



Erläuterungen zur

Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren

für das Ausgleichsjahr 2012

Bonn, den 30.09.2011

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
I. Einführung.....	1
1 Rechtsgrundlagen	1
2 Anhörungsverfahren	3
3 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2012...21	
3.1 Anpassung der Aufgreifkriterien	21
3.1.1 Verwendung stationärer Nebendiagnosen	21
3.2 Anpassung des Klassifikationsmodells	21
3.2.1 Hierarchie 7 – Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems	21
3.2.2 Hierarchie 8 – Hämatologische Erkrankungen.....	22
3.2.3 Hierarchie 11 – Psychische Erkrankungen	22
3.2.4 Hierarchie 14 – Neurologische Erkrankungen	22
3.2.5 Hierarchie 16 – Herzerkrankungen	22
3.2.6 Hierarchie 19 – Erkrankungen der Lunge	22
3.2.7 Hierarchie 20 – Erkrankungen der Harnwege	23
3.2.8 Kostenerstattergruppe	23
3.3 Änderung des Berechnungsverfahrens	23
3.3.1 Angleichungsfaktoren	23
3.3.2 Regressions- und Zuweisungsanteile	23
3.3.3 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben	23
3.3.4 Nivellierungsfaktor	24
II. Anpassung der Aufgreifkriterien.....	25
4 Verwendung stationärer Nebendiagnosen	25
4.1 Festlegungsentwurf	25
4.2 Stellungnahmen.....	27
4.3 Bewertung der Stellungnahmen / Untersuchung.....	31
4.4 Zusammenfassung der Anpassung im Vergleich zum Festlegungsentwurf	35
5 Aufgreifkriterium Arzneimittel	36
5.1 Stellungnahmen.....	36
5.2 Bewertung.....	36
5.3 Ergebnis.....	36
III. Anpassung des Klassifikationsmodells	37
6 Hierarchie 7 – „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“	37
6.1 Festlegungsentwurf	37

6.2	Stellungnahmen.....	39
6.3	Berücksichtigung von Arzneimitteln zur Identifikation schwerwiegender Verlaufsformen rheumatischer Erkrankungen	40
6.3.1	Untersuchung / Diskussion.....	40
6.3.2	Ergebnis	44
6.4	Aufgliederung der vormaligen DxG188	45
6.4.1	Untersuchung / Diskussion.....	45
6.4.2	Ergebnis	47
6.5	Bildung der Zuschlagsgruppen.....	48
6.5.1	Ergebnis	49
6.6	Zusammenfassung der Anpassungen der Hierarchie 7 im Vergleich zum Festlegungsentwurf	50
7	Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	51
7.1	Festlegungsentwurf	51
7.2	Stellungnahmen.....	53
7.3	Bewertung der Stellungnahmen	53
7.3.1	Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die DxG224 „Aplastische Anämie“	53
7.3.2	Ergebnis	54
7.3.3	Umstrukturierung der DxG232 und DxG233	56
7.3.4	Ergebnis	56
7.3.5	Schweregraddifferenzierung der kostenintensiven Fälle sonstiger Gerinnungsstörungen	60
7.3.6	Schweregraddifferenzierung der idiopathischen Thrombozytopenie über Arzneimittel. 61	
7.4	Zusammenfassung der Anpassung der Hierarchie 8 im Vergleich zum Festlegungsentwurf	62
8	Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“	64
8.1	Festlegungsentwurf für die Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“	64
8.2	Stellungnahmen.....	65
8.3	Bewertung der Stellungnahmen	66
8.3.1	Prüfung der Dominanzbeziehung zwischen HMG055 und HMG058, Umgruppierung der DxG843 in HMG058	66
8.3.2	Geeignete Einordnung der DxG268 „Persönlichkeitsstörungen“	69
8.3.3	Prüfung der Dominanzbeziehung zwischen HMG230 und HMG231	70
8.4	Zusammenfassung der Anpassung der Hierarchie 11 im Vergleich zum Festlegungsentwurf	72
9	Hierarchie 14: „Neurologische Erkrankungen“	73
9.1	Festlegungsentwurf	73
9.2	Stellungnahmen.....	73
9.3	Bewertung Multiple Sklerose	73
9.3.1	Diskussion	73
9.3.2	Ergebnis	74
9.4	Zusammenfassung der Anpassung im Vergleich zum Festlegungsentwurf	74
10	Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“	75
10.1	Festlegungsentwurf	75
10.2	Stellungnahmen.....	77
10.3	Schweregraddifferenzierung der Mukoviszidose (HMG217, HMG218)	78

10.3.1	Diskussion	78
10.3.2	Ergebnis	79
10.4	Abgrenzung und Einordnung der Chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (HMG109, HMG110)	80
10.4.1	Untersuchung / Diskussion.....	81
10.4.2	Ergebnis	85
10.5	Zuordnung der „Krankheiten der Atemwege bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten“ (ICD-Kode J99.8)	86
10.5.1	Untersuchung	86
10.5.2	Ergebnis	86
10.6	Anpassung der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	87
11	Hierarchie 20: „Erkrankungen der Harnwege“	89
11.1	Festlegungsentwurf	89
11.2	Stellungnahmen.....	91
11.3	Umgang mit der Hierarchieverletzung zwischen der HMG132 und der HMG136	92
11.3.1	Untersuchung	92
11.3.2	Ergebnis	93
11.4	Themenkomplex „Dialyse“	94
11.4.1	Untersuchung/Diskussion.....	94
11.4.2	Ergebnis	97
11.5	Zusammenfassung der Anpassungen der Hierarchie 20 gegenüber dem Festlegungsentwurf	98
12	Kostenerstatter	99
12.1	Festlegungsentwurf	99
12.2	Stellungnahmen.....	99
12.3	Bewertung.....	100
12.4	Ergebnis.....	101
IV	Änderung des Berechnungsverfahrens	102
13	Einheitliche Berücksichtigung aller Versicherten – auch der Verstorbenen.....	102
13.1	Festlegungsentwurf	102
13.2	Stellungnahmen.....	102
13.3	Bewertung / Ergebnis	102
14	Auslandsversicherte	103
14.1	Festlegungsentwurf	103
14.2	Stellungnahmen.....	103
14.3	Bewertung / Ergebnis	103
15	Regressionsanteile / Zuweisungsanteile	104
15.1	Festlegungsentwurf	104
15.2	Stellungnahmen.....	104
15.3	Ergebnis.....	104

16	Angleichungsfaktoren.....	105
16.1	Festlegungsentwurf	105
16.2	Stellungnahmen.....	105
16.3	Ergebnis.....	105
17	Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben	106
17.1	Festlegungsentwurf	106
17.2	Stellungnahmen.....	106
17.3	Bewertung.....	108
17.4	Ergebnis.....	109
18	Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren	110
18.1	Festlegungsentwurf	110
18.2	Stellungnahmen.....	110
18.3	Ergebnis.....	110
19	Nivellierungsfaktor	111
19.1	Festlegungsentwurf	111
19.2	Stellungnahmen.....	111
19.3	Ergebnis.....	111
20	Verwaltungsausgaben – Anrechnung von Erstattungen	112
20.1	Festlegungsentwurf	112
20.2	Stellungnahmen.....	112
20.3	Bewertung / Ergebnis	113
21	Verwaltungsausgaben – sLA-Anteil.....	114
21.1	Festlegungsentwurf	114
21.2	Stellungnahmen.....	114
21.3	Bewertung / Ergebnis	114
V.	Erläuterungen zur Anpassung der Anlagen 1 bis 3	115
VI.	Anhang	117
22	Gesamtbewertung der Anpassungen	117
23	Aufgreifalgorithmus	118
24	Übersicht über die Hierarchien.....	121

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anpassung der Hierarchie 7 („Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“) in der Entwurfsfassung	38
Abbildung 2: Anpassung der Hierarchie 7 („Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“) für das Ausgleichsjahr 2012	50
Abbildung 3: Anpassungsvorschlag für die Hierarchie 8 („Hämatologische Erkrankungen“) ..	52
Abbildung 4: Zusammenfassung der beschlossenen Veränderungen der Hierarchie "Hämatologische Erkrankungen"	63
Abbildung 5: Hierarchie 11 („Psychische Erkrankungen“) gemäß Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf vom 5. August 2011	64
Abbildung 6: Hierarchie 11 („Psychische Erkrankungen“) gemäß Festlegung	72
Abbildung 7: Anpassung der Hierarchie 14 („Neurologische Erkrankungen“) für das Ausgleichsjahr 2012	74
Abbildung 8: Anpassung der Hierarchie 19 („Erkrankungen der Lunge“) in der Entwurfsfassung	76
Abbildung 9: Anpassung der Hierarchie 19 („Erkrankungen der Lunge“) für das Ausgleichsjahr 2012	88
Abbildung 10: Anpassung der Hierarchie 20 („Erkrankungen der Harnwege“) in der Entwurfsfassung	90

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung der Stellungnahmen zum Festlegungsentwurf	4
Tabelle 2: Vergleich der Modelle im Festlegungsentwurf (korrigiert).....	26
Tabelle 3: Anpassung der Arzneimittelvalidierung	32
Tabelle 4: Stern-Diagnosen und Ausnahme-DxG	34
Tabelle 5: Varianten einer arzneimittelbasierten Schweregraddifferenzierung rheumatologischer Erkrankungen	41
Tabelle 6: Verschiebung des M. Still aus der DxG188 in die DxG841.....	46
Tabelle 7: Aufteilung der DxG188 in drei DxGs	47
Tabelle 8: Neubildung des Hierarchiestranges für die rheumatoiden Erkrankungen	48
Tabelle 9: Ergebnisse der Untersuchung zu einer geeigneten Hierarchieeinordnung der HMG211 „Aplastische Anämie“	55
Tabelle 10: Höherstufung der sonstigen näher bezeichneten Koagulopathien.....	57
Tabelle 11: Ergebnisse einer schrittweisen Umgruppierung bestimmter Diagnosegruppen des D69	58
Tabelle 12: Auswirkung der Zusammenlegung von HMG143 und HMG210	59
Tabelle 13: Auswirkung der Umgruppierung sonstiger und nicht näher bezeichneter hämorrhagischer Diathesen.	60
Tabelle 14: Ergebnisse verschiedener Varianten einer Dominanzbeziehung zwischen HMG055 und HMG058	67
Tabelle 15: Auswirkungen einer Verschiebung der DxG843 von HMG056 in HMG058	68
Tabelle 16: Auswirkungen einer Umgruppierung der DxG268 "Persönlichkeitsstörungen" von HMG230 in HMG058	69
Tabelle 17: Auswirkungen einer veränderten Dominanzbeziehung zwischen HMG230 und HMG231	71
Tabelle 18: Wirkstoffliste zur Identifikation schwerwiegender COPD-Fälle (GKV-SV).....	81
Tabelle 19: Angepasste Wirkstoffliste zur Identifikation schwerwiegender COPD-Fälle.....	82
Tabelle 20: Schweregraddifferenzierung der COPD über Arzneimittel in die bestehende Hierarchie	82
Tabelle 21: Zusammenlegung der HMG215 („Bonchiectasen“) und der HMG236 („COPD / Emphysem mit Dauermedikation“)	83
Tabelle 22: Vergleich der Modelle zur Schweregraddifferenzierung der COPD	84
Tabelle 23: Mittlere Folgekosten der Versicherten der DxG457	86
Tabelle 24: Regressionsergebnisse zur Beurteilung einer Neugliederung von HMG132 und HMG136	92
Tabelle 25: Durchschnittliche Folgekosten von Versicherten in den HMG130/134	95
Tabelle 26: Durchschnittliche Folgekosten für Versicherte mit den ICD-Kodes Z49.0, Z491, Z49.2 und Z99.2 auf Basis von Modell 4 aus dem Festlegungsentwurf.....	96
Tabelle 27: Entwicklung der Modellgüte im Vergleich zum Klassifikationsmodell 2011	117

I. Einführung

1 Rechtsgrundlagen

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

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

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

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

Den auf Grundlage der Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats erarbeiteten Entwurf zur Anpassung des Klassifikationsmodells hat das BVA am 5. August 2011 veröffentlicht und zeitgleich die nach § 31 Abs. 4 RSAV vorgesehene schriftliche Anhörung des GKV-Spitzenverbandes begonnen.

2 Anhörungsverfahren

Neben der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) gingen beim Bundesversicherungsamt fristgerecht entsprechende Papiere des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV), des BKK-Bundesverbandes (BKK-BV), des IKK e.V., der Barmer GEK, der DAK Unternehmen Leben (DAK), der Techniker Krankenkasse, KKH/Allianz, Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse (TK et al.), der Knappschaft Bahn See (KBS), der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK), der Deutschen BKK, der BKK Gesundheit, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer (KBV/BÄK), der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG) sowie der Deutschen RheumaLiga ein.

Eine Übersicht über die im Anhörungsverfahren vorgetragenen Anmerkungen und Änderungsvorschläge findet sich ab der folgenden Seite in Tabelle 1.

In den Unterkapiteln der Abschnitte II, III, IV und V werden die vom BVA mit dem Festlegungsentwurf in das Anhörungsverfahren gegebenen Modellanpassungen jeweils kurz zusammengefasst, bevor eine Bewertung der im Anhörungsprozess eingegangenen, jeweils sachbezogenen Stellungnahmen erfolgt und gegebenenfalls weitere Änderungen vorgestellt werden.

Alle vom BVA vorgenommenen Änderungen am Festlegungsentwurf sind mit dem Wissenschaftlichen Beirat auf einer gemeinsamen Sitzung am 26. September 2011 ausführlich erläutert worden. Sämtliche Änderungen werden vom Wissenschaftlichen Beirat unterstützt.

Tabelle 1: Zusammenfassung der Stellungnahmen zum Festlegungsentwurf

Vorschlag/Anmerkung	von
1. Allgemeines	
1.1 Krankheitsauswahl	
Die Deutsche BKK schlägt aus Gerechtigkeitsgründen eine Ausweitung des Morbi-RSA auf alle Krankheiten und damit verbunden eine Änderung von § 31 Abs. 1 Satz 2 RSAV vor.	Deutsche BKK
Die BAG Selbsthilfe fordert vom Gesetzgeber eine Erhöhung der Anzahl der RSA-relevanten Krankheiten. Diese müsse auf 200 bis 300 angehoben werden. Zudem müsse für seltene kostenintensive Krankheiten eine Generalklausel geschaffen werden,	BAG Selbsthilfe
Die SBK bemängelt die Nichtberücksichtigung von Zahnarztausgaben.	SBK
1.2 (Hoch-)Risikopool	
Der BKK-BV beklagt, dass die risikoadjustierten Zuweisungen aus dem Morbi-RSA die Ausgaben für Hochkostenfälle nicht decken. Bei einem Schwellenwert von 20.000 € würden weniger als 30% der Kosten gedeckt. Außerdem betrage der Anteil der Krankheiten, die nicht im Morbi-RSA berücksichtigt werden, 25% an den Hochkostenfällen. Deshalb schlägt der BKK-BV einen Risikopool mit Vollkostenausgleich ab einem bestimmten Schwellenwert vor. Ein solcher stelle zudem eine Alternative zur Annualisierung der Leistungsausgaben bei Verstorbenen dar.	BKK-BV
Die BAG Selbsthilfe weist darauf hin, dass Hochkostenfälle, deren Krankheitsausgaben nicht über den Morbi-RSA bzw. einen Hochrisikopool gedeckt werden, häufig einer Leistungsverweigerung durch die Kassen ausgesetzt sind. Diese würden die Übernahme von Behandlungskosten, obwohl nicht rechtens, ablehnen, um die Versicherten so zum Kassenwechsel zu bewegen.	BAG Selbsthilfe
1.3 Einheitliche Berücksichtigung aller Versicherten, auch der Verstorbenen	
Die Deutsche BKK weist darauf hin, dass die Begründung des BVA, dass eine Verfahrensänderung große Umverteilungswirkungen hätte, für das Festhalten am Status Quo, dem Nicht-Annualisieren der Ausgaben für Verstorbene, nicht nachvollziehbar sei. Zudem sei das Nicht-Annualisieren in der Praxis unüblich und vom Beirat eine Annualisierung empfohlen.	Deutsche BKK
Das Festhalten an der Beibehaltung der Nicht-Annualisierung vor der Veröffentlichung des Gutachtens des Beirats wird begrüßt. Der BKK-BV verweist darauf, dass die Überdeckungen für überlebende Versicherte mit Krankheiten, die hohe Mortalitätsraten aufweisen, die Unterdeckungen bei den Verstorbenen mehr als ausgleichen. Eine Annualisierung führe zudem zu einem fiktiven Behandlungsbedarf in Milliardenhöhe, der nur durch Kürzungen bei den anderen Versicherten (mit RSA-relevanten Krankheiten) gedeckt werden könne.	BKK-BV
Die DAK weist darauf hin, dass die Begründung des BVA, dass eine Verfahrensänderung große Umverteilungswirkungen hätte, für das Festhalten am Status Quo, dem Nicht-Annualisieren der Ausgaben für Verstorbene, nicht nachvollziehbar sei. Das bisherige Verfahren führe zu einer Unterdeckung bei Erkrankungen mit hoher Mortalitätsrate.	DAK

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

Vorschlag/Anmerkung	von
Man teilt die Auffassung des BVA, etwaige Änderungen erst nach der Veröffentlichung des Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats durchzuführen.	Barmer GEK, TK et al., KBV & BÄK
Der IKK e. V. unterstützt ausdrücklich die Beibehaltung des bisherigen Verfahrens. Eine Annualisierung der Ausgaben bei Verstorbenen führe zu einer künstlichen Überhöhung aller Krankheitszuschläge. Außerdem müssten neben den Unterdeckungen im Sterbejahr die Überdeckungen in den Vorjahren berücksichtigt werden. Eine Annualisierung laufe zudem der Intention eines prospektiven Verfahrens, lediglich Folgekosten decken zu wollen, zuwider.	IKK e. V.
Die KBS kann die Entscheidung des BVA, sich nicht der Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats anzuschließen, nicht nachvollziehen. Krankenkassen mit vielen alten und kranken Versicherten würden bei der bisherigen Regelung systematisch benachteiligt, während andere Kassen zu Unrecht Mittel zugewiesen bekämen. Die KBS fordert deshalb die unbedingte Umsetzung des Beiratsbeschlusses.	KBS
Die Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener stelle keine sachgerechte Lösung dar. Dadurch werde ein fiktiver Behandlungsbedarf geschaffen, was zu weiteren Wettbewerbsverzerrungen führe. Die SBK lehnt eine Annualisierung deshalb ab.	SBK
Der AOK BV kann die Argumentation des BVA nicht nachvollziehen. Durch die derzeitige Regelung würden alte und kranke Versicherte diskriminiert. Wenn eine Neubewertung erst in breiterem Kontext erfolge, müsse dies auch für die KEG und die stationären Nebendiagnosen gelten.	AOK BV
1.4 Krankengeld	
Laut der Deutschen BKK ist die bisherige Zuweisungssystematik nicht zielführend. Sie schlägt die zusätzliche Berücksichtigung von Grundlohnsumme, Fallhäufigkeit und Bezugsdauer vor.	Deutsche BKK
Der BKK-BV verweist auf die Problematik, dass sich die Ansprüche der Versicherten beim Krankengeld auf das tatsächliche Erwerbseinkommen beziehen, der Morbi-RSA aber nur Durchschnittsverdienste ausgleiche. Da die Höhe des Krankengeldes von den Kassen nicht beeinflussbar sei, schlägt der BKK-BV vor, die Zuweisungen für Krankengeld nach der kassenindividuellen Höhe des täglichen Krankengeldes auszurichten.	BKK-BV
Die BKK Gesundheit weist darauf hin, dass die Spannweiten in den Deckungsquoten auf eine mangelnde Zielgenauigkeit des Verfahrens hindeuten. Sie stimmt mit der Forderung des BKK-BV überein, weitere Faktoren wie die Grundlohnsumme zu berücksichtigen. In eigenen Regressionen konnte die Vorhersagegenauigkeit durch die Aufnahme verschiedener Parameter stark erhöht werden. Die BKK Gesundheit fordert deshalb eine Neuregelung der Zuweisungssystematik.	BKK Gesundheit
Laut SBK werden Kassen mit Versicherten mit hohem Regelentgelt benachteiligt. Um faire Wettbewerbsbedingungen zu schaffen, könnte ein "Finanzkraftfaktor" zur Korrektur eingeführt werden.	SBK
1.5 Kostenerstatter	
Der GKV-SV spricht sich für die Trennung in Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V und § 53 Abs. 4 SGB V aus. Eine weitere Differenzierung nach Alter und Geschlecht wird weder zustimmend noch ablehnend bewertet.	GKV-SV

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

Vorschlag/Anmerkung	von
Es wird die Validität der Zuweisungen in den neuen Gruppen bezweifelt, da die Datengrundlage sehr gering sei. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen wird die zusätzliche Detaillierung abgelehnt. Bei Kostenerstattung nach § 53 dürfe zudem nur der Ausgabenanteil erstattet werden, der in der Regelversorgung anfallen wäre, um so Doppelersparnisse zu vermeiden.	BKK-BV, SBK
Die DAK erachtet die neue Einteilung als sinnvoll und sachgerecht. Es wird darauf hingewiesen, dass eine erneute Überprüfung erfolgen sollte, sobald von der Stichprobe auf eine Vollerhebung gewechselt wird.	DAK
Die Barmer GEK begrüßt die geplanten Änderungen. Sobald eine Vollerhebung vorliege, solle aber eine weitere Differenzierung geprüft werden.	Barmer GEK
Nach Berechnungen von TK et al. weist auch die unterste Altersgruppe Ausgaben auf, die im Schnitt über den AGG- und EMG-Zuschlägen liegen. Dass die entsprechenden Koeffizienten nicht signifikant seien, liege an der zu kleinen Stichprobe. Es wird deshalb vorgeschlagen, eine Differenzierung erst durchzuführen, wenn eine Vollerhebung möglich ist. Die geplante Aufgliederung sei ohne Prüfung auf anderer Datenbasis nicht tragfähig.	TK et al.
Die neue Differenzierung stelle einen sinnvollen Ansatz dar.	KBV & BÄK
Der AOK BV spricht sich gegen eine isolierte Änderung aus. Die Umsetzung des Vorschlags führe zu einem Rückgang der Zuweisungen für betagte Versicherte, die keiner KEG zugeordnet sind. Änderungen sollten daher in dem breiteren Kontext untersucht werden, in welchem auch die Sonderregelung für Verstorbene zu untersuchen ist. Davon abgesehen wirke sich die Änderung bei den KEG nur auf sehr wenige Versicherte aus. Die Modellverbesserung werde zudem überschätzt, da diese vorrangig durch die Erhöhung der Variablenanzahl zustande komme.	AOK BV
1.6 Einzelfallanträge	
Der BKK-BV spricht sich für eine Ausweitung der Berechtigung zu Einzelfallanträgen aus. Bisher gelte diese nur in Bezug auf die Versicherungszeiten. In Zukunft sollten auch fehlerhafte oder unvollständige Daten bei der Morbiditätserfassung berücksichtigt werden.	BKK-BV
1.7 Bearbeitungsfrist für die Stellungnahmen	
Die BAG Selbsthilfe bittet um eine Verlängerung der künftigen Fristen, um zu den Festlegungen des BVA ausführlicher Stellung beziehen zu können.	BAG Selbsthilfe
1.8 Bearbeitung der Stellungnahmen durch das BVA	
Der GKV-SV kann nachvollziehen, dass aus Zeitgründen nicht alle Vorschläge geprüft und eine Priorisierung vorgenommen wurde. Man gehe davon aus, dass die bisher nicht berücksichtigten Vorschläge bei der Ausgestaltung des nächsten Klassifikationsmodells berücksichtigt werden.	GKV-SV
Der IKK e. V. kritisiert die Begründung des BVA bzgl. der Vorauswahl der zu analysierenden Vorschläge. Sich an der Anzahl der zu einer Hierarchie eingegangenen Vorschläge zu orientieren, gewährleiste nicht, dass die qualitativ höherwertigen Vorschläge berücksichtigt werden. Speziell kritisiert wird, dass der eigene Vorschlag zur Anpassung von Hierarchie 10 nicht aufgegriffen wurde.	IKK e. V.
Die DAK kritisiert, das BVA habe nicht alle eingegangenen Vorschläge geprüft. Es besteht die Bitte, die übergangenen Vorschläge im Rahmen des letzten Vorschlagsverfahrens noch zu prüfen und bei einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des RSA ins Klassifikationsmodell aufzunehmen.	DAK

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

Vorschlag/Anmerkung	von
Der AOK BV bittet darum, die zuvor im Rahmen des Vorschlagsverfahrens gemachten Vorschläge zu den Hierarchien 2, 4 und 10, die bisher vom BVA nicht geprüft wurden, noch zu berücksichtigen.	AOK BV
1.9 Auslandsversicherte	
Die Beibehaltung der bisherigen Regel sei sachgerecht, da eine Änderung nach den Vorgaben der RSAV nicht möglich sei. Eine erweiterte Plausibilisierung der Datenmeldungen sei zu erörtern.	GKV-SV
Bei Auslandsversicherten komme es in der Regel zu einer Überdeckung der tatsächlichen Ausgaben. Diese Überdeckung sei zudem schief innerhalb der GKV verteilt, weshalb die DAK auf eine Verfahrensänderung an dieser Stelle drängt, um unangemessene Bevorteilungen zu eliminieren.	DAK
Die Barmer GEK bemängelt die "funktionslose" Überdeckung bei Auslandsversicherten, die eine systematische und wettbewerbsrelevante Fehlverteilung von Finanzmitteln darstelle. Genau wie der Punkt "Einheitliche Berücksichtigung aller Versicherten" müsse dieses Problem in einem "breiteren Kontext" gelöst werden. Hinsichtlich der Plausibilitätsprüfung sei ein Verweis auf den GKV-SV nicht ausreichend.	Barmer GEK
Die Beibehaltung der bisherigen Regel sei sachgerecht.	AOK BV
2. Aufgreifkriterien	
2.1 Arzneimittel/Mapping	
Es wird vorgeschlagen, die Mindestmenge an BT empirisch festzulegen und eine Berücksichtigung des Alters des Versicherten wie bei HIV / AIDS einzuführen. Zudem solle überprüft werden, welche Diagnosen zu einer Gruppierung in die entsprechende HMG führen sollten.	GKV-SV

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

Hierarchie	HMG	DxG	ICD/ATC	Vorschlag	von
02: Neubildungen				Es wird eine detaillierte Überprüfung der gesamten Krankheitsauswahl in der Hierarchie angeregt. Die bisherigen Gruppen seien nicht kostenhomogen, die bisherige Aufteilung nicht zielführend.	KBV & BÄK
03: Diabetes mellitus	019, 020		O24.0	Es wird vorgeschlagen, die Diagnose O24.0 von der HMG019 in die HMG020 zu verschieben.	AOK BV
07: Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems	228, 229	188, 841, 228	M06.1, M05.1, M05.2, M05.3	Der GKV-SV merkt an, dass der Morbus Still sowohl inhaltlich als auch nach Kosten eher der juvenilen Arthritis zugerechnet werden kann. Es wird deshalb eine Umgruppierung der ICD M06.1 aus der DxG188 in die DxG841 vorgeschlagen. Die schwereren Formen der Polyarthritiden (M05.1, M05.2, M05.3) müssten zudem von der regulären unterschieden werden und aus der HMG228 herausgelöst und höher eingruppiert werden. Die HMG229 sei zudem nicht kostenhomogen. Deshalb wird vorgeschlagen, diese in zwei HMGs zu unterteilen: Eine HMG solle die Immunsuppressiva enthalten und die HMG mit den übrigen Arzneimitteln der Basistherapie dominieren. Fehlanreize im Kodierverhalten würden daraus nicht resultieren. Die Vorschläge sollten durch das BVA empirisch geprüft werden.	GKV-SV
		186, 188, 190, 209	L04AA, L04AB, L04AC, L04AD, L04AX	Die Abgrenzung besonders schwerer Verlaufsformen sei über diese ATC-Kodes nicht sinnvoll, da die Medikamente zur Standardtherapie gehören. Vielmehr solle man prüfen, ob die Zuweisungen ohne Berücksichtigung von Immunsuppressiva nicht zielgenauer wären.	BKK-BV
	ursprüngliche 038, 206, 207			Die DAK begrüßt die Überarbeitung der HMGs durch das BVA.	DAK
			F45.41	Die BAG Selbsthilfe setzte sich dafür ein, die Erkrankung „Chronischer Schmerz“ in den Morbi-RSA aufzunehmen. Da rund 17% der Bevölkerung daran leiden und die Krankheit hohe Kosten verursache, solle eine mögliche Aufnahme geprüft werden, um so den Betroffenen eine adäquate Versorgung zu gewährleisten.	BAG Selbsthilfe

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

Hierarchie	HMG	DxG	ICD/ATC	Vorschlag	von
				Die Barmer GEK stimmt dem Vorschlag grundsätzlich zu, regt aber an, zu überdenken, ob das Modell 1b nicht doch das geeignetere sei. Im aktuellen Vorschlag seien die Gruppen nicht kostenhomogen und die Validierung umfasse eine sehr umfangreiche Arzneimittelliste. Versorgungsneutralität könne an der Stelle nicht gewährleistet werden, da durch die Gabe kostengünstiger Präparate Überdeckungen erzielbar seien.	Barmer GEK
		188, 841, 228	M06.1, M05.1, M05.2, M05.3	TK et al. merken an, dass der Morbus Still sowohl inhaltlich als auch nach Kosten eher der juvenilen Arthritis zugerechnet werden kann. Sie schlagen deshalb eine Umgruppierung der ICD M06.1 aus der DxG188 in die DxG841 vor. Die schweren Formen der Polyarthritiden (M05.1, M05.2, M05.3) müssten zudem von der regulären unterschieden werden und aus der HMG228 herausgelöst und höher eingruppiert werden.	TK et al.
				Die Rheuma-Liga unterstützt die geplanten Änderungen.	Rheuma-Liga
				Der IKK e. V. unterstützt aus Gründen der Manipulationsresistenz die Haltung des BVA, keine weitere Schweregraddifferenzierung nach Arzneimitteln einzuführen.	IKK e. V.
	229			Der AOK BV schlägt eine andere Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel als der Festlegungsentwurf vor. Die HMG229 sei nicht kostenhomogen. Deshalb wird vorgeschlagen, diese in zwei HMGs zu unterteilen: HMG229a solle die Immunsuppressiva enthalten, HMG229b die übrigen Arzneimittel.	AOK BV
				Die Neugestaltung sei sehr sinnvoll. Es solle jedoch aus Gründen der Manipulationsresistenz überdacht werden, ob es nicht besser wäre, Modell 2b den Vorzug vor Modell 3b zu geben.	KBV & BÄK
08: Hämatologische Erkrankungen	046, 210	232, 233		Prinzipiell seien die Änderungsvorschläge zu begrüßen. Die Abgrenzung kostenintensiver Fälle mit geringer Fallzahl und damit die Ausgliederung aus der HMG046 solle geprüft werden. Zudem schlägt der GKV-SV eine Neuordnung der ICD-Codes in den DxGs 232 und 233 vor.	GKV-SV

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

Hierarchie	HMG	DxG	ICD/ATC	Vorschlag	von
	046			Die DAK bemängelt, dass sehr teure Fälle mit geringer Fallzahl in die HMG046 eingeordnet werden. Es wird eine vertiefte Analyse an der Stelle gefordert sowie die Schaffung einer eigenen Zuschlagsgruppe bzw. eines Risikopools für solche Fälle.	DAK
	210		D69.6	Es wird erneut der Vorschlag unterbreitet, alle Fälle, die hohe Arzneimittelkosten verursachen, in eine eigene Zuschlagsgruppe auszugliedern. Solche, die das Arzneimittelkriterium nicht erfüllen, sollen in der HMG210 verbleiben. Das BVA hatte den bereits im Vorschlagsverfahren unterbreiteten Vorschlag, eine Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel einzuführen, nur über das Kriterium „Arzneimittel obligat“ geprüft.	DAK
	046			Die Barmer GEK begrüßt die Änderungen, bemängelt aber, dass sehr kostenintensive häufig der HMG046 zugeordnet werden und fordert für diese eine eigene Zuschlagsgruppe. Zwar sei die Mindestbesetzung für eine eigene HMG nicht gegeben. Die Kriterien, die vorliegen müssen, damit die Bildung einer solchen möglich ist, seien vom BVA jedoch nicht überprüft worden. Die Barmer GEK bittet deshalb, eine entsprechende Bewertung nachzuholen.	Barmer GEK
	046, 210	232, 233	D69.6	Die Umgruppierung der ICD D69.6 wird begrüßt. Jedoch seien sowohl die DxG233 als auch die DxG232 nicht kostenhomogen. TK et al. stellen deshalb eine mögliche inhaltliche Differenzierung und Neugruppierung im Sinne ökonomischer und medizinischer Homogenität vor. Die Beibehaltung des Kriteriums „stationär erforderlich“ bei einer Thrombozytopenie sei zudem notwendig.	TK et al.
				Laut KBV und BÄK stellen die geplanten Änderungen eine Verbesserung dar. Es sei „wichtig und richtig“, bei der aplastischen Anämie zukünftig auch ambulante Diagnosen zur Eingruppierung zuzulassen.	KBV & BÄK
		224		Die Aufhebung des Kriteriums „stationär erforderlich“ sei sachgerecht. Allerdings würde hier die geplante Neuregelung bei den stationären Nebendiagnosen zu Hierarchieverletzungen führen. Deshalb sollten stationäre Nebendiagnosen aus der HMG wie Hauptdiagnosen behandelt werden.	AOK BV

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

Hierarchie	HMG	DxG	ICD/ATC	Vorschlag	von
		224		TK et al. schlagen vor, das Kriterium „stationär erforderlich“ beizubehalten. Ein Wegfall dessen setze zusätzliche Manipulationsanreize.	TK et al.
11: Psychische Erkrankungen	055, 058	843	F31.5	Der GKV-SV begrüßt die Überarbeitung, da die Zielgenauigkeit deutlich verbessert werde. Allerdings fehle eine Dominanzbeziehung zwischen der HMG055 und der DxG843 (aus HMG056) mit der HMG058, da eine gleichzeitiges Auftreten klinisch nicht möglich sei. Falschkodierungen würden hier zu weiteren Zuschlägen führen und Manipulationsanreize gefördert. Daher wird vorgeschlagen, dass die HMG055 die HMG058 dominieren soll. Zudem solle eine Verschiebung der DxG843 in die HMG058 überprüft werden.	GKV-SV
				Die Barmer GEK begrüßt die Änderungen. Da bisher nur ein Zuschlag für eine HMG ausgelöst werden konnte, auch wenn ein Versicherter unter mehreren psychische Erkrankungen litt, seien Unterdeckungen die Folge gewesen. Die neue Regelung reduziere dieses Problem.	Barmer GEK
	055, 058, 230, 231			Die BPtK begrüßt die Umgestaltung der Hierarchie in mehrere Stränge. Sie schlägt jedoch eine einfache Dominanzbeziehung zwischen HMG055 und HMG058 vor, da Kodierungen an der Stelle zumeist auf dieselbe Krankheit zurückgehen würden. Die HMG231 solle zudem lediglich durch die HMG058 dominiert werden, die Dominanzbeziehung zwischen HMG230 und HMG231 aus medizinischer Sicht folglich aufgehoben werden.	BPtK
	055, 058	843		TK et al. halten die Änderungen für sinnvoll. Die HMG058 solle jedoch von der HMG055 dominiert werden. Ein gleichzeitiges Auftreten beider HMGs sei klinische nicht möglich. Zudem solle die DxG843 von der HMG056 in die HMG058 umgruppiert werden.	TK et al.

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

Hierarchie	HMG	DxG	ICD/ATC	Vorschlag	von
	055, 056, 058, 230			Das gleichzeitige Auftreten von HMG058 und den HMGs 055 und 056 sei klinisch nicht möglich. Sei dies doch der Fall, handele es sich um einen Kodierfehler, der nun zu einem ungerechtfertigten Doppelzuschlag führe. Eine Parallelstellung der HMG230 und der HMG058 setze zudem negative Kodieranreize. Es wird deshalb vorgeschlagen, die HMG058 an die Spitze des mittleren Hierarchiestranges zu setzen, wobei diese die HMGs 230,231 und 057 dominieren soll. Ein gleichzeitiger Zuschlag soll nur mit der HMG054 möglich sein.	AOK BV
				KBV und BÄK bedanken sich für die aufwändige Anpassung, die zu einer deutlichen Verbesserung der Zielgenauigkeit führe. Sie regen allerdings gleichzeitig eine Überarbeitung der ICD-Zuordnungen im Rahmen der nächsten Überprüfung der Krankheitsauswahl an.	KBV & BÄK
14: Neurologische Erkrankungen				Die Vorschläge werden befürwortet.	GKV-SV, AOK BV
	234			Die DAK begrüßt, dass der eigene Vorschlag umgesetzt wurde. Eine weitere Differenzierung sei allerdings wünschenswert.	DAK
	234		H02AB, H02BX	Die gemachten Vorschläge seien im Allgemeinen sachgerecht. Bei der HMG234 jedoch solle die ATC-Liste um H02AB und H02BX gekürzt werden, da diese nicht MS-spezifisch seien. Aufgrund von Fehldiagnosen, sei es durch die komplexe Differentialdiagnostik in der Frühphase oder durch Manipulation, könne so zu Unrecht der hohe Zuschlag ausgelöst werden. Bei einer Kürzung der ATC-Liste solle im Ausgleich ein „milderes“ Mengenkriterium, M2VOQ, gewählt werden.	Barmer GEK
				Die Anpassungen seien sehr geeignet, um die Zielgenauigkeit des Modells zu verbessern.	KBV & BÄK
16: Herzerkrankungen		350		Beim Herzstillstand handele es sich in der Regel um eine stationäre Nebendiagnose, die bei der beabsichtigten Änderung in dem Bereich (M2Q, Arzneimittelvalidierung) keinen Zuschlag mehr erhalten würde, obwohl häufig mit Langzeitfolgen zu rechnen sei.	GKV-SV
				Die Vorschläge werden als sachgerecht angesehen.	Barmer GEK

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

Hierarchie	HMG	DxG	ICD/ATC	Vorschlag	von
			I46.0	TK et al. können nicht nachvollziehen, warum das Kriterium „stationär erforderlich“ nicht eingeführt wird. Hierbei handele es sich in der Regel um eine stationäre Nebendiagnose, die bei der beabsichtigten Änderung in dem Bereich (M2Q, Arzneimittelvalidierung) keinen Zuschlag mehr erhalten würde, obwohl häufig mit Langzeitfolgen zu rechnen sei.	TK et al.
			I46.0, I49.0	Da es sich nur um Nebendiagnosen handele, würden diese durch die neuen Änderungen keinen Zuschlag mehr erhalten. Dadurch würden 28% der schwerwiegenden Fälle nicht mehr berücksichtigt werden.	AOK BV
			I46.0, I49.0	KBV und BÄK fordern das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich". Da es sich nur um Nebendiagnosen handele, würden diese anders den "Filterbedingungen" für ambulante Diagnosen unterliegen.	KBV & BÄK
19: Erkrankungen der Lunge	236, 237	848, 849		Die Höhe der Zuschläge sei nicht abhängig von der tatsächlichen Krankheits-schwere sondern von der Kodierqualität, da im hausärztlichen Bereich, anders als im fachärztlichen, keine Verpflichtung zur endstelligen Kodierung bestehe. Zudem hänge der FEV-Wert von der Mitarbeit des Patienten ab. Der GKV-SV schlägt daher eine arzneimittelbasierte Schweregraddifferenzierung vor.	GKV-SV
	237		J44.99	Sofern die ICD J44.99 tatsächlich in die HMG237 führen, werden die Vorschläge als sachgerecht betrachtet.	Barmer GEK
	109, 110	848, 849		Die Änderung des Alterssplits und die Bildung der DxG848 und DxG849 wird begrüßt. Allerdings müsse zur Schweregraddifferenzierung zusätzlich ein ATC-Split eingeführt werden.	TK et al.
				Der IKK e. V. unterstützt die Haltung des BVA, keine Schweregraddifferenzierung nach Arzneimitteln einzuführen.	IKK e. V.
				Die Höhe der Zuschläge sei nicht abhängig von der tatsächlichen Krankheits-schwere sondern vom Versorgungssektor, da im hausärztlichen Bereich, anders als im fachärztlichen, keine Verpflichtung zur endstelligen Kodierung bestehe.	AOK BV

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

Hierarchie	HMG	DxG	ICD/ATC	Vorschlag	von
				Es wird eine weitere Differenzierung der Mukoviszidose über einen Medikamensplit angeregt. Dass der Kode J46 zukünftig auch aus dem ambulanten Bereich Zuweisungen auslöst, sei positiv zu bewerten. Die Neuordnung im Bereich Asthma und COPD stelle eine systematische Verbesserung dar.	KBV & BÄK
20: Erkrankungen der Harnwege	130, 132, 136			Der GKV-SV begrüßt die Einführung des Dialysekennzeichens und die Vereinheitlichung bei der Arzneimittelvalidierung. Die Zusammenlegung der HMG132 und der HMG136 zur Beseitigung der Hierarchieverletzung schaffe eine sehr heterogene Zuschlagsgruppe. Alternativ wird die Umgruppierung einiger ICD-Codes und DxGs vorgeschlagen.	GKV-SV
				Die Vorschläge werden begrüßt.	Barmer GEK, AOK BV
	132, 136			Die Zusammenlegung der HMGs aufgrund einer Hierarchieverletzung führe zu einer in sich sehr inhomogenen Gruppe. Die Hierarchieverletzung solle besser durch eine Neuordnung der ICD-Codes behoben werden.	TK et al.
	130			Die Einführung des Dialysekennzeichens wird begrüßt. Es stelle sich die Frage, ob für die HMG130 überhaupt noch das Arzneimittelkriterium notwendig sei. Eine Harmonisierung der Arzneimittelvalidierung von HMG130 und HMG131 würde sich so erübrigen.	KBV & BÄK
	132, 136			Die Integration stelle ein pragmatisches Verfahren dar. Allgemein solle in der Hierarchie die Krankheitsauswahl neu geprüft werden.	KBV & BÄK
		850, 851	Z49.0, Z49.1, Z49.2, Z99.2	Die Einführung des Dialysekennzeichens wird begrüßt. Allerdings wird aus inhaltlichen Gründen der Ausschluss der Z49.0 aus der DxG850 und der Ausschluss der Z49.1, Z49.2 und Z99.2 aus der DxG851 empfohlen.	TK et al.

Vorschlag/Anmerkung	von
2.2 Stationäre Nebendiagnosen	
Insgesamt sieht der GKV-SV die geplanten Änderungen als geeignet an, um Manipulationsanreize zu reduzieren. Es müssten jedoch Ausnahmen geschaffen werden für die Sterndiagnosen und den Herzstillstand, da diese nur als Nebendiagnosen kodiert werden können und durch die geplanten Neuregelungen keinen Zuschlag erhalten würden, obwohl Folgekosten zu erwarten sind. Es stelle sich zudem die Frage, ob die Validierungskriterien für ambulante Diagnosen vollständig auf stationäre Nebendiagnosen übertragen werden können. Die erforderlichen Behandlungstage chronisch Kranker sollten um die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus in Höhe von 8 Tagen auf 175 Tage reduziert werden. Bei akut-rezidivierendem Verlauf sei das Erreichen von 10 BT kaum möglich. Hier sollten die entsprechenden stationären Nebendiagnosen wie Hauptdiagnosen gewertet werden. Das M2Q-Kriterium sei in einigen Fällen problematisch, da die Abrechnung im Krankenhaus nicht quartalsweise erfolge. Aufgrund der geringen Anzahl der betroffenen Fälle sei dies aber hinnehmbar.	GKV-SV
Die Deutsche BKK teilt die Meinung des BVA nicht, da durch die Gleichstellung zu den ambulanten Diagnosen weniger HMG-Zuweisungen ausgelöst würden, und so der Anteil der nicht-morbiditätsbedingten Zuweisungen relativ zunehmen würde. Dadurch reduziere sich die Zielgenauigkeit des RSA, was auch an der Verschlechterung der Modellgütemaße erkennbar sei.	Deutsche BKK
Der DAK geht die Reduktion von Anreizen zur Manipulation bei den stationären Nebendiagnosen nicht weit genug. Nach wie vor würden Manipulationsanreize bestehen: Eine Zweitdiagnose aus dem ambulanten Bereich bzw. das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" könnten ungerechtfertigt erzeugt werden. Es müsse ein Verfahren entwickelt werden, dass Manipulation zuverlässig aufgedeckt und konsequent bestraft. Um Manipulationen zu verhindern dürfe aber im Umkehrschluss nicht der Anteil der morbiditätsbedingten Zuweisungen sinken. Die neue Regelung sei nur kurzfristig akzeptabel.	DAK
Der BKK-BV begrüßt aus Gründen der Manipulationsresistenz die Gleichbehandlung von stationären und ambulanten Diagnosen.	BKK-BV
Die Barmer GEK begrüßt die geplanten Änderungen. Nach eigenen Berechnungen sinke die Bedeutung stationärer Nebendiagnosen bei gleichzeitig steigender Anzahl, was letztlich eine "Verwässerung von Diagnoseinhalten" darstelle. Wenn Diagnosen, die nur einen minimalen Ressourcenverbrauch oder keine ernsthafte Bedeutung für den Gesundheitszustand des Patienten haben, einen Zuschlag auslösen, vermindere dies die Zielgenauigkeit des RSA. Deshalb sei es sehr wohl richtig, dass auch hier ein M2Q- bzw. Arzneimittelkriterium gelten muss, und das nicht "nur" aus Gründen der Manipulationsresistenz. Bei einigen konstruierten Fällen werde zwar durch die neue Regelung zu Unrecht kein Zuschlag gewährt, was aber auf Grund sehr geringer Fallzahlen nicht relevant sei.	Barmer GEK
TK et al. unterstützen die Änderungsvorschläge des BVA. Die gestiegene Anzahl an Nebendiagnosen verwässere die entsprechenden Morbi-Zuschläge. Es müssten die herausgefiltert werden, die bedeutsam für den Gesundheitszustand eines Patienten und die im Folgejahr zu Mehrkosten führen. Dies sei durch die neue Regelung möglich.	TK et al.

