



Erläuterungen zur

Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren

für das Ausgleichsjahr 2013

Bonn, den 28.09.2012

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
I. Einführung.....	1
1 Rechtsgrundlagen	1
2 Vorschlagsverfahren und Festlegungsentwurf	2
3 Anhörungsverfahren und Festlegung	3
4 Allgemeine Anmerkungen / Methodik	27
4.1 Ablauf des Gesamtverfahrens	27
4.1.1 Stellungnahmen	27
4.1.2 Bewertung	27
4.2 Dokumentation und Transparenz.....	27
4.2.1 Stellungnahmen	27
4.2.2 Bewertung	28
4.3 Anpassungsmethodik.....	28
4.3.1 Stellungnahmen	28
4.3.2 Bewertung	28
4.4 Redaktionelle Hinweise.....	29
4.5 Datenmeldungen/Fehlerplausibilisierungen	29
4.6 Methodischer Hinweis	29
5 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2013...30	
5.1 Anpassung der Aufgreifkriterien.....	30
5.2 Anpassung des Klassifikationsmodells	30
6 Berücksichtigung von Arzneimitteln.....	34
6.1 Festlegungsentwurf.....	34
6.2 Stellungnahmen	34
6.3 Bewertung	34
6.4 Ergebnis	35
7 Aufgreifalgorithmus	36
7.1 Festlegungsentwurf.....	36
7.2 Stellungnahmen	36
7.3 Bewertung	37
7.4 Ergebnis	38
8 Qualifizierungsmerkmal der Diagnosen.....	42
8.1 Festlegungsentwurf.....	42

8.2	Stellungnahmen	42
8.3	Bewertung	42
8.4	Ergebnis	42
II.	Anpassung des Klassifikationsmodells	43
9	Hierarchie 02: „Neubildungen“	43
9.1	Festlegungsentwurf	43
9.2	Stellungnahmen	46
9.3	Ergebnis	46
10	Hierarchie 03: „Diabetes mellitus“	48
10.1	Festlegungsentwurf	48
10.2	Stellungnahmen	49
10.3	Herauslösung der Diabetes-Diagnosen, die auf einen Entgleisungszustand hinweisen.....	49
10.4	Ergebnis	49
11	Hierarchie 04: „Metabolische Erkrankungen“	50
11.1	Festlegungsentwurf	50
11.2	Stellungnahmen	52
11.3	Berücksichtigung von stationären Hauptdiagnosen bei DxG904 Adipositas	52
11.4	Ergebnis	52
12	Hierarchie 05: „Erkrankungen der Leber“	53
12.1	Festlegungsentwurf	53
12.2	Stellungnahmen	55
12.3	Hierarchisierung der HMG288 und HMG287	55
12.3.1	Untersuchung / Diskussion	55
12.3.2	Bewertung	56
12.4	Kombinationstherapien	56
12.4.1	Untersuchung / Diskussion	56
12.4.2	Bewertung	57
12.5	Konsistenz der Bezeichnungen	57
12.5.1	Untersuchung / Diskussion	57
12.5.2	Bewertung	57
12.6	Ergebnis	57
13	Hierarchie 06: „Gastrointestinale Erkrankungen“	59
13.1	Festlegungsentwurf	59
13.2	Stellungnahmen	60
13.3	Bewertung	61
13.4	Ergebnis	61
14	Hierarchie 07: „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“	62
14.1	Festlegungsentwurf	62
14.2	Stellungnahmen	64

14.3	Diskussion / Bewertung.....	64
14.4	Ergebnis	64
15	Hierarchie 09: „Kognitive Erkrankungen“	65
15.1	Festlegungsentwurf.....	65
15.2	Stellungnahmen	65
15.3	Ergebnis	65
16	Hierarchie 10: „Drogen- /Alkoholmissbrauch“	66
16.1	Festlegungsentwurf.....	66
16.2	Stellungnahmen	67
16.3	Arzneimittelvalidierung vs. Arzneimitteldifferenzierung bei Opiatsubstitution.....	67
16.3.1	Untersuchung/Diskussion	67
16.3.2	Bewertung.....	68
16.4	Ergebnis	68
17	Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“	69
17.1	Festlegungsentwurf.....	69
17.2	Stellungnahmen	70
17.3	Ergebnis	71
18	Hierarchie 12: „Entwicklungsstörungen“	72
18.1	Festlegungsentwurf.....	72
18.2	Stellungnahmen	73
18.3	Umgang mit dem insignifikanten Zuschlag für HMG257 Ticstörungen	73
18.3.1	Untersuchung / Diskussion	73
18.3.2	Bewertung.....	75
18.4	Alterssplit bei 24 Jahren für F91.- (Störungen des Sozialverhaltens) und F98.- (Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)	77
18.4.1	Untersuchung / Diskussion	77
18.4.2	Bewertung.....	80
18.5	Ergebnis	81
19	Hierarchie 13: „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“	82
19.1	Festlegungsentwurf.....	82
19.2	Stellungnahmen	85
19.3	Untersuchung / Diskussion	85
19.4	Bewertung	86
19.5	Ergebnis	86
20	Hierarchie 14: „Neurologische Erkrankungen“	87
20.1	Festlegungsentwurf.....	87
20.2	Stellungnahmen	89
20.3	Diskussion.....	89
20.3.1	Arzneimitteldifferenzierung im Bereich Multiple Sklerose.....	89
20.3.2	Sonstige Anmerkungen.....	89
20.4	Ergebnis	91

21 Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“	92
21.1 Festlegungsentwurf	92
21.2 Stellungnahmen	93
21.3 Zusammenlegung der HMG089 und HMG091	93
21.3.1 Untersuchung / Diskussion / Bewertung	93
21.4 Differenzierung der Linksherzinsuffizienz	93
21.4.1 Untersuchung / Diskussion	93
21.4.2 Bewertung	94
21.5 Berücksichtigung des ATC C01EB	95
21.5.1 Untersuchung / Diskussion / Bewertung	95
21.6 Ergebnis	95
22 Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“	96
22.1 Festlegungsentwurf	96
22.2 Vorbemerkung: Berechnungsfehler im Festlegungsentwurf	97
22.3 Stellungnahmen	99
22.4 Ausweitung der Arzneimittelprüfung auf weitere Pneumonieformen	99
22.4.1 Untersuchung / Diskussion	99
22.4.2 Zwischenfazit	101
22.5 Ausgliederung der „sonstigen Pneumonien“ aus der HMG112	102
22.5.1 Untersuchung / Diskussion	102
22.5.2 Bewertung	103
22.6 Einordnung der „Krankheiten der Atemwege bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten (J99.8)“	104
22.6.1 Diskussion	104
22.6.2 Bewertung	104
22.7 Ergebnis	104
23 Hierarchie 20: „Erkrankungen der Harnwege“	107
23.1 Festlegungsentwurf	107
23.2 Stellungnahmen	108
23.3 ICD-Umstrukturierung im unteren Hierarchiebereich	108
23.3.1 Einordnung des TK-Vorschlags	108
23.3.2 Bewertung	108
23.4 Ergebnis	109
24 Hierarchie 22: „Erkrankungen der Haut“	110
24.1 Festlegungsentwurf	110
24.2 Stellungnahmen	110
24.3 Ergebnis	110
25 Hierarchie 24: „Medizinische Komplikationen“	111
25.1 Festlegungsentwurf	111
25.2 Stellungnahmen	112
25.3 Ergebnis	112

26 Hierarchie 26: „Erkrankungen des Auges“	113
26.1 Festlegungsentwurf	113
26.2 Stellungnahmen	113
26.3 Verlagerung der DxG488 in die Hierarchie „Diabetes mellitus“	113
26.3.1 Untersuchung / Diskussion	113
26.3.2 Bewertung	114
26.4 Ergebnis	114
27 Hierarchie 27: „Erkrankungen des Neugeborenen“	115
27.1 Festlegungsentwurf	115
27.2 Stellungnahmen	115
27.3 Ergebnis	115
28 Hierarchie 28: „Chronischer Schmerz“	116
28.1 Festlegungsentwurf	116
28.2 Stellungnahmen	116
28.3 Auswahl der Arzneimittel zur Arzneimitteldifferenzierung	117
28.3.1 Untersuchung / Diskussion	117
28.3.2 Bewertung	118
28.4 Ergebnis	119
III. Änderung des Berechnungsverfahrens	120
29 Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden	120
29.1 Stellungnahmen	120
29.2 Bewertung / Ergebnis	120
30 Krankengeld	121
30.1 Festlegungsentwurf	121
30.2 Stellungnahmen	121
30.3 Bewertung / Ergebnis	122
31 Auslandsversicherte	123
31.1 Festlegungsentwurf	123
31.2 Stellungnahmen	123
31.3 Bewertung / Ergebnis	123
32 Verwaltungsausgaben	124
32.1 Festlegungsentwurf	124
32.2 Stellungnahmen	124
32.3 Bewertung / Ergebnis	124
33 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben	125
33.1 Festlegungsentwurf	125
33.2 Stellungnahmen	125
33.3 Bewertung / Ergebnis	126

34	Geänderte Berücksichtigung von DMP-Ausgaben im Regressionsverfahren	127
34.1	Festlegungsentwurf	127
34.2	Stellungnahmen	127
34.3	Bewertung / Ergebnis	128
35	Kostenerstatter	129
35.1	Festlegungsentwurf	129
35.2	Stellungnahmen	129
35.3	Bewertung / Ergebnis	129
36	Anhebung des Renteneintrittsalters	130
37	Weitere Vorschläge	131
IV.	Erläuterung zur Anlage 1	132
V.	Anhang	133
38	Statistische Gesamtbewertung der Anpassungen.....	133
39	Darstellung des Aufgreifalgorithmus.....	134
40	Übersicht über die Hierarchien.....	138

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sonderfall 1 (neu)	39
Abbildung 2: Sonderfall 2 (neu)	40
Abbildung 3: Sonderfall 3 (neu)	41
Abbildung 4: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 02 („Neubildungen, Strang 2a Hämatologische Neubildungen“)	44
Abbildung 5: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 02 („Neubildungen, Strang 2b Solide Tumoren“)	45
Abbildung 6: Festlegung der Hierarchie 02 („Neubildungen, Strang 2a Hämatologische Neubildungen“)	47
Abbildung 7: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 03 („Diabetes mellitus“)	48
Abbildung 8: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 04 („Metabolische Erkrankungen“)	51
Abbildung 9: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 05 („Erkrankungen der Leber“)	54
Abbildung 10: Festlegung der Hierarchie 05 („Erkrankungen der Leber“)	58
Abbildung 11: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 6 („Gastrointestinale Erkrankungen“)	60
Abbildung 12: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 07 („Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“)	63
Abbildung 13: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 10 („Drogen-/Alkoholmissbrauch“)	66
Abbildung 14: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 11 („Psychische Erkrankungen“)	70
Abbildung 15: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 12 („Entwicklungsstörungen“)	72
Abbildung 16: Festlegung der Hierarchie 12 („Entwicklungsstörungen“)	81
Abbildung 17: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 13 („Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“)	84
Abbildung 18: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 14 („Neurologische Erkrankungen“)	88
Abbildung 19: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 16 („Herzerkrankungen“)	92
Abbildung 20: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 19 („Erkrankungen der Lunge“)	98
Abbildung 21: Festlegung der Hierarchie 19 („Erkrankungen der Lunge“)	106
Abbildung 22: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 20 („Erkrankungen der Harnwege“)	107
Abbildung 23: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 24 („Medizinische Komplikationen“)	111
Abbildung 24: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 26 („Erkrankungen des Auges“)	113
Abbildung 25: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 27 („Erkrankungen des Neugeborenen“)	115
Abbildung 26: Entwurf zur Bildung der Hierarchie 28 („Chronischer Schmerz“)	116
Abbildung 27: Festlegung der Hierarchie 28 („Chronischer Schmerz“)	119

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens.....	4
Tabelle 2: Hierarchie 5 – Hierarchisierung der HMG288 und HMG287	56
Tabelle 3: Auftrennung der HMG256 Andere Entwicklungsstörungen	74
Tabelle 4: Auftrennung der HMG256 und Einordnung in HMG257 bzw. HMG291:.....	75
Tabelle 5: Zusammensetzung der HMG257* (Tic- und andere Entwicklungsstörungen)	76
Tabelle 6: Zusammensetzung der HMG291* (Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen)..	76
Tabelle 7: Einführung eines Alterssplits für Diagnosen ICD F91.- und F98.-	78
Tabelle 8: Überprüfung verschiedener Alterssplits (24/21/18 Jahre) für ICD F91.- bzw. F98.-	79
Tabelle 9: Kostenschätzer unterschiedlicher Alterssplits (18/21/24 Jahre) innerhalb Modell 5	80
Tabelle 10: Modellgüte unterschiedlicher Alterssplits (18/21/24 Jahre) innerhalb Modell 5	80
Tabelle 11: Umgruppierung der DxG375	94
Tabelle 12: Verteilung der Diagnosen I50.- nach Satzart (Stichprobe, Berichtsjahr 2009)	95
Tabelle 13: Hierarchie 19 - korrigierte Modellkennzahlen.....	98
Tabelle 14: ATC-Kodes zur Validierung der DxG467-DxG469	100
Tabelle 15: Arzneimittelvalidierung der DxG468 bzw. DxG467-DxG469.....	101
Tabelle 16: Abgrenzung der HMG113.....	103
Tabelle 17: Ergebnisse zur Ausgliederung der "sonstigen Pneumonien"	103
Tabelle 18: Abkürzungen für ATC-Kode-Gruppen	118
Tabelle 19: Statistische Kennzahlen von Modell 1, 2 und 3.....	118
Tabelle 20: Entwicklung der Modellgüte im Vergleich zum Klassifikationsmodell 2012	133

I. Einführung

1 Rechtsgrundlagen

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

Das BVA hat diese Festlegungen im Rahmen der Vorgaben der RSAV zu treffen (BT-DRS: 16/3100, S. 205). Nach § 31 Abs. 2 Satz 1 Nummern 2 und 3 i.V.m. Abs. 1 Satz 2 bis 4 RSAV sowie § 1 Abs. 2 Nummern 2 und 3 des Erlasses des Bundesministeriums für Gesundheit über den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (im Folgenden: „Wissenschaftlicher Beirat“) vom 3. Mai 2007 obliegt diesem die jährliche Überprüfung der Auswahl der zu berücksichtigenden Krankheiten. Wie sich aus § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV ergibt, stellt das Ergebnis dieser Überprüfung eine Empfehlung dar, auf dessen Grundlage das BVA die entsprechenden Festlegungen trifft. Die Festlegung der im Ausgleichsjahr 2013 zu berücksichtigenden Krankheiten hat das BVA bereits am 9. März 2012 getroffen und veröffentlicht.

Nach den Grundsätzen des § 29 RSAV werden mit dem vom BVA festzulegenden Versichertenklassifikationsmodell Risikozuschläge auf der Grundlage von Diagnosen und verordneten Arzneimitteln bzw. deren Arzneimittelwirkstoffen ermittelt. Nach § 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV hat dabei der Wissenschaftliche Beirat die Aufgabe, einen Vorschlag für die Anpassung des vom BVA ausgewählten Modells zu unterbreiten.

Die auf Grundlage dieses Vorschlags zu treffende Festlegung hat – nach Durchführung des bereits einleitend genannten Anhörungsverfahrens – bis zum 30. September zu erfolgen und in geeigneter Weise bekanntgegeben zu werden (§ 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV).

2 Vorschlagsverfahren und Festlegungsentwurf

Schon vor Unterbreitung des Anpassungsvorschlages durch den Wissenschaftlichen Beirat hat das BVA auch in diesem Jahr ein Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells durchgeführt. Hierzu wurden mit Schreiben vom 09. März 2012 der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), die Bundesärztekammer (BÄK), die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG), das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sowie das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) aufgefordert, bis zum 5. April 2012 entsprechende Vorschläge zu unterbreiten. Der Aufruf wurde zudem öffentlich zugänglich auf der Homepage des BVA eingestellt.

Ausgehend von einer Vielzahl der eingegangenen Stellungnahmen (aus diesem sowie aus den vorangegangenen Jahren) setzte sich der Beirat in der Folge mit der Erarbeitung der Anpassungsvorschläge für das Versichertenklassifikationsmodell 2013 auseinander. Ein besonderer Arbeitsschwerpunkt lag dabei auf der Anpassung der Hierarchien, die direkt von der (mit Festlegung vom 09. März 2012 bekanntgegebenen) geänderten Krankheitsauswahl betroffen waren. Die Ergebnisse dieser Arbeit hat der Wissenschaftliche Beirat auf seinen Sitzungen am 27. Juni und am 24. Juli 2012 sowie auch auf elektronischem Wege intensiv beraten und seine hieraus abgeleitete Anpassungsempfehlung an das BVA einstimmig beschlossen.

Der auf Grundlage des Vorschlags des Wissenschaftlichen Beirats erarbeitete Festlegungsentwurf zur Anpassung des Klassifikationsmodells wurde am 27. Juli 2012 durch das BVA veröffentlicht. Zeitgleich wurde die nach § 31 Abs. 4 RSAV vorgesehene schriftliche Anhörung des GKV-SV eingeleitet.

3 Anhörungsverfahren und Festlegung

Bis zum Ablauf der Frist des Anhörungsverfahrens am 27. August 2012 sind beim BVA neben der Stellungnahme des GKV-SV entsprechende schriftliche Äußerungen zum gesamten Festlegungsentwurf auch durch den AOK-Bundesverband (AOK-BV), die BAG, die Barmer GEK (Barmer), den BKK Bundesverband GbR (BKK-BV), BPtK, die DAK-Gesundheit (DAK), die Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V. (IKK e.V.), die Knappschaft-Bahn-See (KBS), KBV und BÄK (ab hier: KBV), die Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK), SGH-Consulting (SGH) sowie gemeinsam durch die Techniker Krankenkasse, KKH-Allianz, Hanseatische Krankenkasse sowie die Handelskrankenkasse (TK et al.) vorgetragen worden. Weitere relevante Stellungnahmen, die sich inhaltlich auf die Frage nach der Anpassung des Berechnungsverfahrens beschränken, wurden dem BVA durch den BKK-BV, die Betriebskrankenkasse der BMW AG (BMW BKK), die Deutsche BKK, den BKK Landesverband Hessen (BKK LV Hessen), die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg Vorpommern (KV MV) sowie das Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt übermittelt. Für weitere sechs Stellungnahmen zur gleichen Fragestellung hat das BVA auch auf Nachfrage keine Erlaubnis zur Veröffentlichung erhalten. Sie haben daher für die folgenden Ausführungen – ebenso wie für die dahinterstehenden Erwägungen – keinerlei Relevanz. Eine Übersicht über die im Anhörungsverfahren vorgetragenen Anmerkungen und Änderungsvorschläge findet sich ab der folgenden Seite in Tabelle 1.

In den Unterkapiteln der Abschnitte 5.1, II, III und IV werden die vom BVA mit dem Festlegungsentwurf in das Anhörungsverfahren gegebenen Modellanpassungen jeweils kurz zusammengefasst, bevor eine Bewertung der im Anhörungsprozess eingegangenen, sachbezogenen Stellungnahmen erfolgt und gegebenenfalls weitere Untersuchungen und Änderungen vorgestellt werden.

Alle vom BVA vorgenommenen Änderungen am Festlegungsentwurf sind mit dem Wissenschaftlichen Beirat auf einer gemeinsamen Sitzung am 24. September 2012 ausführlich erörtert worden. Mit Ausnahme der Beibehaltung des Verfahrens zur Hochrechnung unterjährig Versicherter wurden dabei sämtliche Festlegungen des BVA durch den Wissenschaftlichen Beirat mitgetragen.

Tabelle 1: Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens

1 Allgemeine Anmerkungen		
1.1 Anmerkungen zum Ablauf des Gesamtverfahrens (Krankheitsauswahl / Vorschlagsverfahren / Anhörung zum Festlegungsentwurf)		
	Hinsichtlich der bereits in den Vorjahren vorgetragenen Vorschläge wird eine Priorisierung der vorzunehmenden Analysen anhand einheitlicher und konsistenter Kriterien gewünscht.	GKV-SV
	Die DAK bemängelt, dass ein Vorschlag zur Einordnung des Codes D69.3 letztes Jahr mit Verweis auf das nächste Jahr verschoben wurde, dieses Jahr aber nicht bearbeitet wurde. Die DAK erwartet eine Begründung für jeden Vorschlag, der nicht bearbeitet wird.	DAK
	Bei der Krankheitsauswahl sollten Kodierungen, deren Krankheitsbild nicht auf näher definierte Ursachen zurückzuführen sind wegen der Manipulationsanfälligkeit und schwierigen Abgrenzbarkeit ganz entfernt werden. Bis dahin ist eine obligatorische Absicherung dieser Diagnosen mittels Arzneimittelkriterium notwendig.	IKK e.V.
	Die frühzeitige und transparente Veröffentlichung aller eingereichten Vorschläge wird ausdrücklich begrüßt.	BKK-BV
	Mit Blick etwa auf die in der Krankheitsauswahl enthaltenen "Ticstörungen", für die sich im Regressionsverfahren ein insignifikanter Schätzer ergäbe und die voraussichtlich künftig wieder aus der Krankheitsauswahl entfallen würden, wird angeregt, Änderungen an der Krankheitsauswahl und am Klassifikationsmodell gleichzeitig vorzunehmen.	
1.2 Dokumentation / Transparenz		
	Die ausführliche Dokumentation zum Festlegungsentwurf wird ausdrücklich begrüßt.	GKV-SV
	Einzelne Ergebnisse von Modellvergleichen sollten weiter erläutert werden – etwa in Fällen, in denen sich die Gesamtfallzahl bei Aufteilung einer HMG in zwei über Arzneimittel differenzierte Zuschlagsgruppen erhöht.	
	Es fehlt eine schlüssige Erklärung, warum sich die Fallzahlen in einer DxGruppen bei einer Trennung in zwei DxGruppen mit/ohne Dauermedikation erhöhen können.	IKK e.V.
	Der BKK-BV regt erneut an, die Schritte zur Berechnung der Zuweisungen in Anlage 4 der Festlegung ergänzend in Form mathematischer Formeln darzustellen.	BKK-BV
	Es wird moniert, dass eine transparente Dokumentation der Berechnungsschritte für das Korrekturverfahren der beiden vorangegangenen Jahre nicht vorläge.	
	Die BPtK begrüßt ein "hohes Maß an Transparenz", das durch Festlegungsentwurf, Anlagen, sowie die Aufarbeitung und Kommentierung der Stellungnahmen gewährleistet sei und das einen konstruktiven Diskurs mit den beteiligten Akteuren ermögliche.	BPtK
	Folgende Zusatzinformationen wären (wie schon in den Vorjahren erbeten) zur Beurteilung der zu bewertenden Anpassungen hilfreich: <ul style="list-style-type: none">▪ eine Gegenüberstellung "Jahresausgleich 2010 vs. Jahresausgleich 2011 vs. Jahresausgleich 2012 vs. Jahresausgleich 2013" auf ICD-10-Ebene im Excel-Format,▪ die Nummerierung der Krankheiten sollte über Verweise eindeutig zuzuordnen sein, da der Wechsel der Nummern über verschiedene Übersichten die Transparenz beeinträchtigt und zu Missverständnissen und Unklarheiten führen kann.	KBV

1 Allgemeine Anmerkungen		
1.3 Anpassungsmethodik		
	Jede zu untersuchende Anpassung soll aus Sicht des GKV-SV durchgehend anhand einheitlicher Kriterien anhand der vom Gesetzgeber definierten Ziele des Morbi-RSA (Vermeidung von Risikoselektion, Manipulationsresistenz, Zielgenauigkeit, Praktikabilität) diskutiert werden.	GKV-SV IKK e.V.
	Der Verzicht auf die Verwendung des "Mikroskop-Designs" kann nachvollzogen werden.	GKV-SV
	Der Ansatz des BVA, die einzelnen Anpassungen isoliert zu untersuchen, erfordert es, die Änderungen abschließend einer zusammenfassenden Gesamtschau zu unterziehen, um sicherzustellen, dass etwaige Wechselwirkungen der Einzelanpassungen nicht übersehen werden.	
	Das Klassifikationsmodell hat der Krankheitsauswahl zu folgen. Ein indirekter Ausschluss von ICD-Kodes im Modell (etwa durch "Nullsetzung" eines insignifikanten Schätzers solle vermieden werden (siehe auch Hierarchie 12 - Entwicklungsstörungen).	
	TK et al. gehen davon aus, dass die in den Erläuterungen dargestellten Berechnungen – wie bisher – ohne eine Annualisierung der Leistungsausgaben von Verstorbenen bzw. eine Umstellung der Berechnungen auf Pro-Tag-Werte erfolgt sind. Mit einer solchen Umstellung würden die Grundlagen für die Diskussion zur Ausgestaltung der Hierarchien so verändert, dass die Vorschläge insgesamt nicht mehr konsistent wären.	TK et al.
	Angesichts der starken Schwankungen in der errechneten Modellgüter bei Umstellungen in der Datengrundlage ist es aus Sicht des IKK e.V. zweifelhaft, ob Differenzen in den Bestimmtheitsmaßen im Tausendstel- und Zehntausendstelbereich als Hinweise auf eine Verbesserung der Zielgenauigkeit gedeutet werden können.	IKK e.V.
	Die Spezifität von Kodierungen sollte stärker berücksichtigt werden (Beispiel Kode J96.9). Hier sind erhöhte Anforderungen an die Validierung durch Arzneimittelverordnungen zu stellen.	IKK e.V.
	Trotz der Bemühungen, mit der Vereinfachung der Aufgreifkriterien das Modell zu vereinfachen, ist aus Sicht des BKK-BV kein "Wirklicher Abbau an Komplexität" zu erkennen. Vielmehr steige durch die zunehmende Ausdifferenzierung der Hierarchiestränge und Zuschlagsgruppen die Komplexität weiter an, was dem Anspruch, GKV-standardisierte Leistungsausgaben auszugleichen, entgegenstehe. Demgegenüber sei eine stärkere Konzentration auf kostenintensive Leistungsfälle – wie sie sich immerhin in den Hierarchien 13 und 14 zeige – geboten. Bei den bisherigen Bemühungen handle es sich jedoch um – für die Gesamtproblematik der Hochkostenfälle – unzureichende Einzelmaßnahmen.	BKK-BV
	Die "strengere Systematisierung der Vorgehensweisen bei der Überprüfung von Optimierungsbedarf in den einzelnen Hierarchien" wird begrüßt.	Barmer
1.4 redaktionelle Fehler / Anmerkungen		
	Es wird darauf hingewiesen, dass die Anlage 3 inhaltlich nicht auf dem (ausgewiesenen) GKV-Arzneimittelindex mit Stand 6/212 zu basieren scheint. Hinsichtlich des offensichtlichen Fehlers sei eine eingehende Prüfung der ATC-Zuordnung auf Basis des GKV-AI 6/2012 vorzunehmen.	GKV-SV BKK-BV
	Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird angeregt, die HMG und DxG, bei denen eine Differenzierung über Arzneimittel vorgenommen wird einheitlich zu benennen.	GKV-SV

1 Allgemeine Anmerkungen		
	Es wird ausgeführt, dass im Festlegungstext unter Abschnitt 2. (Regressions- und Berechnungsverfahren...) sprachlich zwischen Stichprobe und Vollerhebung unterschieden werde. Soweit mit der Verwendung des Begriffs "Stichprobe" bei Vorliegen mangelhafter Ausschöpfungsquoten ein Rückgriff auf das Stichprobenkennzeichen ermöglicht werden solle, solle der Begriff durchgehend verwendet werden. Andernfalls könne der Begriff in den Abschnitten 2.2.1 und 2.4.1 vollständig mit dem Wort "Vollerhebung" ersetzt werden.	AOK-BV
	Es wird darauf hingewiesen, dass die Anlage 3 noch ATCs enthält, zu denen keine Arzneimittel auf dem Markt sind.	TK et al.
1.5 Datenmeldung / Fehlerplausibilisierung / Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 & 2 SGB V		
	Der AOK-BV fordert eine Klarstellung bzgl. der Meldefähigkeit von Arzneimittelverordnungen im Rahmen des § 11 Abs. 6 SGB V (s.u.)	AOK-BV
	Der BKK-BV regt an, im Bereich der Hämophilie künftig Arzneimittelverordnungen aus dem stationären Sektor zu erfassen und zu melden (s.u.)	BKK-BV
	Es wird erneut angeregt, neben stationären und ambulanten Diagnosen sowie Arzneimittelinformationen künftig auch Entgeltschlüssel, EBM-Ziffern oder OPS für die Versichertenklassifikation nutzbar zu machen. Die bestehenden rechtlichen Vorgaben würden zumindest einer Datenerhebung im ambulanten Bereich nicht entgegenstehen.	AOK-BV
	Bei DxG mit Arzneimittelzuordnung werden Diagnosen nur dann berücksichtigt, wenn zusätzlich zur Verordnung auch Arzneimittel vorliegen. Werden Versicherte im Rahmen einer Krankenhausbehandlung oder über gesonderte KV-Verträge mit Arzneimitteln versorgt, so bleibt dies bei der Zuordnung unberücksichtigt. Aus Sicht der SBK sollten daher Arzneimittel, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ausgegeben werden und über festzulegende OPS identifizierbar sind, zukünftig ebenfalls gemeldet werden dürfen. Für diese Fälle sollte dann jeweils eine eigene Hierarchie eingerichtet werden.	SBK
	Es wird vorgeschlagen, den im Rahmen der Prüfung auf Alters- & Geschlechtskonsistenz auftretenden Fehler (5010) nicht mehr mit einem Ausschluss der betroffenen Datensätze zu ahnden. Stattdessen könne eine "Priorisierung auf die letzte und damit 'führende' Satzart vorgenommen werden." Insbesondere weil die Kassen die Ursache (uneinheitliche KV-Nr.) nicht zu verantworten hätten, solle der Vorschlag noch einmal geprüft werden.	BKK-BV
	Da die Fehlerkennzeichen 3040 (ICD unzulässig), 3060 (ICD unstimmt zu Alter/Geschlecht) und 2240 (Diagnoseformat unzulässig) durch fehlerhafte Datenlieferungen der Leistungserbringer verursacht würden, zurzeit jedoch weder eine Beanstandung vorgesehen noch eine Korrektur dieser Meldungen seitens der Kassen zulässig sei, müsste es zukünftig den Kassen erlaubt werden, zumindest Fehler in den (kaum manipulierbaren) Stammdaten der Versicherten vor Übermittlung der Daten an das BVA zu korrigieren.	SBK
	Der Vorschlag zur genaueren Beschreibung und Darstellung der Voraussetzungen, unter denen ein Fall als "teilstationäre Dialyse" gebucht werden kann, wurde nicht aufgegriffen. Es wird beabsichtigt, die Angelegenheit in den Bestimmungskreis zu tragen.	Barmer

2 Aufgreifkriterien		
2.1 Allgemeines		
	Es kann nicht nachvollzogen werden, warum der Vorschlag nach einer Veränderung der Aufgreifkriterien bei teilstationärer Behandlung nicht beachtet wurde. Krankenkassen können auf die Entscheidung des Krankenhauses Einfluss nehmen, teilstationäre Behandlungsketten nicht quartalsweise oder auch nur jährlich zu beenden, einen neuen Fall anzulegen und damit für den Morbi-RSA nutzbare Entlassmeldungen zu erzeugen. Eine Änderung der Aufgreifkriterien könnte das Problem an der Wurzel packen. Zumindest eine Aussage, wie das BVA eine solche Einflussnahme bewertet, wird erwartet.	Barmer
2.2 Berücksichtigung von Arzneimitteln		
	Der GKV-SV unterscheidet die drei Fälle, in denen das BVA für die Versichertenklassifikation Arzneimittelinformationen heranzieht (1. Verifizierung von Diagnosen / 2. Identifikation klinischer Relevanz / 3. Schweregraddifferenzierung). Während es in den ersten beiden Konstellationen notwendig sei, ein jeweils eher breites Spektrum berücksichtigungsfähiger Arzneimittel zu definieren, sei dies in der dritten nicht der Fall. Genaugenommen müsse unter der als "Schweregraddifferenzierung" bezeichneten Abgrenzung bestehender HMG eine "Kostendifferenzierung" verstanden werden. Um jedoch eine optimale Kostendifferenzierung und möglichst homogene Zuschlagsgruppen (und somit ein statistisch optimiertes Modell) zu erreichen, sollten jeweils verschiedene Modellvarianten mit unterschiedlichen Wirkstoffgruppen untersucht und bewertet werden. Gerade Arzneimittelinformationen eigneten sich zur Vorhersage unterschiedlich hoher Folgekosten besser als Diagnosen alleine.	GKV-SV
	Die seitens des Wissenschaftlichen Beirats bestehenden Bedenken hinsichtlich möglicher adverser Anreizeffekte bei Umsetzung einer weitergehenden, "stufenweisen" Ausdifferenzierungen der Zuschlagsgruppen auf Grundlage von Arzneimittelwirkstoffen werden nicht geteilt (s. auch Anmerkungen des GKV-SV zu Hierarchie 22).	
	BVA und Wissenschaftlicher Beirat werden dazu aufgefordert, weiterhin die Einführung von isolierten Arzneimittelzuschlägen zu prüfen. Zwar würden die im Festlegungsentwurf beschriebenen Bedenken zur Kenntnis genommen, allerdings seien etwa aus dem niederländischen System – das sich auch auf Arzneimittelzuschläge stütze – keine Tendenzen zur Übermedikalisierung bekannt geworden. Die möglichen Modellverbesserungen, die sich aus Arzneimittelzuschlägen ergäben, habe der Beirat in seinen vergangenen Analysen selbst bestätigt.	AOK-BV KBV
	Aus Sicht des AOK-BV ist es eindeutig, dass Arzneimittelverordnungen aus der Versorgung nach § 11 Abs. 6 SGB V im RSA verwendbar seien. Eine entsprechende Klarstellung könne außerhalb der Festlegung im Rahmen der RSA-Bestimmung nach § 267 SGB V erfolgen.	AOK-BV

2 Aufgreifkriterien		
	<p>Es wird empfohlen, den bei der Überarbeitung der Neubildungen entwickelten Ansatz zur Prüfung von Arzneimitteldifferenzierungen in allen Bereichen zur Anwendung zu bringen, die sich für solche Differenzierungen eignen (z.B. bei den Chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Multipler Sklerose oder dem Chronischem Schmerz).</p> <p>Es solle bei der Arzneimittelabgrenzung systematisch zwischen Validierung und Schweregraddifferenzierung unterschieden werden. Im ersten Fall solle die Arzneimittelliste möglichst umfangreich sein. Im zweiten Fall, bei dem es für identische Diagnosen zwei unterschiedliche Zuschläge (mit bzw. ohne Dauermedikation) gebe, sei eine enge Abgrenzung geboten, die nur die sehr teuren Arzneimittel umfasse. Dabei sei die in der Hierarchie 02 angewandte Verfahrensweise des BVA vorbildlich, von einer sehr engen Abgrenzung auszugehen und diese schrittweise zu erweitern.</p> <p>Überlegungen hinsichtlich der Vollständigkeit einer Arzneimittelliste seien dagegen nicht zielführend, da eher weite statt enge Abgrenzungen zu Anreizproblemen führten.</p>	Barmer
2.3 Aufgreifalgorithmus / Sonderregeln		
	Die vorgenommenen Anpassungen werden prinzipiell begrüßt.	GKV-SV AOK-BV IKK e.V. BKK-BV KBV
	Mit Blick auf die Ankündigung des BVA, im kommenden Anpassungsprozess den Sonderfall zum Aufgreifen der DxG225 (Hämophilie) auf Grundlage der Vollerhebung zu prüfen, wird darum gebeten, dies auch für bestimmte Stoffwechselerkrankungen (ERT/SRT bei DxG826 & DxG827) ins Auge zu fassen.	GKV-SV
	Der IKK e.V. spricht sich dafür aus, auch den Sonderfall 2 (Schweregraddifferenzierung nach Verordnungsquartalen) im Sinne einer Vereinfachung des Modells zu streichen.	IKK e.V.
	Der IKK e.V. regt eine Überprüfung des Kriteriums "stationär erforderlich" an. Für stationäre Nebendiagnosen sollte weiter das M2Q-Kriterium bzw. ggf. Arzneimittelkriterien gelten. Bis dahin ist die Ausweitung des Kriteriums mit Augenmaß vorzunehmen.	
	Bezogen auf den Sonderfall "Hämophilie" wird ausgeführt, dass eine Berücksichtigung von "stationären" Faktorpräparaten nicht erfolge. Da es sich hierbei allerdings zweifelsfrei um kostenintensive, krankheitsspezifische Aufwendungen handle, wird für eine Berücksichtigung der hämophiliebezogenen Zusatzentgelte plädiert (soweit PZN und Wirkstoffmenge den Behandlungsunterlagen zu entnehmen sind).	BKK-BV
	Die Vereinheitlichung der Sonderregeln bei gleichzeitiger Beibehaltung des DDD-Ansatzes und des Verordnungsquartale-Ansatzes wird begrüßt. Die Zuordnung der betroffenen DxG zu den Sonderregeln wird als sachgerecht bewertet.	Barmer
2.4 Qualifizierungsmerkmal der Diagnosen		
	Da ein regelhaftes DTA-Verfahren mit verpflichtender Teilnahme der Leistungserbringer nach §§ 116a, 117, 118, 119 & 120 Abs. 1a SGB V erst im Juli 2012 etabliert worden ist, sei mit einer sicheren Übermittlung des Qualifizierungsmerkmal ("G", "V", "A", "Z") der Diagnosen erst ab dem Berichtsjahr 2013. Die diesbezüglich bestehende Sonderregel zur Behandlung der Diagnosen aus diesen Einrichtungen könne daher erst mit der Festlegung des Klassifikationsmodells 2014 entfallen.	GKV-SV DAK AOK-BV IKK e.V. BKK-BV

2 Aufgreifkriterien		
	"Eine dezidierte Aussage, ob die Datenlage aufgrund der geschaffenen Übergangsregelung sich verbessert hat, sollte auf Basis des Jahres 2011 erfolgen."	BKK-BV
	Ein einheitliches Vorgehen nicht nur bei der Kodevergabe nach ICD-10-GM, sondern auch im Umgang mit den Zusatzkennzeichen sollte gängige Praxis in den genannten Einrichtungen sein. Vor diesem Hintergrund wird die geplante Aufhebung der Sonderregelung begrüßt.	KBV

3 Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien		
3.1 Hierarchie 02: Neubildungen		
	Die Ausdifferenzierung der DxG046 über Arzneimittel wird begrüßt. Hervorgehoben wird dabei, dass der Ansatz des BVA dem vom GKV-SV angeregten Vorgehen zur Kostendifferenzierung (enge Wirkstoffdefinition) entspricht.	GKV-SV
	Vereinheitlichung der Namensgebung der HMG261 und HMG264.	DAK
	Die Ausdifferenzierung der DxG046 über Arzneimittel wird begrüßt. Das Vorgehen sollte auch in anderen Hierarchien, z.B. Diabetes, angewendet werden.	DAK Barmer
	Die vorgenommen Überprüfungen werden sehr begrüßt, die resultierenden Anpassungsvorschläge sind eingehend dargestellt und gut nachvollziehbar. Eine Bewertung der eingesetzten Arzneimittel (Vollständigkeit, etc.) erfolgt nicht, die Zuordnung folgt allein dem Kriterium ob Proteinkinase-Inhibitoren eingesetzt werden oder nicht.	KBV
3.2 Hierarchie 03: Diabetes mellitus		
	Der Verzicht auf Änderungen an der Hierarchie wird begrüßt.	AOK-BV
	Es wird vorgeschlagen, aus den HMG015 bis HMG019 diejenigen Diagnosen herauszunehmen und eigenen HMGs zuzuordnen, "die einen Zustand der Entgleisung beschreiben". Die Ausgaben hierfür seien mehr als doppelt so hoch. Es handelt sich um 5-stellige ICD-Codes, die mit den Ziffern 1, 3 oder 5 enden und so von den Diagnosen ohne Zustand der Entgleisung unterschieden werden können.	KBS
	Der Vorschlag den ICD-Kode O24.0 (Diabetes in der Schwangerschaft Typ 1) nicht in die HMG020 aufzunehmen wurde gut begründet. Die dabei festgestellte hohe Anzahl von Patientinnen ohne E10 Diagnosen ist überraschend und sollte weiter beobachtet werden.	KBV
3.3 Hierarchie 04: Metabolische Erkrankungen		
	Die Änderungen werden begrüßt. Hinsichtlich möglicher Fehlanreize bei der Kodierung sollte jedoch die Fallzahlentwicklung im Zeitverlauf unter kritischer Beobachtung stehen	GKV-SV
	Die HMG021 sollte den Zusatz "ohne Somatotropin", die HMG286 den Zusatz "ohne ERT/SRT" erhalten.	DAK
	Der Vorschlag des BVA Modell 2 umzusetzen wird unterstützt. Zur Verbesserung der Manipulationsresistenz wäre zu prüfen, ob für Adipositas gesonderte Aufgreifkriterien, wie etwa die ausschließliche Berücksichtigung stationärer Hauptdiagnosen, sinnvoll seien. Eine solche Prüfung müsse dabei die dynamischen Effekte der Kodierung berücksichtigen und sich nicht alleine auf die statistischen Kennzahlen R^2 , CPM und MAPE beschränken.	TK et al.

3 Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien		
	Die Prüfung zur Einordnung der Adipositas zeige, dass der Vorschlag der KBV, die HMG251 nicht zu hierarchisieren, das Bestimmtheitsmaß nur sehr geringfügig verändere. Daher würde es begrüßt, wenn medizinische Gründe bei der Entscheidungsfindung des BVA mehr Berücksichtigung gefunden hätten. Unter den gegebenen Umständen wird jedoch die Höhergruppierung der HMG251 innerhalb der Hierarchie begrüßt. Die weiteren Anpassungsempfehlungen seien gut begründet und nachvollziehbar.	KBV
	Die vorgenommene Berücksichtigung der Adipositas wird als problematisch angesehen. Gerade in diesem Fall sollte ein höheres Gewicht auf die Manipulationsresistenz des Verfahrens gelegt werden. Die durchgeführte Prüfung des Modells erfolgte auf manipulativ noch unbelasteten Daten. Erfolge die Kodierung der Adipositas mit Krankheitswert in Zukunft jedoch zum Zwecke der Zuschlagsoptimierung, dann würde der Zusammenhang zwischen Adipositas und Folgekosten verloren gehen. Ein erheblicher Zusammenhang zwischen Diagnose und Kosten wäre dann nur noch bei stationären Hauptdiagnosen feststellbar, die eng mit der Behandlungsintensität verbunden sind. Es wird auf die Vorschläge des Vorschlagsverfahrens verwiesen.	Barmer
3.4 Hierarchie 05: Erkrankungen der Leber		
	Abweichend zum Vorhaben des BVA sei es unverzichtbar, eine hierarchische Beziehung zwischen HMG288 (Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation) und HMG287 (Ösophagusvarizen) herzustellen, da eine chronische Hepatitis B und C in ca. 20-30% der Fälle in eine Leberzirrhose übergehe. Da etwa die Hälfte der von einer Leberzirrhose betroffenen Patienten auch Ösophagusvarizen aufweise, könnte es ohne die vorgeschlagene Hierarchisierung zu ungerechtfertigten Doppelzuweisungen kommen.	TK et al.
	Die stärkere Differenzierung der Erkrankungen der Leber sowie die daraus resultierenden Neuzuordnungen und Bildung neuer HMGs erscheinen auch aus medizinischen Aspekten nachvollziehbar. Die angepasste Hierarchisierung ist sehr gut dargestellt und in sich schlüssig.	KBV
	Die meisten Anpassungen erscheinen sachgerecht. Als problematisch erscheine die Aufteilung der chronischen Virushepatitis in Zuschlagsgruppen "mit" und "ohne" Dauermedikation. Durch neu zugelassene (in der verwendeten Datenmeldung noch nicht enthaltene) Kombinationstherapien würden schwere Hepatitisfälle standardmäßig mit mehreren Arzneimitteln gleichzeitig behandelt, so dass die DDD-Grenzen der Arzneimittelvalidierung an dieser Stelle nicht mehr passend erscheinen. Gleichzeitig sei zu erwarten, dass die hohen Kosten der neuen Kombinationstherapien bei der Ermittlung des Jahresausgleichs 2013 auf Basis der Verordnungsdaten 2012 zu erheblichen Kostenausreißern führen würden, was wiederum zu heftigen, ggfs. auch widersprüchlichen Wirkung auf die Zuschläge führen könnte, so dass die Vorhersehbarkeit der Ergebnisse des Jahresausgleichs und damit auch die Planbarkeit des Morbi-RSA für die Kassen erheblich beeinträchtigt würde. Die vorgesehen Aufteilung der chronischen Virushepatitis wird daher abgelehnt.	Barmer
	Die HMG027 sollte den Zusatz "ohne Dauermedikation" erhalten.	DAK
3.5 Hierarchie 06: Gastrointestinale Erkrankungen		
	Die Einordnung der Peritonitis wird begrüßt.	GKV-SV
	Es wird moniert, dass das BVA bei der "Kostendifferenzierung" der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen die hinterlegte Wirkstoffliste zu breit ausgelegt habe. Zudem seien keine Vergleichsmodelle mit alternativen Arzneimittelabgrenzungen untersucht worden. Infolgedessen wird gefordert, ein Vergleichsmodell zu untersuchen, das auf die Berücksichtigung lokaler Corticosteroide (A07EA), mikrobieller Antiphlogistika (A07EF), Aminosalicylsäure und ähnlicher Mittel (A07EC) sowie der Glucocorticoide (H02AB) verzichtet.	Barmer

3 Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien		
	Generell wird die Anpassung der Hierarchie positiv bewertet. Dies schließt prinzipiell auch die vorgenommene Schweregraddifferenzierung ein. Kritisch angemerkt wird allerdings, dass die Einführung von reinen "Arzneimittelzuschlägen" die Modellgüte weiter hätte verbessern können.	AOK-BV
	Die vorgenommenen Veränderungen erscheinen sowohl aus medizinisch-klinischer als auch aus statistischer Sicht sinnvoll. Bei der Berücksichtigung von Arzneimitteln in der neuen HMG290 ist zu diskutieren, ob zusätzlich noch der ATC-Kode L01BA berücksichtigt werden sollte.	KBV
3.6 Hierarchie 07: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems		
	Der Verzicht auf eine Verschiebung der arzneimittelinduzierten Knochennekrosen in die Hierarchie 24 "Medizinische Komplikationen" kann nachvollzogen werden. Aus der vom BVA aufgeführten Begründung für diesen Verzicht ergibt sich jedoch dann auch Handlungs- und Anpassungsbedarf für weitere ICDs dieser Hierarchie (siehe dort).	TK et al.
	Der Umgruppierung der arzneimittelbasierten Knochennekrosen wird keine Relevanz für den ambulanten Bereich zugemessen. Kritisch erscheint die Durchmischung von Infektionen und nicht infektiösen Veränderungen.	KBV
	Die Ausführungen des BVA erscheinen sachgerecht.	Barmer
3.7 Hierarchie 09: Kognitive Erkrankungen		
	Aufgrund des bedauerlichen Wegfalls der Demenz und der damit verbundene Substanzreduktion erscheint die Auflösung der Hierarchie nachvollziehbar.	KBV
	Die vorgeschlagenen Änderungen werden begrüßt.	Barmer
3.8 Hierarchie 10: Drogen- / Alkoholmissbrauch		
	Die vorgenommene Arzneimittelvalidierung der Diagnose zur Opiatsubstitution (Z51.83) sowie die die Ablehnung einer obligaten Arzneimittelvalidierung werden grundsätzlich begrüßt.	GKV-SV
	Den Argumenten des BVA zur Ablehnung einer Schweregraddifferenzierung im Bereich der Opiatsubstitution wird widersprochen. Unter der Zielsetzung einer optimalen Differenzierung der Folgekosten von Versicherten mit demselben Krankheitsgeschehen sei es erforderlich, die Einführung einer arzneimittelbasierten Kostendifferenzierung zu überprüfen. Diesbezüglich wird auf die Ausführungen des GKV-SV im Vorschlagsverfahren für das Modell 2013 verwiesen.	
	Die DxG Opiatsubstitution sollte in eine eigene HMG abgebildet werden.	DAK
	Die vom BVA beim Verzicht auf eine Schweregraddifferenzierung angeführte Argumentation, trage nicht. Es wird nachdrücklich gefordert, den im Vorschlagsverfahren eingebrachten Ansatz von AOK-BV, IKK e.V. und GKV-SV zu prüfen und umzusetzen.	AOK-BV

3 Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien		
	Die von TK et al. im Vorschlagsverfahren vorgesehene Arzneimittelvalidierung mehrerer DxGs sollte dafür sorgen, dass nur für kostenrelevante Fälle Zuschläge ausgelöst werden. Die bestehende Untergliederung der Hierarchie 10 nach suchterzeugenden Stoffen bzw. Substanzgruppen ohne Schweregraddifferenzierung in den jeweiligen DxG wird als nicht zielführend empfunden. Daher wird weiterhin eine medizinisch-inhaltliche Unterteilung der Hierarchie nach dem Schweregradprinzip empfohlen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abhängigkeits-/Entzugssyndrom, ▪ Akute Intoxikation [akuter Rausch], ▪ Schädlicher Gebrauch von Substanzen, ▪ Sonstige und nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen. 	TK et al.
	Die BPtK begrüßt die vorgenommenen Änderungen ausdrücklich. So sei die Arzneimittelvalidierung des ICD-Kodes Z51.83 gerechtfertigt. Eine darüber hinausgehende Arzneimittelvalidierung im Bereich der verbleibenden ICD-Kodes sei dagegen nicht sachgerecht. Auch die Entscheidung des Beirats, keine Schweregraddifferenzierung im Bereich der Opiatabhängigkeit einzuführen, wird unterstützt.	BPtK
	Die Aufnahme der Opiatsubstitution in die Krankheitsauswahl wird positiv beurteilt. In wieweit die Eingruppierung der Diagnose in die HMG052 zielführend sei, bleibe abzuwarten, da nach vorliegenden Studienergebnissen ggf. mit höheren Kosten als in der HMG252 veranschlagt zu rechnen ist.	KBV
	Die vorgeschlagenen Änderungen werden ausdrücklich begrüßt: Die Manipulationsresistenz wird damit, nach der Aufnahme der aus Sicht der Barmer ungeeigneten Diagnose "Opiatsubstitution", im Rahmen der Möglichkeiten gewahrt.	Barmer
3.9 Hierarchie 11: Psychische Erkrankungen		
	Die Einordnung der neu aufgenommenen ICD-Kodes kann nachvollzogen werden.	GKV-SV
	Um Manipulationsmöglichkeiten zu vermeiden wird erneut gefordert, die HMG058 (Depression) der HMG056 (...bipolare affektive Störungen) hierarchisch überzuordnen oder aber beide Gruppen zu vereinigen.	GKV-SV TK et al. IKK e.V.
	Die vorgenommenen Änderungen in der Hierarchie werden ausdrücklich begrüßt.	BPtK
	Es wird angeregt, die HMG231 umzubenennen in "Panikstörungen, näher bezeichnete Phobien und Zwangsstörungen, sonstige affektive Störungen".	
	Die BPtK greift die Problematik möglicher Doppelzuweisungen im Bereich der Depression und der bipolaren affektiven Störungen auf. Alternativ zur im Festlegungsentwurf thematisierten Verschiebung unspezifischer Diagnosen der bipolaren Störungen aus der DxG843 in die HMG058 schlägt auch die BPtK eine strikte Hierarchisierung der beiden HMG056 und 058 vor.	
	Die Umsetzung von Modell 1 ist nachvollziehbar. Zur Überarbeitung der ICD-10-Zuordnung im Rahmen der Krankheitsauswahl wird auf die Anmerkungen vom letzten Jahr verwiesen.	KBV
	Die Ausführungen erscheinen sachgerecht. Eine weitere Zusammenlegung von HMGs, insbesondere der HMG058 (Depression) und HMG056 (Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen) wird (mit Verweis auf die Stellungnahme von 2011) abgelehnt.	Barmer

3 Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien		
3.10 Hierarchie 12: Entwicklungsstörungen		
	Aus Sicht des GKV-SV ist es unzulässig, dass die HMG257 (Ticstörungen) aufgrund der vorliegenden Insignifikanz des Schätzers nicht zu einem Zuschlag führt, ohne dass das BVA nach Möglichkeiten zur Vermeidung der Insignifikanz gesucht habe. Oberstes Ziel der Modellanpassung müsse es sein, sämtliche ausgewählte Krankheiten/Diagnosen vollständig zu berücksichtigen, auch wenn dies eine Verschlechterung der Modellgüte nach sich ziehe. Es müsse daher eine Umgruppierung der DxG911 (Ticstörungen) in die HMG256 (Andere Entwicklungsstörungen) untersucht und diskutiert, oder aber nach anderen Alternativen gesucht werden.	GKV-SV
	Die von TK et al. vorgeschlagene, vom BVA jedoch nicht umgesetzte, Umstrukturierung der Hierarchie beinhaltete eine Alterssplit bei den Diagnosen F91.- und F98.-, der auf den Daten von TK et al. zu deutlich unterschiedlichen Schätzern führte. Es wird vorgeschlagen, diesen Alterssplit im vom BVA nun vorgesehenen Modell ebenfalls zu prüfen.	TK et al.
	Die Neuordnung erscheint plausibel, insbesondere die Dominanzbeziehung von HMG255 (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom) über HMG256 (Andere Entwicklungsstörungen) wird befürwortet.	KBV
	Die vorgeschlagenen Änderungen werden begrüßt. Es wird jedoch als kritisch erachtet, eine durch die Krankheitsauswahl neu hinzugekommene Diagnose bereits im ersten Jahr in einer Form abzubilden, die zu einem nicht-signifikanten Zuschlag führt. Hier sollten weitere Untersuchungen (z.B. eine Zusammenlegung von HMG257 (Ticstörungen) und HMG256 (Andere Entwicklungsstörungen)) erfolgen.	Barmer
	Der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats und des BVA zur Hierarchie 12 wird ausdrücklich begrüßt. Die Ablehnung der Vorschläge von TK et al. zur Umstrukturierung mit der Hierarchie 12 sei aufgrund der Verschlechterung der Modellgüte folgerichtig und auch der Vorschlag des GKV-SV zur Einordnung der Ticstörungen sollte aufgrund der fehlenden Kostenhomogenität als auch als klinisch-medizinischen Gründen abgelehnt werden.	BPTK
3.11 Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks		
	Die KBV bedankt sich ausdrücklich für die aufwändige und detaillierte Anpassungsarbeit in dieser Hierarchie. Die Neustrukturierung sei medizinisch fundiert gelungen, die statistischen Ergebnisse belegten eine deutliche Systemverbesserung. Problematisch erschienen allerdings die unspezifischen ICD-10-Kodes S24.1 (Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des thorakalen Rückenmarks) und S24.10 (Verletzungen des thorakalen Rückenmarks) in der HMG292 (Schwerwiegende zervikale oder thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom). Hier sollte eventuell eine Einordnung in die HMG293 (Vollständige Quadriplegie / Folgen einer Rückenmarksverletzung / Motoneuronenerkrankungen) oder HMG294 (Paraplegie / Inkomplette oder nicht näher bezeichnete Quadriplegie / sonstige Rückenmarksläsion) geprüft werden.	KBV
3.12 Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen		
	Die Anpassungen werden als "überwiegend nachvollziehbar" bezeichnet.	GKV-SV
	Hinsichtlich der Schweregraddifferenzierung der Multiplen Sklerose wird eine stärkere Ausrichtung an den Folgekosten gefordert. Hierzu sei eine engere Abgrenzung der berücksichtigten Wirkstoffe nötig. Es solle daher eine Modellvariante berechnet werden, die auf das Aufgreifen über Glucocorticoide (H02AB) und Corticosteroide zur systemischen Anwendung (H02BX) verzichtet.	GKV-SV DAK
	Die von TK et al. vorgeschlagene Ausgliederung des Guillain-Barré-Syndroms wurde vom BVA aus medizinischen Gründen verworfen. Hier halten TK et al. eine nochmalige Prüfung für erforderlich, da das Guillain-Barré-Syndrom eine parainfektöse Komplikation auf immunologischer Basis sei und damit in die Hierarchie 8 (Hämatologische Erkrankungen) einzugliedern wäre.	TK et al.

