 sind sachgerecht, im Ergebnis ist eine zielgenauere Zuweisung bei gleichzeitiger Verbesserung der Kennzahlen erreicht worden. Es wird jedoch - auch aufgrund der geänderten Berechnungsmethode auf Pro-Tag-Werten - angeregt, die gesamte Hierarchie auf Homogenität der HMG-Zusammensetzung zu überprüfen.	DAK
3.8	Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen	
	Die Auswahl der DxG 846 Multiple Sklerose mit Dauermedikation muss um N07XX09 Dimethylfumarat ergänzt werden.	GKV-SV, Barmer GEK, BKK-DV, AOK-BV
3.9	Hierarchie 16: Herzerkrankungen	
	Die Einsortierung des ICD-Kode M96.80 erscheint sachgerecht.	Barmer GEK
	Die Verlegung des ICD-Kode M96.80 in die DxG373 in die Hierarchie 16 Herzerkrankungen ist aus unserer Sicht sinnvoll.	IKK e. V.
	Die Einsortierung des ICD M96.80 „Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff“ in den Hierarchiestrang mit den häufigsten zugrunde liegenden Erkrankungen ist aus den Berechnungsergebnissen nachvollziehbar. Aufgrund der individuellen Krankheitsverläufe mit den damit verbundenen unterschiedlichen Kosten ist die Abbildung in einer eigenen HMG aber möglicherweise einer Zusammenfassung mit einer anderen HMG vorzuziehen. Aus gleichem Grund sollte das BVA überprüfen, ob eine eigene HMG in einem eigenen Hierarchiestrang innerhalb der Hierarchie 16 zu einer besseren Abbildung führt. Dabei sollte die zielgenauere Abbildung im Vordergrund stehen. Durch das stationäre Aufgreifkriterium kommt einer „Doppelzuweisung“ nicht die Bedeutung zu, wie es bei ambulanten Diagnosen bzw. anderen Erkrankungen der Fall ist.	DAK
	Das akute Lungenödem ist bisher der HMG089 zugeordnet. Aufgrund der kardialen Ursachen und der geänderten Berechnungsmethode auf Pro-Tag-Werte sollte die Zuordnung der DxG überprüft werden. Eine Zuordnung zur HMG080 oder höher ist zu erwarten.	DAK

3.10 Hierarchie 17: Zerebrovaskuläre Erkrankungen		
	Die Innungskrankenkassen möchten an dieser Stelle nochmals auf unseren Vorschlag vom letztjährigen Anhörungsverfahren hinweisen, der vom BVA aus zeitlichen Gründen nicht geprüft wurde und bitten das BVA, diese Prüfung nachzuholen. Nach der gemeinsamen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft sind Thrombozytenaggregationshemmer das Mittel der Wahl bei der Sekundärprävention der zerebralen Ischämie. Häufig verordnet wird Acetylsalicylsäure (ASS), entweder allein oder zusammen mit Dipyridamol in einer Zubereitung, die den Wirkstoff im Körper verzögert freisetzt (retardiert). Manchmal wird ASS auch mit Clopidogrel kombiniert. Die alleinige Gabe von Clopidogrel empfiehlt sich bei Patienten, die kein ASS einnehmen dürfen (zum Beispiel wegen Unverträglichkeit). Insofern sollte die DxG408 durch Arzneimittel der Wirkstoffklasse B01AC validiert werden.	IKK e. V.
3.11 Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislauferkrankungen		
	Die Verschiebung der ICD-Kodes I70.8 und I70.9 von der DxG437 in die DxG428 auf Grund der Verbesserung der statistischen Maße wird befürwortet, obwohl die negativen Schätzer nicht auf Null gesetzt wurden. Es wird die HMG099 mit positiv geschätzten DxGruppen und die HMG106 mit negativ geschätzten DxGruppen gebildet, wo bei die HMG aber nur ca. 260€ auseinanderliegen und hätten gut zusammengefasst werden können. Dadurch erhalten 700.000 Versicherte keinen Zuschlag. Die Herangehensweise unterscheidet sich stark von der bei anderen Hierarchien (z.B. Hierarchie 25 Transplantationen). Aus diesem Grund schlägt die Barmer GEK die Zusammenlegung der unteren beiden HMG vor. Alternativ könnte auf das Arzneimittelkriterium "klinisch relevant" zurückgegriffen werden. Hier bieten sich Lipidsenker und Betablocker an.	Barmer GEK
	Die Diagnose der Atherosklerose alleine verursacht keinerlei therapeutische Maßnahmen, dies verdeutlicht auch der negative Schätzer. Sollte diese behandlungsrelevant sein (z.B. bei einer klinisch relevanten Atherosklerose der peripheren Gefäße) werden diese Kosten bereits jetzt in den höheren Zuschlagsgruppen berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund gibt es keinen Anlass, von einer ungerechtfertigten Nichtberücksichtigung auszugehen.	IKK e. V.
	Bei der umfangreichen Umgestaltung der Hierarchie 18 wird begrüßt, dass versucht wird, spezifische Erkrankungen in der Hierarchie über unspezifisch kodierten Erkrankungen einzusortieren. Das ist allerdings nur so lange erfolgreich, sofern eine korrekte oder Doppelkodierung ohne Fehlkodierung vorliegt. Unstimmigkeiten bei der Zusammensetzung der HMG scheinen jedoch weiterhin vorzuliegen, was bei Berechnungen in Insignifikanzen mündet oder münden kann. Es wird ein Vorschlag zur geänderten ICD-Einsortierung in der der Stellungnahme beigefügten Tabelle 4 vorgelegt, mit der Bitte an das BVA zu prüfen, ob so eine noch bessere Abbildung erreicht werden kann.	DAK
	Die Trennung von Atherosklerose in Gangrän und Ulkus ist theoretisch nachvollziehbar. Aus den Berechnungen ist das jedoch nicht zwingend erforderlich. Die Einordnung der DxG395 in die HMG104 ist in den Unterlagen nicht schlüssig dargelegt. Als DxG mit dem primär höchsten Kostenschätzer findet sich diese letztendlich in der hierarchisch zweithöchsten HMG wieder. Folgt man den Berechnungsergebnissen scheint die Abbildung sogar in der HMG104 in der Hierarchie zu weit oben.	DAK

3.12 Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge		
	Der GKV-SV geht davon aus, dass sein Vorschlag (Arzneimitteldifferenzierung bei Mukoviszidose statt Altersdifferenzierung) aus der Stellungnahme zum Festlegungsentwurf AJ 2014 geprüft wird.	GKV-SV
	In der Hierarchie 18 reicht eine kleine Differenz von 260€ aus, um zwei Zuschläge abzubilden. In der Hierarchie 19 hingegen erfolgt eine Zusammenlegung der HMG239 mit der HMG215 aufgrund von 600€. Dies ist nicht gerechtfertigt und die Trennung der HMG215 und HMG239 wird befürwortet.	Barmer GEK
	Eine Hierarchiebeziehung der neuen HMG238 zu den schweren angeborenen Fehlbildungen der Atmungs- und Verdauungsorgane aus der Hierarchie 27 wird abgelehnt, da es zwischen den betroffenen HMG keine Überschneidungen gibt. Die Kappung des Querverweis zur Hierarchie 27 wird vorgeschlagen.	Barmer GEK
	Der Entwurf sieht vor, die Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ trotz der Hinzunahme der Diagnosen aus den ICDs Q31.0 bis Q34.9 nicht weiter zu verkomplizieren. Dieses Vorgehen, das auch die Hierarchisierung bzw. den Zusammenschluss von HMGs bei gleichzeitig geringfügiger Verschlechterung der Gütemaße vorsieht, wird vom IKK e.V. befürwortet.	IKK e. V.
	Die Innungskrankenkassen halten die Einordnung der ICD-Kodes Q31.5 „Angeborene Laryngomalazie“ und Q32.0 „Angeborene Tracheomalazie“ für überarbeitungsbedürftig. Beide Diagnosen werden bei Neugeborenen gestellt. In beiden Fällen handelt es sich um angeborene Beeinträchtigungen auf Grund zu weicher Kehlkopf- bzw. Luftröhrenknorpel, die sich im Verlauf der ersten zwei Lebensjahre entweder von selbst verfestigen oder bei denen die daraus resultierenden Beeinträchtigungen durch einfache Eingriffe behoben werden. Daher ist es aus unserer Sicht naheliegend, die genannten ICD-Kodes der Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“ zuzuordnen.	IKK e. V.

Zur besseren Abbildung der Schweregrade und der damit verbundenen Therapieaufwendungen haben Analysen auf der Grundlage von AOK-Daten ergeben, dass für Mukoviszidose-Patienten im Alter über 12 Jahren durch die Berücksichtigung von stationärer Hauptdiagnose E84 oder dem Nachweis einer Dauertherapie mit inhalativen Antibiotika (Tobramycin, Colistin, Gentamicin, Aztreonam) oder Ivacaftor durchweg eine sehr gute Differenzierung der schwerwiegenden und teuren Fälle von den leicht erkrankten Patienten erreicht werden. Gleiches wird auch in Bezug auf Bronchiektasen festgestellt, für die eine gute Schweregraddifferenzierung über die Kriterien stationärer Hauptdiagnose J47 oder Dauertherapie mit inhalativen Antibiotika (Tobramycin, Colistin, Gentamicin, Aztreonam) für Patienten über 12 Jahre möglich ist. Hierzu ist es erforderlich, zusätzliche HMG-Zuschläge nach o.g. Kriterien für die Mukoviszidose und Bronchiektasen im linken Hierarchiestrang einzuführen. Im Ergebnis des Anhörungsverfahrens zum Klassifikationsmodells 2014 hat das BVA eine Untersuchung des Vorschlags abgelehnt und darauf verwiesen, dass Arzneimittelschweregraddifferenzierungen möglicher Weise falsche Anreize in Bezug auf das Verordnungsverhalten setzen. Diese Argumentation darf aber nicht verhindern, dass der o.g. Vorschlag untersucht und in Bezug auf die Verbesserung der Modellgüte bewertet wird. Zum einen zeigen Analysen des GKV-SV, dass derzeit nicht erkennbar ist, ob die Einführung einer Arzneimittelvalidierung für bestimmte Erkrankungen zu einer vermehrten Verordnung von Arzneimitteln führt oder nicht. Zum anderen beinhaltet die vorgeschlagene Schweregraddifferenzierung auch die Verwendung von stationären Diagnosen als Unterscheidungsmerkmal. Es wird daher erneut vorgeschlagen, dass das BVA und der Wissenschaftliche Beirat diesen Schweregrad-Split auf der Datengrundlage der GKV-Vollerhebung untersuchen.

AOK-BV

3.13	Hierarchie 20: Erkrankungen des Urogenitalsystems	
	In der Hierarchieübersicht für AJ 2014 sind 2 Bezeichnungen in Hierarchie 20 nicht konsistent (HMG 131 und 138). S. Anlage 1 und Stellungnahme.	GKV-SV
	Für Versicherte mit Diagnosen der DXG 850 Dialysestatus und DXG 821 Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Dialysekennzeichen) müssen für eine DXG-Zuordnung im Rahmen der Sonderfall 4 Prüfung das Dialysekennzeichen sowie Mindestverordnungsmengen mit Arzneimitteln (92/183 BT) vorliegen. Untersuchungen des AOK-Bundesverbandes zeigen, dass eine zielsichere Identifizierung der Versicherten mit kostenintensiven Dialysebehandlungen bereits allein anhand des Dialysekennzeichens möglich ist. Ergänzend ist festzustellen, dass sich die prospektiven Kosten von Versicherten, für die die Arzneimittelaufgreifkriterien erfüllt sind, von den prospektiven Kosten der Versicherten, die die Arzneimittelaufgreifkriterien nicht erfüllen, nur sehr geringfügig unterscheiden. Zugunsten der Komplexitätsreduzierung und Vereinfachung des Modells kann somit die Sonderfall 4-Prüfung mit den derzeit vorgesehenen Aufgreifkriterien Dialysekennzeichen und Arzneimittelvalidierung entfallen. Für die Zuordnung der DXG 850 Dialysestatus und DXG 821 Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Dialysekennzeichen) genügt es zu prüfen, inwieweit für die Versicherten zusätzlich zur Diagnose das Dialysekennzeichen vorliegt. Daneben zeigt sich, dass die Arzneimittelzuordnungen teilweise Arzneimittel betreffen, die unmittelbar der Dialysebehandlung zuzuordnen sind und somit nicht verordnet werden, wie zum Beispiel Hämodialysekonzentrat, Hämofiltrate und Heparin. Folsäure wird zwar alleine oder in Kombination mit Eisen berücksichtigt, aber nicht in Kombination mit Vitaminkomplexen (Dreisavit, A11EB01), das zur Vorbeugung eines kombinierten Mangels an B-Vitaminen und Vitamin C indiziert ist. Wasserlösliche Vitamine fehlen in der Arzneimittelzuordnung, obgleich diese gemäß der Anlage 1 der Arzneimittelrichtlinie des G-BA (Zugelassene Ausnahmen zum gesetzlichen Verordnungs Ausschluss nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V (OTC-Übersicht)) ausschließlich bei Dialyse verordnungsfähig sind und somit eine hohe Spezifität für Dialyse aufweisen. Für den Fall, dass an der bestehenden Arzneimittelvalidierung weiter festgehalten wird, ist es erforderlich, das Arzneimittelspektrum um weitere ATCs zu ergänzen, die im Kontext einer Dialysebehandlung regelmäßig verordnet werden und teilweise ausschließlich bei Dialyse verordnungsfähig sind (Auflistung siehe Stellungnahme).	AOK-BV
3.14	Hierarchie 21: Schwangerschaft	
	Bereits bei der Anpassung des Klassifikationsmodells für das laufende Ausgleichsjahr 2014 hat das BVA signifikante Mehrkosten bei der DxG607 ("Blutungen in der Schwangerschaft") in der Hierarchie 21 "Schwangerschaft" festgestellt. Das BVA argumentiert, dass diese Mehrkosten im Zusammenhang mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der Entbindung im Folgejahr für diese Diagnosegruppe stünden und sieht die Einrichtung einer eigenen Zuschlagsgruppe als nicht zielführend an. Es handle sich um eine „Mischkalkulation“. Das BVA deutet damit an, es handele sich nicht um „echte“ prospektive Folgekosten der Erkrankung, sondern um die eigentlichen Ausgaben, die im Rahmen der Schwangerschaft entstehen. [...] Der IKK e.V. fordert daher weiterhin eine Überprüfung der Hierarchie 21 mit einer eigenständigen Zuschlagsgruppe für die DxG607.	IKK e. V.

3.15	Hierarchie 23: Verletzungen	
	Die Änderungen erscheinen sachgerecht.	Barmer GEK
	Das BVA schlägt vor, die Dominanzbeziehung zur Hierarchie 13 „Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“ aufzulösen. Diese bestand bisher darin, dass die HMGs 292, 293 und 294 den HMGs 157 und 203 übergeordnet waren. Die Kappung dieser Dominanzbeziehungen ist aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht nachvollziehbar, da sich die Gütemaße ohne Not verschlechtern. Betragsmäßig ähnliche Änderungen der Gütemaße (allerdings in positiver Richtung) werden im Übrigen im vorliegenden Festlegungsentwurf für die Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ und Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ zum Anlass genommen, Anpassungen an den besagten Hierarchien vorzunehmen. Es wäre daher nicht folgerichtig, in der Hierarchie 23 nun plötzlich eine ebenso große Verschlechterung der Gütemaße in Kauf zu nehmen. Eine merkliche Reduktion der Komplexität des Modells wird durch die Kappung ebenfalls nicht erreicht.	IKK e. V.
	Die vorgesehenen Änderungen sind sinnvoll. Allerdings wird die fehlende Arzneimittelvalidierung der HMG153 (pathologische Frakturen der Osteoporose) weiterhin als problematisch angesehen. Es handelt sich um einen Folgezustand der Osteoporose, so dass eine medikamentöse Therapie der Grunderkrankung erforderlich ist.	TK, HEK, hkk
3.16	Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen	
	Die HMG 260 wurde in Festlegung für AJ 2014 in Komplikationen nach Impfung umbenannt. Im vorliegenden Entwurf ist die Umbenennung nicht nachvollzogen worden.	GKV-SV
	Die Änderungen erscheinen sachgerecht.	Barmer GEK
	Die Vereinfachung der Hierarchie 24 wird von Seiten der Innungskrankenkassen ausdrücklich befürwortet. Die Innungskrankenkassen hoffen, dass entsprechende Vereinfachungen der Modellkomplexität auch in anderen Hierarchien Anwendung finden.	IKK e. V.
3.17	Hierarchie 25: Transplantationen	
	Der GKV-SV kann nicht nachvollziehen, warum DxG 740, 534, 743 trotz unterschiedlicher Kostenschätzer in einer HMG zusammengefasst werden.	GKV-SV
	Die Änderung des Aufgreifkriteriums für die DxG 737 von "stat. erforderlich" zu "Arzneimittel obligat" erfolgt erst nach Zusammenlegen mit DxG 741, dadurch kann die Änderung nicht vollständig bewertet werden. Hierfür sei eine erneute Gruppierung des Modells 4 notwendig.	GKV-SV

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

	Zur besseren Übersichtlichkeit sollte auf die in Punkt 20.2.5 der Erläuterungen beschriebene Zusammenlegung der Hierarchiestränge Organtransplantationen bzw. Stammzelltransplantationen verzichtet werden, da es sich medizinisch inhaltlich um unterschiedliche Sachverhalte handelt. Aus diesem Grund existieren zwischen den Hierarchiesträngen kaum Komorbiditäten; die Änderungen der Fallzahlen sind nur marginal. Auf eine Zusammenlegung der Hierarchiestränge zur Verbesserung der Manipulationsresistenz kann aufgrund der medizinisch unterschiedlichen Sachverhalte verzichtet werden.	GKV-SV
	Die Änderungen erscheinen sachgerecht.	Barmer GEK
	Die Zusammenfassung der Hierarchie ist sinnvoll, aber die gewählte Umsetzung alles andere als gelungen, wie z.B. bei der HMG177, wo offenkundig keine der DxGs zusammen passt. Die Kodierqualität für die GvHD ist bei 15.2% bzw. 17% mangelhaft und müsste über mehrere Jahre betrachtet werden. Daher ist die Trennung zwischen Kreuz- und Sterndiagnosen beizubehalten.	IKK e. V.
3.18	Hierarchie 26: Erkrankungen des Auges	
	Die Zusammenführung der DxG488 „Diabetische Retinopathie“ haben die Innungskrankenkassen bereits im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2013 vorgeschlagen. Die Innungskrankenkassen befürworten daher die Umsetzung dieses Vorschlags mit dem Ziel der Vereinfachung des Klassifikationsmodells ausdrücklich.	IKK e. V.
	Die Auflösung der Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“, verbunden mit dem Wegfall der HMG 223 „Diabetische Retinopathie“, ist nicht sachgerecht. Die bisherige Doppelzuordnung der Diabetischen Retinopathie ist medizinisch sinnvoll, da in die HMG017 Komplikationen des Diabetes mellitus einmünden, die mit ganz unterschiedlichem Behandlungsaufwand verbunden sind. Durch den Diabetes Mellitus ausgelöste Erkrankungen anderer Organe oder Organsysteme, die eine eigene langfristige Therapie erfordern, sollten nicht nur in der Diabetes-Hierarchie, sondern auch in den organspezifischen Hierarchien abgebildet werden.	AOK
3.19	Hierarchie 27: Erkrankungen des Neugeborenen	
	Der Querverweis zur Hierarchie 19 kann gestrichen werden.	Barmer GEK

4	Berechnungsverfahren	
4.1	Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden	
	Vor dem Hintergrund der geänderten Vorgehensweise bei den Leistungsausgaben Verstorbener (Ausgaben je Versichertentag) hält der GKV-SV eine Information des BVA für erforderlich, inwieweit eine umfassende Untersuchung der entsprechenden Auswirkungen jenseits der ersichtlichen Hierarchieverletzungen im Klassifikationsmodell durchgeführt wurde oder noch beabsichtigt ist.	GKV-SV
	Dieser Umstieg des Berechnungsverfahrens auf Pro-Tag-Werte kann massive Auswirkungen auf die Kostenzusammensetzung einzelner Krankheitsgruppen haben. Vor diesem Hintergrund sollte die kostenhomogene Zusammensetzung aller Krankheitsgruppen in den jeweiligen Hierarchien grundsätzlich noch einmal neu geprüft werden.	IKK e. V.
	Das BVA hat die Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener eingeführt, ohne deren Auswirkungen auf Basis aktueller Daten zu untersuchen. Die bestehenden Widersprüche zwischen den Analysen des BVA im Vorfeld der Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2009 (Ergebnis: geringere Zielgenauigkeit bei Annualisierung) und dem Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats (Ergebnis: höhere Zielgenauigkeit bei Annualisierung) bleiben daher ungeklärt. Der BKK-DV erneuert daher seine Bitte, die Analyse mit aktuellen Daten nachzuholen.	BKK-DV
	Mit dem Anhörungsentwurf wird die Ermittlung der Gewichtungsfaktoren im Regressionsverfahren entsprechend der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats und dem Urteilsspruch des LSG NRW vom 4.7.2013 umgesetzt. Richtigerweise werden die Kosten von verstorbenen Versicherten auf gleiche Weise berücksichtigt wie die Kosten aller anderen Versicherten auch. Die Umstellung der Berechnung auf Pro-Tag-Werte ist richtig.	AOK-BV
	Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie 14 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt es die BAG SELBSTHILFE, dass der Methodenfehler im Berechnungsverfahren nun auch vom Bundessozialgericht festgestellt wurde.	BAG
	Die Änderungen sind sachgerecht.	BPtK

4.2	Krankengeld	
	<p>Die BKK kritisieren die mit dem GKV-FQWG geschaffene Übergangsregelung zum Krankengeld als nicht sachgerecht, da sie in Bezug auf die standardisierten Krankengeldausgaben die höhere Belastung der BKK ignoriert, die sich aus der Eigenschaft des Krankengeldes als Lohnersatzleistung ergibt. Die BKK fordern daher - auch mit Blick auf eine endgültige Regelung – weiterhin dringend die Einführung einer Grundlohnkomponente durch den Gesetzgeber.</p> <p>Das konkrete Aufteilungsverhältnis von 50:50 zwischen dem Ausgleich standardisierter Krankengeldausgaben und dem IST-Ausgaben-Ausgleich im derzeitigen Modell ist sachlich nicht begründet. Die BKK sind der Auffassung, dass auch ein Verhältnis von 70:30 in Verbindung mit einer Grundlohnkomponente im Bereich des Ausgleichs standardisierter Ausgaben noch ausreichend Anreize für ein aktives Krankengeldmanagement enthält. Die tatsächlichen Ausgabenunterschiede würden in einem solchen, von uns bereits in Zusammenhang mit dem FQWG vorgeschlagenen, Hybridmodell jedoch deutlich besser ausgeglichen.</p>	BKK-DV
	<p>Die vorgeschlagene Anpassung entspricht inhaltlich dem im GKV-FQWG als Übergangslösung vorgesehenen Verfahren zur Anpassung der Krankengeldzuweisungen. Dies führt dazu, dass die Zuweisungen für Krankengeld zu 50% an den tatsächlichen Ist- Kosten einer Krankenkasse für Krankengeld bemessen werden. Ist-Kosten-Ausgleiche setzen aber Fehlanreize in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Deshalb lehnt das AOK-System weiterhin den Ist-Kostenausgleich für Krankengeldzuweisungen und damit die vorgeschlagene Anpassung der Festlegung in diesem Punkt ab.</p>	AOK-BV
4.3	Auslandsversicherte	
	<p>Der GKV-SV empfiehlt zu prüfen, ob eine gesonderte Klarstellung der Regelungskompetenz des BVA erforderlich ist (in Bezug auf die Regelungen Auslandsversicherte), da in der Begründung zur Neufassung des FQWG eine fachlich andere Ausgestaltung ausgeführt ist.</p>	GKV-SV
	<p>Die Umsetzung der Sonderregelung für Auslandsversicherte in Abschnitt 2.5.7 der Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2015 sieht nicht die mitgliederbezogene Verteilung des Überschreibungsbetrages vor. Dies widerspricht der Intention des Gesetzgebers und wird daher von den Innungskrankenkassen abgelehnt.</p>	IKK e. V.
	<p>Die vom BVA bei einem Überschreiten der Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte vorgesehene Regelung widerspricht der Begründung zum GKV-FQWG, wonach eine Kappung ausschließlich im Jahresausgleich erfolgt und mitgliederbezogen auf alle Kassen wettbewerbsneutral zu verteilen ist (vgl. Bt-Drs. 18/1307, S. 74).</p>	BKK-DV

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

	<p>Die mit dem GKV-FQWG eingeführte Neuregelung von § 269 SGB V sowie § 31 und § 41 RSAV sieht eine Kappung der Zuweisungen für Auslandsversicherte im Jahresausgleich vor. Für die Ausschüttung des Kappungsbetrages schlägt das BVA im vorliegenden Entwurf eine proportionale Erhöhung der Risikozuschläge für die Risikomerkmale der Inlandsversicherten vor (Punkt 2.5.7. auf S. 19 des Festlegungsentwurfs). Die KKH hält dies für nicht kompatibel mit den Regelungen des § 41 RSAV, in dessen Begründung explizit vorgegeben wird, dass der Kappungs- bzw. Überschreibungsbetrag mitgliederbezogen auf alle Krankenkassen wettbewerbsneutral zu verteilen ist. Demnach ist eine mitgliederbezogene Rückverteilung vorzusehen. Der Intention des Gesetzgebers folgend, eine Erhöhung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen durch eine Begrenzung auf die Höhe der tatsächlichen Leistungskosten aller Krankenkassen in diesem Bereich zu erreichen, schlägt die KKH ein Verfahren vor: siehe Seite 2 bis 3 der Stellungnahme der KKH.</p>	KKH
	<p>Die vorgesehenen Anpassungen entsprechen dem gem. GKV-FQWG als Übergangslösung vorgesehenen Verfahren zur Anpassung der Zuweisungen für Auslandsversicherte. Auch in Bezug auf die Auslandsversicherten soll ein Ist-Kostenausgleich angewendet werden, weshalb – wie auch zu IV b ausgeführt - das AOK-System weiterhin die Übergangslösung für Zuweisungen für Auslandsversicherte ablehnt. Soweit für das Ausgleichsjahr 2015 mit der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV die gem. GKV-FQWG vorgesehenen Übergangslösungen umgesetzt werden sollen, berücksichtigt der im Entwurf getroffene Umsetzungsvorschlag für den globalen IST-Kostenausgleich bei Auslandsversicherten richtiger Weise, dass Leistungsausgaben, die nicht mehr für Zuweisungen für Auslandsversicherte berücksichtigt werden sollen, den übrigen Morbiditätszuschlägen zugeordnet werden. Jede andere Regelung hierzu wird abgelehnt.</p>	AOK-BV
	<p>Zur Festlegung Nr. 2.5.7. "Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte" begegnet die Berechnungsweise des BVA (proportionale Erhöhung aller "inländischen" Zuschläge zum Ausgleich des proportional bei den AusAGG in Abzug gebrachten Betrages) keinen Bedenken. Es wird aber darauf hingewiesen, dass in der Begründung zur Neuregelung von § 41 Abs. 1 RSAV von einer ausdrücklich mitgliedsbezogenen Verteilung die Rede ist.</p>	Barmer GEK
	<p>Der Kappungs- bzw. Überschreibungsbetrag sollte mitgliederbezogen auf alle Krankenkassen verteilt werden. Um zu vermeiden, dass dies Auswirkungen auf die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben hat, sollte analog zu den Schutzimpfungen gegen H1N1 der auf den Überschreibungsbetrag für Auslandsversicherte entfallende Anteil des mitgliederbezogenen Änderungsbetrages den standardisierten Leistungsausgaben zugerechnet werden.</p>	TK, HEK, hkk
	<p>Der VdEK schlägt zur Deckelung der Zuweisungen für Auslandsversicherte ein iteratives Verfahren vor, mit dem sichergestellt werden soll, dass keine Krankenkasse nach Kappung sich bei der Deckungsquote weiter von 100 % entfernt. Der Kappungsbetrag soll über den mitgliederbezogenen Anpassungsbetrag nach § 41 RSAV auf die Krankenkassen verteilt werden.</p>	vdek

4.4	Verwaltungsausgaben	
	In Übereinstimmung mit den Ergebnissen des Wissenschaftlichen Beirats wird eine Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen für Verwaltungskosten vorgeschlagen, wobei der Anteil der über die Morbidität der Versicherten verteilten Verwaltungskosten auf 80% statt bisher 50% festgelegt wird. Eine Reduktion der Morbiditätsgewichtung ist nicht sachgerecht (vgl. die vorangegangenen Stellungnahmen, zuletzt vom 30.08.2013).	AOK-BV
4.5	Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben	
	Bezüglich des Umgangs mit den nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben verweist der GKV-SV auf seine Stellungnahme von 05.09.2013.	GKV-SV
	Der Katalog der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben sollte um die Gruppenprophylaxen Zahn (Konten 5160 bis 5162) erweitert werden, wie ursprünglich im Entwurf der Festlegungen für 2014 vorgesehen.	TK, HEK, hkk
	Die BKK begrüßen die Entscheidung des BVA, die Abgrenzung der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nicht enger zu fassen. Eine systematische Untersuchung der nichtmorbiditätsbedingten Ausgaben steht aus Sicht der BKK jedoch weiter aus. Insbesondere schlagen die BKK vor, auch in Gegenrichtung zu prüfen, ob im Bereich bisher nicht berücksichtigter Kontengruppen nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben enthalten sind, die nicht versichertenbezogen erfasst werden. In jedem Fall sind aus unserer Sicht die Konten/-arten 527, 599, 5160-5162 und 5280-5282 in die nicht-morbiditätsbedingten Ausgaben einzubeziehen. Die BKK verweisen an dieser Stelle nachdrücklich auf die diesbezüglichen Vorschläge der BKK in der Vergangenheit.	BKK BV
	Das BVA hatte bereits in seinem Entwurf der Festlegungen für 2014 eine Erweiterung des Kataloges der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben um die Gruppenprophylaxe Zahn (Konten 5160 bis 5162) vorgesehen, aufgrund der Grundsatzdiskussion um das Zuweisungsverfahren für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben allerdings nicht umgesetzt. Zwischenzeitlich hat das BMG klargestellt, dass die seit Jahren vom BVA praktizierte Methode im Zuweisungsverfahren für nicht morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag rechtmäßig und sachgerecht ist. Für das Jahr 2015 sollte diese Erweiterung daher nun nachgeholt werden.	KKH
	Das AOK-System vertritt weiterhin die Auffassung, dass die vorgenommene Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben nicht durch die Vorgaben des § 266 SGB V i. V. m. § 4 RSAV gedeckt ist (vgl. hierzu detailliert auch unsere Stellungnahmen vom 02.09.2011, 18.03.2013 und 30.08.2013) - auch wenn das BMG mit Schreiben vom 01.07.2014 bestätigt hat, dass eine gesonderte Form der Standardisierung einzelner Ausgabenbereiche durch die in § 31 Abs. 4 RSAV geschaffene Regelungskompetenz des BVA gedeckt sei und die getroffenen Regelungen als sachgerecht erachtet werden.	AOK-BV

4.6	Kostenerstatter	
	Bezüglich der Kostenerstatter verweist der GKV-SV auf seine Stellungnahme vom 04.09. 2013.	GKV-SV
	Die Festlegung für das Jahr 2015 wird an dieser Stelle für genauso rechtswidrig gehalten wie die für 2014 (siehe Seite 12-13 der Stellungnahme der Barmer GEK).	Barmer GEK
	Die Innungskrankenkassen haben bereits ausführlich zur Frage einer weiteren Aufsplittung der Zuschlagsgruppen für Kostenerstatter Stellung bezogen, zuletzt in der Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2014 vom 30.08.2013. Die Innungskrankenkassen verweisen daher für die weitere Diskussion auf die dort aufgeführten Argumente.	IKK e. V.
	Die Beibehaltung des bisherigen Verfahren wird unterstützt, da keine ausreichenden und stabilen Erkenntnisse vorliegen.	TK, HEK, hkk
	Eine Anpassung der Abbildung der Kostenerstattungsversichertengruppen im Klassifikationsmodell ist nicht erforderlich. Aus Sicht des AOK-Systems besteht hier auch kein besonderer Analysebedarf. Einerseits handelt es sich um eine sehr kleine Versichertengruppe. Andererseits zeigen die Analysen des GKV-SV, dass die für Kostenerstattungsversicherte erzielten Deckungsgrade regelmäßig eine vollständige Finanzierung der Ausgaben von Kostenerstattungsversicherten durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ermöglichen. Dem Vorschlag des GKV-SV zur Einführung einer altersbezogenen Differenzierung der Kostenerstatterversichertengruppen (vgl. Schreiben des GKV-SV vom 4.9.2013) wird ausdrücklich widersprochen. Hierdurch würde eine doppelte Altersstandardisierung der Kostenerstattungsversicherten erreicht, die mit einer weiteren Kleingliederung des Versichertenklassifikationsmodells einhergeht.	AOK-BV

5	Weitere Themen	
5.1	Redaktionelle Fehler / Anmerkungen	
	DxG-ATC-Zuordnung basierend auf GKV-AI 06/2014 fehlt und ist somit nicht Bestandteil des aktuellen Anhörungsverfahrens.	GKV-SV
	Seite 133: Da die neue DxG135 „Morbus Wilson“ in Hierarchie 08: „Hämatologische Erkrankungen“ mit dem Siebensteller M01CC01 aufgegriffen wird, muss auch für andere DxGruppen im Klassifikationsmodell, für die der diesem ATC-Kode übergeordnete Fünfsteller bisher zur Arzneimittelprüfung abgefragt wird, aus programmiertechnischen Gründen auf die untergeordneten Siebensteller umgestellt werden. Dies betrifft in dieser Hierarchie die DxG199-DxG207.	Barmer GEK
	Die DxG135 führt in die HMG021 und liegt in der Hierarchie 04: Metabolische Erkrankungen. Der ATC-Fünfsteller M01CC enthält zwei Siebensteller: M01CC01 und M01CC02. Für die rheumatischen Erkrankungen fehlt im Text auf S.133 der ATC-Kode M01CC02.	Barmer GEK
	DXG 135 Morbus Wilson: In Anlage 2 der Festlegungen (Excel-Datei) muss im Tabellenblatt „DXG_Aufgreifkriterien_Neues_Fmt“ in der Spalte Verlauf das Kennzeichen 1 (akut-rezidiv) in 2 (chronisch) korrigiert werden. Im Tabellenblatt „DxG_Aufgreif_klassisch“ müssen die Einträge in den Spalten „Verlauf“ und „Behandlungstage“ von „akut-rezidiv“ mit 10 BT auf „chronisch“ mit 183 BT geändert werden.	GKV-SV, Barmer GEK
	Im Festlegungsentwurf unter Abschnitt 1.6 „Zuordnung zu den Kostenerstattergruppen (KEGs)“ sind im zweiten Satz die Wörter „anhand ihres Geschlechts und Alters im dem Berichtsjahr vorangehenden Jahr“ zu streichen, da eine Aufteilung der KEGs nach Alter und Geschlecht bisher nicht in die Festlegung aufgenommen wurde.	DAK
	In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf ist auf Seite 75 „O24.4“ zu ersetzen durch „O24.3“.	DAK
	In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf ist auf Seite 141 die Beschriftung von M1 mit den Ausführungen im Text anzupassen.	DAK
	Die HMG 260 wurde in der Festlegung zum Ausgleichsjahr 2014 in „Komplikationen nach Impfung“ umbenannt. In der Übersicht der Hierarchien wurde Sie allerdings mit dem alten Namen „Unerwünschte Wirkung von Medikamenten“ weitergeführt. Im Entwurf 2015 wird die HMG 260 mit der HMG 166 zusammengelegt, trägt aber auch hier weiterhin den Teilnamen „Unerwünschte Wirkung von Medikamenten“.	AOK-BV
	In der Hierarchieübersicht für das Ausgleichsjahr 2014 sind in zwei Fällen die Bezeichnungen in der Hierarchie 20 nicht konsistent. Die Bezeichnung der HMG 131 ist nicht ganz korrekt: „Hypertensive und/oder chronische Nierenkrankheit/Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt“ ist nach Anlage 1 in „Infektionen im Harntrakt“ zu ändern. Zudem fehlt die Bezeichnung der HMG 138 „Peritoneale Adhäsionen im Becken nach med. Maßnahmen und mechanische Komplikationen im Genitaltrakt“.	AOK-BV

	Anlage 04 „Erläuterungen Festlegungsentwurf AJ 2015“, S.81: im Festlegungsentwurf der Hierarchie 3 „Diabetes mellitus“ stimmen die Kostenschätzer der im linken Hierarchiestrang aufgeführten HMGs nicht mit den in der Tabelle auf Seite 79 dargestellten Berechnungsergebnissen überein.	AOK-BV
	Anlage 00 „Festlegung Klassifikation AJ 2015“, S. 5: In Abschnitt 1.3.2.4.2 im Unterpunkt a) sind in Satz 2 die Worte „oder stationär“ zu streichen.	AOK-BV
5.2	Generelle Konstruktion Morbi-RSA	
	Die BAG SELBSTHILFE vertritt seit Jahren die Auffassung, dass der Morbi- RSA durch seine Begrenzung auf 80 Krankheiten in vielen Fällen nur die Durchschnittskosten einer häufigen Erkrankung abbildet und dass bei der Zusammenführung von verschiedenen Erkrankungen zu einer hierarchisierten Morbiditätsgruppe oft eine sehr hohe Streubreite besteht. Aus diesem Grunde befürwortet die BAG SELBSTHILFE auch die Idee eines (Hoch-) Risikopools als einen ersten Schritt zu einer höheren Zielgenauigkeit des MorbiRSA und einer erhöhten Verteilungsgerechtigkeit zwischen den einzelnen Krankenkassen. Auf lange Sicht müsste jedoch aus Sicht der BAG SELBSTHILFE seitens des Gesetzgebers die Anzahl der zu berücksichtigenden Krankheiten auf mindestens 200 - 300 Krankheiten erhöht werden, wie dies ja auch bereits im Gutachten zum Morbi-RSA vorgeschlagen wurde. Zudem müsste insbesondere für die vielen seltenen Erkrankungen eine Generalklausel geschaffen werden, damit auch diese Erkrankungskosten hinreichend im Morbi-RSA abgebildet werden können.	BAG
	Bei den Berechnungsverfahren werden die Kosten für eine Krankheit als Istkosten nach den ICD-Schlüsseln und den DRGs zugrunde gelegt. Somit wird nur der Teil der Istkosten erfasst, der in diesen Fallkonstellationen enthalten sind. Die Behandlungskosten als Soll-Istvergleich über mehrere Jahre zu erfassen, wäre hier angemessen und für die weitere Berechnungsverläufe von hoher Relevanz für zukünftige Berechnungen. Die Folgekosten je Krankheit sollten im Berechnungsverfahren und -verlauf für mehrere Jahre (Vorschlag: 5 Jahre) miterfasst und in die Methodik und in Berechnungsverläufe einbezogen werden. So würde man eine langfristige und modifizierte Berechnungsmethodik für die Kostenentwicklung für jede der 80 Krankheiten entwickeln und nach einigen Jahren auch die Folgekosten mit berücksichtigen können. Eine adäquate und umfassende Kostenentwicklung bei den Zu- und Abschlägen bei den 80 zugrunde liegenden Krankheiten wäre zu erfassen und zu modifizieren. Welche Kriterien bei der Kostenentwicklung zu berücksichtigen wären, obliegt dem Gesetzgebungsverfahren. Anzumerken wäre hier für ein zukünftiges Gesetzgebungsverfahren nicht nur die Kostenfrage, sondern auch als Methodenparameter der Behandlungsverlauf und das Behandlungsergebnis in Bezug auf die Lebensqualität einzubeziehen. Es handelt sich hierbei um eine zukunftsorientierte Betrachtungsweise für die Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich (RSA). Für die Morbiditätsgruppen im zukünftigen RSA sind und werden die Folgekosten und deren Entwicklung im Rahmen der demoskopischen Entwicklung in Deutschland eine noch größere Bedeutung erlangen. Im Kontext zwischen Folgekosten zu Istkosten in den Berechnungsverläufen und der Berechnungsmethodikmodalitäten werden diese eine noch höhere Relevanz bekommen. Ergebnisorientiert gibt es ein Versichertenklassifikationsmodell, welches ein komplexes Ist-Soll-Folgekostensystem beinhaltet und die Lebensqualität berücksichtigt. Dies ist der Nutzen für die Berechnungsverfahren und deren dazugehörigen Methodik.	BSK

3 Allgemeine Anmerkungen / Methodik

3.1 Aussetzung des Vorschlagsverfahrens

Wie bereits in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf für das Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2015 beschrieben, wurde das diesjährige Vorschlagsverfahren ausgesetzt. Damit sollte Zeit gewonnen werden, um noch ausstehenden Themen der letzten Anpassungszyklen bearbeiten zu können.

Zur Aussetzung des Vorschlagsverfahrens sind auch im Anhörungsverfahren Anmerkungen vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Krankenkassen eingegangen. Der GKV-SV plädiert dafür, das Vorschlagsverfahren in den kommenden Jahren wieder durchzuführen, da dadurch eine frühzeitige Einbeziehung der GKV in den Festlegungsprozess möglich sei. Die Barmer GEK und der BKK Dachverband (BKK-DV) schlagen die Veröffentlichung eines Themenspeichers mit Regelwerk zur Bearbeitung vor. Der BKK-DV wünscht zudem eine rechtzeitige Ankündigung der Aussetzung des Vorschlagsverfahrens. Die DAK schlägt vor, alle im Vorschlagsverfahren eingehenden Themen zu priorisieren und nicht bearbeitete Vorschläge ins Folgejahr zu verschieben oder alternativ Themen für das Vorschlagsverfahren vorzugeben. Der AOK Bundesverband (AOK-BV) begrüßt die Aussetzung des Vorschlagsverfahrens zur Bearbeitung offen gebliebener Themen aus den Vorjahren.

Das BVA und der Wissenschaftliche Beirat haben großes Verständnis für das Interesse der Krankenkassen und Verbände an einem vorgelagerten Vorschlagsverfahren. BVA und Beirat begrüßen auch die Vielzahl der sachlich gut begründeten Vorschläge, die erheblich zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beigetragen haben. Gleichzeitig muss aber auch wahrgenommen werden, dass die Zahl der eingegangenen Vorschläge aus einer wachsenden Anzahl teilnehmenden Institutionen die Kapazitäten zur Bearbeitung dieser Vorschläge erheblich überschreitet. Die Vorschläge zur stärkeren Strukturierung des Verfahrens (Themenspeicher, Regelwerk, Priorisierungslisten etc.) würden dies noch verstärken. Hinzu kommt der Wunsch nach einem separaten Vorschlagsverfahren für die Krankheitsauswahl.

Vor diesem Hintergrund wird für die Zukunft folgende Prozedere für das Vorschlagsverfahren vorgeschlagen: Beginnend mit dem nächsten Anpassungszyklus wird das Vorschlagsverfahren wieder durchgeführt. Allerdings werden die eingehenden Stellungnahmen der einzelnen Krankenkassen zukünftig vom GKV-SV gesammelt und es wird eine konsolidierte Liste an Vorschlägen an das BVA zur Bearbeitung übermittelt. Damit wird das Vorschlagsverfahren auf den GKV-Spitzenverband – als dem in § 31 Abs. 4 Satz 1 i.V.m. § 1 Abs. 4 RSAV vorgesehenen Anhörungspartner – beschränkt. Im Gegenzug wird eine vollständige Abarbeitung der so eingegangenen, innerhalb der GKV konsentierten

Vorschläge bzw. das Führen einer Themenliste bei einer eventuell notwendigen Verschiebung in das Folgejahr zugesagt. Davon losgelöst bleiben die Anhörungsverfahren wie gehabt für die Fachöffentlichkeit zugänglich.

3.2 Methodisches Vorgehen

Zum methodischen Vorgehen hat das BVA im Festlegungsentwurf und in vorangegangenen Festlegungsdokumentationen umfänglich Stellung genommen. Wir halten daran fest, aus Gründen der Praktikabilität alle Modellrechnungen auf der Grundlage der 30%-Stichprobe durchzuführen. In Fällen mit geringen Fallzahlen wird hingegen auf die Vollerhebung abgestellt. Alle Modelländerungen werden abschließend auf der Vollerhebung überprüft.

Es ist darauf hingewiesen worden, dass am Ende des Festlegungsentwurfes nur die allgemeinen Kennzahlen des Gesamtmodells, nicht aber die einzelnen Fallzahlen und Schätzer der Risikogruppen genannt werden. Diesen Hinweis halten wir für nachvollziehbar und beabsichtigen, beginnend mit dem folgenden Festlegungszyklus, dies zukünftig zu veröffentlichen.

Durch die Änderung des Berechnungsverfahrens (Umstellung auf Pro-Tag-Werte) ist es zu Änderungen in den Schätzern für die einzelnen Risikogruppen gekommen. Alle Hierarchien wurden hierauf durchgesehen und alle sich ergebenden Hierarchieverletzungen in diesem Festlegungszyklus überarbeitet. Eine vollständige Durchsicht aller Hierarchien mit allen Morbiditätsgruppen auf ggf. veränderte Kostenhomogenität ist hingegen nicht möglich, sondern kann nur sukzessive in den folgenden Anpassungszyklen erfolgen.

Auf eine Vielzahl von methodischen und allgemeinen Hinweisen wird an entsprechender Stelle in den Hierarchien eingegangen; zur Frage des Vorschlagsverfahrens siehe Abschnitt 2.

3.3 Rechtliche Zulässigkeit von Alterssplits

Der BKK-DV führt aus, dass aus seiner Sicht derzeit keine Rechtsgrundlage für Alterssplits in HMG bestehe. Dieser Rechtsauffassung können wir nicht folgen. Bereits § 266 Abs. 1 Satz 2 SGB V geht von nach Alter und Geschlecht getrennten Morbiditätsgruppen aus:

„...wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, mit dem die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) und Morbiditätsgruppen (§ 268) zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden.“

Zwar ist es richtig, dass in § 268 Abs. 1 SGB V keine Rede mehr von Alter und Geschlecht ist. Dies liegt aber daran, dass hier die bei der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs neu zu verwendenden Merkmale aufgezählt werden. Gleichzeitig bestimmt § 268 Abs. 2 SGB V:

„In der Verordnung [d.h. RSAV] ist auch zu bestimmen, ob einzelne oder mehrere der in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Kriterien zur Bestimmung der Versichertengruppen neben den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vorgaben weitergelten“.

Die Umsetzung dieser Verordnungsermächtigung erfolgt durch § 29 RSAV. Dort heißt es in Satz 1 Nr. 1:

„die Morbiditätsgruppen eines vom Bundesversicherungsamt festgelegten Versichertenklassifikationsmodells, das auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen Risikozuschläge ermittelt und das auf Klassifikationsmodellen aufbaut, deren Einsatzfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden ist.“

Die Begründung zu dieser Regelung verweist auf das Gutachten des BMG (Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich 334 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung): „Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind bei der Auswahl des maßgeblichen Modells zu berücksichtigen.“ Bei der Festlegung des Klassifikationsmodells hat das Bundesversicherung dieser Empfehlung Folge geleistet, und sich für die Übernahme und Anpassung des HCC-Modells entschieden. Dieses Modell sieht an einigen Stellen nach Alter getrennte Morbiditätsgruppen vor.

3.4 Redaktionelle Hinweise

Das BVA bedankt sich für die vorgetragenen Hinweise.

4 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2015

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf vom 17.07.2014 ergeben sich zu einigen der folgenden Punkte noch weitere Anpassungen.

4.1 Anpassung der Aufgreifkriterien

Berücksichtigung stationärer Hauptdiagnosen im M2Q-Kriterium

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Anpassung der Behandlung stationärer Diagnosen bei der Berücksichtigung von Arzneimitteln

Die im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Änderungen werden nicht umgesetzt. Die diesbezüglichen Regelungen des Ausgleichsjahres 2014 bleiben somit gültig.

Umstellung der Arzneimitteldifferenzierung von Verordnungsquartalen auf Behandlungstage

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Qualifizierungsmerkmal der Diagnosen

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Berücksichtigung von Arzneimitteln

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

4.2 Anpassung der Hierarchien

Hierarchie 02: Neubildungen

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird innerhalb des Hierarchiestrangs 2b „Solide Tumoren“ die hierarchische Einordnung der HMGs 275 und 276 vertauscht.

Hierarchie 03: Diabetes mellitus

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 04: Metabolische Erkrankungen

Die ICD-DxG-MG-Zuordnung wird für die DxGs 131 bis 133 im Vergleich zum Festlegungsentwurf jeweils um die Diagnose E76.3 „Mukopolysaccharidose, nicht näher bezeichnet“ erweitert.