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

Vorschlag/Anmerkung	von
Die BKK Gesundheit unterstützt die beabsichtigten Änderungen. Jedoch solle im Folgejahr geprüft werden, ob die vorgeschriebene Anzahl der Behandlungstage adäquat ist, da das Erreichen des Arzneimittelkriteriums für stationäre Nebendiagnosen problematisch sein könnte.	BKK Gesundheit
Der IKK e. V. unterstützt die striktere Überprüfung stationärer Nebendiagnosen. Die geplante Änderung unterbinde Manipulationsanreize jedoch nicht ausreichend. Deshalb wird vorgeschlagen, Modell 2, das eine zwingende stationäre Behandlung der Nebendiagnose für eine Zuschlag voraussetzt, zu implementieren.	IKK e. V.
Die KBS findet es "befremdlich", Einbußen im Erklärungsgehalt hinzunehmen, nur um die Manipulationsresistenz zu erhöhen. Manipulationen aufzudecken obliege dem Prüfverfahren. Der neue Vorschlag bzgl. der Behandlung der stationären Nebendiagnosen sei nicht praxistauglich, da zum einen Arzneimittelverordnungen im Krankenhaus nicht ausgestellt würden und zum anderen eine Berechnung von Behandlungstagen nicht möglich sei. Zudem sei die Umsetzung des M2Q-Kriteriums schwierig, da eine quartalsweise Abrechnung im Krankenhaus nicht stattfinden würde.	KBS
Die geplanten Änderungen seien unter Validitätsaspekten sehr konsistent.	KBV & BÄK
Die SBK begrüßt die geplanten Änderungen aus Gründen der Manipulationsresistenz. So würden bessere Anreize gesetzt, Krankenhausbehandlungen vermeiden zu wollen, wodurch der Prämisse "ambulant vor stationär" Rechnung getragen wird.	SBK
Der AOK BV schlägt vor, CCL-relevante Nebendiagnosen wie Hauptdiagnosen zu berücksichtigen. Diese würden aufgrund intensiver Prüfungen dieselbe Diagnosesicherheit wie Hauptdiagnosen aufweisen. Sei diese Umsetzung nicht möglich, müsse die Gleichstellung zu Hauptdiagnosen für einige DxGs dennoch gelten: Krankheiten mit einer Arzneimittelbestätigung mit rezidivierend-akutem Verlauf würden im ambulanten Bereich weiterhin einen Zuschlag generieren, während sie als stationäre Nebendiagnosen keine Arzneimittelvalidierung haben und deshalb keinen Zuschlag erhalten würden. Zudem sei nicht gewährleistet, dass die tatsächliche Behandlungsdiagnose bei einigen DxGs mit akutem Verlauf aufgrund der Kodierrichtlinien im stationären Sektor und des individuellen Kodierverhaltens der Ärzte auch als Hauptdiagnose deklariert wird. Bei DxGs mit chronischem Verlauf solle zudem die Mindest-DDD von 183 auf 90 herabgesetzt werden. Es wird außerdem vorgeschlagen, auch die im stationären Bereich verabreichten Arzneimittel in Zukunft im Klassifikationsmodell zu berücksichtigen.	AOK BV
2.3 Ambulante Diagnosen	
Der IKK e. V. stellt die Qualität ambulanter Diagnosen grundsätzlich in Frage. Ohne verbindliche Kodierrichtlinien unterscheide sich die Kodierqualität und Manipulationsversuche seien die Folge. Es wird angeregt, zukünftig keine Zuweisungen mehr aufgrund ambulanter Diagnosen zu gewähren. Es sei zu prüfen, ob der RSA nur anhand stationärer Diagnosen und Arzneimittelverordnungen durchgeführt werden sollte.	IKK e. V.
3. Berechnungsverfahren	
3.1 Verwaltungsausgaben	
GKV-SV, AOK BV und TK et al. stimmen den Ausführungen des BVA zu.	GKV-SV, AOK

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

Vorschlag/Anmerkung	von
	BV, TK et al.
Es wird darauf hingewiesen, dass die bisherige Regelung, die Zuweisungen für die standardisierten Verwaltungsausgaben zu je 50% über die standardisierten Leistungsausgaben und die Versichertenzahl zu bemessen, zum 31.12.2010 hätte laut § 37 Abs. 2 RSAV neu überprüft werden müssen.	Deutsche BKK
Es wird darauf hingewiesen, dass die bisherige Zuweisungssystematik nur bis zum 31.12.2010 festgelegt worden war. Die Prüfungen des BMG zu dem Thema seien nicht bekannt. Die aktuellen Zuweisungsanteile seien nicht sachgerecht und würden das Ziel des GKV-WSG, die Kassen um den wirtschaftlichen Einsatz von Verwaltungskosten konkurrieren zu lassen, verfehlen. Der BKK-BV hat deshalb einen Verteilungsschlüssel entwickelt, der die Verwaltungskosten in verschiedene Teilbereiche aufteilt und Kosten innerhalb eines Teilbereichs mit Gewichtungen versieht. Dies führe letztlich zu einer gerechteren und bedarfsorientierten Verteilung. Zudem würden Anreize zu Effizienzsteigerungen in jedem Teilbereich gesetzt.	BKK-BV
Bei der Anrechnung von Erstattungen begrüßt die DAK den Vorschlag des AOK-BV, bei der Ermittlung nicht die Netto- sondern die Bruttoverwaltungskosten heranzuziehen. Das BVA solle eine etwaige Änderung bei der Ermittlung prüfen und ggf. kurzfristig umsetzen. Die 50:50-Regelung bei den standardisierten Verwaltungsausgaben benachteilige morbiditätsstarke Kassen. Tatsächlich bestehe bei 70 bis 80% der Verwaltungskosten ein Morbiditätsbezug. Das BVA solle deshalb eine Änderung der RSAV vorantreiben.	DAK
DIE Barmer GEK bezeichnet die Festlegungen als sachgerecht. Sollte hier eine Änderung stattfinden, müsse geprüft werden, dass beim Ausräumen alter Verzerrungen keine neuen entstehen.	Barmer GEK
Die Zuweisungen sollten sich nicht an den Ist- sondern an den Soll-Kosten der einzelnen Kassenarten orientieren, um Anreize zu Effizienzsteigerungen zu setzen.	SBK
3.2 Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben	
Die verwendete Methodik sei durchaus zielführend und sachgerecht. Die Überprüfung in einem multivariaten Regressionsmodell sei schließlich nicht möglich, da die Daten nicht versichertenbezogen vorliegen. Dass ein Teil der Schutzimpfungen einen Morbiditätsbezug aufweise, sei sachlich nachvollziehbar. Kontra-intuitiv seien jedoch die Ergebnisse bei der betrieblichen Gesundheitsförderung, da diese allen Beschäftigten eines Betriebes unabhängig von ihrer Morbidität zugutekommen. Bei der Förderung der Selbsthilfe seien nur die vom GKV-SV festgelegten Krankheiten zugelassen, weshalb hier ein Morbiditätsbezug zu erwarten sei. Es sei möglich, dass die errechneten Ergebnisse zufälliger Natur seien. Von daher empfiehlt der GKV-SV eine Änderung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Förderung der Selbsthilfe erst auf Basis einer erneuten empirischen Prüfung.	GKV-SV

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

Vorschlag/Anmerkung	von
Der BKK-BV stellt die neuen Regelungen durch das BVA in Frage: Bei Schutzimpfungen handele es sich um primärpräventive Maßnahmen, die per Definition der Vermeidung von Krankheit dienen und deshalb keinen Morbiditätsbezug aufweisen. Ähnliches gelte für die Betriebliche Gesundheitsförderung, deren systematischer Ansatz nicht durch Morbidität veranlasst werde. Das gewählte statistische Modell sei ungeeignet, um einen fehlenden Morbiditätsbezug herzustellen. Dies sei auch an dem "paradoxen" Ergebnis, die Förderung von Selbsthilfegruppen weise keinen Morbiditätsbezug auf, ersichtlich, da es sich dort in der Regel um tertiärpräventive Maßnahmen handele.	BKK-BV
Die DAK und die Barmer GEK bezeichnen die beabsichtigten Änderungen als sachgerecht.	DAK, Barmer GEK
TK et al. merken an, dass sich die Methode der kleinsten quadrierten Abweichungen hier nicht eignet, um einen empirischen Beweis zu führen, da die entsprechenden Daten nicht versichertenbezogen vorliegen. Tatsächlich liege in den untersuchten Leistungsbereichen kein Morbi-Bezug vor. Gerade bei Schutzimpfungen könne zumeist kein Versichertenbezug bei den Abrechnungen ermittelt werden. Der Hauptausgabenanteil liege hier bei Kindern und Jugendlichen, die als Gruppe einen sehr niedrigen Risikofaktor haben, was zeigt, dass die Ausgaben für Schutzimpfungen nicht abhängig von der RSA-Morbidität sind. Vor allem in KV-Bezirken mit Umlage nach Mitgliedern bestehe zweifelsfrei kein Zusammenhang mit der Morbidität. Selbst bei Umlage nach Fallzahlen könne keine Abhängigkeit von der RSA-Morbidität nachgewiesen werden. Die Förderung von Selbsthilfegruppen beziehe sich ausdrücklich nicht nur auf die Mitglieder der eigenen Kasse, sondern komme der Gruppe als Ganzes zugute. Ein Zusammenhang mit der Morbidität der eigenen Versicherten bestehe deshalb nicht. Gleiche Argumentation gelte bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. In Absprache der Krankenkassen untereinander kämen auch hier die Maßnahmen stets allen Mitarbeitern eines Betriebs zugute. Die Richtwerte für die Ausgaben beziehen sich auf die Versichertenzahl und nicht auf die Morbidität. Bei einer Zuweisung nach RSA-Morbidität müssten für Rentner die höchsten Zuweisungen gezahlt werden. Rentner jedoch könnten per Definition nicht in den Genuss betrieblicher Gesundheitsförderung kommen. TK et al. schlagen deshalb vor, die bisherigen Pauschalen beizubehalten. Es wird zudem vorgeschlagen, die Konten 5160 - 5162 der Gruppenprophylaxe Zahn den nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben hinzuzufügen, da diese Leistungen nur für Kinder erbracht werden.	TK et al.
Der IKK e. V. lehnt die geplanten Änderungen ab. Die Methode der kleinsten quadrierten Abweichungsbeträge sei als Validierung für einen Zusammenhang zwischen Morbidität und Ausgaben an der Stelle ungeeignet, da die Daten nicht versichertenbezogen vorliegen. Auch inhaltlich könne bei den Schutzimpfungen kein Zusammenhang festgemacht werden. Vor allem in KV-Bezirken mit Umlage nach Mitgliedern bestehe zweifelsfrei kein Zusammenhang mit der Morbidität. Selbst bei Umlage nach Fallzahlen könne keine Abhängigkeit von der RSA-Morbidität nachgewiesen werden. Die Ausgaben für die betriebliche Gesundheitsförderung zudem kämen nicht nur den eigenen Versicherten zugute, sondern allen Mitarbeitern in einem Betrieb. Die Richtwerte für die Ausgaben beziehen sich nicht auf die Morbidität, sondern auf die Versichertenzahl.	IKK e. V.
Die methodische Überprüfung sei fragwürdig. Betriebliche Gesundheitsförderung werde von Arbeitgebern und Kassen gemeinsam vorangetrieben und sei nicht abhängig von der Morbidität. Auch Schutzimpfungen würden nach Untersuchungen des BKK Systems keinen Morbiditätsbezug auf-	SBK

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

Vorschlag/Anmerkung	von
weisen. Deshalb lehnt die SBK die geplanten Änderungen ab. Die Zuweisungen sollten nach wie vor pauschal sein.	
Die Neuregelungen zur Abgrenzung der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben werden begrüßt. Es wird jedoch vorgeschlagen, zukünftig gänzlich auf die Abgrenzung zu verzichten bzw. den Anteil derer an den Schutzimpfungen weiter zu reduzieren. Ein Morbiditätsbezug lasse sich den Schutzimpfungsrichtlinien des G-BA entnehmen. Zudem müssten die nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben netto und nicht brutto in die Berechnungen einfließen.	AOK BV
3.3 Mathematische Darstellung des Klassifikationsmodells	
Der BKK-BV bemängelt, dass es an einigen Stellen zu "Paraphrasierungen" gekommen sei. Deshalb sei nicht alles mathematisch nachvollziehbar. Es wird angeregt, die einzelnen Berechnungsschritte für die Zuweisungen durch mathematische Formeln darzulegen.	BKK-BV
3.4 Regressions-/ Zuweisungsanteile	
Der GKV-SV begrüßt die Umsetzung der eigenen Vorschläge. Dass das BVA die unterjährige Neuermittlung der Zuweisungsanteile ablehnt, sei nachvollziehbar.	GKV-SV
Die beabsichtigten Änderungen werden als sachgerecht angesehen.	DAK, AOK BV, Barmer GEK
3.5 Angleichungsfaktoren	
Die geplanten Änderungen werden begrüßt.	GKV-SV, DAK, Barmer GEK
3.6 Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren	
Die Ausführungen des BVA seien nachvollziehbar. Ohne weitere Analysen sei eine Verfahrensänderung nicht möglich.	GKV-SV
Der AOK BV schlägt vor, die Frage der Neuabgrenzung der Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren sowie der Unterscheidung in Beträge mit und ohne Morbiditätsbezug, zu untersuchen.	AOK BV
Die DAK begrüßt den Vorschlag des AOK-BV, eine Überprüfung des bisherigen Verfahrens vorzunehmen.	DAK
Die Barmer GEK bestätigt die Aussage des AOK-BV und schlägt vor, den Morbiditätsbezug von Anrechnungs- und Erstattungsbeträgen kontenartenbezogen zu überprüfen.	Barmer GEK
TK et al. unterstützen, dass das BVA keine Änderungen beabsichtigt.	TK et al.
3.7 Nivellierungsfaktor	

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

Vorschlag/Anmerkung	von
Einer Streichung des Nivellierungsfaktors wird zugestimmt.	GKV-SV, Barmer GEK, AOK BV
3.8 Anlage 4	
Der GKV-SV macht Änderungsvorschläge zu Anlage 4 zur Erhöhung der Transparenz.	GKV-SV
Der AOK BV macht redaktionelle Anmerkungen und Änderungsvorschläge zu Anlage 4.	AOK BV

3 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2012

3.1 Anpassung der Aufgreifkriterien

3.1.1 Verwendung stationärer Nebendiagnosen

Auch wenn es zu einer leichten Verschlechterung der Erklärungskraft des Klassifikationsmodells führt, werden stationäre Nebendiagnosen aus Gründen der Manipulationsresistenz und Versorgungsneutralität zukünftig im Regelfall den Diagnosen aus der ambulanten Versorgung gleichgestellt (d.h. M2Q- und Arzneimittelkriterien gelten). Folgende Ausnahmen zu dieser Regelung bestehen:

- Bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ erfolgt eine direkte Berücksichtigung der Nebendiagnosen.
- Ebenso erfolgt bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „Arzneimittelvalidierung: akut-rezidivierend“ eine direkte Berücksichtigung der Nebendiagnosen
- Zusätzlich werden Nebendiagnosen mit Sternkodes sowie der DxG 33, 34 und 35 zuzuordnende Nebendiagnosen ebenfalls direkt berücksichtigt.
- Bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „Arzneimittelvalidierung: chronisch“ wird die Zahl der zur Berücksichtigung erforderlichen Behandlungstage für die stationäre Nebendiagnose um 8 BT abgesenkt.

Die letzten drei Ausnahmetatbestände wurden aufgrund der im Rahmen des Anhörungsprozesses vorgetragenen Argumente zusätzlich eingeführt,

3.2 Anpassung des Klassifikationsmodells

3.2.1 Hierarchie 7 – Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems

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

Gegenüber dem Festlegungsentwurf wird in der endgültigen Festlegung im Bereich der chronischen Polyarthrititis auch berücksichtigt werden, ob gegebenenfalls eine die Grundkrankheit verkomplizierende Beteiligung anderer Organe vorliegt.

3.2.2 Hierarchie 8 – Hämatologische Erkrankungen

Für Versicherte mit Aplastischer Anämie wird zukünftig auch dann ein Zuschlag gewährt, wenn die Diagnose aus der ambulanten Versorgung stammt. Um Hierarchieverletzungen zu vermeiden, wird die Aplastische Anämie allerdings gegenüber dem Festlegungsentwurf tiefer im Hierarchiestrang eingeordnet. Ferner werden nun zur Erhöhung der Kostenhomogenität und Zielgenauigkeit neben der unspezifischen Thrombozytopenie weitere Diagnosen (u.a. Purpura anaphylactoides, qualitative Thrombozytendefekte, primäre Thrombozytopenien) in die niedriger stehende Morbiditätsgruppe verlagert.

3.2.3 Hierarchie 11 – Psychische Erkrankungen

Um die im Rahmen der Anhörung angeregte Hierarchisierung zwischen den bipolaren affektiven Störungen und der Depression zu erreichen, werden statt der im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen drei Hierarchiestränge nun zwei Stränge gebildet. Der erste Strang umfasst Schizophrenie/bipolare Störungen sowie auf einer unteren Ebene ohne weitere Dominanzbeziehung Wahn und Depressionen und der zweite Strang Verhaltens- und Essstörungen. Diese Stränge dominieren die Angststörungen sowie unspezifische depressive Störungen. Ferner werden bestimmte (un)spezifische ICD-Kodes zur Verbesserung der Kostenhomogenität in der Hierarchie niedriger eingestuft.

3.2.4 Hierarchie 14 – Neurologische Erkrankungen

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

3.2.5 Hierarchie 16 – Herzerkrankungen

Die geprüften Änderungsvorschläge führten zu keiner Verbesserung des Modells. Daher werden an der Hierarchie keine Änderungen vorgenommen. Gegenüber dem Festlegungsentwurf erfolgten hier keine Änderungen.

3.2.6 Hierarchie 19 – Erkrankungen der Lunge

Für Versicherte mit schwerem Asthma wird zukünftig auch dann ein Zuschlag gewährt, wenn die Diagnose aus der ambulanten Versorgung stammt. Die im Festlegungsentwurf vorgesehene diagnosebasierte Schweregraddifferenzierung der Chronisch obstruktiven Lungenerkrankung

(COPD) wird durch eine Differenzierung über relevante Arzneimittelverordnungen ersetzt. Außerdem wird – wie im Festlegungsentwurf vorgeschlagen – die zum Aufgreifen von Versicherten mit Mukoviszidose verwendete Arzneimittelliste um einige wenige bislang unberücksichtigte Wirkstoffe erweitert.

3.2.7 Hierarchie 20 – Erkrankungen der Harnwege

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

3.2.8 Kostenerstattergruppe

Die Kostenerstattergruppe wird unterteilt in zwei Gruppen. Es wird differenziert zwischen Versicherten mit Kostenerstattung nach § 13 SGB V und nach § 53 SGB V. Die ursprünglich vorgesehene weitergehende Differenzierung nach Alter und Geschlecht wird aufgrund des – nach § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV erforderlichen – fehlenden Einvernehmens mit dem GKV-SV aufgegeben.

3.3 **Änderung des Berechnungsverfahrens**

3.3.1 Angleichungsfaktoren

Die Angleichungsfaktoren dienen der Stabilisierung der Zuweisungen im monatlichen Abschlagsverfahren. Bei der Berechnung wird auf Anregung des GKV-SV eine technische Änderung vorgenommen. Gegenüber dem Festlegungsentwurf erfolgten hier keine Änderungen.

3.3.2 Regressions- und Zuweisungsanteile

Die Regressions- und Zuweisungsanteile dienen der Berechnung der Angleichungsfaktoren. Hier werden bei der Berechnung technische Änderungen zur Erhöhung der Genauigkeit und zur Annäherung des Abschlagsverfahrens an den Jahresausgleich vorgenommen. Gegenüber dem Festlegungsentwurf erfolgten hier keine Änderungen.

3.3.3 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Die hier ursprünglich vorgesehenen Änderungen bei der Zuordnung einzelner Konten zu den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben werden verschoben, um – wie vom GKV-SV angeregt – eine aussagefähigere Datenbasis abzuwarten.

3.3.4 Nivellierungsfaktor

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

II. Anpassung der Aufgreifkriterien

4 Verwendung stationärer Nebendiagnosen

4.1 Festlegungsentwurf

Die Klassifikationsmodelle für die Ausgleichsjahre 2009 bis 2011 unterscheiden nicht zwischen stationären Haupt- und Nebendiagnosen, beide Diagnosearten führen i.d.R. ohne weitere Plausibilitätsprüfung zur direkten Gruppierung der Diagnose in die entsprechende HMG. Vor diesem Hintergrund kommt der Validität und Manipulationsresistenz der stationären Diagnosen eine hohe Bedeutung zu.

Der Wissenschaftliche Beirat und das BVA haben bereits im Jahr 2009 eine striktere Validierung der stationären Nebendiagnosen geprüft, diese auf Basis der damaligen Datenlagen jedoch abgelehnt. Diese Prüfung wurde im aktuellen Festlegungsprozess – basierend auf den vielfältigen im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells eingegangenen Vorschlägen – erneut durchgeführt. Dabei stellte sich heraus, dass sich der aus strikterer Validierung resultierende Rückgang der Modellerklärungskraft im Vergleich zur letzten Überprüfung deutlich verringert hat. Die durch die striktere Validierung der Nebendiagnosen bewirkte leichte Verschlechterung der Erklärungskraft des Klassifikationsmodells ist aus Sicht sowohl des Wissenschaftlich Beirates als auch des BVA geringer zu werten als die deutliche Erhöhung der Manipulationsresistenz des Modells.

Daher beabsichtigt das BVA im Festlegungsentwurf das vom Wissenschaftlichen Beirat empfohlene Modell zur strikteren Validierung der stationären Nebendiagnosen umzusetzen (Modell 5 des Festlegungsentwurfs, vgl. Tabelle 2), d.h. die stationären Nebendiagnosen sollen zukünftig im Wesentlichen den Diagnosen aus der ambulanten Versorgung gleichgestellt werden, so dass die ambulanten Aufgreifkriterien wie M2Q- und die Arzneimittelkriterien zukünftig auch für die stationären Nebendiagnosen gelten. Lediglich bei Diagnosegruppen, für die das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ gilt, bleiben in diesem Modell die stationären Nebendiagnosen den Hauptdiagnosen gleichgestellt und führen unmittelbar zu einem Zuschlag.

Tabelle 2: Vergleich der Modelle im Festlegungsentwurf (korrigiert)¹

Modell		R ²	CPM	MAPE
SQ	Status quo	25,54%	22,84%	1.846,28 €
1	Keine ND	24,27%	21,91%	1.868,57 €
2	ND nur bei "stationär erforderlich"	24,63%	22,09%	1.864,37 €
3	ND wie ambulante Diagnosen, keine Ausnahmen (korrigierte Werte)	24,85%	22,30%	1.859,25 €
4	ND wie ambulante Diagnosen, M2Q für ND bei "stationär erforderlich" (korrigierte Werte)	24,91%	22,32%	1.858,69 €
5	ND wie ambulante Diagnosen, wie HD bei "stationär erforderlich" (korrigierte Werte)	25,10%	22,42%	1.856,27 €
<i>Nachrichtlich:</i>				
SA600	Nur ambulante Diagnosen	23,08%	21,05%	1.889,19 €
SA500	Nur stationäre Diagnosen	16,80%	17,15%	1.982,48 €
SA500 HD	Nur Hauptdiagnosen	12,86%	14,90%	2.036,24 €
AD	Alle Diagnosen	24,83%	22,65%	1.850,99 €

¹ Aufgrund eines Fehlers bei der Berechnung der jeweiligen relevanten Behandlungstage wurden die Modellkennzahlen für die drei grün hinterlegten Modelle im Festlegungsentwurf zu niedrig ausgewiesen. Durch die Korrektur ergibt sich keine Veränderung im Verhältnis der Modelle untereinander und somit keine Änderung in der Bewertung der Modelle. Es ist jedoch festzuhalten, dass der durch die striktere Validierung der Nebendiagnosen bewirkte Rückgang der Modellerklärungskraft für die drei betroffenen Modelle noch einmal geringer ausfällt als zum Zeitpunkt des Festlegungsentwurfes angenommen.

4.2 Stellungnahmen

Der Anpassungsvorschlag des Festlegungsentwurfes wird in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes sowie der Mehrzahl der sonstigen eingegangenen Stellungnahmen generell begrüßt. Es wird jedoch eine Reihe von Ergänzungen und Modifikationen vorgeschlagen, die durch den Wissenschaftlichen Beirat und das BVA geprüft wurden. Nachfolgend erfolgt zunächst eine Darstellung der wichtigsten Punkte der eingegangenen Stellungnahmen, das folgende Kapitel zeigt dann die daraus resultierenden Untersuchungen und ihre Ergebnisse auf.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband stellt in seiner Stellungnahme fest, dass aus seiner Sicht „die Einführung des in kleinen Teilbereichen zu modifizierenden Änderungsvorschlages des BVA geeignet ist, die Manipulationsresistenz des MRSA-Verfahrens im Bereich der stationären Nebendiagnosen zu erhöhen“. Im empirisch feststellbaren Zielkonflikt zwischen Zielgenauigkeit und Manipulationsresistenz des Klassifikationsverfahrens bleibe das BVA nachvollziehbar bei seiner Grundhaltung der Zielgenauigkeit eine hohe Priorität einzuräumen. Es wird begrüßt, dass bei dem durch das BVA vorgelegten Anpassungsvorschlag, zusätzlich auch dem Ziel die Manipulationsresistenz des Modells zu erhöhen, Rechnung getragen wird.

Als notwendige Modifikationen führt der GKV-SV insbesondere Anpassungen bei der Arzneimittelvalidierung stationärer Nebendiagnosen an, um so die Gewährleistung der Versorgungsneutralität des Verfahrens zu sichern:

- **Akut-rezidivierender Verlauf:** Für DxGruppen mit akut-rezidivierendem Verlauf müssen im Rahmen des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel“ mindestens 10 Behandlungstage nachgewiesen werden. Erfolgt die Behandlung des Versicherten im Krankenhaus, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass die notwendige Arzneimittelgabe wesentlich im Krankenhaus erfolgt und somit keine zusätzliche ambulante Verordnung vorliegt, sodass das Aufgreifkriterium aufgrund der fehlenden Daten über Krankenhausverordnungen nicht erfüllt werden kann. Der GKV-SV hält es daher für notwendig, bei den betroffenen DxGruppen die stationären Nebendiagnosen ohne weitere Prüfung direkt zuzuordnen, sie also faktisch wie Hauptdiagnosen zu behandeln.

(Der AOK-BV fordert dies ebenfalls, TK et al. sehen diese Fälle als theoretisch denkbar an, bewertet sie aber als Einzelfälle, die in Kauf zu nehmen seien, um die Manipulationsresistenz des Modells zu erhöhen. Die Barmer GEK rät nachhaltig von dieser Änderung ab, da gerade durch die strengere Validierung der Nebendiagnosen dem zunehmend zu beobachtenden Verwässerungseffekt bei den Zuschlägen begegnet werde.)

- **Chronischer Verlauf:** Aufgrund der Nichterfassung der Krankenhausverordnungen muss nach Ansicht der GKV-SV auch für DxGruppen mit chronischem Verlauf die Zahl der geforderten Behandlungstage angepasst werden. Hierfür wird vorgeschlagen, im Rahmen der aktuellen Festlegungen die Zahl der geforderten Behandlungstage um die anlassunabhängig festgestellte durchschnittliche Krankenhausverweildauer von acht Tagen (basierend auf dem Jahreswert von 2009) zu reduzieren und somit auf 175 Tage festzulegen. Für spätere Festlegungen wäre zu prüfen, ob diagnosespezifische durchschnittliche Verweildauern angelegt werden sollten.

(Der AOK-BV fordert in diesem Fall die geforderten Behandlungstage von 183 auf 90 herabzusetzen, um den Zeiten des stationären Aufenthaltes, der anschließenden Rehabilitation und möglicher weiterer stationärer Aufenthalte Rechnung zu tragen.

Die BKK Gesundheit spricht sich an dieser Stelle für die konsequente Umsetzung des BVA-Vorschlages aus, es sollte jedoch im Folgejahr eine Prüfung erfolgen, ob die Anzahl der Behandlungstage noch adäquat sei.

Die KBS hält die vorgeschlagene Neubewertung stationärer Nebendiagnosen in der vorliegenden Form für nicht umsetzbar, da keine Arzneimittelzuordnung für die stationäre Behandlung gefordert werden dürfe und die Berechnung von Behandlungstagen nicht umsetzbar sei.)

- **Schweregraddifferenzierung durch Arzneimittel:** Für zukünftige Festlegungen sind aus Sicht des GKV-SV die Auswirkungen der Arzneimittelvalidierung stationärer Nebendiagnosen auf die Morbiditätsgruppen, bei denen eine Schweregraddifferenzierung durch Arzneimittel vorgenommen wird, zu prüfen.

Zusätzlich sind aus Sicht des GKV-SV zumindest zu einem späteren Zeitpunkt folgende Punkte zu prüfen:

- **M2Q-Kriterium:** Da das fallbezogene Abrechnungsverfahren in der stationären Behandlung i.d.R. keine quartalsweise Abrechnung kennt, können die Krankenhausdiagnosen lediglich anhand des Entlassungsdatums einem Quartal zugerechnet werden, obwohl sich die Krankenhausbehandlung möglicherweise auf mehrere Quartale bezieht. Wird nun eine Nebendiagnose im Quartal vor der Entlassung aus dem Krankenhaus gestellt und wird diese Diagnose im Quartal der Entlassung ambulant bestätigt, dann würde das M2Q-Kriterium nicht erfüllt werden. Da die Zahl der von dieser Fallgestaltung betroffenen Fälle jedoch vermutlich nicht allzu groß sei und zudem eine Erweiterung der stationären Datenmeldung um das Beginndatum eines Krankenhausaufenthalts erforderlich wäre, hält es der GKV-SV für hinnehmbar, diese Fallgestaltung erst später – bei Verfügbarkeit der Daten – zu prüfen.

(Aus Sicht der KBS müsste das M2Q-Kriterium aus den vorangehend angeführten Gründen für den stationären Bereich neu definiert werden. Kurative Therapieansätze in der Behandlung von Krankheiten blieben unberücksichtigt. TK et al. sowie Barmer GEK weisen

demgegenüber in diesem Zusammenhang darauf hin, dass weniger als 0,1% der Krankenhausfälle mehr als ein Quartal nach der Aufnahme enden, ca. 92% der Fälle enden im Quartal der Aufnahme.)

- **Kodierrichtlinien (insb. Sterndiagnosen):** Ebenfalls müsste nach Einschätzung des GKV-SV zumindest zu einem späteren Zeitpunkt geprüft werden, inwieweit und in welchem Umfang die Kodierpraxis bzw. Kodiervorgaben durch die deutschen Kodierrichtlinien weiteren Anpassungsbedarf durch die Einführung von Ausnahmen in jedem Fall zu berücksichtigender Nebendiagnosen erforderlich machen. Dabei seien insbesondere die Regelungen zu den Sterndiagnosen sowie die lt. Kodierrichtlinien (vgl. Deutsche Kodierrichtlinien S. 83ff.) vom Behandlungsgeschehen abhängige Kodierung von Primärtumor und Metastasen zu beachten. Als weiteres Beispiel, bei dem durch die geänderte Berücksichtigung der Nebendiagnosen aufgrund der bestehenden Kodierrichtlinien das Krankheits- bzw. Versorgungsgeschehen weniger genau abgebildet werden kann, wird die DxG350 „Herzstillstand/Schock“ aufgeführt, die bei bekannter Grunderkrankung als Nebendiagnose zu kodieren ist, in vielen Fällen jedoch zu maximalem Behandlungsaufwand und langfristigen Folgekosten führen könne und somit für eine Schweregraddifferenzierung deshalb von Bedeutung bleibe.

(Der AOK-BV weist auf die gleiche Problematik hin und kommt in seiner Stellungnahme zu der Schlussfolgerung, dass alle DxG mit akutem Verlauf, die ansonsten aufgrund von Kodierregeln zu willkürlich unterschiedlicher Berücksichtigung einzelner stationärer Diagnosen führen würden, wie Hauptdiagnosen behandelt werden müssten.)

Weitere ergänzende Stellungnahmen:

Barmer GEK, BKK Gesundheit, BKK Bundesverband; TK et al. und SBK begrüßen die vom BVA vorgeschlagene Neuregelung der Behandlung stationärer Nebendiagnosen ausdrücklich. Barmer GEK weisen zusätzlich darauf hin, dass der BVA-Vorschlag in der Zielerreichung dem Vorschlag der Barmer GEK aus dem Vorschlagsverfahren der Unterscheidung in CCL-relevante und nicht CCL-relevante Nebendiagnosen vergleichbar sei, der BVA-Vorschlag dem der Barmer GEK hinsichtlich des zur Umsetzung notwendigen Aufwandes allerdings unstrittig überlegen sei.

KBV/BÄK halten die vom BVA vorgeschlagene Neuregelung unter Validitätsaspekten für sehr konsistent. Da der durch die Neuregelung verursachte Rückgang der Modellgüte fast vollständig durch andere Anpassungsmaßnahmen kompensiert würde, sei das neue Klassifikationsmodell bei gleicher Vorhersagekraft weniger manipulationsanfällig als das bisherige.

IKK e.V. begrüßt den BVA-Vorschlag als Schritt in die richtige Richtung. Jedoch sei das BVA auf halbem Wege stehen geblieben. Der IKK e.V. sieht es aufgrund der Erfahrungen mit den in

der Öffentlichkeit diskutierten Manipulationsversuchen im Bereich der stationären Nebendiagnosen als notwendig an, der Manipulationssicherheit noch größere Bedeutung zuzumessen, und schlägt vor, statt dem vom BVA vorgeschlagen Modell das Modell 2 des Festlegungsentwurfs umzusetzen, in dem Nebendiagnosen nur noch bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich einen Zuschlag generieren.

Die DAK begrüßt die Bemühung des BVA, Manipulationsanreize zu reduzieren. Das vom BVA vorgeschlagene Verfahren sei als „schnelle, zeitlich begrenzte Maßnahme“ gegen die bekanntgewordenen Manipulationen von Krankenhausabrechnungen zu akzeptieren. Sie weist jedoch darauf hin, dass einerseits auch trotz dieser Maßnahme weiterhin Manipulationsanreize bestünden, während andererseits die Reduktion von Manipulationsanreizen nicht zu einer immer weitergehenden Verringerung des Morbiditätsanteils der Zuweisungen führen sollte. Aus Sicht der DAK sollten vordringlich Verfahren entwickelt werden, die Manipulationen bei Kassen zuverlässig aufdecken können sowie eine konsequente Bestrafung manipulierender Kassen erfolgen.

Der AOK-BV kommt zu dem Schluss, dass die Gleichstellung von stationären Nebendiagnosen mit ambulanten Diagnosen auf das notwendige Maß zurückzuführen sei, das zur Beseitigung der Manipulationsanfälligkeit erforderlich sei. Dies könne in der Form erfolgen, dass die CCL-relevanten Nebendiagnosen wie Hauptdiagnosen berücksichtigt werden sollten. Sollte das BVA diesem Vorschlag nicht folgen oder ihn nicht umsetzen können, so müssten zumindest die jeweiligen (vorangehend als Ergänzung zum Punkt „Kodierrichtlinien“ des GKV-SV bereits dargestellten) Änderungsvorschläge und Ausnahmen vom BVA umgesetzt werden. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, für die zukünftige Weiterentwicklung des MRSA die Berücksichtigung stationär verabreichter Arzneimittel sowie der Informationen aus Operations- und Prozedurenschlüssel vorzusehen. Die Erhebung der hierzu erforderlichen Daten solle in der GKV vorbereitet werden.

Die Deutsche BKK kann die vom BVA vorgeschlagene Anpassung nicht nachvollziehen, da in diesem Fall GKV-weit der Anteil der morbiditätsbedingten Zuweisungen weiter abnehmen würde, was zu Lasten der Versorgerkassen gehe, die eine hohe Morbidität in ihrer Versichertenpopulation zu bewältigen hätten. Die Prüfung der Gütemaße zeige, dass der BVA-Vorschlag zu einer Verschlechterung gegenüber dem Status quo führe. Dabei sei zu beachten, dass die beobachtete, leichte Verschlechterung der Gütemaße für die gesamte GKV für Kassen mit einer überdurchschnittlichen Morbidität deutlich stärker negative Auswirkungen habe.

Die KBS hält die vorgeschlagene Neubewertung der stationären Nebendiagnosen für nicht umsetzbar (siehe auch oben). Die Hinnahme der mit dem Vorschlag verbundenen Einbußen der Güte der Erklärungskraft nur um die Manipulationsresistenz des Modells zu erhöhen, wird von der KBS als befremdlich empfunden. Manipulationen zu identifizieren und zu sanktionieren obliege dem Prüfverfahren.

4.3 Bewertung der Stellungnahmen / Untersuchung

Die Mehrzahl der eingegangenen Stellungnahmen begrüßt generell die im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Änderungen und enthält eine Vielzahl an hilfreichen und nachvollziehbaren Hinweisen und Ergänzungen zum vorgeschlagenen Verfahren. Die in einzelnen Stellungnahmen aufgezeigten, zum Teil sehr detailliert ausgearbeiteten Anpassungsvorschläge und Detailregelungen zeigen, dass keineswegs von einer pauschalen Nichtumsetzbarkeit des Modells ausgegangen werden kann. Die mehrfach vorgetragene Kritik, dass eine Erhöhung der Manipulationsresistenz nicht Aufgabe des Klassifikationssystems, sondern nachgelagerter Prüfungen sei, kann nicht nachvollzogen werden. Jegliche Art von Klassifikations- und Umverteilungssystemen entwickelt zwangsläufig immer auch systemimmanente Anreizwirkungen. So stellte z.B. der starke Anreiz zur Risikoselektion im Altverfahren einen wesentlichen Grund für die Weiterentwicklung des Alt-RSA zum Morbi-RSA dar. Die Forderung, die (Weiter-) Entwicklung eines Klassifikations- und insbesondere auch eines Umverteilungssystems losgelöst von der Betrachtung der durch dieses System gesetzten Anreizwirkungen zu betreiben, hat leider keinerlei Bezug zu den realen Begebenheiten. So werden in § 268 Abs.1 SGB V die Zielvorgaben, Anreize zur Risikoselektion zu verringern und keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen zu setzen, nicht ohne Grund gleichrangig nebeneinander gestellt.

Arzneimittelvalidierung stationärer Nebendiagnosen

Die Anmerkungen des GKV-SV zur Arzneimittelvalidierung stationärer Diagnosen sind sachgerecht und nachvollziehbar. Sie lassen sich in ihrer Grundform mit verhältnismäßig geringem Aufwand in den Aufgreifalgorithmus integrieren und werden nachfolgend als Modell 6 in Tabelle 3 dargestellt.

Modell 6: Stationäre Nebendiagnosen werden wie ambulante Diagnosen berücksichtigt. Bei Vorliegen der Aufgreifkriterien „stationär erforderlich“ sowie „Arzneimittelvalidierung: akut-rezidivierend“ erfolgt eine direkte Berücksichtigung. Bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „Arzneimittelvalidierung: chronisch“ wird die Zahl der zur Berücksichtigung erforderlichen Behandlungstage für die stationäre Nebendiagnose um 8 BT abgesenkt (ambulante Diagnosen müssen in diesem Fall weiterhin 183 BT erfüllen).

Tabelle 3: Anpassung der Arzneimittelvalidierung

Modell		R ²	CPM	MAPE
SQ	Status quo	25,54%	22,84%	1.846,28 €
5	Festlegungsentwurf: ND wie ambulante Diagnosen, wie HD bei "stationär erforderlich"	25,10%	22,42%	1.856,27 €
6	Stationäre ND wie ambulante Diagnosen, wie HD bei "stationär erforderlich" oder "Arzneimittel: akut-rezidivierend", -8 BT bei "Arzneimittel: chronisch" und stat. ND	25,12%	22,44%	1.855,86 €

Es zeigt sich, dass die Anpassung der Arzneimittelvalidierung in Modell 6 wie erwartet eine (allerdings relativ leichte) Verbesserung aller Kennzahlen bewirkt. Die Zahl der berücksichtigten HMG steigt im Vergleich zum Festlegungsentwurf um 5.926 (+0,16%) an. Aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats und des BVA sollte den vorangehend untersuchten Änderungsvorschlägen – insbesondere auch unter dem Aspekt der Versorgungsneutralität – gefolgt werden. Modell 6 bildet damit den Ausgangspunkt der folgenden Auswertungen.

Als Merkposten für zukünftige Festlegungen verbleiben nachfolgende Punkte, die aktuell aus zeitlichen Gründen und z.T. auch aufgrund fehlender Daten nicht behandelt werden konnten: Die Prüfung einer differenzierten Betrachtung diagnosespezifischer Krankenhausverweildauern im Rahmen des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel: chronisch“. Eine mögliche größere Vereinheitlichung der arzneimittelbasierten Schweregraddifferenzierungen sowie die mögliche Einführung einer zusätzlichen M2Q-Prüfung für alle akut-rezidivierenden DxGruppen.

M2Q-Kriterium

Das BVA folgt der Einschätzung des GKV-SV, dass die Anzahl der betroffenen Versicherten als vergleichsweise gering einzuschätzen ist und daraus keine Auswirkungen auf die aktuellen Festlegungen abzuleiten sind. Eine Prüfung der Fallkonstellation könnte ebenfalls erst mit einer erweiterten Datenmeldung erfolgen. Aus Sicht des BVA ist dabei zweifelhaft, ob der zu erwartende erzielbare Genauigkeitsgewinn einer weiteren Differenzierung in diesem Bereich den dafür entstehenden Aufwand rechtfertigt.

Kodierrichtlinien (insb. Sterndiagnosen)

Generell sind der Wissenschaftliche Beirat und das BVA der Meinung, dass bei der Entwicklung des Klassifikationssystems möglichst wenige Ausnahmeregelungen getroffen werden sollten und dies auch nur dann, wenn durch die Kodiervorschriften eine systematische Verzerrung der Gewichtung der betroffenen Diagnosen gegenüber den „normalen“ Diagnosen entsteht. Aus Sicht des BVA kann eine solche systematische Verzerrung tatsächlich im Fall der Sterndiagno-

sen, die explizit nicht als Hauptdiagnosen kodiert werden dürfen, festgestellt werden. Gleiches gilt für die vom GKV-SV aufgeführte vom Behandlungsgeschehen abhängige Kodierung von Primärtumor und Metastasen, die dazu führen kann, dass Metastasen, die im Klassifikationssystem die dominierende Morbiditätsgruppe (in diesem Fall die höchste Schwerestufe der zugrundeliegenden Krebserkrankung) darstellen, in einigen Fällen als Nebendiagnosen kodiert werden müssen, während der Primärtumor als Hauptdiagnose zu kodieren ist.

Für die in diesem Zusammenhang ebenfalls genannte DxG Herzstillstand kann aus Sicht des BVA eine solche systematische Verzerrung nicht festgestellt werden. Tritt der Herzstillstand als „Komplikation“ einer anderen Erkrankung auf, so ist er lt. Kodierrichtlinien als Nebendiagnose zu kodieren. Gleiches gilt jedoch für andere Komplikationen genauso, insofern ist aus Sicht des BVA an dieser Stelle kein Ansatzpunkt für eine Ausnahmeregelung gegeben.

In den nachfolgend dargestellten Modellen (Tabelle 4) werden die direkte Zuordnung von Sterndiagnosen (Modell 7) sowie die direkte Zuordnung der DxGruppen DxG033 „Lymphknotenmetastasen“, DxG034 „Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane“ und DxG035 „Metastasen sonstiger Lokalisation“ (Modell 8) analysiert. Modell 9 zeigt die kombinierten Auswirkungen beider Ausnahmeregelungen auf.

Modell 7: Stationäre Nebendiagnosen werden wie ambulante Diagnosen berücksichtigt. Bei Vorliegen der Aufgreifkriterien „stationär erforderlich“ sowie „Arzneimittelvalidierung: akut-rezidivierend“ erfolgt eine direkte Berücksichtigung. Zusätzlich werden Sterndiagnosen ebenfalls direkt berücksichtigt. Bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „Arzneimittelvalidierung: chronisch“ wird die Zahl der zur Berücksichtigung erforderlichen Behandlungstage für die stationäre Nebendiagnose um 8 BT abgesenkt (ambulante Diagnosen müssen in diesem Fall weiterhin 183 BT erfüllen).

Modell 8: Stationäre Nebendiagnosen werden wie ambulante Diagnosen berücksichtigt. Bei Vorliegen der Aufgreifkriterien „stationär erforderlich“ sowie „Arzneimittelvalidierung: akut-rezidivierend“ erfolgt eine direkte Berücksichtigung. Zusätzlich werden die DxG 33, 34 und 35 direkt berücksichtigt. Bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „Arzneimittelvalidierung: chronisch“ wird die Zahl der zur Berücksichtigung erforderlichen Behandlungstage für die stationäre Nebendiagnose um 8 BT abgesenkt (ambulante Diagnosen müssen in diesem Fall weiterhin 183 BT erfüllen).

Modell 9: Stationäre Nebendiagnosen werden wie ambulante Diagnosen berücksichtigt. Bei Vorliegen der Aufgreifkriterien „stationär erforderlich“ sowie „Arzneimittelvalidierung: akut-rezidivierend“ erfolgt eine direkte Berücksichtigung. Zusätzlich werden Sterndiagnosen sowie die DxG 33, 34 und 35 ebenfalls direkt berücksichtigt. Bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „Arzneimittelvalidierung: chronisch“ wird die Zahl der zur Berücksichtigung erforderlichen Behandlungstage für die stationäre Nebendiagnose um 8 BT abgesenkt (ambulante Diagnosen müssen in diesem Fall weiterhin 183 BT erfüllen).

Tabelle 4: Stern-Diagnosen und Ausnahme-DxG

Modell		R ²	CPM	MAPE
SQ	Status quo	25,54%	22,84%	1.846,28 €
5	Festlegungsentwurf: ND wie ambulante Diagnosen, wie HD bei "stationär erforderlich"	25,10%	22,42%	1.856,27 €
6	Stationäre ND wie ambulante Diagnosen, wie HD bei "stationär erforderlich" oder "Arzneimittel: akut-rezidivierend"; -8 BT bei "Arzneimittel: chronisch" und stat. ND	25,12%	22,44%	1.855,86 €
7	Stationäre ND wie ambulante Diagnosen, wie HD bei "stationär erforderlich" oder "Arzneimittel: akut-rezidivierend" oder Sternkode; -8 BT bei "Arzneimittel: chronisch" und stat. ND	25,17%	22,48%	1.855,05 €
8	Stationäre ND wie ambulante Diagnosen, wie HD bei "stationär erforderlich" oder "Arzneimittel: akut-rezidivierend" oder DxG 33,34,35; -8 BT bei "Arzneimittel: chronisch" und stat. ND	25,35%	22,59%	1.852,38 €
9	Stationäre ND wie ambulante Diagnosen, wie HD bei "stationär erforderlich" oder "Arzneimittel: akut-rezidivierend" oder Sternkode oder DxG 33,34,35; -8 BT bei "Arzneimittel: chronisch" und stat. ND	25,40%	22,62%	1.851,66 €

Es wird deutlich, dass die Berücksichtigung der Stern-Diagnosen in Modell 7 zu einer leichten Verbesserung der Kennzahlen führt. Die Zahl der vergebenen HMG steigt im Vergleich zu Modell 6 um 10.138 (+0,27%).

Demgegenüber führt die gesonderte Berücksichtigung der DxG 33, 34, 35 in Modell 8 zu einer vergleichsweise deutlichen Verbesserung der Kennzahlen. Die wesentlichen Änderungen entstehen dadurch, dass nun vorher zugewiesene Tumor-DxG durch Metastasen-DxG dominiert werden, die in Modell 6 nicht berücksichtigt wurden. Insgesamt steigt die Summe der zugewiesenen HMG lediglich um 499, während die Summe der im Modell berücksichtigten DxG um ca. 4.500 ansteigt.

Aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats und des BVA empfiehlt sich die Umsetzung beider Einzelmaßnahmen, die kombinierten Ergebnisse werden in Modell 9 aufgezeigt.

4.4 Zusammenfassung der Anpassung im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Die vorangehend dargestellten und geprüften Anpassungsvorschläge führen – insbesondere aus Sicht der Versorgungsneutralität – zu einer konzeptionellen Verbesserung des Festlegungsvorschlags. Gleichzeitig kann durch die Umsetzung der Vorschläge eine merkliche Verbesserung der Modellkennzahlen erzielt werden, so dass im Zielkonflikt zwischen Zielgenauigkeit und Manipulationsresistenz die durch die striktere Behandlung der Nebendiagnosen bewirkte Reduzierung der Erklärungskraft weiter abgemildert werden kann.

Als in der Festlegung umzusetzendes Modell ergibt sich somit das Modell 9 der vorangehenden Untersuchungen:

Modell 9: Stationäre Nebendiagnosen werden wie ambulante Diagnosen berücksichtigt. Bei Vorliegen der Aufgreifkriterien „stationär erforderlich“ sowie „Arzneimittelvalidierung: akut-rezidivierend“ erfolgt eine direkte Berücksichtigung. Zusätzlich werden Sterndiagnosen sowie die DxG 33, 34 und 35 ebenfalls direkt berücksichtigt. Bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „Arzneimittelvalidierung: chronisch“ wird die Zahl der zur Berücksichtigung erforderlichen Behandlungstage für die stationäre Nebendiagnose um 8 BT abgesenkt.

