

Stand: 30.08.2013

0 Zusammenfassende Bewertung der geplanten Anpassungen für das Klassifikationsmodell 2014

Aufbauend auf den detaillierten Analysen des Wissenschaftlichen Beirats und des BVA wird vorgeschlagen, im Klassifikationsmodell 2014 eine weitergehende Kleingliederung der Morbiditätsgruppen (MG) vorzunehmen, in deren Folge die Anzahl der Hierarchiebeziehungen deutlich steigt. Ergänzend wird am Beispiel der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ die Einführung von altersdifferenzierten MGs vorgeschlagen. Während durch die Kleingliederung der MGs sowie eine MG-Altersdifferenzierung nur partielle Verbesserungen bei Deckungsgraden erreicht werden, vernachlässigt das BVA die Beseitigung des Berechnungsfehlers. Dabei führt der Berechnungsfehler zu deutlich massiven Fehlzusweisungen – gerade auch in Bezug auf Altersgruppen. Auch für 2014 soll gem. BVA-Vorschlag gelten, dass die Leistungsausgaben von verstorbenen Versicherten nicht annualisiert werden bzw. auch für 2014 wird das Berechnungsverfahren nicht auf die vom wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen Pro-Tag-Wert-Berechnungsweise umgestellt.

Rechtskonforme Festlegung 2014: Der Berechnungsfehler muss beseitigt werden

Nachdem spätestens mit dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zum Schlussausgleich 2009 der Fehler im Berechnungsverfahren und dessen Fehlallokationen fachlich unstrittig sind, ist mit dem Urteil des LSG NRW vom 04.07.2013 auch gerichtlich festgestellt, dass das bisherige Verfahren gegen die gesetzlichen Vorgaben verstößt. Das BVA ist daher gerichtlich verpflichtet, das Berechnungsverfahren rechtskonform auszugestalten und entsprechend der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats auf das international übliche Verfahren umzustellen. Es besteht (nach gerichtlicher Feststellung) kein rechtlicher Freiraum von der gebotenen Änderung abzusehen. Die Beibehaltung des Berechnungsfehlers würde andererseits zu erheblichen nachgelagerten Korrekturen der Zuweisungen führen, die die Planungssicherheit der Krankenkassen stark beeinträchtigen und unnötige Finanzrisiken auslösen. Das AOK-System fordert das BVA auf, den MRSA 2014 rechtskonform auszugestalten und damit der pflichtgemäßen Ausübung seiner Aufgabe i. S. der Rechtsprechung vom 04.07.2013 nachzukommen. Eine Verschiebung der Fehlerkorrektur unter Verweis auf einen breiteren Anpassungskontext oder die Meinung der Bundesregierung scheidet nach gerichtlicher Feststellung aus.

Keine weitere Kleingliederung der MG und DXG, keine MG-/DXG-Altersdifferenzierung

Die im Anhörungsentwurf vorgeschlagene, zunehmende MG- und DXG-Kleingliederung in den Hierarchien wird aus verschiedenen Gründen kritisch bewertet. Die Kleingliederung birgt die Gefahr partieller Ist-Kostenausgleiche im MRSA. Ist-Kostenausgleiche stehen dem RSA-Prinzip der standardisierten Leistungsausgaben entgegen, da Anreize zur Wirtschaftlichkeit unterbunden werden. Auch ist die Bewertungskategorie der „Kostenhomogenität“ nicht weiter definiert und kann daher nur begrenzt als Begründungshintergrund verwendet werden (vgl. auch unsere Ausführung unter II.1). Auch die vorgeschlagene MG-Altersdifferenzierung ist kritisch zu bewerten. Sie berücksichtigt medizinische Aspekte nur unzureichend und uneinheitlich. Während bestehende Altersdifferenzierungen in den Kodiervorgaben und der

Stand: 30.08.2013

Arzneimitteldosierung begründet sind, sollen nun Deckungsgrade betrachtet werden, die keinen medizinischen Zusammenhang aufweisen. Zusätzlich möchten wir darauf hinweisen, dass diese Vorschläge im Widerspruch zum aktuellen Prüfauftrag des BMG an den GKV-SV stehen, der explizit auf eine Vereinfachung und unbürokratische Ausgestaltung des RSA abzielt.

Keine sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben im MRSA

Die seit 2010 vorgenommene Abgrenzung der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ist aus Sicht des AOK-Systems nicht mit den gesetzlichen Vorgaben nach § 266 SGB V i. V. m. § 4 RSAV vereinbar. Die als nicht-morbiditäts-bezogen bezeichneten Ausgaben müssen wie alle anderen Leistungsausgaben behandelt werden. Das BVA hat mit den nun vorgelegten Analysen selbst nachgewiesen, dass diese Abgrenzung in der Vergangenheit fehlerhaft war. Deshalb ist eine Korrektur nun dringend geboten.

Das transparente und objektive Verfahren der Entwurfsfassung nebst ausführlichen Erläuterungen zu den medizinischen Anpassungen durch das BVA ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes auch in diesem Jahr wieder positiv hervorzuheben. Wir möchten weiter anregen, zusätzlich auch die Berechnung eines korrigierten r^2 durchzuführen, um r^2 -Einflüsse aufgrund der Ausweitung der HMG-Anzahl auszublenden. Zudem möchten wir anregen, auch die Anzahl der Hierarchieverletzungen gemäß Anhörungsentwurf gesamt anzugeben. Kritisch hingegen wird bewertet, dass das BVA in Analysen häufig als Entscheidungsfindungsmerkmal auf die sogenannte Kostenhomogenität abstellt. Für diese Kategorie wurde bislang keine Definition vorgenommen, noch liegen statistische Grenzwerte zur Wertung einer verbesserten Kostenhomogenität vor. Problematisch erachten wir auch, dass die Ausführungen zu möglichen MG-Altersdifferenzierungen Altersgrenzen beinhalten, die nicht pauschal gesetzt werden. Diese Art der Abgrenzung und Analyse ist nicht für die Weiterentwicklung des MRSA geeignet (vgl. Anmerkungen unter Punkt II.2).

Stand: 30.08.2013

Zu den einzelnen Inhalten der Festlegung sowie den Erläuterungen nehmen wir wie folgt Stellung:

I Anpassung des Berechnungsverfahrens

I.1: Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden (Beseitigung des Berechnungsfehlers)

Das BVA beabsichtigt, den in Bezug auf die Berücksichtigung der Ausgaben von verstorbenen Versicherten bestehenden Berechnungsfehler für das Klassifikationsmodell 2014 nicht zu beseitigen. Mit dem Festhalten an einem fehlerhaften Verfahren verstößt das BVA gegen die gesetzlichen Vorschriften zum Risikostrukturausgleich, insbesondere gegen § 268 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, und verhält sich somit rechtswidrig. Das LSG NRW hat in seinem Urteil vom 4.7.2013 unmissverständlich festgestellt, *„dass aufgrund des Evaluationsberichts gesicherte Erkenntnisse dazu vorlagen, dass **das bisherige Berechnungsverfahren zu systematischen Verzerrungen führt und daher nicht geeignet ist, wie vom Gesetz gefordert, Anreize zur Risikoselektion zu vermeiden.** [...] Daher ist das BVA verpflichtet, sein Berechnungsverfahren für das Jahr 2013 zu ändern; [...]“* (16. Senat LSG NRW Pressemitteilung vom 5.7.2013, Anlage 1, Hervorhebungen durch den AOK-Bundesverband).

Das BVA verletzt damit seine von Amts wegen bestehende Pflicht, das Risikostrukturausgleichsverfahren gesetzeskonform umzusetzen, wenn es trotz festgestellter Fehlerhaftigkeit des Verfahrens und der für 2013 angeordneten Korrektur, für 2014 keine Verfahrensanpassung vornimmt. Gerichtlich wurde in diesem Punkt kein Ermessensfreiraum gebilligt. Erstaunlicherweise begründet das Bundesversicherungsamt das Festhalten am fehlerhaften Verfahren auch für 2014 nicht mit sachlichen oder fachlichen Gründen. Das BVA muss zugeben, dass sich gegenüber dem Vorjahr keine neuen Aspekte bzw. Argumente ergeben, weshalb die für 2013 erfolgte gerichtliche Feststellung zweifelsohne auch für 2014 zutreffend ist. Das BVA verweist lediglich darauf, dass das o.g. Urteil noch nicht rechtskräftig sei und die Bundesregierung im Übrigen an ihrer bestehenden Meinung festhalte (vgl. Anlage 04 der Erläuterungen zum Anhörungsentwurf 2014, Seite 391). Diese Aussagen sind, wie man an den nachfolgenden Ausführungen erkennen kann, völlig unerheblich und können das unveränderte Festhalten am bestehenden, fehlerhaften und rechtswidrigen Verfahren nicht begründen:

- Das LSG NRW hat am 4.7.2013 zweifelsfrei festgestellt, dass die Vorgaben des § 268 Abs. 1 Nr. 3 SGB V bei der Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs zwingend anzuwenden sind und dass diese auch nicht durch eine Weisung des BMG an das BVA außer Kraft gesetzt werden können. Auch die Bundesregierung, hier: das BMG, muss sich an die gesetzlichen Vorgaben halten und kann diese durch Meinungsäußerung nicht abändern oder verfremden. Auch hierzu hat das LSG NRW festgestellt, *„[...] weder ihm (hier: das BVA, Anm. d. Verf.) noch dem BMG steht insoweit ein Freiraum zu, von einer Änderung im Hinblick auf weitere im Evaluationsbericht benannte Unzulänglichkeiten der Ermittlung der Zuweisungen abzusehen und eine evtl. Änderung erst im Rahmen einer „Gesamtlösung“ vorzunehmen“* (16. Senat LSG NRW Pressemitteilung vom 5.7.2013, vgl. Anlage 1).

Stand: 30.08.2013

- Ob das Urteil rechtskräftig ist oder nicht, ist für die gesetzliche Krankenversicherung derzeit unerheblich, da gemäß §§ 198, 199 SGG die Vollstreckung bereits erwirkt werden kann, sobald das Urteil schriftlich vorliegt. Für die Korrektur des Berechnungsfehlers – gem. Urteilsspruch – für 2013 stehen den Krankenkassen somit juristische Möglichkeiten zur Verfügung, so dass eine Bestätigung des erstinstanzlichen Urteils durch das BSG nicht abgewartet werden muss. Zwar versucht das BVA, die gerichtliche Entscheidung zu marginalisieren, in dem es den Eindruck erweckt, das LSG NRW habe lediglich auf Klage von zwei Krankenkassen für das Ausgleichsjahr 2013 entschieden. Tatsächlich handelte es sich hierbei aber um zwei mit dem BVA abgestimmte Musterstreitverfahren für das Jahr 2013, hinter denen Krankenkassen stehen, die die Hälfte der GKV-Versicherten repräsentieren. Zudem hat das Gericht erkannt, dass alle Bescheide aller Krankenkassen neu festzusetzen sind, so dass sich finanzielle Korrekturen für alle Krankenkassen ergeben.

