

# **Dokumentation zur Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Entwurf der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV**

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat am 29.05.2008 einen Entwurf zur Festlegung der im Risikostrukturausgleich (RSA) zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus von Versicherten zu diesen Gruppen, des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und des Berechnungsverfahren zur Bestimmung der Risikozuschläge veröffentlicht. Gemäß § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) wurden die Spitzenverbände der am RSA beteiligten Krankenkassen um schriftliche Stellungnahme bis zum 20.06.2008 gebeten. Alle Spitzenverbände (AOK-BV, BKK-BV, IKK-BV, VdAK/AEV, KBS) übermittelten ihre Stellungnahmen, wobei der VdAK/AEV explizit den Wunsch nach Beachtung zweier gesonderter Stellungnahmen seiner Mitgliedskassen (TK/KKH/HEK/HHK/GEK sowie BARMER/DAK) äußerte. Über diese Stellungnahmen hinaus wurden dem BVA seitens der Bundespsychotherapeutenkammer Hinweise zur Klassifikation der berücksichtigungsfähigen psychischen Krankheiten übermittelt.

Nach dem Ende der Anhörungsfrist wurde dem BVA am 26.06.2008 von der KBS ein Nachtrag zu ihrer zunächst eingebrachten Stellungnahme übersandt, in dem sie aufgrund von „durch den AOK-Bundesverband vorgenommenen Analysen“ von ihrer Ersteinschätzung insoweit wesentlich abweicht, als sie sich der Stellungnahme des AOK-BV anschließt, ohne Sachaussagen der ersten Stellungnahme explizit zu revidieren.

Zeitgleich wurden die Spitzenverbände um die Erteilung ihres Einvernehmens über eine von § 2 Abs. 3 RSAV abweichende Festlegung von Altersabständen im Klassifikationsmodell gebeten.

## **I. Stellungnahmen**

In der folgenden Darstellung werden zunächst die wesentlichen Inhalte der übersandten Stellungnahmen themenbezogen zusammengefasst.

### **Auswahl des Klassifikationsmodells**

Die Wahl eines integrierten HCC-Modells auf Basis ambulanter und stationärer Diagnosen wird mehrheitlich begrüßt. Das Modell sei mit Blick auf die rechtlichen Vorgaben grundsätzlich ziel-

führend und angemessen (IKK-BV) und insbesondere im Gegensatz zu Modellen, die Arzneimittelverordnungen als primäre Klassifikationskriterien nutzen, versorgungsneutral (BAR-MER/DAK, BKK-BV).

TK/KKH/HEK/HKK/GEK führen dagegen aus, dass die Einsatzfähigkeit des vom BVA modifizierten HCC-Systems nicht in geeigneter Weise wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden sei. Dem wiederum widerspricht die KBS in ihrer ersten Stellungnahme vom 20.06.2008, indem sie das ausgewählte und angepasste Modell als „international erprobt“ sowie als wissenschaftlich „untersucht und geeignet“ charakterisiert. Der AOK-BV merkt diesbezüglich an, dass die Eignung des HCC-Modells zwar wissenschaftlich untersucht und belegt, es seinerzeit von den beauftragten Gutachtern aufgrund seiner statistischen Unterlegenheit aber nicht favorisiert worden sei.

Der AOK-BV argumentiert weiter, das BVA-Modell berücksichtige lediglich höchstens 50 Morbiditätsgruppen, denen ein einzelner Versicherter zugewiesen werden könne. Ein nach den ausgewählten Krankheiten gefiltertes IPHCC+RxGroups-Modell dagegen basiere auf 108 HCCs, die mit 133 RxGroups kombiniert werden könnten. Aus der geringen Anzahl der Morbiditätsgruppen resultiere im BVA-Modell eine „grobe Zusammenfassung“ von Morbiditätsgruppen, die lediglich eine unzureichende Schweregraddifferenzierung zulasse. Die im ambulanten Sektor vorherrschende Varianz der Krankheitsschwere lasse sich nur durch Morbiditätszuschläge, die direkt auf Arzneimittelinformationen beruhen, abbilden. Das BVA-Modell lasse im Übrigen durch die gleichberechtigte Nutzung von ambulanten und stationären Diagnosen die Erklärungskraft eines Krankenhausaufenthaltes ungenutzt, was für bestimmte Krankheiten zu einer deutlichen Unterschätzung der Ausgaben im Folgejahr führe und das Gebot der Versorgungsneutralität verletze.

Auf Basis dieser Argumentation stellt der AOK-BV ein Alternativmodell vor, das eine Umsetzung des Gutachtervorschlages IPHCC+RxGroups darstelle:

- Die 102 ursprünglich vom BVA definierten HMG werden für die Klassifikation stationärer Diagnosen verwendet.
- Für insgesamt 52 DxG, bei denen eine Arzneimitteltherapie als nicht zweckmäßig angesehen wird, erfolgt im ambulanten Sektor (unter Anwendung des M2Q-Kriteriums) eine Versichertenklassifikation zu 22 „ambulanten HMG“.
- Unter Berücksichtigung von Mindestverordnungsmengen erfolgt eine Klassifikation einzelner Arzneimittelverordnungen in eine von 137RxG, wenn für den jeweiligen Versicherten in mindestens zwei Quartalen eine die RxG validierende DxG vorliegt. Die entsprechende Prüfung geschieht dabei anhand einer vom AOK-BV hierfür erarbeiteten DxG-RxG-Zuordnungstabelle.

Die KBS schließt sich der Argumentation des AOK-BV in ihrem Nachtrag zur Stellungnahme pauschal an.

## **Klassifikationsmodell und Zuordnungsalgorithmus**

### **Vorgehen des BVA bei der Modellanpassung**

Hinsichtlich der allgemeinen Vorgehensweise legt der BKK-BV dar, dass die in der Krankheitsauswahl als berücksichtigungsfähig identifizierten DxG nur dann in der Klassifikation Verwendung finden sollten, wenn sich dies nicht nachteilig auf die Zielgenauigkeit des Modells auswirke.

Die KBS (20.06.2008) hinterfragt den Modellbildungsgrundsatz des DCG/HCC-Modells zur Anreizsetzung für spezifisches Codieren. Es sei problematisch, wenn Krankenkassen für unspezifisches Codierungsverhalten von Ärzten bestraft würden, da sie darauf keinen unmittelbaren Einfluss nehmen könnten.

### **Algorithmus für die Zuordnung von Versicherten zu Morbiditätsgruppen:**

In seinem Entwurf stellt das BVA eine Systematik vor, auf deren Basis Versicherte den HMG zugeordnet werden. Dies geschieht unter Anwendung verschiedener Aufgreifkriterien, zu denen Spitzenverbände und Einzelkassen wie folgt Stellung nehmen.

#### a) Aufgreifkriterium Diagnosen

##### aa) Stationäre Diagnosen

Der BKK-Bundesverband kritisiert, dass lediglich ambulante Diagnosen einem Validierungsprozess unterzogen würden, wohingegen (berücksichtigungsfähige) stationäre Diagnosen in jedem Fall einen Zuschlag auslösten. Dies komme einer tendenziellen Bevorzugung der stationären Behandlung gleich und kollidiere mit dem Gebot der Versorgungsneutralität.

BARMER/DAK merken an, dass das BVA bei der Verwendung stationärer Diagnosen nicht nach Diagnosetyp (Hauptdiagnose / Nebendiagnose) oder Behandlungsart (vollstationär, teilstationär, Anschlussheilbehandlung) differenziere. Hinsichtlich der Datenqualität sei dies zumindest dort bedenklich, wo die Diagnosen keine Vergütungsrelevanz besäßen. Dies gelte insbesondere für den Bereich der Anschlussheilbehandlung.