3 Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien		
	Der Verzicht auf die vorgeschlagene vollständige Ausgrenzung der diabetischen Polyneuropathie kann nicht nachvollzogen werden, da ein solches Vorgehen auch bei anderen Folgeerkrankungen des Diabetes nicht erfolgt sei.	
	Eine mögliche weitere Arzneimitteldifferenzierung bezüglich der multiplen Sklerose wird nach Erachten der KBV zu pauschal verworfen. Gerade bezüglich der diskutierten Anreizsituation seien unter Einbeziehung der Glukokorticoide Fehlsteuerungen denkbar bzw. konstruierbar.	KBV
	Die neue Einordnung des appallischen Syndroms sei gut nachvollziehbar.	
	Die Festlegung einer eigenen HMG für den Status epilepticus in Verbindung mit dem Setzen des Aufgreifkriteriums "stationär erforderlich" wird ausdrücklich unterstützt.	
	Die Festlegung einer eigenen HMG für die Schlafapnoe wird nachdrücklich begrüßt, in einer späteren Untersuchung sollten eventuell jedoch mögliche Komorbiditäten mit Erkrankungen der Hierarchie 16 (Herz) untersucht werden.	
	Hinsichtlich der Multiplen Sklerose bestehen weiterhin Bedenken in Bezug auf die für das Arzneimittelkriterium verwendete ATC-Auswahl. Es wird empfohlen, die Arzneimittelauswahl analog zum in Hierarchie 2 (Neubildungen) verwendeten Verfahren zu überprüfen und anzupassen.	Barmer
	Die Ausführungen zur Epilepsie erscheinen sachgerecht.	
	Die hierarchische Einordnung der HMG297 (Apallisches Syndrom), HMG075 (Hirnödem / hypoxische Hirnschäden), HMG298 (Hydrozephalus und sonstige Schädigungen des Gehirns) und HMG258 (Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie) kann nicht nachvollzogen werden. Zwischen den genannten HMGs bestehe kein Zusammenhang.	
3.13 Hierarchie 16: Herzerkrankungen		
	Die von TK et al. im Vorschlagsverfahren vorgeschlagene Arzneimittelvalidierung wurde vom BVA aus medizinischen Gründen abgelehnt. Da dennoch erhebliche Kostenunterschiede zwischen Versicherten mit und ohne Arzneimitteltherapie bestünden, wird gefordert eine Arzneimitteldifferenzierung oder alternativ eine ATC-Splittung zu überprüfen.	TK et al.
	Die HMG080 (Herzinsuffizienz) enthalte Kodierungen unterschiedlicher Stadien der Linksherzinsuffizienz, die mit deutlich variierenden Kosten verbunden seien. Es wird daher eine Aufteilung in die HMG080 (Leichte bis mittlere Herzinsuffizienz) und HMG081 (Schwerwiegende Herzinsuffizienz) vorgeschlagen. Letztere solle die ICD-Schlüssel I50.13 und I50.14 enthalten, die aus der HMG080 ausgegliedert werden sollen.	KBS
	Dem Vorschlag zur Neugestaltung der Hierarchie wird zugestimmt. Bezüglich der Überarbeitungen verschiedener ICD-Zuordnungen, inklusive der Zusatzkennzeichen zur Kodierung des Zustands nach Herzinfarkt, im Rahmen der Krankheitsauswahl wird weiterhin auf die Anmerkungen vom letzten Jahr verwiesen.	KBV
	Der Wirkstoff "Ivabradin" (ATC C01EB17) wird bisher lediglich als plausibilisierendes Arzneimittel für die DxG364 (Angina pectoris) berücksichtigt. Da seit Februar 2012 eine Zulassungserweiterung zum Einsatz in der Therapie bei Herzinsuffizienz besteht, sollte er auch bei der Validierung der DxG354 (Hypertensive Herzerkrankung, mit Herzinsuffizienz), DxG355 (Hypertensive Herz / Nierenerkrankung, mit Herzinsuffizienz) und DxG358 (Herzinsuffizienz) zukünftig berücksichtigt werden. Sachgerecht erscheine daher eine Aufnahme der ATC-Gruppe C01EB (ersatzweise mindestens des Einzelkodes C01EB17) in die Aufgreifkriterien für die entsprechenden DxG der HMG080 (Herzinsuffizienz) und HMG089 (Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung, Enzephalopathie oder akutes Lungenödem).	SGH

3 Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien		
	Die Ausführungen zur Bildung der HMG300 (Angeborene Anomalien des Gefäßsystems inkl. Aorta und Herz) erscheinen sachgerecht.	Barmer
	Es kann nicht nachvollzogen werden, dass HMG089 und HMG091 nicht zusammengelegt werden, obwohl sich beide lediglich um 150 € unterscheiden.	
3.14 Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge		
	Die Anpassungen werden als "größtenteils sachgerecht" beurteilt.	GKV-SV
	Für die bislang nicht über Antibiotika validierten Formen der Pneumonie ("Virale Pneumonie", "Andere und nicht näher bezeichnete Pneumonien", "Influenza mit Pneumonie" - DxG467-DxG469) wird eine Arzneimittelvalidierung in Analogie zur DxG932 ("Spezielle Pneumonien") gefordert, da einer Pneumonie – unabhängig vom tatsächlichen Erreger – zunächst häufig mit einer frühzeitig einsetzen- den Antibiose begegnet werde.	GKV-SV TK et al.
	Bei der DxG468 "Andere und nicht näher bezeichnete Pneumonien" wird ein erhöhtes Manipulationsrisiko befürchtet, wenn diese nicht mit Arzneimitteln validiert würde, da in diesem Fall jede akute Bronchitis als (nicht näher bezeichnete) Pneumonie kodiert werden könne.	TK et al.
	Die pauschale Ablehnung von Medikamentensplits wird kritisiert (s.a. „Berücksichtigung von Arzneimitteln“). Die Anpassung der Hierarchie erscheint als systematische, medizinische Verbesserung. Auf Bedenken bei der Zuordnung des sehr un- spezifischen ICD-Kodes J99.8 (Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten) wird erneut hingewiesen, die Zuordnung der Arzneimittel zur Differenzierung der "Sonstigen interstitiellen Lungenkrankheiten" bedarf sorgfältiger weiterer Beobachtung.	KBV
	Die vorgeschlagenen Änderungen werden ausdrücklich begrüßt.	Barmer
3.15 Hierarchie 20: Erkrankungen der Harnwege		
	Im Rahmen der Anhörung zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2012 wurde ein Änderungsvorschlag der TK et al. zur Neuzusammen- stellung des ICD-Komplexes HMG132/HMG136 mit dem Hinweis abgelehnt, diesen Komplex im Zuge der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 zu überarbeiten. Im Rahmen der überarbeiteten Krankheitsauswahl wurden nun tatsächlich Diagnosen mit kleinem Krankheitswert (N27.0 - Kleine Niere unbekannter Ursache) ausgeschlossen, so dass nun der Änderungsvorschlag aus dem letztjähri- gen Verfahren erneut zu prüfen sei.	TK et al.
	Der von KBV schon mehrmals vorgeschlagene Ausschluss der ICD-Kodes für die "Einseitige Nierenfunktionsstörung" ist medizinisch sinnvoll. Zur weiteren Überarbeitung der Krankheitsauswahl wird auf die Anmerkungen vom letzten Jahr verwiesen.	KBV
3.16 Hierarchie 22: Erkrankungen der Haut		
	Die Begründung zur Ablehnung einer "Kostendifferenzierung nach unterschiedlichen Arzneimittelgruppen" kann nicht nachvollzogen werden. Der GKV-SV verweist vor dem Hintergrund der "Erkrankungen der Haut" auf die Ausführungen in seiner Stellungnahme zum Festlegungsentwurf Modell 2012.	GKV-SV

3 Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien		
3.17 Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen		
	Die Argumentation des BVA, dass künftig organspezifische bzw. krankheitsspezifische Komplikationen den entsprechenden Krankheits-hierarchien zugeordnet werden sollten, um mögliche nicht sachgerechte Doppelzuschläge zu minimieren wird von TK et al. unterstützt. Es wird darauf hingewiesen, dass das Problem der Doppelzuweisungen zwar insbesondere in der Hierarchie 24 auftrete, jedoch auch in anderen Hierarchien Beispiele für Doppelzuweisung zu finden seien, die behoben werden müssten um das Klassifikationssystem konsistent zu gestalten. Aus der Hierarchie 24 müssten insbesondere die ICDs der DxG686 (Andere und nicht näher bezeichnete Komplikationen von Eingriffen und medizinischer Versorgung), der DxG763 (Strahlenproktitis/Strahlenkolitis) und einzelne ICDs der DxG934 (Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen) ausgegliedert und in andere Hierarchien des Klassifikationssystems integriert werden. Von den anderen in der Hierarchie 24 verbleibenden DxGs sollten die DxG916 (Unerwünschte Wirkung von Medikamenten) und die übriggebliebenen ICDs der DxG934 (Sonstige näher bezeichnete Komplikationen) mit dem Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" versehen werden.	TK et al.
	Der IKK e.V. unterstützt die Auffassung des BVA, dass Komplikationen möglichst aus dieser Hierarchie herausgelöst und in die Hierarchien des jeweiligen Krankheitsbildes eingeordnet werden sollten.	IKK e.V.
	Insgesamt wird die Neustrukturierung der Hierarchie als erhebliche Verbesserung angesehen, die komplexe, in der Hierarchie behandelte Thematik wird nun wesentlich stringenter und homogener abgebildet. Die Anregung des BVA, künftig organspezifische bzw. krankheitsspezifische Komplikationen den entsprechenden Krankheits-hierarchien zuzuordnen wird ebenfalls begrüßt.	KBV
3.18 Hierarchie 26: Erkrankungen des Auges		
	Die vorgenommenen Anpassungen werden explizit unterstützt.	AOK-BV
	Das Verbleiben der ICD H36.0 (diabetische Retinopathie) führe bei korrekter Kodierung als Sterndiagnose immer zu einer Doppelzuweisung. Zur Vermeidung von Manipulationen und ungerechtfertigter Generierung von Doppelzuweisungen (wie vom BVA explizit bei den Hierarchien 7 und 24 gefordert) solle diese Diagnose in die Hierarchie 3 integriert werden. Gleiches gelte für die Diagnosen G63.2 (Diabetische Polyneuropathie) und G59.0 (Diabetische Mononeuropathie).	TK et al.
	Die Existenz von "Simultan-DxGs" ist aus Sicht des IKK e.V. vor dem Hintergrund des Ziels einer Vereinfachung des Klassifikationsmodells anzulehnen. Es wird vorgeschlagen, die DxG488 ausschließlich der HMG017 zuzuordnen und die Hierarchie 26 aufzulösen.	IKK e.V.
	Der Umgang mit dem einzigen in der Hierarchie verbliebenen ICD-(Stern-)Kode wird – sowohl aus statistischer, als auch medizinischer Sicht – begrüßt. Ein möglichst einheitliches Vorgehen zur Abbildung vergleichbarer Krankheitsbilder, wie z.B. der diabetischen Neuropathie, wird für angezeigt gehalten.	KBV
3.19 Hierarchie 27: Erkrankungen des Neugeborenen		
	Der Vorschlag erscheint sinnvoll.	KBV Barmer
3.20 Hierarchie 28: Chronischer Schmerz		
	Die Einführung einer eigenständigen Hierarchie wird begrüßt.	GKV-SV BPtK

3 Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien		
	Die Prüfung verschiedener Vergleichsmodelle mit alternativen Wirkstofflisten zur Validierung des chronischen Schmerzes sollte nachgeholt werden. Dabei müsse zwingend auf Migränemittel verzichtet werden, die nicht zur Therapie des chronischen Schmerzes zugelassen sind.	GKV-SV IKK e.V.
	Aufgrund möglicher Fehlanreize in der Kodierung müsse die künftige Fallzahlentwicklung fortlaufend beobachtet werden.	GKV-SV
	Die HMG252 und DxG906 sollte den Zusatz "ohne Dauermedikation" erhalten.	DAK
	Sowohl eine Schweregraddifferenzierung als auch eine Arzneimittelvalidierung für den chronischen Schmerz werden entschieden abgelehnt. Bei einer Therapie mit Opiatpumpen wiederum werde vielfach die benötigte (über BT bestimmte) Behandlungsdauer nicht erreicht. Da Daten zu invasiven Verfahren (z.B. Implantation neurostimulativer Elektroden) nicht vorlägen und daher nicht verwendet werden könnten, blieben zudem weitere, schwerste Fälle unberücksichtigt. Ein Abgleich der Diagnoseinformation über Arzneimittel sei daher nicht versorgungsneutral und müsse ebenso wie in anderen Bereichen der Versichertenklassifikation (Depression, Neubildungen), in denen keine Daten zu Alternativtherapien verfügbar seien, abgelehnt werden.	AOK-BV
	Den trotz allem verbleibenden Bedenken hinsichtlich der Nichtberücksichtigung bestimmter invasiver Verfahren zur Behandlung des chronischen Schmerzes (s. auch Stellungnahme des AOK-BV) trägt das vom Wissenschaftlichen Beirat angeregte Verfahren der "erweiterten Schweregraddifferenzierung" aus Sicht der BPtK ausreichend Rechnung.	BPtK
	Bei Umsetzung des BVA bestehe – sowohl bei HMG252, als auch bei HMG253 – erhebliches Manipulationspotential. Die Entscheidung für die vorgeschlagenen und vom BVA untersuchten Modelle dürfe daher nicht alleine auf Basis der statistischen Parameter gefällt werden: In der lediglich M2Q-validierten HMG252 könnten, über eine Kodierung als unspezifische Diagnose (z.B. R52.2 "Sonstiger chronischer Schmerz"), Diagnosen von in der Krankheitsauswahl nicht berücksichtigten Krankheiten, wie z.B. Migräne- oder Clusterkopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Verrenkungen, nicht näher bezeichneter Rückenschmerz und andere Schmerzzustände und Erkrankungen des Rückens oder Nackens, letztlich doch Zuweisungen auslösen. Vergleichbares Manipulationspotential bestehe für die HMG253, hier könnten aufgrund der nicht eng genug gefassten Arzneimittelauswahl, ebenfalls nicht in der Krankheitsauswahl enthaltene Erkrankungen über unspezifische Schmerzdiagnosen Berücksichtigung finden. Zusätzlich sei es unverständlich, dass für die HMG253 / DxG907 das M2Q-Kriterium über eine Sonderregel außer Kraft gesetzt würde. Da chronischer Schmerz laut Definition über mindestens drei Monate andauernde, immer wiederkehrende Schmerzzustände definiert sei, sei die Anwendung des M2Q-Kriteriums zur Validierung unverzichtbar. Daher müsse in diesem Fall das Aufgreifkriterium "Arzneimittelvalidierung: Ja, wegen klinischer Relevanz" gesetzt werden, d.h. es müsse neben den erforderlichen Behandlungstagen mind. eine zeitgleiche Verordnung vorliegen und das M2Q-Kriterium erfüllt sein.	TK et al.
	Mit einer den Ausführungen der TK et al. sehr ähnlichen Argumentation kritisiert der BKK-BV den Entwurf zur Gestaltung der Hierarchie. Im Ergebnis wird das Zusammenlegen der HMG252 und HMG253 gefordert. Die resultierende Zuschlagsgruppe sei ausschließlich über Opioid-Verordnungen (N02A) zu validieren.	BKK-BV
	Zur Verringerung der Manipulationsgefahr plädiert der IKK e.V. für eine Streichung der DxG906 und HMG252.	IKK e.V.

3 Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien		
	Die Einordnung der neuen Krankheit "Chronischer Schmerz" als eigenständige Hierarchie wird ausdrücklich unterstützt. Die Orientierung der Arzneimittelauswahl am WHO-Stufenschema wird als medizinisch sinnvoll betrachtet. Auffallend sei allerdings, dass der ATC-Kode M01AG nicht berücksichtigt wird. Da unter diesem Kode jedoch nur topische Präparate auf dem Markt seien, erscheine die Nichtberücksichtigung nachvollziehbar. Ebenfalls auffällig erscheine die Berücksichtigung pflanzlicher, homöopathischer und anthroposophischer Präparate, welche außer als Satzungsleistungen nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig seien.	KBV
	Die Abbildung des chronischen Schmerzes in einer eigenen Hierarchie sowie die Schweregraddifferenzierung nach Arzneimittelverordnungen werden ausdrücklich begrüßt. Für die Differenzierung schwerer, kostenintensiver Verlaufsformen sollte die Auswahl der Arzneimittel jedoch auf die Gruppen N02A (Opiode), N02B (Andere Analgetika und Antipyretika) und M01A (Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika) eingeschränkt werden.	Barmer
3.21 Altersgruppendifferenzierung		
	Es wird darauf hingewiesen, dass die Erhöhung des Renteneintrittsalters ab 2012 bei der Bildung der Altersgruppen (insbesondere EMG) künftig entsprechend zu berücksichtigen ist.	GKV-SV AOK-BV

4 Berechnungsverfahren		
4.1 Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden		
	<p>Rechtssicherheit des Verfahrens:</p> <p>Das Interesse des BVA an einer klagefesten Regelung kann nachvollzogen werden. Kritisch hinterfragt wird allerdings, ob eine rechtliche Begründung für die angestrebte Verfahrensänderung zielführend sei. Generell liege es in der Verantwortung des BVA und der Politik, die Rechtssicherheit und Planbarkeit der Finanzausstattung der Krankenkassen sicherzustellen. Rückwirkende Korrekturen ggf. über mehrere Ausgleichsjahre – etwa aufgrund eines entsprechenden BSG-Urteils – gelte es aufgrund der dabei absehbaren finanziellen Überforderung einzelner Kassen sowie der zu erwartenden Beeinflussung des Wettbewerbs auszuschließen.</p> <p>Bei der vom Beirat thematisierten "Fehlerhaftigkeit" des Verfahrens handle es sich um eine sachliche, nicht um eine rechtliche Einschätzung. Es wird betont, dass die "Berechnungen der zurückliegenden Jahresausgleiche rechtskonform, nach ordnungsgemäßer Anhörung erfolgter Festlegungen und unter Beachtung geltenden Rechts durchgeführt" worden seien. Das BVA wird aufgefordert, seine im Festlegungsentwurf dargelegte Argumentation zu überdenken.</p>	GKV-SV

4 Berechnungsverfahren	
<p>Vermeidung von Risikoselektion zu Lasten von Versicherten:</p> <p>Bezüglich der Vermeidung von Risikoselektion – der Hauptzielsetzung des RSA – besteht aus Sicht des GKV-SV Handlungsbedarf, der vom Beirat insgesamt identifizierte Korrekturbedarf kann nachvollzogen werden. Dabei bedürfe die Annualisierung der Leistungsausgaben verstorbener Versicherter bzw. die Umstellung auf eine Pro-Tag-Werte-Berechnung aus Sicht des GKV-SV keiner weiteren Erläuterungen mehr.</p> <p>Mit Blick auf den Evaluationsbericht werden weitere problematische Verfahrensbereiche (Krankengeld, Auslandsversicherte, Kostenerstatte nach § 13 Abs. 2 SGB V, Risikopool) thematisiert. Zwar wird etwa hinsichtlich der bestehenden Unterdeckungen im Leistungsbereich Krankengeld ausgeführt, dass eine Verrechnung bestehender, "ausgleichender Ungerechtigkeiten" nicht möglich sei, da "keineswegs systematisch kompensierende Effekte festzustellen" seien. Aufgrund der unterschiedlichen Auffassung seiner Mitglieder ist dem GKV-SV allerdings in der Frage, ob "offenkundige Fehler" umgehend behoben oder aber Veränderungen nur in einem "Gesamtpaket" realisiert werden sollten, keine Positionierung möglich: "Da der Risikostrukturausgleich ein Nullsummenspiel darstellt und damit jede Veränderung Gewinner und Verlierer zur Folge hat, muss sich der GKV-Spitzenverband zu dieser Frage wettbewerbsneutral verhalten."</p>	
<p>Hinsichtlich der eigenen Einschätzung zum Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden wird auf das von bestimmten Ersatzkassen, dem BKK- und dem IKK-Bundesverband verfassten, an den GKV-Spitzenverband gerichtete Schreiben vom 8. August 2012 verwiesen (s.u.).</p>	Barmer
<p>Aus Sicht des AOK-BV ist das BVA rechtlich verpflichtet, den Erkenntnissen des Evaluationsberichts mit der Festlegung entsprechend Rechnung zu tragen. Mit einer Korrektur könne sichergestellt werden, dass das in § 266 Abs. 1 Satz 2 SGB V normierte Ziel (Ausgleich finanzieller Unterschiede in der Verteilung nach Alter und Geschlecht zwischen den Krankenkassen) erreicht sowie Anreize zur Risikoselektion zulasten von Kranken vermieden werden.</p> <p>Es wird darauf hingewiesen, dass eine Verfahrensanpassung die Notwendigkeit zur Einführung eines Risikopools abschwäche.</p>	AOK-BV
<p>Die Umstellung des Berechnungsverfahrens "wird vom IKK e.V. rigoros abgelehnt". Eine Notwendigkeit aus Sorge um die Rechtssicherheit des Verfahrens bestehe nicht. Eine einseitige "Annualisierung durch die Hintertür" sei grundsätzlich fragwürdig.</p> <p>Unter- und Überdeckungen für einzelne Versichertengruppen bzw. innerhalb einzelner Versichertengruppen wohnten dem RSA als pauschalierendem System inne, führten aber nicht zu einer Behinderung des Wettbewerbs um Versicherte. Insofern sei eine Anpassung mit Blick auf die Versorgung der / den Wettbewerb um die Versicherten nicht notwendig.</p> <p>Aus Sicht des IKK e.V. würde eine Umstellung des Berechnungsverfahrens mehrere hundert Millionen Euro zwischen den Kassen umverteilen, dabei insbesondere aber die finanzschwächsten Krankenkassen belasten, während einige finanzstarke profitierten.</p> <p>Mit Blick auf andere Bereiche des RSA, in denen grundlegender Handlungsbedarf gesehen wird (z.B. Krankengeldverfahren), plädiert der IKK e.V. abschließend für eine umfassende, politisch konsenterte und mittels valider Daten abgesicherte Reform des Risikostrukturausgleichs.</p>	IKK e.V.

4 Berechnungsverfahren	
<p>Die Anpassung wird vom BKK-System abgelehnt. Diese sei methodisch fehlerhaft, löse nicht die das Problem der Unterdeckung Verstorbener, stelle dagegen aber einen erheblichen Eingriff in den Wettbewerb dar und lasse zudem an der Verlässlichkeit der Politik zweifeln: Da Verstorbene und Nicht-Verstorbene unterschiedliche Ausgabenverläufe zeigten, würde eine Gleichbehandlung der Versichertengruppen zu einer Festschreibung eines Methodenfehlers führen. Während bei nicht verstorbenen Versicherten die Ausgaben je Versichertentag nicht von der Versichertenzeit abhängig seien, zeige sich bei Verstorbenen eine "mit der Versichertenzeit nicht lineare Abnahme".</p> <p>Aus Sicht des BKK-BV würde die Anpassung des Berechnungsverfahrens Fehlallokationen verstärken und insbesondere unterdeckte Krankenkassen durch weitere Zuweisungsabflüsse existenziell gefährden.</p> <p>Als Folge einer "fehlerhaften Berücksichtigung von unterschiedlichen Ausgabenverläufen" würde das Verfahren nicht zu einer Verbesserung der Deckungsquote Verstorbener führen. Hierfür sei ein Risikopool besser geeignet.</p> <p>Zusammenfassend tritt der BKK-BV für eine "RSA-Gesamtstrategie" ein, die unter anderem auch eine Korrektur des Krankengeldverfahrens beinhalten müsse.</p>	BKK-BV
<p>Die Umstellung des Berechnungsverfahrens wird von TK et al. klar abgelehnt, das bisherige Verfahren solle beibehalten werden: In den Erläuterungen zum Klassifikationssystem 2009 habe das BVA ausgeführt, dass die Ausgaben Verstorbener nicht annualisiert würden, um so die Überschätzung der von ihnen verursachten Ausgaben zu verhindern. Die damaligen Argumente blieben im Grundsatz auch bei der vorgeschlagenen Umstellung auf Pro-Tag-Werte (die rechnerisch äquivalent zum damaligen Vorschlag seien) weiter bestehen. Der Wissenschaftliche Beirat habe im Evaluationsbericht zum RSA 2009 dargestellt, dass der Morbi-RSA zielgerichteter wirke als das vorherige RSA-System, er habe jedoch auch dargestellt, dass an einigen Stellen des RSA noch Unschärfen bestünden. Dazu gehören neben der vielfach diskutierten alternativen Berücksichtigung der Leistungsausgaben Verstorbener auch die Berücksichtigung von Auslandsversicherten und die Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld. Da noch keine wissenschaftlich untermauerten Lösungsvorschläge, welche der Gesamtsystematik des RSA gerecht würden, vorlägen, sei eine isolierte Umsetzung des Vorschlages zu Verstorbenen systematisch nicht sinnvoll. Sie wird daher von TK et al. klar abgelehnt. Zusätzlich sprächen auch die finanziellen Auswirkungen der geplanten Änderungen gegen die Umstellung: Der Evaluationsbericht zeige, dass die Neuregelung bei Kassen mit sehr schlechtem Deckungsgrad zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzsituation führe, welche für die Kassen letztlich zu existenziellen Problemen führe. An diesem kontraintuitiven Ergebnis des Evaluationsberichtes ändere auch die Tatsache nichts, dass mittlerweile eine oder mehrere der betroffenen Kassen durch Fusion nicht mehr bestünden, bei denen die Auswirkungen somit nicht mehr isoliert sichtbar seien.</p>	TK et al.
<p>Die Anpassung des Berechnungsverfahrens wird als sachgerecht bezeichnet und ausdrücklich begrüßt.</p>	DAK
<p>Vorstand und Verwaltungsrat der Deutschen BKK begrüßen die Umstellung des Berechnungsverfahrens ausdrücklich als Beseitigung eines ungerechten und unsolidarischen Fehlers, das bislang dazu geführt habe, dass gehäuft ältere und kränkere Versicherte dessen Folgen über einen Zusatzbeitrags hätten kompensieren müssen.</p>	Deutsche BKK

4 Berechnungsverfahren	
<p>Aus Sicht der SBK stellt eine Umstellung auf Pro-Tag-Werte eine fundamentale Modelländerung mit deutlichen finanziellen Auswirkungen und somit einen massiven Eingriff in den Wettbewerb dar. Die Verfahrensanpassung wird daher abgelehnt und eine umfassende Diskussion und Bewertung der Ergebnisse des Evaluationsberichts gefordert. Erst im Anschluss könne ein Gesamtkonzept zur Änderung einzelner Verfahrensbestandteile des RSA angegangen werden.</p> <p>Vor einer Entscheidung bedarf es aus Sicht der SBK einer kritischen Auseinandersetzung mit offenen Fragen, die sich aus dem Evaluationsbericht ergeben hätten. Im Einzelnen erscheine es als kritisch, dass die Anpassung sich offenbar negativ auf die finanzschwächsten Kassen auswirke, dass die Korrektur zu einer weiteren Verzerrung der Wettbewerbslage zugunsten bestimmter Kassengruppen bewirke, dass sich die Modellgüte (gemessen über das Bestimmtheitsmaß R^2) bei Umsetzung kaum verbessere (nach Berechnungen der SBK unter Einbezug des Krankengeldes sogar abnehme) und dass die hochgerechneten (bzw. auf Pro-Tag-Werte umgelegten) Kosten aller Verstorbenen die mittleren Kosten der im Dezember Verstorbenen nach Berechnungen der SBK um etwa 30 % überstiegen.</p> <p>Es wird vermutet, dass das BVA das Verfahren mit Start des Morbi-RSA gezielt geändert habe, um – parallel zur Umstellung auf ein prospektives Modell und dem Willen des Gesetzgebers folgend – Wirtschaftlichkeitsanreize zu befördern. Der jetzige Vorstoß würde diese Vorgabe nun unterwandern.</p> <p>Ein innerer Widerspruch wird insbesondere darin gesehen, dass das BVA in der Vergangenheit den Ansatz der Annualisierung von Leistungsausgaben Verstorbener abgelehnt habe, nun aber mit der Umstellung auf Pro-Tag-Werte einen inhaltlich identischen Vorschlag umsetzen wolle.</p> <p>Hinterfragt wird zudem die Aussage von Frau Staatssekretärin Ulrike Flach die am 13. Juni 2012 ausführte, dass die Bundesregierung gegenwärtig keinen Änderungsbedarf am RSA erkenne.</p>	SBK
<p>Die Änderung des Berechnungsverfahrens wird ausdrücklich begrüßt, da damit ein fehlerhaftes Verfahren verlassen werde, dass in den Jahre 2009 bis 2012 rd. 1,6 Mrd. € fehlverteilt habe. Durch den jetzt diskutierten Vorschlag des Beirats werde die Willkür des gegenwärtigen Verfahrens – das einer künstlichen Kürzung der Pro-Tag-Werte für Verstorbene gleichkomme – deutlich. Die Verwendung von Pro-Tag-Werten sei im Übrigen keine neue Idee, sondern bereits im RSA vor 2009 durchgeführt worden. Eine Umstellung stehe im Einklang mit den Vorgaben der RSAV.</p> <p>Da die Fehlerhaftigkeit des Berechnungsverfahrens offenkundig sei, müsse dies losgelöst von anderen offenen Fragen des Morbi-RSA behandelt werden.</p>	KBS
<p>Im Schreiben an den GKV-SV wird erläutert, dass eine "Paketlösung" (Änderung des Berechnungsverfahrens nur im Zusammenhang mit Änderungen bei Krankengeld, Auslandsversicherten, Verwaltungskosten etc.) eine zeitgerechte und vom Gesetzgeber geforderte Weiterentwicklung des Klassifikationssystems verhindere. Für den Methodenfehler im Berechnungsverfahren gebe es eine eindeutige Lösung ohne rechtliche Schranken der Umsetzung; für das Krankengeld sei dagegen beispielsweise zunächst eine Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen nötig. Zudem gebe es hier auch keine eindeutige Lösung.</p> <p>Um seine Wettbewerbsneutralität zu wahren, solle der GKV-SV darauf verweisen, dass im vorliegenden Fall eine einstimmige Bewertung durch BVA und Wissenschaftlichen Beirat vorliege.</p>	KBS
<p>Die Ergebnisse des Evaluationsberichts legen aus Sicht der KBV eine Verfahrensänderung nahe. Der – das Verfahren insgesamt auch vereinfachende Vorschlag – sei geeignet, bestehende Über- und Unterdeckungen zu beheben. Bedenken und Hinweise auf zu erwartenden drastische Auswirkungen für einzelne Krankenkassen seien jedoch ernst zu nehmen und kritisch zu prüfen.</p>	KBV

4 Berechnungsverfahren		
	Die BPtK betrachtet es für die Akzeptanz des Verfahrens als wesentlich, bestehende systematische Verzerrungen zulasten von Krankenkassen mit einer älteren Mitgliederstruktur und sich daraus ergebende Anreize zur Risikoselektion, zu beseitigen. Die Verfahrensanpassung wird daher als sachgerecht bezeichnet und ausdrücklich befürwortet.	BPtK
	Die Behebung des "Methodenfehlers" mit negativen Auswirkungen für alte und schwerkranke Menschen wird begrüßt.	BAG
	<p>Mit Schreiben vom 8. August 2012 an die Vorstandsvorsitzende des GKV-SV sprechen sich die Vorstände der genannten Kassen explizit gegen eine Anpassung zum jetzigen Zeitpunkt aus.</p> <p>Zunächst wird darauf hingewiesen, dass die Bundesregierung laut Aussage von Frau Staatssekretärin Flach vom 6. Juli vor wesentlichen Änderungen des RSA die Erfahrungsgrundlage mit dem neuen System, erweitern wolle.</p> <p>Zwar seien Korrekturen am und Weiterentwicklung des Systems nicht ausgeschlossen, jedoch sollten diese aus Sicht der Unterzeichner mit Augenmaß betrieben werden. Die anstehenden Maßnahmen müssten grundsätzlich in einen Gesamtkontext eingebettet werden, was gegenwärtig nicht der Fall sei. Weitere Probleme bestünden beispielsweise in den Bereichen der Auslandsversicherten, der Kostenerstatte nach § 13 Abs. 2 SGB V und beim Krankengeld. Auch die Einführung eines Hochrisikopools müsse diskutiert werden.</p> <p>Die vom BVA in die Anhörung gegebene Anpassung des Berechnungsverfahrens löse lediglich einen "Flicken" aus einem "Flickenteppich" heraus, was der Komplexität der Zusammenhänge nicht gerecht werde.</p> <p>Die geplante Änderung sei inhaltlich willkürlich und zöge ungewollte Kollateraleffekte nach sich. So würde die Änderung zahlreiche Kassen, die bereits jetzt Unterdeckungen aufwiesen weiter belasten. Bereits heute finanzstarke Kassen erhielten dagegen höhere Zuweisungen.</p> <p>Im Ergebnis treten die Unterzeichner dafür ein, "jetzt keine mathematisch anmutenden, aber fiskalisch weitreichenden Veränderungen" umzusetzen. Der GKV-Spitzenverband wird aufgefordert, das BVA in seinem Vorhaben zu stoppen.</p>	<p>Barmer BKK-BV TK KKH IKK e.V. HEK HKK</p>
	In direkten Schreiben wenden sich die genannten Institutionen direkt an den Präsidenten des Bundesversicherungsamtes, um die vorgeschlagene Verfahrensänderung zu unterstützen.	<p>Deutsche BKK Ministerium f. Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt KV Mecklenburg-Vorpommern</p>
	In einem direkten Schreiben an den Präsidenten des Bundesversicherungsamtes plädieren die genannten Institutionen dafür, keine isolierten Verfahrensänderungen vorzunehmen, sondern Änderungen nur im Rahmen eines Gesamtpaketes (Krankengeld, Risikopool, Regionalität, Auslandsversicherte) zu diskutieren.	<p>BKK LV Hessen BKK-BV BKK BMW</p>

4 Berechnungsverfahren		
4.2 Krankengeld		
	Es wird ausgeführt, dass die Berechnung der Krankengeldzuweisungen durch die rechtlichen Rahmenbedingungen klar vorgegeben sei. Zudem wird auf die Vielzahl der vom Wissenschaftlichen Beirat untersuchten Alternativmodelle und den im Evaluationsbericht beschriebenen weiteren Forschungsbedarf hingewiesen. Grundsätzlich angezweifelt wird, inwiefern Über- und Unterdeckungen im Leistungsbereich Krankengeld eine Risikoselektion erfolgen könne. Da die Krankengeldausgaben durch Kostenmanagement sehr wohl gut steuerbar seien, unterbänden bestimmte Anpassungsvorschläge – wie etwa der des BKK BV – ein wirtschaftliches Krankengeldmanagement. Zudem seien sie manipulationsanfällig.	AOK-BV
	Es wird ausgeführt, dass die bestehenden Parameter (Alter, Geschlecht und EMR-Status) nicht ausreichend seien für ein zielgenaues Krankengeld-Modell. Insbesondere die Grundlohnkomponente solle einbezogen werden, jedoch unter Berücksichtigung des Kompensationseffekts aufgrund einer tendenziell kürzeren Bezugsdauer bei höheren Einkommen. Der Vorschlag des BKK-BV, eine Deckungsquotenspanne festzuschreiben, sei einer weitergehenden Untersuchung wert. Für eine Umsetzung sei jedoch eine RSAV-Änderung notwendig.	KBS
	Es wird begrüßt, dass der BKK-BV das Thema erneut und in systematischer Weise aufgegriffen hat. Die Auffassung des BKK-BV wird geteilt, dass insbesondere die kassenindividuelle Krankengeldhöhe berücksichtigt werden solle, um Anreize zur Risikoselektion abzubauen. Die vom BKK-BV vorgeschlagene Begrenzung der Deckungsquoten berücksichtige jedoch noch nicht in ausreichendem Maße die Steuerungsfähigkeit beim Krankengeld.	Barmer
4.3 Auslandsversicherte		
	Da sich die Überdeckungen für Auslandsversicherte in den vergangenen Jahren kontinuierlich (von 172,9% auf 106,4%) abgesenkt hätten und damit zu rechnen sei, dass diese Entwicklung künftig anhalte, sei eine Anpassung entbehrlich.	AOK-BV
	Die DAK fordert eine Deckelung der Zuweisungen in Höhe der tatsächlichen Ausgaben, "auch wenn dies im Rahmen der Festlegung nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV nicht möglich ist."	DAK
	"Die gegenwärtige Regelung entspricht der RSAV."	KBS
	Es wird ausgeführt, dass eine Begrenzung der Zuweisungen nicht im Widerspruch zur RSAV stehe. So drücke das Wort "anhand" im § 31 Absatz 5 Satz 1 RSAV aus, dass sich die Risikozuschläge für Ausländer zwar an diejenigen für Inländer orientieren sollen, aber eben nicht identisch sein müssen. Die geforderte Begrenzung auf die in den Kontenarten 480 und 483 gebuchten Ausgaben, bei der die Zuweisungen linear angepasst werden, stehe somit der Formulierung in der RSAV nicht entgegen. Es wird zudem darauf hingewiesen, dass sich das Problem der Überdeckungen nicht durch Zeitablauf erledige, sondern dass es sich hier lediglich um einen zeitweisen Effekt handle.	Barmer
4.4 Verwaltungsausgaben		
	Der Hinweis des BVA, dass das Verfahren zur Deckung der Verwaltungskosten durch die RSAV vorgegeben sei, wird geteilt. Sollte eine Anpassung erfolgen, so müsse diese mit einer weit stärkeren Morbiditätsgewichtung (70%-90%) einhergehen.	AOK-BV
	Die DAK fordert eine Schlüsselung zu 80% nach Morbidität, "auch wenn dies im Rahmen der Festlegung nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV nicht möglich ist."	DAK

4 Berechnungsverfahren		
	Es wird auf den Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats verwiesen, nach welchem mit einem Verteilungsschlüssel von 70-90% nach Morbidität und 10-30% nach Versichertenzahl die höchste Zielgenauigkeit erreicht werde. Die Aussage des BVA, dass ein Verteilungsschlüssel von 50:50 in der RSAV festgeschrieben sei, wird geteilt. Es sollte jedoch eine RSAV-Änderung im Sinne des genaueren Schlüssels angestrebt werden.	KBS
4.5 Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben		
	Der Entschluss des BVA, eine Prüfung relevanter Vorschläge bis zum Vorliegen der Vollerhebung zu verschieben, kann nachvollzogen werden.	GKV-SV
	Es wird gefordert, dem BVA-Vorschlag des Jahres 2011 zu folgen und die Leistungsausgaben für Schutzimpfungen nur zu 60% den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zuzuordnen. Der Vorschlag des BVA, im kommenden Jahr auf Grundlage der Vollerhebung für die Satzart 700 eine erneute Untersuchung vorzunehmen, wird begrüßt.	AOK-BV
	Die Bewertung des BVA, dass eine gesonderte Behandlung nicht morbiditätsbezogener Leistungsausgaben geboten sei und mit den Vorgaben der RSAV in Einklang stehe wird geteilt. Es wird jedoch erwartet, dass auch bei Vorliegen der Vollerhebung, die vom BVA im Rahmen des Festlegungsprozesses für das Ausgleichsjahr 2012 angewendete Methode nicht zielführend sei, da sie – wie schon im damaligen Festlegungsprozess dargelegt – allenfalls Scheinkorrelation aufzeige.	TK et al.
	Der Entschluss des BVA, eine Prüfung zu verschieben, wird als nachvollziehbar erachtet. Es wird darauf hingewiesen, dass es sowohl "nicht versichertenbezogen erfasste Ausgaben mit Morbiditätsbezug" als auch "versichertenbezogen erfasste Ausgaben ohne Morbiditätsbezug" gebe. Somit würde "das bisherige Verfahren des BVA den Morbiditätsbezug zu stark verringern". Es wird zudem darauf hingewiesen, dass die Anzahl der statistisch auswertbaren Beobachtungen auf die Anzahl der Kassen beschränkt sei. Dies werde sich auch durch die Vollerhebung nicht ändern. Für eine umfassende Untersuchung gebe es daher keine Alternative zu einer qualitativen Prüfung, wie welche Ausgaben abgerechnet und erfasst werden. Hierzu sei eine vorherige Abfrage des BVA bei den Kassenorganisationen zielführend.	Barmer
4.6 DMP-Ausgaben in der Regression		
	Die Bereinigung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben um die DMP-Ausgaben wird grundsätzlich als sachlich richtig erachtet. Gegenüber dem BVA-Vorschlag, wird es jedoch für sinnvoller gehalten, "den Anteil der Leistungsausgaben der DMP-Pauschale von den versichertenbezogenen Leistungsausgaben der DMP-Teilnehmer je DMP-Versichertentag abzuziehen". Zudem solle der Abzug analog der Verteilung der DMP-Ausgaben auf die einzelnen HLB erfolgen.	GKV-SV
	Die Untersuchung der Thematik durch das BVA wird begrüßt. Allerdings wird angemerkt, dass eine pauschale Minderung der Leistungsausgabe um die bLA-Beträge der DMP-Pauschale nur sachgerecht sei, wenn diese nach Hauptleistungsbereichen getrennt erfolge. Eine Kürzung müsse je DMP-Versichertentag vorgenommen und sich auf die HLB "Ärzte" und "Sonstige" beziehen. Die Verteilung der Abzugsbeträge müsse sich dabei aus den DMP-Ausgaben der KJ1 (Kt. 404, 581, 583) ergeben. Der vom BVA formulierte Prüfvorschlag, diese Leistungsausgaben durch Anpassung der RSA-Bestimmung nicht mehr versichertenbezogen zu erheben, sei nicht zielführend.	AOK-BV

4 Berechnungsverfahren		
	Die Bereinigung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben um die DMP-Ausgaben wird grundsätzlich als sachlich richtig erachtet. Gegenüber dem BVA-Vorschlag, wird es jedoch für sinnvoller gehalten, "im Berechnungsverfahren den Leistungsausgaben-Anteil an der DMP-Pauschale von den versichertenbezogenen Leistungsausgaben der DMP-Teilnehmer abzuziehen". TK et al. halten daher den Vorschlag des BKK-BV aus dem Vorschlagsverfahren für sinnvoll.	TK-et al.
	Eine Überprüfung der Zuordnung der DMP-Kosten in der "Bestimmungsrunde" wird abgelehnt, da somit eine Umsetzung des Vorschlags im kommenden Berechnungsverfahren zeitlich nicht mehr möglich sei. Dies sei, nachdem das Problem erkannt worden ist, nicht sachgerecht.	BKK-BV
	Eine Bereinigung der Leistungsausgaben um die DMP-Pauschale sei falsch, da nicht tatsächlich verursachte Kosten bereinigt würden. Die Daten für die Regression würden "in unzulässiger Weise verfälscht". Zwar sei eine gewisse Ungenauigkeit im gegenwärtigen Verfahren vorhanden, die Größenordnung jedoch nicht bekannt. Vor einer Änderung des Verfahrens sollten genauere Analysen durchgeführt werden. Das betreffe auch den Vorschlag des BVA.	KBS
	Der Lösungsvorschlag des BVA wird aus Aufwandsgesichtspunkten gegenüber dem Vorschlag des BKK-BV als geeigneter erachtet.	Barmer
4.7 Kostenerstatter		
	Davon ausgehend, dass entsprechende Untersuchungen Gegenstand des kommenden Anpassungsprozesses sein werden, trägt der GKV-SV das Abwarten bis zum Vorliegen der Vollerhebung mit.	GKV-SV
	Die vom BVA vorgesehene Hierarchisierung der beiden Kostenerstattergruppen wird als sachgerecht bezeichnet. Weitere Analysen werden für entbehrlich gehalten.	AOK-BV
	Eine Differenzierung der Kostenerstattergruppen auf Basis der Vollerhebung wird begrüßt. Die Aussage des BVA, wonach dies erst im Klassifikationsmodell 2014 erfolgen könne, wird geteilt. Die vom BVA vorgeschlagene Hierarchisierung der KEG zur Behebung der Schaltjahrproblematik sei sachgerecht.	KBS
	Die Beurteilung des BVA, das eine weitere Überprüfung der differenzierten Ausgestaltung der Kostenerstatter auf Basis der Vollerhebung erfolgen sollte wird geteilt.	KBV
	Die Absicht des BVA, eine Überprüfung der KEG-Differenzierung auf Basis der Vollerhebung vorzunehmen, wird begrüßt. Dies sollte möglichst schnell nach Vorliegen der Vollerhebung durchgeführt werden, um frühzeitig eine Grundlage für das nächste Anhörungsverfahren zu erhalten.	Barmer
5 Weitere Themen		
5.1 Hochrisikopool		
	Inwiefern nach einer Umstellung des Berechnungsverfahrens auf Pro-Tag-Werte noch ein Bedarf für einen Risikopool bestehe, müsse untersucht werden.	AOK-BV
	Die DAK fordert weiterhin die Wiedereinführung des Risikopools, "auch wenn dies im Rahmen der Festlegung nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV nicht möglich ist."	DAK

5 Weitere Themen		
	Der BKK-BV stellt fest, dass Modellanpassungen mit dem Ziel der Abbildung besonders kostenintensiver Leistungsfälle der Gesamtproblematik nur unzureichend Rechnung tragen. "Die Einführung eines Risikopools würde diese Fälle angemessener ausgleichen, als es derzeit über die standardisierten Leistungsausgaben im Morbi-RSA geschieht."	BKK-BV
	Die BAG Selbsthilfe hält an ihrer bereits in vorangegangenen Stellungnahmen geäußerten Forderung nach der Einrichtung eines Risikopools fest.	BAG
	Die Wiedereinführung des Risikopools wird weiterhin – wie bereits seit dem Jahr 2009 – gefordert.	Barmer
5.2 Zeitgleiches Modell		
	Die DAK bittet das BVA zu prüfen, ob die Berücksichtigung zeitgleicher Morbidität grundsätzlich zur Verbesserung führt.	DAK
5.3 Begrenzung auf 50-80 Krankheiten		
	Die BAG Selbsthilfe wiederholt ihre Kritik an der Begrenzung der im RSA berücksichtigungsfähigen Morbidität	BAG
	Der Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zum Jahresausgleich 2009 zeige, dass eine Komplettierung der im RSA berücksichtigten Krankheiten die Zielgenauigkeit der Zuweisungen weiter erhöhen würde. Zugleich würde eine höhere Planungssicherheit und durch Wegfall der jährlichen Krankheitsauswahl eine Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des Verfahrens erreicht. Dieser Ansatz sollte aus Sicht der Ärzteschaft weiterverfolgt werden.	KBV

4 Allgemeine Anmerkungen / Methodik

4.1 Ablauf des Gesamtverfahrens

4.1.1 Stellungnahmen

Der GKV-SV wünscht eine Priorisierung der vorzunehmenden Analysen anhand einheitlicher und konsistenter Kriterien. Die DAK bemängelt die Nichtberücksichtigung ihres (bereits im Vorjahr vorgebrachten) Vorschlages zur Einordnung des ICD-Kodes D69.3. Unter Bezugnahme auf einen insignifikanten Schätzer für die „Ticstörungen“ hinterfragt der BKK-BV die Krankheitsauswahl bzw. plädiert dafür, die Änderungen in der Krankheitsauswahl und im Klassifikationsmodell gleichzeitig wahrzunehmen.

4.1.2 Bewertung

Die Priorisierung der Analysen wurde mit den Wissenschaftlichen Beirat abgestimmt. Die Kriterien wurden auch im Festlegungsentwurf dokumentiert. Mit höchster Priorität wurden die Folgeänderungen der Krankheitsauswahl behandelt. In die nächste Prioritätsstufe wurden Änderungsvorschläge eingeordnet, die sich zwar selbst nicht auf die Effekte der Krankheitsauswahl bezogen, die jedoch Änderungen in den von der Krankheitsauswahl betroffenen Hierarchiesträngen thematisiert haben. Mit abgeschwächter Priorität konnten Änderungsvorschläge bearbeitet werden, die die übrigen Hierarchien betreffen. Aufgrund des Umfangs der Änderungen durch die jährliche Krankheitsauswahl konnten nicht alle in den Vorjahren vorgebrachten und bislang nicht behandelten Vorschläge abgearbeitet werden. Dies betraf auch die Überprüfung zur Gruppierung des von der DAK genannten Codes.

Aus Sicht des BVA ist eine getrennte Anhörung zu Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell zweckdienlich. Nur so besteht die Möglichkeit, umfangreich zu den notwendigen Folgeänderungen Stellung zu nehmen. Die Tatsache, dass der Zuschlag für die in der Krankheitsauswahl enthaltenden Ticstörungen sich als statistisch insignifikant erwiesen hat, wird als unproblematisch erachtet. Siehe hierzu den Ausführungen im entsprechenden Hierarchie-Kapitel.

4.2 Dokumentation und Transparenz

4.2.1 Stellungnahmen

Es wird verschiedentlich bemängelt, dass eine schlüssige Erklärung von Veränderungen in den Fallzahlen zwischen Modellvarianten fehlt. Der BKK-BV bemängelt zudem die Darstellung der Berechnungsschritte in Anlage 4 und wünscht eine Dokumentation der Berechnungsschritte im Korrekturverfahren.

4.2.2 Bewertung

Zu Veränderungen in den Fallzahlen kommt es, wenn sich die Aufgreifkriterien ändern. Erhöhungen der Fallzahlen treten insbesondere auf, wenn das M2Q-Kriterium entfällt. Dies ist entweder bei einem obligaten Arzneimittelkriterium oder beim Kriterium „stationär erforderlich“ der Fall.

Mit der 24. RSAÄndV (BR-Drs. 446/12, Artikel 1 Nr. 6b und Nr 9c) ist vorgesehen, dem BVA die Kompetenz zu geben, das Nähere zum monatlichen Abschlagsverfahren und Korrekturverfahren nach Anhörung des GKV-SV festzulegen. Das Bundesversicherungsamt beabsichtigt, hiervon Gebrauch zu machen, sobald die 24. RSAÄndV in Kraft getreten ist. Hinsichtlich des monatlichen Abschlagsverfahrens wird das Nähere in Anlage 4 dieser Festlegung bestimmt, da die 24. RSAÄndV zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht in Kraft ist.

4.3 Anpassungsmethodik

4.3.1 Stellungnahmen

Der GKV-SV plädiert dafür, die Kriterien „Vermeidung von Risikoselektion“, „Manipulationsresistenz“, „Zielgenauigkeit“ und „Praktikabilität“ zur Bewertung von Modelländerungen heranzuziehen. Er sieht zudem – wie auch TK et al. – ein Problem darin, dass die Wechselwirkungen der Einzelanpassungen nicht analysiert werden. Der GKV-SV sieht auch den indirekten Ausschluss eines Kodes durch Nullsetzung eines insignifikanten Schätzers als problematisch an.

Während der IKK e.V. die Optimierung auf Basis von Differenzen in den Bestimmtheitsmaßen im Tausendstel- und Zehntausendstelbereich kritisiert, kann der GKV-SV den Verzicht auf der Verwendung des „Mikroskop-Designs“ nachvollziehen.

Der BKK-BV argumentiert, dass die zunehmende Ausdifferenzierung der Hierarchiestränge dem Anspruch entgegenstünde, GKV-standardisierte Leistungsausgaben auszugleichen.

4.3.2 Bewertung

Die Verwendung der vom GKV-SV genannten Kriterien als Beurteilungsraster scheitert nach Ansicht des BVA gegenwärtig an deren fehlenden Operationalisierbarkeit. Gleichwohl werden diese Kriterien vom Beirat und Bundesversicherungsamt bei der qualitativen Bewertung von Sachverhalten immer herangezogen.

Eine Analyse von Wechselwirkungen kann aufgrund der Vielzahl der untersuchten Einzelmaßnahmen und des begrenzten Zeitraums nicht erfolgen. Jedoch führt das BVA in jeder Anpassung zum Schluss eine „Gesamtbewertung“ durch. Neben den in der Dokumentation ausgeführten Kennzahlen gehört hierzu auch eine Kontrolle der Konsistenz der durchgeführten Einzelmaßnahmen im Gesamtkontext.