Hierarchie 05: Erkrankungen der Leber

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 07: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 08: Hämatologische Erkrankungen

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen

Die Anlage 3, Stand GKV-AI Juni 2014, wird in Bezug auf die DxG846 um den ATC-Kode N07XX09 ergänzt.

Hierarchie 16: Herzerkrankungen

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 17: Zerebrovaskuläre Erkrankungen

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislauferkrankungen

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge

Die Hierarchiebeziehung zwischen der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ und der Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“ wird aufgehoben.

Hierarchie 23: Verletzungen

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen

Es erfolgt eine Anpassung der Bezeichnungen für die DxG916 bzw. die HMG166.

Hierarchie 25: Transplantationen

Anders als noch im Festlegungsentwurf vorgesehen werden zwei getrennte Hierarchiestränge für den Status nach Organtransplantation und den Status nach Stammzelltransplantation eingeführt.

Hierarchie 26: Erkrankungen des Auges

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 27: Erkrankungen des Neugeborenen

Abweichend vom Festlegungsentwurf wird die Hierarchiebeziehung zwischen der Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“ und der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ aufgehoben.

4.3 Änderung des Berechnungsverfahrens

Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

Der Katalog nicht-morbiditätsbezogener Ausgaben wird um die Konten 5160 bis 5162 erweitert.

Kostenerstattergruppen

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Sonderregelungen nach § 269 SGB V i.d.F.d. GKV-FQWG

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

II. Anpassung der Aufgreifkriterien

5 Aufgreifalgorithmus

Zur Vereinfachung bzw. Vereinheitlichung des Aufgreifalgorithmus wurden im Festlegungsentwurf zwei Änderungen des generellen Aufgreifalgorithmus vorgeschlagen, die Anhörungsergebnisse zu beiden Änderungen werden nachfolgend getrennt voneinander vorgestellt und bewertet.

5.1 Berücksichtigung stationärer Hauptdiagnosen im M2Q-Kriterium

5.1.1 Festlegungsentwurf

Bei der Anforderung, dass Diagnosen aus mindestens zwei Quartalen vorliegen müssen (M2Q-Kriterium), sollen künftig auch stationäre Hauptdiagnosen berücksichtigt werden. Die Beschränkung der im M2Q-Kriterium berücksichtigten Diagnosen auf Diagnosen der ambulanten Versorgung oder stationäre Nebendiagnosen in Punkt 1.3.2.3. der Festlegung soll daher ersatzlos gestrichen werden.

Abbildung 1: Anpassung der Festlegung (M2Q)

1.3.2.3. DxGs ohne Arzneimittelzuordnung

Eine Diagnose wird nur dann berücksichtigt, wenn mindestens eine weitere, der gleichen Krankheit zugeordnete Diagnose ~~(aus der ambulanten Versorgung oder stationäre Nebendiagnose)~~ in einem anderen Quartal dokumentiert wurde, oder die Diagnose von einer Person stammt, die im gleichen Jahr weniger als 92 Tage in der GKV versichert war (M2Q-Kriterium).

5.1.2 Stellungnahmen

Die im Entwurf vorgesehene Gleichstellung der stationären Hauptdiagnosen durch Berücksichtigung im M2Q-Kriterium wird in der Mehrzahl der dazu abgegebenen Stellungnahmen als sachgerecht bezeichnet und begrüßt. Der IKK e.V. hält die Anpassung für vertretbar, jedoch nicht zwingend notwendig. Lediglich der BKK-DV führt aus, dass der Vorschlag, künftig auch stationäre Hauptdiagnosen zur Validierung ambulanter Diagnosen heranzuziehen, im Widerspruch zum Prinzip der höheren Vertrauenswürdigkeit stationärer Diagnosen stünde. Aus Sicht des BKK-DV solle eine stationäre Hauptdiagnose immer eine höherwertige HMG auslösen als es eine stationäre Nebendiagnose oder eine, als manipulationsanfälliger bekannte, ambulante Diagnose vermag. Konsistent wäre es aus Sicht des BKK-DV, auch stationäre Hauptdiagnosen zu validieren oder auf die Validierung ambulanter Diagnosen oder stationäre Nebendiagnosen gänzlich zu verzichten.

5.1.3 Ergebnis

Die ablehnende Argumentation des BKK-DV vermag nicht zu überzeugen. Die Prüfung des M2Q-Kriteriums erfolgt auf Krankheitsebene, an dieser Stelle wird im Klassifikationssystem keine Aussage zur HMG-Zuordnung und -Bewertung vorgenommen. Die im Festlegungsentwurf vorgeschlagene Änderung behebt eine logische Inkonsistenz im Aufgreifalgorithmus, führt zu leichten Verbesserungen der Kennzahlen und wird in der deutlichen Mehrzahl der dazu eingegangenen Stellungnahmen begrüßt. Es werden keine Änderungen zum Festlegungsentwurf vorgenommen.

5.2 Anpassung der Behandlung stationärer Diagnosen bei der Berücksichtigung von Arzneimitteln

5.2.1 Festlegungsentwurf

Die im RSA fehlenden Informationen zur Abgabe von Arzneimitteln im Krankenhaus bedingen zwei Ausnahmeregelungen bzgl. der Berücksichtigung von Arzneimitteln:

- Bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „Arzneimittelvalidierung: chronisch“ wird die Zahl der zur Berücksichtigung erforderlichen Behandlungstage für eine stationäre Diagnose um 8 Behandlungstage (im Folgenden: BT) abgesenkt.
- Bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „Arzneimittelvalidierung: akut-rezidivierend“ erfolgt eine direkte Berücksichtigung der Nebendiagnosen.

Im Festlegungsentwurf wurde (mit dem Ziel der Vereinfachung des Aufgreifalgorithmus) eine Zusammenführung beider Regelungen vorgeschlagen, in der bei Vorliegen mindestens einer maßgeblichen stationären Diagnose, eine einheitliche Absenkung der zur Zuordnung geforderten Behandlungstage in Höhe von 10 BT vorgesehen wird und dafür die bisherige Ausnahmeregelung für die Zuordnung akut-rezidivierender Nebendiagnosen entfällt.

Abbildung 2: Anpassung der Festlegung (Prüfung der Behandlungstage 1)

1.3.2.4.2. Prüfung der Behandlungstage

Die Prüfung der Behandlungstage (BT-Prüfung) gilt grundsätzlich für alle DxGs mit Arzneimittelzuordnung. Liegt mindestens eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche stationäre Diagnose vor, wird die Zahl der mindestens zu erreichenden Behandlungstage um 10 BT reduziert.

a) BT-Prüfung bei rezidivierend-akutem Krankheitsgeschehen

Versicherte müssen mindestens 10 Behandlungstage mit den der DxG zugeordneten Arzneimitteln aufweisen. Mindestens eine passende Verordnung muss im selben Quartal erfolgt sein wie eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche Diagnose (ambulant oder stationär).

b) BT-Prüfung bei chronischem Krankheitsgeschehen

Versicherte müssen mindestens 183 Behandlungstage mit den der DxG zugeordneten Arzneimitteln aufweisen. Mindestens eine passende Verordnung muss im selben Quartal erfolgt sein wie eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche Diagnose (ambulant oder stationär).

~~Liegt mindestens eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche stationäre Diagnose vor, wird die Zahl der mindestens zu erreichenden Behandlungstage um 8 BT reduziert.~~

Abbildung 3: Anpassung der Festlegung (Prüfung der Behandlungstage 2)

1.3.2.2. Ausnahmeregelungen bei der Zuordnung stationärer Nebendiagnosen

a) Sternkodes

Stationäre Nebendiagnosen, die gemäß DIMDI zur Sekundärverschlüsselung zugelassen sind (Kennzeichen "O") und im Datensatz einen Stern ("*") aufweisen, werden den Hauptdiagnosen gemäß 1.3.1 gleichgestellt.

b) Ausnahme-DxGruppen

Stationäre Nebendiagnosen für die DxGs 033, 034 und 035 werden ebenfalls den Hauptdiagnosen gemäß 1.3.1 gleichgestellt.

~~c) Akut-rezidivierendes Krankheitsgeschehen~~

~~Stationäre Nebendiagnosen für DxGs, bei denen eine Prüfung der Behandlungstage (BT) bei akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen nach 1.3.2.4.2.a) vorgesehen ist, werden den Hauptdiagnosen gemäß 1.3.1 gleichgestellt.~~

~~d)~~ e) Obligatorische stationäre Behandlung

Stationäre Nebendiagnosen für DxGruppen mit obligatorischer stationärer Behandlung werden den Hauptdiagnosen gemäß 1.3.1 bei der Zuordnung gleichgestellt.

5.2.2 Stellungnahmen

GKV-SV, AOK-BV und DAK weisen darauf hin, dass die im Festlegungsentwurf dargestellte Regelung das Ziel einer fallneutralen Umsetzung nicht erreicht. Nach der Formulierung des Anhörungsvorschlags würden die Nebendiagnosen von akut-rezidivierenden Erkrankungen – wie alle anderen arzneimittelvalidierten Diagnosen auch – auch auf das Vorliegen einer quartalsgleichen Verordnung geprüft. Da jedoch bei akut-rezidivierenden Erkrankungen die

während des Krankenhausaufenthaltes verordneten Arzneimittel oft zur Behandlung ausreichen, sei tatsächlich nicht davon auszugehen, dass gerade für diese Diagnosen auch noch eine ambulante Verordnung aus dem gleichen Quartal vorliegt. AOK-BV und GKV-SV weisen darauf hin, dass dies bei Umsetzung der vorgeschlagenen Regelung in der Festlegung berücksichtigt werden müsse.

Der IKK e.V. hält die vorgeschlagene Änderung für nicht notwendig und kann auch keine substanzielle Vereinfachung des Aufgreifalgorithmus erkennen. Der BKK-DV kann die konkreten Werte des Anhörungsvorschlags nicht nachvollziehen und fordert das BVA auf, weitergehende Untersuchungen nachzuholen und zu veröffentlichen. Bis dahin solle die bisherige Regelung beibehalten werden.

Die Barmer GEK würde eine generelle Abschaffung der Sonderregelung für Nebendiagnosen bei akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen begrüßen, eine fallneutrale Umsetzung jedoch ablehnen. Auch hier werden weitere Auswertungen angefordert.

5.2.3 Ergebnis

Die in den Stellungnahmen vorgebrachte Kritik ist aus Sicht des BVA nachvollziehbar. Tatsächlich ist die im Anhörungsvorschlag entwickelte Regelung für eine fallneutrale Einbeziehung der akut-rezidivierenden Nebendiagnosen nicht ausreichend. Aufgrund einer unvollständigen Umsetzung im Berechnungsskript, durch den die gewünschte Abschaltung der Sonderregelung verhindert wurde, ist dies bei der vorgenommen Auswertung jedoch nicht aufgefallen, sodass die resultierenden Kenn- und Fallzahlen ein falsches, zu positives Bild vermitteln. Die Umsetzung des Anhörungsvorschlags würde bei korrigierter Berechnung zu einer merklichen Verschlechterung der Kennzahlen und deutlichen Fallzahlenveränderungen führen. Eine Ergänzung des Anhörungsvorschlags zum Ausschluss der Prüfung auf quartalsgleiche Verordnungen wäre daher für eine sachgerechte Umsetzung mindestens notwendig, gegebenenfalls wäre auch noch die Berücksichtigung von Kindern unter 12 Jahren zu prüfen. Unabhängig von der genauen Ausgestaltung der Ergänzung resultiert letztlich eine Verschiebung der Sonderbehandlung der Diagnosen von einer Stelle der Festlegung zur anderen, sodass das Ziel einer Vereinfachung nicht in der ursprünglich gewünschten Form erreicht wird.

Daher wird der Anpassungsvorschlag für das Ausgleichsjahr 2015 zurückgezogen, BVA und Wissenschaftlicher Beirat werden die Thematik weiter analysieren und ggfs. in einem späteren Festlegungszyklus einen überarbeiteten Vorschlag vorlegen.

6 Umstellung der Arzneimitteldifferenzierung von Verordnungsquartalen auf Behandlungstage

6.1 Festlegungsentwurf

Im Entwurf zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2015 war vorgeschlagen worden, den bisherigen Sonderfall 2 (Arzneimitteldifferenzierung durch Verordnungsquartale) in den bisherigen Sonderfall 1 (Arzneimitteldifferenzierung über (183) Behandlungstage) zu überführen. In den Untersuchungen zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2014 war festgestellt worden, dass eine solche Umstellung in der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ nur in Kombination mit der Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung mit abgesenkten Grenzen (Bedarfsmedikation) sinnvoll war. Konkret wurde im vergangenen Jahr vorgeschlagen, die an anderer Stelle im Aufgreifalgorithmus verwendete Grenze von 10 BT zu übernehmen und die Grenze für Kinder unter 12 Jahren auf 5 BT abzusenken. Da in Folge in der damaligen Anhörung die mangelnde empirische Herleitung scharf kritisiert wurde und keine ausreichende Zeit für eine gründliche Analyse blieb, wurde die entsprechende Anpassung auf die Festlegung des Ausgleichsjahres 2015 verschoben. Im diesjährigen Festlegungsentwurf wurde letztendlich vorgeschlagen

1. die bisherige Form der Arzneimitteldifferenzierung über Verordnungsquartale abzuschaffen,
2. dafür eine Form der Arzneimitteldifferenzierung über 42 Behandlungstage (21 BT für Kinder) einzuführen, und
3. die Verwendung von Verordnungsquartalen alleine zur Arzneimittelvalidierung heranzuziehen, wenn die Datenlage eine BT-geleitete Form nicht zulässt (z.B. Opiatsubstitution).

Welche konkrete Form der Arzneimitteldifferenzierung für die einzelnen, bisher über Verordnungsquartale differenzierten Gruppen in Frage gewählt werden soll, wurde empirisch in den jeweils betroffenen Hierarchien geklärt.

6.2 Stellungnahmen

Die meisten Anhörungspartner nahmen zum Vorschlag nur in den jeweiligen Kapiteln fallbezogen Stellung. Lediglich AOK-BV, Barmer GEK und IKK e.V. äußerten sich allgemein zum geäußerten Vorschlag. Inhaltliche Kritik wurde in der Mehrzahl der Fälle in den betroffenen Hierarchien angemerkt und wird dort behandelt.

AOK-BV bezeichnet die Einführung eines Sonderfalls mit „Bedarfsmedikation“ medizinisch grundsätzlich als sachgerecht, bemängelt an dem Vorschlag, dass die Differenzierung zwischen Dauer- und Bedarfsmedikation durch die isolierte Verwendung von BT-Grenzen aufgrund der stark alters- und gewichtsabhängigen Dosierung nicht geeignet sei. Insbesondere wird die Problematik am Fall Hämophilie belegt, zu dem ausgeführt wird, dass z.B. Jungen mit *Dauerbehandlung* in der Mehrheit der Fälle erst mit 2 Jahren jenes Gewicht erreichen, welches rechnerisch das Erreichen der 92 BT-Grenze für Dauermedikation ermöglicht. Für Jugendliche wird darlegt, dass für die Mehrzahl der Jungen erst ab 15 Jahren realistisch mit dem Erreichen der 183-BT Grenze zu rechnen ist. Vorher würden diese fälschlicherweise der Gruppe mit der Bedarfsmedikation zugeordnet.

Sollte eine bessere Differenzierung zwischen Dauer- und Bedarfsmedikation gewünscht sein, so sollte die bisherige Verordnungsquartalsregel mit entsprechend weiter abgesenkten BT-Grenzen kombiniert werden.

Des Weiteren wird kritisiert, dass die Komplexität des Aufgreifalgorithmus durch die Einführung des neuen Sonderfalls erhöht wird. Um dem entgegenzusteuern wird vorgeschlagen, den Sonderfall „Validierung über Dialysekennzeichen“ abzuschaffen, indem für die betroffenen Fälle auf die Prüfung von Arzneimitteln verzichtet wird und die Validierung alleinig über das Dialysekennzeichen der Stammdaten stattfindet.

Barmer GEK begrüßt die durchgeführte Untersuchung als auf die einzelne Krankheit bezogen und im Ergebnis flexibel dargestellt. Sie mahnt jedoch an, dass die Ausdifferenzierung bei einzelnen Krankheitsbildern auf Ebene der Siebensteller eine gewissenhafte Modellpflege erfordert.

IKK e.V. bezeichnet die geplante Umstellung von Verordnungsquartalen auf Behandlungstage zur Arzneimitteldifferenzierung prinzipiell als richtig. Die Einführung der Arzneimitteldifferenzierung über 42/21 BT wird jedoch abgelehnt, da die Herleitung der entsprechenden Grenzen als fragwürdig erachtet wird. Die Grenze von 42 BT wäre nicht medizinisch fundiert erfolgt, sondern hätte alleinig das Aufgreifen des überwiegenden Teils der Versicherten zum Ziel gehabt.

6.3 Bewertung der Stellungnahmen

Die vorgebrachte allgemeine Kritik vermag nicht zu überzeugen.

6.3.1 Zur Kritik des AOK-BV

AOK-BV kritisiert im Wesentlichen, dass das Modell Unschärfen an den BT-Grenzen aufweist, also fälschlicherweise mit dem vorgeschlagenen Vorgehen Versicherte der Bedarfsmedikation zugeordnet werden, die eigentlich eine Dauermedikation erhalten. Die Kritik ignoriert jedoch, dass unter der bisherigen Form der Arzneimitteldifferenzierung wenig kostenintensive Versicherte einen Zuschlag für *Dauemedikation* erhalten können: Z.B. sind im Fall von Hämophilie z.T. leichte Fälle denkbar, die ggf. wegen kleinerer Verletzungen od. medizinischer Eingriffe im ersten Jahr mehrere Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen erhalten, im Folgejahr aber keine Dauerprophylaxe benötigen und die unter der bestehenden Regel dennoch den vollen Zuschlag für Dauermedikation erhalten würden. Auch über eine Kombination von Verordnungsquartalen mit noch weiter abgesenkten BT-Grenzen sind diese Fälle nicht ausgeschlossen.

In einem System, in welchem kein Ist-Ausgaben-Ausgleich durchgeführt wird, sondern Versicherte in Risikogruppen klassifiziert werden, wird es Unschärfen an den festgelegten Abgrenzungsgrenzen immer geben. Das BVA erachtet jedoch den Fehler der Falschzuordnung eines leichten Falles in einer kostenintensiveren Gruppe als problematischer, als eine falsche „Etikettierung“ einzelner Fälle (=Bedarfsmedikation bei erhaltener Dauermedikation eines Kindes). Außerdem kann argumentiert werden, dass Versicherte, die aufgrund des Körpergewichts weniger Gerinnungsfaktoren verordnet bekommen, auch mit weniger prospektiven Kosten zu rechnen haben, als jene Versicherten mit hohen Verordnungen. Somit wird eine aus der Perspektive der Kostenhomogenität geeignete Einordnung vorgenommen, selbst wenn das „Etikett“ im Einzelfall nicht stimmt.

Des Weiteren kann nicht nachvollzogen werden, wie die kritisierten Unschärfen der Abgrenzung durch die Kombination zweier Kriterien (und somit weitere Erhöhung der Komplexität des Systems) ausgeschlossen werden können. Die Unschärfe an den BT-Grenzen bleibt schließlich für einzelne Fälle immer erhalten und erhöht bei einer weiteren Absenkung das Risiko, fälschlicherweise wenig kostenintensive Fälle den kostenintensiveren Gruppen zuzuordnen.

Schließlich bleibt unklar, wie ein Sonderfall zur Vereinfachung des Systems abgeschafft werden soll, dessen zentrales Kriterium dennoch weiter geprüft wird. Aus Sicht des BVA wird lediglich eine Modifikation der Validierung anhand des Dialysekennzeichens vorgeschlagen, nicht jedoch die Abschaffung der eigentlichen Prüfung. Der Vorschlag wird daher abgelehnt.

6.3.2 Zu den Anmerkungen von Barmer GEK

Grundsätzlich erfordert jegliche Verwendung von ATC-Siebenstellern (unabhängig davon, in welcher Form die Arzneimittelprüfung erfolgt) eine erhöhte Vorsicht bei der technischen Pflege des Klassifikationssystems – auch und besonders im Hinblick auf Auswirkungen auf weitere von der etwaigen Anpassung nicht direkt betroffene Dx-Gruppen.

An dieser Stelle soll klargestellt werden, dass die Verwendung von ATC-Siebenstellern nicht ausschließlich für die Form der Arzneimitteldifferenzierung reserviert ist. Die Verwendung von ATC-Siebenstellern erfolgt, sofern die interne Bewertung aus der Logik des ATC-Systems heraus diesen den Vorzug gegenüber der Verwendung von ATC-Fünfstellern einräumt. Das BVA ist sich der erhöhten Schwierigkeit bei Verwendung von ATC-Siebenstellern auf die Modellpflege bewusst.

6.3.3 Zu den Anmerkungen des IKK e.V.

Der IKK e.V. kritisiert die Herleitung der 42-Tage-Grenze, da aus seiner Sicht die Grenzen so lange verschoben worden wären, bis der überwiegende Teil der Versicherten erfasst wurde. Dies erkennt allerdings die zentrale Funktion eines Klassifikationsmodells. Dieses muss in der Lage sein, kostenintensive Versicherte von weniger kostenintensiven zu trennen. Bei dem genannten Vorgehen ging es also zentral um das Ermitteln jener Grenze, bei welcher die Mehrheit der *teuren* Versicherten aufgegriffen wird, die Mehrheit der *günstigeren* Versicherten hingegen in den Basisgruppen verbleibt. Schließlich stellt dieses Vorgehen eine treffende Zuschlagsberechnung sicher, durch welche Risikoselektionsanreize gemindert werden, indem Krankenkassen mit kostenintensiven Versicherten adäquate Zuschläge erhalten und Versicherten der Basisgruppen nicht fälschlicherweise zu viel zugewiesen wird.

Leider versäumt es IKK e.V. genauer zu beschreiben, welche weiteren medizinischen Faktoren bei der Suche nach Kriterien für eine Bedarfsmedikation der Untersuchung geboten erscheinen, so dass eine Bewertung diese Faktoren nicht stattfinden kann.

6.4 Ergebnis

Die vorgebrachten Bedenken überzeugen in der allgemein vorgebrachten Form nicht. Eine weitere Erhöhung der Komplexität des Systems durch weitere Kombinationen von Aufgreifkriterien wird abgelehnt, da der im Festlegungsentwurf eingebrachte Vorschlag einfach und dennoch flexibel genug zu sein scheint, um das bestehende System verbessern zu können. An welcher Stelle welche Form der Arzneimittelprüfung verwendet werden soll, muss ohnehin im Einzelfall geprüft und entschieden werden. Somit ist sichergestellt, dass eine Umsetzung nur dann erfolgt, wenn eine Verbesserung der Zielgenauigkeit des Modells erreicht und die Mehrheit der Versicherten durch eine entsprechende Verwendung besser abgebildet wird.

7 Qualifizierungsmerkmal der Diagnosen

7.1 Festlegungsentwurf

Ambulante vertragsärztliche Diagnosen, die im Rahmen der stationsnahen Versorgung gem. §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V dokumentiert, aber nicht über DTA nach § 295 SGB V übermittelt werden, wurden bisher im Rahmen einer befristeten Sonderregelung auch dann berücksichtigt, wenn kein Qualifizierungsmerkmal vorliegt. Nach Überprüfung dieser Sonderregelung auf aktuellen Daten wurde die Abschaffung der befristeten Sonderregelung im Rahmen des Festlegungsentwurfs vorgeschlagen.

Abbildung 4: Anpassung der Festlegung (Sonderregelung Abrechnungsweg 2)

1.3.2.1. Ausnahmeregelungen bei Diagnosen aus der ambulanten Versorgung

a) Verpflichtendes Qualifizierungsmerkmal „G“

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung ohne Qualifizierungsmerkmal „G“ bleiben generell unberücksichtigt. ~~Abweichend hiervon werden Diagnosen aus Einrichtungen nach den §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V auch dann berücksichtigt, wenn kein Qualifizierungsmerkmal vorliegt.~~

b) DxGs mit obligatorischer stationärer Behandlung

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung bleiben hier unberücksichtigt.

7.2 Stellungnahmen

Der Festlegungsentwurf wird von Barmer GEK, AOK-BV und IKK e.V. als sachgerecht angesehen. Es gibt keine widersprechende Stellungnahme.

7.3 Ergebnis

Die im Festlegungsentwurf vorgesehene Änderung wird umgesetzt.

8 Allgemeines zur Berücksichtigung von Arzneimitteln

8.1 Stellungnahmen

Die Art und Weise der Berücksichtigung von Arzneimitteln im Klassifikationsmodell wurde im Rahmen des Anhörungsverfahrens in den Punkten „Arzneimittel-Zuschlagsgruppen“, „Version Arzneimittelindex“, „nicht über die GKV erstattungsfähige Arzneimittel in der Anlage 3“ und „Behandlungstage bei Kindern“ thematisiert:

Die Stellungnahme des GKV-SV bezieht sich auf den im Rahmen der Anhörung zur Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2014 vom Wissenschaftlichen Beirat angeregten fachlichen Austausch über die Bildung von Arzneimittel-Zuschlagsgruppen.

Die Gründe, warum der Wissenschaftliche Beirat und das BVA von der Bildung unterschiedlicher Arzneimittel-Zuschlagsgruppen zur Schweregraddifferenzierung einzelner Diagnosen absehen, wurden im Jahr 2012 ausführlich dargelegt (s. Kap. 6 „Berücksichtigung von Arzneimitteln“, Erläuterungen zur Festlegung [...], Ausgleichsjahr 2013).

Der GKV-SV hat die möglichen Auswirkungen einer nach Wirkstoffgruppen abgestuften Arzneimitteldifferenzierung auf die Versorgungsneutralität bzw. das Verordnungsverhalten der behandelnden Ärzte auf Basis empirischer Untersuchungen intern eingehend diskutiert. Ausgehend von der Hypothese, dass sich eine vermehrte Verordnung von Arzneimitteln nach Einführung einer Arzneimittelvalidierung durch einen Anstieg der Validierungsquoten bzw. der Anzahl an Behandlungstagen empirisch nachweisen lassen müsste, hat der GKV-SV für bereits bestehende Diagnosegruppen mit Arzneimittelvalidierung diese Parameter im zeitlichen Verlauf untersucht. Die Ergebnisse der Untersuchungen liefern jedoch kein einheitliches Bild. Daher könne eine Aussage hinsichtlich einer Leistungsausweitung von Arzneimittelverordnungen durch die Einführung einer Arzneimittelvalidierung nicht getroffen werden. Gründe hierfür seien einerseits die für die Analyse zugrunde zu legenden zu kurzen Zeitreihen und andererseits Änderungen im Versorgungsgeschehen, wie z. B. die Einführung innovativer Wirkstoffe oder Änderungen der Behandlungsleitlinien, die ebenfalls Einfluss auf die untersuchten Parameter haben.

Vor diesem Hintergrund kann aus Sicht des GKV-SV auf Basis von empirischen Untersuchungen derzeit keine Aussage dahingehend getroffen werden, ob die Einführung einer Arzneimittelvalidierung für bestimmte Erkrankungen zu einer vermehrten Verordnung von Arzneimitteln führt oder nicht.

Das AOK-System unterstützt weiterhin die Vorschläge zur Differenzierung über Arzneimittelwirkstoffe. Diese Form der Schweregraddifferenzierung sei gut geeignet, die zu erwartenden unterschiedlichen Schweregrad-indizierten Behandlungsnotwendigkeiten

abzubilden und somit eine Erhöhung der Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells zu erreichen.

Die Barmer GEK vermisst eine umfassende Beschäftigung mit der Verwendung von Arzneimitteldifferenzierung, es finde sich nur eine punktuelle Umsetzung eines doppelten Arzneimittelaufschlags an einer Stelle (Hierarchie 03: Diabetes mellitus).

Für das monatliche Abschlagsverfahren 2015 werden im November 2014 die Arzneimitteldaten des Jahres 2013 für die Versichertengruppierung verwendet (Grundlagenbescheid I/2015). Als Referenz für die Zuordnung der Pharmazentralnummern zu ATC und DDDs ist der Arzneimittelindex 6/2014 zu verwenden, weshalb laut AOK-BV bereits in der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV die Arzneimittelaufgreifkriterien auf der Grundlage des Arzneimittelindex 6/2014 beschrieben werden müssen.

Es wird zum wiederholten Male der Ausschluss von homöopathischen, anthroposophischen und pflanzlichen Arzneimitteln bei der Validierung von Diagnosegruppen gefordert (KKH, TK, HEK, hkk).

Das M2Q-Kriterium für Kinder bei DxG mit obligater Arzneimittelzuordnung für rezidivierend-aktuelles Krankheitsgeschehen sei laut TK, HEK, hkk nicht zielführend. Stattdessen sollte eine Mindestbehandlungsdauer von 5 BT und eine passende Verordnung im selben Quartal verlangt werden.

8.2 Bewertung

Der Hinweis des AOK-BV auf die fehlende Anlage 3, Stand Juni 2014, ist richtig. Die entsprechenden Daten standen bei Fertigstellung des Festlegungsentwurfs noch nicht zur Verfügung.

BVA und Wissenschaftlicher Beirat wiederholen ihre Zustimmung dazu, dass Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka nicht zur Validierung von Diagnosen im Klassifikationssystem fungieren sollen. Die dringende Notwendigkeit zum Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente aus der ATC-DxG-Zuordnung kann jedoch mit Hinweis auf frühere Ausführungen zu diesem Thema nicht nachvollzogen werden. Das Vorhandensein dieser ATC-Fünfsteller in der Anlage 3 „Berücksichtigungsfähige Arzneimittel“ wird weiterhin als unschädlich angesehen. Bei der Überarbeitung der Arzneimittel-Auswahlliste werden diese nach und nach entfernt.

Die Prüfung der Konstellation Mindestbehandlungsdauer 5 BT für Kinder und eine passende Verordnung im selben Quartal erscheint sachgerecht.

8.3 Ergebnis

Die Anlage 3 wird in der Festlegung um die Version Stand Juni 2014 ergänzt.

Eine Überarbeitung der Anlage 3 der Festlegung (Zuordnung von ATC-Fünfstellern zu DxGruppen) hinsichtlich des Vorhandenseins von Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka wird zurückgestellt und punktuell nach und nach durchgeführt.

Im nächsten Anpassungsverfahren wird die Konstellation Mindestbehandlungsdauer 5 BT für Kinder und eine passende Verordnung im selben Quartal geprüft.

III. Anpassung der Hierarchien

9 Hierarchie 02: Neubildungen

9.1 Festlegungsentwurf

Für die Hierarchie „Hämatologische Neubildungen“ sind im Festlegungsentwurf keine Anpassungsempfehlungen gegeben worden. Sie war einerseits nicht von Änderungen in der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 betroffen. Andererseits haben die Ergebnisse einer Prüfung zum Anteil der Versicherten mit einer Diagnose „Neubildungen“ und einem Z-Kode für Chemo- und/oder Strahlentherapie sowie der Abgleich mit Verordnungen von Zytostatika keine für eine Anpassungsempfehlung ausreichende Übereinstimmung gezeigt.

Nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirates und des BVA sollten mögliche höhere Folgekosten von Versicherten nach Strahlen- oder Chemotherapie trotzdem zukünftig im Klassifikationsmodell berücksichtigt werden. Der Wissenschaftliche Beirat plädiert deshalb für eine Überprüfung, ob eine Differenzierung von Schweregraden und Kosten mit Hilfe der OPS-Angaben umgesetzt werden kann.

In Abbildung 5 und Abbildung 6 wird die Struktur der Hierarchie 02 im Festlegungsentwurf (identisch mit dem Ausgangsmodell) dargestellt. Die ausgewiesenen Fallzahlen und Kostenschätzer wurden auf Grundlage der GKV-Vollerhebung ermittelt.

Abbildung 5: Schematische Darstellung der Hierarchie 02a „Hämatologische Neubildungen“ im Festlegungsentwurf

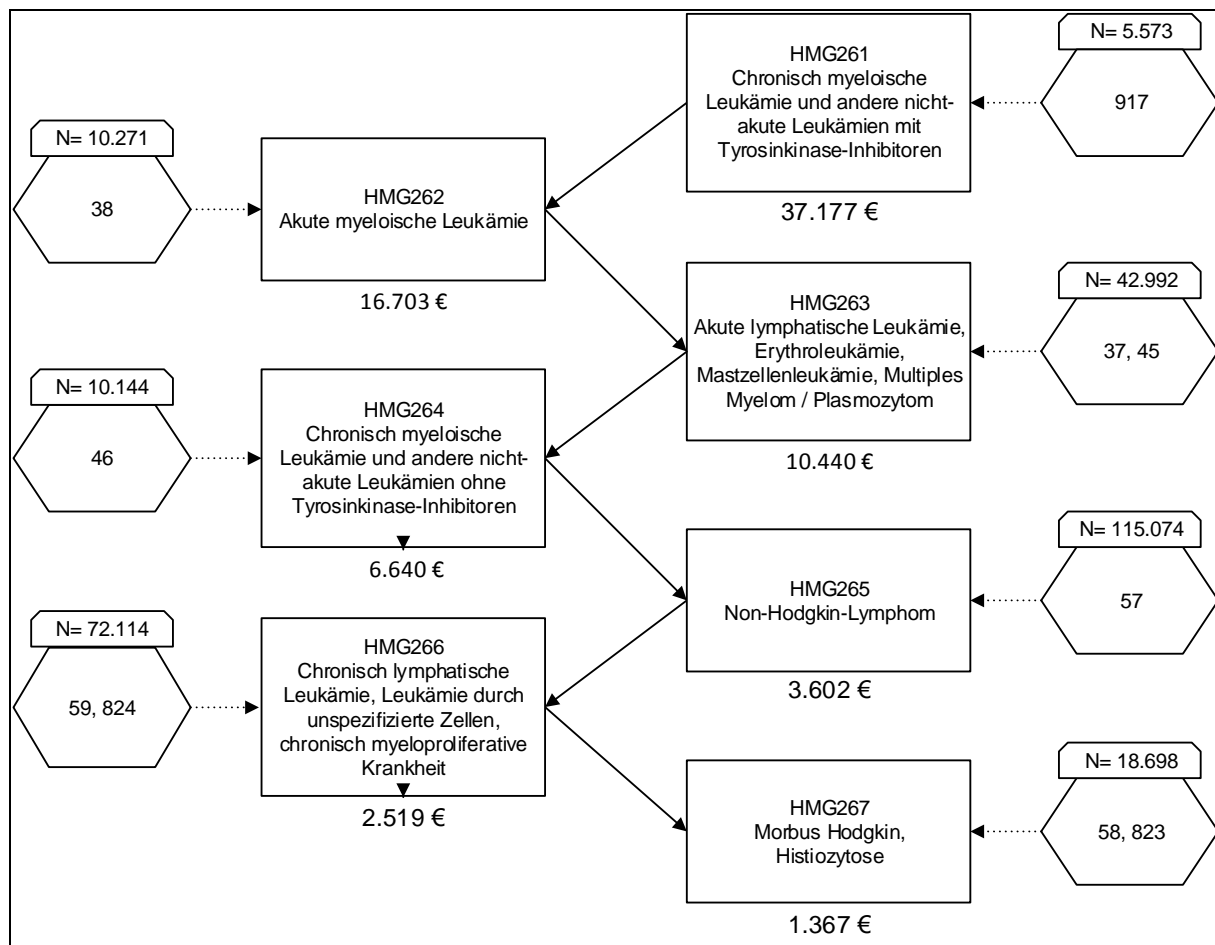
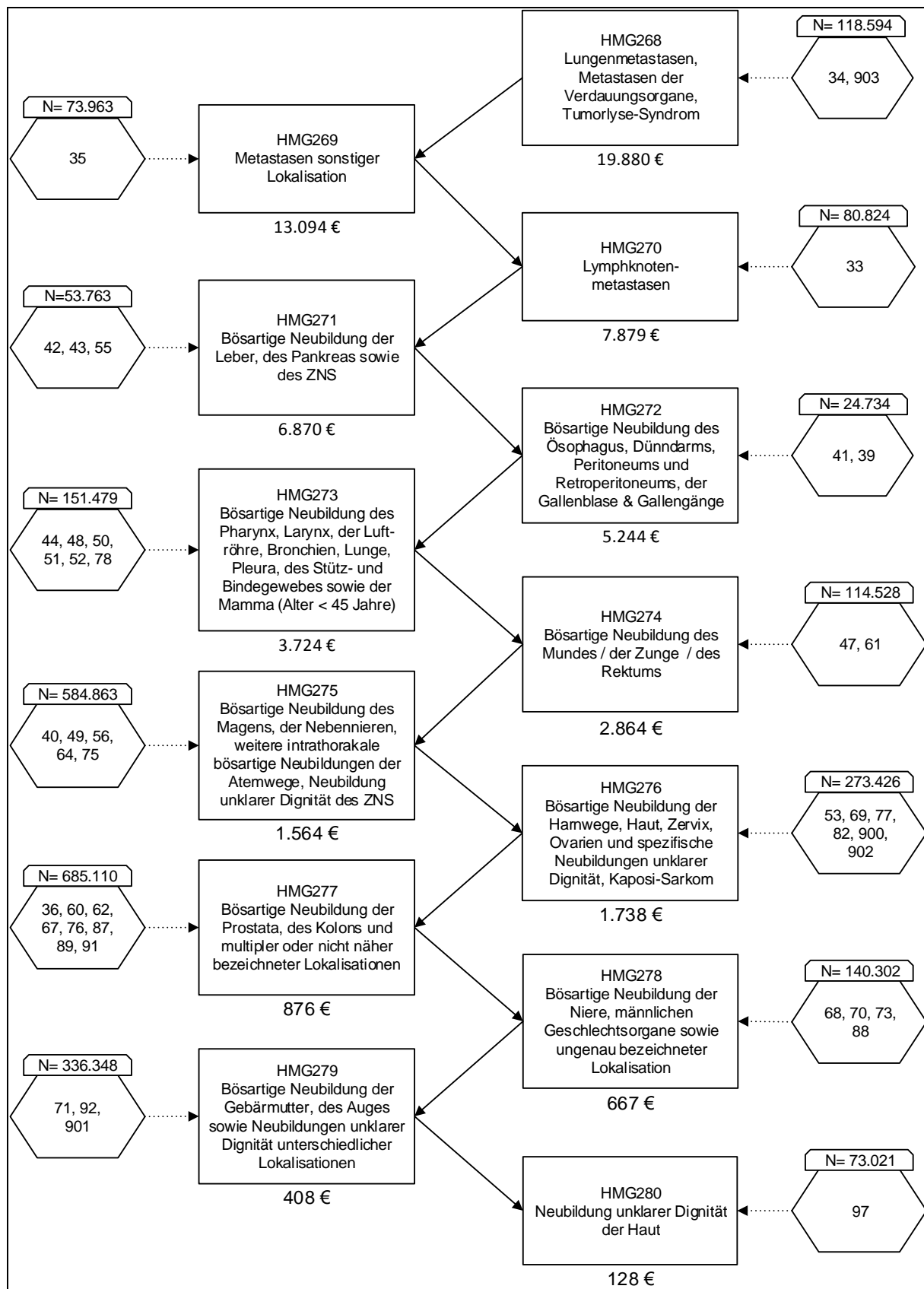


Abbildung 6: Schematische Darstellung der Hierarchie 02b „Solide Tumoren“ im Festlegungsentwurf



9.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV unterstützt den Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirates, für eine bessere Abbildung schwerwiegender Tumorerkrankungen, die mit höheren Folgekosten von Versicherten verbunden sind, die adjuvante oder neoadjuvante Strahlen- oder Chemotherapie zu berücksichtigen. Sie regen für den ambulanten Sektor die Einbeziehung von EBM-Ziffern (durchgeführte Strahlentherapie) und zur Feststellung einer zytostatischen Chemotherapie die Kombination aus ICD und gleichzeitiger Verordnung einer zytostatischen Therapie (ATC L01) an. Für die Behandlung im Krankenhaus sollen die OPS-Schlüssel herangezogen werden.

TK, HEK und hkk teilen die Auffassung des Wissenschaftlichen Beirates, dass die Kodierqualität der Z-Kodes nicht ausreicht und die Verwendung der Zytostatika-Verordnungen die Versorgungsneutralität verletzen würde. Allerdings halten sie auch die Verwendung von OPS-Angaben für nicht geeignet. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist es folgerichtig, auf eine Berücksichtigung der Z-Kodes zu verzichten.

GKV-SV und Barmer GEK halten eine Untersuchung und inhaltliche Lösung der Hierarchieverletzung zwischen HMG275 und 276 für erforderlich. Aus Sicht von IKK e. V. ist es nicht zielführend, die HMG275 und 276 ohne Überprüfung der Kostenhomogenität zu vereinigen.

Die DAK hält trotz der umfangreichen Überarbeitung im Klassifikationsverfahren 2012 eine erneute Überprüfung der Zusammensetzung der HMG für erforderlich, da die Umstellung im Berechnungsverfahren auf Pro-Tag-Werte in der Hierarchie einige Veränderungen erwarten lässt.

Da inzwischen auch bei anderen Tumorarten Therapien mit Proteinkinasehemmern und Monoklonalen Antikörpern verfügbar sind, schlägt der AOK-BV vor, die Differenzierung von Tumoren mit Dauertherapie über die HMG261 hinaus zu erweitern und eine zusätzliche, arzneimittelvalidierte HMG (L01XC, L01XE) einzuführen. Auch die Barmer GEK wiederholt ihre Anregung aus dem Vorschlagsverfahren 2013, den beiden Strängen hierarchisch nebenstehende Arzneimittel-Zuschläge einzuführen.

9.3 Bewertung

Eine Überprüfung, ob eine Differenzierung von Schweregraden und Kosten mit Hilfe der OPS-Angaben umgesetzt werden kann, ist derzeit nicht möglich, da die Erhebung der ambulanten Prozeduren und Operationen abweichend zu § 30 Abs. 1 Nr. 6 RSAV zurzeit ausgesetzt ist. Aus Gründen der Versorgungsneutralität wäre es zudem notwendig, dass entsprechende Angaben auch aus dem Krankenhaus vorlägen, was eine Änderung der Rechtsverordnung erfordern würde. Insofern bleibt für eine weitere Analyse abzuwarten, ob sich die Sachlage in dieser Hinsicht ändert.

Die Einwände zur Hierarchieverletzung zwischen HMG276 und 275 sind sachlich richtig. Die Hierarchieverletzung wird im folgenden Abschnitt untersucht.

Überprüfungen der Zusammensetzung der HMG und der sinnvollen Einführung einer Diagnosevalidierung mit Arzneimitteln bzw. einer Differenzierung werden für sachgerecht gehalten und im Rahmen der nächsten Anpassungen angestrebt.

9.4 Untersuchung

In Anbetracht der zur Verfügung stehenden Zeit sind zwei Varianten für die Aufhebung der Hierarchieverletzung gerechnet worden, einerseits eine Zusammenlegung, andererseits ein Positionstausch der entsprechenden HMGs. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Berechnungsergebnisse Hierarchieverletzung HMG275 und 276

Ausgangsmodell				Zusammenlegung HMG 275 und 276				Positionstausch HMG 275 und 276			
Hierarchie 2b ("Neubildungen - Solide Tumoren")				Vollerhebung				Vollerhebung			
				R ²	24,3091%			R ²	24,3092%	(+0,0001%)	
				CPM	23,6125%			CPM	23,6128%	(+0,0003%)	
				MAPE	1.948,39 €			MAPE	1.948,39 €	(-0,01 €)	
Risikogruppe	N	Beta	Std.-Fehler	Risikogruppe	N	Beta	Std.-Fehler	Risikogruppe	N	Beta	Std.-Fehler
HMG268 Lungenmetastasen, Metastasen der Verdauungsorgane, Tumolyse-Syndrom	118.594	19.880 €	23 €	HMG268	118.594	19.879 €	23 €	HMG268	118.594	19.880 €	23 €
HMG269 Metastasen sonstiger Lokalisation	73.963	13.094 €	27 €	HMG269	73.963	13.094 €	27 €	HMG269	73.963	13.094 €	27 €
HMG270 Lymphknotenmetastasen	80.824	7.879 €	25 €	HMG270	80.824	7.879 €	25 €	HMG270	80.824	7.879 €	25 €
HMG271 Bösartige Neubildung der Leber, des Pankreas sowie des ZNS	53.763	6.870 €	31 €	HMG271	53.763	6.870 €	31 €	HMG271	53.763	6.870 €	31 €
HMG272 Bösartige Neubildung des Ösophagus, Dünndarms, Peritoneums und Retroperitoneums, der Gallenblase, der Gallengänge	24.734	5.244 €	45 €	HMG272	24.734	5.243 €	45 €	HMG272	24.734	5.244 €	45 €
HMG273 Bösartige Neubildung des Pharynx, Larynx, der Luftröhre, Bronchien, Lunge, Pleura, des Stütz- und Bindegewebes sowie der Mamma (Alter < 45 Jahre)	151.479	3.724 €	18 €	HMG273	151.479	3.724 €	18 €	HMG273	151.479	3.725 €	18 €
HMG274 Bösartige Neubildung des Mundes / der Zunge / des Rektums	114.528	2.864 €	20 €	HMG274	114.528	2.863 €	20 €	HMG274	114.528	2.864 €	20 €
HMG275 Bösartige Neubildung des Magens, der Nebennieren, weitere intrathorakale bösartige Neubildungen der Atemwege, Neubildung unklarer Dignität des ZNS	584.863	1.564 €	9 €	HMG276	858.289	1.619 €	8 €	HMG276	283.637	1.774 €	13 €
HMG276 Bösartige Neubildung der Harnwege, Haut, Zervix, Ovarien und spezifische Neubildungen unklarer Dignität, Kaposi-Sarkom	273.426	1.738 €	13 €					HMG275	574.652	1.543 €	9 €
HMG277 Bösartige Neubildung der Prostata, des Kolons und multipler oder nicht näher bezeichneter Lokalisationen	685.110	876 €	9 €	HMG277	685.110	875 €	9 €	HMG277	685.110	877 €	9 €
HMG278 Bösartige Neubildung der Niere, männlichen Geschlechtsorgane sowie ungenau bezeichneter Lokalisation	140.302	667 €	18 €	HMG278	140.302	667 €	18 €	HMG278	140.302	667 €	18 €
HMG279 Bösartige Neubildung der Gebärmutter des Auges sowie Neubildungen unklarer Dignität unterschiedlicher Lokalisationen	336.348	408 €	12 €	HMG279	336.348	408 €	12 €	HMG279	336.348	408 €	12 €
HMG280 Neubildung unklarer Dignität der Haut	73.021	128 €	25 €	HMG280	73.021	128 €	25 €	HMG280	73.021	128 €	25 €

Im Fall der Zusammenlegung verschlechtern sich (erwartbar) die Kennzahlen des Modells leicht. MAPE steigt um 2 Cent, CPM sinkt um 0,0007 %, während das R² bis zur vierten Nachkommastelle gleich bleibt. Im Fall des Positionstausches verbessern sich dagegen die Gütemaße des Modells im Vergleich zum Ausgangsmodell/Festlegungsentwurf leicht. MAPE sinkt um 1 Cent, CPM steigt um 0,0003 %, das R² steigt um 0,0001 %. Vor diesem

Hintergrund empfehlen Wissenschaftlicher Beirat und BVA die Umsetzung des Positionstausches der HMGs 275 und 276.