Für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs schlägt die KBS (20.06.2008) im Übrigen vor, stationäre Nebendiagnosen, die in der DRG-Klassifikation keinen Einfluss auf den Komplexitätsgrad (CCL) der G-DRG haben, nicht für die Klassifikation zu nutzen. Hierfür sei allerdings eine Anpassung der Datenmeldung vonnöten.

#### ab) Ambulante Diagnosen

##### M2Q-Kriterium:

Die Verwendung des Kriteriums bleibt im Rahmen der eingegangenen Stellungnahmen ohne fundamentalen Widerspruch. BKK-BV und KBS bringen allerdings kritische Anmerkungen vor, die mit der Ausgestaltung des Kriteriums in Verbindung stehen.

Seitens der KBS (20.06.2008) wird darauf hingewiesen, dass das Aussetzen der M2Q-Prüfung bei Versicherten, die weniger als 92 Tage in der GKV versichert waren, eine Ungleichbehandlung von Versicherten mit (ansonsten) identischen Morbiditätsinformationen bewirken könne. Die nach Ansicht der KBS vom BVA unterstellte Annahme, eine entsprechende Diagnose würde sich in einem anderen Quartal sicher wiederholen, sei problematisch.

Der BKK-BV merkt an, dass berücksichtigungsfähige DxG, die bei einem Versicherten erstmalig im vierten Quartal eines Jahres diagnostiziert werden, nicht in einem anderen Quartal des selben Jahres durch das M2Q-Kriterium bestätigt werden können. Ein solcher Versicherter bliebe demnach ohne Zuschlag.

Darüber hinaus wird von Seiten des BKK-BV kritisch angemerkt, dass das Anlegen des Prüfkriteriums auf Krankheitsebene zum Teil dazu führen könne, dass sich medizinisch unterschiedliche Sachverhalte (unterschiedliche DxG) gegenseitig plausibilisierten und dann gleichzeitig zwei Zuschläge auslösten. Exemplarisch nennt der Verband das Beispiel Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2.

##### Obligatorischer Krankenhausaufenthalt:

Neben Anmerkungen zur Konsistenz der Vergabe des Kriteriums schlagen TK/KKH/HEK/HKK/GEK vor, dieses für mehr DxG zu fordern. Ihrer Meinung nach ist die Auswahl der DxG, für die eine „stationäre Behandlung“ als obligatorisch angesehen wird, teilweise widersprüchlich und zumindest erklärungsbedürftig. Als konkretes Beispiel werden Lebererkrankungen sowie Verletzungen der Wirbelsäule / Lähmungen genannt. Die KBS (20.06.2008) rät dazu, das Kriterium nur dann anzuwenden, wenn dies aus medizinischer Sicht geboten sei.

#### b) Aufgreifkriterium Arzneimittel

BARMER/DAK äußern sich positiv zur vom BVA gewählten Form der Berücksichtigung von Arzneimittelinformationen und bezeichnen das gewählte Vorgehen als verordnungskonform. Die Entscheidung, nicht jede DxG mit Arzneimitteln zu validieren, sichere die Therapiefreiheit und sei unter dem Aspekt der Versorgungsneutralität zu begrüßen.

Nach Auffassung von TK/KKH/HEK/HKK/GEK wurde die vom BVA durchgeführte Arzneimittelvalidierung „zu weich“ ausgestaltet. Um der gesetzgeberischen Intention Rechnung tragen zu können und Mängel ambulanter Diagnoseinformationen zu beseitigen, müsse jede DxG durch spezifische Arzneimittel validiert werden. DxG, denen spezifische Arzneimittel nicht zugeordnet werden könnten, sollten nicht zur Klassifikation zugelassen werden.

Der IKK-BV sowie der AOK-BV hinterfragen die Qualität der ambulanten Diagnosen. Der IKK-BV schlägt vor diesem Hintergrund vor, Arzneimittel in Fällen, bei denen eine spezifische Zuordnung zu ausgewählten Krankheitsbildern möglich ist, als leitendes bzw. alleiniges Aufgreifkriterium zur Versichertenklassifikation zu nutzen und nennt als entsprechende Beispiele die Krankheiten HIV/AIDS und Diabetes mellitus.

Aus Sicht des BKK-BV ist die Durchführung einer Arzneimittelvalidierung ambulanter Diagnosen mit Blick auf eine nur geringe Filterwirkung entbehrlich und führe, ebenso wie das M2Q-Kriterium, zu einer Verletzung des Gebotes der Versorgungsneutralität. Außerdem sei die Identifikation klinisch relevanter Fälle generell zwar wünschenswert, unter Anreizgesichtspunkten jedoch problematisch. Nach Wortlaut des § 268 SGB V sei ein Verzicht auf Arzneimittelinformationen als Morbiditätsindikator möglich – lediglich § 29 Abs. 1 RSAV müsse entsprechend angepasst werden.

TK/KKH/HEK/HKK/GEK kritisieren, dass die in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf beschriebene Beschränkung der Arzneimittelvalidierung auf die Grunderkrankung nicht nachvollziehbar sei.

#### Verwendung von Mindestgrenzen verordneter Arzneimittel (Mindest-DDD)

Die KBS (20.06.2008) nennt die Festlegung eines jeweils gültigen DDD-Grenzwertes eine „Alles-oder-nichts“-Entscheidung und schlägt eine Abstufung der Risikozuschläge in Abhängigkeit der verordneten Tagesdosen vor.

Von Seiten des IKK-BV wird kritisch darauf hingewiesen, dass im Einzelfall nicht auf die Einflussgrößen der verordneten Wirkstoffmenge (Alter, Geschlecht, Krankheitsverlauf) eingegangen werde. Der Verband fordert eine Anpassung der verwendeten Grenzwerte oder einen generellen Verzicht auf das Mengenkriterium.

#### Spezielle Anmerkungen zur Arzneimittelzuordnung

BARMER und DAK kritisieren das Aufgreifkriterium von 183 DDD Arzneimitteln bei Demenz, da die Arzneimitteltherapie bei Demenz zum einen nicht obligat sei und es zum anderen häufig zu einem Therapieabbruch käme.

TK/KKH/HEK/HKK/GEK sprechen folgende Details der Arzneimittelzuordnung an:

1. Es dürfe keine Berücksichtigung von Monopräparaten erfolgen, wenn der jeweilige Wirkstoff nur in Kombination mit anderen Arzneistoffen bzw. Maßnahmen zugelassen ist. Beispiel: Calciumpräparate bei Osteoporose.
2. Arzneimittel, die für verschiedene Anwendungsgebiete zugelassen sind, seien zur Validierung einer Diagnose ungeeignet.
3. Homöopathika besitzen üblicherweise keine Zulassung im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG) und könnten daher grundsätzlich nicht zugeordnet werden.
4. Da für Phytopharmaka keine Fertigarzneimittel existierten, dürften diese nicht zugeordnet werden.
5. Es dürfe keine Benennung von Arzneimittelwirkstoffen erfolgen, die ausschließlich in für andere Indikationen zugelassenen Fertigarzneimitteln enthalten sind. So seien die zu den Immunsuppressiva zählenden Tumornekrosefaktor alpha-Inhibitoren (L04AB) sowie die Wirkstoffe Anakinra, Natalizumab, und Abatacept nicht zur Behandlung der 534, 745, 746, 747 (Status nach Organtransplantation) zugelassen. Gleiches gelte für die Nitrofuranderivate (J01XE) zur Behandlung von Erkrankten der DxG 465 (Pleuraempyem, Lungenabszess) bzw. DxG 618 (Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes) sowie für die Behandlung der Erkrankung der Lungengefäße, exkl. Lungenembolie (DxG 356) mit den Trombozytenaggregationshemmern Clopidogrel und Acetylsalicylsäure. Eine Zuordnung von Diazoxid (V03AH01) zu den DxG 098, 099, 100, 101, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 113 der Krankheit Diabetes mellitus sei ebenfalls nicht sachgerecht.