Die Nullsetzung eines insignifikanten Schätzers hält das BVA im konkreten Fall (Ticstörungen) für unproblematisch (siehe unten). Gleichwohl stellt sich aus Sicht des BVA die grundsätzliche Frage, ob die Nullsetzung im Fall von statistischer Insignifikanz aufrechterhalten werden soll, wenn die Regression zukünftig auf der Basis einer Vollerhebung durchgeführt wird. Damit kann argumentiert werden, dass die stichprobentheoretischen Grundlagen der Ermittlung der statistischen Insignifikanz entfallen. Allerdings war dieser Vorschlag bislang nicht Gegenstand der Anhörung, so dass eine Umsetzung frühestens im Rahmen der Festlegung für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2014 erfolgen kann.

Die Entscheidung, auf das Mikroskop-Design zu verzichten, wurde im Anhörungsentwurf zur Festlegung ausführlich begründet.

Über das verwendete multivariate Regressionsverfahren wird die Berechnung standardisierter Leistungsausgaben gewährleistet. Dies ist unabhängig von der Ausdifferenzierung der Hierarchien.

4.4 Redaktionelle Hinweise

Das BVA bedankt sich für die vorgetragenen Hinweise.

Die Anlage 3 ist nach dem Stellungnahmeverfahren an den Stand des GKV-Arzneimittelindex Juni 2012 angepasst worden.

Die Anregung, aus Gründen der Übersichtlichkeit die HMG und DxG, bei denen eine Differenzierung über Arzneimittel vorgenommen wird, einheitlich zu benennen, ist sachgerecht. Die Hierarchien werden dahingehend nach und nach überarbeitet.

4.5 Datenmeldungen/Fehlerplausibilisierungen

Die Regelung von Datenmeldungen und Plausibilitätsprüfungen ist nicht Gegenstand dieser Festlegung.

4.6 Methodischer Hinweis

In den folgenden Abschnitten werden die konkreten Anmerkungen und Anregungen zu den einzelnen Krankheitshierarchien behandelt und ggf. empirisch untersucht. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden dabei unter Bezugnahme sowohl auf das „Ausgangsmodell“ (siehe Abschnitt 3.2 des Festlegungsentwurfs) als auch auf die Entwurfsfassung der Festlegung (Abschnitt VI, ebenda) beurteilt.

5 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2013

5.1 Anpassung der Aufgreifkriterien

Aufgreifalgorithmus

Die Sonderfälle im Aufgreifalgorithmus werden bereinigt und vereinheitlicht. Damit soll eine Vereinfachung des Klassifikationsmodells erreicht werden. Statt bisher fünf Sonderfällen werden zukünftig lediglich drei Sonderfälle benötigt.

5.2 Anpassung des Klassifikationsmodells

Hierarchie 2 – Neubildungen

Die durch die geänderte Krankheitsauswahl neu aufgenommenen bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane sowie das Tumorlyse-Syndrom werden integriert. Die Hierarchie umfasst weiterhin zwei Hierarchiestränge, die aber bezüglich der Kostenhomogenität in nunmehr 20 anstelle von bislang 11 Zuschlagsgruppen differenziert werden. Bei der Diagnosegruppe „Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien“ wird eine Differenzierung anhand der Verordnung von Tyrosinkinasehemmern vorgenommen.

Hierarchie 3 – Diabetes mellitus

Gegenüber dem Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2012 gibt es keine Änderungen. Eine Verschiebung der Diagnose „Bestehender Typ-1-Diabetes in der Schwangerschaft“ in die HMG020 „Typ 1 Diabetes mellitus“ wurde in verschiedenen Varianten überprüft, konnte aber statistisch und inhaltlich nicht überzeugen.

Hierarchie 4 – Metabolische Erkrankungen

Die neu aufgenommenen Diagnosen der Adipositas werden gemäß ihrer Kostenniveaus in die Hierarchie integriert. Ebenso wird die bestehende Hierarchie um eine weitere Zuschlagsgruppe ergänzt sowie einzelne DxGruppen umgeordnet, um die Folgekosten besser abzubilden.

Hierarchie 5 – Erkrankungen der Leber

Aufgrund deutlicher Kostenunterschiede gibt es für die Terminale Lebererkrankung und die Ösophagusvarizen ebenso wie für die Chronische Virushepatitis und die nicht viral bedingte chronische Hepatitis künftig getrennte Zuschläge. Für Versicherte mit Chronischer Virushepatitis wird zudem eine Differenzierung anhand der Verordnung von Arzneimitteln eingeführt.

Hierarchie 6 – Gastrointestinale Erkrankungen

Die durch die Krankheitsauswahl neu hinzugekommene „Peritonitis“ wird in die Hierarchie einsortiert. Die „Chronisch entzündlichen Darmerkrankungen“ werden aufgrund des deutlich unterschiedlichen Schweregrades anhand von Arzneimittelverordnungen ausdifferenziert.

Hierarchie 7: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

Die Anpassung der Hierarchie 7 beschränkt sich auf die Aufnahme der durch die aktualisierte Krankheitsauswahl neu zu berücksichtigenden „arzneimittelbedingten Knochennekrose“.

Hierarchie 9 – Kognitive Erkrankungen

Die infolge der geänderten Krankheitsauswahl stark dezimierte Hierarchie wird aufgelöst. Die verbliebenen ICD-Kodes werden der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ zugeordnet.

Hierarchie 10: Alkohol- / Drogenmissbrauch

Der durch die Krankheitsauswahl neu hinzugekommene ICD-Kode „Opiatsubstitution“ wird durch eine Arzneimittelvalidierung abgesichert. Ansonsten bleibt die Hierarchie unverändert.

Hierarchie 11 – Psychische Erkrankungen

Die Diagnosen der neuen DxGruppe „Zwangsstörungen“ werden nach der Spezifität auf zwei DxGruppen aufgeteilt. Weitergehende Prüfungen in der Hierarchie wurden zurückgestellt.

Hierarchie 12: Entwicklungsstörungen

Die Hierarchie ist aufgrund der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 komplett neu zu besetzen.

Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks

Es erfolgt eine grundlegende Neuordnung der Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks, die mit der Bildung kostenhomogenerer Morbiditätsgruppen einhergeht.

Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen

Im Bereich der Zerebralschäden entsteht ein fein differenzierter Hierarchiestrang mit dem kostenintensiven „Apallischen Syndrom“ (Wachkoma) an der Spitze. Darüber hinaus erhält der „Status Epilepticus“ als schwerwiegende Form der Epilepsie eine eigene Zuschlagsgruppe.

Hierarchie 16: Herzerkrankungen

Die durch die Krankheitsauswahl neu hinzugekommenen ICD-Kodes werden analog zum Ausgangsmodell in zwei Diagnosegruppen aus dem Bereich der Herzfehler aufgeteilt. Durch eine zusätzlich eingeführte Morbiditätsgruppe werden Herzfehler zukünftig noch etwas differenzierter abgebildet. Der ATC-Fünfsteller C01EB wird in die Anlage 3 zur Festlegung als berücksichtigungsfähiges Arzneimittel für die DxG 354, 355 und 358 aufgenommen.

Hierarchie 19 – Erkrankungen der Lunge

Im Bereich der Lungenerkrankungen erfolgen zahlreiche Anpassungen. So wird unter anderem eine Arzneimitteldifferenzierung des Zuschlages für bestimmte interstitielle Lungenerkrankungen eingeführt. Eine umfangreiche Anpassung betrifft die in der Hierarchie enthaltenen Formen der Lungenentzündung, die künftig alle über eine Validierung mit spezifischen Arzneimitteln aufgegriffen werden. Eine weitere Änderung betrifft die Trennung der chronischen und der akuten Atmungsinsuffizienz.

Hierarchie 20 – Erkrankungen der Harnwege

Der durch die diesjährige Krankheitsauswahl bedingte Wegfall zweier ICD-Kodes bleibt ohne Auswirkungen auf das Zuschlagsgefüge. Darüber hinaus bestand in der Hierarchie kein Anpassungsbedarf.

Hierarchie 22 – Erkrankungen der Haut

Im Rahmen der Arzneimitteldifferenzierung werden derzeit keine unterschiedlichen Arzneimittel-Gruppen gebildet. Eine ausführliche Begründung findet sich im Kapitel „Anpassung der Aufgreifkriterien – Berücksichtigung von Arzneimitteln“. Daher wurde eine Aufteilung der HMG Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation nach verordneten Arzneimitteln nicht geprüft. Die Hierarchie bleibt unverändert.

Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen

Bedingt durch die neue Krankheitsauswahl sind ca. 20 bislang berücksichtigte Diagnosen herausgefallen und eine etwa gleich große Anzahl von Diagnosen neu hinzugekommen. Die Zuordnung von DxGruppen zu Morbiditätsgruppen wurde in Anlehnung an einen Vorschlag des GKV-SV und der Barmer Ersatzkassen umgestaltet, um die Kostenhomogenität zu erhöhen. Weitergehende Umstellungen, die multiple andere Hierarchien tangieren würden, wurden zurückgestellt.

Hierarchie 26: Erkrankungen des Auges

Die „Diabetische Retinopathie“ ist aufgrund der veränderten Krankheitsauswahl die einzig verbliebene Erkrankung in der Hierarchie 26. Sie macht nunmehr zusätzlich einen Zuschlag

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

in der Hierarchie 3 „Diabetes Mellitus“ möglich. Eine Verlagerung in die Diabetes-Hierarchie wurde verworfen.

Hierarchie 27 – Erkrankungen des Neugeborenen

Durch Wegfall der Krankheit Risikogeburt in der Krankheitsauswahl wird der Hierarchiestrang auf zwei HMG reduziert. Statt der im Vorschlagsverfahren angeregten Zusammenlegung der HMG werden die DxG nach Kostengesichtspunkten neu auf die zwei HMG verteilt.

Hierarchie 28 – Chronischer Schmerz

Im Zuge der aktualisierten Krankheitsauswahl wird die Krankheit „Chronischer Schmerz“ neu aufgenommen und als eigenständiger Hierarchiestrang geführt. Es wird eine Arzneimitteldifferenzierung auf Basis einer breit angelegten Auswahl entsprechend WHO-Stufenschema implementiert.

6 Berücksichtigung von Arzneimitteln

6.1 Festlegungsentwurf

Gegenüber dem Vorjahresmodell sieht der Festlegungsentwurf keine prinzipiellen Veränderungen bei der Nutzung von Arzneimittelinformationen für die Versichertenklassifikation vor.

6.2 Stellungnahmen

Nach Ansicht des GKV-SV müsse unter der als „Schweregraddifferenzierung“ bezeichneten Abgrenzung bestehender HMG eine „Kostendifferenzierung“ verstanden werden. Um jedoch eine optimale Kostendifferenzierung und möglichst homogene Zuschlagsgruppen (und somit ein statistisch optimiertes Modell) zu erreichen, sollten jeweils verschiedene Modellvarianten mit unterschiedlichen Wirkstoffgruppen und nicht ein breites Spektrum berücksichtigungsfähiger Arzneimittel definiert werden.

6.3 Bewertung

Aufgrund der Kritik des GKV-SV haben Beirat und BVA ihre Haltung zur Arzneimitteldifferenzierung in der Beiratssitzung am 24. September 2012 erneut grundsätzlich diskutiert. Beide sehen jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Veranlassung, von der bisherigen Haltung abzuweichen:

Der Vorschlag einer differenzierten Betrachtung bei der Definition der zu berücksichtigen Arzneimittel ist zwar im Hinblick auf Kostenhomogenität und Vorhersagegüte sachgerecht. Er beachtet aber nicht das Gebot, Anreize zur unnötigen Leistungsausweitung zu vermeiden. Dieses Problem ist jedoch für alle Modelle zu diskutieren, die sich tendenziell einem Ist-Kosten-Ausgleich annähern.

Eine Kostendifferenzierung wäre auch nicht kompatibel mit dem prospektiven Ansatz des Risikostrukturausgleichs: Es sollen eben nicht die Kosten teurer Arzneimittel refinanziert werden, sondern die Folgekosten heute bestehender Risikolagen. Ziel der Differenzierung anhand von verordneten Arzneimitteln ist daher primär nicht die Kostendifferenzierung, sondern eine klinische Differenzierung über die Diagnoseinformation hinaus. Hierin liegt auch die klinische Begründung für die enge Arzneimittelauswahl zur Differenzierung der chronisch myeloischen Leukämie mittels Proteinkinase-Inhibitoren (DXG917). Proteinkinase-Inhibitoren (namentlich Imatinib) stellen heute den Standard für die Erstlinientherapie aller CML-Patienten in chronischer Phase nach Sicherung der BCR-ABL-Positivität dar. Da erst mit ICD-10-GM-2011 die Differenzierung nach BCR-ABL-Status bei der Diagnoseinformation eingeführt wurde, dient die enge, spezifische Arzneimittelliste damit auch einer klinischen Differenzierung. So eine enge klinische Differenzierung anhand spezifischer Arzneimittel ist bei den anderen, der Schweregraddifferenzierung unterliegenden Diagnosegruppen nicht

gegeben. Hier erfolgt die Differenzierung anhand einer breiteren Liste von Arzneimitteln unter der Prämisse, dass medikamentös behandelte Patienten in der Regel einen schwereren Krankheitsgrad aufweisen, der in aller Regel auch mit höheren Folgekosten assoziiert ist, als Patienten ohne entsprechende Dauermedikation. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte anstelle von „Schweregraddifferenzierung“ besser von „Arzneimitteldifferenzierung“ gesprochen werden.

6.4 Ergebnis

Der Wissenschaftliche Beirat sieht gegenwärtig keine Veranlassung, von seiner bisherigen Haltung zu Arzneimitteldifferenzierungen abzuweichen. Das BVA schließt sich dieser Haltung an.

7 Aufgreifalgorithmus

7.1 Festlegungsentwurf

Auf Grundlage der durchgeführten Untersuchungen wurden im Anhörungsentwurf folgende Modellanpassungen zur Ausgestaltung des Aufgreifalgorithmus vorgeschlagen:

- Stationäre Hauptdiagnosen werden einheitlich zur Arzneimitteldifferenzierung zugelassen. Die Beschränkung auf ambulante Diagnosen und stationäre Nebendiagnosen in den (bisherigen) Sonderfällen 1, 2 und 4 wird aufgehoben.
- Stationäre Hauptdiagnosen werden bei der Bestimmung von quartalsgleichen Diagnosen und Verordnungen mitberücksichtigt.
- Stationäre Hauptdiagnosen lösen – analog zu stationären Nebendiagnosen – eine Reduktion der in den jeweiligen Validierungsschritten geforderten Behandlungstage um 8 Behandlungstage aus.
- Sonderfall 2 entfällt durch die vorangehenden Änderungen und geht in Sonderfall 3 auf.
- Die bisherigen Sonderfälle 1 und 4 werden vereinheitlicht und folgen nun der Ausgestaltung des bisherigen Sonderfalls 4
- Eine erneute Prüfung der Arzneimitteldifferenzierung für Hämophilie (DxG225/HMG035) wird für die Untersuchungen zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2014 vorgesehen.

Es resultieren drei konsolidierte, neu zusammengestellte Sonderfälle:

- Sonderfall 1 (neu): Arzneimitteldifferenzierung nach Behandlungstagen (Regelfall),
- Sonderfall 2 (neu): Arzneimitteldifferenzierung nach Verordnungsquartalen,
- Sonderfall 3 (neu): Dialysestatus.

7.2 Stellungnahmen

Die vorgenommenen Anpassungen werden prinzipiell begrüßt. Mit Blick auf die Ankündigung des BVA, im kommenden Anpassungsprozess die mögliche Umstellung der Arzneimitteldifferenzierung der DxG225 (Hämophilie) von Verordnungsquartalen (Sonderfall 2 [neu]) auf Behandlungstage (Sonderfall 1 [neu]) erneut zu prüfen, bittet der GKV-SV auch für die DxG826 (Glykogenspeicherkrankheit mit ERT/SRT) und DxG827 (Sphingolipidosen mit ERT/SRT) ins Auge zu fassen. Auch in diesen Fällen wäre generell eine Arzneimittelvalidierung auf Basis von Behandlungstagen möglich.

Der IKK e.V. weist darauf hin, dass es nach den zu begrüßenden vorgenommen Änderungen nun das Ziel sein müsse, alle noch nach Sonderfall 2 (neu) behandelten Fälle in den Sonderfall 1 (neu) zu überführen. Mit der Verbesserung der Datenqualität für

Arzneimittelverordnungen durch Wegfall der Sonder-PZN entfalle die Begründung für die bisher bestehende Erleichterung durch eine Arzneimitteldifferenzierung nach Verordnungsquartalen. Das BVA wird daher aufgefordert, diese Erleichterung auch im Sinne der Vereinfachung des Modells zu streichen.

Im Gegensatz dazu wird die Vereinheitlichung der Sonderregeln bei gleichzeitiger Beibehaltung des BT- und des Verordnungsquartale-Ansatzes von der Barmer ausdrücklich begrüßt.

Während der BKK-BV eine Zusammenlegung der Sonderregelungen zur Komplexitätsreduktion im Verfahren grundsätzlich begrüßt und die vorgenommen Anpassungen als nachvollziehbar bezeichnet, wird dennoch darauf hingewiesen, dass ein wirklicher Abbau an Komplexität des Verfahrens durch die vorliegende Anpassung nicht erfolge. Es werde eine zunehmende Ausdifferenzierung einzelner Hierarchien beobachtet. Die resultierende Verfeinerung und Aufgliederung steht nach Ansicht des BKK-BV dem Anspruch des RSA entgegen, GKV-standardisierte Leistungsausgaben auszugleichen.

Da mit der bisherigen Vorgehensweise eine Berücksichtigung der stationär abgegebenen Bluterpräparate nicht erfolge und das BVA den Vorschlag zur weiteren Vereinfachung der Validierung von Hämophiliediagnosen des BKK-BV abgelehnt habe, plädiert der BKK-BV für eine Berücksichtigung der hämophiliebezogenen Zusatzentgelte, soweit der Wirkstoff (PZN) und die Menge aus den Behandlungsunterlagen entnommen werden kann. Eine Anpassung der Behandlungstage erübrige sich dadurch.

7.3 Bewertung

Der Vorschlag des GKV-SV ist nachvollziehbar, neben der DxG225 (Hämophilie) werden auch die DxG826 (Glykogenspeicherkrankheit (...) mit ERT/SRT) und DxG827 (Sphingolipidosen mit ERT/SRT) für eine Prüfung im nächsten Jahr vorgemerkt.

Die Aufforderung des IKK e.V. den Sonderfall 2 (neu) pauschal zu streichen, kann vom BVA nicht nachvollzogen werden. Die Einordnung der aktuell über den Sonderfall behandelten DxGruppen resultiert gerade daraus, dass durch Anwendung des Sonderfalls eine bessere Vorhersagequalität des Modells und insbesondere auch eine bessere Abbildung der betroffenen Versichertengruppen erreicht wird, als mit den anderen zur Verfügung stehenden Optionen. Es ist sicherlich sinnvoll, die Einordnung einzelner DxG gerade in diesem Sonderfall mit „erleichterten Validierungskriterien“ regelmäßig zu überprüfen. Dies wurde für die DxG225 (Hämophilie) schon im aktuellen Anpassungsprozess vorgenommen, eine erneute Prüfung dieser und weiterer in Frage kommender DxG wird – wie oben beschrieben – für den nächsten Anpassungsprozess vorgesehen. Eine pauschale Abschaffung des Sonderfalls erscheint jedoch nicht sachgerecht.

Die Berücksichtigung der aus der Auswertung von Behandlungsunterlagen resultierenden hämophiliebezogenen Zusatzentgelte ist – wie auch dem BKK BV bekannt – im Rahmen der

ans BVA gemeldeten Daten nicht vorgesehen. Unabhängig von einer Bewertung der Sinnhaftigkeit des Vorschlages wäre hier zunächst eine Änderung der Datenmeldungen erforderlich.

7.4 Ergebnis

Der Anhörungsvorschlag wird unverändert umgesetzt. Die DxG826 (Glykogenspeicherkrankheit mit ERT/SRT) und DxG827 (Sphingolipidosen mit ERT/SRT) werden zusätzlich zur DxG225 (Hämophilie) für eine Überprüfung im nächsten Jahr vorgemerkt.

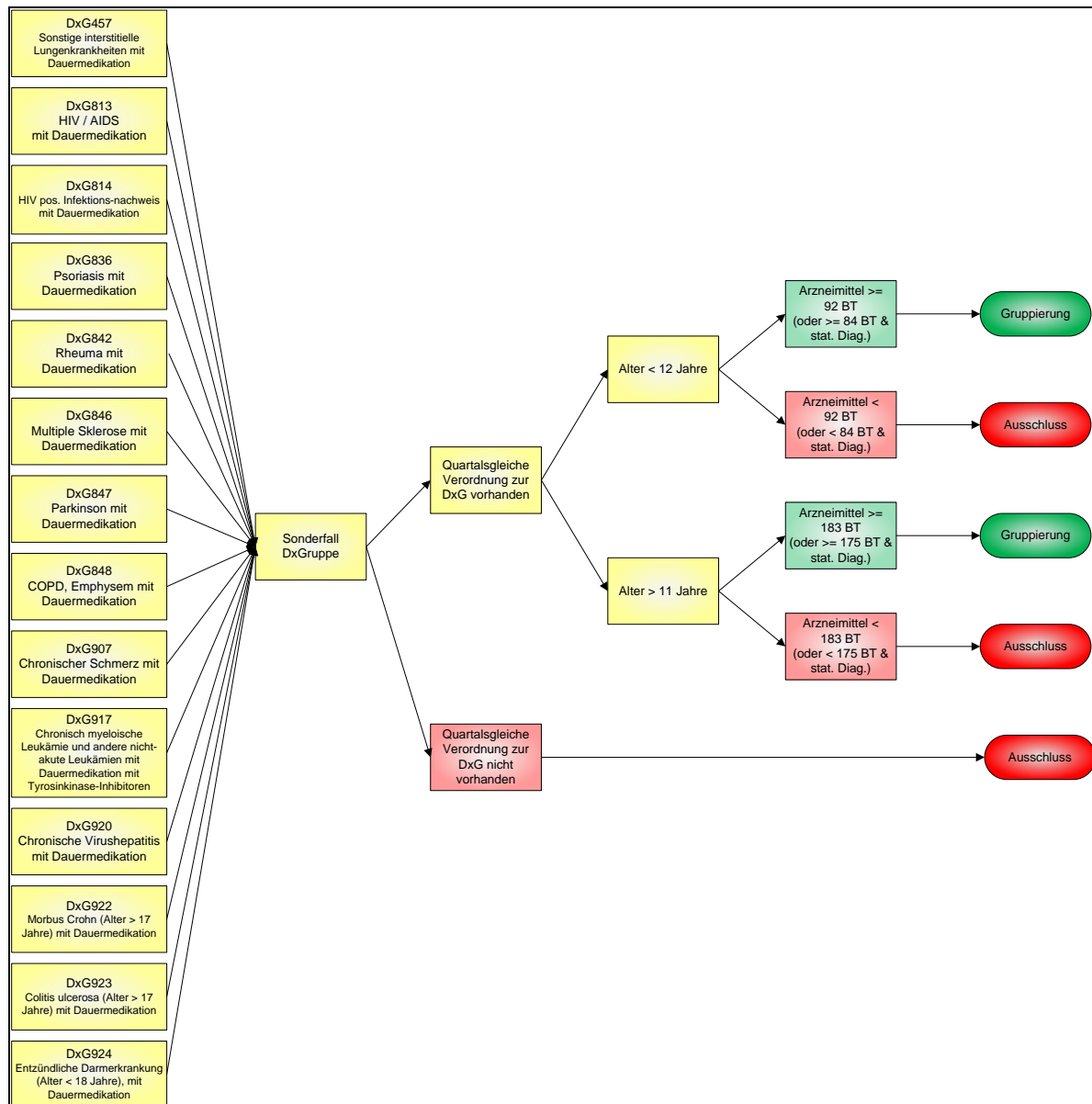
Nachfolgend werden die aus dem Anhörungsvorschlag resultierenden Sonderfälle – im Vergleich zum Anhörungsvorschlag ergänzt um die in der aktuellen Festlegung neu hinzukommenden DxGruppen – dargestellt:

Sonderfall 1 (neu): Arzneimitteldifferenzierung nach Behandlungstagen (Regelfall)

- **Alle Diagnosen** werden berücksichtigt.
- Mindestens eine Diagnose und eine Verordnung eines zugeordneten Arzneimittels müssen im selben Quartal erfolgen.
- **Für Alter > 11 müssen mindestens 183 Behandlungstage** (oder 175 Behandlungstage bei Vorliegen mindestens einer stationären Diagnose) an zugeordneten Arzneimitteln erreicht werden.
- Für **Alter < 12 müssen mindestens 92 Behandlungstage** (oder 84 Behandlungstage bei Vorliegen mindestens einer stationären Diagnose) an zugeordneten Arzneimitteln erreicht werden.

(Vgl. Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013: Abschnitt 1.3.3.1.)

Abbildung 1: Sonderfall 1 (neu)

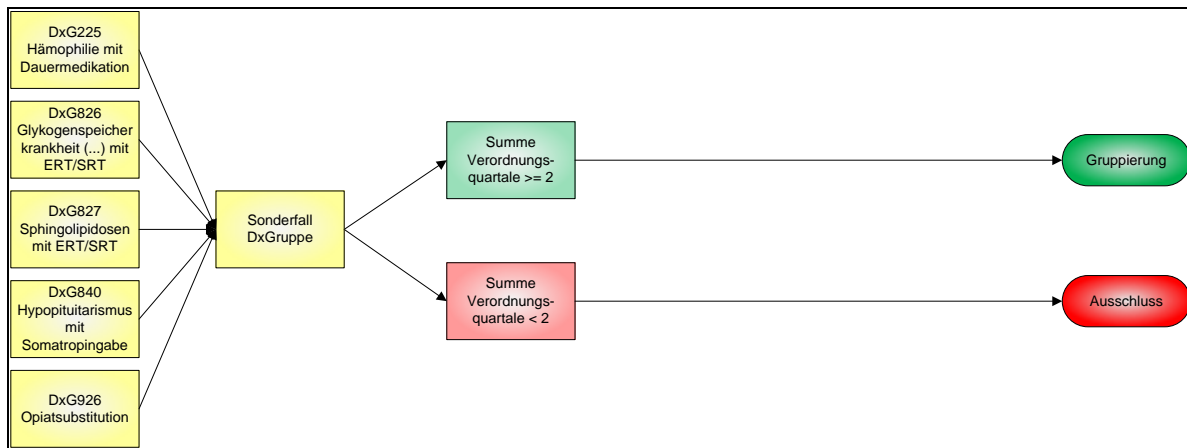


Sonderfall 2 (neu): Arzneimitteldifferenzierung nach Verordnungsquartalen

- **Alle Diagnosen** werden berücksichtigt.
- **Mindestens zwei Verordnungen** eines zugeordneten Arzneimittels aus unterschiedlichen Quartalen müssen vorliegen.

(Vgl. Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013: Abschnitt: 1.3.3.2.)

Abbildung 2: Sonderfall 2 (neu)

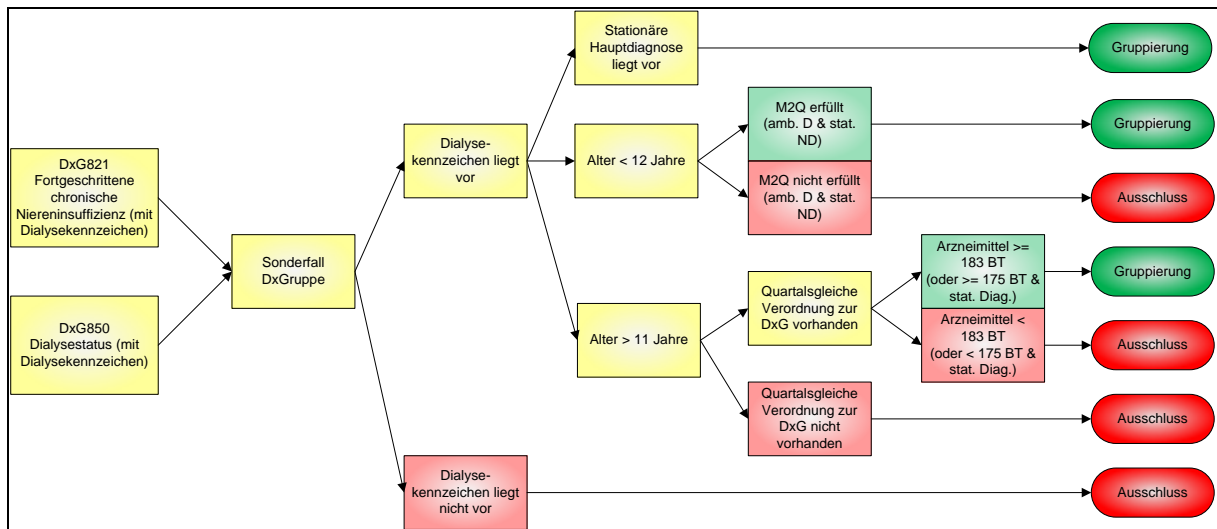


Sonderfall 3 (neu): Dialysestatus

- **Alle Diagnosen** werden grundsätzlich **analog zum Standardverfahren** mit medizinisch zwingend notwendiger Arzneimittelvalidierung berücksichtigt:
 - Hauptdiagnosen werden direkt zugeordnet.
 - Für Alter < 12 muss das M2Q-Kriterium erfüllt werden.
 - Für Alter > 11 muss eine quartalsgleiche Verordnung zur DxG vorhanden sein und es müssen mindestens 183 Behandlungstage (oder 175 Behandlungstage bei Vorliegen mindestens einer stationären Diagnose) eines zugeordneten Arzneimittels erreicht werden.
- Zur Zuordnung muss zusätzlich **immer** das **Dialysekennzeichen** in der SA100 gesetzt sein.

(Vgl. Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013: Abschnitt 1.3.3.3.)

Abbildung 3: Sonderfall 3 (neu)



8 Qualifizierungsmerkmal der Diagnosen

8.1 Festlegungsentwurf

Das BVA hatte im Festlegungsentwurf die Aufhebung der geltenden Sonderregel für Diagnosen aus Einrichtungen nach den §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V beabsichtigt. Die Sonderregel sieht vor, dass Diagnosen aus besagten Einrichtungen auch dann im Klassifikationsmodell berücksichtigt werden, wenn das ansonsten bei Diagnosen aus der ambulanten Versorgung obligatorische Qualifizierungsmerkmal „G“ fehlt.

8.2 Stellungnahmen

In den Stellungnahmen sprechen sich alle Kassenverbände geschlossen gegen eine Abschaffung der Sonderregel zum gegenwärtigen Zeitpunkt aus. Wegen des erst kürzlich mit den Einrichtungen nach § 116a ff. SGB V fest installierten DTA-Verfahrens – so die Begründung – sei mit der sicheren Übermittlung des Qualifizierungsmerkmals („G“, „V“, „A“, „Z“) erst ab dem Berichtsjahr 2013 zu rechnen. Folglich käme der Verzicht auf die Sonderregel erst mit der Festlegung für das Klassifikationsmodell 2014 im kommenden Jahr in Betracht.

8.3 Bewertung

Die Stellungnahmen verdeutlichen, dass sich die technische Umstellung auf ein einheitliches Meldeverfahren im Bereich der Einrichtungen nach § 116a ff. SGB V in der Praxis verzögert hat. Das BVA ist unter diesen Umständen bereit, die Abschaffung der Sonderregel auf Anraten der Anhörungspartner um ein Jahr zu verschieben.

8.4 Ergebnis

Abweichend vom Festlegungsentwurf wird die Sonderregel, wonach Diagnosen aus Einrichtungen nach den §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V auch ohne Qualifizierungsmerkmal „G“ im Klassifikationsmodell berücksichtigt werden, vorerst beibehalten.

II. Anpassung des Klassifikationsmodells

9 Hierarchie 02: „Neubildungen“

9.1 Festlegungsentwurf

Die durch die geänderte Krankheitsauswahl neu aufgenommenen bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane sowie das Tumorlyse-Syndrom wurden integriert. Die Hierarchie umfasst weiterhin zwei Hierarchiestränge, die aber bezüglich der Kostenhomogenität in nunmehr 20 anstelle von bislang 11 Zuschlagsgruppen differenziert werden. Bei der Diagnosegruppe „Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien“ wird eine Arzneimitteldifferenzierung anhand der Verordnung von Tyrosinkinasehemmern vorgenommen.

Abbildung 4 und Abbildung 5 zeigen die beiden in der Entwurfsfassung vorgestellten Hierarchiestränge zur Klassifikation der Neubildungen.

Abbildung 4: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 02 („Neubildungen, Strang 2a Hämatologische Neubildungen“)

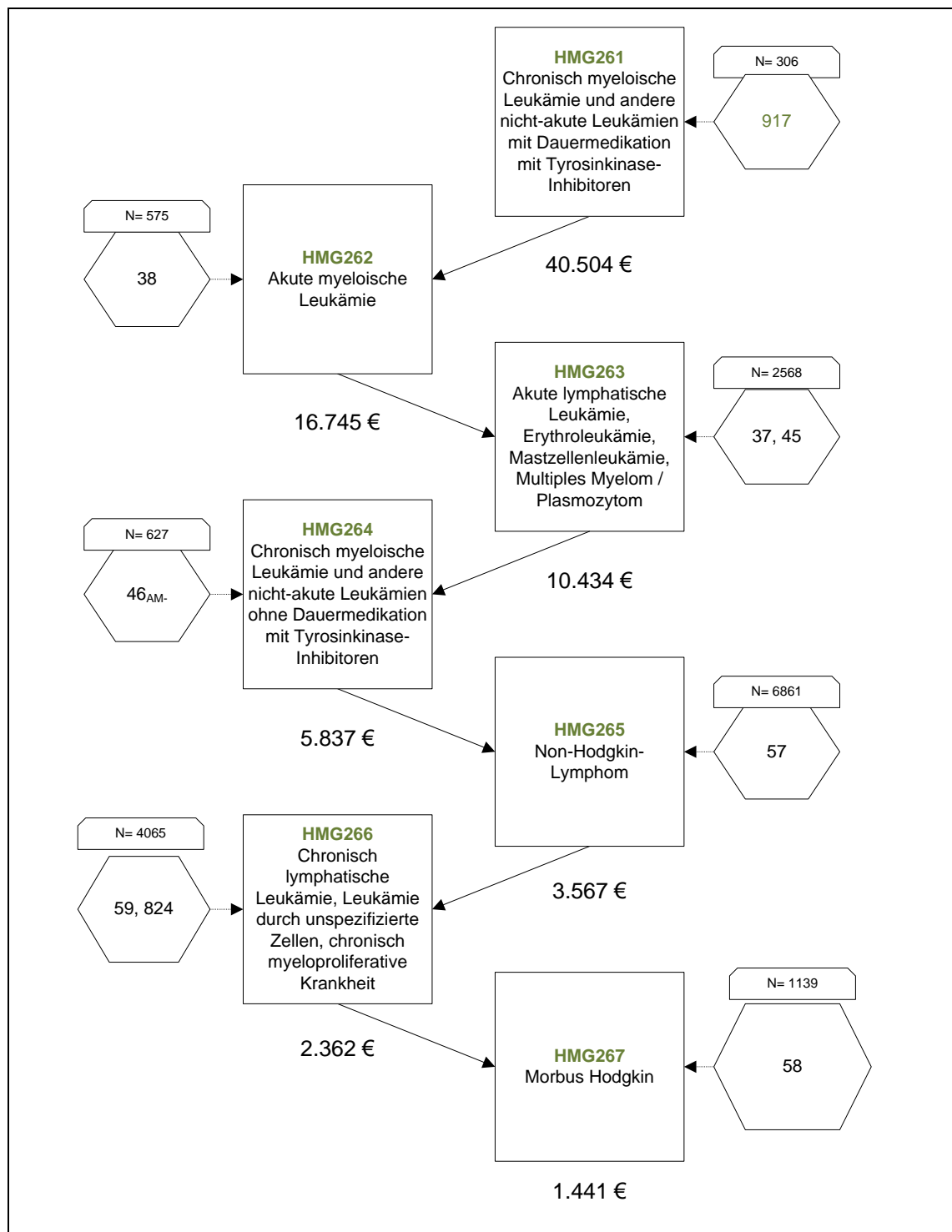
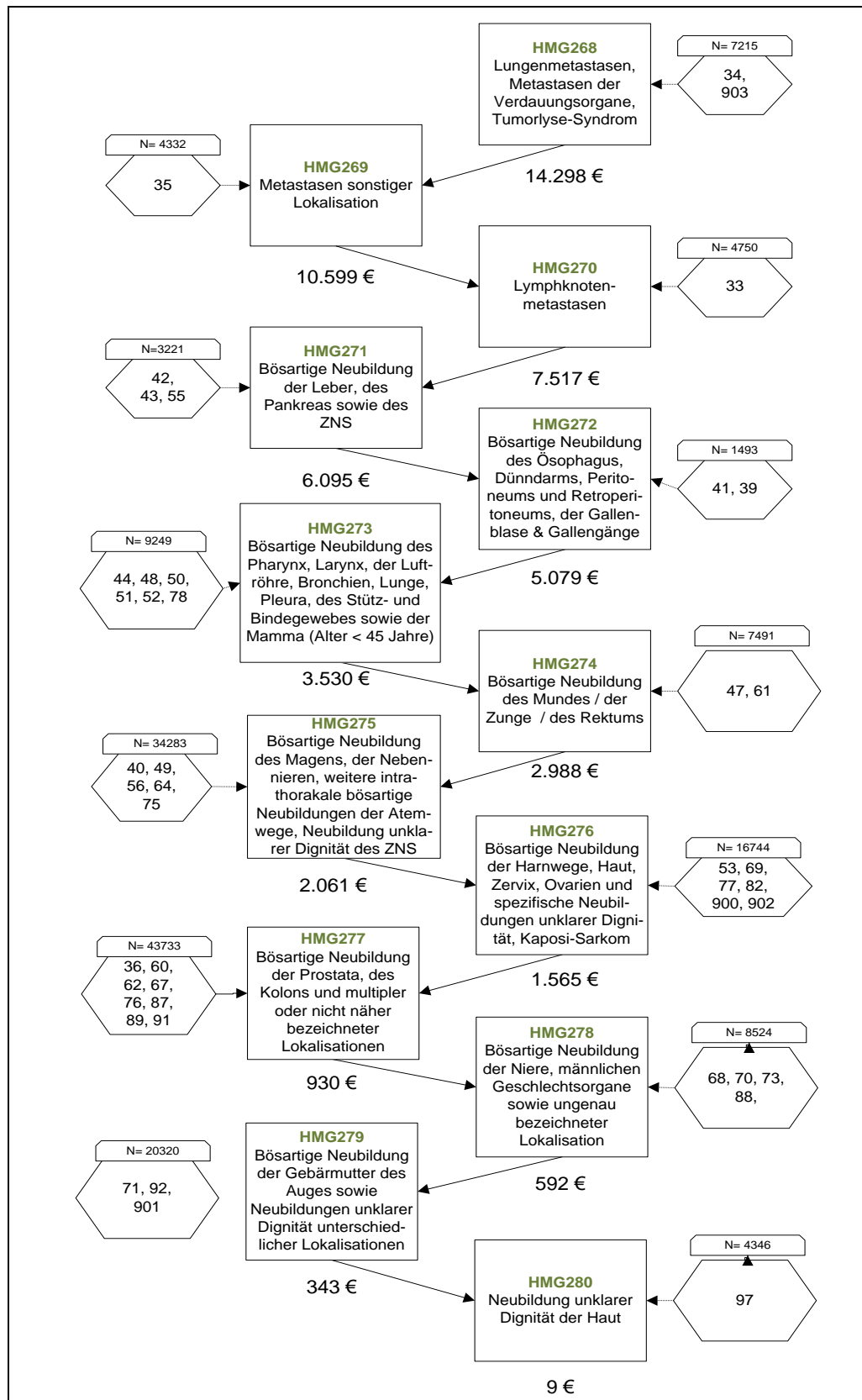


Abbildung 5: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 02 („Neubildungen, Strang 2b Solide Tumoren“)



9.2 Stellungnahmen

Die vorgenommenen Anpassungen wurden im Allgemeinen begrüßt. Auch die Ausdifferenzierung der „chronisch myeloischen Leukämie und anderer näher bezeichneter nicht-akuter Leukämien“ über Tyrosinkinasehemmer wurde befürwortet. Es wurde darüber hinaus angeregt, die darin praktizierte enge Wirkstoffdefinition auch bei anderen Hierarchien anzuwenden (GKV-SV, DAK, Barmer). DAK bittet, die Benennung der HMG261 bzw. HMG264 („Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit bzw. ohne Dauermedikation mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“) gemäß dem bisherigen Vorgehen vorzunehmen und auf eine Vermengung des Zusatzes „mit bzw. ohne Dauermedikation“ mit zusätzlicher Benennung des spezifischen Wirkstoffes zu verzichten.

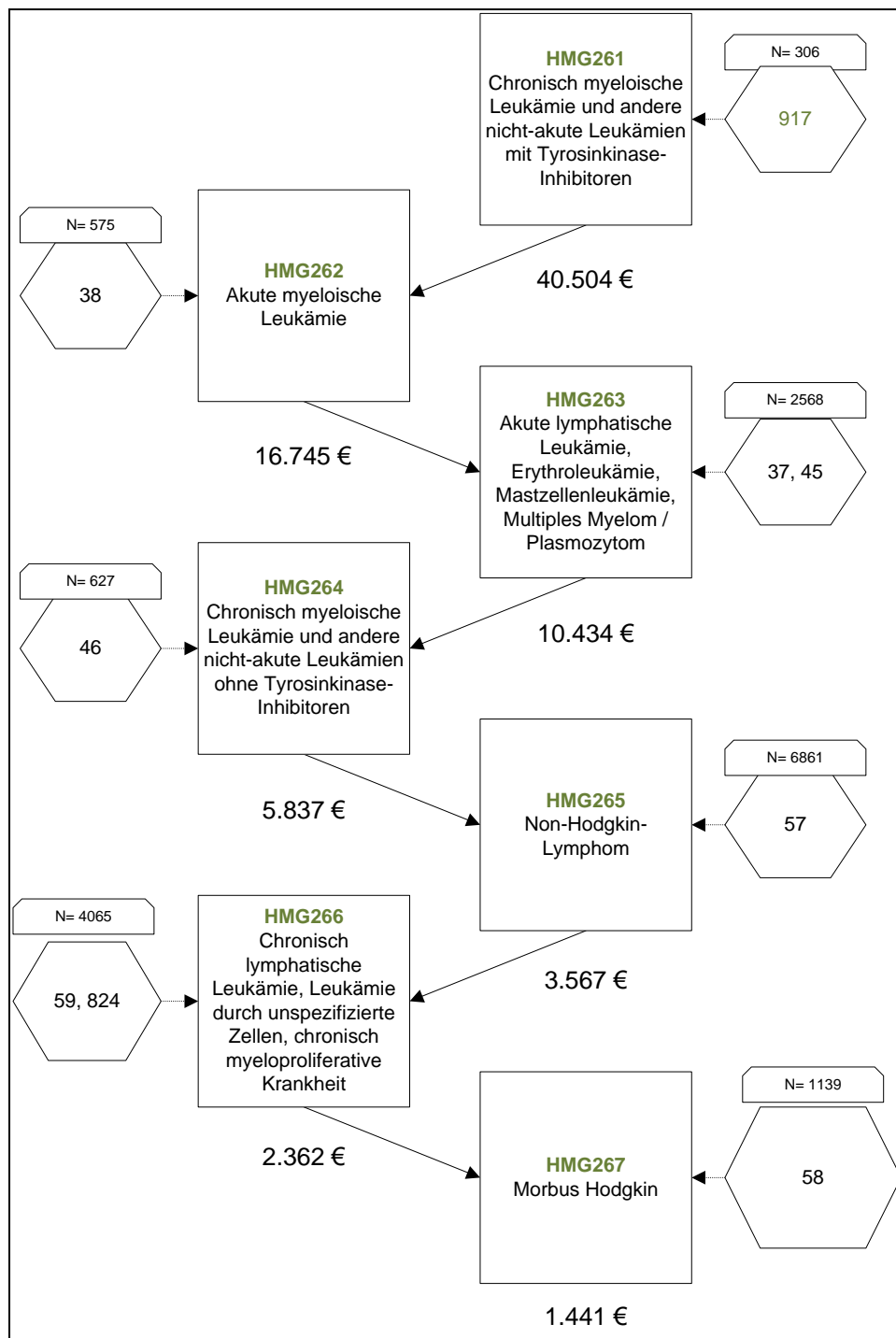
9.3 Ergebnis

Bezüglich der Anregungen zur Berücksichtigung von Arzneimitteln wird auf Kapitel I.6 verwiesen. Die Bezeichnungen der HMG261 bzw. HMG264 sowie der dazugehörigen DXG046 bzw. DXG917 werden entsprechend der Benennung von HMGs mit sehr selektiven Arzneimitteln angepasst:

- HMG261 und DXG917 erhalten beide die Bezeichnung „Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“,
- HMG264 bzw. DXG046 werden umbenannt in „Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien ohne Tyrosinkinase-Inhibitoren“.

Abbildung 6 stellt die vorgenommenen Veränderungen am Hierarchiestrang 2a („Hämatologische Neubildungen“) schematisch dar. Der Hierarchiestrang 2b („Solide Tumoren“) bleibt im Vergleich zum Entwurf der Festlegung unverändert.

Abbildung 6: Festlegung der Hierarchie 02 („Neubildungen, Strang 2a Hämatologische Neubildungen“)



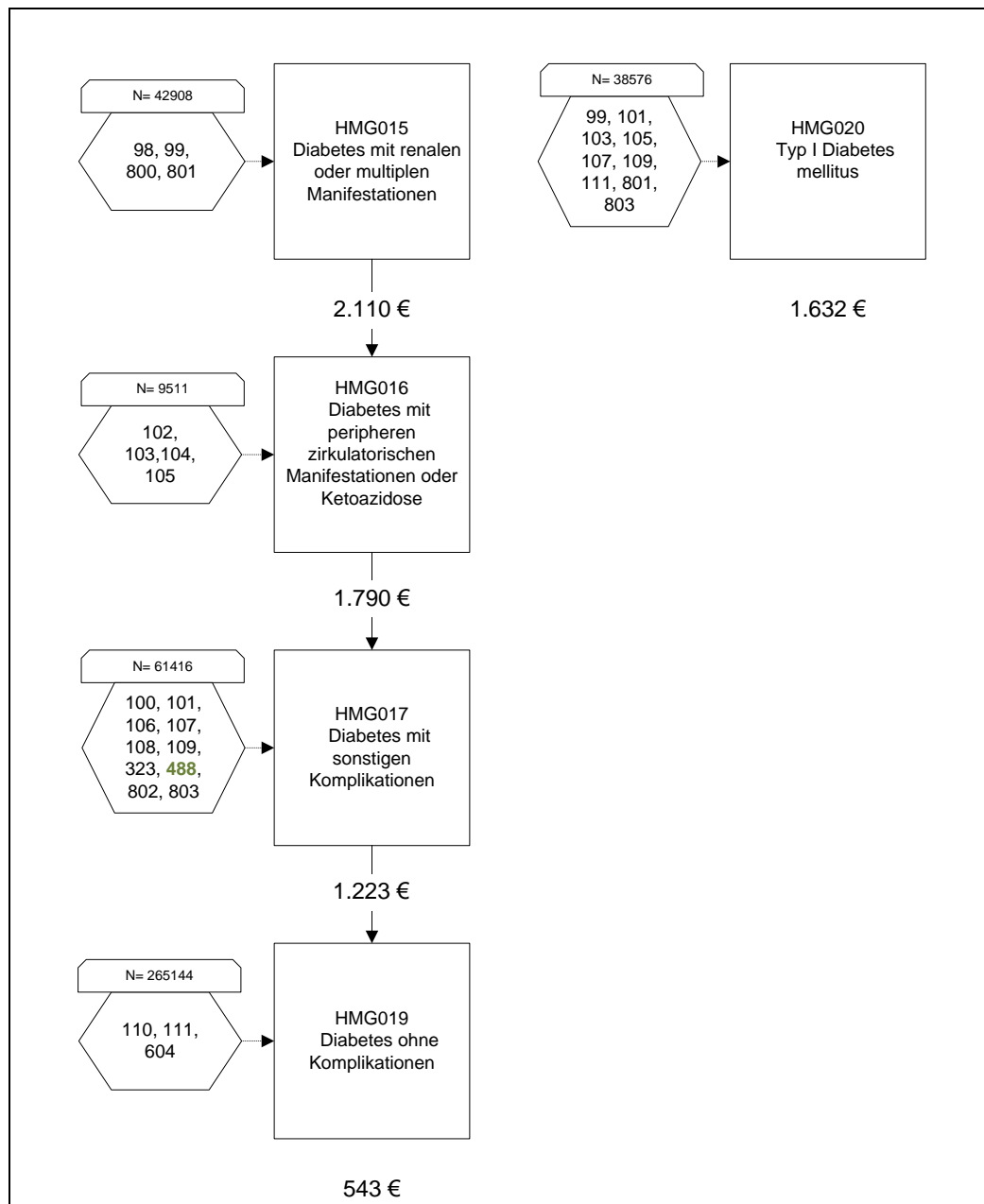
10 Hierarchie 03: „Diabetes mellitus“

10.1 Festlegungsentwurf

Gegenüber dem Vorjahresmodell gab es keine Anpassungen. Es wurden lediglich verschiedene Varianten zur Einordnung der Diagnose O24.0 „Bestehender Typ-1-Diabetes in der Schwangerschaft“ überprüft, die aber allesamt weder statistisch noch inhaltlich überzeugen konnten.

Abbildung 7 zeigt die schematische Darstellung der (im Vergleich zum Vorjahr unveränderten) Hierarchie 03.

Abbildung 7: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 03 („Diabetes mellitus“)



10.2 Stellungnahmen

Seitens des AOK-BV wurde der Verzicht auf Änderungen an der Hierarchie begrüßt. Auch die KBV wertet den Verzicht auf eine Verschiebung des Codes O24.0 als gut begründet. Seitens der KBS wird vorgeschlagen, die Diagnosen, die auf einen Entgleisungsstatus hinweisen, aus den bisherigen HMGs herauszunehmen und eigenen HMGs zuzuordnen.

10.3 Herauslösung der Diabetes-Diagnosen, die auf einen Entgleisungsstatus hinweisen

Da dieser konkrete Vorschlag nicht Gegenstand des Anhörungsentwurfes war und somit die Anhörungspartner keine Stellungnahme hierzu abgeben konnten, ist eine Überprüfung an dieser Stelle aus formalen Gründen nicht angezeigt und muss daher auf eine spätere Anpassung verschoben werden.

10.4 Ergebnis

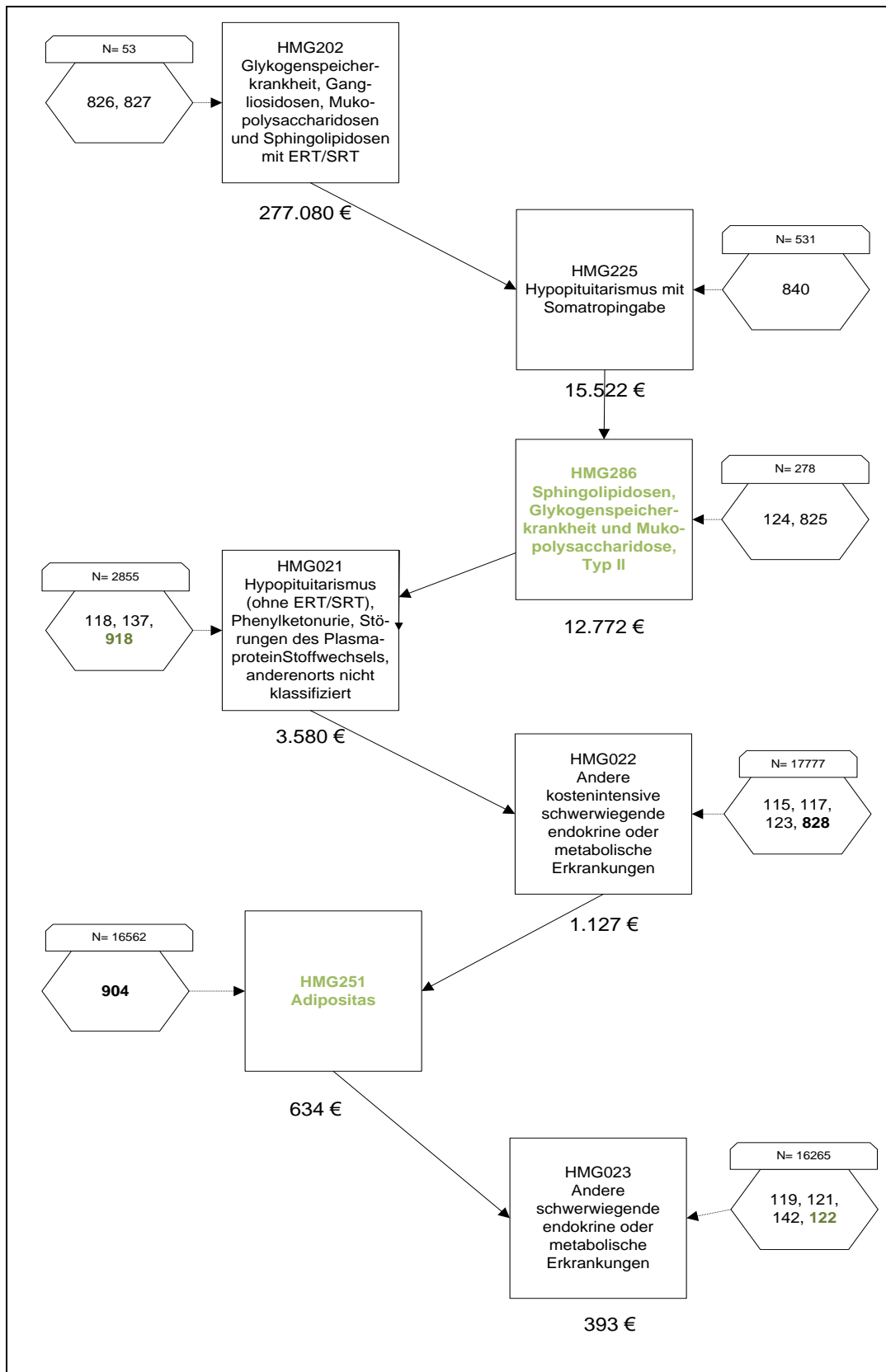
Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Anhörungsentwurf.

