



**Stellungnahme des IKK e.V.  
zum Entwurf der  
Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zu-  
ordnungsalgorithmus, Regressionsverfah-  
ren und Berechnungsverfahren  
für das Ausgleichsjahr 2014**

**IKK e.V.**  
Hegelplatz 1  
10117 Berlin  
030/202491-0  
info@ikkev.de

## Inhalt

Vorbemerkung .....	3
Berücksichtigung von Arzneimitteln .....	4
Einführung von Alterssplits für Hierarchisierte Morbiditätsgruppen .....	6
Systemstabilität – Vermeidung von Hierarchieverletzungen .....	8
Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“ .....	8
Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems“ .....	10
Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“ .....	10
Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ .....	11
Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ .....	12
Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks“ .....	13
Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ .....	13
Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ .....	14
Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ .....	14
Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“ .....	16
Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ .....	17
Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden .....	18
Nicht-morbiditätsorientierte Ausgaben .....	18
Ausdifferenzierung der Kostenerstattergruppen .....	20

### **Vorbemerkung**

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich im Sinne von § 31 Abs. 4 Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt am 31. Juli 2013 seine Vorschläge für die bis zum 30. September 2013 zu treffenden Anpassungen vorgelegt. Darin enthalten sind die Änderungen der zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus, des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2014 auf Basis der am 1. März 2013 festgelegten Krankheitsauswahl.

Der IKK e.V. begrüßt die ausführlichen Erläuterungen des BVA zu den durchgeführten Untersuchungs- und Auswahlprozessen. Die Vorschläge zur Modellanpassung sind größtenteils nachvollziehbarer und übersichtlicher dargestellt als in den Vorjahren. Insofern beschränken sich unsere Anmerkungen auf die Sachverhalte, in denen wir die Entscheidung des BVA nicht vollumfänglich nachvollziehen können.

Da die Überprüfung einer weiteren Untergliederung der Kostenerstattergruppen nicht in die Festlegungskompetenz nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV fällt, sondern gemäß § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV ein Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu erzielen ist, wird die Diskussion im Rahmen einer gesonderten Anhörung geführt. Das BVA hatte dazu mehrere Modellberechnungen für eine Ausdifferenzierung der Kostenerstattergruppen vorgelegt, Ohne dem Ergebnis aus der gesonderten Anhörung vorzugreifen und unter Würdigung der Regelungskompetenz von § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV sollte nach unserer Auffassung an der bestehenden Systematik festgehalten und von einer weiteren Untergliederung der Kostenerstattergruppen abgesehen werden.

### **Berücksichtigung von Arzneimitteln**

Das BVA beabsichtigt, im Rahmen der Anpassung der Arzneimittelaufgreifkriterien zur Schweregraddifferenzierung einen neuen Sonderfall für die Abbildung von Bedarfsmedikationen zu schaffen. Für einige Diagnosegruppen soll eine Schweregraddifferenzierung anhand einer Mindestbehandlungsdauer von 10/5 Behandlungstagen möglich werden. Diese Differenzierung soll insbesondere solche Fälle aufgreifen, bei denen ein situativ notwendiger, keinesfalls aber durchgängiger Bedarf zur Medikation besteht. Konkret wird dieser Sonderfall im vorliegenden Entwurf für die DxG236 „Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer)“, DxG238 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“, DxG826 „Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT“ und DxG827 „Sphingolipidosen mit ERT/SRT“ vorgeschlagen.

Aus Sicht des IKK e.V. ist es überraschend, dass das BVA nur ein Jahr nach Konsolidierung der Sonderfälle bereits wieder Bedarf für die Schaffung eines neuen Sonderfalles sieht. Dies steht dem noch im letztjährigen Anhörungsverfahren verfolgten Ziel einer Konsolidierung und Verschlankung des Aufgreifalgorithmus, insbesondere der Sonderfälle entgegen.

Grundsätzlich soll der neu geschaffene Sonderfall Ib dazu dienen, kostenintensive Bedarfsmedikationen abzubilden. Gleichzeitig möchte das BVA mithilfe des neuen Sonderfalls die Möglichkeit schaffen, die bereits bekannten Schweregraddifferenzierungen noch feiner aufzugliedern, um zwischen leichten, mittelschweren und schweren Formen von Erkrankungen zu unterscheiden. Dieses Vorgehen ist aus unserer Sicht nicht zielführend. Schon die bestehende Differenzierung in Versicherte mit bzw. ohne Dauermedikation ist aus medizinischer Sicht ein stark vereinfachter, weil eindimensionaler Weg der Identifikation von unterschiedlichen Erkrankungsgraden. Ein Übergang von einer zwei- zu einer dreigliedrigen Aufteilung überstrapaziert die Aussagekraft von standardisierten Dosierungsdaten hinsichtlich der verallgemeinerbaren Rückschlüsse auf die Erkrankungsschwere erheblich. Eine solche feinere Gliederung von Schweregraddifferenzierungen müsste auf weitergehende Indikatoren zu Verlauf, Komplikationen und Behandlungsmethoden zurückgreifen, die aber für den RSA nicht vorliegen. Insofern wird auch eine auf empirischer Basis festgelegte Mindestdosierung keine gesicherten, verallgemeinerbaren Aussagen zur weiteren medizinisch begründbaren Aufgliederung von Erkrankungen nach ihrem Schweregrad ermöglichen.

Demgegenüber wird aber durch den vorgesehenen Sonderfall Ib der Anreiz zur ungerechtfertigten Verschreibung von Arzneimitteln signifikant erhöht, wenn die verordnete Behandlung nur das äußerst niedrige Niveau der Bedarfsmedikation von 10/5 Behandlungstagen erreichen muss, um eine Höhergruppierung zu erreichen und damit prägnante Zuweisungsgewinne zu ermöglichen. Das BVA hat die Gefahr solcher negativen Anreizwirkungen selbst bereits im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen festgestellt.<sup>1</sup> Arzneimittelvalidierungen von Diagnosen sollten aber grundsätzlich dazu dienen, die Manipulationsresistenz des Gesamtmodells zu erhöhen. Durch den neuen Sonderfall Ib ist genau vom gegenteiligen Effekt auszugehen.