Das LSG NRW hat deutlich herausgestellt, dass das Verfahren nicht deshalb fehlerhaft ist, weil der Wissenschaftliche Beirat dies festgestellt hat, sondern weil es gegen das Gesetz verstößt. Die Feststellungen des Wissenschaftlichen Beirats sind insoweit relevant, da sie das Ausmaß des Gesetzesverstosses bestätigen, quantifizieren und aufzeigen, dass durch die Anwendung des in der internationalen Wissenschaft üblichen Standards ein fachlich und rechtlich richtiges Berechnungsverfahren umgesetzt werden kann. So hat der vor Gericht geladene Sachverständige Prof. Dr. Wasem bestätigt, dass das bestehende Verfahren eindeutig falsch ist. Ihm ist auch *„keine wissenschaftlich ernst zu nehmende Veröffentlichung bekannt, in der eine unterschiedliche Behandlung von unterjährig Versicherten vorgeschlagen wird“* (LSG NRW Protokoll der Verhandlung vom 04.07.2013, Anlage 2, S. 10). Andere Aussagen, die behaupten, durch eine Annualisierung würden die Ausgaben Verstorbener überschätzt bezeichnet der Sachverständige als *„interessengeleitet“*: *„Die Tatsache, dass die Deckungsquote für die Verstorbenen deutlich unter 100 Prozent liegt, zeigt, dass diese Überschätzung nicht stattfindet“* (LSG NRW Protokoll der Verhandlung vom 04.07.2013, Anlage 2, S. 6).

Obwohl nun wiederholt wissenschaftlich die systematischen Fehlzurechnungen in Folge des Berechnungsfehlers beschrieben und die Beseitigung des Fehlers gefordert wurde (zuletzt mit Beschluss des Wissenschaftlichen Beirats am 23.07.2013) und darüber hinaus nun auch eine gerichtliche Feststellung der Unrechtmäßigkeit der bestehenden Regelung vorliegt, soll für 2014 das fehlerhafte, rechtswidrige Verfahren beibehalten werden. Dies führt zwangsläufig zu erheblichen Planungsunsicherheiten und finanziellen Risiken bei allen Krankenkassen. Der GKV-SV hat auf dieses Problem bereits in seiner Stellungnahme vom 27.8.2012 hingewiesen.

Aus Sicht des AOK-Systems ist die Beseitigung des Berechnungsfehlers für 2014 aus rechtlichen und fachlichen Gründen zwingend geboten (für ausführlichere Darstellungen und Problembeschreibungen verweisen wir auf unsere Stellungnahmen vom 06.04.2009, 12.04.2010, 27.08.2010, 31.03.2011, 02.09.2011 05.04.2012, 27.08.2012 sowie 28.03.2013). Die Beibehaltung des rechtswidrigen und fachlich falschen Verfahrens führt zu erheblichen Korrekturbedarfen in den kommenden Jahren, die erhebliche Folgen für die Finanzsituation der Krankenkassen haben. Es ist daher Aufgabe des BVA, den Morbi-RSA

Stand: 30.08.2013

mit Beginn des Ausgleichsjahres 2014 rechtskonform auszugestalten. Ein weiteres Aufschieben der Korrektur des Berechnungsfehlers mit Verweis auf eine Änderung erst im Rahmen einer späteren „Gesamtlösung“ ist fachlich nicht begründbar und rechtlich problematisch. Ein solcher Freiraum steht nach Feststellung des LSG NRW weder dem BMG noch dem BVA zu – und kann daher nicht in Anspruch genommen werden. Hierzu hat der Sachverständige vor Gericht herausgestellt: *„Die Art des hier vorliegenden Fehlers ist ein anderer als die der Defizite, die im Evaluationsbericht benannt worden sind. Hier ist die Formel eindeutig falsch, es ist auch eindeutig, wie der Fehler behoben werden kann. Die anderen im Evaluationsbericht genannten Problemfelder sind nicht so eindeutig. Speziell zum Krankengeld hat sich der Evaluationsbericht ausführlich mit verschiedenen Alternativmodellen befasst und ist zum Ergebnis gelangt, dass mit den vorliegenden Daten eine Lösung schwer zu finden ist. Insofern handelt es sich bei den im Evaluationsbericht genannten Defiziten um andere Arten, die nicht im Zusammenhang mit der hier in Frage stehenden Berechnung stehen...“* (LSG NRW Protokoll der Verhandlung vom 04.07.2013, Anlage 2, S. 8).

Sollte – wie im vergangenen Jahr – der GKV-SV als gesetzlich vorgesehener Anhörungspartner darauf hinweisen, dass er den Korrekturbedarf mit der weit überwiegenden Mehrheit seiner Mitglieder anerkennt, sich mit Verweis auf die geforderte Gesamtlösung aber zur „Wettbewerbsneutralität“ verpflichtet fühlt und deshalb davon absieht, die Beseitigung des Berechnungsfehlers zu fordern, ist dies nicht von rechtlicher oder inhaltlicher Relevanz. Die Gesamtlösung darf gem. gerichtlicher Feststellung die Beseitigung des Berechnungsfehlers nicht verzögern. Auch ist die Aussage des GKV-SV, dass der Morbi-RSA ein Nullsummenspiel dargestellt und damit jede Veränderung Gewinner und Verlierer zu Folge hat, kein Argument, um von einer Fehlerkorrektur abzusehen. Hätte der Gesetzgeber dieses Ziel angestrebt, hätte er den Morbi-RSA nicht eingeführt. Stattdessen wurde mit der Einführung des Morbi-RSA explizit die Vermeidung von Risikoselektion als oberstes Ziel verfolgt. Dieses Ziel wird wegen des Berechnungsfehlers bisher jedoch nicht erreicht. Dass Risikoselektion gegen alte und kranke Versicherte ein Problem in der GKV ist, dokumentiert der jüngst veröffentlichte Tätigkeitsbericht des BVA ausführlich.

Um die Korrekturen und die damit verbundenen Planungsunsicherheiten nach der zu erwartenden Urteilsbestätigung durch das BSG zeitlich und damit finanziell zu begrenzen, sollte das BVA – wenn es das Urteil wider besseren Wissens nicht umsetzen sollte – jedenfalls die Festlegungen im Hinblick auf die anhängigen Rechtsstreitigkeiten, als vorläufig deklarieren. Dies erlaubt dem BVA, die Korrekturen zu geeigneten Zeitpunkten des Abschlagsverfahrens vorzunehmen.

I.2: Sogenannte nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Mit dem Festlegungsentwurf zum Klassifikationsmodell 2014 hat das BVA die Frage der Berücksichtigung der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben für das Berechnungsverfahren erneut analysiert und Änderungen in Bezug auf die Abgrenzung dieser Ausgaben vorgeschlagen. Das AOK-System vertritt weiterhin die Auffassung, dass die vorgenommene Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben nicht durch die Vorgaben des § 266 SGB V i. V. m. § 4 RSAV gedeckt ist (vgl.

Stand: 30.08.2013

hierzu detailliert auch unsere Stellungnahmen vom 02.09.2011 und 18.03.2013). § 4 Abs. 1 Satz 1 RSAV gibt vor, dass bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben für die Risikomerkmale nach § 29 RSAV die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zu berücksichtigen sind. Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben beinhalten nach § 4 Abs. 1 Satz 1 RSAV insbesondere:

Nr. 1:

- Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (KA 5155),
- Leistungen zur Förderung der Selbsthilfe (KA 513 und 514),
- Leistungen zur primären Prävention durch Schutzimpfungen nach den §§ 20a bis 20d Abs. 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Konten 5186 – 5188) und
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach den §§ 21 und 22 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Konten 5160 – 5162)

Nr. 7:

- Medizinischer Dienst nach § 281 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (KA 590)

Es wird daher gefordert, dass die als sogenannte nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben bezeichneten Ausgaben rechtskonform wie alle anderen Leistungsausgaben ohne Krankengeld im Rahmen der Berechnung der Zu- und Abschläge berücksichtigt werden. Es kann in Bezug auf die Abgrenzung der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben auch nicht davon ausgegangen werden, dass das BVA hier einen Entscheidungsspielraum hat. Immer dann, wenn der Verordnungsgeber Sonderregelungen für die Verrechnung von Leistungsausgaben für richtig erachtet, wurde eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen. Dies betrifft abschließend die Berücksichtigung der in den DMP-Pauschalen enthaltenen Leistungsausgaben, deren inhaltliche und rechnerische Berücksichtigung in § 270 Abs. 1 Bst. a SGB V i. V. m. § 36 Abs. 1 RSAV geregelt ist, sowie die Leistungsausgaben für Pandemie, deren Sonderregel in § 31 Abs. 4 Satz 10 RSAV festgeschrieben ist. Es ist daher ohne Zweifel, dass eine Sonderregel erforderlich ist, wenn die nach § 4 Abs. 1 RSAV definierten Leistungsausgaben abweichend für die Berechnungen der Zuweisungen berücksichtigt werden sollen. Diese Sonderregel fehlt aber im Falle der vom BVA abgegrenzten, sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben.

