



Erläuterungen zur

Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren

für das Ausgleichsjahr 2014

Bonn, den 30.09.2013

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
I. Einführung.....	1
1 Rechtsgrundlagen	1
2 Vorschlagsverfahren und Festlegungsentwurf	2
3 Anhörungsverfahren und Festlegung	3
4 Allgemeine Anmerkungen / Methodik	43
4.1 Methodisches Vorgehen – Stichprobe vs. Vollerhebung	43
4.1.1 Festlegungsentwurf.....	43
4.1.2 Stellungnahmen	43
4.1.3 Bewertung.....	44
4.1.4 Strukturelle Vergleiche zwischen Vollerhebung und Stichprobe(n).....	45
4.2 Redaktionelle Hinweise.....	47
5 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2014...48	
5.1 Methodik.....	48
5.2 Anpassung der Aufgreifkriterien.....	48
5.3 Anpassung des Klassifikationsmodells	48
5.4 Änderung des Berechnungsverfahrens	50
II. Anpassung des Klassifikationsmodells	51
6 Hierarchie 1: „Infektionen“	51
6.1 Festlegungsentwurf.....	51
6.2 Stellungnahmen	53
6.3 Bewertung	53
6.4 Ergebnis	54
7 Hierarchie 2a: „Hämatologische Neubildungen“	55
7.1 Festlegungsentwurf.....	55
7.2 Stellungnahmen	56
7.3 Ergebnis	56
8 Hierarchie 4: „Metabolische Erkrankungen“	57
8.1 Festlegungsentwurf.....	57
8.2 Stellungnahmen	59
8.3 Bewertung der Stellungnahmen.....	61
8.4 Untersuchung.....	63

8.5	Ergebnis	66
9	Hierarchie 6: „Gastrointestinale Erkrankungen“	68
9.1	Festlegungsentwurf	68
9.2	Stellungnahmen	69
9.3	Bewertung	70
9.4	Ergebnis	70
10	Hierarchie 7: „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“	71
10.1	Festlegungsentwurf	71
10.2	Stellungnahmen	76
10.3	Diskussion / Bewertung.....	77
10.4	Ergebnis	78
11	Hierarchie 8: „Hämatologische Erkrankungen“	79
11.1	Festlegungsentwurf.....	79
11.2	Erratum für die Untersuchung zur Umstellung des Aufgreifkriteriums bestimmter schwerwiegender Gerinnungsstörungen	83
11.2.1	Festlegungsentwurf.....	83
11.2.2	Korrigierte Berechnungsergebnisse für die Umstellung des Aufgreifkriteriums der HMG035 „Hämophilie mit Dauermedikation“ im Festlegungsentwurf.....	83
11.2.3	Korrigierte Berechnungsergebnisse für die Untersuchung zu D68.0 „Willebrand-Jürgens-Syndrom“ im Festlegungsentwurf	85
11.2.4	Korrigierte Berechnungsergebnisse für die Untersuchung zu D68.31 „Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen“ im Festlegungsentwurf.....	87
11.2.5	Korrigierte Berechnungsergebnisse für die Untersuchung zu D68.2- „Hereditäre Mängel an sonstigen Gerinnungsfaktoren“ im Festlegungsentwurf	88
11.3	Stellungnahmen zum Festlegungsentwurf.....	90
11.4	Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen.....	92
11.4.1	Hämophilie	92
11.4.2	Willebrand-Jürgens-Syndrom	95
11.4.3	Polycythaemia vera.....	95
11.5	Modifizierter Festlegungsentwurf und Einordnung von D68.31 „Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen“ ohne Arzneimittelprüfung	96
11.6	Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauermedikation	97
11.7	Verwendung von Desmopressin für die Arzneimittelprüfung der DxG237 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“	99
11.8	Ergebnis	100
12	Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“	102
12.1	Festlegungsentwurf.....	102
12.2	Stellungnahmen	103
12.3	Bewertung der Stellungnahmen.....	103
12.4	Ergebnis	104
13	Hierarchie 13: „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“	105
13.1	Festlegungsentwurf.....	105
13.2	Stellungnahmen	107

13.3	Bewertung	107
13.4	Ergebnis	107
14	Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“	108
14.1	Festlegungsentwurf	108
14.2	Stellungnahmen / Bewertung	112
14.2.1	Arzneimittelvalidierung der DxG392 „Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie“	112
14.2.2	Arzneimittelvalidierung der DxG363 „Alter Myokardinfarkt“	113
14.2.3	Verschiebung der Komplikationskodes	113
14.3	Ergebnis	114
15	Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“	117
15.1	Festlegungsentwurf	117
15.2	Stellungnahmen	117
15.3	Bewertung	117
15.4	Ergebnis	117
16	Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislaufferkrankungen“	118
16.1	Festlegungsentwurf	118
16.2	Stellungnahmen / Bewertung	119
16.3	Ergebnis	119
17	Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“	122
17.1	Festlegungsentwurf	122
17.2	Stellungnahmen	123
17.2.1	Altersdifferenzierung	123
17.2.2	„Odds ratio“ als Bewertungsgrundlage für DxG-Auftrennung	125
17.2.3	Arzneimittel	125
17.2.4	Verschiebung der DxG352 in HMG110	126
17.3	Ergebnis	126
18	Hierarchie 20: „Erkrankungen des Urogenitalsystems“	130
18.1	Festlegungsentwurf	130
18.2	Stellungnahmen	133
18.3	Bewertung	133
18.3.1	Auftrennung der Zuordnung von ICD-Kodes aus den medizinischen Komplikationen zu HMGs nach Infektionen und mechanischen Komplikationen	133
18.3.2	Ergebnis	135
18.3.3	Prüfung des Aufgreifkriteriums für DxG551	135
18.3.4	Ergebnis	136
18.3.5	Überprüfung der Dominanzbeziehungen in der Hierarchie	136
18.3.6	Ergebnis	139
18.4	Ergebnis	140
19	Hierarchie 21: „Schwangerschaft“	142
19.1	Festlegungsentwurf	142
19.2	Stellungnahmen	143
19.3	Ergebnis	143

20 Hierarchie 23: „Verletzungen“	144
20.1 Festlegungsentwurf	144
20.2 Stellungnahmen	147
20.3 Ergebnis	147
21 Hierarchie 24: „Medizinische Komplikationen“	149
21.1 Festlegungsentwurf	149
21.2 Stellungnahmen	151
21.2.1 Eingliederung der verschobenen ICD-Kodes aus der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“	152
21.3 Ergebnis	154
III. Änderung des Berechnungsverfahrens	156
22 Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden	156
22.1 Festlegungsentwurf	156
22.2 Stellungnahmen	156
22.3 Bewertung / Ergebnis	156
23 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben	157
23.1 Festlegungsentwurf	157
23.2 Stellungnahmen	157
23.3 Bewertung / Ergebnis	157
24 Differenzierung der Kostenerstattergruppen	158
24.1 Festlegungsentwurf	158
24.2 Bewertung / Ergebnis	158
25 Geänderte Berücksichtigung von DMP-Ausgaben im Regressionsverfahren	159
25.1 Festlegungsentwurf	159
25.2 Stellungnahmen	159
25.3 Bewertung / Ergebnis	159
26 Berücksichtigung uneinheitlicher Buchungsvorschriften bei Pflegehilfsmitteln	160
26.1 Festlegungsentwurf	160
26.2 Stellungnahmen	160
26.3 Bewertung / Ergebnis	160
27 Nullsetzung von Regressionskoeffizienten aufgrund fehlender statistischer Signifikanz	161
27.1 Festlegungsentwurf	161
27.2 Stellungnahmen	161
27.3 Bewertung	161
27.4 Ergebnis	162

IV. Anhang	163
28 Statistische Gesamtbewertung der Anpassungen.....	163
29 Darstellung des Aufgreifalgorithmus.....	164
30 Übersicht über die Hierarchien.....	168

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: AGG-Verteilung	46
Abbildung 2: Verteilung seltener HMGs	47
Abbildung 3: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 1 „Infektionen“	52
Abbildung 4: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 2 „Neubildungen, Strang 2a Hämatologische Neubildungen“	56
Abbildung 5: Festlegungsentwurf für Hierarchie 4 "Metabolische Erkrankungen"	59
Abbildung 6: Die Hierarchie 4 "Metabolische Erkrankungen" gemäß Festlegung	67
Abbildung 7: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“	69
Abbildung 8: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ ..	75
Abbildung 9: Festlegungsentwurf für die Hierarchie 8 "Hämatologische Erkrankungen"	82
Abbildung 10: Die Hierarchie 8 "Hämatologische Erkrankungen" gemäß Festlegung	101
Abbildung 11: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“	102
Abbildung 12: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“	106
Abbildung 13: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“	111
Abbildung 14: Hierarchie 16 "Herzerkrankungen" – Festlegung	115
Abbildung 15: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislaufkrankungen“	118
Abbildung 16: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislaufkrankungen“ – Festlegung	120
Abbildung 17: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“	123
Abbildung 18: Hierarchie 19 "Erkrankungen der Lunge" im Endmodell	129
Abbildung 19: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“	132
Abbildung 20: Hierarchie 20 "Erkrankungen des Urogenitalsystems" in der Festlegung	141
Abbildung 21: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie "Schwangerschaft"	142
Abbildung 22: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 23 „Verletzungen“	147
Abbildung 23: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“	151
Abbildung 24: Endmodell Hierarchie 24 "Medizinische Komplikationen"	155