Die Schwelle von nur 10 bzw. 5 Behandlungstagen ist zudem nicht, wie das BVA ausführt, schon deshalb geeignet, weil sie einer „Harmonisierung des Aufgreifalgorithmus“ dienlich ist. Eine Harmonisierung des Ausgleichsalgorithmus sollte zu einer Vereinfachung des RSA führen, die aber bereits durch die Einführung des neuen Sonderfalls nicht gegeben ist.

Die Innungskrankenkassen halten daher die Umstellung der DxG826 und DxG827 sowie der DxGs 236 und 238 auf einen Sonderfall zur Identifizierung von Bedarfmedikationen für nicht angemessen.

Der IKK e.V. hatte im Rahmen des Vorschlagsverfahrens angeregt, die Überprüfung von Zuschlagsgruppen mit niedrigen Kostengewichten hinsichtlich des Aufgreifkriteriums „Arzneimittelverordnung (klinische Relevanz)“ stärker in den Fokus zu rücken, um eine bessere Kostentrennung zugunsten von teuren Versicherten zu ermöglichen. Das BVA führt aus, dass eine solche Überprüfung jährlich statfinde und sieht daher keine Notwendigkeit für ein systematisches Vorgehen. Allerdings lässt sich in den letzten drei Anhörungsverfahren keine einzige Überprüfung des entsprechenden Aufgreifkriteriums finden. Von einer jährlichen Überprüfung kann also keine Rede sein. Wir erneuern unsere Anregung, eine entsprechende Überprüfung durchzuführen.

---

<sup>1</sup> Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2012, S. 110f.

### **Einführung von Alterssplits für Hierarchisierte Morbiditätsgruppen**

Das BVA stellt für die Prüfung der Einführung von Alterssplits eine allgemeingültige Methodik vor, anhand derer Vorschläge zur Einführung von Alterssplits bei Mukoviszidose (DxG449 und DxG450) sowie Bronchiektasen (DxG454) in der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ überprüft werden. Die Methode beinhaltet einen Kriterienkatalog, der neben medizinischen Begründungen auch eine Altershöchstgrenze, eine Mindestfallzahl sowie eine Mindesthöhe der Kostenschätzer fordert.

Der IKK e.V. begrüßt das grundsätzliche Anliegen des BVA, eine einheitliche Methode für die Überprüfung von Alterssplits zu entwickeln. Altersbezogene Deckungsbeiträge können, müssen aber nicht zwingend auf einen erhöhten Behandlungsbedarf hinweisen. Aus unserer Sicht können daher nur medizinische Gründe für die Herleitung eines Alterssplits angeführt werden, insofern ist aus unserer Sicht deren Wichtigkeit noch einmal deutlich zu betonen. Auch die Überlegung, die Anzahl möglicher Alterssplits je Krankheit zu begrenzen, um die Modellkomplexität nicht unnötig zu erhöhen, erscheint grundsätzlich angemessen. Explizit sind aus Gründen der Komplexitätsreduktion auch Kombinationen von Alterssplits und Schweregraddifferenzierungen über Arzneimittel auszuschließen.

Wir begrüßen die Kriterien zum Mindestabstand der Kostenschätzer von 500 € und die Entscheidung, den Mindestabstand der Kostenschätzer auf den Faktor 1,5 festzulegen. Ein Mindestabstand von 500 € sowie einen Unterschied der Kostenschätzer um den Faktor 1,5 stellen sicher, dass die Voraussetzung einer signifikanten und robusten Kostendifferenz zwischen den zu trennenden Gruppen sowohl bei der Betrachtung des relativen als auch des absoluten Unterschieds erfüllt wird. Beide Anforderungen dienen daher der Systemstabilität, indem Sie die Gefahr von Hierarchieverletzungen vermindern.

Grundsätzlich lässt sich aber feststellen, dass es bei der Methodik des BVA generell an einem Kriterium zur Gesamtbewertung der Angemessenheit eines Alterssplits fehlt. Im Gesamtkontext der Weiterentwicklung des RSA, der oft von einem Zielkonflikt zwischen Komplexitätsreduktion und Zielgenauigkeit geprägt ist, ist es aus Sicht des IKK e.V. notwendig, auf diesen Konflikt auch bei der Gestaltung der Methodik zur Prüfung von Alterssplits einzugehen, indem eine Mindestverbesserung der Zielgenauigkeit des Gesamtmodells durch die Auftrennung des Krankheitsbildes gefordert wird. Dies ist deshalb schon geboten, weil sich minimale Zielgenauigkeitsverbesserungen statistisch bereits durch die Einrichtung weiterer Erklärungsvariablen einstellen. Der IKK e.V. schlägt

hier eine Grenze von  $\Delta\text{CPM} = 0,001$  und  $\Delta\text{MAPE}$  von  $-0,03$  € je neu entstandener Zuschlagsgruppe vor.

Die vom BVA dargelegten Kriterien sind sachlich gut begründbar, unterscheiden sich aber unserer Auffassung nach in ihrer Wichtigkeit. Der IKK e.V. schlägt daher vor, zwischen notwendigen und wünschenswerten Kriterien zu unterscheiden. Für die Einführung eines Alterssplits ist eine medizinische Begründung ebenso unersetzbar wie das statistische Kriterium der Mindestfallzahl sowie die Kriterien für die Höhe und den Abstand der Kostenschätzer. Wünschenswert ist es, dass die Altersgrenze von 65 Jahren nicht überschritten wird und die Altersgrenzen auf bestehende AGG-Grenzen fallen. Diese Kriterien sind aber, im Gegensatz zu den als notwendig charakterisierten Bedingungen, entbehrlich und können auch zugunsten der notwendigen Kriterien unerfüllt bleiben. Notwendige Kriterien sind hingegen in jedem Fall zu erfüllen und nicht miteinander aufwägbar.