#### c) Spezielle Anmerkungen zur Hierarchisierung

Zum generellen Konzept der Hierarchisierung wird keine Kritik geäußert.

Nach Ansicht von BARMER/DAK stellen Morbus Gaucher und Morbus Fabry zwei seltene, aber durch die Medikation finanziell sehr aufwändige, Erkrankungen dar, die in eine gesonderte HMG eingruppiert werden sollten.

BARMER/DAK regen außerdem an, in der Hierarchie 7 die HMG 038 (Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen) neben die HMG 039 (Spinalkanalstenose) zu stellen, da beide HMG simultan auftreten können.

BARMER/DAK schlagen darüber hinaus vor, aus Gründen der „medizinischen und Ausgaben-homogenität“, gesonderte Hierarchien für „feuchte und solide Tumoren“ einzuführen.

Nach Ansicht von TK/KKH/HEK/HKK/GEK sei es problematisch, dass ein Versicherter in der Hierarchie 3 (Diabetes) zwei HMG zugeordnet werden kann. Außerdem wird für die Hierarchie 17 (Zerebrovaskuläre Erkrankungen) eine Kondensation der HMG 96, 100, 102 angeregt, da diese im Akutfall häufig gemeinsam auftreten.

## **Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren / Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge**

Die vom BVA vorgeschlagenen Berechnungsmethoden werden nicht generell problematisiert.

BARMER/DAK regen hinsichtlich der Modellanpassung und -prüfung an, den bislang verwendeten Grenzwert ( $p\text{-Wert} < 0,05$ ) zur Signifikanzprüfung der einzelnen Morbiditätsgruppen abzusenken und bezeichnen einen  $p\text{-Wert}$  von weit unter 0,01 (bzw. einen absoluten T-Wert über 4) als sachgerechter.

Zudem solle bei Regressionskoeffizienten, die wegen fehlender statistischer Signifikanz auf den Wert Null gesetzt werden, geprüft werden, ob eine Anpassung der Hierarchisierung nötig werde, da Versicherte, die einer betroffenen Gruppe zugeordnet werden, Diagnosen dominierter HMG aufweisen könnten, die ohne geänderte Hierarchisierung unberücksichtigt blieben.

## **Zielgenauigkeit des vorgeschlagenen Modells ( $R^2$ )**

Während sich TK/KKH/HEK/HKK/GEK über das vom BVA ermittelte  $R^2$  von 19,1% (ohne HLB 5) überrascht zeigen, bestätigt sich in Modellrechnungen sowohl der BARMER als auch der DAK die hohe Zielgenauigkeit des Modells.

## **Technische Fragen / Anmerkungen**

### **Sonderbehandlung bestimmter Versichertengruppen:**

Zur sachgemäßen Berücksichtigung von Versicherten, die gemäß § 13 Abs. 2 SGB V Kosten-erstattung gewählt haben, schlägt der VdAK/AEV deren Zuordnung zu einer gesonderten „Mor-biditätskategorie“ vor. Dies sei nötig, da für die betroffene Versichertengruppe keine oder nur unzureichende Diagnoseinformationen aus dem ambulanten Sektor vorlägen. Auf eine generell sehr ähnliche Problematik weist darüber hinaus der IKK-BV bezüglich dauerhaft im Ausland lebender Versicherter hin.

Auch für Versicherte, die neu in die GKV eintreten, liegen keine für die Klassifizierung nutz-baren Morbiditätsinformationen vor. Von daher sollte aus Sicht von BARMER/DAK für diesen Personenkreis eine gesonderte Kategorie im Klassifikationsmodell geschaffen werden.

### **Ausgaben für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte:**

BARMER/DAK stellen fest, dass die Leistungsausgaben für Verstorbene – „sachgerecht“ – nicht annualisiert werden, dass den entsprechenden Versicherten jedoch nur Risikozuschläge gemäß ihrer tatsächlichen Versichertenzeit zugerechnet werden, woraus letztlich eine Unterschätzung ihrer tatsächlichen Leistungsausgaben resultiere. Es wird angeregt, die Zuwei-sungen für verstorbene Versicherte unabhängig von ihrer Versichertenzeit zu berechnen.

### **Verwendung des Dialysekennzeichens:**

BARMER/DAK und IKK-BV weisen auf das in der Datenübermittlung vorhandene Dialyseken-nzeichen für einzelne Versicherte hin, das das BVA bei der Klassifikation ungenutzt gelassen habe. Diesbezüglich wird um Klärung des Sachverhalts gebeten.

### **Behandlung der Daten des Hauptleistungsbereichs „Zahnärzte“**

VdAK/AEV und IKK-BV weisen auf Nachbesserungsbedarf hinsichtlich der Berücksichtigung der (von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nicht übermittelten) Leistungsdaten für Zahnärzte hin. Der VdAK/AEV schlägt als Übergangslösung – analog zur Ermittlung des Kran-kengeld-Teilbeitragbedarfes – ein Verfahren vor, das die entsprechenden Zuweisungen außer-



halb des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf der Basis von Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus vornimmt.

## **II. Bewertung der Stellungnahmen**

### **Auswahl des Klassifikationsmodells**

Das Argument von TK/KKH/HEK/HKK/GEK, dass das vom BVA vorgeschlagene Modell nicht wissenschaftlich untersucht wurde, trägt nicht, weil die RSAV die wissenschaftliche Untersuchung für das anzupassende Modell fordert, nicht jedoch für das angepasste. Das HCC-Modell ist ein wissenschaftlich untersuchtes, international erprobtes und für den Einsatz im Risikostrukturausgleich geeignetes Klassifikationsmodell. Dies ist eindeutig durch IGES/Wasem/Lauterbach (2004) bestätigt worden. Diese stellten fest: „Sämtliche Modelle konnten hinreichend gut an die deutschen Gegebenheiten (Arzneimittelmarkt; ICD-Kodierung) angepasst werden [...]“. Zudem könnten „alle untersuchten Modelle [...] im Rahmen eines prospektiven Verfahrens eingesetzt werden.“ Das BVA hat das insoweit wissenschaftlich untersuchte und für geeignet befundene HCC-Modell ausgewählt und angepasst.

Der Aussage des AOK-BV, dass das vom BVA vorgeschlagene Modell eine zu grobe Zusammenfassung von Morbiditätsgruppen beinhalte, kann nicht gefolgt werden, da es eine hinreichende Schweregraddifferenzierung vornimmt. So erfolgt etwa im vom AOK-BV angesprochenen Beispiel Asthma eine Separation klinisch relevanter Fälle durch Arzneimittel, wobei die klinisch nicht relevanten Fälle bewusst nicht mit einem niedrigen Zuschlag versehen, sondern ganz ausgeschlossen werden. Soweit vom AOK-BV die Anzahlen der Morbiditätsgruppen verschiedener Modelle verglichen werden, wird die Tatsache außer acht gelassen, dass sich durch Hierarchisierung auch im DxCG-Modell IPHCC+RxGroups die Zahl der Gruppen, denen ein einzelner Versicherter zugeordnet werden kann, stark reduziert.