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung des Anhebungsverfahrens.....	4
Tabelle 2: Kennzahlen Vollerhebung vs. Stichproben	45
Tabelle 3: Kennzahlen Stichprobenschätzer angewendet auf Vollerhebung.....	45
Tabelle 4: Ergebnisse der veränderten Form der Schweregraddifferenzierung für HMG202 "Lysosomale Speicherkrankheiten".....	64
Tabelle 5: Auswirkung der Zusammenlegung von HMG023 und HMG285	66
Tabelle 6: Abgrenzung der rheumatoiden Erkrankungen mit und ohne Dauermedikation	73
Tabelle 7: Hierarchie 7 - Gegenüberstellung von Ausgangsmodell und Anpassungsentwurf	74
Tabelle 8: Auswirkung der Schaffung einer HMG "Hämophilie mit Bedarfsmedikation".....	84
Tabelle 9: Auswirkungen einer Schweregraddifferenzierung für Willebrand-Jürgens-Syndrom.....	85
Tabelle 10: Einordnung von WJS mit Dauer-/Bedarfsmedikation in Hierarchie - Teil 1.....	86
Tabelle 11: Einordnung von WJS mit Schweregraddifferenzierung – Teil 2.....	87
Tabelle 12: Berücksichtigung von D68.31 mit Dauer- oder Bedarfsmedikation.....	88
Tabelle 13: Auswirkungen einer möglichen Schweregraddifferenzierung für sonstige Gerinnungsstörungen D68.2-	89
Tabelle 14: Hierarchie "Hämatologische Erkrankungen" im Festlegungsentwurf - Vollerhebung und Stichprobe	90
Tabelle 15: Zeitliche Persistenz der Erfüllung des Aufgreifkriteriums 183/92 BT für Versicherte in DxG225 "Hämophilie mit Dauermedikation".....	93
Tabelle 16: Modifiziertes Anhebungsmodell und Auswirkungen der Einordnung von Versicherten mit D68.31 ohne Dauermedikation in DxG815/DxG816	97
Tabelle 17: Auswirkungen der Einführung einer HMG "Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauermedikation"	98
Tabelle 18: Ergebnisse zur Zulassung von Desmopressin für die Identifizierung schwerer Fälle des Willebrand-Jürgens-Syndroms D68.0	99
Tabelle 19: Hierarchie 16 "Herzerkrankungen" – Festlegung	116
Tabelle 20: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislaufkrankungen“ – Festlegung	121
Tabelle 21: Gegenüberstellung Modell Festlegungsentwurf und Modell Festlegung für die Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“	128
Tabelle 22: Neue ICD-/DxG-/HMG-Zuordnung für die Diagnosen N99.- und T99.-	130
Tabelle 23: Zuordnungskriterium neue ICD-Kodes.....	134
Tabelle 24: Gegenüberstellung der Modelle mit Neuordnung der ICD-Kodes nach BVA und GKV-SV Systematik.....	135
Tabelle 25: Ambulante versus stationäre Behandlung für ICD-Kode T83.6 (DxG551)	136
Tabelle 26: Diagnosepersistenz für ICD-Kode T83.6.....	136
Tabelle 27: Konsolidierung Schritt 1: Zusammenlegung von HMG131 u. HMG137, Verschiebung der HMG132 in den unteren Hierarchiestrang u. Bereinigung der unteren Zuschlagsgruppen	138
Tabelle 28: Konsolidierung Schritt 2: Zusammenlegung von HMG133 und HMG143.....	139
Tabelle 29: Hierarchie 23 - Gegenüberstellung von Ausgangsmodell und Anpassungsentwurf	146
Tabelle 30: In der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ verbleibende ICD-Kodes mit DxG- Zuordnung	150
Tabelle 31: Auflistung der in der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ verbleibenden ICD- Kodes mit DxG und HMG Zuordnung	153
Tabelle 32: Gegenüberstellung Modell Festlegungsentwurf und Modell mit ICD-Kodes aus der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“	154
Tabelle 33: Entwicklung der Modellgüte im Vergleich zum Klassifikationsmodell 2013	163

I. Einführung

1 Rechtsgrundlagen

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

Das BVA hat diese Festlegungen im Rahmen der Vorgaben der RSAV zu treffen (BT-DRS: 16/3100, S. 205). Nach § 31 Abs. 2 Satz 1 Nummern 2 und 3 i.V.m. Abs. 1 Satz 2 bis 4 RSAV sowie § 1 Abs. 2 Nummern 2 und 3 des Erlasses des Bundesministeriums für Gesundheit über den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (im Folgenden: „Wissenschaftlicher Beirat“) vom 3. Mai 2007 obliegt diesem die jährliche Überprüfung der Auswahl der zu berücksichtigenden Krankheiten. Wie sich aus § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV ergibt, stellt das Ergebnis dieser Überprüfung eine Empfehlung dar, auf dessen Grundlage das BVA die entsprechenden Festlegungen trifft. Die Festlegung der im Ausgleichsjahr 2014 zu berücksichtigenden Krankheiten hat das BVA bereits am 1. März 2013 getroffen und veröffentlicht.

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

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

2 Vorschlagsverfahren und Festlegungsentwurf

Schon vor Unterbreitung des Anpassungsvorschlages durch den Wissenschaftlichen Beirat hat das BVA auch in diesem Jahr ein Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells durchgeführt. Hierzu wurden mit Schreiben vom 1. März 2013 der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), die Bundesärztekammer (BÄK), die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG) sowie das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) aufgefordert, bis zum 28. März 2013 entsprechende Vorschläge zu unterbreiten. Der Aufruf wurde zudem öffentlich zugänglich auf der Homepage des BVA eingestellt.

Ausgehend von einer Vielzahl der eingegangenen Stellungnahmen (aus diesem sowie aus den vorangegangenen Jahren) setzte sich der Beirat in der Folge mit der Erarbeitung der Anpassungsvorschläge für das Versichertenklassifikationsmodell 2014 auseinander. Ein besonderer Arbeitsschwerpunkt lag dabei auf der Anpassung der Hierarchien, die direkt von der (mit Festlegung vom 01. März 2013 bekanntgegebenen) geänderten Krankheitsauswahl betroffen waren. Die Ergebnisse dieser Arbeit hat der Wissenschaftliche Beirat auf seinen Sitzungen am 03. Juni und am 23. Juli 2013 sowie auch auf elektronischem Wege intensiv beraten und seine hieraus abgeleitete Anpassungsempfehlung an das BVA einstimmig beschlossen.

Der auf Grundlage des Vorschlags des Wissenschaftlichen Beirats erarbeitete Festlegungsentwurf zur Anpassung des Klassifikationsmodells wurde am 31. Juli 2013 durch das BVA veröffentlicht. Zeitgleich wurde die nach § 31 Abs. 4 RSAV vorgesehene schriftliche Anhörung des GKV-SV eingeleitet.

3 Anhörungsverfahren und Festlegung

Bis zum Ablauf der Frist des Anhörungsverfahrens sind beim BVA neben der Stellungnahme des GKV-SV entsprechende schriftliche Äußerungen zum gesamten Festlegungsentwurf auch durch den AOK-Bundesverband (AOK-BV), die BAG Selbsthilfe (BAG), die Barmer GEK (Barmer), den BKK Bundesverband GbR (BKK-BV), die BKK Bahn, die BVK-Vital, die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), den Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK), die DAK-Gesundheit (DAK), die Deutsche BKK, die Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V. (IKK e.V.), die Knappschaft-Bahn-See (KBS), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK) (ab hier für die gemeinsame Stellungnahme: KBV), sowie gemeinsam durch die Techniker Krankenkasse, KKH, Hanseatische Krankenkasse sowie die Handelskrankenkasse (TK et al.) vorgetragen worden. Eine Übersicht über die im Anhörungsverfahren vorgetragenen Anmerkungen und Änderungsvorschläge findet sich ab der folgenden Seite in Tabelle 1.

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

Alle vom BVA vorgenommenen Änderungen am Festlegungsentwurf sind mit dem Wissenschaftlichen Beirat auf einer gemeinsamen Sitzung am 23. September 2013 ausführlich erörtert worden. Mit Ausnahme der Beibehaltung des Verfahrens zur Hochrechnung der Ausgaben unterjährig verstorbener Versicherter wurden dabei sämtliche Festlegungen des BVA durch den Wissenschaftlichen Beirat mitgetragen.