5 Aufgreifkriterium Arzneimittel

5.1 Stellungnahmen

Aus der Sicht des GKV-SV sollte die Festlegung der Mindestmenge an arzneimittelspezifischen Behandlungstagen empirisch erfolgen. Da zur Berechnung der Behandlungstage definierte Tagesdosen (DDD) zugrunde gelegt werden, sollte bei der Festlegung der erforderlichen Anzahl an Behandlungstagen außerdem das Alter eines Versicherten berücksichtigt werden (ähnlich wie bei der DxG HIV / AIDS mit Dauermedikation geschehen).

5.2 Bewertung

Die Festlegung der Anzahl an erforderlichen Behandlungstagen ist grundlegend für die Zuschlagsgenerierung Arzneimittel-validierter bzw. -schweregraddifferenzierter HMGs. Eine empirische Vorgehensweise zur Ermittlung der erforderlichen Behandlungstage wäre erstrebenswert. Allerdings hat die Erfahrung im Rahmen des Festlegungsprozesses für das Ausgleichsjahr 2011 am Beispiel der Psoriasis gezeigt, dass für bestimmte Altersgruppen (in diesem Fall Kinder) im Rahmen des Stichprobendatensatzes kaum Daten vorhanden sind. Die vorgeschlagene altersdifferenzierte empirische Vorgehensweise macht demnach erst mit dem Vorliegen einer Vollerhebung Sinn. Zudem favorisiert das BVA einen Festlegungsalgorithmus, der für alle arzneimittelrelevanten Krankheitsbilder einheitliche Regelungen ermöglicht. Von einer Umsetzung wird aufgrund der vorausgehenden Überlegungen zumindest im gegenwärtigen Anpassungsprozess abgesehen.

5.3 Ergebnis

Es erfolgt keine Anpassung des Aufgreifkriteriums.

III. Anpassung des Klassifikationsmodells

6 Hierarchie 7 – „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“

6.1 Festlegungsentwurf

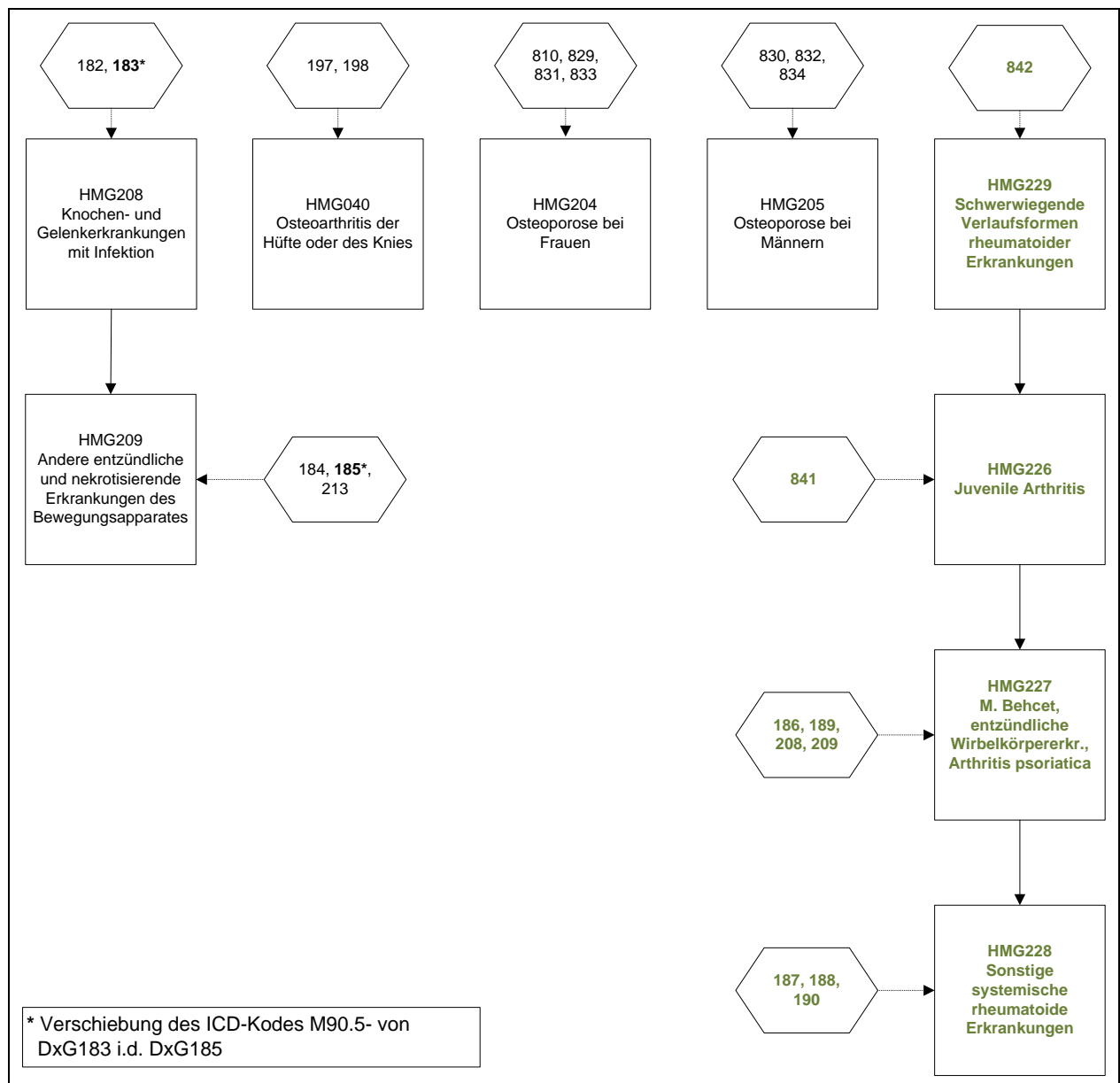
Bedingt durch Veränderungen in der Krankheitsauswahl wurde die Hierarchie bereits im letzten Jahr überarbeitet. Von umfassenden Analysen und weiteren Anpassungen musste damals aber aus Zeitgründen abgesehen werden. Entsprechende Auswertungen und Modifikationen wurden nun nachgeholt: Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt, für Versicherte, die an einer rheumatoiden Erkrankung leiden und hierfür eine (leitlinienkonforme) medikamentöse Basistherapie erhalten, eine gesonderte Zuschlagsgruppe „Schwerwiegende Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen“ (HMG229) an der Spitze des entsprechenden Hierarchiestranges zu bilden.

Darüber hinaus wird beabsichtigt, die (überdurchschnittlich teuren) Formen der juvenilen Arthritis aus der bisher sehr breit gefassten Zuschlagsgruppe „Rheumatoide Arthritis und andere Polyarthropathien“ (DxG188) in der neuen Diagnosegruppe DxG841 zusammenzufassen und auf deren Basis eine eigenständige Zuschlagsgruppe „Juvenile Arthritis“ (HMG226) zu bilden. Die im Strang verbleibenden rheumatischen Erkrankungen sollen in zwei weiteren Zuschlagsgruppen „Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica“ (HMG227) und „Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen“ (HMG228) zusammengefasst werden.

Schließlich sieht der Entwurf vor, den ICD-Kode M90.5 („Knochennekrose bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten“) unter medizinischen Gesichtspunkten aus der DxG183 „Osteomyelitis“ in die umbenannte DxG185 „Knochennekrosen“ zu verschieben.

Abbildung 1 stellt die im Festlegungsentwurf vorgesehenen Anpassungen der Hierarchie 7 grafisch zusammen.

Abbildung 1: Anpassung der Hierarchie 7 (Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“) in der Entwurfssfassung



6.2 Stellungnahmen

Die im Festlegungsentwurf vorgestellte Schweregraddifferenzierung rheumatischer Erkrankungen über verordnete Arzneimittel trifft im Anhörungsverfahren generell auf breite Zustimmung (GKV-SV, BKK-BV, Barmer GEK, DAK, Deutsche Rheumaliga, KBV). Bezüglich der konkreten Ausgestaltung des Ansatzes allerdings löst der Vorschlag ein geteiltes Echo aus. Seitens der DAK und der Deutschen Rheumaliga wird die vorgesehene Änderung ausdrücklich gelobt. Während BKK-BV, Barmer GEK und KBV alternative Wirkstofflisten für die Zuordnung in die HMG229 diskutieren, legen GKV-SV und AOK-BV ein abweichendes Modell nahe, das die Bildung von nicht nur einer, sondern von zwei unterschiedlichen „Arzneimittelgruppen“ vorsieht. Eine derart differenzierte Ausgestaltung wiederum, bei der die Zuschlagshöhe von der jeweils gewählten Arzneimitteltherapie abhinge (die im Übrigen zunächst auch der Wissenschaftliche Beirat ins Auge gefasst, aus Anreizgründen aber wieder verworfen hatte), kritisiert der IKK e.V. entschieden.

Die angestrebte Ausgliederung der juvenilen idiopathischen Arthritis wird insgesamt sehr positiv aufgenommen (GKV-SV, TK et al., Deutsche Rheumaliga, KBV). GKV-SV und TK et al. regen jedoch an, auch den bei der Ausgliederung nicht berücksichtigten Morbus Still (ICD-Kode M06.1-) in die neue DxG841 („Juvenile Arthritis“) einzugliedern, da er aus medizinischer Sicht der juvenilen Arthritis zuzuordnen sei.

Was eine mögliche weitere Ausdifferenzierung der entzündlichen Arthropathien anbelangt, greifen GKV-SV und TK et al. einen Vorschlag des AOK-BV aus dem Vorjahr auf, der vorsieht, komplizierte Verlaufsformen der chronischen Polyarthrits, die sich durch eine Beteiligung der Gefäße oder anderer Organe auszeichnen, in einer eigenen Diagnosegruppe zusammenzufassen und diese gegebenenfalls in eine höherwertige HMG zu verschieben.

6.3 Berücksichtigung von Arzneimitteln zur Identifikation schwerwiegender Verlaufsformen rheumatischer Erkrankungen

Bei der Überarbeitung des die rheumatischen Erkrankungen umfassenden Hierarchiestranges hat das BVA verschiedene Modelle zur Bildung einer Zuschlagsgruppe für die schwereren Verlaufsformen rheumatischer Erkrankungen (die durch die dauerhafte Therapie bestimmter Arzneimittelwirkstoffe definiert worden ist) untersucht, bei denen die zum Aufgreifen verwendete Arzneimittelauswahl jeweils unterschiedlich ausgestaltet worden ist. Bei der Abgrenzung der Gruppe wurde im Festlegungsentwurf einer Variante mit einer eher breit definierten Wirkstoffliste, die neben den so genannten „Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs“ (DMARD) auch die sehr häufig zur Behandlung eingesetzten Glucocorticoide umfasst, der Vorzug gegeben. Somit konzentriert sich der Anpassungsvorschlag nicht nur auf die besonders teuren Wirkstoffe, sondern auf das Gesamtspektrum aller hinreichend spezifischen Arzneimittel.

6.3.1 Untersuchung / Diskussion

Bei seiner Empfehlung hatte sich der Wissenschaftliche Beirat explizit gegen einen Vorschlag des GKV-SV entschieden, der eine Schweregraddifferenzierung lediglich über die Gruppe der (eher teuren) Immunsuppressiva vorgesehen hatte (vgl. Tabelle 5, Modelle 1a/1b). Damit wurde bewusst eine Entscheidung gegen das aus statistischer Sicht beste der untersuchten Modelle getroffen. Hintergrund hierfür ist, dass die vom GKV-SV vorgeschlagene Wirkstoffgruppe lediglich einen vergleichsweise kleinen Ausschnitt aus dem möglichen Therapiespektrum einer sehr heterogen verlaufenden und auch heterogen therapierten Erkrankung darstellt. Patienten mit einem durchaus vergleichbaren Erkrankungszustand (also bei identischen „medizinischen Schweregrad“) können gleichwohl temporär oder dauerhaft sehr unterschiedlich therapiert werden. Insbesondere die in den maßgeblichen Versorgungsleitlinien ausgesprochenen Empfehlungen einer möglichst frühzeitig einsetzenden medikamentösen Therapie (etwa mit den bereits erwähnten DMARD) sprechen dagegen, bei einer – wie auch immer ausgestalteten – Zuschlagsdifferenzierung über Arzneimittel einzelne der für die Behandlung wesentlichen Wirkstoffe unberücksichtigt zu lassen. Die von der Barmer GEK in ihrer Stellungnahme vorgetragene Bitte, bei der Anpassung der Klassifikation das Modell 1b (vgl. Tabelle 5) des Festlegungsentwurfes umzusetzen, erscheint unter diesem Aspekt nach wie vor problematisch. Ähnlich verhält es sich mit dem Vorschlag von KBV und BÄK, die sich in ihrer Stellungnahme aus Anreizgesichtspunkten (Vermeidung unnötiger Verordnungen von Glucocorticoiden) für die Umsetzung der Modellvariante 2b aussprechen, bei der neben den DMARD keine weiteren Wirkstoffe berücksichtigt werden und somit im Vergleich zum Festlegungsvorschlag (vgl. Tabelle 5, Modell 3b) die Gruppe der in der Therapie häufig und leitlinienkonform eingesetzten Glucocorticoide entfallen würde.

Verständnisprobleme ergeben sich bei der Bewertung des Vorschlages des BKK-BV, der darum bittet, ein Modell zu prüfen, bei dem die Immunsuppressiva gänzlich unberücksichtigt bleiben und eine Zuordnung in die neue Zuschlagsgruppe lediglich bei Dauermedikation mit den übrigen spezifischen Antirheumatika und Glucocorticoiden erfolgen soll. Begründet wird dies mit der Ansicht, dass die Gruppe der Immunsuppressiva Wirkstoffe der „Basistherapie“ enthalte, die sich zur Identifikation schwerwiegender Fälle nicht eignen. Dabei lässt der Vorschlag allerdings gänzlich außer Acht, dass die Liste der verbleibenden Wirkstoffe überwiegend weitere Basistherapeutika enthalten würde. Zudem ist die in der Stellungnahme zum Ausdruck gebrachte Hoffnung, der vorgeschlagene Ansatz könne zur Steigerung der Gütemaße des Klassifikationsmodells beitragen, mit Blick auf die Kennzahlen der bereits untersuchten Modelle (vgl. Tabelle 5) offensichtlich unberechtigt: Die Versicherten mit einer rheumatoiden Erkrankung, die in Modellgruppe 1 aufgrund einer anhaltenden Behandlung mit Immunsuppressiva „isoliert“ werden, weisen zusätzliche Folgekosten in Höhe von etwa 5.000-6.000 Euro jährlich auf. Würden diese Versicherten nun durch die Streichung der entsprechenden ATC-Kodes (L04A*) nicht mehr in der höchsten Morbiditätsgruppe berücksichtigt werden, erhielten sie lediglich einen Zuschlag über eine der drei untergeordneten „Basisgruppen“. Für das vom BVA im Festlegungsentwurf vorgeschlagene Modell 3b hätte dies zwangsläufig das Absinken des Kostengewichts der an der Hierarchiespitze stehenden „HMG_AM“ zur Folge, während sich im Gegenzug ein Anstieg der Schätzer für die HMG206, HMG207 und HMG038 vorhersagen lässt. Ein Absinken der Gütemaße wäre die logische Konsequenz.

Tabelle 5: Varianten einer arzneimittelbasierten Schweregraddifferenzierung rheumatologischer Erkrankungen

Modellgruppe			MODELLE IM FESTLEGUNGSENTWURF								VORSCHLAG GKV-SV			
			1		2		3		5					
berücksichtigte Wirkstoffklassen			Immunsuppressiva		DMARD (Immuns. & spez. Antirheumatika)		DMARD + Glucocorticoide (SAR)		(I) L04A* (II) übrige ATC aus Modell 3					
ATC-Kodes			L04A*		L04A*, L01XC, P01BA, M01CB, M01CC, M01CX		L04A*, L01XC, P01BA, M01CB, M01CC, M01CX, H02AB, H02BX		L01XC, P01BA, M01CB, M01CC, M01CX, H02AB, H02BX					
Modell	Modell 2011		Modell 1a	Modell 1b	Modell 2a	Modell 2b	Modell 3a	Modell 3b	Modell 5a	Modell 5b				
R ²	25,5450%		25,6526%	25,6528%	25,6321%	25,6321%	25,6403%	25,6401%	25,6794%	25,6796%				
CPM	22,8422%		22,9557%	22,9551%	22,9299%	22,9296%	22,9389%	22,9385%	22,9864%	22,9865%				
MAPE	1.846,28 €		1.843,56 €	1.843,58 €	1.844,18 €	1.844,19 €	1.843,96 €	1.843,97 €	1.842,83 €	1.842,83 €				
Risikogruppe		Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N	
HMG_AM	Schwerwiegende Verlaufsformen	-		5.348 €	7.880	6.030 €	7.880	3.582 €	14.913	4.133 €	14.913	3.036 €	24.508	
HMG_AM (II)	rheumatischer Erkrankungen	-		-		-		-		-		1.889 €	15.646	
HMG206	Arthritis psoriatica	2.035 €	3.058	1.314 €	3.058	1.615 €	2.401	819 €	3.058	1.269 €	1.818	773 €	3.058	
HMG207	n.n.bez. Psoriasis-Arthropathie	1.294 €	3.642	792 €	3.642	870 €	3.110	446 €	3.642	693 €	2.623	407 €	3.642	
HMG038	Rheumatoide Arthritis und entzdl. Bindegeweserkr.	1.038 €	89.153	660 €	89.153	644 €	82.692	552 €	89.153	528 €	76.915	356 €	89.153	
		206 ↓ 207 ↓ 038		206 ↓ 207 ↓ 038	AM	AM ↓ 206 ↓ 207 ↓ 038		206 ↓ 207 ↓ 038	AM	AM ↓ 206 ↓ 207 ↓ 038		206 ↓ 207 ↓ 038	AM (I) ↓ AM (II) ↓ 206 ↓ 206 ↓ 038	

Dem Problem, das sich bei der Umsetzung der Modelle von Barmer GEK und BKK-BV durch den Ausschluss einzelner Wirkstoffe ergeben würde, begegnen GKV-SV und AOK-BV, indem sie für eine Alternative plädieren, die bereits bei den Beratungen des Wissenschaftlichen Beirats bei der Ausarbeitung der Empfehlungen für den Festlegungsentwurf diskutiert worden war.

Der Vorschlag sieht vor, weiterhin alle vom BVA aufgelisteten Arzneimittelwirkstoffe beim Aufgreifen der Versicherten mit rheumatoiden Erkrankungen und entsprechender medikamentöser Dauertherapie zu berücksichtigen. Im Gegensatz zum Festlegungsentwurf aber sollen hierbei in Abhängigkeit der verordneten Wirkstoffe nicht nur eine, sondern zwei Morbiditätsgruppen gebildet werden. Für eine Zuordnung in die höchste Zuschlagsgruppe sollen die Immunsuppressiva herangezogen werden, während eine langfristige Behandlung mit den verbleibenden DMARD und/oder den Glucocorticoiden zu einer Zuordnung in eine untergeordnete HMG führen würde. Auf Bitte des GKV-SV wurde auch dieses Modell simuliert. Die resultierenden Kennzahlen lassen sich ebenfalls Tabelle 5 (Modellgruppe 5) entnehmen. Erwartungsgemäß ergibt sich aus einem derart differenzierten Modell eine weitere Verbesserung der Gütemaße.

Mehrheitlich stimmen die eingegangenen Vorschläge (GKV-SV, Barmer GEK, BKK-BV, AOK-BV) in ihrer grundsätzlichen Zielsetzung überein, die „statistische Performance“ des Klassifikationsmodells durch die Bildung kostenhomogener Zuschlagsgruppen erhöhen zu wollen. Hierfür sei es nötig, die Versicherten entsprechend ihrer Folgekosten in möglichst treffende Gruppen zusammenzuführen. Im konkreten Beispiel müsse daher dafür Sorge getragen werden, dass eine zu umfangreiche, „alle Behandlungsalternativen abbildende Arzneimittelliste“ nicht den resultierenden Zuschlag verwässere (Barmer GEK), damit eine Konstellation, in der eine „Überdeckung bei Versicherten [auftritt], die einen geringen Versorgungsaufwand verursachen, während die Ausgaben von Versicherten mit einem deutlich höheren Versorgungsaufwand nicht gedeckt sind“ (GKV-SV) vermieden werde.

Die Ausführungen beschreiben einen sehr wichtigen – aber mitnichten den einzigen – Aspekt, der bei der Weiterentwicklung des Modells beachtet werden muss. Zweifelsohne ist es von zentraler Bedeutung, mögliche (und für eine Krankenkasse vorhersehbare) Über- und Unterdeckungen auf Ebene einzelner Versicherter zu senken, um ggf. bestehende unerwünschte Selektionsanreize auf Seiten der Krankenkassen zu minimieren. Folge dieser Sichtweise ist, dass auch das BVA bei der Bewertung verschiedener Ausgestaltungsalternativen das Hauptaugenmerk auf die Entwicklung der auf das Individuum bezogenen Kennzahlen R^2 , CPM und MAPE legt. Unbeachtet darf hierbei jedoch nicht bleiben, dass eine perfekte Deckung von Leistungsausgaben und Zuweisungen auf Ebene der einzelnen Versicherten (und damit scheinbar „perfekte“ Gütemaße) eben nicht das Ziel des Ausgleichsverfahrens ist. Dass die tatsächlichen Leistungsausgaben eines Versicherten im Regelfall von den (durch seinen Morbiditätsstatus ausgelösten) Zuweisungen abweichen, ist impliziter Bestandteil des Standardisierungsverfahrens und zur Vermeidung von rein ausgabenorientierten Zuweisungen zwingend notwendig.

Ein Abweichen von der (individual-)statistisch gesehen optimalen Alternative ist durchaus sinnvoll, wenn gewichtige Argumente dagegen sprechen. Im vorliegenden Fall – der Schweregraddifferenzierung der rheumatoiden Erkrankungen über Arzneimittel – hätte die Bildung unterschiedlicher verordnungsabhängiger Zuschläge zur Folge, dass ein analoges Vorgehen auch an anderen Stellen des Klassifikationssystems diskutiert werden müsste.

Grundsätzlich lassen sich nahezu alle im Regelfall mit Arzneimitteln behandelten Krankheitsbilder noch weitaus differenzierter zu kostenhomogenen Zuschlagsgruppen zusammenfassen, als dies im gegenwärtigen Modell der Fall ist. Die Gewährung unterschiedlich hoher Zuschläge für ein und denselben Gesundheitsstatus auf Grundlage der jeweils eingesetzten Therapieform käme dabei einer nicht unwesentlichen Abkehr von der bisherigen Systemausgestaltung gleich. Ohne die Möglichkeit einer entsprechenden Differenzierung der Zuschläge für die Zukunft generell auszuschließen, sei darauf hingewiesen, dass es zwingend erscheint, sich hieraus möglicherweise ergebende negative Anreize auf der Versorgungsebene – bereits vor einer Umsetzung – sehr ausführlich zu diskutieren.

Um die Unbedenklichkeit des vorgeschlagenen Arzneimittelsplits zu untermauern, zitiert der GKV-SV das von Prof. Glaeske im Jahr 2005 verfasste Gutachten „Anpassung des Klassifikationsmodells RxGroups an die speziellen Voraussetzungen in der GKV“. Die Ausarbeitung gelangt zu der generellen Einschätzung, dass für einen Arzneimittelgrouper unerwünschte Anreize und Manipulationsstrategien seitens der Krankenkassen eher nicht zu befürchten sind: „Die Unterstellung, dass Kassen systematisch an die behandelnden Ärzte mit dem Ziel herantreten, um sie zur Verletzung ihrer berufs- und vertragsärztlichen Pflichten aufzufordern, ist unrealistisch.“ Dennoch wird in Abschnitt 5.2.1 des Gutachtens („Behandlung des gleichen Schweregrades mit unterschiedlichen Medikamenten“) am Beispiel unterschiedlicher Zuschlagshöhen für lipidsenkende Mittel bzw. Antihypertonika auf verbleibende Anreizprobleme hingewiesen. Um möglichen negativen Anreizwirkungen entgegenzukommen, könnten diese durch „Zusammenlegung [der] Gruppen eliminiert werden.“ Dies entspricht grundsätzlich dem Vorgehen des BVA mit der Bildung einer breit gefassten Wirkstoffliste. Weiter wird ausgeführt: „Die unterschiedlichen Zuschläge mögen [...] zwar prinzipiell erklär- und auch vertretbar sein – in der Realität sollten gerade solche denkbaren Probleme, die auf die gleichrangige Nutzung verschiedener Arzneimittel mit unterschiedlichen Zuschlägen zurückzuführen sind, [...] sorgfältig beobachtet werden, damit nicht aufgrund fehlleitender Anreize eine mögliche wirtschaftliche Verordnung konterkariert wird.“ Diese Überlegungen verdeutlichen, dass die Einführung mehrerer Arzneimittelzuschläge sehr sorgfältig zu diskutieren ist. Eine Umsetzung des Vorschlags von GKV-SV und AOK-BV zum gegenwärtigen Zeitpunkt scheint schon aus diesem Grund problematisch.

Bezieht man sich nun konkret auf die für Modell 5 vorgeschlagene Abgrenzung der Immunsuppressiva (ATC-Kodes L04A*), so fällt auf, dass die Gruppe nicht nur die vom GKV-SV angeführten „Zweitlinientherapeutika“ enthält, sondern auch das als Basistherapeutikum verbreitet eingesetzte (und relativ gesehen „kostengünstige“) Methotrexat (ATC-Kode L04AX03), dessen Verordnung eben nicht, wie vom GKV-SV ausgeführt, „durch zahlreiche Regelungen nicht nur im SGB V stark reglementiert“ ist. Demgegenüber ordnet die Abgrenzung des GKV-SV den (mit überdurchschnittlich hohen Versorgungskosten verbundene) monoklonalen Antikörper Rituximab (L01XC02) – ein „Basistherapeutikum“ der Zweitlinientherapie – in die niedrigere der beiden wirkstoffbasierten Zuschlagsgruppen ein. Selbst wenn man also die oben angerissene

Grundsatzfrage (Sinnhaftigkeit unterschiedlicher „Wirkstoffzuschläge“ für identische Gesundheitszustände) nicht weiter beachtet, verbleiben hinsichtlich des Vorschlages von GKV-SV und AOK-BV offene Fragen, die ebenfalls gegen eine Umsetzung zum jetzigen Zeitpunkt sprechen.

6.3.2 Ergebnis

Aufgrund der nach wie vor bestehenden Bedenken hinsichtlich adverser Anreize erfolgt zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Änderung der Zuordnungslogik. Um weitere Missverständnisse hinsichtlich der gewählten Arzneimittelabgrenzung zu vermeiden, werden jedoch die mit dem Festlegungsentwurf neu eingeführten DxG842 und HMG229 („Schwerwiegende Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen“) umbenannt in „Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation“.

6.4 Aufgliederung der vormaligen DxG188

Auf Anregung des Bundes Deutscher Rheumatologen und der KBV/BÄK hatte das BVA bei der Erarbeitung des Festlegungsentwurfes die Ausgliederung der juvenilen Typen der rheumatoïden Arthritis aus der bisherigen DxG188 untersucht. Berücksichtigt wurden hierbei die ICD-Kodes M08.0-, M08.2- bis M08.9- sowie M09.-. Nicht berücksichtigt wurde bei der Umgestaltung der ICD-Kode M06.1- (Morbus Still). GKV-SV und TK et al. weisen nun darauf hin, dass auch diese Erkrankung der juvenilen idiopathischen Arthropathien zuzuordnen sei und aus diesem Grund gemeinsam mit den oben genannten Codes in die neu geschaffene DxG841 gruppiert werden sollte.

Ein älterer Vorschlag des AOK-BV, der vorsieht, bestimmte schwerwiegende Verläufe der chronischen Polyarthritiden in einer eigenen Diagnosegruppe abzubilden, wurde bei den Analysen für den Festlegungsentwurf zunächst nicht berücksichtigt, da die vorgenommene Überarbeitung des Hierarchiestranges schon ausreichend differenziert erschien. Weil GKV-SV und TK et al. den Ansatz nun in ihren Stellungnahmen aufgreifen und explizit dessen empirische Prüfung wünschen, scheint eine nähere Untersuchung im Nachgang zum Festlegungsentwurf geboten. Konkret wird vorgeschlagen, chronische Polyarthritiden mit Beteiligung der Lunge (M05.1-), mit Beteiligung der Gefäße (M05.2-) bzw. mit Beteiligung anderer Organe (M05.3-) aus der DxG188 auszugliedern und ihren Versorgungskosten gemäß einer anderen Zuschlagsgruppe (bislang HMG228) zuzuordnen.

6.4.1 Untersuchung / Diskussion

Der Vorschlag, den Morbus Still aus der DxG188 ebenso wie die übrigen Formen der juvenilen Arthritis in die neu gebildete DxG841 zu verschieben, kann aus medizinischer Perspektive sehr gut nachvollzogen werden und soll daher empirisch geprüft werden. Ebenfalls soll untersucht werden, ob sich die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells weiter steigern lässt, wenn die chronischen Polyarthritiden (cPA) mit Organbeteiligung in eine eigene Diagnosegruppe überführt wird.

Zu diesem Zweck soll in zwei Schritten analysiert werden, wie sich eine alternative Aufteilung der DxG188 auf die Entwicklung der Kostengewichte auswirkt. In einem ersten Schritt wird zunächst der ICD-Kode M06.1- (M. Still) aus der DxG188 in die DxG841 verschoben. Wie sich bei Betrachtung des Ergebnisses (vgl. Tabelle 6) zeigt, führt die Umgruppierung dazu, dass das Kostengewicht der juvenilen Arthritis im Vergleich zum Festlegungsentwurf weiter anwächst, während das der DxG188 etwas absinkt. Von der Verschiebung des ICD-Kodes sind somit augenscheinlich Versicherte mit besonders hohen Leistungsausgaben betroffen, die durch eine Zuordnung in der DxG841 deutlich besser repräsentiert werden. Die Umsetzung des Vorschlages von GKV-SV sowie TK et al. erscheint somit nicht nur aus medizinischen, sondern auch aus statistischen Gesichtspunkten zielführend.

Tabelle 6: Verschiebung des M. Still aus der DxG188 in die DxG841

FESTLEGUNGSENTWURF			UMGRUPPIERUNG M. STILL		AUSGLIEDERUNG cPA MIT ORGANBETEILIGUNG	
DxG	Beta	N	Beta	N	Beta	N
DxG842 Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	3.015 €	24.521	3.014 €	24.521	2.987 €	24.521
DxG186 Morbus Behcet	316 €	244	317 €	244	309 €	244
DxG187 Systemischer Lupus erythematoses (SLE) / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes	230 €	34.946	230 €	34.946	228 €	34.946
DxG188 Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien	362 €	46.301	360 €	46.266	351 €	45.979
DxG841 Juvenile Arthritiden	2.228 €	1.134	2.236 €	1.195	2.235 €	1.195
DxG188_o Chronische Poliarthritiden mit Organbeteiligung	-	-	-	-	1.328 €	1.056
DxG189 Entzündliche Wirbelerkrankungen	972 €	10.915	972 €	10.915	973 €	10.915
DxG190 Polymyalgia rheumatica	-535 €	8.956	-535 €	8.956	-529 €	8.956
DxG208 Näher bezeichnete Arthritis psoriatica	344 €	3.058	345 €	3.058	346 €	3.058
DxG209 Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie	299 €	6.400	299 €	6.400	306 €	6.400

Ähnlich Schlüsse lassen sich aus der Tabelle auch für den zweiten Vorschlag (die Bildung einer eigenen Diagnosegruppen „DxG188_o“ für Versicherte, die an einer cPA mit Organmanifestation leiden) ziehen. Werden die entsprechenden Codes aus der DxG188 in eine separate Gruppe ausgegliedert, sinkt der Schätzer der DxG188 noch weiter ab, während der der neuen Gruppe sich ca. um den Faktor 4 von der „Ursprungsgruppe“ unterscheidet. Dabei liegt das Kostengewicht in etwa zwischen dem der DxG188 und der DxG841, was die Bildung einer eigenständigen Diagnosegruppe auch unter statistischen Gesichtspunkten zu rechtfertigen scheint.

Bei Umsetzung der beiden Vorschläge ergäbe sich die in Tabelle 7 dargestellte ICD-Zuordnung zu den drei Diagnosegruppen DxG188, DxG188_o und DxG841.

Tabelle 7: Aufteilung der DxG188 in drei DxGs

Gruppe	ICD-Viersteller
DxG188	M05.0 Felty-Syndrom
	M05.8 Sonstige seropositive chronische Polyarthritis
	M05.9 Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet
	M06.0 Seronegative chronische Polyarthritis
	M06.2 Bursitis bei chronischer Polyarthritis
	M06.3 Rheumaknoten
	M06.4 Entzündliche Polyarthropathie
	M06.8 Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis
	M06.9 Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet
	M12.3 Palindromer Rheumatismus
DxG188_o	M05.1 Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis
	M05.2 Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis
	M05.3 Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme
DxG841	M06.1 Adulte Form der Still-Krankheit
	M08.0 Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ
	M08.2 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form
	M08.3 Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form
	M08.4 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form
	M08.7 Vaskulitis bei juveniler Arthritis
	M08.8 Sonstige juvenile Arthritis
	M08.9 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet
	M09.0 Juvenile Arthritis bei Psoriasis
	M09.1 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]
	M09.2 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa
	M09.8 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

6.4.2 Ergebnis

Die in den Stellungnahmen vorgebrachten Anpassungsvorschläge sind aus medizinischen und statistischen Gesichtspunkten nachvollziehbar und sinnvoll. Der ICD-Kode M06.1 („Adulte Form der Still-Krankheit“) wird daher aus der DxG188 in die neue DxG841 („Juvenile Arthritiden“) verschoben. Darüber hinaus bilden die drei Codes M05.1, M05.2 und M05.3 zukünftig eine eigenständige Diagnosegruppe.

6.5 Bildung der Zuschlagsgruppen

Wie schon bei der Erarbeitung des Festlegungsentwurfes stellt sich die Frage, wie sich die aus der Überarbeitung des Modells entstandenen DxGs sinnvoll zu den hierarchisierten Zuschlagsgruppen zusammenfassen lassen. Hierzu wird – ebenso wie bereits für den Festlegungsentwurf praktiziert – eine iterative Aufnahme der einzelnen DxGs in einen strikten Hierarchiestrang vorgenommen, aus dem sich im Anschluss verschiedene Alternativen zur Bildung der HMG ableiten und empirisch bewerten lassen (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Neubildung des Hierarchiestranges für die rheumatoiden Erkrankungen

Iterative Hierarchisierung		ohne Hierarchisierung		Schritt 1		Schritt 2		Schritt 3		Schritt 4		Schritt 5		HMG-Variante 1		HMG-Variante 2			
R ²		25,6515%		25,6417%		25,6417%		25,6418%		25,6416%		25,6414%		25,6413%		25,6412%			
CPM		22,9477%		22,9417%		22,9417%		22,9418%		22,9411%		22,9405%		22,9404%		22,9403%			
MAPE		1.843,75 €		1.843,90 €		1.843,90 €		1.843,89 €		1.843,91 €		1.843,93 €		1.843,93 €		1.843,93 €			
DxG	Bezeichnung	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N		
DxG842	Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	2.987 €	24.521	3.392 €	24.521	3.392 €	24.521	3.392 €	24.521	3.392 €	24.521	3.392 €	24.521	3.391 €	24.521	3.391 €	24.521		
DxG841	Juvenile Arthritiden	2.235 €	1.195	1.568 €	734	1.570 €	734	1.602 €	734	1.656 €	734	1.656 €	734	1.656 €	734	1.656 €	734		
DxG186	Morbus Behcet	309 €	244	868 €	164	740 €	163	780 €	163	927 €	163	927 €	163	645 €	13.614	663 €	11.254		
DxG208	Näher bezeichnete Arthritis psoriatica	346 €	3.058	779 €	1.600	779 €	1.600	842 €	1.585	871 €	1.585	870 €	1.585						
DxG188_o	Chronische Poliarthritis mit Organbeteiligung	1.328 €	1.056	568 €	436	569 €	436	703 €	421	784 €	421	784 €	421						
DxG189	Entzündliche Wirbelerkrankungen	973 €	10.915	556 €	9.237	556 €	9.237	557 €	9.237	618 €	9.085	618 €	9.085						
DxG209	Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie	306 €	6.400	480 €	2.432	480 €	2.432	534 €	2.410	558 €	2.360	557 €	2.360			277 €	58.451	288 €	60.811
DxG187	Systemischer Lupus erythematosodes (SLE) / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes	228 €	34.946	285 €	30.145	285 €	30.145	285 €	30.145	282 €	29.425	305 €	29.425						
DxG188	Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien	351 €	45.979	282 €	29.039	282 €	29.039	286 €	28.451	272 €	27.372	255 €	24.863						
DxG190	Polymyalgia rheumatica	-529 €	8.956	143 €	5.947	144 €	5.947	143 €	5.947	221 €	4.163	221 €	4.163						
															HMG229		HMG229		
															HMG226		HMG226		
															HMG227		HMG227		
															HMG228		HMG228		

Eine zielführende Sortierung der DxGs nach Kostengewichten gelingt bei diesem Vorgehen im insgesamt fünften Iterationsschritt. Die augenscheinlich beste Zusammenfassung der DxGs zu HMGs ergibt sich als (ebenfalls der Tabelle zu entnehmende) „HMG-Variante 1“.

6.5.1 Ergebnis

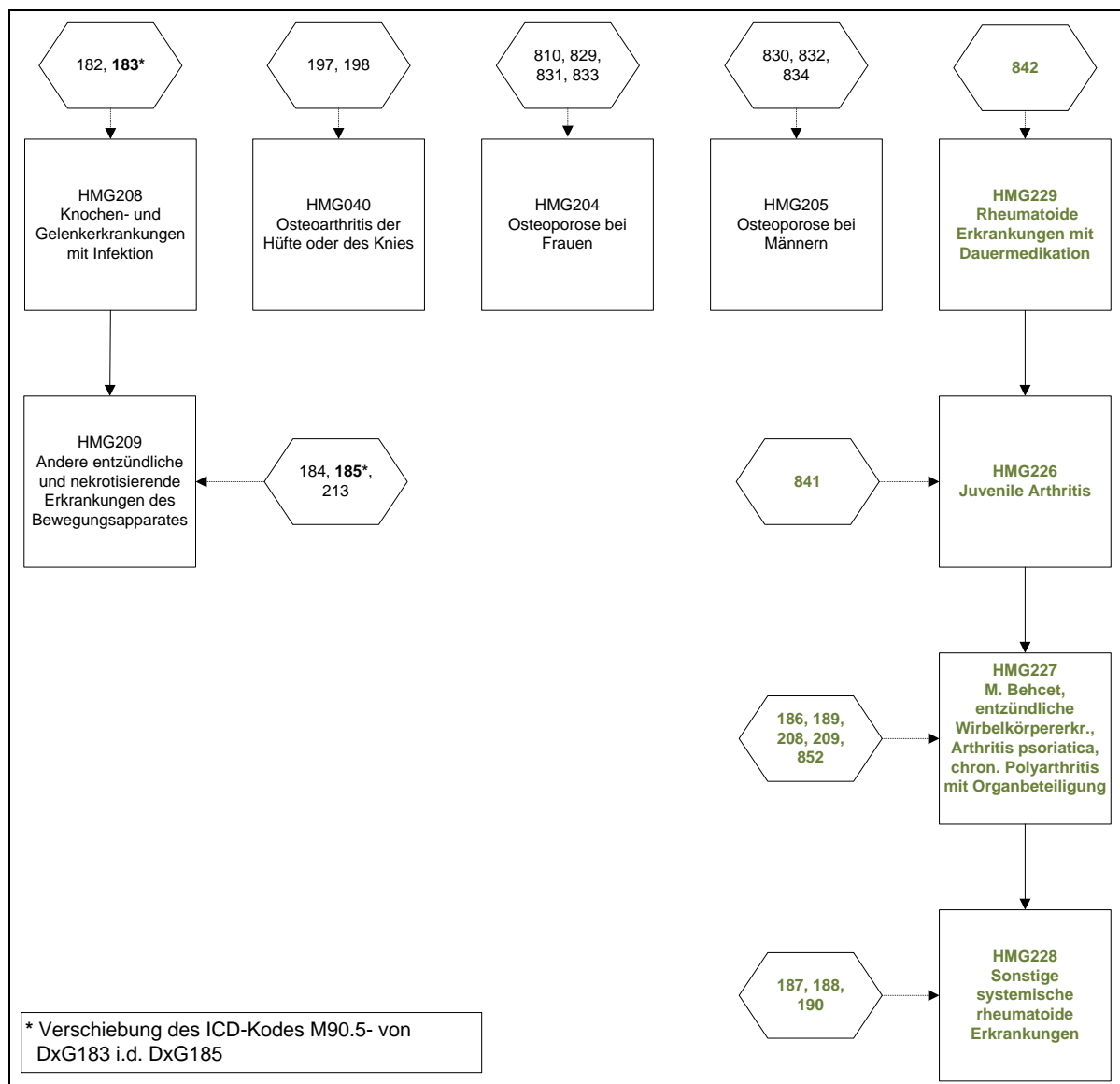
Im Ergebnis stimmt die Zuordnung der DxGs zu den HMGs prinzipiell mit dem Festlegungsentwurf überein. Die im Vergleich zum Entwurf neu entstehende DxG188_o führt zukünftig gemeinsam mit DxG186, DxG189, DxG208 und DxG209 in eine Morbiditätsgruppe.

6.6 Zusammenfassung der Anpassungen der Hierarchie 7 im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Abweichend vom Festlegungsentwurf beschließt das BVA nach Diskussion im Wissenschaftlichen Beirat, den ICD-Kode M06.1- („Adulte Form der Still-Krankheit“) der DxG841 zuzuordnen. Darüber hinaus bilden die ICD-Kodes M05.1-, M05.2- und M05.3- die neue DxG852 („Chronische Polyarthrititis mit Organbeteiligung“), die der HMG227 („Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthrititis mit Organbeteiligung“) zugeordnet wird.

Die DxG842 und die HMG229 erhalten vom Festlegungsentwurf abweichend die Benennung „Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation“.

Abbildung 2: Anpassung der Hierarchie 7 („Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“) für das Ausgleichsjahr 2012



7 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

7.1 Festlegungsentwurf

Der Festlegungsentwurf sah vor, folgende Änderungen für die Hierarchie der hämatologischen Erkrankungen umzusetzen:

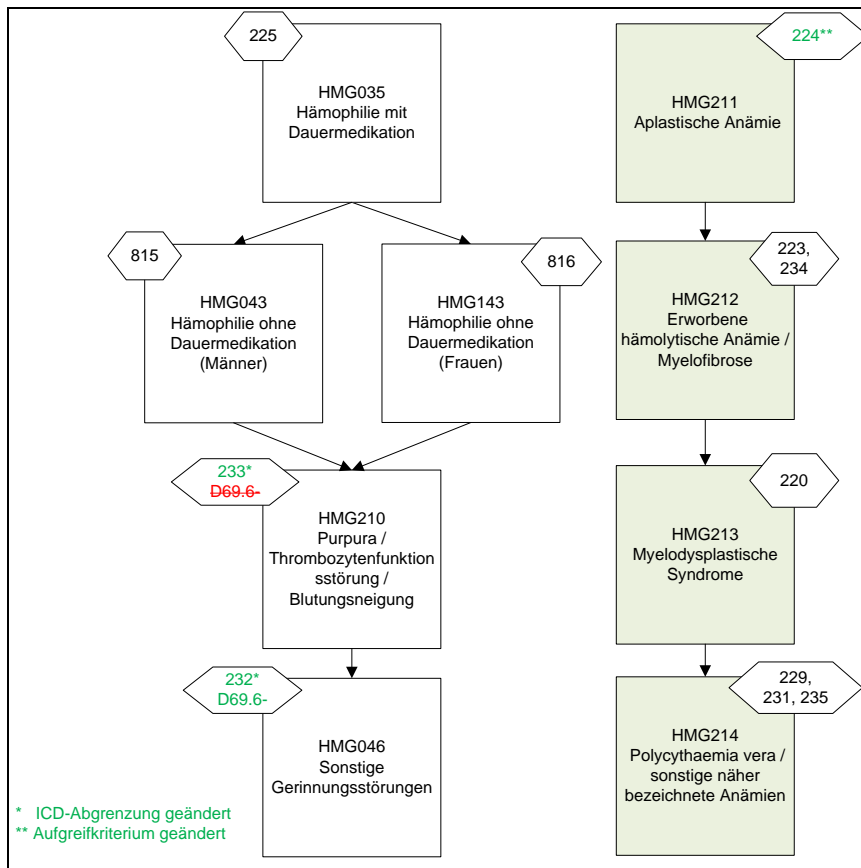
1. Das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die DxG224 „Aplastische Anämie“ wird aufgehoben. Die bisherige Struktur der Hierarchie bleibt erhalten.
2. Die ICD-Kodes der nicht näher bezeichneten Thrombozytopenie (D69.6, D69.60 und D69.61) werden von DxG233 „Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung“ in die DxG232 „Störungen der Blutgerinnung, exkl. angeborener Faktor VIII und Faktor IX-Mangel“ verlagert.

Der im Rahmen des Vorschlagsverfahren vorgebrachte Hinweis, kostenintensive Fälle der HMG046 „Sonstige Gerinnungsstörungen“ anhand des ATC-Fünfstellers B02BD (Blutgerinnungsfaktoren) abzugrenzen und so mittels einer Schweregraddifferenzierung genauer abzubilden, wurde in Anbetracht der geringen Anzahl betroffener Fälle verworfen.

Ebenfalls abgelehnt wurde der Vorschlag, für die idiopathischen thrombozytischen Purpura eine Prüfung anhand der Arzneimittelkriterien „Arzneimittel obligat – 183 Behandlungstage“, einzuführen.

Die entsprechend angepasste Hierarchie würde die in Abbildung 3 dargestellte Form annehmen.

Abbildung 3: Anpassungsvorschlag für die Hierarchie 8 („Hämatologische Erkrankungen“)



7.2 Stellungnahmen

Bezüglich der vorgeschlagenen Änderungen wurden folgende Anmerkungen von Seiten der Anhörungsbeteiligten vorgebracht:

1. Die Aufhebung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG224 „Aplastische Anämie“ wird von GKV-SV, Barmer GEK und KBV/BÄK begrüßt. AOK-BV begrüßt die Aufhebung des Aufgreifkriteriums ebenfalls, macht aber darauf aufmerksam, dass die geplante Veränderung des Aufgreifkriteriums in Verbindung mit der veränderten Regelung der Aufgreifkriterien für stationäre Nebendiagnosen zu einer Hierarchieverletzung führt. TK et al. lehnen die Veränderung des Aufgreifkriteriums ab, da sowohl die mildere als auch die schwerere Form der aplastischen Anämie in der Regel als Krankenhausnebendiagnose kodiert werde. Eine Veränderung des Aufgreifkriteriums würde zusätzliche Manipulationsanreize setzen.
2. Die Umgruppierung der nicht näher bezeichneten Thrombozytopenie wurde von GKV-SV, TK et al., Barmer GEK und AOK-BV als nachvollziehbar bzw. sachgerecht begrüßt. GKV-SV und TK et al. schlagen über diese Umgruppierung eine weitergehende Neuordnung der damit verbundenen HMG046 und 210 vor, da die in ihnen zusammengefassten ICD in der derzeitigen Form nicht kostenhomogen zusammengesetzt seien. TK et al. fordern dabei für die Thrombozytopenien das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.
3. GKV-SV, DAK und Barmer GEK merken an, dass die im Jahr 2011 festgelegten Kriterien für die Unterschreitung der Mindestfallzahl bezüglich einer Schweregraddifferenzierung kostenintensiver Fälle der HMG046 „Sonstige Gerinnungsstörungen“ nicht geprüft worden sei. Dies sei zukünftig nachzuholen.
4. DAK stellt fest, dass der Vorschlag einer Arzneimittelprüfung der idiopathischen Thrombozytopenie nicht im Sinne des Kriteriums „Arzneimittel obligat“ sondern im Sinne einer Schweregraddifferenzierung gedacht war.