Dass das Modell des AOK-BV hingegen eine stärkere Differenzierung verspricht als tatsächlich umgesetzt werden kann, zeigt sich z.B. bei Morbus Gaucher. Die Errichtung einer eigenen Risikogruppe für diese seltene Krankheit (RxG 034 Gaucher-Disease-Drugs mit mindestens 183 DDD), führt dazu, dass im BVA-Datensatz die Höhe des mittels Regression berechneten Zuschlags von einem einzelnen Fall determiniert wird, da nur ein Versicherter die Voraussetzungen für die Zuordnung zu dieser Morbiditätsgruppe erfüllt. Die Entwickler des DxCG-Klassifikationssystems empfehlen die Verwendung von Mindestgrößen für Risikogruppen. Das BVA hat in der gesamten Anpassung darauf geachtet, dass jede Risikogruppe eine Mindestbesetzung von 100 Versicherten aufweist, da nur so eine methodisch saubere Schätzung möglich ist. Die Bildung einer RxG 034 wäre selbst bei Verzicht auf eine DDD-Mindestgrenze nicht vertretbar, da die gesamte, für die Ermittlung der Regressionskoeffizienten vorgesehene Stichprobe nur 6 Versicherte mit dieser RxG aufweist.

Die Auffassung des AOK-BV, das BVA-Modell sei nicht versorgungsneutral, wird vom BVA nicht geteilt. Versorgungsneutralität wird gerade dadurch erreicht, dass die Höhe der Zuweisung nicht von der gewählten Art der Versorgung abhängt.

Der AOK-BV stellt einerseits die Qualität ambulanter Diagnosen in Frage, schlägt jedoch andererseits ein Modell vor, das maßgeblich auf ambulanten Diagnosen aufbaut. Dass sich die Qualität der ambulanten Diagnosen in den letzten Jahren stark verbessert hat, zeigt sich daran, dass das  $R^2$  des unangepassten HCC-Modells im Vergleich zum Gutachten von IGES/Wasem/Lauterbach von 15 % auf 18,2 % angestiegen ist. Darüber hinaus erzielen die zur Qualitätsverbesserung vorgenommenen Validierungsschritte (M2Q, Arzneimittel, stationäre DxG) eine deutliche Wirkung, die sich in einem noch weiter gestiegenem Bestimmtheitsmaß des angepassten Modells niederschlagen. Das BVA vertritt deshalb auch weiterhin die Auffassung, dass ambulante Diagnosen nicht nur wegen der Beschränkung des Krankheitsspektrums erforderlich, sondern auch geeignet sind für die Verwendung im RSA. Sollte sich das Codierverhalten der Ärzte vergütungsbedingt ändern, so ist darüber hinaus davon auszugehen, dass alle Krankenkassen in ähnlichem Ausmaß betroffen wären.

Gegen das vom AOK-BV vorgeschlagene Modell bestehen im übrigen rechtliche Bedenken, da es nicht sicherstellt, dass nur berücksichtigungsfähige Krankheiten Morbiditätszuschläge auslösen. In der dem BVA übermittelten Zuordnungstabelle sind in vielen Fällen einer RxG mehrere DxG zugeordnet. Kann ein Versicherter irgendeiner dieser DxG zugeordnet werden, werden die entsprechenden RxG „freigeschaltet“, unabhängig davon, ob die Arzneimittel der RxG gegen eine berücksichtigungsfähige oder eine nicht berücksichtigungsfähige Krankheit verordnet wurden.

Um diesen Sachverhalt zu verdeutlichen, diene folgendes Beispiel: Ein Versicherter hat laut seiner Diagnosen eine Krankheit, der in der DxG-RxG-Tabelle „Analgetika“ (RxG 5) zugeordnet sind – z.B. „Influenza mit Pneumonie“ (DxG 469) – bekommt jedoch zur Behandlung dieser Erkrankung kein Analgetikum verordnet. Der gleiche Versicherte leidet nun unter „nicht näher bezeichneten Rückenschmerzen“ (DxG 212), die nicht berücksichtigungsfähig sind, und wird deshalb dauerhaft mit „nicht steroidal Antiphlogistika“ (RxG 5) behandelt. Die zur Behandlung der Rückenschmerzen verordneten Arzneimittel führen dazu, dass der Versicherte der RxG 5 zugeordnet wird und somit einen Zuschlag aufgrund einer nicht berücksichtigungsfähigen Krankheit erhält. Laut Begründung zu § 34 Abs. 1 RSAV sollen Risikozuschläge jedoch „zunächst nur für ein begrenztes Krankheitsspektrum ermittelt werden. Die Ausgaben für die hiervon nicht erfassten Krankheiten werden weiterhin den Alters- und Geschlechtsgruppen zugeordnet“ (BT-Drs 16/3100, S. 204).

§ 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV setzt ausdrücklich eine krankheitsbezogene Morbiditätsgruppenbildung voraus (Festlegung der „auf Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen“). Es besteht daher ein rechtserheblicher Unterschied, ob – wie vom BVA vor-

ordnungskonform vorgesehen – der diagnosespezifische Krankheitsbezug den Ausgangspunkt der Gruppenbildung markiert und Arzneimittelwirkstoffe zur Validierung in den Dienst dieser krankheitsspezifischen Gruppenbildung gestellt werden, oder ob die Diagnose erst in einem zweiten, nachgeordneten Schritt eine Zuordnung auch auf der Grundlage unspezifischer Arzneimittel ohne Bezug zur Krankheit „rechtfertigt“, sofern nur *auch* eine krankheitsrelevante Diagnose vorliegt. In dem zuletzt genannten Fall fehlt es an einem für die Gruppenbildung hinreichenden grundlagefähigen Krankheitsbezug im Sinne eines echten Gruppenbildungskriteriums. Es widerspricht mithin den Anforderungen an die Morbiditätsgruppenbildung „auf Grundlage dieser Krankheiten“, dem diagnosespezifischen Krankheitsbezug eine lediglich sekundäre Rolle im Rahmen des Zuordnungsalgorithmus zuzuweisen.

Das BVA hält deshalb die Verordnungskonformität des vom AOK-BV vorgeschlagenen Modells für nicht sichergestellt.

## **Klassifikationsmodell und Zuordnungsalgorithmus**

### **Vorgehen des BVA bei der Modellanpassung**

Die Empfehlung des BKK-BV, DxG nur dann im Klassifikationssystem zu berücksichtigen, wenn sie die Zielgenauigkeit des Modells nicht negativ beeinträchtigen, ist nicht zielführend. Auch einzelne DxG, die alleine keinen signifikanten Beitrag zur Zielgenauigkeit des Modells leisten, können gemeinsam mit anderen DxG im Aggregat zur Erklärungskraft des Klassifikationssystems beitragen. Eine Überprüfung aller denkbaren Kombinationen von DxG zu HMG ist angesichts der bereits erreichten Zielgenauigkeit nicht effizient.

Das von der KBS angesprochene Designprinzip zur Anreizsetzung für spezifisches Codieren stellt in erster Linie einen Grundsatz dar, der bei der primären Modellbildung des originären HCC-Modells durch die Entwicklerfirma DxCG zum Tragen gekommen ist und auch vom BVA befürwortet wird: Das Prinzip gewährleistet, dass eine genauere Diagnosedokumentation nicht durch einen niedrigeren Zuschlag bestraft wird. Umgekehrt wird damit sichergestellt, dass ein Versicherter nicht aufgrund gezielter Auslassungen von Diagnoseinformationen einen höheren Zuschlag erhalten kann.