9.5 Ergebnis

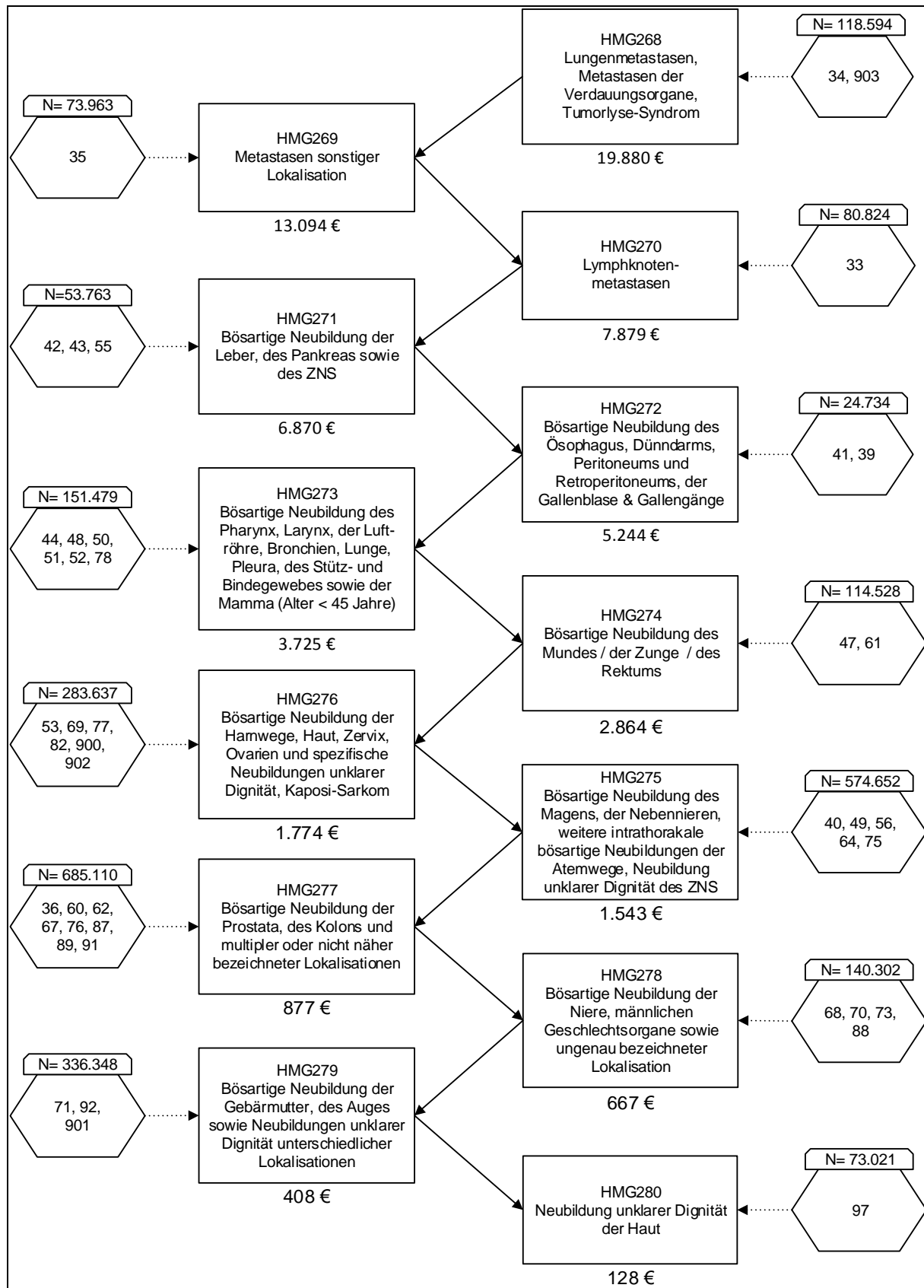
Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird innerhalb des Hierarchiestrangs 2b „Solide Tumoren“ die hierarchische Einordnung der HMGs 275 und 276 vertauscht. Der Hierarchiestrang 2a „Hämatologische Neubildungen“ ändert sich nicht.

Die Überprüfung, ob eine Differenzierung von Schweregraden und Kosten mit Hilfe der OPS-Angaben umgesetzt werden kann, wird mangels Daten bis auf weiteres zurückgestellt.

Eine Analyse der Zusammensetzung der HMGs und einer möglichen weitergehenden Arzneimitteldifferenzierung werden bei den nächsten Anpassungen angestrebt. Konkrete bzw. detaillierte Vorschläge hierzu werden begrüßt.

Die Abbildung 7 fasst die Festlegung für den Hierarchiestrang 2b zusammen.

Abbildung 7: Schematische Darstellung der Hierarchie 02b „Solide Tumoren“ in der Festlegung



10 Hierarchie 03: Diabetes mellitus

10.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie „Diabetes mellitus“ führte zu den im Folgenden aufgeführten Anpassungen:

- Die HMG223 und somit die Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ entfällt.
- Die HMG020 „Diabetes mellitus Typ 1“ der Hierarchie 3 „Diabetes mellitus“ wird umgewandelt (s.u.) und umbenannt in „Therapie mit Insulin“.
- Statt bisher alle Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 (E10.-) in die HMG020 aufzunehmen, wird für die ICD-Kodes E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.- und O24.0 bis O24.3 die neue DxG096 „Therapie mit Insulin“ geschaffen, welche in die neue HMG020 „Therapie mit Insulin“ führt. Die neue DxG096 „Therapie mit Insulin“ wird mit dem Aufgreifkriterium Sonderfall 1 „Differenzierung mit 183 Behandlungstagen“ geprüft. Die reinen Sternkodes H36.0, G59.0 und G63.2 werden nicht in die DxG096 aufgenommen.
- Es wird eine neue DxG094 „Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1“ eingeführt für Kinder unter 12 Jahren. In die neue DxG094 werden alle Codes des Diabetes mellitus Typ 1 (E10.-) aufgenommen. Die neue DxG094 führt in die neue HMG018, die ebenfalls „Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1“ genannt wird. Die DxG094 wird über M2Q validiert und wird mit Altersgrenzen von 0-11 Jahren belegt.
- Die neue HMG018 dominiert die neue HMG020: HMG018 → HMG020.

In Abbildung 8 werden die vorgenommenen Anpassungen der Hierarchie „Diabetes mellitus“ nochmals veranschaulicht. Dabei wurden hier in der Festlegung die redaktionellen Fehler behoben. Die Jahreswerte des linken Hierarchiestranges der HMG015, HMG016, HMG017 und HMG019 entsprechen nun den Werten der Tabelle 3

Abbildung 8: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Diabetes mellitus“

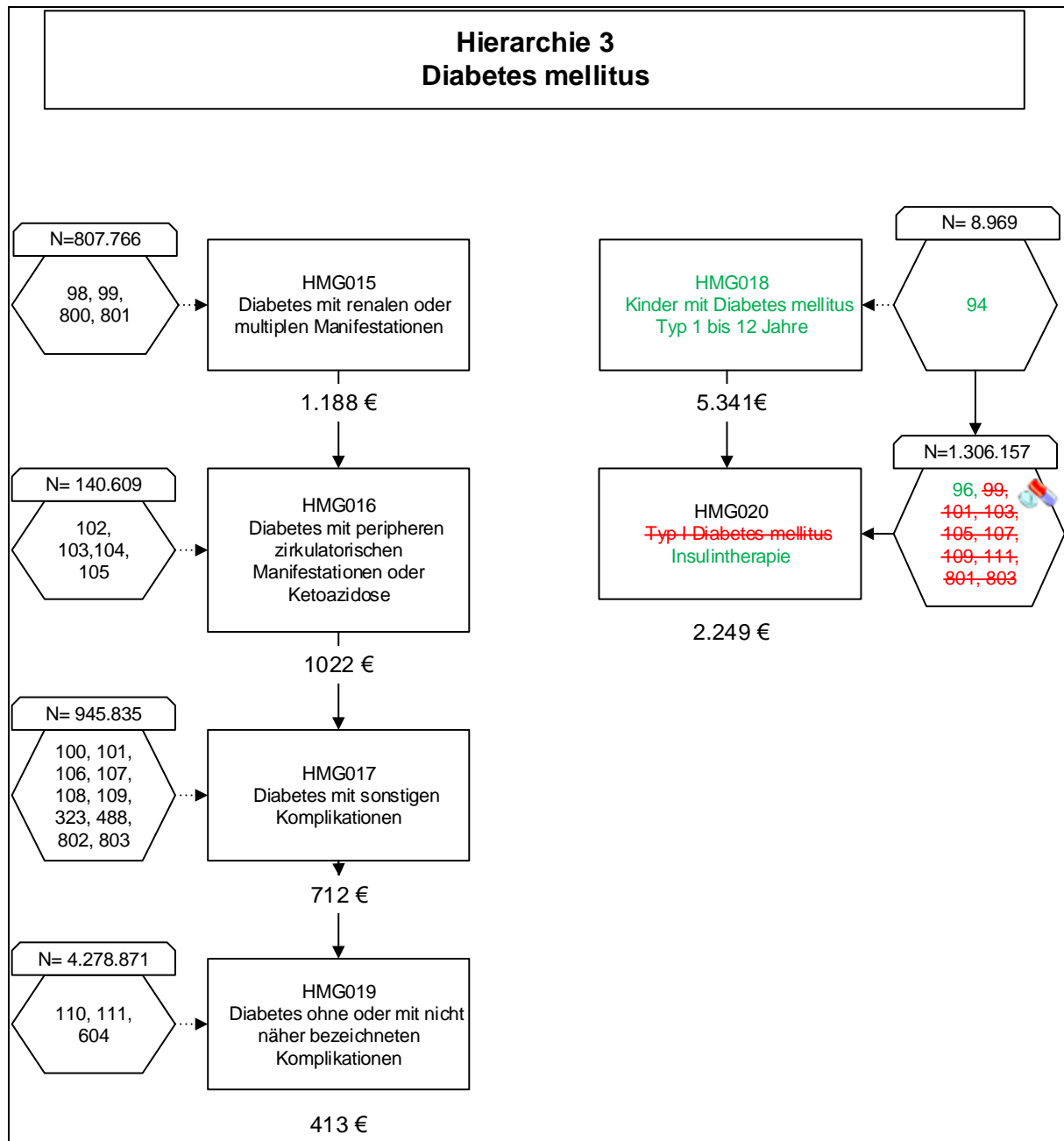


Tabelle 3: Ausgangsmodell versus neue Festlegung

		Ausgangsmodell			Modell 13 Vollerhebung		
R²		24,3091%			24,3927%		
CPM		23,6125%			23,7043%		
MAPE		1.948,39 €			1.945,74 €		
Risikofaktor	Label	N	Jahreswert	StDE	N	Jahreswert	StDE
HMG015	Diabetes mit renalen oder multiplen Manifestationen	807.766	1.954,33 €	9,58 €	807.766	1.187,77 €	9,96 €
HMG016	Diabetes mit peripheren zirkulatorischen Manifestationen oder Ketoazidose	140.609	1.642,72 €	18,83 €	140.609	1.021,58 €	18,99 €
HMG017	Diabetes mit sonstigen Komplikationen	945.835	1.203,29 €	8,21 €	945.835	711,45 €	8,16 €
HMG018	Kinder bis 12 Jahre mit Diab mell. Typ 1				8.969	5.341,35 €	71,87 €
HMG019	Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	4.278.871	536,87 €	3,70 €	4.278.871	413,15 €	3,74 €
HMG020_alt	Diabetes mellitus 1	555.863	1.758,50 €	10,26 €			
HMG020	Insulin Sonderzuschläge auf Grundlage SF1				1.306.157	2.248,66 €	7,85 €

10.2 Stellungnahmen

Zu den vorgesehenen Änderungen der Hierarchie „Diabetes mellitus“ sind Stellungnahmen vom GKV-SV, der Barmer GEK, dem IKK e.V., der TK, der HEK, der hkk, dem BKK-DV, der KKH, der DAK und dem AOK-BV eingegangen. Wir danken für alle redaktionellen Hinweise und inhaltlichen Anregungen.

Bei den redaktionellen Anmerkungen zum Festlegungsentwurf ist hervorzuheben, dass die Kostenschätzer in der Tabelle 26 des Festlegungsentwurfes zutreffend sind, jedoch versehentlich in der Abbildung 19 im linken Hierarchiestrang nicht übernommen wurden (in der oben dargestellten Tabelle 3 wurde dieser Fehler bereits behoben). Ebenfalls wurde auf S. 75 des Festlegungsentwurfes fehlerhaft O24.4 statt O24.3 geschrieben.

Inhaltlich kann man die Anregungen aus dem Anhörungsverfahren in folgende Themenpunkte gliedern:

- Altersgrenze für Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1
- Umgestaltung der HMG020 zu einem „Insulinzuschlag“
- Aufgreifkriterien verändern
 - für DxG 94 und 96
 - für DxG 543
- Eindeutigere Zuordnung von Schwangeren mit Diabetes mellitus
- Wegfall der Hierarchie 26 (diabetische Retinopathie)
 - H36.0 diabetische Retinopathie
 - H28.0 diabetische Katarakt (Aufnahmewunsch)

Auf die einzelnen Punkte soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

10.2.1 Altersgrenze für Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1

Wie in verschiedenen Stellungnahmen kritisch angemerkt wurde, hat das BVA hier erstmals eine neue Abgrenzung über das Alter hergestellt und bisher noch kein „generelles Kriterium“ für Altersabgrenzung entwickelt.

Die TK, HEK, hkk begrüßen die Einführung einer gesonderten HMG für Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 und auch die AOK findet dies nachvollziehbar. Der GKV-SV wünscht eine nähere Begründung der Altersgrenze. Die DAK schlägt eine Anhebung der Altersgrenze auf 15 Jahre vor, der IKK e.V. auf 13 Jahre.

Das BVA hat sich zunächst weniger aus medizinischen Gründen, sondern eher aus der logischen Konsistenz des Modells heraus auf die „Altersgrenze“ <12 Jahre für Kinder festgelegt. Diese Grenze wurde im Klassifikationssystem bisher bei sämtlichen Arzneimittelprüfungen, denen eine Berechnung von Behandlungstagen zugrunde liegt angewendet. Diese Altersgrenze ist medizinisch u.a. damit begründbar, dass in vielen Fällen Arzneimittel bis zum 12. Lebensjahr **gewichtsadaptiert** verabreicht werden und ab 12 Jahren häufig von Jugendlichen bzw. Erwachsenen die Rede ist (z.B. Dosierungsangaben für Antibiotika). Bei der Erarbeitung des Festlegungsentwurfes hatte das BVA zunächst darauf abgezielt, ausschließlich einen „Insulinzuschlag“ zu generieren, dabei allerdings festgestellt, dass insbesondere Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 besonders hohe Leistungsausgaben auslösen. Mit der Einführung einer gesonderten Gruppe für Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 sollten insbesondere (kleinere) Kinder mit Insulintherapie von Jugendlichen / Erwachsenen abgrenzt werden, um diesen (kleineren) Kindern auch einen „Insulinzuschlag“ gewähren zu können, selbst wenn diese aufgrund ihres Körpergewichtes nicht 92 BT mit Insulin erreichen. Derzeit werden 183 bzw. 92 BT als Aufgreifkriterium für die DxG096 der HMG020 gefordert. In der Zukunft werden wir die Daten weiter überprüfen und ggf. eine Veränderung der Altersgrenze vornehmen.

10.2.2 Umgestaltung der HMG020 zu einer HMG „Therapie mit Insulin“

Einige Stellungnahmen (z.B. AOK-BV) begrüßen die Umwandlung der HMG020 zu einem „Insulinzuschlag“. Die Barmer GEK und der IKK e.V. lehnen die Einführung eines Insulinzuschlags hingegen ab, da sie unberechtigte Doppelzuweisungen befürchten. Ebenfalls erscheint ihnen die Wahl der DDD-Grenze im Fall von Insulin wegen verschiedener Darreichungsformen und Gewichtsabhängigkeit als fragwürdig. Zudem hat die Barmer GEK analysiert, dass ein Viertel der Gesamtbesetzung der neuen HMG020 aus Diabetikern besteht, die zuvor der HMG019 (Diabetes ohne Komplikationen) zugeordnet worden sind und nach Ansicht der Kasse „unberechtigt Insulin“ erhalten.

Das BVA hat die Struktur der Hierarchie deshalb umgestaltet, weil interne Analysen ergeben haben, dass alle Gruppen von „Diabetikern“ (z.B. Typ 1, Typ 2, nicht näher bezeichnete Diabetiker, Kombinationen hiervon) höhere prospektive Ausgaben haben, sobald Insulin-

Verordnungen vorhanden sind. Dies gilt unabhängig vom kodierten Schweregrad. Möglicherweise liegt dies daran, dass die Qualität der kodierten Komplikation insbesondere bei den „**komplikationslosen** Diabetikern“ (E10.9, E11.9, E12.9 etc.) zu hinterfragen ist.

Das BVA hatte im Festlegungsentwurf Modelle untersucht, in denen diese sog. „leichteren Diabetesfälle“ (.8 / .9er Diagnosen) aus der Insulinzuschlagsgruppe herausgelöst wurden. Hierbei kamen in der Stichprobe ca. 18% weniger Versicherte in die „Insulinzuschlagsgruppe“. Wären nun die vermeintlich „teureren Diabetiker“ in der kleineren HMG 020 verblieben, hätte der Schätzer in dieser Gruppe ansteigen müssen (Tabelle 23, 2b des Festlegungsentwurfes). Da der Schätzer jedoch sogar abgesunken ist, muss paradoxer Weise davon ausgegangen werden, dass gerade Versicherte mit besonders hohen Leistungsausgaben diese „.8/.9er Diagnosen“ enthalten. Bei Verschreibungen von Insulin mit mindestens 183 BT geht das BVA davon aus, dass diese auch gerechtfertigt sind.

Das BVA hat überlegt, ob diese „Mehrausgaben“ der insulinisierten Diabetiker auf die Insulintherapie an sich zurückzuführen sind. Die höheren Ausgaben lassen sich nach unseren Analysen aber nicht ausschließlich durch die reine Insulintherapie mit Zubehör erklären, sondern haben vermutlich auch andere Ursachen. Wegen der Gewichtsabhängigkeit wurden die Kinder mit Typ 1-Diabetes (<12 Jahre) von dieser Gruppe abgetrennt und nicht mit einer Insulindosis (BT) überprüft (s.o.).

In der Zukunft wird beobachtet werden, ob sich das Ordnungsverhalten in Bezug auf Insulin verändert. Ebenfalls wird der Anteil „komplikationsloser Diabetiker“ im Insulinzuschlag zu beobachten und ggf. über weitere Verbesserungsmöglichkeiten des Modells zu diskutieren sein.

10.2.3 Aufgreifkriterien

10.2.3.1 *Aufgreifkriterien der neuen DxGs 094 und 096*

Der GKV-SV hat angeregt zu prüfen, ob das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ der ICD-Kodes „Diabetes mit Koma / Ketoazidose“ innerhalb der neuen DxGs 094 und 096 ebenfalls wie in den DxGs 104 und 105 gefordert werden müsse. Da es sich bei den DxGs 104 und 105 um die Diagnosen „Diabetes mellitus mit Koma / entgleister Diabetes mellitus mit Ketoazidose“ handelt, ist hier zur Erlangung des Zuschlags eine stationäre Einweisung erforderlich, um den Aufwand der medizinischen Behandlung des Komats bzw. der Entgleisung, die stationär behandelt werden müssen, zu erfassen. Im Ggs. hierzu wird im rechten Hierarchiestrang (DxG 094 und DxG 096) ein „Insulinzuschlag“ gewährt, so dass hier einem Diabetiker, der wegen eines diabetischen Komats behandelt wird und eine ausreichende Menge an Insulintherapie erhält, der „Insulinzuschlag“ erteilt wird, ohne dass dies an einen stationären Aufenthalt gekoppelt sein muss (der stationäre Aufenthalt wird ja bereits im linken Hierarchiestrang berücksichtigt).

10.2.3.2 *Aufgreifkriterien der DxG 543*

Die DAK hat eine Übersicht über alle Stern-Nebendiagnosen des Diabetes mellitus übersandt mit dem Anpassungsvorschlag, z.B. die Aufgreifkriterien für die Diagnose N08.3 („diabetische Nephropathie“) in der HMG132 („Nephritis / Nierenfunktionsstörung“) zu verändern. Da diese Diagnose jedoch innerhalb der Hierarchie 20 („Erkrankungen des Urogenitalsystems“) in der DxG543 aufgegriffen wird, die eine Vielzahl nephrologischer Erkrankungen beinhaltet, die alle keine diabetesspezifische Ursache haben, kann man diese diabetesspezifischen Aufgreifkriterien (z.B. Arzneimittel) auch nicht in dieser DxG fordern. In den kommenden Festlegungszyklen könnte darüber diskutiert werden, eine gesonderte DxG für den Code N08.3 in der Hierarchie 20 (Erkrankungen des Urogenitalsystems) und andere Nebendiagnosen des Diabetes mellitus zu generieren, die eine Gleichstellung der Aufgreifkriterien für Nebendiagnosen des Diabetes mellitus mit anderer Hierarchiezugehörigkeit ermöglicht.

10.2.4 Eindeutigere Zuordnung von Schwangeren mit Diabetes mellitus

Die Barmer GEK regt an, die Diagnosen O24.4 und O24.9 (Gestationsdiabetes) nur in der Hierarchie 21 (Schwangerschaft) zu berücksichtigen. Nach unserer Auffassung müssen die Versicherten, die in der Schwangerschaft einen Diabetes entwickeln, auch erstmalig diabetologisch (z.B. diätetisch) beraten und individuell behandelt werden und sollten daher nicht nur in der Schwangerschaftshierarchie, sondern auch in der Diabeteshierarchie berücksichtigt werden. Sie laufen derzeit ausschließlich in die unterste HMG019 des linken Hierarchiestranges.

Im Umkehrschluss wird von der Barmer GEK vorgeschlagen, Schwangere mit vorbestehendem Diabetes (O24.0-O24.3) ausschließlich in der Diabeteshierarchie 3 zu berücksichtigen, da davon auszugehen sei, dass bei korrekter Kodierung eine Schwangerschaft auch ohne Nutzung der genannten Diabetescodes verschlüsselt und im Klassifikationsmodell aufgegriffen wird. Da die Hierarchie 21 in diesem Anpassungszyklus allerdings nicht überarbeitet worden ist, behält sich das BVA vor, die Anmerkung der Barmer GEK ggf. zu einem späteren Zeitpunkt nochmals zu prüfen.

10.2.5 Erkrankungen des Auges mit Wegfall der Hierarchie 26 (ICD-Kode H36.0)

10.2.5.1 *H36.0 diabetische Retinopathie*

Die Barmer GEK begrüßt das Vorgehen des BVA bei der Berücksichtigung der diabetischen Retinopathie ausschließlich im Bereich des Diabetes und fordert ein analoges Vorgehen auch bei weiteren diabetischen Komorbiditäten.

Die DAK regt dagegen an, den ICD-Kode H36.0 „Diabetische Retinopathie“ weiterhin „doppelt“ zu berücksichtigen bzw. innerhalb der Hierarchie 03 „Diabetes“ hierfür einen

eigenen Hierarchiestrang zu erstellen. Dies genau hat das BVA verworfen, um die Manipulationsanfälligkeit des Modells durch Wegfall der Doppelberücksichtigung zu senken.

Eine differenziertere Aufsplittung der HMGs des linken Hierarchiestrangs kann ggf. zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen der Weiterentwicklung erneut geprüft werden.

10.2.5.2 H28.0 diabetische Katarakt

Die DAK regt weiterhin an, bei der Krankheitsauswahl die „Diabetische Katarakt“ (H28.0) in der Krankheitsgruppe Diabetes mellitus zu berücksichtigen. Diese Anregung wird frühestens bei der nächsten Krankheitsauswahl zu diskutieren sein.

10.3 Ergebnis

Die im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Anpassungen des Klassifikationsmodells werden nach Prüfung der Vorschläge aus dem Anhörungsverfahren ohne weitere Änderungen im Bereich der Hierarchie 03 umgesetzt.

11 Hierarchie 04: Metabolische Erkrankungen

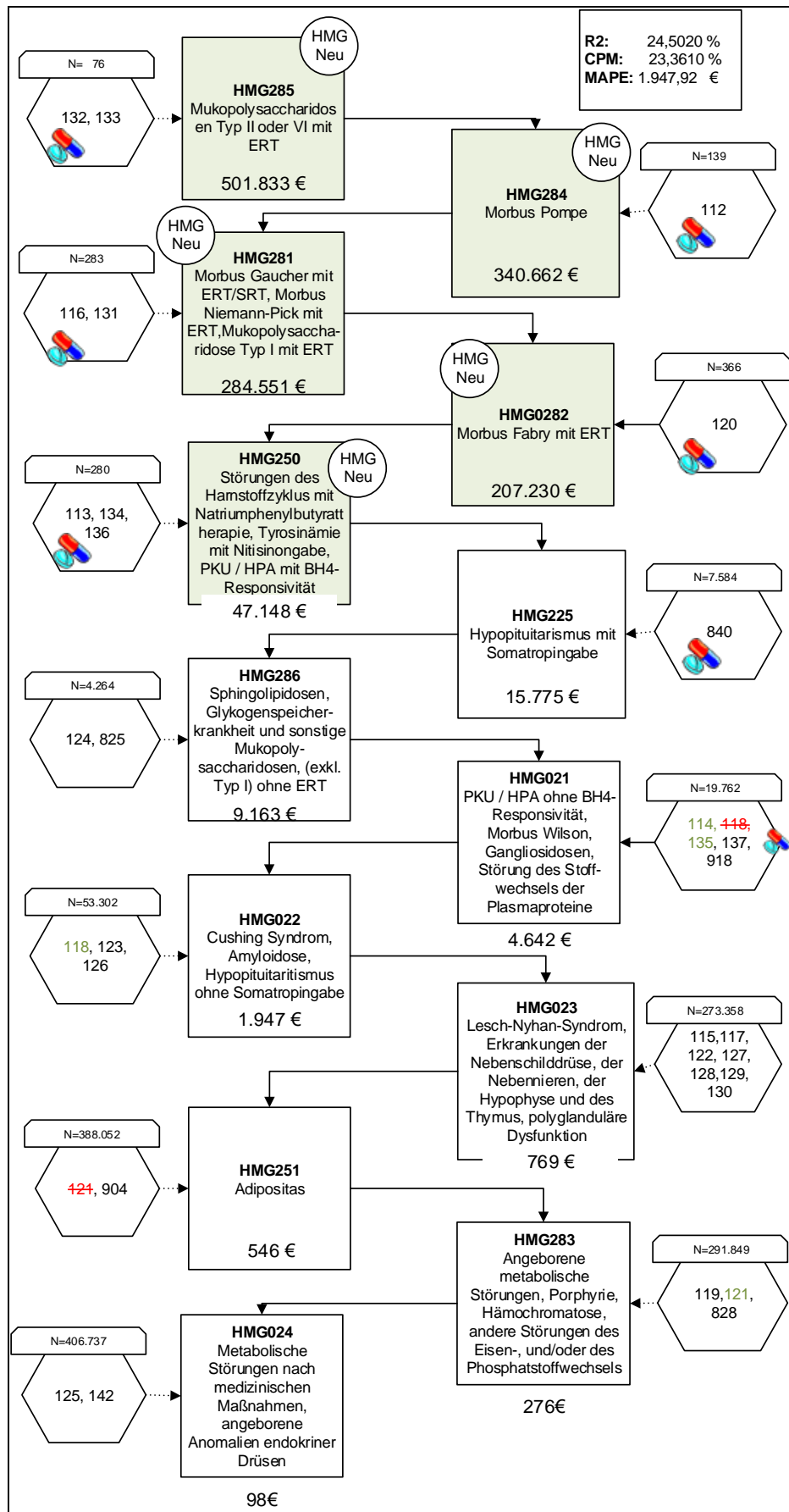
11.1 Festlegungsentwurf

Für die Hierarchie der metabolischen Erkrankungen wurde vorgeschlagen, die bisherige HMG202 „Lysosomale Speicherkrankheiten mit ERT/SRT“ in vier getrennte HMGs aufzuspalten, welche aufgrund ihrer Diagnose und eines oder mehrerer ATC-Siebensteller zielgenau krankheitsspezifisch voneinander abgegrenzt werden. Als Aufgreifkriterium wurde die neu eingeführte „Arzneimitteldifferenzierung über 42 Behandlungstage“ vorgeschlagen.

Des Weiteren wurde vorgeschlagen, weitere Gruppen über ICD-Kodes und ATC-Siebensteller neu abzugrenzen. Dies betraf „Störungen des Harnstoffzyklus“, „Tyrosinämie“, „Phenylketonurie mit BH4-Responsivität“ (jeweils „Schweregraddifferenzierung über 42 BT“), sowie „Morbus Wilson“ (Arzneimittel obligat-chronisch: 183 BT). Ebenfalls wurde eine neue DxG für die GM1/GM2-Gangliosidosen geschaffen.

Die nach Aspekten der Kostenhomogenität dann neu geordnete Hierarchie soll die in Abbildung 9 abgebildete Form erhalten.

Abbildung 9: Festlegungsentwurf für die Hierarchie 04 "Metabolische Erkrankungen"



11.2 Nachtrag zum Festlegungsentwurf in Bezug auf E76.3 „Mukopolysaccharidose, nicht näher bezeichnet“

11.2.1 Hintergrund

Im Zuge der Qualitätskontrollen zum Festlegungsentwurf für die Klassifikation des Ausgleichsjahrs 2015 wurde festgestellt, dass der Umbau der ehemaligen HMG202 im Festlegungsentwurf nur unvollständig war. Bei der DxG-Auftrennung der im Zusammenhang einer zielgenaueren Zuordnung von ATC-Siebenstellern wurde übersehen worden, dass in der früheren DxG826 „Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT“ neben den ICD E76.0 „Mukopolysaccharidose, Typ I“, E76.1 „Mukopolysaccharidose, Typ II“ und E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ zusätzlich auch die Diagnose E76.3 „Mukopolysaccharidose, nicht näher bezeichnet“ enthalten war.

Diese Diagnose war bei Einführung der Arzneimitteldifferenzierung der lysosomalen Speicherkrankheiten über ERT/SRT in die Diagnosegruppe aufgenommen worden, nachdem festgestellt worden war, dass sich hinter Versicherten mit der Kombination aus ICD E76.3 mit entsprechenden Arzneimittelverordnungen des ATC-Kodes A16AB weitere, über die anderen ICD-Schlüssel nicht aufgegriffene kostenintensive Fälle verbergen.

Vor diesem Hintergrund wurde im Nachgang zum Festlegungsentwurf eine Analyse mit dem Ziel gestartet, die Auswirkungen der Ergänzung der Diagnose E76.3 in die neu geschaffenen Dx-Gruppen 131-133 auf das Gruppierungsergebnis zu ermitteln. Durch die Arzneimittelprüfung der Dx-Gruppen 131-133 mit den jeweiligen krankheitsspezifischen ATC-Siebenstellern ist sichergestellt, dass nur der jeweils genau bezeichnete Mukopolysaccharidosetyp die jeweilige entsprechende Prüfung bestehen kann.

11.2.2 Untersuchung

Die für die folgende Auswertung hinterlegte Zuordnung für die betroffenen Dx-Gruppen wird in Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4: Überarbeitete ICD-DxG-ATC Zuordnung für DxG 131-133

ICD	DXG	DXG_Bezeichnung	ATC	ATC_Bezeichnung
E76.0 E76.3	131	Mukopolysaccharidose Typ I	A16AB05	Laronidase
E76.1 E76.3	132	Mukopolysaccharidose Typ II	A16AB09	Idursulfase
E76.2 E76.3	133	Mukopolysaccharidose Typ VI	A16AB08	Galsulfase

Legt man diese Zuordnungssystematik der Gruppierung der metabolischen Erkrankungen zugrunde, erhält man die in Tabelle 5 ausgewiesenen Veränderungen von Gruppierung und Regressionsergebnis, die zwischen Festlegungsentwurf und dem einem Modell mit Zuordnung des bislang vernachlässigten Codes resultieren (zur Verbesserung der Übersichtlichkeit, wurden alle HMGs, welche keinen Bezug zu lysosomalen Speicherkrankheiten haben, ausgeblendet).

Tabelle 5: Regressionsergebnisse für die Gruppierung mit Erweiterung der DxG 131-133 um E76.3

		M8: Festlegungsentwurf			A1: Festlegungsentwurf, aber E76.3 mit ERT/SRT aufgenommen		
	R2	24,5020%		0,1929%	24,5298%		0,2207%
	CPM	23,6310%		0,0185%	23,6323%		0,0198%
	MAPE	1.947,92 €		-0,47 €	1.947,89 €		-0,50 €
Variable (neu)	Bezeichnung (neu)	N	Jahreswert	StdE	N	Jahreswert	StdE
HMG285	Mukopolysaccharidose Typ 2 oder 6 (21/42 BT)	76	501.833,37 €	782,81 €	79	504.306,99 €	767,46 €
HMG284	Morbus Pompe (21/42 BT)	139	340.662,27 €	579,14 €	139	340.662,45 €	579,06 €
HMG281	Morbus Gaucher, Mukopolysaccharidose Typ 1 (21/42 BT)	283	284.550,53 €	404,61 €	283	284.550,62 €	404,55 €
HMG282	Morbus Fabry mit ERT/SRT	366	207.229,74 €	355,10 €	366	207.229,80 €	355,04 €
HMG286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und Mukopolysaccharidosen Typ II ohne ERT/SRT	4.264	9.163,20 €	104,97 €	4.263	9.019,41 €	104,97 €
HMG283	Angeborene metabolische Störungen, Porphyrie	291.849	275,52 €	12,68 €	291.847	271,72 €	12,67 €

Die sichtbar werdende Veränderung bei HMG-Besetzung und Kostenschätzer für HMG285 „Mukopolysaccharidosen Typ II und VI“ zeigt, dass durch die bislang unterlassene Zuordnung von E76.3 zu den jeweiligen Dx-Gruppen drei kostenintensive Versicherte den HMG286 und HMG283 im Festlegungsentwurf nicht zielgenau zugeordnet werden. Die überarbeitete Zuordnung in HMG285 führt nunmehr zu einem weiteren Anstieg der geschätzten prospektiven Leistungsausgaben der entsprechenden Versicherten und zu einem Absinken des Schätzers jener HMG, aus welchen diese nun durch die Dominanzbeziehung bereinigt werden. Zudem verbessern sich durch die angepasste Zuordnung sämtliche Kennzahlen. Auch wenn nur drei Versicherte durch die veränderte Zuordnung erfasst werden, so ist dieser Anstieg der Versichertenanzahl bei der ohnehin knapp besetzten HMG285 zu begrüßen. Somit lässt sich festhalten, dass eine Zuordnung der Mukopolysaccharidosen gemäß Tabelle 4 eine weitere Modellverbesserung darstellt. Diese – im Vergleich zum Festlegungsentwurf –erweiterte Zuordnung zu den DxG 131-133 wird daher für die Festlegung des Ausgleichsjahres 2015 umgesetzt.

11.3 Eingegangene Stellungnahmen zu den vorgesehenen Änderungen der Hierarchie 04 „Metabolischen Erkrankungen“

11.3.1 Ausdifferenzierung der lysosomalen Speicherkrankheiten und Stabilität der neu geschaffenen HMGs 281, 282, 284 und 285 im Zeitablauf

GKV-SV und IKK e.V. thematisieren die Stabilität der neu geschaffenen Morbiditätsgruppen für lysosomale Speicherkrankheiten. Insbesondere mahnen Sie in Anbetracht der geringen Gruppenbesetzung an, bei der HMG285 „Mukopolysaccharidosen Typ II und VI“ die Stabilität von Besetzung und Kostenstruktur im Zeitablauf zu überprüfen. Insbesondere der IKK e.V. führt an, dass belegt sein sollte, dass die von BVA und Beirat benannte und zur Begründung der Abtrennung der Gruppe herangezogene starke Kostendifferenz (ca. 160.000 €) zur nächstniedrigeren HMG (HMG284 „Morbus Pompe“) auch im Zeitablauf Bestand hat.

Der AOK-BV bezeichnet die Ausdifferenzierung der lysosomalen Speicherkrankheiten als sachgerecht.

Der BKK Dachverband bittet um Aufklärung, warum die Ausdifferenzierung der lysosomalen Speicherkrankheiten vorgenommen wird. Er kritisiert, dass mit der vorgenommenen Ausdifferenzierung eine Annäherung an einen Ist-Kosten-Ausgleich stattfände und zudem bewusst eine Verletzung der Mindestzellbelegung in Kauf genommen werde.

11.3.2 Aufgreifkriterium „Arzneimitteldifferenzierung über 42 (21) Behandlungstage“ für ausgewählte DxG der Hierarchie

Barmer GEK und DAK bezeichnen die Umstellung des Aufgreifkriteriums als sinnvoll bzw. sachgerecht. Während die Barmer GEK argumentiert, dass eine höhere Menge an Behandlungstagen keinen höheren Schweregrad anzeige und die Sinnhaftigkeit der Verwendung von 42 BT damit begründet, dass einige Versicherte mit Beginn der Therapie im Vorjahr im Folgejahr mit Umstellung des Kriteriums besser aufgegriffen würden (und somit auch die Mehrheit der Versicherten besser abgebildet werde), fordert die DAK hingegen unterschiedliche Gruppen mit dem Etikett „Dauer-“ bzw. „Bedarfsmedikation“ auch für die lysosomalen Speicherkrankheiten.

Auch wenn die Ausdifferenzierung der lysosomalen Speicherkrankheiten per se als sachgerecht bewertet wird, fordert der AOK-BV eine Kombination aus den Kriterien Verordnungsquartale bzw. Behandlungstage, da eine Arzneimittelvalidierung allein auf Basis „starrer BT-Grenzen“ als ungeeignet erachtet wird.

Der IKK e.V. kritisiert die Anwendung des Kriteriums 42 BT für die DxG 136 „Tyrosinämie mit Nitisinongabe“, da laut Fachinformationen keine Auslassversuche bzw. Bedarfsmedikation vorgesehen seien. Die Einführung der zusätzlichen Möglichkeit der Arzneimitteldifferenzierung wird als „Abwertung“ bezeichnet, die „nicht sinnvoll“ sei.

11.3.3 Zusammensetzung der HMG250

Die DAK kritisiert die Zusammenlegung der DxG136 „Störungen des Tyrosinstoffwechsels“ mit den weiteren DxGs der HMG250 „Störungen des Harnstoffwechsels mit Natriumphenylbutyrattherapie, Tyrosinämie mit Nitisinongabe, PKU/HPA mit BH4-Responsivität“ (DxG113 und DxG134), da diese erheblich höhere Durchschnittskosten aufweise als DxG113 und DxG134. Vor dem Hintergrund sei eine Auslagerung und Höherstufung der DxG136 in der Hierarchie oberhalb von HMG250 gerechtfertigt.

11.3.4 Sonstige Kritik

Der IKK e.V. bemängelt, dass der Vorschlag des Verbandes aus dem Anhörungsverfahren zum Klassifikationsmodell 2014 zur Begrenzung der zuschlagsrelevanten Wirkstoffe auf Miglustat (A16AX06) im Vorjahr nicht umgesetzt wurde und fordert weitergehende Analysen in Bezug auf die damals zur Ablehnung des Vorschlags herangezogene Begründung.

11.4 **Bewertung der Stellungnahmen**

11.4.1 Zur Ausdifferenzierung und Stabilität der neu geschaffenen HMG der lysosomalen Speicherkrankheiten im Zeitablauf

Das BVA erkennt an, dass in Bezug auf die Stabilität der verwendeten Kriterien für die Ausdifferenzierung der lysosomalen Speicherkrankheiten ausreichend Sicherheit gegeben sein sollte. Insbesondere weil für die Gruppe der Mukopolysaccharidosen Typ II und VI (HMG285) eine Ausnahme von der eigentlichen Regel einer Mindestzellbesetzung von 100 Versicherten getätigt wird, sollte die Sicherheit gegeben sein, dass die Kostendifferenz zur nächst-niedrigeren HMG von ca. 160.000 € ein über verschiedene Datenmeldungen stabiles Phänomen darstellt.

Zur empirischen Prüfung des Sachverhaltes wurden aus zwei weiteren Datenmeldungen, nämlich den Meldungen für die Meldejahre 2012 und 2014, sämtliche Versicherten mit den ICD-Kodes E74.0, E75.2, E76.0, E76.1, E76.2 und E76.3 der Berichtsjahre 2010 bzw. 2012 herausgefiltert. Für diese Versicherten wurde eine Verknüpfung von ICD-Kodes, verordneten Wirkstoffen und prospektiven Leistungsausgaben erstellt, um einen Überblick über die Versichertenzahlen und Kostenverteilung im Zeitablauf gemäß der Kriterien für die DxGs 112, 116, 120, 131, 132 und 133 des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2015 zu erhalten.

Betrachtet man die in Tabelle 6 abgebildeten Versichertenzahlen der neu geschaffenen Dx-Gruppen im Zeitablauf, so zeigt sich, dass für fast alle betrachteten Dx-Gruppen ein leichter Anstieg der betroffenen Versicherten zwischen 2010 und 2012 zu beobachten ist. Zentral für

die Frage, ob die Mukopolysaccharidosen Typ II und VI in einer eigenen Gruppe von den anderen Morbiditätsgruppen abzugrenzen sind, ist jedoch die Stabilität der Kostenverteilung.

Tabelle 6: Gruppenbesetzung der lysosomalen Speicherkrankheiten mit ERT/SRT in den Berichtsjahren 2010-2012

DxGn	N_2010	N_2011	N_2012
alle Versicherten mit Lysosomalen Speicherkrankheiten und ERT/SRT	750	873	940
112: Morbus Pompe	110	139	153
116: Morbus Gaucher	221	258	281
120: Morbus Fabry	327	369	397
131: Mukopolysaccharidosen Typ I	21	27	28
132: Mukopolysaccharidose Typ II	38	42	45
133: Mukopolysaccharidose Typ VI	33	38	36

Tabelle 7: Verteilung der prospektiven Leistungsausgaben für Versicherte mit lysosomalen Speicherkrankheiten und ERT/SRT in den Berichtsjahren 2010-2012

Berichtsjahr Diagnose	Prospektive Leistungsausgabenverteilung					
	10. Perzentil	25. Perzentil	Median	Durchschnitt	75. Perzentil	90. Perzentil
<i>DxG 112: Morbus Pompe</i>						
2010	134.963,18 €	247.062,76 €	360.143,61 €	346.430,95 €	425.490,93 €	564.936,63 €
2011	114.315,69 €	257.615,03 €	357.297,43 €	341.663,01 €	442.166,21 €	519.019,46 €
2012	126.168,83 €	187.650,07 €	246.318,37 €	285.984,78 €	365.315,15 €	495.792,68 €
<i>116: Morbus Gaucher</i>						
2010	121.725,05 €	172.290,90 €	264.537,89 €	281.679,43 €	388.046,98 €	483.554,39 €
2011	112.382,94 €	180.895,92 €	251.318,20 €	285.434,00 €	392.036,11 €	505.173,32 €
2012	110.386,94 €	183.586,07 €	256.290,26 €	286.686,56 €	391.061,57 €	496.870,25 €
<i>120: Morbus Fabry</i>						
2010	123.463,76 €	167.516,91 €	205.653,11 €	201.418,07 €	247.166,90 €	273.645,76 €
2011	123.658,90 €	180.183,34 €	209.154,86 €	212.061,28 €	250.654,68 €	305.151,67 €
2012	125.356,84 €	181.819,28 €	207.451,75 €	211.511,96 €	248.718,87 €	306.421,37 €
<i>131: Mukopolysaccharidosen Typ I</i>						
2010	62.718,30 €	148.859,82 €	213.083,35 €	240.075,91 €	315.977,39 €	467.186,56 €
2011	54.836,96 €	153.473,41 €	228.691,17 €	267.151,60 €	381.456,59 €	482.587,43 €
2012	106.967,33 €	200.028,40 €	350.976,08 €	319.316,47 €	424.542,63 €	514.306,64 €
<i>132: Mukopolysaccharidose Typ II</i>						
2010	253.348,97 €	343.565,34 €	538.215,25 €	516.559,88 €	622.110,95 €	794.642,81 €
2011	168.300,37 €	339.662,69 €	548.525,44 €	501.884,91 €	675.665,97 €	770.297,28 €
2012	218.268,32 €	364.715,68 €	530.622,88 €	496.716,62 €	635.372,87 €	763.739,82 €
<i>133: Mukopolysaccharidose Typ VI</i>						
2010	245.786,42 €	301.272,92 €	537.930,15 €	534.378,06 €	669.287,54 €	867.819,24 €
2011	230.052,47 €	300.625,83 €	440.883,70 €	506.021,49 €	661.867,30 €	1.010.428,47 €
2012	197.100,47 €	317.031,25 €	404.022,66 €	501.212,75 €	636.830,17 €	988.810,25 €

Einsicht in diese Frage gibt Tabelle 7, welche die prospektive Kostenverteilung der validierten Versicherten der entsprechenden Dx-Gruppen ausweist. Hier zeigt sich, dass die

bisher getroffene Einteilung in die HMGs des Festlegungsentwurfs – insbesondere die Abgrenzung zwischen HMG284 und HMG285 – eine sinnvolle Maßnahme darstellt:

Vergleicht man nämlich die Verteilung der prospektiven Leistungsausgaben der betroffenen Versicherten von DxG132 und DxG133 (zusammen HMG285) mit jener von DxG112 (entspricht der nächstgelegenen HMG284), so zeigt sich, dass der Abstand zwischen diesen Gruppen in allen drei betrachteten Datenmeldungen beachtlich ist. Sowohl am unteren Ende der Verteilung (beim 10. Perzentil), als auch in der Mitte (Median) und am oberen Ende (90. Perzentil) zeigt sich ein deutlicher Abstand der prospektiven Leistungsausgaben zwischen den betroffenen Versichertengruppen. Vergleicht man die Abstände im Zeitablauf, scheinen diese eher zu steigen als zu sinken.

Gegeben, dass der im Festlegungsentwurf zur Begründung der Auftrennung dieser Gruppen benannte hohe Kostenabstand zwischen diesen Gruppen in den drei aktuellsten zur Verfügung stehenden Datenmeldungen somit stabil ist, ist zu schließen, dass die im Festlegungsentwurf getroffene Einteilung einen geeigneten Ansatz zur Trennung unterschiedlicher Kostenstrukturen darstellt. Das Abweichen von der Regel der Mindestbesetzung von 100 Versicherten wird vor diesem Hintergrund als gerechtfertigt angesehen. An der vorgenommenen Aufteilung wird daher festgehalten.

Gleichzeitig entkräftet die vorgelegte Verteilung die Kritik des BKK Dachverbandes, die vorgenommene Einteilung würde sich einem Ist-Ausgaben-Ausgleich annähern. Auch für diese kleinen Gruppen stellen die Zuschläge standardisierte Leistungsausgaben dar, die den Durchschnitt ausgleichen, im Einzelfall von den tatsächlichen Ausgaben aber deutlich abweichen.

11.4.2 Zum Aufgreifkriterium „Arzneimitteldifferenzierung über 42 Behandlungstage“

Die von der DAK geforderte Aufteilung der lysosomalen Speicherkrankheiten mit ERT/SRT in Gruppen mit Dauer- bzw. Bedarfsmedikation wird abgelehnt. Im Gegensatz zur Hämophilie, für deren unterschiedliche Schweregradtypen Therapieschemata auf Basis unterschiedlicher Verordnungsmengen existieren, ist eine analoge medizinische Begründung für eine Trennung zwischen Bedarfs- und Dauertherapie für die lysosomalen Speicherkrankheiten nicht vorhanden.

Die vom AOK-BV geforderte Kombination aus Verordnungsquartalen und Behandlungstagen wird abgelehnt. Welcher konkrete Vorteil hierdurch entstehen soll, wird nicht überzeugend dargelegt.

An der von IKK e.V. kritisierten Verwendung der Schweregraddifferenzierung über 42 BT für die „Tyrosinämie mit Nitisinongabe“ wird festgehalten. Die entsprechende Grenze wurde nach empirischer Klärung der Verteilung von verordneten BT in 2010 und

Leistungsausgaben in 2011 so festgelegt, damit diese ohnehin kleine Versichertengruppe durch eine strengere Auslegung des Aufgreifkriteriums nicht 10 % ihrer Versicherten verliert (siehe dazu Abbildung 27 in Kapitel III.10 des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2015). Die Betrachtung der entsprechenden Verteilung belegt nämlich, dass auch die Versicherten mit Verordnungen unterhalb von 183 BT prospektive Kosten von ca. 50.000 € aufweisen, die eine Einordnung in die entsprechende Gruppe und somit die Verwendung des Aufgreifkriteriums der Schweregraddifferenzierung mit 42 BT rechtfertigen. Das analog verwendete und ähnlich begründete Vorgehen bei den lysosomalen Speicherkrankheiten mit ERT/SRT wurde vom IKK e.V. nicht beanstandet. Die Kritik ist von daher nicht nachvollziehbar. Es sei noch einmal betont, dass die Bezeichnung des Aufgreifkriteriums „Schweregraddifferenzierung über 42 BT“ bewusst neutral gewählt wurde. Nur im konkreten Fall der Blutgerinnungserkrankungen wird die Bezeichnung „Bedarfsmedikation“ in Anlehnung an die bei Hämophilie vorhandenen Therapieschemata verwendet.

11.4.3 Zur Zusammensetzung von HMG250

Die seitens der DAK geforderte Auftrennung der HMG250 wird abgelehnt. Auch wenn die geschätzten Kosten für DxG136 deutlich oberhalb der durchschnittlich geschätzten Kosten für DxG113 und 134 liegen, so ist doch festzuhalten, dass sich die Anzahl der betroffenen Versicherten in der DxG136 auf weniger als 50 Personen beläuft. Auch der Kostenunterschied zu den nächstplatzierten DxGs liegt deutlich unter 100.000 €. Auch wenn für die HMG285 in den Besetzungszahlen eine Ausnahme von der geltenden Regel gemacht wurde, so kommt die Bewertung der Fallkonstellation aufgrund der noch niedrigeren Gruppenbesetzung und des längst nicht so hohen Kostenabstandes hier zu einem anderen Ergebnis als im Fall der HMG285. Die Voraussetzungen, die zur Ausnahme der Schaffung der HMG285 geführt haben, liegen im Fall der Versicherten von „Tyrosinämie mit Nitisinongabe“ nicht vor. Die Zusammenlegung mit der DxG, die im Kostenabstand am nächsten in der Hierarchie folgt ist somit die logische Konsequenz.