7.3 Bewertung der Stellungnahmen

7.3.1 Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die DxG224 „Aplastische Anämie“

Nach eingehender Bewertung der Stellungnahmen ist festzuhalten, dass die Veränderung mehrheitlich als sachgerecht bewertet wird. Ernst zu nehmen ist jedoch der Hinweis, dass die Veränderung des Kriteriums in Verbindung mit der veränderten Berücksichtigung der stationären Nebendiagnosen zu Hierarchieverletzungen führt. Dem von AOK-BV vorgebrachten Vorschlag, für die DxG224 eine Ausnahmeregelung bezüglich der stationären Nebendiagnosen festzulegen, kann nicht gefolgt werden, da – wie in Abschnitt 4.3 dargelegt

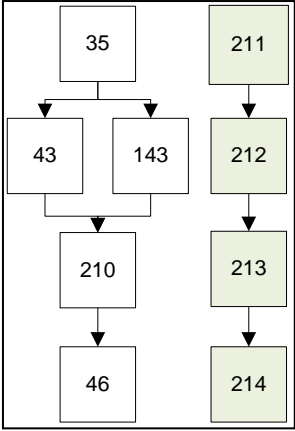
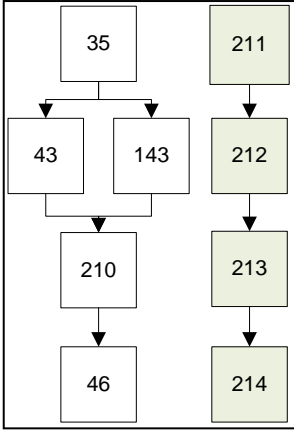
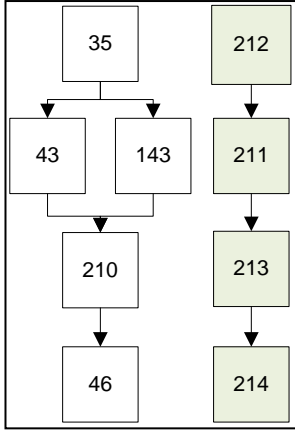
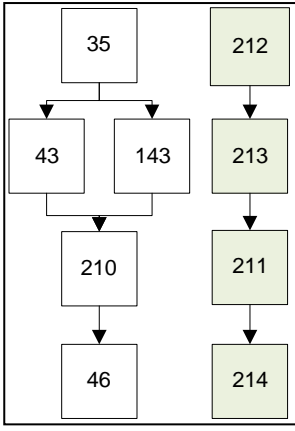
– diese Ausnahmeregelungen aus den Kodierrichtlinien begründet sein sollten. Für die DxG224 ist dies nicht abzuleiten. Dementsprechend ist zu prüfen, ob auch nach Anwendung der veränderten Regelung für stationäre Nebendiagnosen eine geeignete Hierarchieeinordnung für die HMG211 getroffen wurde.

Zu diesem Zweck werden für sämtliche Morbiditätsgruppen der Hierarchie „hämatologische Erkrankungen“ die veränderten Aufgreifkriterien für stationäre Nebendiagnosen umgesetzt. In Folge wird die Überprüfung der geeigneten Eingruppierung für die HMG211 wiederholt.

7.3.2 Ergebnis

Die Ergebnisse der Untersuchung sind in Tabelle 9 zusammengefasst. Dabei ist im dem Festlegungsentwurf zugrundeliegenden Berechnungsmodell M1 (Regelung zu den Nebendiagnosen noch nicht umgesetzt) die Veränderung der Kennzahlen R^2 , CPM und MAPE zum Status quo ausgewiesen, in den Anhörungsmodellen Aufgreif A1-A3 die Veränderung zu Modell M1. Die vom AOK-BV festgestellte Hierarchieverletzung bei Beibehaltung der alten Hierarchiestruktur (Aufgreif A1) wird bestätigt. Die Modelle Aufgreif A2 und A3 prüfen eine untergeordnete Einordnung der HMG211 in der Hierarchie. Ein Vergleich sowohl der Kennzahlen als auch der Schätzer macht deutlich, dass die im Modell Aufgreif A3 gewählte Form mit einer Einstufung in der Hierarchie unterhalb der HMG213 „Myelodysplastisches Syndrom“ am besten geeignet ist, der veränderten Kostenstruktur der in der HMG211 verbliebenen Versicherten gerecht zu werden.

Tabelle 9: Ergebnisse der Untersuchung zu einer geeigneten Hierarchieeinordnung der HMG211 „Aplastische Anämie“

		Festlegungsentwurf		Regelung zu Nebendiagnosen umgesetzt					
		M1		Aufgreif A1		Aufgreif A2		Aufgreif A3	
			Δ SQ		Δ Entwurf		Δ Entwurf		Δ Entwurf
	R2	25,5189%	-0,0261%	25,3973%	-0,1215%	25,3976%	-0,1213%	25,3977%	-0,1211%
	CPM	22,8333%	-0,0088%	22,7856%	-0,0478%	22,7859%	-0,0475%	22,7860%	-0,0474%
	MAPE	1.846,4908 €	0,2115 €	1.847,6335 €	1,1428 €	1.847,6265 €	1,1357 €	1.847,6244 €	1,1337 €
Variable	Inhalt	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta
HMG211	Aplastische Anämie	2.257	6.213,78 €	1.469	4.142,53 €	1.439	3.445,28 €	1.298	2.947,55 €
HMG212	Erworbene hämolytische Anämie / Myelofibrose	929	5.422,96 €	944	5.454,35 €	974	6.433,18 €	974	6.433,03 €
HMG213	Myelodysplastische Syndrome	1.304	3.951,18 €	1.325	4.531,48 €	1.325	4.528,99 €	1.466	4.864,35 €
HMG214	Polcythaemia rubra vera / sonstige näher bezeichnete Anämien	12.243	1.108,44 €	12.293	1.455,29 €	12.293	1.455,00 €	12.293	1.454,55 €
									

7.3.3 Umstrukturierung der DxG232 und DxG233

Der von GKV-SV und TK et al. gemachte Vorschlag zu einer weitergehenden Neustrukturierung nach Aspekten der Kostenhomogenität der DxGruppen 232 „Störungen der Blutgerinnung, exkl. angeborener Faktor VIII und Faktor IX-Mangel“ und 233 „Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung“ konnte in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit nur in vereinfachter Form geprüft werden. Geprüft wurde eine gruppenweise Neustrukturierung der DxGruppen. Der gruppenweisen Einteilung lag weitgehend die von TK et al. vorgeschlagene Zusammenfassung einzelner ICD-Gruppen zugrunde:

- i. G1: Höherstufung des ICD D68.8 „Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien“ von DxG232 in DxG233
- ii. G2: Umgruppierung des ICD D69.0 „Purpura anaphylactoides“ von DxG233 in DxG232.
- iii. G3: Umgruppierung der qualitativen Thrombozytendefekte D69.1 von DxG233 in DxG232.
- iv. G4: Umgruppierung der primären Thrombozytopenie (D69.2, D69.3-, D69.4-) in DxG232.

Die Umgruppierung der ICD-Diagnose D68.9 „Koagulopathie, nicht näher bezeichnet“ wurde nicht näher geprüft, da eine Einstufung unspezifischer ICD-Kodes oberhalb spezifischer ICD-Schlüssel derselben ICD-Gruppe als nicht wünschenswert erachtet wird. Aus eben diesem Grund wurde im Anschluss an die Umgruppierungen von G1-G4 eine Abstufung der Hämorrhagischen Diathese (D69.8 und D69.9) geprüft, da eine erfolgreiche Umgruppierungen der Gruppen G2-G4 zur Folge hätte, dass spezifische Codes des ICD-Dreistellers D69 unterhalb der unspezifischen D69.8 und D69.9 eingruppiert wären.

Aufgrund des engen zur Verfügung stehenden Zeitrahmens wurde im Rahmen dieser Überprüfungen die veränderte Regelung der stationären Nebendiagnosen **nicht** geprüft.

7.3.4 Ergebnis

Zunächst werden die Ergebnisse einer Höherstufung der näher bezeichneten Koagulopathien im Vergleich zum letztendlich dem Festlegungsentwurf zugrundeliegenden Modell M5 ausgewiesen (siehe Tabelle 10). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde die Darstellung dabei auf den Strang der Blutgerinnung beschränkt.

Tabelle 10: Höherstufung der sonstigen näher bezeichneten Koagulopathien

		M5		A1	
		Festlegungsentwurf		D68.8 von DxG232 in DxG233	
		Δ SQ		Δ Entwurf	
	R ²	25,5228%	-0,0222%	25,5222%	-0,0005%
	CPM	22,8352%	-0,0070%	22,8350%	-0,0002%
	MAPE	1.846,4457 €	0,1664 €	1.846,4513 €	0,0056 €
Variable	Inhalt	N	Beta	N	Beta
HMG035	Hämophile mit Dauermedikation	177	208.127,26 €	177	208.126,87 €
HMG043	Hämophilie ohne Dauermedikation (Männer)	326	14.706,18 €	326	14.705,21 €
HMG143	Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen)	323	2.506,77 €	323	2.506,84 €
HMG210	Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung	9.473	2.045,47 €	12.499	1.838,96 €
HMG046	Sonstige Gerinnungsstörungen	33.549	659,10 €	30.523	601,36 €

Die ausgewiesenen Kennzahlen und Werte zu den Schätzern machen deutlich, dass die vorgeschlagene Umgruppierung zu einer Verwässerung der Zuweisungen der HMG210 führen würde. Im Vergleich zum Festlegungsentwurf verringern sich sowohl R^2 als auch CPM. Auch das MAPE verschlechtert sich weiter. Eine entsprechende Höherstufung der näher bezeichneten Koagulopathien wird daher abgelehnt.

Anders verhält es sich mit den vorgeschlagenen Anpassungen der Diagnosengruppen G2 – G4. Diese wurden schrittweise geprüft. Wurde eine Umgruppierung als geeignet erachtet, das Modell zu verbessern, war diese ebenfalls Grundlage für den nächsten Schritt. Tabelle 11 gibt die entsprechenden Ergebnisse wieder. Die Bewertung der Kennzahlen zeigt, dass die Umgruppierung aller drei Diagnosegruppen geeignet ist, um eine bessere Abgrenzung nach Kostenhomogenität der entsprechenden Fälle zu erreichen. Die Ausgruppierung jeder einzelnen vorgeschlagenen Diagnosegruppe G2 – G4 führt zu einem Anstieg des Schätzers für die HMG210, woraus sich schließen lässt, dass unterdurchschnittlich teure Versicherte in die tieferliegende HMG verschoben worden sind. Mit jedem Schritt verbessern sich sämtliche ausgewiesenen Kennzahlen. Allerdings hat die Umgruppierung der in G4 zusammengefassten Diagnosen zur Folge, dass der Schätzer von HMG210 so stark steigt, dass eine Hierarchieverletzung mit HMG143 (Hämophilie ohne Dauermedikation – Frauen) erzeugt wird.

Tabelle 11: Ergebnisse einer schrittweisen Umgruppierung bestimmter Diagnosegruppen des D69

		M5		A2		A3		A4	
		Festlegungsentwurf		G2: D69.0 von DxG233 in DxG232		G3: D69.1 von DxG233 in DxG232		G4: D69.2-D69.4 von DxG233 in DxG232	
		Δ SQ		Δ Entwurf		Δ Entwurf		Δ Entwurf	
	R2	25,5228%	-0,0222%	25,5246%	0,0018%	25,5262%	0,0035%	25,5270%	0,0043%
	CPM	22,8352%	-0,0070%	22,8358%	0,0006%	22,8359%	0,0007%	22,8373%	0,0021%
	MAPE	1.846,4457 €	0,1664 €	1.846,4325 €	-0,0133 €	1.846,4286 €	-0,0171 €	1.846,3949 €	-0,0508 €
Variable	Inhalt	N	Beta	N	Beta	N	Beta	N	Beta
HMG035	Hämophilie mit Dauermedikation	177	208.127,26 €	177	208.127,49 €	177	208.127,67 €	177	208.127,56 €
HMG043	Hämophilie ohne Dauermedikation (Männer)	326	14.706,18 €	326	14.706,78 €	326	14.707,59 €	326	14.708,49 €
HMG143	Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen)	323	2.506,77 €	323	2.507,14 €	323	2.507,51 €	323	2.508,28 €
HMG210	Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung	9.473	2.045,47 €	8.665	2.231,00 €	8.044	2.405,95 €	6.852	2.633,62 €
HMG046	Sonstige Gerinnungsstörungen	33.549	659,10 €	34.357	648,53 €	34.978	639,87 €	36.170	659,46 €

Von daher ist in einem Folgeschritt zu prüfen, wie diese Hierarchieverletzung sinnvoll behoben werden kann. Naheliegend ist die Zusammenlegung der HMG143 und HMG210 in die HMG210. Allerdings wäre zugleich die Einbindung der HMG043 in die Dominanzbeziehung zu überdenken. Da sich allerdings HMG043 und HMG143 gegenseitig ausschließen, kann es als unschädlich erachtet werden, die HMG043 weiterhin die vereinigte HMG210 dominieren zu lassen.

Die Ergebnisse des entsprechenden Untersuchungsschritts werden in Tabelle 12 ausgewiesen. Es zeigt sich, dass die Kennzahlen einer Zusammenlegung nicht entgegen stehen.

Tabelle 12: Auswirkung der Zusammenlegung von HMG143 und HMG210

		A4		A5	
		G4: D69.2-D69.4 von DxG233 in DxG232		Wie A4, aber Zusammenlegung von HMG143 und HMG210, welche von HMG043 dominiert wird.	
		Δ Entwurf		Δ Entwurf	
R2		25,5270%	0,0043%	25,5270%	0,0043%
CPM		22,8373%	0,0021%	22,8373%	0,0021%
MAPE		1.846,3949 €	-0,0508 €	1.846,3957 €	-0,0500 €
Variable	Inhalt	N	Beta	N	Beta
HMG035	Hämophilie mit Dauermedikation	177	208.127,56 €	177	208.127,56 €
HMG043	Hämophilie ohne Dauermedikation (Männer)	326	14.708,49 €	326	14.708,45 €
HMG143	Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen)	323	2.508,28 €	0	0,00 €
HMG210	Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung	6.852	2.633,62 €	7.175	2.627,62 €
HMG046	Sonstige Gerinnungsstörungen	36.170	659,46 €	36.170	659,40 €

Wie in Abschnitt 7.3.3 dargelegt hätte eine Umsetzung der bisher beschlossenen Umgruppierungen zur Folge, dass in HMG210 zwei unspezifische ICD-Schlüssel des ICD-Dreistellers D69 verbleiben würden. Da dieser Zustand als unerwünscht erachtet wird, wird im Folgenden nun eine Abstufung der als Gruppe G5 bezeichneten Codes D69.8 und D69.9 (sonstige und nicht näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen) betrachtet (siehe Tabelle 13). Eine Würdigung der dort ausgewiesenen Werte legt nahe, dass diese Veränderung der Einstufung sonstiger und nicht näher bezeichneter hämorrhagischer Diathesen angezeigt ist. Die Veränderung der Kennzahlen belegt eine weitere Modellverbesserung. Des Weiteren legt der Anstieg des Schätzers der HMG210 nahe, dass die hinter den entsprechenden Di-

agnosen stehenden Versicherten eher kostengünstige Versicherte sind, welche bisher eine zu hohe Einstufung erfahren haben. Dies zusammen mit der Überlegung, dass unspezifische Kodes in aller Regel keine höhere Hierarchieeinstufung erfahren sollen als spezifische, lässt schließen, dass die Anpassung sachgerecht ist.

Tabelle 13: Auswirkung der Umgruppierung sonstiger und nicht näher bezeichneter hämorrhagischer Diathesen.

		A5		A6	
		Wie A4, aber Zusammenlegung von HMG143 und HMG210, welche von HMG043 dominiert wird.		G5: D69.8 und D69.9 von DxG233 in DxG232	
		Δ Entwurf		Δ Entwurf	
R2		25,5270%	0,0043%	25,5294%	0,0067%
CPM		22,8373%	0,0021%	22,8382%	0,0029%
MAPE		1.846,3957 €	-0,0500 €	1.846,3754 €	-0,0703 €
Variable	Inhalt	N	Beta	N	Beta
HMG035	Hämophilie mit Dauermedikation	177	208.127,56 €	177	208.127,75 €
HMG043	Hämophilie ohne Dauermedikation (Männer)	326	14.708,45 €	326	14.709,54 €
HMG143	Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen)	0	0,00 €	0	0,00 €
HMG210	Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung	7.175	2.627,62 €	6.102	2.978,69 €
HMG046	Sonstige Gerinnungsstörungen	36.170	659,40 €	37.243	664,18 €

Da ca. 50% der Diagnosen der neu gefassten DxG233 aus dem ambulanten Bereich stammen, wird die Forderung nach dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für diese Gruppe nicht weiter verfolgt.

7.3.5 Schweregraddifferenzierung der kostenintensiven Fälle sonstiger Gerinnungsstörungen

Bezüglich der von GKV-SV, Barmer GEK und DAK angemahnten Prüfung, ob für die 30 Fälle, welche eine Diagnose des Dreistellers D68 und Arzneimittel des ATC-Fünfstellers B02BD aufweisen und welche gleichzeitig die Voraussetzungen für die HMG035 nicht erfüllen, dennoch eine gesonderte Gruppe anhand einer Schweregraddifferenzierung zu schaffen ist, ist Folgendes festzuhalten. In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2011 hat der Wissenschaftliche Beirat folgende Kriterien festgehalten, „welche ggf. ein Abweichen von der Mindestbesetzung im Falle einer Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel rechtfertigen:

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

Im selben Dokument hatte sich der Wissenschaftliche Beirat ausführlich mit verschiedenen möglichen Varianten einer potentiellen Schweregraddifferenzierung bestimmter näher bezeichneter Gerinnungsstörungen über Arzneimittel befasst. Bezüglich einer Schweregraddifferenzierung der Diagnosen D68.0, D68.1, D68.2, D68.3 und D68.4 wurde festgehalten, dass besagte drei Kriterien nicht alle erfüllt würden. Der Wissenschaftliche Beirat sieht aktuell keine Notwendigkeit, von seiner Einschätzung abzuweichen.

Solange keine neuen Hinweise vorliegen, die zu einer neuen Bewertung der Kriterien Anlass geben, wird einer entsprechenden Überprüfung keine Priorität eingeräumt.

7.3.6 Schweregraddifferenzierung der idiopathischen Thrombozytopenie über Arzneimittel

Das Missverständnis bezüglich der Einordnung der Anregung aus dem Vorschlagsverfahren, kostenintensive Fälle der idiopathischen Thrombozytopenie zu identifizieren, wird grundsätzlich bedauert. Es mag sein, dass eine Schweregraddifferenzierung eine geeignete Anpassung des Klassifikationssystems darstellt. Allerdings ist es in der Kürze der verbleibenden Zeit nicht möglich, den entsprechenden Vorschlag zu prüfen. Eine inhaltliche Bewertung des Vorschlags muss von daher auf später verschoben werden.

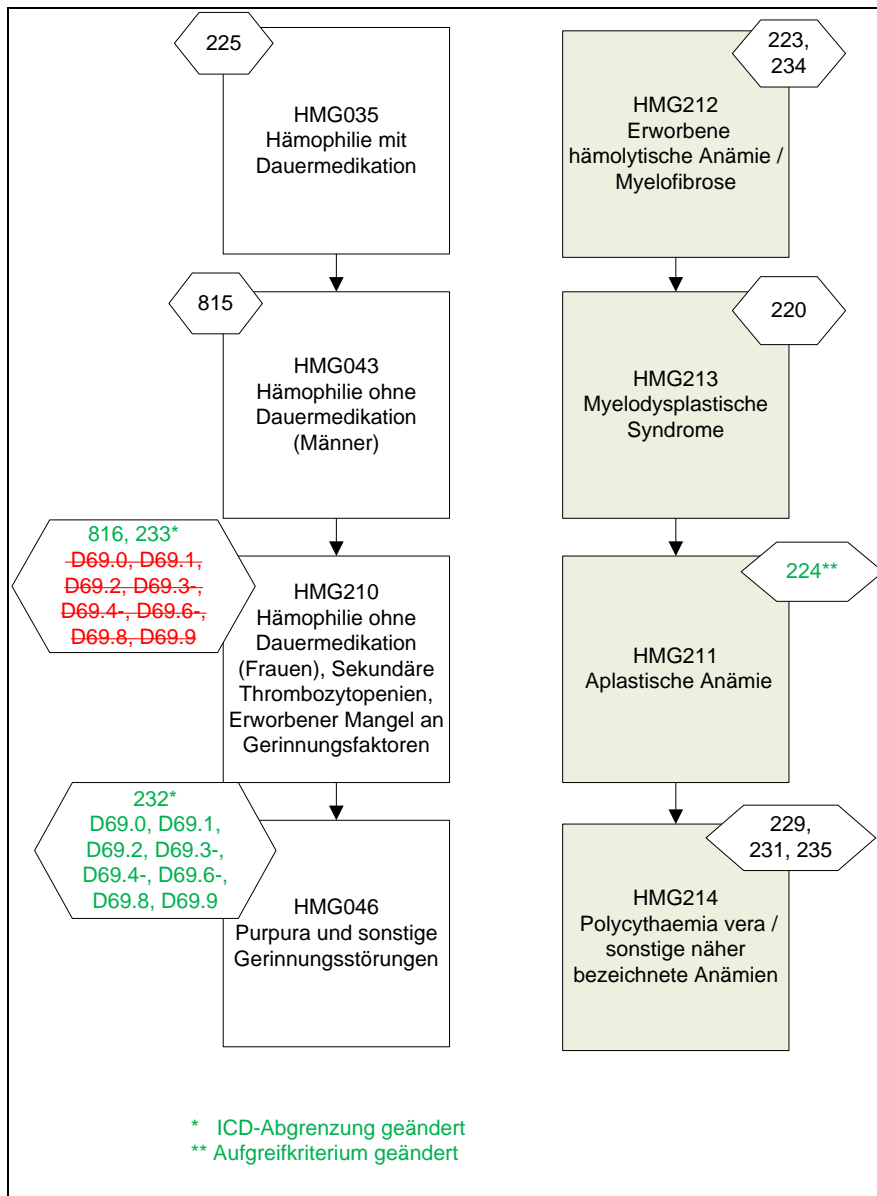
7.4 Zusammenfassung der Anpassung der Hierarchie 8 im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Grundsätzlich werden die im Festlegungsentwurf beschlossenen Anpassungen übernommen. Folgende Änderungen zum Festlegungsentwurf werden abweichend beschlossen:

1. Die HMG211 „Aplastische Anämie“ wird im Hierarchiestrang der Erkrankungen der Blutbildung zwischen HMG 213 und HMG214 eingeordnet.
2. Folgende ICD-Kodes werden zusätzlich zu D69.6- aus DxG233 in DxG232 und dementsprechend von HMG210 in HMG046 verschoben: D69.0, D69.1, D69.2, D69.3-D69.4-, D69.8 und D69.9. Die DxG233 erhält die neue Bezeichnung „Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren“. DXG232 und HMG046 werden umbenannt in „Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen“.
3. Die HMG 143 und die neu gefasste HMG210 werden vereinigt und im Hierarchiestrang unterhalb der HMG043 eingeordnet. Dementsprechend wird der Name der neu gefassten HMG210 angepasst auf „Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen), sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren“.

Die Hierarchie enthält somit die in Abbildung 4 zusammengefasste Form. Die Anpassungen wurden mit dem Wissenschaftlichen Beirat auf der Sitzung vom 26.09.2011 beschlossen.

Abbildung 4: Zusammenfassung der beschlossenen Veränderungen der Hierarchie "Hämato-logische Erkrankungen"

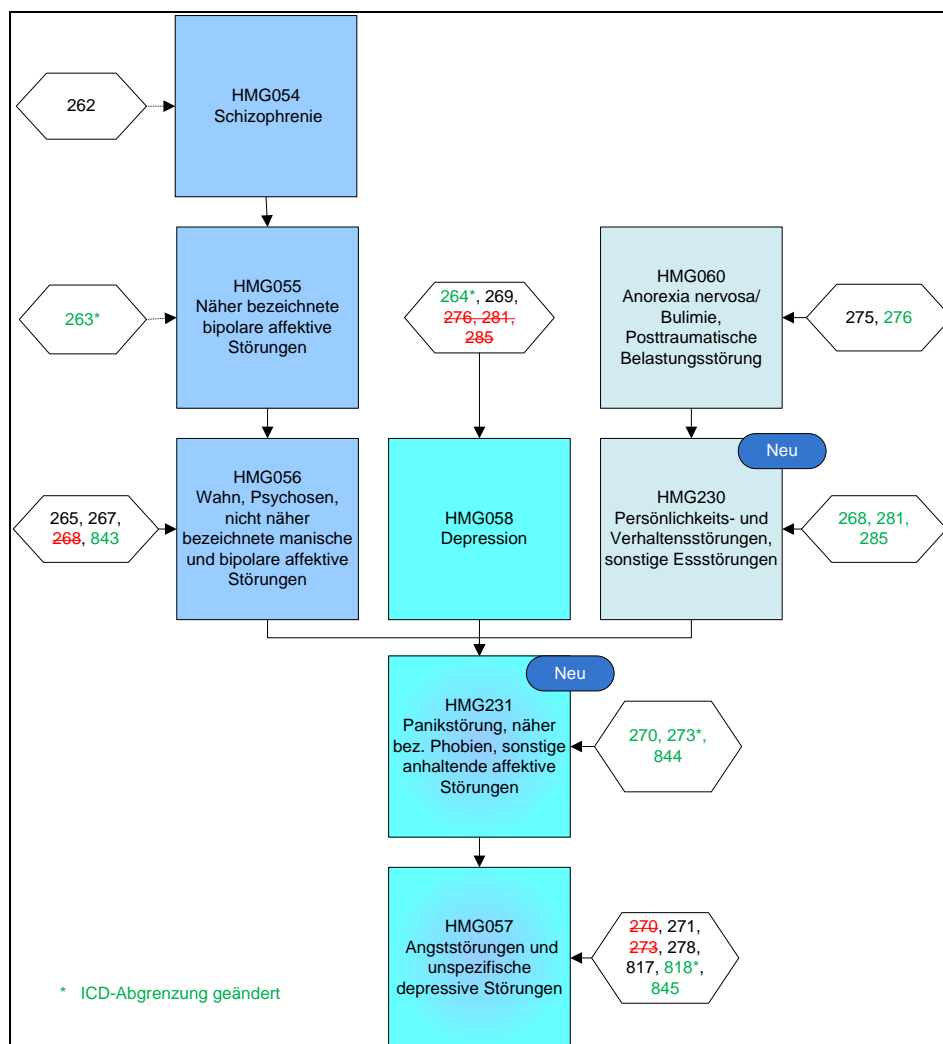


8 Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“

8.1 Festlegungsentwurf für die Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

Im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2012 wurde die Hierarchie der psychischen Erkrankungen einer gründlichen Neugestaltung unterzogen. Neben der Umgruppierung der unspezifischen ICD der sonstigen manischen und bipolaren Störungen in eine eigene DxG und Herabstufung in die HMG056, der Bildung einer neuen DxG für sonstige anhaltende affektive Störungen sowie einer DxG für die sonstigen Phobischen Störungen, wurde die Hierarchie in ein Modell von drei Strängen umgestaltet, welche gemeinsam die Angststörungen und die unspezifischen depressiven Episoden dominieren. Dabei enthielt ein Strang die psychotischen Erkrankungen, ein Strang die Depression und ein Strang die Ess- sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (siehe Abbildung 5)

Abbildung 5: Hierarchie 11 („Psychische Erkrankungen“) gemäß Anpassungsvorschlag im Festlegungsentwurf vom 5. August 2011



8.2 Stellungnahmen

Die Anpassungen in der Hierarchie der psychischen Erkrankungen wurden von GKV-SV, BPtK, Barmer GEK, TK et al. und KBV/BÄK weitgehend begrüßt. Lediglich der AOK-BV äußerte sich überwiegend kritisch.

GKV-SV, BPtK und TK et al. regten jedoch an, zwischen den HMG055 „Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen“ und HMG058 „Depression“ wieder eine Dominanzbeziehung einzuführen. Sie begründen dies damit, dass in der derzeitigen Ausgestaltung eine depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung (F31.4, F31.5) in der HMG055 eingeordnet werden, ICD-Kodes der depressiven Episode (F32) oder als rezidivierende depressive Episode (F33) in der HMG058. Da ein gleichzeitiges Auftauchen von Diagnosen aus beiden Gruppen klinisch unmöglich sei, solche Fälle im Datensatz allerdings auftauchen, sei an dieser Stelle von Fehlkodierungen auszugehen, die in der vorgeschlagenen Ausgestaltung durch einen zusätzlichen Zuschlag „honoriert“ würden. Um negative Anreizwirkungen in Bezug auf Datensatzmanipulationen vorzubeugen, sei die Einführung einer Dominanzbeziehung zwischen den HMG055 und HMG058 geboten. Während Barmer GEK die zusätzliche Zuschlagsgruppe für Depression explizit begrüßt, da diese besser geeignet sei, die Zusatzkosten einer Depression abzubilden, schlägt der AOK-BV aus den gleichen Gründen wie von GKV-SV, BPtK und TK et al. vor, die HMG058 wieder in den ursprünglichen Hierarchiestrang einzugliedern.

GKV-SV und TK et al. regen als Konsequenz einer solchen wiedereingeführten Dominanzbeziehung ebenfalls an, eine Verschiebung der DxG843 „Nicht näher bez. bipolare affektive Störungen“ von der HMG056 „Wahn, Psychosen, nicht näher bez. bipolare affektive Störungen“ ebenfalls in die HMG058 „Depression“ zu überprüfen.

Die BPtK begrüßt ausdrücklich die Tatsache, dass die HMG055 im gleichen Strang wie die Schizophrenie verblieben ist. Sie regt allerdings an, die Dominanzbeziehung zwischen der HMG230 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, andere Essstörungen“ und der HMG231 „Panikstörungen, Phobien, anhaltende affektive Störungen“ aus medizinischen Erwägungen aufzuheben. Die Dominanz sollte lediglich zwischen HMG230 und HMG057 „Angststörungen, unspezifische depressive Störungen“ erhalten bleiben. Gleiches wird von der BPtK für die Dominanzbeziehung zwischen HMG056 und HMG231 angeregt, allerdings einschränkend angemerkt, dass eine Korrelation zwischen DxG844 „Sonstige, anhaltende affektive Störungen“ und DxG263 „Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen“ einen solchen Schritt problematisch erscheinen lassen kann. Die Ausgliederung der DxG268 „Persönlichkeitsstörungen“ in die neu geschaffene HMG230 wird ausdrücklich von der BPtK begrüßt.

Der AOK-BV problematisiert im Gegenzug die Ausgestaltung der HMG230, da eine Parallelstellung der Persönlichkeitsstörung zu den psychotischen Erkrankungen zur Depression

Anreize zur zusätzlichen Kodierung einer Persönlichkeitsstörung biete. Dies könne wegen der entsprechenden Stigmatisierung der betroffenen Versicherten nicht gewünscht sein.

KBV/BÄK betonen, dass die ICD-Zuordnung in der Krankheitsauswahl zu Beginn des Jahres 2012 überarbeitet werden müsse.

8.3 Bewertung der Stellungnahmen

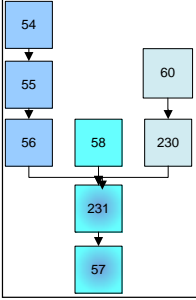
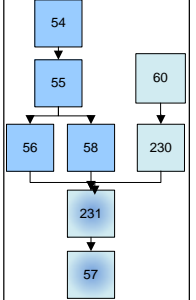
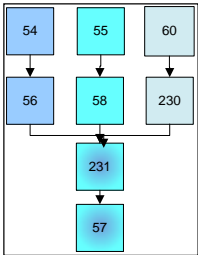
8.3.1 Prüfung der Dominanzbeziehung zwischen HMG055 und HMG058, Umgruppierung der DxG843 in HMG058

Nach eingehender Bewertung der vorgebrachten Argumente wird deutlich, dass in Bezug auf eine Dominanzbeziehung zwischen HMG055 und HMG058 Verbesserungsbedarf besteht, um mögliche Manipulationsanreize einzuschränken. Da allerdings sowohl von Barmer/GEK als auch vom AOK-BV in unterschiedlicher Weise die Zusatzkosten der Depression zusätzlich zu anderen psychischen Erkrankungen thematisiert worden sind, stellt sich die Frage nach der geeigneten Umsetzung einer solchen Dominanzbeziehung. Deshalb soll diese Frage schrittweise geprüft werden. Zunächst wird der originäre Vorschlag von GKV-SV, TK et al. und BpTK geprüft, die Dominanz zwischen HMG055 und HMG058 wieder einzuführen und somit das Modell effektiv in ein zwei-Strang-Modell zu überführen (im folgenden A1). Da die Frage der Zusatzkosten der Depression allerdings nahelegt, dass ein zusätzlicher Zuschlag zur Schizophrenie ebenfalls geboten sein dürfte, wird zusätzlich die im Anhörungsverfahren zunächst verworfene Idee wieder aufgegriffen, die HMG055 in den Strang der affektiven Erkrankungen zu verschieben und nur für diese isoliert eine Dominanzbeziehung zur HMG058 einzuführen. Die Ergebnisse der entsprechenden Modellvergleiche sind in Tabelle 14 ausgewiesen. In der Tabelle werden hinter den Kennzahlen der Anhörungsmodelle die Veränderungen zum Festlegungsentwurf ausgewiesen.

Ein Vergleich der Schätzer und Kennzahlen zeigt zunächst, dass Modell A1 in allen Kennzahlen zu einer leichten Verschlechterung führt. Modell A2 hingegen führt verglichen mit A1 zu einer unwesentlichen Verbesserung des R^2 , einer deutlicheren Verschlechterung hingegen von CPM und MAPE.

Allerdings ist eine Umgestaltung in der Variante A2 nicht losgelöst von einer Verschiebung der DxG843 zu bewerten. Eine Verschiebung der HMG055 setzt eine Bereinigung des verbliebenen Hierarchiestrangs um sämtliche affektiven Erkrankungen voraus. Würde ein solcher Schritt gewählt, folgt daraus zwingend ebenfalls die Verschiebung von DxG843 von HMG056 in HMG058. Ein solcher Schritt wäre bei Verfolgung der Variante A1 nicht in der gleichen Form geboten.

Tabelle 14: Ergebnisse verschiedener Varianten einer Dominanzbeziehung zwischen HMG055 und HMG058

		Anhörungsvorschlag			A1			A2		
		Δ SQ			Δ Entwurf			Δ Entwurf		
R^2		25,5717%	0,0267%		25,5695%	-0,0022%		25,5718%	0,0001%	
CPM		22,8803%	0,0382%		22,8798%	-0,0005%		22,8795%	-0,0009%	
MAPE		1.845,3663 €	-0,9130 €		1.845,3788 €	0,0124 €		1.845,3873 €	0,0210 €	
Variable	Inhalt bisher	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	Schizophrenie	18.273	4.605,60 €	<0,001	18.273	4.779,20 €	<0,001	18.273	4.457,64 €	<0,001
HMG055	Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	4.351	2.682,17 €	<0,001	4.351	3.205,57 €	<0,001	5.566	2.489,02 €	<0,001
HMG056	Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare	13.821	1.237,46 €	<0,001	13.821	1.236,31 €	<0,001	15.339	1.245,95 €	<0,001
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie, Posttraumatische Belastungsstörungen	12.980	1.807,70 €	<0,001	12.980	1.818,84 €	<0,001	12.980	1.812,41 €	<0,001
HMG230	Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Sonstige Essstörungen	39.114	1.261,59 €	<0,001	39.114	1.270,46 €	<0,001	39.114	1.266,36 €	<0,001
HMG058	Depression	128.964	1.267,37 €	<0,001	124.667	1.270,19 €	<0,001	126.882	1.272,78 €	<0,001
HMG231	Panikstörung, näher bezeichnete Phobien, sonstige anhaltende affektive Störungen	50.784	837,04 €	<0,001	50.784	837,15 €	<0,001	50.784	836,99 €	<0,001
HMG057	Angststörungen und unspezifische depressive Episoden	164.728	529,56 €	<0,001	164.728	529,65 €	<0,001	164.728	529,49 €	<0,001
										

Aus diesem Grund werden im Folgenden die Auswirkungen einer Verschiebung der DxG843 in HMG058 geprüft. Modell A3 folge dabei der Hierarchiegestaltung des Modells A1. Modell A4 entspricht der Dominanzlogik des Modells A2. Die Ergebnisse eines solchen Schritts sind in Tabelle 15 ausgewiesen.

Ein Blick auf die Kennzahlen zeigt deutlich, dass die Summe der Fehlverteilungen - gemessen in MAPE - in der Variante A4 am stärksten von allen vier betrachteten Modellen steigt. Da eine Verschiebung der HMG055 ohne eine äquivalente Verschiebung der DxG843 modelllogisch nicht sinnvoll ist, wird diese Ausgestaltungsvariante der Hierarchie im Folgenden nicht weiter verfolgt.

Anders hingegen verhält es sich bei einer Abwägung von Modell A1 und A3. Da in beiden Varianten die Dominanz zwischen HMG055 und HMG056 und somit zwischen unterschiedlichen ICD-Schlüsseln der bipolaren affektiven sowie manischen Störungen erhalten bleibt, setzt eine Umsetzung der Dominanzbeziehung wie in Variante A1 nicht zwingend eine Verschiebung der DxG843 voraus.

Tabelle 15: Auswirkungen einer Verschiebung der DxG843 von HMG056 in HMG058

Veränderungen der HMG-Zusammensetzung zwischen den untersuchten Modellen (Veränderungen rot markiert)		A3			A4		
		HMG056	267, 265		HMG056	267, 265	
		HMG230	268, 281, 285		HMG230	268, 281, 285	
		HMG058	spezifische ICD der 264, 269, unspezifische F30, F31		HMG058	spezifische ICD der 264, 269, unspezifische F30, F31	
		Δ Entwurf			Δ Entwurf		
R ²		25,5687%		-0,0030%	25,5695%		-0,0022%
CPM		22,8794%		-0,0009%	22,8776%		-0,0027%
MAPE		1.845,3876 €		0,0213 €	1.845,4319 €		0,0656 €
Variable	Inhalt bisher	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	Schizophrenie	18.273	4.778,34 €	<0,001	18.273	4.413,65 €	<0,001
HMG055	Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	4.351	3.204,95 €	<0,001	5.566	2.747,49 €	<0,001
HMG056	Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare	12.668	1.171,58 €	<0,001	13.103	1.144,38 €	<0,001
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie, Posttraumatische Belastungsstörungen	12.980	1.818,98 €	<0,001	12.980	1.813,00 €	<0,001
HMG230	Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Sonstige Essstörungen	39.114	1.271,25 €	<0,001	39.114	1.268,88 €	<0,001
HMG058	Depression	125.418	1.278,45 €	<0,001	127.969	1.279,29 €	<0,001
HMG231	Panikstörung,näher bezeichnete Phobien, sonstige anhaltende affektive Störungen	50.784	836,97 €	<0,001	50.784	836,36 €	<0,001
HMG057	Angststörungen und unspezfische depressive Episoden	164.728	529,42 €	<0,001	164.728	528,80 €	<0,001

Dies erlaubt die Entscheidung für eines der Modelle rein auf Basis der Kennzahlen. Vergleicht man diese zwischen den Varianten A1 und A3 wird deutlich, dass die Verschiebung der DxG843 modelltechnisch eine deutliche Verschlechterung bedeutet. Dies dürfte u.a. aufgrund der deutlichen Korrelationen zwischen DxG843 und den DxG262 „Schizophrenie“, DxG263 „Näher bez. bipolare affektive Störungen“ und DxG267 „Reaktive und andere / nicht näher bez. nicht-organische Psychose / akute vorübergehende psychotische Störung“ (siehe Tabelle 30 der Erläuterungen des Festlegungsentwurfs) bedingt sein, welche durch die im Festlegungsentwurf gewählte Variante die beste Berücksichtigung der komplizierten Wechselwirkungen zwischen den Gruppen erfahren.

Aus diesem Grund wird das Modell A1 als Ausgangsbasis für weitere Evaluationen der im Anhörungsverfahren vorgebrachten Vorschläge verwendet.

8.3.2 Geeignete Einordnung der DxG268 „Persönlichkeitsstörungen“

Bezüglich der geeigneten Einordnung der DxG368 „Persönlichkeitsstörungen“ in das Klassifikationsmodell wurden im Anhörungsverfahren konträre Einschätzungen vorgebracht. Während die BPtK die vorgeschlagene Ausgliederung aus der HMG056 im Vorschlagsverfahren angeregt hatte, da kein vorrangiger Zusammenhang zwischen den Persönlichkeitsstörungen und den anderen im Strang verbliebenen HMG besteht und diese in der Regel einen voneinander unabhängigen Behandlungsbedarf auslösen, wird diese vom AOK-BV deutlich kritisiert. Da das vorgebrachte Argument der möglichen negativen Kodieranreize durchaus gewichtig ist, jedoch per se nicht die Veränderung der Dominanz für die gesamte betroffene HMG230 begründet, soll im Folgenden lediglich die Umgruppierung der Persönlichkeitsstörungen in die HMG058 „Depression“ geprüft werden (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Auswirkungen einer Umgruppierung der DxG268 "Persönlichkeitsstörungen" von HMG230 in HMG058

Veränderungen der HMG-Zusammensetzung zwischen den untersuchten Modellen (Veränderungen rot markiert)		A1			A5		
		HMG056	unspezifische F30, F31, 265, 267		HMG056	265, 267	
		HMG230	268, 281, 285		HMG230	281, 285	
		HMG058	spezifische ICD der 264, 269		HMG058	spezifische ICD der 264, 269, 268	
		Δ Entwurf			Δ Entwurf		
R ²		25,5695%		-0,0022%	25,5811%		0,0094%
CPM		22,8798%		-0,0005%	22,8651%		-0,0153%
MAPE		1.845,3788 €		0,0124 €	1.845,7315 €		0,3652 €
Variable	Inhalt bisher	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	Schizophrenie	18.273	4.779,20 €	<0,001	18.273	4.881,05 €	<0,001
HMG055	Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	4.351	3.205,57 €	<0,001	4.351	3.343,58 €	<0,001
HMG056	Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare	13.821	1.236,31 €	<0,001	13.821	1.248,45 €	<0,001
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie, Posttraumatische Belastungsstörungen	12.980	1.818,84 €	<0,001	12.980	1.673,15 €	<0,001
HMG230	Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Sonstige Essstörungen	39.114	1.270,46 €	<0,001	6.220	1.002,20 €	<0,001
HMG058	Depression	124.667	1.270,19 €	<0,001	147.293	1.352,13 €	<0,001
HMG231	Panikstörung,näher bezeichnete Phobien, sonstige anhaltende affektive Störungen	50.784	837,15 €	<0,001	50.784	835,75 €	<0,001
HMG057	Angststörungen und unspezfische depressive Episoden	164.728	529,65 €	<0,001	164.728	529,52 €	<0,001

Vergleicht man die Kennzahlen der Modelle A1 und A5 zeigt sich insbesondere in Bezug auf CPM und MAPE eine deutliche Verschlechterung der Modellgüte durch einen solchen Schritt. Nach kontroverser Diskussion, welche die Verschlechterung der Modellgüte gegenüber den veränderten Kodieranreizen an dieser Stelle abwägt, hat sich der wissenschaftliche Beirat zusammen mit dem BVA entschlossen zunächst der Variante A1 den Vorzug zu geben. Nichtsdestotrotz müssen die Auswirkungen dieser Entscheidung gründlich im Auge behalten und ggf. bei Vorliegen neuer Argumente erneut bewertet werden.

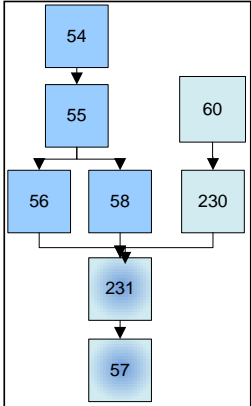
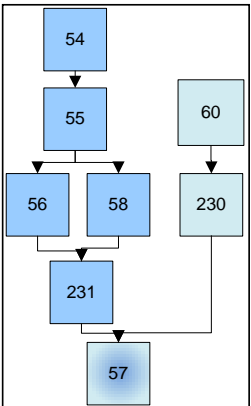
8.3.3 Prüfung der Dominanzbeziehung zwischen HMG230 und HMG231

Zu guter Letzt wird geprüft, ob die Aufhebung der Dominanzbeziehung zwischen HMG230 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, sonstige Essstörungen“ und HMG231 „Panikstörungen, Phobien, anhaltende affektive Störungen“, welche die BPtK aufgrund medizinischer Erwägungen befürwortet, eine sinnvolle Modellentwicklung darstellt.

Da die BPtK selbst zugibt, dass die Aufhebung der Dominanzbeziehung zwischen HMG056 und HMG231 aufgrund von Korrelationen zwischen DxG844 und DxG263 problematisch ist, wird der entsprechende Vorschlag nicht weiter verfolgt.

Die Ergebnisse einer solchen vorgeschlagenen Dominanzveränderung wird unter der Modellüberschrift A6 in Tabelle 17 ausgewiesen. Ein Blick auf die Kennzahlen verrät, dass eine solche Veränderung des Dominanzgefüges mit einer Verschlechterung der Modellgüte einhergeht und somit nicht geeignet ist, die komplizierten Wechselwirkungen zwischen den einzelnen psychischen Erkrankungen zu erfassen. Eine entsprechende Veränderung des Modellentwurfs wird daher abgelehnt.

