



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

**Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich
Anhörungsverfahren zum Entwurf der Festlegung für das Jahr 2017**

BVA AZ 312 - 5572.1 - 2622/2015

**Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der Handelskrankenkasse und der
Hanseatischen Krankenkasse**

Zu den vom Bundesversicherungsamt beabsichtigten Veränderungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung. Die Gliederung unserer Stellungnahme entspricht dabei der Gliederung in den Erläuterungen des BVA zur Festlegung.

Zu II. Hierarchieübergreifender Anpassungsbedarf

zu II. 5 Hinweis zur Arzneimitteldifferenzierung

Die Frage der Sinnhaftigkeit unterschiedlicher Arzneimittel-Zuschlagsgruppen innerhalb eines Hierarchiestrangs wird in der GKV sehr kontrovers diskutiert. Die erwarteten Wirkungen auf das Versorgungsgeschehen werden sehr unterschiedlich eingeschätzt, eine aussagekräftige Modellierung, die empirisch geprüft werden kann, liegt nicht vor. Insofern begrüßen wir die

Position des BVA, in diesem Thema derzeit keine Änderungen vorzusehen. Wenn das Thema wieder aufgenommen wird, wäre in diesem Kontext dann auch die Umstellung der Anlage 3 auf endstellige ATCs zu prüfen und vorzusehen. Dies würde zwar einmalig Umsetzungsaufwand verursachen, zukünftig aber eine präzisere und trennschärfere Zuordnung zu Morbiditätsgruppen ermöglichen.

zu II. 6 Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln in Anlage 3 der Festlegung

Das Bundesversicherungsamt hat die vorgelegten konkreten Vorschläge zur Berücksichtigung austauschfähiger Arzneimittel in Anlage 3 der Festlegung geprüft, von einer generellen, systematischen Prüfung aber abgesehen. Wir unterstützen dieses pragmatische Vorgehen, da wir ebenfalls davon ausgehen, dass es sich bei den vorzunehmenden Anpassungen um Einzelfälle handelt. Es ist jeweils eine medizinisch-inhaltliche Einzelfallprüfung erforderlich.

zu II. 7 Berücksichtigung von Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka

Nach wie vor erscheint aus systematischen Gründen eine Bereinigung der zur Validierung herangezogenen ATCs um Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka sinnvoll. Das vom BVA genannte Beispiel Johanniskraut zur Pharmakotherapie bei leichten bis mittelschweren Depressionen mag zwar inhaltlich einleuchtend sein, vernachlässigt allerdings den Aspekt der Manipulationsanfälligkeit des RSA-Verfahrens. Johanniskraut ist auch bei Schlafstörungen oder Unruhezuständen indiziert. Wenn dennoch HAP weiterhin zur Validierung herangezogen werden sollen, sollte zumindest hier der endstellige ATC-Code verwendet werden. So wird beispielsweise chronischer Schmerz derzeit mit dem ATC-Code N02BH validiert, hinter dem sich auch der ATC-Code N02BH20 verbirgt, der u.a. Fieber- und Zahnungszäpfchen von Weleda enthält.

Anhand der geringen Anzahl der betroffenen Eingruppierungen in der GKV ist das pragmatische Vorgehen des BVA dennoch verständlich.

zu II. 8 Aufgreifkriterium "Arzneimittel"

zu 8.2 Arzneimittelprüfung für Kinder bei akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen

Das Aufgreifkriterium "Arzneimittel obligat bei akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen" erfolgt bisher bei Kindern unter zwölf Jahren abweichend vom sonstigen Vorgehen über eine M2Q-Prüfung. Akut-rezidivierende Erkrankungen können allerdings schon aus der Definition

heraus regelmäßig nicht über mehrere Quartale andauern. Daher wurde vom GKV-SV ein Veränderungsvorschlag unterbreitet, wonach hier für Kinder (Alter < 12 Jahre) die Schwelle bei der Behandlungstage-Prüfung auf 1 Behandlungstag herabgesetzt und dadurch das bisher behelfsweise angewandte M2Q-Kriterium ersetzt wird. Das BVA hat den Vorschlag aufgegriffen und für diesen und weitere Varianten des Aufgreifkriteriums Arzneimittel für Kinder die statistischen Gütemaße ermittelt. Dabei hat das BVA festgestellt, dass keines der geprüften Modelle die Zielgenauigkeit des Verfahrens im Vergleich zum Status Quo erhöht. Allerdings wurden vom BVA in den Erläuterungen zur Festlegung lediglich die Kennzahlen R^2 , CPM und MAPE angegeben. Angaben zu Besetzungszahlen in betroffenen HMGs oder auch Analysen zu Veränderungen in einzelnen HMGs fehlen. Daher kann nicht festgestellt werden, ob das kontraintuitive Ergebnis auf Sondereffekte in Einzelfällen zurückzuführen ist. Auch eine Unterscheidung der Kennzahlen nach den untersuchten Altersgruppen (<12 bzw. >11 Jahre) wäre hier interessant. Zudem hat das BVA auch in anderen Fällen auf eine Optimierung des R^2 verzichtet, wenn dadurch ein inhaltliches Problem des Modells vermieden werden konnte. Prominentestes Beispiel war die Wertung von Krankenhaus-Nebendiagnosen ab dem Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2012. Auch im aktuellen Festlegungsverfahren finden sich Beispiele, in denen aufgrund inhaltlicher Aspekte eine Verbesserung des R^2 zurückgestellt wird (Beispiel Hierarchie 6, Aufgreifkriterium für DxG 761, Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung S. 117)). Es ist zu befürchten, dass mit der Beibehaltung des Status quo nicht alle erkrankten Kinder aufgegriffen werden können. Neben den o.g. zusätzlichen Analysen, die bereits Aufschluss über Absenkung der Modellgüte geben dürften, regen wir an, die Entscheidung zu den Aufgreifkriterien auch hier nicht nur von der Modellgüte abhängig zu machen.

zu 8.3 Prüfung der Differenzierungsmöglichkeiten je Krankheit nach Medikationstyp

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde angeregt, für Krankheiten, bei denen kein stationärer Aufenthalt erforderlich ist, die Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung nach Dauermedikation / Bedarfsmedikation / ohne Dauermedikation vorzusehen. Hintergrund des Vorschlags war, dass einige Auswahlkrankheiten im Klassifikationsmodell nicht zu Zuschlägen führen. Allerdings ist der Vorschlag nicht klar formuliert. Es bleibt auch offen, ob es sich nicht vielmehr um ein Problem der Krankheitsauswahl handelt. Insofern ist nachvollziehbar, dass das BVA den Vorschlag im Rahmen des aktuellen Festlegungsverfahrens nicht aufgreift.

zu III. Anpassung der Hierarchien

zu III. 9 Hierarchie 01: "Infektionen"

Die zusätzliche Berücksichtigung des ATC-5-Stellers J04AM in Anlage 3 zum Aufgreifen der DxG011 ist korrekt.

zu III. 10 Hierarchie 02: "Neubildungen"

Die Anpassungen in den Hierarchiesträngen 2a und 2b halten wir medizinisch-inhaltlich für angemessen.

Angesichts der zunächst grundsätzlich zu klärenden Fragen bzgl. Arzneimitteldifferenzierung und Alterssplits halten wir es für angemessen, dass das BVA auch keine entsprechenden Änderungen in der Hierarchie 02 vorsieht.

zu III. 12 Hierarchie 05: "Erkrankungen der Leber"

Zunächst einmal unterstützen wir das Vorgehen des BVA, Vorschläge erst bei Vorliegen der dazu notwendigen Datengrundlagen zu prüfen.