Tabelle 1: Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens

1	Allgemeine Anmerkungen	
1.1	Dokumentation / Transparenz	
	Die systematische Aufbereitung und Kommentierung der eingegangenen Stellungnahmen gewährleisten ein hohes Maß an Transparenz, welche ermöglicht, die Empfehlungen des Beirats und Entscheidungen des BVA im Einzelnen nachvollziehen zu können.	BPtK
	Die Festlegungen müssen transparent als auch unter Einschluss aller Beteiligten – d.h. auch unter kontinuierlicher Einbindung der Patientenorganisationen – stattfinden.	BSK
	Die Vorschläge zur Modellanpassung sind größtenteils nachvollziehbarer und übersichtlicher dargestellt als in den Vorjahren.	IKK e.V.
	Das transparente und objektive Verfahren der Entwurfsfassung nebst ausführlichen Erläuterungen zu den medizinischen Anpassungen durch das BVA ist positiv hervorzuheben. Es wird angeregt, auch die Anzahl der Hierarchieverletzungen gemäß Festlegungsentwurf gesamt anzugeben.	AOK-BV
1.2	Anpassungsentscheidung zugrunde liegende Berechnungen	
	Auch wenn aufgrund der Vielzahl vorgeschlagener und vom BVA geprüfter Anpassungen des Klassifikationsmodelles auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine individuelle Analyse aller möglichen Wechselwirkungen als nicht realisierbar betrachtet werden kann, erscheint es uns doch erforderlich, sachlogisch wahrscheinliche bzw. mögliche Wechselwirkungen einzelner Änderungen zu prüfen.	GKV-SV
	Wir stellen auf Verbandsebene fest, dass das „Grouping“ i.S.v. Bildung morbiditätsbetroffener Versichertengruppen und ihrer individuellen Bedürfnisse (Alter, Geschlecht, ausgleichsfähige Krankheiten), nicht mit der gewünschten Qualität und Intensität von den beteiligten Verhandlungspartnern realisiert wurde. In der Folge führt dies zu einem Ungleichgewicht und enormen Verzerrungen bei den Zuweisungen.	BSK
	An die Prüfung und Bewertung der einzelnen Anpassungen sollte sich eine Gesamtbetrachtung anschließen, um Wechselwirkungen zu erkennen. Insbesondere sollten die Rückwirkungen der Änderungen im Bereich der Morbiditätszuschläge auf die anderen Zuschlagsarten (insbesondere AGG und EMG) dargestellt werden.	Barmer
	Es wird die Berechnung eines korrigierten R^2 angeregt, um Einflüsse auf das R^2 , die allein aus der Ausweitung der HMG-Anzahl resultieren, auszublenden.	AOK-BV
	Es wird kritisch 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.	AOK-BV

1.3	Redaktionelle Fehler / Anmerkungen	
	Die Umbenennung der HMG202 in „Lysosomale Speicherkrankheiten mit ERT/SRT“ in der Anlage 1 nicht durchgeführt.	GKV-SV
	Es werden in der Darstellung zur Umstellung von Verordnungsquartalen auf Behandlungstage für die DXG 826 Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopoly-saccharidosen mit ERT/SRT bzw. DXG 827 Sphingolipidosen mit ERT/SRT ausschließlich 10 zu erreichende Behandlungstage beschrieben. Da im Entwurf der Festlegung für diese beiden Diagnosegruppen jedoch für Kinder 5 Behandlungstage definiert sind, ist anzunehmen, dass diese Unterscheidung auch bei den Berechnungen getroffen wurde. Dies ist klarzustellen und entsprechend zu dokumentieren.	GKV-SV
	In Tabelle 63 ist die neu geschaffene DXG 237 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation 183/ BT“ nicht aufgeführt.	GKV-SV
	In Tabelle 64 fehlt die DXG 233 „Sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren“, weshalb die vorgeschlagenen Änderungen nicht anhand der Ergebnisse nachzuvollziehen sind.	GKV-SV
	In Tabelle 68 wird für Modell M2g eine im Vergleich zu Modell M2f um 3.608 Versicherte geringere Zuordnung zur HMG 046 angegeben. Den in diesem Modell neu eingeführten DxG 240 und 241 werden jedoch lediglich 22 bzw. 102 Versicherte zugeordnet. Versicherte, die nicht die zur Zuordnung in diese beiden DxG erforderliche Menge an Arzneimittelverordnungen aufweisen, müssten bei einer Schweregradifferenzierung jedoch weiterhin der HMG 46 zugeordnet werden.	GKV-SV
	Die Umbenennung der HMG202 in „Lysosomale Speicherkrankheiten mit ERT/SRT“ wurde in der Anlage 1 nicht durchgeführt. Zur besseren Übersicht schlägt das BKK System vor, dass in der Tabelle 1 eine weitere Spalte eingeführt wird, wo das BVA die grundsätzliche Beurteilung des Vorschlags vermerkt und gegeben falls auf die Seite der Ausführungen verweist. Sofern eine Beurteilung nicht erfolgt oder eine Untersuchung auf spätere Anpassungen verschoben wird, könnte dies dort zusätzlich vermerkt werden. Dies würde die Bewertung einzelner Punkte erleichtern.	BKK-BV
	Abb. 10 (S. 178): Der HMG202 werden die DxG225 und 237 statt der Dxg826 und 827 zugeordnet.	IKK e.V.
	Anlage 1: HMG202 muss umbenannt werden in "Lysosomale Speicherkrankheiten mit ERT/SRT"	IKK e.V.
	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.	AOK-BV

1.4	Komplexität des Klassifikationsmodells versus Verbesserung der Prognosegüte	
	<p>Generell nimmt die Komplexität des Klassifikationsmodells wie bereits in den Vorjahren weiter zu. Dies wird nicht nur an der von Jahr zu Jahr steigenden Anzahl an HMGs und DxGs deutlich, sondern nun auch an der geplanten Einführung von Altersplits bei HMGs. Diese immer stärkere Ausdifferenzierung steht dem Wunsch des Gesetzgebers nach Vereinfachung des Morbi-RSA gegenüber. Es stellt sich die Frage, ob der Vorteil eines minimalen Anstiegs des R^2 die zunehmende Komplexität des Verfahrens noch rechtfertigt.</p>	Deutsche BKK
	<p>Die zunehmende Ausdifferenzierung des Klassifikationsmodells steht dem Anspruch entgegen, einen Ausgleich über GKV-standardisierte Werte durchzuführen. Die erzielte minimale Steigerung des R^2 hat keine erkennbare finanzrelevante Auswirkung auf die Zuweisungsverteilung unter den Krankenkassen zur Folge. Da die Zuweisung einer Krankenkasse aber immer stärker von der Kodierqualität ihrer Leistungserbringer abhängt, steigt der Druck, bzw. der Anreiz hier entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Gerade bei kleineren Krankenkasse führt eine starke Ausdifferenzierung zwischen Morbiditätsgruppen zu auffälligen Schwankungen zwischen Berichtsjahren. Eine Ausweitung der HMG würde diesen Effekt noch verstärken.</p>	BKK-BV
	<p>Der Entwurf enthält zahlreiche zu begrüßende Änderungen und Ansätze, vielfach führen mit hohem Entwicklungsaufwand verbundene Differenzierungen jedoch nur zu geringer Systemverbesserung. Mittlerweile zeigt sich eine extreme Spannweite zwischen HMG mit nur einer Diagnose und HMG die so zahlreiche Diagnosen enthalten, dass nicht mehr alle an der HMG Namensgebung teilhaben können. Gerade aus den starken Zusammenfassungen resultiert ein hoher Pflegeaufwand, da diese Gruppen (wie auch im diesjährigen Entwurf ersichtlich) nachfolgend regelmäßig auf Homogenität geprüft werden müssen. Einmal vergebene HMG-Nummern sollten aus Gründen der Übersichtlichkeit/Nachvollziehbarkeit immer annähernd inhaltsgleich bleiben.</p>	DAK