Unabhängig von einer rechtlichen Bewertung hat das BVA zur Unterscheidung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben eine Analyse durchgeführt und kommt selbst zu dem Ergebnis, dass die bislang den sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zugeordneten Ausgaben der Kontenarten 467 (ab 2013: Konten 5283 bis 5285), 514 und des Kontos 5155 nicht als solche bezeichnet werden können. Die Ausgaben dieser Konten sollen zukünftig richtigerweise wie alle übrigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld berücksichtigt werden. Diese Anpassung ist u.E. zwingend geboten. Das weitere Vorhaben des BVA, über die Zuordnung der Kontenarten 482 und 590 erst nach der Beobachtung der weiteren Entwicklung zu entscheiden, halten wir nicht für richtig. Alle Analysen und Anpassungen zum MRSA-Klassifikationsmodell werden auf der Grundlage der jeweils aktuellsten, verfügbaren Daten getroffen. Das muss auch für die Entscheidungsfindung bei der Abgrenzung der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben gelten. Eine erneute Sonderverfahrensweise bei der Bewertung dieser

Stand: 30.08.2013

Ausgaben ist nicht akzeptabel. Für die Abgrenzung der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben muss das Analyseergebnis für das jeweils letzte abgeschlossene Ausgleichsjahr (aktuell das Jahr 2011) maßgeblich sein. Die Kontenart 482 weist sogar in den letzten zwei von drei betrachteten Jahren eine niedrigere quadrierte Abweichung bei der Zuweisung durch Hochrechnung der standardisierten Leistungsausgaben (ohne Krankengeld) auf. Für die Kontenart 590 trifft dies für das Jahr 2011 zu. Ferner ist zu beobachten, dass sich der Abstand der quadrierten Abweichungen zwischen beiden Varianten (Zuweisung je Versichertentag und Zuweisung durch Hochrechnung der standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld) bereits 2010 gegenüber 2009 verringert. Daher sind auch die Kontenarten 482 und 590 ab dem Ausgleichsjahr 2014 nicht den sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zuzuordnen. Wir möchten betonen, dass die Analyseergebnisse des BVA zeigen, dass die in der Vergangenheit getroffenen Zuordnungen falsch waren. Mit Vorliegen aktueller Erkenntnisse müssen diese auch umgesetzt werden. Es kann deshalb für die Abgrenzungsentscheidung für das Jahr 2014 nicht entscheidend sein, welche Analyseergebnisse für das Jahr 2009 oder 2010 erzielt wurden.

Weiterhin können wir auch nicht der Argumentation des BVA folgen, dass es sich bei den sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben generell um Leistungsausgaben handelt, die nicht versichertenbezogen erfasst werden (vgl. Erläuterungen des BVA zum Entwurf der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2014, S. 394). Dies gilt auch nicht für Ausgaben der Konten 5186-5188, die das BVA aus o.g. Grund als sogenannte nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben bezeichnet. Nach unserem Kenntnisstand wird ein Teil der auf diese Konten gebuchten Ausgaben versichertenbezogen erfasst und damit für die Satzart 700 versichertenbezogen selektiert. Ausgaben dieser Konten sind somit in der Regression bereits berücksichtigt. Deshalb sind diese Ausgaben – unabhängig vom Analyseergebnis des BVA – den Leistungsausgaben ohne Krankengeld zuzuordnen. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Ergebnisse der BVA-eigenen Analysen im Rahmen der Anhörung zum Klassifikationsmodell 2012, wonach die geringste quadrierte Abweichung bei einer Verteilung der Ausgaben der Konten 5186-5188 im Verhältnis 60% versichertenbezogen und 40% morbiditätsbezogen erzielt wurde. Dieses Ergebnis ist deshalb beobachtet worden, da Ausgaben versichertenbezogen erfasst sind und tatsächlich auch einen inhaltlichen Morbiditätsbezug aufweisen. An dieser Stelle sei abkürzend auf die Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss hingewiesen (vgl. ausführlich unsere Stellungnahme vom 02.09.2011). Zur Bestätigung dieser Ergebnisse wird empfohlen, ergänzend zu den bestehenden Analysen des Anhörungsverfahrens 2014, die o.g. Analyse nun zu wiederholen.

Aus Sicht des AOK-Systems ist die gesonderte Berücksichtigung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben weiterhin nicht durch die gesetzlichen Vorgaben gedeckt und verstößt explizit gegen § 266 SGB V i. V. m. § 4 RSAV. Soweit das BVA an seinem Vorgehen festhält, sind für das Klassifikationsmodell 2014 zumindest auch die Ausgaben der Konten 482, 5186-5188 und 590 bei den Leistungsausgaben ohne Krankengeld zu berücksichtigen. Als sogenannte nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben würden dann - entgegen der gesetzlichen Vorgaben - die Ausgaben der Konten 5280-5282 (bis 2012 Kontenart 407), 513, 527 und 5160-5162 ausgewiesen.

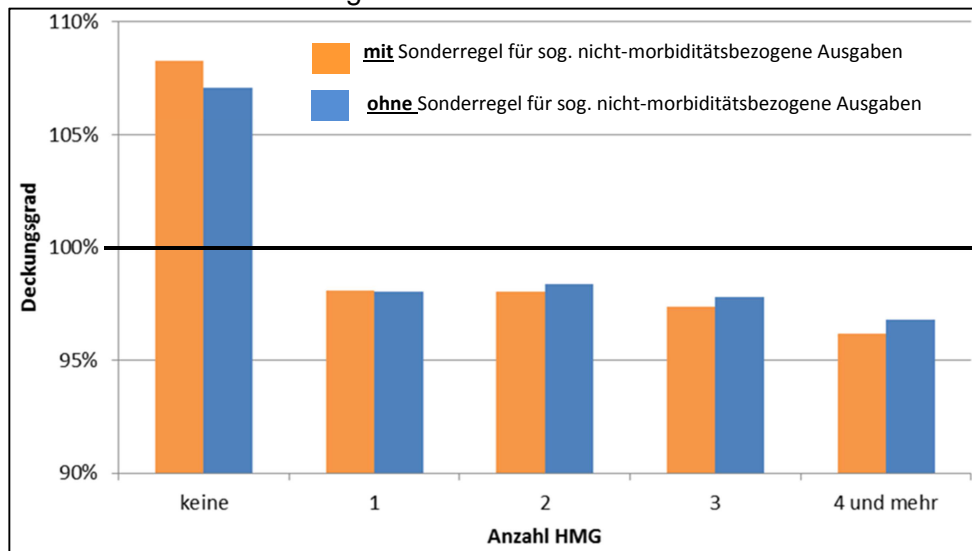
Stand: 30.08.2013

Zudem müssen – soweit entgegen der gesetzlichen Vorgaben sogenannte nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben gesondert berücksichtigt werden – diese Ausgaben auch netto in die Berechnungen einfließen. Das bisherige Vorgehen bei der Bestimmung des Volumens der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben berücksichtigt - wiederum anders als bei allen anderen Ausgaben - keinerlei Erstattungen. Die sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben werden also brutto für die Zuweisungen verrechnet. Da die Erstattungen pauschal über Faktoren geltend gemacht werden, ist nicht nachvollziehbar, weshalb die sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben von der netto-Berechnungssystematik ausgenommen sind. Zur Bestimmung des Volumens der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben sind die Werte der entsprechenden KJ1-Konten mit dem Verhältnis der Nettoleistungsausgaben ohne Krankengeld zu den Bruttoleistungsausgaben ohne Krankengeld der KJ1 zu multiplizieren. Abschnitt 2.1.2 der Festlegung sowie die Verfahrensbestimmung sind entsprechend anzupassen.

Bereits in den vorangegangenen Stellungnahmen wurde die Methodik des BVA zur Abgrenzungsentscheidung der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben von verschiedener Seite kritisiert. Dabei steht u. E nicht eine sachliche Argumentation für oder wider die Methodik im Mittelpunkt, sondern das Interesse, möglichst viele Leistungsausgaben abweichend von den gesetzlichen Vorgaben als sogenannte nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben mittels Sonderregel dem Risikostrukturausgleich zu entziehen. Das AOK-System schlägt als alternative Methode zur Entscheidungsfindung daher vor, die Analysemethoden des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Evaluationsbericht zum Schlussausgleich 2009 zu verwenden. Mit Hilfe der nach HMG-Anzahl, Alter oder Kostenklassen differenzierten Deckungsgrade kann klar und nachvollziehbar geprüft werden, ob die Zuweisungen in Abhängigkeit von der Anwendung der Sonderregelung für sogenannte nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben zielgenauer verteilt werden oder nicht. Nach Analysen des AOK-Bundesverbandes ist eine höhere Zielgenauigkeit gegeben, wenn die sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben wie alle Leistungsausgaben für die Berechnungen der Zuweisungen berücksichtigt werden (vgl. nachfolgende Abbildung 1). Das BVA wird gebeten, entsprechende Analysen auf den Daten der GKV-Vollerhebung durchzuführen und die Analyseergebnisse für die Entscheidungsfindung zu berücksichtigen.

Stand: 30.08.2013

Abbildung 1: Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben und Zielgenauigkeit der Zuweisungen



Allerdings wird eine methodenorientierte, objektivierbare Entscheidungsfindung von einzelnen GKV-Interessensvertretern abgelehnt. Stattdessen wird angeführt, die Entscheidungsfindung sei anhand formaler Kriterien zu treffen, die sich z. T. auch in den Ausführungen des BVA finden (z. B. versichertenbezogene Meldung der Ausgaben in der Satzart 700). Das AOK-System vertritt die Auffassung, dass formale Kriterien nicht geeignet sind, um eine Abgrenzung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zu rechtfertigen. Dass – wie von einzelner Seite vorgetragen – bestimmte Leistungsausgaben keinen Morbiditätsbezug aufweisen, ist für die seit 2010 in Rede stehenden Ausgaben nicht zutreffend. Für Ausgaben zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (KA 407, KA467) kann unter Umständen ein Morbiditätsbezug im Sinne des Morbi-RSA in Frage gestellt werden, da diese Ausgaben nicht direkt sondern nur mittelbar mit der Leistungserbringung für den Patienten anfallen. Auch die Ausgaben für Umlage bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht (KA 482) könnten ggf. in Frage gestellt werden. Alle anderen sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben sind aber direkt dem versicherten Personenkreis zuzuordnen. Ausgaben für den Medizinischen Dienst, für Selbsthilfegruppen und in Teilen auch für Schutzimpfungen (vgl. hierzu: Impfrichtlinien) würden nicht oder nur in sehr geringem Umfang anfallen, wenn alle GKV-Versicherten gesund wären. Dies unterstreicht, dass auch hier ein Morbiditätsbezug gegeben ist.