11.4.4 Zur Verwendung des ATC-Siebenstellers A16AX06 für die lysosomalen Speicherkrankheiten

Der Kritikpunkt des IKK e.V. in Bezug auf die Verwendung des ATC-Siebenstellers A16AX06 zum Aufgreifen der lysosomalen Speicherkrankheiten und die Forderung nach weitergehende Analysen auf weiteren Datenmeldungen kann nicht nachvollzogen werden. Bezog sich die Anmerkung im Anhörungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2014 noch auf den Kontext der ATC-Fünfsteller und die daraus benannte Sorge, für die Validierung der Hochkosten-HMG202 „Lysosomale Speicherkrankheiten mit ERT/SRT“ könnten auch „kostengünstige“ Arzneimittel des ATC-Siebenstellers A16AX05 „Zinkacetat“ dienen, erschließt sich der Hinweis auf die alleinige Verwendung von A16AX06 „Miglustat“ nach dem

Umstieg auf die Verwendung von krankheitsspezifischen ATC-Siebenstellern nicht mehr. Mit dem Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2015 wird nur noch in der DxG116 „Morbus Gaucher, Morbus Niemann-Pick“ ein Siebensteller des Fünfstellers A16AX hinzugezogen – nämlich A16AX06 „Miglustat“. Der Kritikpunkt des IKK e.V. sollte sich mit dem vorliegenden Festlegungsentwurf erledigt haben.

11.5 Ergebnis

Die Festlegung für die Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ entspricht somit weitgehend dem Festlegungsentwurf. Lediglich die ICD-DxG-MG-Zuordnung für die Dx-Gruppen DxG 131, 132 und 133 wird um die Diagnose E76.3 „Mukopolysaccharidose, nicht näher bezeichnet“ erweitert.

12 Hierarchie 05: Erkrankungen der Leber

12.1 Festlegungsentwurf

Aufgrund der Krankheitsauswahl wird die Krankheit „Akute schwere Lebererkrankungen“ mit den HMG028 und HMG029 hier aufgenommen. Die HMG029 („Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder n.n.b. Verlauf ohne Leberkoma“) wird in die bestehende Hierarchie zwischen der HMG026 und HMG289 eingeordnet. Die HMG028 („Leberversagen, akute Lebererkrankung, Ösophagusvarizen“) wird mit der HMG287 („Ösophagusvarizen“) zusammengelegt; die neue HMG028 rückt in der Hierarchie an die Stelle der alten HMG287.

Für die HMG025 („Terminale Lebererkrankung“) wird eine Arzneimitteldifferenzierung eingeführt. Dabei entsteht die HMG025neu („Schwere chronische Lebererkrankung mit Dauermedikation“) und HMG030 („Schwere chronische Lebererkrankung ohne Dauermedikation“).

12.2 Stellungnahmen

Grundsätzlich werden die vorgeschlagenen Änderungen als sachgerecht angesehen; es werden keine Einwände gegen den Festlegungsvorschlag vorgebracht.

Allerdings wird von verschiedener Seite ergänzend auf folgenden Sachverhalt hingewiesen: Vor dem Hintergrund der Markteinführung eines Medikaments mit dem Wirkstoff Sofosbuvir zur Behandlung von Hepatitis C werden angesichts der hohen Kosten mögliche Auswirkungen auf die Hierarchie diskutiert. Der GKV-SV regt an zu prüfen, ob einer möglichen Verschlechterung der Zielgenauigkeit des Klassifikationssystems durch die Bildung einer separaten HMG für Hepatitis C entgegengewirkt werden kann. Der AOK-BV schlägt eine solche HMG für Hepatitis C (ohne Arzneimittelkriterium) ausdrücklich vor, während TK et al. und IKK e.V. eine solche Änderung hingegen erst auf der Grundlage aussagekräftiger Daten für sinnvoll halten.

12.3 Bewertung der Stellungnahmen

Grundsätzlich kann das Bundesversicherungsamt die Argumentation für die Bildung einer separaten Morbiditätsgruppe für Hepatitis C vor dem genannten Hintergrund nachvollziehen. Allerdings bestehen hohe Unsicherheiten hinsichtlich Umfang und Breite des Einsatzes des neuen Wirkstoffes. Auch stellt sich trotz der hohen direkten Kosten die Frage, welchen Einfluss der Einsatz dieses Wirkstoffes auf die prospektiven Kosten haben wird. Aus diesem Grund sollte auch nach Ansicht des Bundesversicherungsamtes eine entsprechende Anpassung erst auf Grundlage aussagekräftiger Daten geschehen.

12.4 Ergebnis

Der Festlegungsentwurf wird ohne Änderungen umgesetzt.

13 Hierarchie 07: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

13.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurden für die Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ folgende Anpassungen vorgeschlagen:

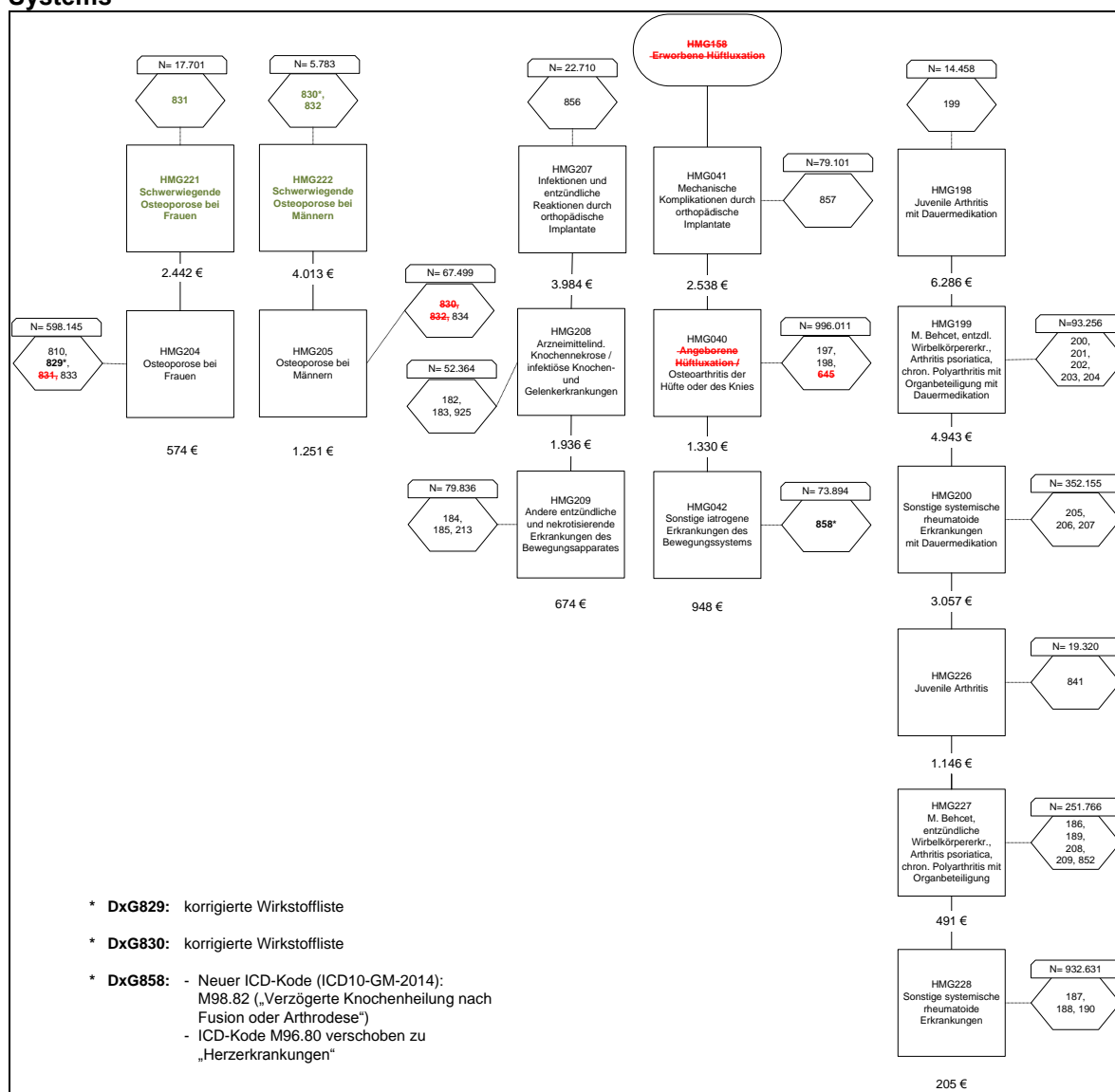
- Die HMG040 (bislang „Angeborene Hüftluxation / Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies“) wird umbenannt in „Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies“.
- Der durch Anpassung des ICD-Katalogs neu zu berücksichtigende ICD-Kode M96.82 „Verzögerten Knochenheilung nach Fusion oder Arthrodesen“ wird – wie schon im Ausgangsmodell vorgesehen – über die DxG858 der HMG042 zugeordnet.
- Der ICD-Kode M96.80 „Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff“ wird dagegen aus der DxG858 in eine eigenständige DxG373 „Offen belassenes Sternum“ verschoben. Die DxG373 wird über das Kriterium „stationär erforderlich“ aufgegriffen und der HMG087 in der Hierarchie 16 (Herzkrankheiten, Abschnitt III.18) zugeordnet.
- Beim Aufgreifen der DxG829 „Osteoporose nach Ovariectomie oder sonst. chirurgischem Eingriff [Frauen]“ wird künftig auch der ATC-Kode G03DC „Estrogen-Derivate“ berücksichtigt.
- Beim Aufgreifen der DxG830 „Osteoporose nach chirurgischem Eingriff [Männer]“ wird künftig auch der ATC-Kode A12CD „Fluorid“ berücksichtigt.
- Die DxG831 „Arzneimittelinduzierte Osteoporose [Frauen]“ wird aus der HMG204 „Osteoporose bei Frauen“ in die neu gebildete HMG221 „Schwerwiegende Osteoporose bei Frauen“ verschoben. Die neue HMG221 dominiert die HMG204.
- Die DxG830 „Osteoporose nach chirurgischem Eingriff [Männer]“ und die DxG832 „Arzneimittelinduzierte Osteoporose [Männer]“ werden aus der HMG205 „Osteoporose bei Männern“ in die neu gebildete HMG222 „Schwerwiegende Osteoporose bei Männern“ verschoben. Die neue HMG222 dominiert die HMG205.
- Da die neue DxG135 „Morbus Wilson“ in der Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“, Abschnitt III.11) mit dem ATC-Siebensteller M01CC01 („Penicillamin“) aufgegriffen wird, muss auch für andere DxGs im Klassifikationsmodell, für die der diesem ATC-Kode übergeordnete Fünfsteller bisher zur Arzneimittelprüfung abgefragt werden, aus programmtechnischen Gründen auf die untergeordneten Siebensteller umgestellt werden. Dies betrifft in dieser Hierarchie die DxG199-DxG207.

In Tabelle 8 bzw. Abbildung 10 werden die in diesem Abschnitt vorgenommenen Anpassungen der Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ nochmals veranschaulicht.

Tabelle 8: Gegenüberstellung der Hierarchie 7 in Ausgangsmodell und Entwurfsfassung

Ausgangsmodell				Festlegungsentwurf			
Hierarchie 7 ("Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems")				Hierarchie 7 ("Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems")			
Vollerhebung R ² 24,3091% CPM 23,6125% MAPE 1.948,39 €				Vollerhebung R ² 24,3125% (+0,0033%) CPM 23,6148% (+0,0024%) MAPE 1.948,33 € (-0,06 €)			
Risikogruppe	N	Beta	Std.-Fehler	Risikogruppe	N	Beta	Std.-Fehler
HMG204 Osteoporose bei Frauen	615.846	625 €	9 €	HMG221 Schwerwiegende Osteoporose bei Frauen	17.701	2.442 €	52 €
				HMG204 Osteoporose bei Frauen	598.145	574 €	10 €
HMG205 Osteoporose bei Männern	73.282	1.460 €	26 €	HMG222 Schwerwiegende Osteoporose bei Männern	5.783	4.013 €	92 €
				HMG205 Osteoporose bei Männern	67.499	1.251 €	27 €
HMG207 Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate	22.710	3.985 €	47 €	HMG207 Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate	22.710	3.984 €	47 €
HMG208 Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / infektiöse Knochen- und Gelenkerkrankungen	52.364	1.944 €	30 €	HMG208 Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / infektiöse Knochen- und Gelenkerkrankungen	52.364	1.936 €	30 €
HMG209 Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates	79.836	676 €	24 €	HMG209 Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates	79.836	674 €	24 €
HMG158 Erworbene Hüftluxation	-	-	-	HMG158 -	-	-	-
HMG041 Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	79.101	2.541 €	25 €	HMG041 Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	79.101	2.538 €	25 €
HMG040 Angeborene Hüftluxation / Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies	996.011	1.330 €	7 €	HMG040 Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies	996.011	1.330 €	7 €
HMG042 Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems	74.470	949 €	25 €	HMG042 Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems	73.894	948 €	25 €
HMG198 Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	14.458	6.306 €	57 €	HMG198 Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	14.458	6.286 €	57 €
HMG199 Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation	93.256	4.964 €	23 €	HMG199 Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation	93.256	4.943 €	23 €
HMG200 Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	352.155	3.087 €	12 €	HMG200 Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	352.155	3.057 €	12 €
HMG226 Juvenile Arthritis	19.320	1.148 €	49 €	HMG226 Juvenile Arthritis	19.320	1.146 €	49 €
HMG227 Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung	251.766	491 €	14 €	HMG227 Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung	251.766	491 €	14 €
HMG228 Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen	932.631	207 €	7 €	HMG228 Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen	932.631	205 €	7 €

Abbildung 10: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“



13.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV merkt an, dass der ATC-Fünfsteller M01CC „Penicillamin und ähnliche Mittel“ zwei siebenstellige Codes enthält (M01CC01 „Penicillamin“ und M01CC02 „Bucillamin“), wovon der zweitgenannte Wirkstoff auf S. 133 in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf nicht im Text genannt worden sei.

Die Barmer GEK bezeichnet das Vorgehen bei der Verschiebung des ICD-Kodes M96.80 „Elektiv offen belassenes Sternum“ auf Grundlage der Betrachtung von Veränderungen in anderen – Komorbiditäten repräsentierenden – Zuschlagsgruppen als sachgerecht. Aus diesem Grund regt die Barmer GEK an, den Krankenkassen mit der Erläuterung zum Festlegungsentwurf zukünftig die vollständigen Ergebnisse des Gesamtgroupings zur Verfügung zu stellen.

Der IKK e.V. merkt an, dass die Betrachtung der mittleren Folgekosten von verschiedenen Diagnosegruppen nicht geeignet sei, um eine Neuabgrenzung der Morbiditätsgruppen zu finden.

TK et al., HEK und KKH merken zudem an, dass die ATC-Liste zur Validierung von Osteoporose um die enthaltenen Vitamin- und Mineralienprodukte (A11CC, A12AA, A12AX, A12CD) bereinigt werden sollte. Der BKK-DV schlägt diesbezüglich hingegen vor, die DxG829 und die DxG830 um neue Wirkstoffgruppen zu ergänzen und die bestehende Aufgreifsystematik durch die Sonderfallregelung 1 oder 2 analog anderer HMGs mit Dauermedikation zu prüfen.

Weiterhin regt der BKK-DV an, die Hierarchie 7 wegen mangelnder Kostenhomogenität (insbesondere die HMG221 „Schwerwiegende Osteoporose bei Frauen“ und HMG222 „Schwerwiegende Osteoporose bei Männern“) neu abzugrenzen.

13.3 Bewertung

Eine vollständige Auflistung der Siebensteller des ATC-Fünfstellers M01CC „Penicillamin und ähnliche Mittel“ erfolgt in der Anlage 3 der Erläuterungen zur Festlegung.

Bezüglich der Betrachtung der mittleren Folgekosten wird auf die Ausführungen in der Bewertung der Stellungnahmen zur Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks verwiesen.

Das BVA und der Wissenschaftliche Beirat stimmen TK et al., HEK und KKH zu, dass leitliniengemäß Vitamin D3 und Calcium bei Bedarf (unzureichende Blutspiegel) zur generellen Osteoporose- und Frakturprophylaxe über Arzneimittel zugeführt werden. Allerdings gehören Vitamin D3 und Calcium auch als Basistherapie zur spezifischen medikamentösen Therapie bei vorliegender Osteoporose. Das BVA verfolgt bei der Auswahl der Arzneimittel für eine bestimmte DxG einen breiten Ansatz, um eine implizite Bewertung von Therapiemöglichkeiten zu vermeiden. Es sollen möglichst alle Arzneimittel erfasst werden, die eine bestimmte DxG plausibler erscheinen lassen. Vor diesem Hintergrund wäre die Streichung der genannten ATC-Fünfsteller kein konsistentes Vorgehen.

Hinsichtlich der von Kassenseite monierten mangelnden Kostenhomogenität – insbesondere der Zuschlagsgruppen zur Osteoporose – ist zu sagen, dass diese im diesjährigen Anpassungsprozess einer umfassenden Prüfung unterzogen werden, wobei selbstverständlich auch die Kostenhomogenität der entstehenden Zuschlagsgruppen ein entscheidendes Beurteilungs- bzw. Abgrenzungskriterium war.

13.4 Ergebnis

Die Änderungen entsprechend des Festlegungsentwurfs werden umgesetzt.

14 Hierarchie 08: Hämatologische Erkrankungen

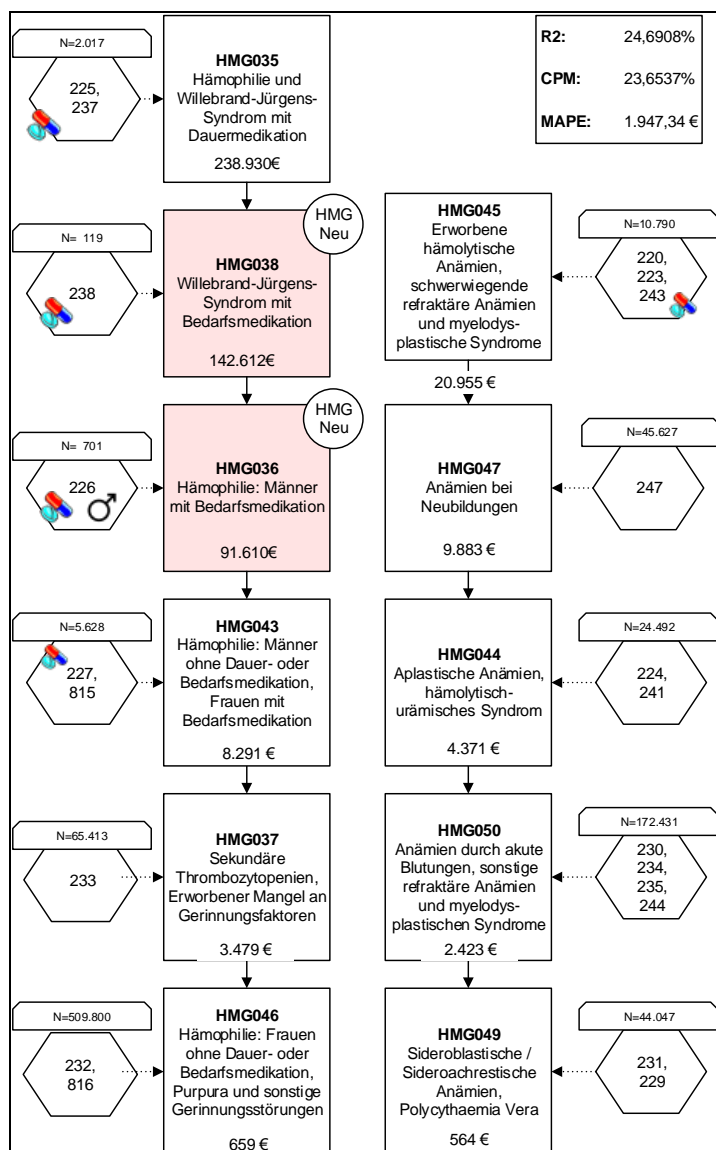
14.1 Festlegungsentwurf

Der Festlegungsentwurf sieht folgende Änderungen für die Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ vor:

1. Umstellung des Aufgreifkriteriums für DxG 225 „Hämophilie mit Dauermedikation“ von mind. zwei Verordnungsquartalen auf mind. 183 Behandlungstage,
2. Einführung von Dx-Gruppen mit Bedarfsmedikation für Hämophilie (Männer), Hämophilie (Frauen) und Willebrand-Jürgens-Syndrom,
3. Einordnung der Gruppen gemäß Kriterien der Kostenhomogenität im Hierarchiestrang „Erkrankungen der Blutgerinnung“,
4. Überarbeitung der Dominanzstruktur im Strang „Erkrankungen der Blutbildung“ aufgrund von Verschiebungen in den Kostengewichten nach Umstellung des Berechnungsverfahrens auf Pro-Tag-Werte,
5. Schaffung einer Gruppe für schwerwiegende sonstige myelodysplastische Syndrome und Einordnung in die Hierarchie gemäß Kostenstruktur.

Die nach Aspekten der Kostenhomogenität neu geordnete Hierarchie soll laut Festlegungsentwurf die in Abbildung 9 abgebildete Form erhalten.

Abbildung 11: Festlegungsentwurf für die Hierarchie 08 "Hämatologische Erkrankungen"



14.2 Eingegangene Stellungnahmen zu den vorgesehenen Änderungen der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Die Inhalte der eingebrachten Stellungnahmen lassen sich inhaltlich wie folgt zusammenfassen:

14.2.1 Zu erwartende Änderungen im GKV-AI des WIdO im Juni 2014

Zur Zuordnung von DDD zu den gemeldeten PZN im Zuge der Errechnung der für einen Versicherten verordneten Behandlungstage verwendet das BVA den GKV-Arzneimittelindex des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (GKV-AI des WIdO). Die gültige Regelung sieht vor, für die Datenmeldung eines Berichtsjahres die Ausgabe des GKV-AI des Folgejahres im Monat Juni zu verwenden. Im Fall des Festlegungsentwurfs, dessen

Datenbasis u.a. aus den Morbiditätsdaten das Jahr 2011 besteht, wurde der GKV-AI aus Juni 2012 verwendet.

Vor diesem Hintergrund gingen zahlreiche kritische Stellungnahmen zur Umstellung des Aufgreifkriteriums für die DxG225 von Ordnungsquartalen auf Behandlungstage ein. Hintergrund ist eine Anpassung des GKV-AI, welche in der Version des Juni 2014 für alle Präparate veränderte PZN-DDD-Zuordnungen des ATC-Kodes B02BD06 im Vergleich zu den Vorjahresversionen zur Folge hat. Vor diesem Hintergrund hält der GKV-SV es für notwendig, die Ergebnisse des Anpassungsvorschlags unter Verwendung des GKV-AI Version 06/2014 auf Stabilität zu überprüfen.

Barmer GEK begrüßt zwar grundsätzlich die Neuabgrenzung der Hierarchie und die Trennung von Gruppen mit Dauer- und Bedarfsmedikation, baut die vom GKV-SV getätigte Kritik an der Verwendung des GKV-AI aber weiter aus. So wird angeführt, dass auch bei Korrektur zahlreicher Fehler in Bezug auf Kombipräparate mit dem ATC-Kode B02BD06 im GKV-AI 06/2014 weiterhin einzelne Fehler bestehen (z.B. beim Präparat Willefact). Ein weiterer Kritikpunkt gilt den schwankenden DDD-Zuordnungen der GKV-AI, die im Einzelfall auch von Monat zu Monat auftreten können und wird belegt an einem Beispiel der Zuordnung derselben PZN des Präparates Fahndi mit stark schwankenden DDD-Zuordnungen über die Jahre.

DAK merkt vor dem Hintergrund an, dass die Auswirkungen im Jahresausgleich durch den Umstieg auf den dann zu verwendenden GKV-AI 06/2014 so groß sein könnten, dass es zu einer Hierarchieverletzung von HMG038 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“ und HMG036 „Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation“ kommt, da besonders Fälle mit hohen Kosten zukünftig vermutlich der HMG035 „Hämophilie und Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“ zugeordnet werden und somit ein Absinken der Schätzer für HMG036 und HMG038 zu erwarten ist.

Vor diesem Hintergrund fordert der GKV-SV bei den Berechnungen des GLB I/2014 den GKV-AI Version 06/2014 zu verwenden. Die DAK schlägt vor, die zu erlassenden Grundlagenbescheide des Ausgleichsjahres 2015 jeweils unter der aktuellsten zur Verfügung stehenden Version des Arzneimittelindex zu berechnen. Die Barmer GEK fordert, die Korrekturen aus dem Arzneimittelindex rückwirkend zu verwenden, insbesondere bei der Ermittlung des Jahresausgleichs, aber auch für alle bis zum jeweiligen Zeitpunkt erlassenen Grundlagenbescheide.

AOK-BV fordert das Beibehalten der Arzneimittelprüfung über zwei Ordnungsquartale für DxG 225 „Hämophilie mit Dauermedikation“ und nennt allenfalls eine Kombination aus Ordnungsquartalen und Behandlungstagen für diskutierbar. Dies sei auch vor dem Hintergrund der absehbaren Änderungen durch die DDD-Zuordnung des ATC B02BD06 sachgerecht.

14.2.2 Gewählte BT-Grenzen der Schweregraddifferenzierung

Der BKK-Dachverband kritisiert die Einführung der Schweregraddifferenzierung anhand von 42 BT, da sich dadurch die Komplexität des Klassifikationsmodells unnötig erhöhe und schlägt eine grundsätzliche Überarbeitung vor.

Gleichzeitig wird das vom BVA gewählte Vorgehen zur Ermittlung einer Schweregraddifferenzierung mit abgesenkter BT-Grenze kritisiert. Aufgrund des dazu gewählten Vorgehens wird hinterfragt, ob die Ergebnisse eine Umstellung des Aufgreifkriteriums für DxG225 auf Sonderfall 1 „Arzneimitteldifferenzierung mit 183 BT“ tatsächlich anzeigen. Die zu diesem Zweck vom BVA gewählten Intervallgrenzen könnten nicht als Rechtfertigung der Wahl von 183 BT dienen. Das Ergebnis wird als ein Artefakt der gewählten Intervallbildung bezeichnet.

Die Homogenität der Top-HMG hätte, so der BKK-DV, unter den gewählten Aufgreifkriterien abgenommen. Dies sei insbesondere am erhöhten Standardfehler abzulesen.

Obwohl der BKK-DV die Forderung in den Raum stellt, bis zu einer konsistenten Analyse der Problematik die bisherige Regelung beizubehalten, schlägt er gleichzeitig ohne nähere inhaltliche Begründung vor, bei geringen Dosen von B02BD02, B02BD06 und B02BD14 von einer Hämophilie mit Dauermedikation auszugehen. Auch an die unbefriedigend geregelte Berücksichtigung von im Krankenhaus verabreichten und über stationäre Zusatzentgelte abgerechneten Präparaten wird erinnert.

Im Gegenzug bezeichnet die DAK die genannte Umstellung von Verordnungsquartalen auf Behandlungstage vor dem Hintergrund der Datenlage und der unterschiedlichen Kosten als sinnvoll – belegt durch die durch die Kennzahlen belegte Systemverbesserung.

14.2.3 Hämophilie: Frauen mit Bedarfsmedikation

Die Bildung der DxG227 „Hämophilie – Frauen mit Bedarfsmedikation“ wird vom IKK e.V. kritisch hinterfragt, da dadurch nur 13 zusätzliche Fälle aufgegriffen würden. Sie sei daher überflüssig und belege die steigende Tendenz einer Zersplitterung des Klassifikationssystems in kleine Gruppen.

Die DAK hingegen fordert die Bildung einer eigenen HMG für Frauen mit Bedarfsmedikation, da diese mit einer anderen DxG zusammengelegt worden sei, von deren geschätzten Kosten im Mittel ein Abstand von ca. 6.000 € bestehe.

Allerdings wird von der DAK grundsätzlich die Geschlechtertrennung zwischen Männern und Frauen im Fall der Hämophilie hinterfragt. Es wird die Hypothese in den Raum gestellt, dass diese bei geeignet gefassten BT-Grenzen überflüssig werde, und die unterschiedlichen Kosten im Wesentlichen auf unterschiedlich verordnete Behandlungstage zurückzuführen seien.

14.2.4 Abbildung von Versicherten mit Hemmkörperhämophilie

Die DAK schlägt vor, aus der HMG035 Versicherte mit Verordnungen, welche auf die sogenannte Hemmkörper-Hämophilie verweisen, herauszulösen. Diese stelle einen besonderen Verlauf der Hämophilie dar und sei besonders kostenintensiv. Es wird angeregt, jeweils eine Gruppe mit Dauer- und mit Bedarfsmedikation der Hemmkörperhämophilie zu schaffen.

14.2.5 Verschiebungen der Kostenschätzer durch Umstellung des Berechnungsverfahrens auf Pro-Tag-Werte

Vom IKK e.V. wird kritisiert, dass der Anstieg des Kostenschätzers der HMG047 „Anämien bei Neubildungen“ vom BVA auf das umgestellte Berechnungsverfahren zurückgeführt wurde, ohne dass diese Behauptung entsprechend belegt worden sei.

14.2.6 Aufgreifkriterium für „Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)“

Die Verwendung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG 241 „hämolytisch-urämisches Syndrom“ wird vom AOK-BV als nicht sachgerecht bezeichnet. HUS ließe sich in unterschiedliche Typen einteilen, von denen sich zwar die Behandlung des typischen HUS im Krankenhaus als zwingend bezeichnen ließe, die möglichen atypischen HUS-Fälle jedoch auch einer möglichen ambulanten Behandlung unterliegen könnten. Dabei seien die Versicherten mit atypischen HUS (aHUS), welche mit Soliris® behandelt würden, besonders kostenintensiv. Eine Schweregraddifferenzierung für aHUS-Patienten unter Verwendung von Soliris® wird angeregt.

14.3 **Bewertung der Stellungnahmen**

14.3.1 Zu den absehbaren Änderungen im GKV-AI des WIdO im 06/ 2014

Das BVA ist sich der Schwierigkeiten in der Verwendung des GKV-AI gerade im Bereich der Erkrankungen der Blutgerinnung und den auftretenden stärkeren Schwankungen in diesem Bereich bewusst. Da aber der GKV-AI die einzig bekannte zur Verfügung stehende Quelle für die notwendige Zuordnung von PZN zu DDD darstellt, welche für die im Klassifikationssystem verwendete Behandlungstageberechnung benötigt wird, werden die bekannten Schwächen unter aufmerksamer Beobachtung hingenommen. Nichtsdestotrotz wird anerkannt, dass bei einer Umstellung auf eine Arzneimitteldifferenzierung über Behandlungstage, die durch solche Schwankungen betroffen wird, sichergestellt sein sollte, dass eine erzielte Modellverbesserung auch dann Bestand hat, wenn im Jahresausgleich ein größerer Umbau der PZN-DDD-Zuordnung eines betroffenen ATC-Kodes absehbar ist.

Zu diesem Zweck wurde die Berechnung des Festlegungsentwurfs unter der Verwendung des GKV-AI 06/2014 und entsprechend angepasster DxG-ATC-Zuordnung noch einmal wiederholt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden in Tabelle 9 ausgewiesen.

Folgende Auswirkungen lassen sich festhalten:

Tabelle 9: Erkrankungen der Blutgerinnung – Vergleich des angehörten Vorschlags mit Festlegungsentwurf unter Verwendung des GKV-AI Wido-06-2014

			V20: Festlegungsentwurf Vollerhebung			Anhörung A1: wie Festlegungsentwurf Wido_06_2014 verwendet		
		R2	24,6957%	0,3866%		24,7199%	0,4108%	
		CPM	23,6546%	0,0421%		23,6633%	0,0508%	
		MAPE	1.947,32 €	-1,07 €		1.947,10 €	-1,30 €	
Variable	DxG	Bezeichnung	N	Beta	StdE	N	Beta	StdE
HMG035	225, 237	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.017	238.930,42 €	151,29 €	2.232	232.440,23 €	143,77 €
HMG038	238	Willbrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	119	142.613,58 €	620,51 €	170	37.038,47 €	519,40 €
HMG036	226	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation	701	91.610,63 €	256,74 €	655	72.096,51 €	265,63 €
HMG043	227, 815	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation	5.628	8.285,28 €	90,89 €	5.541	7.483,01 €	91,60 €
HMG037	233	Sekundäre Thrombozytopenien, Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	65.413	3.487,54 €	27,93 €	65.411	3.487,42 €	27,92 €
HMG046	232, 816	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	509.800	652,59 €	9,75 €	509.674	644,38 €	9,75 €

1. Die Anzahl der Versicherten in HMG035 „Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“ steigt um ca. 10%, während der Schätzer für diese Gruppe stabil bleibt.
2. Betrachtet man die Versichertenbesetzungen von HMG036 und HMG038 lässt sich folgern, dass der Anstieg der Versichertenzahlen in HMG035 primär aus Versicherten dieser beiden HMG gespeist wird.
3. Gleichzeitig wird der zahlenmäßige „Verlust“ von kostenintensiven Versicherten in HMG036 und HMG038 durch eine Verschiebung von Versicherten aus HMG037, HMG043 und HMG046 kompensiert.
4. Dies hat ein Absinken des Kostenschätzers für HMG036 und HMG038 zur Folge, wobei das Absinken für HMG038 merklich ausgeprägter ist als jenes für HMG036. Dies hat die Entstehung einer Hierarchieverletzung zwischen beiden HMG im Entwurf zur Folge.
5. Dennoch sind die Kostenschätzer beider HMG nach wie vor merklich zu unterscheiden, so dass eine gemeinsame Gruppierung zunächst nicht zu empfehlen ist.
6. Der Aufstieg kostenintensiverer Versicherter aus HMG043 in höherstehende HMG hat das Absinken des entsprechenden Kostenschätzers für HMG043 zur Folge.

7. Der Aufstieg kostenintensiverer Versicherter aus HMG046 in höherstehende HMGs hat das Absinken des Kostenschätzers für HMG046 zur Folge.
8. Die Kennzahlverbesserung, welche sich unter Verwendung des GKV-AI 06/2014 ergibt, ist noch ausgeprägter als jene des Festlegungsentwurfs.

Der letzte Punkt ist ausschlaggebend in der Bewertung der entsprechenden Umstellung. Diese Kennzahlverbesserung belegt, dass auch unter dem stark modifizierten GKV-AI 06/2014 eine verbesserte Versichertenabgrenzung der Mehrheit der betroffenen Versicherten durch den getroffenen Umbau der Aufgreifkriterien und des Hierarchiestrangs gewährleistet ist.

Die geplante Umstellung einer Arzneimitteldifferenzierung von Ordnungsquartalen auf Behandlungstage wird daher umgesetzt. Daran anschließend stellen sich zwei Fragen, welche durch die Anhörungspartner angerissen wurden.

1. Welche Version des Arzneimittelindex sollte für die Grundlagenbescheide Verwendung finden?

Von der Regelung des BVA, jeweils für die verwendeten Morbiditätsinformationen die Version aus Juni des Folgejahres zu verwenden, wird weiterhin Gebrauch gemacht. Die beschriebene Verwendung ist seit Jahren gut etabliert. Dies bedeutet, dass der GKV-AI 06/2014 routinemäßig für die Gruppierung des GLB I AJ2015 Anwendung findet. Zur grundsätzlichen Verwendung der aktuellsten zur Verfügung stehenden Version gilt, dass diese zum Zeitpunkt der Datenmeldung für die Klassifikation der Erstmeldung Anwendung findet, denn zum Zeitpunkt der Datenmeldung ist die Version aus Juni des entsprechenden Meldejahres die aktuellste zur Verfügung stehende Version. Die technischen Anpassungen im Regelverfahren stellen die Kompatibilität der Festlegungen mit dieser Version sicher. Im Hinblick auf die Korrekturmeldung ist aus verfahrenstechnischen Gründen die Regelung getroffen worden, die gleichen Listen für die Plausibilisierung und Klassifizierung der Arzneimittelinformationen wie für die Erstmeldung heranzuziehen. An der Qualität dieser Argumente hat sich seit Einführung dieser Regelung nichts geändert. Eine rückwirkende Verwendung aller Korrekturen des Arzneimittelindex, wie von Barmer GEK für die Ermittlung jedes bis dahin erlassenen Grundlagenbescheides gefordert, sprengt schlichtweg den Rahmen des Verfahrens und stellt auch mitnichten die Verwendung einer „fehlerfreien“ Version des Index sicher. Sie würde lediglich eine Volatilität der Zuweisungen im Verfahren zur Folge haben, die unnötige Finanzunsicherheit in der Kassenlandschaft zur Folge hätte. Deshalb wird die bisherige Regel zur verwendeten Version des GKV-AI beibehalten.

2. Sollte die zu erwartende Hierarchieverletzung zwischen HMG036 und HMG038 Einfluss auf die Festlegung für diese Gruppen haben?

Betrachtet man die geschätzten Kosten für die HMG036 „Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation“ und HMG038 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“ so

ist sowohl vor als auch nach Verwendung des GKV-AI 06/2014 festzuhalten, dass sich die Kostenschätzer deutlich voneinander unterscheiden. Eine grundsätzliche gemeinsame Eingruppierung scheint daher nicht angezeigt. Sollte auf kommenden Datenmeldungen unter Verwendung des GKV-AI im Regressionsverfahren eine Hierarchieverletzung entstehen, so stellt das festgelegte Verfahren das weitere Vorgehen (Zusammenlegung der Gruppen) sicher, ohne etwaige abweichende Ergebnisse, welche in der Datenmeldung des Jahresausgleichs theoretisch möglich sind, vorweg zu nehmen. Aus dem gleichen Grund wird auch eine Umkehr der Dominanzbeziehung zwischen den HMG verworfen. Die Festlegung zum Klassifikationssystem eines jeweiligen Ausgleichsjahres kann nur auf der jeweils vorliegenden Datengrundlage getroffen werden. Daher sollten die für alle anderen ATC-DxG-Zuordnungen der jeweiligen Festlegung verwendeten Regeln einheitlich für alle Hierarchien zur Anwendung kommen, in diesem Fall die Verwendung des GKV-AI 06/2012 für die Daten des Berichtsjahres 2011. Die Struktur des Hierarchiestrangs wird im Vergleich zum Festlegungsentwurf daher nicht geändert.

14.3.2 Zur Ausgestaltung der BT-Grenzen der Arzneimitteldifferenzierung

Den Ausführungen des BKK-DV in Bezug auf das Kapitel zum Umstieg von Verordnungsquartalen auf Behandlungstage vorgelegten Analysen zu den hämatologischen Erkrankungen scheint ein Missverständnis zugrunde zu liegen. Die vorgelegten Auswertungen dienten mitnichten der Rechtfertigung der Verwendung der 183-BT-Grenze. Dem Umstieg im Aufgreifkriterium zur DxG225 „Hämophilie mit Dauermedikation“ lag die normative medizinische Bewertung zugrunde, dass durch diese Gruppe primär Versicherte mit schwerer Hämophilie, welche eine Dauerprophylaxe an Gerinnungsfaktoren erhalten, abgebildet werden sollen, die zuverlässig jedes Jahr mit enormen Kosten einhergehen.

Das Ziel der kritisierten Analyse bestand lediglich in einer Überprüfung, ob die zunächst bei den metabolischen Erkrankungen herausgearbeiteten Möglichkeiten für eine Gruppe mit abgesenkter Arzneimitteldifferenzierung, auch für die hämatologischen Erkrankungen passende Möglichkeiten darstellten. Die letztendliche Entscheidung wurde ohnehin auf Grundlage einer Regression und der daraus resultierenden Kennzahlen getroffen.

Dass in Folge die Homogenität der HMG035 abgenommen hätte, darf bezweifelt werden. Schließlich ist durch die gewählte Umstellung auf 183 BT sichergestellt, dass primär Versicherte mit Dauerprophylaxe den entsprechenden Zuschlag erhalten, während Versicherte mit Einzelverordnungen ohne nennenswerte Ereignisse im Folgejahr nun in andere Gruppen der Hierarchie eingeordnet werden. Der vom BKK-DV zum Beleg seiner Behauptung genannte Anstieg des Standardfehlers kann schließlich auch mit dem Absinken der Gruppenbesetzung für HMG035 erklärt werden. Da sich die Gruppenstärke im Nenner der Formel zur Ermittlung des Standardfehlers befindet, hat jegliches Absinken derselben bei sonst gleichbleibender Varianz einen Anstieg des Standardfehlers zur Folge hat.

Auch wie die Vorschläge, bis zu einer konsistenten Analyse der Problematik das bisherige Aufgreifkriterium für DxG225 beizubehalten, aber für geringe Dosen von B02BD02, B02BD06 und B02BD14 von einer Hämophilie mit Dauermedikation auszugehen, methodisch vereinbar sein sollen, kann nicht nachvollzogen werden.

14.3.3 Hämophilie: Frauen mit Bedarfsmedikation

Es sei noch einmal daran erinnert, dass in der Anhörung zum Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2014 von mehreren Anhörungspartnern kritisiert worden war, dass die Frage nicht analysiert worden war, ob eine Gruppe von Frauen mit Hämophilie und Bedarfsmedikation Kosten oberhalb der Basisgruppe für die Frauen (HMG046) aufweise. Die Schaffung der entsprechenden DxG227 in den Analysen zum Klassifikationssystem 2015 sollte dieser Kritik Rechnung tragen.

Es sei noch einmal hervorgehoben, dass im Rahmen dieser Analysen festgestellt wurde, dass die 38 weiblichen Hämophilie-Patientinnen mit Bedarfsmedikation im Durchschnitt deutlich höhere Kosten aufweisen (14.380 €) als jene ohne Bedarfsmedikation in HMG046 (651 €). Dieses Ergebnis rechtfertigt eine eigenständige Dx-Gruppe. Zu betonen ist dabei, dass es für Dx-Gruppen im Gegensatz zu den HMG an keiner Stelle eine Regel der Mindestbesetzung gibt und es seit jeher im Klassifikationssystem weitere zahlreiche Dx-Gruppen gibt, deren Besetzungszahlen gering sind. Die behauptete steigende Tendenz zu einer Zersplitterung des Klassifikationssystems kann nur an der Struktur der HMG festgemacht werden. Da in diesem Falle die DxG der in der Kostenstruktur am nächsten liegenden HMG-zugeordnet und entgegen der Forderung von der DAK keine eigene HMG geschaffen wurde, kann die Kritik des IKK e.V. nicht nachvollzogen werden.

Der DAK ist zu erwidern, dass die durchschnittlichen Kosten der 38 Versicherten zwar oberhalb jener der HMG043 liegen, von diesen 38 Versicherten jedoch 25 von HMG038 wegdominiert werden und somit auch im besten aller Fälle die Schaffung einer HMG für 13 Versicherte nicht zu rechtfertigen ist. Die Zuordnung dieser Versicherten in die von der Kostenstruktur nächstliegende HMG ist somit die logische Konsequenz.

Auch bewertet das BVA die vorgelegten Zahlen hinsichtlich einer Vereinbarkeit von Hämophilie-Gruppen von Männern und Frauen grundsätzlich anders. Alle bisher dazu getätigten Analysen legen den Schluss nahe, dass eben selbst bei Verwendung ähnlicher BT-Grenzen prospektiv deutlich unterschiedliche Kostenstrukturen bestehen. Diese dürften insbesondere dadurch begründet sein, dass sich Hämophilie aufgrund der x-chromosomal-rezessiven Vererbung insbesondere bei Männern manifestiert, während die meisten Frauen – so es sich denn um nicht fehlkodierte Fälle von Patientinnen mit Willebrand-Jürgens-Syndrom handelt – in der Mehrzahl nur Konduktorinnen mit völlig anderem Krankheitswert darstellen. So ist zu erwarten, dass selbst wenn im ersten Jahr Versicherte beide Gruppen dieselbe BT-Grenze erfüllen, doch im Folgejahr das Blutungsrisiko bei Männern als deutlich

höher einzuschätzen ist. Daher unterscheiden sich zwischen Männern und Frauen auch die zu erwartenden Folgekosten, welche durch diese unterschiedliche Blutungswahrscheinlichkeit mitbestimmt werden. Deutlich wird dies im Vergleich des Modells 1 des Festlegungsentwurfs. Während für Männer mit Bedarfsmedikation zu erwartende durchschnittliche Folgekosten von knapp 90.000 € aufweisen, liegt der Betrag für Frauen bei Bedarfsmedikation „nur“ bei durchschnittlichen 14.000 €. Auch die Folgekosten von Männern bzw. Frauen ohne Bedarfs- und Dauermedikation weichen deutlich voneinander ab: Die zu erwartenden Folgekosten der Frauen betragen nur ca. 10% des Wertes der Männer. Die DAK-Anregung wird daher nicht weiter verfolgt.

14.3.4 Zur Hemmkörperhämophilie

Der DAK-Vorschlag, eigene Gruppen für Hemmkörperhämophilie zu schaffen, konnte in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht geprüft werden. Ob ein solches Vorgehen eine sinnvolle Maßnahme zur Verbesserung des Klassifikationsmodells – auch vor dem Hintergrund der extremen Seltenheit der Erkrankungen und etwaiger Kodierprobleme – darstellt, müsste ausführlich geprüft werden. Das BVA behält sich vor, diesen Vorschlag in einem der kommenden Anpassungszyklen bei ausreichend vorhandenen Ressourcen wieder aufzugreifen.

14.3.5 Zur Verschiebung der Kostenschätzer durch Umstellung des Berechnungsverfahrens auf Pro-Tag-Werte

Der Kritik des IKK e.V., dass die Behauptung, die Verschiebung der Kostenschätzer im Ausgangsmodell sei auf die Veränderung des Berechnungsverfahrens zurückzuführen, nicht belegt worden sei, ist entgegenzuhalten, dass solche Behauptungen ohne vorliegende Erkenntnisse des BVA nicht getroffen werden. Zum Beleg dieser Aussage sei die zugrundeliegende Tabelle ausgewiesen, in welcher die Kostenschätzer des Ausgangsmodells nach altem und neuem Gewichtungungsverfahren der Regression gegenüber gestellt werden (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10 enthält dabei die Schätzer für alle HMG der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ gemäß des im Festlegungsentwurf verwendeten Ausgangsmodells. Es ist unschwer zu erkennen, dass die meisten Kostenschätzer durch die Umstellung des Gewichtungungsverfahrens ansteigen, aber lediglich der Anstieg des Schätzers von HMG047 „Anämien bei Neubildungen“ die besagte Hierarchieverletzung zur Folge hatte.

Tabelle 10: Vergleich der Kostenschätzer der Hierarchie 08 für das Ausgangsmodell unter verschiedenen Formen der Versichertengewichtung im Regressionsmodell

		Ausgangsmodell Sonderbehandlung Verstorbene			Ausgangsmodell nach Umstellung auf Pro-Tag- Werte		
	R2	24,2756%			24,3091%		
	CPM	23,2810%			23,6125%		
	MAPE	1.956,85 €			1.948,39 €		
Variable	Bezeichnung	N	Jahreswert	StdE	N	Jahreswert	StdE
HMG035	Hämophilie und Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.799	198.950,38 €	115,32 €	2.799	199.799,75 €	128,72 €
HMG043	Bluter, männlich, ohne Bedarfs- oder Dauermedikation	5.624	7.643,12 €	81,34 €	5.624	7.710,28 €	91,12 €
HMG210	Sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	65.410	2.942,25 €	24,24 €	65.410	3.544,58 €	28,00 €
HMG046	Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen), Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	509.816	684,87 €	8,68 €	509.816	662,40 €	9,77 €
HMG213	Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss, Mehrliniendysplasien oder isolierter Chromosomenanomalie	2.035	19.671,51 €	135,42 €	2.035	25.386,01 €	164,66 €
HMG044	Hämolytisch-urämisches Syndrom, erworbene hämolytische Anämien	4.503	15.309,98 €	90,83 €	4.503	15.660,81 €	102,75 €
HMG212	Myelofibrose und sonstige myelodysplastische Syndrome	29.598	4.586,87 €	35,61 €	29.598	5.380,25 €	41,17 €
HMG211	Aplastische Anämie	24.568	4.032,60 €	39,32 €	24.568	5.150,18 €	45,82 €
HMG047	Anämien bei Neubildungen	42.389	3.861,31 €	30,63 €	42.389	9.505,08 €	39,36 €
HMG214	Sonstige näher bezeichnete Anämien	169.030	1.998,68 €	17,57 €	169.030	2.348,79 €	20,25 €
HMG049	Polycythaemia Vera	39.355	556,33 €	30,85 €	39.355	560,68 €	34,76 €

14.3.6 Zum Aufgreifkriterium für das „Hämolytisch-urämische Syndrom (HUS)“

Der Vorschlag des AOK-BV, das Aufgreifkriterium für die DxG241 „stationär erforderlich“ aufzuheben, wird zunächst nicht weiter verfolgt. In den Analysen der Festlegung 2014 zur Schaffung einer eigenen Gruppe für das hämolytisch-urämische Syndrom waren die Auswirkungen unterschiedlicher Aufgreifkriterien für Versicherte mit der Diagnose D59.3 analysiert worden. Die Tatsache, dass die Einführung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG die Besetzungszahl der HMG halbierte, den Schätzer jedoch verdoppelte, ließ die Folgerung zu, dass die nicht stationären Fälle kaum nennenswerte prospektive Kosten mit sich bringen und die Einführung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ zielführend war.