## **Algorithmus für die Zuordnung von Versicherten zu Morbiditätsgruppen**

### a) Aufgreifkriterium Diagnosen

#### aa) Stationäre Diagnosen

Grundsätzlich handelt es sich bei den vom BVA verwendeten Validierungsschritten um Maßnahmen, die die verwendete Datenbasis qualitativ absichern sollen. Soweit es sich um vergütungsrelevante Diagnosen aus dem stationären Sektor handelt, bleibt die Qualität der zur Klassifikation verwendeten Informationen weitestgehend unwidersprochen, weswegen diese – mit Ausnahme eines Abgleichs mit den DIMDI-Metadaten nach § 301 SGB V – auch keiner weitergehenden Validierung unterzogen werden. Der Einwand des BKK-BV bezüglich einer tendenziellen Bevorzugung der stationären Versorgung kann in diesem Zusammenhang nicht nachvollzogen werden.

Bezüglich der von BARMER/DAK thematisierten unsicheren Qualität der Diagnosedaten aus dem AHB-Bereich sieht das BVA keinen Handlungsbedarf: Lediglich rund 2,7 % der stationären Diagnosen stammen aus dem AHB-Bereich. 69 % der dabei dokumentierten (endstelligen) ICD-Diagnosen finden sich versichertenbezogen auch in den stationären Diagnosen aus voll- oder teilstationärer Behandlung wieder. Diese Größenordnung erscheint dem BVA insgesamt plausibel.

Wie die KBS in ihrer Stellungnahme sachlich korrekt anmerkt, fehlt für den unter anderem von ihr vorgeschlagenen Ausschluss von nicht-CCL-relevanten Nebendiagnosen der Krankenhausbehandlung eine verwertbare Datengrundlage. Grundsätzlich steht das BVA einer diesbezüglichen Anpassung der Datenmeldung offen gegenüber, wenn sich dies für den Weiterentwicklungsprozess als sinnvoll herausstellen sollte.

#### ab) Ambulante Diagnosen

##### M2Q-Kriterium

Das Aussetzen der Validierung für Versicherte, die weniger als 92 Tage „unter Risiko“ standen, wurde vom Wissenschaftlichen Beirat für den Prozess der Krankheitsauswahl empfohlen. Dabei wurde vom Beirat seinerzeit nicht, wie von der KBS vermutet, davon ausgegangen, dass eine berücksichtigungsfähige DxG sich in einem weiteren Quartal in jedem Fall wiederholt. Vielmehr war der Gedanke leitend, dass der Zeitraum für eine solche zur Diagnosevalidierung nötige Wiederholung zu kurz sei. Das BVA erachtet das als sinnvoll und hat daher auch für die Diagnosevalidierung mittels M2Q-Kriterium an der Empfehlung festgehalten. Die Anmerkung des BKK-BV, dass ambulante Erstdiagnosen im 4. Quartal nicht zu einem Zuschlag führen, ist inhaltlich richtig. Daraus lässt sich allerdings kein vergleichbarer Handlungsbedarf ableiten.

Die Validierung ambulanter Diagnosen anhand des M2Q-Kriteriums muss auf der Ebene der Krankheiten stattfinden, da nur auf diese Weise unterschiedliche Verlaufsformen der Krankheiten erkannt werden. Das in der Stellungnahme des BKK-BV genannte Beispiel, bei dem zwei „medizinisch unterschiedliche Sachverhalte“ (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2) sich gegenseitig plausibilisierten, um zwei Zuschläge auszulösen, kann insbesondere deshalb nicht nachvollzogen werden, als dass – wie bereits in der originären DxCG-Logik vorgesehen – der „Typ-1-Zuschlag“ einen „schweregradbedingten Aufschlag“ auf eine (Typ 1- ODER Typ 2-) Diabetesdiagnose darstellt, der im BVA-Modell nur bei Verordnung einer wesentlichen Menge Insulin (mindestens 183 DDD) vergeben wird.

#### Obligatorischer Krankenhausaufenthalt

Grundsätzlich stimmt das BVA der Aussage der KBS zu, dass ein obligatorischer Krankenhausaufenthalt nur für DxG gefordert werden kann, wenn dieser aus medizinischer Sicht geboten ist.

Im Hinblick auf die seitens der TK/KKH/HEK/HKK/GEK angesprochene Vergabe des Kriteriums „stationär erforderlich“ bei bestimmten Lebererkrankungen und Läsionen des Rückenmarks erfolgte eine Überprüfung der betreffenden DxG, deren Ergebnisse das BVA zu den im Folgenden beschriebenen Korrekturen bewogen haben:

1. Die DxG 144 (Terminale Lebererkrankung, einschließlich Leberkoma und Leberversagen) beinhaltet Diagnosen wie „Chronisches Leberversagen“, „Hepatorenales Syndrom“ sowie „Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten“ (namentlich Lebergranulome bei Berylliose und Sarkoidose). Eine stationäre Behandlung ist dabei nicht für alle Erkrankungsformen zu fordern, da durchaus auch chronische, über mehrere Jahre andauernde Krankheitsverläufe möglich sind (z.B. Hepatorenales Syndrom Typ 2 oder Sarkoidose).
2. Hingegen ist die DxG 148 (Akute Lebererkrankung, einschließlich akuten Leberversagens, Leberabszess, Leberinfarkte (Zahnsche Infarkte)) durch akute, schwerwiegende Krankheitsbilder gekennzeichnet, für die in aller Regel eine stationäre Behandlung zu fordern ist. Daher wird das Kriterium „stationär erforderlich“ nunmehr auch für die DxG 148 gefordert.
3. Bezüglich der Läsionen des Rückenmarkes (DxG 304, 307, 316 und 317) wurde das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die DxG 304 (vollständige traumatische Rückenmarksläsion) den anderen DxG angepasst, da es sich hierbei in vergleichbarer Weise um ein schwerwiegendes Akutereignis handelt, das der stationären Behandlung bedarf. Hingegen werden die Spätfolgen einer Verletzung des Rückenmarkes über die DxG 315 (ICD T91.3) abgebildet und erfordern keine zwingende stationäre Behandlung.

4. Im Rahmen der Überprüfung der Aufgreifkriterien wurde darüber hinaus auch noch die Bezeichnung der DxG 360 von „Myokardinfarkt, Fortführung der Behandlung oder nicht näher bezeichnet“ durch „Rezidivierender Myokardinfarkt“ ersetzt, da diese Bezeichnung die in dieser DxG zusammengefassten ICD-Codes (I22.-) treffender beschreibt.

#### b) Aufgreifkriterium Arzneimittel

Die Forderung von TKK/KKH/HEK//GEK nach einer lückenlosen Zuordnung von Medikamenten zu allen DxG ist unbegründet. § 29 Satz 1 Nr. 1 RSAV verlangt lediglich, Risikozuschläge auch auf der Grundlage von Arzneimittelwirkstoffen zu ermitteln; die Verordnungsbegründung (BR-Drs. 716/06, S. 6) spricht von einem Klassifikationsmodell, „das als Aufgreifkriterium für die Morbidität der Versicherten Diagnosen und/oder Arzneimittelwirkstoffe verwendet.“

Das Erfordernis einer Zuordnung von Arzneimitteln zu sämtlichen DxG kann daraus ebenso wenig abgeleitet werden wie die Notwendigkeit, nur für die betreffende DxG spezifische Arzneimittel zuzuordnen. Die Validierung von Diagnosen mittels relevanter Arzneimittelwirkstoffe in Diensten der Ermittlung von Morbiditätsgruppen trägt dem Gebot der Berücksichtigung von Arzneimittelwirkstoffen als Grundlage der Festlegung des Klassifikationsmodells hinreichend Rechnung.