Sollte im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Klassifikationsmodell 2014 festzustellen sein, dass sowohl über eine methodische Herangehensweise, die eine objektive Entscheidungsfindung ermöglichen soll, als auch über formale Entscheidungskriterien keine eindeutige und in der GKV widerspruchsfreie Abgrenzung möglich ist, schlagen wir vor, die Problematik der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben dadurch zu lösen, dass diese zukünftig nach AGG-Gewichten verteilt werden. Dies bedeutet, dass im eigentlichen Sinne keine HMG-Verteilung erfolgt. Damit wird den Argumenten entsprochen, wonach eine direkte Zuordnung zu Versicherten und deren Erkrankungen nicht immer gegeben sei. Zugleich wird der festgestellte Morbiditätsbezug zumindest partiell über Alter und Geschlecht

Stand: 30.08.2013

abgebildet. Ein solches Verfahren wäre ggf. in Einklang zu bringen mit den gesetzlichen Vorgaben. Denn die sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben werden zumindest teilweise - und damit eben nicht gänzliche anders – so berücksichtigt, wie alle anderen Leistungsausgaben auch. Das Verfahren kann umgesetzt werden, in dem der bisherige Pro-Kopf-Betrag der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben bei der Berechnung der Zuweisungen mit den AGG- und AusAGG-Relativgewichten ausmultipliziert und zu den AGG- und AusAGG-Zuschlägen hinzu addiert wird.

I.3: Berücksichtigung von DMP-Ausgaben im Regressionsverfahren

Das AOK-System stimmt mit dem BVA überein, dass die für DMP-Versicherte im Rahmen der Durchführung der DMP-Programme anfallenden Ausgaben nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 RSAV nicht in der Satzart 700 gemeldet werden. Unabhängig hiervon verweisen wir in Bezug auf eine zielgenauere Zuweisung auf unsere Stellungnahme zum Anhörungsentwurf des Klassifikationsmodells 2013 vom 27.08.2012, in der wir den HLB-bezogenen Abzug der DMP-Zuweisungen von den Ausgaben der SA 700 vorgeschlagen haben.

I.4: Nullsetzung von Regressionskoeffizienten aufgrund fehlender statistischer Signifikanz

Der BVA-Vorschlag, auf eine Nullsetzung der nicht-signifikanten Regressionskoeffizienten bei Berechnung auf Basis der Vollerhebung zu verzichten, ist sachgerecht. Dabei ist es u. E. unerheblich, dass im Einzelfall die Daten von Krankenkassen ausgeschlossen werden, wenn die Ausschöpfungsquoten nicht dem geforderten Niveau entsprechen.

I.5: Kostenerstatter

Das AOK-System spricht sich gegen eine weitere Ausdifferenzierung der Kostenerstattungsgruppen im MRSA-Klassifikationsmodell aus. Wir verweisen auf unsere Stellungnahme vom 23.08.2013 zu den BVA-Überlegungen bez. einer möglichen Altersdifferenzierung der Kostenerstattungsgruppen für das Ausgleichsjahr 2014 sowie unsere Stellungnahme im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2014 vom 28.03.2013.

I.6: Zuweisungen für Verwaltungskosten

In Anlehnung an die Ergebnisse des Wissenschaftlichen Beirats schlagen wir eine Ausweitung des Schlüssels über die Morbidität des Versicherten von 80% statt bisher 50% vor. Eine Reduktion der Morbiditätsgewichtung ist nicht sachgerecht (vgl. unsere vorangegangenen Stellungnahmen, zuletzt vom 28.03.2013).

I.7: Zuweisungen für Auslandsversicherte

Das AOK-System begrüßt, dass in Bezug auf die Zuweisungen für Auslandsversicherte keine Änderungen vorgenommen werden.

I.8: Zuweisungen für Krankengeld

Das AOK-System begrüßt, dass in Bezug auf die Zuweisungen für Krankengeld keine Änderungen vorgenommen werden.

Stand: 30.08.2013

II Anpassung des Klassifikationsmodells

II.1: Kleingliederung der MGs und DXGs im Klassifikationsmodell

Die zahlreichen, für das Klassifikationsmodell 2014 vorgeschlagenen MG- und DXG-Differenzierungen sind für die Weiterentwicklung des MRSA nicht geeignet. Sie zeigen vielmehr, dass das eigentliche Klassifikationsmodell bereits ausgereift ist. Im Gegenteil: Es besteht durch eine weitere Kleingliederung die Gefahr partieller Ist-Kostenausgleiche, die dem RSA-Prinzip der standardisierten Leistungsausgaben entgegenstehen. Ist-Kostenausgleiche unterbinden Anreize zur Wirtschaftlichkeit. Diesbezüglich hat der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des MRSA gefordert, dass „Klassifikationsmerkmale keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen“ setzen dürfen (vgl. Begründung zum GKV-WSG, Drucksache 16/3100).

Die vorgenommene Kleingliederung entspricht – anders als bei MG-Differenzierungen in der Vergangenheit – auch nicht einem Schweregradverlauf innerhalb einer Erkrankung. Sie orientiert sich lediglich an dem ökonomischen Kriterium der Kostenhomogenität und führt zu marginalen Anpassungen. Das Kriterium der Kostenhomogenität selbst ist allerdings nicht weiter definiert. Weder ist beschrieben, wie sich durch Kleingliederung die Kostenhomogenität insgesamt verändert, noch ist bezeichnet, was eine Verbesserung oder Verschlechterung der Kostenhomogenität darstellen soll. Der Anstieg eines r^2 ist hierbei nicht aussagefähig, da bei Erweiterung der Anzahl der erklärenden Variablen das r^2 per se ansteigt. Das BVA hat zwar selbst die Kleingliederung auf die Mindestzahl von 100 Versicherten in einer Gruppe begrenzt. Diese pauschale Untergrenze ist allerdings fraglich, zumal nun Vollerhebungsdaten zur Verfügung stehen. Aus Sicht des AOK-Systems muss daher von einer weitergehenden Kleingliederung aus Gründen der „Kostenhomogenität“ abgesehen werden. Ebenso sollte die Festlegung der Mindestzahl von 100 Versicherten in einer Gruppe wissenschaftlich überprüft und der Begriff Gruppe definiert (z.B. DXG oder MG) werden. Bislang wurde die „Kostenhomogenität“ vor allem verwendet, um DXGs mit ähnlichem Kostenniveau in entsprechenden MGs zusammenzuführen. Die deutliche Ausweitung der MG-Anzahl (mittlerweile 187 MGs) und der Hierarchiebeziehungen führt zu einer Komplexität - ohne die Zielgenauigkeit des MRSA erkennbar zu steigern.

Zugleich ist mit zusätzlichen Problemen für die Versichertenklassifikation zu rechnen, die den möglichen Kodiervarianten durch Ärzte geschuldet sind. Oft bietet die ICD mehrere Alternativen der Kodierung. Führt man eine Differenzierung ein, bei der die spezifische ICD „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese“ völlig anders bewertet wird als die aus nur einem 4-stelligen ICD-Code und sich nur in der 4. ICD-Stelle unterscheidende unspezifische Diagnose der „Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen“, so stößt man spätestens bei einer TAVI an das Problem, ob der Haltering nun als Herzklappenprothese gilt oder nicht. Oft ist es zudem eine Ermessensfrage, was bei einer Erkrankung im Vordergrund steht so dass unterschiedliche Ärzte dieselbe Konstellation unterschiedlich kodieren, der Unterschied in der Zuweisung beträgt mehr als 8.000€. In dem bestehenden Klassifikationsmodell sind solche Kodiervarianten unproblematisch, da durch die Aggregation im Klassifikationsmodell die unterschiedlichen Kodierungen in der Regel in dieselbe DxG und HMG münden. Eine zu kleinteilige Differenzierung führt jedoch dazu, dass gleiche Krankheitskonstellationen von unterschiedlichen Ärzten bzw. durch Fach- bzw.

Stand: 30.08.2013

Hausärzte unterschiedlich klassifiziert werden. Stattdessen würde es sich auch für die neu aufgenommenen HMGs für Komplikationen u. E. anbieten, Differenzierungen versorgungsneutral anhand der Krankheits- und Behandlungsstadien vorzunehmen.

Auch das Kriterium der Kostenhomogenität erfordert eine systematische Näherung: Bei Krebserkrankungen differenziert die ICD-10-GM für die meisten Tumore nicht zwischen den verschiedenen Tumorstadien. Eine Differenzierung nach aktiver Therapie (Strahlentherapie, Chemotherapie, Operation) die zu einer deutlich höheren Kostenhomogenität führen würde, wurde vom BVA in der Vergangenheit abgelehnt. Ebenso wurden medizinisch begründete Splits unterschiedlich ausgeprägter Arzneimitteltherapien mit dem Argument abgelehnt, eine differenzierte Betrachtung bei der Definition der zu berücksichtigenden Arzneimittel sei zwar im Hinblick auf Kostenhomogenität und Vorhersagegüte sachgerecht. Es bestünde aber das Gebot, Anreize zur unnötigen Leistungsausweitung zu vermeiden. Ein solches Problem ist jedoch spätestens in den Fällen, in denen Strahlentherapie oder medikamentöse Therapien mit schwerwiegenden möglichen Nebenwirkungen verbunden sind und sich die behandelnden Ärzte bei nicht indizierter Therapie nicht nur berufsrechtlich sondern auch strafrechtlich gefährden würden nicht mehr plausibel.

II.2: MG-Altersdifferenzierungen

Wie am Beispiel der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ deutlich wird, ist eine MG-Altersdifferenzierung nur in Ausnahmefällen zielführend. Daher lehnt das AOK-System Altersdifferenzierungen ab, die nicht wie bestehende Differenzierungen eindeutig medizinisch begründet sind (z.B. Brustkrebs, HMG 273 und HMG 275) oder nicht durch die ICD-Kodierung vorgegeben werden. Der wissenschaftliche Beirat hat in der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2013 in der Auseinandersetzung zu unterschiedlichen Arzneimittelzuschlägen klargestellt, dass er Modelle für problematisch hält, die sich tendenziell einem Ist-Kosten-Ausgleich annähern. Genau dies geschieht jedoch bei nicht medizinisch begründeten Alterssplits. Bei Erkrankungen im höheren Lebensalter sind Alterssplits zudem aufgrund der Multimorbidität und der damit zusammenhängenden Kollinearität mit anderen Erkrankungen sehr problematisch. Für die altersabhängigen Kostenunterschiede sieht das Klassifikationsmodell grundsätzlich die AGGs vor.

Die Betrachtung von Deckungsgraden als Differenzierungs- und Entscheidungskriterium lehnen wir ab (vgl. Ausführungen zu II.1). Es ist zudem nicht erkennbar, wie die vom BVA formulierten Alterssplit-Kriterien, insbesondere die Festlegung einer Höchstgrenze von 65 Jahren, begründet werden können (vgl. Kapitel 3.3, S. 113 Erläuterungen zum Anhörungsentwurf 2014). Zusätzliche MG-Altersdifferenzierungen führen zu einer Komplexität des Modells und werfen weitere Fragen auf, wie z.B. eine Binnendifferenzierung der DDDs in den unterschiedlichen MG-Altersklassen (abweichend von BT = 10 oder BT = 183).