Die vom AOK-BV skizzierten Ansätze einer Arzneimitteldifferenzierung der atypischen HUS-Fälle erscheinen interessant. Die methodische Frage des Umgangs mit den typischen HUS-Fällen wäre jedoch zu klären. Derzeit stehen die für entsprechende Untersuchungen notwendigen Ressourcen nicht zur Verfügung, weshalb das Thema zunächst nicht weiter verfolgt wird.

14.4 Ergebnis

Die Festlegung für die Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ entspricht dem Festlegungsentwurf für das Klassifikationssystem 2015.

15 Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks

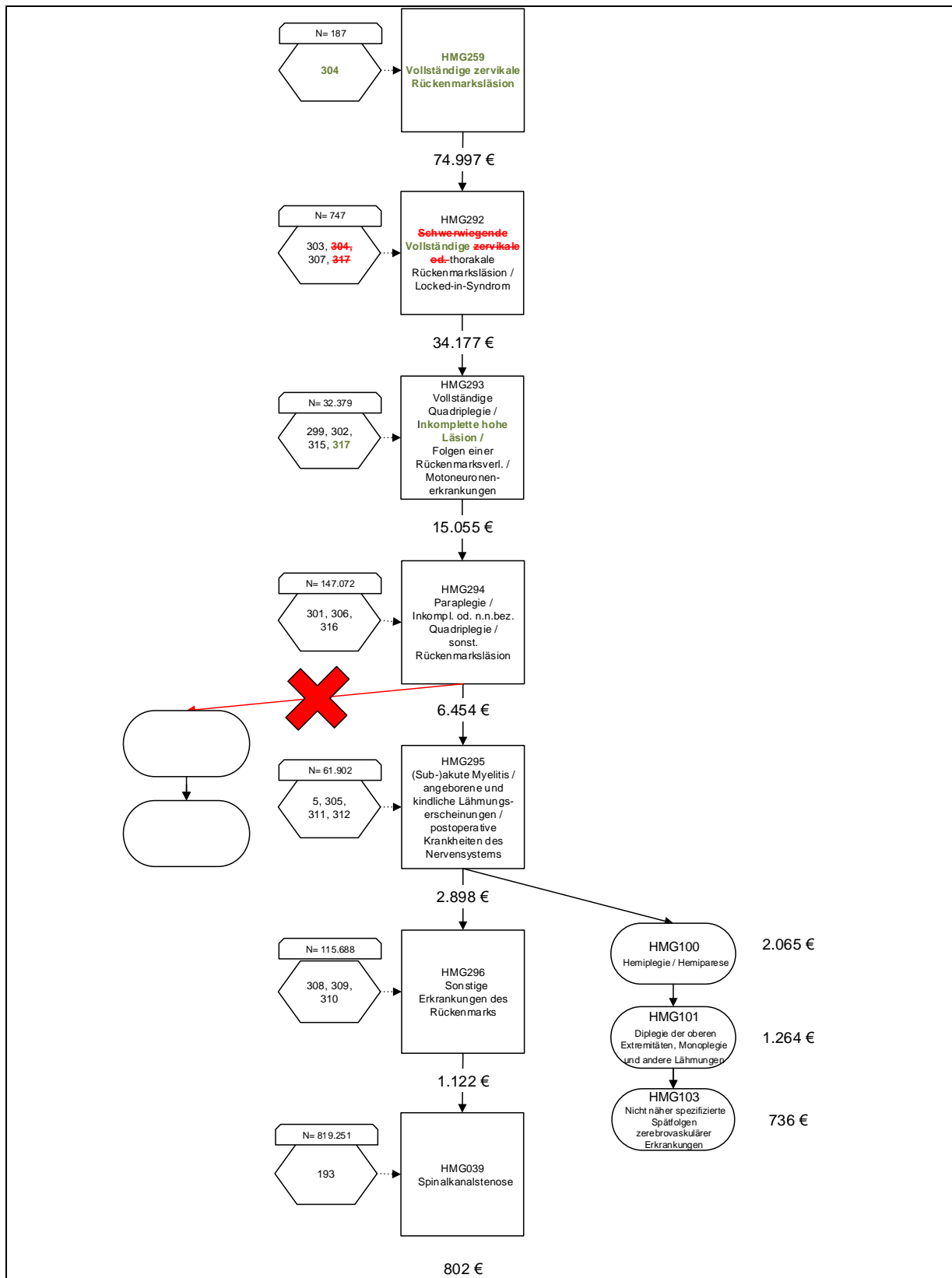
15.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurden die folgenden Anpassungen in der Hierarchie vorgeschlagen:

- Die Dominanzwirkung der HMGs 292, 293 und 294 auf die in der Hierarchie Verletzungen befindlichen Zuschlagsgruppen HMG157 und HMG203 wird aufgelöst.
- Die DxG304 „Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion [C1-C7]“ wird aus der HMG292 (bislang „Schwerwiegende zervikale od. thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom“) in die neu gebildete HMG259 verschoben. Die HMG259 erhält die Bezeichnung „Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion“. Die HMG259 wird an die Spitze des bestehenden Hierarchiestranges gestellt und dominiert die HMGs 293, 294, 295, 296 und 039 sowie die HMGs 100, 101 und 103 aus der Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“.
- Die DxG317 „Schwere zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. vollständige Läsion“ wird aus der HMG292 in die im Hierarchiestrang tiefer liegende HMG293 verschoben. Die Bezeichnung der HMG293 wird geändert in „Vollständige Quadriplegie / Inkomplette hohe Rückenmarksläsion / Folgen einer Rückenmarksverletzung / Motoneuronenerkrankungen“.
- Die HMG292 wird umbenannt in „Vollständige thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom“.

In Abbildung 12 werden die in diesem Abschnitt vorgenommenen Anpassungen der Hierarchie „Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“ noch einmal grafisch dargestellt.

Abbildung 12: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 13 „Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“



15.2 Stellungnahmen

Die DAK hält die Anpassungen in der Hierarchie 13 „Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“ für sachgerecht, regt jedoch eine Prüfung der Kostenhomogenität aufgrund der Umstellung auf Pro-Tag-Werte bei der Berechnung an. Der IKK e.V. hält die Betrachtung der mittleren prospektiven Ausgaben für wenig hilfreich, weil diese keine Auftrennung einzelner unabhängiger Variablen ermöglichen. Weiterhin lehnt der IKK e.V. die Aufgabe der Dominanzbeziehung zwischen der Hierarchie 13 und der Hierarchie 23 „Verletzungen“ aufgrund der Verschlechterung der Gütemaße ab.

15.3 Bewertung

Die Darstellung der mittleren prospektiven Ausgaben erfolgt im Kapitel immer zusammen mit den Kostenschätzern. Die mittleren prospektiven Ausgaben der Versicherten geben einen Einblick in die durchschnittlichen gesamten Folgekosten, die Versicherte mit einer bestimmten HMG haben, welche sich natürlich in unterschiedlichen Risikogruppen niederschlagen.

Die Dominanzbeziehung von der Hierarchie 13 auf die Hierarchie 23 „Verletzungen“ kann aufgrund des Wegfalls der Wirbelkörperfrakturen durch die geänderte Krankheitsauswahl entfallen. Die dominierten Zuschlagsgruppen in den Verletzungen umfassen somit nur noch pathologische Frakturen, welche nicht in einem Zusammenhang mit Rückenmarksverletzungen stehen. Somit sind ungerechtfertigte Mehrfachzuschläge nicht zu befürchten. Weitere Ausführungen hierzu lassen sich dem Kapitel zur Hierarchie 23: Verletzungen entnehmen.

15.4 Ergebnis

Die Anpassungen des Festlegungsentwurfs werden umgesetzt.

16 Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen

16.1 Festlegungsentwurf

Die Hierarchie „Neurologische Erkrankungen“ ist für das Ausgleichsjahr 2015 nicht bearbeitet bzw. es sind im Festlegungsentwurf keine Anpassungsempfehlungen gegeben worden.

16.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV gibt den Hinweis, dass die Arzneimittel-Auswahl der DxG846 Multiple Sklerose mit Dauermedikation um den ATC-Kode N07XX09 Dimethylfumarat ergänzt werden sollte.

16.3 Bewertung

Der Hinweis ist sachgerecht. Der Wirkstoff Dimethylfumarat steht seit März 2014 neu für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose zur Verfügung.

16.4 Ergebnis

Die Anlage 3, Stand GKV-AI Juni 2014, wird in Bezug auf die DxG846 um den ATC-Kode N07XX09 ergänzt.

18 Hierarchie 16: Herzerkrankungen

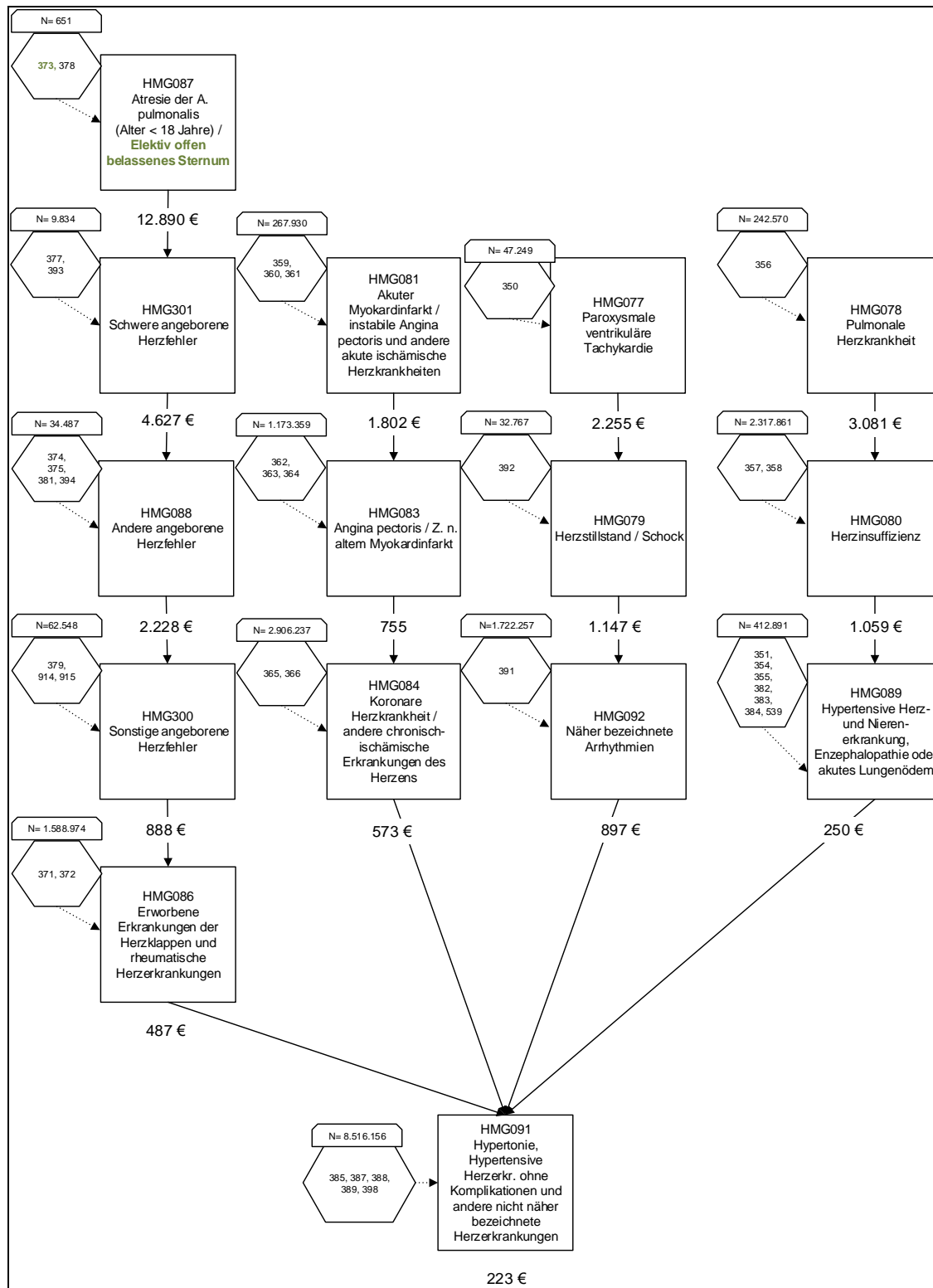
18.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ führt zu der im Folgenden Anpassung:

- Der ICD-Kode M96.80 „Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff“, der bislang der DxG858 „Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems“ in der Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ zugeordnet war, bildet die neue DxG373, die die Bezeichnung „Elektiv offen belassenes Sternum“ erhält.
- Die neue DxG373 wird über das Kriterium „stationär erforderlich“ aufgegriffen und der HMG087 (bisherige Bezeichnung: „Atresie der Arteria pulmonalis [Alter < 18 Jahre]“) in der Hierarchie „Herzerkrankungen“ zugeordnet.
- Die HMG087 wird umbenannt in „Atresie der Arteria pulmonalis (Alter < 18 Jahre) / Elektiv offen belassenes Sternum“.

In Abbildung 13 werden die in diesem Abschnitt zusammengefassten Anpassungen der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ nochmals veranschaulicht.

Abbildung 13: Hierarchie 16 "Herzerkrankungen" im Anpassungsentwurf



18.2 Stellungnahmen

Die Barmer GEK und der IKK e.V. halten die Verschiebung des ICD-Kodes M96.80 „Elektiv offen belassenes Sternum“ aus der Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ in die Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ für sinnvoll. Der ICD-Kode soll laut Festlegungsentwurf der DxG373 zugeordnet, mit dem Aufgreifkriterium „stationär

erforderlich“ aufgegriffen und in die HMG087 mit der neue Bezeichnung „Atresie der Arteria pulmonalis (Alter < 18 Jahre) / Elektiv offen belassenes Sternum“ einsortiert werden. Die DAK zieht die Abbildung der DxG373 in einer eigenen HMG aufgrund der individuellen Krankheitsverläufe und unterschiedlichen Kosten vor. Aus dem gleichen Grund sollte das BVA zusätzlich die Einsortierung in einen eigenen Hierarchiestrang prüfen. Zudem regt die DAK an, die Zuordnung des akuten Lungenödems in die HMG080 oder eine höhere Einsortierung aufgrund der kardialen Ursachen und der geänderten Berechnungsmethode zu prüfen.

18.3 Bewertung

Die Umgruppierung des „Elektiv offen belassenen Sternums“ wird generell befürwortet. Wie bereits die in der Dokumentation zum Festlegungsentwurf dargestellten Auswertungen zeigen, sprechen weder Fallzahlen noch Kostenschätzer der DxG373 zwingend für die Berücksichtigung in einer separaten HMG bzw. in einem eigenen Hierarchiestrang.

Die Vorschläge der DAK zur Einsortierung der DxG351 „Akutes Lungenödem nicht anderweitig klassifiziert“ waren nicht Gegenstand des diesjährigen Anpassungs- bzw. Anhörungsverfahrens können, können aber ggf. in den folgenden Anpassungszyklen noch einmal eingehender geprüft werden.

18.4 Ergebnis

Die Änderungen an der Hierarchie 16 werden entsprechend des Festlegungsentwurfs umgesetzt.

19 Hierarchie 17: Zerebrovaskuläre Erkrankungen

19.1 Festlegungsentwurf

Die Hierarchie „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ ist für das Ausgleichsjahr 2015 nicht bearbeitet bzw. es sind im Festlegungsentwurf keine Anpassungsempfehlungen gegeben worden.

19.2 Stellungnahmen

Die Innungskrankenkassen verweisen auf ihren Vorschlag vom letztjährigen Anhörungsverfahren, die DxG408 Angeborene / kindliche Hemiplegie (Zerebralparese) durch Arzneimittel der Wirkstoffklasse B01AC (Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin) zu validieren. Nach der gemeinsamen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft seien Thrombozytenaggregationshemmer das Mittel der Wahl bei der Sekundärprävention der zerebralen Ischämie. Häufig verordnet werde Acetylsalicylsäure (ASS), entweder allein oder zusammen mit Dipyridamol in einer Zubereitung, die den Wirkstoff im Körper verzögert freisetzt. Manchmal werde ASS auch mit Clopidogrel kombiniert. Die alleinige Gabe von Clopidogrel empfehle sich bei Patienten, die kein ASS einnehmen dürfen (z. B. wegen Unverträglichkeit).

19.3 Bewertung

Eine Prüfung des Vorschlages erscheint sachgerecht. Da für die gesamte Hierarchie bisher keine Arzneimittelprüfung eingeführt ist, sollte sich eine entsprechende Analyse auf alle DxG ohne besonderes Aufgreifkriterium (ausgenommen die mit Kriterium „stationär erforderlich“) beziehen. Eine Analyse kann bei der nächsten Überarbeitung der Hierarchie vorgenommen werden.

19.4 Ergebnis

Im Vergleich mit dem Ausgangsmodell ergeben sich keine Änderungen in der Hierarchie.

20 Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislauferkrankungen

20.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ führte zu den nachfolgend dargestellten Anpassungsvorschlägen im Festlegungsentwurf:

- Die ICD-Kodes I70.8 „Atherosklerosen sonstiger Arterien“ und I70.9 „Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerosen“ werden aus der DxG437 „Atherosklerose“ in die DxG428 „Atherosklerose / Arteriosklerose der großen Gefäße“ verschoben, es erfolgt dabei keine Änderung der Aufgreifkriterien.
- Die DxG428 „Atherosklerose / Arteriosklerose der großen Gefäße“ wird umbenannt in DxG428 „Sonstige Atherosklerose“.
- Die DxG437 „Atherosklerose“ wird umbenannt in DxG437 „Atherosklerose der Extremitätengefäße“.
- Die DxG423 „Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän“ wird der neuen HMG098 „Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän“ zugeordnet. Die HMG098 dominiert HMG104, HMG149, HMG115, HMG105, HMG099 und HMG106.
- Die DxG395 „Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße“ und DxG422 „Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus“ verbleiben in der HMG104; diese wird umbenannt in HMG104 „Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße“. Die HMG104 dominiert HMG149, HMG115, HMG105, HMG099 und HMG106.
- Die neu abgegrenzte DxG437 „Atherosklerose der Extremitätengefäße“ wird der neuen HMG115 „Atherosklerose der Extremitätengefäße“ zugeordnet. Die HMG115 dominiert HMG105, HMG099 und HMG106.
- Die DxG421 „Lungenembolie“, DxG431 „Näher bezeichnete Erkrankung peripherer Gefäße“, DxG432 „Nicht näher bezeichnete Erkrankung peripherer Gefäße“ und DxG835 „Sonstige Erkrankungen der Lungengefäße“ werden der HMG105 „Lungenembolie / Periphere Gefäßerkrankungen (näher bezeichnet)“ zugeordnet, welche umbenannt wird in HMG105 „Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße“. Die HMG105 dominiert HMG099 und HMG106.
- Die DxG448 „Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems bei andernorts klassifizierten Krankheiten“, DxG819 „Arterienstriktur und andere näher bezeichnete Erkrankungen von Arterien“ und die DxG820 „Andere / nicht näher bezeichnete Erkrankungen von Arterien“ werden der HMG099 „Nicht näher bezeichnete Erkrankung peripherer Gefäße“ zugeordnet; diese wird umbenannt in HMG099 „Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien“. Die HMG099 dominiert HMG106.
- Die neu abgegrenzte DxG428 „Sonstige Atherosklerose“ wird der HMG106 „Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonstige nicht näher bezeichnete Krankheiten

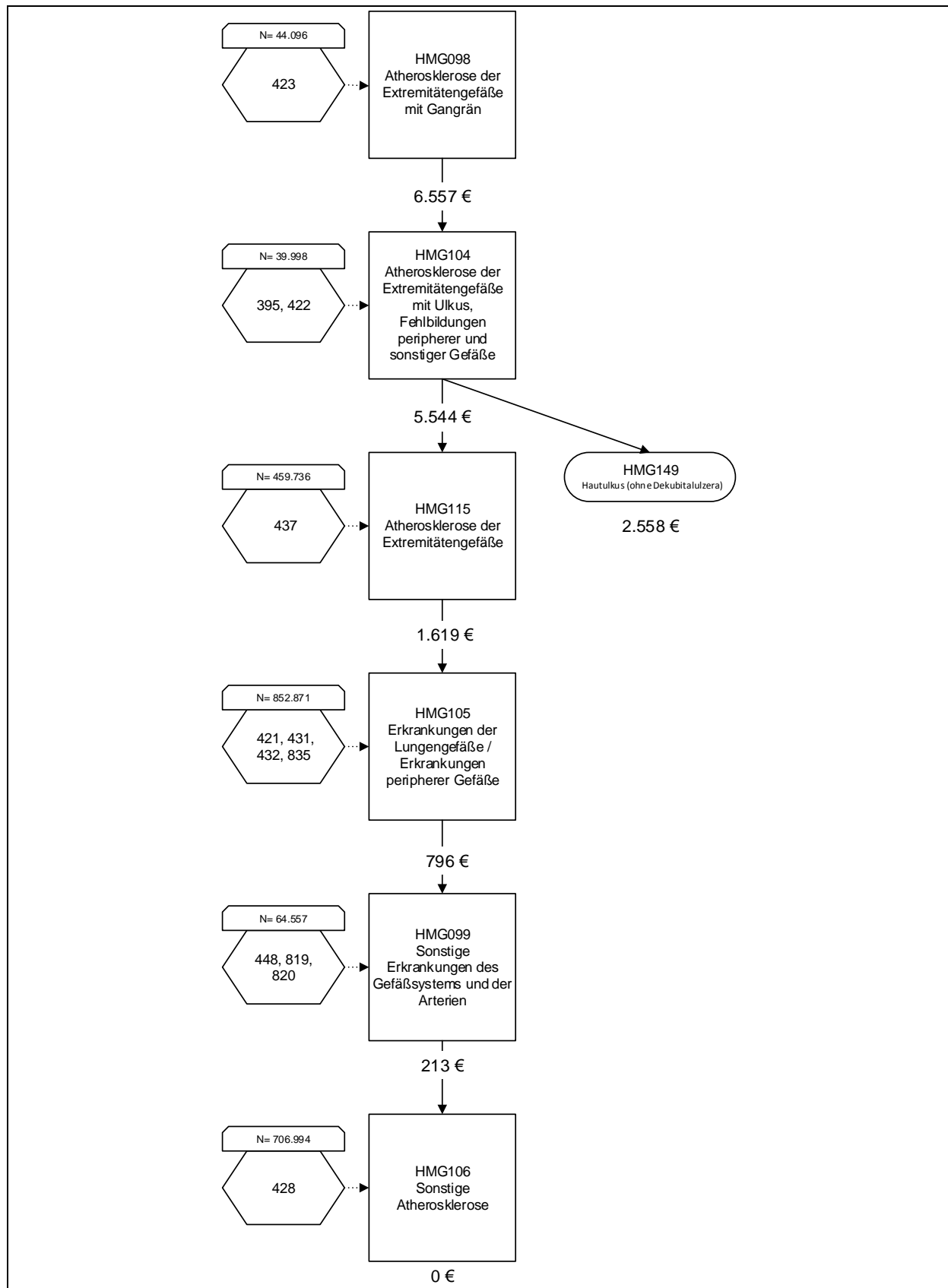
der Arterien und Arteriolen“ zugeordnet; diese wird umbenannt in HMG106 „Sonstige Atherosklerose“.

In Tabelle 11 bzw. Abbildung 14 werden die in diesem Abschnitt vorgenommenen Anpassungen der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ nochmals veranschaulicht.

Tabelle 11: Gegenüberstellung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ in Ausgangsmodell und Entwurfsfassung

Ausgangsmodell				Anpassungsvorschlag: Modell 6			
Kennzahlen		Absolut		Kennzahlen		Absolut	Δ Status quo
R ²		24,31%		R ²		24,32%	0,01%
CPM		23,61%		CPM		23,62%	0,01%
Mape		1.948,39 €		Mape		1.948,12 €	-0,28 €
Risikofaktoren (DxG_neu)	Bezeichnung	Versicherte	Schätzer (Jahreswert)	Risikofaktoren (DxG_neu)	Bezeichnung	Versicherte	Schätzer (Jahreswert)
HMG104 [DxG395, DxG422, DxG423]	Atherosklerose mit Ulkus oder Gangrän	84.094	6.033,01 €	HMG098 [DxG423]	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän	44.096	6.557,82 €
				HMG104 [DxG395, DxG422]	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße	39.998	5.544,93 €
HMG105 [DxG421, DxG431, DxG819, DxG835]	Lungenembolie / Periphere Gefäßerkrankungen (näher bezeichnet)	383.858	1.048,75 €	HMG115 [DxG437]	Atherosklerose der Extremitätengefäße	459.736	1.619,72 €
				HMG105 [DxG421, DxG431, DxG432, DxG835]	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	852.871	796,34 €
HMG099 [DxG432, DxG448]	Nicht näher bezeichnete Erkrankung peripherer Gefäße	809.842	1.058,04 €	HMG099 [DxG448, DxG819, DxG820]	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien	64.557	213,83 €
					HMG106 [DxG428, DxG437, DxG820]	Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonstige nicht näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen	890.458
HMG106 [DxG428, DxG437, DxG820]	Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonstige nicht näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen	890.458	135,08 €	HMG106 [DxG428]	Sonstige Atherosklerose [Achtung: Schätzer auf Null beschränkt!!!]	706.994	0,00 €
				HMG149 [DxG614]	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	202.617	2.558,46 €
HMG149 [DxG614]	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	202.617	2.560,30 €	HMG149 [DxG614]	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	202.617	2.558,46 €

Abbildung 14: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“



20.2 Stellungnahmen

Die generelle Überarbeitung der Hierarchie wird in den abgegebenen Stellungnahmen nicht kritisiert. Die DAK begrüßt die umfangreiche Überarbeitung, merkt jedoch an, dass bei der Zusammensetzung der HMG vermutlich weiterhin Unstimmigkeiten vorlägen, was bei den Berechnungen in Insignifikanzen münden könne. Der Stellungnahme ist daher ein Vorschlag für eine überarbeitete ICD-Sortierung beigefügt, mit der Bitte um Prüfung, ob dadurch eine noch bessere Abbildung erreicht werden könne. Sollte dies nicht der Fall sein, so sollte ggf. die Zusammenlegung der HMG099 „Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien“ und 106 „Sonstige Atherosklerose“ geprüft werden.

Die Barmer GEK merkt ebenfalls an, dass nach dem Anhörungsvorschlag für die HMG106 „Sonstige Atherosklerose“ ein negativer Schätzer resultiert, der nach den Regeln des Berechnungsverfahrens auf „Null“ gesetzt wird. Somit erhielten 700.000 betroffene Versicherte keinen Zuschlag für diese Diagnosen. Es wird daher ebenfalls vorgeschlagen, die betroffene HMG 106 „Sonstige Atherosklerose“ mit der in der Hierarchie darüber liegenden HMG099 „Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien“ zusammenzulegen. Alternativ könne lt. Barmer GEK auf die Verwendung des Arzneimittelkriteriums „klinisch-relevant“ für die HMG106 „Sonstige Atherosklerose“ zurückgegriffen werden. Als zu berücksichtigende Arzneimittel würden Lipidsenker und Betablocker in Frage kommen.

Der IKK e.V. weist demgegenüber darauf hin, dass die Diagnosen der Atherosklerose alleine keinerlei therapeutische Maßnahmen verursachen, dies würde auch durch den negativen Schätzer der HMG verdeutlicht. Sollten die Diagnosen behandlungsrelevant sein (z.B. bei einer klinisch relevanten Atherosklerose der peripheren Gefäße) würden diese Kosten bereits jetzt in den höheren Zuschlagsgruppen berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund gibt es aus Sicht des IKK e.V. keinen Anlass, von einer ungerechtfertigten Nichtberücksichtigung auszugehen.

Unabhängig von einer direkten Kritik an der Ausgestaltung der Hierarchie 18 wird in mehreren Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass in unterschiedlichen Hierarchien unterschiedliche Maßstäbe beim Zusammenlegen bzw. Aufteilen von Morbiditätsgruppen angelegt würden, hier wird regelmäßig auf die „geringe“ Differenz von lediglich 264 € zwischen der HMG099 „Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien“ (211,61 €) und HMG106 „Sonstige Atherosklerose“ (-52,38 € [vor Nullsetzung der HMG]) verwiesen und diese in Relation zu anderen Anpassungen gesetzt.

20.3 Ergebnis

Die Bearbeitung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ macht deutlich, dass aus der bisherigen Einsortierung der dort enthaltenen DxGruppen – und insbesondere auch der ICD-Kodes der Atherosklerose – relativ inhomogene HMG-Zusammensetzungen resultierten. Die vorgenommenen Analysen haben aufgezeigt, dass für die in der DXG428_alt „Atherosklerose / Arteriosklerose der großen Gefäße“ enthaltenen ICDs im Klassifikationssystem keine prospektiven Folgekosten messbar sind. Auch nach Einbeziehung der weiteren „unspezifischen“ Atherosklerosekodes resultiert keine wesentliche Veränderung. Dies unterscheidet die DxG428_neu / HMG106_neu „Sonstige Atherosklerose“ substantiell von der übergeordneten HMG099 „Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien“, für die zwar niedrige, aber positive prospektive Kosten resultieren. Der Vorzeichenwechsel, nicht die absolute Kostendifferenz, bildet hier den wesentlichen Grund für die Nichtzusammenlegung beider HMGs. In den Festlegungen zum Klassifikationssystem ist seit der Einführung des Morbi-RSAs eben diese Vorgehensweise bei Auftreten negativer Schätzer explizit vorgesehen, es besteht kein Zwang, dass jede HMG auch einen positiven Kostenschätzer erhalten muss. Vergleicht man die unterschiedlichen Analyseebenen von Krankheitsauswahl und Klassifikationssystem, so ist vielmehr mit genau solcherlei Fällen zu rechnen. Ein Zusammenlegen zweier HMGs lediglich in der Hoffnung für jede in der Krankheitsauswahl enthaltene Diagnose einen zwar positiven, dafür aber deutlich ungenaueren Kostenschätzer zu erzielen, kann aus fachlicher Sicht nicht befürwortet werden. Im vorliegenden Fall ist zudem darauf hinzuweisen, dass bei einer Zusammenlegung beider HMGs der resultierende Schätzer mit einem Wert von -30 € immer noch negativ wäre, einhergehend mit einer leichten Verschlechterung der Kennzahlen (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Zusammenlegung von HMG099 und HMG106

Anpassungsvorschlag: Modell 6				Zusammenlegung von HMG099 und HMG106			
Kennzahlen		Absolut		Kennzahlen		Absolut	Δ Festlegungs- entwurf
R ²		24,32%		R ²		24,32%	-0,0001%
CPM		23,62%		CPM		23,62%	-0,0007%
Mape		1.948,12 €		Mape		1.948,14 €	0,02 €
Risikofaktoren (DxG_neu)	Bezeichnung	Versicherte	Schätzer (Jahreswert)	Risikofaktoren (DxG_neu)	Bezeichnung	Versicherte	Schätzer (Jahreswert)
HMG098 [DxG423]	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän	44.096	6.557,82 €	HMG098 [DxG423]	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän	44.096	6.554,11 €
HMG104 [DxG395, DxG422]	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße	39.998	5.544,93 €	HMG104 [DxG395, DxG422]	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße	39.998	5.541,72 €
HMG115 [DxG437]	Atherosklerose der Extremitätengefäße	459.736	1.619,72 €	HMG115 [DxG437]	Atherosklerose der Extremitätengefäße	459.736	1.616,94 €
HMG105 [DxG421, DxG431, DxG432, DxG835]	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	852.871	796,34 €	HMG105 [DxG421, DxG431, DxG432, DxG835]	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	852.871	793,79 €
HMG099 [DxG448, DxG819, DxG820]	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien	64.557	213,83 €	HMG099 [DxG448, DxG819, DxG820, DxG428]	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien	771.551	-30,26 €
HMG106 [DxG428]	Sonstige Atherosklerose [Achtung: Schätzer auf Null beschränkt!!!]	706.994	0,00 €	HMG106	Sonstige Atherosklerose		
HMG149 [DxG614]	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	202.617	2.558,46 €	HMG149 [DxG614]	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	202.617	2.559,20 €

Zusammengelegt

Auch die geänderten ICD-DxG-HMG-Zuordnungen des DAK-Vorschlags sind nicht geeignet eine weitere Verbesserung der Hierarchiezusammensetzung zu erzielen. Aus dem Versuch, Diagnosen mit deutlich negativen prospektiven Kostenschätzern [ICD I70.0, I70.1] in positive Zuschlagsgruppen der Hierarchie einzusortieren, resultieren Hierarchieverletzungen und merkliche Verschlechterungen der Kennzahlen (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Neusortierung der ICD nach DAK-Vorschlag

Anpassungsvorschlag: Modell 6				Vorschlag DAK: Neusortierung von ICD und DxG				
Kennzahlen		Absolut		Kennzahlen		Absolut	Δ Festlegungs- entwurf	
R^2		24,32%		R^2		24,31%	-0,0040%	
CPM		23,62%		CPM		23,62%	-0,0034%	
Mape		1.948,12 €		Mape		1.948,21 €	0,09 €	
Risikofaktoren (DxG_neu)	Bezeichnung	Versicherte	Schätzer (Jahreswert)	Risikofaktoren (DxG_neu)	Bezeichnung	Versicherte	Schätzer (Jahreswert)	
HMG098 [DxG423]	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän	44.096	6.557,82 €	HMG098 [DxG423]	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän	44.096	6.548,08 €	
HMG104 [DxG395, DxG422]	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße	39.998	5.544,93 €	HMG104 [DxG395, DxG422]	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße	37.964	5.639,05 €	
HMG115 [DxG437]	Atherosklerose der Extremitätengefäße	459.736	1.619,72 €	HMG115 [DxG395, DxG437, DxG835]	Atherosklerose der Extremitätengefäße, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße, Erkrankungen der Lungengefäße	465.227	1.622,88 €	
HMG105 [DxG421, DxG431, DxG432, DxG835]	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	852.871	796,34 €	HMG105 [DxG421, ICD I73.1, I79.2, DxG431, DxG432, DxG835]	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße Thrombangiitis obliterans, Periphere Angiopathie	224.701	891,46 €	
HMG099 [DxG448, DxG819, DxG820]	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien	64.557	213,83 €	HMG099 [DxG448, DxG819, DxG820, DxG428 ICD70.0, ICD70.1]	Aterienstruktur und andere näher bezeichnete Erkrankungen von Arterien, Atherosklerose der Aorta und der Nierenarterie [DxG_428alt!!!]	389.547	61,28 €	
HMG106 [DxG428]	Sonstige Atherosklerose [Achtung: Schätzer auf Null beschränkt!!!]	706.994	0,00 €	HMG106 Rest	Sonstiges	1.006.717	415,40 €	
HMG149 [DxG614]	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	202.617	2.558,46 €	HMG149 [DxG614]	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	202.621	2.574,01 €	

Die von der Barmer GEK vorgeschlagene isolierte Einführung einer Arzneimittelprüfung wegen klinischer Relevanz wird in der vorliegenden Hierarchie als nicht zielführend erachtet. Da sich die auf die Atherosklerose bezogenen Diagnosen über die gesamte Hierarchie erstrecken, sollte eine mögliche Diagnosevalidierung auch über die gesamte Hierarchie geprüft werden, was im aktuellen Zeitfenster nicht durchführbar ist. Da die Entwicklung der HMG106 „Sonstige Atherosklerose“ selbstverständlich auch zukünftig genauer Beobachtung bedarf, wird diese Überprüfung jedoch als Anregung für zukünftige Anpassungsverfahren vermerkt.

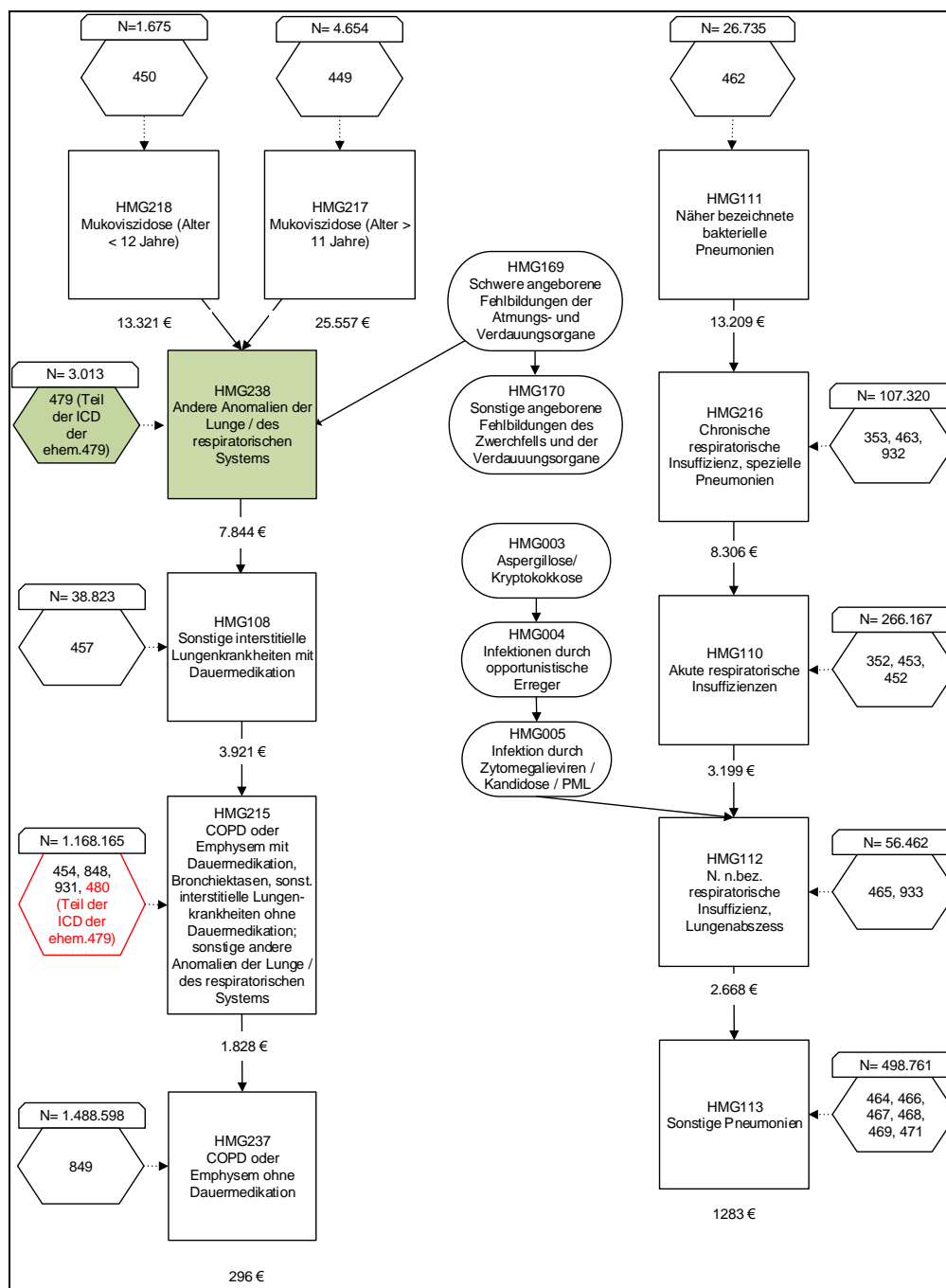
Für die aktuelle Festlegung bleibt festzuhalten, dass die im Festlegungsentwurf vorgestellte Überarbeitung der Hierarchie im Vergleich zum Status quo des Vorjahres zu einer deutlichen Verbesserung der Zielgenauigkeit der Schätzer führt. Es werden daher keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf vorgenommen.

21 Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge

21.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurde die Einordnung der aufgrund der Krankheitsauswahl neu hinzugekommenen ICD-Kodes Q31.0 bis Q34.9 in die Hierarchie 19 dargestellt. Diese ICD-Kodes wurden zwei neuen DxGs zugeordnet (DxG479 und DxG480). Diese beiden DxGs wurden in den „Mukoviszidose-Strang“ eingeordnet, wobei die DxG479 die einzige DxG der HMG238 darstellt, während die DxG480 der HMG215 zugeordnet wurde, die bereits drei andere DxGs enthielt. Die HMG238 wird zusätzlich durch die HMG169 aus der Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“ dominiert. In Abbildung 15 werden die im Festlegungsentwurf entwickelten Anpassungen der Hierarchie 19 schematisch dargestellt.

Abbildung 15: Hierarchie 19 "Erkrankungen der Lunge" im Festlegungsentwurf



21.2 Stellungnahmen / Bewertung

Zu den vorgestellten Änderungen in der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“ gab es Stellungnahmen zu der Zusammenlegung der (für die Erarbeitung des Festlegungsentwurfs temporär gebildeten) HMG239 und HMG215; zudem wurde die Aufhebung der Hierarchiebeziehung zur Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“ thematisiert.

Darüber hinaus wurde die bisher nicht erfolgte Prüfung einer Arzneimitteldifferenzierung erörtert und die Verschiebung von zwei ICD-Codes in die Hierarchie 27 angeregt.

Die Zusammenlegung der HMG239 und der HMG215 erfolgte in Hinblick auf die Vereinfachung des Modells und ähnlich dimensionierte Kostenschätzer. In der in den Stellungnahmen als Vergleich herangezogenen Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“, in der auf Basis kleinerer Kostenunterschiede eine Trennung von HMGs aufrecht erhalten würde, liegt aufgrund des dort vorliegenden Vorzeichenwechsels eine grundsätzlich andere Situation vor (siehe Erläuterungen zur Hierarchie 18).

Die Aufhebung der Hierarchiebeziehung zur Hierarchie 27 führt nur in geringem Maße zu zusätzlichen Zuschlägen:

- HMG238: 61 Versicherte (N im dominierten Modell: 3.074),
- HMG108: 2 Versicherte (N im dominierten Modell: 38.825),
- HMG215/239: 21 Versicherte (N im dominierten Modell: 1.168.186),
- HMG237: 8 Versicherte (N im dominierten Modell: 1.488.606).

Die Modellgüte ist im Vergleich zum Modell mit Hierarchiebeziehung leicht verbessert. Da die Aufhebung der Hierarchisierung mit tolerablen Zuschlagsveränderungen einhergeht und es vor allem auch zu einer Minderung der Komplexität des Modells kommt, wird die Hierarchiebeziehung aufgehoben.

Der schon im Vorjahr erfolgte Vorschlag, eine Arzneimitteldifferenzierung bei Versicherten mit Mukoviszidose zu prüfen, wurde als Prüfvorschlag für die weiterhin geplante tiefergehende Analyse des Themas „Arzneimitteldifferenzierung“ aufgenommen.

Eine Einordnung der ICD-Kodes Q31.5 „Angeborene Laryngomalazie“ und Q32.0 „Angeborene Tracheomalazie“ in die Hierarchie 27 „Erkrankungen der Neugeborenen“ würde mit einer Altersdifferenzierung innerhalb der Auswahlkrankheit 76 „Angeborene Anomalie der Lunge / des respiratorischen Systems“ einhergehen. Eine eventuelle Verschiebung dieser beiden ICD-Kodes muss deshalb zunächst im Rahmen der nächsten Krankheitsauswahl erörtert werden.

21.3 Ergebnis

Die Zusammenlegung der HMG239 und HMG215 bleibt erhalten.

Die Hierarchiebeziehung zwischen der Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge und der Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“ wird aufgehoben.

Eine Altersdifferenzierung bei Versicherten mit Mukoviszidose wird derzeit nicht erwogen.

Eine Einordnung der ICD-Kodes Q31.5 und Q32.0 in die Hierarchie 27 wird im Rahmen der Krankheitsauswahl analysiert.

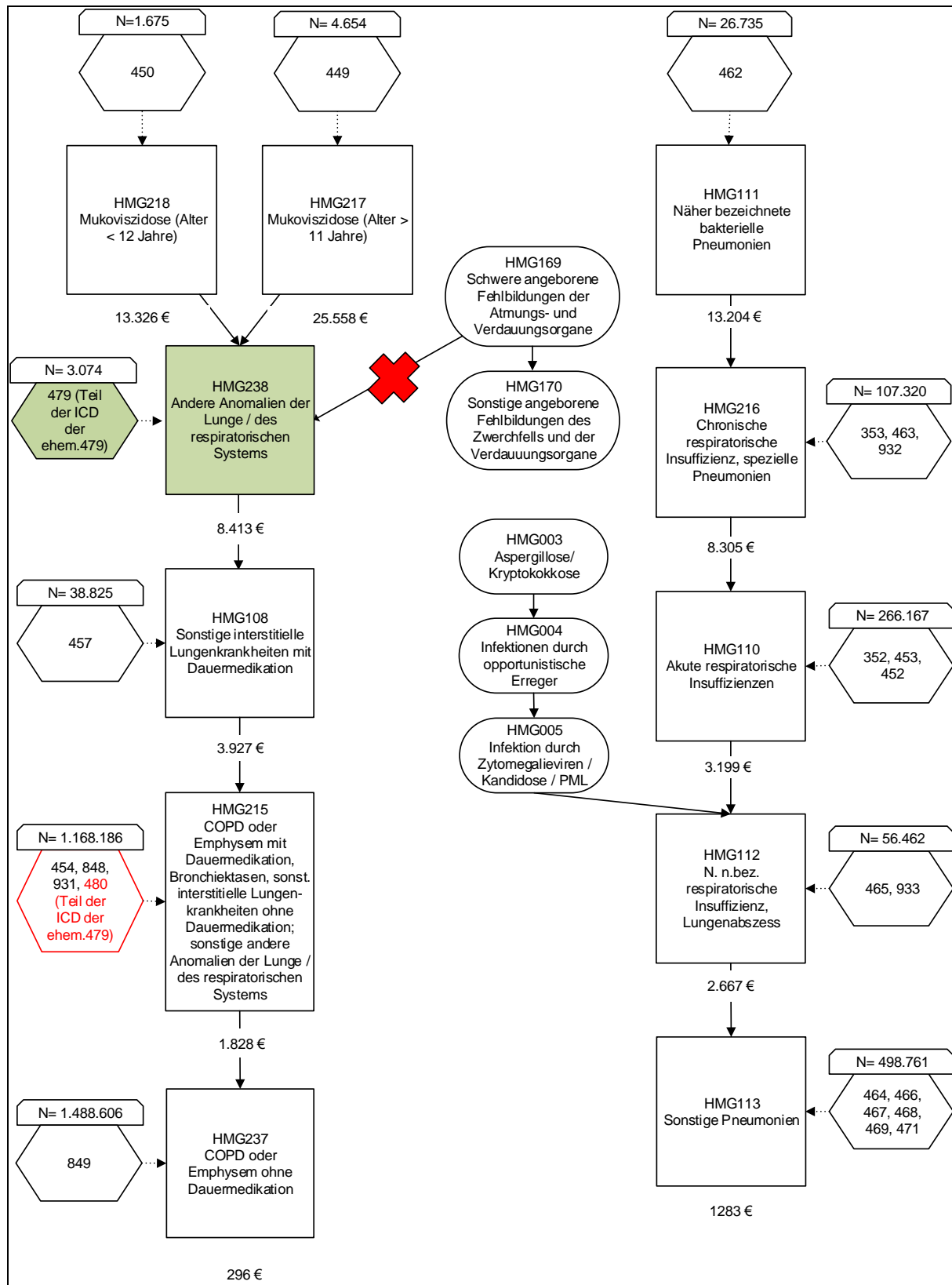
Das Endmodell entspricht Modell 4 (Tabelle 83) der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf.

Tabelle 14 und Abbildung 16 zeigen die Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Endmodell.