### **Systemstabilität – Vermeidung von Hierarchieverletzungen**

Es lässt sich beobachten, dass die mittels Regression berechneten Kostenschätzer auf Grund der sich über das Ausgleichsjahr aktualisierenden Datengrundlagen Schwankungen unterworfen sind. Dabei kam es in der Vergangenheit im Laufe des Ausgleichsjahres in einigen Fällen zu Hierarchieverletzungen, bei denen dominierende Morbiditätsgruppen über geringere Kostenschätzer verfügten als niedriger einsortierte Morbiditätsgruppen. Die zunehmende Differenzierung von Krankheitsbildern einer Hierarchie verringert auch die relativen Abstände der miteinander hierarchisierten Morbiditätsgruppen. Dies begünstigt zukünftige Hierarchieverletzungen auf Grund von schwankenden Schätzern.

Hierarchieverletzungen eröffnen monetäre Anreize, im Rahmen der Erstellung der Datengrundlage für den RSA auf die Meldung solcher Morbiditätsinformationen zu verzichten, die durch eine Höhergruppierung der betroffenen Versicherten einen Zuweisungsverlust für die Kassen auslösen. Daher kann in der Folge nicht mehr davon ausgegangen werden, dass die Morbidität in den betreffenden Hierarchien korrekt abgebildet wird. Auch wäre die Vergleichbarkeit von Datenmeldungen über mehrere Ausgleichsjahre hinweg nicht mehr gesichert.

Zur Vermeidung der oben genannten Effekte plädiert der IKK e.V. daher, analog zu den vom BVA aufgestellten Kriterien bei der Überprüfung von Alterssplits, für einen Mindestabstand der miteinander hierarchisierten Morbiditätsgruppen von 500 €. Dadurch entsteht in einigen Hierarchien erneuter Überprüfungsbedarf.

### **Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“**

Für die DxG826 und DxG827 sieht der Festlegungsentwurf eine Umstellung des Aufgreifkriteriums vom derzeitigen Sonderfall II („Aufgreifkriterium Verordnungsquartale“) auf den neu geschaffenen Sonderfall Ib („Aufgreifkriterium Bedarfsmedikation“) vor. Lysosomale Speicherkrankheiten sind nicht heilbar. Für wenige Krankheitsbilder dieser Gruppe gibt es kausale Therapien (Enzym-Ersatztherapie (ERT) bzw. die Substratreduktionstherapie (SRT)). Diese sind, wie das BVA selbst richtig ausführt, überlebensnotwendig bzw. können die Progression der Erkrankungen verlangsamen oder verhindern. Die Therapie muss lebenslang durchgeführt werden, Dosisreduktionen und Auslassversuche bzw. Therapiepausen sind nicht vorgesehen (siehe z.B. Fachinformation



Myozyme®). Folglich kann es sich bei Versicherten mit ERT- bzw. SRT-Gabe nicht um Patienten mit Bedarfsmedikation im oben definierten Sinne handeln. Eine Analyse eigener Verordnungsdaten bestätigt diese Einschätzung.

Bei der Überprüfung der ATC Gruppe A16AX, die neben dem ATC Code A16AB zur Schweregraddifferenzierung zugelassen ist, stellt sich heraus, dass nur Miglustat (ATC A16AX06) zur Therapie von lysosomalen Speicherkrankheiten zugelassen ist. Die übrigen in der Wirkstoffgruppe A16AX gelisteten Arzneimittel werden zur Behandlung anderer Stoffwechselerkrankungen eingesetzt (z.B. Phenylketonurie E70.0 – DxG918, oder Morbus Wilson E83.0 – DxG121). Diese RSA-relevanten Krankheitsbilder sind zwar in dem gleichen Hierarchiestrang einsortiert, allerdings aufgrund ihres Kostenschätzers deutlich niedriger bewertet. Zudem benötigen sie keine Arzneimittelvalidierung.

Angesichts des sich bei der HMG202 ergebenden hohen Zuschlags sehen wir ein hohes Anreizrisiko zur Generierung von Zuweisungsgewinnen. Daher empfehlen wir, in Analogie zu den Zuschlagsgruppen für Hämophilie, die Arzneimittelvalidierung ausschließlich auf ATC A16AB und A16AX06 zu begrenzen, um ungerechtfertigte Zuschläge zu vermeiden.

Zudem können wir die Überlegungen des BVA zur DDD-Festlegung bei Lysosomalen Speicherkrankheiten mit ERT/SRT nicht nachvollziehen. Die DDD ist eine "Hilfsrechnung", die zur internationalen Vergleichbarkeit von Arzneimitteldosen aus pharmakologischer Sicht entwickelt worden ist. Als auf 70 kg standardisierte Größe trägt sie dem unterschiedlichen Gewicht der Patienten und dem tatsächlichen Behandlungsbedarf nur bedingt Rechnung. Dies ist aber bereits in der Mindestgrenze von 183 Behandlungstagen berücksichtigt worden, die eine ganzjährige, d.h. 365-tägige Medikation eines 35 kg schweren Erwachsenen entspricht. Ein weiteres Absenken der Mindestdosierung ist mit den Anforderungen einer Dauermedikation nicht vereinbar.

Im Zusammenhang mit der geänderten Berücksichtigung von Arzneimitteln sowie vor dem Hintergrund der Integration von Diagnosen aus der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ wurde der Hierarchiestrang überarbeitet. Die drei neu gebildeten HMGs 285 „Erkrankungen der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion“, 283 „Angeborene metabolische Störungen, Porphyrie“ und 024 „Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen, angeborene Anomalien endokriner Drüsen“ wurden ans Ende der Hierarchie einsortiert. Dabei fällt auf, dass insbesondere

bei den 5 am niedrigsten bewerteten HMGs (024, 283, 251, 285 und 023) der Abstand der Kostenschätzer lediglich zwischen 167 € und 268 € liegt.

Mit den neu definierten Kriterien, die an die Überprüfung der Einführung von Alterssplits gelegt werden sollen, hat sich das BVA einen Mindestabstand von 500 € im Kostenschätzer verordnet. Wir schlagen daher die Zusammenlegung der vorgenannten HMGs zu Gruppen mit größeren Abständen vor.