II.3: Anpassung der Aufgreifkriterien Sonderfall II

Die Anpassung der Sonderregel II ist medizinisch nicht begründet und wird daher abgelehnt. Wir sprechen uns dafür aus, die Arzneimittelbestätigung weiterhin anhand zweier Verordnungen aus unterschiedlichen Quartalen zu prüfen. Die isolierte Verwendung von BT-

Stand: 30.08.2013

Grenzen lehnen wir ab. So ist gerade bei den schweren Stoffwechselerkrankungen und bei der Hämophilie die jährlich erreichte BT-Menge einer Dauermedikation z.B. abhängig vom Alter und Gewicht des Patienten. Eine isolierte und starre BT-Grenze ist damit medizinisch nicht sinnvoll und für das Klassifikationsmodell nicht angemessen. Vielmehr muss sich die BT-Grenze an medizinischen Kriterien orientieren. Für eine bessere Differenzierung zwischen Patienten mit und ohne Dauertherapie bietet es sich u.E. an, die 2-Quartals-Regel mit einer BT-Menge zu kombinieren (vgl. nähere Ausführungen hierzu unter II.4 und II.6). Soweit es zukünftig möglich ist, auch Krankenhausentgeltschlüssel bzw. Zusatzentgelte in Verbindung mit OPS zu melden, können diese auch für die Prüfung der 2-Quartals-Regel herangezogen werden.

II.4: Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“

Die für die HMG 202 „Lysosomale Speicherkrankheiten mit ERT/SRT“ und HMG 225 „Hypopituitarismus mit Somatropingabe“ beabsichtigte Anpassung der Aufgreifkriterien ist u.E. nicht sachgerecht. Die neue Grenze von 10 BT erscheint angesichts der vom BVA dargestellten Mengenverteilung als zu niedrig.

Bei Erwachsenen und Kindern ab 12 Jahren sollte sich die Dosierung an den Dosierungsempfehlungen der Leitlinien orientieren.

Beispiel:

Imiglucerase bei Morbus Gaucher: In der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Morbus Gaucher wird für eine niedrige Dosierung eine Therapie mit 20E/kg Körpergewicht alle zwei Wochen empfohlen. Damit ergibt sich für Kinder mit 12 Jahren (Mädchen), unterstes 3%-Perzentil eine Mindestverordnungsmenge von $20\text{E/kg} \cdot 26 \text{ Gaben/Jahr} \cdot 31\text{kg} = 16.120\text{E}$.

Bei einer DDD von 300E ergibt dies eine Mindestverordnungsmenge von 53 BT. Eine Mindestverordnungsmenge von 50 BT für Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren deckt sich dabei auch mit der Verteilung der Verordnungsmengen aus Abbildung 9 der Erläuterungen zur Festlegung der Morbiditätsgruppen.

Eine Enzymdauertherapie, bei der nicht in mindestens 2 Quartalen eine Verordnung erfolgt, ist nicht plausibel. Daher sollte an der Verordnung in mindestens 2 Quartalen festgehalten werden. Krankenhausaufenthalte mit Sonderentgelt für eine Enzymtherapie müssen dabei berücksichtigt werden. Im Zusammenhang mit der Problematik der fehlenden Berücksichtigung von Krankenhausentgeltschlüsseln bzw. Zusatzentgelten in Verbindung mit OPS verweisen wir auf unsere Stellungnahmen vom 05.04.2012 sowie 27.08.2012.

Auch für den hypophysären Kleinwuchs mit Somatotropin-Dauertherapie (HMG 225 „Hypopituitarismus mit Somatropingabe“) wird vom AOK-Bundesverband die Schweregraddifferenzierung über Sonderfall 2 weiterhin als notwendig erachtet, die durch eine zusätzliche Prüfung einer Mindestverordnungsmenge ergänzt werden kann:

Wachstumshormon wird bei hypophysärem Kleinwuchs dosiert mit 25 -35 µg pro kg Körpergewicht pro Tag, entsprechend 0,07 - 0,1 I.E. pro kg Körpergewicht pro Tag (vgl. http://www.ema.europa.eu/docs/de_DE/document_library/Referrals_document/Norditropin_7_5/WC500013722.pdf)

Stand: 30.08.2013

Kinder:

1 DDD (Kinder) ist mit 2E definiert.

Hypophysärer Kleinwuchs zeigt in der Regel eine Wachstumsretardierung im 2 Halbjahr des ersten Lebensjahres, so dass ein frühester Therapiebeginn mit einem Jahr angenommen werden kann. Für ein kleinwüchsiges Mädchen im Alter von 1 Jahr (unterstes 3%-Perzentil, 7,7kg) ergibt dies $0,07\text{E/kg} \times 7,7\text{kg} \times 365 \text{ Tage} = 196\text{E}$. Bei 2E/DDD ergibt dies 98 BT.

Kinder ab 12 Jahren und Erwachsene:

31kg (3%-Perzentil Mädchen) $\times 365 \text{ Tage} \times 0,07\text{E/kg} = 792\text{E}$. Bei 2E/DDD ergibt dies 396 BT.

Allerdings wird bereits bei der EMA (European Medicines Agency) darauf hingewiesen, dass die Dosis vom Arzt festgelegt und gemäß dem individuellen Ansprechen auf die Therapie angepasst werden muss, so dass eine Mindestverordnungsmenge von 50 BT für Kinder als sachgerecht erachtet wird, für Kinder ab 12 Jahren erscheint die vom BVA vorgeschlagene Mindestverordnungsmenge von 183 BT sachgerecht. Da auf der anderen Seite eine Abgrenzung zu einem Behandlungsversuch notwendig ist - eine Dauertherapie mit Wachstumshormon sollte nur bei positivem Ansprechen durchgeführt werden – sollte an der Voraussetzung einer Verordnung in 2 Quartalen festgehalten werden.

II.5. Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

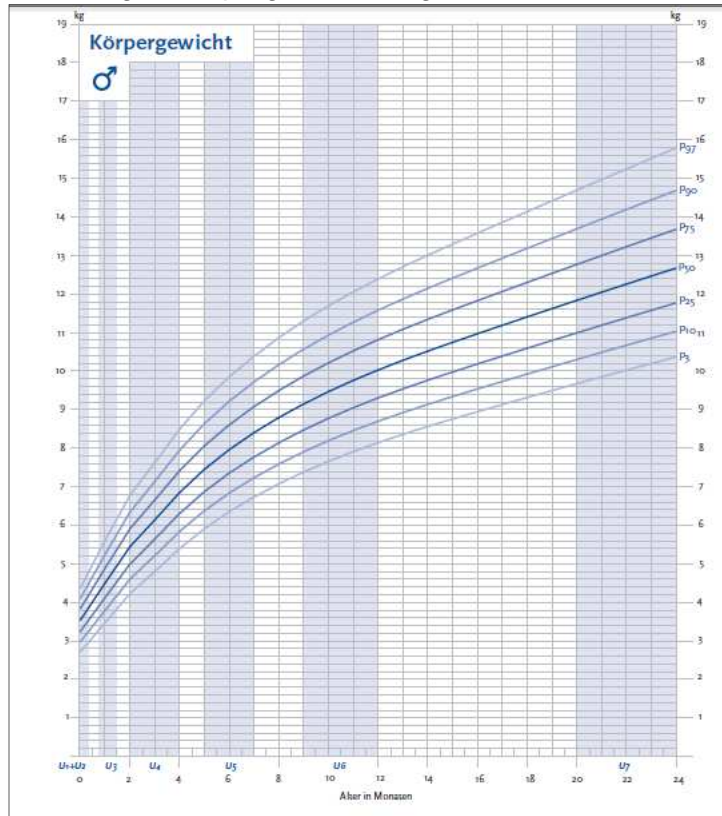
Für die infolge der Auflösung der HMG 229 „Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikamentation“ gebildeten drei neuen Zuschlagsgruppen HMG 226, HMG 227 und HMG 228 ist eine Arzneimittelvalidierung über Behandlungstage vorgesehen. Die zur Ermittlung der Behandlungstage zu berücksichtigenden Arzneimittel sind um die Wirkstoffgruppen ATC L01BA und A07EC zu ergänzen. L01BA enthält MTX Fertigspritzen und onkologische Infusionen, die zur Behandlung von Rheuma zugelassen und eingesetzt werden. Gleiches gilt für Sulfasalazin in Form von Azufindine RA (ATC A07EC).

II.6. Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“

Die Trennung von Dauertherapie und Bedarfstherapie für die Hämophilie und das Willebrand-Jürgens-Syndrom wird begrüßt. Der vorgeschlagene Wechsel bei der Berücksichtigung von Gerinnungsfaktoren zur Definition der Dauertherapie bei Hämophilie ist jedoch aus Sicht des AOK-BV nicht sachgerecht. An der bisherigen Prüfung der Verordnung in 2 Quartalen sollte festgehalten werden. Diese sollte ergänzt werden um eine Mindestverordnungsmenge, die sich an den Therapieempfehlungen und Gewichtsperzentilen orientierten sollte. In der Kombination aus einer Mindest-DDD und der 2-Quartals-Regel lässt sich u.E. trotz der durch die gewichtsadaptierte Dosierung resultierenden großen Dosierungsunterschiede eine Trennung zwischen Bedarfs- und Dauertherapie erreichen.

Stand: 30.08.2013

Abbildung 2: Körpergewicht in kg



Die vom BVA vorgeschlagenen Grenzwerte schließen hingegen einen relevanten Anteil der Patienten mit Dauertherapie aus. Nach den „Querschnitts-Leitlinien (BÄK) zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten“ von 2008 soll eine Dauerbehandlung „vorwiegend bei Kindern und Jugendlichen mit schwerer Hämophilie in Form der ärztlich kontrollierten Heimselbstbehandlung erfolgen mit dem Ziel, eine hämophile Arthropathie zu vermeiden“. Der bisherige Therapiestandard bei Kindern besteht in einem Beginn nach der ersten Gelenkblutung oder bei häufigen anderen Blutungen. Eine individuelle Anpassung erfolgt je nach klinischer Situation und Alter. Die mittlere Dosis beträgt 20-30 E/kg Körpergewicht dreimal/Woche (Evidenzgrad 1 A).