Tabelle 14: Gegenüberstellung Ausgangsmodell und Festlegung für die Hierarchie 18 "Erkrankungen der Lunge"

		Ausgangsmodell			Festlegung		
		R ²	CPM	MAPE	R ²	CPM	MAPE
		24,3091%	23,6125%	1.948,3942 €	24,3117%	23,6124%	1.948,3955 €
HMG	HMG Bezeichnung	N	Beta	SE			
238	Andere Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems	5.105	4.929,30 €	95,52 €	-	-	-
238 veränd.	idem (Teil der ICD aus 238 - Kosten relativ hoch)	-	-	-	3.074	8.412,75 €	123,22 €
218	Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)	1.675	13.320,43 €	166,05 €	1.675	13.326,22 €	166,05 €
217	Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)	4.654	25.556,60 €	100,89 €	4.654	25.557,53 €	100,89 €
108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	38.846	3.962,19 €	35,96 €	38.825	3.927,17 €	35,97 €
215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation	1.165.557	1.828,74 €	6,72 €	-	-	-
215 + Teil der ICD aus 238	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation, sonstige andere Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems	-	-	-	1.168.186	1.828,06 €	6,71 €
237	COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation	1.489.101	296,82 €	5,80 €	1.488.606	296,16 €	5,80 €
110	Akute respiratorische Insuffizienzen	266.167	3.201,19 €	14,31 €	266.167	3.198,47 €	14,31 €
111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	26.735	13.216,72 €	44,99 €	26.735	13.203,94 €	44,99 €
112	Nicht näher bezeichnete respiratorische Insuffizienz, Lungenabszess	56.462	2.667,55 €	29,42 €	56.462	2.667,40 €	29,42 €
113	Sonstige Pneumonien	498.761	1.284,04 €	9,95 €	498.761	1.283,09 €	9,95 €
169	Schwere angeborene Fehlbildungen der Atmungs- und Verdauungsorgane	1.176	18.964,79 €	199,20 €	1.176	18.524,14 €	199,30 €
170	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells und der Verdauungsorgane	1.594	3.088,70 €	170,80 €	1.594	3.034,49 €	170,80 €
216	Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien	107.320	8.307,27 €	22,41 €	107.320	8.304,98 €	22,41 €

Abbildung 16: Hierarchie 19 "Erkrankungen der Lunge" im Endmodell



22 Hierarchie 23: Verletzungen

22.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie „Verletzungen“ führte im Festlegungsentwurf zu den folgenden Anpassungen:

- Die HMG157 „Schwerwiegende pathologische Frakturen“ und die HMG203 „Sonstige pathologische Frakturen“ werden aufgelöst.
- Die Dominanzbeziehungen, die von der HMG292, der HMG293 bzw. der HMG294 auf die beiden HMGs157 und 203 gewirkt haben, können entfallen.
- Die von den beiden Morbiditätsgruppen umfassten Diagnosegruppen DxG647 „Pathologische Fraktur des Humerus / der Schulter“, DxG643 „Pathologische Hüftfraktur“, DxG648 „Pathologische Fraktur der Tibia oder Fibula“, DxG641 „Pathologische Wirbelkörperfraktur / Wirbelkörperkompressionsfraktur / Trümmerfraktur“, DxG656 „Sonstige, nicht näher bezeichnete pathologische Frakturen“ und DxG657 „Pathologische Frakturen des distalen Radius und der Ulna“ werden gestrichen.
- Die enthaltenen ICD-Schlüssel werden ihrer Pathogenese entsprechend den drei folgenden neuen Diagnosegruppen zugeordnet:
 - Die neue DxG642 „Pathologische Fraktur bei Osteoporose“ umfasst künftig die dem Dreisteller M80.- „Osteoporose mit pathologischer Fraktur“ untergeordneten ICD-Kodes.
 - Die neue DxG643 „Pathologische Fraktur ohne nähere Angabe“ umfasst die dem ICD-Viersteller M84.4- „Pathologische Fraktur, andernorts nicht klassifiziert“ untergeordneten ICD-Kodes.
 - Die neue DxG644 „Pathologische Fraktur bei Neubildungen“ umfasst die dem ICD-Viersteller M90.7- „Knochenfraktur bei Neubildungen“ zugehörigen ICD-Kodes.
- Für die drei neuen Diagnosegruppen wird als Aufgreifkriterium das M2Q-Kriterium festgesetzt.
- Die DxG642 und die DxG643 bilden die neue HMG154 „Pathologische Fraktur bei Osteoporose und o.n.A.“.
- Die DxG644 bildet die neue HMG155 „Pathologische Fraktur bei Neubildungen“.
- Die neue HMG155 dominiert die neue HMG154.

Tabelle 15 stellt die Auswirkungen, die sich durch die Anpassungen im Gesamtbereich der pathologischen Frakturen und der Osteoporose ergeben, noch einmal zusammenfassend gegenüber. Zudem werden in Abbildung 17 die für den Festlegungsentwurf erarbeiteten Anpassungen der Hierarchie „Verletzungen“ noch einmal schematisch dargestellt.

Tabelle 15: Gegenüberstellung des Ausgangsmodells mit den Anpassungen im Bereich Osteoporose und pathologische Frakturen

Vollerhebung		R ² 24,3091% CPM 23,6125% MAPE 1.948,39 €		R ² 24,3192% (0,0100%) CPM 23,6182% (0,0057%) MAPE 1.948,25 € (-0,15 €)					
Ausgangsmodell				Festlegungsentwurf					
HMG	N	Beta	Std. Fehler	HMG	N	Beta	Std. Fehler		
HMG292	Vollständige Quadriplegie / Folgen einer Rückenmarksverletzung / Motoneuronenerkrankungen	1.764	30.041 €	168 €	HMG292	Vollständige Quadriplegie / Folgen einer Rückenmarksverletzung / Motoneuronenerkrankungen	1.764	29.954 €	168 €
HMG293	Paraplegie / Inkomplette oder nicht näher bezeichnete Quadriplegie / sonstige Rückenmarksläsion	31.549	15.039 €	39 €	HMG293	Paraplegie / Inkomplette oder nicht näher bezeichnete Quadriplegie / sonstige Rückenmarksläsion	31.549	15.025 €	39 €
HMG294	[Sub-)akute Myelitis / angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / postoperative Krankheiten des Nervensystems	147.072	6.466 €	18 €	HMG294	[Sub-)akute Myelitis / angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / postoperative Krankheiten des Nervensystems	147.072	6.447 €	18 €
HMG157	Schwerwiegende pathologische Frakturen	197.950	1.066 €	16 €	HMG155	Pathologische Fraktur bei Neubildungen	4.777	10.766 €	116 €
HMG203	Sonstige pathologische Frakturen	257.402	537 €	14 €	HMG154	Pathologische Fraktur bei Osteoporose und o.n.A.	454.185	665 €	11 €
HMG160	Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	11.921	3.379 €	65 €	HMG160	Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	11.921	3.379 €	65 €
HMG162	Traumatische Amputation (ohne Finger und Zehen)	24.952	2.255 €	44 €	HMG162	Traumatische Amputation (ohne Finger und Zehen)	24.952	2.255 €	44 €
HMG163	Traumatische Amputation von Fingern oder Zehen / Komplikationen durch replantierte Körperteile	17.852	593 €	52 €	HMG163	Traumatische Amputation von Fingern oder Zehen / Komplikationen durch replantierte Körperteile	17.852	593 €	52 €
HMG204	Osteoporose (Frauen)	615.846	625 €	9 €	HMG221	Schwerwiegende Osteoporose (Frauen)	17.701	2.472 €	52 €
				HMG204	Osteoporose (Frauen)	598.145	598 €	10 €	
HMG205	Osteoporose (Männer)	73.282	1.460 €	26 €	HMG222	Schwerwiegende Osteoporose (Männer)	5.783	4.047 €	92 €
				HMG205	Osteoporose (Männer)	67.499	1.273 €	27 €	

292

↓

293

↓

294

↓

157

↓

203

160

↓

162

↓

163

204

205

292

↓

293

↓

294

155

↓

154

160

↓

162

↓

163

221

↓

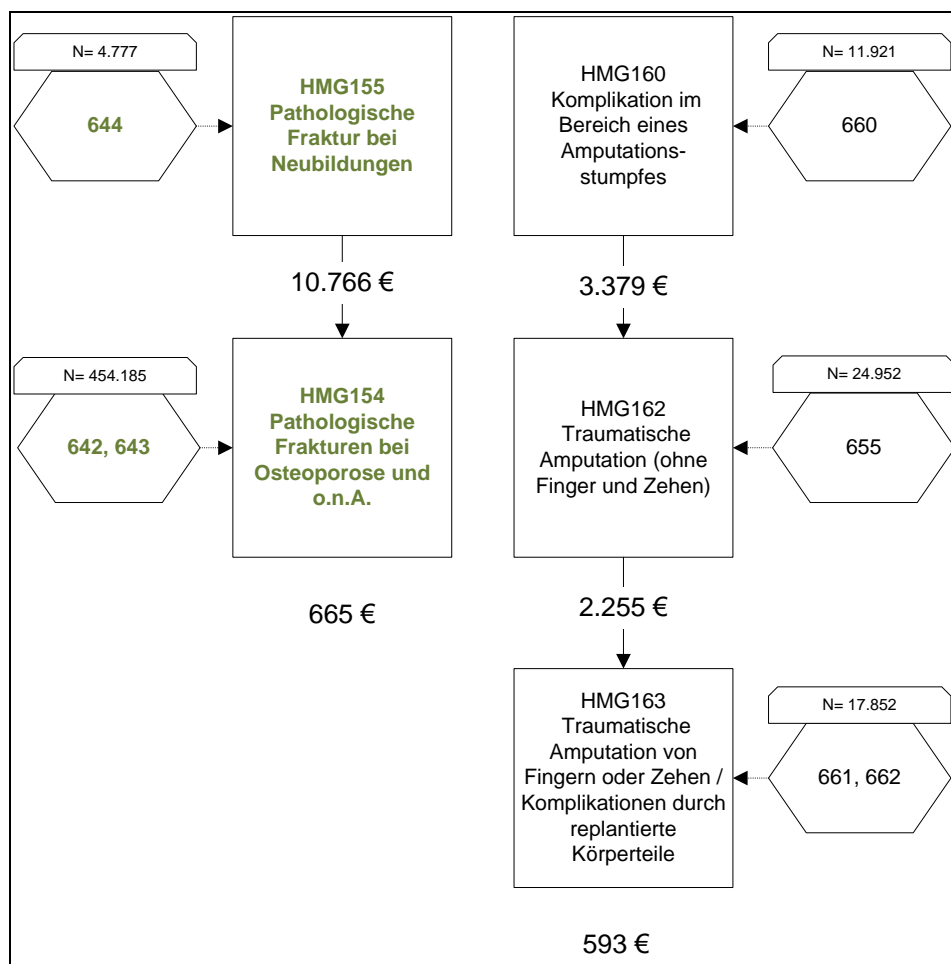
204

222

↓

205

Abbildung 17: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 23 „Verletzungen“



22.2 Stellungnahmen

Die Barmer GEK hält die vorgeschlagenen Änderungen für sachgerecht. Der IKK e.V. kann die Kappung der hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehung von der HMG292, HMG293 und HMG294 aus der Hierarchie 13 „Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“ auf die HMG157 und HMG203 nicht nachvollziehen, da sich die Gütemaße hierdurch verschlechtern. TK et al. plädieren für eine Arzneimittelvalidierung der pathologischen Frakturen bei Osteoporose. Dabei handele es sich um einen Folgezustand der Osteoporose, der spätestens mit Auftreten medikamentös behandelt würde. TK et al. befürchten, dass bei Verzicht auf eine Arzneimittelvalidierung Anreize gesetzt werden, andere, z.B. traumatische Frakturen, als pathologische Frakturen zu kodieren.

22.3 Bewertung

Wie bereits im Kapitel zur Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks erwähnt wurde, ist die Aufrechterhaltung der hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehung aufgrund des Wegfalls der Wirbelkörperfrakturen durch die geänderte Krankheitsauswahl medizinisch nicht länger geboten. Dies lässt sich auch empirisch nicht widerlegen. Die Auswertungen in Tabelle 16 stellen das Ausgangsmodell, ein angepasstes Ausgangsmodell

nach Anpassungen in der Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (genannt „Modell Osteoporose BVA 1“) und das Modell Osteoporose BVA 1 nach Aufheben der hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehung gegenüber. Dabei zeigt sich, dass nach Kappung der hierarchieübergreifenden Dominanz auf der 30% Stichprobe, die Fallzahlen der zuvor dominierten HMG157 und HMG203 nur leicht (um ca. 1%) ansteigen. Somit werden kaum zusätzliche Zuschläge ausgelöst. Der sich in einem geringen Maße auftretende Rückgang der Gütemaße wurde bereits in der Dokumentation zum Festlegungsentwurf erkannt und bei der Entscheidungsfindung mitberücksichtigt.

Tabelle 16: Entwicklung eines angepassten Ausgangsmodells

Stichprobe (30 %)	R ² 24,3260% CPM 23,5979% MAPE 1.948,46 €			R ² 24,3283% CPM 23,5995% MAPE 1.948,41 €			R ² 24,3281% CPM 23,5994% MAPE 1.948,42 €		
Modell	0: Ausgangsmodell			0a: "Modell Osteoporose BVA 1"			0b: Aufheben der Dominanz durch zentrale Paresen		
HMG	N	Beta	Std. Fehler	N	Beta	Std. Fehler	N	Beta	Std. Fehler
157 Schwerwiegende pathologische Frakturen	59.536	1.046 €	29 €	59.536	1.042 €	29 €	60.076	1.018 €	29 €
203 Sonstige pathologische Frakturen	77.342	535 €	26 €	77.342	535 €	26 €	77.897	533 €	25 €
221 Schwerwiegende Osteoporose (Frauen)				5.293	2.515 €	95 €	5.293	2.516 €	95 €
204 Osteoporose (Frauen)	185.606	635 €	17 €	180.313	583 €	17 €	180.313	584 €	17 €
222 Schwerwiegende Osteoporose (Männer)				1.706	3.836 €	168 €	1.706	3.837 €	168 €
205 Osteoporose (Männer)	21.894	1.555 €	47 €	20.188	1.372 €	49 €	20.188	1.372 €	49 €

Bezüglich der Frage nach einer möglichen Arzneimittelvalidierung der pathologischen Frakturen bei Osteoporose erfolgte eine breite Auseinandersetzung bereits in der Dokumentation zum Festlegungsentwurf (siehe dort S. 206). Empirisch wie auch normativ spricht einiges dafür, die pathologischen Frakturen bei Osteoporose nicht über eine Arzneimittelvalidierung aufzugreifen. Auch das BVA erkennt, dass aufgrund des beschränkten Morbiditätsspektrums des Risikostrukturausgleichs möglicherweise die Gefahr besteht, nicht berücksichtigungsfähige traumatische Frakturen über eine alternative Kodierung zuschlagsfähig zu machen. Auch wenn an der bisherigen Auffassung festgehalten wird und keine Änderungen an der Entwurfsfassung erfolgen, stimmt das BVA darin überein, dass die Entwicklung des Kostenschätzers und der Fallzahlen beobachtet und gegebenenfalls über eine entsprechende Validierung nachgesteuert werden muss.

22.4 Ergebnis

Die Anpassungen entsprechend des Festlegungsentwurfs werden umgesetzt.

23 Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen

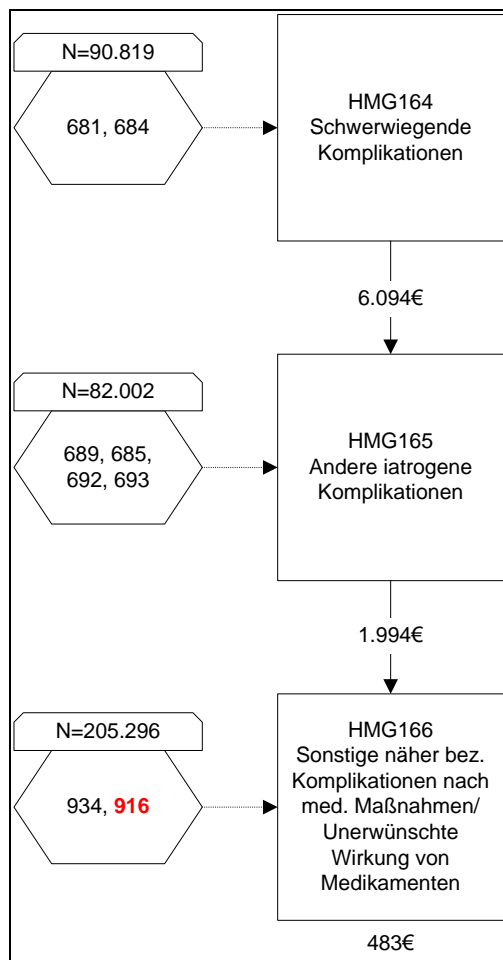
23.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ führte im Festlegungsentwurf zu folgenden Anpassungen:

- Die HMG260 „Unerwünschte Wirkung von Medikamenten“ wird in die HMG166 „Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen“ verschoben.
- Die Zuschlagsgruppe HMG166 trägt fortan den Namen HMG166 „Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen/Unerwünschte Wirkung von Medikamenten“.

Die vorgenommenen Anpassungen sind in Abbildung 18 dargestellt.

Abbildung 18: Hierarchie 24 "Medizinische Komplikationen" im Anpassungsentwurf



23.2 Stellungnahmen / Bewertung

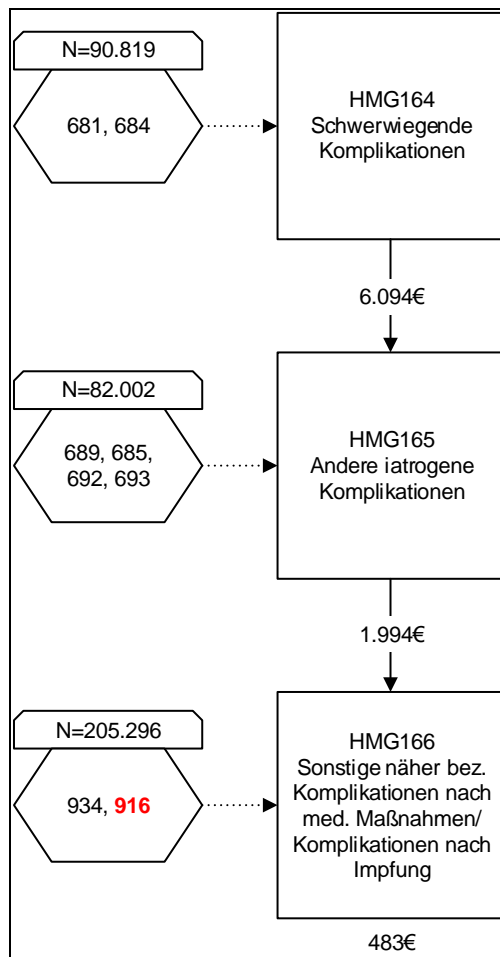
Die Barmer GEK und der IKK e.V. befürworten die Vereinfachung der Hierarchie 24 ausdrücklich. Der IKK e.V. hofft auf entsprechende Vereinfachungen zur Reduzierung der

Modellkomplexität auch in anderen Hierarchien. Der GKV SV merkt an, dass die HMG260 in der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2014 in „Komplikationen nach Impfung“ umbenannt wurde, die allerdings im vorliegenden Festlegungsentwurf nicht nachvollzogen wurde.

23.3 Ergebnis

Die Bezeichnung der DxG916 bzw. der HMG166 wird entsprechend der Anpassung für das Ausgleichsjahr 2014 umbenannt. Die Anpassung der Bezeichnung wird in der folgenden Abbildung veranschaulicht. Die Änderungen des Festlegungsentwurfs werden unter Berücksichtigung der neuen, korrekten Bezeichnung der DxG916 „Komplikationen nach Impfung“ und der HMG 166 „Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach med. Maßnahmen / Komplikationen nach Impfung“ umgesetzt.

Abbildung 19: Hierarchie 24 "Medizinische Komplikationen" in der Festlegung



24 Hierarchie 25: Transplantationen

24.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf führte die Überarbeitung der Hierarchie 25 „Transplantationen“ zu einer Neuordnung der Diagnosen zu DxGs und HMGs. Die Überarbeitung der Hierarchie ist in den folgenden Tabellen und Abbildungen zusammengefasst:

Tabelle 17: ICD-DxG-Zuordnung im Festlegungsentwurf

ICD-Kode	ICD Bezeichnung	DxG
T86.00	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen	736
T86.04	Chronische Graft-versus-host-Krankheit, ausgeprägte Form	737
T86.2	Versagen und Abstoßung eines Herztransplantates	738
T86.3	Versagen und Abstoßung eines Herz-Lungen-Transplantates	
T86.4	Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates	
T86.81	Versagen und Abstoßung: Lungentransplantat	
T86.82	Versagen und Abstoßung: Pankreastreansplantat	
K77.12	Stadium 2 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	739
K77.13	Stadium 3 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	
K77.14	Stadium 4 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	
K93.22	Stadium 2 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-host-Krankheit	
K93.23	Stadium 3 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-host-Krankheit	
K93.24	Stadium 4 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-host-Krankheit	740
L99.14	Stadium 4 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit	
T86.02	Akute Graft-versus-host-Krankheit, Grad III und IV	
T86.40	Akute Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates	
T86.41	Chronische Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates	
T86.49	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates	741
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation	742
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation	743
Z94.3	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation	744
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	745
K77.1	Beteiligung der Leber bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit	
K77.11	Stadium 1 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	
K93.2	Beteiligung des Verdauungstraktes bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit	
K93.21	Stadium 1 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-host-Krankheit	
L99.1	Beteiligung der Haut bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit	746
L99.11	Stadium 1 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit	
L99.12	Stadium 2 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit	
L99.13	Stadium 3 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit	
T86.01	Akute Graft-versus-host-Krankheit, Grad I und II	
T86.0	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft-versus-host-Krankheit	747
T86.03	Chronische Graft-versus-host-Krankheit, begrenzte Form	
T86.09	Graft-versus-host-Krankheit, nicht näher bezeichnet	
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	748
N16.5	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Transplantatabstoßung	749
T86.1	Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	
T86.10	Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	
T86.11	Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	
T86.12	Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion	
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	750
T86.5	Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates	
T86.50	Durchblutungsstörung eines Hauttransplantates	
T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates	
T86.52	Verlust eines Hauttransplantates	
T86.59	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates	751
T86.8	Versagen und Abstoßung sonstiger transplantierte Organe und Gewebe	
T86.83	Versagen und Abstoßung: Hornhauttransplantat des Auges	
T86.88	Versagen und Abstoßung: Sonstige transplantierte Organe und Gewebe	
T86.9	Versagen und Abstoßung eines nicht näher bezeichneten transplantierten Organes und Gewebes	
Z94.5	Zustand nach Hauttransplantation	751
Z94.6	Zustand nach Knochentransplantation	
Z94.7	Zustand nach Keratoplastik	
Z94.8	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation	
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression	
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation	751
Z94.9	Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation, nicht näher bezeichnet	

Tabelle 18: DxG-HMG-Zuordnungen und Bezeichnungen im Festlegungsentwurf

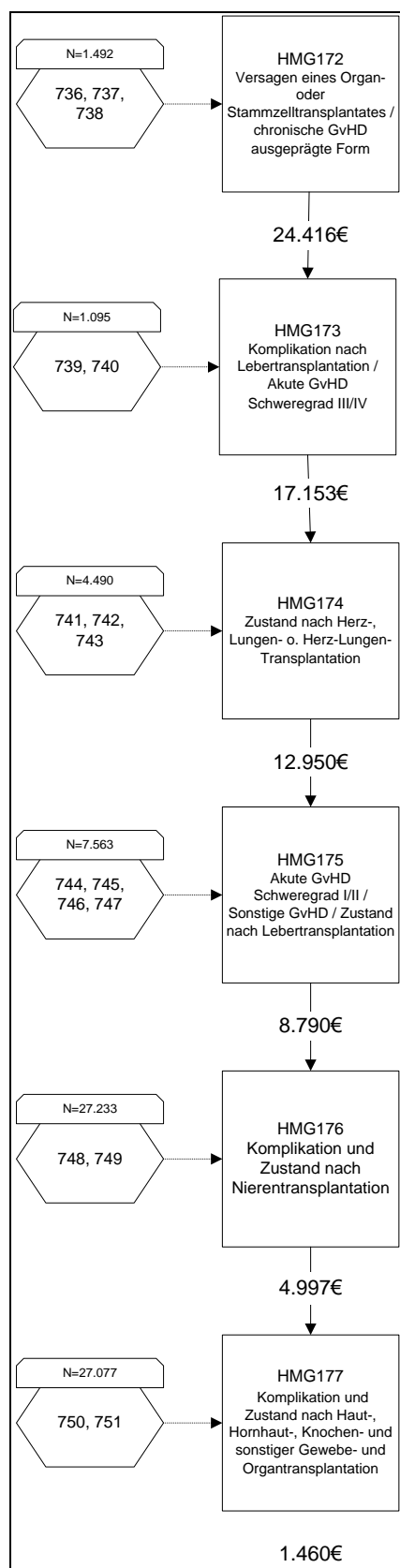
DxG	DxG Bezeichnung	HMG	HMG Bezeichnung
736	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen	172	Versagen eines Organ- oder Stammzelltransplantats / chronische GvHD ausgeprägte Form
737	Chronische Graft-versus-host Krankheit ausgeprägte Form		
738	Versagen und Abstoßung Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- und Lebertransplantat		
739	Akute Graft-versus-host Krankheit Schweregrad III/IV	173	Komplikation nach Lebertransplantation / Akute GvHD Schweregrad III/IV
740	Komplikation nach Lebertransplantation		
741	Zustand nach Herztransplantation	174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen-Transplantation
742	Zustand nach Lungentransplantation		
743	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation		
744	Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	175	Akute GvHD Schweregrad I/II / Sonstige GvHD/ Zustand nach Lebertransplantation
745	Akute Graft-versus-host Krankheit Schweregrad I/II		
746	Sonstige Graft-versus-host-Krankheit		
747	Zustand nach Lebertransplantation		
748	Zustand nach Nierentransplantation	176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation
749	Komplikation nach Nierentransplantation		
750	Komplikation nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation
751	Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation		

Die arzneimittelvalidierten DxGs werden weiterhin über die ATC-Fünfsteller des Ausgangsmodells aufgegriffen.

Tabelle 19: Aufgreifkriterien für die DxGs der Hierarchie 25 "Transplantationen" im Anpassungsentwurf

DxG	DxG Bezeichnung	Aufgreifkriterium
736	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen	Stationär erforderlich
737	Chronische Graft-versus-host Krankheit ausgeprägte Form	Arzneimittel obligat (183 BT)
738	Versagen und Abstoßung Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- und Lebertransplantat	Stationär erforderlich
739	Akute Graft-versus-host Krankheit Schweregrad III/IV	Stationär erforderlich
740	Komplikation nach Lebertransplantation	Stationär erforderlich
741	Zustand nach Herztransplantation	Arzneimittel obligat (183 BT)
742	Zustand nach Lungentransplantation	Arzneimittel obligat (183 BT)
743	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation	Arzneimittel obligat (183 BT)
744	Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	Arzneimittel obligat (183 BT)
745	Akute Graft-versus-host Krankheit Schweregrad I/II	Arzneimittel obligat (183 BT)
746	Sonstige Graft-versus-host-Krankheit	Arzneimittel obligat (183 BT)
747	Zustand nach Lebertransplantation	Arzneimittel obligat (183 BT)
748	Zustand nach Nierentransplantation	Arzneimittel obligat (183 BT)
749	Komplikation nach Nierentransplantation	Arzneimittel obligat (183 BT)
750	Komplikation nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	M2Q
751	Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	M2Q

Abbildung 20: Hierarchie 25 "Transplantationen" im Anpassungsentwurf



24.2 Stellungnahmen

Die Barmer GEK hält die Änderungen in der Hierarchie für sachgerecht. Der IKK e.V. plädiert dafür, die Trennung der Kreuz- und Sterndiagnosen beizubehalten, da die Kodierqualität für die betreffenden Diagnosen unzureichend sei. Der IKK e.V. hält die Zusammenfassung der Hierarchie für sinnvoll, sieht aber Schwächen in der Zusammenfassung der Diagnosen in HMGs. Dem schließt sich auch der GKV-SV an, welcher die Zusammenfassung der DxG740, 534 und 743 nicht nachvollziehen kann. Der GKV-SV merkt zudem an, dass die Auswirkungen der Änderung des Aufgreifkriteriums in der DxG737 nicht vollständig bewertet werden können, da hierfür eine Gruppierung des Modells vor Zusammenlegen der DxG737 mit der DxG741 erfolgen müsste. Zudem hält der GKV SV die Vereinigung der zwei Hierarchiestränge mit HMGs zu Organtransplantationen bzw. Stammzelltransplantationen für hinfällig, da diese medizinisch inhaltlich unterschiedliche Sachverhalte darstellen. Dies zeige sich auch in der marginalen Änderung der Fallzahlen bei Zusammenlegung der Hierarchiestränge.

24.3 Bewertung



Die Kreuz- und Sterndiagnosen werden weitestgehend entsprechend der vorgesehenen Systematik im ICD-GM-10 verschlüsselt. Die gemeinsame Erfassung in einer DxG ist somit medizinisch begründet, was der Grundlage für die Konzipierung von DxGs entspricht. Zudem bedeutet die Vereinigung von Kreuz- und Sterndiagnosen in einer DxG, das bei Erfüllen des jeweiligen Aufgreifkriteriums (stationär erforderlich oder Arzneimittel obligat) auch ein Zuschlag ausgelöst wird. Somit sind Sterndiagnosen nicht zwangsweise schlechter gestellt, sondern jetzt treffender in der Hierarchie entsprechend der Folgekosten der unterliegenden Diagnose einsortiert.

Bei der Zusammenlegung von DxGs zu Zuschlagsgruppen wurden ökonomische und medizinische Erwägungen berücksichtigt. Dabei wurde schrittweise von der teuersten DxG im unhierarchisierten Modell eine Dominanz auf die verbleibenden, noch nicht hierarchisierten DxGs gebildet, bis eine Kette der Kostenschätzer in absteigender Höhe entstand. Daraufhin wurden ähnlich hohe Kostenschätzer zu Zuschlagsgruppen vereint. Allerdings wurde bei diesem Vorgehen eine Besonderheit bei den vorliegenden Diagnosen beachtet: Unspezifische Diagnosen zum „Zustand nach...“ einer bestimmten Organ- oder Stammzelltransplantation sollten nicht höher eingeordnet werden als solche, die ein „Versagen von...“ oder eine „Komplikation nach...“ verschlüsseln. Die Diagnosen zum „Zustand nach...“ sind unspezifisch und werden dauerhaft nach einer Organ- oder Stammzelltransplantation vergeben. Somit sollten diese Diagnosen nicht höher in einem Hierarchiestrang einsortiert werden als spezifischere Diagnosen. Diese Tatsache spielt auch bei der Bewertung der Änderung des Aufgreifkriteriums der DxG737 „Komplikation nach

Nierentransplantation“ eine Rolle (Modell 5). Die Änderung des Aufgreifkriteriums kann in diesem Fall normativ vollzogen werden, da die DxG737 in jedem Fall mit der DxG741 „Zustand nach Nierentransplantation“ zusammengelegt werden sollte. Hierzu wird auch noch einmal auf die Ausführungen in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf auf die Seiten 222-225 verwiesen.

Bei dem Status nach Stammzelltransplantation und Organtransplantation handelt es sich um zwei medizinisch und inhaltlich unterschiedliche Sachverhalte. Vergleicht man die Kennzahlen des Modells mit einem Hierarchiestrang und des Modells mit zwei Hierarchiesträngen in Abbildung 22 mit dem Ausgangsmodell, dann verschlechtert das MAPE geringfügig auf der vierten Nachkommastelle in dem Modell mit zwei Hierarchiesträngen, während R^2 geringfügig ansteigt. Aufgrund dieser marginalen Veränderungen erscheint es sinnvoll, das medizinisch sachgerechtere Modell umzusetzen und zwei Hierarchiestränge einzuführen.

Abbildung 21: Gegenüberstellung Hierarchie 25 "Transplantationen" mit 1 und 2 Hierarchiesträngen

Anpassungsentwurf der Hierarchie 25 "Transplantationen"				Vollerhebung			Hierarchie 25 "Transplantationen" mit zwei Hierarchiesträngen				Vollerhebung		
				R²	24,3240%	Δ 0,0149%					R²	24,3243%	Δ 0,0151%
				CPM	23,6177%	Δ 0,0053%					CPM	23,6177%	Δ 0,0052%
				MAPE	1.948,2601 €	Δ -0,1342 €					MAPE	1.948,2604 €	Δ -0,1338 €
DxG	DxG Bezeichnung	HMG	HMG Bezeichnung	N	Beta	SE	DxG	DxG Bezeichnung	HMG	HMG Bezeichnung	N	Beta	SE
DxG736	Versagen eines Transplantates hämatopoet. Stammzellen	HMG172	Versagen eines Organ- oder Stammzelltransplantates (chronische GvHD ausgeprägte Form)	1492	24.416,26 €	183,48 €	DxG736	Versagen eines Transplantates hämatopoet. Stammzellen	HMG178	Versagen eines Stammzelltransplantats / chronische GvHD ausgeprägte Form	735	23.893,76 €	264,17 €
DxG737	Chronische Graft-versus-host Krankheit ausgeprägte Form						DxG737	Chronische Graft-versus-host Krankheit ausgeprägte Form					
DxG738	Versagen und Abstoßung Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- und Lebertransplantat						DxG739	Akute Graft-versus-host Krankheit Schweregrad III/IV	HMG179	Akute GvHD Schweregrad III/IV	226	17.656,98 €	495,32 €
DxG739	Akute Graft-versus-host Krankheit Schweregrad III/IV	HMG173	Komplikation nach Lebertransplantation / Akute GvHD Schweregrad III/IV	1095	17.153,41 €	213,51 €	DxG744	Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	HMG180	Akute GvHD Schweregrad VII, sonstige GvHD und Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	1886	9.521,50 €	168,73 €
DxG740	Komplikation nach Lebertransplantation						DxG746	Sonstige Graft-versus-host-Krankheit					
DxG741	Zustand nach Herztransplantation	HMG174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen- Transplantation	4490	12.950,22 €	102,84 €	DxG745	Akute Graft-versus-host-Krankheit Schweregrad I/II	HMG172	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates	772	23.523,96 €	252,93 €
DxG742	Zustand nach Lungentransplantation						DxG738	Versagen und Abstoßung Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- und Lebertransplantat					
DxG743	Zustand nach Herz-Lungen Transplantation						DxG740	Komplikation nach Lebertransplantation	HMG173	Komplikation nach Lebertransplantation	873	16.729,02 €	235,94 €
DxG744	Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	HMG175	Akute GvHD Schweregrad I/II / Sonstige GvHD / Zustand nach Lebertransplantation	7563	8.790,43 €	80,16 €	DxG742	Zustand nach Lungentransplantation	HMG174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen-Transplantation	4499	12.877,34 €	102,75 €
DxG745	Akute Graft-versus-host-Krankheit Schweregrad VII						DxG741	Zustand nach Herztransplantation					
DxG746	Sonstige Graft-versus-host- Krankheit						DxG743	Zustand nach Herz-Lungen Transplantation					
DxG747	Zustand nach Lebertransplantation						DxG747	Zustand nach Lebertransplantation	HMG175	Zustand nach Lebertransplantation	5750	8.321,01 €	90,62 €
DxG748	Zustand nach Nierentransplantation	HMG176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation	27233	4.997,30 €	42,57 €	DxG748	Zustand nach Nierentransplantation	HMG176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation	27278	4.975,40 €	42,54 €
DxG749	Komplikation nach Nierentransplantation						DxG749	Komplikation nach Nierentransplantation					
DxG750	Komplikation nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	HMG177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe und Organtransplantation	27077	1.459,93 €	41,88 €	DxG750	Komplikation nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	HMG177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	28360	1.413,02 €	41,39 €
DxG751	Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation						DxG751	Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation					
													

24.4 Ergebnis

Es werden zwei getrennte Hierarchiestränge für den Status nach Organtransplantation und den Status nach Stammzelltransplantation eingeführt. Tabelle 20 stellt die Hierarchie im Ausgangsmodell und Endmodell gegenüber. Tabelle 21 bis Tabelle 23 zeigen die Zuordnung von ICDs zu DxGs und HMGs sowie die geltenden Aufgreifkriterien. Die beiden neuen Hierarchiestränge sind in Abbildung 22 dargestellt.

Tabelle 20: Gegenüberstellung Ausgangsmodell und Festlegung

Ausgangsmodell Hierarchie 25 "Transplantationen"				Vollerhebung			Anpassung der Hierarchie 25 "Transplantationen"				Vollerhebung				
				R ²	24,3091%	CPM					23,6125%	R ²	24,3243%	CPM	23,6177%
				MAPE	1.948,3942 €						MAPE	1.948,2604 €			
DxG	DxG Bezeichnung	HMG	HMG Bezeichnung	N	Beta	SE	DxG	DxG Bezeichnung	HMG	HMG Bezeichnung	N	Beta	SE		
DxG747	Status nach Lungentransplantation inkl. Komplikationen	HMG174	Transplantation der Lunge, Graft-versus-host-Krankheit	4133	12.964,53 €	111,02 €	DxG736	Versagen eines Transplantates hämatopoet. Stammzellen	HMG178	Versagen eines Stammzelltransplantats / chronische GvHD ausgeprägte Form	735	23.893,76 €	264,17 €		
DxG748	Graft-versus-host-Krankheit						DxG737	Chronische Graft-versus-host Krankheit ausgeprägte Form						DxG739	Akute Graft-versus-host Krankheit Schweregrad III/IV
DxG745	Status nach Lebertransplantation inkl. Komplikationen	HMG175	Transplantation von Leber, Herz oder Pankreas	10310	10.412,33 €	67,93 €	DxG744	Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	HMG180	Akute GvHD Schweregrad I/II, sonstige GvHD und Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	1886	9.521,50 €	168,73 €		
DxG746	Status nach Lebertransplantation inkl. Komplikationen						DxG746	Sonstige Graft-versus-host-Krankheit						DxG745	Akute Graft-versus-host-Krankheit Schweregrad I/II
DxG750	Status nach Pankreastreansplantation / Komplikationen						DxG738	Versagen und Abstoßung Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- und Lebertransplantat						HMG172	Versagen und Abstoßung Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- und Lebertransplantat
							DxG740	Komplikation nach Lebertransplantation	HMG173	Komplikation nach Lebertransplantation	873	16.729,02 €	235,94 €		
							DxG742	Zustand nach Lungentransplantation	HMG174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen-Transplantation	4499	12.877,34 €	102,75 €		
DxG741	Zustand nach Herztransplantation														
DxG743	Zustand nach Herz-Lungen Transplantation														
DxG534	Status nach Nierentransplantation / Komplikationen	HMG176	Transplantation der Niere	27170	4.987,39 €	42,62 €	DxG747	Zustand nach Lebertransplantation	HMG175	Zustand nach Lebertransplantation	5750	8.321,01 €	90,62 €		
DxG751	Status nach Transplantation des Knochenmarks und anderer Organe	HMG177	Transplantation sonstiger Organe	27876	1.723,36 €	41,39 €	DxG748	Zustand nach Nierentransplantation	HMG176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation	27278	4.975,40 €	42,54 €		
							DxG749	Komplikation nach Nierentransplantation							
							DxG750	Komplikation nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	HMG177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	28360	1.413,02 €	41,39 €		
							DxG751	Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation							

747, 748

HMG174

745, 746, 749

HMG175

534

HMG176

751

HMG177

738

740

741, 742, 743

747

748, 749

750, 751

736, 737

739

744, 745, 746

Tabelle 21: ICD-DxG-Zuordnung in der Festlegung

ICD-Kode	ICD Bezeichnung	DxG
T86.00	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen	736
T86.04	Chronische Graft-versus-host-Krankheit, ausgeprägte Form	737
T86.2	Versagen und Abstoßung eines Herztransplantates	738
T86.3	Versagen und Abstoßung eines Herz-Lungen-Transplantates	
T86.4	Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates	
T86.81	Versagen und Abstoßung: Lungentransplantat	
T86.82	Versagen und Abstoßung: Pankreastransplantat	
K77.12	Stadium 2 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	739
K77.13	Stadium 3 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	
K77.14	Stadium 4 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	
K93.22	Stadium 2 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-host-Krankheit	
K93.23	Stadium 3 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-host-Krankheit	
K93.24	Stadium 4 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-host-Krankheit	
L99.14	Stadium 4 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit	
T86.02	Akute Graft-versus-host-Krankheit, Grad III und IV	740
T86.40	Akute Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates	
T86.41	Chronische Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates	
T86.49	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates	
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation	741
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation	742
Z94.3	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation	743
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	744
K77.1	Beteiligung der Leber bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit	745
K77.11	Stadium 1 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	
K93.2	Beteiligung des Verdauungstraktes bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit	
K93.21	Stadium 1 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-host-Krankheit	
L99.1	Beteiligung der Haut bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit	
L99.11	Stadium 1 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit	
L99.12	Stadium 2 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit	
L99.13	Stadium 3 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit	
T86.01	Akute Graft-versus-host-Krankheit, Grad I und II	746
T86.0	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft-versus-host-Krankheit	
T86.03	Chronische Graft-versus-host-Krankheit, begrenzte Form	
T86.09	Graft-versus-host-Krankheit, nicht näher bezeichnet	
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	747
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	748
N16.5	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Transplantatabstoßung	749
T86.1	Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	
T86.10	Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	
T86.11	Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	
T86.12	Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion	
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	
T86.5	Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates	750
T86.50	Durchblutungsstörung eines Hauttransplantates	
T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates	
T86.52	Verlust eines Hauttransplantates	
T86.59	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates	
T86.8	Versagen und Abstoßung sonstiger transplantierte Organe und Gewebe	
T86.83	Versagen und Abstoßung: Hornhauttransplantat des Auges	
T86.88	Versagen und Abstoßung: Sonstige transplantierte Organe und Gewebe	
T86.9	Versagen und Abstoßung eines nicht näher bezeichneten transplantierten Organes und Gewebes	751
Z94.5	Zustand nach Hauttransplantation	
Z94.6	Zustand nach Knochentransplantation	
Z94.7	Zustand nach Keratoplastik	
Z94.8	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation	
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression	
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation	
Z94.9	Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation, nicht näher bezeichnet	

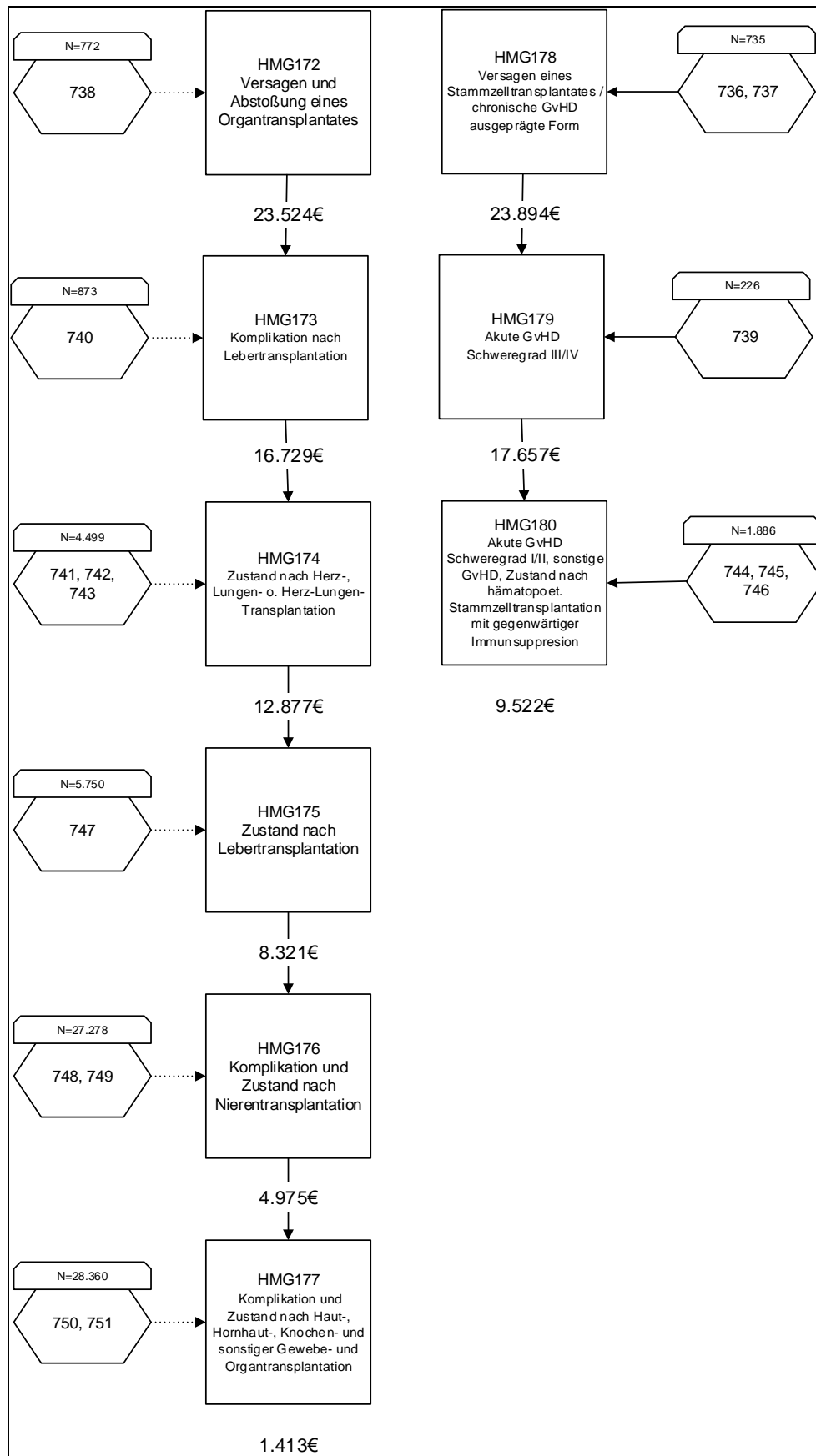
Tabelle 22: DxG-HMG-Zuordnungen und Bezeichnungen in der Festlegung

DxG	DxG Bezeichnung	HMG	HMG Bezeichnung
736	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen	178	Versagen eines Stammzelltransplantats / chronische GvHD ausgeprägte Form
737	Chronische Graft-versus-host Krankheit ausgeprägte Form		
739	Akute Graft-versus-host Krankheit Schweregrad III/IV	179	Akute GvHD Schweregrad III/IV
744	Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	180	Akute GvHD Schweregrad I/II, sonstige GvHD und Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression
745	Akute Graft-versus-host Krankheit Schweregrad I/II		
746	Sonstige Graft-versus-host-Krankheit		
738	Versagen und Abstoßung Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- und Lebertransplantat	172	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates
740	Komplikation nach Lebertransplantation	173	Komplikation nach Lebertransplantation
741	Zustand nach Herztransplantation	174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen-Transplantation
742	Zustand nach Lungentransplantation		
743	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation		
747	Zustand nach Lebertransplantation	175	Zustand nach Lebertransplantation
748	Zustand nach Nierentransplantation	176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation
749	Komplikation nach Nierentransplantation		
750	Komplikation nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation
751	Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation		

Tabelle 23: Aufgreifkriterien für die DxGs der Hierarchie 25 "Transplantationen" in der Festlegung

DxG	DxG Bezeichnung	Aufgreifkriterium
736	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen	Stationär erforderlich
737	Chronische Graft-versus-host Krankheit ausgeprägte Form	Arzneimittel obligat (183 BT)
738	Versagen und Abstoßung Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- und Lebertransplantat	Stationär erforderlich
739	Akute Graft-versus-host Krankheit Schweregrad III/IV	Stationär erforderlich
740	Komplikation nach Lebertransplantation	Stationär erforderlich
741	Zustand nach Herztransplantation	Arzneimittel obligat (183 BT)
742	Zustand nach Lungentransplantation	Arzneimittel obligat (183 BT)
743	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation	Arzneimittel obligat (183 BT)
744	Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	Arzneimittel obligat (183 BT)
745	Akute Graft-versus-host Krankheit Schweregrad I/II	Arzneimittel obligat (183 BT)
746	Sonstige Graft-versus-host-Krankheit	Arzneimittel obligat (183 BT)
747	Zustand nach Lebertransplantation	Arzneimittel obligat (183 BT)
748	Zustand nach Nierentransplantation	Arzneimittel obligat (183 BT)
749	Komplikation nach Nierentransplantation	Arzneimittel obligat (183 BT)
750	Komplikation nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	M2Q
751	Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	M2Q

Abbildung 22: Die Hierarchie 25 "Transplantationen" in der Festlegung



25 Hierarchie 26: Erkrankungen des Auges

25.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie „Diabetes mellitus“ führte zu den im Folgenden aufgeführten Anpassungen:

- Die HMG223 und somit die Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ entfällt.
- Der einzige in dieser HMG enthaltene ICD-Kode H36.0 (diabetische Retinopathie) wird über die DxG 488 in die HMG017 der Diabeteshierarchie berücksichtigt.

25.2 Stellungnahmen

Zum vorgesehenen Wegfall des ICD-Kodes H36.0 sind kritische Stellungnahmen eingegangen (z.B. Barmer GEK, DAK; siehe hierzu auch das Kapitel zu Hierarchie 03: Diabetes mellitus).

25.3 Ergebnis

Zu den eingegangenen Stellungnahmen und deren Bewertung verweisen wir auf das Kapitel 03 „Diabetes mellitus“.

Es bleibt bei der Festlegung, dass der ICD-Kode H36.0 ausschließlich in die HMG017 der Diabeteshierarchie läuft und die HMG223 entfällt, um ungerechtfertigte Doppelzuweisungen zu vermeiden und hierdurch entstehende Manipulationsanreize zu mindern. Das BVA behält sich weitere Prüfungen vor, ob die in der Vergangenheit vorgenommene Zusammenlegung von HMGs in der Diabeteshierarchie durch „Wieder-Aufsplittung“ zu einer Verbesserung des Systems führt.