Ferner möchten wir noch darauf hinweisen, dass in dem in der Abbildung 10 dargestellten Festlegungsentwurf für die Hierarchie 4<sup>2</sup> unter der HMG202 die DxGs 225 „(Echte) Hämophilie (angeborener Faktor VIII oder Faktor IX-Mangel) mit Dauermedikation“ und 237 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“ zur HMG035 „Hämophilie und Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“ angehängt sind. Richtigerweise müssen dort die DxGs 826 und 827 aufgeführt werden.

Außerdem muss in der Anlage 1 zum Festlegungsentwurf die HMG202 umbenannt werden in „Lysosomale Speicherkrankheiten mit ERT/SRT“

### **Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems“**

Zur Verminderung des Risikos von Hierarchieverletzungen durch aktualisierte Datengrundlagen sollte der Abstand zwischen zwei HMGs nicht kleiner sein als 500 €. Aus Kostengesichtspunkten empfehlen wir, die Zusammenlegung der HMG227 „Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthrititis mit Organbeteiligung“ bei einem Kostenschätzer von 227 € mit der HMG228 „Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen“ (508 €) zu überprüfen.

### **Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“**

Durch die Anwendung des neuen Sonderfalls Ib soll eine neue DxG236 „Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer)“ zur Abbildung von Fällen mit mittelschwerem Behandlungsbedarf geschaffen werden. Gleiches gilt für die neue DxG238 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“. Diese Diagnosegruppen sollen zur Abbildung von Fällen mit mittelschwerem Behandlungsbedarf dienen. Das BVA führt aus, dass „die mittelschwere Hämophilie [...] in der Regel durch eine Gabe von Gerinnungsfaktoren bei Be-

---

<sup>2</sup> Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2014, S. 178

darf behandelt [wird]. Je nach Blutungshäufigkeit und klinischer Situation kann es jedoch auch hier zu einer Dauerbehandlung kommen“<sup>3</sup>. Eine Medikation von 10 Behandlungstagen bildet aber nur den akuten Behandlungsbedarf ab, der aber gerade für die Formen der leichten Hämophilie einschlägig ist. Daher erscheint die gewählte Dosierungsmenge von 10 Behandlungstagen deutlich zu niedrig angesetzt.

Im Zusammenhang mit dem Willebrand-Jürgens-Syndrom (WJS) wird diskutiert, die Prüfung der DxG237 analog zur DxG238 auf den Wirkstoff Desmopressin (ATC H01BA02) auszuweiten. Desmopressin ist ein zentral wirksames Antidiuretikum. Es ist laut Fachinformation zur Therapie der Diabetes insipidus, der traumatisch bedingten Polyurie und Polydipsie sowie bei Enuresis nocturna zugelassen.

Desmopressin wird im Off-label-use auch als Antihämorrhagikum im Akutfall (z.B. bei Nasenbluten) eingesetzt. Bei der am häufigsten vorkommenden leichten Verlaufsform des WJS (Typ I, 60-80% der Fälle) ist keine Therapie notwendig. Bei den mittelschweren und schweren Verlaufsformen ist diese Therapie ohne Wirkung, hier sind Faktorenpräparate aus der ATC Gruppe B02BD einzusetzen. Eine Aufnahme von Desmopressin in die Liste der Wirkstoffe zur Prüfung der DxG237, also zur Identifikation einer Dauermedikation, kann von den Innungskrankenkassen aus medizinischen und pharmakologischen Gründen nicht unterstützt werden.

Aufgrund des hohen Kostenschätzers der HMG037 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“ von rd. 12.500 € in Verbindung mit der niedrigen Verordnungsschwelle von 10 Behandlungstagen und des breiten Indikationsspektrums von Desmopressin sehen wir erhebliche Versorgungsanreize. Insofern ist Desmopression (H01BA02) aus der ATC-Liste für die Arzneimittelprüfung zu streichen.

### **Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“**

Um Doppelzuschläge zu vermeiden sowie aus Gründen der Kostenhomogenität plädierte der IKK e.V. im Vorschlagsverfahren für eine Zusammenlegung der HMG056 „Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ mit der HMG058 „Depression“.

---

<sup>3</sup> Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2014, S. 224

Im Rahmen der Überprüfung bestätigte das BVA zwar grundsätzlich auch die Gefahr möglicher Doppelzuweisungen, dennoch hat es den IKK-Vorschlag für eine Zusammenlegung nicht geprüft. Stattdessen wurde lediglich die Aufhebung der Arzneimittelprüfung bei der DxG843 „Nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ und deren Ausgliederung aus der HMG056 in eine neu zu bildenden Morbiditätsgruppe, die Schaffung einer Dominanzbeziehung zwischen der HMG056 und HMG058, die Kombination beider Modelle, sowie die Verschiebung der DxG843 in die HMG058 untersucht.

Im Ergebnis soll die DxG843 unter Beibehaltung der Arzneimittelprüfung in die HMG058 verschoben werden. Begründet wird dies damit, dass die Modellverschlechterung für diese Variante am geringsten ausfällt.

Aus unserer Sicht hat sich mit der Verschiebung der DxG843 in die HMG058 die Gefahr möglicher Doppelzuschläge nur wenig verringert. Eine Überprüfung über mögliche Abhängigkeiten von Zuschlägen aus beiden Morbiditätsgruppen auf Basis eigener Zahlen hat gezeigt, dass Versicherte mit einer HMG056 oder HMG058 im Vergleich zu Versicherten, die weder einen Zuschlag in der HMG056 noch in der HMG058 bekommen, eine bis zu achtfach höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, auch einen Zuschlag aus der jeweils anderen Gruppe zu bekommen. Somit ist ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der HMG056 und der HMG058 und damit die Gefahr möglicher Kodieranreize zu sehen. Deshalb sollte die Zusammenlegung der beiden HMGs 056 und 058 bzw. die Zusammenführung der beiden Hierarchiestränge noch geprüft werden.