Die Substitutionsbehandlung erfolgt also gewichtsadaptiert und sollte in der Regel schon in einem sehr frühen Lebensalter beginnen, „wenn die ersten Blutungssymptome auftreten, in der Regel Hämatome beim Krabbeln- oder Laufenlernen, meist zwischen 7 – 12 Monaten“ (Deutsche Hämophiliegesellschaft). Die DDD für Faktor VIII liegt bei 500 Einheiten. Unter Zugrundelegung von mindestens 92 BT als untere Grenze für die Kategorie Dauerbehandlung bei Kindern summieren sich die 92 BT auf 46.000 Einheiten. Verteilt man diese Summe auf ein Applikationsschema mit dreimaliger Gabe/Woche kommt man auf 295 Einheiten pro Einzelgabe. Diese Dosierung wäre bei einer gewichtsadaptierten Dosis von 20-30 E/kg Körpergewicht ab einem Gewicht von ca. 10 kg zu verabreichen.

Stand: 30.08.2013

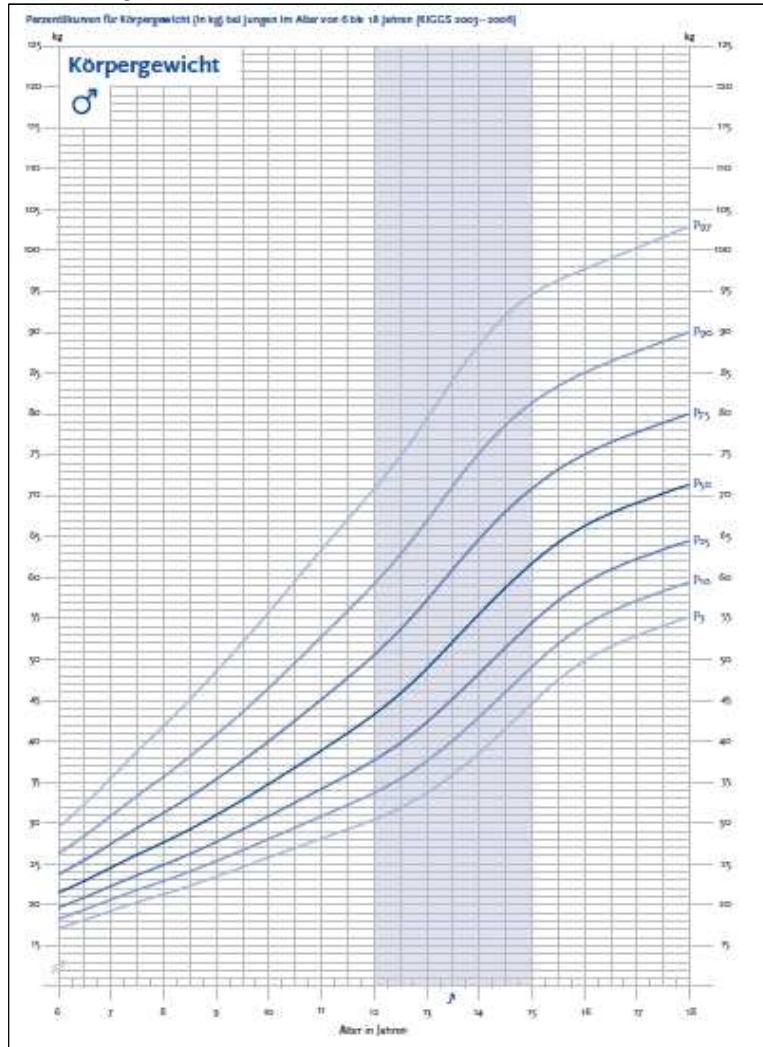
Nach der in der KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts erfassten Gewichtsverteilung wird dieses Gewicht von Jungen auf der untersten 3%-Perzentile erst mit knapp 2 Jahren erreicht, so dass Kleinkinder mit frühzeitigem Beginn trotz Dauerbehandlung nicht in die entsprechende Kategorie fallen (vgl. Abbildung 2).

Zudem gibt es Hämophilie-Zentren, die klinisch begründet bei Kleinkindern mit geringeren Dosen beginnen, so dass dann entsprechend mehr Kinder trotz Dauerbehandlung nicht unter die Kategorie „92 BT bei DDD 500E“ fallen würden (Deutsche Hämophiliegesellschaft: „Aufgrund der relativ häufigen Hemmkörperentwicklung unter diesem Vorgehen wird nach neueren Erfahrungen in München und Bremen ein etwas abgeändertes Vorgehen vorgeschlagen: Beginn der Prophylaxe 1 x / Woche mit ca. 20 – 35 IE/kg Körpergewicht, wenn die ersten Blutungssymptome auftreten, in der Regel Hämatome beim Krabbeln- oder Laufenlernen, meist zwischen 7 – 12 Monaten. Dann Verkürzung der Intervalle, wenn die klinische Blutungssymptomatik dies erfordert bei gleichbleibender Dosierung (d.h. 2 x / Wo.). Sollten schwere Blutungen (Muskel-, Gelenkblutungen) auftreten, dann Übergang auf eine Therapie 3 x / Wo. mit gleicher Dosis. Erst wenn dann eine klinisch vermehrte Blutungsneigung dies erfordert, Steigerung der Dosis“).

Bei zweimaliger Gabe von 20 Einheiten würden jedoch Kinder erst ab 22 Kilogramm erfasst. Das sind auf der untersten 3-Prozent-Perzentile Jungen mit 8 Jahren (vgl. Abbildung 3).

Stand: 30.08.2013

Abbildung 3: Perzentilkurven



Erwachsene und Kinder mit mindestens 12 Jahren:

Nach den „Querschnitts-Leitlinien (BÄK) zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten“ von 2008 kann im Erwachsenenalter eine Dauerbehandlung, z.B. bei Rezidivblutungen oder „bei besonderer körperlicher und psychischer Belastung“ durchgeführt werden (Evidenzlevel 2 C). Die mittlere Dosis für die Dauerbehandlung bei Erwachsenen beträgt 20-30 E/kg Körpergewicht mindestens dreimal/Woche. Grundsätzlich ist eine „individuelle Anpassung und Erhaltungstherapie je nach klinischer Situation erforderlich“ (d.h. Blutungssymptome als Maßstab). Die Dauerbehandlung sollte dann „bis zu mehrwöchiger Rezidivfreiheit bzw. Wegfallen der auslösenden Indikationsstellung“ durchgeführt werden. Auch bei Erwachsenen mit Dauertherapie findet häufig eine zweimalige Gabe pro Woche mit 20–30 Einheiten pro Woche statt.

Mit der Grenze von 183 BT und 500E/DDD sind 91.500E pro Jahr notwendig für eine Berücksichtigung der Dauertherapie. Bei 2-maliger Gabe mit 20E/kg Körpergewicht würde

Stand: 30.08.2013

die Therapie ab 44 kg Körpergewicht berücksichtigt. Dieses Gewicht wird in unteren 3%-Perzentil erst mit knapp 15 Jahren erreicht.

Fazit:

Die Trennung von Gruppen mit Bedarfs- und Dauertherapie wird begrüßt, sie bildet die Behandlungs- und Kostenrealität besser ab. Die gewählten Grenzwerte für die Berücksichtigung der Dauertherapie sind nicht sachgerecht. Durch die Alters- und Gewichtsabhängigkeit der Dosierung und durch die unterschiedlichen durchgeführten Therapieschemata ist eine Grenzziehung zwischen Bedarfs- und Dauertherapie anhand der verordneten Einheiten nicht sicher möglich, so dass an der Sonderregelung 2 festgehalten werden sollte (Verordnung in zwei unterschiedlichen Quartalen). Für die Abgrenzung der Dauer- zur Bedarfstherapie wird auch vom AOK-BV die Festlegung einer Mindest-DDD-Menge als sinnvoll erachtet, die jedoch so gewählt werden muss, dass alle Patienten und gerade Kinder und Jugendliche mit Dauertherapie, die ja noch im Wachstum sind, auch an der untersten möglichen Behandlungsmenge erfasst werden. Dies wären bei Kindern (Jungen, 7 Monate, unterstes 3%-Perzentil, 1-malige Gabe pro Woche) $6,5\text{kg} \times 52\text{Wochen} \times 20\text{E/kg Körpergewicht} = 6760\text{E} = 13\text{ BT}$.

Für Erwachsene und Kinder mit mindestens 12 Jahren beträgt die Mindestverordnung (Jungen, 12 Jahre, unterstes 3%-Perzentil, 1-malige Gabe pro Woche, 20E/KG) $30\text{kg} \times 52\text{Wochen} \times 20\text{E/kg Körpergewicht} = 31.200\text{E} = 62\text{ BT}$.

Berücksichtigung der stationären Therapie:

Bei der Notwendigkeit stationärer Aufenthalte erfolgt die Substitution von Gerinnungsfaktoren bei Patienten mit Hämophilie auch stationär. Bei Patienten mit angeborener Hämophilie wird die Therapie mit Gerinnungsfaktoren wie auch der aufgrund von stationären Eingriffen begründete Mehrverbrauch durch Zusatzentgelte vergütet. Daher sollten diese bei der Arzneimittelvalidierung berücksichtigt werden.

Insbesondere gilt dies für die Patienten mit Bedarfstherapie, bei denen gerade häufig während stationärer Aufenthalte eine Bedarfstherapie erfolgt.

In Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“ wird zudem der ICD-Kode D68.31 „Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII“ bei fehlender Dauer- oder Bedarfsmedikation der DXG 232 „Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen“ zugeordnet, nicht aber der DXGs 815 „Hämophilie ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation (Männer)“ oder DXG 816 „Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen)“. Es wird vorgeschlagen, den o.g. ICD-Kode analog zu den weiteren Hämophilie-Diagnosekodes (D66 / D67) den beiden letztgenannten DXGs geschlechtsabhängig zuzuordnen.

Weiterhin wird das BVA gebeten zu prüfen, inwieweit die DXG 236 „Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer)“ auch für Frauen zugelassen werden kann. So wurde diese Untersuchung bisher nur in der Variante „Arzneimittel obligat“ durchgeführt, nicht aber mit der letztlich für diese DXG in den Anhörungsentwurf eingebrachten Variante „Sonderfall Behandlungstage für Bedarfsmedikation“ (vgl. zu BVA-Modellanalysen Seite 227 der Erläuterungen zum Anhörungsentwurf 2014).