11 Hierarchie 04: „Metabolische Erkrankungen“

11.1 Festlegungsentwurf

Die neu aufgenommenen Diagnosen der Adipositas sollen gemäß ihres Kostenniveaus in die Hierarchie der metabolischen Erkrankungen zwischen HMG022 und HMG023 eingeordnet werden. Ebenso soll die bestehende Hierarchie um eine weitere Zuschlagsgruppe ergänzt werden, die die DxG124 („Sphingolipidosen“) und DxG825 („Glykogenspeicherkrankheit und Mukopolysaccharidose, Typ II“) umfasst und die zwischen der HMG225 („Hypopituitarismus mit Somatropingabe“) und HMG021 („Hypopituitarismus ohne ERT/SRT, Phenylketonurie, Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert“) angesiedelt wird. Ferner sollen der ICD-Kode E79.1 („Lesch-Nyhan-Syndrom“) künftig der HMG023 („Andere schwerwiegende endokrine oder metabolische Erkrankungen“) und die ICD-Kodes E70.0/.1 („Phenylketonurie“) von der HMG023 in die HMG021 verschoben werden, um die jeweils damit assoziierten Folgekosten besser abzubilden.

Abbildung 8: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 04 („Metabolische Erkrankungen“)



11.2 Stellungnahmen

Die vorgesehen Änderungen wurden überwiegend begrüßt. Lediglich bei der Einordnung der Adipositas wird von verschiedenen Seiten auf ein mögliches Manipulationsrisiko hingewiesen und entweder die ausschließliche Berücksichtigung von stationären Hauptdiagnosen (Barmer, TK et al.) oder zumindest eine kritische Beobachtung der Fallzahlentwicklung (GKV-SV) empfohlen. Die DAK empfiehlt, dass die HMG021 den Zusatz „ohne Somatropin“ und die HMG286 den Zusatz „ohne ERT/SRT“ erhalten.

11.3 Berücksichtigung von stationären Hauptdiagnosen bei DxG904 Adipositas

Der Vorschlag, bei der Adipositas nur stationäre Hauptdiagnosen zuzulassen, wurde bereits im Anhörungsentwurf geprüft und verworfen. Die Modellgüte hatte sich gegenüber dem Ausgangsmodell nicht verbessert. Zudem würde die ausschließliche Berücksichtigung von stationären Hauptdiagnosen einen neuen Sonderfall darstellen und damit der angedachten Vereinheitlichung der Sonderregeln widersprechen. Es bestehen ferner Bedenken, dass eine ausschließliche Berücksichtigung von Patienten mit entsprechenden Hauptdiagnosen letztendlich einer Fokussierung auf Patienten, die zur bariatrischen Chirurgie ins Krankenhaus eingewiesen werden, entspricht, und damit im Grunde nicht die Patienten repräsentieren, die aufgrund ihrer Adipositas hohe Folgekosten verursachen werden. Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt aber eine kritische Beobachtung der Fallzahlentwicklung zur frühzeitigen Entdeckung möglicher Manipulationsaktivitäten.

11.4 Ergebnis

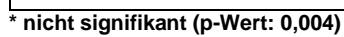
Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Anhörungsentwurf.

12 Hierarchie 05: „Erkrankungen der Leber“

12.1 Festlegungsentwurf

Im Vergleich zum Modell des Vorjahres sieht die Entwurfsfassung für das Klassifikationsmodell 2013 in der Hierarchie „Erkrankungen der Leber“ die folgenden Änderungen vor:

- Im Zuge der Krankheitsauswahl 2013 entfallen mit der Krankheit 19 (Akute schwere Lebererkrankung) die HMG028 (Leberversagen, akute Lebererkrankung) und die HMG029 (Sonstige virale Hepatitis [ohne HAV], akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma).
- Die ICD-Kodes I85.0, I98.21, I98.3 werden aus der DxG143 (Ösophagus-Varizen) ausgegliedert und der neuen DxG919 zugeordnet, welche die Bezeichnung „Ösophagus-Varizen mit Blutung“ erhält. Die DxG143 wird umbenannt in „Ösophagus-Varizen ohne Blutung“. Die DxG919 wird mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ validiert.
- Die DxG143 wird aus der HMG025 (Terminale Lebererkrankung) ausgegliedert und zusammen mit der DxG919 der neuen HMG 287 zugeordnet, welche die Bezeichnung „Ösophagusvarizen“ erhält und von der HMG025 dominiert wird.
- Die DxG147 wird aus der HMG027 (Chronische Hepatitis) ausgegliedert und der neuen HMG289 zugeordnet, welche die Bezeichnung „Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung“ erhält und von der HMG027 dominiert wird. Die HMG027 wird umbenannt in „Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation“.
- Die HMG026 (Leberzirrhose) wird in der Hierarchie zwischen die HMG027 und die neue HMG289 gestellt.
- Es wird eine neue DxG920 gebildet, die die gleichen ICD-Kodes wie die DxG146 enthält, aber zusätzlich über Arzneimittel(wirkstoffe) mit den ATC-Kodes J05AA-G, J05AR und L03AB validiert wird. Die DxG920 erhält die Bezeichnung „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation“ und wird der neuen gleichnamigen HMG288 zugeordnet. Die HMG288 dominiert die HMG027. Die DxG146 wird umbenannt in „Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation“.
- Der ICD-Kode K77.8 (Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten) wird aus der DxG144 ausgegliedert und einer eigenen, neuen DxG921 zugeordnet, welche die Bezeichnung „Sonstige sekundäre Lebererkrankung“ erhält. Diese wird der neuen HMG289 zugeordnet.



12.2 Stellungnahmen

TK et al. halten es für unverzichtbar, eine hierarchische Beziehung zwischen der HMG288 (Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation) und der HMG287 (Ösophagusvarizen) herzustellen. Da eine chronische Hepatitis B und C in ca. 20-30% der Fälle in eine Leberzirrhose übergehe und etwa die Hälfte der von einer Leberzirrhose betroffenen Patienten auch Ösophagusvarizen aufweise, könnte es ohne die vorgeschlagene Hierarchisierung zu ungerechtfertigten Doppelzuweisungen kommen.

Die Barmer hält die Anpassungen für überwiegend sachgerecht, erachtet jedoch die Aufteilung der chronischen Virushepatitis in Zuschlagsgruppen mit und ohne Dauermedikation als problematisch. Durch neu zugelassene (in der verwendeten Datenmeldung noch nicht enthaltene) Kombinationstherapien würden schwere Hepatitisfälle standardmäßig mit mehreren Arzneimitteln gleichzeitig behandelt, so dass die DDD-Grenzen der Arzneimittelvalidierung an dieser Stelle nicht mehr passend erscheinen. Gleichzeitig sei zu erwarten, dass die hohen Kosten der neuen Kombinationstherapien bei der Ermittlung des Jahresausgleichs 2013 auf Basis der Verordnungsdaten 2012 zu erheblichen Kostenausreißern führen würden, was wiederum „zu heftigen, ggfs. auch widersprüchlichen Wirkungen auf den Zuschlag führen“ könnte, so dass die Vorhersehbarkeit der Ergebnisse des Jahresausgleichs und damit auch die Planbarkeit des Morbi-RSA für die Kassen erheblich beeinträchtigt würde. Die vorgesehene Aufteilung der chronischen Virushepatitis wird daher abgelehnt.

Die DAK bittet darum, analog zum bisherigen Vorgehen den Zusatz „ohne Dauermedikation“ bei der HMG027 (Chronische Virushepatitis) zu ergänzen.

Die KBV beurteilt die stärkere Differenzierung der Erkrankungen der Leber sowie die daraus resultierenden Neuzuordnungen aus medizinischen Aspekten als nachvollziehbar und die angepasste Hierarchisierung als in sich schlüssig.

12.3 Hierarchisierung der HMG288 und HMG287

12.3.1 Untersuchung / Diskussion

TK et al. befürchten, dass es aufgrund der fehlenden Hierarchisierung zwischen der HMG288 (Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation) und der HMG287 (Ösophagusvarizen) zu Doppelzuweisungen kommen kann.

Eine solche Doppelzuweisung wäre problematisch, wenn sie unerwünschte Anreize im Kodierverhalten schaffen oder die Zielgenauigkeit des Modells beeinträchtigen würde. Aufgrund der klar abgegrenzten Krankheitsbilder ist hier jedoch nicht von einer unerwünschten Anreizwirkung auszugehen. Und auch die Zielgenauigkeit verbessert sich durch eine Hierarchisierung der HMG287 und der HMG288 nicht, wie Tabelle 2 zeigt.

Tabelle 2: Hierarchie 5 – Hierarchisierung der HMG288 und HMG287

			Modell 5 (M5) Festlegungsentwurf		Modell 7		Modell 8	
						ΔM5		ΔM5
R2			23,3541%		23,3522%	-0,0019%	23,3537%	-0,0004%
CPM			23,2614%		23,2603%	-0,0012%	23,2612%	-0,0003%
MAPE			1.874,23 €		1.874,25 €	0,0285 €	1.874,23 €	0,0062 €
DxG	Bezeichnung	HMG	N	Beta	N	Beta	N	Beta
144	Terminale Lebererkrankung	25	281	6.541 €	281	6.554 €	281	6.539 €
920	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	288	1.288	4.517 €	1.287	4.287 €	1.288	4.568 €
919	Ösophagusvarizen mit Blutung	287	3.400	2.616 €	3.375	2.573 €	3.375	2.573 €
143	Ösophagusvarizen ohne Blutung							
146	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation	27	7.788	1.643 €	7.788	1.642 €	7.788	1.642 €
145	Leberzirrhose	26	8.721	958 €	8.721	957 €	8.721	958 €
147	Chronische Hepatitis, nicht virenbedingt	289	2.978	332 €	2.978	332 €	2.978	332 €
921	Sonstige sekundäre Lebererkrankung							
			<pre>graph TD 25 --> 287 287 --> 288 287 --> 27 288 --> 27 27 --> 26 26 --> 289</pre>		<pre>graph TD 25 --> 288 288 --> 287 287 --> 27 27 --> 26 26 --> 289</pre>		<pre>graph TD 25 --> 287 288 --> 287 287 --> 27 27 --> 26 26 --> 289</pre>	

Weder eine Eingliederung der HMG288 zwischen die HMG025 und die HMG287 (Modell 7), noch die einfache Überordnung der HMG288 über die HMG287 (Modell 8) verbessern die statistischen Kennzahlen gegenüber dem im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Modell 5. Ersteres wurde in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf auch bereits festgestellt, jedoch nicht explizit dargestellt.

12.3.2 Bewertung

Da die vorgeschlagene Hierarchisierung zwischen der HMG288 und der HMG287 die Zielgenauigkeit des Modells verschlechtert und auch keine offensichtliche Anreizwirkung vorliegt, die hierdurch behoben würde, lehnt das BVA eine solche Hierarchisierung ab.

12.4 Kombinationstherapien

12.4.1 Untersuchung / Diskussion

Die Barmer bewertet die Aufteilung der Chronischen Virushepatitis in Zuschlagsgruppen mit und ohne Dauermedikation als problematisch, da hierbei neue Therapieformen, die sich erst

in den Verordnungs- und Kostendaten im Jahresausgleich 2013 widerspiegeln werden, nicht berücksichtigt werden.

Die Argumentation der Barmer ist zwar nachvollziehbar, kann jedoch nicht überprüft werden, da die entsprechenden Daten noch nicht vorliegen. Die Festlegung des Klassifikationsmodells kann immer nur auf Basis der jeweils aktuell vorliegenden Daten getroffen werden und nicht auf Basis von Erwartungen.

12.4.2 Bewertung

Der Vorschlag der Barmer wird nicht aufgegriffen, da er mangels Daten nicht überprüft werden kann. BVA und Wissenschaftlicher Beirat werden den von der Barmer vorgetragenen speziellen Sachverhalt jedoch weiter beobachten.

12.5 Konsistenz der Bezeichnungen

12.5.1 Untersuchung / Diskussion

Die DAK bittet darum, bei den Bezeichnungen konsistent zu bleiben und den Zusatz „ohne Dauermedikation“ bei der HMG027 (Chronische Virushepatitis) zu ergänzen.

12.5.2 Bewertung

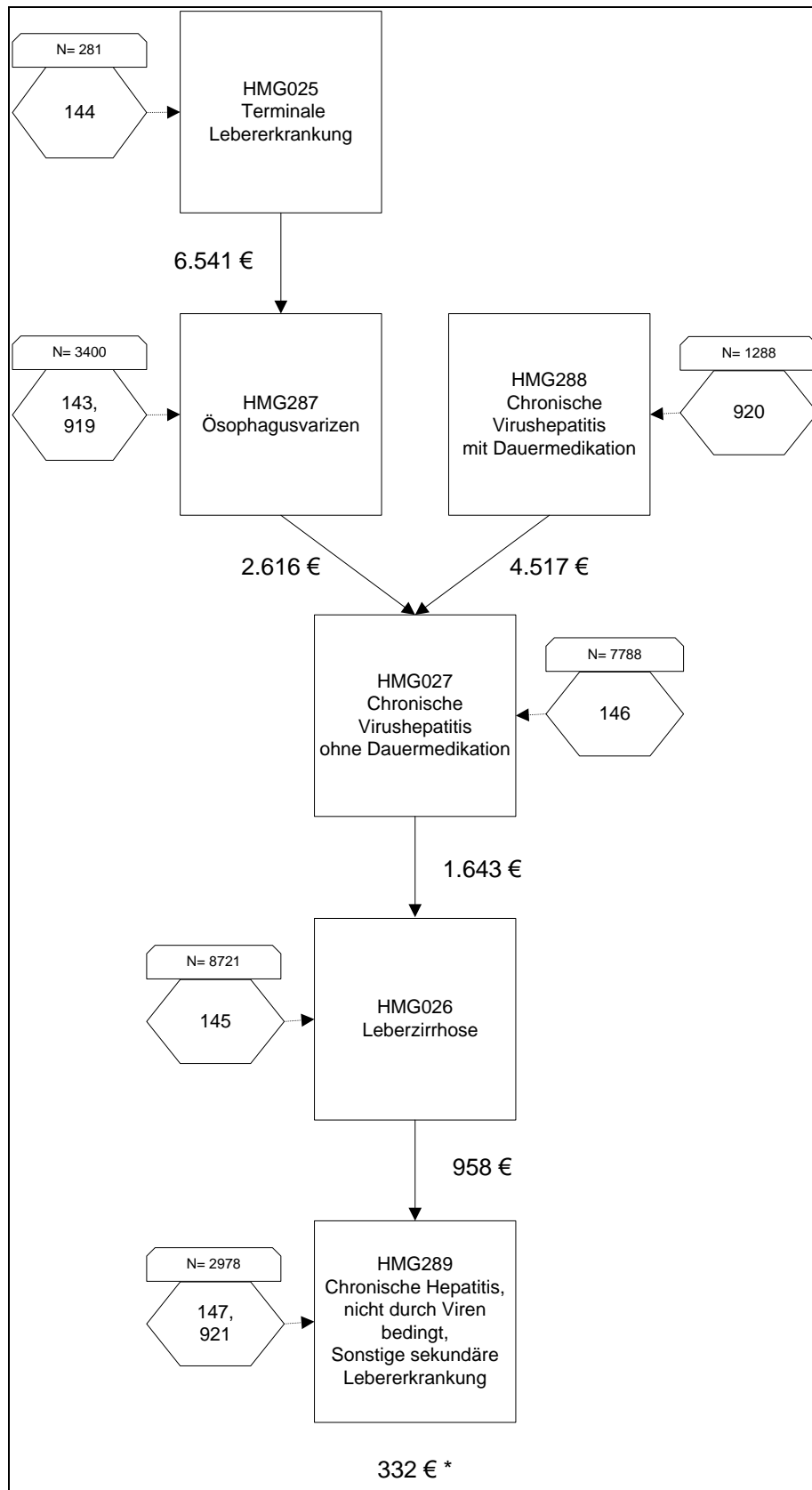
Der Vorschlag ist sachgerecht.

12.6 Ergebnis

Die im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Modellanpassungen werden vom BVA unverändert in die Festlegung übernommen. Die HMG027 erhält die Bezeichnung „Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation“.

Das Ergebnis ist mit dem Wissenschaftlichen Beirat konsentiert.

Abbildung 10: Festlegung der Hierarchie 05 („Erkrankungen der Leber“)



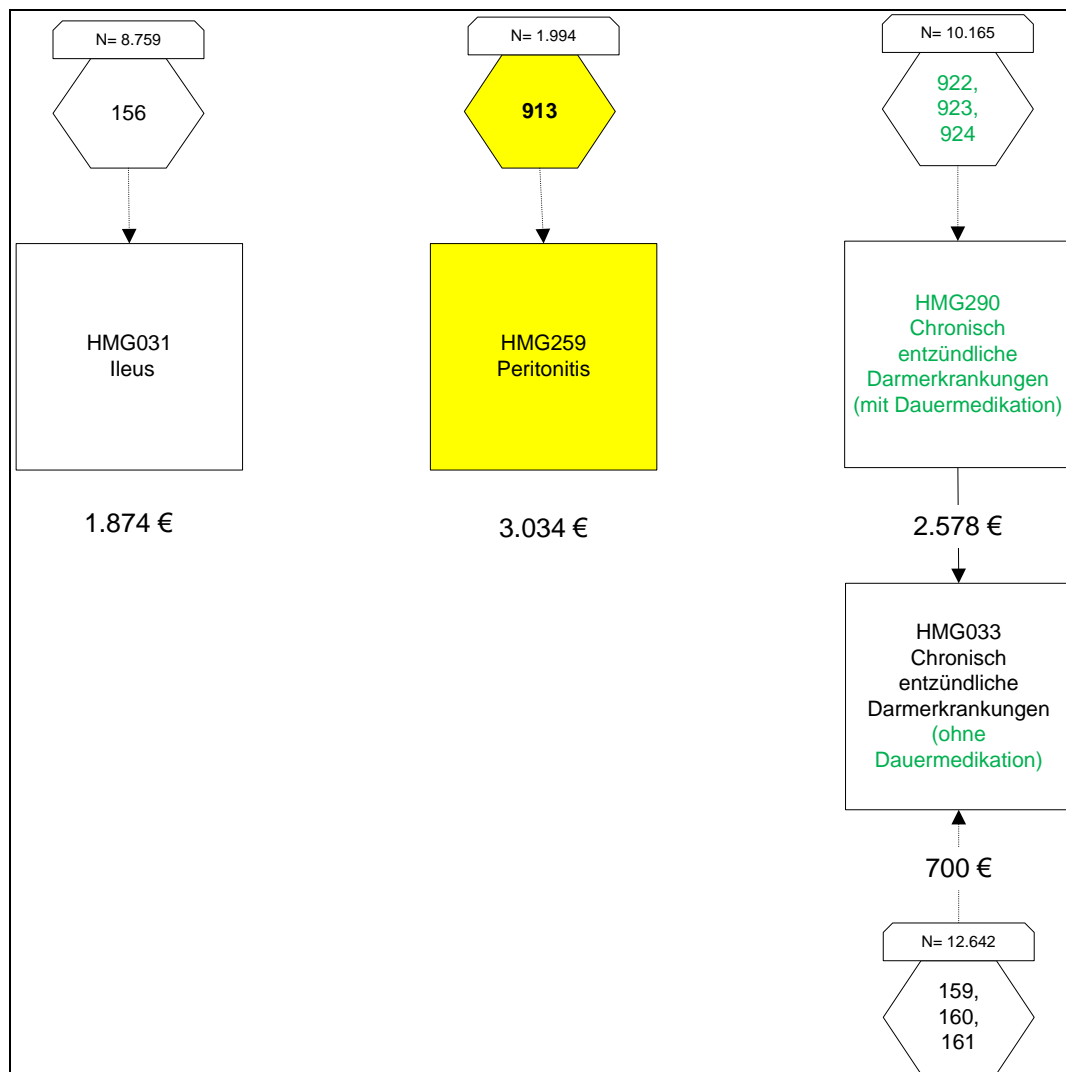
13 Hierarchie 06: „Gastrointestinale Erkrankungen“

13.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf werden die folgenden Modellanpassungen für die Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ vorgeschlagen:

- Die Dominanzbeziehung zwischen der HMG031 und der HMG259 wird aufgelöst.
- Die Dominanzbeziehung zwischen der HMG033 und der HMG259 wird aufgelöst.
- Für die DxG913 wird das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ definiert.
- Die bisherige HMG033 (Chronisch entzündliche Darmerkrankungen) wird mittels einer Arzneimitteldifferenzierung nach Behandlungstagen neu abgegrenzt in die HMG290 (Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation) und die HMG033neu (Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation). Die HMG290 umfasst die neuen DxGruppen DxG922 (Morbus Crohn (Alter > 17 Jahre) mit Dauermedikation), DxG923 (Colitis ulcerosa (Alter > 17 Jahre) mit Dauermedikation) und DxG924 (Entzündliche Darmerkrankung (Alter < 18 Jahre) mit Dauermedikation) und ist der HMG033neu (Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation) hierarchisch übergeordnet.

Abbildung 11: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 6 („Gastrointestinale Erkrankungen“)



13.2 Stellungnahmen

Generell werden die Anpassung der Hierarchie und insbesondere die Einordnung der neu hinzugekommenen Peritonitis von GKV-SV, Barmer, AOK-BV und KBV begrüßt. Auch die arzneimittelbasierte Differenzierung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wird prinzipiell als sinnvoll angesehen. Allerdings wird auch hier von GKV-SV und Barmer angemerkt, dass die vom BVA zur Abgrenzung genutzte Wirkstoffliste zu breit ausgelegt sei. Das BVA wird aufgefordert, ein Vergleichsmodell mit einer enger gefassten Wirkstoffliste zu untersuchen. Der AOK-BV merkt zusätzlich an, dass die Einführung reiner Arzneimittelzuschläge die Modellgüte weiter hätte verbessern können.

Die KBV bezeichnet die Ausgestaltung der Hierarchie sowohl aus medizinischer als auch statistischer Sicht als sinnvoll. Bezüglich der Berücksichtigung von Arzneimitteln in der neuen HMG290 wird die Frage aufgeworfen, ob zusätzlich zu den berücksichtigten ATC-Kodes noch der Kode L01BA aufgenommen werden sollte.

13.3 Bewertung

Bezüglich der Forderung nach einer engeren Arzneimittelabgrenzung wird auf die Diskussion in Kapitel 6 verwiesen.

Die von der KBV vorgeschlagene zusätzliche Berücksichtigung des ATC-Kodes L01BA erscheint sinnvoll: Der Folsäure-Antagonist Methotrexat wird bei Morbus Crohn eingesetzt, wenn Azathioprin oder 6-Mercaptopurin erfolglos waren oder deren Therapie aufgrund von Nebenwirkungen beendet werden musste. Zur Therapie der Colitis ulcerosa wird es als Reservemedikament verwendet. Somit ist der Hinweis der KBV berechtigt. Der entsprechende Fünf-Steller L01BA Folsäureanaloga wird in die Liste der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel (Anlage 3 zur Festlegung) aufgenommen. In der Stichprobe resultiert daraus jedoch keinerlei Veränderung von Schätzern und Belegungszahlen, da die 56 Stichprobenversicherten, die diesen ATC-Kode aufweisen, bereits über weitere berücksichtigte ATC-Kodes der HMG290 zugeordnet werden.

13.4 Ergebnis

Der Fünf-Steller L01BA Folsäureanaloga wird in die Liste der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel (Anlage 3 zur Festlegung) aufgenommen, ansonsten erfolgt keine Änderung zum Anhörungsentwurf.

14 Hierarchie 07: „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

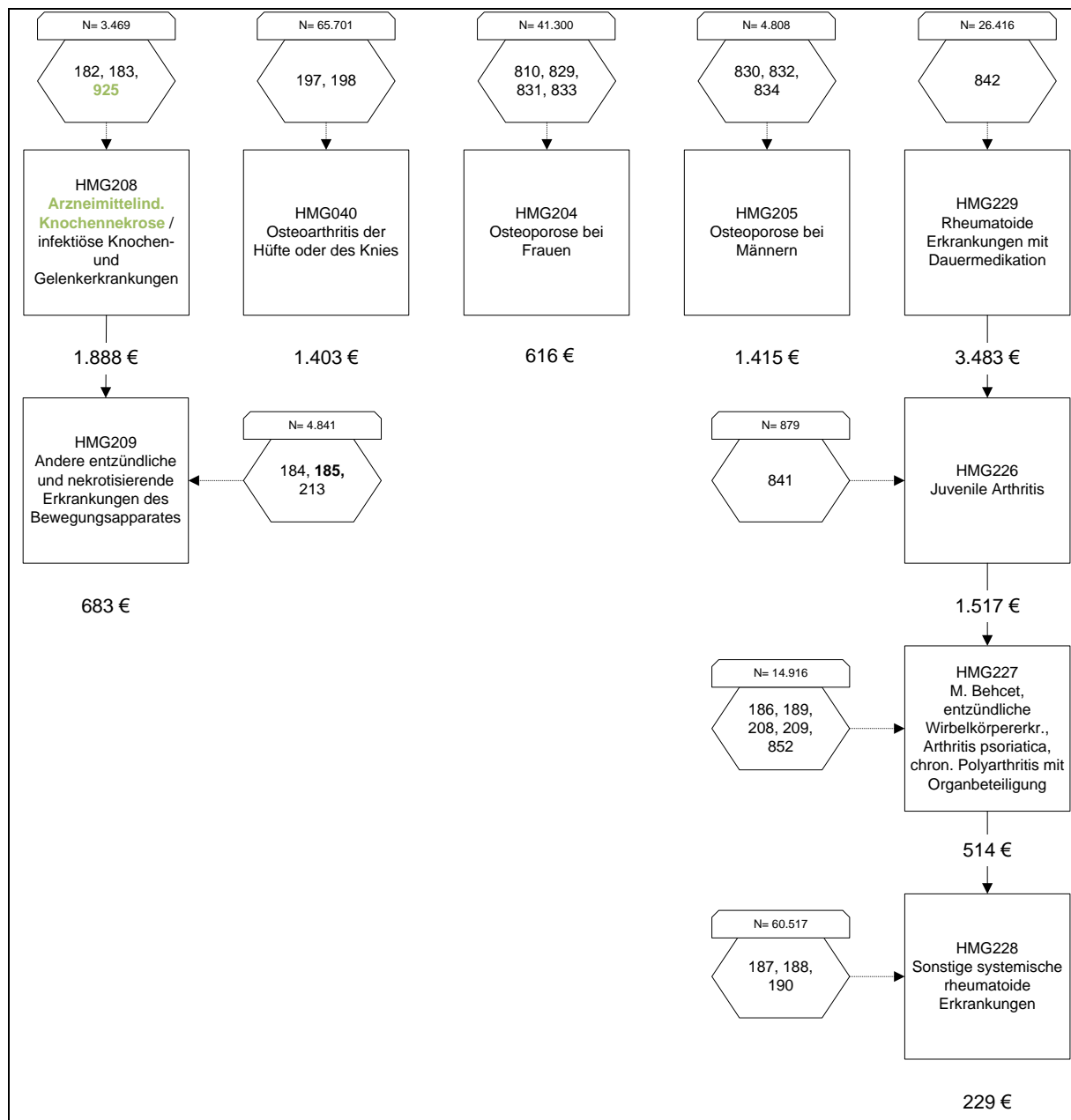
14.1 Festlegungsentwurf

Im Vergleich zum Modell des Vorjahres sieht die Entwurfsfassung für das Klassifikationsmodell 2013 die folgenden Änderungen in der Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ vor:

- Die neu aufgenommenen ICD-Kodes M87.1- („Knochennekrose durch Arzneimittel“) bilden die DxG925 („Arzneimittelinduzierte Knochennekrose“), die in die HMG208 führt.
- Die HMG208 wird umbenannt in „Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / infektiöse Knochen- und Gelenkerkrankungen“.
- Die übrigen Kodes des ICD-Dreistellers M87.- verbleiben in der DxG185, die umbenannt wird in „Sonstige Knochennekrose“. Die DxG185 wird weiterhin der HMG209 zugeordnet.

In Abbildung 12 wird die Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ nach Umsetzung der obigen Anpassungsempfehlung nochmals grafisch dargestellt.

Abbildung 12: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 07 („Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“)



14.2 Stellungnahmen

TK et al. können die manifestationsbezogene Einordnung der arzneimittelinduzierten Knochennekrosen in die Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (und nicht in die Hierarchie „Medizinische Komplikationen“) nachvollziehen, weisen allerdings darauf hin, dass dieses Vorgehen auch auf weitere Formen medizinischer Komplikationen übertragen werden könne und solle. Auch die Barmer bezeichnet die vorgenommene Einordnung als sachgerecht.

Eine einzelne kritische Anmerkung erfolgte seitens der KBV, die die „Durchmischung von Infektionen und nicht-infektiösen Veränderungen“ problematisiert.

Weitere Äußerungen zur vorgenommenen Anpassung der Hierarchie wurden nicht übermittelt.

14.3 Diskussion / Bewertung

Insgesamt wurde die Einordnung der arzneimittelinduzierten Knochennekrosen kaum thematisiert. Die Stellungnahmen von TK et al. und der Barmer stützen dabei generell das Vorgehen des BVA.

Wie an anderen Stellen ihrer Stellungnahme auch, begrüßen TK et al. die manifestationsbezogene Verschiebung medizinischer Komplikationen (hier der arzneimittelinduzierten Knochennekrosen) in eine jeweils organspezifische Hierarchie. Zum Hinweis, dass sich ein analoges Vorgehen auch auf andere Hierarchien übertragen ließe, wird im Kapitel „Medizinische Komplikationen“ (Abschnitt 25) Stellung genommen.

Die gemeinsame (H)MG-Eingruppierung von Diagnosegruppen, die infektiöse Erkrankungen und solchen, die nicht-infektiöse Erkrankungen enthalten, führt im Ergebnis dazu, dass die durch die enthaltenen Diagnosen ausgelösten Zuschläge sich in ihrer Höhe entsprechen. Die gemeinsame Einordnung in eine Morbiditätsgruppe – oder auch nur den identischen, strikten Hierarchiestrang – bewirkt darüber hinaus, dass im Falle einer parallelen Kodierung nicht zwei Zuschläge ausgelöst werden, sondern nur ein einziger. Inwiefern die KVB hierin ein Problem erkennt, kann ohne weitere Ausführungen nicht nachvollzogen werden.

14.4 Ergebnis

Die im Festlegungsentwurf vorgenommene Einordnung der arzneimittelbasierten Knochennekrose wird unverändert in die Festlegung übernommen.

15 Hierarchie 09: „Kognitive Erkrankungen“

15.1 Festlegungsentwurf

Aufgrund der neuen Krankheitsauswahl sieht der Entwurf zur Festlegung des Klassifikationsmodells 2013 die folgenden Veränderungen vor:

- Die Bezeichnung der DxG249 wird von „Degenerative Hirnerkrankungen / Morbus Alzheimer“ in „Reye-Syndrom“ geändert.
- Durch eine Verschiebung der DxGs 249 und 250 (HMG047) in die Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ wird die Hierarchie 09 aufgelöst.

15.2 Stellungnahmen

Barmer und KBV können die Auflösung der Hierarchie 9 nachvollziehen. Kritische Kommentare wurden nicht vorgetragen.

15.3 Ergebnis

Die im Festlegungsentwurf vorgenommene Verschiebung der DxGs 249 und 250 in die Hierarchie 14 und die Auflösung der Hierarchie 09 werden unverändert in die Festlegung übernommen.

16 Hierarchie 10: „Drogen- /Alkoholmissbrauch“

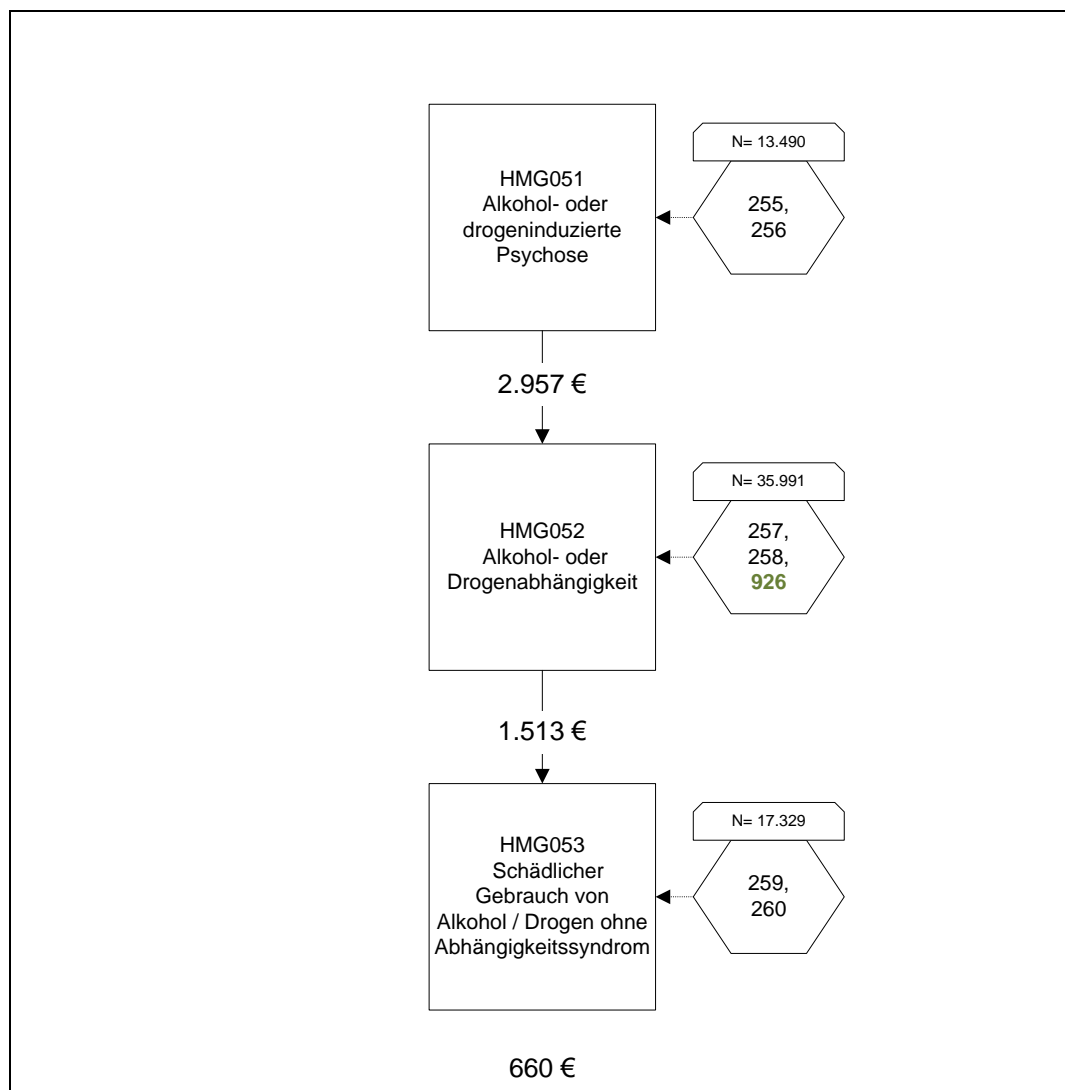
16.1 Festlegungsentwurf

In der Hierarchie 10 beschränkte sich der Anpassungsbedarf auf den infolge der Krankheitsauswahl 2013 neu hinzugekommenen ICD-Kode Z51.83 „Opiatsubstitution“. Für dessen Einordnung hat das BVA im Festlegungsentwurf folgenden Vorschlag gemacht:

- Vergabe einer neuen DxG926 für den ICD-Kode Z51.83 „Opiatsubstitution“. Diese wird über Arzneimittel validiert (mindestens zwei Verordnungsquartale der ATC N07BC bzw. Sonder-PZN 2567107, 2567113, 2567136, 2567656, 9999086) und führt in die HMG052.

Grafisch gibt Abbildung 13 die Gestalt der Hierarchie auf Basis der vorgeschlagenen Anpassung wieder.

Abbildung 13: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 10 („Drogen-/Alkoholmissbrauch“)



16.2 Stellungnahmen

BPtK, Barmer und KBV befürworten die vorgenommenen Änderungen. Nach Auffassung der BPtK ist die Arzneimittelvalidierung des ICD-Kodes Z51.83 gerechtfertigt, eine darüber hinausgehende Validierung weiterer ICD-Kodes nicht sachgerecht. Laut Barmer wird damit die Manipulationsresistenz nach Aufnahme der Diagnose „Opiatsubstitution“ im Rahmen der Möglichkeiten gewahrt.

Gegen die Anpassungsempfehlung des BVA (einfache Validierung des ICD-Kodes) sprechen sich in den Stellungnahmen GKV-SV, AOK-BV und TK et al. aus. Der GKV-SV kann die Argumentation des BVA zur Ablehnung einer Arzneimitteldifferenzierung nicht nachvollziehen. Unter der Zielsetzung einer optimalen Differenzierung der Folgekosten von Versicherten mit demselben Krankheitsgeschehen sei es erforderlich, die Einführung einer arzneimittelbasierten Kostendifferenzierung zu überprüfen. Auch für den AOK-BV tragen die Argumente des BVA beim Verzicht auf eine entsprechende Ausdifferenzierung nicht. Es wird gefordert, den im Vorschlagsverfahren eingebrachten Ansatz zu prüfen und umzusetzen.

TK et al. hatten darüber hinaus im Vorschlagsverfahren eine weitgehende Umstrukturierung der gesamten Hierarchie sowie für weitere ICD-Kodes bzw. DxGs eine Schweregraddifferenzierung vorgeschlagen und weisen in ihrer Stellungnahme auf diesen Vorschlag abermals hin.

16.3 Arzneimittelvalidierung vs. Arzneimitteldifferenzierung bei Opiatsubstitution

16.3.1 Untersuchung/Diskussion

Definitionsgemäß ist eine Arzneimitteldifferenzierung möglich, wenn eine spezifische medikamentöse Therapie eindeutige Rückschlüsse auf den besonderen Schweregrad einer Erkrankung zulässt. Damit ist das Ziel nicht primär, die Folgekosten optimal zu differenzieren, obwohl dies in den meisten Fällen damit einhergeht. Zum Einsatz von Arzneimitteldifferenzierungen im Klassifikationssystem s. a. Kapitel I.6.

Das BVA hat bereits in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf zur Hierarchie 10 argumentiert, dass die Gabe von Substitutionsmitteln/Arzneimitteln im Fall von Opiatabhängigen nicht regelmäßig Rückschlüsse auf einen besonderen Schweregrad zulässt. Trotz der strikten Kriterien zur Einleitung bzw. zum Abbruch einer Substitutionstherapie Opiatabhängiger ist nicht immer eindeutig, dass es sich bei den derart Behandelten auch um die medizinisch schwereren Fälle handelt. Die medikamentöse Compliance von Suchtkranken variiert in höchstem Maße. So sind viele Opiatabhängige wegen schwieriger psychischer oder sozialer Begleitumstände nicht imstande, eine Substitutionstherapie durchzuhalten oder sie lehnen sie von vornherein ab. Unter diesen Vorzeichen verkehrt sich der Zusammenhang von Medi-

kamentengabe und Schweregrad der Erkrankung genau ins Gegenteil. Das BVA kann angesichts dieser Disparitäten eine Arzneimitteldifferenzierung nicht vertreten.

Im Gegensatz dazu erfordert der ICD-Kode Z51.83 Opiatsubstitution explizit aufgrund seiner Bezeichnung eine Arzneimitteltherapie. Die Diagnose Opiatsubstitution zu stellen, ohne gleichzeitig ein entsprechendes Mittel zu verordnen, würde die Diagnose ad absurdum führen. Die Diagnose „Opiatsubstitution“ ist nur dann glaubwürdig, wenn die von ihr betroffenen Versicherten auch mit entsprechenden Medikamenten kontinuierlich behandelt werden.

16.3.2 Bewertung

Nach Auffassung des BVA ist aus den genannten Gründen die Wahl einer Arzneimittelvalidierung im Fall von Opiatsubstitution sachgerecht.

16.4 Ergebnis

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Anhörungsentwurf. Die Hierarchie 10 hat weiterhin die in Abbildung 13 gezeigte Gestalt.

17 Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“

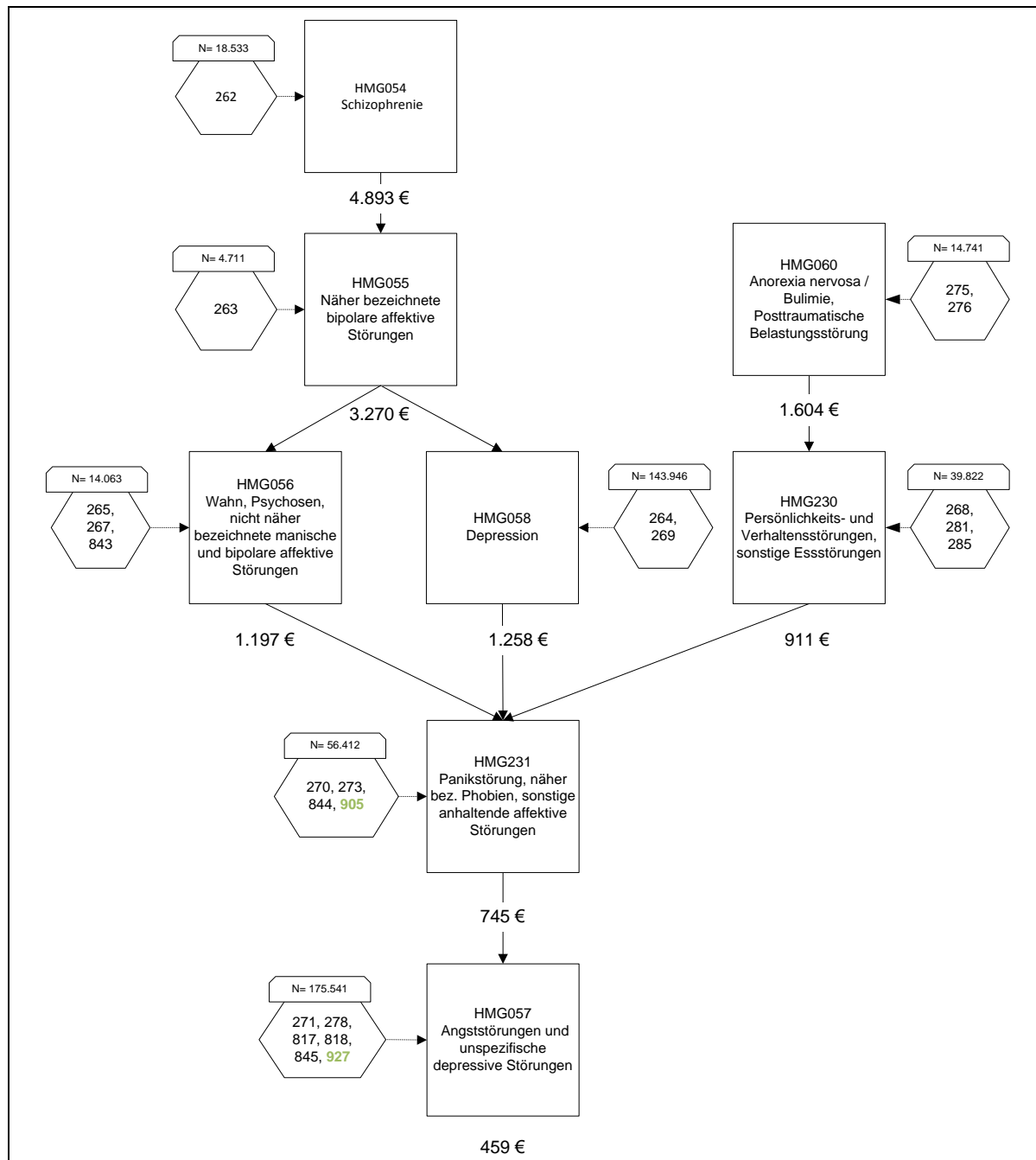
17.1 Festlegungsentwurf

Im Zuge der aktualisierten Krankheitsauswahl sind in dieser Hierarchie ICD-Codes weggefallen (DxG844). Eine neue DxG (DxG905) war in die Hierarchie zu integrieren. Im Ergebnis wurde diese DxG in zwei DxGs aufgeteilt (Unspezifische und spezifische Zwangsstörungen) und den HMG231 bzw. HMG057 zugeordnet.

Vorschläge zur Zusammenlegung verschiedener HMGs sind nicht übernommen worden.

Von TK et al. wurde im Vorschlagsverfahren angemerkt, dass sich unspezifische Diagnosen der bipolaren Störung in der HMG056 auf gleicher Ebene mit den spezifischen Diagnosen zur Depression in der HMG058 befinden. Daraus können ungerechtfertigte Doppelzuweisungen folgen. Mit Verweis auf die im Jahr 2011 erfolgte umfassende Überarbeitung wurde von einer Anpassung abgesehen. Eine schematische Darstellung der Hierarchie in der Fassung des Festlegungsentwurfs lässt sich Abbildung 14 entnehmen.

Abbildung 14: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 11 („Psychische Erkrankungen“)



17.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV, Barmer und KBV können die Einordnung der neu aufgenommenen ICD-Kodes nachvollziehen. Von der BPtK werden die vorgenommenen Änderungen in der Hierarchie ausdrücklich begrüßt. In mehreren Stellungnahmen wird die Problematik möglicher Doppelzuweisungen im Bereich Depression und bipolaren affektiven Störungen aufgegriffen. Um Manipulationsmöglichkeiten zu vermeiden, wird von GKV-SV, TK et al., BPtK und IKK e.V. gefordert, die HMG058 (Depression) der HMG056 (Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen) hierarchisch überzuordnen oder beide Gruppen zusammenzulegen. Die Barmer lehnt dagegen mit Verweis auf die Stellungnahme

von 2011 eine weitere Zusammenlegung von HMGs, insbesondere der HMG058, in der Hierarchie ab.

BPtK regt an, die HMG231 in „Panikstörungen, näher bezeichnete Phobien und Zwangsstörungen, sonstige affektive Störungen“ umzubenennen.

Die KBV verweist zur Überarbeitung der ICD-10-Zuordnung im Rahmen der Krankheitsauswahl auf ihre Anmerkungen vom vorigen Jahr.

17.3 Ergebnis

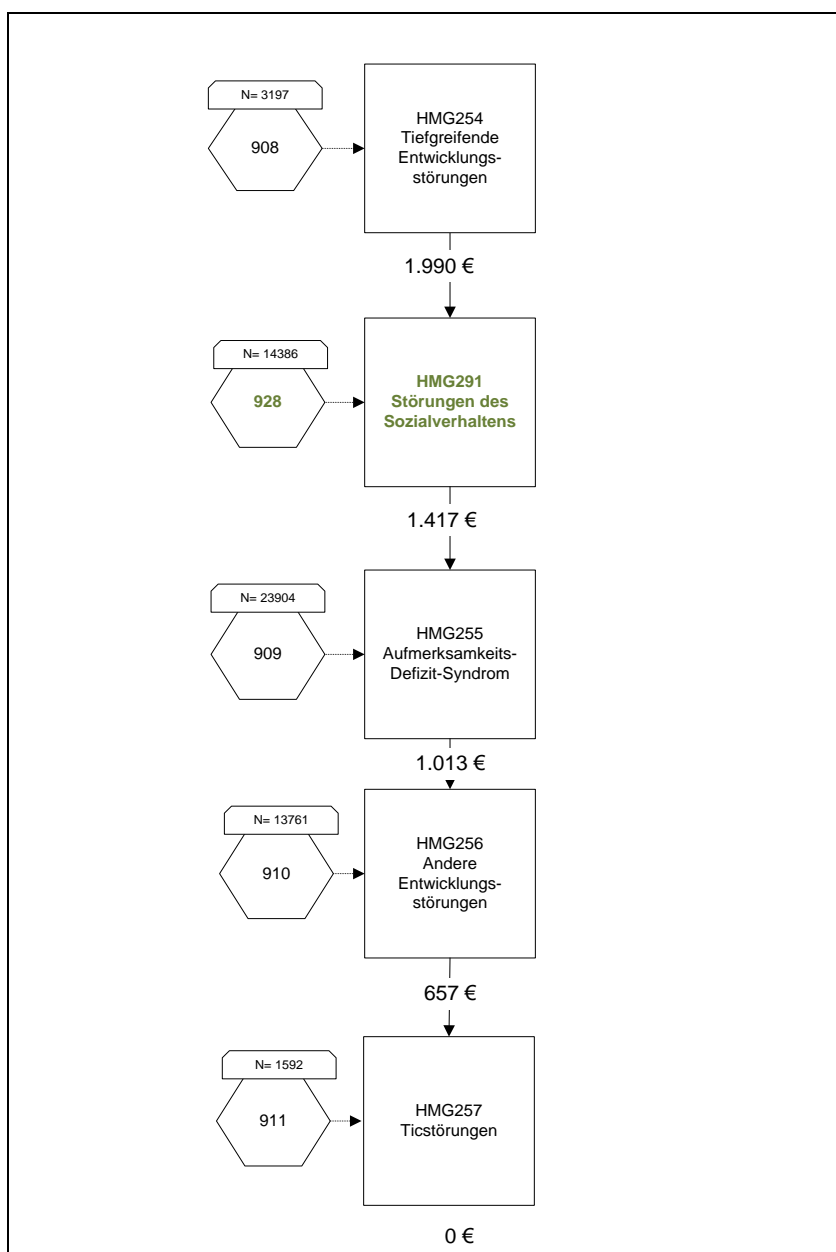
Die Hinweise sind sachgerecht. Aus Zeitgründen wird eine vollständige Überarbeitung der Hierarchie bei der nächsten Anpassung für das Ausgleichsjahr 2014 durchgeführt.

18 Hierarchie 12: „Entwicklungsstörungen“

18.1 Festlegungsentwurf

Die Hierarchie ist aufgrund der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 komplett neu zu besetzen. Das Ausgangsmodell basierend auf dem ehemaligen DxCG-Modell wurde im Anhörungsentwurf um die HMG291 (Störungen des Sozialverhaltens) ergänzt und die Hierarchisierung entsprechend angepasst (Abbildung 15). Es ergab sich dabei ein insignifikanter Kotenschätzer für die HMG257 (Ticstörungen), der infolgedessen auf null gesetzt wurde.

Abbildung 15: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 12 („Entwicklungsstörungen“)



18.2 Stellungnahmen

Nach Ansicht der KBV erscheint die Neuordnung plausibel, insbesondere die Dominanzbeziehung von HMG255 (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom) über HMG256 (Andere Entwicklungsstörungen) wird befürwortet. Auch die Barmer begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen. Es wird jedoch als kritisch erachtet, eine durch die Krankheitsauswahl neu hinzugekommene Diagnose bereits im ersten Jahr in einer Form abzubilden, die zu einem nicht-signifikanten Zuschlag führt. Hier sollten weitere Untersuchungen (z.B. eine Zusammenlegung von HMG257 (Ticstörungen) und HMG256 (Andere Entwicklungsstörungen)) erfolgen. Auch der GKV-SV kritisiert, dass die HMG257 (Ticstörungen) aufgrund der vorliegenden Insignifikanz des Schätzers nicht zu einem Zuschlag führt, ohne dass das BVA nach Möglichkeiten zur Vermeidung der Insignifikanz gesucht habe. Der GKV-SV sieht hierin eine „Revidierung der Krankheitsauswahl“. TK et al. weisen auf einen früher vorgebrachten Vorschlag hin, der einen Alterssplit bei den Diagnosen F91.- und F98.- nahelegt, da dieser auf den Daten von TK et al. zu deutlich unterschiedlichen Schätzern führte. Es wird vorgeschlagen, diesen Alterssplit im vom BVA nun vorgesehenen Modell ebenfalls zu prüfen. Die BPtK begrüßt ausdrücklich den Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats und des BVA zur Hierarchie 12. Die Ablehnung der Vorschläge von TK et al. zur Umstrukturierung sei aufgrund der Verschlechterung der Modellgüte folgerichtig. Nach Ansicht der BPtK sollte auch der Vorschlag des GKV-SV zur Einordnung der Ticstörungen aufgrund der fehlenden Kostenhomogenität und aus klinisch-medizinischen Gründen abgelehnt werden.

18.3 Umgang mit dem insignifikanten Zuschlag für HMG257 Ticstörungen

18.3.1 Untersuchung / Diskussion

Dem in einzelnen Stellungnahmen vermittelte Eindruck, dass durch den statistisch insignifikanten Zuschlag der HMG257 (Ticstörungen) und die daraus folgende Nullsetzung quasi eine zuschlagsberechtigte Krankheit im Nachhinein ausgeschlossen bzw. revidiert würde, kann nicht gefolgt werden. Zunächst ist nicht ausgeschlossen, dass sich aufgrund einer aktuelleren – und vollerbobenen – Datengrundlage im weiteren Verfahren ein signifikanter Zuschlag ergeben wird. Ferner sind die ICD-Kodes der HMG257 (Ticstörungen) über die Krankheit „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ in den Kreis der im Klassifikationsmodell zu berücksichtigenden Diagnosen aufgenommen worden. Alle anderen Diagnosen dieser Krankheit lösen Zuschläge aus. Unabhängig davon ergibt sich aber aus einer Berücksichtigung im Rahmen der Krankheitsauswahl kein Anspruch auf einen Zuschlag, wenn mit den Diagnosen keine statistisch signifikanten Folgekosten verbunden sind. Der Beirat hat zu einem früheren Zeitpunkt in seinem Gutachen zur Krankheitsauswahl im Dezember 2007 (S. 65, Rn. 5) ausdrücklich hierauf hingewiesen.