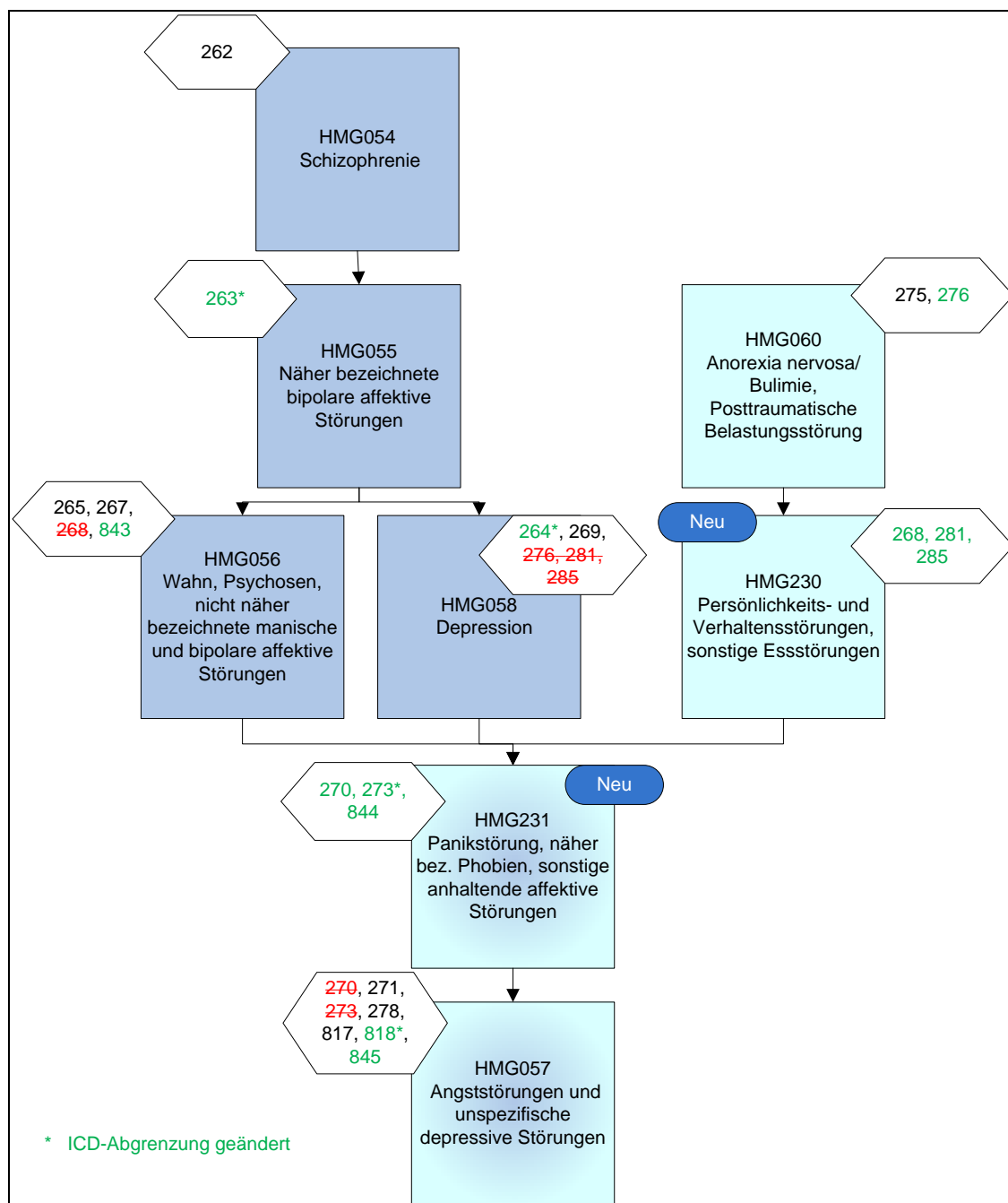
Tabelle 17: Auswirkungen einer veränderten Dominanzbeziehung zwischen HMG230 und HMG231

		A1			A6		
		Δ Entwurf			Δ Entwurf		
R^2		25,5695%	-0,0022%		25,5685%	-0,0032%	
CPM		22,8798%	-0,0005%		22,8780%	-0,0024%	
MAPE		1.845,3788 €	0,0124 €		1.845,4228 €	0,0564 €	
Variable	Inhalt bisher	N	Beta	p-Wert	N	Beta	p-Wert
HMG054	Schizophrenie	18.273	4.779,20 €	<0,001	18.273	4.786,09 €	<0,001
HMG055	Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	4.351	3.205,57 €	<0,001	4.351	3.214,47 €	<0,001
HMG056	Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare	13.821	1.236,31 €	<0,001	13.821	1.241,43 €	<0,001
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie, Posttraumatische Belastungsstörungen	12.980	1.818,84 €	<0,001	12.980	1.815,67 €	<0,001
HMG230	Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Sonstige Essstörungen	39.114	1.270,46 €	<0,001	39.114	1.192,31 €	<0,001
HMG058	Depression	124.667	1.270,19 €	<0,001	124.667	1.276,71 €	<0,001
HMG231	Panikstörung, näher bezeichnete Phobien, sonstige anhaltende affektive Störungen	50.784	837,15 €	<0,001	54.495	790,89 €	<0,001
HMG057	Angststörungen und unspezifische depressive Episoden	164.728	529,65 €	<0,001	164.728	529,10 €	<0,001
							

8.4 Zusammenfassung der Anpassung der Hierarchie 11 im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Grundsätzlich werden die im Festlegungsentwurf beschlossenen Anpassungen übernommen. Als einziger der untersuchten Vorschläge wird die Wiedereinführung der Dominanzbeziehung zwischen HMG055 und HMG058 umgesetzt. Die Hierarchie erhält somit die in Abbildung 6 zusammengefasste Form.

Abbildung 6: Hierarchie 11 („Psychische Erkrankungen“) gemäß Festlegung



9 Hierarchie 14: „Neurologische Erkrankungen“

9.1 Festlegungsentwurf

Auf Anregung der Barmer GEK im Rahmen des Vorschlagsverfahrens schlägt der Wissenschaftliche Beirat nach entsprechender Überprüfung vor, für Versicherte mit Muskeldystrophie eine Altersdifferenzierung einzuführen, um die höheren Kosten von Versicherten unter 18 Jahren abzubilden. Die ursprüngliche HMG070 „Muskeldystrophie“ soll entsprechend geteilt werden in die HMG232 „Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)“ und die HMG233 „Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)“.

Nach Überprüfung von Vorschlägen der KBV und BÄK, Barmer GEK, Deutsche BKK, GKV-SV, DAK und AOK-BV schlägt der Wissenschaftliche Beirat außerdem vor, sowohl für die Versicherten mit Multipler Sklerose als auch für jene mit Morbus Parkinson eine Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel einzuführen, um kostenintensive Versicherte besser abzugrenzen. Bei Multipler Sklerose soll deshalb zusätzlich die HMG234 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ eingeführt werden. Die HMG072 würde entsprechend umbenannt in „Multiple Sklerose ohne Dauermedikation“. Bei Morbus Parkinson soll die HMG235 „Morbus Parkinson mit Dauermedikation“ hinzugefügt werden und die HMG073 in „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington“ umbenannt werden.

9.2 Stellungnahmen

Die im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Änderungen zur Hierarchie 14 werden aufgrund der daraus resultierenden verbesserten Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells von GKV-SV, AOK-BV, KBV und BÄK befürwortet. Die DAK befürwortet ebenfalls die Arzneimittelberücksichtigung (HMG234) für die an Multipler Sklerose erkrankten Versicherten (HMG072), fände allerdings eine weitere Differenzierung erstrebenswert. Die Barmer GEK schlägt konkret vor, die für die HMG234 berücksichtigungsfähige Arzneimittelliste um die ATC H02AB und H02BX zu kürzen und gleichzeitig statt 183 Behandlungstagen nur zwei Verordnungsquartale zu fordern.

9.3 Bewertung Multiple Sklerose

9.3.1 Diskussion

Die Anpassungsvorschläge von DAK und Barmer GEK greifen die grundsätzlichen Fragen bezüglich der Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel auf. Zum einen beinhaltet dies eine stark differenzierte Auswahl von Arzneimittelwirkstoffen über a) die Ausgrenzung bestimmter Arzneimittelwirkstoffe bei der Zuschlagsvergabe bzw. b) die Vergabe mehrerer Zuschlagsgruppen über verschiedene Gruppen von Arzneimitteln. Zum anderen beinhaltet

Von einer Umsetzung der Anpassungsvorschläge von DAK und Barmer GEK wird aufgrund der vorausgehenden Überlegungen zumindest im gegenwärtigen Anpassungsprozess abgesehen

In der Hierarchie 14 erfolgt keine Änderung zum Festlegungsentwurf (s. Abbildung 7).

```
graph TD
    846{{846}} -.-> HMG234[HMG234 Multiple Sklerose mit Dauermedikation]
    847{{847}} -.-> HMG235[HMG235 M. Parkinson mit Dauermedikation]
    HMG234 --> HMG072[HMG072 Multiple Sklerose ohne Dauermedikation]
    HMG235 --> HMG073[HMG073 M. Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington]
    318{{318}} -.-> HMG232[HMG232 Muskeldystrophie > 17 Jahre]
    319{{319}} -.-> HMG233[HMG233 Muskeldystrophie < 18 Jahre]
    321{{321}} -.-> HMG071[HMG071 Polyneuropathie]
    322{{322}} -.-> HMG071
    323{{323}} -.-> HMG071
    325{{325}} -.-> HMG072
    326{{326}} -.-> HMG073
    327{{327}} -.-> HMG073
    335{{335}} -.-> HMG073
    328{{328}} -.-> HMG074[HMG074 Epilepsie]
    330{{330}} -.-> HMG074
    331{{331}} -.-> HMG075[HMG075 Koma, Hirnödem / hypoxische Hirnschäden]
    333{{333}} -.-> HMG075
```

The flowchart illustrates the HMG system. At the top, two hexagons labeled 846 and 847 point to boxes HMG234 and HMG235. HMG234 points to HMG072, and HMG235 points to HMG073. Below these, seven boxes (HMG232, HMG233, HMG071, HMG072, HMG073, HMG074, HMG075) are shown, each with a corresponding hexagon below it. The hexagons for HMG232, HMG233, HMG071, HMG072, HMG073, HMG074, and HMG075 are labeled 318, 319, 321, 322, 323, 325*, 326*, 327, 335, 328, 330, 331, and 333 respectively. A legend at the bottom right states: * Name der DxGs geändert.

10 Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“

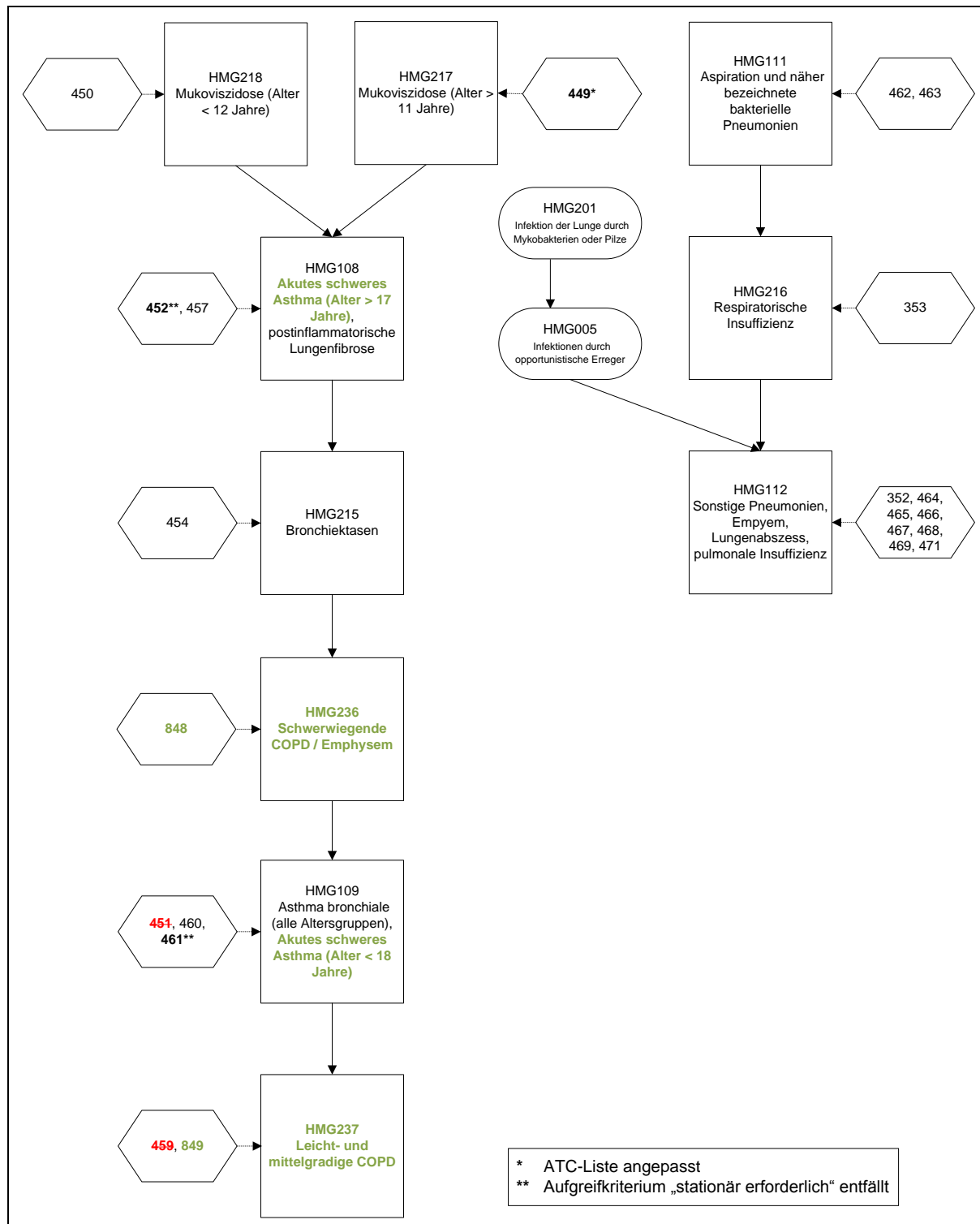
10.1 Festlegungsentwurf

Auf Anregung durch KBV und BÄK schlägt der Wissenschaftliche Beirat für Versicherte mit schwerem Asthma (ID-Kode J46; DxG452 „Akutes schweres Asthma (Alter > 17 Jahre)“ bzw. DxG461 „Akutes schweres Asthma (Alter < 18 Jahre)“) vor, zukünftig auch dann einen Zuschlag zu gewähren, wenn die Diagnose aus der ambulanten Versorgung stammt, sofern das Kriterium „ambulante Arzneimittel, chronisch“ vorliegt.

GKV-SV, AOK-BV und DAK hatten im Rahmen des Vorschlagsverfahrens eine Überprüfung und ggf. neue Einordnung für die Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) angeregt. Der Wissenschaftliche Beirat schlägt vor diesem Hintergrund vor, die COPD in Bezug auf den tatsächlichen Schweregrad der Erkrankung differenzierter zu gestalten als bisher. Dies soll über die Einführung der HMG236 „Schwerwiegende COPD/Emphysem“ und HMG237 „Leicht- und mittelgradige COPD“ erfolgen. Die Differenzierung nach Alter hingegen soll aufgehoben werden.

Außerdem soll die zum Aufgreifen von Versicherten mit Mukoviszidose (HMG217 „Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)“) verwendete Arzneimittelliste um einige bislang unberücksichtigte Wirkstoffgruppen (J01XB, J01CF und J01DB) erweitert werden.

Abbildung 8: Anpassung der Hierarchie 19 („Erkrankungen der Lunge“) in der Entwurfsfassung



10.2 Stellungnahmen

Insbesondere die Abkehr von einer altersabhängigen Schweregradeinteilung der COPD sowie die Möglichkeit, den Status asthmaticus auch bei wiederholter Kodierung im ambulanten Versorgungssektor zu einem Zuschlag führen zu lassen, stoßen im Rahmen der Stellungnahmen auf Zustimmung (TK et al., Barmer GEK, KBV/BÄK). Hinsichtlich der vom BVA vorgeschlagenen Schweregradeinteilung der COPD auf Grundlage der in der ICD-Systematik mitkodierten Einschränkung der Lungenfunktion (FEV₁-Wert) wird jedoch kritisch auf Probleme bei der Messung und der Kodierung hingewiesen (GKV-SV, TK et al.) und als mögliche Alternative eine Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel vorgestellt (GKV-SV, TK et al.).

Während der IKK e.V. ausdrücklich unterstützt, dass sich das BVA im Bereich der Mukoviszidose gegen eine weitere Zuschlagsdifferenzierung über Arzneimittel entschieden hat, schlagen KBV und BÄK eine (über Wirkstoffverordnungen) differenzierte Zuschlagsausgestaltung in Analogie zur rheumatoiden Arthritis – und damit die Bildung einer verordnungsabhängigen Gruppe der „schwerwiegenden Mukoviszidose“ vor.

Mit Blick auf den ICD-Kode J99.8 („Krankheiten der Atemwege bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten“) bitten KBV und BÄK zudem um die Prüfung, ob dessen gegenwärtige Zuordnung zur DxG457 („Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose“) bzw. zur HMG108 („Akutes schweres Asthma, Alter > 17 Jahre / postinflammatorische Lungenfibrose“) zielführend sei.

10.3 Schweregraddifferenzierung der Mukoviszidose (HMG217, HMG218)

Obwohl sich sowohl der Wissenschaftliche Beirat als auch das Bundesversicherungsamt bei der Überarbeitung des Modells bereits dagegen ausgesprochen hatten, diskutieren KBV und Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme eine weitere Differenzierung der Zuschläge für Mukoviszidose (Cystische Fibrose, CF) über spezifische Arzneimittel. Ähnlich wie die im Festlegungsentwurf vorgesehene Anpassung des Hierarchiestranges für die rheumatoiden Erkrankungen solle die Bildung einer Zuschlagsgruppe für Fälle von „schwerwiegender Mukoviszidose“ geschaffen werden, die in der Hierarchie über den bereits bestehenden HMG217 („Mukoviszidose, Alter > 11 Jahre“) und HMG218 („Mukoviszidose, Alter < 12 Jahre“) anzuordnen wäre. Zu prüfen sei dann, ob die gegenwärtige Arzneimittelvalidierung für die betroffenen Versicherten im Alter über 11 Jahren noch nötig wäre.

10.3.1 Diskussion

Die Diagnosevalidierung über Arzneimittel wurde bei der Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2011 eingeführt. Eigentlicher Hintergrund des Abgleichs der ICD-Diagnosen mit den Verwaltungsdaten war die Erkenntnis, dass es sich – mit Blick auf Alter und Leistungsausgaben der Betroffenen – bei einem nicht zu vernachlässigenden Teil der gemeldeten CF-Diagnosen um offensichtliche Fehlkodierungen handelt. Hinsichtlich der erheblichen Finanzrelevanz der entsprechenden Diagnosen wurde eine entsprechende Prüfung des tatsächlichen Krankheitswertes der Diagnosen als unumgänglich eingeschätzt. Auch bei einem Blick auf die Diagnosen des Jahres 2008 scheint die Fehlkodierungsproblematik noch nicht gänzlich ausgeräumt zu sein: Insgesamt erfüllen in der verwendeten GKV-Stichprobe 374 Versicherte im Alter von mindestens zwölf Jahren das M2Q-Kriterium bzw. weisen eine stationäre CF-Diagnose auf, von denen rund 7 % das 60. Lebensjahr überschritten haben. Mehr als 4 % der Versicherten mit entsprechender Diagnose sind 70 Jahre oder älter. Unter diesem Aspekt erscheint ein Verzicht der Wirkstoffprüfung gegenwärtig nicht zielführend.

Für den eigentlichen Vorschlag von KBV und BÄK bedeutet dies nun, dass die von ihr vorgeschlagene Gruppe der über spezifische (besonders teurer) Arzneimitteltherapien abgegrenzten „schwerwiegenden“ Fälle einer ebenfalls über bestimmte (artverwandte aber kostengünstigere) Wirkstoffe definierten Zuschlagsgruppe vorangestellt werden müsste. Die sich hieraus ergebenden problematischen Anreizwirkungen sind bereits in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf angesprochen und in diesem Dokument im Abschnitt 6.3 (Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems) etwas vertiefter diskutiert worden. Von einer Umsetzung des Vorschlages von KBV und BÄK wird aus den dort genannten Gründen zumindest im gegenwärtigen Anpassungsprozess abgesehen.

10.3.2 Ergebnis

Es erfolgt keine Änderung.

10.4 Abgrenzung und Einordnung der Chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (HMG109, HMG110)

Wie sich bei der Überarbeitung der Hierarchie gezeigt hat, lässt sich die noch im Klassifikationsmodell 2011 verwendete altersabhängige Zuschlagsaufteilung im Bereich der COPD weiter verbessern. Der Festlegungsentwurf sah daher vor, die Höhe des Zuschlages zukünftig nicht weiter an das Alter der betroffenen Versicherten zu knüpfen, sondern bei der Eingruppierung in die entsprechenden (neuen) Diagnosegruppen DxG848 („Schwerwiegende COPD / Emphysem“) und DxG849 („Leicht- und mittelgradige COPD“) die auf der fünften Stelle der ICD-Systematik kodierte klinische Schwere der Erkrankung (diagnostiziert und kodiert als prozentuale Einschränkung der so genannten forcierten Einsekundenkapazität FEV₁) zu berücksichtigen.

Einerseits wurde im Anhörungsverfahren die Abkehr von der rein altersbezogenen Differenzierung des „Schweregrades“ der Erkrankung begrüßt, andererseits aber wurde das BVA auf Probleme hingewiesen, die die Umsetzbarkeit des BVA-Vorschlages in Zweifel ziehen. So weisen GKV-SV und AOK-BV darauf hin, dass Hausärzte nicht zur Kodierung der 5. Stelle des ICD-Kodes J44.- verpflichtet sind. Die zielgenaue Differenzierung des Schweregrades bei Versicherten, die sich aufgrund ihrer Erkrankung primär in hausärztlicher Versorgung befinden, sei daher nicht sichergestellt. GKV-SV und TK et al. merken weiterhin an, dass das Ergebnis der FEV₁-Untersuchung nicht zwangsweise einen eindeutigen Rückschluss auf das Erkrankungsstadium zuließe, da das Resultat des Tests maßgeblich von der Kompetenz des Untersuchers sowie von der Mitarbeit des Patienten abhinge.

Als alternative Variante zur Abgrenzung von Versicherten mit einer eher als schwerwiegend anzusehenden COPD schlagen GKV-SV und TK et al. eine Schweregraddifferenzierung über die in Tabelle 18 aufgelisteten Arzneimittelwirkstoffe vor. Eine Zuordnung in die höherwertige COPD-Gruppe soll dabei erfolgen, wenn ein betroffener Versicherter mindestens über einen Zeitraum von 183 Behandlungstagen mit den gelisteten Wirkstoffen aufweist und mindestens ein Diagnose- und Verordnungsquartal übereinstimmen.

Tabelle 18: Wirkstoffliste zur Identifikation schwerwiegender COPD-Fälle (GKV-SV)

ATC-Kode	Bezeichnung
H02AB	Glucocorticoide
R03AA	Alpha- und Beta-Adrenozeptor-Agonisten
R03AC	Selektive Beta-2-Adrenozeptor-Agonisten
R03AK	Sympathomimetika und andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
R03BA	Glucocorticoide
R03BB	Anticholinerga
R03BC	Antiallergika, exkl. Corticosteroide
R03CB	Nichtselektive Beta-Adrenorezeptor-Agonisten
R03CC	Selektive Beta-2-Adrenozeptor-Agonisten
R03DA	Xanthine
R03DH	Homöopathische und anthroposophische Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen zur systemischen Anwendung
R03DX	Andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen zur systemischen Anwendung

10.4.1 Untersuchung / Diskussion

Die kritischen Anmerkungen von GKV-SV, TK et al. und AOK-BV hinsichtlich der angestrebten Schweregradeinteilung der COPD anhand der ICD-Systematik lassen sich nicht ohne weiteres von der Hand weisen. Die Anregung von GKV-SV und TK et al., eine Zuschlagsdifferenzierung über ausreichend spezifische Arzneimittel zu untersuchen wird daher an dieser Stelle aufgegriffen.

Bei Durchsicht von Tabelle 18 fällt jedoch zunächst auf, dass sich hier sämtliche Wirkstoffe wiederfinden, die bislang schon zum Aufgreifen der DxG für das Asthma bronchiale Anwendung gefunden haben. Zur Identifizierung schwerwiegender Verlaufsformen empfiehlt es sich unter Rückgriff auf die relevanten Leitlinien (Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease - Update 2010, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) sowie Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) COPD Langfassung Version 1.8, April 2011. Bundesärztekammer, KBV, AWMF) allerdings, die Auflistung um die ATC-Kodes R03AA („Alpha- und Beta-Adrenozeptor-Agonisten“), R03BC („Antiallergika, exkl. Corticosteroide“), R03CB („Nichtselektive Beta-Adrenozeptor-Agonisten“) und R03DH („Homöopathische und anthroposophische Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen zur systemischen Anwendung“) zu bereinigen, sodass zur Überprüfung des Modellvorschlages die in Tabelle 19 dokumentierte Zusammenstellung resultiert.

Tabelle 19: Angepasste Wirkstoffliste zur Identifikation schwerwiegender COPD-Fälle

ATC-Kode	Bezeichnung
H02AB	Glucocorticoide
R03AC	Selektive Beta-2-Adrenozeptor-Agonisten
R03AK	Sympathomimetika und andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
R03BA	Glucocorticoide
R03BB	Anticholinerga
R03CC	Selektive Beta-2-Adrenozeptor-Agonisten
R03DA	Xanthine
R03DX	Andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen zur systemischen Anwendung

Zur Überprüfung des Vorschlags wurden alle Versicherte mit einer der näher betrachteten Diagnosen (J43.-, J44.-, J98.2, J98.3) bei Erfüllung des M2Q-Kriteriums bzw. einer Diagnose aus dem stationären Sektor in MG237 (COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation) eingeordnet. Liegt für einen der Versicherten mit entsprechender Diagnose ein Behandlungszeitraum von mindestens 183 Tagen mit den oben gelisteten Wirkstoffen vor und fallen mindestens ein Diagnose- und ein Verordnungsquartal aufeinander, erfolgt eine Gruppierung in die MG236 („COPD oder Emphysem mit Dauermedikation“).

Simuliert man das Modell unter Beibehaltung der im Festlegungsentwurf vorgesehenen Dominanzbeziehungen der Morbiditätsgruppen untereinander, so ergibt sich das in Tabelle 20 dargestellte Bild.

Tabelle 20: Schweregradifferenzierung der COPD über Arzneimittel in die bestehende Hierarchie

		R ²	25,5950%
		CPM	22,9094%
		MAPE	1.844,67 €
		Beta	N
HMG217	Mukovszidose (> 11 J.)	22.448 €	284
HMG218	Mukovszidose (< 12 J.)	11.581 €	130
HMG108	Akutes schweres Asthma (> 17 J.) / postinflammatorische Lungenfibrose	2.713 €	5.077
HMG215	Bronchiektasen	1.599 €	1.740
HMG236	COPD od. Emph. mit Dauermedikation	1.871 €	59.428
HMG109	Asthma bronchiale / Akutes schweres Asthma (< 18 J.)	839 €	58.869
HMG237	COPD od. Emph. ohne Dauermedikation	373 €	91.326

Es fällt auf, dass sich für die neu gefasste HMG236 ein höheres Kostengewicht ermittelt als für die ihr direkt übergeordnete HMG215 („Bronchiektasen“). Zur Beseitigung dieser Hierarchieverletzung bieten sich theoretisch zwei Möglichkeiten. Erstens ein Positionstausch der beiden Zuschlagsgruppen, wodurch die dauerhaft medikamentös therapierte COPD die Bronchiektasie dominieren würde. Diese Option erscheint jedoch wenig sinnvoll, würde somit

doch eine Komplikationsform bestimmter im Hierarchiestrang abgebildeter Grunderkrankungen (etwa Asthma und COPD) durch die Grunderkrankung selbst dominiert werden. Somit verbleibt zum Aufheben der Hierarchieverletzung zweitens noch die Möglichkeit, die HMG215 und HMG236 zu vereinen. Hinsichtlich der in Tabelle 20 aufgeführten Fallzahlen und Kostengewichte wäre hierdurch augenscheinlich kein wesentlicher Rückgang der Modellgütemaße zu befürchten. Diese Einschätzung bestätigt sich dann auch bei der Simulation der entsprechenden Variante (Tabelle 21).

Tabelle 21: Zusammenlegung der HMG215 („Bronchiektasen“) und der HMG236 („COPD / Emphysem mit Dauermedikation“)

	R ²	25,5949%
	CPM	22,9094%
	MAPE	1.844,67 €
	Beta	N
HMG217 Mukovszidose (> 11 J.)	22.449 €	284
HMG218 Mukovszidose (< 12 J.)	11.581 €	130
HMG108 Akutes schweres Asthma (> 17 J.) / postinflammatorische Lungenfibrose	2.713 €	5.077
HMG215 Bronchiektasen + / HMG236 COPD od. Emph. mit Dauermedikation	1.863 €	61.168
HMG109 Asthma bronchiale / Akutes schweres Asthma (< 18 J.)	839 €	58.869
HMG237 COPD od. Emph. ohne Dauermedikation	373 €	91.326

Von zentraler Bedeutung für die Festlegung ist nun ein Vergleich der Gütemaße der bislang diskutierten Modelle (Tabelle 22). Wie sich hierbei zeigt, konnte mit der Abkehr von der bisherigen altersbezogenen Differenzierung (Modell 2011) und der Neuabgrenzung über die fünfte Stelle der übermittelten ICD-Kodes (Festlegungsentwurf) bereits eine leichte Verbesserung der Modellgüte erreicht werden. Durch das Abstellen auf eine arzneimittelbasierte Schweregraddifferenzierung hingegen könnte die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells noch einmal deutlich gesteigert werden. Mit Blick auf die von GKV-SV, AOK-BV und TK et al. aufgezeigten Probleme bei der Umsetzung des vom BVA im Festlegungsentwurf favorisierten Modells zeigt sich die hier zuletzt berechnete Variante in allen Belangen als die sinnvollste Option zur Anpassung der Versichertenklassifikation für das Ausgleichsjahr 2012.

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

Tabelle 22: Vergleich der Modelle zur Schweregraddifferenzierung der COPD

Modell 2011			Festlegungsentwurf (COPD-Differenzierung über ICD-Kodes)			Vorschlag GKV-SV (modifiziert) (COPD-Differenzierung über AM-Therapie)		
R ²	25,5450%		R ²	25,5535%		R ²	25,5949%	
CPM	22,8422%		CPM	22,8533%		CPM	22,9094%	
MAPE	1.846,28 €		MAPE	1.846,01 €		MAPE	1.844,67 €	
	Beta	N		Beta	N		Beta	N
HMG217 Mukovszidose (> 11 J.)	22.392 €	284	HMG217 Mukovszidose (> 11 J.)	22.416 €	284	HMG217 Mukovszidose (> 11 J.)	22.449 €	284
HMG218 Mukovszidose (< 12 J.)	11.578 €	130	HMG218 Mukovszidose (< 12 J.)	11.585 €	130	HMG218 Mukovszidose (< 12 J.)	11.581 €	130
HMG108 Status astmaticus (> 17 J.) / postinflammatorische Lungenfibrose	2.473 €	4.345	HMG108 Akutes schweres Asthma (> 17 J.) / postinflammatorische Lungenfibrose	2.666 €	5.077	HMG108 Akutes schweres Asthma (> 17 J.) / postinflammatorische Lungenfibrose	2.713 €	5.077
HMG215 Bronchiektasen	1.605 €	1.751	HMG215 Bronchiektasen	1.566 €	1.740	HMG215 Bronchiektasen + /	1.863 €	61.168
HMG109 COPD & Emphysem (> 17 J.) / Asthma bronchiale (jedes Alter) / Status asthmaticus (< 18 J.)	920 €	204.363	HMG236 Emphysem / Schwerwiegende COPD	1.294 €	46.023	HMG236 COPD od. Emph. mit Dauermedikation		
			HMG109 Asthma bronchiale / Akutes schweres Asthma (< 18 J.)	974 €	74.019	HMG109 Asthma bronchiale / Akutes schweres Asthma (< 18 J.)	839 €	58.869
HMG110 COPD (< 18 J.)	405 €	3.523	HMG237 Leicht- und mittelgradige COPD	643 €	87.173	HMG237 COPD od. Emph. ohne Dauermedikation	373 €	91.326

10.4.2 Ergebnis

Da die kritischen Anmerkungen des GKV-SV sowie des AOK-BV und von TK et al. nachvollzogen werden können und der im Rahmen der Stellungnahmen vorgebrachte Anpassungsvorschlag zu einer deutlichen Verbesserung der Modellgüte beiträgt, erfolgt die Unterscheidung der Erkrankungsschwere bei der Chronisch obstruktiven Lungenerkrankung künftig anhand der in Tabelle 19 aufgeführten Wirkstoffliste. Versicherte, die an einer COPD bzw. einem Lungenemphysem leiden und dauerhaft medikamentös therapiert werden, werden der gleichen Zuschlagsgruppe zugeordnet wie Versicherte, bei denen Bronchiektasen diagnostiziert worden sind.

10.5 Zuordnung der „Krankheiten der Atemwege bei sonstigen andersorts klassifizierten Krankheiten“ (ICD-Kode J99.8)

KBV und BÄK regen in ihrer Stellungnahme an, den Verbleib des aus ihrer Sicht „sehr unspezifische[n] (aber auch sehr seltene[n]“ ICD-Kodes J99.8 („Krankheiten bei sonstigen andersorts klassifizierten Krankheiten“ in der DxG457 zu prüfen.

10.5.1 Untersuchung

Hinsichtlich der Kostenhomogenität der DxG457 scheint die Sorge von KBV/BÄK unberechtigt. Begutachtet man die mittleren Folgekosten der der DxG457 zugeordneten Versicherten, die jeweils das M2Q-Kriterium erfüllen bzw. mindestens eine stationäre Diagnose aufweisen, setzen sich die Patienten mit einer „unspezifischen“ J99.8-Kodierung von den übrigen Versicherten in der Gruppe nach oben ab (Tabelle 23). Dies deutet darauf hin, dass die sich hinter der unspezifischen Kodierung verbergenden Atemwegserkrankungen einen ähnlichen oder sogar höheren Versorgungsaufwand nach sich ziehen als die übrigen, spezifischer kodierten Formen. Eine Anpassung der Zuordnungslogik ist daher nicht geboten.

Tabelle 23: Mittlere Folgekosten der Versicherten der DxG457

		N	mittlere Folgekosten
DxG457	Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose	4.063	9.482 €
davon	J99.8 Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	144	12.947 €
	J84.- restliche Kodes der DxG457 J99.0 J99.1	3.919	9.361 €

10.5.2 Ergebnis

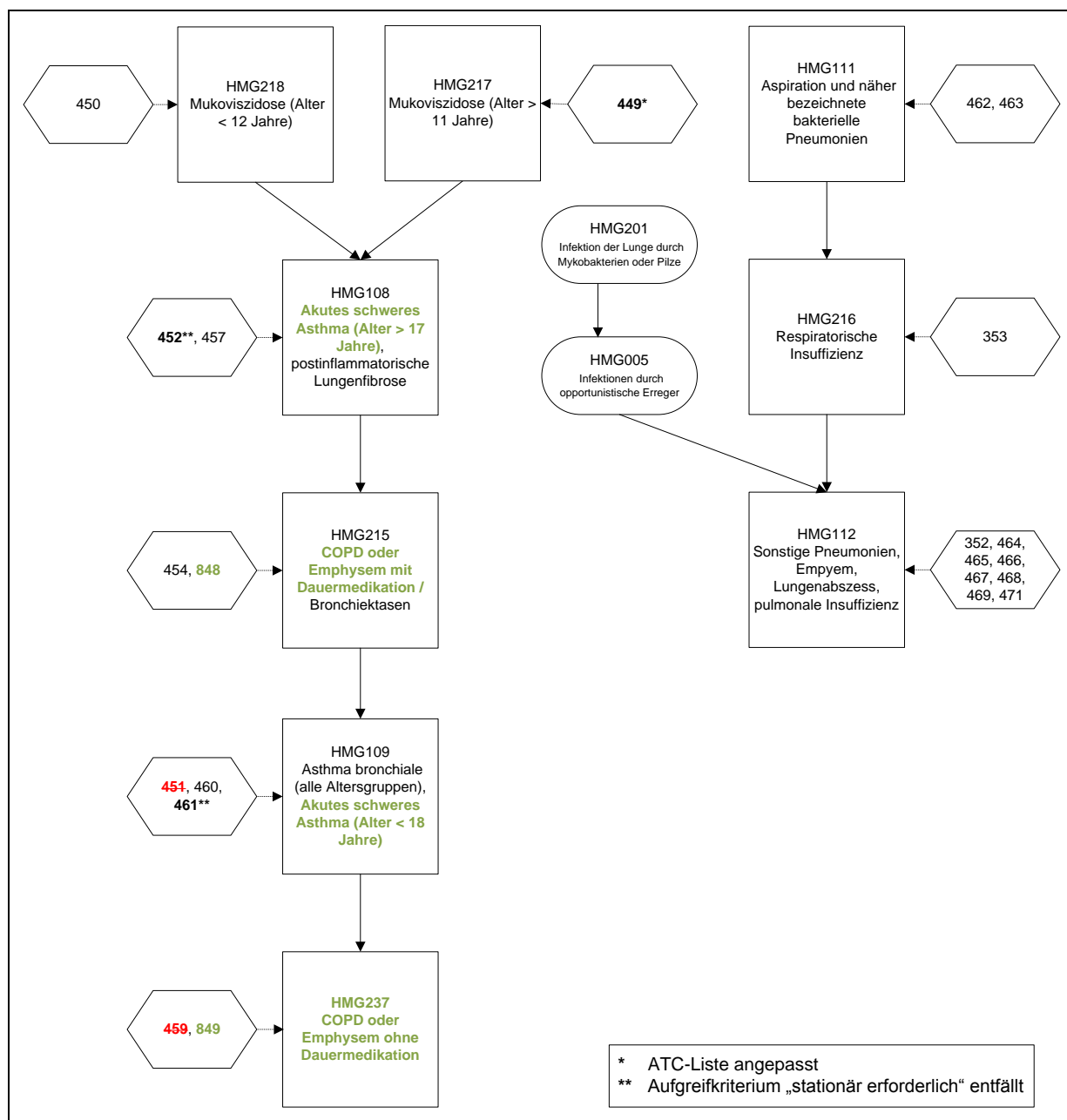
Es erfolgt keine Änderung.

10.6 Anpassung der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Die Schweregraddifferenzierung bei der Chronisch obstruktiven Lungenerkrankung erfolgt künftig anhand der in Tabelle 19 aufgeführten Wirkstoffliste, wobei Versicherte mit den fraglichen Diagnosekodierungen (J43.-, J44.-, J98.2, J98.3) ohne Arzneimittelprüfung über die DxG849 („COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation“) der (H)MG237 („COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation“) zugeordnet werden, während Versicherte bei entsprechender Diagnosekodierung in mindestens einem Quartal, einer Arzneimitteltherapiedauer von mindestens 183 Behandlungstagen und der zeitlichen Übereinstimmung von mindestens einem Diagnose- und Verordnungsquartal über die DxG848 („COPD oder Emphysem mit Dauermedikation“) einen Zuschlag in der (H)MG215 („COPD oder Emphysem mit Dauermedikation / Bronchiektasen“) auslösen können.

Gemeinsam mit den bereits im Festlegungsentwurf vorgestellten Änderungen ergibt sich die in Abbildung 9 dargestellte Ausgestaltung der Hierarchie 19.

Abbildung 9: Anpassung der Hierarchie 19 („Erkrankungen der Lunge“) für das Ausgleichsjahr 2012



11 Hierarchie 20: „Erkrankungen der Harnwege“

11.1 Festlegungsentwurf

Nach Vorschlägen von KBV und BÄK sowie der Barmer GEK wurde die Hierarchie erneut geprüft.

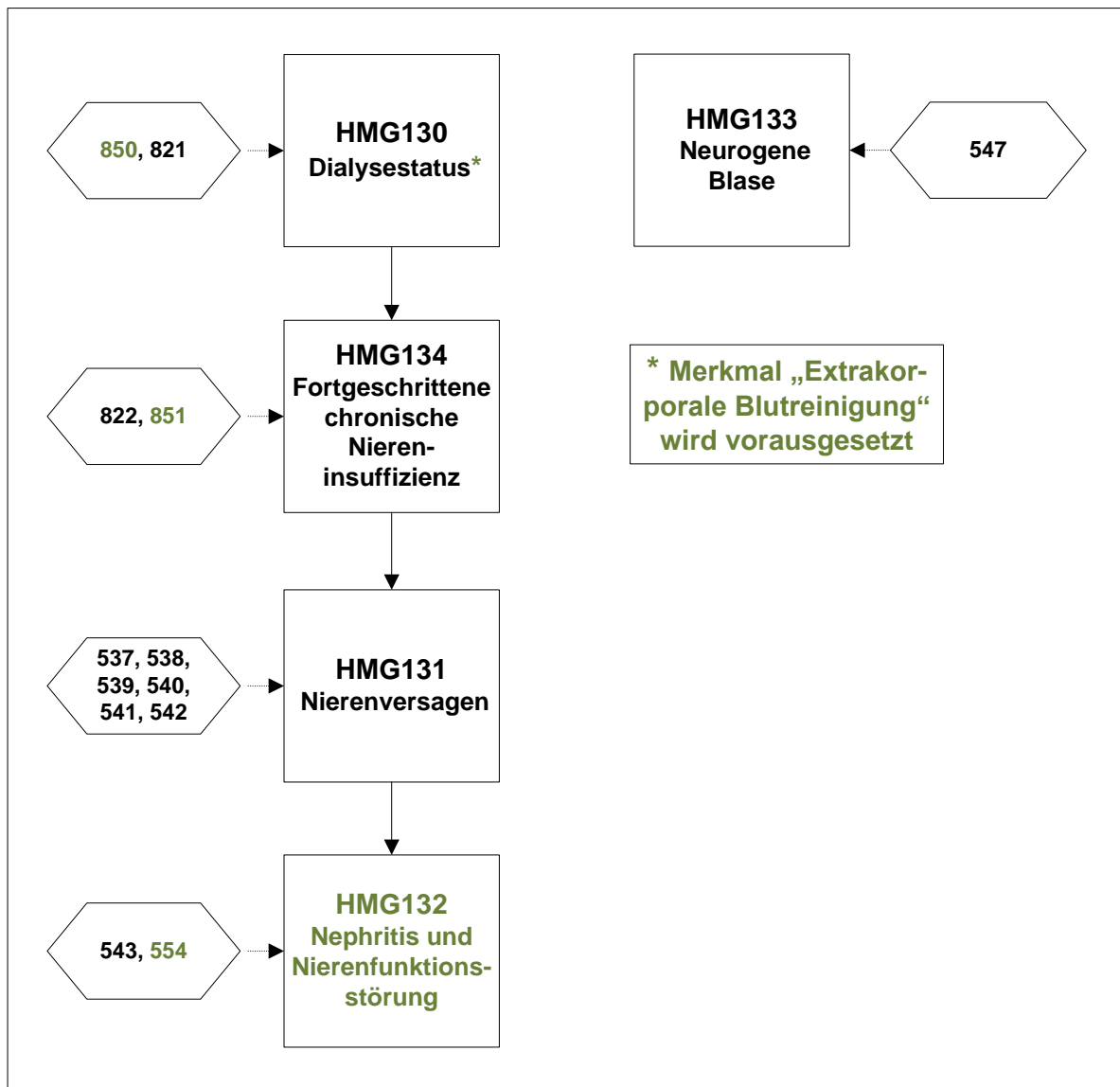
Der Wissenschaftliche Beirat schlägt vor, die Gewährung des besonders teuren Dialysezuschlags künftig ohne Ausnahme an das Vorliegen des sog. Dialyse-Kennzeichens („Extrakorporale Blutreinigung“) zu knüpfen. Bislang galt dies nur für einen Teil der relevanten Diagnosen (DxG821) der HMG 130 „Dialysestatus“. Der Festlegungsentwurf sieht nun vor, das Kennzeichen auch für die DxG536 zu fordern, die in diesem Zuge in die DxG850 „Dialysestatus (mit Dialyse-Kennzeichen)“ überführt wird. Versicherte, für die das Dialyse-Kennzeichen nicht vorliegt, werden unter Schaffung einer neuen DxG851 „Dialysestatus (ohne Dialyse-Kennzeichen)“ künftig in die HMG134 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz“ und damit unterhalb der HMG130 eingeordnet. Die empirische Überprüfung zeigte, dass auf diese Weise eine bessere Abgrenzung des Dialysestatus gegenüber den weniger ausgabeintensiven Formen der chronischen Niereninsuffizienz gelingt.

Außerdem ist beabsichtigt, die Arzneimittelvalidierung der Diagnosegruppen für Nierenerkrankungen in den HMG130 „Dialysestatus“ und HMG134 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz“ zu vereinheitlichen, indem zwei ATC-Fünfsteller (C03- und C09-) fortan auch für die neue DxG850 und die neue DxG851 zugelassen werden.

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt zudem vor, die regelmäßig auftretende Hierarchieverletzung zwischen den Zuschlagsgruppen „Nephritis“ (HMG132) und „Nierenfunktionsstörung“ (HMG136) zu beseitigen. Hierzu soll die HMG136 in die HMG132 integriert werden, d. h. beide Krankheiten zusammen sollen fortan die neue HMG132 „Nephritis und Nierenfunktionsstörung“ auf der untersten Stufe des Hierarchiestranges bilden.

Dementsprechend resultiert aus dem Festlegungsentwurf folgende Ausgestaltung für die Hierarchie 20 „Erkrankungen der Harnwege“:

Abbildung 10: Anpassung der Hierarchie 20 („Erkrankungen der Harnwege“) in der Entwurfsfassung



11.2 Stellungnahmen

Die kritischen Anmerkungen aus dem Anhörungsverfahren lassen sich in zwei Themenkomplexe unterteilen:

I. Umgang mit der Hierachieverletzung zwischen der HMG 132 und der HMG136:

Die Hierachieverletzung zwischen der HMG132 und der HMG136 soll gemäß Festlegungsentwurf durch eine Zusammenlegung der beiden Gruppen dauerhaft beseitigt werden. Hierzu gab es die folgenden kritischen Anmerkungen:

- Der GKV-SV bemängelt, durch die geplante Zusammenlegung komme es zu einer vergleichsweise inhomogenen Zuschlagsgruppe. Alternativ greift er einen Vorschlag von TK et al. auf, der auf ICD-Ebene eine Neuordnung der beiden betroffenen DxGruppen DxG543 (ehemals HMG132) und DxG554 (ehemals HMG136) vorsieht.
- KBV und BÄK erklären unter pragmatischen Gesichtspunkten grundsätzlich ihr Einverständnis zur Zusammenlegung der HMG132 und der HMG136, regen aber eine Überprüfung der gesamten Hierarchie im Rahmen der Krankheitsauswahl 2012 an.

II. Themenkomplex „Dialyse“:

Grundsätzlich ist der Vorschlag aus dem Festlegungsentwurf auf breite Zustimmung gestoßen, für sämtliche Versicherte, die in die oberste Zuschlagsgruppe „Dialysestatus“ eingruppiert werden, das Vorliegen des Dialyse-Kennzeichens als Voraussetzung zu fordern. Es wurden zu diesem Vorhaben jedoch auch folgende kritische Anmerkungen geäußert:

- KBV und BÄK stellen sich die Frage, ob für die HMG130 unter diesen Voraussetzungen die Verwendung des Arzneimittelkriteriums überhaupt noch notwendig sei oder ob dieses nicht entfallen könne.
- TK et al. sehen für den Kode Z49.0 „Vorbereitung auf die Dialyse“ keine Berechtigung mehr für eine Berücksichtigung in der HMG130, in der das Vorhandensein des Dialyse-Kennzeichens nun universell gefordert wird. Da besagter Kode ausdrücklich die Vorbereitung auf die Dialyse beschreibe, sei eine gleichzeitige Vergabe des Dialyse-Kennzeichens im Grunde ausgeschlossen. TK et al. plädieren daher für den Ausschluss des Kodes Z49.0 aus der DxG850 „Dialysestatus (mit Dialyse-Kennzeichen)“.
- Des Weiteren halten es TK et al. für ratsam, die übrigen sog. „Z-Kodes“ (Z49.1, Z49.2 und Z99.2) aus der DxG851 „Dialysestatus (ohne Dialyse-Kennzeichen)“ auszuschließen. Bei Fehlen des Dialyse-Kennzeichens müssten diese Kodes falsch kodiert sein, da sie explizit die Durchführung einer Dialyse anzeigten. Diagnosen, bei denen die Dialyse Grundvoraussetzung der Kodierung sei, könnten prinzipiell nicht sinnvoll in eine HMG ohne Berücksichtigung der Dialyse eingeordnet werden.

11.3 Umgang mit der Hierarchieverletzung zwischen der HMG132 und der HMG136

Die von TK et al. und GKV-SV vorgeschlagene ICD-Neuordnung erlaubt möglicherweise die Wiederherstellung der ursprünglichen Hierarchieordnung (HMG132 über HMG136), ohne dass es zu einer Hierarchieverletzung kommt. Dies soll vor allem durch eine bessere Abgrenzung der chronischen und interstitiellen Nephritis von den leichteren Formen der sonstigen und akuten Nephropathien gelingen. Da eine saubere Abgrenzung der betroffenen Krankheitsformen grundsätzlich einer Zusammenlegung der beiden Gruppen vorzuziehen ist, wird der Vorschlag hier aufgegriffen.

11.3.1 Untersuchung

Den Referenzrahmen für die empirische Überprüfung des Vorschlags von GKV-SV und TK et al. bildet das im Festlegungsentwurf zugrunde gelegte Ausgangsmodell sowie das ebenfalls im Festlegungsentwurf vorgestellte Modell 0. Auf dessen Grundlage hatte sich der Wissenschaftliche Beirat für die Zusammenlegung von HMG132 und HMG136 im Festlegungsentwurf ausgesprochen. Die nun neu zu prüfende Aufteilung der beiden HMG im Sinne von GKV-SV und TK et al. wird durch das Modell A1 dargestellt. Es gibt exakt die von GKV-SV und TK et al. angeregte ICD-Umgruppierung wieder, welche im Detail an entsprechender Stelle in den Stellungnahmen nachzulesen ist. Tabelle 24 stellt die Ergebnisse der Regressionsberechnungen dar.