26 Hierarchie 27: Erkrankungen des Neugeborenen

26.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurden entsprechend der Festlegung der Krankheitsauswahl für 2013 die Altersgrenzen für die ICD-Kodes der Auswahlkrankheit 77 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)“ von 0 bis 1 auf 0 bis 5 Lebensjahre angehoben.

Zudem wurde eine Dominanzbeziehung der HMG169 aus der Hierarchie 27 auf die HMGs 238, 108, 215 sowie 237 der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ eingeführt.

26.2 Stellungnahmen / Bewertung

Die Barmer GEK schlägt vor, die Dominanzbeziehung der HMG169 aus Hierarchie 27 auf HMGs der Hierarchie 19 zu streichen.

Wie im Kapitel zur Hierarchie 19 detaillierter beschrieben, kann die Forderung nachvollzogen werden. Es kommt durch die Aufhebung der Dominanzbeziehung zu einer lediglich kleinen, tolerablen Zahl von zusätzlichen Zuschlägen und zu einer leichten Verbesserung der Kennzahlen.

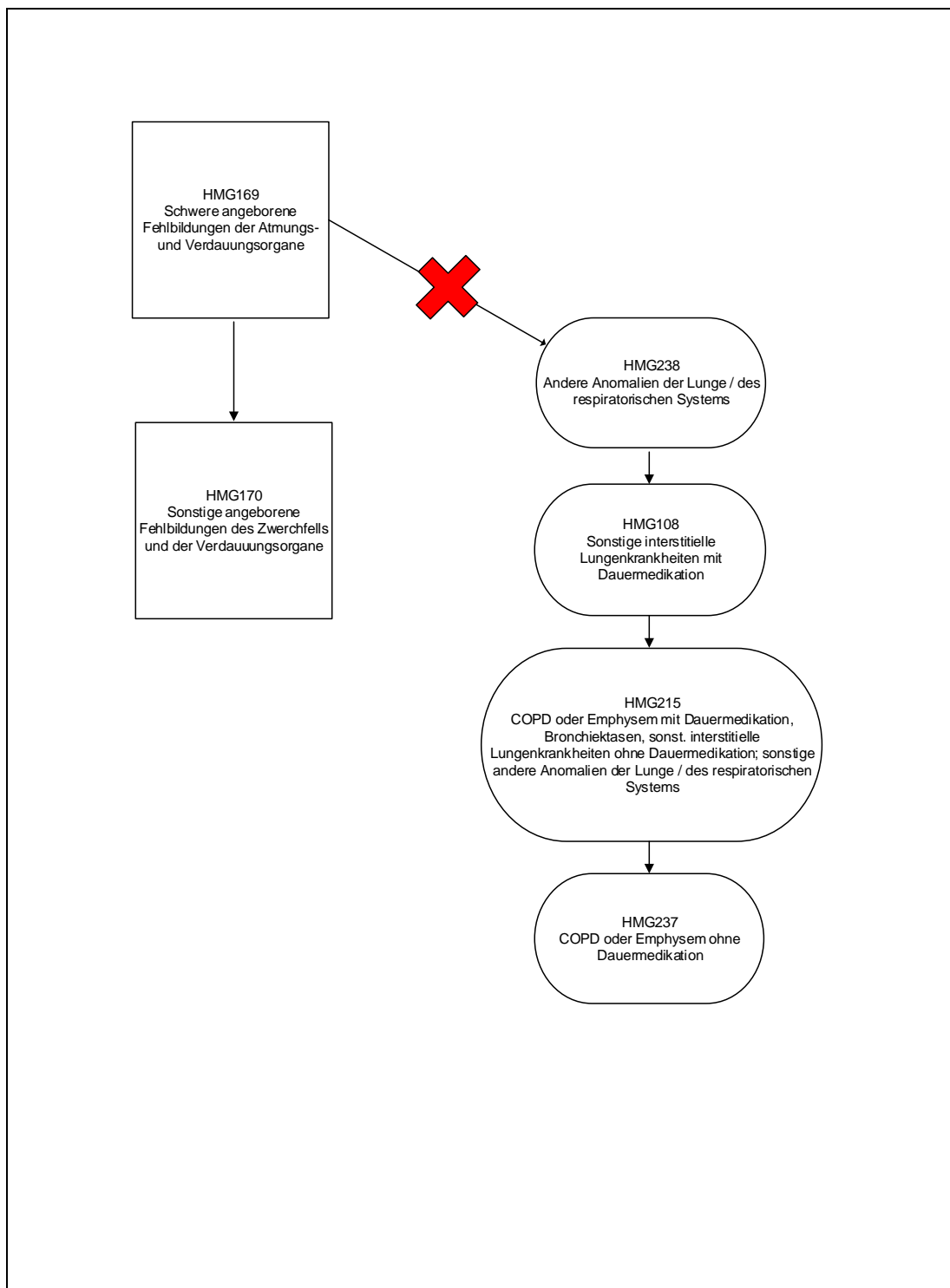
26.3 Ergebnis

Die Hierarchiebeziehung zwischen der Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“ und der Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge wird aufgehoben.

Die Kennzahlen zum entsprechenden Endmodell sowie weitere Erläuterungen finden sich in diesem Dokument im Kapitel zur Hierarchie 19.

Abbildung 23 zeigt die Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“ im Endmodell.

Abbildung 23: Hierarchie 27 "Erkrankungen des Neugeborenen" im Endmodell



IV. Änderung des Berechnungsverfahrens

27 Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden

27.1 Festlegungsentwurf

In Umsetzung der Rechtsprechung des LSG NRW (Az.: L 16 KR 774/12 KL, L 16 KR 800/12 KL für 2013 bzw. L 16 KR 743/13 KL, L 16 KR 747/13 KL für 2014) und der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats vom 24. Juni 2012 folgend ist eine Umstellung der Berechnung der Gewichtungsfaktoren auf Basis der Leistungsausgaben je Versichertentag vorgesehen.

27.2 Stellungnahmen

Der BKK-DV bemängelt, dass eine Umstellung des Berechnungsverfahrens ohne eine vorherige Analyse der Auswirkungen durchgeführt wurde. GKV-SV und IKK e.V. bitten um eine Information, inwieweit Hierarchieverletzungen und die Kostenhomogenität der Risikogruppen überprüft wurden. AOK-BV, BAG und BPtK begrüßen die Änderung.

27.3 Bewertung / Ergebnis

Da es um die Umsetzung rechtskräftiger Urteile geht, kann die Änderung des Berechnungsverfahrens nicht von den Ergebnissen irgendwelcher Analysen abhängig gemacht werden.

Durch die Änderung des Berechnungsverfahrens (Umstellung auf Pro-Tag-Werte) ist es zu Änderungen in den Schätzern für die einzelnen Risikogruppen gekommen. Alle Hierarchien wurden hierauf auf Konsistenz überprüft und alle sich ergebenden Hierarchieverletzungen in diesem Festlegungszyklus überarbeitet. Eine vollständige Durchsicht aller Hierarchien mit allen Morbiditätsgruppen auf ggf. veränderte Kostenhomogenität ist hingegen nicht möglich, sondern kann nur sukzessive in den folgenden Anpassungszyklen erfolgen.

28 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

28.1 Festlegungsentwurf

Es waren keine Änderungen vorgesehen.

28.2 Stellungnahmen

TK et al., BKK-BV und KKH machen darauf aufmerksam, dass die bislang im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2014 vorgesehene Erweiterung um die Gruppenprophylaxe Zahn nur aufgrund der Grundsatzdiskussion nicht umgesetzt wurde und mahnen eine entsprechende Aufnahme der zugehörigen Konten 5160 bis 5162 an.

28.3 Bewertung / Ergebnis

Der Einwand von TK et al., BKK-BV und KKH kann nachvollzogen werden. Bei der Gruppenprophylaxe Zahn handelt es sich um nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben. Der Katalog nicht-morbiditätsbezogener Ausgaben wird um die Konten 5160 bis 5162 erweitert.

29 Kostenerstattergruppen

29.1 Festlegungsentwurf

Es waren keine Änderungen vorgesehen.

29.2 Stellungnahmen

Die Barmer GEK hält die fehlende Ausdifferenzierung der Kostenerstattergruppen für rechtswidrig. TK et al., IKK e.V. und AOK-BV unterstützen hingegen das Beibehalten des bisherigen Verfahrens. Der GKV-SV verweist auf seine Stellungnahme vom 4.9.2013, in der er eine Ausdifferenzierung auf fünf Kostenerstattergruppen befürwortete.

29.3 Bewertung / Ergebnis

Für Versicherte, die Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung nach § 13 Abs. 2 oder § 53 Abs. 4 SGB V gewählt haben, ist gemäß § 31 Abs. 5 Satz 2 RSAV eine gesonderte Risikogruppe zu bilden. Diese Risikogruppe kann nach § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband weiter differenziert werden. Dies ist mit einer Differenzierung auf zwei Risikogruppen, getrennt nach Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V und § 53 Abs. 4 SGB V erfolgt. Ein Rechtsanspruch einzelner Krankenkassen auf eine weitergehende Differenzierung existiert nicht.

Bisherige empirische Analysen haben ergeben, dass durch eine weitergehende Ausdifferenzierung nur marginale Verbesserungen der Zielgenauigkeit möglich sind. Diese marginalen Verbesserungen sind abzuwägen mit einer zunehmenden Komplexität des Modelles und der Gefahr eines Ist-Ausgabenausgleichs bei geringen Fallzahlen. Vor diesem Hintergrund hat das BVA einer weiteren Ausdifferenzierung eine geringere Priorität eingeräumt und sich beim aktuellen Festlegungszyklus für andere Schwerpunkte entschieden. Dies soll nicht ausschließen, dass die Frage einer weiteren Ausdifferenzierung in zukünftigen Festlegungszyklen wieder aufgegriffen werden könnte.

30 Umsetzung der Sonderregelungen nach § 269 SGB V i.d.F.d. GKV-FQWG

30.1 Festlegungsentwurf

In Umsetzung der Regelungen des GKV-FQWG wird vorgesehen, dass die Zuweisungen für das Krankengeld sich jeweils zur Hälfte aus den standardisierten und aus den tatsächlichen Krankengeldausgaben zusammensetzen.

Die Zuweisungen für Auslandsversicherte werden auf die Höhe der tatsächlichen Ausgaben aller Krankenkassen für diese Versicherten begrenzt. Die durch eine etwaige Kappung einbehaltenen Mittel werden als standardisierte Leistungsausgaben an die Krankenkassen ausgeschüttet.

Beide Regelungen finden nur innerhalb des Jahresausgleiches Anwendung.

30.2 Stellungnahmen

Sowohl BKK-DV wie auch AOK-BV lehnen die vorgeschlagene Regelung zum Krankengeld aus inhaltlichen Gründen ab.

IKK e.V., BKK-DV, KKH, Barmer GEK, TK et al. Und vdek kritisieren an der Umsetzung der Regelung zu den Auslandsversicherten, dass der Kappungsbetrag als standardisierte Leistungsausgaben und nicht als mitgliederbezogener Änderungsbetrag ausgeschüttet wird. Sie verweisen auf die Begründung zum GKV-FQWG. TK et al. verweisen auf eine analoge Regelung zu den sog. Pandemie-Ausgaben (H1N1). Der GKV-SV mahnt eine Klarstellung zur Regelungskompetenz des BVA an.

Der vdek schlägt zudem ein iteratives Berechnungsverfahren bei der Kappung der Zuweisungen an Auslandsversicherte vor.

30.3 Bewertung / Ergebnis

Es handelt sich hier um die Umsetzung von in § 269 SGB V i.V.m. § 41 Abs. 1 Satz 2 und 3 RSAV vorgesehenen Regelungen, bei der dem BVA kein Ermessen zukommt. Sowohl der Vorschlag des AOK-BV bei der bisherigen Berechnung des Krankengeldes zu verbleiben, wie auch die alternativen Berechnungsverfahren zum Krankengeld des BKK-DV und zu den Auslandsversicherten des vdek sind nicht von diesen Regelungen gedeckt.

Die im Anhörungsverfahren seitens einiger Krankenkassen vorgeschlagene mitgliederbezogene Verteilung des aus der Umsetzung des § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV n.F. resultierenden Kappungsbetrags über die Zuweisungen zur Deckung der Leistungsausgaben analog zur Pandemie-Regelung ist nicht sachgerecht. Für die Zuweisungen zur Deckung von Ausgaben bei Schutzimpfungen gegen das Virus H1N1 hat es eine ausdrückliche Regelung des Verordnungsgebers gegeben (§ 31 Abs. 4 Satz 10 RSAV), die allerdings keine

mitgliederbezogene, sondern eine versichertenbezogene Verteilung der Ausgaben vorsah. Eine entsprechende Regelung ist für den o.g. Kappungsbetrag in der RSAV jedoch nicht vorgesehen, so dass der Vorschlag nicht umgesetzt werden konnte.

Da keine (unter-)gesetzlichen Vorgaben zur Verteilung des Kappungsbetrags existieren, ist dies vom Bundesversicherungsamt im Rahmen der Festlegungen zu regeln. Dabei stellte sich jedoch das Problem, dass die diesbezüglichen Vorgaben aus der Begründung zur Neufassung des § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV i.R.d. GKV-FQWG (BT-Drs. 18/1307, S. 60) einen Zielkonflikt beinhalten:

- Der Kappungsbetrag ist Teil der Gesamtzuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben, d.h. des Versorgungsbedarfs der Versicherten. Soll der Kappungsbetrag wettbewerbsneutral im Sinne des Morbi-RSA verteilt werden, so müssen die Mittel weiterhin zur Deckung des Versorgungsbedarfs verwendet und versichertenbezogen, morbiditätsgewichtet verteilt werden.
- Wird der Überschreibungsbetrag hingegen mitgliederbezogen verteilt, ist dies für die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben über den Morbi-RSA gerade nicht wettbewerbsneutral, weil sie den unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten außer Acht lässt.

Die beiden in der Begründung zur Neufassung des § 41 Abs. 1 Satz 2 genannten Ziele waren somit nicht gleichzeitig umzusetzen. Bei der Abwägung der beiden Ziele aus RSA-Sicht war das Ziel der Wettbewerbsneutralität eindeutig höher zu bewerten, denn die mitgliederbezogene Verteilung von Zuweisungen im Morbi-RSA ist systemfremd. Eine mitgliederbezogene Verteilung von Mitteln erfolgt nach geltender RSA-Systematik bei den Zuweisungen nicht.

Allein bei der in § 40 RSAV geregelten mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen im Falle von Über- und Unterdeckungen des Gesundheitsfonds ist eine Betrachtung je Mitglied zu finden. Hier ist der mitgliederbezogene Ansatz allerdings systemkonform, da es nicht um die Versorgungs-, sondern um die Finanzierungsseite geht und die Beiträge mitgliederbezogen erhoben werden.

V. Anhang

31 Statistische Gesamtbewertung der Anpassungen

In Tabelle 24 werden die Gütemaße des Klassifikationsmodells des laufenden Ausgleichsjahres 2014 (Achtung: alte Berechnungsweise, bei der Verstorbene von der Annualisierung der Ausgaben ausgenommen wurden) denen des für den Überarbeitungsprozess angepassten Ausgangsmodells 2015 (jeweils nach alter und neuer Berechnungsweise) sowie denen des Anhörungsvorschlags und der endgültigen Festlegung zum Klassifikationsmodell 2015 gegenübergestellt. Als einheitliche Datenbasis für den Vergleich dient für alle Modelle die Vollerhebung der Morbiditätsdaten des Jahres 2011 bzw. der Leistungsausgaben des Jahres 2012.

Tabelle 24: Entwicklung der Modellgüte im Vergleich zum Klassifikationsmodell 2014

Modell	R ²	CPM	MAPE
Klassifikationsmodell 2014 (alte Berechnungsweise)	24,2751%	23,2851%	1.956,74 €
Klassifikationsmodell 2015 (Ausgangsmodell, alte Berechnungsweise)	24,2756%	23,2810%	1.956,84 €
Klassifikationsmodell 2015 (Ausgangsmodell, neue Berechnungsweise)	24,3091%	23,6125%	1.948,39 €
Festlegungsentwurf Klassifikationsmodell 2015 (neue Berechnungsweise)	25,0083%	23,8035%	1.943,52 €
Festlegung Klassifikationsmodell 2015 (neue Berechnungsweise)	25,0385%	23,8042%	1.943,50 €

32 Darstellung des Aufgreifalgorithmus

Abbildung 24: Standardalgorithmus Ausgleichsjahr 2015

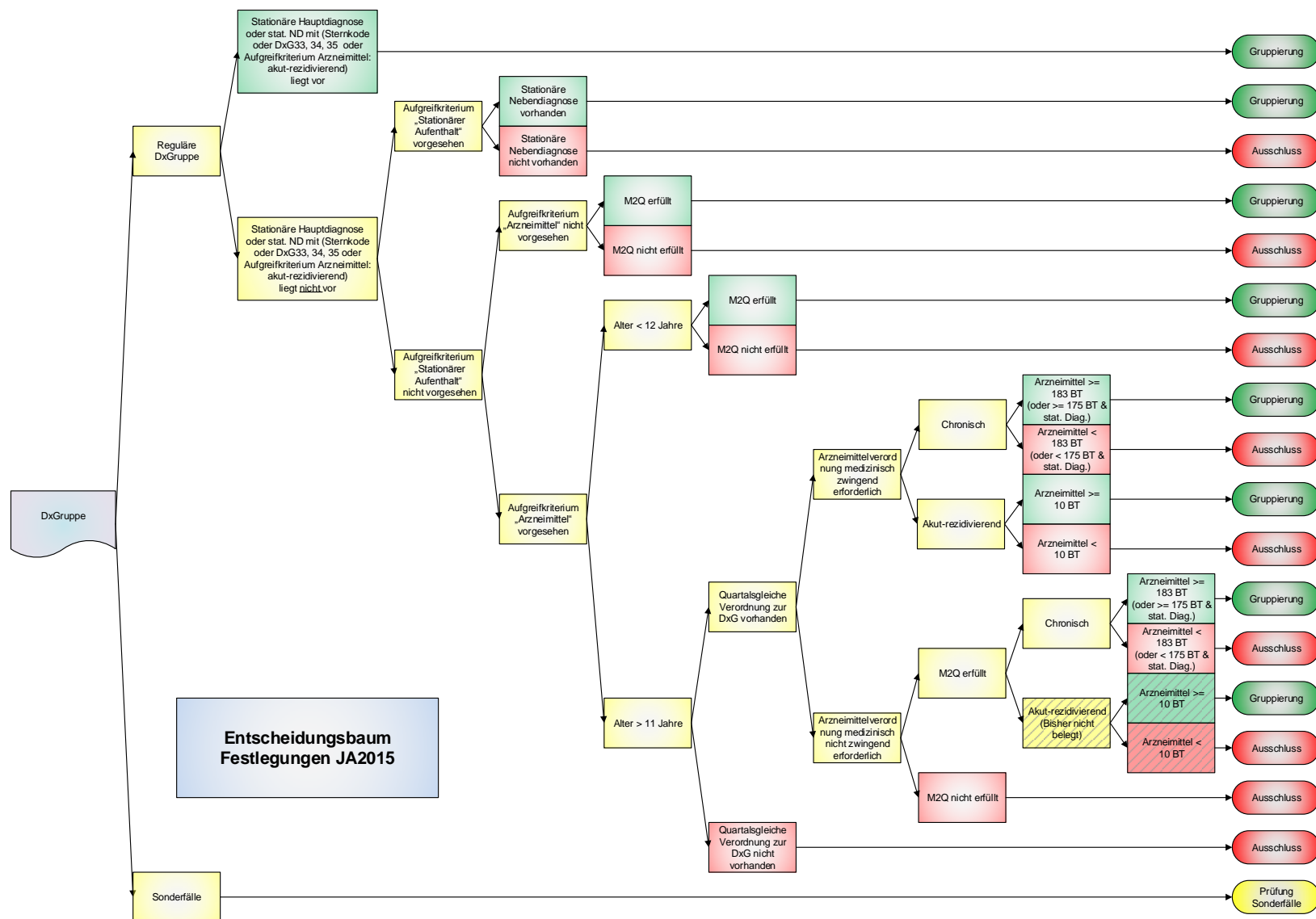
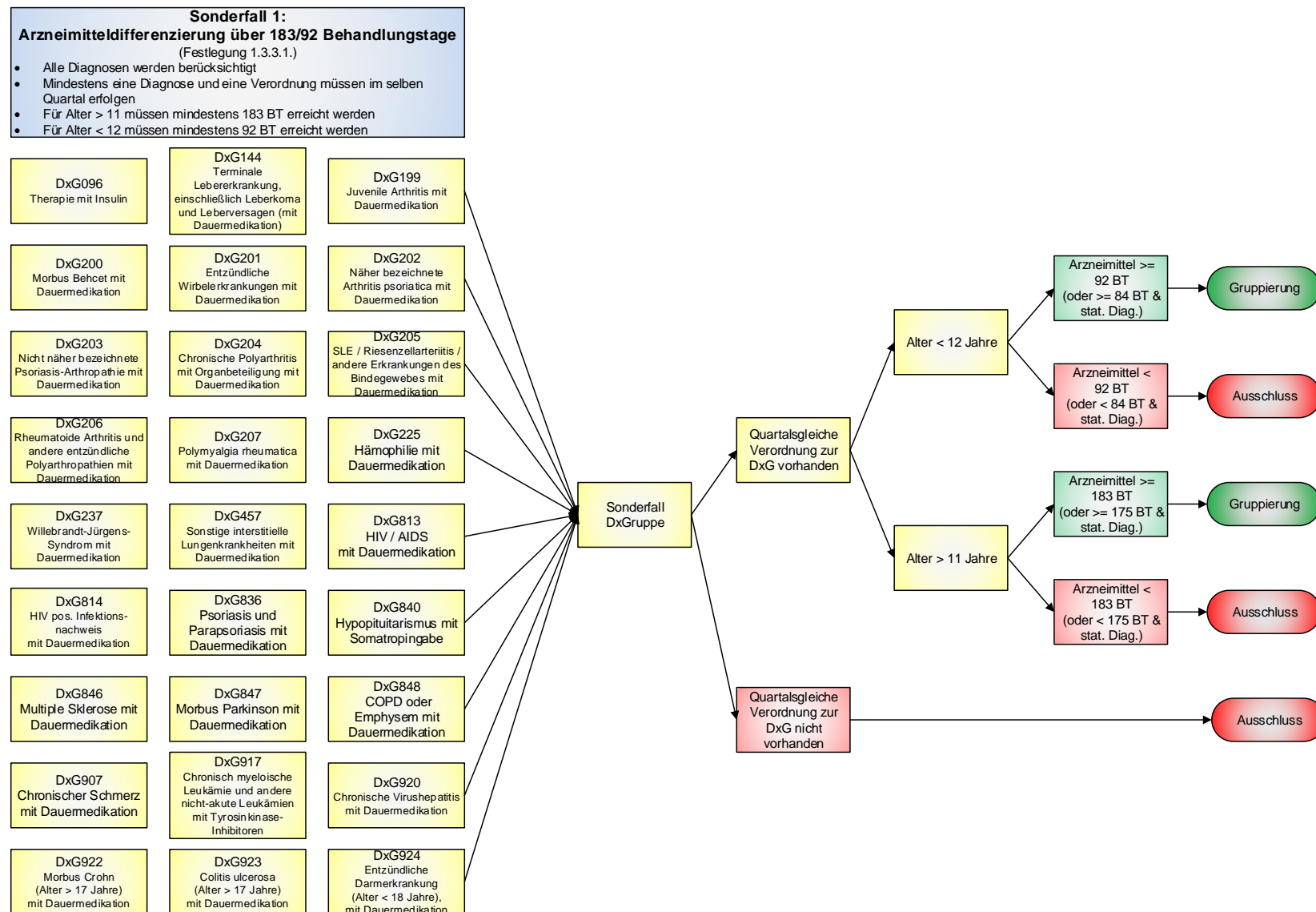
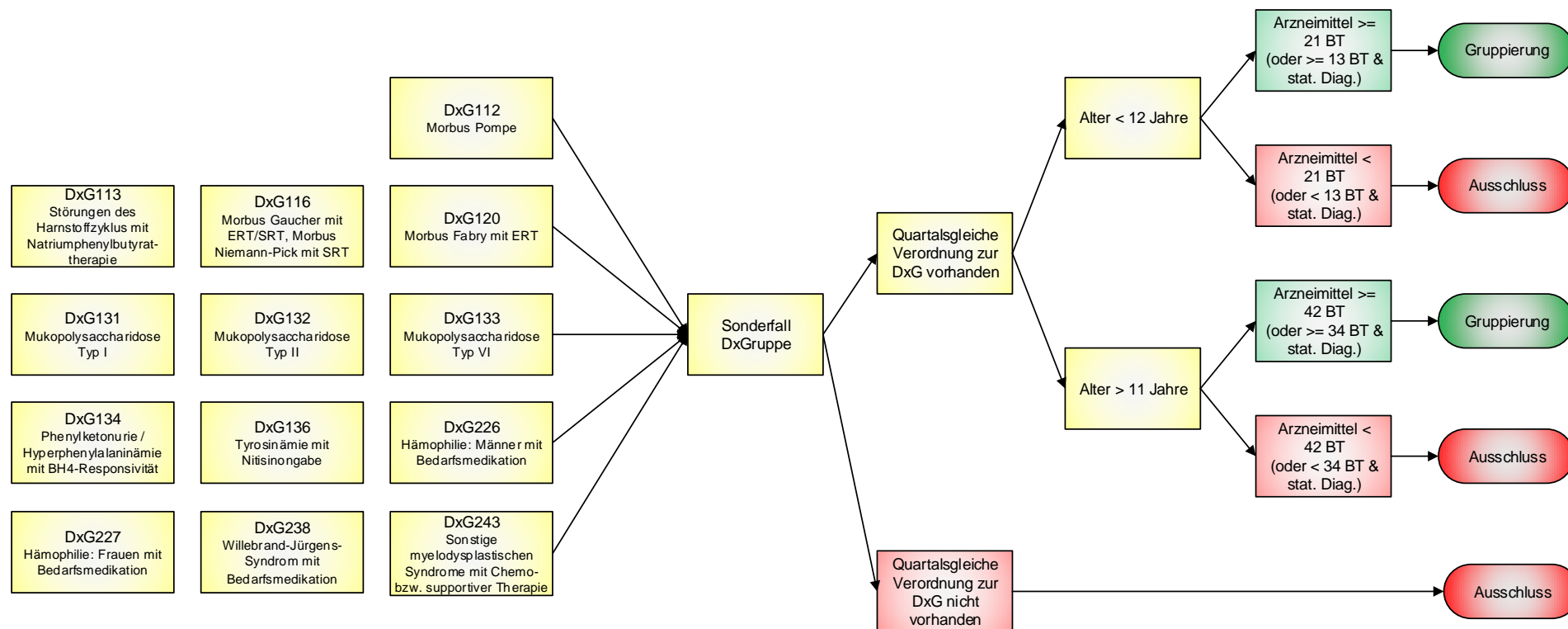


Abbildung 25: Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung nach 183 BT



Sonderfall 2:
Arzneimitteldifferenzierung über 42/21 Behandlungstage
 (Festlegung 1.3.3.2.)

- Alle Diagnosen werden berücksichtigt
- Mindestens eine Diagnose und eine Verordnung müssen im selben Quartal erfolgen
- Für Alter > 11 müssen mindestens 42 BT erreicht werden
- Für Alter < 12 müssen mindestens 21 BT erreicht werden



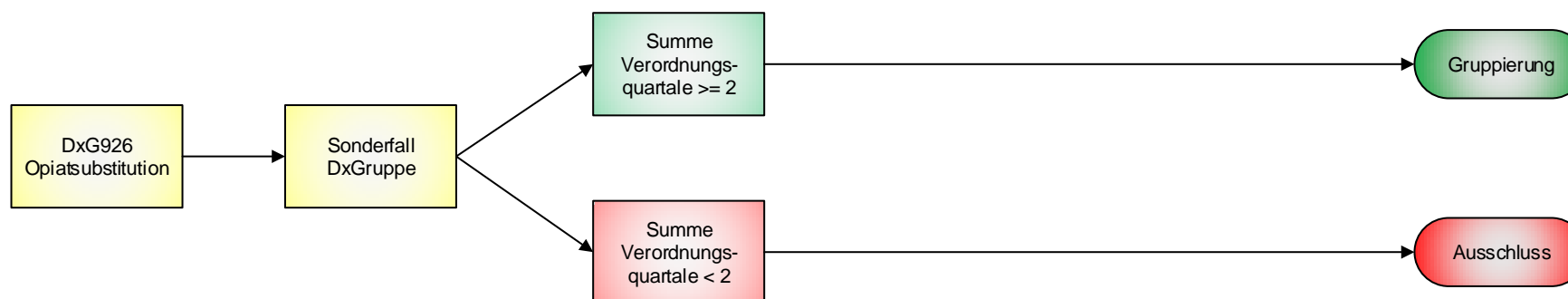
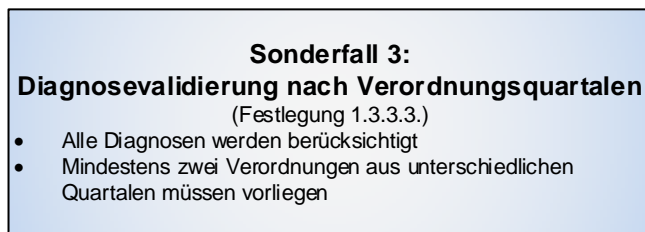
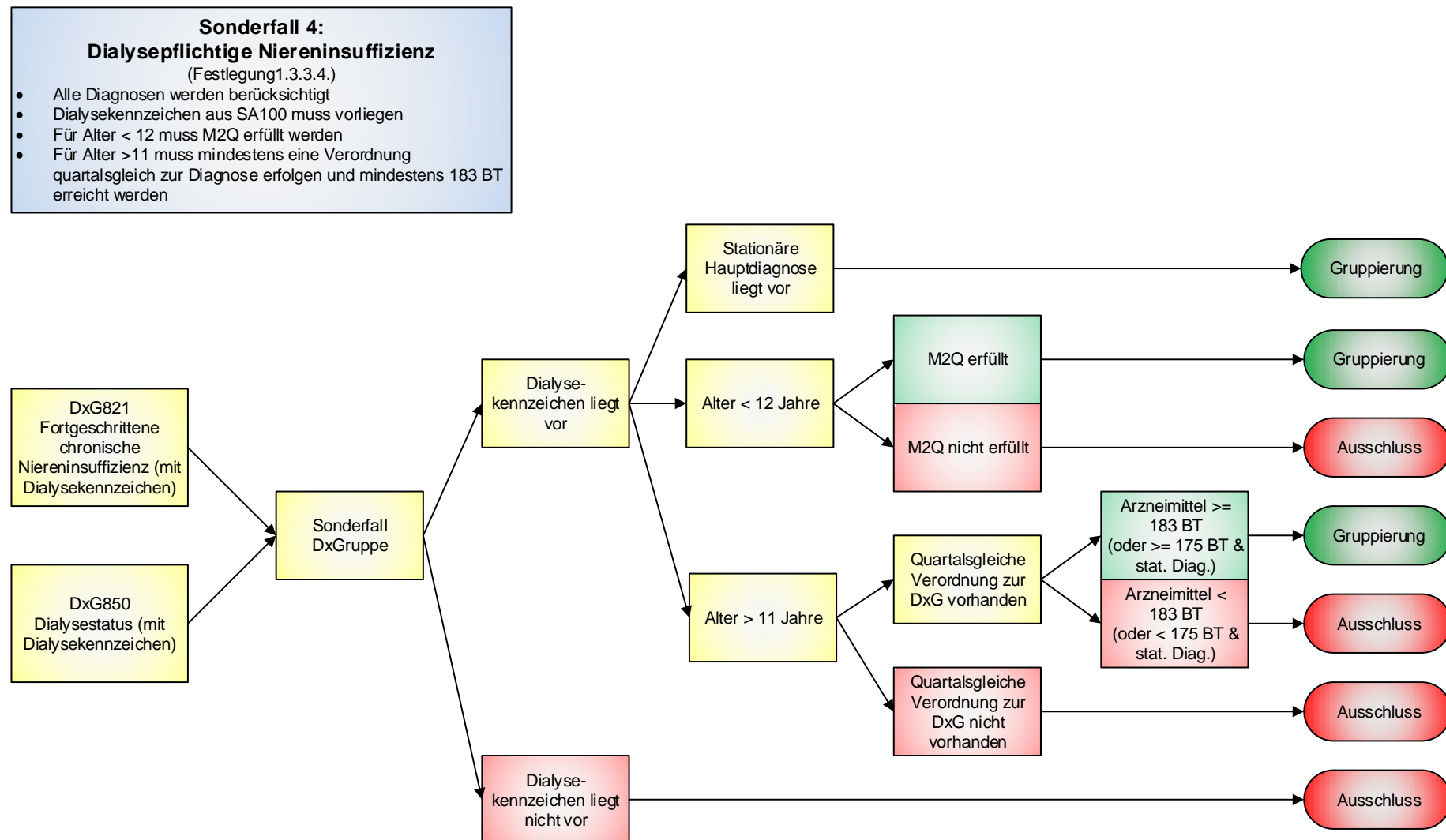
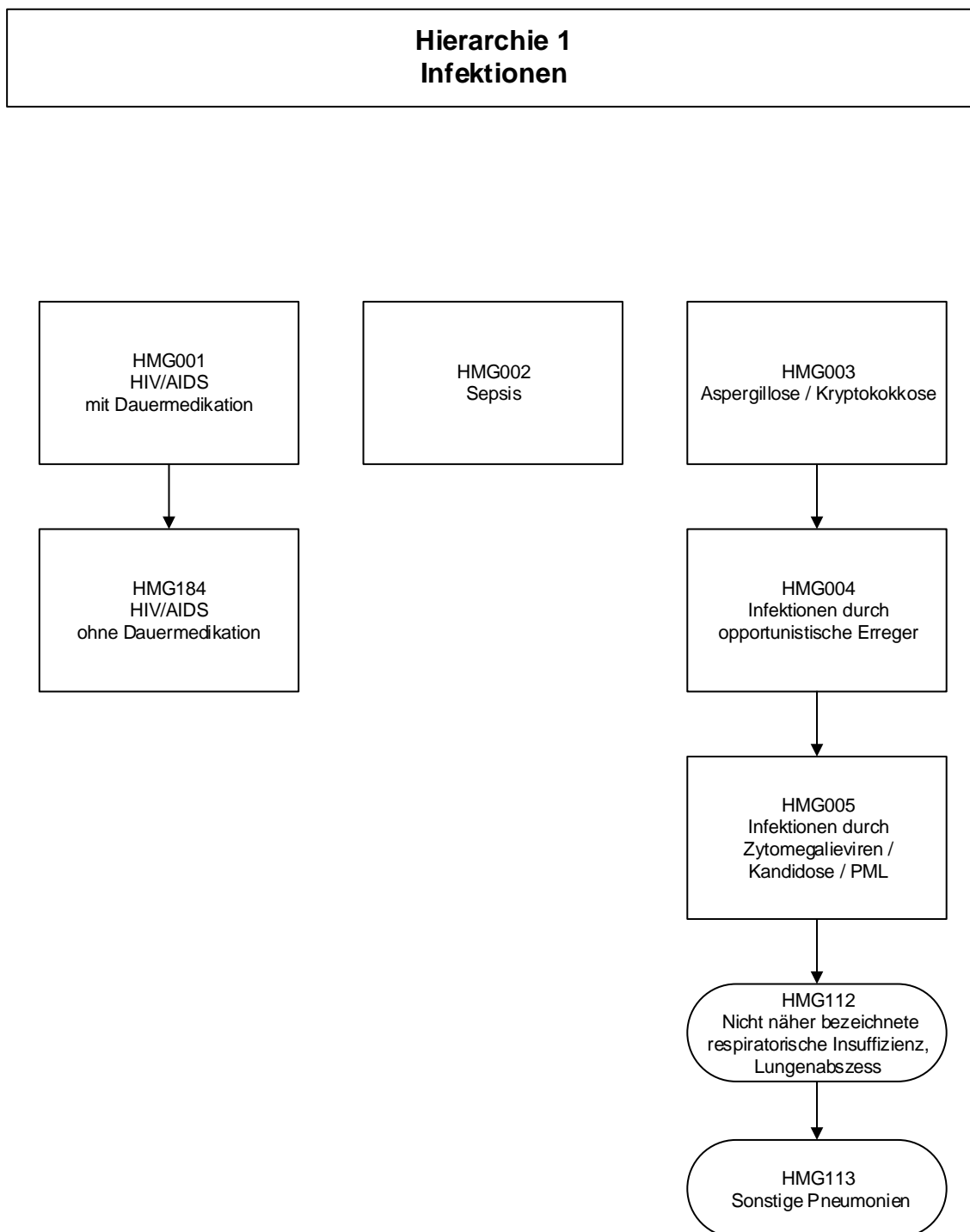


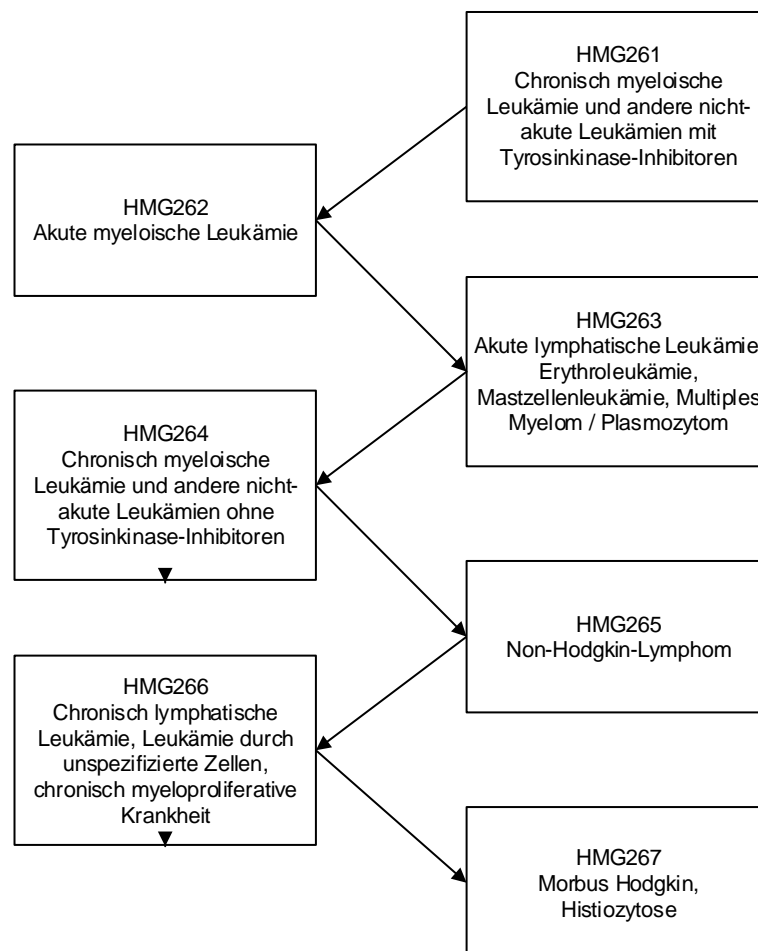
Abbildung 28: Sonderfall 4: Dialysepflichtige Niereninsuffizienz



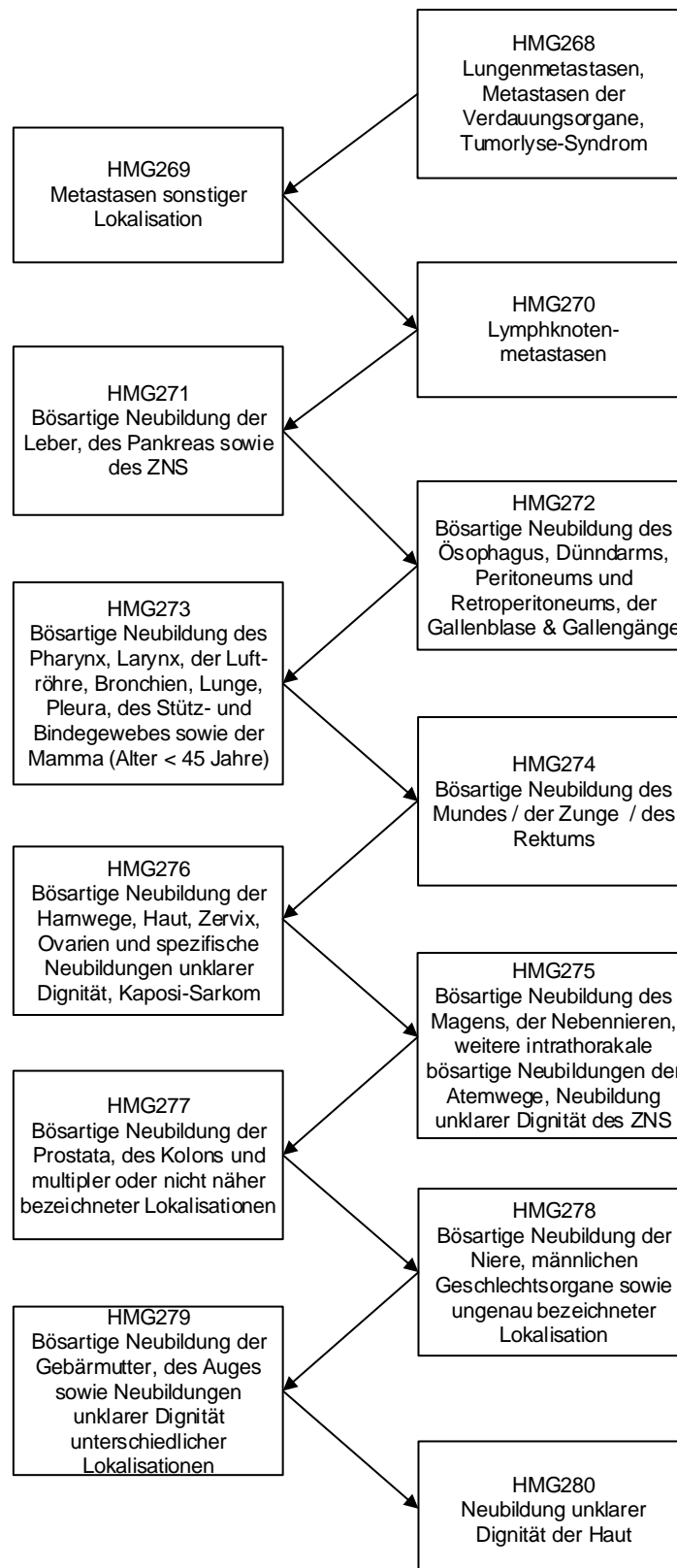
33 Übersicht über die Hierarchien



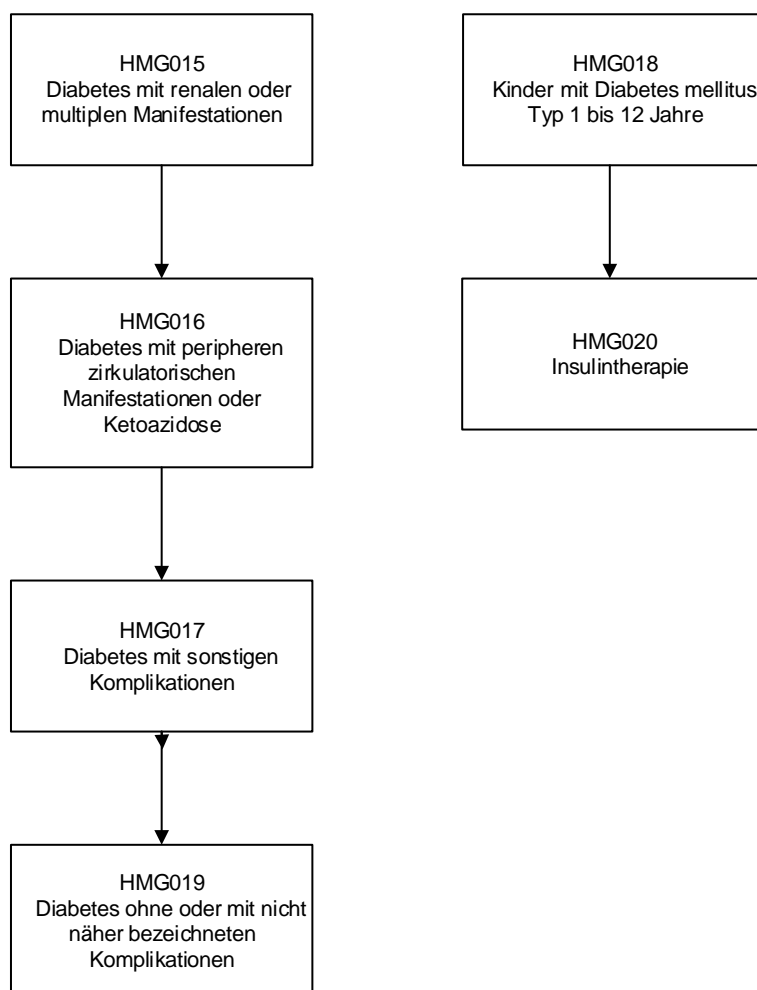
Hierarchie 2
Neubildungen
2a) Hämatologische Neubildungen



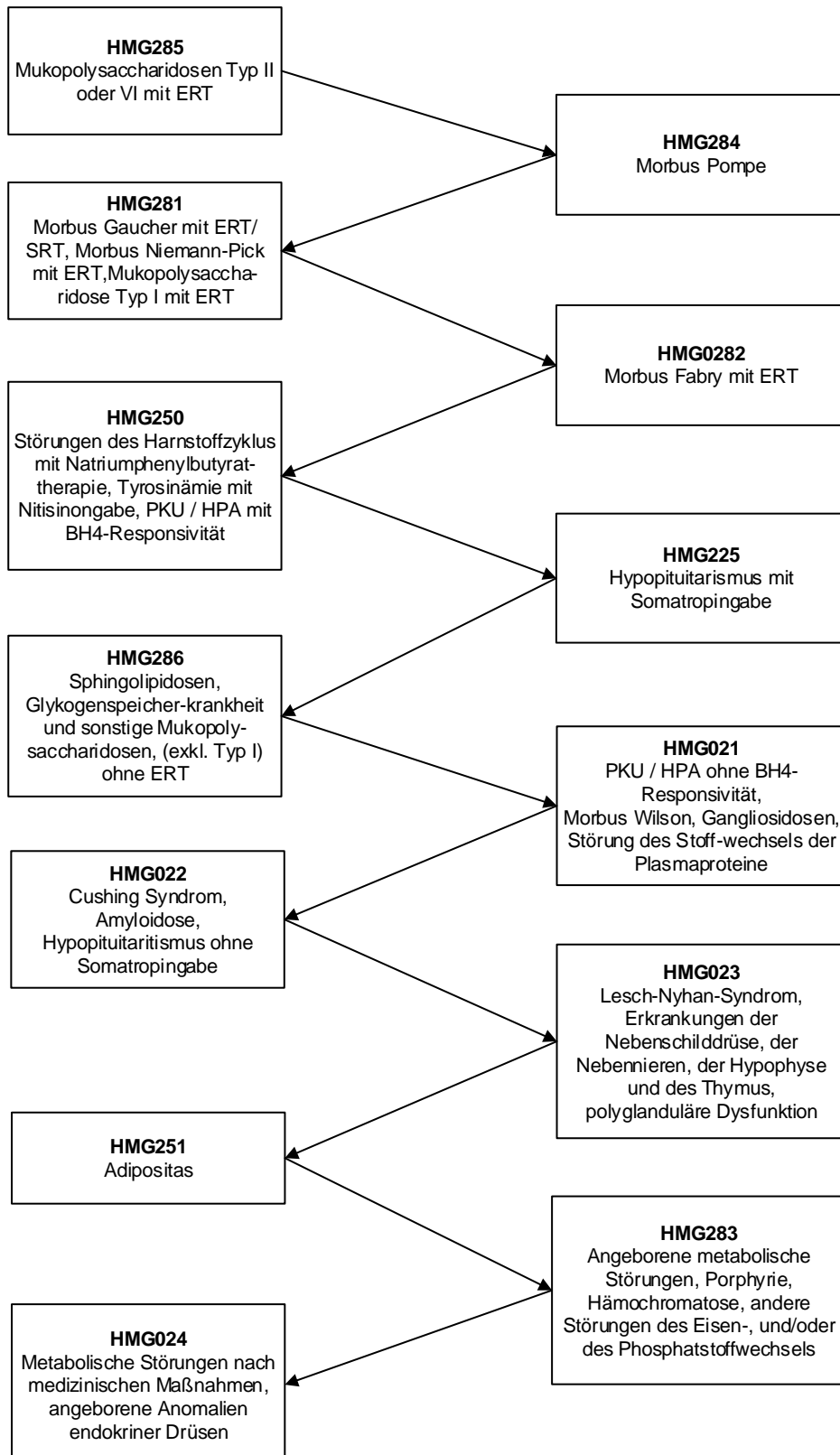
Hierarchie 2 Neubildungen 2b) Solide Tumoren