Dem GKV-SV ist aber beizupflichten, dass statistische Insignifikanzen nach Möglichkeit durch die Ausgestaltung des Klassifikationsmodells vermieden werden sollten. Der Vorschlag, die HMG257 (Ticstörungen) mit der HMG256 (Andere Entwicklungsstörungen) zusammenzulegen, erscheint aber aufgrund der deutlich unterschiedlichen Folgekosten (881 € zu 362 €) nicht sachgerecht. Auch sei laut Stellungnahme der BPtK eine solche Zusammenlegung aus medizinisch-klinischen Gesichtspunkten nicht gerechtfertigt.

Andererseits ist aber aus Kodiergesichtspunkten die im Anhörungsentwurf vorgesehene Dominanz der HMG256 *Andere Entwicklungsstörungen* über die HMG257 Ticstörungen kritisch zu bewerten, da die HMG256 u.a. den ICD-Kode F98.9 („Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“) beinhaltet und hierdurch Anreize zu einer unspezifischen Kodierung resultieren.

Die HMG256 Andere Entwicklungsstörungen (bzw. die gleichlautende DXG910) umfasst zum einen die ICD-Kodes F93.- („Emotionale Störungen des Kindesalters“) und die Codes F98.- („Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“). Untersucht man nun die Kostenhomogenität innerhalb der HMG255 und trennt die HMG256 auf in eine neue HMG256_F93, die die Codes F93.- beinhaltet, und eine HMG256_F98 (ICD-Kodes F98.-), dann ergeben sich deutlich höhere Kostenschätzer für Versicherte mit einer Diagnose F93.- als für Versicherte mit einer Diagnose F98.- (Tabelle 3).

Tabelle 3: Auftrennung der HMG256 Andere Entwicklungsstörungen

HMG	Bezeichnung	Modell ohne Hierarchisierung der HMG256_F93/HMG256_F98				Modell mit Hierarchisierung der HMG256_F93/HMG256_F98			
		N	Schätzer	StdErr	Probt	N	Schätzer	StdErr	Probt
HMG254	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	3.197	1.907 €	106 €	1,62E-72	3.197	1.991 €	106 €	5,6E-79
HMG291	Störungen des Sozialverhaltens	14.386	1.180 €	52 €	7,6E-119	14.386	1.418 €	50 €	4,7E-175
HMG256_F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	9.072	886 €	65 €	5,66E-42	6.756	1.361 €	73 €	1,19E-77
HMG255	Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	23.904	833 €	41 €	2,2E-92	21.442	925 €	41 €	2,6E-110
HMG256_F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen	19.078	401 €	46 €	2,84E-18	9.467	447 €	62 €	4,42E-13
HMG257	Ticstörungen	1.847	254 €	139 €	0,067	1.592	293 €	149 €	0,049

Diese Ergebnisse legen zum einen eine Auftrennung der bisherigen HMG256 nahe. Zum anderen erscheint eine Zusammenlegung der HMG256_F98 mit der HMG257 auch aus statistischen Gründen sachgerecht, wenn man die Kostendifferenz von 154 EUR in Relation zu den Standardfehlern (62 EUR bzw. 149 EUR) setzt. Auch die oben diskutierten Anreize zur unspezifischen Kodierung wären dadurch vermieden.

Tabelle 3 legt darüber hinaus auch die Zusammenlegung der HMG294 (1417 EUR) mit der HMG256_F93 (1361 EUR) nahe. Das Ergebnis einer Zusammenlegung („Modell 5“) zeigt Tabelle 4.

Tabelle 4: Auftrennung der HMG256 und Einordnung in HMG257 bzw. HMG291:

	Ausgangsmodell (vor Anpassung)		Modell Anhörungs- vorschlag		Modell 5		
R²	23,3415%		23,3433%	0,0018%	R²	23.3445%	0,0030%
CPM	23,2408%		23,2431%	0,0024%	CPM	23.2447%	0,0039%
MAPE	1.874,73 €		1.874,67 €	-0,06 €	MAPE	1874,63 €	-0,10 €
	N	Schätzer	N	Schätzer		N	Schätzer
HMG254 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	3.197	1.990 €	3197	1.990 €	HMG254 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	3.197	1.991 €
HMG291 Störungen des Sozialverhaltens	/		14.386	1.417 €	HMG291* Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	21.142	1.400 €
HMG255 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	16.903	882 €	23.904	1.013 €	HMG255 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	21.442	925 €
HMG256 Andere Entwicklungsstörungen	34.908	1.103 €	13.761	657 €	HMG256 Andere Entwicklungsstörungen	aufgelöst	
HMG257 Ticstörungen	1.832	0 € (362 €)	1592 €	0 € (293 €)	HMG257* Tic- und andere Entwicklungsstörungen	11.059	424 € (p<0,0001)

18.3.2 Bewertung

Die Auftrennung der bisherigen HMG256 und Zuordnung der darin enthaltenen Diagnosen in die HMG291 bzw. HMG257 verbessert die Modellgüte und die Kostenhomogenität innerhalb der Hierarchie Entwicklungsstörungen. Die ehemalige HMG256 (und damit die DxG 910) war durch die gemeinsame Bewertung der Diagnosen F93.- und F98.- heterogen. Die Zusammenlegung der Diagnosen F98.- („Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“). F98.- mit den Diagnosen Ticstörungen ist dagegen aus Kostengesichtspunkten gerechtfertigt, da die Unterschiede nunmehr deutlich geringer ausfallen. Die Auftrennung der HMG256 bedingt auch eine Ausgliederung der Diagnosen F98.- aus der DxG910 in eine neue DxG935 (Andere Entwicklungsstörungen).

Tabelle 5: Zusammensetzung der HMG257* (Tic- und andere Entwicklungsstörungen)

DXG	ICD	Bezeichnung
911	F95.0	Vorübergehende Ticstörung
911	F95.1	Chronische motorische oder vokale Ticstörung
911	F95.8	Sonstige Ticstörungen
911	F95.9	Ticstörung, nicht näher bezeichnet
935	F98.0	Nichtorganische Enuresis
935	F98.1	Nichtorganische Enkopresis
935	F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter
935	F98.3	Pica im Kindesalter
935	F98.4	Stereotype Bewegungsstörungen
935	F98.5	Stottern [Stammeln]
935	F98.6	Poltern
935	F98.8	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
935	F98.9	Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Tabelle 6: Zusammensetzung der HMG291* (Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen)

DXG	ICD	Bezeichnung
928	F91.0	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
928	F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
928	F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
928	F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
928	F91.8	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens
928	F91.9	Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet
928	F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
928	F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
928	F92.9	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet
928	F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
910	F93.1	Phobische Störung des Kindesalters
910	F93.2	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
910	F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität
910	F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters
910	F93.9	Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet
928	F94.0	Elektiver Mutismus
928	F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
928	F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung
928	F94.8	Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit
928	F94.9	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit, nicht näher bezeichnet
928	F95.2	Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]

18.4 Alterssplit bei 24 Jahren für F91.- (Störungen des Sozialverhaltens) und F98.- (Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)

18.4.1 Untersuchung / Diskussion

TK et al. haben im Vorschlagsverfahren einen eigenen Vorschlag zur Ausgestaltung der Hierarchie „Entwicklungsstörungen“ unterbreitet, der bereits einen Alterssplit u.a. für die Diagnosen F91.- und F98.- beinhaltet. Dieser Vorschlag wurde im Anhörungsentwurf geprüft und aufgrund der schlechteren Modellgüte gegenüber dem Ausgangsmodell verworfen.

Greift man nun den vorgeschlagenen Alterssplit bei 24 Jahren für die obengenannten Diagnosen im Modell des Anhörungsentwurfes auf, so ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 7, Modell 6). Die Ergebnisse bestätigen die seitens TK et al. vorgebrachte Beobachtung, dass es innerhalb der Hierarchie der Entwicklungsstörungen sehr deutliche Unterschiede bei den prospektiven Folgekosten zwischen den verschiedenen Altersgruppen gibt. Eine Berücksichtigung eines Altersplits bei 24 Jahren für die Diagnosen F91.- und F98.- führt zu einer Verbesserung der Modellgüte (Modell 6b). Diese besteht auch, wenn man im nächsten Schritt (Modell 6c) noch die HMG254 und HMG291 sowie HMG255 und HMG256 aufgrund vergleichbarer prospektiver Kostenschätzer zusammenlegt und die insignifikanten (HMG257, $p=0.04$) bzw. negativen Schätzer (HMG262, HMG264) auf „null“ setzt.

Tabelle 7: Einführung eines Alterssplits für Diagnosen ICD F91.- und F98.-

	Ausgangsmodell vor Anpassung		Ergebnis Anhörungs-entwurf Modell 3c		Modell 6 Einführung Alterssplit (ohne Hierarchisierung der neuen MGs)		Modell 6a (ohne Hierarchisierung der neuen MGs) aber Aufhebung der Restriktion für HMG257)		Modell 6b mit Hierarchisierung: HMG254 > HMG291 > HMG261 > HMG255 > HMG256 > HMG263 > HMG257 > HMG262 > HMG264		Modell 6c mit Restriktion, Zusammenlegung und Hierarchisierung: HMG254 > HMG261 > HMG255 > HMG256	
R²	23,3415%		23,3433%	0,0018%	23,3480%	0,0066%	23,3480%	0,0066%	23,3466%	0,0051%	23,3464%	0,0049%
CPM	23,2408%		23,2431%	0,0024%	23,2451%	0,0045%	23,2451%	0,0045%	23,2448%	0,0040%	23,2454%	0,0046%
MAPE	1.874,73 €		1.874,67 €	-0,06 €	1.874,62 €	-0,11 €	1.874,62 €	-0,11 €	1.874,63 €	-0,10 €	1.874,62 €	-0,11 €
	N	Schätzer	N	Schätzer	N	Schätzer	N	Schätzer	N	Schätzer	N	Schätzer
HMG254 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	3.197	1.990 €	3.197	1.990 €	3.197	1.896 €	3.197	1.897 €	3.197	1.993 €	9.243	1.884 €
HMG291 Störungen des Sozialverhaltens	/	/	14.386	1.417 €	6.046	1.540 €	6.046	1.542 €	6.046	1.827 €		
HMG255 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	16.903	881 €	23.904	1.013 €	26.683	915 €	26.683	916 €	23.924	1.017 €	28.221	1.034 €
HMG256 Andere Entwicklungsstörungen	34.908	1.103 €	13.761	657 €	4.937	909 €	4.937	910 €	4.297	1.131 €		
HMG257 Ticstörungen	1.832	0 €	1.592	0 €	1.812	0 €	1.812	252 €	1.614	305 € (p=0,04)	1.614	0
HMG261 F91.- < 25 J					7.815	952 €	7.815	951 €	6.393	1.473 €	6.393	1.473 €
HMG262 F91.- >24 J					2.012	-86 €	2.012	-87 €	1.914	5 €	1.914	0
HMG263 F98.- < 25 J					16.992	457 €	16.992	454 €	7.659	629 €	7.659	629 €
HMG264 F98.- >24 J					2.086	-237 €	2.086	-236 €	1.796	-326 €	1.796	0

Allerdings war seitens der TK et al. die Wahl der Altersgrenze bei 24 Jahren nicht begründet. Testet man alternativ einen Alterssplit bei 18 bzw. 21 Jahren, finden sich sehr ähnliche Ergebnisse (Tabelle 8).

Tabelle 8: Überprüfung verschiedener Alterssplits (24/21/18 Jahre) für ICD F91.- bzw. F98.-

	Modell 6c Alterssplit bei 24 Jahren		Modell 6d Alterssplit bei 21 Jahren		Modell 6e Alterssplit bei 18 Jahren	
R²	23,3464%		23,3463%		23,3463%	
CPM	23,2454%		23,2449%		23,2445%	
MAPE	1.874,62 €		1.874,63 €		1.874,64 €	
	N	Schätzer	N	Schätzer	N	Schätzer
HMG254 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	9.243	1884 €	9.243	1.884 €	9.243	1.884 €
HMG291 Störungen des Sozialverhaltens						
HMG255 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	28.221	1034 €	28.233	1.035 €	28.331	1.035 €
HMG256 Andere Entwicklungsstörungen						
HMG257 Ticstörungen	1.614	0 €	1.615	0 €	1.624	0 €
HMG261 F91.- < 25 J	6.393	1473 €	6.280	1.473 €	5.943	1.517 €
HMG262 F91.- >24 J	1.914	0 € (5 €)*	2.015	0 € (70 €)*	2.250	0 € (120 €)*
HMG263 F98.- < 25 J	7.659	629 €	7.449	629 €	6.922	640 €
HMG264 F98.- >24 J	1.796	0 € (-326 €)	2.005	0 € (-230 €)	2.527	0 € (-80 €)

[Alle Modelle mit Restriktion, Zusammenlegung kostenhomogener HMGs und Hierarchisierung: HMG254 > HMG261 > HMG255 > HMG256]

Würde man nun den seitens TK et al. vorgeschlagenen Alterssplit für die ICD F91.- und F98.- 1:1 auf das im vorangegangenen Abschnitt untersuchte Modell 5 übertragen, würde die darin vorgeschlagene Zusammenlegung der ursprünglichen Ticstörungen (HMG257) mit den „andere Entwicklungsstörungen“ (ICD 98.- aus der ursprünglichen HMG256) durch die alterssplitbedingte Auslagerung der ICD 98.- dann sofort wieder aufgehoben und somit die HMG257 wieder als nicht signifikanter Zuschlag auf null gesetzt werden.

Da sich die Symptomatik von Entwicklungsstörungen und damit auch der Ressourcenverbrauch in den meisten Fällen mit dem Älterwerden der Kinder vermindert, erscheint eine isolierte Beschränkung der altersspezifischen Kosten auf die Diagnosen F91.- und F98.- ohne nähere Untersuchung willkürlich und nicht systematisch empirisch begründet. Wendet man nun ausgehend von Modell 5 eine Altersdifferenzierung bei allen Morbiditätsgruppen an, so ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 9: Kostenschätzer unterschiedlicher Alterssplits (18/21/24 Jahre) innerhalb Modell 5

	Jüngere Versicherte				Ältere Versicherte			
Alterssplit bei 18 Jahren	N	Est.	StdErr	Probt	N	Est.	StdErr	Probt
HMG254 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	1.942	2.808 €	136 €	4,1E-95	1.255	740 €	168 €	1,1E-05
HMG291* Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	17.253	1.632 €	46 €	1,5E-273	3.889	418 €	96 €	1,4E-05
HMG255 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	17.393	1.005 €	46 €	2,7E-105	4.049	639 €	94 €	1,3E-11
HMG257* Tic- und andere Entwicklungsstörungen	7.417	629 €	70 €	2,1E-19	3.642	33 €	99 €	7,4E-01
Alterssplit bei 21 Jahren	N	Est.	StdErr	Probt	N	Est.	StdErr	Probt
HMG254 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	2.272	2.698 €	125 €	1,5E-102	925	272 €	196 €	1,6E-01
HMG291* Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	18.256	1.624 €	45 €	1,2E-286	2.886	43 €	111 €	7,0E-01
HMG255 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	18.996	967 €	44 €	2,0E-106	2.446	693 €	121 €	1,0E-08
HMG257* Tic- und andere Entwicklungsstörungen	8.080	605 €	67 €	1,3E-19	2.979	-39 €	109 €	7,2E-01
Alterssplit bei 24 Jahren	N	Est.	StdErr	Probt	N	Est.	StdErr	Probt
HMG254 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	2.384	2.650 €	122 €	9,1E-104	813	80 €	209 €	7,0E-01
HMG291* Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	18.378	1.629 €	45 €	2,8E-290	2.764	-57 €	114 €	6,1E-01
HMG255 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	19.225	965 €	44 €	2,3E-107	2.217	680 €	127 €	8,4E-08
HMG257* Tic- und andere Entwicklungsstörungen	8.215	615 €	66 €	1,9E-20	2.844	-95 €	112 €	4,0E-01

Alle Modelle mit einheitlicher Hierarchiebeziehung: HMG254 > HMG291* > HMG255 > HMG257*

Tabelle 10: Modellgüte unterschiedlicher Alterssplits (18/21/24 Jahre) innerhalb Modell 5

Alterssplit bei	R2	CPM	MAPE
... 18 Jahren	23,3485%	23,2455%	1.874,61 €
... 21 Jahren	23,3493%	23,2449%	1.874,63 €
... 24 Jahren	23,3497%	23,2448%	1.874,63 €

Unabhängig von der gewählten Altersgrenze ergibt sich eine gute und stabile Kostendifferenzierung für die jeweils jüngere Versichertengruppe, wenn man die Hierarchiebeziehung gemäß Modell 5 zugrunde legt. Allerdings lässt sich diese Hierarchiebeziehung nicht direkt auf die älteren Versichertengruppen übertragen, ohne dass daraus Hierachieverletzungen resultieren. Für die HMGs 254 bzw. 291 sind die Kostenschätzer innerhalb der Gruppe der älteren Versicherten sehr stark abhängig von der Wahl der Altersgrenze. Es zeigt sich allerdings, dass in der Gruppe der älteren Versicherten in den meisten – aber nicht allen – Fällen entweder negative oder nicht signifikante ($p > 0,01$) Zuschlagsschätzer resultieren. Die hier untersuchten Modelle unterscheiden sich nur marginal in der Modellgüte.

18.4.2 Bewertung

Angesichts der unklaren Datenlage wird die Entscheidung über die Einführung eines Alterssplits zurückgestellt, um sie im Rahmen der nächsten Anpassung ausgehend von Modell 5 sorgfältig zu untersuchen und dann den Anhörungspartnern auch zur Diskussion zu stellen.

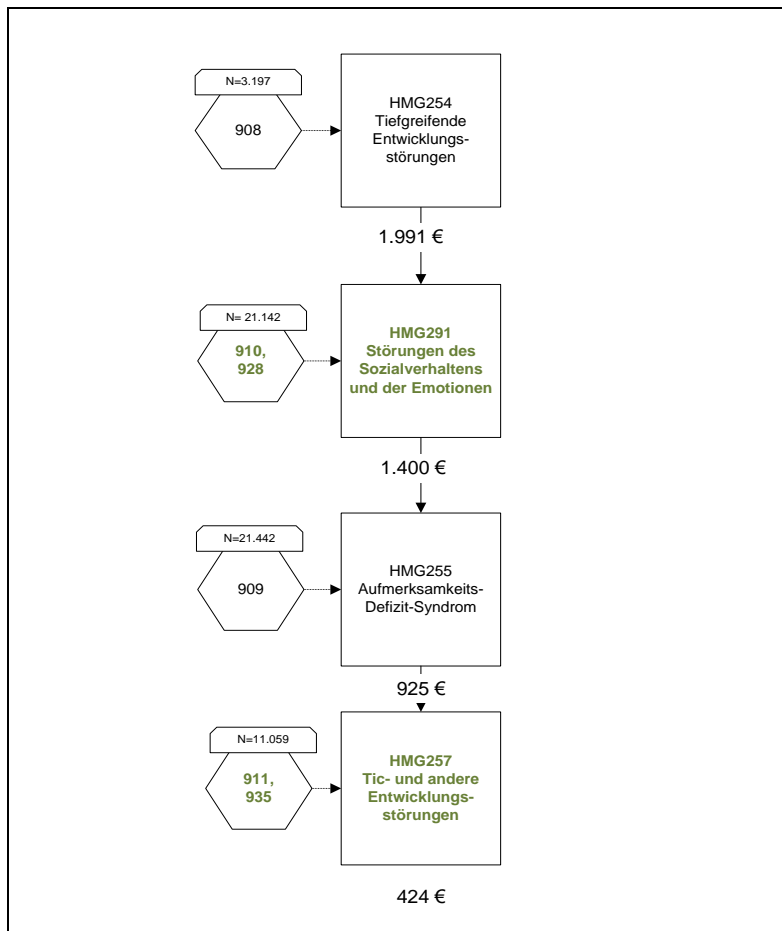
18.5 Ergebnis

Wissenschaftlicher Beirat und BVA haben die Ergebnisse im Rahmen der Sitzung am 24. September 2012 diskutiert. Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt die Umsetzung gemäß Modell 5. Die Berücksichtigung eines Alterssplits bei den Entwicklungsstörungen erscheint sinnvoll, sollte aber bis zu einer sorgfältigen empirischen Überprüfung zurückgestellt werden.

Das Bundesversicherungsamt übernimmt diesen Vorschlag.

Abbildung 16 zeigt die Hierarchie Entwicklungsstörungen im endgültigen Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2013.

Abbildung 16: Festlegung der Hierarchie 12 („Entwicklungsstörungen“)



19 Hierarchie 13: „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“

19.1 Festlegungsentwurf

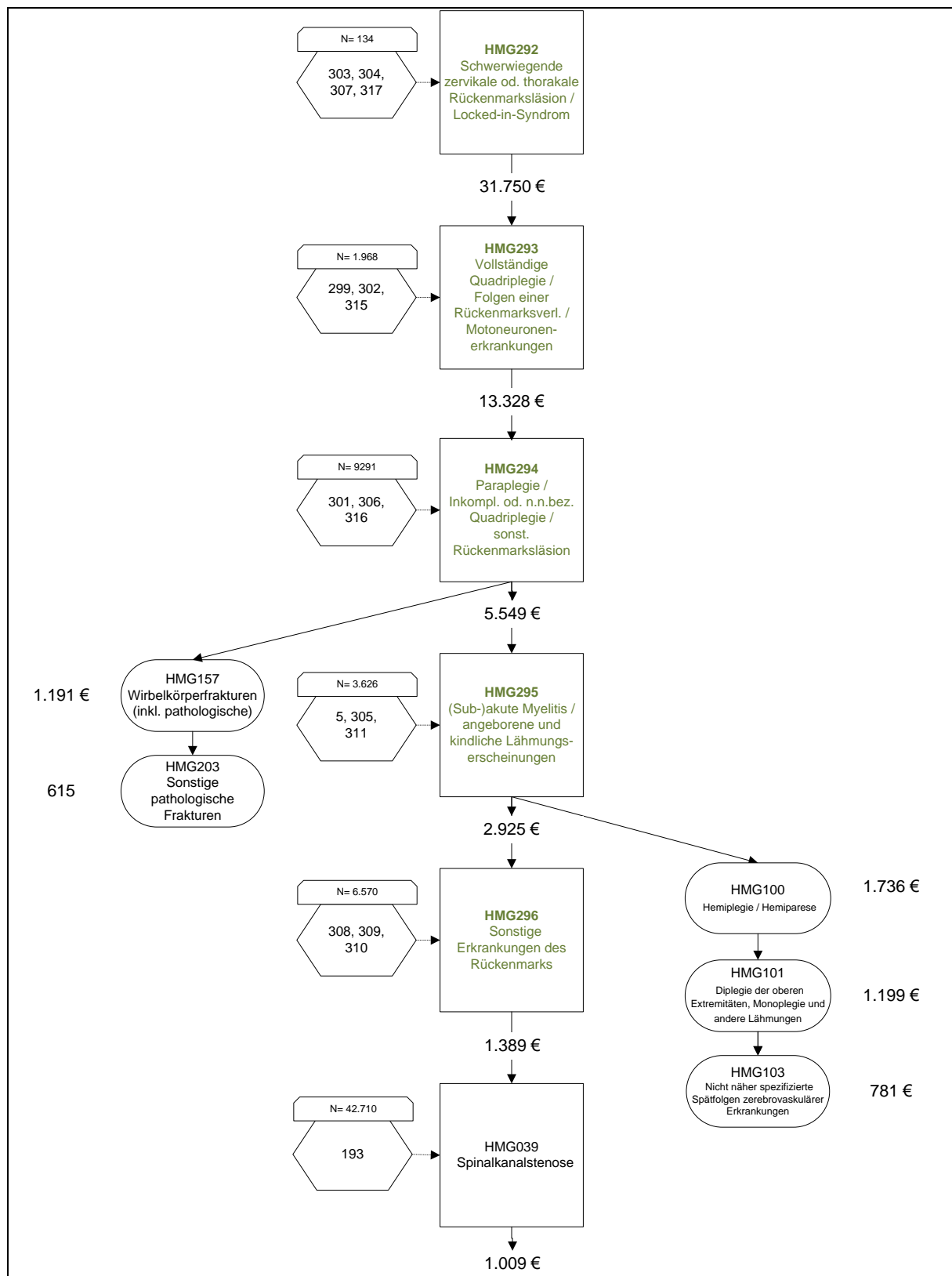
Im Vergleich zum Modell des Vorjahres sieht die Entwurfsfassung für das Klassifikationsmodell 2013 in der Hierarchie „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“ die folgenden Änderungen vor:

- Die HMGs 067, 068 und 069 werden aufgelöst. Es entstehen die fünf neuen HMG292 bis HMG296, die sämtliche Diagnosegruppen der aufgelösten HMGs aufnehmen. Die fünf neuen HMGs werden in einem strikten Hierarchiestrang angeordnet.
- Die neue HMG292 („Schwerwiegende zervikale oder thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom“) steht an der Spitze des Hierarchiestranges. Sie setzt sich zusammen aus den
 - DxG303 („Supranukleär deafferentierter Zustand [Locked-in-Syndrom]“),
 - DxG304 („Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion [C1-C7]“),
 - DxG307 („Vollständige traumatische thorakale Rückenmarksläsion (Th1-Th12)“) und
 - DxG317 („Schwere zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. vollständige Läsion“).
- Die neue HMG293 („Vollständige Quadriplegie / Folgen einer Rückenmarksverletzung / Motoneuronenerkrankungen“) setzt den Hierarchiestrang fort und enthält die
 - DxG 299 („Motoneuronenerkrankungen (einschließlich Amyotrophe Lateralsklerose) und spinalen Muskelatrophien“),
 - DxG302 („Quadriplegie, (C1-C7), vollständig“) und
 - DxG315 („Spätfolgen von traumatischen Läsionen des Rückenmarks“).
- Weitergeführt wird die Hierarchie mit der HMG294 („Paraplegie / Inkomplette oder nicht näher bezeichnete Quadriplegie / sonstige Rückenmarksläsion“), die die
 - DxG301 („Quadriplegie, inkomplett oder nicht näher bezeichnet“),
 - DxG306 („Paraplegie“) und
 - DxG316 („Traumatische Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. schwere zervikale / thorakale Läsion“) umfasst.
- Es folgt die HMG295 („(Sub-)akute Myelitis / angeborene und kindliche Lähmungsercheinungen“), die die
 - DxG005 („(Sub)akute Myelitis“),
 - DxG305 („Angeborene / kindliche Diplegie / Paraplegie“) und

- DxG311 („Spina bifida, Hydrozephalus, andere angeborene Anomalien des Nervensystems“) enthält.
- Darunter angeordnet wird die HMG296 („Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks“) mit den
 - DxG308 („Spinocerebellare Erkrankungen, einschließlich Friedreich-Ataxie“),
 - DxG309 („Syringomyelie, vaskuläre, andere / nicht näher bezeichnete Erkrankung des Rückenmarks“) sowie der
 - DxG310 („Läsionen der Cauda equina“).
- Die schon im Ausgangsmodell bestehenden Dominanzbeziehungen des überarbeiteten Teilstrangs werden wie folgt wieder berücksichtigt:
 - Die HMG294 dominiert die HMG157 („Wirbelkörperfrakturen“, Hierarchie 23) sowie die nachfolgende HMG203,
 - Die HMG295 dominiert die HMG100 („Hemiplegie / Hemiparese“, Hierarchie 17) sowie die nachfolgenden HMG101 und HMG103,
 - Die HMG296 dominiert die HMG039 („Spinalkanalstenose“).

Abbildung 17 stellt den Vorschlag zur Anpassung der Hierarchie 13 abschließend dar.

Abbildung 17: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 13 („Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“)



19.2 Stellungnahmen

Die insgesamt sehr umfangreich ausfallenden Anpassungen der Hierarchie wurden lediglich durch die KBV kommentiert, die ausführt, dass die Modifizierung medizinisch fundiert und auch aus statistischer Sicht gelungen sei. Hinsichtlich der unspezifischen ICD-Schlüssel S24.1 („Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des thorakalen Rückenmarks“) bzw. S24.10 („Verletzungen des thorakalen Rückenmarks“), die gegenwärtig in die HMG292 – und damit in die am höchsten bewertete Zuschlagsgruppe – gruppiert werden, wird jedoch eine niedrigere Einstufung (in die HMG293 bzw. HMG294) angeregt.

19.3 Untersuchung / Diskussion

Die beiden von der KBV benannten ICD-Kodes S24.1 und S24.10 sollen laut Festlegungsentwurf über die DxG317 („Schwere zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. vollständige Läsion“) in die neue HMG292 („Schwerwiegende zervikale oder thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom“) führen.

Anzumerken ist zunächst, dass das Aufgreifen der DxG317 an das Kriterium „stationär erforderlich“ geknüpft ist. Da der ICD-Code S24.1 nicht für die Kodierung im stationären Sektor zugelassen ist, beschränkt sich der Vorschlag inhaltlich genau genommen auf den Schlüssel S24.10.

Empirisch lässt sich die angeregte Verschiebung des Kodes in eine tiefer stehende Zuschlagsgruppe nicht bewerten: Bei lediglich zwei Stichprobenversicherten führt der Code zur Auslösung eines Zuschlages. Für beide Versicherten liegen darüber hinaus allerdings noch weitere Diagnosen vor, die in jedem Fall zu einem Zuschlag über die HMG292 führen würden. Völlig gleichgültig also, in welche Morbiditätsgruppe der in Frage stehende Code verschoben würde, bliebe das Ergebnis der Gruppierung unverändert. Die Frage, ob aufgrund unterschiedlicher Folgekosten eine Verschiebung des Schlüssels (bzw. – der formalen Vollständigkeit halber – beider Schlüssel) vorgenommen werden sollte, kann datengestützt somit frühestens bei Vorliegen der Vollerhebung der Leistungsausgaben beantwortet werden.

Anzunehmen ist zunächst, dass sich hinter der Kodierung generell schwerwiegende Rückenmarksverletzungen auf Höhe der Brustwirbelsäule verbergen, die sonst – spezifischer – über die Schlüssel S24.11 („Komplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarks“) und S24.12 („Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarks“) kodiert werden. Dies trifft zumindest für die beiden oben genannten Fälle zu. Eine Herabstufung des Kodes sollte somit auch aus normativen Gründen nur dann erfolgen, wenn ernsthafte Bedenken hinsichtlich möglicher Manipulationsansätze bestehen. Diese sind jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht ersichtlich.

19.4 Bewertung

Ein unmittelbarer Handlungsbedarf wird nicht erkannt.

19.5 Ergebnis

Die im Festlegungsentwurf vorgestellte Neuordnung der Verletzungen und Erkrankungen des Rückenmarks wird unverändert in die Festlegung übernommen.

20 Hierarchie 14: „Neurologische Erkrankungen“

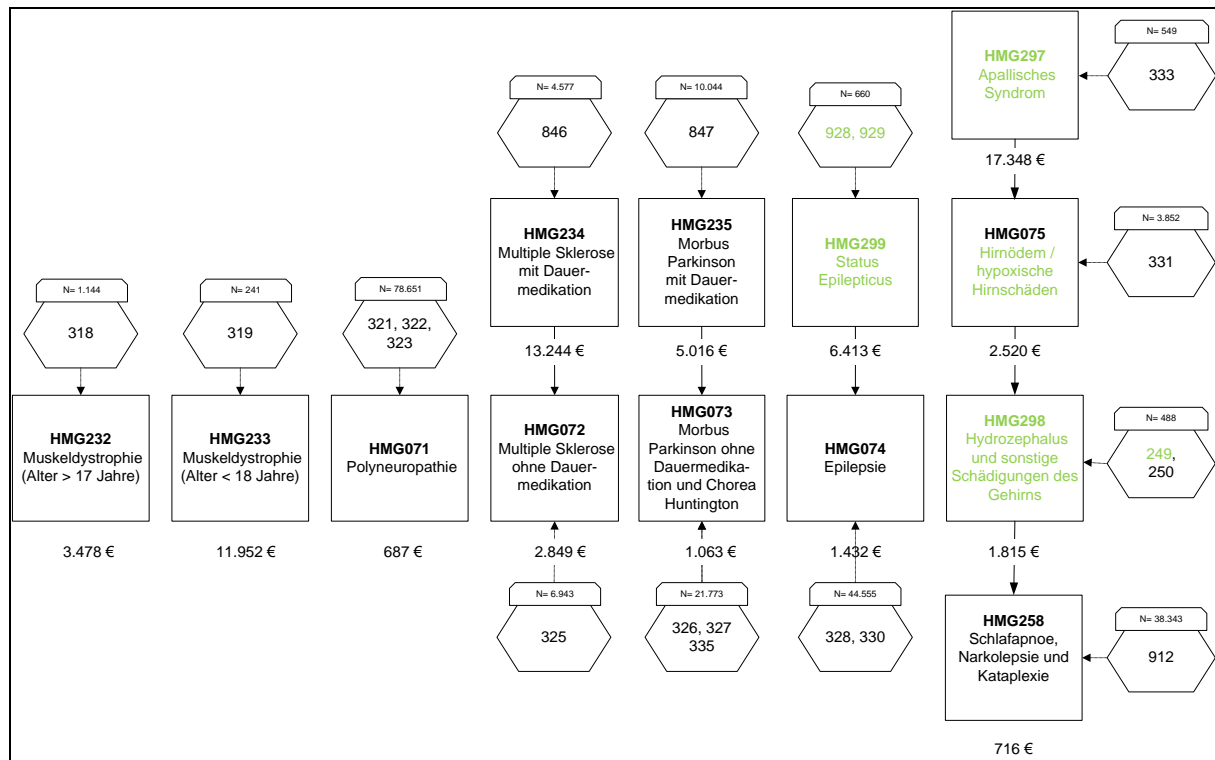
20.1 Festlegungsentwurf

Ausgehend vom Vorjahr hat das BVA im Festlegungsentwurf für das Klassifikationsmodell 2013 folgende Anpassungsvorschläge in der Hierarchie „Neurologische Erkrankungen“ zur Diskussion gestellt:

- Für die DxG249 (neu bezeichnet als „Reye-Syndrom“) wird das Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat“ künftig in „Stationär erforderlich“ umgewandelt. Die bislang für die Arzneimitteldifferenzierung der DxG249 verwendeten ATC-Kodes entfallen damit.
- Die DxG333 „Apallisches Syndrom“ bildet künftig die eigenständige HMG297 gleichen Namens. Sie wird oberhalb der HMG075 eingeordnet, der die DxG333 bislang angehörte. Entsprechend erhält die HMG075 nunmehr die verkürzte Bezeichnung „Hirnödem / hypoxische Hirnschäden“.
- Zwischen HMG075 und HMG258 wird unter dem Namen „Hydrozephalus und sonstige Schädigungen des Gehirns“ die neue HMG298 mit den DxGruppen 249 und 250 (ehemals HMG047, bzw. Hierarchie 09) angesiedelt.
- Die ICD-Kodes beginnend mit G41.- werden – nach Alter getrennt – aus den DxGruppen 328 und 330 herausgelöst und bilden die neu geschaffenen DxGruppen „Status Epilepticus > 17 Jahre“ (DxG929) und „Status Epilepticus < 18 Jahre“ (DxG930). Für beide Gruppen gilt fortan das Aufgreifkriterium „Stationär erforderlich“ und gemeinsam bilden sie die neu eingeführte HMG299 „Status Epilepticus“, welche die HMG074 „Epilepsie“ hierarchisch dominiert.

Abbildung 18 stellt dar, wie die Hierarchie „Neurologische Erkrankungen“ infolge der erläuterten Anpassungsempfehlungen aufgebaut ist.

Abbildung 18: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 14 („Neurologische Erkrankungen“)



20.2 Stellungnahmen

Die vorgestellten Anpassungsvorschläge haben die Anhörungspartner zu positiven wie negativen Anmerkungen veranlasst.

Mit allgemeiner Skepsis wird die Arzneimitteldifferenzierung im Bereich der Multiplen Sklerose (MS) betrachtet. Hier bekräftigen insbesondere Barmer und DAK ihre bereits im Vorschlagsverfahren geäußerte Auffassung, eine engere Arzneimitteldifferenzierung bei der HMG234 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ sei angezeigt.

Darüber hinaus kommt es noch zu vereinzelt kritischen Einwüfen, die sich hauptsächlich auf Detailspekte der vorgeschlagenen Modellanpassungen richten.

Der Hinweis der KBV, für zukünftige Untersuchungen, auf mögliche Komorbiditäten zwischen der HMG258 „Schlafapnoe (...)“ und Erkrankungen des Herzens (Hierarchie 16) zu achten, wird als sinnvolle Anregung verstanden, ohne daraus unmittelbaren Diskussionsbedarf abzuleiten.

20.3 Diskussion

20.3.1 Arzneimitteldifferenzierung im Bereich Multiple Sklerose

Als Hauptkritikpunkt der Stellungnahmen lässt sich die vom BVA nicht veränderte ATC-Liste zur Arzneimitteldifferenzierung bei MS mit Dauermedikation ausmachen. Schon im Vorschlagsverfahren hatten mehrere Parteien eine Eingrenzung dieser Wirkstoffliste gefordert.

Das Festhalten des BVAs an der bisherigen weiten Abgrenzung der zugelassenen Arzneimittel bei einer medikamentösen MS-Therapie lässt sich mittlerweile in eine Grundsatzdiskussion über die Berücksichtigung von Arzneimitteln im Klassifikationsmodell einbetten. Hierzu hat das BVA mit seinen prinzipiellen Ausführungen zum Thema unter I.6 und den in diesem Zuge vorgebrachten normativen Argumenten Stellung bezogen. Eine weitergehende Diskussion hält das BVA daher an dieser Stelle für entbehrlich und nimmt entsprechend auch von weiteren Untersuchungen im Bereich MS Abstand. Die gültige Liste der für die DxG846 zulässigen Arzneimittel bleibt somit auch in der endgültigen Festlegung unverändert.

20.3.2 Sonstige Anmerkungen

Die Barmer hält die strikte Hierarchisierung der HMGs 297, 075, 298 und 258 nicht für zielführend, da es zwischen diesen Gruppen an medizinischem Zusammenhang fehle.

Überzeugende Gründe für diese Einschätzung vermag das BVA auch bei genauem Hinsehen nicht auszumachen. Die beiden mittleren Gruppen, das Hirnödeme (HMG075) und der etwas weniger schwerwiegende Hydrozephalus (HMG298) liegen zweifellos medizinisch nahe beieinander, ihr variierender Schweregrad lässt sich an der Kostenspreizung der zuge-

hörigen Schätzer ablesen. Auch steht außer Frage, dass das hierarchisch übergeordnete Wachkoma (HMG297) beide genannten Krankheitsbilder sowohl therapeutisch als auch kostenmäßig überlagert. Weniger medizinisch kohärent ist allein die Einordnung der Schlafapnoe (HMG258) an unterster Stelle im Hierarchiestrang. Jedoch hätte eine Ausgliederung aus dem betrachteten Hierarchiestrang wegen kaum vorhandener Komorbiditäten so gut wie keine Auswirkungen auf das Modell (s. hierzu Tabelle 55 in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf). Das BVA sieht an dieser Stelle daher keinen weiteren Handlungsbedarf.

Für medizinisch unbegründet hält das BVA – wie bereits im Festlegungsentwurf kurz thematisiert – die Forderung von TK et al., das Guillain-Barré-Syndrom (ICD G61.0) in die Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“ auszugliedern.

TK et al. führen zwar Studien an, denen zufolge das Guillain-Barré-Syndrom, eine seltene und schwere Form der Polyneuropathie, autoimmunologische Ursachen habe und somit zu den Hämatologischen Erkrankungen gehöre. Doch ist der Ersteshungshintergrund einer Erkrankung in keiner Weise ausschlaggebend für die Einordnung in eine Erkrankungshierarchie. Folglich sollte auch das Guillain-Barré-Syndrom als schwere Erkrankung des Nervensystems bei den neurologischen Erkrankungen verbleiben.

Auch hinsichtlich der von TK et al. erneut vorgeschlagenen Ausgrenzung der diabetischen Neuropathie aus der Hierarchie 14 bleibt das BVA bei seiner ablehnenden Haltung. Die Gewährung zweier simultaner Zuschläge im Bereich des Diabetes und der neurologischen Erkrankungen ist medizinisch sinnvoll und findet – entgegen der Annahme von TK et al. – auch an anderer Stelle im Klassifikationsmodell statt.

Das Vorhandensein von und die Möglichkeit zu genauen Kodiervarianten soll – so der Grundgedanke – auch im Klassifikationsmodell abgebildet werden. Der zusätzliche Zuschlag für die diabetische Neuropathie innerhalb der Hierarchie 14 erklärt jene Kosten, die bei einer Diabetes-Erkrankungen auf die spezifischen neurologischen Ausprägungen des Leidens rückführbar sind. Gleichzeitig wird auf diese Weise verhindert, dass es bei Patienten mit multiplen neurologischen Erkrankungen, die identische diagnostische und therapeutische Maßnahmen zur Folge haben, zu Doppelzuweisungen kommt. Überflüssige Zuschläge, wie gelegentlich suggeriert, entstehen darüber folglich nicht. So würde der entsprechende Schätzer bei einer isolierten Berücksichtigung innerhalb der Neurologischen Erkrankungen voraussichtlich deutlich höher ausfallen. Ordnete man den betreffenden Code indes nur den diabetischen Erkrankungen zu, wäre dies eine grundlose Einbuße spezifischer Krankheits-/Kodierinformation, die im Klassifikationsmodell sinnvoll verwertbar ist. All dies spricht dafür, einen separaten Zuschlag für die diabetische Neuropathie nach wie vor zu ermöglichen. Gleiches geschieht im Übrigen im Klassifikationsmodell im Bereich der diabetischen Retinopathie. Eine Ausgliederung der diabetischen Neuropathie in den Bereich der Diabetes-Erkrankungen hält das BVA folglich nicht für zielführend.

20.4 Ergebnis

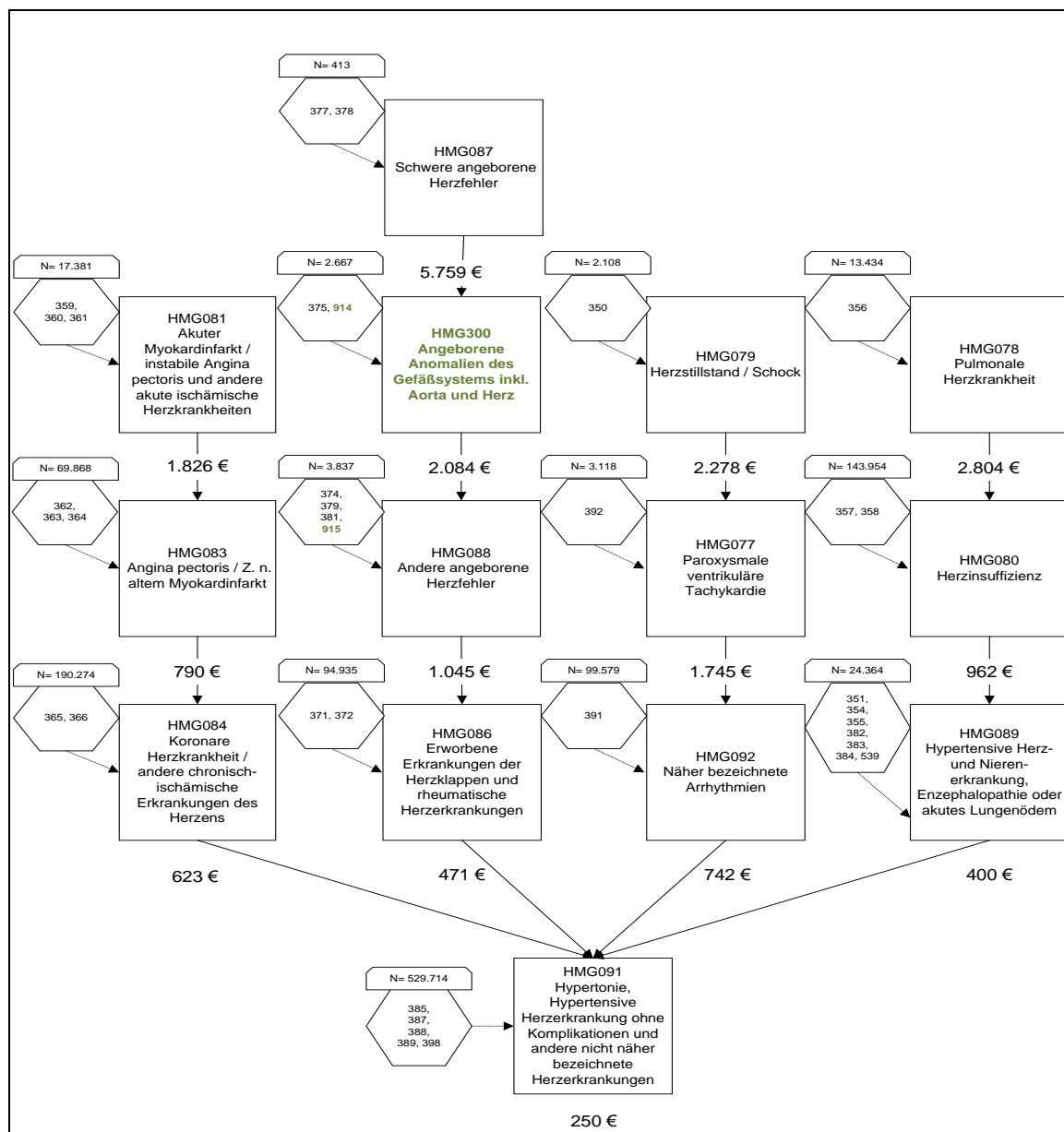
Konkreter Überarbeitungs- und Anpassungsbedarf an der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ in seiner im Festlegungsentwurf vorgestellten Form ergibt sich nach Auswertung der relevanten Stellungnahmen nicht. Die vorgeschlagenen Anpassungen werden daher unverändert in die Festlegung übernommen (vgl. Abbildung 18).

21 Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“

21.1 Festlegungsentwurf

Die durch die Krankheitsauswahl neu hinzugekommenen ICD-Kodes aus dem Bereich angeborene Herzfehler wurden im Anhörungsentwurf analog zum Ausgangsmodell in zwei Diagnosegruppen aus dem Bereich der Herzfehler aufgeteilt. Durch die neu eingeführte Morbiditätsgruppe HMG300 (Angeborene Anomalien des Gefäßsystems inkl. Aorta und Herz) sollen Herzfehler zukünftig noch etwas differenzierter abgebildet werden. Die beschriebenen Änderungen können anhand der Abbildung 19 nachvollzogen werden.

Abbildung 19: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 16 („Herzerkrankungen“)



21.2 Stellungnahmen

Dem Anhörungsvorschlag zur differenzierteren Abbildung von angeborenen Herzfehlern wird von verschiedenen Anhörungspartnern (KBV, Barmer) zugestimmt. Nach Ansicht von Barmer sollten die HMG089 (Hypertensive Herz-Nierenerkrankung, Enzephalopathie oder akutes Lungenödem) und HMG091 (Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen) zusammengelegt werden, da die Zuschläge dieser beiden Gruppen sich lediglich um 150 € unterscheiden. Darüber hinaus wurden dem BVA noch Vorschläge im Hinblick auf eine stärkere Arzneimitteldifferenzierung (TK et al.), der Berücksichtigung des Wirkstoffs „Ivabradin“ (ATC C01EB17) bei Herzinsuffizienz (DxG354, DxG355 und DxG358), sowie einer Differenzierung der Linksherzinsuffizienz anhand der ICD-Fünfsteller (KBS) unterbreitet.

21.3 Zusammenlegung der HMG089 und HMG091

21.3.1 Untersuchung / Diskussion / Bewertung

Der Vorschlag der Barmer, die HMG089 und HMG091 zusammenzulegen, wurde bereits im Rahmen des Anhörungsentwurfes sorgfältig untersucht und aufgrund der Berechnungsergebnisse und der 50% höheren Kosten bei HMG089 gegenüber HMG091 verworfen. An dieser Bewertung hat sich nichts geändert.

21.4 Differenzierung der Linksherzinsuffizienz

21.4.1 Untersuchung / Diskussion

KBS führt aus, dass die HMG080 (Herzinsuffizienz) Kodierungen unterschiedlicher Stadien der Linksherzinsuffizienz enthalte, die mit deutlich variierenden Kosten verbunden seien. Es wird daher eine Aufteilung in die HMG080 (Leichte bis mittlere Herzinsuffizienz) und einer neuen HMG „Schwerwiegende Herzinsuffizienz“ vorgeschlagen. Letztere solle die ICD-Schlüssel I50.13 (Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung) und I50.14 (Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe) beinhalten, die aus der HMG080 ausgegliedert werden sollen.

Prüft man diesen Vorschlag, und führt die beiden Diagnosen I50.13 und I50.14 über eine neudefinierte DxG358_s (Schwerwiegende Herzinsuffizienz) mit den gleichen Aufgreifkriterien wie die bisherige DxG358 (Herzinsuffizienz) in eine neue HMG080_s, die in der Hierarchie zwischen den HMG078 und HMG080 angesiedelt wird, ergibt sich Verbesserung der Modellgüte und eine deutliche Kostenspreizung gegenüber der bisherigen HMG080.

Tabelle 11: Umgruppierung der DxG375

	Ausgangsmodell		Anhörungsentwurf		Modell 6	
R²	23,3416%		23,3425%	0,0009%	23,3548%	0,0132%
CPM	23,2413%		23,2422%	0,0008%	23,2558%	0,0145%
MAPE	1.874,72 €		1.874,70 €	-0,02 €	1.874,36 €	-0,36 €
HMG	N	Schätzer	N	Schätzer	N	Schätzer
078 Pulmonale Herzkrankheit	13.434	2.804 €	13.434	2.804 €	13.434	2.852 €
080_s Schwerwiegende Herzinsuffizienz	/	/	/	/	24.725	1.763 €
080 (Leichte bis mittelgradige) Herzinsuffizienz	143.919	961 €	143.919	961 €	119.194	826 €
089 Hypertensive Herz-Nierenerkrankung, Enzephalopathie oder akutes Lungenödem	24.359	399 €	24.359	399 €	24.359	415 €
091 Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	529.716	250 €	529.716	250 €	529.716	249 €

21.4.2 Bewertung

Die Differenzierung der Herzinsuffizienz anhand der beiden ICD-Fünfsteller ist aus klinisch-medizinischen Gründen sachgerecht und führt zur einer Verbesserung der Modellgüte. Da aber in weiten Teilen der ambulanten Versorgung auf die fünfstellige Verschlüsselung verzichtet wird, kann eine Untererfassung der schwerwiegenderen Fälle mit Herzinsuffizienz nicht ausgeschlossen werden. Die Tabelle 12 ausgewiesenen Fallzahlen belegen die unspezifische Kodierung im ambulanten Bereich für die Diagnosen I50.- im Jahr 2009. Da davon auszugehen ist, dass sich das Kodierverhalten seitdem nicht entscheidend gebessert hat, ist eine Differenzierung anhand von ICD-Fünfstellern kritisch zu werten. Es ist fraglich, ob damit dann unterschiedliche Risikostrukturen (im Bereich der Herzinsuffizienz) abgebildet werden oder eher lokale, arztindividuelle Kodierpraktiken.

Angesichts der oben beschriebenen Unsicherheiten sollte daher eine Umsetzung der seitens der KBS vorgeschlagenen Differenzierung nicht ohne breite Diskussion mit den Anhörs-partnern erfolgen.

Tabelle 12: Verteilung der Diagnosen I50.- nach Satzart (Stichprobe, Berichtsjahr 2009)

ICD	Bezeichnung	SA500 (stationärer Bereich)		SA600 (ambulanter Bereich)	
		N	%	N	%
I50.0	Rechtsherzinsuffizienz	0	0%	5.655	1%
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	877	1%	2.141	0%
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	15.624	20%	23.824	5%
I50.1	Linksherzinsuffizienz	0	0%	7.524	2%
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden	3.419	4%	6.379	1%
I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	14.748	19%	22.952	5%
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung	19.034	24%	17.770	4%
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	14.399	18%	5.033	1%
I50.19	Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet	1.848	2%	26.163	6%
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	8.255	11%	345.767	75%
Summe		78.204		463.208	

21.5 Berücksichtigung des ATC C01EB

21.5.1 Untersuchung / Diskussion / Bewertung

Von Seiten der SGH wurde darauf hingewiesen, dass das einzig erhältliche Arzneimittel (lt. GKV-AI 06/2012) mit dem Wirkstoff Ivabradin (ATC-Kode C01EB17) im Februar 2012 eine Zulassungserweiterung für die Therapie der Herzinsuffizienz erhalten hat. Der Fünfsteller C01EB wird bisher nur bei der DxG364 (Angina pectoris) berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund wurde auch die Einbeziehung des Fünfsteller C01EB bei der Validierung der DxG354 (Hypertensive Herzerkrankung, mit Herzinsuffizienz), 355 (Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung, mit Herzinsuffizienz) und 358 (Herzinsuffizienz) vorgeschlagen.

Der Vorschlag ist nach Auffassung von Bundesversicherungsamt und Wissenschaftlichem Beirat sachgerecht. Der Fünfsteller C01EB wird in die Anlage 3 zur Festlegung als berücksichtigungsfähiges Arzneimittel für die DxG 354, 355 und 358 aufgenommen.

21.6 Ergebnis

Gegenüber dem Anhörungsentwurf ergibt sich als einzige Änderung, dass der Fünfsteller C01EB in die Anlage 3 zur Festlegung als berücksichtigungsfähiges Arzneimittel für die DxG 354, 355 und 358 aufgenommen wird.

22 Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“

22.1 Festlegungsentwurf

Im Vergleich zum Vorjahresmodell sind in der Entwurfsfassung für das Klassifikationsmodell 2013 im Bereich der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“ die folgenden Änderungen vorgenommen worden:

- **HMG108 / HMG215:**

- Die DxG452 entfällt.
- Für die „Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose“ wird künftig eine Arzneimitteldifferenzierung eingeführt. Bei Vorliegen einer dauerhaften medikamentösen Therapie mit spezifischen Wirkstoffen lösen die Diagnosekodes J84.- und J99.- die DxG457 aus, die wie bisher in die HMG108 führt. Die DxG457 wird umbenannt in „Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation“. Die HMG108 wird umbenannt in „Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation“.
- Ist keine dauerhafte Arzneimitteltherapie belegt, führen die o.g. Diagnose (als Hauptdiagnose bzw. bei Erfüllen des M2Q-Kriteriums) über die neue DxG931 „Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation“ in die HMG215. Die HMG215 wird umbenannt in „COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation“.