### **Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“**

Der IKK e.V. hat im Rahmen des Vorschlagsverfahrens eine Anpassung des Aufgreifkriteriums für Versicherte mit der Diagnose F84.2 „Rett-Syndrom“ empfohlen. Diese Empfehlung wurde vom BVA leider nicht aufgegriffen.

Das Rett-Syndrom bezeichnet eine genetisch bedingte, progressiv verlaufende neurologische Entwicklungsstörung. Es ist nach dem Down-Syndrom die am häufigsten anzutreffende Form einer genetisch bedingten geistigen Behinderung. Da das Rett-Syndrom durch ein mutiertes Gen ausgelöst wird, das auf dem X-Chromosom lokalisiert ist, sind ausschließlich Mädchen und Frauen davon betroffen.

Bei einer Kodierung der F84.2 erfolgt bei der Kassenärztlichen Vereinigung anhand des DIMDI-Regelkataloges keine Überprüfung auf das Geschlecht (Feld 20: Geschlechtsbezug der Schlüsselnummer = 9 – kein Geschlechtsbezug). Um Fehlkodierungen auszuschließen, sollte die ICD F84.2 aus der DxG908 herausgelöst und in eine eigene, neu zu bildende DxG verschoben werden. Das Aufgreifkriterium ist von „m/w“ in „w“ zu ändern.

### **Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks“**

Der Abstand der Kostenschätzer der HMG296 „Sonstige Krankheiten des Rückenmarks“ und der HMG039 „Spinalkanalstenose“ unterscheidet sich um nur 232 €. Unter Kostengesichtspunkten wäre eine Zusammenlegung beider HMGs zu prüfen.

### **Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“**

Grundsätzlich begrüßt der IKK e.V. eine organspezifische Zuordnung von Komplikationsdiagnosen aus der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“. Die Komplikationsdiagnosen aus der ICD-Gruppe T82.- „Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen“ werden in die Hierarchie 16 verschoben und dort z.T. an der Hierarchiespitze einsortiert. Gemäß ICD-10 besteht ein enger Zusammenhang zu den noch in der Hierarchie 24 verbliebenen unspezifischen Komplikationscodes T85.6, T85.7 und T85.8. Insofern sehen wir hier die Gefahr möglicher Doppelschlüsse. Die Verschiebung der T82.-Diagnosen sollte noch einmal überdacht werden.

Weiterhin sehen wir in der Hierarchie 16 noch Überprüfungsbedarf von nahe beieinander liegenden Kostenschätzern. Diese divergieren in den unteren Morbiditätsgruppen der Hierarchiestränge „Herzfehler“ bzw. „Myokardinfarkt“ um weniger als 500 €. Die Zusammenlegung der HMG086 „Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen“ (519 €) mit der HMG300 „Angeborene Anomalien des Gefäßsystems inkl. Aorta und Herz“ (889 €) sowie die Zusammenlegung der HMG084 „Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens“ (621 €) mit der HMG083 „Angina pectoris / Z.n. altem Myokardinfarkt“ (814 €) zu homogenen Gruppen sollte überprüft werden.

### **Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“**

Wir bedauern, dass das BVA unseren Vorschlag für eine Arzneimittelvalidierung der DxG401 „Zerebrovaskuläre Gefäßsyndrome“ und der DxG408 „Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, nicht näher bezeichnet“ nicht diskutiert hat, obwohl auf Grund einer Verschiebung von Diagnosen aus der Hierarchie 16 eine Anpassung der Hierarchie vorgenommen wurde.

Nach der gemeinsamen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft sind Thrombozytenaggregationshemmer das Mittel der Wahl bei der Sekundärprävention der zerebralen Ischämie. Häufig verordnet wird Acetylsalicylsäure (ASS), entweder allein oder zusammen mit Dipyridamol in einer Zubereitung, die den Wirkstoff im Körper verzögert freisetzt. Manchmal wird ASS auch mit Clopidogrel kombiniert. Die alleinige Gabe von Clopidogrel empfiehlt sich bei Patienten, die zum Beispiel wegen Unverträglichkeit kein ASS einnehmen dürfen. Insofern sollte nach unserer Auffassung die DxG408 durch Arzneimittel der Wirkstoffklasse B01AC validiert werden.

### **Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“**

In Bezug auf die vom BVA entwickelte Methodik zur Überprüfung möglicher Alterssplits ist festzustellen, dass die aufgeführten Kriterien nicht konsequent umgesetzt werden. Das BVA schlägt nach Betrachtung der DxG449 und DxG450 vor, Mukoviszidose im Rahmen der neuen DxG449, DxG450 und DxG451 an den Altersgrenzen 12 Jahre und 45 Jahre so aufzuteilen, dass drei HMG mit den Kostenschätzern 13.850 €, 25.606 € und 11.247 € entstehen. Begründet wird dies mit der Vermutung, dass es sich bei über 45-jährigen Mukoviszidosepatienten um Erkrankte mit anderem klinischen Erscheinungsbild bzw. um Minimalerkrankte handelt.

Aus Sicht des IKK e.V. fehlt es an einer medizinischen Begründung für die vorgeschlagene Trennung zwischen über und unter 45-jährigen Mukoviszidosepatienten. Eine Altersunterscheidung ist dann sinnvoll, wenn unterschiedliche Behandlungsformen und/oder Verlaufsformen einer Krankheit *auf Grund des Alters* zu erwarten sind. Der geringere Behandlungsbedarf ergibt sich aber nicht auf Grund des Alters, sondern auf Grund des geringeren Erkrankungsgrades. Dieser lässt sich ggf. über die Therapieform, die Arzneimittelmenge o.ä. selektieren, nicht aber über das Alter – schließlich gibt es

auch unter den unter 45-Jährigen Minimalerkrankte, die über einen Alterssplit aber nicht selektiert werden können.