Die Hierarchisierung der HMGs 026, 028 und 030 wird ausdrücklich für sinnvoll gehalten. Das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" für die DxG 148 und 149 wird von uns ebenfalls unterstützt. Auch die Komposition und Hierarchisierung der HMGs 025, 029, 030 und 289 ist inhaltlich nachvollziehbar.

Grundsätzlich werden die Dominanzbeziehungen zu anderen Hierarchien begrüßt, allerdings ist die dargestellte Dominanzbeziehung zu den Gastrointestinalen Erkrankungen nicht ausreichend. Die in der Hierarchie weiter unten angesiedelte HMG 026 (Leberzirrhose) ist oftmals für die Ausbildung der Varizen verantwortlich. Die Versicherten, die diese Varizen aufgrund von Leberzirrhose haben, bekommen somit Doppelzuweisungen. Inhaltlich richtig wäre danach eine Dominanz zur HMG 061 (Gastrointestinale Varizen) aller HMGs der Hierarchie 5 ab einschließlich der HMG 026. Da dies aufgrund der unterschiedlichen Kostenschätzer zu Hierarchieverletzungen führen würde, ist es angebracht, die Ösophagusvarizen wieder in die Hierarchie 5 Erkrankungen der Leber zu integrieren.

zu III. 13 Hierarchie 06: "Gastrointestinale Erkrankungen"

Wie bereits unter III.12 beschrieben, ist die vorgeschlagene Dominanzbeziehung der Hierarchie 5 Erkrankungen der Leber zur Hierarchie 06 Gastrointestinale Erkrankungen nicht ausreichend, da bereits die Leberzirrhose mit für die Ausbildung der Ösophagusvarizen verantwortlich ist. Die Ösophagusvarizen sind in der Regel eine Komplikation bzw. entstehen aufgrund einer chronischen Lebererkrankung. Somit handelt es sich um einen höheren Schweregrad der Lebererkrankung. Die Ösophagusvarizen sollten daher wieder in die Hierarchie 5 Erkrankungen der Leber integriert werden.

Die Gliederung und Hierarchisierung der alten und neuen ICD-Kodes zu gastrointestinalen Blutungen und Festlegung des jeweiligen Aufgreifkriteriums ist sinnvoll und nachvollziehbar. Lediglich die nicht erfolgte Ausgliederung des ICD-Kodes K92.2 in eine DxG mit Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" halten wir nach wie vor für kritisch. Der Grundsatz, dass spezifischeres Kodieren nicht durch niedrigere Zuschläge bestraft werden soll, ist sicherlich berechtigt. Allerdings darf dies u.E. nicht dazu führen, dass Fälle aufgegriffen werden (explizit genannt wurde hier die Diagnose K92.2 bei Marathonläufern), die hinsichtlich Krankheitsschwere und Folgekosten nicht mit den üblicherweise bei dieser Diagnose zu erwartenden Krankheitsverläufen vergleichbar sind. Insofern wird das Modell an dieser Stelle dem Versorgungsgeschehen nicht gerecht.

Die Kappung der Dominanzen von HMG 034 auf HMG 290 und HMG 061 ist medizinisch-inhaltlich nicht vollständig nachvollziehbar. Die Maximalkomplikation bei einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung ist die operative Sanierung von zum Beispiel Fisteln etc. Auch hier ist es nicht ungewöhnlich, dass es zu postoperativen Komplikationen, wie Insuffizienzen der Nähte oder Anastomosen (ICD K91.83) kommen kann. Aus Modellsicht ist jedoch nachvollziehbar, dass Hierarchieverletzungen behoben werden müssen.

zu III. 14 Hierarchie 07: "Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems"

Die Dominanzbeziehung der HMG 198 (Juvenile Arthritis mit Dauermedikation) und HMG 199 (Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthrititis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation) zu den HMGs 219 (Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation) und 220 (Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation) ist medizinisch inhaltlich sinnvoll. Allerdings befinden sich in den genannten HMGs des Rheuma-Stranges der Hierarchie 7 noch andere Diagnosen, deren ursächliche Erkrankung ebenfalls anderen Hierarchiesträngen zugeordnet sind.