Dem Vorschlag des IKK-BV, spezifische Arzneimittel als leitende oder alleinige Aufgreifkriterien zu verwenden, kann nicht gefolgt werden. Gerade die vom Verband angeführten Beispiele (HIV/AIDS, Diabetes mellitus) erweisen sich als problematisch. Sowohl HIV/AIDS als auch Diabetes mellitus müssen nicht zwangsläufig mit Arzneimitteln behandelt werden. Dennoch stellen diese Krankheiten auch im unbehandelten Zustand ein erhöhtes prospektives Ausgabenrisiko für eine Krankenkasse dar.

Auch der Forderung des BKK-BV, auf eine Arzneimittelvalidierung gänzlich zu verzichten, kann nicht zugestimmt werden. Zum einen sieht die RSAV explizit eine Berücksichtigung von Arzneimittelverordnungen im Klassifikationssystem vor. Zum anderen erachtet es das BVA als sachlich geboten, Arzneimittel dort als Validierungskriterium zu nutzen, wo dies im Hinblick auf die Prognoseeigenschaften des Klassifikationsmodells sinnvoll erscheint.

Generell teilt das BVA die Auffassung von TKK/KKH/HEK//GEK, dass Arzneimittel nicht nur zur Validierung der Grunderkrankung, sondern auch zur Validierung von Folgezuständen (Komplikationen) berücksichtigt werden sollten. Eine Rücksprache mit klinischen Experten hat das BVA jedoch in seiner Ansicht bestärkt, dass im Modell keine DxG vorhanden sind, für die

gilt, dass für die betreffende Komplikation eine über die bisherige Zuordnung hinausgehende Arzneimitteltherapie obligat ist.

#### Verwendung von Mindestgrenzen verordneter Arzneimittel (Mindest-DDD)

Die KBS schlägt vor, die „Alles-oder Nichts-Regel“ durch eine Abstufung des Risikozuschlags in Abhängigkeit von der Anzahl verordneter DDD zu ersetzen. Nach Auffassung des BVA findet jedoch bei einem chronischen Krankheitsgeschehen das M2Q-Kriterium für ambulante Diagnosen seine Entsprechung im Bereich der Arzneimittel. Ist die Arzneimitteltherapie für eine DxG mit chronischem Krankheitsgeschehen obligat, folgt daraus, dass ein Versicherter den überwiegenden Teil des Jahres mit Arzneimitteln behandelt worden sein muss, um einen Risikozuschlag zu erhalten. Dies entspricht eine Menge von 183 DDD. Die von der KBS vorgeschlagene Möglichkeit, den Risikozuschlag in Abhängigkeit von den verordneten DDD abzustufen, lässt sich praktisch kaum umsetzen, da in den meisten Fällen kein linearer Zusammenhang zwischen den genannten Einflussgrößen und den definierten Tagesdosen existiert.

Aus Anlass der vom IKK-BV vorgebrachten Vorbehalte bezüglich der Verwendung von 183 definierten Tagesdosen hat das BVA für alle DxG den Zusammenhang zwischen Arzneimittelvalidierung und ihrem Einfluss auf die Verringerung der Prävalenz in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht analysiert. Während sich kein geschlechtsspezifischer Effekt identifizieren ließ, zeigte sich, dass die altersabhängige Verringerung im Kindesalter zum Teil deutlich stärker ausgeprägt ist als in höherem Lebensalter. Diese Beobachtung sowie die Empfehlung von Herrn Prof. Glaeske haben das BVA dazu bewogen, bei Versicherten unter 12 Jahren auf die Arzneimittelvalidierung zu verzichten. Dies macht Anpassungen einiger Hierarchien erforderlich, die weiter unten beschrieben werden.

#### Spezielle Anmerkungen zur Arzneimittelzuordnung

Die von BARMER/DAK geäußerten Bedenken gegen das Aufgreifkriterium von 183 DDD Arzneimitteln bei Demenz werden vom BVA nicht geteilt. Eine Arzneimitteltherapie ist bei Demenz zwar nicht obligat, und es treten häufig Therapieabbrüche auf. Die Arzneimittelzuordnung erfolgt in diesem Fall jedoch mit dem Ziel, klinisch relevante Fälle zu separieren. Dass dieses Ziel erreicht wird, zeigt sich daran, dass Demenzerkrankte mit einer Arzneimitteltherapie über 183 DDD wesentlich höhere Kosten aufweisen als solche, die nicht mit Arzneimitteln behandelt werden.

Zu den von TK/KKH/HEK/HKK/GEK angesprochenen Aspekten:



1. Benennung von Arzneimitteln, die nur in Kombination mit anderen Arzneistoffen bzw. Maßnahmen zugelassen sind:

Die Argumentation ist nicht nachvollziehbar. Es ist nicht Aufgabe des Klassifikationsmodells zu prüfen, ob ein Versicherter leitlinienkonform behandelt wird, d.h. festzustellen, ob alle erforderlichen therapeutischen Maßnahmen bei ihm durchgeführt wurden. Da dem BVA im Übrigen gemäß Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 nur erstattungsfähige Arzneimittel gemeldet werden, kann kein Versicherter aufgrund von nicht zugelassenen Präparaten einer Morbiditätsgruppe zugeordnet werden.

2. Benennung von Arzneimitteln, die für verschiedene Anwendungsgebiete zugelassen sind:

Die Auffassung, dass unspezifische Arzneimittel nicht zur Validierung von Diagnosen geeignet sind, wird vom BVA nicht geteilt. Die Beobachtung, dass einem Versicherten Präparate verordnet werden, die regelmäßig zur Behandlung der durch seine Diagnosen beschriebenen Krankheit verwendet werden, erhöht die Plausibilität dieser Diagnosen, auch wenn diese Arzneimittel ebenfalls für andere Erkrankungen eingesetzt werden. Die Zuordnung eines Versicherten zu Morbiditätsgruppen nur auf Basis von unspezifischen Arzneimitteln wäre in der Tat fragwürdig. Diese Zuordnung erfolgt im vom BVA vorgeschlagenen Modell jedoch durch M2Q-validierte Diagnosen.

3. Benennung von Homöopathika:

Die vorgenommene Arzneimittelzuordnung beruht auf der Stammdatei des GKV-Arzneimittelindex. Hier sind nur solche Homöopathika enthalten, die auch ein zugelassenes Anwendungsgebiet besitzen. Dies ist für die angesprochenen Beispiele der Fall.

4. Benennung von Phytopharmaka: In der der Arzneimittelzuordnung zugrundegelegten Stammdatei des GKV-Arzneimittelindex sind nur solche Phytopharmaka enthalten, für die es auch zugelassene Fertigarzneimittel gibt. ´

5. Benennung von Arzneimittelwirkstoffen, die in für andere Indikationen zugelassenen Fertigarzneimitteln enthalten sind.

Verschiedene Beispiele:

- Das im Arzneimittelgesetz (AMG) definierte Zulassungsverfahren, das u.a. die Angabe des Anwendungsgebietes vorsieht, bezieht sich auf die Zulassung von Fertigarzneimitteln (Produkten); ein Zulassungsverfahren für Arzneimittelwirkstoffe gibt es nicht. Aus diesem Grund ist eine indikationsspezifische Zuordnung von Arzneimittelwirkstoffen zu Krankheiten nicht möglich. Es liegt in der Natur der Sache, dass ein Arzneimittelwirkstoff in unterschiedlichen Fertigarzneimitteln enthalten ist, deren Anwendungsspektrum nicht identisch ist. Soweit sie sich

nicht in ihrem Hauptanwendungsgebiet unterscheiden, erhalten sie nach der ATC Klassifikation jedoch denselben ATC-Code.