Zudem halten wir es für geboten, bei einer mehrfachen Auftrennung eines Krankheitsbildes alle entsprechenden Schätzer untereinander zu vergleichen. Folgt man dieser Einschätzung, ist festzustellen, dass innerhalb der vorgeschlagenen Dreiteilung der Morbiditätsgruppen für Mukoviszidose die vom BVA vorgeschlagenen Kostenkriterien nicht eingehalten werden. Im Falle der HMG109 und der HMG217 beläuft sich der Kostenunterschied zwischen dem günstigen und dem teuren Kostenschätzer nur auf den Faktor 1,2. Damit werden die Anforderungen an den Alterssplit nicht erfüllt.

Entsprechend dem Vorschlag einer Alterstrennung für Mukoviszidosezuschläge wurde auch die Trennung der DxG454 „Bronchiektasen“ anhand der festgelegten Kriterien überprüft. Bei Bronchiektasen handelt es sich um eine krankhafte Ausweitung von Teilen des Bronchialsystems. Es gibt angeborene und erworbene Bronchiektasen, wobei die erworbenen Formen wesentlich häufiger sind. Oft entstehen sie durch schwere Infektionen im Kindesalter. Bei Erwachsenen kann die Krankheit durch eine chronische Bronchitis, ein Asthma bronchiale, eine Lungentuberkulose oder als Folge anderer Krankheiten auftreten.

Um nachzuweisen, dass die Behandlungskosten für die erworbenen Bronchiektasen mit dem Alter korrelieren, hat das BVA die Verteilung der Deckungsbeiträge gestaffelt nach Altersgruppen untersucht. Da die Deckungsbeiträge insbesondere für Versicherte in den Altersklassen < 45 Jahre deutlich negativ sind, kommt das BVA zu dem Schluss, dass sich eine Trennung in eine Gruppe < 45 Jahre und > 44 Jahre auf Basis der ökonomischen Daten anböte. Dies sei auch aus medizinischer Sicht plausibel, da der Behandlungsaufwand in den unteren Altersklassen mit größeren Inzidenzen höher sei.

Offensichtlich folgt das BVA mit dieser Schlussfolgerung eher rein monetär-ökonomischen Gesichtspunkten, als dass die Einschätzung auf medizinisch gesicherten Erkenntnissen basiert. Nach Auffassung des IKK e.V. ist die vorgeschlagene Altersgrenze von 45 Jahren bei Bronchiektasen medizinisch in keiner Weise belegbar und wird daher abgelehnt.

Im Zuge der Überarbeitung der Hierarchie wurde die DxG352 „Akute respiratorische Insuffizienz“ in die neue HMG110 „Akute respiratorische Insuffizienzen nach medizini-

schen Maßnahmen“ verschoben. Die Schätzgüte des Modells verbessert sich kaum ( $R^2$  +0,0009% CPM +0,001%, MAPE -0,02 €). Dafür nähern sich die Kostenschätzer der HMG110 und der HMG112 so stark an, dass eine eindeutige Kostenabgrenzung, so wie sie noch im Ausgangsmodell bestand, nicht mehr gegeben ist. Auf eine Verschiebung der DxG352 sollte daher verzichtet werden.

### **Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“**

Bei der Untersuchung der Kostenzusammensetzung der neu gebildeten HMG135 kommt das BVA unter anderem zu dem Schluss, dass für die DxG551 „Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt“ aus pragmatischen sowie aus Konsistenzgründen auf das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ verzichtet werden soll.

Pragmatismus ist aus Sicht des IKK e.V. kein hinreichendes Kriterium, um ein nicht ohne Grund eingeführtes Merkmal zur Schweregraddifferenzierung aufzugeben. Zumal sich dadurch keine signifikante Verbesserung der Schätzgüte (CPM +0,00001%!) ergibt. Der IKK e.V. lehnt die Veränderung der Aufgreifkriterien für die DxG551 daher ab.

Nach Aussage des BVA ließe sich die Hierarchisierung des vorgeschlagenen Modells zwar noch strikter gestalten. Dadurch würde man jedoch „in den bestehenden Nierenstrang eingreifen und das medizinische Gefüge der Hierarchie aus dem Gleichgewicht bringen“.<sup>4</sup>

Ein „Gleichgewicht des medizinischen Gefüges“ spielt nach unserer Auffassung bei Abbildung kostenhomogener Morbiditätsgruppen eher eine untergeordnete Rolle. Ist eine Hierarchieverletzung feststellbar, so besteht zwingender Anpassungsbedarf. In der Hierarchie 20 trifft dies auf den Nierenstrang in Verbindung mit der HMG137 „Postoperative Komplikationen und Infektionen im Harntrakt“ zu. Die in der Hierarchie höher eingestufte HMG131 weist mit 908 € einen niedrigeren Schätzer auf als die beiden darunterliegenden parallelen HMGs 132 und 137 mit einem Kostenschätzer von insgesamt 1.158 €.

Außerdem variieren die Schätzer der hierarchisierten HMG143 und HMG133 nur um 218 €, so dass hier eine Zusammenlegung dieser beiden Gruppen zu prüfen wäre. Das BVA hat diese Auffälligkeit zwar auch erkannt, dazu aber grundsätzlich festgestellt, dass

---

<sup>4</sup> Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2014, S. 346



dies zu den „unvorhersehbaren Auswirkungen gehört, „die der Wechsel zwischen 30%-Stichprobe und Vollerhebung mit sich bringt und die an dieser Stelle in Kauf genommen werden müssen“.<sup>5</sup>

### **Hierarchie 21 „Schwangerschaft“**

Für die Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ stellt das BVA in seiner Analyse der Kostengewichte auf DxG-Ebene heraus, dass die DxG607 (Blutungen in der Schwangerschaft) signifikante Mehrkosten mit sich bringt. Gleichzeitig argumentiert das BVA, diese Mehrkosten stünden im Zusammenhang mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der Entbindung im Folgejahr für diese Diagnosegruppe. Infolgedessen sieht das BVA die Einrichtung einer eigenen Zuschlagsgruppe als nicht zielführend an. Das BVA deutet damit an, im Falle der Mehrkosten der DxG607 handle es sich nicht um „echte“ prospektive Folgekosten der Erkrankung, sondern um die eigentlichen Ausgaben, die im Rahmen der Schwangerschaft entstehen.