	<p>Die zahlreichen vorgeschlagenen MG- und DXG-Differenzierungen sind für die Weiterentwicklung des MRSA nicht geeignet. Sie zeigen vielmehr, dass das eigentliche Klassifikationsmodell bereits ausgereift ist. Durch eine weitere Kleingliederung besteht die Gefahr partieller Ist-Kostenausgleiche, die dem RSA-Prinzip der standardisierten Leistungsausgaben entgegenstehen und Anreize zur Wirtschaftlichkeit unterbinden.</p> <p>Die vorgenommene Kleingliederung entspricht auch nicht mehr einem Schweregradverlauf innerhalb einer Erkrankung, sondern orientiert sich lediglich an dem ökonomischen Kriterium der Kostenhomogenität. Dies führt zu marginalen Anpassungen; zudem ist das Kriterium nicht weiter definiert. Weder ist beschrieben, wie sich durch Kleingliederung die Kostenhomogenität insgesamt verändert, noch ist bezeichnet, was eine Verbesserung / Verschlechterung der Kostenhomogenität darstellen soll. Der Anstieg des R^2 ist hierbei nicht aussagefähig, da bei Erweiterung der Anzahl der erklärenden Variablen das R^2 per se ansteigt. Die vom BVA pauschal festgelegte Mindestzahl von 100 Versicherten in einer Gruppe ist fraglich, zumal nun Vollerhebungsdaten zur Verfügung stehen. Diese Untergrenze sollte 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. Von einer weitergehenden Kleingliederung aus Gründen der „Kostenhomogenität“ muss daher abgesehen werden.</p> <p>Zugleich führt eine zu kleinteilige Differenzierung dazu, dass Kodiervarianten zu deutlich unterschiedlichen Zuweisungen führen können. (Bsp.: Führt man eine Differenzierung ein zwischen dem spezifischen ICD-Kode „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese“ und der nur aus einem 4-stelligen ICD-Kode und in der 4. ICD-Stelle unterscheidenden unspezifischen Diagnose „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, der Unterschied in der Zuweisung beträgt mehr als 8.000€.)</p> <p>Stattdessen würde es sich auch für die neu aufgenommenen HMGs für Komplikationen 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, 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.</p>	AOK-BV
--	---	--------

1.5	Methodisches Vorgehen - Stichprobe	
	<p>Die Stichprobe sollte eingehender statistisch beschrieben und mit entsprechenden Maßzahlen der Vollerhebung verglichen werden. Dies betrifft insbesondere einen Vergleich der Alters- und Morbiditätsstruktur. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass Berechnungsergebnisse auf Basis der Vollerhebung die entsprechenden Berechnungen auf Grundlage der 30%-Stichprobe nicht bestätigen bzw. zu anderen Schlussfolgerungen führen. Aus diesem Grund sollte weiterhin die statistische Signifikanz der einzelnen Regressionskoeffizienten dokumentiert werden.</p>	GKV-SV
	<p>Die Auswahl der Stichprobe durch das BVA ist nicht ausreichend beschrieben. Neben den Kennzahlen wäre weitere Angaben zur Besetzung der AGGs, EMGs und HMGs auf Basis der existierenden Klassifikation hilfreich. Auch ein Vergleich der einzelnen Kostengewichte zwischen der Vollerhebung der Stichprobenauswahl sollte die Transparenz erhöhen. Zudem ist das Kriterium "geringe Fallzahlen", um auf die Vollerhebung zurück zu greifen, näher zu definieren.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nach welchen Kriterien wurde die Stichprobe gezogen? 2. Sind Über und/oder Unterrepräsentationen ausgeschlossen? 3. Hat der Unterschied im R² Auswirkungen auf etwaige Untersuchungen in der Zuordnungssystematik beziehungsweise ist sichergestellt, dass diese ausgeschlossen sind? 4. Woran orientiert sich das Kriterium „geringe Fallzahlen“? Hier wären mehrere Möglichkeiten, wie zum Beispiel die Gesamtzahl der „Grundkrankheit“, an der Anzahl der Diagnosen oder auch mathematische Bedingungen möglich. 5. Unter Punkt 28 des Entwurfs wird ausgeführt, dass auf einen Test der statistischen Signifikanz verzichtet wird, da die Ermittlung der Regressionskoeffizienten auf Basis der Vollerhebung erfolgt. Dies wirft, im Rahmen der Modelluntersuchungen auf Basis der Stichprobe, die Frage auf, ob für die Stichprobe ein solcher Test weiterhin existiert beziehungsweise wie mit statistischen Insignifikanten umgegangen wird. 6. Eine Nachvollziehbarkeit der vom BVA durchgeführten Auswertungen auf Basis der Stichprobe ist nur dem GKV-Spitzenverband, der als einziger über den gleichen Datenpool in der GKV verfügt, möglich. Von daher stellt sich die Frage, inwieweit die genutzte Stichprobe dem GKV-Spitzenverband im Rahmen der Anhörung bekannt gemacht worden ist. 7. Sofern die Stichprobe dem GKV-Spitzenverband nicht bekannt ist, schließen sich aus Sicht des BKK Systems weitere Fragen an, die im Rahmen des Anhörungsverfahrens zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem BVA zu klären beziehungsweise zu erläutern wären. Theoretisch könnte der GKV-Spitzenverband aus Zeitgründen auf Basis einer eigenen Stichprobe Analysen zu den gemachten Bewertungen vornehmen. Sofern sich hier Abweichungen ergeben, die andere Rückschlüsse zulassen, entsteht hier ein neues Problemfeld. Gleichwohl würde, bei der Nutzung der gleichen Stichprobe, etwaige Probleme oder auch Fehler in den Auswertungen nicht auszuschließen sein. Wir würden es daher begrüßen, dass dieses näher erläutert und für die GKV der Beste Weg gewählt wird. 	BKK-BV
	<p>Es fehlt einerseits ein struktureller Vergleich der 30%-Stichprobe und der Vollerhebung, andererseits eine transparente Verfahrensweise, wann von der Stichprobe auf die Vollerhebung gewechselt wird. Daher die Bitte, den Wechsel von der Stichprobe auf die Vollerhebung besser zu begründen und einem einheitlichen Verfahren zu folgen.</p>	Barmer
	<p>Es stellt sich die Frage, ob die als Vollerhebung bezeichnete Datengrundlage tatsächlich exakt 100% der GKV-Versicherten umfasst oder ob es durch Datenfehler zu Ausschlüssen gekommen ist. Daraus ergibt sich die Frage der Sensitivität der Kennwerte für Modelle.</p>	KBV

1.6	Methodisches Vorgehen - Nullsetzung von Regressionskoeffizienten	
	<p>Der Sachverhalt wird von der Barmer anders bewertet. Beim T-Test lautet die Nullhypothese, dass ein Regressionskoeffizient gleich 0 ist. Liefert der Test kein signifikantes Ergebnis, kann die Nullhypothese nicht verworfen werden und gilt folglich wieder. Somit wäre dann der Regressionskoeffizient richtigerweise gleich 0 zu setzen. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine Stichprobe oder die Vollerhebung handelt, da abschließend immer auch das Vollmodell selbst geprüft wird. Die Modelanpassung erfolgt in separaten Einzelschritten und teilweise auf Basis der Stichprobe. Die Relevanz jedes einzelnen Parameters im Gesamtmodell wird auf diese Weise während der Weiterentwicklung nicht geprüft. Nicht signifikante Parameter können somit auch noch im finalen Modell z.B. darauf hindeuten, dass ein Parameter keinen Einfluss auf die zu erklärenden Kosten hat oder dass nach Zusammenführung aller Änderungen ein Multikollinearitätsproblem vorliegt. In beiden Fällen wäre die Höhe des Regressionskoeffizienten eher zufällig und sollte keinen Eingang in die Berechnung der Zuweisungen finden. Die Bewertung des Gesamtmodells mit Hilfe statistischer Gütemaße würde durch den zufallsbedingten Einfluss nicht signifikanter Koeffizienten ebenfalls erschwert. Ein Beibehalten nicht signifikanter Prädiktoren würde außerdem nicht dem internationalen Standard entsprechen.</p>	Barmer
	<p>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.</p>	AOK-BV