Zu diesen Diagnosen gehören die ICDs M07.5- (Arthritis bei Colitis ulcerosa) und M07.4- (Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]). Diese Arthritiden sind ebenfalls Komplikationen der Grunderkrankungen (Colitis ulcerosa und Morbus Crohn), die im Klassifikationssystem in der Hierarchie 6 (Gastrointestinale Erkrankungen) in den HMGs 290 (Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation) bzw. HMG033 (Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis) berücksichtigt werden.

Zur Vermeidung von Doppelzuweisungen und Sicherung der Schweregraddifferenzierung sollte die bereits bezüglich der Arthritiden bei Psoriasis vorgesehene Vorgehensweise konsequent im gesamten Klassifikationssystem umgesetzt werden.

zu III. 15 Hierarchie 08: "Hämatologische Erkrankungen"

Die Beseitigung der Hierarchieverletzung durch Tausch der HMGs innerhalb des Hierarchiestranges ist sinnvoll. Bei der Einordnung neuer Diagnosen aus der Krankheitsauswahl unterstützen wir, für alle Diagnosen des D70.1- zusätzlich das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" zu setzen.

Die Analyse des BVA zeigt, dass eine Veränderung der bei der Therapie der Thrombozytopenien zur Validierung herangezogenen Arzneimittel nicht sinnvoll ist. Ein Verzicht auf eine Änderung ist daher konsequent. Auch der Verzicht auf eine Prüfung höherer BT-Grenzen ist nachvollziehbar.

zu III. 16 Hierarchie 09: "Kognitive Erkrankungen"

Die Begründung der Zuordnung der ICD-Sterndiagnosen F02.1-4 "Demenz bei Creutzfeld-Jakob-Krankheit, Chorea Huntington, Parkinson und HIV" wirft inhaltliche Fragen auf. Grundsätzlich sollten Sterndiagnosen - sofern eine direkte Zuordnung zu einer Grunderkrankung möglich ist - der Grunderkrankung zugeordnet werden. Dies sollte bereits im Rahmen der Krankheitsauswahl erfolgen.

zu III. 17 Hierarchie 13: "Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks"

Die vorgesehenen Verschiebungen von DxG in die HMG 293, 294, 295, 296, 039 und die in der Konsequenz erfolgten Umbenennungen der betroffenen HMG sind sinnvoll und nachvollziehbar. Auch die geänderten Dominanzbeziehungen sind angemessen.

zu III. 18 Hierarchie 14: "Neurologische Erkrankungen"

Wir unterstützen das Vorhaben des BVA, abgesehen von den durch die Überarbeitung der Krankheitsauswahl neu in das Modell zu integrierenden ICD-Kodes G23.3 und P91.7 keine weiteren inhaltlichen Veränderungen in dieser Hierarchie vorzunehmen.

zu III. 19 Hierarchie 22: "Erkrankungen der Haut"

Die Erweiterung der Anlage 3 für DxG 836 sowie die Einführung einer Dominanzbeziehung zwischen den HMG 198 und 199 in der Hierarchie 7 und 219 und 220 in der Hierarchie 22 ist nachvollziehbar.

zu III. 20 Hierarchie 23: "Verletzungen"

Die Zusammenlegung der (bisherigen) HMG 155 und 156 zur Beseitigung der Hierarchieverletzung ist sinnvoll. Auch der geringe Unterschied der Kostenschätzer spricht für die Zusammenlegung. Die vorgesehene Zuordnung der DxG 649 zur HMG 157 wird ebenfalls von uns unterstützt.

zu III. 21 Hierarchie 25: "Transplantationen"

Die Anpassungen in der Hierarchie zur Beseitigung der Hierarchieverletzung sind sinnvoll.