Aus Sicht des IKK e.V. ist solch eine implizite Unterscheidung in „echte“ und „unechte“ Folgekosten einer Erkrankung im Rahmen der RSA-Systematik nicht sinnvoll. Die RSA-Systematik definiert die Prospektivität der Kosten allein über die Zuordnung der Ausgaben zum Folgejahr. Diese sind für die „Blutungen während der Schwangerschaft“ deutlich höher als die Folgekosten anderer DxG in der HMG146. Ein statistischer Grund zur Ausgliederung ist in diesem Fall gegeben. Eine Unterscheidung der Kosten des auf die Morbiditätsinformation folgenden Meldejahres in Akutkosten und Folgekosten ist methodisch grundsätzlich fraglich und wird auch für andere, jahresübergreifende Behandlungsformen nicht erwogen. Der IKK e.V. fordert daher eine Überprüfung der Hierarchie 21 mit einer eigenständigen Zuschlagsgruppe für die DxG607.

---

<sup>5</sup> Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2014, S. 346

### **Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden**

In der inhaltlichen und politischen Diskussion im Zusammenhang mit der Behandlung der Leistungsausgaben Verstorbener haben sich seit dem vergangenen Jahr keine neuen Argumente ergeben. Gerade vor dem Hintergrund der schwebenden Klageverfahren verbietet es sich, den nunmehr gerichtlich zu treffenden Entscheidungen durch die von verschiedener Seite vorgeschlagenen Änderungen vorwegzugreifen. Eine Reform des RSA muss dabei der Maxime folgen, ihn auf das notwendige Maß zu reduzieren, zu vereinfachen und unbürokratischer sowie unanfällig für Manipulationen werden zu lassen. Die isolierte Umsetzung der Verstorbenenregelung durch das Bundesversicherungsamt würde dieses Ziel konterkarieren. Die Innungskrankenkassen unterstützen daher ausdrücklich das Vorhaben des Bundesversicherungsamts, an der bisherigen Regelung festzuhalten und keine Änderung beim Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden vorzunehmen.

### **Nicht-morbiditätsorientierte Ausgaben**

Das BVA hat sich im Rahmen der Diskussion um den Umgang mit nicht versichertenbezogenen und dem Grunde nach nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben dazu entschlossen, auf Basis der Bezugsjahre 2009 bis 2011 eine empirische Analyse zweier Zuweisungsmechanismen vorzulegen. Verglichen wird die Zuweisungsgenauigkeit einer Zuweisung je Versichertentag im Vergleich zur Zuweisung gemäß einer Hochrechnung der standardisierten Leistungsausgaben anhand der Summe der quadrierten Abweichungen der Zuweisungen von den Ausgaben jeder einzelnen Kasse. Explizit möchte das BVA keinen Morbiditätsbezug der entsprechenden Ausgaben nachweisen, sondern allein die Zuweisungsgenauigkeit beider Verteilungsmuster miteinander vergleichen. Das Vergleichskriterium ist in beiden Fällen die Zuweisungsgenauigkeit auf Kassenebene.

Die Innungskrankenkassen erachten dieses Vorgehen aus mehreren Gründen für nicht angemessen. Die Betrachtung der Deckungsquote auf Kassenebene ist für die Bewertung der Zielgenauigkeit des RSA kein typisches Vorgehen. Vielmehr ist der RSA als versichertenbezogenes Ausgleichssystem dazu konzipiert worden, um die Anreize zur Risikoselektion zu Lasten von Versicherten zu vermindern. Nicht versichertenbezogene erfasste Ausgaben können prinzipiell keine Rolle in der versichertenbezogenen Bewertung von Kostenrisiken spielen. Die nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben spielen da-

her keine Rolle für die Zielgenauigkeit der Zuweisungen, denn deren Genauigkeit darf nur auf der Betrachtungsebene des einzelnen Versicherten bewertet werden.

Für die Bewertung der Zielgenauigkeit auf Kassenebene über die GKV hinweg ist die gewählte Methodik zudem ungeeignet. Für die einzelne Kasse ist zwar der Wert der absoluten Abweichung entscheidend, die finanzielle Bedeutung von betragsgleichen Abweichungen schwankt aber je nach Kassengröße. Die in der Bewertung vorgenommene Gleichgewichtung aller Kassen und deren Ausgaben-Einnahmen-Abweichung ist folglich unangemessen.

Prinzipiell ist vor allem auch die Fairness der hier durchgeführten Überprüfung zu hinterfragen. Das BVA nimmt einen Vergleich zwischen zwei Verteilungsmechanismen vor, von denen der eine Mechanismus, nämlich die pauschalierte Zuweisung je Versichertentag alle Kassen unabhängig von ihrer Morbiditätsstruktur gleich behandelt. Der andere Mechanismus sieht eine Verteilung der entsprechenden Ausgaben durch Hochrechnung der standardisierten Leistungsausgaben vor. Da die Ausgaben der entsprechenden Konten aber nicht versichertenbezogen erfasst wurden, können sie im Regressionsverfahren nicht berücksichtigt werden und haben demzufolge auch keine Auswirkung auf die Ermittlung der Kostengewichte zueinander. Die Verteilung durch Hochrechnung der standardisierten Leistungsausgaben orientiert sich an den per Regression ermittelten Kostengewichten der Risikogruppen zueinander und damit an einem positiven Zusammenhang von Ausgaben und Morbidität. Die per Hochrechnung verteilten Ausgaben fließen also zwangsläufig in überdurchschnittlicher Menge zu morbiditätsstarken Kassen. Morbiditätsschwache Kassen erhalten immer einen unterdurchschnittlichen Anteil der so verteilten Ausgaben.