2	Aufgreifkriterien	
2.1	Allgemeines	
	Analog zu den Kriterien der Alterssplits (siehe 2.6) sollte auch für übrigen Morbiditätsgruppen ein Mindestabstand von 500 € vorgesehen werden. Dadurch könnten Hierarchieverletzungen vermieden werden.	IKK e.V.
2.2	Berücksichtigung von Arzneimitteln	
	Wie bereits in der Stellungnahme des GKV-SV beschrieben werden Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka ausschließlich therapieunterstützend eingesetzt und besitzen kein klares Indikationsgebiet. Eine fehlende Berücksichtigung bei der Validierung ist daher nicht mit einer Bewertung der Therapiemöglichkeiten gleichzusetzen. Für die entsprechende Prüfung der Anlage 3 verweisen wir auf unser Schreiben im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zum Klassifikationsmodell 2014.	TK et al.
	Die Abbildung von Arzneimitteln wurde weiter verfeinert, ist jedoch noch längst nicht ausreichend differenziert.	DAK
	Der IKK e.V. sieht im Sonderfall Ib die Schaffung eines neuen Sonderfalls, der den Zielen einer Konsolidierung und Verschlinkung des Verfahrens entgegensteht. Darüber hinaus sei eine feinere Ausdifferenzierung der Sonderfälle nicht zielführend, da hierfür auf weitergehende Indikatoren zu Verlauf, Komplikationen und Behandlungsmethoden zurückgegriffen werden müssten, die aber für den RSA nicht vorlägen. Hingegen bestehe die Gefahr negativer Anreizwirkungen.	IKK e.V.
	Der IKK e.V. mahnt eine Überprüfung der Zuschlagsgruppen mit niedrigen Kostengewichten hinsichtlich des Aufgreifkriteriums "Arzneimittelverordnung (klinische Relevanz)" an.	IKK e.V.
	Die Barmer kritisiert, dass ihre Vorschläge zur Nutzung unterschiedlicher Arzneimittel-Zuschlagsgruppen zur Schweregraddifferenzierung zum wiederholten Mal nicht geprüft wurden. Dies gilt insbesondere auch, weil die im Festlegungsentwurf dargestellte Alternative von diagnosebasiert aufgespaltenen Arzneimittel-Zuschlagsgruppen im Ergebnis nicht überzeugen (vgl. Ausführungen zu Nr. 11, Muskel- und Skelettsystem). Weiterentwicklungen des Klassifikationsmodells sind für die Krankenkassen bei aller wissenschaftlichen Herangehensweise durch BVA und Beirat ein wettbewerbliches Feld. Die Erwartungen an die Befassung eines zur wettbewerblichen Neutralität verpflichteten Verbandes sollten nicht zu hoch gesetzt werden. Wenn sich BVA und Beirat strukturierte und vertiefte Informationen zu den Vor- und (den behaupteten) Nachteilen unterschiedlicher Arzneimittel-Zuschlagsgruppen beschaffen möchten, bietet die Barmer eine vertiefte Diskussion ausdrücklich und zeitnah an. Sie gehen davon aus, dass dasselbe auch für Krankenkassen gelten dürfte, die eine solche zusätzliche Schweregraddifferenzierung ablehnen.	Barmer
	Bezüglich der Bildung unterschiedlicher Arzneimittel-Zuschlagsgruppen zur Schweregraddifferenzierung verweist das BVA auf einen vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen vertieften fachlichen Austausch mit dem GKV-Spitzenverband. Dieser wird von uns grundsätzlich begrüßt. Jedoch ist festzustellen, dass GKV-intern derzeit der entsprechende Abstimmungsprozess zu dieser Thematik noch nicht abgeschlossen ist.	GKV-SV

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

	Die Barmer begrüßt die Untersuchung, ob der verordnungsquartalbezogene Sonderfall abgeschafft werden kann. Das Ergebnis erscheint sachgerecht.	Barmer
	Die Reduzierung der Differenzierung nach Verordnungsquartalen (Sonderfall 2) wird begrüßt. Gleichzeitig wird die zunehmende Komplexität des Aufgreifalgorithmus bemängelt, da Sonderfall 2 für die DxG936 (Opiatsubstitution) bestehen bleibt. Sonderfall 1 wurde weiter ausdifferenziert, was tatsächlich der Schaffung eines zusätzlichen Sonderfalls entspricht, der auch aus Gründen der Übersichtlichkeit so benannt werden sollte.	Deutsche BKK
	Im Rahmen der gesonderten Berücksichtigung von Kindern im Aufgreifalgorithmus ist bei den DxGs mit obligater Arzneimittelzuordnung für Kinder das M2Q-Kriterium vorgesehen. Das M2Q-Kriterium ist jedoch gerade bei rezidivierend-akutem Krankheitsgeschehen kein zielführendes Aufgreifkriterium. So kann bei Erkrankungen wie Pneumonien (bspw. DxG15, DxG464, DxG467, DxG468, DxG471, DxG932) oder bakteriellen Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszesse und anderen lokal begrenzten Hautinfektionen (DxG618) nicht davon ausgegangen werden, dass diese länger als 3 Monate andauern und somit das M2Q-Kriterium erfüllt wird. Für Kinder sollte daher das Aufgreifkriterium bei DxGs mit obligater Arzneimittelzuordnung für das rezidivierend-akute Krankheitsgeschehen geändert werden in eine Mindestbehandlungsdauer von 5 BT und eine passende Verordnung im selben Quartal. Das Vorgehen wäre dann analog zum Vorgehen bei rezidivierend-akutem Krankheitsgeschehen bei Erwachsenen und würde gleichzeitig der niedrigeren Medikamentendosis bei Kindern Rechnung tragen.	TK et al.
	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- 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. 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.	AOK-BV
	Der Ausschluss der Validierung von Diagnosen über Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka wird befürwortet.	KBV
	Die angestrebten Änderungen der Aufgreifkriterien (Sonderfall I und Sonderfall II) erscheinen methodisch konsistent.	KBV

2.3	Alterssplits von HMGs	
	<p>Eine generelle Untersuchung der HMGs auf mögliche Alterssplits unter Verwendung von Deckungsbeiträgen der einzelnen Altersgruppen ist u. E. jedoch nicht zielführend, da weitere mögliche Differenzierungsmerkmale innerhalb einer Morbiditätsgruppe als Erklärungen für eine auffällige Verteilung der Deckungsbeiträge hiermit systematisch außer Acht gelassen werden (Behandlungsformen im Krankheitsverlauf, Arzneimitteldifferenzierungen etc.).</p> <p>Nicht alle Kriterien können nachvollzogen werden: maximal 3 Einzelgruppen, eine Höchstgrenze für Alterssplits bei 65 Jahren, Grenzen für Alterssplits auf bestehenden AGG-Grenzen; sinnvoll sind die Kriterien Kostenschätzer teure Gruppe muss günstige Gruppe um Faktor 1,5 übersteigen und der absolute Abstand zwischen Kostenschätzern von 500 Euro. Eine Begründung dieser Kriterien und Mindestvoraussetzungen für Alterssplits fehlen.</p> <p>Grundsätzlich muss die Einführung eines Alterssplits medizinisch begründbar sein. Eine generelle Überprüfung alle MGs auf Grundlage der vorgestellten Methodik wird abgelehnt. Die vorgeschlagene Erhöhung der Anzahl HMGs um 32 und Hierarchiebeziehungen um 131 führt nicht zu einer entsprechenden Verbesserung der Zielgenauigkeit und kann die Gefahr partieller IST-Kostenausgleiche in selten besetzten HMGs mit sich bringen.</p>	GKV-SV
	<p>Für eine Abgrenzung, die anhand von Deckungsquoten im Alter ermittelt wird, besteht keine rechtliche Rechtfertigung. Die Einführung von Altersgrenzen oder Trennung nach Geschlecht führt zu eine hohen Anzahl von Zuschlagsgruppen alleine im Bereich der HMGs. Neben rechtlichen und technischen Bedenken stellt sich die Frage, inwieweit Kostenverläufe durch nicht medizinisch begründete Effekte getriggert werden (siehe Seite 4-5 der Stellungnahme der betrieblichen Krankenversicherung zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2014).</p>	BKK-BV
	<p>Die Barmer hat bei der Vorgehensweise des BVA hinsichtlich der Einführung von Alterssplits Bedenken. Bei der Vielzahl an Interaktionen zwischen Variablen des bestehenden Modells den Zusammenhang zwischen Alter und bestimmten Krankheiten herauszuheben, erscheint nicht abwegig. Für eine hinreichende Bewertung der vorgestellten Methodik reichen die bisherigen Ausführungen und Analysen allerdings nicht aus. Dies wird ausführlich unter Bezug auf die Arbeit von Sonja Schillo (Berücksichtigung von Wechselwirkungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, Duisburg 2011) begründet. Darin wird gezeigt, dass die Berücksichtigung von Alters-/Krankheitsinteraktionen erheblich größere Auswirkungen auf die Modellqualität hat, als die Berücksichtigung jeder anderen Art von Interaktion für sich allein. Extrem groß sind die Wirkungen allerdings auch nicht. Die Einführung von Alterssplits sollte nicht zufällig - auf Vorschlag einzelner Anhörungspartner - erfolgen. Dies birgt die Gefahr, auf Dauer eine extreme Anzahl neuer Zuschläge zu generieren und die Komplexität des Modells zu steigern. Darüber hinaus könnte die Beurteilung einer Änderung nicht aufgrund des Erklärungsbeitrags erfolgen. Es entstünde eine Illusion über ihre Gesamtwirkung, wenn Alterssplits aufgrund der zeitlichen Abfolge der Prüfung eingeführt, verworfen oder fortgeführt werden. Eine systematische, simultane Einführung und Beurteilung über Ermittlung von Interaktionsthermen nach Schillo wird vorgeschlagen. Darüber hinaus wird eine Darstellung der Rückwirkungen von Alterssplits auf die Alters- und Geschlechtszuschläge für die Beurteilung einer Änderung als zwingend erforderlich erachtet. Der Residualanalyse ziehen sie predictive ratios vor, da für die aus ihrer Sicht erforderliche "Landkarte" dies unaufwändiger und eindeutiger interpretierbarer ist.</p>	Barmer