- **HMG109:**

- Die DxGs 460 und 461 entfallen.
- Die HMG109 wird gestrichen.

- **HMG111:**

- Die DxG463 („Aspirationspneumonie“) wird aus der HMG111 in die HMG216 verschoben.
- Die HMG111 wird umbenannt in „Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien“.

- **HMG216:**

- Die HMG216 enthält künftig die Aspirationspneumonie (DxG463, s.o.).
- Die DxG353 verbleibt in der HMG216, setzt sich künftig aber zusammen aus den ICD-Kodes J95.3 und J96.1-.
- Die DxG353 wird umbenannt in „Chronische respiratorische Insuffizienz“.
- Die ICD-Kodes A06.5, A20.2, A21.2, A22.1, A42.0, A43.0, B38.0, B38.1, B38.2, B39.1, B39.2, B40.0, B40.1, B40.2, B41.0, B58.3, B67.1 und J17.2, die bislang Bestandteil der

DxGs 465-467 (HMG112) waren, bilden die neue DxG932, die der HMG216 zuzuordnen ist.

- Die neue DxG932 erhält den Namen „Spezielle Pneumonien“.
- Die neue DxG932 wird über das Kriterium „Arzneimittel obligat, 10 Behandlungstage“ aufgegriffen. Zum Aufgreifen der DxG946 werden die ATC-Kodes J01AA, J01BA, J01CA, J01CE, J01CF, J01CG, J01CR, J01DB, J01DC, J01DD, J01DE, J01DF, J01DH, J01EA, J01EC, J01EE, J01FA, J01FF, J01GA, J01GB, J01MA, J01MB, J01XA, J01XB, J01XD, J01XX, J02AA, J02AB, J02AC, J02AX, J04AB, P01BD, P02BA, P02CA, und P02CC angesetzt.
- Die HMG216 wird umbenannt in „Chronische respiratorische Insuffizienz, Spezielle Pneumonien“.

- **HMG112:**

- Die DxG352 verbleibt in der HMG112, setzt sich künftig aber zusammen aus den ICD-Kodes J80, J95.1, J95.2 und J96.0 -.
- Die DxG352 wird weiterhin aufgegriffen über das Kriterium „stationär erforderlich“.
- Die DxG352 wird umbenannt in „Akute respiratorische Insuffizienz“.
- Die ICD-Schlüsselgruppe J96.9- bildet die neue DxG933, die der HMG112 zuzuordnen ist. Die neue DxG933 erhält den Namen „Nicht näher bezeichnete respiratorische Insuffizienz“. Es wird kein spezifisches Kriterium zum Aufgreifen der DxG933 gefordert.
- Die HMG112 wird umbenannt in „Akute und nicht näher bezeichnete respiratorische Insuffizienz, Sonstige Pneumonien, Lungenabszess“.

22.2 Vorbemerkung: Berechnungsfehler im Festlegungsentwurf

Durch einen Programmierfehler wurden die drei ICD-Kodes J80, J95.1 und J95.2 bei den vergleichenden Simulationen zur Neuabgrenzung der respiratorischen Insuffizienz nicht in die Gruppierung mit einbezogen. Hierdurch blieben etwa 1.500 über die HMG112 auszulösende Zuschläge unberücksichtigt. Die im Festlegungsentwurf fehlerhaft ausgewiesenen Fallzahlen und Schätzer wurden zwischenzeitlich korrigiert (Tabelle 13).

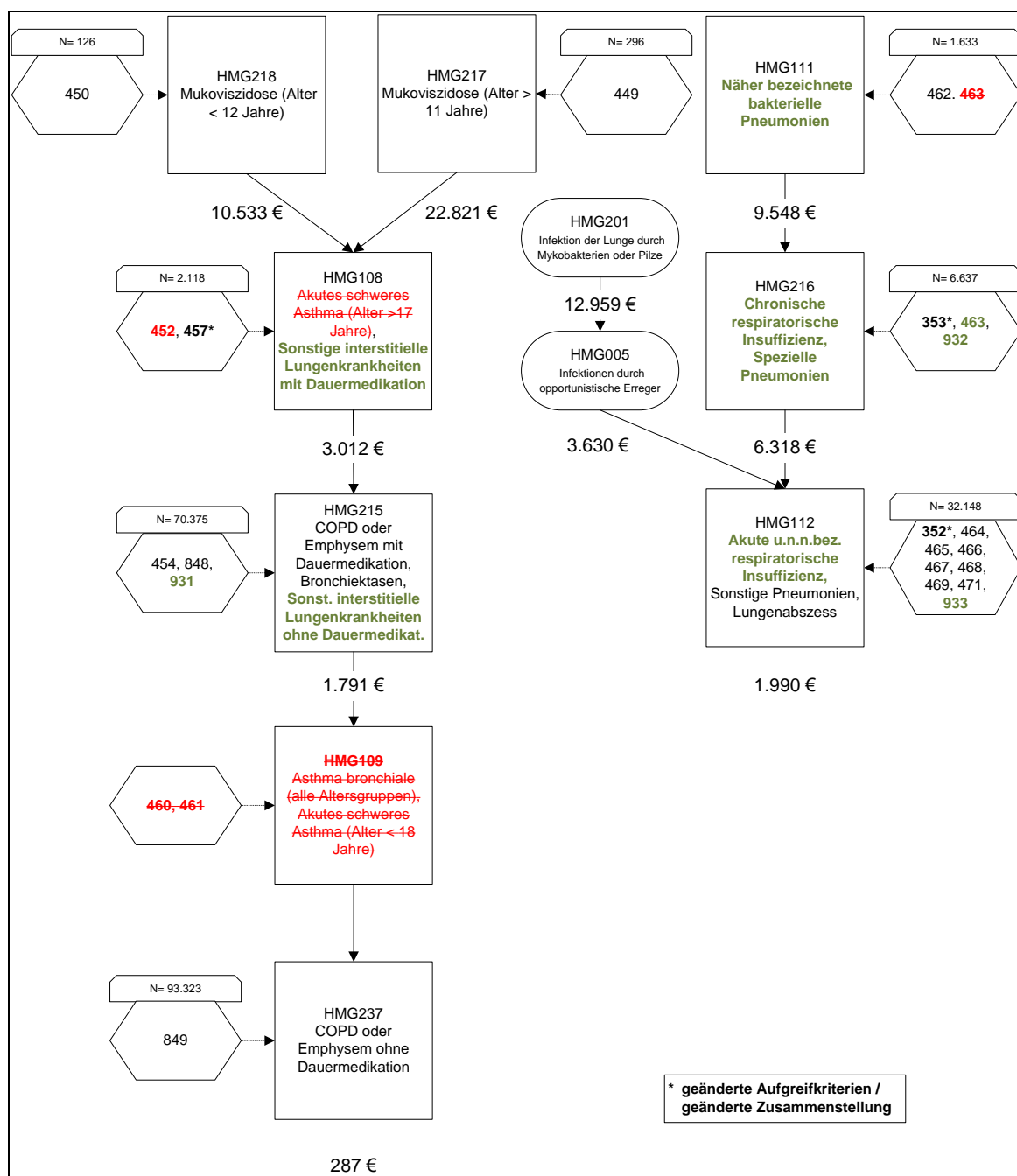
Die Korrektur des Fehlers ändert nichts an den in der Dokumentation zum Entwurf festgehaltenen Schlussfolgerungen. Erwartungsgemäß führen die korrekte Aufnahme der drei ICD-Schlüssel und deren Berücksichtigung in der DxG352 bzw. der HMG112 zu einer weiteren Verbesserung der Modellgüte. Zur weiteren Erläuterung sei erwähnt, dass die Korrektur sich auch auf die nicht direkt betroffene HMG216 auswirkt. Insgesamt „bestehen“ nun weitere 17 Stichprobenversicherte die M2Q-Prüfung auf Krankheitsebene durch die Kreuzvalidierung mit einer der drei zuvor unberücksichtigten Diagnosen.

Tabelle 13: Hierarchie 19 - korrigierte Modellkennzahlen

	Modell	Ausgangsmodell		Anpassung Hierarchie 19 (Festlegungsentwurf)		Anpassung Hierarchie 19 (korrigierte Werte)	
	R ²	23,3416%		23,3736%		23,3789%	
	CPM	23,2413%		23,2625%		23,2644%	
	MAPE	1.874,72 €		1.874,20 €		1.874,15 €	
		N	Koeffizient	N	Koeffizient	N	Koeffizient
HMG111		3.319	7.239 €	1.633	9.524 €	1.633	9.548 €
HMG216		10.310	4.966 €	6.620	6.291 €	6.637	6.318 €
HMG112		19.654	1.266 €	30.786	1.940 €	32.184	1.990 €

Abbildung 20 fasst die im Festlegungsentwurf vorgeschlagene Anpassung der Hierarchie (mit den korrigierten Fallzahlen und Kostenschätzern) schematisch zusammen.

Abbildung 20: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 19 („Erkrankungen der Lunge“)



22.3 Stellungnahmen

Die mit dem Festlegungsentwurf vorgestellten Änderungen an der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“ werden insgesamt begrüßt (Barmer), als „systematische medizinische Verbesserung“ eingestuft oder aber zumindest als „größtenteils sachgerecht“ beurteilt (GKV-SV, TK et al.).

TK et al. befürchten ein Upcodingpotenzial im Bereich der DxG468 („Sonstige und nicht näher bezeichnete Pneumonien“). Um die betroffenen Diagnosen entsprechend abzusichern, solle eine Gegenprüfung auf die Verordnung bestimmter Wirkstoffe (die bereits zur Validierung der neuen DxG932 verwendet werden) eingeführt werden. Der GKV-SV greift diesen Vorschlag auf, erweitert ihn aber hinsichtlich der zu validierenden Diagnosegruppen. Konkret wird vorgeschlagen, eine Prüfung auf das Vorliegen bestimmter Wirkstoffe bei der DxG467 („Virale Pneumonie“), der DxG468 („Sonstige und nicht näher bezeichnete Pneumonien“) sowie der DxG469 („Influenza mit Pneumonie“) vorzunehmen.

Die KBV äußert sich kritisch zur Zuordnung des unspezifischen ICD-Kodes J99.8.

22.4 Ausweitung der Arzneimittelprüfung auf weitere Pneumonieformen

22.4.1 Untersuchung / Diskussion

Bereits bei der Erarbeitung des Festlegungsentwurfes hatte das BVA die Frage angerissen, ob die von GKV-SV und TK et al. angesprochenen DxGs über Arzneimittel validiert werden sollten. Unter Bezugnahme auf die DxG467 („Virale Pneumonie“) wurde argumentiert, dass bestimmte Formen der Pneumonie nicht zwangsläufig antibiotisch behandelt werden müssten, die Forderung den Zuschlag an das Vorliegen einer „obligaten Arzneimitteltherapie“ zu knüpfen daher nicht zielführend sei. Diese Überlegung lässt sich ohne Weiteres auf die beiden anderen zur Validierung vorgeschlagenen DxG468 und DxG469 übertragen. Beide Gruppen enthalten ICD-Kodes, die keine eindeutigen Rückschlüsse auf den auslösenden Erreger zulassen, bei denen somit die Frage nach der letztlich optimalen (und „obligaten“) Pharmakotherapie unbeantwortet bleibt.

Der GKV-SV hält dieser Argumentation entgegen, dass der zeitnahe Beginn einer Antibiotikatherapie bei einer Pneumonie unerlässlich sei. Erst wenn sich unter der bereits begonnenen Therapie keine Besserung zeige, werde eine Erregerbestimmung vorgenommen, weshalb die Prüfung und ggf. die Einführung einer Arzneimittelvalidierung empfohlen werden.

Gestützt werden die Ausführungen des GKV-SV durch die S3-Leitlinie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Infektologie und des Kompetenznetzwerks CAPNETZ zur ambulant erworbenen Pneumonie. Hierin wird eine mikrobiologische Diagnos-

tik zumindest bei Patienten ohne spezifische Risikofaktoren nicht empfohlen. Als Therapie der Wahl wird – auch ohne mikrobiologischen Befund – eine mindestens 5-tägige Antibiose nahegelegt. Eine Erregerbestimmung schließt sich ggf. erst an, wenn sich unter dieser Therapie keine Besserung zeigt.

Bedenkenswert ist allerdings nach wie vor, dass bei einem Vorliegen der in DxG467, DxG468 und DxG469 enthaltenen Diagnosen zumindest theoretisch auch eine Therapie mit antiviral wirksamen Arzneimitteln indiziert sein kann. Dies ist beispielsweise denkbar, wenn nach erfolgtem mikrobiologischen Ausschluss einer bakteriellen Infektion die Antibiose eingestellt wird und stattdessen beispielsweise antimykotische oder antivirale Behandlung einsetzt. Die für die DxG932 bestehende Wirkstoffliste, die zwar diverse Antibiotika und Antimykotika, jedoch keine Virostatika berücksichtigt, wäre daher noch nicht umfangreich genug, um diese Fallgestaltung zielführend abzugreifen; die anzusetzende Arzneimittelliste müsste daher zunächst entsprechend erweitert werden.

Obgleich die Wirksamkeit der bei vorliegender Indikation zu diskutierenden antiviralen Substanzen nicht unumstritten ist, spricht nichts gegen deren Berücksichtigung bei der „Absicherung“ der fraglichen Diagnoseinformation: Wenn im Rahmen der Klassifikation für die Therapie eines Krankheitsbildes der Nachweis einer „obligaten“ Arzneimitteltherapie gefordert wird, so muss nach Möglichkeit sichergestellt sein, dass alle naheliegenden, die Richtigkeit der Diagnose bestätigenden Wirkstoffe zum Aufgreifen genutzt werden. Im vorliegenden Fall können die antiviral wirksamen Wirkstoffe den Empfehlungen der bereits oben genannten Leitlinie entnommen werden, die die Berücksichtigung von Amantadin (ATC-Fünfsteller N04BB), Aciclovir (J05AB) sowie Zanamivir und Oseltamivir (J05AH) für das zu berücksichtigende Wirkungsspektrum nahelegt. Nach Ergänzung der Wirkstoffliste um die genannten ATC-Kodes erhält man das in Tabelle 14 dargestellte Spektrum, mittels dessen die DxG 468 bzw. die DxG467-DxG469 aufgegriffen werden könnten.

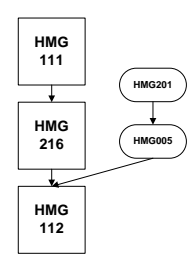
Tabelle 14: ATC-Kodes zur Validierung der DxG467-DxG469

DxG	ATC	Bezeichnung	ATC	Bezeichnung
DxG468 (TK et al.) DxG467-DxG469 (GKV-SV)	J01AA	Tetracycline	J01GB	Anderer Aminoglykoside
	J01BA	Amphenicole	J01MA	Fluorchinolone
	J01CA	Penicilline mit erweitertem Wirkungsspektrum	J01MB	Anderer Chinolone
	J01CE	Beta-Lactamase-sensitiver Penicilline	J01XA	Glycopeptid-Antibiotika
	J01CF	Beta-Lactamase-resistente Penicilline	J01XB	Polymyxine
	J01CG	Beta-Lactamase-Inhibitoren	J01XD	Imidazol-Derivate
	J01CR	Kombinationen von Penicillinen, inkl. Beta-Lactamase-Inhibitoren	J01XX	Anderer Antibiotika
	J01DB	Cephalosporine der 1. Generation	J02AA	Antibiotika
	J01DC	Cephalosporine der 2. Generation	J02AB	Imidazol-Derivate
	J01DD	Cephalosporine der 3. Generation	J02AC	Triazol-Derivate
	J01DE	Cephalosporine der 4. Generation	J02AX	Anderer Antimykotika zur systemischen Anwendung
	J01DF	Monobactame	J04AB	Antibiotika
	J01DH	Carbapeneme	J05AB	Nukleoside und Nukleotide, exkl. Inhibitoren der Reversen Transkriptase
	J01EA	Trimethoprim und Derivate	J05AH	Neuraminidasehemmer
	J01EC	Mittellang wirkende Sulfonamide	N04BB	Adamantan-Derivate
	J01EE	Kombinationen von Sulfonamiden und Trimethoprim, inkl. Derivate	P01BD	Diaminopyrimidine
	J01FA	Makrolide	P02BA	Chinolin-Derivate und verwandte Substanzen
	J01FF	Lincosamide	P02CA	Benzimidazol-Derivate
	J01GA	Streptomycine	P02CC	Tetrahydropyrimidin-Derivate

Auf dieser Grundlage können nun die Auswirkungen eines geänderten Aufgreifens (Arzneimittel obligat, 10 Behandlungstage) der fraglichen Diagnosegruppen beurteilt werden. Hierzu

werden die beiden Vorschläge von TK et al. (Validierung der DxG468) bzw. des GKV-SV (Validierung der DxG467-DxG469) simuliert. Die Ergebnisse dieser Berechnungen werden in Tabelle 15 dem Ausgangsmodell und dem (korrigierten) Modell aus dem Festlegungsentwurf gegenübergestellt.

Tabelle 15: Arzneimittelvalidierung der DxG468 bzw. DxG467-DxG469

	Modell	Ausgangsmodell		Anpassung Hierarchie 19 (korrigierte Werte)		Hierarchie 19 Modell TK et al.		Hierarchie 19 Modell GKV-SV	
	R ²	23,3416%		23,3789%		23,3797%		23,3796%	
	CPM	23,2413%		23,2644%		23,2655%		23,2655%	
	MAPE	1.874,72 €		1.874,15 €		1.874,13 €		1.874,13 €	
		N	Koeffizient	N	Koeffizient	N	Koeffizient	N	Koeffizient
	HMG111	3.319	7.239 €	1.633	9.548 €	1.633	9.558 €	1.633	9.558 €
	HMG216	10.310	4.966 €	6.637	6.318 €	6.637	6.320 €	6.637	6.319 €
	HMG112	19.654	1.266 €	32.184	1.990 €	48.386	1.619 €	48.895	1.611 €

Letztlich liefern beide untersuchten Varianten ein ähnliches Ergebnis: Die Umstellung auf eine Arzneimittelvalidierung führt zu einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen in der HMG112. Dies mag zunächst überraschend erscheinen, wird doch durch die Prüfung auf das Vorliegen spezifischer Arzneimittelverordnung eine auf den ersten Blick höhere Hürde an das Aufgreifen der Diagnose geknüpft. Möglich wird der Fallzahlenanstieg allerdings durch das mit der Wirkstoffprüfung einhergehende Entfallen des M2Q-Kriteriums. Voraussetzung für einen Zuschlag ist, dass mindestens ein Verordnungs- und ein Diagnosequartal übereinstimmen und über das Jahr mindestens 10 Behandlungstage mit spezifischen Arzneimitteln vorliegen. Diese Bedingungen können theoretisch bereits innerhalb eines Quartals erfüllt werden und liegen auch in der Praxis offenbar bei einer beträchtlichen Anzahl an Versicherten vor.

Insgesamt steigt die Besetzung der HMG112 in beiden oben simulierten Varianten um etwa 50 % an. Unterstellt man der Einfachheit halber, dass die etwa 32.000 zuvor zugeordneten Versicherten in der HMG112 verblieben sind, lassen sich für die rund 16.000 hinzugekommenen Versicherten überschlagsweise 880 € an krankheitsbezogenen Mehrkosten im Folgejahr ermitteln. Der Schätzer für die HMG112 sinkt dementsprechend von vormals knapp 2.000 € (Entwurfassung) auf ungefähr 1.600 € (Vorschläge TK et al. bzw. GKV-SV) ab. Die Modellgüte nimmt im Vergleich zur Entwurfassung in beiden untersuchten Varianten etwas zu.

22.4.2 Zwischenfazit

Gemessen an der Anzahl der durch die Anpassung neu ausgelösten Zuschläge fällt die Verbesserung der Modellgüte gering aus. Die etwas bessere Abbildung der Folgekosten der neu aufgenommenen Versicherten wird durch die (für die schon zuvor berücksichtigten Versicherten) verwässerte Zuschlagshöhe nahezu vollständig kompensiert. Unter statistischen Gesichtspunkten können die Vorschläge daher bestenfalls verhalten positiv bewertet werden.

Die Frage, ob die vorgeschlagene Einführung einer Diagnosevalidierung umgesetzt werden sollte, ist indes aber auch aus einer anderen Perspektive zu bewerten: Wie TK et al. ausführen, steigert eine Gegenprüfung der Diagnosen mit Arzneimittelverordnungen generell die Manipulationsresistenz des Klassifikationsmodells. Hinsichtlich der einschlägigen Leitlinie zur Behandlung der ambulant erworbenen Pneumonie steht einer solchen Validierung aus medizinischer Sicht nichts entgegen. Wenn die Anpassung nun – bei zumindest gleichbleibender Prognosegüte – eine erhöhte Manipulationsresistenz mit sich bringt, kann ihrer Umsetzung kaum widersprochen werden.

Trotz dieser Abwägung steht das Wissen um die „Zuschlagsverwässerung“ der vormals (kosten)homogeneren HMG112 der Einschätzung entgegen, eine optimale Ausgestaltung erreicht zu haben. Es liegt nahe, dass sich die Modellgüte durch eine Aufteilung der HMG112 weiter steigern lässt. Aus diesem Grund sollte anschließend geprüft werden, ob (bzw. wie deutlich) sich anhand einer Ausgliederung bestimmter Pneumonieformen aus der HMG112 und deren tieferen Einstufung in eine neu zu schaffende Zuschlagsgruppe die Modellgüte steigern lässt.

22.5 Ausgliederung der „sonstigen Pneumonien“ aus der HMG112

22.5.1 Untersuchung / Diskussion

Als Basis für die Umgruppierung der einzelner Pneumonieformen aus der HMG112 soll das zuletzt untersuchte, auf dem Vorschlag des GKV-SV fußende Modell dienen, da hier – im Gegensatz zum Ansatz von TK et al. – sämtliche pneumoniebezogenen Diagnosegruppen mit einer Validierung über spezifische Arzneimittel aufgegriffen werden; es handelt sich somit um den konsistenteren der beiden Ansätze, der dem Gedanken der Manipulationsresistenz am deutlichsten Rechnung trägt.

Theoretisch wäre eine Vielzahl unterschiedlicher Varianten zur Umgruppierung einzelner DxGs denkbar. Vor dem Hintergrund aber, dass an dieser Stelle des Festlegungsprozesses lediglich eine Folgeanpassung auf Grundlage der Stellungnahme des GKV-SV vorgenommen werden kann, verbieten sich allzu umfangreiche Analysen und daraus abgeleitete Modellanpassungen, die sich im Zweifel zu weit von der Entwurfsfassung entfernen würden. Es wird daher ein möglichst einfacher und nachvollziehbarer Weg zur Umgruppierung einzelner DxGs angestrebt.

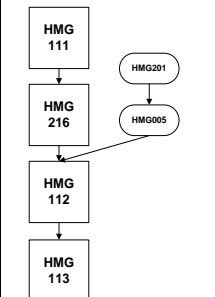
Die HMG112 setzt sich im Modell „GKV-SV“ (ebenso wie im Festlegungsentwurf) aus den in Tabelle 16 gelisteten Diagnosegruppen zusammen. Eine einfach zu handhabende und unter medizinischen Gesichtspunkten konsequente Auftrennung ergibt sich über das Verschieben aller enthaltenen Pneumonieformen in die neue HMG113.

Tabelle 16: Abgrenzung der HMG113

DxG	Bezeichnung	Modell "GKV-SV"	Abgrenzung HMG113
352 Akute respiratorische Insuffizienz			
465 Pleuraempyem, Lungenabszess			HMG112
933 Nicht näher bezeichnete respiratorische Insuffizienz			
464 Pneumokokkenpneumonie oder Pneumonie durch andere näher bezeichnete Bakterien		HMG112	HMG113
466 Infektionen der Lunge durch Pilze oder Parasiten, exkl. Candida			
467 Virale Pneumonie			
468 Andere und nicht näher bezeichnete Pneumonie			
469 Influenza mit Pneumonie			
471 Lungenstauung / hypostatische Pneumonie			

Die DxG352, DxG465 und DxG933 verblieben somit in HMG112. Da die Form der Hierarchisierung im Prinzip beibehalten werden soll, wird die HMG113 in der anstehenden Simulation von der HMG112 dominiert. Die im Modell „GKV-SV“ zum Aufgreifen der fraglichen Diagnosegruppen angelegten Kriterien werden unverändert angewendet. Die Kennzahlen des so adaptierten Modells werden in Tabelle 17 mit dem Ausgangsmodell, der Fassung des Festlegungsentwurfes und der oben untersuchten Variante des GKV-SV verglichen.

Tabelle 17: Ergebnisse zur Ausgliederung der "sonstigen Pneumonien"

	Modell	Ausgangsmodell		Anpassung Hierarchie 19 (korrigierte Werte)		Hierarchie 19 Modell GKV-SV		Hierarchie 19 neue HMG113	
	R ²	23,3416%		23,3789%		23,3796%		23,4001%	
	CPM	23,2413%		23,2644%		23,2655%		23,2766%	
	MAPE	1.874,72 €		1.874,15 €		1.874,13 €		1.873,86 €	
		N	Koeffizient	N	Koeffizient	N	Koeffizient	N	Koeffizient
HMG111		3.319	7.239 €	1.633	9.548 €	1.633	9.558 €	1.633	9.635 €
HMG216		10.310	4.966 €	6.637	6.318 €	6.637	6.319 €	6.637	6.379 €
HMG112		19.654	1.266 €	32.184	1.990 €	48.895	1.611 €	17.101	2.956 €
HMG113		-	-	-	-	-	-	31.794	929 €

Hierbei zeigt sich, dass die vorgenommene Umgruppierung nun auch aus statistischer Sicht die erwünschten Ergebnisse mit sich bringt. Durch die Trennung der „sonstigen Pneumonien“ von den verbleibenden Diagnosegruppen gelingen eine deutliche Kostendifferenzierung und eine spürbare Verbesserung aller betrachteten Modellkennzahlen.

22.5.2 Bewertung

Die vom GKV-SV geforderte Einführung einer Arzneimittelvalidierung für alle Diagnosegruppen mit Pneumoniebezug ist unter medizinischen Aspekten als unschädlich zu bewerten. Darüber hinaus steigert sie die Konsistenz und die Manipulationsresistenz der Klassifikation. Gepaart mit einer Ausgliederung der „sonstigen Pneumonien“ aus der HMG112 in eine untergeordnete HMG113 ist sie zudem geeignet, die Prognosegüte des Modells deutlich zu steigern. Aus diesen Gründen sollte die zuletzt berechnete Variante „HMG113“ in die Festlegung des Klassifikationsmodells 2013 übernommen werden.

22.6 Einordnung der „Krankheiten der Atemwege bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten (J99.8)“

Die KBV problematisiert die Einordnung des aus ihrer Sicht sehr unspezifischen ICD-Kodes J99.8 („Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten“).

22.6.1 Diskussion

Hinsichtlich der Einordnung des ICD-Kodes J99.8 bleibt zunächst festzuhalten, dass dieser zumindest laut systematischem Verzeichnis der ICD wesentlich spezifischer ist, als sich aus seiner Benennung ableiten lassen mag: Kodiert werden sollen mit dem Schlüssel Atemwegserkrankungen bei vergemeinschaftet vorliegender Amöbiasis, Kryoglobulinämie, Spondylitis ankylosans, Sporotrichose oder Syphilis. Die sich dahinter verbergenden Krankheitsbilder sind recht gut eingrenzbar (Lungenabszess durch Amöben, Rippenfellentzündung oder Lungenfibrose bei Spondylitis ankylosans, pulmonale Vaskulitiden, pulmonale Sporotrichose und schließlich Gummatableitung bei Syphilis). Der Code J99.8 ist somit keinesfalls unspezifischer als etwa der Code J99.1 („Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten“), der im Gruppierungsalgorithmus identisch behandelt, von der KBV aber nicht problematisiert wird.

Hinsichtlich der Zuschlagshöhe, die an das Vorliegen des Codes gebunden ist, kann darüber hinaus auf die im Rahmen des Festlegungsentwurfes eingeführte Arzneimitteldifferenzierung verwiesen werden. Abhängig von einer dauerhaften Therapie mit den im Festlegungsentwurf abgegrenzten Wirkstoffen, führen sowohl „spezifische“ als auch „unspezifische“ Kodierung zu einem identischen Zuschlag, d.h. die Zuschlagshöhe lässt sich nicht durch eine Kodiervariation beeinflussen, sie ist immer abhängig von Art und Menge der verordneten Arzneimittel.

22.6.2 Bewertung

Eine Notwendigkeit zur Umgruppierung des ICD-Kodes J99.8 wird nicht erkannt.

22.7 Ergebnis

Nach ausführlicher Diskussion der vorangehend dargestellten Ergebnisse auf der 42. Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats am 24.09.2012 wurde das folgende Ergebnis konsentiert:

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden weitere Änderungen an der Klassifikation vorgenommen.

- **HMG112 / HMG113:**

- Die bislang in die HMG112 gruppierten
 - DxG464 („Pneumokokkenpneumonie oder Pneumonie durch andere näher bezeichnete Bakterien“),

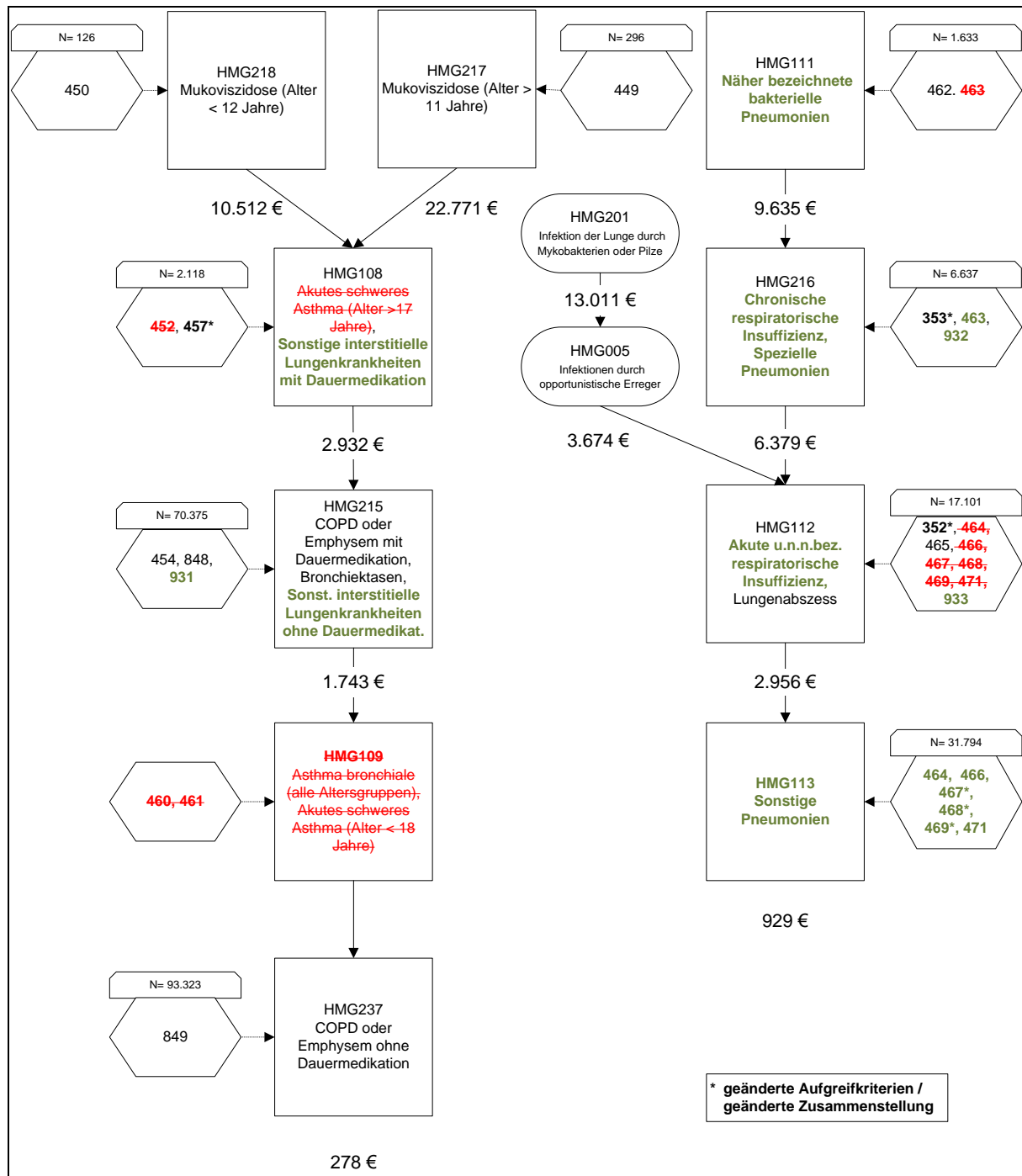
- DxG466 („Infektionen der Lunge durch Pilze oder Parasiten, exkl. Candida“),
- DxG467 („Virale Pneumonie“),
- DxG468 („Andere und nicht näher bezeichnete Pneumonie“),
- DxG469 („Influenza mit Pneumonie“) und
- DxG471 („Lungenstauung / hypostatische Pneumonie“).

werden künftig in die neu gebildete HMG113 eingeordnet, die den Titel „Sonstige Pneumonien“ erhält. Aufgrund der Verschiebung wird die HMG112 umbenannt in „Akute und nicht näher bezeichnete respiratorische Insuffizienz, Lungenabszess“.

- Die neue HMG113 wird im Hierarchiestrang unter die HMG112 eingeordnet.
- Die bislang noch nicht über Arzneimittel validierten DxG467, DxG468 und DxG469 werden künftig über das Kriterium „obligate Arzneimitteltherapie, 10 Behandlungstage“ aufgegriffen. Die hierbei zu berücksichtigenden ATC-Kodes sind Tabelle 14 zu entnehmen.

Bezogen auf das Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2012 lassen sich somit die in Abbildung 21 dargestellten Änderungen zusammenfassen.

Abbildung 21: Festlegung der Hierarchie 19 („Erkrankungen der Lunge“)

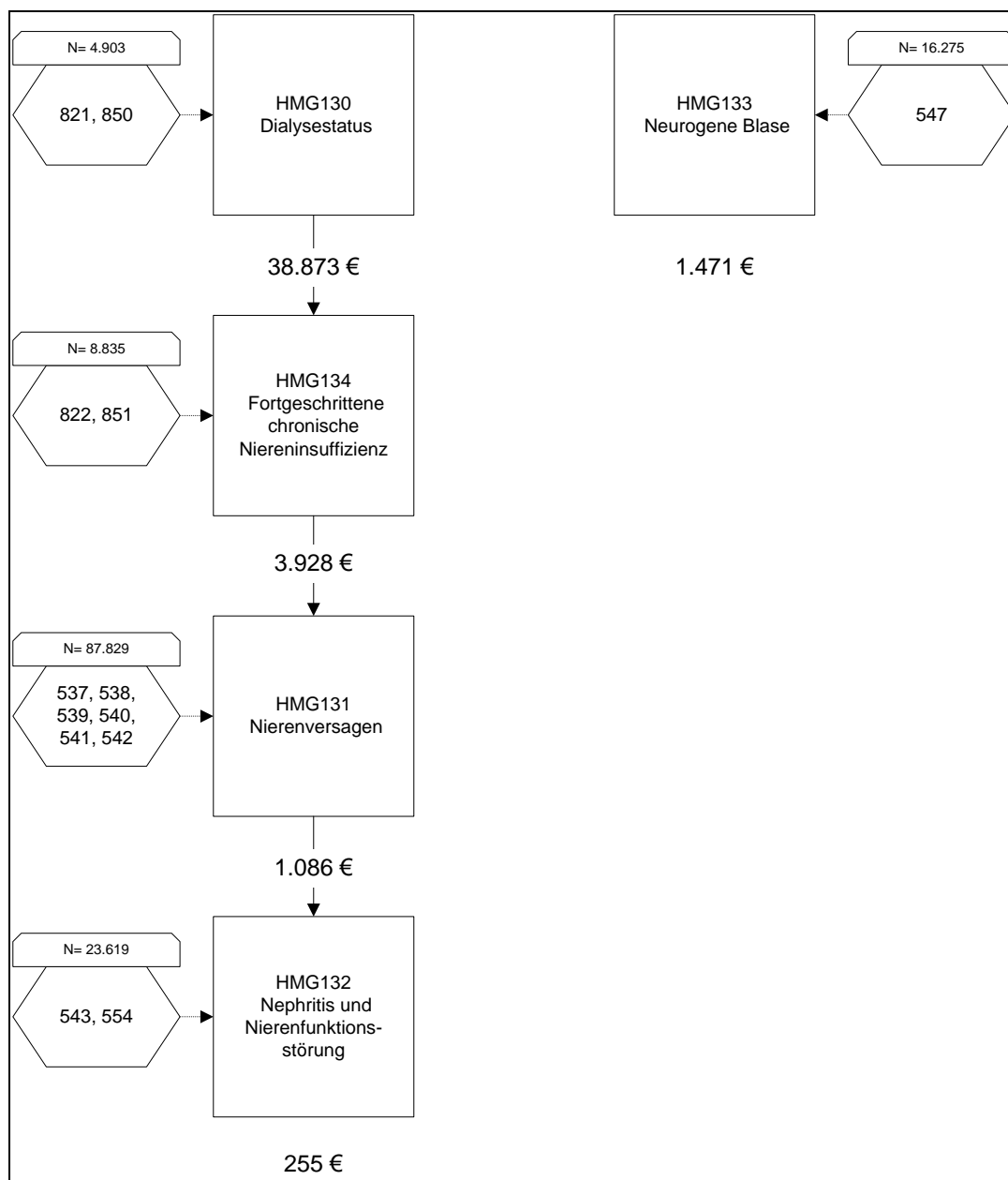


23 Hierarchie 20: „Erkrankungen der Harnwege“

23.1 Festlegungsentwurf

Eine Anpassung der Hierarchie 20 „Erkrankungen der Harnwege“ im diesjährigen Anpassungsprozess ist unterblieben, da das Vorschlagsverfahren keine dringlichen Änderungsvorschläge bereithielt. Vom Wegfall zweier ICD-Kodes durch die geänderte Krankheitsauswahl abgesehen hat die Hierarchie daher noch dieselbe Gestalt wie in der Festlegung 2012 (Abbildung 22).

Abbildung 22: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 20 („Erkrankungen der Harnwege“)



23.2 Stellungnahmen

TK et al. machen auf ihren unberücksichtigten Vorschlag zur ICD-Umstrukturierung des unteren Hierarchiebereiches (HMG132) aufmerksam, der noch aus dem vorangegangenen Anpassungsprozess stammt. Damals habe das BVA die Überarbeitung dieser ICD-Bereiche im Rahmen der Krankheitsauswahl angekündigt, was inzwischen erfolgt sei (Ausschluss der Diagnose N27.0 „Kleine Niere unbekannter Ursache“). Folglich sei nunmehr auch der Vorschlag von TK et al. zu prüfen.

23.3 ICD-Umstrukturierung im unteren Hierarchiebereich

23.3.1 Einordnung des TK-Vorschlags

In den vom TK-Vorschlag betroffenen ICD-Bereichen handelt es sich um eine Vielzahl leichter Nierenleiden, die sich untereinander schwer abgrenzen lassen und meist mit nur geringfügigen Folgekosten verbunden sind.

Schon im vergangenen Jahr hatten einzelne Untersuchungen gezeigt, dass selbst aufwändige Anpassungsversuche kaum imstande sind, in diesem ICD-Spektrum nennenswerte Modellverbesserungen herbeizuführen. Im diesjährigen Festlegungsentwurf nicht veröffentlichte Voruntersuchungen haben diesen Eindruck bestätigt und für den Vorschlag von TK et al. gleichermaßen unergiebiges Resultate zutage gefördert. Statistisch dem Status quo überlegen – so viel lässt sich an dieser Stelle mit Sicherheit sagen – ist die von TK et al. vorgeschlagene ICD-Abgrenzung somit nicht. Folglich müsste man sich dem ICD-Komplex vertieft widmen und dabei über den Vorschlag von TK et al. hinausgehen, um die Modellperformance nachweisbar zu steigern. Davon hat das BVA wegen des engen Zeitplans und der Menge an dringlicheren Fragestellungen im diesjährigen Anpassungsprozess Abstand genommen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gilt dieses Priorisierungsgebot umso mehr: Der bereits weit fortgeschrittene Festlegungsprozess spricht gegen eine explorative Auseinandersetzung mit dem TK-Vorschlag, zumal Aufwand und Nutzen offenbar in keinem vertretbaren Verhältnis zueinander stehen.

23.3.2 Bewertung

In Ermangelung überlegener Gestaltungsalternativen sieht das BVA aktuell keinen konkreten Ansatzpunkt für Modellveränderungen in den unteren Bereichen der Hierarchie 20 „Erkrankungen der Harnwege“. Auch hält das BVA die Notwendigkeit einer solchen Anpassung angesichts der untergeordneten medizinischen und finanziellen Bedeutung der betroffenen HMGs nicht für gegeben.

Ob die im kommenden Anpassungsprozess verfügbare Vollerhebung zu einer Neubewertung der Sachlage führt, bleibt abzuwarten. Sollte sich allerdings der Eindruck von vorhandenen Ungleichgewichten in den unteren Hierarchieabschnitten verstärken, kommt eine Adjustierung neuerlich in Betracht. Der hier nicht im Detail diskutierte Vorschlag von TK et al. könnte dann ein Ausgangspunkt für weitergehende Untersuchungen sein.

23.4 Ergebnis

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Anhörungsentwurf. Die Hierarchie 20 bleibt in der in Abbildung 22 gezeigten Gestalt bestehen.

24 Hierarchie 22: „Erkrankungen der Haut“

24.1 Festlegungsentwurf

Anpassungen der Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ sind durch die Aktualisierung der Krankheitsauswahl nicht notwendig geworden. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens hat die DAK die Bildung unterschiedlicher Arzneimittel-Zuschlagsgruppen innerhalb der bestehenden Arzneimitteldifferenzierung angeregt.

Vor dem Hintergrund bestehender Bedenken des Beirates, dass dadurch möglicherweise Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen werden, ist diese Anregung nicht aufgegriffen worden.

24.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV kann die Begründung zur Ablehnung einer „Kostendifferenzierung nach unterschiedlichen Arzneimittelgruppen“ nicht nachvollziehen. Er verweist auf die Ausführungen in seiner Stellungnahme zum Festlegungsentwurf für das Modell 2012.

24.3 Ergebnis

Es wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Veranlassung gesehen, von der bisherigen Haltung abzuweichen. Eine ausführliche Begründung hierzu findet sich im Kapitel I.6, Seite 34.

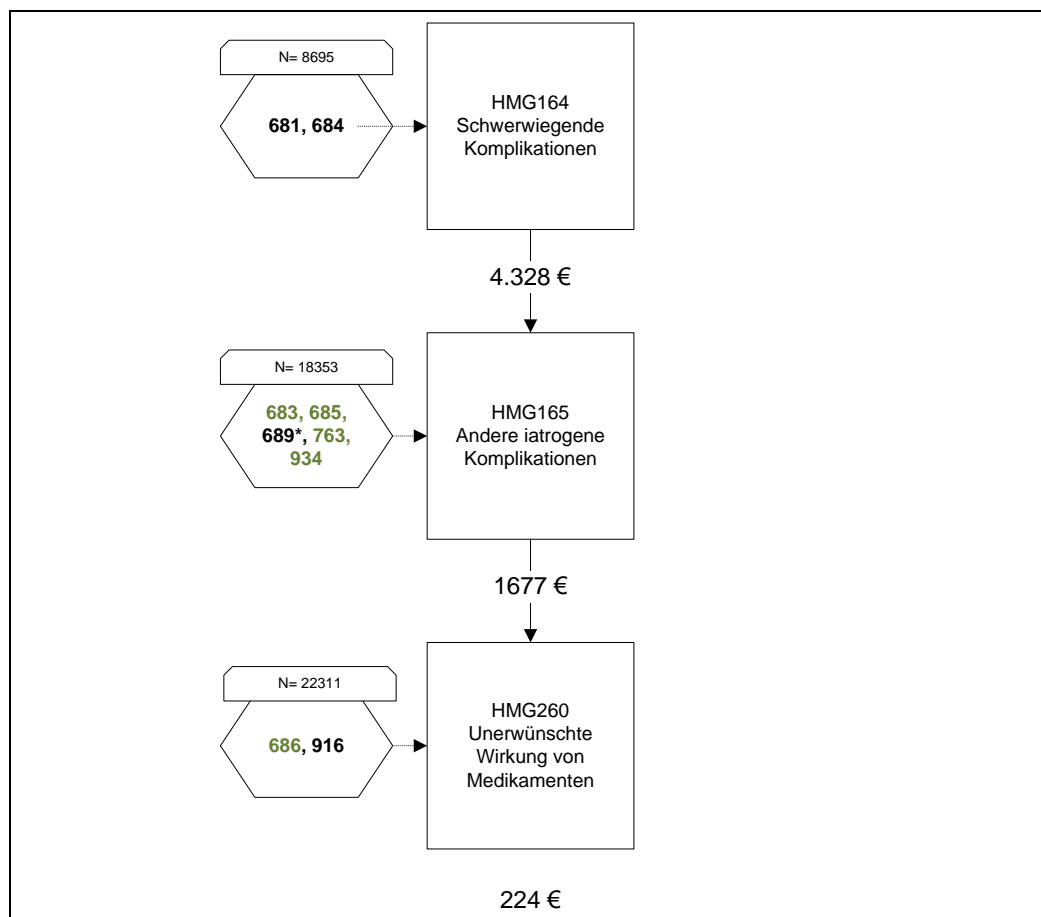
25 Hierarchie 24: „Medizinische Komplikationen“

25.1 Festlegungsentwurf

Bedingt durch die neue Krankheitsauswahl sind ca. 20 bislang berücksichtigte Diagnosen herausgefallen und eine etwa gleich große Anzahl von Diagnosen neu hinzugekommen. Im Festlegungsentwurf wurde die Zuordnung von DxGruppen zu Morbiditätsgruppen in Anlehnung an einen Vorschlag des GKV-SV und der Barmer umgestaltet, um die Kostenhomogenität zu erhöhen. Des Weiteren wurde für die DxG689 („Postoperative Infektion“) das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ gefordert. Ferner wurde angeregt, dass künftig organspezifische (z.B. Endokrinopathien nach medizinischen Maßnahmen) bzw. krankheitsspezifische (Strahlenproktitis) Komplikationen den entsprechenden Krankheitshierarchien (z.B. Metabolische Erkrankungen, Neubildungen) zugeordnet werden, um die Möglichkeit der Vergabe nicht sachgerechter Doppelzuschläge zu minimieren. Aus Zeitgründen konnte dieser Vorschlag leider nicht eingehend untersucht werden, allerdings wurden die Anhörungspartner zu einer diesbezüglichen Diskussion eingeladen.

Die Vorgesehenen Anpassungen werden in Abbildung 23 schematisch dargestellt

Abbildung 23: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 24 („Medizinische Komplikationen“)



25.2 Stellungnahmen

Insgesamt wird die Neustrukturierung der Hierarchie als erhebliche Verbesserung angesehen, die komplexe, in der Hierarchie behandelte Thematik werde nun wesentlich stringenter und homogener abgebildet (KBV). Die Anregung des BVA, künftig organspezifische bzw. krankheitsspezifische Komplikationen den entsprechenden Krankheitshierarchien zuzuordnen wird von verschiedenen Anhörunspartnern (TK et al., IKK e.V., KBV) begrüßt.

25.3 Ergebnis

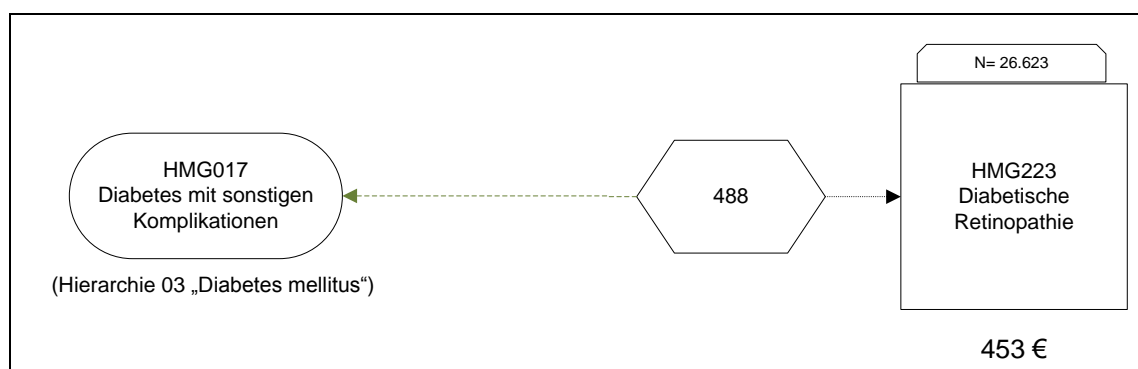
Angesichts der einhellig positiven Anmerkungen im Anhörungsverfahren sind keine Änderungen gegenüber dem Anhörungsentwurf erforderlich. Die Anregung des BVA, künftig organspezifische bzw. krankheitsspezifische Komplikationen den entsprechenden Krankheitshierarchien zuzuordnen, tangiert multiple Hierarchien. Er erscheint daher sinnvoll, dies erst im nächsten Anpassungsprozess umzusetzen, um den Anhörunspartnern ausreichend Gelegenheit zur Diskussion konkreter Änderungen einzuräumen.

26 Hierarchie 26: „Erkrankungen des Auges“

26.1 Festlegungsentwurf

Die Sternkode H36.0 „Diabetische Retinopathie“ repräsentiert aufgrund der veränderten Krankheitsauswahl die einzig verbliebene Erkrankung in der Hierarchie 26. Die gleichnamige DxG488, die die HMG023 bildet, wird außerdem zusätzlich Bestandteil der HMG017 „Diabetes mit sonstigen Komplikationen“. Die Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ wird beibehalten, indem die HMG223 als eigenständige Zuschlagsgruppe „Diabetische Retinopathie“ fortbesteht. Eine komplette Verlagerung der DXG488 in die Diabetes-Hierarchie – wie seitens der Barmer vorgeschlagen – wurde nach empirischer Prüfung und inhaltlicher Diskussion verworfen. Abbildung 24 stellt die Hierarchie nach der beschriebenen Anpassung grafisch dar.

Abbildung 24: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 26 („Erkrankungen des Auges“)



26.2 Stellungnahmen

Die vorgenommenen Anpassungen werden seitens des AOK-BV explizit unterstützt. Auch die KBV begrüßt die Beibehaltung des Sternkodes – sowohl aus statistischer, als auch aus medizinischer Sicht. Dem hingegen lehnen TK et al. bzw. IKK e.V. unter Verweis auf die mögliche Generierung ungerechtfertigter Doppelzuweisungen bzw. mit Hinweis auf Vereinfachungspotenziale beim Klassifikationsmodell die Beibehaltung des Sternkodes innerhalb der Augen-Hierarchie ab und empfehlen eine Zusammenlegung analog zu den Diagnosen der diabetischen Neuropathie.

26.3 Verlagerung der DxG488 in die Hierarchie „Diabetes mellitus“

26.3.1 Untersuchung / Diskussion

Wie bereits in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf dargelegt, halten BVA und Wissenschaftlicher Beirat die zweifache Eingliederung des H36.0* aus inhaltlich-systematischen Gründen für sachgerecht, da damit die Beschaffenheit des H36.0 als Stern-Kode abgebildet

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

wird. Eine ungerechtfertigte Doppelzuweisung findet in diesem Fall nicht statt, da die Kostengewichte im multivariablen Modell proportional aufgeteilt werden.

26.3.2 Bewertung

Eine Änderung gegenüber dem Anhörungsentwurf ist nicht erforderlich.

26.4 Ergebnis

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Anhörungsentwurf.

27 Hierarchie 27: „Erkrankungen des Neugeborenen“

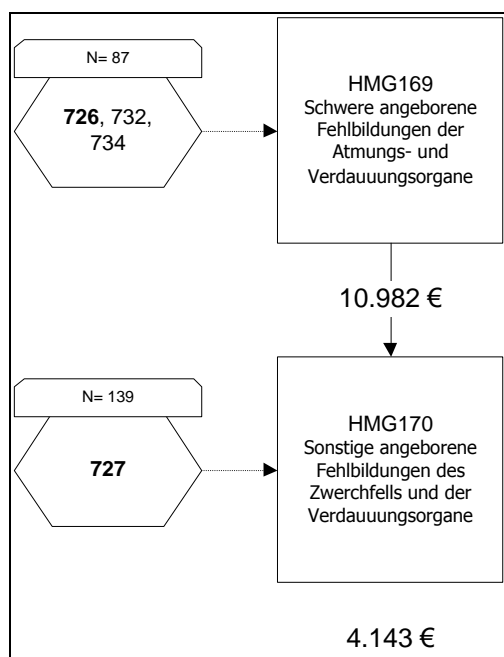
27.1 Festlegungsentwurf

Im Rahmen der aktualisierten Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 wird die Krankheit „Risikogeburt“ nicht mehr berücksichtigt. In der Hierarchie 27 entfallen damit die DxGs 724, 731, 725, 736, sowie in der Folge die HMG171 komplett. Die DxG726 und die DxG727 enthalten weniger ICD-Kodes. Die HMG170 enthält nur noch sieben Versicherte.

Im Anhörungsverfahren wurden folgende Anpassungen empfohlen: Einordnung der DxG726 in die HMG169 und Einordnung der DxG727 in die HMG170. Die HMG169 und die HMG170 werden umbenannt.

Abbildung 25 zeigt die Hierarchie 27 nach Anpassung im Festlegungsentwurf.

Abbildung 25: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 27 („Erkrankungen des Neugeborenen“)



27.2 Stellungnahmen

KBV und Barmer bewerten den Vorschlag als sinnvoll.