Tabelle 24: Regressionsergebnisse zur Beurteilung einer Neugliederung von HMG132 und HMG136

Modell	MODELLE AUS FESTLEGUNGSENTWURF				NEUER VORSCHLAG	
	Status quo (SQ)		Modell 0		Modell A1	
Modifikation	Status quo vor Anpassungsvorschlag		SQ mit Zusammenlegung der HMG132 und der HMG136 (=Eingliederung der HMG136 in die HMG132)		Neuverteilung der ICD-Codes zwischen HMG132 und HMG136 nach Vorschlag des GKV-SV/der TK	
			Diff. SQ		Diff. SQ	
R ²	25,5450%		25,5450%	0,00000%	25,5450%	0,00000%
CPM	22,8422%		22,8422%	0,00000%	22,8421%	-0,00004%
MAPE	1.846,279 €		1.846,279 €	-0,00713%	1.846,280 €	0,09193%
Risikogruppe	N	Beta	N	Beta	N	Beta
HMG 130 Dialysestatus	5.247	35.589 €	5.247	35.589 €	5.247	35.589 €
HMG 134 Fortgeschr. chr. Niereninsuff.	6.814	3.813 €	6.814	3.813 €	6.814	3.813 €
HMG 131 Nierenversagen	83.992	892 €	83.992	892 €	83.992	893 €
HMG 132 Nephritis	17.974	213 €	22.367	216 €	14.398	226 €
HMG 136 Nierenfunktionsstörung*	4.393	228 €			7.969	198 €
HMG 133 Neurogene Blase	16.287	1.622 €	16.287	1.622 €	16.287	1.622 €

* P-Werte der HMG136 sowohl in SQ als auch in MA1 insignifikant (0,0061 und 0,0014)!

Wie es beabsichtigt war, tritt in Modell A1 die Hierarchieverletzung zwischen der HMG132 und der HMG136 nicht mehr auf. Allerdings stößt das Modell A1 auf ein Problem, das schon dem Status-quo-Modell immanent war: Der Schätzer für die HMG136 erweist sich als insigni-

fikant. Bei der Zusammenlegung von HMG132 und HMG136, wie in Modell 0 dargestellt, tritt diese Schwierigkeit nicht mehr auf. Auch die Modell-Performance – das zeigt ein Blick auf die Entwicklung von CPM und MAPE – fällt für Modell 0 leicht besser aus als für das neu vorgeschlagene Modell A1. Beide Aspekte sprechen dafür, die Zusammenlegung der beiden unteren Zuschlagsgruppen beizubehalten.

Womöglich sind die insignifikanten P-Werte ein Hinweis darauf, dass in der HMG136 Diagnosen mit nur sehr geringem Krankheitswert enthalten sind, welche daher auch nur niedrige Ausgaben nach sich ziehen. Eine Aussage aus der ersten Stellungnahme zum Festlegungsprozess 2012 von KBV und BÄK weist schon in diese Richtung. Aus medizinischer Sicht hielten sie den kompletten Ausschluss dreier ICD-Kodes (N27.0, N27.1 und N27.9) aus der HMG136 für sinnvoll, da diese nur ein sehr leichtes Krankheitsgeschehen repräsentierten (die „kleine Niere ohne Ursache“). Die drei fraglichen ICD-Kodes tragen mit Sicherheit dazu bei, dass sich sowohl in Modell A1 als auch im Status-quo-Modell für die unterste Gruppe ein insignifikanter Schätzer ergibt.

Jedoch erfolgte schon in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf der Hinweis, dass die Entfernung oder Ergänzung von Kodes eine Aufgabe sei, die sich nur im Rahmen der Krankheitsauswahl stelle. Zwar könnten auch durch einen technischen Trick, nämlich durch die erforderliche Nullsetzung des insignifikanten Schätzers für die HMG136 bei Umsetzung des Modells A1 (oder eines ähnlichen Modells), faktisch ICD-Kodes aus der Klassifikation ausgeschlossen werden. Methodisch wäre dies aber mehr als fragwürdig. Auch spricht die Entwicklung der Modellgüte letztlich nicht für eine Umsetzung von Modell A1.

Stattdessen erscheint es sinnvoll, den ICD-Komplex der HMG132/HMG136 im Zuge der nächsten Krankheitsauswahl gründlich zu überarbeiten. Dies wurde auch von BÄK und KBV in ihren Anmerkungen zum Festlegungsentwurf angeregt. Bis es dazu kommt, wird an der Zusammenlegung der HMG132 und HMG136 festgehalten.

11.3.2 Ergebnis

An der im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Zusammenlegung der HMG132 und der HMG136 wird keine Änderung vorgenommen.

11.4 Themenkomplex „Dialyse“

BÄK und KBV ziehen in ihrer Stellungnahme eine Aufhebung der Arzneimittelvalidierung in der HMG130 in Betracht. Ihre Begründung lautet, dass die Verschärfung der Aufgreifkriterien in der HMG130 eine Berücksichtigung von Arzneimitteln im Grunde nicht mehr erforderlich mache: Ein Dialyse-Patient, der keine Dauermedikation erhalte, dürfe eine sehr seltene Ausnahme sein, so KBV und BÄK.

Diese Einschätzung ist mehr als nachvollziehbar. Doch besagt sie nicht, dass das Festhalten am Arzneimittelkriterium in der HMG130 aus medizinischer Sicht eine falsche oder unbegründete Maßnahme darstellt. Allenfalls ist sie redundant in Bezug auf den Glaubwürdigkeitsnachweis einer Diagnose. Angesichts des sehr hohen Zuschlags in der Dialyse-HMG erscheint es jedoch letztlich unter keinen Umständen sinnvoll, ein medizinisch sinnvolles Validierungskriterium ohne Not aufzugeben. Der diesbezügliche Vorschlag von BÄK und KBV wird daher nicht umgesetzt.

Einzig TK et al. halten die geplanten Änderungen im Bereich der Dialyse von Grund auf nicht für konsistent. So drückt die Stellungnahme von TK et al. eine prinzipielle Skepsis darüber aus, ob mit den sog. Z-Codes angesichts der geplanten übergreifenden Verwendung des Dialyse-Kennzeichens in der HMG130 passend verfahren wird. Um in diesem Punkt urteilsfähig sein zu können, bedarf es einer vertieften inhaltlichen Diskussion und einiger zusätzlicher empirischer Fakten.

11.4.1 Untersuchung/Diskussion

Die Z-Kodes sind originär für die Kodierung einer Dialyse vorgesehen. Daher war bislang eine zusätzliche Validierung durch das Dialyse-Kennzeichen nicht als notwendig erschienen. Empirisch spricht jedoch alles dafür, auch für die Z-Kodes das Dialyse-Kennzeichen als entscheidenden Parameter für die Eingruppierung in die HMG130 einzuführen. Die Versicherten mit einem der für die HMG130/HMG134 zugelassenen Codes unterscheiden sich je nach Vorliegen des Merkmals in ihren (Folge-)Kosten erheblich. Wie Tabelle 25 noch einmal deutlich zeigt, ist dies nicht nur für die Diagnosen aus der Gruppe der terminalen Niereninsuffizienz der Fall, die den Dialysestatus nur indirekt anzeigen (N18.0 und N18.84), sondern dieses Muster bewahrheitet sich genauso für die Z-Kodes.

Tabelle 25: Durchschnittliche Folgekosten von Versicherten in den HMG130/134

Status-quo-Modell gemäß Festlegung 2011				Modell 4 gemäß Festlegungsentwurf 2012 (= Anhörungsvorschlag)					
DxG	Dialyse-Kennzeichen erforderlich	N	Durchschnittl. Folgekosten	HMG	ICD-Kodes	DxG	Dialyse-Kennzeichen erforderlich	N	Durchschnittl. Folgekosten
821	ja	4.627	48.043 €	130	N18.0, N18.84	821	ja	4.627	48.043 €
536	nein	4.804	45.658 €	130	Z49.0, Z49.1, Z49.2, Z99.2	850	ja	4.475	48.405 €
822	nein	7.227	13.389 €	134	N18.0, N18.84	822	nein	7.227	13.389 €
				134	Z49.0, Z49.1, Z49.2, Z99.2	851	nein	927	19.329 €

Die kostenmäßige Abgrenzung zwischen der HMG130 und der HMG134 gelingt mit dem vom wissenschaftlichen Bereit favorisierten Modell aus dem Festlegungsentwurf („Modell 4“) deutlich besser als im Status quo.

Die Werte aus Modell 4 zeigen aber auch, dass Versicherte mit einem Z-Code, die das Merkmal „Extrakorporale Blutreinigung“ nicht aufweisen (DxG851), immer noch für Folgekosten von durchschnittlich fast 20.000 € verantwortlich sind. Den überwiegenden Teil dieser Versicherten (jene mit Z49.1, Z49.2 und Z99.2) aus dem Modell auszuschließen, wie es TK et al. vorschlagen, kann daher – von einem empirischen Standpunkt aus – nicht in Betracht gezogen werden. Die Kritik von TK et al. weist, genau besehen, viel eher auf ein semantisches als ein inhaltliches Problem hin. Der Einwand lautet im Kern, man könne Codes, denen definitorisch die Durchführung einer Dialyse zugrunde liegt, nicht in eine HMG ohne Dialysebezug (HMG134) einordnen. Es ruft also begriffliche Irritationen hervor, dass diese Codes in Form der neu geschaffenen DxG851 unter der Bezeichnung „Dialysestatus (ohne Dialyse-Kennzeichen)“ in die HMG134 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz“ eingeordnet werden sollen. Vor diesem Hintergrund scheint es angezeigt, insbesondere für die DxG851 einen weniger paradox erscheinenden Namen zu wählen. Daher wird vorgeschlagen, die Benennung der DxG851 zu ändern in „Kodierung einer Dialyse (ohne Dialyse-Kennzeichen)“. Auf diese Weise wird die vorliegende Diskrepanz zwischen Kodierung/Dokumentation und realem Behandlungsgeschehen hervorgehoben. Von einer Umbenennung der HMG134 wird hingegen abgesehen: Sowohl die Versicherten der DxG851 als auch der DxG822 weisen beträchtliche Folgekosten auf. Es kann also nach wie vor davon ausgegangen werden, dass es sich jeweils – wenn auch nicht um dialysierte – so doch um Patienten mit einer „fortgeschrittenen chronischen Niereninsuffizienz“ handelt.

Es bleibt im Umfeld der Diskussion um die umstrittenen „Z-Kodes“ noch die Frage zu klären, wie speziell mit dem ICD-Schlüssel Z49.0 „Vorbereitung auf die Dialyse“ umzugehen ist. TK et al. empfehlen hier einen Ausschluss aus der DxG850 und damit aus der HMG130 „Dialysestatus“.

Es muss hier zuallererst betont werden, dass sich der Kode Z49.0 und das Vorliegen des Dialyse-Kennzeichens nicht per se ausschließen: Die versichertenbezogenen Informationen für das Klassifikationsmodell werden auf ganzjähriger Basis erfasst. Es ist möglich und ohne weiteres denkbar, dass für Versicherte im Laufe eines Jahres erst eine Vorbereitung auf die Dialyse stattfindet und dann zu einem späteren Zeitpunkt die eigentliche Dialyse durchgeführt wird. Tatsächlich sprechen die vorhandenen Daten für genau solche Behandlungsverläufe: Für 850 Versicherte im Stichprobendatensatz liegt der Kode Z49.0 und gleichzeitig das Dialyse-Kennzeichen vor. Doch nur für 40 dieser 850 Versicherten wurde *ausschließlich* dieser Kode dokumentiert (bei immer noch durchschnittlichen Folgekosten von 40.712 €). Die restlichen 810 Versicherten besitzen daneben noch mindestens einen weiteren Z-Kode.

Um die Bedenken an der richtigen Einordnung des Z49.0 in der DxG850 endgültig zu zerstreuen, bietet sich ein Blick auf Tabelle 26 an. Auf Basis von Modell 4 sind dort die durchschnittlichen Folgekosten für Versicherte, gegliedert nach den einzelnen Kodes Z49.0, Z49.1, Z49.2 und Z99.2 und in Abhängigkeit des Vorliegens des Dialyse-Kennzeichens, angegeben. Bei der Interpretation der Tabelle ist zu beachten, dass Versicherte, die mehr als einen Z-Code aufweisen, mit ihren Kosten auch mehrfach in die Durchschnittsberechnungen eingehen.

Tabelle 26: Durchschnittliche Folgekosten für Versicherte mit den ICD-Kodes Z49.0, Z491, Z49.2 und Z99.2 auf Basis von Modell 4 aus dem Festlegungsentwurf

	Versicherte insgesamt		Versicherte mit Dialyse-Kennzeichen (=DxG 850)		Versicherte ohne Dialyse-Kennzeichen (= DxG851)	
Z-Kode	N	Kosten	N	Kosten	N	Kosten
Z49.0	1.232	38.453 €	805	48.629 €	427	19.270 €
Z49.1	3.537	46.790 €	3.246	49.027 €	291	21.834 €
Z49.2	540	45.906 €	489	48.416 €	51	21.842 €
Z99.2	4.025	46.633 €	3.701	48.708 €	324	22.934 €

Wie schon in Tabelle 25 ist auch hier klar ersichtlich, dass Versicherte, für die ein Z-Kode dokumentiert wurde, überdurchschnittliche Kosten aufweisen, sofern das Dialyse-Kennzeichen vorhanden ist (und umgekehrt). Wie sich des Weiteren zeigt, ist dies völlig unabhängig davon, um welchen Z-Kode im Einzelnen es sich handelt. Während bei den Versicherten mit Z-Kode insgesamt (also ohne Berücksichtigung des Dialyse-Kennzeichens) noch eine deutliche Kostenspreizung zwischen jenen Versicherten mit dem Z49.0 und jenen mit den restlichen Z-Kodes bemerkbar ist, nivelliert sich dieser Effekt vollständig, sobald nach dem Dialyse-Kennzeichen differenziert wird. Von daher besteht kein Zweifel, dass bei Vorliegen des Dialyse-Kennzeichens die Gruppe der Z-Kodes kostenmäßig homogen ist. Es gibt folglich keinen Anlass, den Kode Z49.0 aus der DxG850 auszuschließen.

11.4.2 Ergebnis

Die in den Stellungnahmen in Bezug auf die sog. Z-Codes vorgebrachten kritischen Anmerkungen machen keine inhaltlichen Anpassungen notwendig. Allerdings sind sie Anlass für die Entscheidung, die für die Festlegung 2012 neu zu schaffende DxG851 abweichend vom Festlegungsentwurf als „Kodierung einer Dialyse (ohne Dialyse-Kennzeichen)“ zu bezeichnen.

11.5 Zusammenfassung der Anpassungen der Hierarchie 20 gegenüber dem Festlegungsentwurf

In der Hierarchie „Erkrankungen der Harnwege“ wird die DxG851 gegenüber dem Festlegungsentwurf umbenannt. Statt „Dialysestatus (ohne Dialyse-Kennzeichen)“ erhält sie die Bezeichnung „Kodierung einer Dialyse (ohne Dialyse-Kennzeichen)“. Das BVA wird dies nach der Diskussion mit dem Wissenschaftlichen Beirat umsetzen.

12 Kostenerstatter

12.1 Festlegungsentwurf

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt auf Anregung von GKV-SV und Barmer GEK vor, zur Verbesserung der Zielgenauigkeit des Ausgleichsverfahrens die Kostenerstattergruppe künftig in mehrere Gruppen zu unterteilen. Auf Basis empirischer Untersuchungen und aufgrund der geringen Fallzahlen in der Stichprobe soll die Kostenerstattergruppe jedoch nicht – wie von GKV-SV und Barmer GEK vorgeschlagen – in 40 Untergruppen nach dem Muster der AGG aufgeteilt werden, sondern in elf Gruppen, getrennt nach Art der Kostenerstattung, Alter und Geschlecht: Für Versicherte mit Kostenerstattung nach § 53 SGB V (Wahltarife) soll eine eigene Kostenerstattergruppe gebildet werden. Versicherte mit Kostenerstattung nach § 13 SGB V sollen je Geschlecht in fünf Altersgruppen (0-30 Jahre, 31-60 Jahre, 61-70 Jahre, 71-80 Jahre und >80 Jahre) unterteilt werden.

12.2 Stellungnahmen

Die vorgeschlagene Unterteilung der Kostenerstattergruppe wird von der Barmer GEK aufgrund der erhöhten Zielgenauigkeit ausdrücklich begrüßt und von der DAK als sachgerecht und sinnvoll eingeschätzt. Beide wünschen sich darüber hinaus eine Anwendung bereits im Jahresausgleich 2011. Die vorgeschlagene Differenzierung solle jedoch mit Vorliegen der Vollerhebung der SA700 erneut überprüft und ggf. erweitert werden.

Der GKV-SV befürwortet die Unterteilung der Versicherten nach der Art der gewählten Kostenerstattung. Er positioniert sich jedoch weder zustimmend noch ablehnend zu der vorgeschlagenen Unterteilung der Versicherten nach Alter und Geschlecht. Stattdessen schlägt er vor, zunächst eine Berechnung mit Unterteilung nach der Art der Kostenerstattung, aber ohne Unterteilung nach Alter und Geschlecht vorzunehmen, da hiervon abhängen könne, „wie sich weitere Teile der GKV zur Alters- und Geschlechtsdifferenzierung positionieren werden“.

AOK-BV, BKK-BV, TK et al. und SBK lehnen die vorgeschlagene Untergliederung ab.

Der AOK-BV spricht sich gegen eine isolierte Umsetzung des Vorschlages aus, da dies bei älteren Versicherten, die nicht als Kostenerstattungsversicherte klassifiziert sind, zu einem Rückgang der Zuweisungen führe und so das Problem der bestehenden Sonderregelung für verstorbene Versicherte noch verschärfen könne. Zudem sei die Verbesserung der statistischen Gütemaße hauptsächlich auf die erhöhte Zahl der Variablen zurückzuführen. Eine Unterteilung der Kostenerstattergruppe sollte sich überdies an den Altersgrenzen der AGG und AusAGG orientieren.

BKK-BV und SBK lehnen die zusätzliche Detaillierung des Verfahrens ab, da die Zunahme „an Komplexität, Sonderlösungen und Risikomerkmale“ angesichts der geringen Zahl der betroffenen Versicherten nicht gerechtfertigt sei. Daneben stellen sie fest, dass es zwischen den Modellvarianten bei konstanten Gruppen von Kostenerstattern nach § 13 SGB V zu Cent-Abweichungen komme, „obwohl sich hier eigentlich keine Änderungen ergeben dürften“. Während die SBK dies auf Verwerfungen aufgrund der geringen Datenlage zurückführt, bezweifelt der BKK-BV die Validität der Berechnungen. Ergänzend weisen beide darauf hin, dass höhere Ausgaben bei Kostenerstattung nach § 53 SGB V in der Regel durch eine von den Teilnehmern finanzierte Prämie ausgeglichen werden und nicht zusätzlich durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen werden sollten. Hier wird die Prüfung eines Korrekturfaktors vorgeschlagen, der sicherstellt, dass nur der Ausgabenanteil für Kostenerstattung ausgeglichen wird, der auch in der Regelversorgung angefallen wäre.

TK et al. halten die Untergliederung der Kostenerstattergruppe in elf Untergruppen angesichts der geringen Stichprobengröße nicht für tragfähig. Dies führe zur Insignifikanz der Regressionskoeffizienten in der jeweils jüngsten Altersgruppe, obwohl auch für diese Versicherten Ausgaben anfielen, die deutlich über den AGG- und EMG-Zuschlägen lägen. Sie schlagen daher vor, „die beabsichtigte Untergliederung zurückzustellen, bis die Meldung der Satzart 700 auf eine Vollerhebung umgestellt ist“.

12.3 Bewertung

Grundsätzlich sind alle Stellungnahmen nachvollziehbar. Einzig die Aussage des BKK-BV, wonach Cent-Abweichungen bei konstanten Kostenerstattergruppen zwischen verschiedenen Modellen Zweifel an der Validität der Berechnungen aufkommen lassen, muss zurückgewiesen werden. Abweichungen sind durchaus möglich, da die Zuordnung zu den Kostenerstattergruppen nicht wie bei den AusAGG exklusiv erfolgt, sondern parallel zu den AGG- und EMG-Zuschlägen. Hierdurch kann es bei Veränderungen der Größe einer Kostenerstattergruppe zu Wechselwirkungen zwischen den KEG- und AGG/EMG-Zuschlägen kommen, die sich wiederum auf den Zuschlag für andere, konstant gehaltene Kostenerstattergruppen auswirken können.

Auch ist durch die Buchungsvorschriften des Kontenrahmens sichergestellt, dass zusätzliche prämienfinanzierte Ausgaben bei Kostenerstattung nach § 53 SGB V nicht im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

Obwohl die Stellungnahmen insgesamt relativ kontrovers sind, findet sich überwiegend als gemeinsamer Nenner der Vorschlag, nach der Umstellung der Satzart 700 auf eine Vollerhebung die Untergliederung der Kostenerstattergruppe erneut zu überprüfen. Die Unterteilung auf Basis der Stichprobe wird dagegen kritisch gesehen, was durchaus nachvollziehbar ist.

So führt insbesondere die vom GKV-SV vorgeschlagene Unterteilung der Kostenerstattergruppe in 40 Untergruppen auf Basis der Stichprobe zu so geringen Fallzahlen in den einzelnen Gruppen und somit zu deutlich schwankenden bzw. insignifikanten Ergebnissen, dass das BVA diesen Vorschlag weiterhin ablehnt.

Der im Anhörungsverfahren vorgestellte Kompromissvorschlag des Wissenschaftlichen Beirats, die Kostenerstattergruppe in *elf* statt – wie vom GKV-SV vorgeschlagen – 40 Kostenerstattergruppen zu unterteilen, um der Problematik der geringen Fallzahlen Rechnung zu tragen, wurde vom GKV-SV jedoch leider weder zustimmend noch ablehnend bewertet. Lediglich die Unterteilung nach Art der Kostenerstattung wurde begrüßt. Für eine Positionierung zur Unterteilung nach Alter und Geschlecht solle das BVA zunächst eine weitere Modellrechnung auf Basis der Unterteilung nach Art der Kostenerstattung, nicht jedoch nach Alter und Geschlecht vornehmen.

Diesem Wunsch kann das BVA zum gegenwärtigen, fortgeschrittenen Zeitpunkt im Festlegungsprozess nicht mehr nachkommen, zumal der GKV-SV anschließend weitere Zeit für die Rückkopplung mit seinen Mitgliedskassen benötigen würde. Somit beschränkt sich das Einvernehmen zwischen BVA und GKV-SV lediglich auf die Differenzierung der Kostenerstattergruppe in Versicherte mit Kostenerstattung nach § 13 SGB V und Kostenerstattung nach § 53 SGB V. Eine weitere Differenzierung kann das BVA gemäß § 31 Abs. 5 S. 2 und 3 RSAV aufgrund des fehlenden Einvernehmens mit dem GKV-SV nicht vornehmen.

12.4 Ergebnis

Die Kostenerstattergruppe wird in zwei Gruppen untergliedert. Es wird eine Gruppe mit Versicherten mit Kostenerstattung nach § 13 SGB V und eine Gruppe mit Versicherten mit Kostenerstattung nach § 53 SGB V gebildet. Die im Anhörungsverfahren vorgeschlagene Untergliederung nach Alter und Geschlecht wird aufgrund mangelnden Einvernehmens vorerst zurückgestellt und spätestens nach Umstellung der Satzart 700 auf eine Vollerhebung erneut überprüft.

IV. Änderung des Berechnungsverfahrens

13 Einheitliche Berücksichtigung aller Versicherten – auch der Verstorbenen

13.1 Festlegungsentwurf

Zur Frage der Annualisierung der Ausgaben bei unvollständigen Versichertenepisoden lagen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens sehr kontroverse Positionen vor. Der Wissenschaftliche Beirat hat vorgeschlagen, die Ausgaben für verstorbene Versicherte in Übereinstimmung mit der internationalen gesundheitsökonomischen Literatur und Praxis analog zu den Ausgaben aller übrigen Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden in die Berechnungen einfließen zu lassen.

Das BVA ist dieser Empfehlung nicht gefolgt, da seiner Ansicht nach diese Frage in größerem Kontext der Weiterentwicklung des Gesamtverfahrens diskutiert werden muss.

13.2 Stellungnahmen

Die Position des BVA wurde von BKK-BV, Barmer GEK, TK et al., SBK, IKK e.V. und KBV/BÄK begrüßt. AOK-BV, KBS, DAK und Deutsche BKK kritisieren die Entscheidung, da sie zu systematischen Unterdeckungen bei alten und kranken Versicherten führe.

13.3 Bewertung / Ergebnis

Aus den Stellungnahmen ergeben sich keine neuen Aspekte. Der Wissenschaftliche Beirat und das BVA bleiben daher bei ihren jeweiligen Positionen.

14 Auslandsversicherte

14.1 Festlegungsentwurf

Die von der Barmer GEK im Vorschlagsverfahren kritisierte Regelung zur Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte wird vom BVA im Rahmen des Festlegungsentwurfs nicht überprüft, da sie im § 31 Abs. 5 S.1 RSAV gesetzlich vorgeschrieben ist und somit im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV nicht geändert werden kann. Für Fragen zur Plausibilisierung der Datenmeldungen wird auf den GKV-SV und dessen Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V verwiesen.

14.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV erachtet die Beibehaltung der bestehenden Regelung als sachgerecht.

Die Barmer GEK bedauert die „mageren Ausführungen“ des BVA zu diesem Punkt. Aufgrund der weiterhin deutlichen Überdeckungen der Ausgaben für Auslandsversicherte hätte sie sich einen Hinweis darauf gewünscht, dass auch diese Angelegenheit zu dem „breiteren Kontext“ der Weiterentwicklung des Morbi-RSA gehört, in dem auch die Problematik der Sonderbehandlung verstorbener Versicherter diskutiert werden soll.

Bezüglich der Plausibilisierung der Datenmeldungen für Auslandsversicherte sieht die Barmer GEK das BVA in der Pflicht und hält einen Verweis auf die Plausibilitätsprüfungen des GKV-SV nicht für ausreichend.

Die DAK bittet das BVA, „an anderer Stelle“ auf eine Änderung des Verfahrens zu drängen, um die deutliche Überdeckung für Auslandsversicherte und die schiefe Verteilung innerhalb der GKV zu korrigieren.

Der GKV-SV bestätigt die Ansicht des BVA, dass eine Änderung des Verfahrens im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV nicht möglich ist und dass eine erweiterte Plausibilisierung der Datenmeldung für Auslandsversicherte im Rahmen der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V zu erörtern ist.

14.3 Bewertung / Ergebnis

Die Bewertung des BVA, dass eine Änderung der Regelung zur Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV rechtlich nicht möglich ist, ändert sich durch die Stellungnahmen aus dem Anhörungsverfahren nicht. Das BVA nimmt daher keine Änderung am Verfahren vor.

15 Regressionsanteile / Zuweisungsanteile

15.1 Festlegungsentwurf

Die Regressions- und Zuweisungsanteile dienen der Berechnung der Angleichungsfaktoren. Der Wissenschaftliche Beirat schlägt auf Anregung des GKV-SV vor, die Regressionsanteile künftig auf Grundlage der Stichprobe ohne Kassenausschlüsse zu berechnen und dabei ferner statt der Zahl der Versicherten die Zahl der Versichertentage heranzuziehen. Der im Vorschlagsverfahren vorgebrachte Vorschlag von BKK-BV und SBK, die Zuweisungsanteile unterjährig neu zu ermitteln, wird vom BVA aufgrund rechtlicher Bedenken abgelehnt.

15.2 Stellungnahmen

Die vorgeschlagenen Änderungen werden vom GKV-SV ausdrücklich begrüßt und von AOK-BV, Barmer GEK und DAK als sachgerecht erachtet.

Der GKV-SV teilt daneben die rechtlichen Bedenken des BVA bezüglich einer unterjährigen Neuermittlung der Zuweisungsanteile. Der AOK-BV ergänzt, dass die ohnehin „erforderlichen rechtlichen Änderungen in einem weiteren Kontext der Steuerung des Abschlagsverfahrens“ Grundlage für eine unterjährige Neuermittlung von Zuschlägen auf Basis aktualisierter Datengrundlagen sein müssen.

15.3 Ergebnis

Die vorgeschlagenen Änderungen aus dem Festlegungsentwurf werden umgesetzt. Die Regressionsanteile werden künftig auf Grundlage der Stichprobe ohne Kassenausschlüsse ermittelt und dabei ferner statt der Zahl der Versicherten die Zahl der Versichertentage herangezogen.

16 Angleichungsfaktoren

16.1 Festlegungsentwurf

Bei der Berechnung der Angleichungsfaktoren, die der Stabilisierung der Zuweisungen im monatlichen Abschlagsverfahren dienen, schlägt der Wissenschaftliche Beirat auf Anregung des GKV-SV und des AOK-BV eine technische Änderung vor: Die Angleichungsfaktoren für die AGG und AusAGG sollen künftig unter Berücksichtigung der Grundpauschale ermittelt und angewandt werden.

16.2 Stellungnahmen

Die vorgeschlagene Änderung wird vom GKV-SV begrüßt und von AOK-BV, Barmer GEK und DAK als sachgerecht erachtet.

16.3 Ergebnis

Die vorgeschlagenen Änderungen aus dem Festlegungsentwurf werden umgesetzt. Die Angleichungsfaktoren für die AGG und AusAGG werden künftig unter Berücksichtigung der Grundpauschale ermittelt und angewandt.

17 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

17.1 Festlegungsentwurf

Als nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben werden diejenigen RSA-berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben bezeichnet, die einerseits nicht versichertenbezogen erfasst werden – und somit auch nicht nach § 30 RSAV gemeldet werden – und die andererseits aufgrund ihres fehlenden Morbiditätsbezugs auch durch eine Hochrechnung der Zuweisungen auf Basis der gemeldeten Leistungsausgaben nicht sachgerecht berücksichtigt würden. Die Zuweisungen für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben erfolgen daher stattdessen pauschal je Versicherten bzw. Versichertentag.

Bei einigen der hierunter gefassten Ausgabenkategorien (Schutzimpfungen, Ausgaben zur Förderung von Selbsthilfegruppen und Betriebliche Gesundheitsförderung) wurde der fehlende Morbiditätsbezug empirisch untersucht, indem die quadrierten Abweichungen zwischen Zuweisungen und Ausgaben einerseits bei pauschaler Zuweisung und andererseits bei Hochrechnung der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben (ohne Krankengeld) miteinander verglichen wurden.

Auf Basis der Ergebnisse schlägt der wissenschaftliche Beirat vor, die Ausgaben zur Förderung von Selbsthilfegruppen weiterhin den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zuzuordnen, Ausgaben für Schutzimpfungen dagegen nur noch zu 60%. Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung sollen aus der Liste der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben gestrichen werden.

17.2 Stellungnahmen

Die vorgeschlagenen Änderungen werden von der Barmer GEK begrüßt und von der DAK als sachgerecht eingeschätzt.

Auch der AOK-BV begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen, sieht jedoch die Differenzierung zwischen morbiditätsbezogenen und nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben insgesamt kritisch und nicht durch die Formulierung des § 266 SGB V gedeckt. Er empfiehlt daher, gänzlich auf die Abgrenzung von nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu verzichten. Er erläutert darüber hinaus detailliert den vorhandenen Morbiditätsbezug bei Schutzimpfungen gegen Influenza und Pneumokokken und weiteren Schutzimpfungen für chronisch kranke Versicherte und weist auf die Altersgrenze von 60 Jahren bei der Influenza-Schutzimpfung hin.

TK et al. kritisieren die verwendete Untersuchungsmethodik, da anhand von quadrierten Abweichungsbeträgen zwischen Zuweisungen und Ausgaben ein Morbiditätsbezug empirisch

nicht belegt, sondern „allenfalls eine Scheinkorrelation aufgezeigt“ werden könne. Sie halten es daneben für inkonsequent, dass sich die Untersuchung nur auf vereinzelte Konten beziehe und zudem keine als morbiditätsabhängig eingestufteten Konten untersucht wurden. Zusätzlich erläutern TK et al., dass die Ausgaben für Schutzimpfungen und betriebliche Gesundheitsförderung nicht der „RSA-Morbidität“ folgten, da die abgerechneten ärztlichen Leistungen für Schutzimpfungen je Versicherten in der KVdR nicht wesentlich höher als in der AKV ausfielen und bei der betrieblichen Gesundheitsprävention für Rentner schon per Definition keine Maßnahmen erbracht würden. Eine morbiditätsabhängige Hochrechnung der Zuweisungen würde somit zu unsachgerechten Verzerrungen zugunsten der KVdR führen. Stattdessen sollte aus dem gleichen Grund die Gruppe der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben um die Konten 5160-5162 (Verhütung von Zahnerkrankungen [Gruppenprophylaxe]) erweitert werden.

Der BKK Bundesverband hält die vorgeschlagenen Änderungen für nicht sachgerecht und die angewandte Überprüfungsmethodik nicht für aussagekräftig. Bei Schutzimpfungen lasse sich bereits a priori ein fehlender Morbiditätsbezug feststellen und Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung hingen wesentlich von der Zahl der Mitglieder einer Kasse im Betrieb ab. Das vom BVA angewandte Verfahren sei zudem „ungeeignet, einen Morbiditätsbezug der Ausgaben zu beurteilen, da fälschlicherweise davon ausgegangen wird, dass die standardisierten Leistungsausgaben die Morbidität der Kassen hinreichend beschreiben“. So sei der vom BVA festgestellte fehlende Morbiditätsbezug bei den Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe allein darauf zurückzuführen, dass gesetzliche Regelungen den vorhandenen Morbiditätsbezug nivellierten. Auch bei den anderen Ausgabenarten sei von fehlerhaften Schlussfolgerungen auszugehen. So zeigen Auswertungen des BKK-BV auf Basis der Daten von 80 BKKen, dass die Ausgaben für Schutzimpfungen bei Satzungsleistungen und ärztlichen Honoraren negativ korreliert seien mit dem Risikofaktor der Krankenkasse.

Der IKK e.V. lehnt die vorgeschlagenen Anpassungen ab. Mit der angewandten Methodik sei kein Zusammenhang zwischen Morbidität und Ausgaben belegbar. Auch in der Theorie sei bei den betrachteten Ausgabenbereichen kein Zusammenhang erkennbar. So erfolge die Abrechnung von Impfstoffen in der Regel umlagebezogen, wobei die Umlage regional unterschiedlich ausgestaltet sein könne. Selbst bei einer Umlage nach ambulanten Fallzahlen könne nicht eindeutig von einem Zusammenhang zwischen Umlagehöhe und Morbidität ausgegangen werden, da von ambulanten Fallzahlen nicht automatisch auf die Morbidität geschlossen werden könne. Bei der betrieblichen Gesundheitsprävention beziehen sich die gesetzlichen Richtwerte für Ausgaben auf die Versichertenzahl und nicht auf die Morbidität der Versicherten. Zudem würden hier für Rentner keine Leistungen erbracht.

Für die SBK ist das Vorgehen des BVA nicht nachvollziehbar und komme „einem erheblichen Eingriff in den Wettbewerb gleich“. Das gewählte Bewertungsverfahren verführe „die Krankenkassen dazu, anfallende Leistungsausgaben gezielt zur Beeinflussung der Zuwei-

sung umzuleiten“. Um dies zu verhindern, sollten sich die Zuweisungen wie bei den Verwaltungskosten an den Soll-Kosten orientieren. Es gebe allerdings keinen Grund, dass präventive Maßnahmen wie die betriebliche Gesundheitsförderung von der Morbidität der Versicherten abhängen sollten. Ähnlich stelle es sich bei den Schutzimpfungen dar. Die SBK plädiert daher dafür, die entsprechenden Zuweisungen weiterhin pauschal erfolgen zu lassen.

Der GKV-SV stellt fest, dass aufgrund der fehlenden versichertenbezogenen Erfassung ein echter Morbiditätsbezug unter Ausschluss von Scheinkorrelationen nicht nachgewiesen werden kann. Er begrüßt dennoch, dass das BVA seine Empfehlung aufgegriffen hat, die früheren Festlegungen einer empirischen Untersuchung zu unterziehen. Die vom BVA gewählte Methodik sei dabei geeignet, die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zu verbessern. Das Kriterium der Zielgenauigkeit zur Beurteilung der Berücksichtigung der untersuchten Ausgabenbereiche wird als sachgerecht beurteilt. Die empirischen Ergebnisse erscheinen allerdings widersprüchlich zu sachlogischen Begründungen und seien nicht intuitiv. So käme die betriebliche Gesundheitsförderung allen Beschäftigten eines Betriebes unabhängig von ihrer Morbidität zugute. Die Förderung von Selbsthilfegruppen sei dagegen nach § 20c Abs. 1 Satz 2 SGB V nur für die vom GKV-SV festgelegten Krankheitsbilder möglich, so dass ein Morbiditätsbezug hier eigentlich zu erwarten sei. Da die empirischen Untersuchungen des BVA nur auf Grundlage der Daten eines einzelnen Schlussausgleichs erfolgen konnten und somit auch zufälliger Natur sein könnten, empfiehlt der GKV-SV daher „über eine geänderte Zuordnung der Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung und zur Förderung der Selbsthilfe erst auf der Basis einer erneuten empirischen Überprüfung, spätestens aber nach Vorliegen der Daten für drei Jahre, zu entscheiden“.

17.3 Bewertung

Die Stellungnahmen sind kontrovers, aber grundsätzlich nachvollziehbar. Richtig ist, dass mit der gewählten Untersuchungsmethodik ein bestimmter Morbiditätsbezug nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden kann, da auch Scheinkorrelationen zu einer höheren Zielgenauigkeit morbiditätsorientierter Zuweisungen führen können, ohne dass ein Morbiditätsbezug der Ausgaben vorliegen muss.

Jedoch wird dabei verkannt, dass es nicht Ziel der Untersuchung war, einen bestimmten Morbiditätsbezug nachzuweisen, sondern vielmehr zu überprüfen, ob ein solcher *abgelehnt* werden kann. Es sollte die auf Basis theoretischer Überlegungen getroffene Annahme, dass die betrachteten Ausgabenarten *keinen* bzw. nicht den gleichen Morbiditätsbezug aufweisen wie die übrigen standardisierten Leistungsausgaben, empirisch validiert werden, um zu bestätigen, dass es tatsächlich sachgerecht ist, sie *auszunehmen* von der Hochrechnung der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben. Wir halten daher grundsätzlich an dem

vorgeschlagenen Ansatz fest, an dieser Stelle eine empirische Überprüfung der Festlegung vorzunehmen.

Der Wissenschaftliche Beirat und das BVA können jedoch die Ausführungen des GKV-SV nachvollziehen, wonach die Ergebnisse der Untersuchung teils kontra-intuitiv und nicht sachlogisch begründbar erscheinen. Auch die Argumentation, wonach die Daten eines einzigen Schlussausgleichs gegebenenfalls nicht ausreichend belastbar seien und die Ergebnisse somit nicht signifikant sein könnten, ist nachvollziehbar. Wir schließen uns daher dem Standpunkt des GKV-SV an, die geänderte Zuordnung der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben vorerst zurückzustellen und erst nach Vorliegen der Daten weiterer Schlussausgleiche erneut zu überprüfen. Zwar bezieht sich der GKV-SV hierbei nur auf die Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung und Förderung von Selbsthilfegruppen. Jedoch betrifft die Problematik der geringen Datengrundlage alle betrachteten Ausgabenbereiche gleichermaßen. Das BVA stellt daher die vorgeschlagenen Änderungen bei der Zuordnung der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben insgesamt zurück bis eine belastbarere empirische Datenbasis vorliegt.

17.4 Ergebnis

Der Wissenschaftliche Beirat und das BVA schließen sich der Argumentation des GKV-SV an, wonach die teils kontra-intuitiven Ergebnisse der empirischen Untersuchung aufgrund der sehr geringen Datengrundlage eines einzigen Schlussausgleichs gegebenenfalls nicht ausreichend belastbar sind. Das BVA stellt die vorgeschlagenen Änderungen bei der Zuordnung der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben daher vorerst zurück bis die Daten weiterer Schlussausgleiche vorliegen.

18 Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren

18.1 Festlegungsentwurf

Das BVA beabsichtigt, den Vorschlag des AOK-BV, Anrechnungs- und Erstattungsbeträge künftig nicht mehr bei der Ermittlung der Gewichtungsfaktoren, sondern analog den nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben pauschal je Versicherten bzw. Versichertentag zu berücksichtigen, nicht umzusetzen. Vor einer entsprechenden Änderung muss zunächst der Morbiditätsbezug aller Anrechnungs- und Erstattungsbeträge differenziert untersucht werden, wofür im aktuellen Festlegungsprozess aufgrund des großen Aufwands nicht genügend Zeit zur Verfügung steht.

18.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV kann die Ausführungen des BVA nachvollziehen. Eine Verfahrensänderung zum derzeitigen Zeitpunkt sei mangels differenzierter Analysen nicht möglich.

Der AOK-BV schlägt vor, eine Neuabgrenzung der Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren im Rahmen des Festlegungsprozesses für 2013 gesondert zu untersuchen. Die DAK bittet ebenfalls um eine Überprüfung des bisherigen Verfahrens.

Die Barmer GEK findet es „interessant“, dass Anrechnungs- und Erstattungsbeträge bisher ohne Diskussion implizit als morbiditätsbezogen berücksichtigt werden. Sie hält jedoch die Ausführungen des BVA, wonach vor einer Veränderung des Verfahrens zunächst der Morbiditätsbezug der Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren untersucht werden müsse, für vernünftig. Sie weist dabei darauf hin, dass es zur Bestimmung des Morbiditätsbezugs einzelner Erstattungsbeträge ausreichen sollte, die Korrelation zwischen den entsprechenden Erstattungsbeträgen je Versicherten und der „Gesamt-Morbidität“ der Krankenkassen zu untersuchen.

Die TK begrüßt die Entscheidung des BVA, keine Veränderung bei der Berücksichtigung der Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren vorzunehmen. Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren müssen weiterhin bei der Ermittlung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt werden, wenn auch die zugrundeliegenden Ausgaben morbiditätsabhängig zugewiesen werden, um Verzerrungen zu vermeiden.

18.3 Ergebnis

Die Bewertung des Sachverhalts seitens des BVA ändert sich durch die Stellungnahmen nicht. Es werden keine Verfahrensänderungen vorgenommen.

19 Nivellierungsfaktor

19.1 Festlegungsentwurf

Der Nivellierungsfaktor soll Veränderungen in der Altersstruktur im monatlichen Abschlagsverfahren berücksichtigen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass er aufgrund der Angleichung der Zuweisungen an festgelegte Zuweisungsanteile nahezu wirkungslos ist und auch ohne diese Angleichung nicht den beabsichtigten Effekt auf die Zuweisungen hätte. Zur Vereinfachung des Verfahrens soll deshalb zukünftig auf den Nivellierungsfaktor verzichtet werden.

19.2 Stellungnahmen

GKV-SV, AOK-BV, Barmer GEK und DAK stimmen der Streichung des Nivellierungsfaktors zu.

19.3 Ergebnis

Der Vorschlag aus dem Festlegungsentwurf, den Nivellierungsfaktor zu streichen, wird umgesetzt.

20 Verwaltungsausgaben – Anrechnung von Erstattungen

20.1 Festlegungsentwurf

Der AOK-BV schlägt vor, bei der Ermittlung der Verwaltungskostenzuweisungen nach standardisierten Leistungsausgaben nicht die Nettoverwaltungskosten, sondern die Bruttoverwaltungskosten heranzuziehen, da Verwaltungskostenerstattungen nicht morbiditätsbezogen sind. Aufgrund der gesetzlichen Vorgabe des § 37 Abs. 1 S. 2 RSAV sieht das BVA jedoch keine Möglichkeit, eine solche Änderung im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV umzusetzen.

20.2 Stellungnahmen

GKV-SV, AOK-BV, TK et al. und Barmer GEK stimmen den Ausführungen des BVA zu, wonach die Berücksichtigung von Erstattungen bei Verwaltungsausgaben in § 37 Abs. 1 RSAV eindeutig geregelt und eine Änderung im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV somit nicht möglich ist.

Der AOK-BV weist jedoch darauf hin, dass der überwiegende Teil der Erstattungen auf den Bereich Beitragseinzug und Erstattungen im Rahmen des Auftragsgeschäfts (Sozialhilfe) entfalle und daher nicht mit der Morbidität der Versicherten in Verbindung stehe.

Die Barmer GEK hält die Ausführungen des AOK-BV aus dem Vorschlagsverfahren für nachvollziehbar und gibt zu bedenken, dass das Zugrundelegen der Nettoverwaltungsausgaben bei der Anwendung des Verteilungsschlüssels für Verwaltungsausgaben dazu führt, dass der Schlüssel von 50% zu 50% nicht dem tatsächlichen Morbiditätsbezug des Verwaltungshandelns der Krankenkassen entspricht, sondern einen Morbiditätsbezug unterstellt, der deutlich kleiner als 50% ist. Bei einer zukünftigen Überprüfung der Frage, ob an dieser Stelle Erstattungen unberücksichtigt bleiben sollten oder nicht, müsse jedoch „eine nähere Untersuchung der Bestimmungsgründe für die Höhe der Verwaltungskostenerstattungen vorausgehen“, um alte Verzerrungen nicht durch neue zu ersetzen.

Die DAK sieht den Vorschlag des AOK-BV, wonach die „Bruttoverwaltungskosten nur die Grundlage für die Verwaltungskostenzuweisungen anhand der *standardisierten Leistungsausgaben*“ sein sollen, nicht im Widerspruch zu den Erläuterungen des BVA, dass gemäß RSAV die Nettoverwaltungskosten die Grundlage der Berechnung der Verwaltungskostenzuweisungen sein müssen. Sie bittet das BVA zudem, „kurzfristig auf eine Änderung der Ermittlung der Verwaltungskosten“ zu drängen, und hält es für unverständlich, warum in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf der Morbiditätsbezug bei den nicht-

morbiditätsbezogenen Ausgaben ausführlich analysiert wird, jedoch nicht der Morbiditätsbezug der Verwaltungskostenerstattungen – trotz des ungleich höheren Gewichts der Verwaltungskosten.

20.3 Bewertung / Ergebnis

Die Bewertung des BVA, dass das Verfahren bezüglich der Berücksichtigung von Verwaltungsausgabenerstattungen im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV nicht geändert werden kann, ändert sich durch die Stellungnahmen aus dem Anhörungsverfahren nicht. Es werden daher keine Änderungen am Verfahren vorgenommen.

21 Verwaltungsausgaben – sLA-Anteil

21.1 Festlegungsentwurf

Die Deutsche BKK schlägt vor, den Anteil der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben von 50% auf 80% anzuheben. Die BKK Gesundheit schlägt dagegen vor, aufgrund von Analysen im BKK-System den Anteil von 50% auf 30% zu verringern. Da der Verteilungsschlüssel gemäß § 37 Abs. 1 Satz 2 RSAV gesetzlich vorgegeben ist, sieht das BVA keine Möglichkeit, eine Änderung im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV vorzunehmen.

21.2 Stellungnahmen

GKV-SV, AOK-BV, TK et al., Barmer GEK, BKK-BV stimmen der Argumentation des BVA zu, dass eine Änderung der Verteilungssystematik im Rahmen der Festlegungen nicht möglich ist.

Die DAK weist dennoch darauf hin, dass der Verteilungsschlüssel gemäß bisheriger Untersuchungen zu einer Benachteiligung morbiditätsstarker Kassen führt. Es sollten daher in diesem Bereich genauere Untersuchungen vorgenommen werden.