Stand: 30.08.2013

II.7: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Die Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ wird um Diagnosen der Hierarchie 24 „medizinische Komplikationen“ erweitert. Die Einordnung der spezifischen Codes T82.2 „Mechanische Komplikation durch Koronararterien-Bypass und Klappentransplantate“ und T82.6 „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese“ in die HMG 91 „Hypertonie“ ist medizinisch nicht begründet (vgl. hierzu unsere Argumentation unter II.10). Die Einführung der HMGs 318 und 320, die jeweils einen einzigen unspezifischen ICD-4-Steller umfassen ist nicht sachgerecht.

Das AOK-System lehnt aus diesem Grund die Verschiebung der ICD-Codes T82.xx in die Hierarchie 16 Herzerkrankungen ab und empfiehlt ein Belassen in der Hierarchie 24 Medizinische Komplikationen.

Der Vorschlag einer Validierung für DxG 392 „Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie“ wird grundsätzlich befürwortet. Allerdings ist eine alleinige Validierung mit Antiarrhythmika nicht sachgerecht, wenn nicht auch eine Validierung über die Versorgung mit ICDs erfolgt (Implantierbarer Cardioverter Defibrillator).

Begründung:

Es gibt Krankheitsbilder bzw. klinische Zustände, bei denen unter gewissen Umständen die Indikation für eine ICD-Implantation zur Primär- oder Sekundärprophylaxe ventrikulärer Tachykardien/Arrhythmien besteht, ohne dass gleichzeitig eine antiarrhythmische Therapie empfohlen wird. Zu diesen Krankheitsbildern gehören bestimmte primäre elektrische Erkrankungen des Herzens, z.B. das Brugada-Syndrom oder das kurze QT-Syndrom, aber auch angeborene Herzfehler wie die Fallotsche Tetralogie nach Korrektur-Operation.

Beispiel Brugada Syndrom: Nach den ESC-Guidelines „Management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death“ von 2006 wird eine ICD-Implantation bei Brugada-Syndrom mit bestimmten EKG-Veränderungen und Synkope **oder** dokumentierter VT favorisiert (Evidenzlevel IIa C). Auf der anderen Seite heißt es in den Leitlinien zu medikamentösen Therapieoptionen: „In the Brugada syndrome, no effective pharmacological treatment is known and therefore the use of prophylactic ICD should be targeted to high-risk patients“ (S. 793). Die einzigen Medikamente, die in den Leitlinien im Zusammenhang mit dem Brugada-Syndrom genannt werden, sind der β -Agonist Isoprenalin („Isoproterenol can be useful to treat an electrical storm in the Brugada syndrome. (Level of Evidence: IIa C)“) und Chinidin („Quinidine might be reasonable for the treatment of electrical storm in patients with Brugada syndrome.(Level of Evidence: IIb C)“). Beide Medikamente werden im Klassifikationsmodell nicht als Aufgreifkriterium aufgeführt.

Nach den Leitlinien der DGK „Implantation von Defibrillatoren“ von 2007 besteht eine Empfehlung zur ICD-Implantation bei Brugada-Syndrom bei unklarer Synkope zur Primärprävention ventrikulärer Arrhythmien (I C-Empfehlung). Zu einer antiarrhythmischen Begleitmedikation wird nicht Stellung bezogen.

Darüber hinaus sind für die Arzneimittelbestätigung der DXG 363 auch Medikamente der ATC-Gruppe B01AE Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren sowie B01AF Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren zu berücksichtigen, da diese Arzneimittel alternativ zu den Vitamin-K-Antagonisten (ATC B01AA) angewandt werden.

Stand: 30.08.2013

II.8: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Hinsichtlich der multiplen Alterssplits unterstützt der AOK-BV ausdrücklich die Auffassung des wissenschaftlichen Beirats, dieses Thema systematisch zu bewerten. Alterssplits wurden zwar auch bisher im Klassifikationssystem des MRSA durchgeführt, beschränkten sich aber auf medizinische begründete Konstellationen.

Ein Beispiel ist die bösartige Neubildung der Mamma DXG 078: Bösartige Neubildung der Mamma bei einem Alter < 45 Jahre führen in die HMG 273 (3.530 €), Bösartige Neubildung der Mamma bei einem Alter > 44 Jahre in die HMG 275 (2.061 €). Dieser Split lässt sich medizinisch damit begründen, dass sich die Krankheitsverläufe, die Aggressivität der Tumoren und die Behandlungen vor und nach der Menopause erheblich unterscheiden und so auch medizinisch einen Split rechtfertigen.

Für die Mukoviszidose ist hingegen der neu eingeführte Alterssplit in Frage zu stellen. Die unterschiedlichen Kosten der Erkrankung jenseits des Alters von 44 Jahren kann mit der geringen Lebenserwartung der schwer betroffenen Erkrankten begründet werden. Allerdings gibt es gerade bei der Mukoviszidose eine erhebliche Dynamik in der Lebenserwartung. Heute diagnostizierte Mukoviszidose-Kinder können im Durchschnitt 30-40 Jahre alt werden, während noch vor 15 Jahren Mukoviszidose als reine Kinderkrankheit galt. Diese Entwicklung lässt sich auch an der Dynamik der Altersstruktur dieses Patientenkollektivs ablesen. So wuchs der Anteil der Patienten mit Mukoviszidose, die das 18. Lebensjahr erreichten, von 28,4% im Jahr 1995 kontinuierlich auf 51,3% im Jahr 2011 an (Stern et al. 2012, Berichtsband Qualitätssicherung Mukoviszidose). In einer solch dynamischen Entwicklung ist es jedoch nicht sachgerecht, für ein prospektives Kostenmodell Altersgrenzen aufgrund des Status quo der vergangenen Jahre zu zementieren.

Die Einführung einer zusätzlichen Altersdifferenzierung der Mukoviszidose wird daher abgelehnt. Zur Schweregradunterscheidung wird stattdessen empfohlen, unseren Vorschlag eines zusätzlichen Arzneimittelzuschlages bei Mukoviszidose umzusetzen. Der Krankheitsverlauf bei der Mukoviszidose ist individuell sehr unterschiedlich und hängt u.a. von der Art der Veränderung der Genmutation ab. Betroffen sind in der Regel Verdauungsorgane wie die Bauchspeicheldrüse, v.a. aber auch die oberen Atemwege und die Lunge (www.muko.info.de).

Bei Betrachtung der Abbildung 30 der Erläuterungen (Verteilung der Deckungsbeiträge nach Altersgruppen (Mukoviszidose)) im vom BVA präferierten Modell 2¹ lässt sich beginnend mit der Altersgruppe der 13-17jährigen eine zunehmende Spreizung in den Deckungsbeiträgen beobachten, während sich ab der Altersgruppe der 45-49jährigen die Perzentilen wieder an den Median annähern. Dieser Kurvenverlauf weist darauf hin, dass es innerhalb einer Altersgruppe schwer erkrankte Mukoviszidose-Patienten mit einem umfassenden Behandlungsbedarf gibt, gleichzeitig aber auch leichter Erkrankte, die einer weniger intensiven Therapie bedürfen. Das Ordnungskriterium des Alters ist daher ungeeignet, um die schwer Erkrankten und die leichter Erkrankten zu differenzieren und führt nur in einer nach Altersgruppen geordneten Abbildung zu einer scheinbar besseren Verteilung der

¹ Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2014, S.318.

Stand: 30.08.2013

Deckungsbeiträge. Es muss stattdessen das Ziel sein, ein Diskriminierungskriterium zu verwenden, mit dessen Hilfe sich die unterschiedlichen Schweregradausprägungen der Erkrankung unterscheiden lassen.

Aus Daten der Qualitätssicherung der Mukoviszidose ist bekannt, dass kardiopulmonale Probleme bei Mukoviszidose-Patienten aller Altersgruppen die dominierende Todesursache darstellen (Sens et al. 2011: Berichtsband Qualitätssicherung Mukoviszidose 2011, als Internetdokument erhältlich unter http://muko.info/fileadmin/redaktion/Forschung/Muko-Institut/QM_CF_Einrichtungen/Mukoviszidose_2011_mit_Verlinkungen-gross.pdf, Zugriff am 12.08.2013). In diesem Zusammenhang spielt eine Infektion mit dem Bakterium *Pseudomonas aeruginosa* eine entscheidende Rolle. Da diese Keime die Fähigkeit besitzen, einen schützenden Biofilm in der Lunge zu bilden, ist eine Eradikation durch Antibiotika nach einer gewissen Zeit praktisch nicht mehr möglich und es entwickelt sich bei den betroffenen Patienten eine chronische *Pseudomonas*-Infektion: Epidemiologische Daten zeigen, dass eine entsprechende Keimbesiedelung zu einem Abfall in der Lungenfunktion führt und sich direkt auf die Überlebenswahrscheinlichkeit auswirkt (ebd). Vor diesem Hintergrund können Mukoviszidose-Patienten mit einer chronischen Besiedelung mit *P.aeruginosa* als besonders schwer betroffene Subgruppe gelten, die i.d.R. einer besonders intensiven Behandlung bedürfen. Der erhöhte Behandlungsumfang in dieser Gruppe spiegelt sich auch in den erhöhten Behandlungskosten bei Infektion mit *P. aeruginosa* wieder: Gesundheitsökonomische Analysen zeigen, dass die jährlichen Behandlungskosten bei Patienten ohne Nachweis von *P. aeruginosa* bei 10.861 Euro liegen, während sie bei einer chronischen Besiedelung mit diesem Keim auf das dreifache dieser Summe (36.421 Euro) ansteigen (Baumann et al. 2003: Cost of care and clinical condition in paediatric cystic fibrosis patients. *Journal of Cystic Fibrosis* 2, S.84-90).

Die Leitlinien zur Behandlung der chronischen Infektion mit *P. aeruginosa* werden derzeit erarbeitet (<http://muko.info/forschung/therapiefoerderung/leitlinien.html>). Entscheidender Baustein in der Therapie von chronisch besiedelten Mukoviszidose-Patienten ist die Therapie mit inhalativen Antibiotika wie Gentamicin, Tobramycin, Colistin oder Aztreonam (vgl. Rademacher J, Welte T (2011): Bronchiektasen – Diagnostik und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt* 48, S. 809-815). Denn durch die inhalative Applikation werden deutlich höhere Wirkstoffkonzentrationen in den Luftwegen erreicht als bei der intravenösen Gabe. Hierdurch können die sich durch einen Alginatmantel schützenden Bakterienkolonien in ausreichendem Umfang erreicht werden. Zum idealen Behandlungsschema vernebelter Antibiotika bei chronischer *P.aeruginosa*-Infektion gibt es noch keine Festlegungen der Fachgesellschaften (s.o.). Gebräuchlich ist die Behandlung im Sinne eines On-off-Regimes, d.h. vier Wochen Inhalation gefolgt von vier Wochen Pause. Ziel dieser auf Dauer angelegten Suppressionstherapie ist es, die Keimzahl möglichst niedrig zu halten und damit die schädigende Reizwirkung der Bakterien auf das Gewebe zu minimieren.