- Die Überprüfung der in der Stellungnahme genannten Wirkstoffe ergab, dass diese in der Tat ausschließlich in Fertigarzneimitteln enthalten sind, die für andere Indikationen als die ihnen bislang zugeordneten zugelassen sind. Das BVA nimmt deshalb folgende Änderungen der Arzneimittelzuordnung vor:
- Für die DxG 534, 745, 746, 747 sind die zu den Immunsuppressiva zählenden Tumornekrosefaktor alpha-Inhibitoren (L04AB) sowie die Wirkstoffe Anakinra, Natalizumab, und Abatacept nicht berücksichtigungsfähig. Gleiches gilt für die Zuordnung von Nitrofuranderivaten (J01XE) zu den DxG 465 (Pleuraempyem, Lungenabszess) bzw. DxG 618 (Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes) sowie für die Zuordnung der Thrombozytenaggregationshemmer Clopidogrel und Acetylsalicylsäure zur DxG 356 (Erkrankung der Lungengefäße, exkl. Lungenembolie). Zudem ist Diazoxid (V03AH01) für die DxG 098, 099, 100, 101, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 113 der Krankheit Diabetes mellitus nicht berücksichtigungsfähig.

#### Spezielle Anmerkungen zur Hierarchisierung

Anlässlich des Hinweises der BARMER/DAK, dass Versicherte, die an Morbus Gaucher oder Morbus Fabry erkrankt sind, höhere prospektive Kosten als andere Versicherte innerhalb der HMG 022 aufweisen und somit in eine eigenständige HMG eingruppiert werden sollten, hat das BVA eine entsprechende Untersuchung durchgeführt. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Versicherte mit dem Code E75.2 (sonstige Sphingolipidosen) besitzen höhere Durchschnittskosten als Versicherte mit den restlichen Codes der DxG 119. Die Diagnose E75.2 wird deshalb in eine eigenständige DxG 124 „näher bezeichnete Sphingolipidosen“ ausgegliedert.
2. Eine eigenständige HMG für die betroffenen Versicherten wäre nicht sachgerecht, da die Varianz ihrer Gesamtkosten sehr hoch ist. Die Durchschnittskosten werden sehr stark durch wenige Ausreißer bestimmt.
3. Im Hinblick auf die hierarchische Einordnung erweist sich die Eingruppierung der DxG 124 in die HMG 021 (sehr schwere Stoffwechselstörungen) als sinnvoll.

Die überarbeiteten HMG der Hierarchie „metabolische Störungen“ können somit folgendermaßen zusammengefasst werden:

HMG	DxG	Name
HMG 021	DxG 118, DxG 124, DxG 137	Sehr schwere Stoffwechselstörungen (Hypopituitarismus, alpha-1-Antitrypsinmangel, näher bezeichnete Sphingolipidosen)
HMG 022	DxG 117, DxG 121, DxG 123	Andere kostenintensive schwerwiegende, endokrine und Stoffwechselerkrankungen
HMG 023	DxG 115, DxG 119, DxG 120, DxG 142	Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen
HMG 024	DxG 122	Porphyrie, Histiozytose

Dem Vorschlag der BARMER/DAK, in der Hierarchie 7 die HMG 038 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen“ neben die HMG 039 „Spinalkanalstenose“ zu stellen, da diese beiden Erkrankungen simultan auftreten und getrennt behandelt würden, wird hingegen nicht gefolgt. Zwar können diese Erkrankungen tatsächlich simultan auftreten und separat behandelt werden, die Therapiespektren weisen jedoch Schnittmengen auf, die eher für die Beibehaltung der im DCG/HCC-System vorgesehenen Hierarchisierung sprechen.

Der Vorschlag von BARMER/DAK, die DxG 037/038, 045/046 bzw. 057/058/059 aus der bestehenden Hierarchie der Neubildungen auszugliedern und in eine Hierarchie für hämatologische Neubildungen einzubinden, wurde umfassend untersucht. Grundsätzlich wird der Vorschlag, getrennte Hierarchien für „flüssige und solide Tumoren“ einzuführen, aufgegriffen, da eine entsprechende Anpassung die Erklärungskraft des Klassifikationssystems erheblich verbessert. Allerdings ergab die Untersuchung auch, dass eine vom Vorschlag abweichende Gruppierung ein besseres Ergebnis liefert. Die entsprechende Anpassung zieht zudem weiteren Modifikationsbedarf in der Hierarchie der soliden Neubildungen nach sich. Zum einen wird die DxG 036 in „Bösartige Neubildungen ohne Angabe der Lokalisation oder als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen“ umbenannt. Die weiteren Neuordnungen werden wie folgt vorgenommen:

*Hierarchiefad „Hämatologische Neubildungen“:*

HMG	DxG	Name
HMG 004	038, 046	Myeloische Leukämie
HMG 006	037, 045	Multiples Myelom, akute lymphatische Leukämie
HMG 007	057-059	Non-Hodgkin-Lymphom, Morbus Hodgkin, chronisch lymphatische Leukämie

*Hierarchiepfad „Solide Neubildungen“:*

HMG	DxG	Name
HMG 008	034	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane
HMG 009	035, 053	Metastasen sonstiger Lokalisation
HMG 010	033	Lymphknotenmetastasen
HMG 011	041-043	Bösartige Neubildung des Dünndarms, Peritoneums, Gallenblase, Leber, Pankreas
HMG 012	039, 052, 055, 056, 078	Andere schwerwiegende bösartige Neubildungen
HMG 013	36, 40, 44, 47-051, 054, 060-062, 064, 067, 069, 075, 091	Sonstige ernste bösartige Neubildungen
HMG 014	065, 066, 068, 070, 071, 073, 076, 077, 082, 087, 088, 089, 092, 097	Andere Neubildungen

Der Vorschlag von TK/KKH/HEK/HKK/GEK, beim Schlaganfall die HMG96, 100, 102 zusammenzufassen, ist nach Auffassung des BVA weder unter Kosten- noch unter medizinischen Gesichtspunkten gerechtfertigt, da die Koeffizienten für die HMG 096 (zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall) deutlich unter denen für die HMG 100 bzw. 102 liegen. Ferner bezieht sich die HMG 096 auf das Akutereignis, während die HMG 100 und 102 auch Spätfolgen beschreiben. Zudem kann auch eine zerebrale Blutung (HMG 095) mit Aphasie und Hemiplegie / Hemiparese einhergehen. Eine isolierte Zusammenfassung der HMG 096, 100 und 102 wäre daher nicht sachgerecht.

Weitere Hierarchieanpassungen

„Erkrankungen der Lunge“:

Durch die Aufhebung der DDD-Grenze für Kinder unter 12 Jahren sah sich das BVA dazu veranlasst, die Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“ nochmals zu überprüfen, da die Krankheit Asthma den höchsten Anteil an betroffenen Kindern aufweist. Mit Blick auf Kostenhomogenität und Prognosequalität werden folgende Anpassungen vorgenommen:

1. Die DxG 452 (Status asthmaticus Alter >17) und DxG 457 (Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose) werden in die HMG 008 zusammengelegt.

2. Die DxG 451, DxG 460 und DxG 461 werden in die HMG 009 eingeordnet.
3. Die DxG 459 (Emphysem / Chronische Bronchitis, Alter < 18 Jahre) bildet die HMG 010.