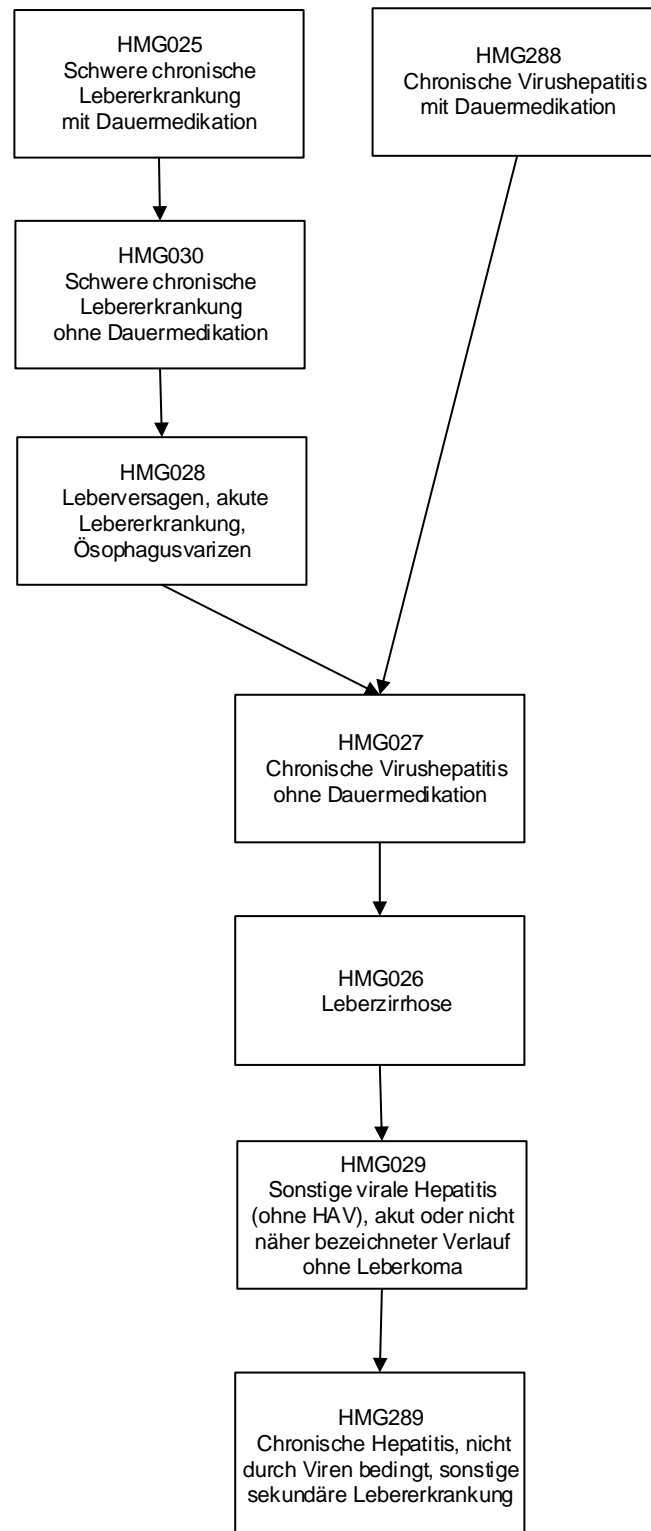
Hierarchie 3 Diabetes mellitus



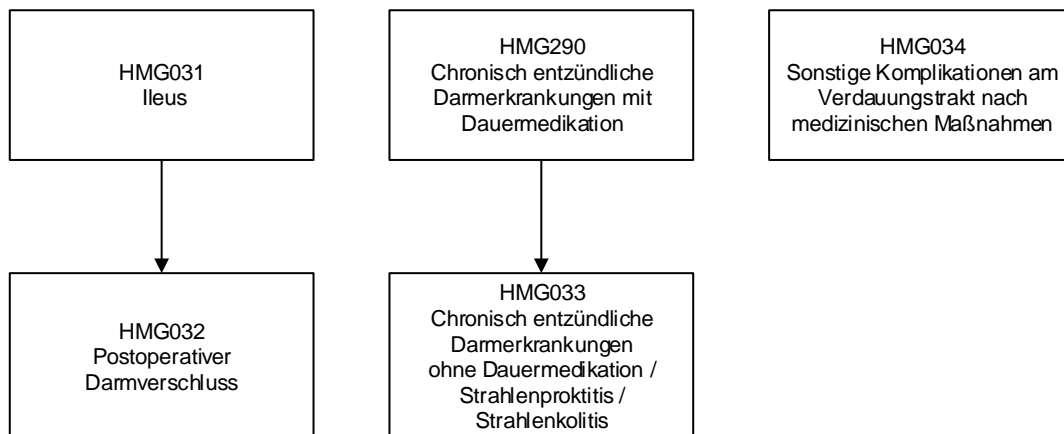
Hierarchie 4 Metabolische Erkrankungen



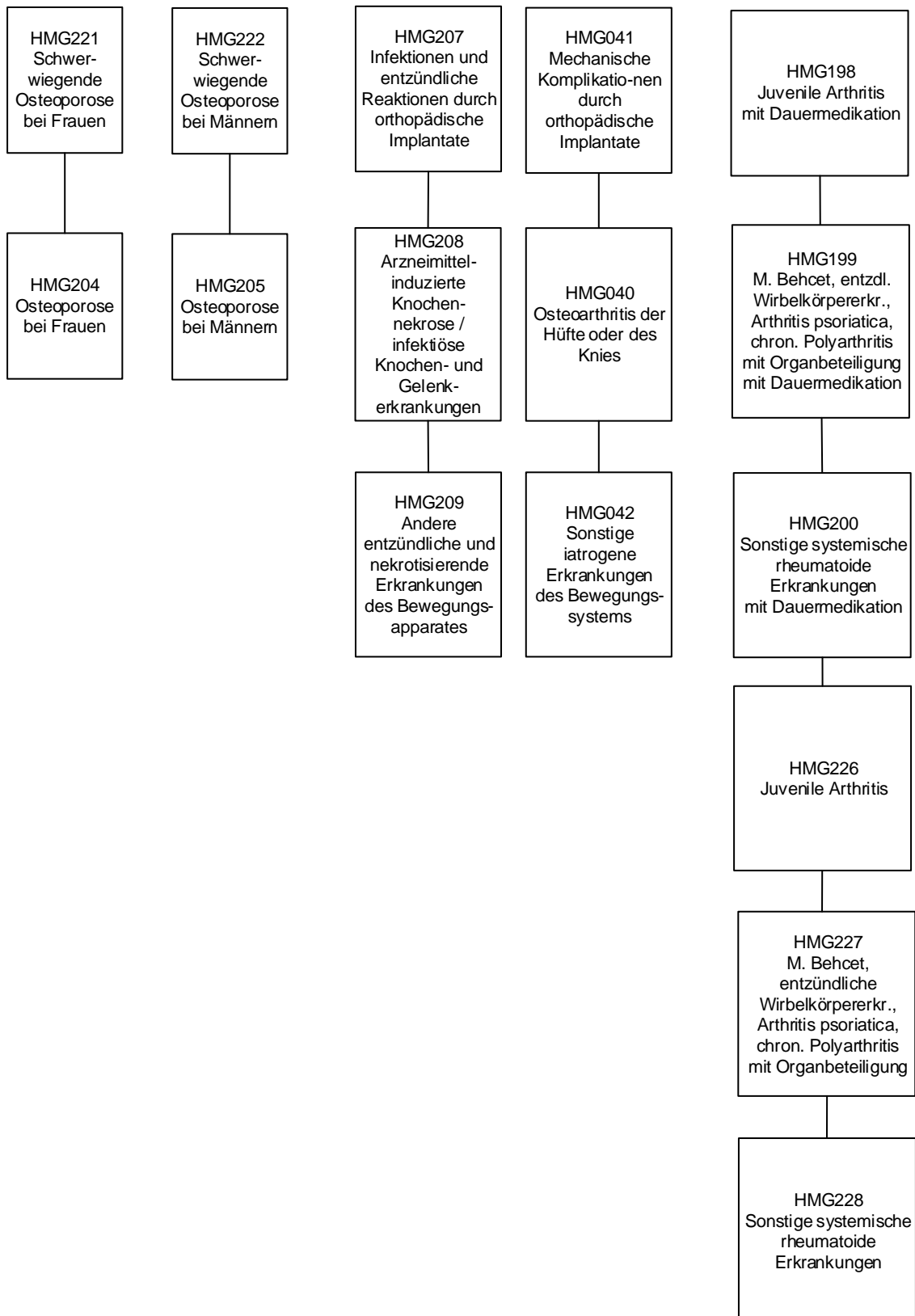
Hierarchie 5 Erkrankungen der Leber



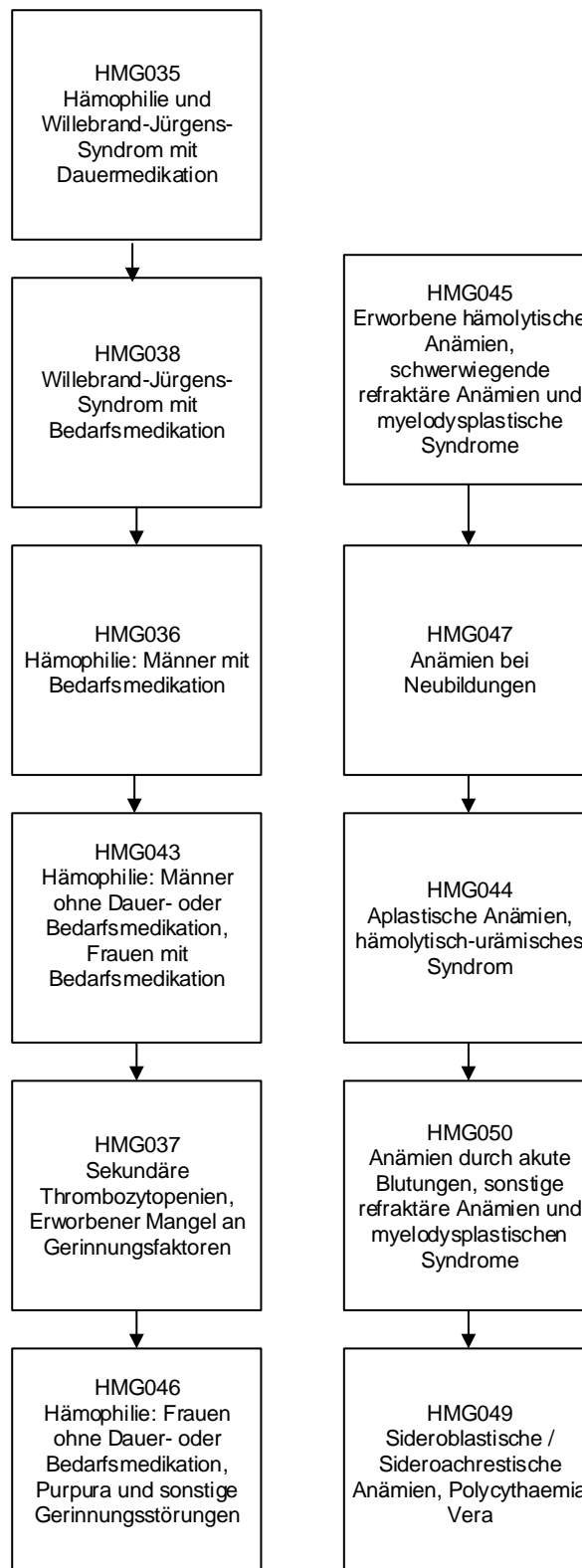
Hierarchie 6
Gastrointestinale Erkrankungen



Hierarchie 7 Muskel-Skelettsystem

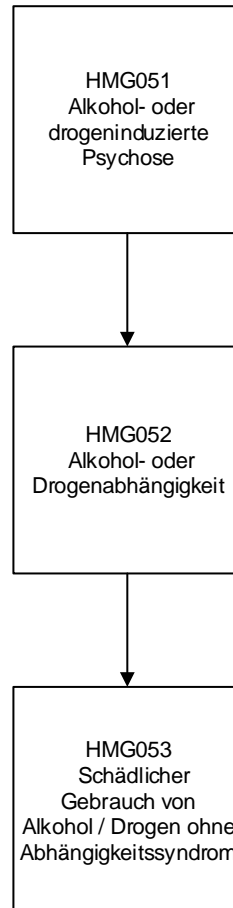


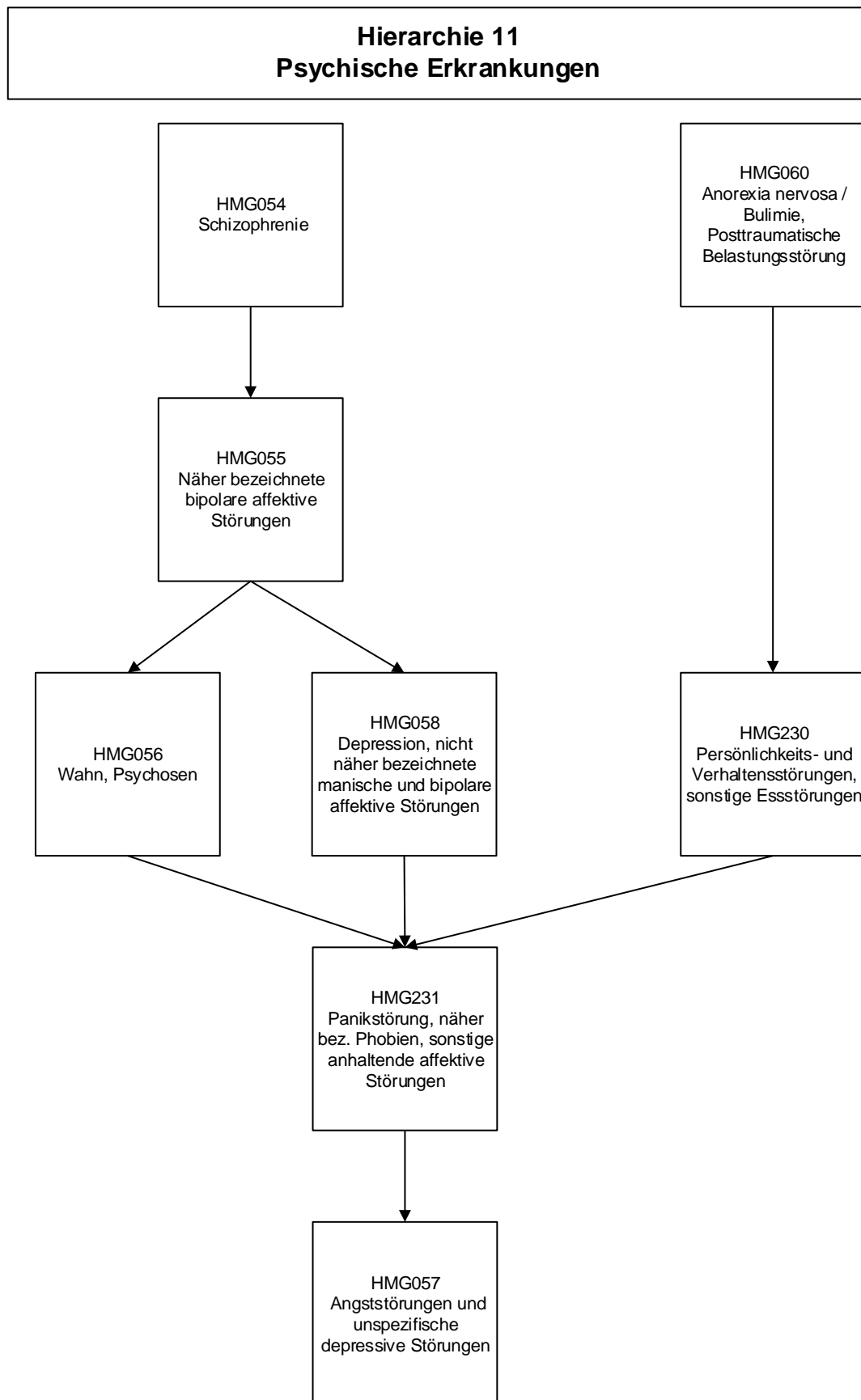
Hierarchie 8 Hämatologische Erkrankungen



Hierarchie 10

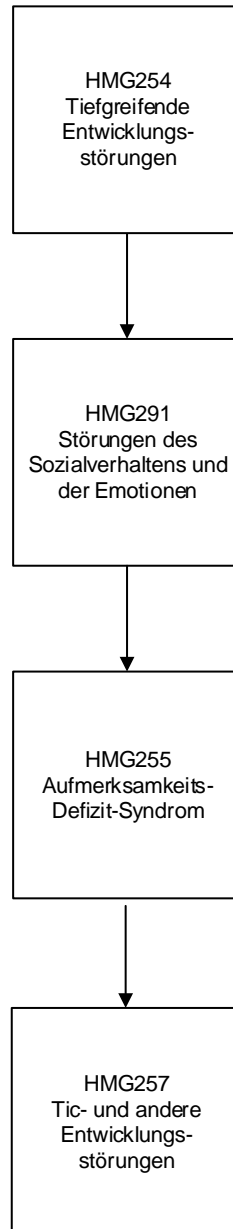
Drogen- / Alkoholmissbrauch





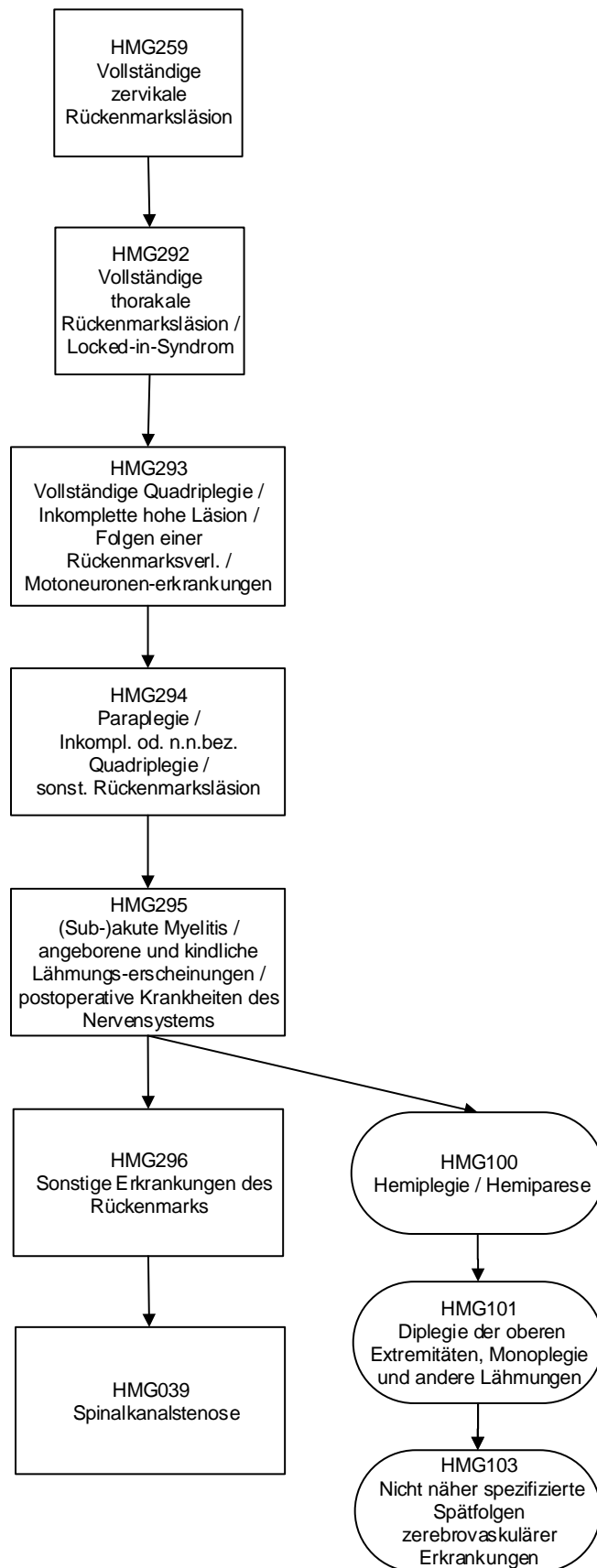
Hierarchie 12

Entwicklungsstörungen

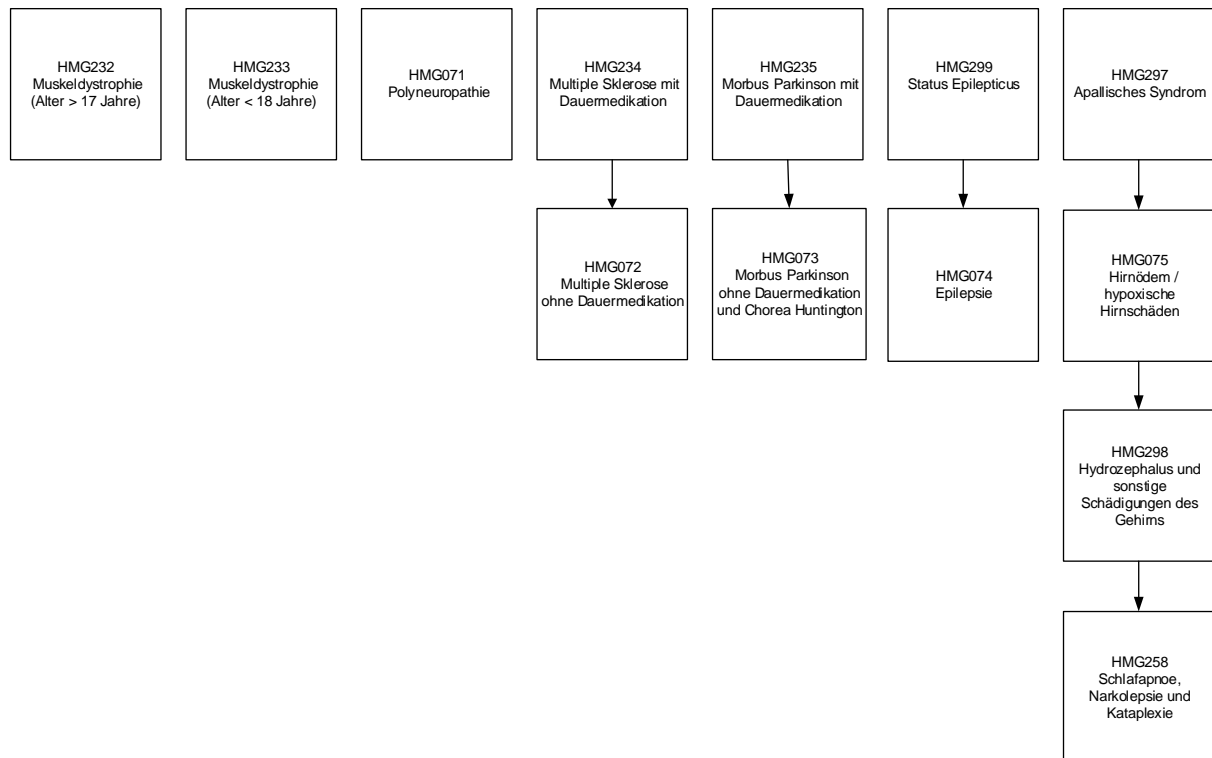


Hierarchie 13

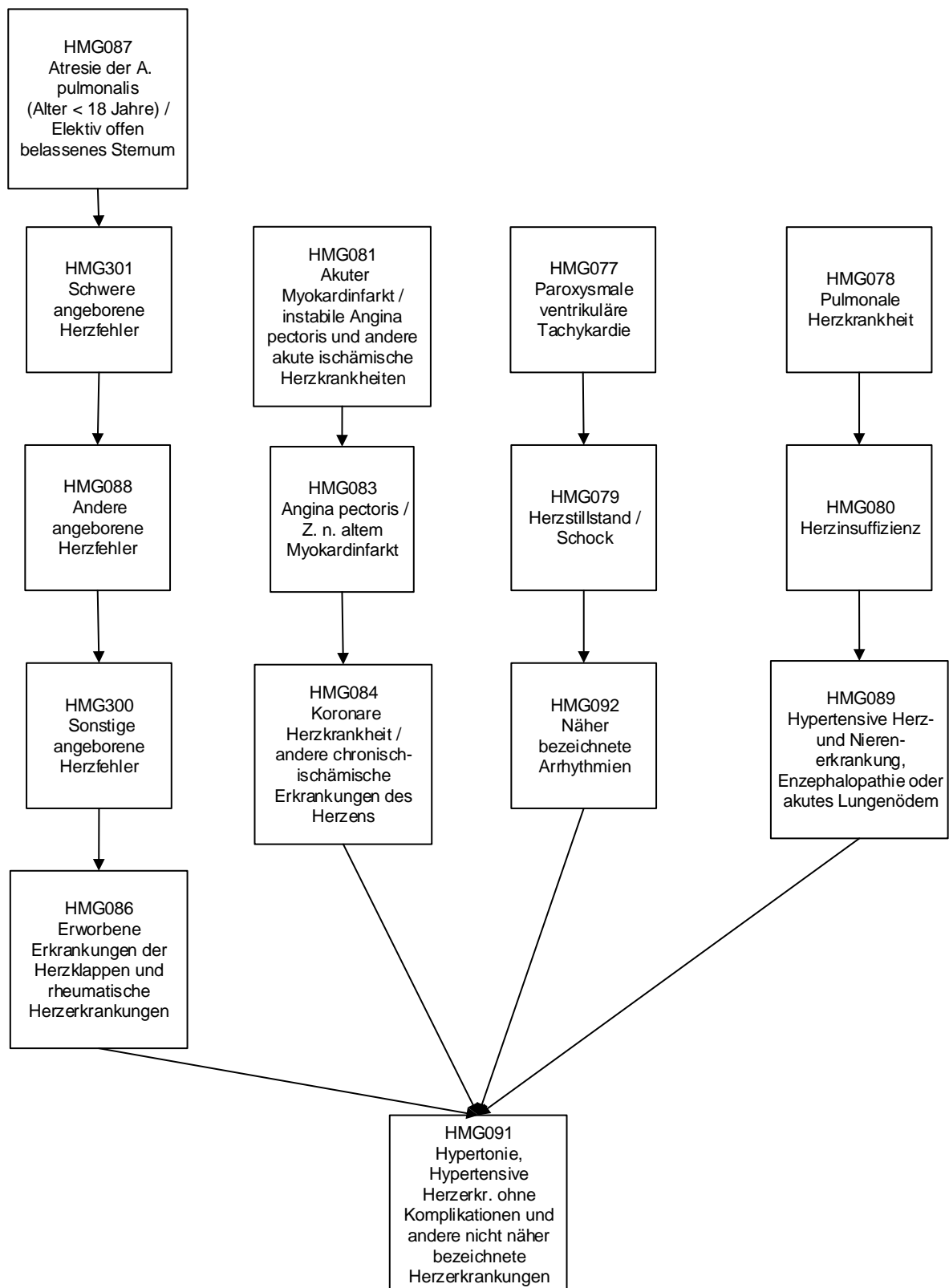
Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks



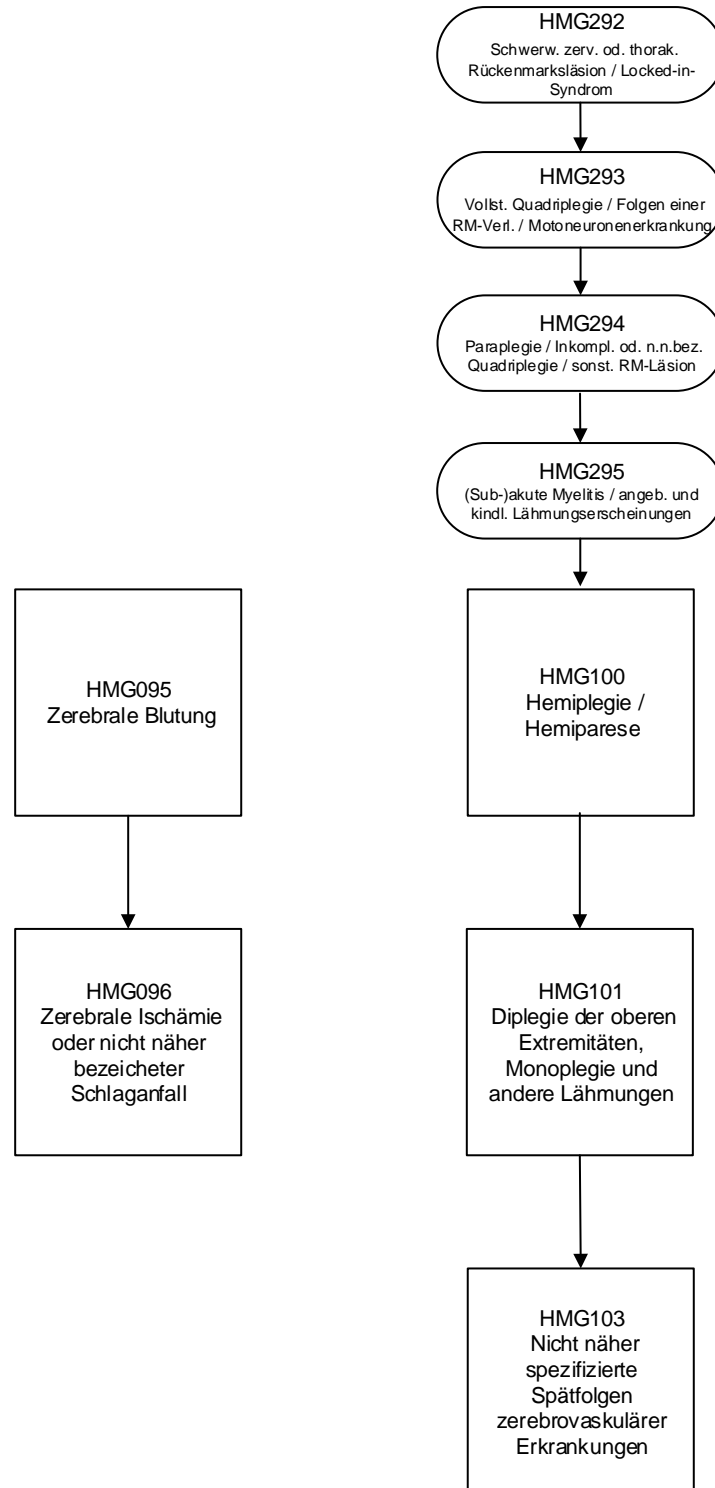
Hierarchie 14
Neurologische Erkrankungen



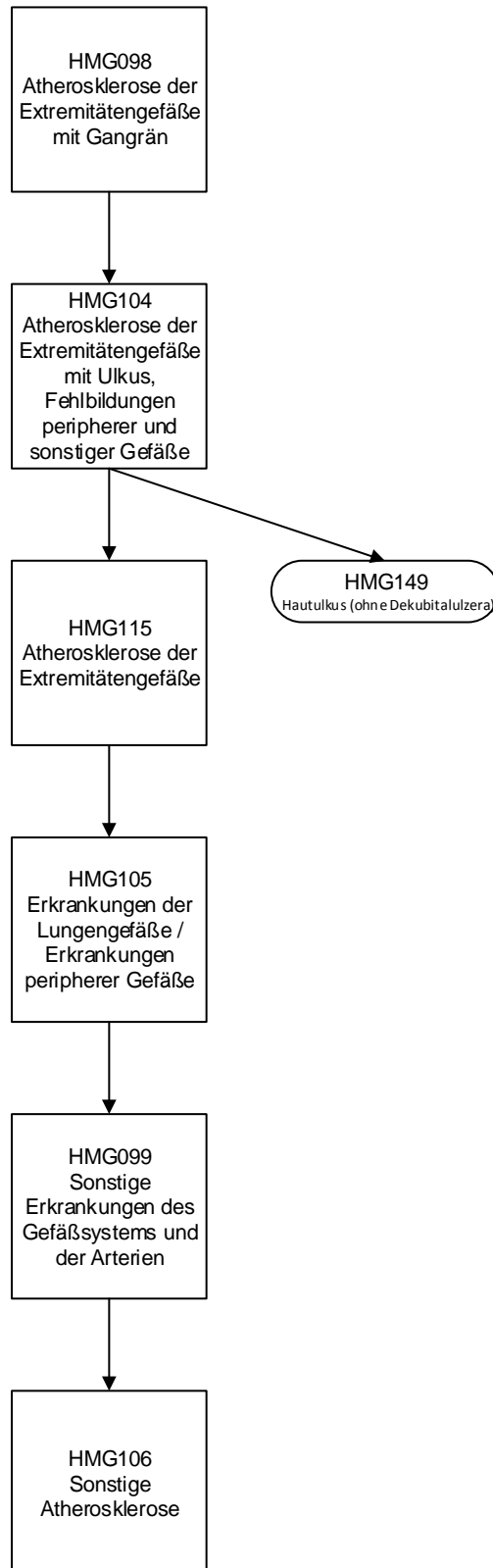
Hierarchie 16 Herzerkrankungen



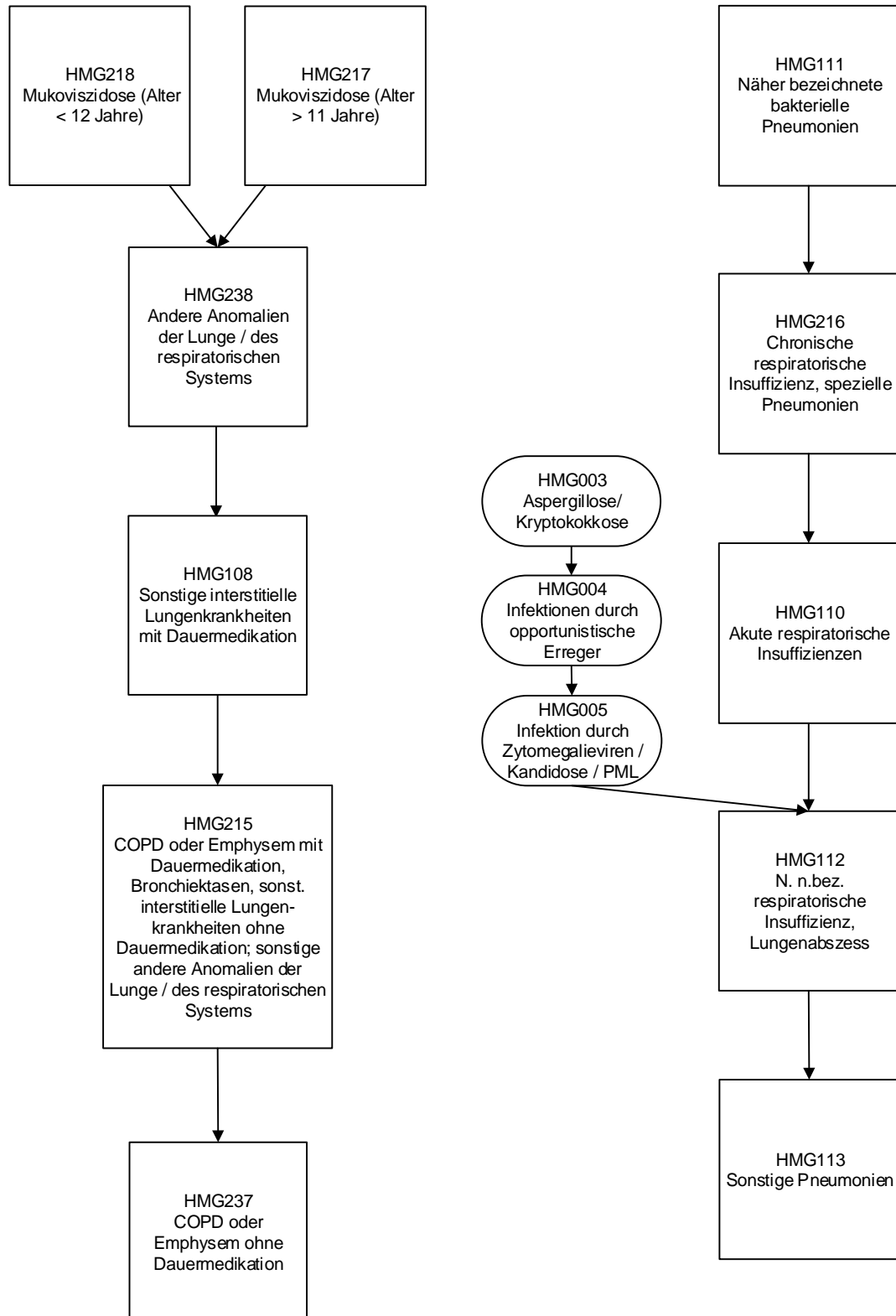
Hierarchie 17 Zerebrovaskuläre Erkrankungen



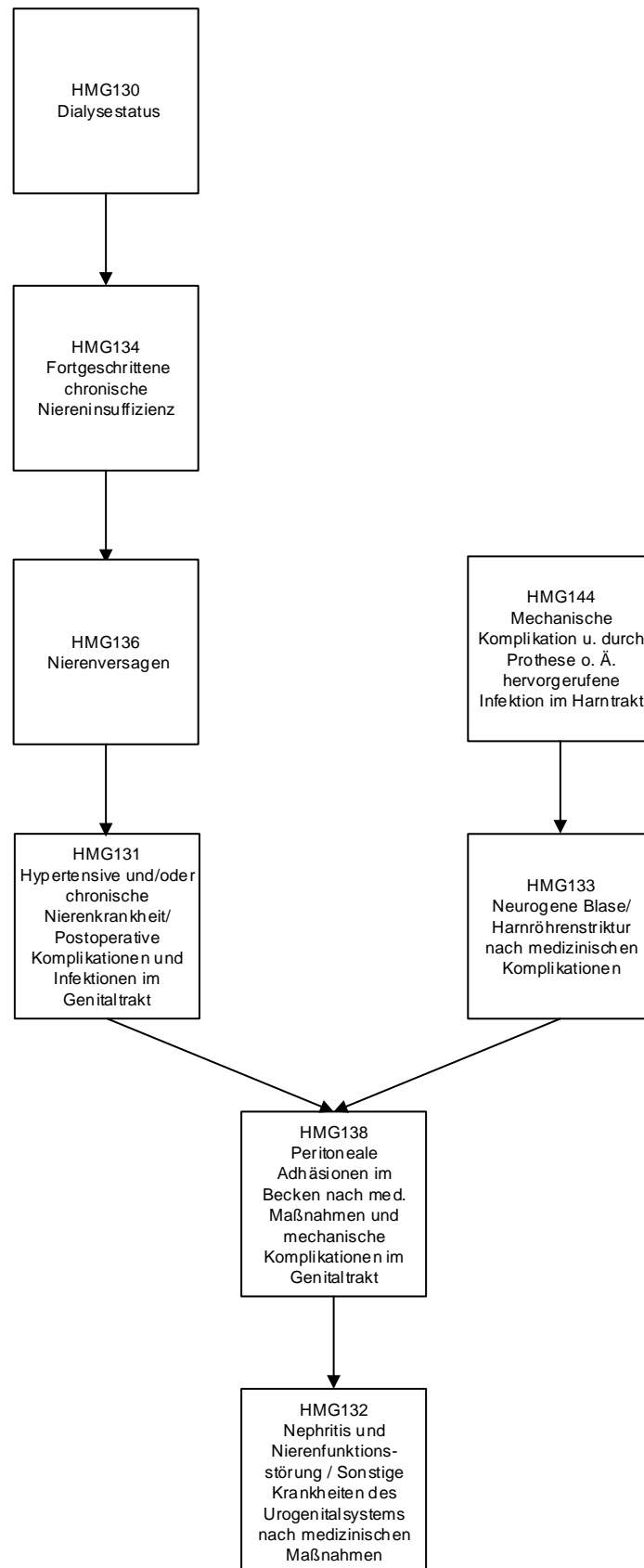
Hierarchie 18 Gefäß- und Kreislauferkrankungen



Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge

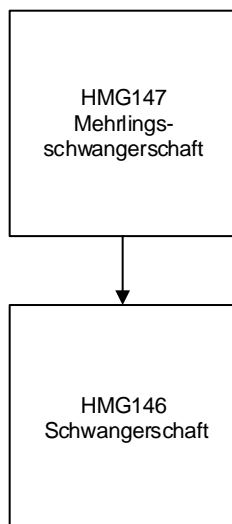


Hierarchie 20 - Erkrankungen des Urogenitalsystems

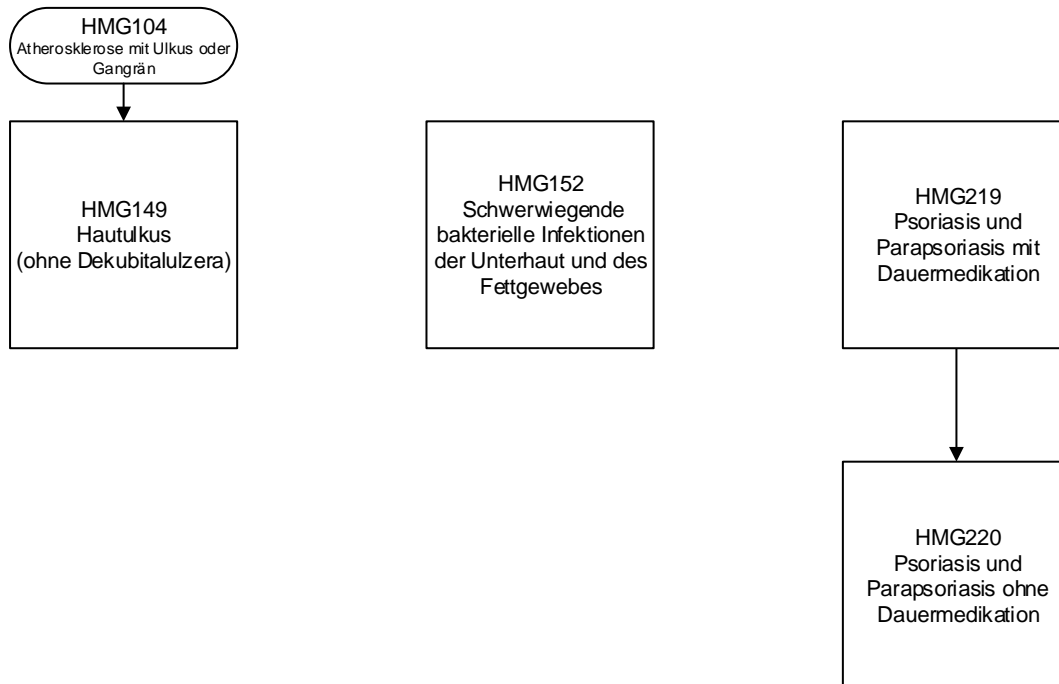


Hierarchie 21

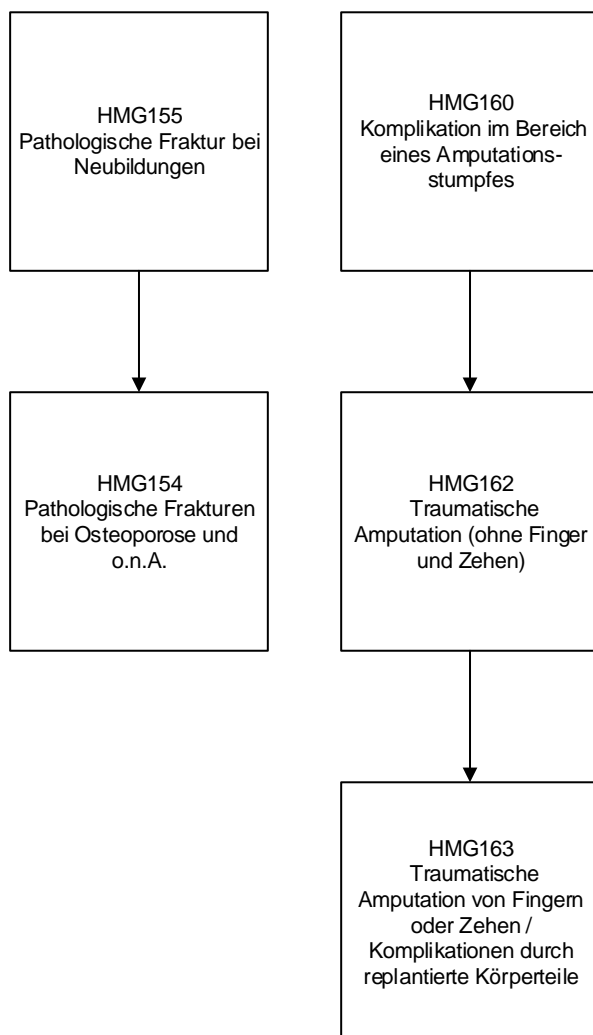
Schwangerschaft



Hierarchie 22 Erkrankungen der Haut

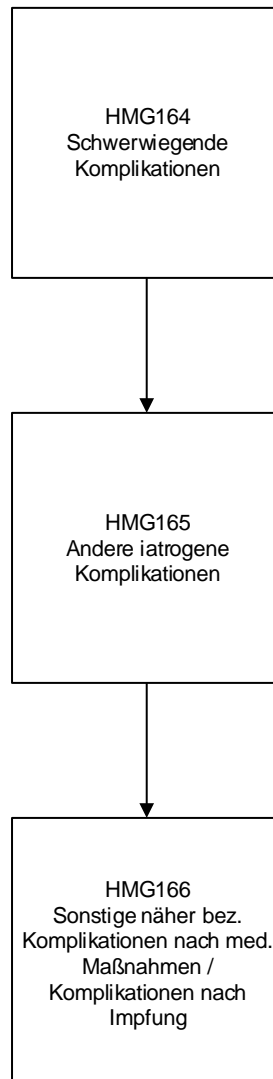


Hierarchie 23 Verletzungen

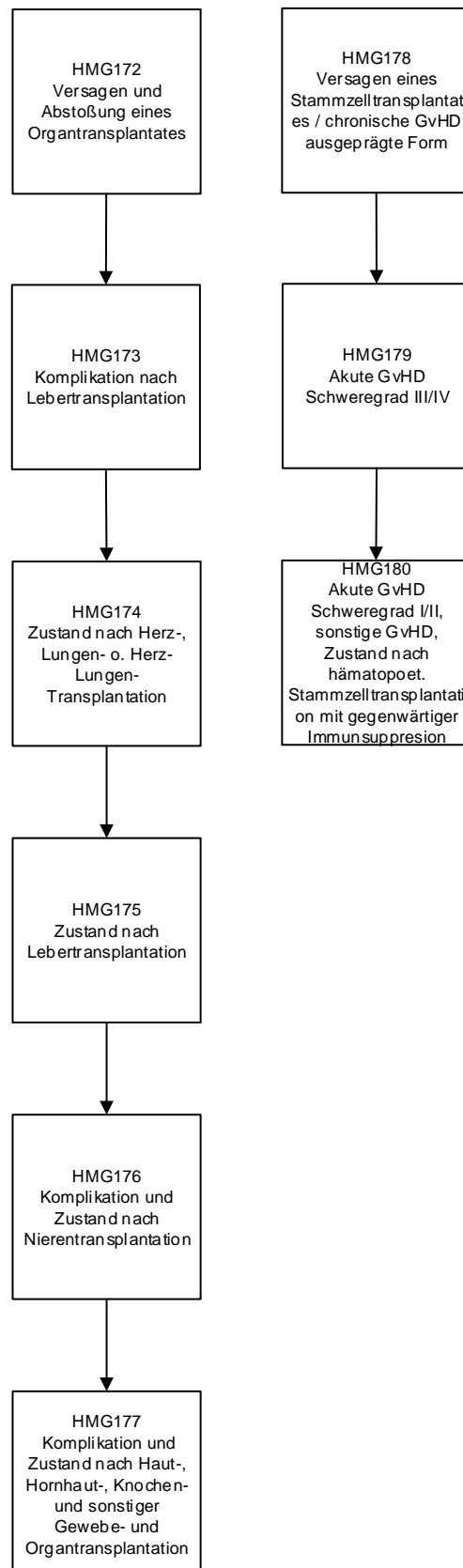


Hierarchie 24

Medizinische Komplikationen

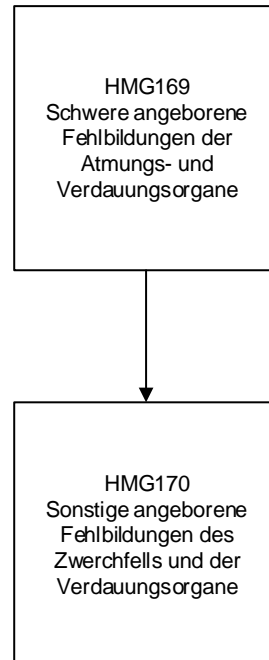


Hierarchie 25 Transplantationen



Hierarchie 27

Erkrankungen des Neugeborenen



Hierarchie 28
Chronischer Schmerz