Für etwa 4-5% der Mukoviszidose-Patienten, die sich durch eine G551D-Mutation im CFTR-Gen auszeichnen, wurde von der EMEA und der FDA 2012 mit Ivacaftor ein Wirkstoff zugelassen, der den Chloridtransport durch den Kanal verbessert, indem er das Gating beeinflusst. Durch diese spezifische Dauertherapie gelingt es, die Lungenfunktion und damit die Prognose für diese Subgruppe zu verbessern, so dass es sich dabei um eine Subgruppe

Stand: 30.08.2013

mit dauerhaft sehr hohen Behandlungskosten handelt. Es wird daher vorgeschlagen auch Ivacaftor für die Schweregraddifferenzierung zu berücksichtigen.

In den Auswertungen der Versicherten der AOK zeigt sich, dass durch die Berücksichtigung von

- stationärer Hauptdiagnose E84
oder
- Dauertherapie mit inhalativen Antibiotika (Tobramycin, Colistin, Gentamicin, Aztreonam)
oder
- Ivacaftor

bei Patienten über 12 Jahre über alle Altersgruppen hinweg eine sehr gute Differenzierung der schwerwiegenden und teuren Patienten von den leicht erkrankten Patienten erreichen lässt. Es wird vorgeschlagen, dass das BVA einen solchen Schweregrad-Split auf der Datengrundlage der GKV-Vollerhebung ebenfalls untersucht.

Aufgrund der dargestellten Zusammenhänge ist es medizinisch begründet, eine Schweregraddifferenzierung anhand des Kriteriums einer chronischen Infektion mit *Pseudomonas aeruginosa* durchzuführen. Das geeignete Aufgreifkriterium für diese chronische Infektion ist eine Dauertherapie mit inhalativen Antibiotika (Tobramycin, Colistin oder Aztreonam und Gentamicin). Da die Anwendung dieser Medikamente auf die Behandlung von pulmonalen *Pseudomonas*-Infektionen begrenzt ist und diese Medikamente aufgrund der Gefahr von schweren Nebenwirkungen wie einer lebensbedrohlichen Bronchokonstriktion und einem akuten Nierenversagen nur nach scharfer Indikationsstellung verwendet werden, sind sie geeignet, diese Untergruppe der Patienten mit Mukoviszidose aufzugreifen. Durch die Definition von Mindest-BT kann eine Differenzierung zwischen einer erfolgreichen Eradikationstherapie und einer Dauertherapie erreicht werden. Aufgrund des verwendeten on-off-Schemas, bei dem 4 Wochen Behandlung und 4 Wochen ohne Behandlung abwechseln wird als untere Grenze für eine Dauerbehandlung 92 BT vorgeschlagen.

In gleicher Weise wird ein Alterssplit für Patienten mit Bronchiektasen in Frage gestellt. Bronchiektasen kommen in allen Altersgruppen in unterschiedlichen Schweregradausprägungen vor. Die sehr große Streuung der Deckungsbeiträge besonders im Kindes- und Jugendalter begründet sich dadurch, dass Bronchiektasen zum Beispiel nach Fremdkörperaspiration oder in Folge einer viralen Infektion leicht verlaufen können und oft nur Zufallsbefunde darstellen, während sie in Folge angeborener Störungen oder im Rahmen der Zystischen Fibrose die gesamte Lunge betreffen und zu schwersten Gesundheitsstörungen führen können. Das Ordnungskriterium des Alters ist daher auch für die Bronchiektasen ungeeignet um schwere und weniger schwere Fälle zu diskriminieren. Eine Glättung der Deckungsbeiträge zeigt sich nur dann, wenn nach Einführung eines Altersplits die Deckungsbeiträge nach Altersgruppen aufgetragen werden.

Anstelle des ungeeigneten Altersplits bei 44/45 Jahren wird vorgeschlagen, Patienten aufgrund des Schweregrads der Erkrankungen zu differenzieren. Pathophysiologisch sind Bronchiektasen gekennzeichnet durch eine dauerhafte Aussackung der Bronchien, begleitet von einer verminderten Sekret drainage und konsekutiver bakterieller Besiedelung. Die

Stand: 30.08.2013

resultierende Entzündung führt dann zu einer weiteren Gewebeerstörung i.S. eines Circulus vitiosus. Einen besonderen Stellenwert nimmt auch bei Non-CF-Bronchiektasen (andere Ursache als Cystische Fibrose) der Keim *Pseudomonas aeruginosa* ein. Die Eradikation dieses Keims ist aus den oben genannten Gründen problematisch, oftmals resultiert eine chronische Besiedelung mit *P. aeruginosa*. Nach der wissenschaftlichen Fachliteratur sind etwa 25% der Patienten mit Non-CF-Bronchiektasen mit *P. aeruginosa* besiedelt (Rademacher J, Welte T 2011: Bronchiektasen – Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt 48, S. 809-815). Aus epidemiologischen Daten zur CF ist bekannt, dass eine chronische Besiedelung mit *P.aeruginosa* mit einer Verschlechterung der Lungenfunktion und einer eingeschränkten Prognose assoziiert ist (vgl. Sens et al. 2011). Daher ist diese Patientengruppe als besonders schwer betroffen einzustufen. Aus ähnlichen Erwägungen wie bei der Mukoviszidose kommen als Aufgreifkriterium einer chronischen Infektion mit *Pseudomonas aeruginosa* als spezifische Therapeutika die Gruppe der inhalativen Antibiotika in Frage. Gemäß den verfügbaren Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin von 2010 gelten bei *Pseudomonas*-infizierten Bronchiektasen grundsätzlich die gleichen Therapieprinzipien wie bei der Mukoviszidose (Kardos et al. 2010: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit akutem und chronischem Husten. Pneumologie 64, S.336-373). Auf dieser Grundlage wird – analog zur Mukoviszidose - eine Verordnung entsprechender inhalativer Antibiotika (Gentamicin, Tobramycin, Colistin oder Aztreonam) mit einer Mindest-DDD-Menge von 92 DDD als Differenzierungskriterium für den Schweregrad bei Bronchiektasen (obligate AM-Therapie) vorgeschlagen. Daneben zeichnen sich schwere Verläufe durch stationäre Aufnahmen aufgrund der Bronchiektasen aus.

Bei einer Differenzierung mit dem Kriterium

- stationärer Hauptdiagnose J47
- oder
- Dauertherapie mit inhalativen Antibiotika (Tobramycin, Colistin, Gentamicin, Aztreonam)

zeigt sich für Patienten der AOK über 12 Jahre über alle Altersgruppen hinweg eine sehr gute Differenzierung der schwerwiegenden und teuren Patienten von den leicht erkrankten. Es wird vorgeschlagen, dass das BVA einen solchen Schweregradsplit auf Grundlage der GKV-Vollerhebungsdaten analysiert.

II.9: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Harnwege“

Aufgrund der Zuordnung von Diagnosen aus der Hierarchie 24 „medizinische Komplikationen“ zur Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems (neu)“ resultiert eine Subdominanzbeziehung der HMG 133 „Neurogene Blase“ zur HMG 143 „Harnröhrenstruktur nach medizinischen Maßnahmen“ und zur HMG 144 „Mechanische Komplikation und durch Prothese oder ähnliches hervorgerufene Infektion im Harntrakt“. Diese Subdominanzbeziehung ist medizinisch nicht begründet. Die HMG 133 ist wie im Ausgangsmodell als separate, nicht hierarchisierte MG den Harnwegserkrankungen zuzuordnen. Wenn über eine Hierarchisierung nachgedacht wird, dann sinnvollerweise unter Berücksichtigung der Rückenmarksverletzungen.

Stand: 30.08.2013

Die HMG139 „Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen“ besteht zudem aus einer einzigen 4-stelligen ICD, die unspezifisch ist (N99.8 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Maßnahmen). Die Berücksichtigung eines solchen einzigen ICD-4-Stellers als HMG ist nicht sachgerecht. Auch die HMG 143 Harnröhrenstriktur nach med. Maßnahmen (ICD N99.1) könnte prinzipiell u.a. bei jeder Operation der Prostata kodiert werden, so dass sich eine eigene HMG nicht rechtfertigt. Zur grundsätzlichen Problematik der Eingliederung von ICDs aus der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ verweisen wir im Übrigen auf unsere Ausführungen unter II.10.

II.10: Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“

Die Aufnahme von Komplikationen in die organspezifischen Hierarchiestränge erweist sich als hoch problematisch. Komplikationen sind nicht definiert. Die unterschiedliche Bewertung von spezifischen und unspezifischen Komplikationen nur aufgrund der Kosten ist nicht sachgerecht.

Die Komplikationen sind in vielen Fällen zudem nicht CC-relevant sind, bzw. haben im Falle der Codes T82.x keinen Einfluss auf die DRG-Vergütung, bzw. können je nach Fallkonstellation geringe Erhöhung oder geringe Absenkung auslösen. Es wird daher empfohlen, u. a. die Codes T82 und N99 wieder in die Hierarchie 24 als gemeinsame HMG einzuordnen.

II.11: Redaktionelle Anmerkungen

Weiterhin haben wir folgende redaktionelle Anmerkungen zu Anlage 04 „Erläuterungen Festlegungsentwurf 2014“:

- Inhaltsverzeichnis: Umbenennung der Kapitelüberschrift Punkt 4 auf 2014.
- Seite 114: hier ist das Ausgleichsjahr in der Kapitelüberschrift mit 2014 zu benennen.
- Seite 116, Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“: es werden ICD-Kodes aus der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ integriert.
- Seite 116, Hierarchie 18: es werden ICD-Kodes aus der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ und aus der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ integriert.
- Seite 149, Punkt 9.1.3.: hier ist der ICD-Dreisteller mit E89.- anstelle von D89.- zu bezeichnen.
- Seite 178, Abbildung der Hierarchie 04: die der HMG 022 „Cushing Syndrom, Amyloidose“ zugeordnete DXG 233 ist durch die DXGs 126 und 123 zu ersetzen. Weiterhin sind der HMG 202 „Lysosomale Speicherkrankheiten mit ERT/SRT“ die DXGs 225, 237 zuzuordnen.