Die überarbeiteten HMG der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“ können somit wie folgt zusammengefasst werden:

HMG	DxG	Name
HMG 108	452, 457	Status asthmaticus (Alter >17 Jahre), postinflammatorische Lungenfibrose,
HMG 109	451, 460, 461	Chronisch obstruktive Bronchitis / Emphysem (Alter > 17 Jahre), Asthma bronchiale, Status asthmaticus (Alter < 18 Jahre)
HMG 110	459	Chronische obstruktive Bronchitis (Alter < 18 Jahre)

„Psychische Erkrankungen“:

Angeregt durch einen Vorschlag der BPtK, den Code F34.1 von der DxG 269 in die DxG 264 zu verschieben, da dies eine größere Kostenhomogenität innerhalb der DxG gewährleiste, hat das BVA die entsprechende Hierarchie überprüft und festgestellt, dass sowohl diese Verschiebung wie auch die folgenden weiteren Anpassungen sinnvoll sind:

Die HMG-Struktur wird wie folgt überarbeitet:

1. Für die DxG 263 (bipolare affektive Störungen) und die DxG 275 (Anorexia nervosa, Bulimie) wird eine eigene HMG erstellt. Die HMG 055 (bipolare affektive Störungen, Anorexia nervosa und Bulimie) enthält somit jetzt nur noch die DxG 263 und die DxG 275.
2. Die DxG 267 und DxG 268 bilden die neu erstellte HMG 056 (Psychosen, psychotische und dissoziative Störungen).
3. Die DxG 264, DxG 265 und DxG 269 bilden die HMG 058 (Depression und wahnhaftige Störungen).

Die überarbeiteten HMG der Hierarchie „psychische Erkrankungen“ stellen sich somit wie folgt dar:

HMG	DxG	Name
HMG 055	263, 275	Bipolare affektive Störungen, Anorexia nervosa, Bulimie
HMG 056	267, 268	Psychosen, psychotische und dissoziative Störungen
HMG 058	264, 265, 269	Depression und wahnhafte Störungen

### **Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren / Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge:**

Die Anregung von BARMER/DAK, den bei den Signifikanzprüfungen verwendeten p-Wert von 0,05 deutlich abzusenken, kann aus statistischen Gründen nachvollzogen werden. Das BVA folgt dem Vorschlag und setzt die kritische Grenze für den p-Wert auf 0,001 fest. Sämtliche Variablen, deren Schätzer einen p-Wert von  $\geq 0,001$  aufweisen, werden als insignifikant gewertet. Damit wird eine bessere Qualität der Schätzer gewährleistet.

Werden aufgrund fehlender Signifikanz die Regressionskoeffizienten dominierender HMG auf den Wert Null gesetzt, so könnte, wie BARMER/DAK außerdem anmerken, im vom BVA vorgeschlagenen Verfahren der Fall auftreten, dass für einen hiervon betroffenen Versicherten kein Zuschlag ausgelöst würde, obwohl dieser zugleich die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer dominierten HMG erfüllt. Das BVA passt deshalb die Festlegung entsprechend an.

### **Zielgenauigkeit des vorgeschlagenen Modells ( $R^2$ )**

Durch die aufgrund der Anregungen aus der Anhörung vorgenommenen Anpassungen erhöht sich das  $R^2$  des Modells auf 19,7%.

### **Technische Fragen / Anmerkungen:**

#### **Sonderbehandlung bestimmter Versichertengruppen:**

Der Wunsch nach Zuordnung bestimmter Versichertengruppen („GKV-Neuzugänge“, „Kostenerstatte“, dauerhaft im Ausland lebende Versicherte) in gesonderte Risikokategorien kann sachlich nachvollzogen werden.

Das BVA sieht allerdings für ein solches Vorgehen keine rechtliche Grundlage, da § 29 RSAV die Bildung solcher Risikogruppen nicht vorsieht. Im Übrigen fehlt eine entsprechende, eindeutige Kennzeichnung im Datensatz.

### **Ausgaben für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte:**

Die von BARMER/DAK vorgebrachte Anregung bezüglich der Berechnung von Zuschlägen für verstorbene Versicherte ist inhaltlich nachvollziehbar. Allerdings würde die Berechnung unterschiedlicher Zuschläge für verstorbene und nicht verstorbene Versicherte faktisch der Bildung einer gesonderten Versichertengruppe gleichkommen, was nicht mit § 29 RSAV in Einklang stünde. Von einer abweichenden Berechnung der Zuschläge für verstorbene Versicherte sieht das BVA daher ab.

### **Verwendung des Dialysekennzeichens:**

Die Verwendung des Dialysekennzeichens unterbleibt zunächst, da es von verschiedenen Krankenkassen nach unterschiedlichen Kriterien und z.T. fehlerhaft befüllt wurde. Die bezüglich dieses Kennzeichens mangelhafte Datengrundlage erlaubte es nicht, eine Entscheidung über die Art und Weise der Verwendung dieses Kennzeichens im Modell zu treffen. Im Übrigen hält das BVA die Verwendung des Dialysekennzeichens aus rechtlicher Sicht nicht für obligatorisch.

### **Behandlung der Daten des Hauptleistungsbereichs „Zahnärzte“**

Für die Umsetzung des Vorschlages von VdAK/AEV, eine getrennte Berechnung des Teilbeitragsbedarfs für diesen Hauptleistungsbereich auf Basis von Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus vorzunehmen, fehlt eine rechtliche Grundlage. IGES/Wasem/Lauterbach haben eine solche Berechnung nur für den Bereich „Krankengeld“ empfohlen. Auch die Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) in der Fassung vom 16.06.2008 legt nahe, dass eine mit dem Status-Quo-RSA vergleichbare Berechnung der Beitragsbedarfe lediglich im Bereich der Aufwendungen für Krankengeld zulässig ist (Bundestagsdrucksache 16/9559, S. 40).

### **III. Einvernehmen über Altersabstände**

Grundsätzlich gelten für die Bildung der Altersgruppen im Klassifikationsmodell die in § 2 Abs. 3 Satz 1 RSAV definierten Altersabstände von einem Jahr. Gemäß § 31 Abs. 4 Satz 5 kann das Bundesversicherungsamt „im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ allerdings auch eine abweichende Einteilung der entsprechenden Gruppen festlegen.

Für die erstmalig bis zum 01.07.2008 zu treffenden Festlegungen hingegen waren die Spitzenverbände der Krankenkassen nach einzig verbleibender Auslegungsmöglichkeit des § 31 Abs. 4 Satz 5 RSAV Adressaten der Anhörung. Dass die Vorschrift insoweit den Spitzenverband Bund benennt, ist nach Auffassung des BVA, die auch vom Spitzenverband Bund geteilt wird, Folge einer unterbliebenen Anpassung des mit der Entwurfsfassung zum GKV-WSG identischen § 31 Abs. 4 Satz 5 RSAV.

Im Kontext der Anhörung wurden seitens des BVA daher die Spitzenverbände der Krankenkassen per gesonderten Schreiben um die Erteilung ihres Einvernehmen zu Festlegung der Altersabstände entsprechend dem BVA-Modell ersucht, dessen an wissenschaftlichen Kriterien ausgerichtete Bestimmung im Wesentlichen der Altersgruppeneinteilung der DCG-Grouper-Systematik folgt und eine Vereinfachung des Klassifikationsmodells darstellt.

Nach überwiegender (IKK-BV, KBS, BKK-BV), nicht hingegen vollumfänglicher Zustimmung bis zum 20.06.2008 wurde seitens aller Spitzenverbände schließlich am 27.06.2008 das Einvernehmen auf der Grundlage einer Bestimmung durch das BVA modifizierenden Vorschlags von VdAK/AEV und AOK-BV erzielt, dem zufolge auch in den Altersgruppen 6-8 sowie 23-25 Fünfjahresschritte anstelle von 10-Jahresschritten gebildet werden.