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

	<p>Die Einführung von Altersplits mit Kriterienkatalog wird von TK et al. ausdrücklich begrüßt. Der vorgesehene Abstand von 500 Euro zwischen Kostenschätzern wird als angemessen erachtet. Der Euro-Grenzwert sollte jetzt mathematisch hergeleitet bzw. an eine Bezugsgröße gekoppelt werden.</p>	TK et al.
	<p>Das Anliegen, eine allgemeingültige Methode zu entwickeln wird begrüßt. Allerdings fehle ein Kriterium zur Gesamtbewertung der Angemessenheit. Der IKK e.V. schlägt hierfür eine Mindestveränderung des CPM von 0,001 bzw. des MAPE von 0,03 € vor.</p>	IKK e.V.
	<p>Das Thema systematische Abbildung bzw. Berücksichtigung von unterschiedlichen Krankheitskosten in Abhängigkeit vom Alter wird generell begrüßt. Es wird jedoch am vorgeschlagenen Modell viele klärungsbedürftige Sachverhalte und erheblicher Anpassungsbedarf gesehen, so dass sowohl die generelle Umsetzung als auch die beiden konkret vorgeschlagenen Altersplits abgelehnt werden: Die Anwendung von Deckungsbeiträgen zur Identifizierung von Altersplits wird jedoch als in der vorgelegten Form nicht umsetzbar angesehen. Komorbiditätseffekte und Effekte aus dem AGG-Anteil werden nicht ausreichend beachtet, die ausgewählten Erkrankungen eignen sich nicht zur generellen Bewertung der Methode, da sie besondere Altersverläufe aufweisen, stattdessen sollte die Methode an typischen chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, etc. untersucht werden. Statt an Deckungsbeiträgen sollten sich Altersplits an den Kosten der medizinischen Behandlung orientieren. Es fehlen im Entwurf Angaben zur geplanten systematischen Anwendung der Kriterien über alle HMG, sowie Erläuterungen und Herleitungen zu den weiteren Kriterien: Kostendifferenz, maximales Alter und Anzahl der Gruppen.</p>	DAK
	<p>Wie am Beispiel der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ deutlich wird, ist eine MG-Altersdifferenzierung nur in Ausnahmefällen zielführend. Das AOK-System lehnt 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 Altersplits. Bei Erkrankungen im höheren Lebensalter sind Altersplits zudem aufgrund der Multimorbidität, also der Korrelation 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. Es ist zudem nicht erkennbar, wie die vom BVA formulierten Alterssplit-Kriterien, insbesondere die Festlegung einer Höchstgrenze von 65 Jahren, begründet werden können. 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).</p>	AOK-BV
	<p>Die vorgesehene Methodik wird begrüßt. Es stellt sich die Frage, ob neben globalen Gütemaßen eines Modells als zusätzliches Kriterium die Vorhersagerelation der jeweiligen Gruppen herangezogen werden sollte, um die spezifische Wirkungsrichtung der vorgeschlagenen Anpassung bei der Entscheidung miteinzubeziehen und zugleich die bei der Anpassung mit Altersplits ggf. ausgelösten Veränderungen der Schätzgüte anderer HMG-Schätzer einer Hierarchie stärker zu beachten.</p>	KBV

3	Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien	
3.1	Hierarchie 1: Infektionen	
	Die Entscheidung das Kaposi-Sarkom (C46.-) isoliert bei den Neubildungen zu belassen, kann nicht nachvollzogen werden, da ein Zusammenhang wissenschaftlich belegt ist. Es gibt zwar einige Verlaufsformen, die auch bei HIV-negativen Menschen beobachtet werden: das sogenannte klassische Kaposi-Sarkom bei älteren Männern, das afrikanische Kaposi-Sarkom und das iatrogene Kaposi-Sarkom (= durch eine Therapie verursachte). In Deutschland tritt das Kaposi-Sarkom jedoch am häufigsten bei Menschen mit einer HIV-Infektion auf. Es ist ein Indikator für das Ausbrechen vom Stadium AIDS und bezeichnet einen höheren Schweregrad der HIV-Erkrankung. Aufgrund dessen wird das Kaposi-Sarkom zu den HIV-assoziierten Neoplasien gezählt. Wir schlagen daher weiterhin vor, die ICD C46.- in die Hierarchie Infektionen zu verschieben oder beide HMGs mittels Querverweis zu verbinden.	TK et al.
	Diagnosen in der Hierarchie Infektionen sind - ähnlich wie in der Hierarchie Komplikationen - organ- bzw. krankheitsspezifisch. Warum werden diese nicht ähnlich behandelt und entsprechend neu zugeordnet?	Barmer
	Die Barmer begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen zur Sepsis.	Barmer
	Zusammenlegung von Sepsis und Sepsis beim Neugeborenen werden abgelehnt, stattdessen sollte Modell M01A (zwei HMG mit Dominanzbeziehung) umgesetzt werden: in den Kassendaten lassen sich bereits für 2012 deutliche Kostenunterschiede feststellen, zukünftige Homogenitätsprüfungen könnten entfallen. Selbst eine nicht hierarchisierte Abbildung wäre denkbar, da ein möglicher Doppelkodiereffekt für unter Einjährige keine relevanten Ausmaße annehmen kann.	DAK
	Die Verschiebung des ICD-Kodes A81.2 in die HMG005 kann aus medizinischer Perspektive und Kostenhomogenitätsgründen nachvollzogen werden.	KBV
	Der manifestationsbezogene Aufbau des Klassifikationssystems als Begründung für den Verzicht auf ein Verschieben des Kaposi-Sarkoms in die Hierarchie Infektionen erscheint schlüssig.	KBV
	Die Zusammenlegen der HMG003 (Sepsis beim Neugeborenen) und HMG002 (Sepsis) wird positiv bewertet, da es zur Vereinfachung beiträgt und die Stabilität des Systems gegenüber potenziellen Kodiereffekten verbessert.	KBV
3.2	Hierarchie 02: Neubildungen	
	Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens hat der GKV-Spitzenverband angeregt, die Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung für die HMG 268 bis 280 zu überprüfen. Der Vorschlag wurde im Rahmen des Anpassungsprozesses für das Klassifikationsmodell 2014 nicht überprüft, eine Begründung hierfür fehlt. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass der Vorschlag aus zeitlichen Gründen nicht überprüft werden konnte und eine Untersuchung des Vorschlags im nächsten Anpassungszyklus erfolgen wird.	GKV-SV

	Die Barmer nimmt Bezug auf ihren Vorschlag, die HMG261 für alle Diagnosen der Hierarchie zu öffnen und die "Liste" der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel der DxG917 um 2 weitere ATC-Kodes zu erweitern. Das BVA hat "eine weitere Ausdifferenzierung angesichts anderer Anpassungsschritte zurückgestellt". Die Barmer bittet noch einmal darum, den Vorschlag zu prüfen.	Barmer
	Die Barmer nimmt Bezug auf einen Vorschlag zur Hierarchie 02b "Solide Tumore". Die vorgeschlagene Arzneimitteldifferenzierung sei klassisch und stehe nicht mit der Diskussion um gestaffelte Arzneimittelzuschläge im Zusammenhang. Daher sei nicht nachvollziehbar, warum dies nicht geprüft wurde. Es ist den Anhörungsunterlagen auch nicht zu entnehmen.	Barmer
	Die Zusammenfassung unterschiedlicher Formen der Histiozytose in der HMG267 ist aus medizinischer Sicht sinnvoll	KBV
3.3	Hierarchie 03: Diabetes mellitus	
	Bedauerlicherweise wurde unser Vorschlag zur Anpassung der Hierarchie 02 ("Diabetes mellitus") aus dem diesjährigen Vorschlagsverfahren nicht geprüft. Wir gehen davon aus, dass dies bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells für das nächste Ausgleichsjahr nachgeholt wird (siehe: Stellungnahme der Deutschen BKK zum Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich (Ausgleichsjahr 2014)	Deutsche BKK
3.4	Hierarchie 04: Metabolische Erkrankungen	
	<i>Lysosomale Speicherkrankheiten:</i> Ablehnung des Vorschlags der Umstellung von Ordnungsquartalen auf Behandlungstage bei DxG826 und DxG827. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die bisher gewählte Mindestgrenze des Sonderfalls 1 von 183 Behandlungstagen bei Erwachsenen und 92 Behandlungstagen bei Kindern zur Selektion Versicherter mit einer Dauertherapie gut begründet und hat sich bewährt. Ein Abweichen sollte nur in Einzelfällen erfolgen. Eine alternative Mindestgrenze von BTs sollte unter medizinischen Gesichtspunkten wie Dosisempfehlungen erfolgen. Diese ist bei der Festlegung von 10/5 BT für DxG826 bzw. DxG827 nicht nachvollziehbar. Die Ergebnisse des zweiten Analyseschrittes (Modell MI2) werden nicht hinterfragt. Statt einer Bewertung des zweiten Analyseschrittes wird der dritte Analyseschritt geprüft und festgelegt. Der Umstellung von Ordnungsquartalen auf Behandlungstage wird abgelehnt (detailliertere Ausführung siehe Seite 6-8 der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.09.2013 zum Entwurf der Festlegungen des Bundesversicherungsamtes gemäß § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2014)	GKV-SV