Grundsätzlich wird aber kein Mechanismus diskutiert, der eine zielgenauere Verteilung ermöglicht, wenn der Zusammenhang zwischen Ausgaben und Morbidität negativ ist, obwohl in einer Reihe von Ausgabenbereichen Kassenarten mit unterdurchschnittlicher Morbidität überproportional hohe Ausgaben je Versicherten aufweisen (Konto 407 (Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin), Konto 5160 bis 5162 (Verhütung von Zahnerkrankungen)). Ohne einen alternativen Verteilungsweg zugunsten eines negativen Morbiditätsbezugs kann die vorgenommene Überprüfung folglich positive Ergebnisse zugunsten einer Verteilung mit Morbiditätsbezug erbringen, obwohl ein negativer Zusammenhang zwischen Ausgabenhöhe je Versicherten und Morbidität vorliegt. Das Vorgehen ist demnach methodisch grundlegend darauf ausgerichtet, eine Vertei-

lung mit Morbiditätsbezug einseitig zugunsten eines positiven Zusammenhangs auszu-  
legen und wird daher vom IKK e.V. abgelehnt. Aus unserer Sicht besteht angesichts der  
nicht-versichertenbezogenen Erfassung der Ausgaben in den dargelegten Konten keine  
Alternative zu einer versichertenbezogenen Pauschale.

### **Ausdifferenzierung der Kostenerstattergruppen**

In Bezugnahme auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27. August  
2012 und die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes vom 28. März 2013 hat das Bun-  
desversicherungsamt am 25. Juli 2013 weiterführende Analysen zur Ausdifferenzierung  
der Kostenerstattergruppen nach § 31 Abs. 4 RSAV vorgelegt. Grundlage hierzu bildet  
die Vollerhebung aller Versicherten in der Datenmeldung 2010/2011. Ziel der Analysen  
ist die Überprüfung der Vorschläge der Barmer GEK, alters- und geschlechtsadjustierte  
Zuschläge für die Gruppen der Kostenerstatter nach § 13 SGB V und nach § 53 SGB V  
einzuführen.

Das BVA legt dazu mehrere Modellberechnungen für die Ausdifferenzierung der  
Kostenerstattergruppen vor. In einem ersten Schritt werden dazu sowohl die Kosteners-  
tatter nach § 13 SGB V als auch die Kostenerstatter nach § 53 SGB V in jeweils 38  
KEG-Gruppen analog zur Alters- und Geschlechtsdifferenzierung der AGG-Gruppen  
differenziert. In einem zweiten Analyseschritt werden verschiedene Aggregationsebenen  
der so entstandenen Kostenerstattergruppen nach § 13 SGB V miteinander verglichen,  
während gleichzeitig die Kostenerstatter nach § 53 SGB V lediglich an der Altersstufe  
unter bzw. über 65 Jahren differenziert werden.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen erschließt sich die Notwendigkeit einer weiteren  
Ausdifferenzierung der Kostenerstattergruppen nicht. Kostenerstatter erhalten bereits  
über die AGG Zuschläge in Abhängigkeit von ihrem Alter, deren Höhe die Alterskosten-  
struktur der GKV abbildet. Da Kostenerstatter im Mittel eine geringere Morbidität als der  
alters- und geschlechtsäquivalente GKV-Versicherte aufweisen und zudem für diese  
Gruppe in den letzten Jahren dauerhaft eine Überdeckung bestand, besteht kein Anlass,  
von einer Risikoselektion zulasten der Kostenerstatter auszugehen. Eine weitere Ausdif-  
ferenzierung erhöht demgegenüber aber in jedem Fall die Komplexität des Gesamtmo-  
dells, ohne einen signifikanten Beitrag zum gesetzlichen Auftrag des RSA zu leisten.

Aus statistischen Gesichtspunkten ist grundsätzlich zwischen einer Ausdifferenzierung der Kostenerstattergruppen nach § 13 SGB V sowie nach § 53 SGB V zu unterscheiden.

Die Kostenerstatter nach § 13 SGB V sollen je nach Modellrechnung des GKV-SV in 5 (Modell 1a), 8 (Modell 1b), 16 (Modell 6a) oder 38 (modifizierter GKV-SV-Vorschlag) alters- und/oder geschlechtsabhängige Zuschlagsgruppen differenziert werden. In allen Fällen bewegen sich die Verbesserungen in der Zielgenauigkeit des Gesamtmodells zwischen  $\Delta\text{CPM} = +0,005\%$  bis  $+0,006\%$  und  $\Delta\text{MAPE}$  von 0,13 € bis 0,14 €.

Die geringe Verbesserung der Zielgenauigkeitsmaße lässt sich in solchen Fällen nicht zweifelsfrei auf eine verminderte Varianz der Deckungsbeträge zurückführen. Denkbar sind auch statistische Effekte auf Grund der signifikanten Erhöhung der Anzahl von Erklärungsvariablen um 5 (Modell 1a), 8 (Modell 1b), 16 (Modell 6a) oder sogar 74 Zuschlagsgruppen (modifizierter GKV-SVVorschlag). Der IKK e.V. kann vor diesem Hintergrund nicht erkennen, inwiefern die hier vorgelegten Auftrennungen der Kostenerstattergruppen eine signifikante Erhöhung der Modellqualität mit sich bringen, die nicht auch gleichzeitig durch den statistischen Effekt der Variablenerhöhung bedingt ist. Wir gehen dagegen allenfalls von einer marginalen Verbesserung der effektiven Modellqualität aus.

Die Kostenerstatter nach § 53 SGB V weisen, wie das BVA richtigerweise darstellt, für eine Differenzierung in 38 KEG deutlich zu geringe Fallzahlen auf. Die Gesamtversicherungspopulation von ca. 6.000 Versicherten rechtfertigt aus unserer Sicht auch keine weitere Ausdifferenzierung wie etwa die vorgeschlagene Unterscheidung zwischen über und unter 65-jährigen Versicherten. Da das BVA keine eigenständige Untersuchung der Ausdifferenzierung der Kostenerstatter nach § 53 SGB V vorgelegt hat, ist auch hier davon auszugehen, dass die dargestellte Verbesserung der Zielgenauigkeit durch den erwarteten statistischen Effekt der Erhöhung der Anzahl an Zuschlagsgruppen erreicht wird.