27.3 Ergebnis

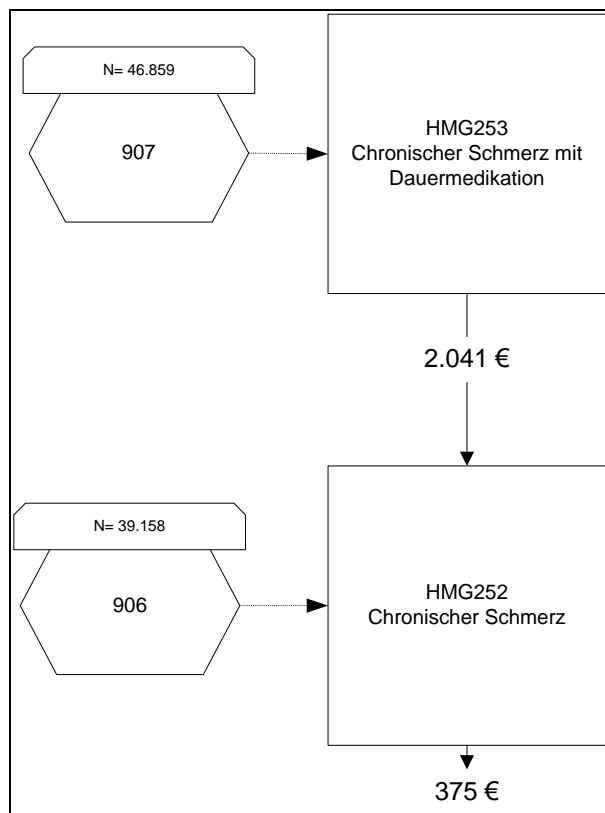
Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Anhörungsentwurf.

28 Hierarchie 28: „Chronischer Schmerz“

28.1 Festlegungsentwurf

Im Zuge der aktualisierten Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 wurde die Krankheit „Chronischer Schmerz“ neu in das Klassifikationssystem aufgenommen. Aufgrund der im Vordergrund stehenden Schmerz-Symptomatik wird sie innerhalb des Klassifikationsmodells als eigenständiger Hierarchiestrang geführt. Eine Arzneimitteldifferenzierung unterscheidet Patientengruppen mit (HMG253) und ohne Dauermedikation (HMG252). Im Vorschlagsverfahren angeregte unterschiedliche Arzneimittel-Zuschlagsgruppen wurden aufgrund der ablehnenden Haltung des Wissenschaftlichen Beirates nicht weiter untersucht (zur Begründung s. I.6). Die Arzneimittelauswahl für die Differenzierung der Zuschlagsgruppen umfasst Opioide, Andere Analgetika, Migränemittel, Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika sowie sogenannte Adjuvantien.

Abbildung 26: Entwurf zur Bildung der Hierarchie 28 („Chronischer Schmerz“)



28.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV begrüßt die Einführung als eigenständige Hierarchie und die Berücksichtigung von Arzneimittelwirkstoffen beim Chronischen Schmerz, kritisiert allerdings den fehlenden Vergleich von Modellen mit unterschiedlicher Arzneimittelabgrenzung. Dies solle nachgeholt werden. Bei der Arzneimittelauswahl sei grundsätzlich auf die Migränemittel zu verzichten.

Des Weiteren solle aufgrund möglicher Fehlanreize bei der Kodierung zukünftig beobachtet werden, ob das chronische Schmerzsyndrom vermehrt dokumentiert wird.

Barmer, BPtK und KBV befürworten ebenfalls die Abbildung des chronischen Schmerzes in einer eigenen Hierarchie sowie die Differenzierung der Zuschlagsgruppen über spezifische Arzneimittel. Die KBV hält die Orientierung der Arzneimittelauswahl am WHO-Stufenschema für medizinisch sinnvoll. Die Barmer hält für die Differenzierung schwerer, kostenintensiver Verlaufsformen die Einschränkung auf die Gruppen N02A (Opioide), N02B (Andere Analgetika und Antipyretika) und M01A (Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika) für notwendig.

TK et al., BKK-BV und IKK e.V. kritisieren den Entwurf zur Ausgestaltung der Hierarchie. Es bestehe erhebliches Manipulationspotential. Dies sei u.a. in der nicht eng genug gefassten Arzneimittelauswahl begründet. Darüber hinaus halten TK et al. die Erfüllung des M2Q-Kriteriums für die HMG253 für unverzichtbar, da es sich um eine andauernde, immer wiederkehrende Erkrankung handle. Der BKK-BV fordert das Zusammenlegen der HMG252 mit der HMG253. Die resultierende Zuschlagsgruppe sei ausschließlich über Verordnungen von Opioiden (N02A) zu validieren. Die IKK e. V. plädiert für eine Streichung der DxG906 und HMG252.

Der AOK-BV wiederholt seine bereits im Vorschlagsverfahren vorgebrachte Ablehnung gegenüber sowohl einer Differenzierung mit Arzneimitteln als auch einer wirkstoffabhängigen Validierung. Da Therapiealternativen außerhalb des Arzneimittelbereichs keine Berücksichtigung finden (können), blieben weitere, schwerste Fälle unberücksichtigt. Damit sei die Versorgungsneutralität nicht gewahrt.

28.3 Auswahl der Arzneimittel zur Arzneimitteldifferenzierung

28.3.1 Untersuchung / Diskussion

Die Präsentation von Modellen mit unterschiedlichen Arzneimittelabgrenzungen wird auf Anregung des GKV-SV nachgeholt. Der Hinweis, bei der Arzneimittelauswahl grundsätzlich auf Migränemittel zu verzichten, ist sachgerecht und findet Berücksichtigung.

Nach dem Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden für die Pharmakotherapie von Schmerzzuständen neben stark und schwach wirksamen Opioiden zunächst nicht-opioide Analgetika sowie begleitend sogenannte Adjuvantien, z. B. bestimmte Antidepressiva und Neuroleptika, eingesetzt. Nach Einschätzung des BVA kommen daher die in Tabelle 18 dargestellten ATC-Kodes bzw. ATC-Kode-Gruppen zur Differenzierung des Chronischen Schmerzes in Frage.

Tabelle 18: Abkürzungen für ATC-Kode-Gruppen

Abkürzung ATC-Kodes	Bezeichnung	ATC-Kodes
N02A	Opioide	N02AA - N02AG, N02AX
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	N02BA, N02BB, N02BE, N02BG, N02BH, N02BP
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	M01AA - M01AC, M01AE, M01AH, M01AX
N03/6	Adjuvantien	N03AB, N03AF, N03AX, N06AA, N06AB, N06AX

In Analogie zum Stufenschema sind aufeinander aufbauend drei Modelle mit integrierter Arzneimitteldifferenzierung gerechnet worden: Modell 1(N02A), Modell 2 (N02A, N02B, M01A) und Modell 3 (N02A, N02B, M01A, N03/6). Die Ergebnisse sind in folgender Tabelle dargestellt (Tabelle 19).

Tabelle 19: Statistische Kennzahlen von Modell 1, 2 und 3

Modell 1			Modell 2			Modell 3		
R²	23,3577%		R²	23,3588%		R²	23,3592%	
CPM	23,2575%		CPM	23,2672%		CPM	23,2739%	
MAPE	1.874,32		MAPE	1.874,09		MAPE	1.873,92	
HMG	N	Schätzer	HMG	N	Schätzer	HMG	N	Schätzer
253	16.882	3145,55	253	33.332	2365,39	253	46.553	2048,08
252	60.256	656,48	252	48.712	519,40	252	39.370	377,86

Ausgehend von Modell 1 (mit der Berücksichtigung von Opioiden allein) verbessern sich die statistischen Kennzahlen des Systems mit der Hinzunahme der weiteren Arzneimittelgruppen nach WHO-Definition. Das Modell 3 mit der gesamten Arzneimittelauswahl entsprechend WHO zeigt die statistisch besten Parameter. Eine deutliche Abgrenzung zwischen HMG252 und HMG253 ist hinsichtlich der Schätzer bei allen Modellen gegeben.

28.3.2 Bewertung

In den Stellungnahmen werden grundsätzlich drei Ausgestaltungen der Hierarchie diskutiert. Die Arzneimitteldifferenzierung, eine Validierung mit Arzneimitteln und die Ablehnung von Arzneimitteln als Zuordnungskriterium.

Im überwiegenden Teil der Stellungnahmen wird die Einführung von Arzneimitteln grundsätzlich befürwortet, da hierdurch eine geringere Manipulationsanfälligkeit bewirkt wird. Nur der AOK-BV hält eine Arzneimittelbestätigung für problematisch, da Therapiealternativen wie teilweise invasive und nicht-invasive Verfahren unberücksichtigt bleiben. Dies träfe tatsächlich bei einer einfachen Validierung zu. Insofern ist die Zuschlagsdifferenzierung über Arzneimittel im Vergleich zu den beiden anderen Möglichkeiten als Kompromiss zu sehen.

Darüber hinaus ist es auch unter statistischen und medizinischen Gesichtspunkten sinnvoll, eine Arzneimitteldifferenzierung zu implementieren und dadurch schwere, kostenintensive Verlaufsformen des chronischen Schmerzes abzugrenzen.

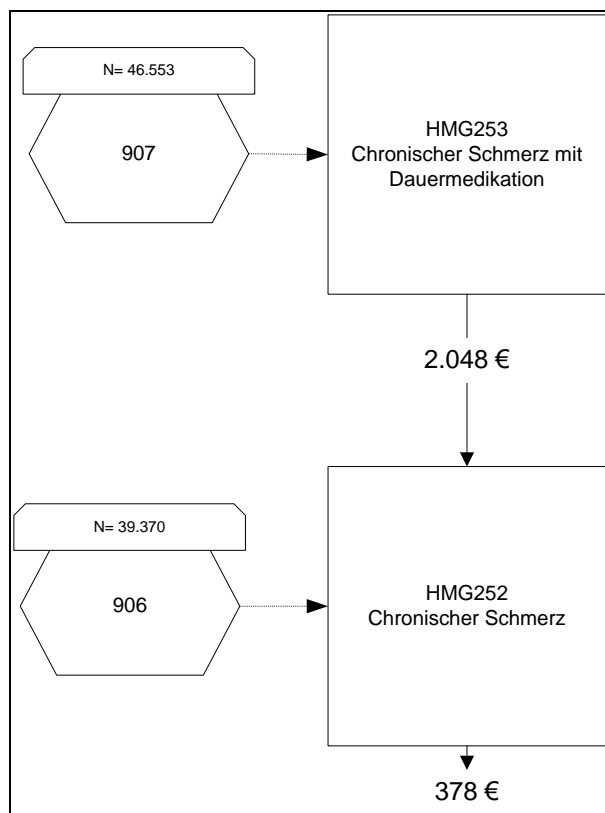
Die Berechnungen mit einer unterschiedlichen Auswahl an Arzneimitteln als Grundlage haben gezeigt, dass das Modell 3 die besten statistischen Eigenschaften aufweist. Dieses Modell repräsentiert auch die als medizinisch für sinnvoll erachtete Arzneimittelauswahl gemäß der WHO-Definition.

28.4 Ergebnis

Nach Diskussion der vorangehend dargestellten Erkenntnisse auf der 42. Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats am 24.09.2012 wurde das folgende Ergebnis beschlossen:

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird die Liste der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel als Auswahlkriterium für die Zuordnung zur DxG907 um die Migränemittel (N02C) reduziert. Hierdurch resultieren die in Abbildung 27 dargestellten Fallzahlen und Kosten-schätzer für die – in ihrer Struktur – unveränderte Hierarchie.

Abbildung 27: Festlegung der Hierarchie 28 („Chronischer Schmerz“)



III. Änderung des Berechnungsverfahrens

29 Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden

29.1 Stellungnahmen

Wie in den vergangenen Jahren wurde die Frage des Umgangs mit unvollständigen Versichertenepisoden in den Stellungnahmen kontrovers behandelt. Während die eine Seite eine Änderung zum gegenwärtigen Zeitpunkt für notwendig erachtet, sieht die andere Seite die Notwendigkeit, diese Frage im Paket mit anderen Fragestellungen – wie zum Beispiel der Standardisierung des Krankengeldes – zu regeln.

Insbesondere hat sich der GKV-Spitzenverband als der in § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV vorgesehene Anhörungspartner nicht eindeutig positioniert. Der vom Wissenschaftlichen Beirat insgesamt identifizierte Korrekturbedarf wird „vom GKV-Spitzenverband in Übereinstimmung mit der weit überwiegenden Mehrheit seiner Mitglieder grundsätzlich anerkannt.“ Gleichwohl hält der GKV-Spitzenverband eine Änderung des Berechnungsverfahrens zum Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden für rechtlich nicht zwingend.

29.2 Bewertung / Ergebnis

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat dem Bundesversicherungsamt mitgeteilt, dass es aus seiner Sicht geboten sei, eine Veränderung der Behandlung unvollständiger Versichertenepisoden in einem größeren, übergreifenden Kontext vorzunehmen, der auch für die notwendige Akzeptanz der vorgeschlagenen Regelung sorgt. Einen rechtlichen Zwang zur Änderung kann auch das BMG nicht erkennen.

Auch aus Sicht des Bundesversicherungsamtes ist es wünschenswert, die beabsichtigten Änderungen im größeren, übergreifenden Kontext vorzunehmen. Allerdings liegen die anderen diskutierten Änderungen nicht in der Festlegungskompetenz des Bundesversicherungsamtes. Von daher wird von einer Änderung des Berechnungsverfahrens zum gegenwärtigen Zeitpunkt Abstand genommen.

30 Krankengeld

30.1 Festlegungsentwurf

Der BKK-BV plädierte für eine Weiterentwicklung des Krankengeldzuweisungsverfahrens, in welchem insbesondere auch die kassenindividuelle Grundlohnkomponente zu berücksichtigen sei. Bis dahin solle vorübergehend die Spanne der Deckungsquoten auf das Kostenmanagementpotenzial einer Krankenkasse begrenzt werden, also auf eine Spanne von 97% bis 103%. Die Deutsche BKK hatte sich diesem Vorschlag angeschlossen.

Seitens des BVA wurde erläutert, dass eine Änderung des Krankengeldzuweisungsverfahrens im Rahmen der Festlegungen nicht möglich sei, sondern hierfür eine RSAV-Änderung nötig sei. Der Vorschlag des BKK-BV wurde daher im Rahmen des Festlegungsentwurfs nicht geprüft.

30.2 Stellungnahmen

Die Barmer begrüßt, dass der BKK-BV das Thema Krankengeld erneut und in systematischer Weise aufgegriffen habe. Insbesondere die Berücksichtigung der kassenindividuellen Grundlohnkomponente wird befürwortet, um Anreize zur Risikoselektion abzubauen. Die vom BKK-BV vorgeschlagene Begrenzung der Deckungsquoten berücksichtige jedoch noch nicht in ausreichendem Maße die Steuerungsfähigkeit beim Krankengeld.

Der AOK-BV unterstreicht die Aussage des BVA und erklärt, dass die Berechnung der Krankengeldzuweisungen durch die rechtlichen Rahmenbedingungen klar vorgegeben sei. Davon abgesehen weist er darauf hin, dass keines der zahlreichen vom Wissenschaftlichen Beirat untersuchten Krankengeldzuweisungsmodelle die Zielgenauigkeit gegenüber dem Status Quo verbessere. Auch die Behauptung, dass eine Unterdeckung im Bereich Krankengeld Anreize zur Risikoselektion schaffe, sei falsch. Im Gegenteil würde der Versuch, Unterdeckungen durch Einbeziehung des Merkmals „Einkommen“ zu vermeiden, gerade nicht dazu beitragen, die intensiven Bemühungen der Krankenkassen um einkommensstarke Versicherte zu abzubauen. Der Vorschlag des BKK-BV, eine Deckungsquotenspanne festzulegen, wird ebenfalls als problematisch erachtet, da er wirtschaftliches Krankengeldfallmanagement unterbinde und manipulationsanfällig sei.

Die KBS erläutert, dass die bestehenden Parameter (Alter, Geschlecht und EMR-Status) nicht ausreichend seien für ein zielgenaues Krankengeldmodell. Insbesondere die Grundlohnkomponente müsse einbezogen werden, jedoch unter Berücksichtigung des Kompensationseffekts aufgrund einer tendenziell kürzeren Bezugsdauer bei höheren Einkommen. Der Vorschlag des BKK-BV sei einer weitergehenden Untersuchung wert. Auch die KBS unterstreicht dabei jedoch, dass hierfür eine RSAV-Änderung notwendig sei.

30.3 Bewertung / Ergebnis

Die Bewertung des BVA, dass das Krankengeldzuweisungsverfahren 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.

31 Auslandsversicherte

31.1 Festlegungsentwurf

Die Barmer hatte im Vorschlagsverfahren eine „vorübergehende Nichtberücksichtigung“ des Kennzeichens für Auslandsversicherte angeregt, da die Fehlschätzung auf diese Weise deutlich geringer ausfalle als im aktuellen Verfahren.

Das BVA führte daraufhin aus, dass die Regelung zur Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte in § 31 Absatz 5 Satz 1 RSAV normiert und eine Änderung des Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte im Rahmen der Festlegungen somit nicht möglich sei. Der Vorschlag der Barmer wurde daher für den Festlegungsentwurf nicht geprüft.

31.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV argumentiert, dass sich die Überdeckungen für Auslandsversicherte in den vergangenen Jahren kontinuierlich abgesenkt hätten und damit zu rechnen sei, dass diese Entwicklung anhalte. Eine Anpassung des Zuweisungsverfahrens sei daher entbehrlich.

Die Barmer erläutert, dass sich das Problem der Überdeckungen nicht durch Zeitablauf erledige, sondern dass es sich lediglich um einen zeitweisen Effekt handle. Nach Ansicht der Barmer stehe eine Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auch nicht im Widerspruch zur RSAV. So drücke das Wort „anhand“ im § 31 Absatz 5 Satz 1 RSAV aus, dass sich die Risikozuschläge für Auslandsversicherte zwar an diejenigen für Inländer orientieren sollen, aber eben nicht identisch sein müssen. Eine Begrenzung auf die in den Kontenarten 480 und 483 gebuchten Ausgaben stehe somit der RSAV nicht entgegen.

Auch die DAK fordert eine Deckelung in Höhe der tatsächlichen Ausgaben, stellt jedoch fest, dass eine solche Änderung im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV nicht möglich sei.

31.3 Bewertung / Ergebnis

Das BVA bleibt bei seiner Auffassung, dass das Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte im § 31 Absatz 5 Satz 1 RSAV normiert und eine Änderung im Rahmen der Festlegungen nicht möglich ist. Es werden daher keine Änderungen am Verfahren vorgenommen.

32 Verwaltungsausgaben

32.1 Festlegungsentwurf

Seitens der Deutschen BKK wurde vorgeschlagen, den Zuweisungsschlüssel für Verwaltungsausgaben so zu ändern, dass 80% der Zuweisungen nach Morbidität und 20% nach Versichertenzeiten erfolgen. Der BKK-BV regte dagegen an, ein kontengruppenspezifisches Zuweisungsmodell für Verwaltungsausgaben zu etablieren.

Das BVA erläuterte, dass die Regelung zur Ermittlung der Verwaltungskostenzuweisungen in § 37 RSAV normiert und eine Änderung des Verfahrens im Rahmen der Festlegungen somit nicht möglich sei. Die vorgebrachten Vorschläge werden daher im Festlegungsentwurf nicht geprüft.

32.2 Stellungnahmen

AOK-BV und KBS führen aus, dass eine Anpassung des Zuweisungsverfahrens für Verwaltungskosten mit einer stärkeren Morbiditätsgewichtung von 70 bis 90 % einhergehen müsse. Die KBS verweist dabei auf den Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats. Die DAK spricht sich für eine Morbiditätsgewichtung von 80% aus. Alle drei Parteien teilen jedoch die Auffassung des BVA, wonach für eine Änderung des Zuweisungsschlüssels eine RSAV-Änderung notwendig ist.

32.3 Bewertung / Ergebnis

Die Stellungnahmen unterstreichen die Auffassung des BVA, wonach eine Änderung des Verfahrens eine Anpassung der RSAV erfordert. Im Rahmen der Festlegungen werden daher keine Änderungen vorgenommen.

33 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

33.1 Festlegungsentwurf

Die KBS erläuterte im Vorschlagsverfahren, dass die Zuordnung der Ausgaben für Schutzimpfungen zu den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nicht sachgerecht sei.

Der AOK-BV forderte, auf die Abgrenzung der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben aus rechtlichen Gründen gänzlich zu verzichten. Als Alternative wurde vorgeschlagen, eine Verrechnung der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben mit den Anrechnungs- und Erstattungsbeträgen zu prüfen.

Das BVA beabsichtigt, eine erneute empirische Untersuchung zu diesem Thema noch ein weiteres Jahr zurückzustellen, weil dann mit dem Vorliegen der Vollerhebung der Satzart 700 deutlich besser zu beantworten sein wird, inwiefern bestimmte Ausgabenarten tatsächlich erfasst bzw. untererfasst sind, da eine Unter- oder Übererfassung aufgrund eines Stichprobenfehlers somit ausgeschlossen ist.

33.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV kann den Entschluss des BVA, eine Prüfung relevanter Vorschläge bis zum Vorliegen der Vollerhebung zu verschieben, nachvollziehen.

Der AOK-BV fordert das BVA auf, dem Vorschlag aus dem Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2012 zu folgen und die Leistungsausgaben für Schutzimpfungen nur zu 60% den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zuzuordnen. Der Vorschlag des BVA, im kommenden Jahr auf Grundlage der Vollerhebung für die Satzart 700 eine erneute Untersuchung vorzunehmen, wird begrüßt.

TK et al. teilen die Auffassung des BVA, dass eine gesonderte Behandlung nicht morbiditätsbezogener Leistungsausgaben geboten sei und mit den Vorgaben der RSAV in Einklang stehe. Es werde jedoch erwartet, dass auch bei Vorliegen der Vollerhebung die vom BVA im Rahmen des Festlegungsprozesses für das Ausgleichsjahr 2012 angewandte Methode nicht zielführend sei, da sie – wie schon im damaligen Festlegungsprozess dargelegt – allenfalls Scheinkorrelationen aufzeige.

Die Barmer erachtet den Vorschlag des BVA, eine Prüfung zu verschieben, als nachvollziehbar. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Anzahl der statistisch auswertbaren Beobachtungen auf die Anzahl der Kassen beschränkt sei. Dies werde sich auch durch die Vollerhebung nicht ändern. Für eine umfassende Untersuchung gebe es daher keine Alternative zu einer qualitativen Prüfung zur Erfassung und Abrechnung der betreffenden Ausgaben. Hierzu sei eine vorherige Abfrage des BVA bei den Kassenorganisationen zielführend.

33.3 Bewertung / Ergebnis

Die im Festlegungsentwurf geäußerte Absicht des BVA, eine erneute Überprüfung der Zuordnung von nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben bis zum Vorliegen der Vollerhebung zu verschieben, wird überwiegend begrüßt oder als nachvollziehbar erachtet. Im Rahmen der aktuellen Festlegungen werden daher keine Änderungen vorgenommen.

34 Geänderte Berücksichtigung von DMP-Ausgaben im Regressionsverfahren

34.1 Festlegungsentwurf

Durch den BKK-BV wurde der Vorschlag vorgetragen, die versichertenbezogenen Leistungsausgaben vor der Regression um den auf bLA entfallenden Anteil der DMP-Pauschalen für eingeschriebene Versicherte zu bereinigen, um eine Doppelberücksichtigung der DMP-Kosten im Zuweisungsverfahren zu vermeiden und so die Zielgenauigkeit zu erhöhen.

Das BVA konnte die Argumentation des BKK-BV nachvollziehen, sah jedoch das Problem, dass die vom BKK-BV vorgeschlagene Lösung nur eine näherungsweise Bereinigung darstelle. Die genauere und daher präferierte Lösung sei es, die DMP-Kosten gar nicht erst als berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben in der Satzart 700 zu melden. Das BVA schlug daher vor, zu prüfen, ob die entsprechende Zuordnung zu den berücksichtigungsfähigen Konten in der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Absatz 7 Nr. 1 und 2 SGB V geändert werden könne.

34.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV erläutert, dass der Vorschlag des BVA grundsätzlich umsetzbar ist, hält den vom BKK-BV vorgebrachten Vorschlag jedoch „ausdrücklich für sinnvoller“. Der Abzug der DMP-Pauschale solle dabei analog zur Verteilung der DMP-Ausgaben auf die einzelnen HLB und je DMP-Versichertentag erfolgen.

Der AOK-BV betont ebenfalls, dass bei Umsetzung des BKK-BV-Vorschlags die Kürzung der DMP-Pauschale getrennt nach den Hauptleistungsbereichen „Ärzte“ und „Sonstige“ – und je DMP-Versichertentag – erfolgen müsse. Die Verteilung der Abzugsbeträge müsse sich dabei aus den DMP-Ausgaben der KJ1 (Kt. 404, 581, 583) ergeben. Der vom BVA formulierte Vorschlag sei dagegen „nicht zielführend, da die Zuweisung für DMP immer als Pauschale“ erfolge.

TK et al. bewerten den Vorschlag des BVA grundsätzlich als möglich, halten den Vorschlag des BKK-BV jedoch für zielführender, da durch diesen gewährleistet werde, „dass insgesamt die Summe der über DMP-Pauschalen zugewiesenen Leistungsausgaben und die Abzugsbeträge vor Regression identisch sind.“

Der BKK-BV lehnt den Vorschlag des BVA ab, da eine Umsetzung zunächst im Bestimmungskreis diskutiert werden müsse und daher im kommenden Berechnungsverfahren zeitlich nicht mehr möglich sei. Dies sei, nachdem das Problem erkannt worden sei, nicht sachgerecht.

Die KBS erkennt eine „gewisse Ungenauigkeit des Verfahrens“, hält die vom BKK-BV vorgeschlagene Bereinigung der Leistungsausgaben um die DMP-Pauschale allerdings für falsch, da nicht tatsächlich verursachte Kosten bereinigt würden. Da die Größenordnung der Ungenauigkeit jedoch nicht bekannt sei, solle vor einer Änderung des Verfahrens zunächst eine genauere Analyse durchgeführt werden. Dies betreffe auch den Vorschlag des BVA.

Die Barmer hält den vom BVA dargestellten Lösungsvorschlag unter Aufwands Gesichtspunkten für geeigneter als den Ursprungsvorschlag des BKK-BV.

34.3 Bewertung / Ergebnis

Die Stellungnahmen zeigen, dass eine Umsetzung des BVA-Vorschlags, die DMP-Ausgaben nicht als RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben zu melden, grundsätzlich möglich ist. Nach Ansicht der Barmer ist dies sogar mit geringerem Aufwand verbunden als eine Umsetzung des Vorschlags des BKK-BV. Die KBS teilt dabei die Auffassung des BVA, wonach es nicht zielgenauer sei, die Leistungsausgaben um die DMP-Pauschale anstatt um die tatsächlichen DMP-Ausgaben zu bereinigen.

Der AOK-BV sowie TK et al. halten es demgegenüber für zielführender, die Leistungsausgaben durch Abzug der DMP-Pauschale zu bereinigen, da auch die DMP-Zuweisungen über eine Pauschale erfolgen und die Summe der Abzugsbeträge der Summe der über die DMP-Pauschale zugewiesenen Leistungsausgaben entspreche.

Dem BVA erschließt sich diese Argumentation nicht. Für eine zielgenaue Ermittlung der Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben sind die tatsächlichen Ausgaben zugrunde zu legen, die nicht bereits über andere Zuweisungsverfahren berücksichtigt werden. Dabei ist nicht relevant, ob diese anderen Zuweisungsverfahren standardisiert erfolgen oder über eine Pauschale.

Da auch der GKV-SV seine Präferenz für den Vorschlag des BKK-BV nicht begründet, bleibt das BVA bei der Auffassung, dass für eine zielgenaue Verfahrensänderung die Zuordnung der DMP-Ausgaben zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben überprüft werden sollte.

Es werden daher keine Änderungen vorgenommen.

35 Kostenerstatter

35.1 Festlegungsentwurf

Die Barmer sprach sich für die Verwendung der Vollerhebung der Satzart 700 zur differenzierten Bildung der Kostenerstattergruppen aus.

Das BVA hielt eine erneute Überprüfung auf Grundlage der Vollerhebung für sinnvoll, wies jedoch darauf hin, dass dies aufgrund des Termins der entsprechenden Datenmeldungen im aktuellen Festlegungsverfahren zeitlich nicht mehr möglich sei.

Das BVA beabsichtigte zudem, die Kostenerstattergruppen zu hierarchisieren, um zu vermeiden, dass im Schaltjahr theoretisch für beide Kostenerstattergruppen zugleich ein Zuschlag ausgelöst werden kann.

35.2 Stellungnahmen

Die Absicht des BVA, eine erneute Überprüfung der Differenzierung der Kostenerstattergruppen auf Grundlage der Vollerhebung durchzuführen, wird von GKV-SV, Barmer, KBS und KBV begrüßt. Der GKV-SV erwartet, dass die entsprechende Thematik im Festlegungsentwurf für das Jahr 2014 aufgegriffen wird. Die Barmer bittet um eine möglichst kurzfristige Analyse, um frühzeitig eine Grundlage zu schaffen, auf der ein Einvernehmen mit dem GKV-SV erzielt werden kann.

Der AOK-BV hält weitere Analysen zur Differenzierung der Kostenerstattergruppe aufgrund der eindeutigen Vorgaben der RSAV sowie des geringen Umfangs der Kostenerstattergruppen für entbehrlich.

Der Vorschlag des BVA, die Kostenerstattergruppen zu hierarchisieren, um doppelte Zuschläge im Schaltjahr zu vermeiden, wird von AOK-BV und KBS als sachgerecht beurteilt.

35.3 Bewertung / Ergebnis

Die Kostenerstattergruppen werden wie beabsichtigt hierarchisiert: Die Zuordnung zur KEG001 schließt die Zuordnung zur KEG002 aus.

Die Absicht des BVA, eine erneute Überprüfung der Differenzierung der Kostenerstattergruppe auf Grundlage der Vollerhebung durchzuführen, wird in der überwiegenden Zahl der Stellungnahmen begrüßt. Zugleich wird eingesehen, dass dies aus zeitlichen Gründen im aktuellen Festlegungsprozess nicht möglich ist.

36 Anhebung des Renteneintrittsalters

Der GKV-SV weist darauf hin, dass die schrittweise Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters ab dem Jahre 2012 bei der Bildung der Altersgruppen zukünftig zu berücksichtigen ist. Der AOK-BV führt aus, dass die Anhebung der Altersgrenze bei EMR auf 66 Jahre erforderlich ist.

Das BVA kann dies zwar nachvollziehen, sieht jedoch aktuell keinen dringenden Handlungsbedarf im Rahmen der Festlegungen. Zunächst ist festzuhalten, dass es Erwerbsminderungsrentner mit 66 Jahren (nach der im RSA verwendeten Definition „Alter = Berichtsjahr – Geburtsjahr“) erst ab 2013 geben kann, da erstmals der Jahrgang 1947 von der Erhöhung des Renteneintrittsalters betroffen ist. Überdies wird das Renteneintrittsalter jedes Jahr nur um einen Monat erhöht, sodass das Kriterium, mindestens 183 Tage mit Erwerbsminderungsrente aufzuweisen, noch für viele Jahre von 66-jährigen gar nicht erfüllt werden kann. Eine Zuordnung zu einer EMG erfolgt also ohnehin nicht, sodass eine Änderung der Altersgruppen hier nichts ändern würde.

Nichtsdestotrotz wird das BVA die Problematik weiter im Auge behalten.

37 Weitere Vorschläge

Weitere Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren, die nicht im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV umgesetzt werden können, wurden nicht im Detail besprochen. Dies betrifft insbesondere die Vorschläge zur Einführung eines Hochrisiko-Pools (Barmer, DAK, BAG Selbsthilfe) und zur zeitgleichen Berücksichtigung der Morbidität im Morbi-RSA (DAK).

Im Anhörungsverfahren wurden diese Vorschläge erneut eingebracht.

BAG und KBV kritisieren darüber hinaus die Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten. Auch dies ist gesetzlich vorgegeben und kann nicht im Rahmen der Festlegungen geändert werden, sodass auch auf diesen Vorschlag hier nicht näher eingegangen wird.

IV. Erläuterung zur Anlage 1

Anlage 1 beschreibt die beabsichtigte Zuordnung von ICD-Diagnosen zu DXG, MG und Krankheit für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahrs 2013. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde dabei auf die Ausweisung gesonderter jahresspezifischer Zuordnungslisten verzichtet. Die Liste in der Anlage 1 umfasst alle potenziell für das Klassifikationsmodell zu berücksichtigenden Diagnosen unabhängig vom „Morbiditätsjahr“ (das dem Berichtsjahr vorangehende Jahr).

Für die Versichertenklassifikation der Meldungen aus den einzelnen Morbiditätsjahren

2009: Entwicklung Klassifikationsmodell

2010: Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für das Abschlagsverfahren

2011: Gruppierung für die Vorabinformationen und die monatlichen Abschlagzahlungen gemäß Grundlagenbescheid inkl. 1. Strukturanpassung

2012: 2. und 3. Strukturanpassung, Jahresausgleich

sind nur jene Diagnoseschlüssel zulässig, die die Plausibilisierungskriterien des DIMDI gemäß §§ 295 und 301 SGB V erfüllen (d.h. die Kennzeichen „O“, „P“ oder „Z“ tragen und keine Muss-Fehler in Alter und Geschlecht aufweisen). Dabei werden für die Diagnosen die Kriterien aus dem Morbiditätsjahr und bei sogenannten „Jahresüberlieger-Diagnosen“ aus der stationären Versorgung die Kriterien aus dem dem Morbiditätsjahr vorangegangenen Jahr zugrunde gelegt.

V. Anhang

38 Statistische Gesamtbewertung der Anpassungen

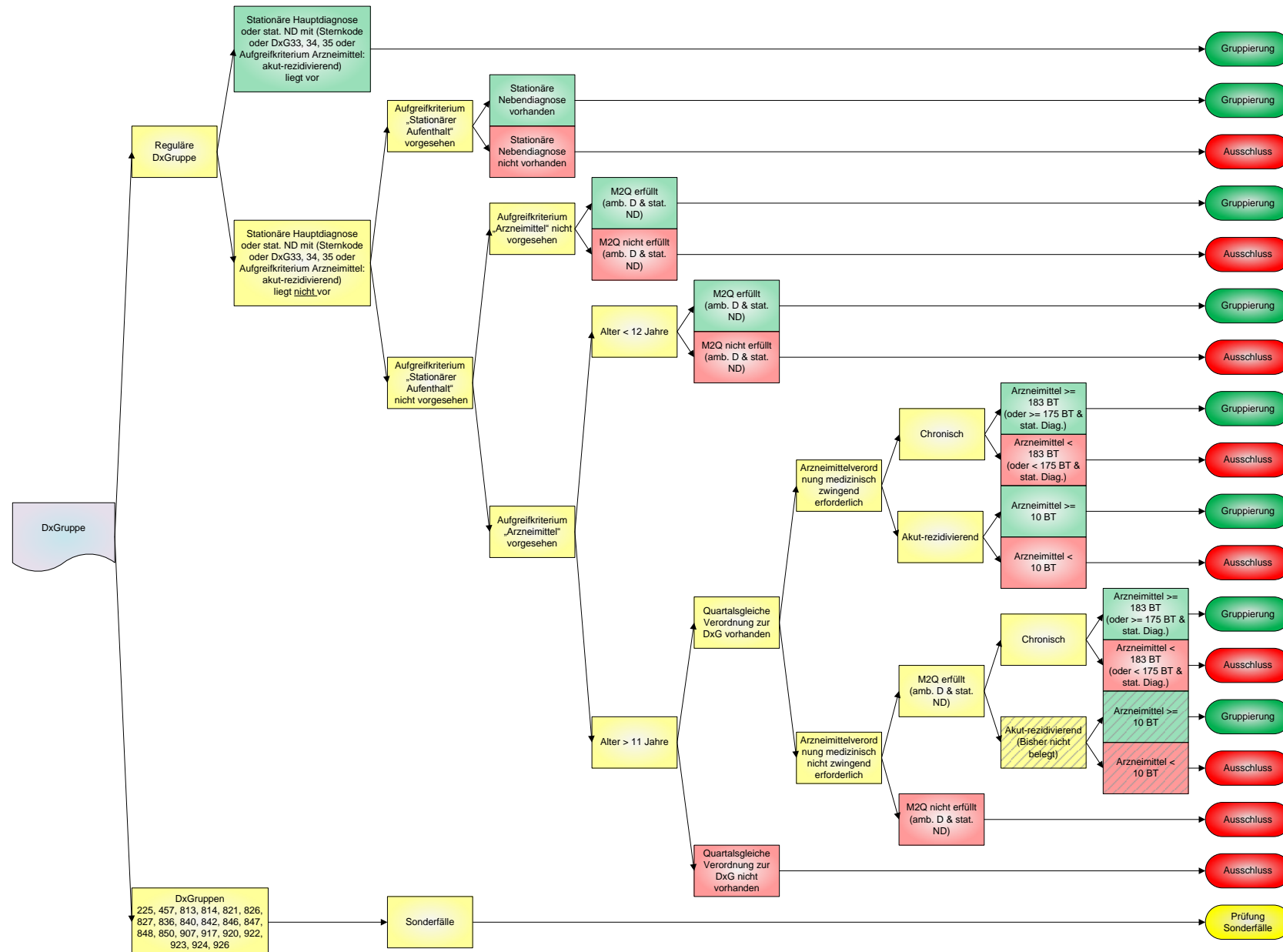
Tabelle 20 stellt die für die Beurteilung der Modellgüte relevanten Gütemaße für die einzelnen Entwicklungsschritte vor. Auf Grundlage einer einheitlichen Datenbasis zeigt sich eine stetige Verbesserung der Modellgüte. Der Rückgang beim CPM bzw. der Anstieg beim MAPE, der zwischen Festlegungsentwurf und endgültiger Festlegung zu verzeichnen ist, ist auf den Verzicht zur Anpassung des Berechnungsverfahrens zurückzuführen.

Tabelle 20: Entwicklung der Modellgüte im Vergleich zum Klassifikationsmodell 2012

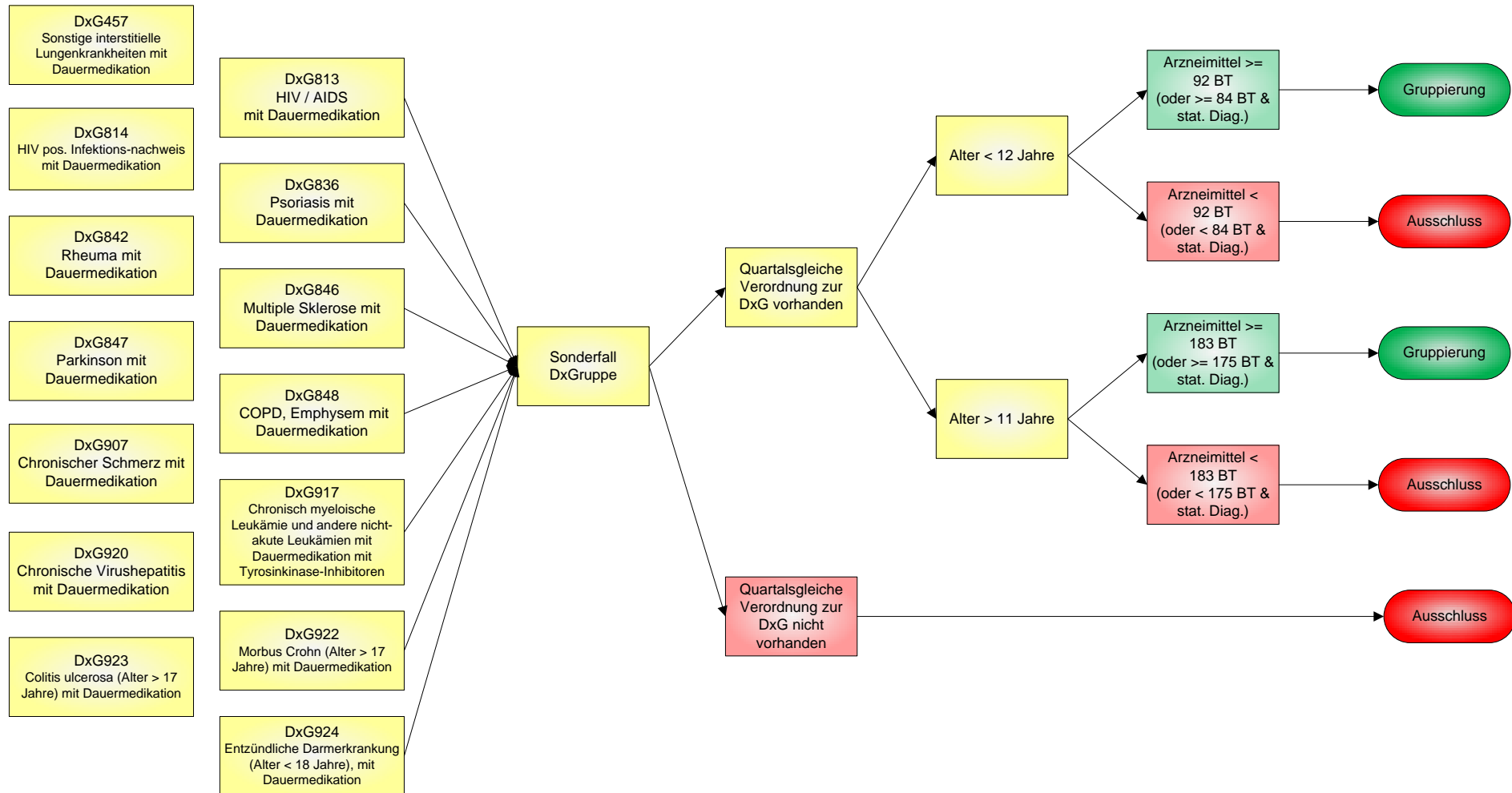
Modell	R ²	CPM	MAPE
Klassifikationsmodell 2012	23,2930%	23,1164%	1.877,77 €
Klassifikationsmodell 2013 Vorschlagsverfahren (Ausgangsmodell)	23,3416%	23,2413%	1.874,72 €
Entwurf Klassifikationsmodell 2013	23,7931%	23,8198%	1.860,59 €
Klassifikationsmodell 2013 Festlegung	<i>23,8001%</i>	<i>23,5257%</i>	<i>1.867,77 €</i>

39 Darstellung des Aufgreifalgorithmus

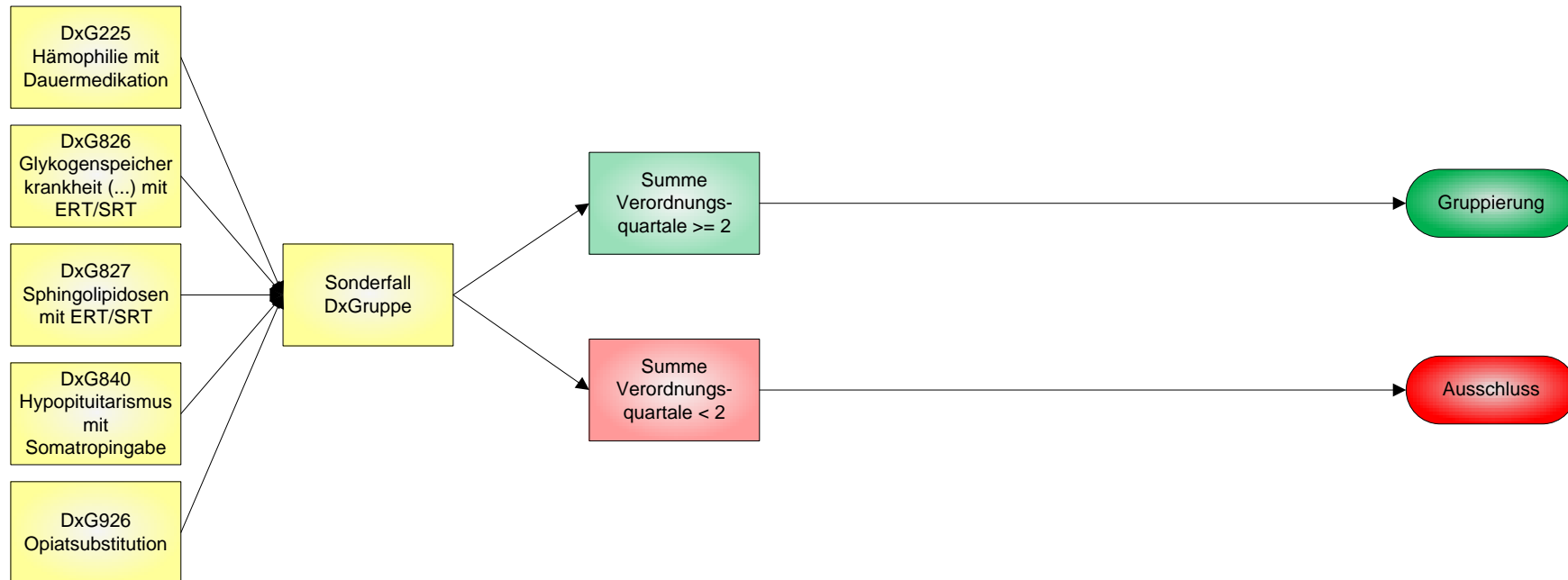
Aufgreifalgorithmus: Standardalgorithmus Ausgleichsjahr 2013



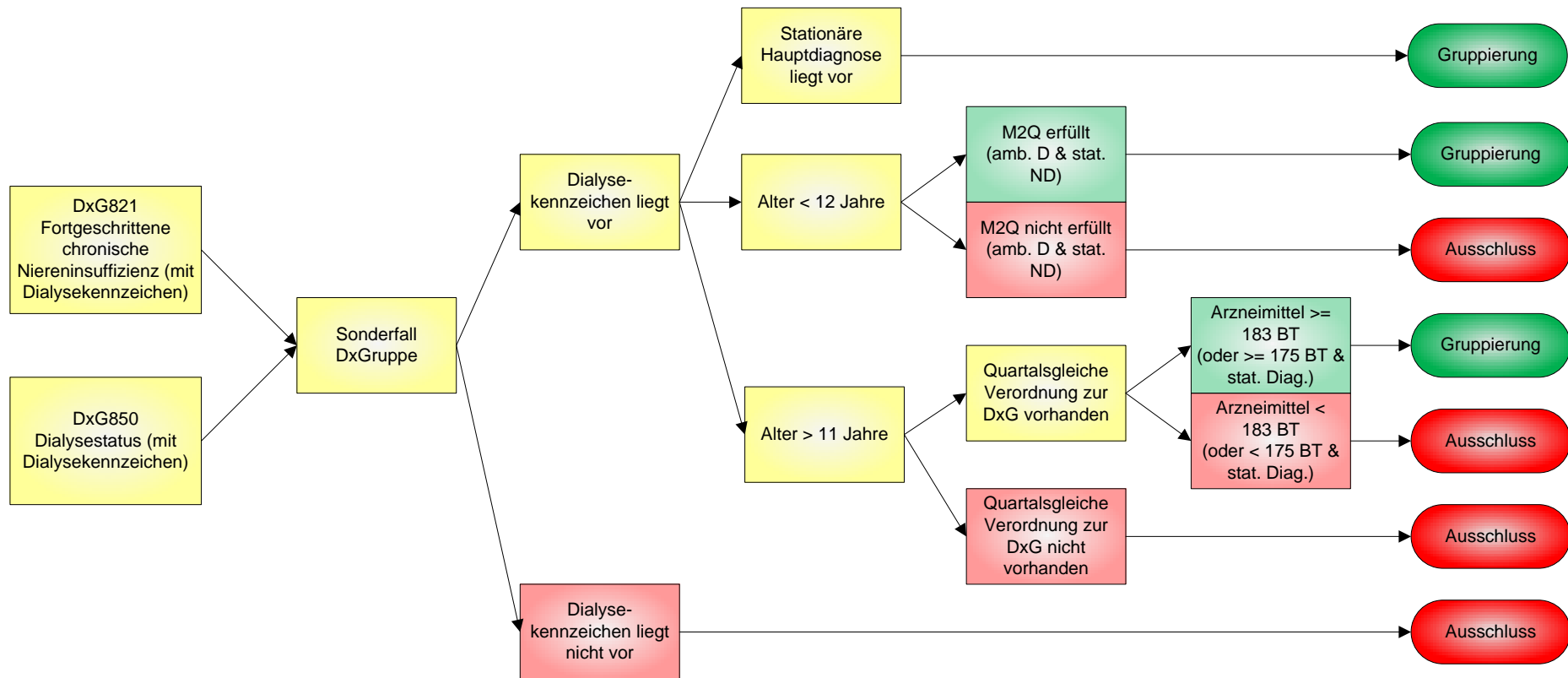
Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung nach BT



Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung nach Verordnungen

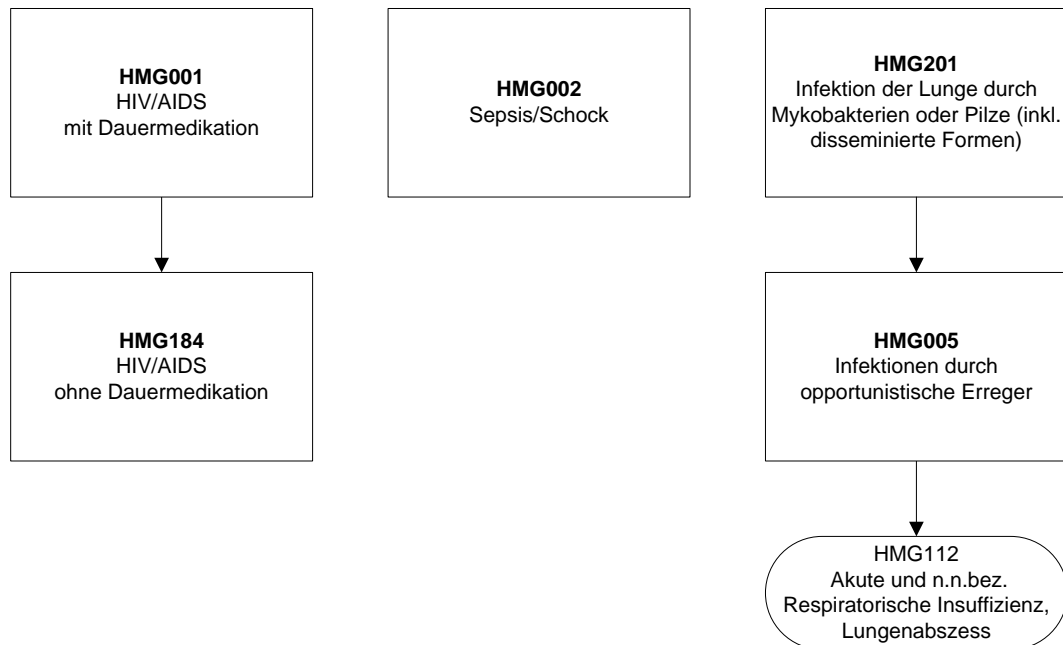


Sonderfall 3: Sonderfall 3 Dialysestatus



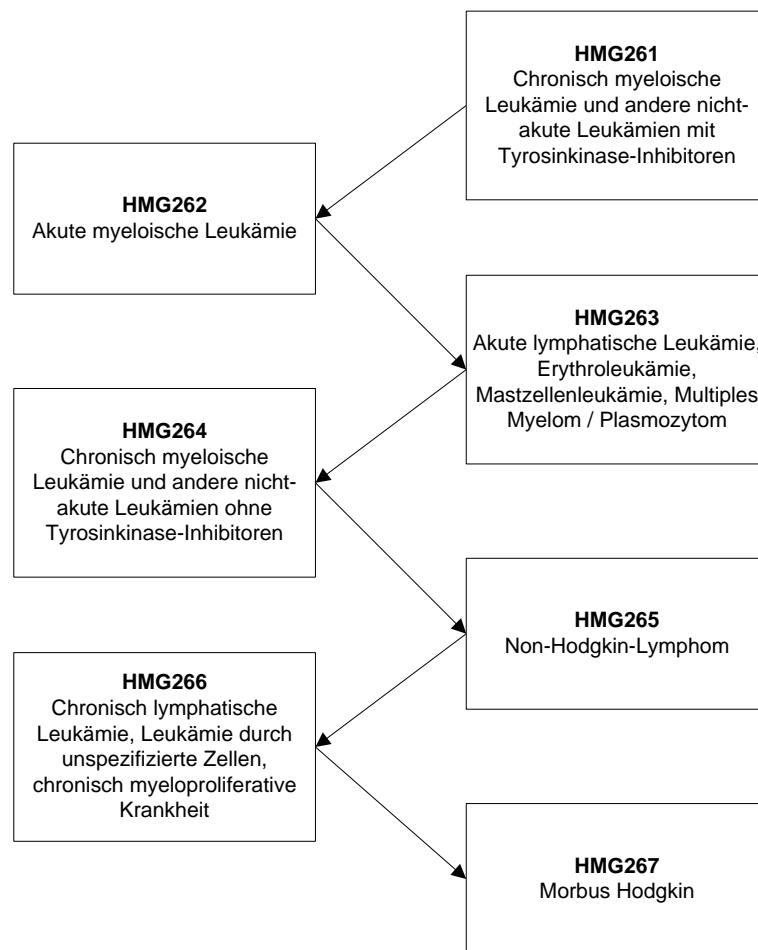
40 Übersicht über die Hierarchien

Hierarchie 1: Infektionen

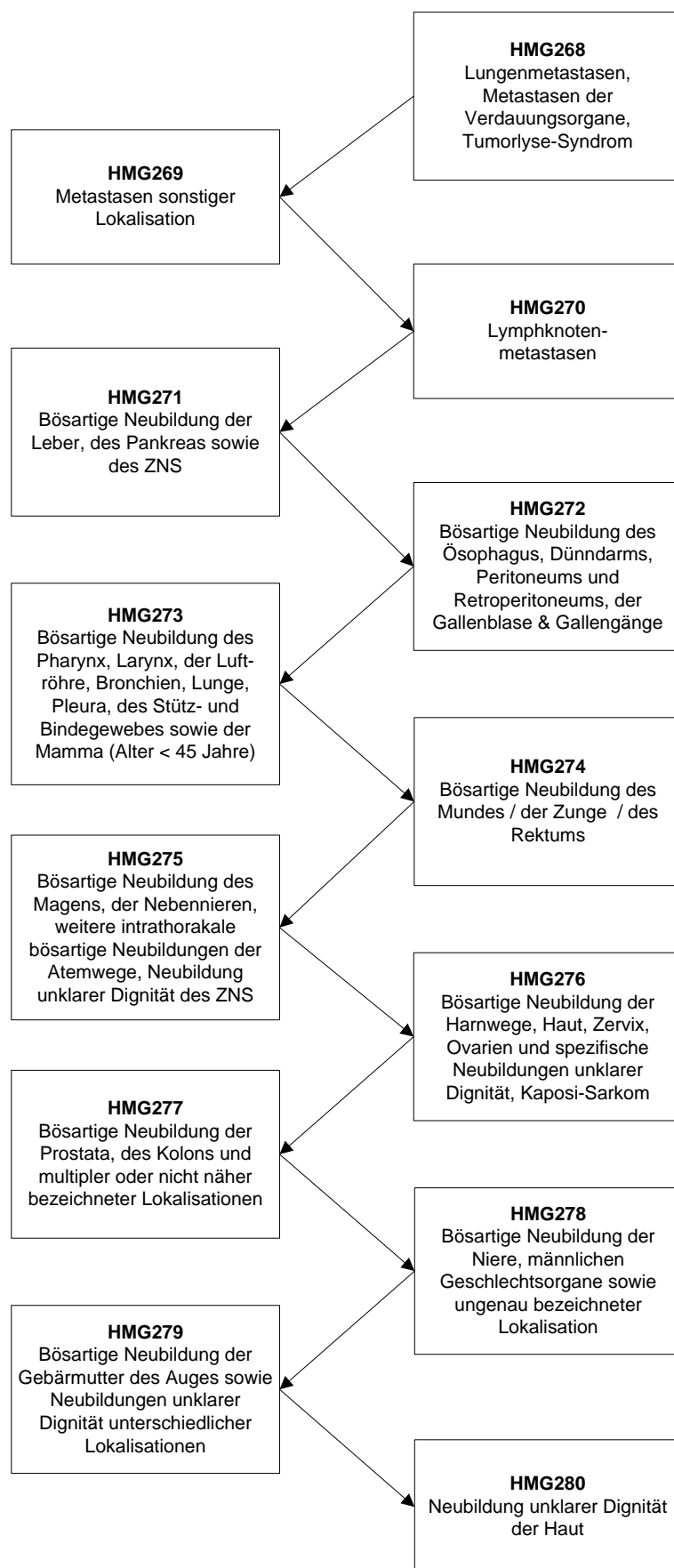


Hierarchie 2: Neubildungen

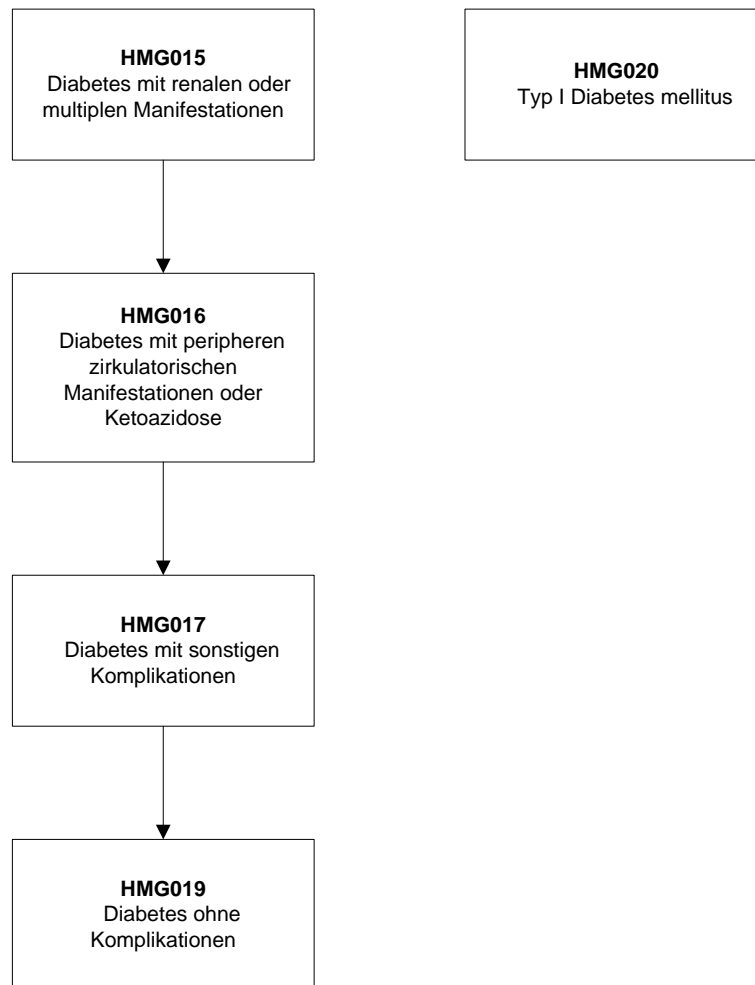
2a) Hämatologische Neubildungen



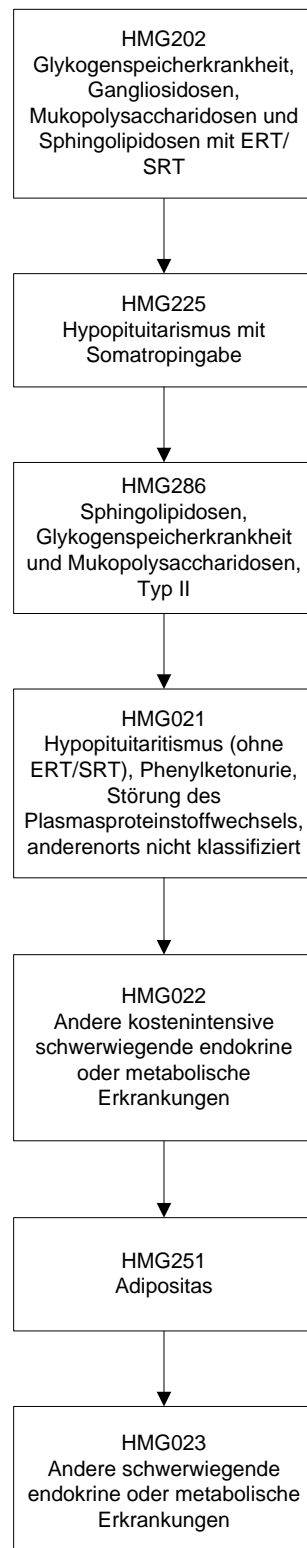
2b) Solide Tumoren



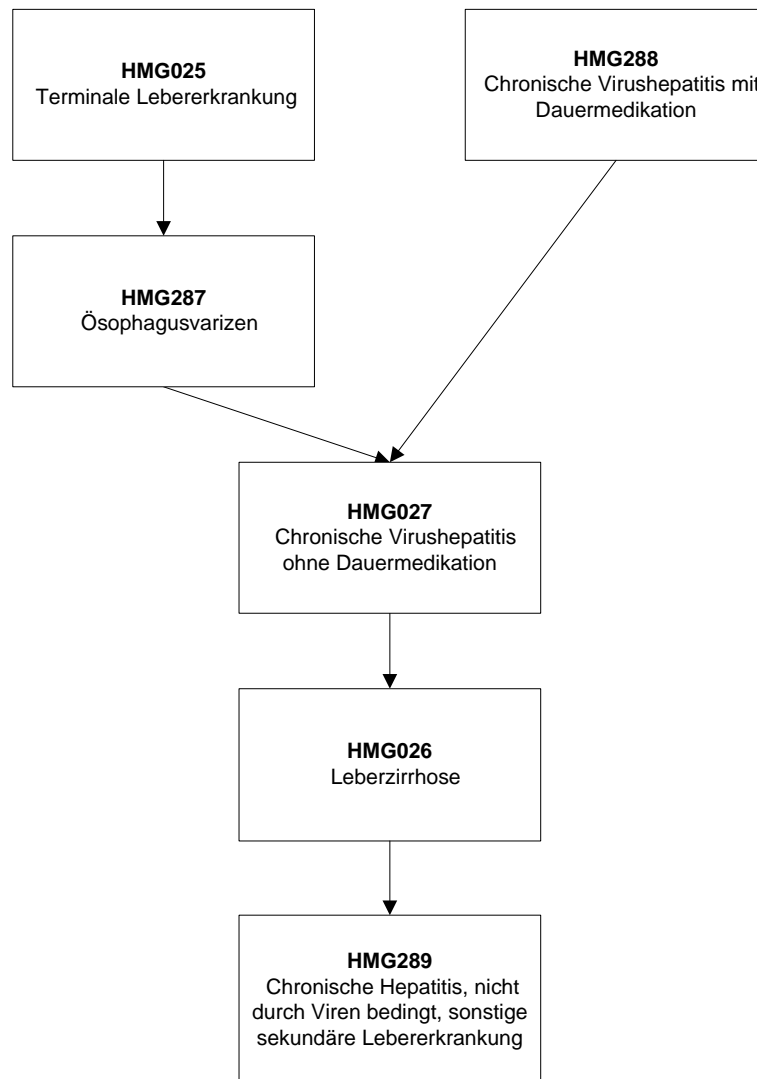
Hierarchie 3: Diabetes Mellitus



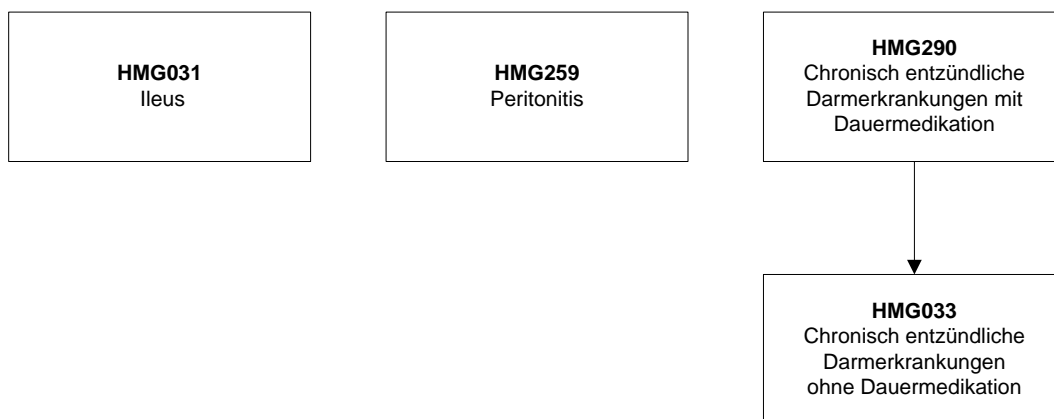
Hierarchie 4: Metabolische Erkrankungen



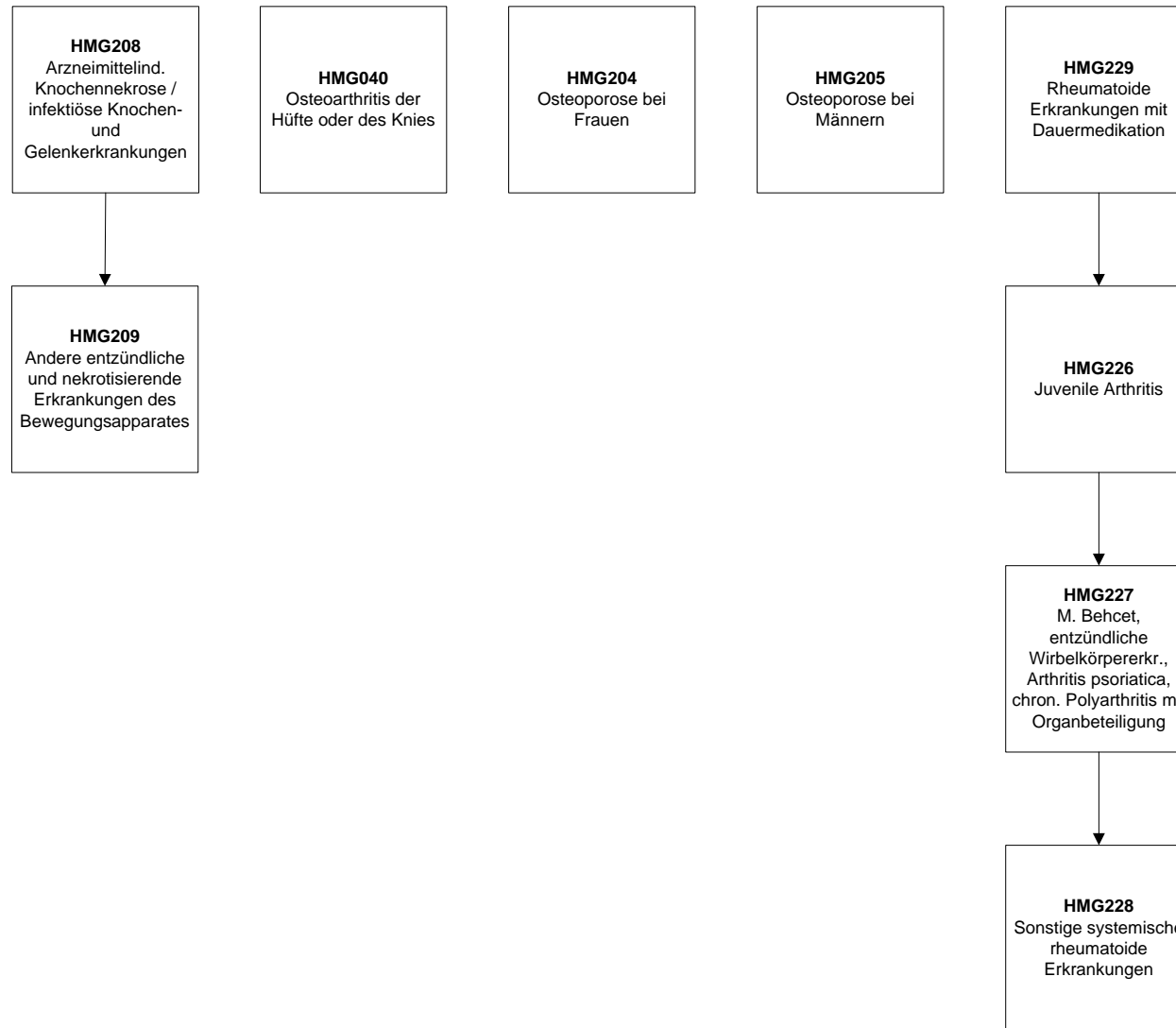
Hierarchie 5: Erkrankungen der Leber



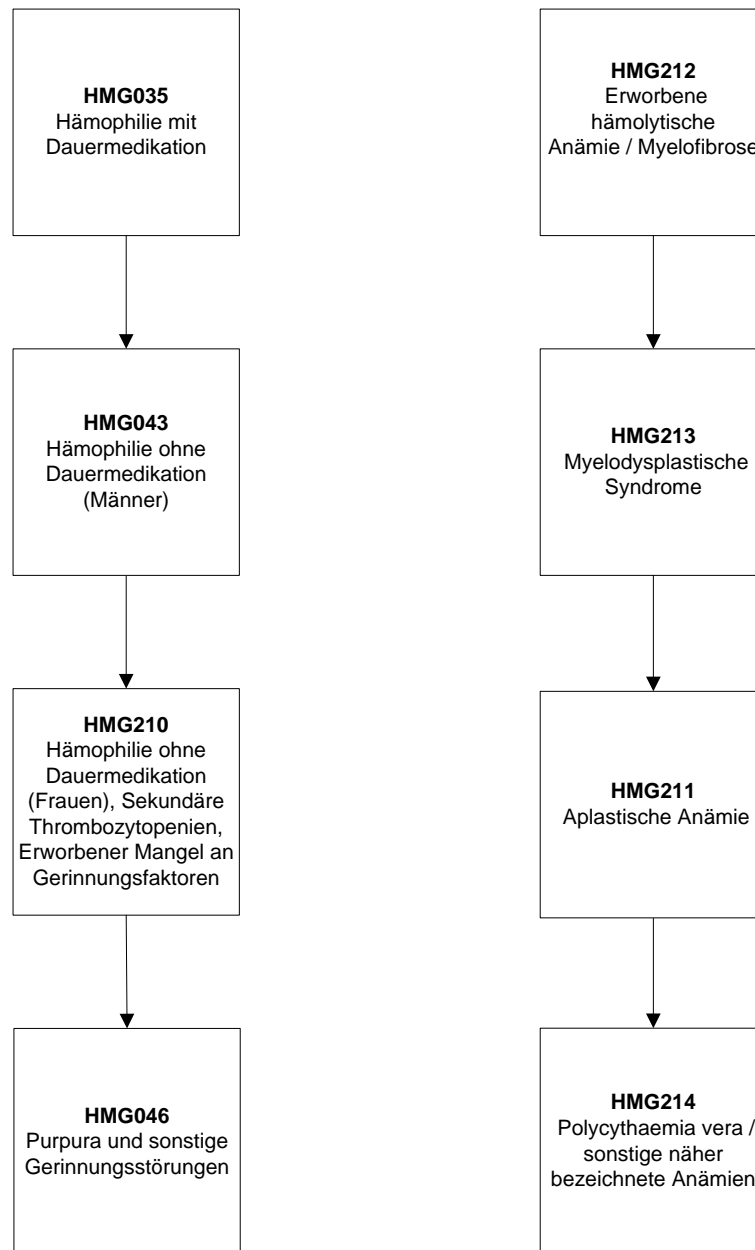
Hierarchie 6: Gastrointestinale Erkrankungen



Hierarchie 7: Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems



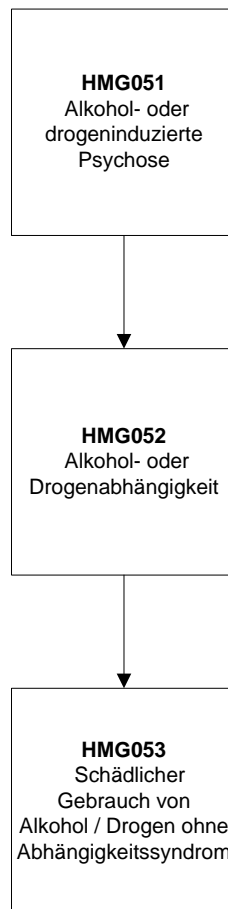
Hierarchie 8: Hämatologische Erkrankungen



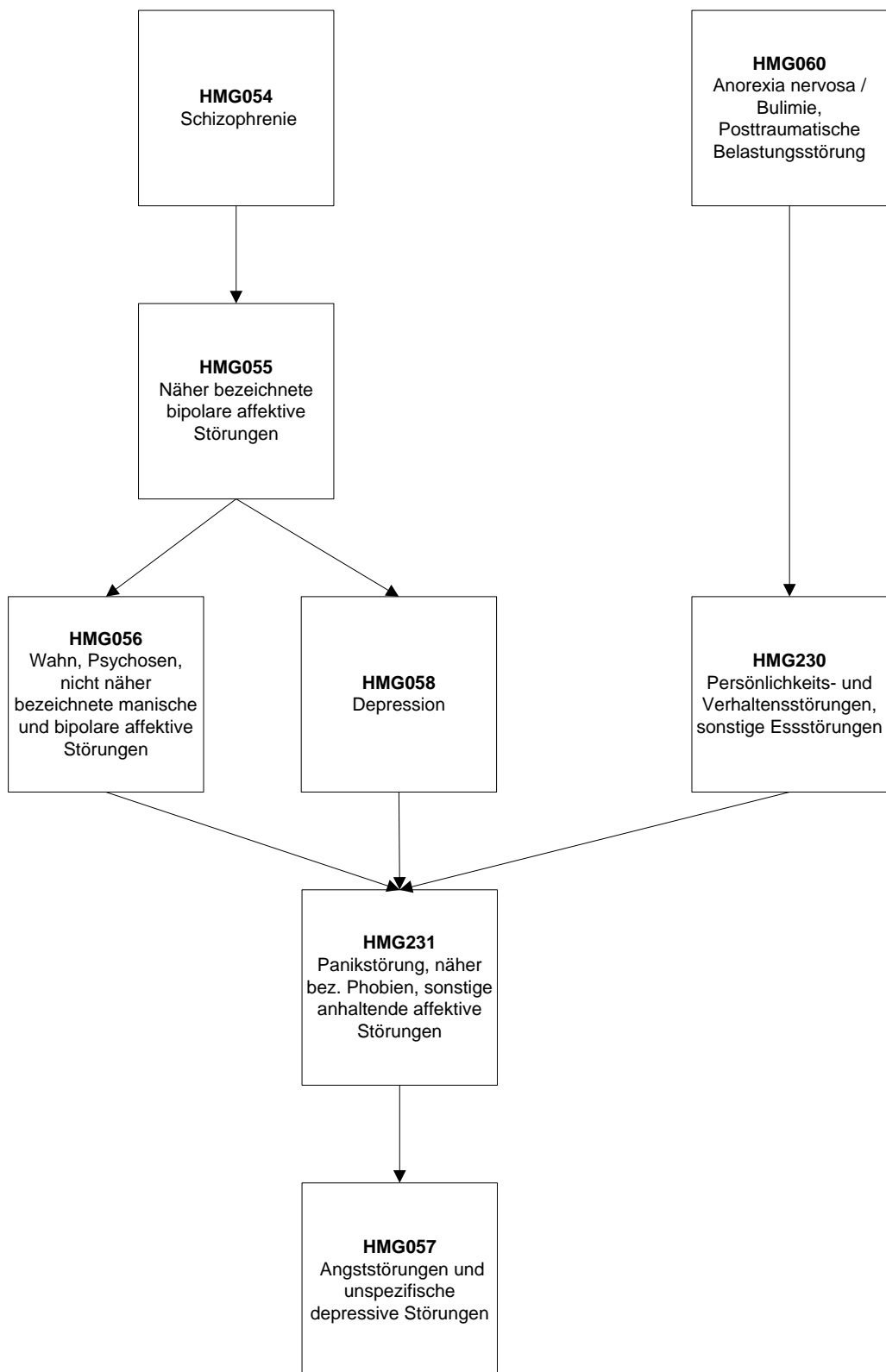
Hierarchie 9: Kognitive Erkrankungen

Mit Festlegung für das Ausgleichsjahr 2013 entfallen.

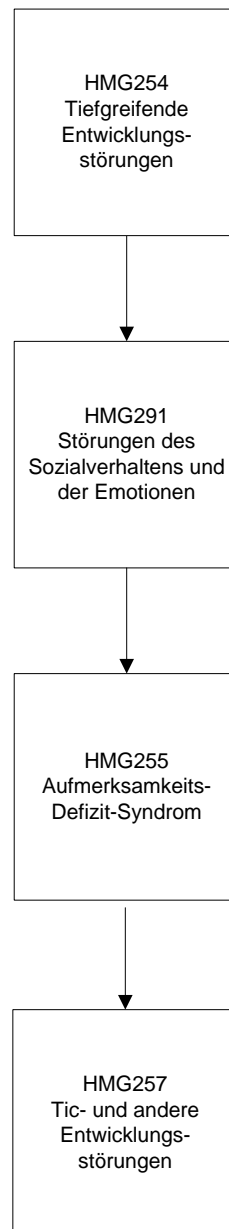
Hierarchie 10: Drogen-/Alkoholmissbrauch



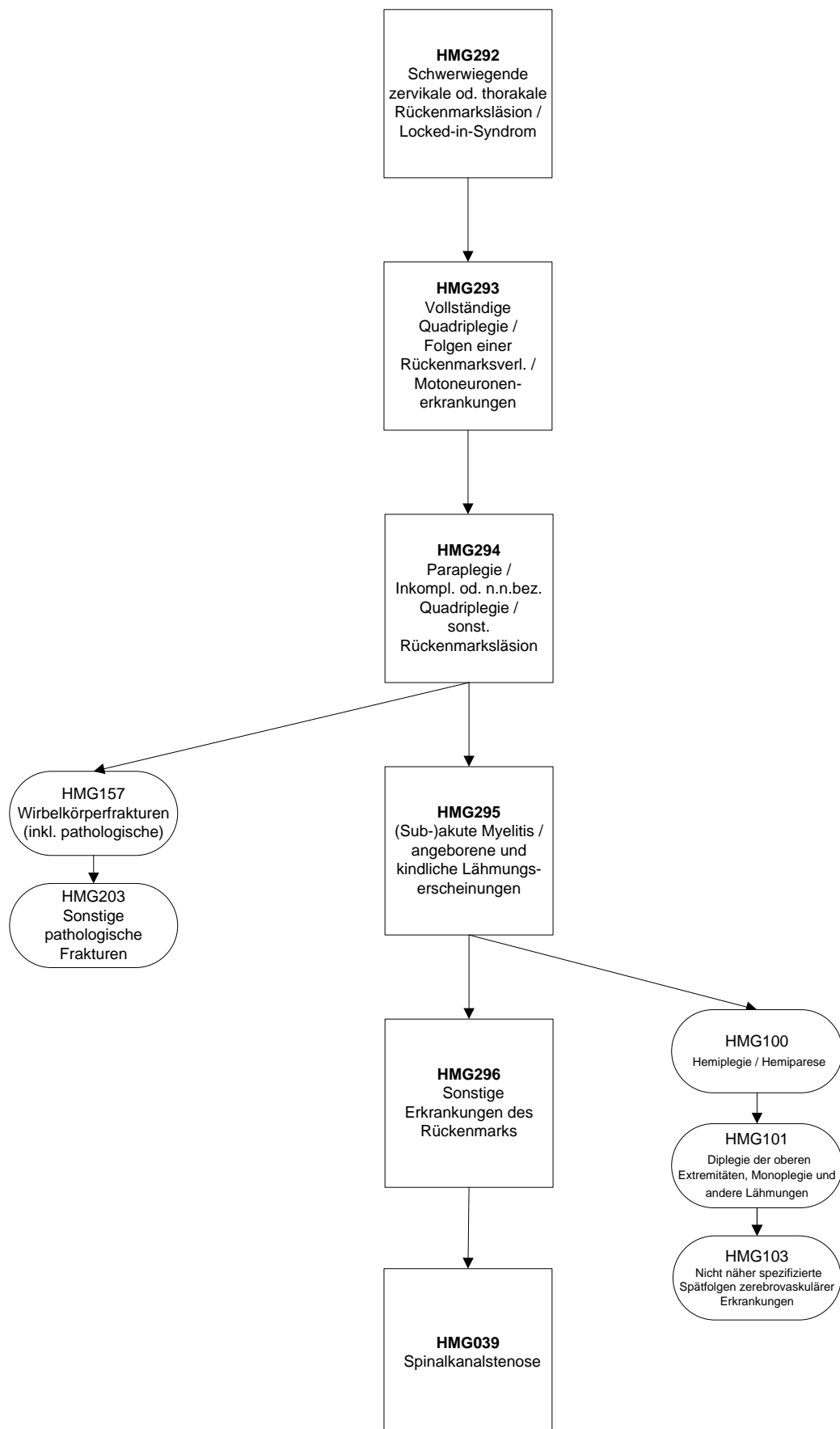
Hierarchie 11: Psychische Erkrankungen



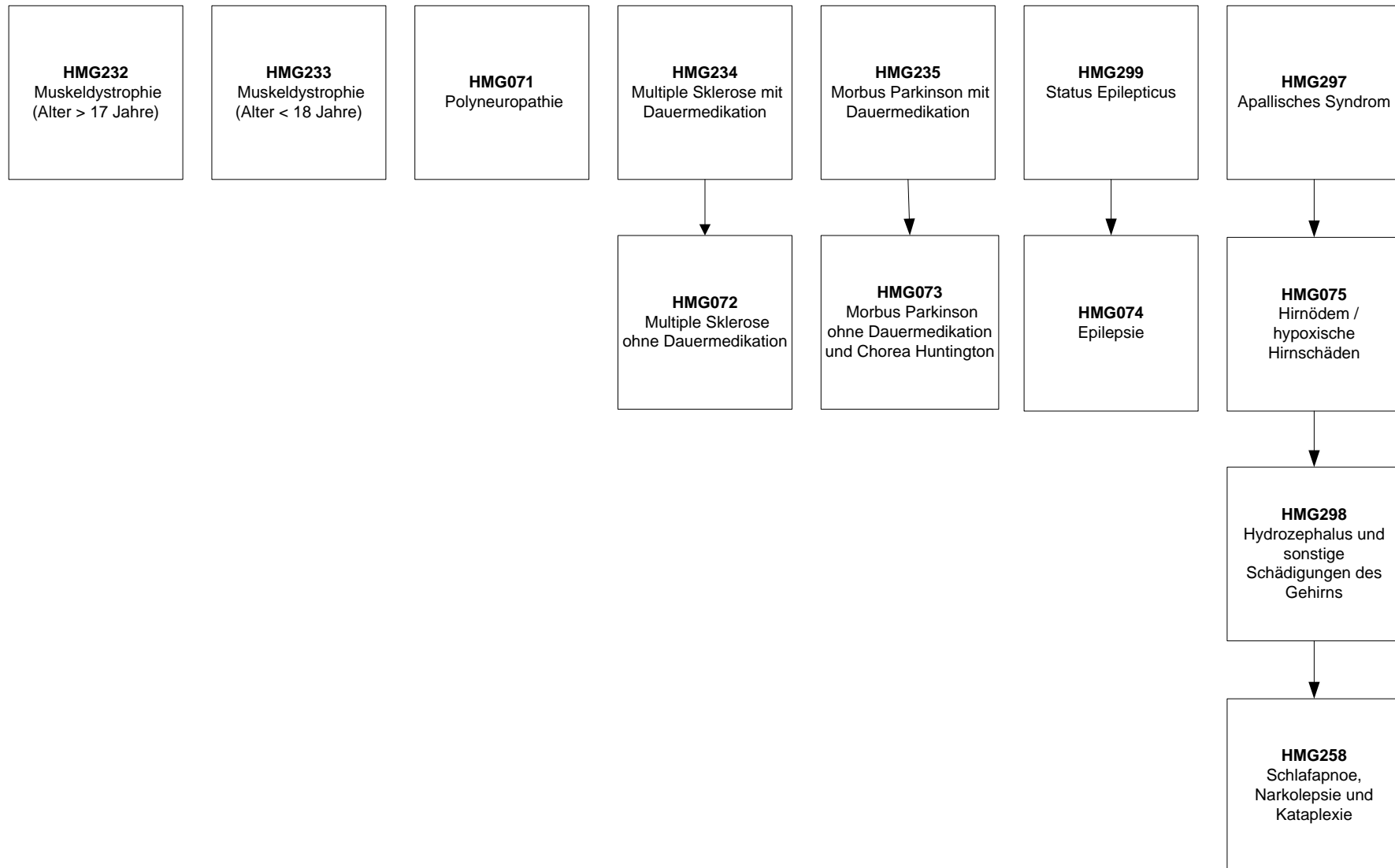
Hierarchie 12: Entwicklungsstörungen



Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks



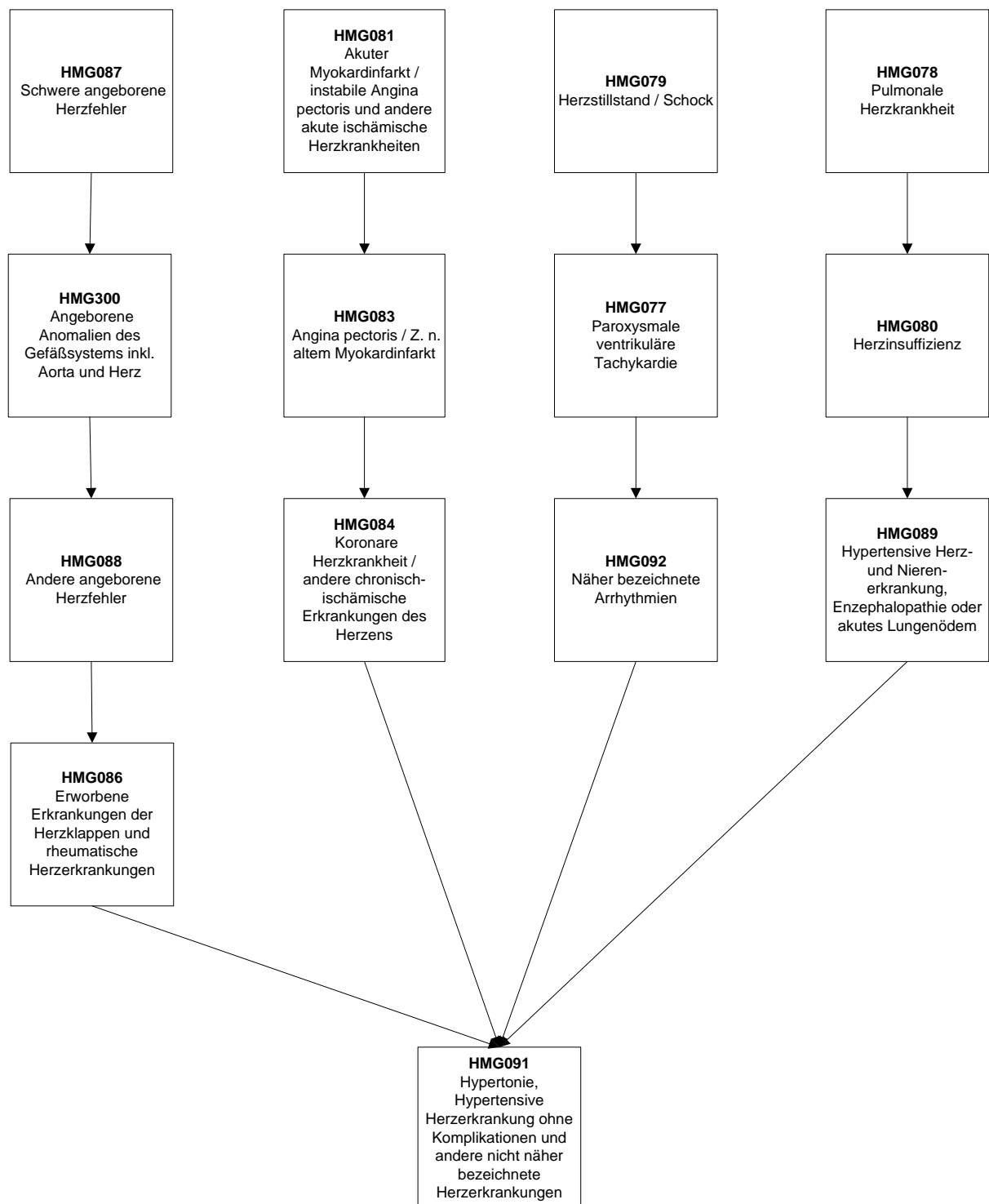
Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen



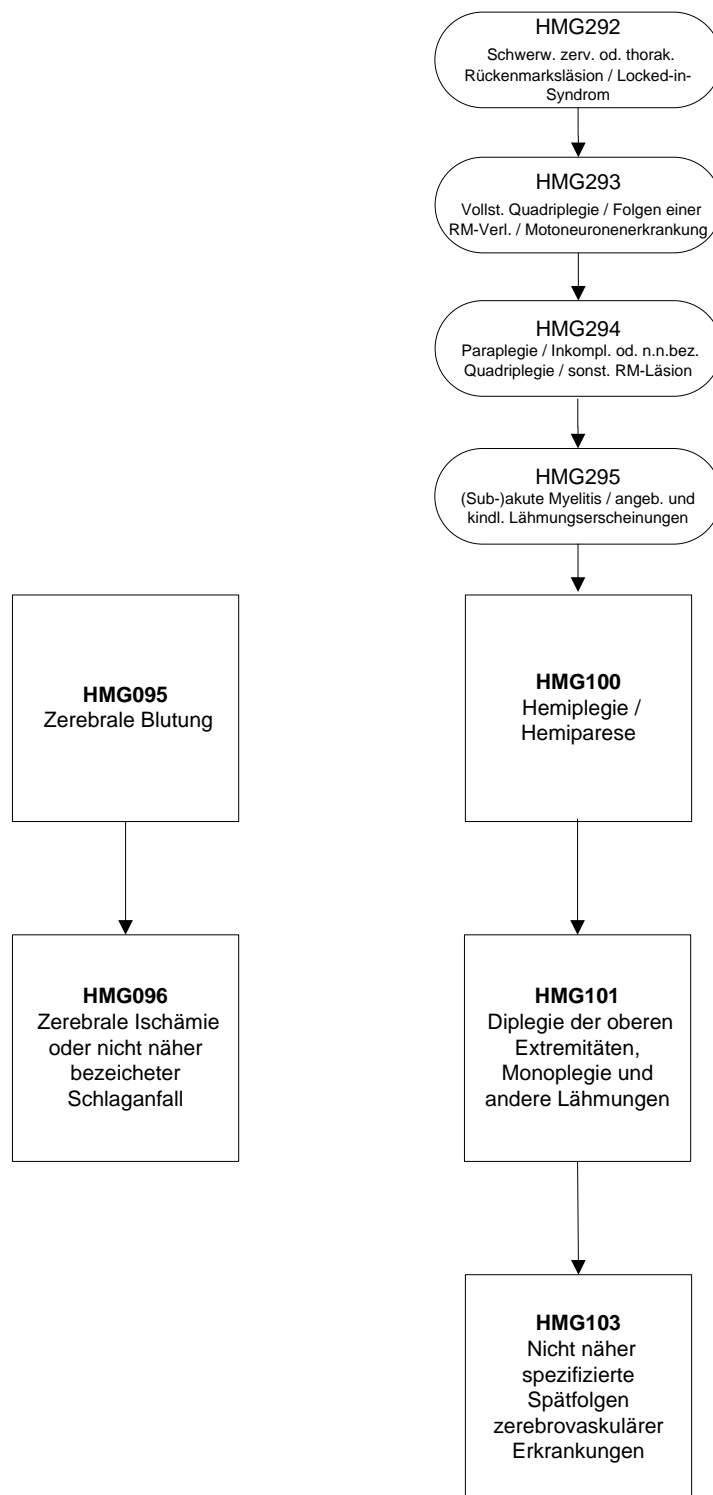
Hierarchie 15: Herz- und Atemstillstand

Mit Festlegung für das Ausgleichsjahr 2011 entfallen.

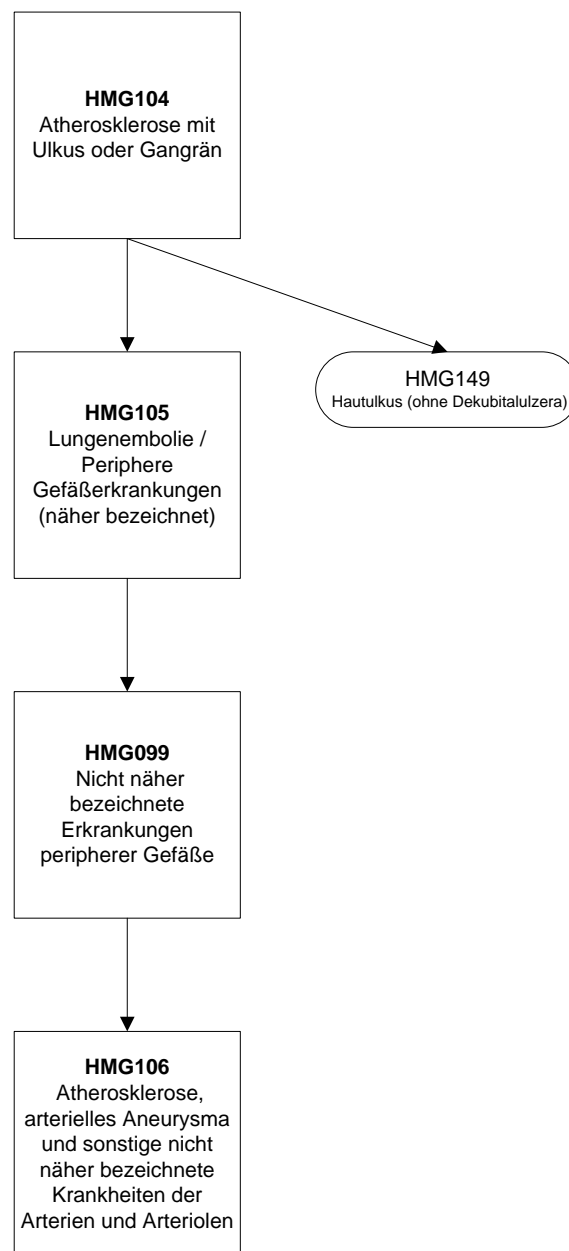
Hierarchie 16: Herzerkrankungen



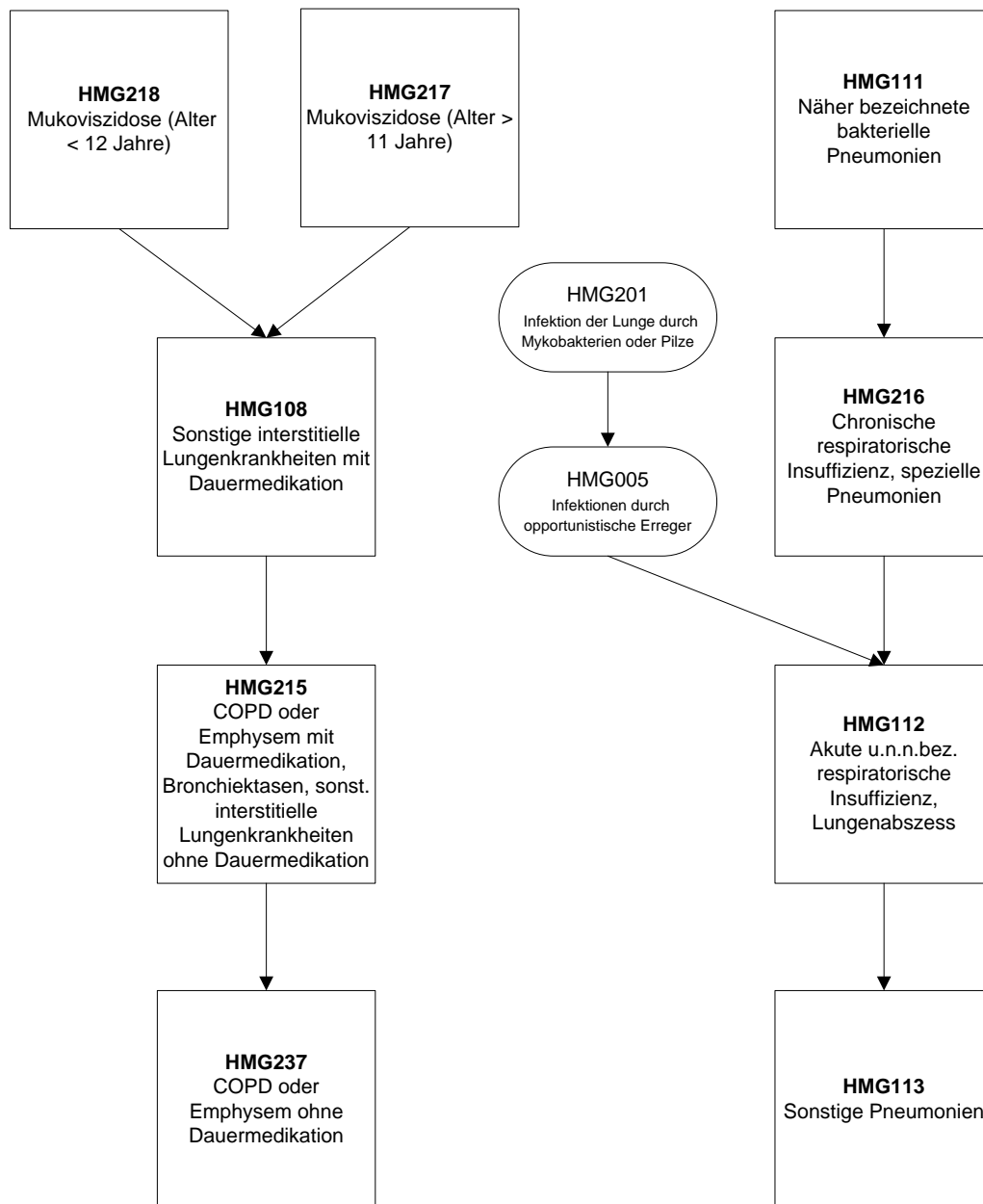
Hierarchie 17: Zerebrovaskuläre Erkrankungen



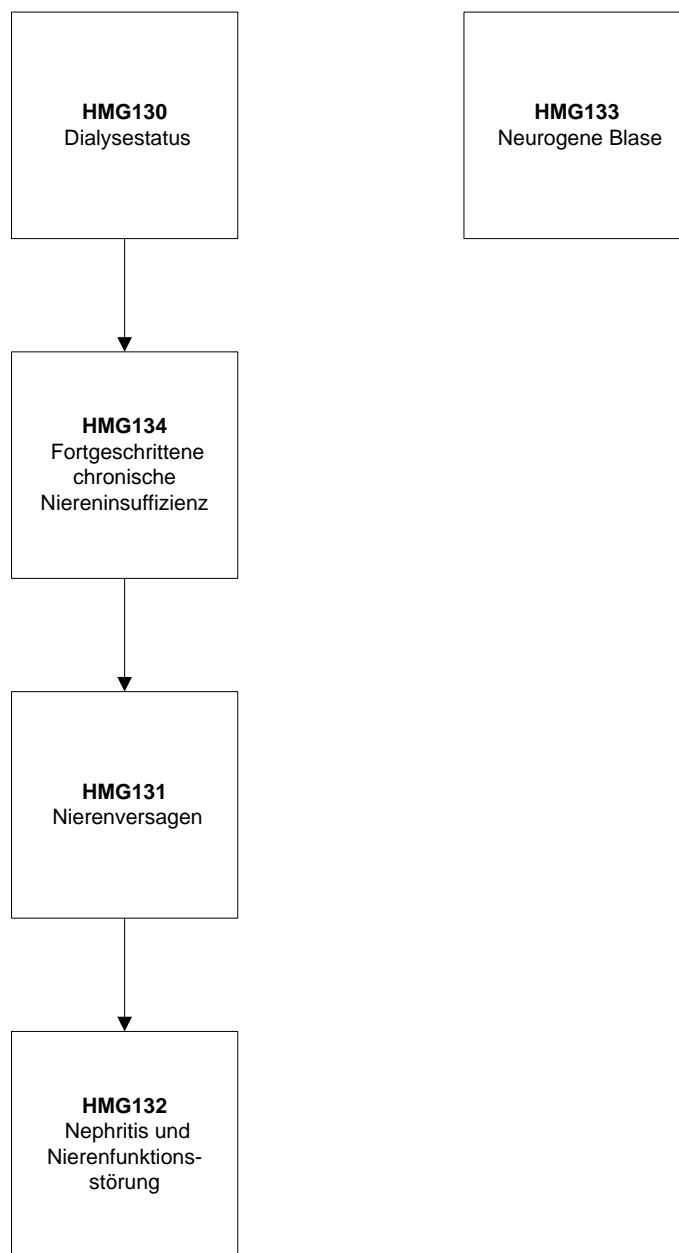
Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislauferkrankungen



Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge



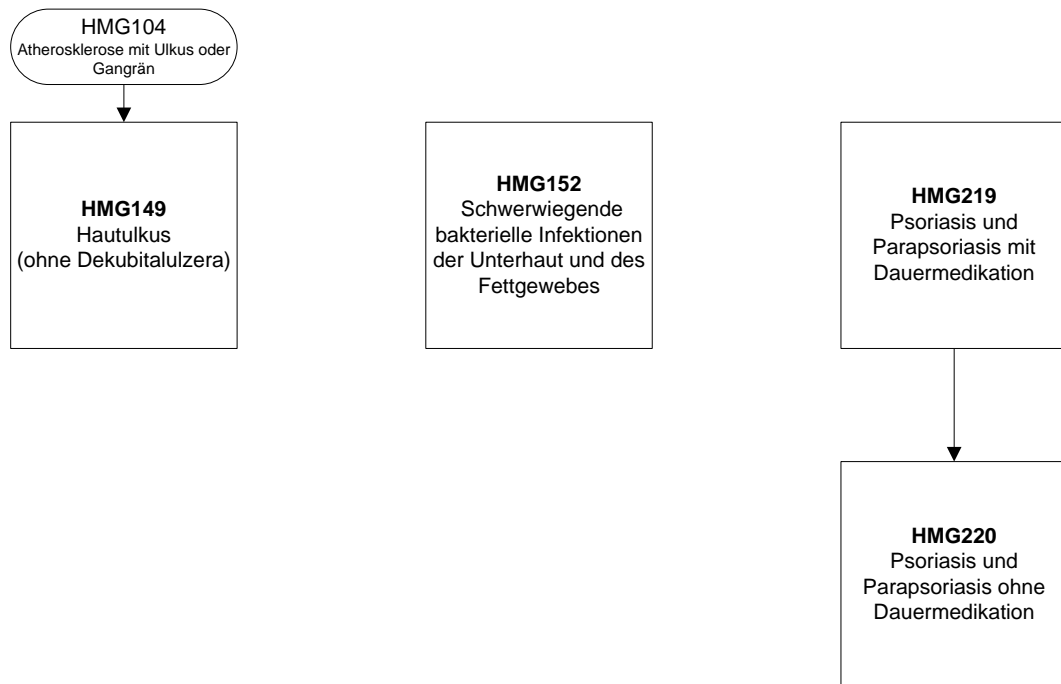
Hierarchie 20: Erkrankungen der Harnwege



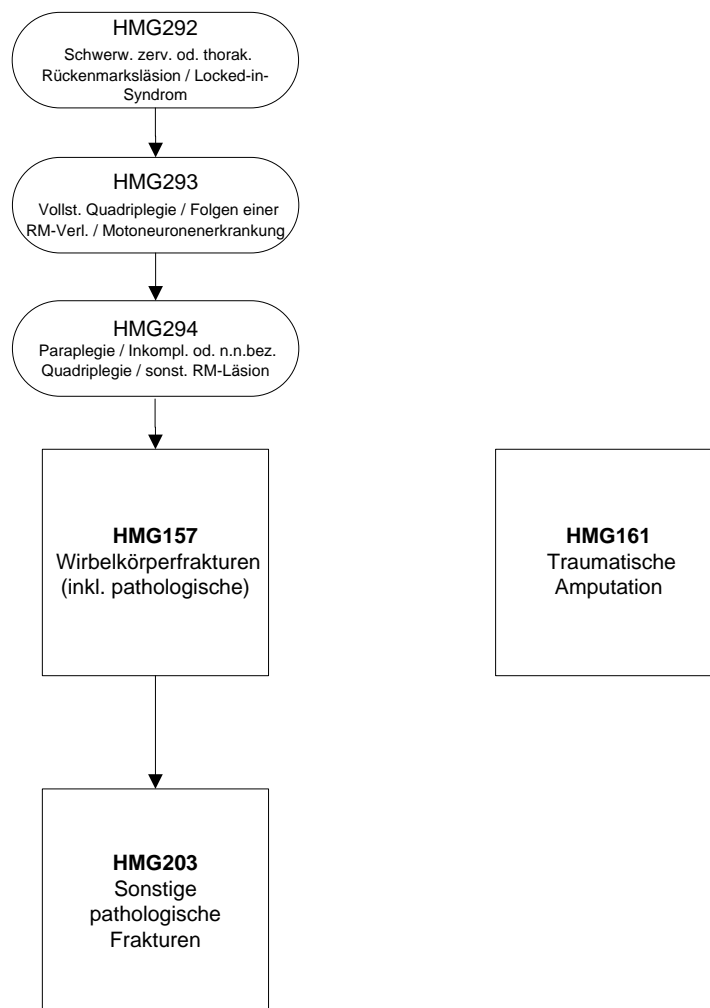
Hierarchie 21: Schwangerschaft



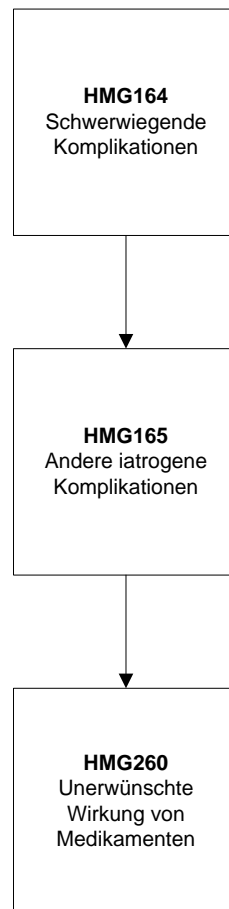
Hierarchie 22: Erkrankungen der Haut



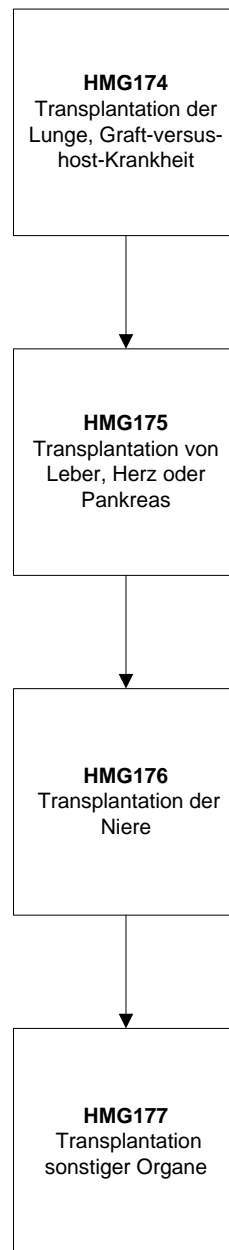
Hierarchie 23: Verletzungen



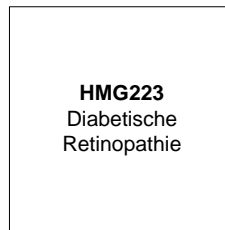
Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen



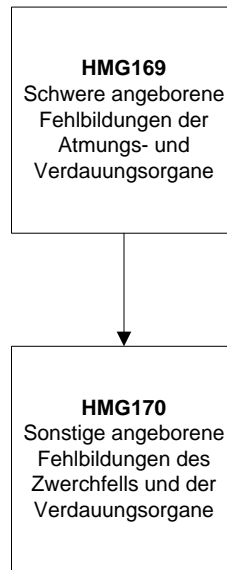
Hierarchie 25: Transplantationen



Hierarchie 26: Erkrankungen des Auges



Hierarchie 27: Erkrankungen des Neugeborenen



Hierarchie 28: Chronischer Schmerz