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

	<p><i>Lysosomale Speicherkrankheiten:</i> Der vom BVA festgestellte Effekt, dass die Folgekosten der HMG202 (Glykogenspeicherkrankheit...) nicht von der Menge der im Vorjahr verordneten ERT/SRT-Wirkstoffe abhängig sind, erscheint plausibel. [...] Im Ergebnis sind die Kosten eines Versicherten mit Enzymersatztherapie im Jahr T völlig unabhängig davon, wann die Therapie im Jahr T-1 begonnen hat oder ob der Therapiebeginn nicht bereits länger zurückliegt. Die Menge der im Jahr T-1 verabreichten Arzneimittel sagt nichts über den Schweregrad der Krankheit aus, sondern ausschließlich über den Behandlungsbeginn. Barmer regt gleichwohl an, eine höhere Grenze (45 Behandlungstage) zu prüfen, um einen möglichen manipulativen Anreiz zu verringern, bei gleichzeitigem Erhalt des allergrößten Teils des Qualitätsgewinns für das Verfahren. Bei 10 Behandlungstagen könnten sich theoretisch die Förderung nicht indizierter Therapieversuche für den Fördernden als sinnvoll herausstellen. Mit relativ geringem Aufwand (eine Packung mit 16 DDD A16AB02 kostet 26T €), dessen Geringfügigkeit das Risiko von Kas- senwechsel und Versterben kompensiert, könnte bereits ein Zuschlag für das Folgejahr erreicht werden (ca. 270T €).</p>	Barmer
	<p><i>Hypopituitarismus:</i> Das Vorgehen des BVA hinsichtlich Hypopituitarismus mit und ohne Somatropingabe erscheint grundsätzlich nachvollziehbar. Die Barmer plädiert allerdings für eine detailliertere Analyse bei der Festlegung der Behandlungstage für DxG840 ähnlich der Vorgehensweise bei HMG202. Es wurde festgestellt, dass ein überproportionaler Anteil der Versicherten, die durch den Wegfall von Sonderfall II aus der HMG225 ausscheiden, nur sehr knapp an den 183 Behandlungstagen scheitern und erhebliche prospektive Kosten haben. Sie bitten um eine Prüfung, ob die Bildung einer zusätzlichen Kategorie "Hypopituitarismus mit Bedarfsmedikation" die Modelleigenschaften weiter verbessert.</p>	Barmer
	<p><i>Hierarchiestruktur:</i> Bei der umfangreichen Konsolidierung der Hierarchiestruktur unter Punkt 9.8 sollte aus Sicht der Barmer auch noch die Zusammenlegung der HMG023 mit der HMG285 überprüft werden. Die Kostenschätzer liegen nur leicht auseinander (200 €).</p>	Barmer
	<p><i>Lysosomale Speicherkrankheiten:</i> Im Rahmen der Bewertung ob die Medikation von der Sonderfallregelung II auf die Sonderfallregelung I umgestellt werden kann, kommt das BVA zu dem Schluss, dass die geforderten 183 BT zu viel sind, da die Medikation unter anderem in Abhängigkeit vom Gewicht auch geringer verordnet werden kann. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, warum die Schwelle 10 BT gesetzt wird. Dies entspricht einer Quote von ca. 5% der vorherigen Annahme. Weitere Erläuterungen zur Wahl bzw. Alternativberechnung mit beispielsweise 92 BT wurden nicht zur Verfügung gestellt. Aufgrund dieser Tatsache fordern wir das BVA auf, zu prüfen, ob höhere Grenzwerte eine weitere Verbesserung der Zielgenauigkeit mit sich bringen. Aufgrund der geringen Fallzahl innerhalb der HMG regen wir weiterhin an, mögliche Änderungen auf Basis der Daten mehrerer Jahre zu validieren.</p> <p>Die geplante Schweregraddifferenzierung bei der HMG 202 (Glykogenspeicherkrankheiten) ist aus der Tatsache heraus kritisch zu bewerten, dass das zugrunde gelegte Rechenmodell über BT zu einer Absenkung der Gruppengröße führte (siehe Ausführungen in den Erläuterungen zum Entwurf auf Seite 153), da ca. die Hälfte der Versicherten „zu wenig“ Medikamente erhalten hatte, obwohl es sich eigentlich - bei korrekter Diagnose und Indikationsstellung - um lebensnotwendige Medikamente handelt. Im Vorfeld einer Änderung sollte unbedingt geprüft werden, ob die in der WIDO-Liste hinterlegten DDD im Falle dieser Erkrankung zielführend und korrekt sind (gewichtabhängige Dosierung).</p>	BKK-BV

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

	<p><i>Lysosomale Speicherkrankheiten:</i> Die Arzneimittelvalidierung der DxG826 und DxG827 sollte ausschließlich auf die ATC A16AB und A16AX06 begrenzt werden, um ungerechtfertigte Zuschläge zu vermeiden. Zudem sollten mindestens 183 Behandlungstage gefordert werden, da eine Bedarfsmedikation bei lysosomalen Speicherkrankheiten ausgeschlossen werden könne.</p>	IKK e.V.
	<p><i>Hierarchiestruktur:</i> Bei den fünf am niedrigsten bewerteten HMG der Hierarchie (024, 283, 251, 285 und 023) liegen die Schätzer eng beieinander. Hier sollte eine Zusammenlegung zu Gruppen mit größeren Abständen vorgenommen werden.</p>	IKK e.V.
	<p><i>Lysosomale Speicherkrankheiten:</i> Die für die HMG 202 und 225 beabsichtigte Anpassung der Aufgreifkriterien ist 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: Auf Basis der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Morbus Gaucher ergibt sich 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.</p> <p>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 Krankenhausesentgeltschlüsseln bzw. Zusatzentgelten in Verbindung mit OPS verweisen wir auf unsere Stellungnahmen vom 05.04.2012 sowie 27.08.2012.</p>	AOK-BV
	<p><i>Hypopituitarismus:</i> Auch für den hypophysären Kleinwuchs mit Somatotropin-Dauertherapie (HMG 225) wird die Schweregraddifferenzierung über Sonderfall 2 weiterhin als notwendig erachtet, die durch eine zusätzliche Prüfung einer Mindestverordnungsmenge ergänzt werden kann. Kinder: Für ein kleinwüchsiges Mädchen im Alter von 1 Jahr ergibt sich gemäß EMA (European Medicines Agency) eine Mindestverordnungsmenge von 98 BT. Kinder ab 12 Jahren und Erwachsene: Mindestverordnungsmenge von 396 BT.</p> <p>Allerdings wird bereits bei der EMA 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.</p>	AOK-BV
	<p><i>Lysosomale Speicherkrankheiten:</i> Die Umstellung von Ordnungsquartalen auf Behandlungstage bei der DxG826 "Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT" und DxG827 "Sphingolipidosen mit ERT/SRT" wird aufgrund der Verbesserung der Schätzwerte positiv bewertet. Die weitere Klärung des unerwartet häufigen Unterschreitens des Grenzwerts von 183 BT bzw. 92 BT wird empfohlen.</p>	KBV
	<p><i>Hypopituitarismus:</i> Die Umstellung von Ordnungsquartalen auf Behandlungstage bei der DxG840 "Hypopituitarismus mit Somatotropingabe" wird aufgrund der Verbesserung der Schätzwerte positiv bewertet.</p>	KBV