Die SBK folgt der Argumentation des BVA nicht und weist – ebenso wie der BKK-BV – darauf hin, dass die Regelung zur Verteilungssystematik gemäß § 37 Abs. 2 Satz 1 RSAV vom Gesetzgeber nur bis zum 31.12.2010 festgelegt worden ist und vor Ablauf dieses Zeitraums eine Überprüfung der finanziellen Auswirkungen hätte stattfinden müssen.

Der BKK-BV stellt ein detailliertes Modell des BKK Systems für eine „bedarfsorientierte Verwaltungskostenzuweisung“ vor, welches die „sachlich erforderlichen Verwaltungsausgaben in den Vordergrund stellt“ und auf diese Weise Anreize zur Effizienzsteigerung setzen soll.

21.3 Bewertung / Ergebnis

Die Bewertung des BVA, wonach eine Änderung der Verteilungssystematik für Verwaltungskostenzuweisungen im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV nicht möglich ist, ändert sich durch die Stellungnahmen nicht. Hinsichtlich des Hinweises, dass die Regelung nach § 37 Abs. 2 Satz 1 RSAV bis zum 31.12.2010 begrenzt ist, wird auf § 37 Abs. 2 Satz 4 verwiesen, wonach der alte Schlüssel bis zur Neuregelung weiter anzuwenden ist. Eine Änderung des Verteilungsschlüssels kann nur durch den Ordnungsgeber erfolgen.

Es werden daher keine Änderungen am Verfahren vorgenommen.

V. Erläuterungen zur Anpassung der Anlagen 1 bis 3

Die Festlegungsunterlagen enthalten ICD-Zuordnungslisten für unterschiedliche Berichtsjahre, um die erforderlichen, bereits absehbaren Anpassungen an die Änderungen beim ICD-10 zu berücksichtigen:

- Die Anlagen 1 zum Berichtsjahr 2008 dienen der Entwicklung des Klassifikationsmodells 2012 auf der Datengrundlage 2008/2009.
- Die Anlagen 1 zum Berichtsjahr 2009 werden für die Berechnung der Gewichtungsfaktoren für das Abschlagsverfahren benötigt.
- Die Anlagen 1 zum Berichtsjahr 2010 bilden die Grundlage für die Vorabinformation, den Grundlagenbescheid I/2012 und den Grundlagenbescheid II/2012
- Die Anlagen 1 zum Berichtsjahr 2011 bilden die Grundlage für den Grundlagenbescheid III/2012, den Grundlagenbescheid IV/2012 und den Jahresausgleich 2012

Gegenüber der Entwurfsfassung wurden abschließend folgende redaktionelle Änderungen berücksichtigt:

- Anlage 1 (Berichtsjahr 2010): Korrektur redaktioneller Fehler bei der Bezeichnung der ICD-Kodes I98.3 sowie J10-J12. Ferner Änderung des Merkmals P301 für den ICD-Kode D68.3 von „V“ nach „J“ (Jahresüberlieger).
- Anlage 1 (Berichtsjahr 2011): Streichung folgende Codes, da sie im ICD-10-GM 2011 nicht mehr aufgeführt werden und keine Jahresüberlieger aus 2010 darstellen: C88.1, C91.2, C93.2, C94.1, C94.5, C95.2, D76.0
- Anlage 1 (alle Berichtsjahre): Korrektur eines redaktionellen Fehlers bei der Zuordnung der ICD-Kodes M84.48 (Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] bzw. M90.78 (Knochenfraktur bei Neubildungen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]). Da beide Codes der DxG641 zugeordnet sind, werden sie – wie alle anderen ICD-Kodes der DxG641 und wie auch im vorangegangenen Klassifikationsmodell für das Jahr 2011 – der HMG157 und nicht der HMG203 zugeordnet.
- Anlage 1 (Berichtsjahr 2010/2011): Der GKV-SV hat im Rahmen der Anhörung zur technischen Anpassung für das Ausgleichsjahr 2011 darauf hingewiesen, dass der im Jahr 2010 neu eingeführte ICD-Kode C79.9 (Sekundäre bösartige Neubildungen nicht näher bezeichneter Lokalisation) gemäß DIMDI-Überleitungsleitungsliste aus dem ICD-Kode C80 hervorgeht und daher entsprechend der DxG36 bzw. HMG13 zugeordnet werden soll. Ferner wurde darauf hingewiesen, dass der ICD-Kode K50.8

(Sonstige Crohn-Krankheit) im Jahr 2010 noch als Jahresüberlieger-Kodes (Kennzeichen „J“) für Diagnosen aus dem stationären Bereich anzusehen ist und das Gültigkeitskriterium in den betreffenden Anlagen anzupassen sei. Diese Hinweise sind sachgerecht und wurden, da sie auch die Festlegungsdokumente für das Ausgleichsjahr 2012 betreffen, entsprechend berücksichtigt.

- Anlage 2 (Aufgreifkriterien): BARMER GEK und GKV-SV weisen auf Unterschiede bei den Aufgreifkriterien zwischen den verschiedenen Tabellenblättern hin (DxGs 836, 842, 846 und 847 bzw. Verlauf=14). Die entsprechenden Dokumente wurden überprüft und korrigiert.

Ferner hat der GKV-SV darauf hingewiesen, dass in den Erläuterungen zu den Anlagen 1 und 2 unter Punkt 24.2 die ICD-Kodes K51.1, N18.0 und N18.84 doppelt aufgeführt werden. Der Hinweis ist richtig. Die doppelt aufgeführten Codes sind zu streichen.

Für die Anlage 3 (Berücksichtigungsfähige Arzneimittel je DxGruppe) sind nach Ansicht des BVA nach heutigem Stand keine gesonderten, jahresspezifischen Listen erforderlich. Die einzige inhaltliche Änderung betrifft die Sonder-PZN 9999901 (Hämophilie-Produkte), die letztmalig für das Berichtsjahr 2009 gemeldet werden konnte. Die Sonder-PZN 9999901 wurde daher noch für die Entwicklung des Klassifikationsmodells 2012 (basierend auf den Daten des Berichtsjahres 2008) als auch zur Berechnung der Gewichtungsfaktoren für das Abschlagsverfahren (Berichtsjahr 2009) berücksichtigt. Da sie aber für die Zuordnung im Rahmen der Grundlagenbescheide (Berichtsjahre 2010ff.) und des Jahresausgleichs (Berichtsjahr 2012) nicht zugelassen ist, wurde die Zuordnung der Sonder-PZN 9999901 zur DxG225 aus der Anlage 3 gestrichen.

Weitere redaktionelle Änderungen bei der Anlage 3 gegenüber der Entwurfsfassung:

- Bei DxG449 wurden die ATC A11CB, C03DB, J01DI gestrichen, da es sich hierbei um ATC-Kodes handelt, für die keine Präparate im GKV-Arzneimittelindex der Berichtsjahre 2008-2011 aufgelistet werden.
- Die Bezeichnung von L04AC wurde in "Interleukin-Inhibitoren" geändert.
- Die Spalte „Eingeführt“ wurde gestrichen.

VI. Anhang

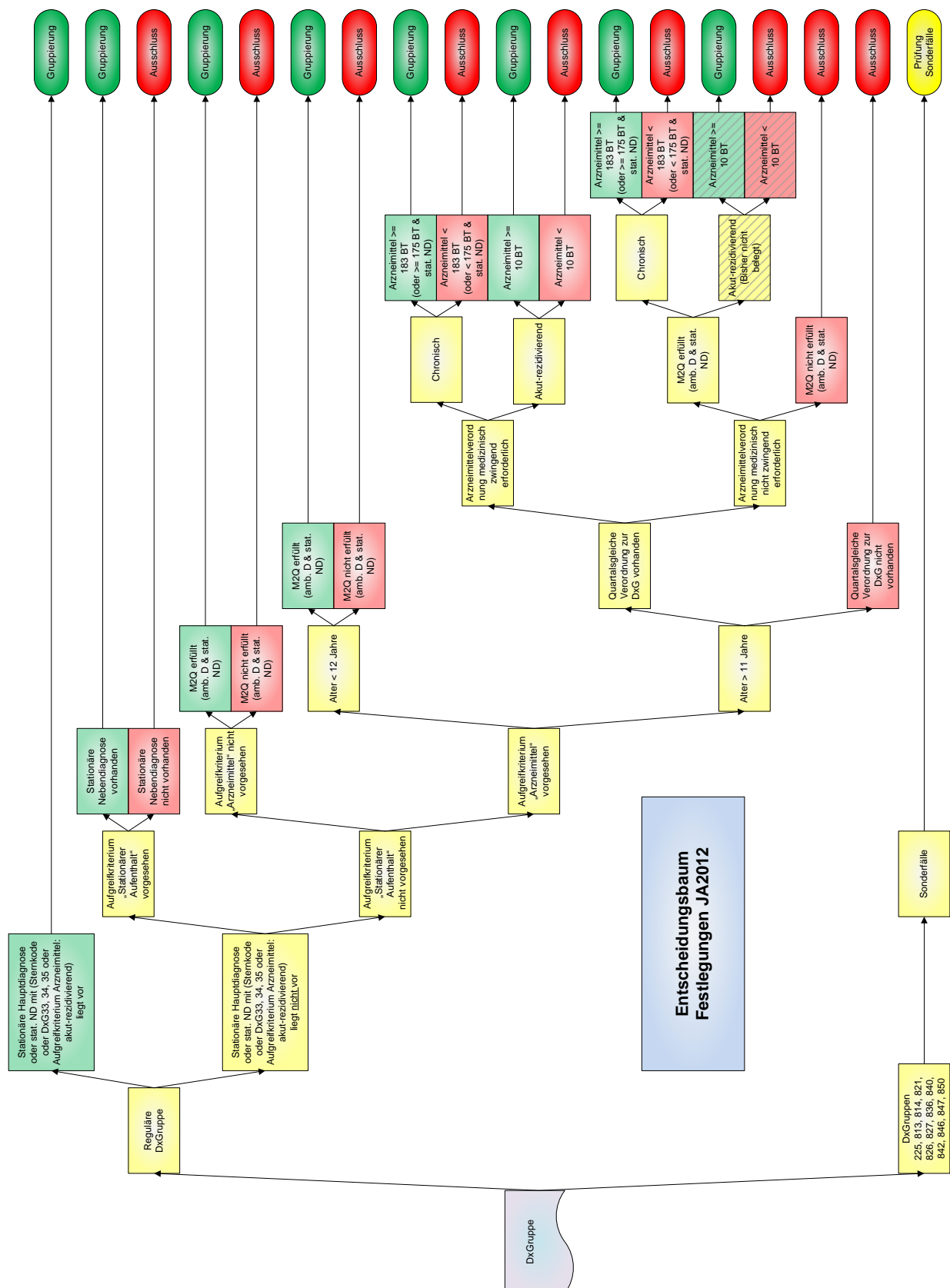
22 Gesamtbewertung der Anpassungen

Auf Grundlage der Datenbasis 2008/2009 ergeben sich für die aus den einzelnen Entwicklungsschritten resultierenden Modelle die in Tabelle 27 dargestellten Gütemaße (Berechnung ohne Berücksichtigung des Krankengeldes).

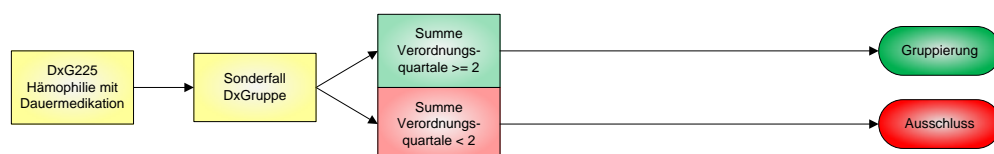
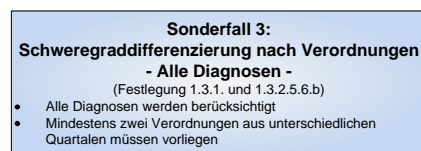
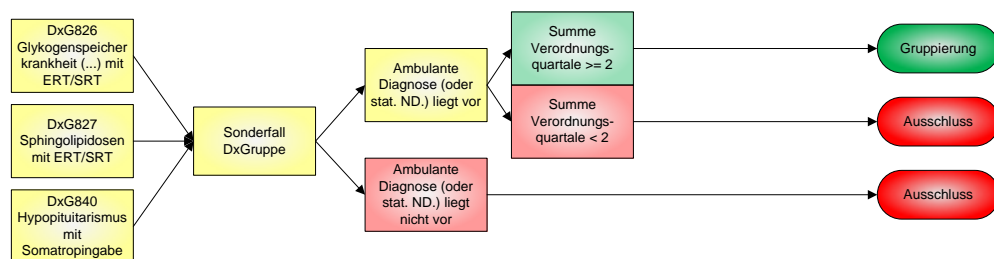
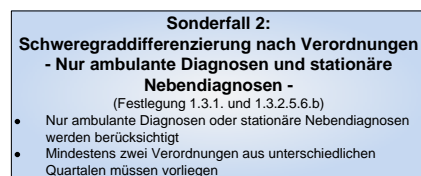
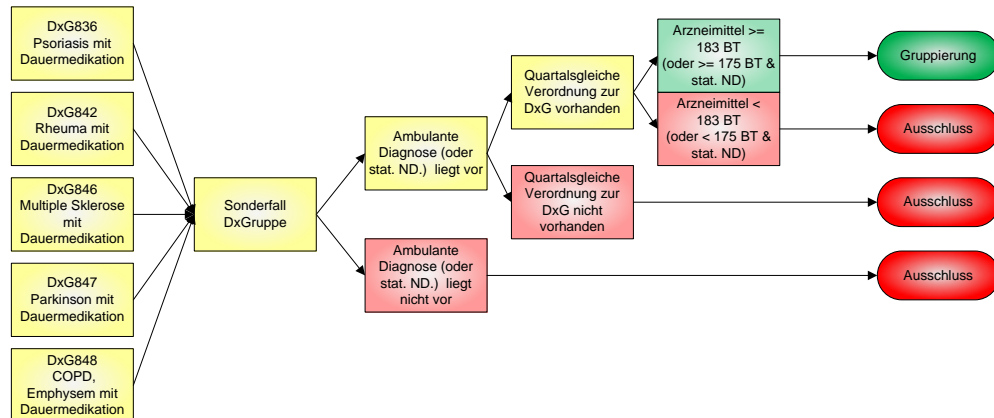
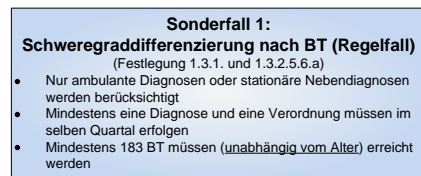
Tabelle 27: Entwicklung der Modellgüte im Vergleich zum Klassifikationsmodell 2011

	Klassifikationsmodell 2011	Festlegungsentwurf Modell 2012	Festlegung Modell 2012
R^2	25,5450%	25,4512%	25,8240%
CPM	22,8422%	22,8848%	23,1506%
MAPE	1.846,28 €	1.845,26 €	1.838,90 €

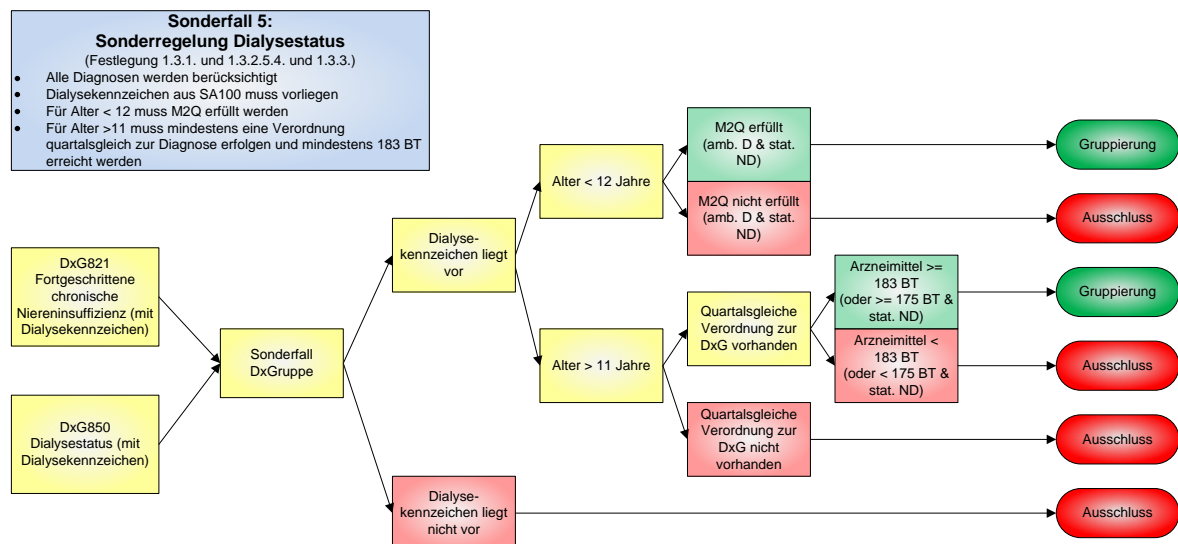
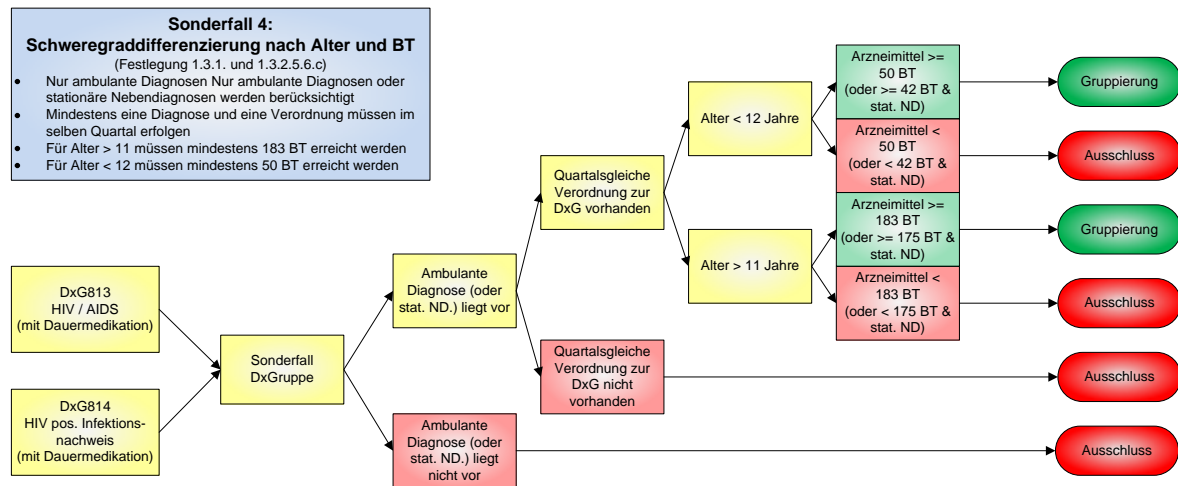
23 Aufreifealgorithmus



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

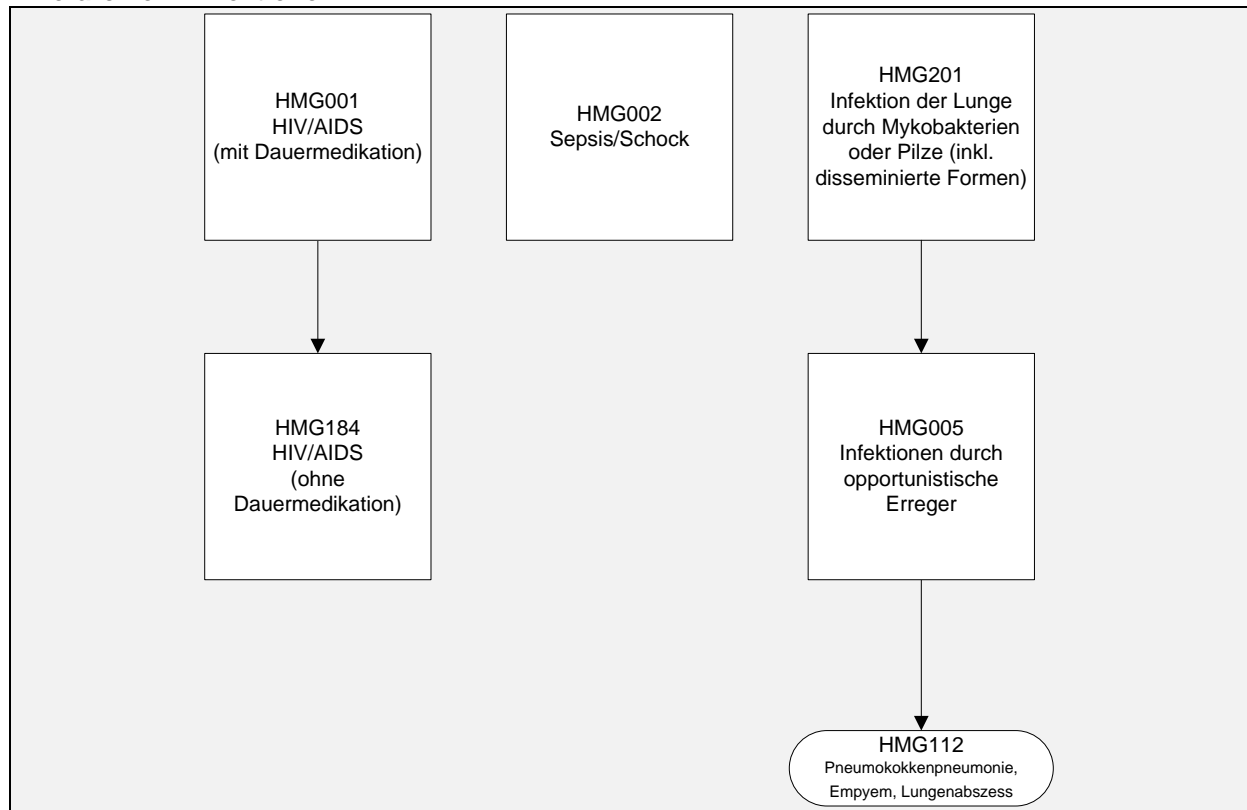


Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

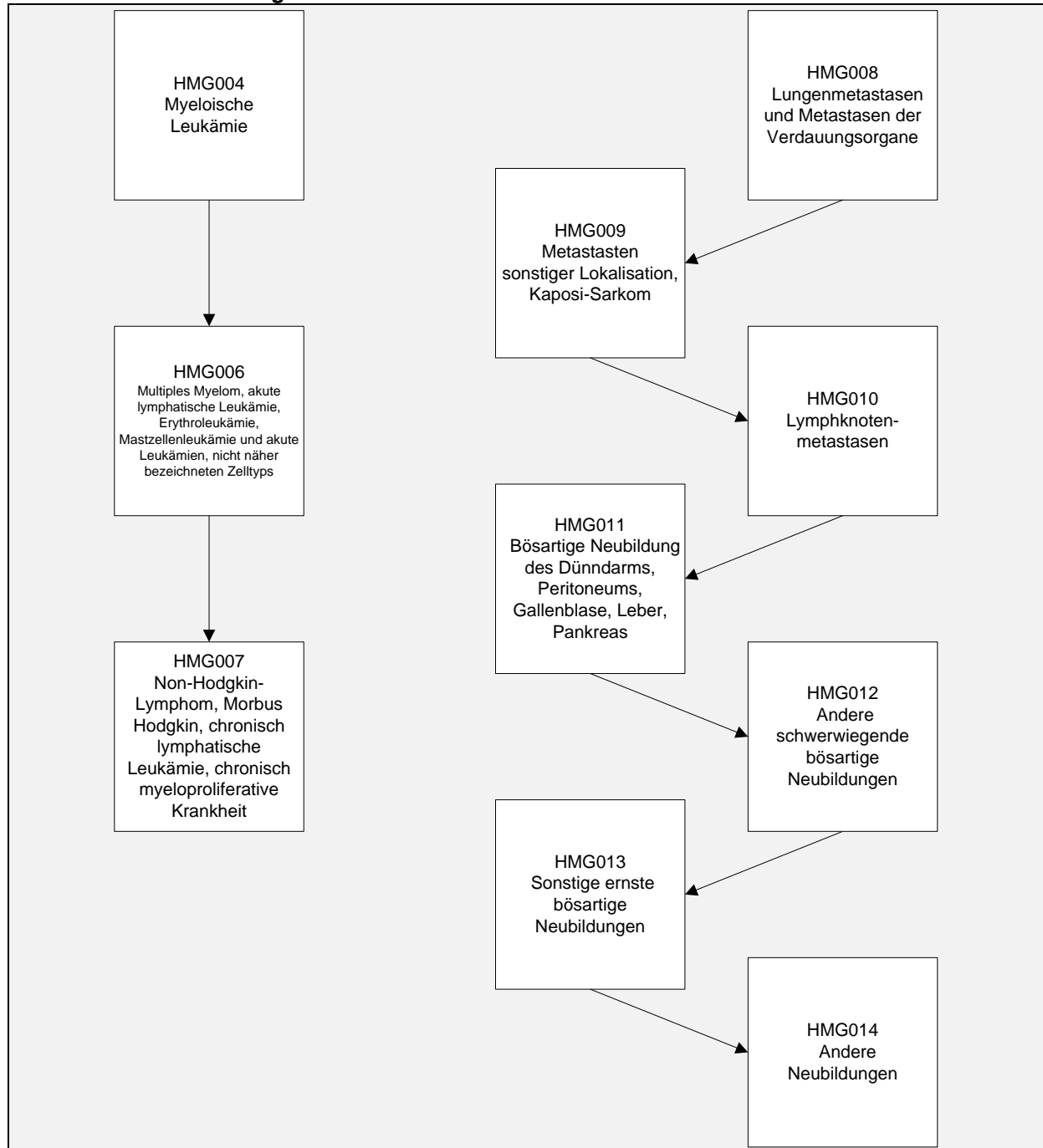


24 Übersicht über die Hierarchien

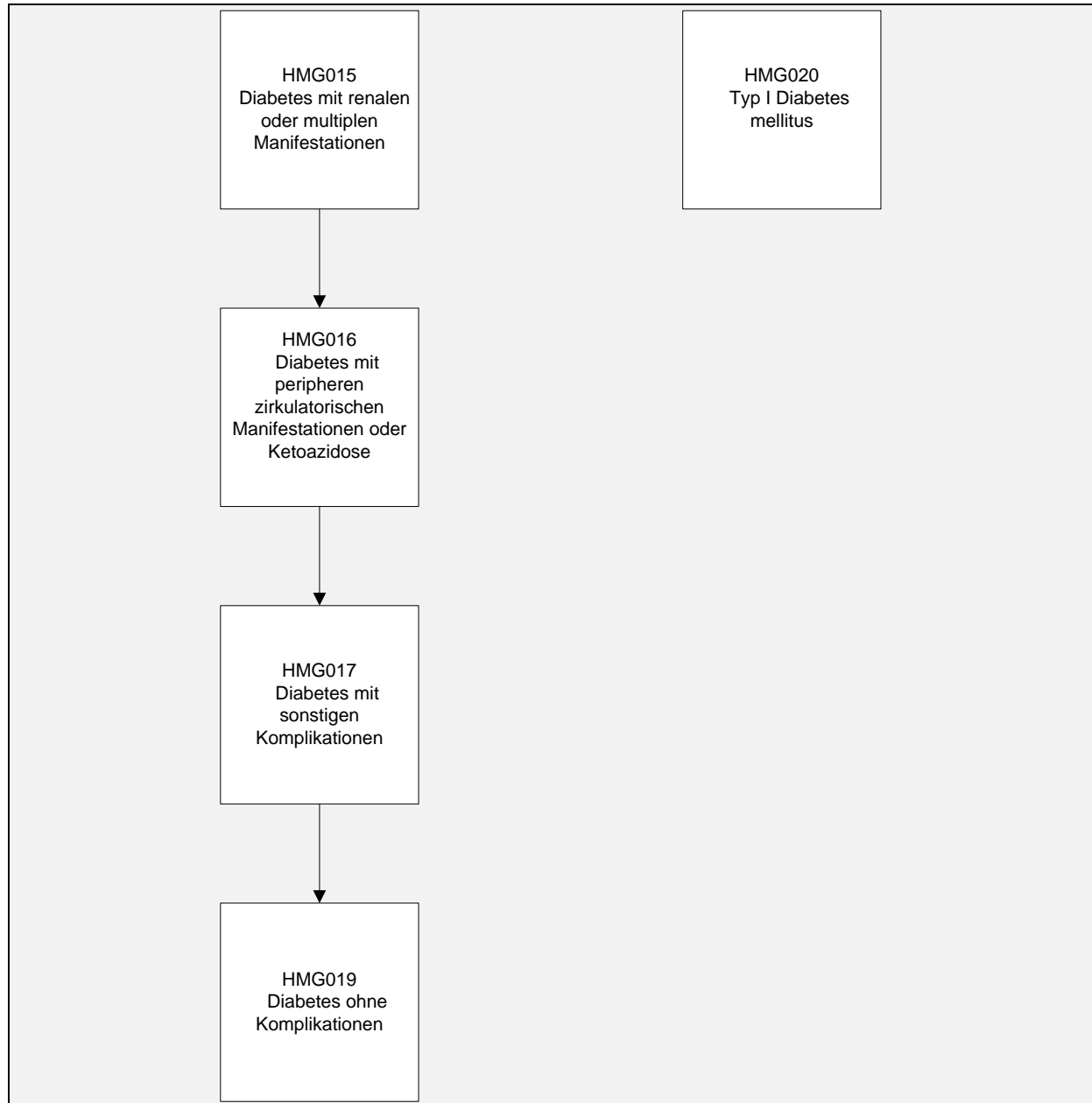
Hierarchie 1: Infektionen



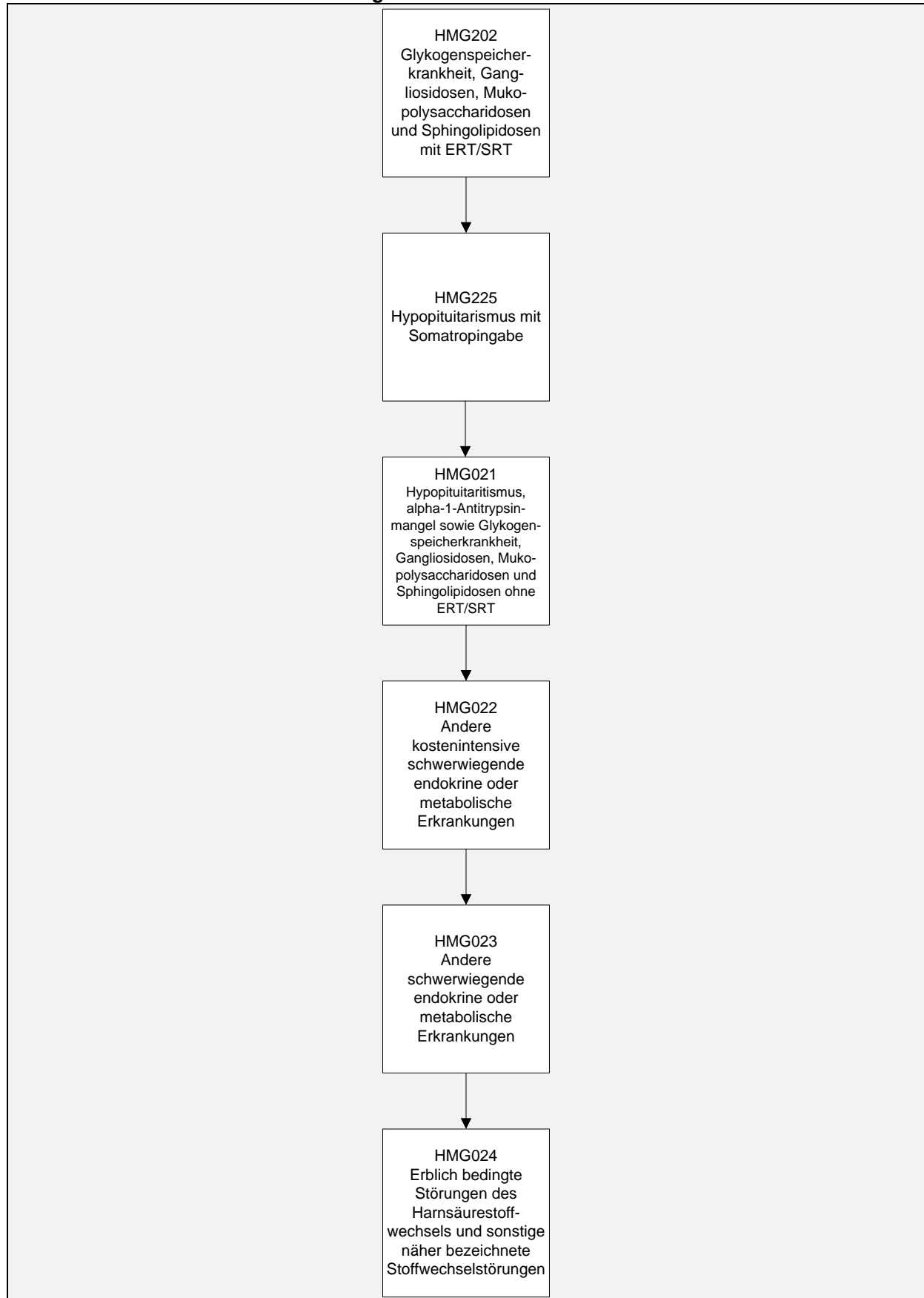
Hierarchie 2: Neubildungen



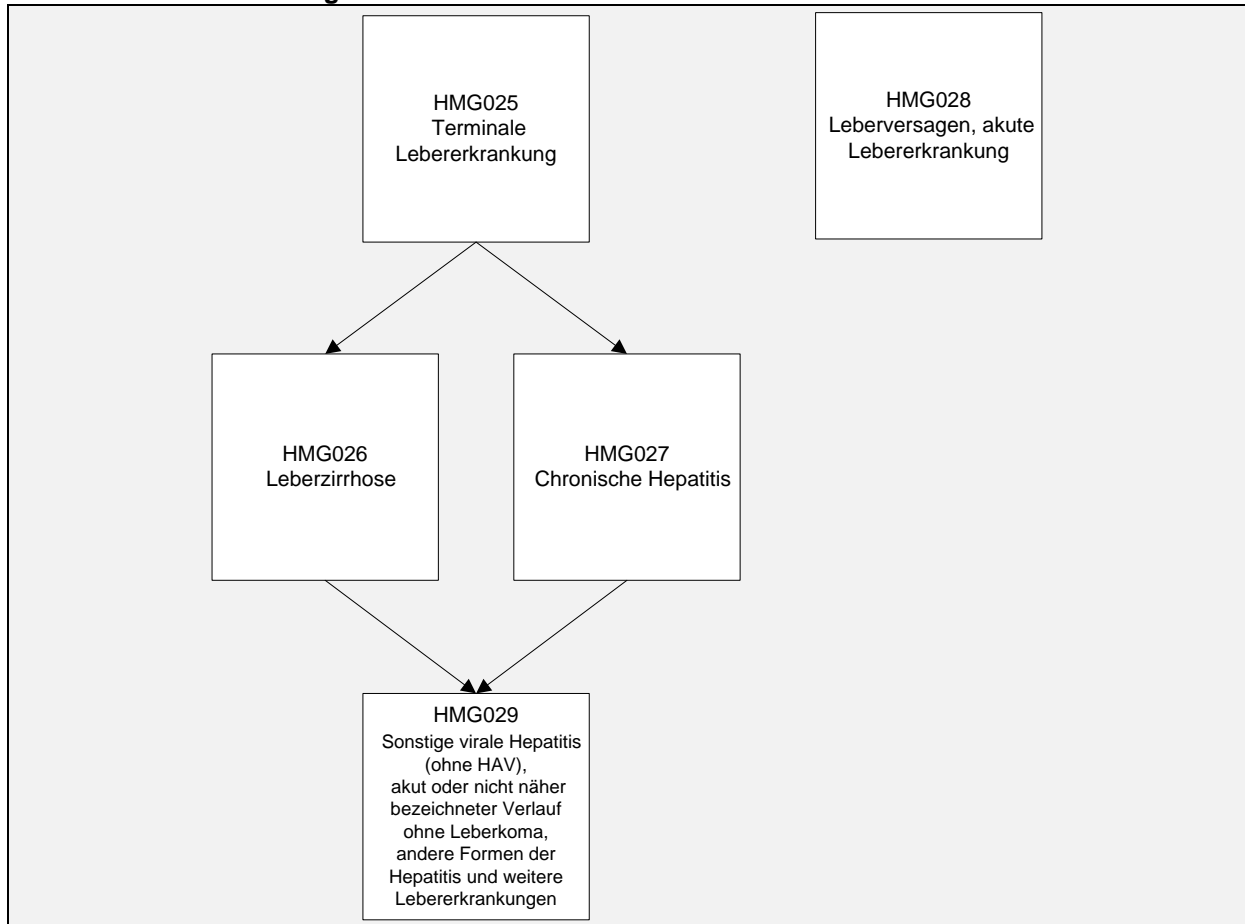
Hierarchie 3: Diabetes



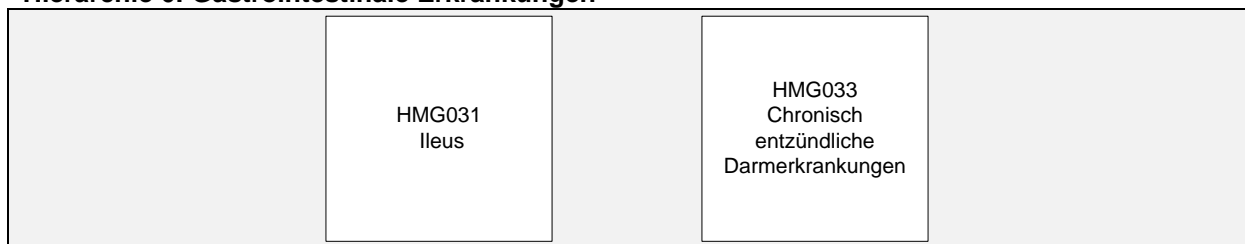
Hierarchie 4: Metabolische Erkrankungen



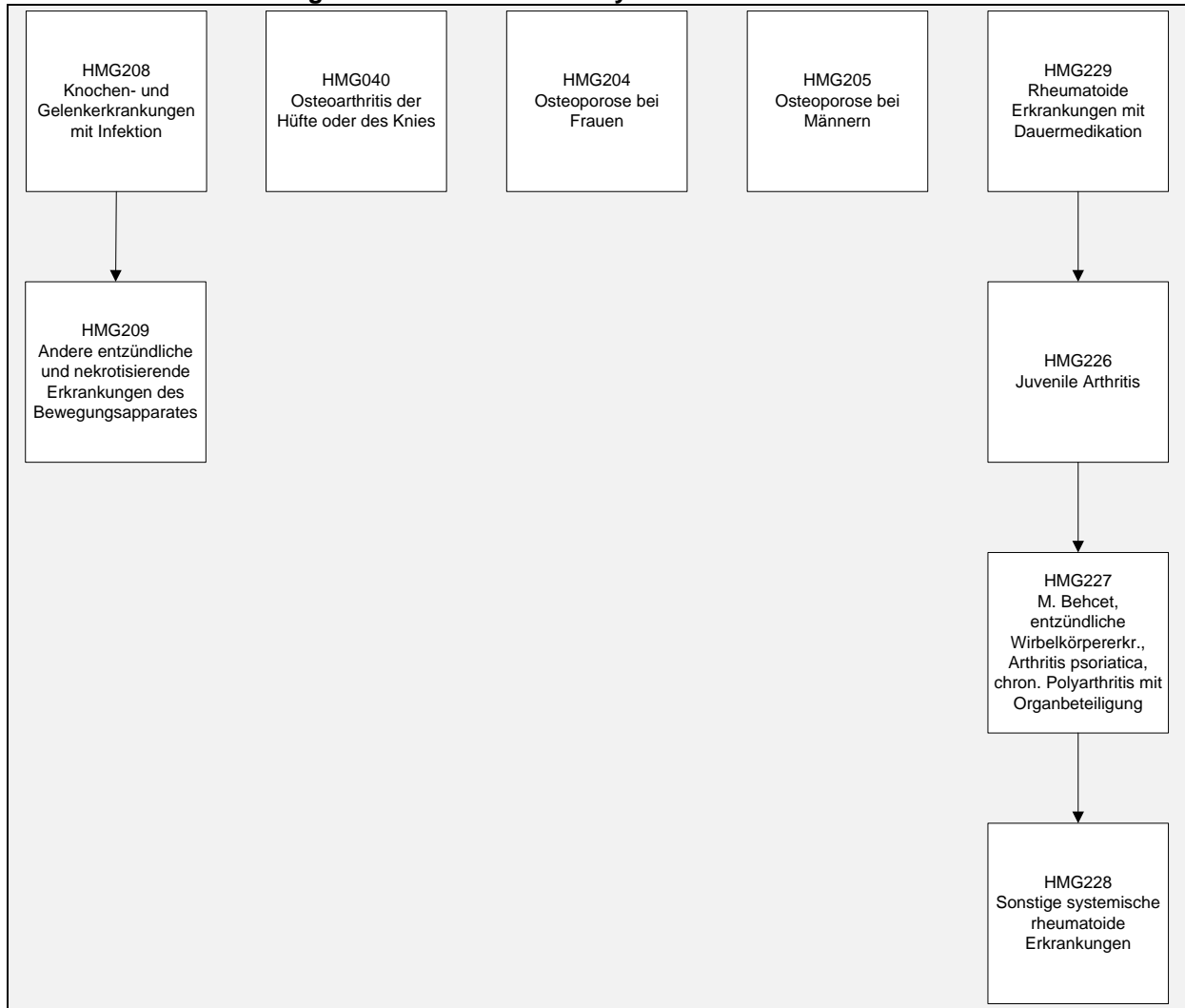
Hierarchie 5: Erkrankungen der Leber



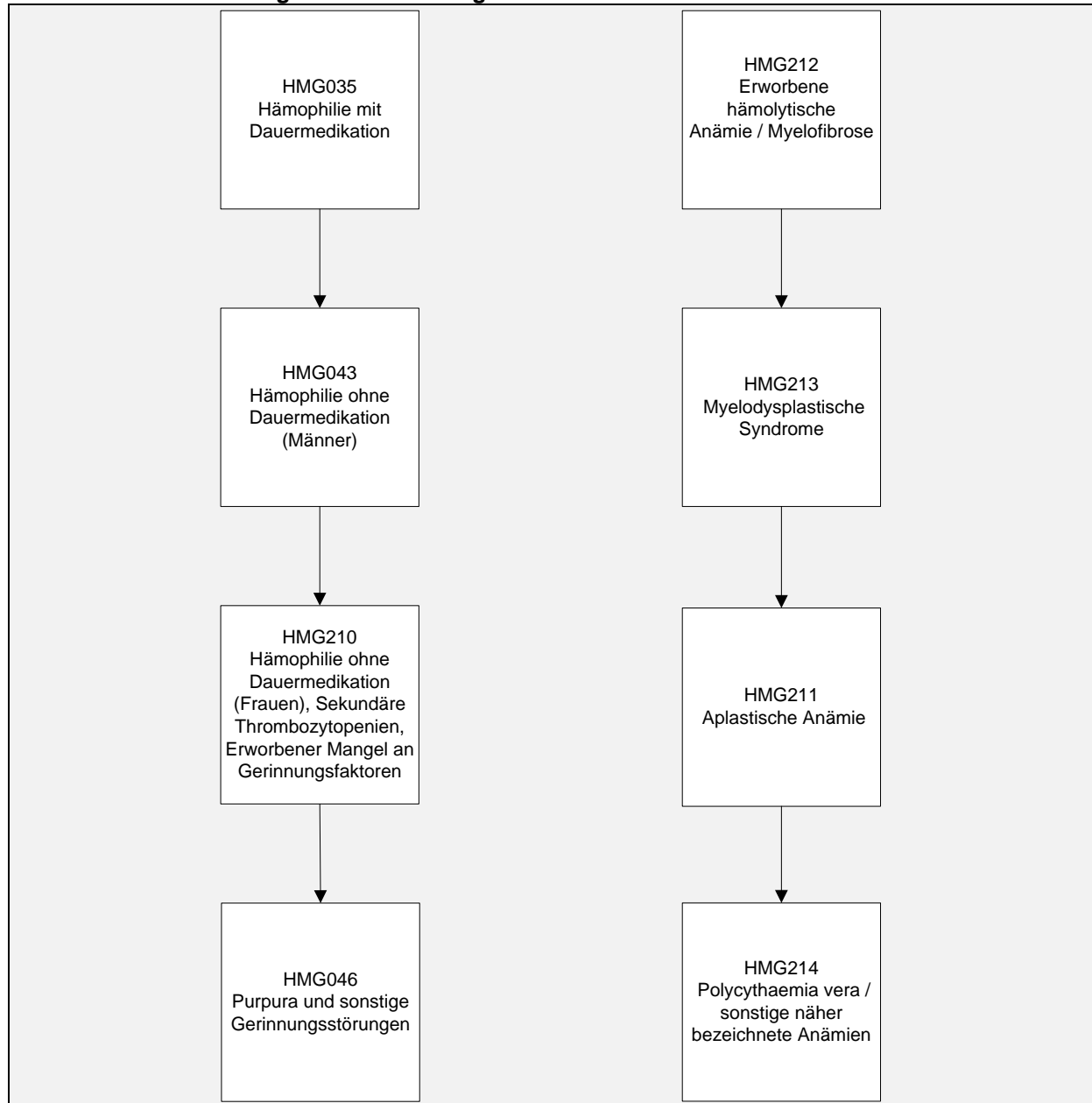
Hierarchie 6: Gastrointestinale Erkrankungen



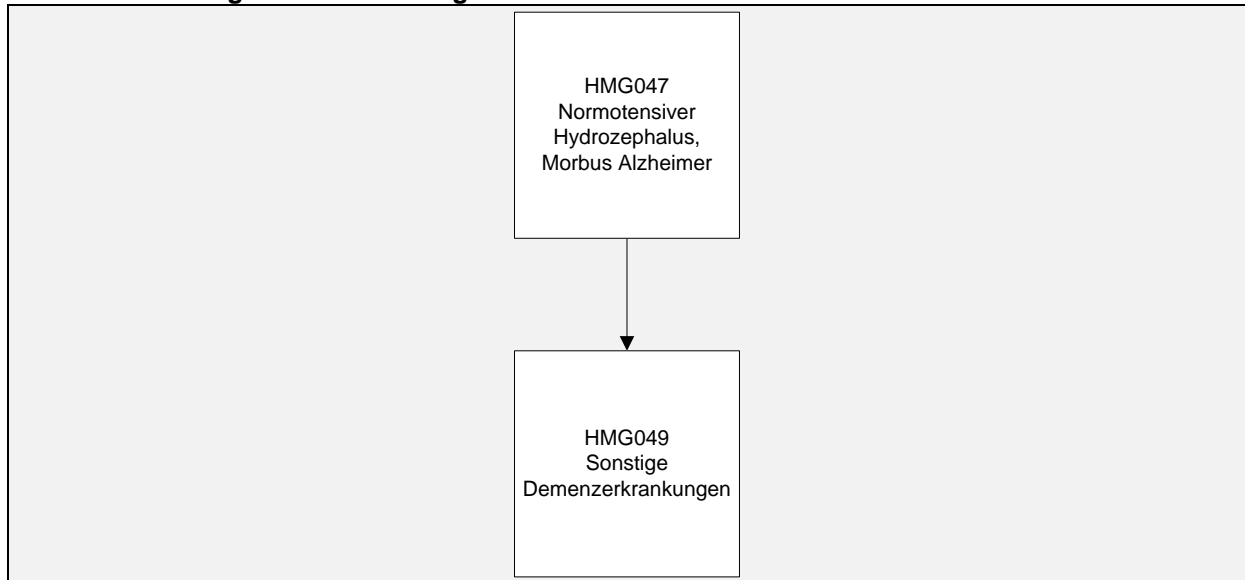
Hierarchie 7: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems



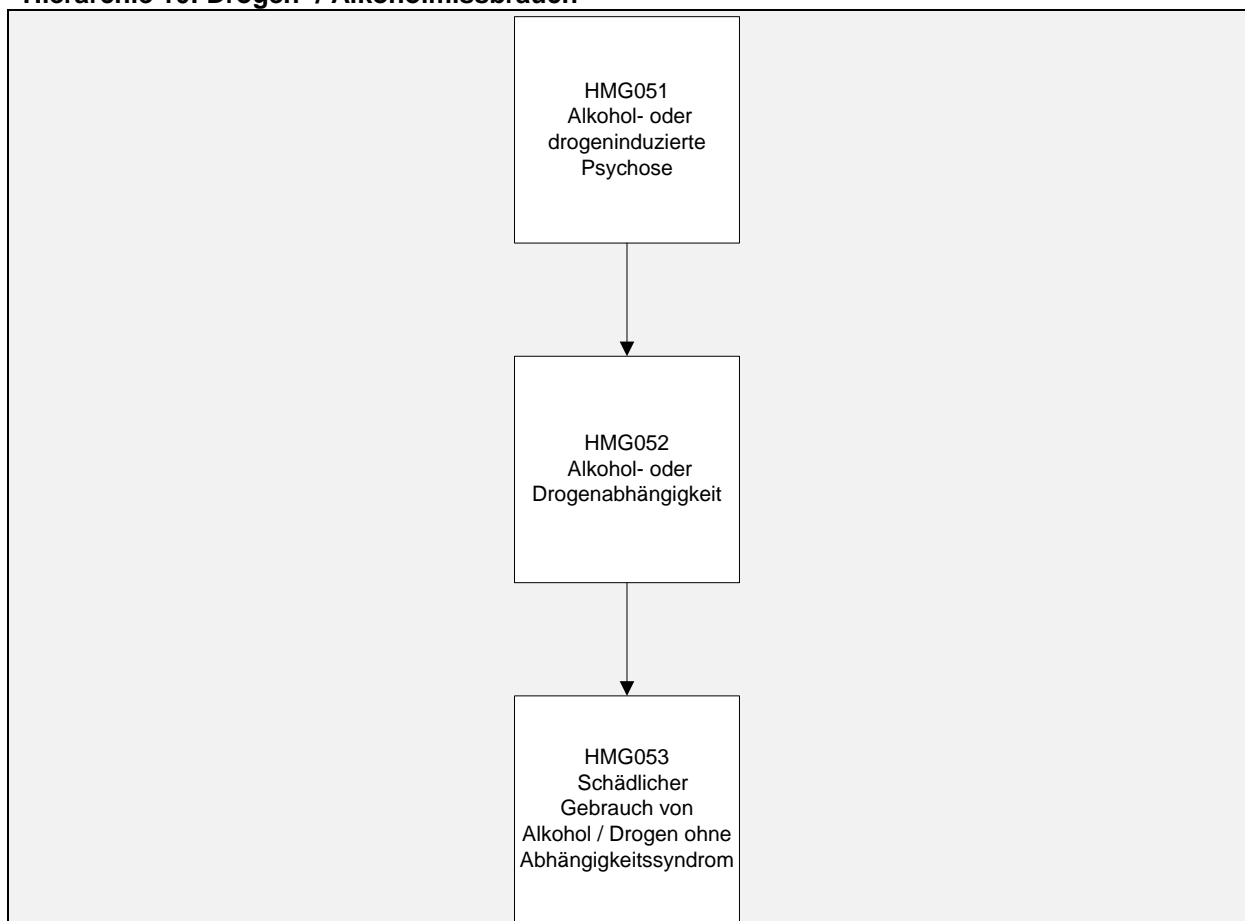
Hierarchie 8: Hämatologische Erkrankungen



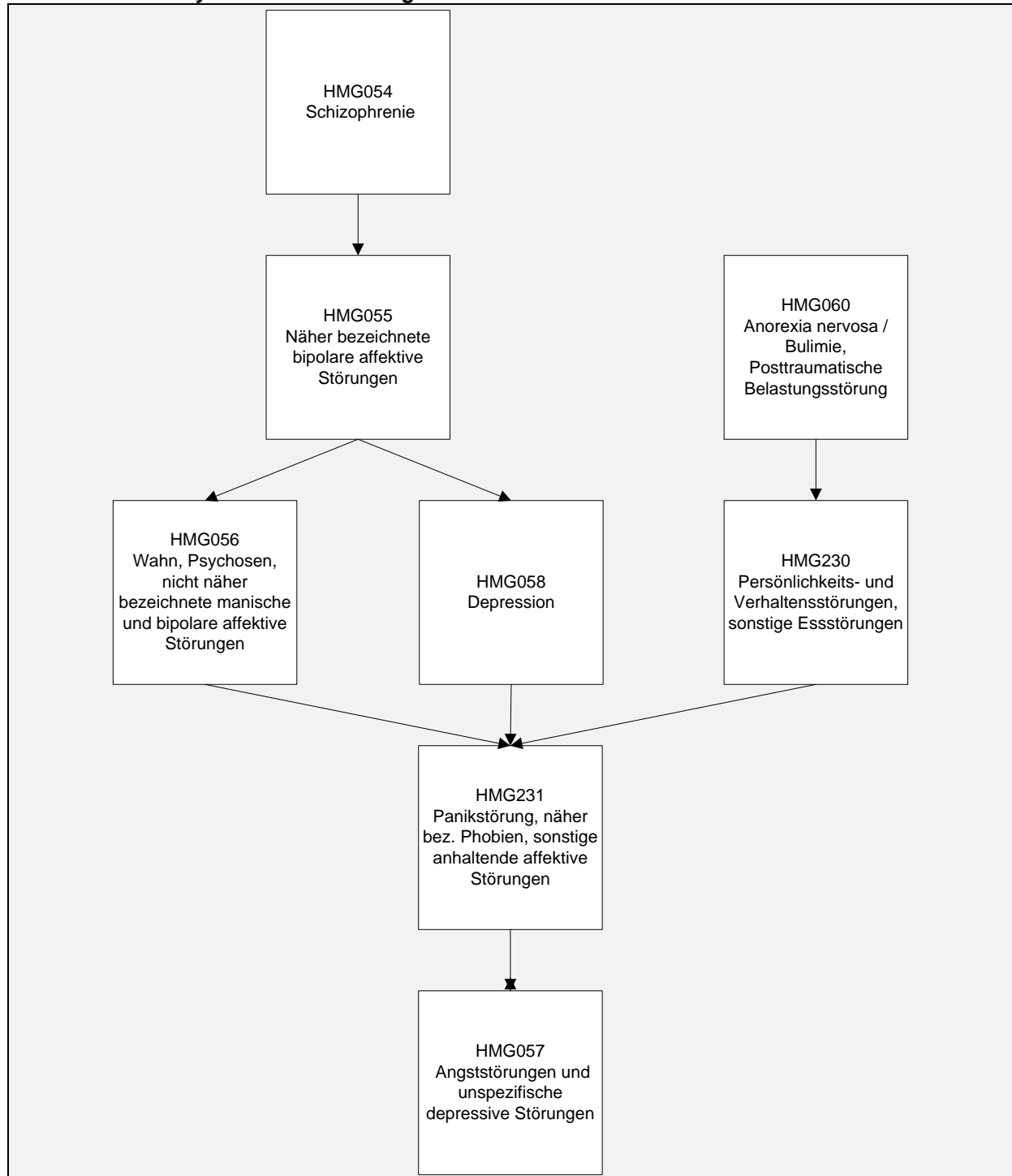
Hierarchie 9: Kognitive Erkrankungen



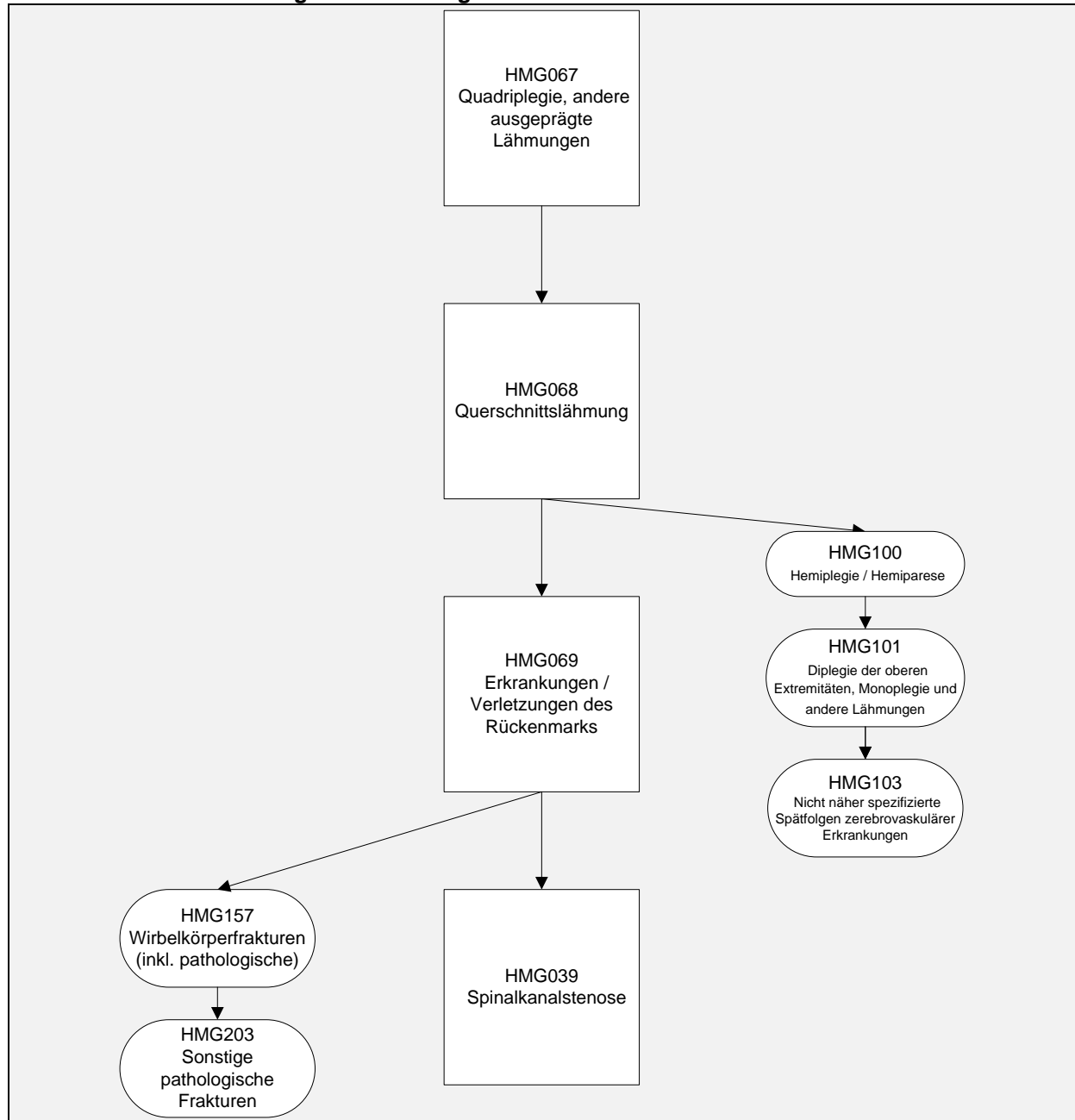
Hierarchie 10: Drogen- / Alkoholmissbrauch



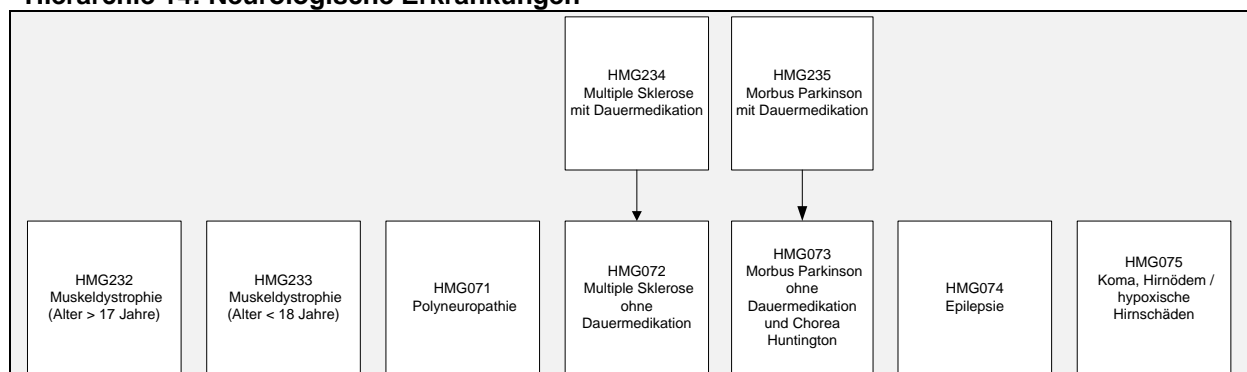
Hierarchie 11: Psychische Erkrankungen



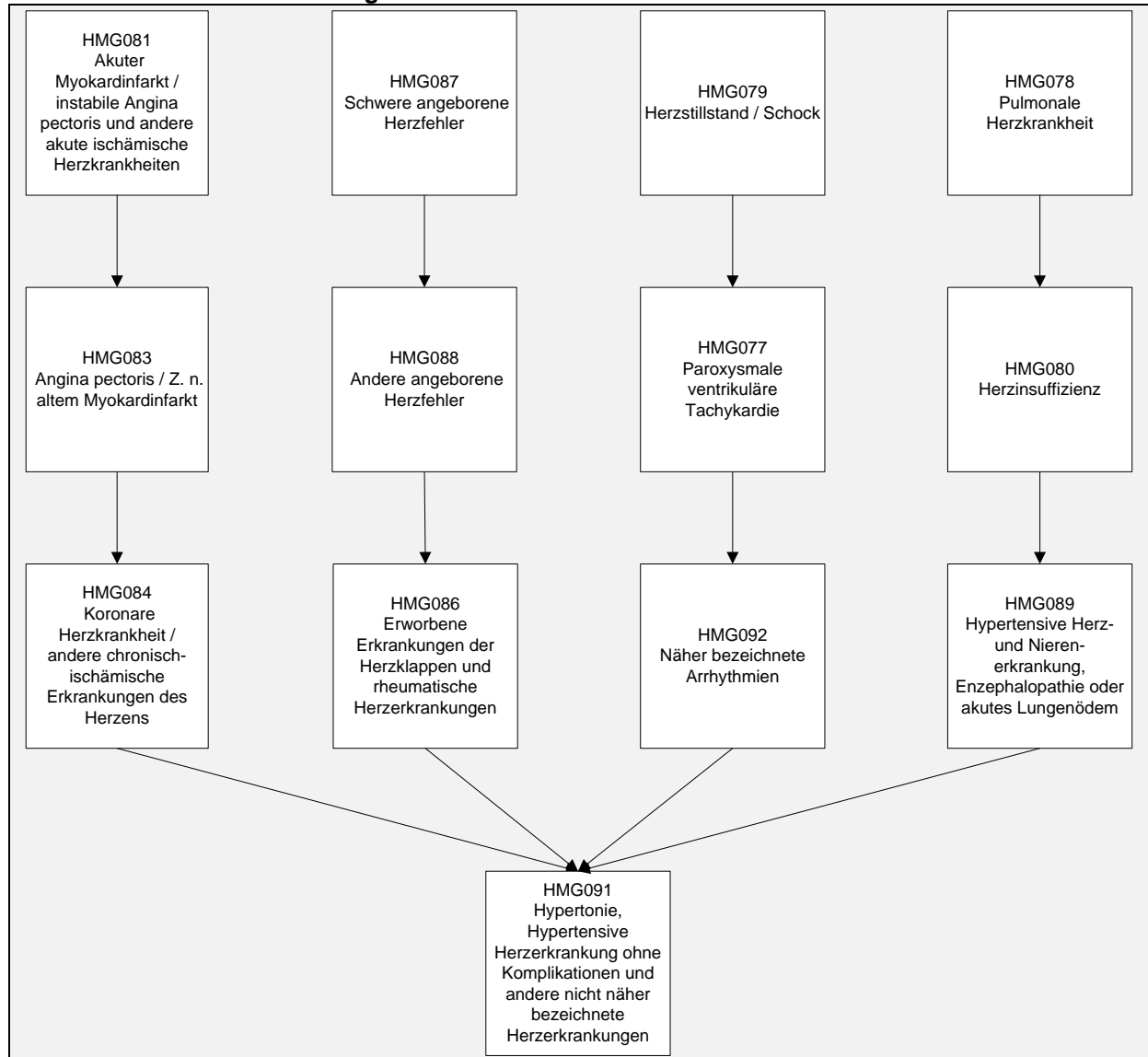
Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks



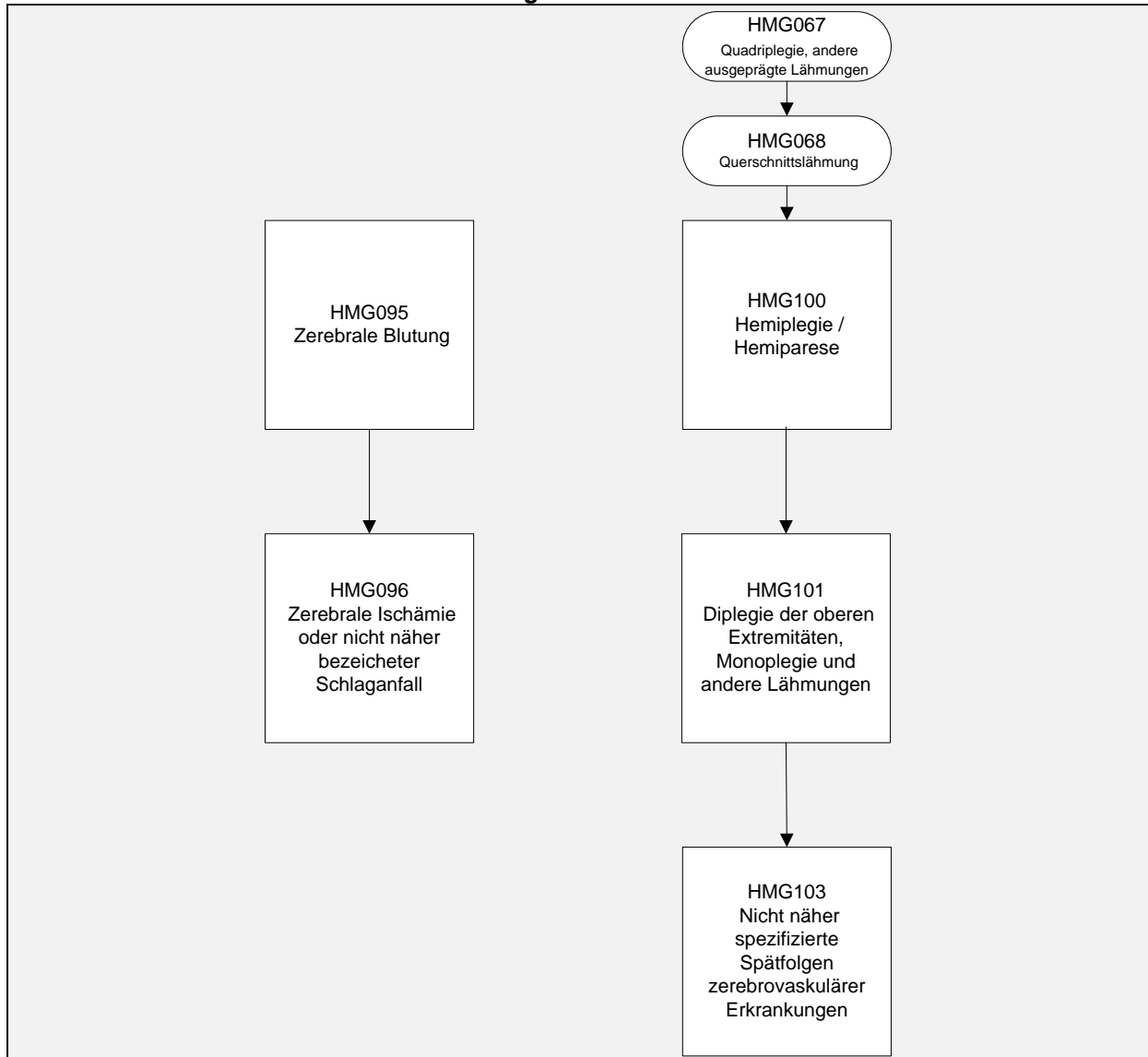
Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen



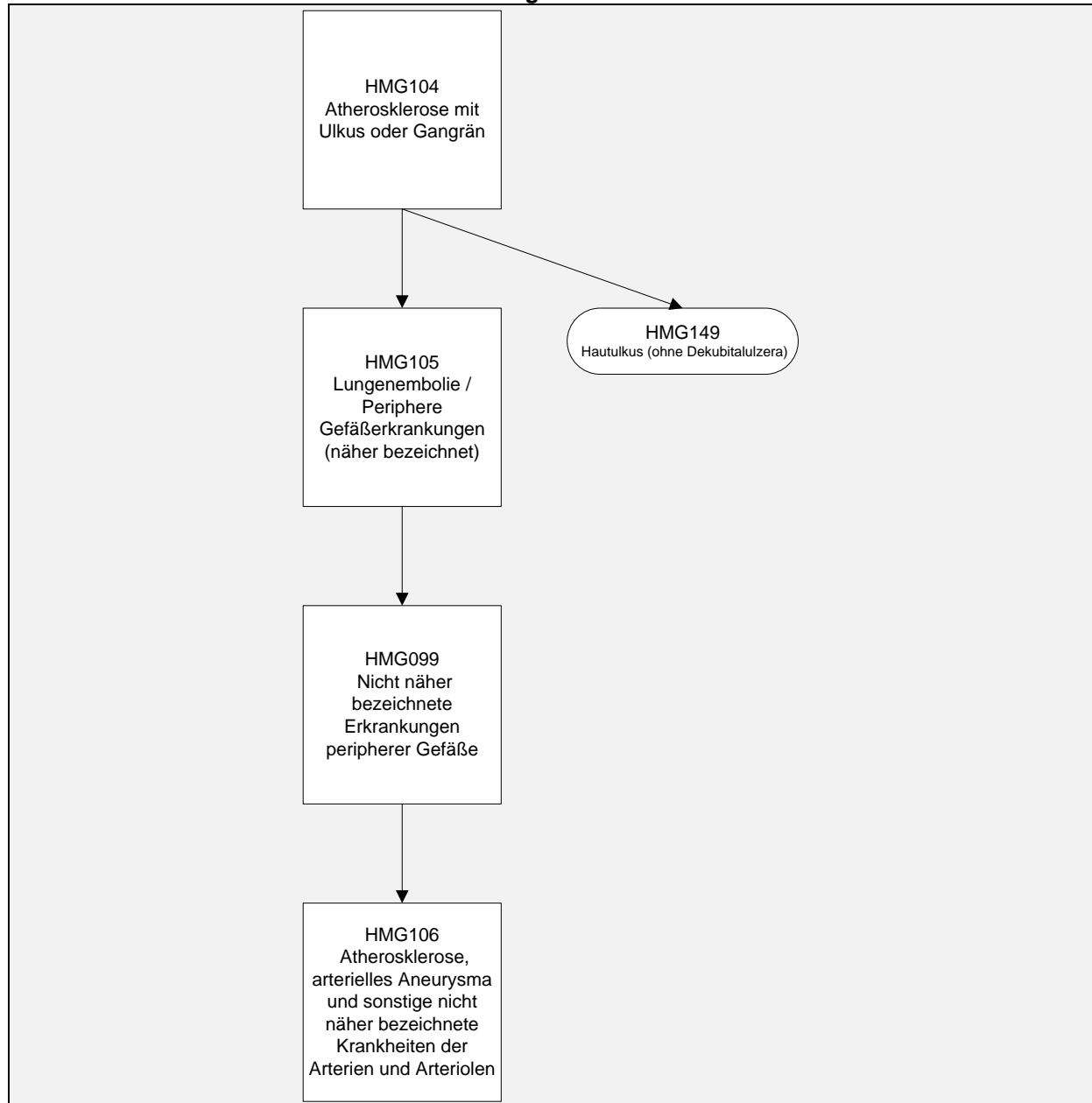
Hierarchie 16: Herzerkrankungen



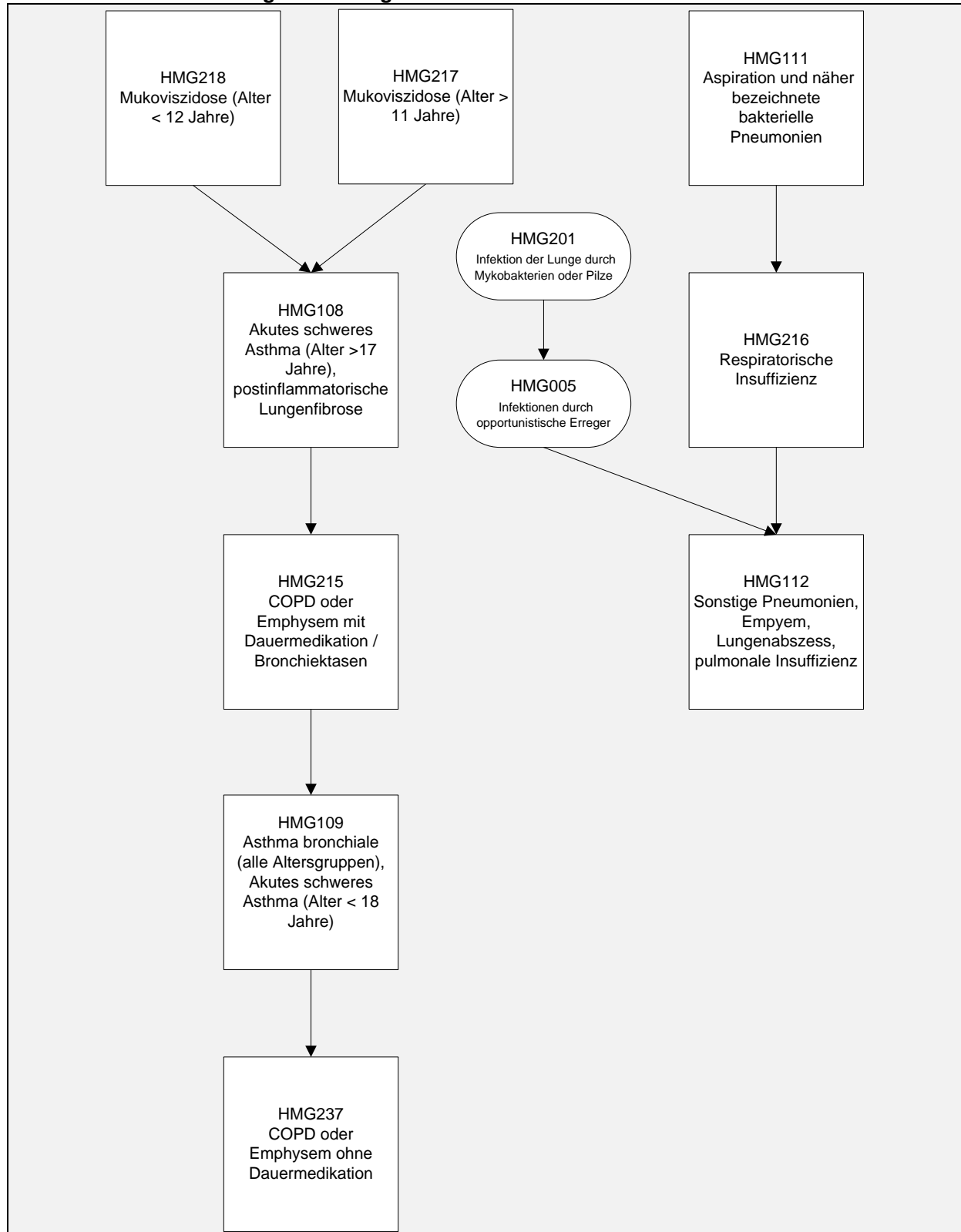
Hierarchie 17: Zerebrovaskuläre Erkrankungen



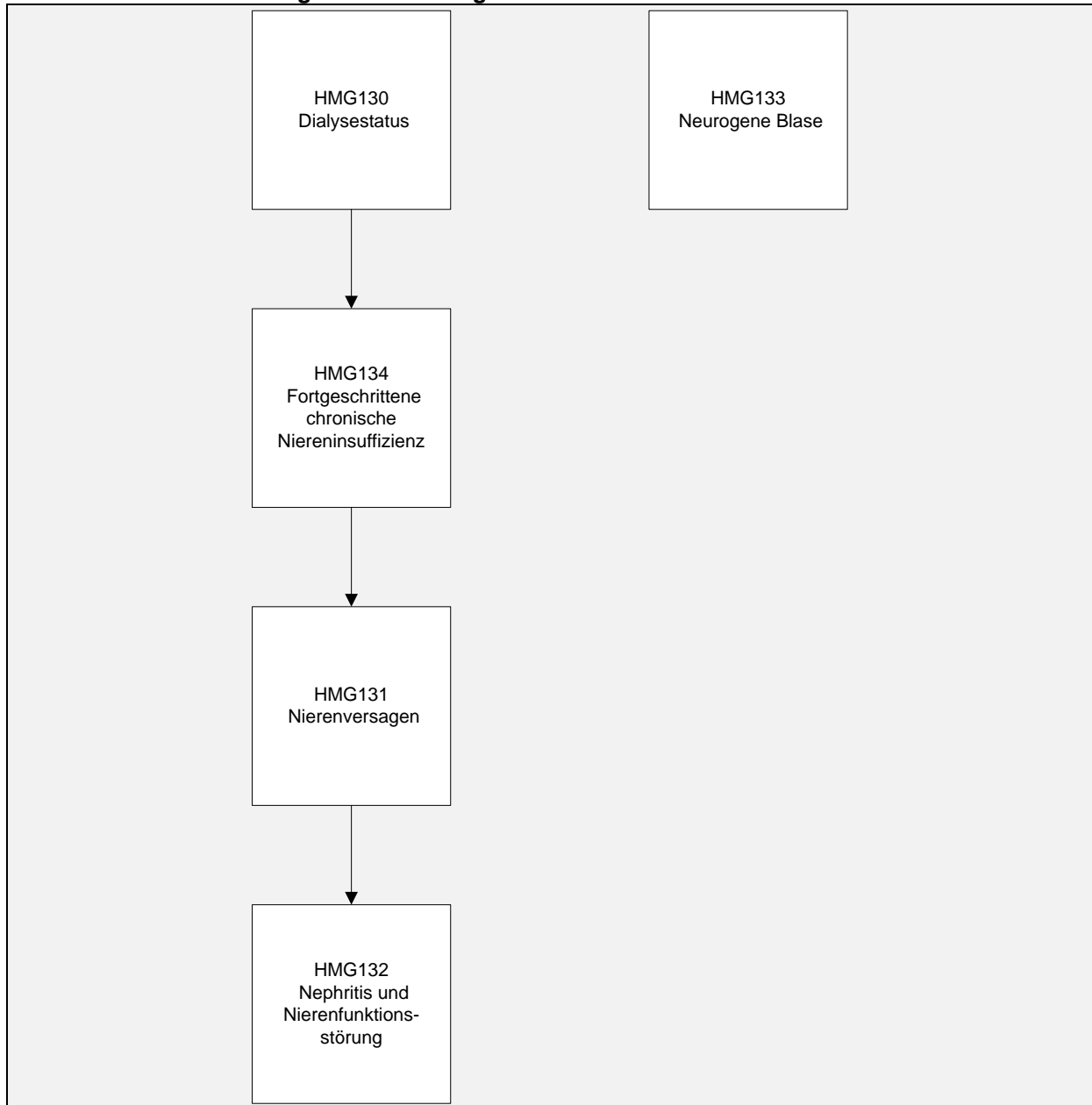
Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislauferkrankungen



Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge



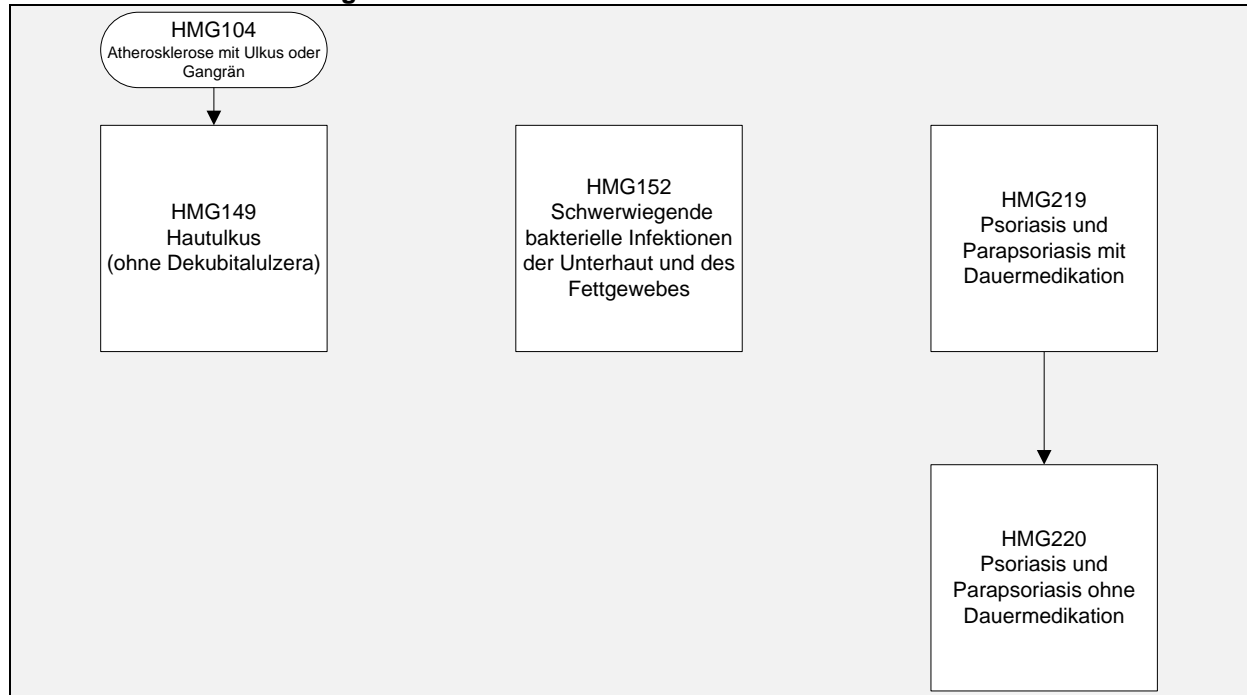
Hierarchie 20: Erkrankungen der Harnwege



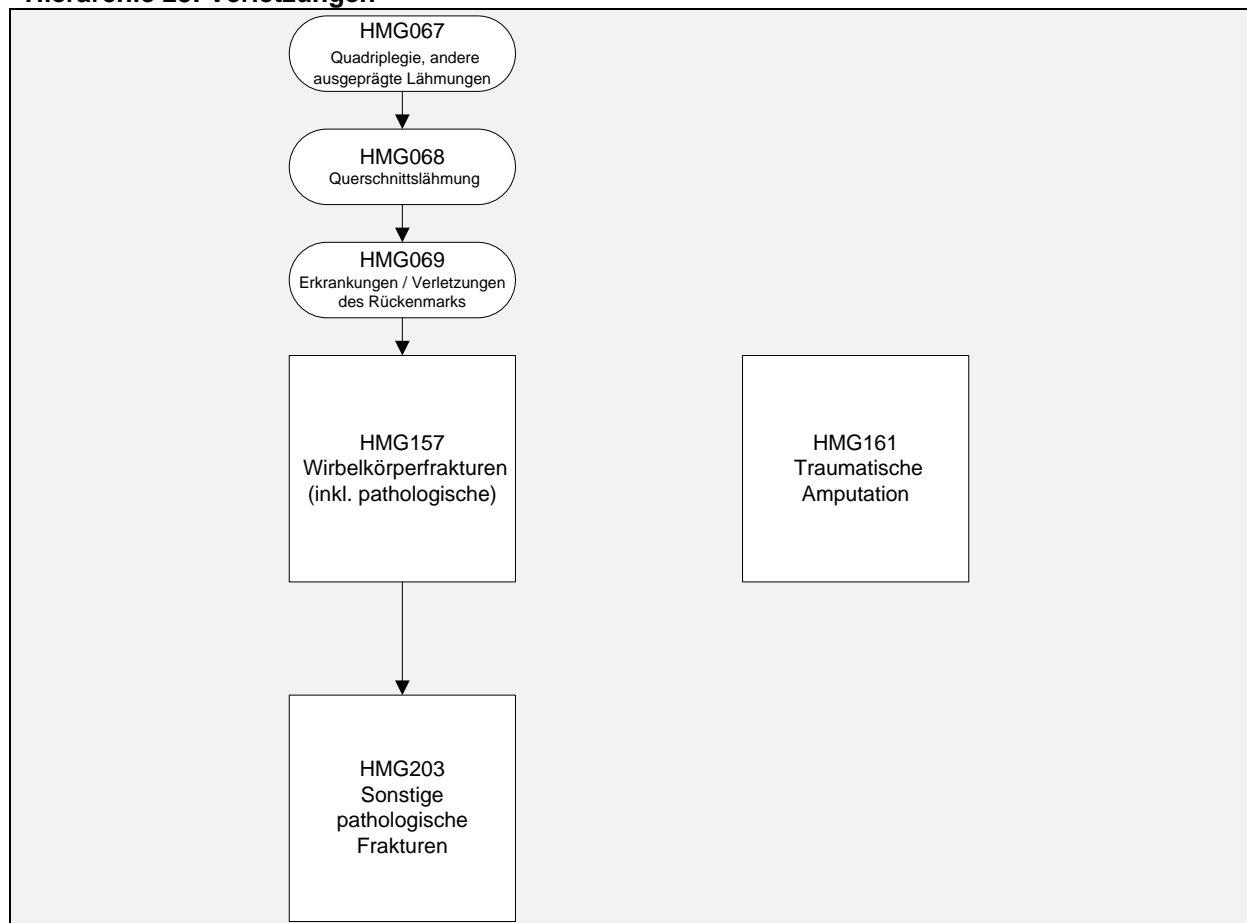
Hierarchie 21: Schwangerschaft



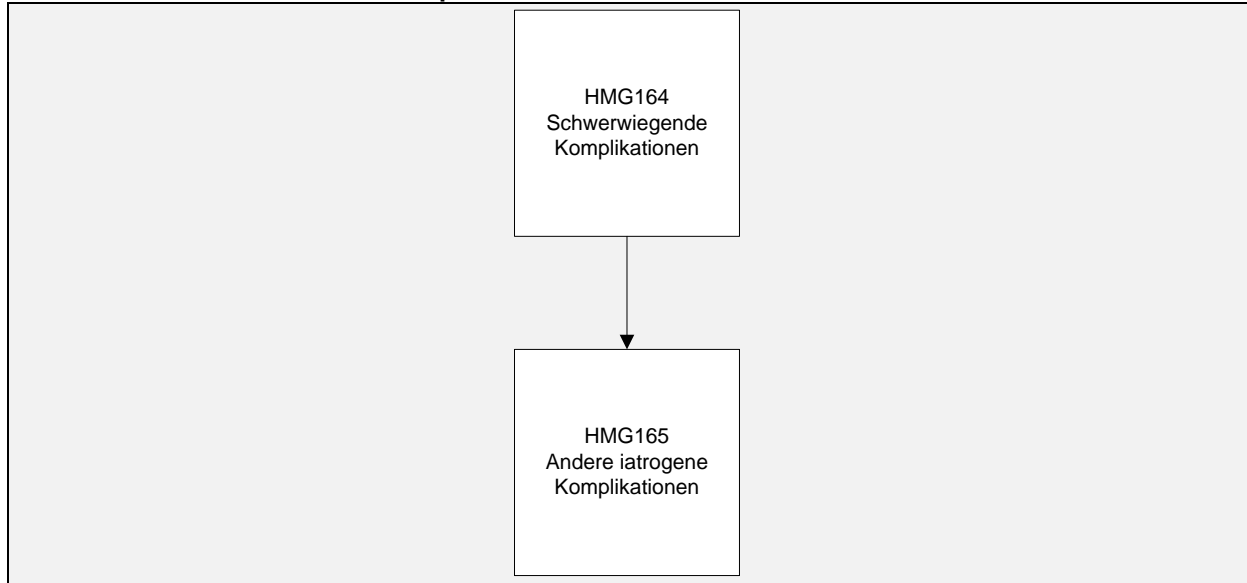
Hierarchie 22: Erkrankungen der Haut



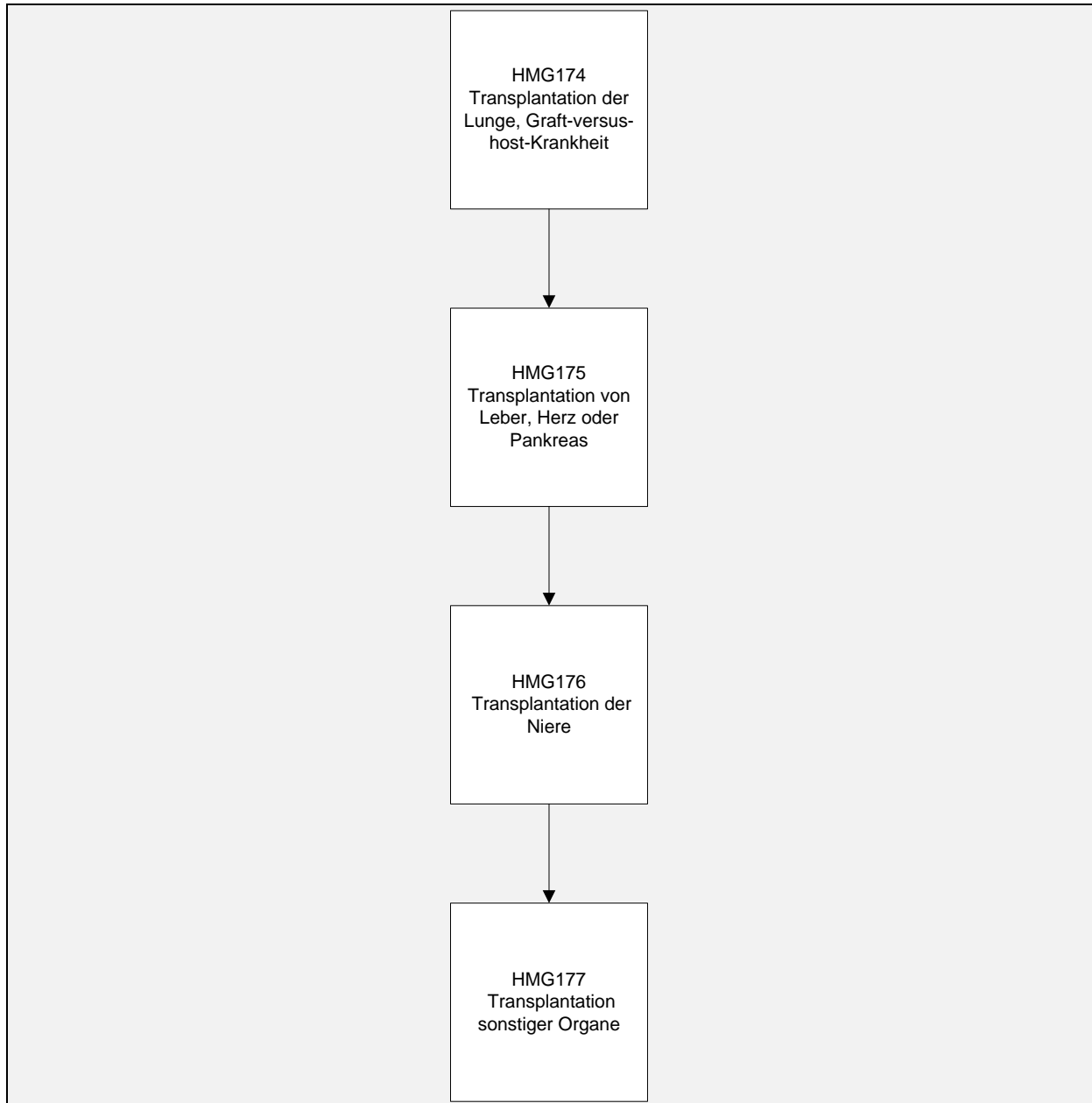
Hierarchie 23: Verletzungen



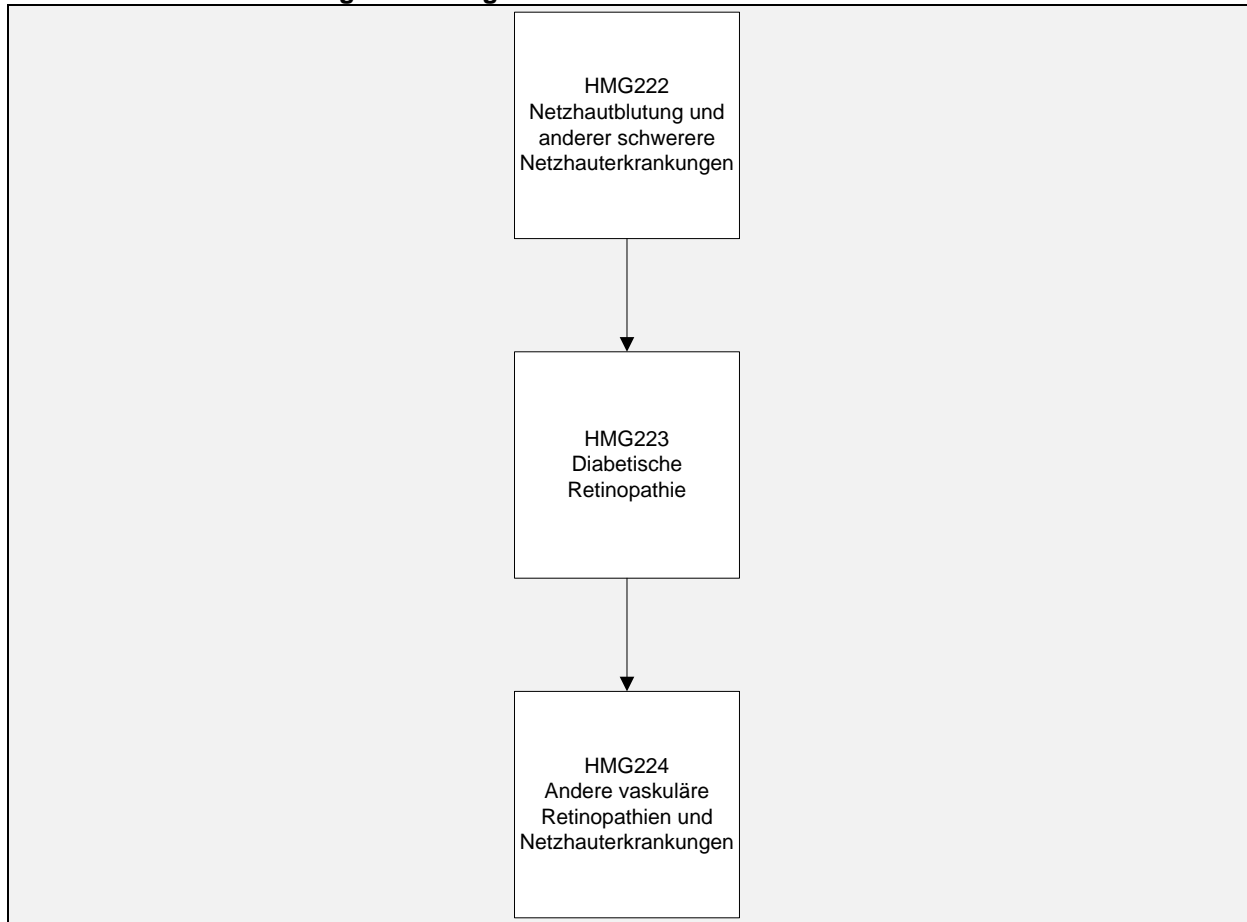
Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen



Hierarchie 25: Diabetes



Hierarchie 26: Erkrankungen des Auges



Hierarchie 27: Erkrankungen des Neugeborenen