	<i>Medizinische Gruppenzuordnung:</i> Die Auftrennung der DxG115 "Erkrankungen der Nebenniere" gemäß ICD-10-GM-3-stellern ist medizinisch nachvollziehbar.	KBV
	<i>Medizinische Gruppenzuordnung:</i> Durch die Einordnung der Dreisteller E89.- in die DxG "Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen" aus den medizinischen Komplikationen erscheint sinnvoll, da es zu dem manifestationsbezogenen Aufbau des Klassifikationssystems beiträgt.	KBV
	<i>Medizinische Gruppenzuordnung:</i> Die Auftrennung der DxG117 in drei DxGs ist medizinisch sachgerecht.	KBV
3.5	Hierarchie 06: Gastrointestinale Erkrankungen	
	Das BVA schlägt die Einsortierung des "Postoperativen Darmverschlusses" als eigenständige DxG/HMG vor, die von der HMG031 "Ileus" dominiert wird. Ein postoperativer Darmverschluss kann auch als Ileus dokumentiert werden bzw. ein Ileus kann auch postoperativ auftreten. Um Manipulationsanreize zu vermindern, sollten Kodiervarianten nicht zu doppelten bzw. unterschiedlichen Gruppierungen führen. Daher bitten sie, die Zusammenlegung der DxG762 und der DxG156 in eine gemeinsame Morbiditätsgruppe zu prüfen.	Barmer
	Die DxG763 sollte aufgrund der deutlich unterschiedlichen Kosten nicht mit der HMG033 zusammengefasst werden, stattdessen ist an dieser Stelle die Bildung einer eigenen HMG gerechtfertigt und auch übersichtlicher, eine zukünftige Überprüfung auf Homogenität kann dann entfallen.	DAK
	Die Zuordnung des Aufgreifkriteriums "stationär erforderlich" zur Diagnose "postoperativer Darmverschluss" erscheint unter dem Begriff der Behandlungsrelevanz sinnvoll. Alternativ bietet sich hier die Komplikationshierarchie mit HMG0334 und Strahlenproktitis/Strahlenkolitis an. Mögliche Manipulations- bzw. Fehlkodierungsanreize erscheinen hier eher theoretisch als real.	DAK
	Die Aufnahme neuer ICD-Kodes aus den medizinischen Komplikationen erscheint schlüssig.	KBV
3.6	Hierarchie 07: Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems	
	Unter Kostengesichtspunkten wird eine Zusammenlegung der HMG227 mit der HMG228 angeregt.	IKK e.V.

	<p>Die Barmer hält die krankheitsbezogene Aufspaltung der bisherigen HMG229 für die Nutzung einer Zufallskorrelation und damit ihrem eigenen Vorschlag der Einführung einer zusätzlichen Dauermedikationsgruppe (L01XC, L04AA, L04AB, L04AC) für unterlegen. Dies wird damit begründet, dass sich die unterschiedlichen Kostenschätzer der drei neuen HMGs aus einem unterschiedlichen Anteil der in der jeweiligen HMG mit den ATC-Fünfstellern (s. o.) Behandelten ergeben. Dies wiederum liege an einer unterschiedlichen Schweregradverteilung und an den erheblichen Nebenwirkungen der genannten Arzneimittel, die bei jüngeren Versicherten ein besseres Chance-/Risikoprofil der Behandlung bewirken. Sowohl die Schweregrade als auch infolgedessen die prospektiven Kosten können über die direkte Berücksichtigung der o. g. ATC-Fünfsteller "sehr viel direkter" als über eine Aufteilung nach verschiedenen Krankheitsbildern getrennt werden. Die Nutzung indirekter Morbiditätsparameter sei häufig mit Nebenwirkungen verbunden. So sinkt der Zuschlag in der HMG200 (3.003€) gegenüber dem Zuschlag in der alten HMG229 (3446€) sichtbar ab, der Zuschlag in der HMG198 (6.613€) steigt deutlich an. Für Fälle der juvenilen Arthritis, welche mit Arzneimitteln der vier genannten ATC-Fünfsteller behandelt werden, ergibt sich eine Verbesserung des Deckungsgrades bei gleichzeitiger Erhöhung der überflüssigen Zuweisungen für Versicherte mit derselben Krankheit, die als leichtere Fälle bereits mit Glucocorticoiden ausreichend versorgt sind. Umgekehrt wird die Deckungsgradsituation für alle Versicherten in der HMG200 schlechter, gerade auch für jene Fälle, wo eine Behandlung mit Glucocorticoiden nicht mehr ausreicht und zu den teuren Präparaten aus der von Barmer vorgeschlagenen Liste gegriffen werden muss. Diesen Problemen kann durch eine Berücksichtigung der tatsächlichen Risikoparameter aus dem Weg gegangen werden.</p>	Barmer
	<p>Für die infolge der Auflösung der HMG 229 gebildeten drei neuen Zuschlagsgruppen HMG 226, 227 und 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).</p>	AOK-BV
	<p>Die dargestellten Änderungen der Hierarchie sind nachvollziehbar begründet und sachgerecht</p>	KBV
	<p>Siehe Punkt 3.18 Hierarchie 24 "Medizinische Komplikationen"</p>	TK et al.
3.7	Hierarchie 08: Hämatologische Erkrankungen	
	<p><i>Hämophilie:</i> Die Ausgestaltung einer zusätzlichen HMG für die Bedarfsmedikation wurde vom Ziel geprägt, keine zusätzlichen Sonderfälle zu schaffen. Dies ist nicht sachgerecht, da die Festlegung von Behandlungstagen unter medizinischen Gesichtspunkten erfolgen muss. Aufgrund der gewichtsabhängigen Dosierung von Gerinnungsfaktoren ist eine Abgrenzung der Dauer- bzw. Bedarfsmedikation nicht möglich. Somit passt die DDD Systematik nicht und Kombinationspräparate weisen einen geringeren DDD Wert auf. Versicherte brauchen somit unterschiedliche Mengen an Faktor VIII Präparaten, um die BT Schwelle zu erreichen. Die vorgeschlagenen Mindestmengen von 183/92 bzw. 10/5 sollten unter Berücksichtigung der Manipulationsresistenz des Klassifikationsmodells überprüft werden.</p>	GKV-SV

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

	<p><i>Hämophilie:</i> Modellverbesserungen bei der DxG/HMG Hämophilie mit Bedarfsmedikation sind nicht zwangsweise durch den Wegfall von Frauen zu erklären sondern durch den Wegfall von M2Q Diagnosen. Der Ausschluss von Frauen aus der HMG 036 Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer) ist aus unserer Sicht dem gewählten Anpassungsprozess geschuldet und lässt sich ebenso wie eine ent-sprechende Begrenzung der HMG 036 Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer) nicht begründen.</p>	GKV-SV
	<p><i>Willebrand-Jürgens-Syndrom:</i> Eine Unterscheidung von Bedarfs- bzw. Dauermedikationen ist auf Basis von Behandlungstagen nicht möglich und damit u. E. die alleinige Zuordnung von Desmopressin zur DXG 238 WJS mit Bedarfsmedikation nicht schlüssig. Vor diesem Hintergrund sollte die Zuordnung von Desmopressin zur DXG 237/238 WJS mit Dauer bzw. Bedarfsmedikation überdacht werden.</p>	GKV-SV
	<p><i>Hämophilie:</i> Der ICD-Kode D68.31 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII wird bei fehlender Dauer- oder Bedarfsmedikation der DXG 232 „Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen“ zuordnet. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sachgerecht.</p>	GKV-SV
	<p><i>Willebrand-Jürgens-Syndrom:</i> Die Schweregradifferenzierung des Willebrand-Jürgens-Syndroms (WJS) wird ausdrücklich begrüßt. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass auch Personen mit WJS mit Dauermedikation Desmopressin verabreicht bekommen, sollte der ATC H01BA02 auch der DxG237 zugeordnet werden.</p>	Barmer
	<p><i>Hämophilie:</i> Die neue Vorgehensweise mit Veränderung des Aufgreifkriteriums für die HMG035 und die Bildung der HMG036 als "Auffangkategorie" sowie Bedarfs- und Dauermedikation erscheint sachgerecht. Allerdings stellt sie erhebliche Ansprüche an die Qualität der Abbildung des Zusammenhangs zwischen der abgegebenen Packung und der Tagesdosis. Hier beinhalten die zugrunde gelegten Daten erhebliche Qualitätsmängel. (s. Wido-PZN-Liste)</p>	Barmer
	<p><i>Hämophilie:</i> Der Ausschluss der Frauen aus HMG036 beruht auf einem logischen Fehler. Die Barmer regt dringend an, den Sonderfall mit 10 Behandlungstagen sowohl für Männer und Frauen zu prüfen und erst dann eine Entscheidung über die Abgrenzung der HMG036 nach Geschlecht zu treffen. Auch wenn die vorgesehene Regelung wenige Personen betrifft, bewirkt sie qualitativ eine erhebliche geschlechtsspezifische "Schlagseite" im Modell.</p>	Barmer
	<p><i>Unstimmigkeiten der Wido-PZN-Liste.</i> Die wesentlichen Bedenken der Barmer sind in den 2 Anlagen mit Einzelbeispielen dargestellt.</p>	Barmer
	<p><i>Hämophilie:</i> Der beabsichtigte Wechsel der DXG225 von Sonderfall 2 zu Sonderfall 1 sollte in der vorgelegten Form nicht vorgenommen werden, da die Bluterthematik grundlegend zu überarbeiten ist. Die im Krankenhaus verabreichten und über stationäre Zusatzentgelte abgerechneten Präparate sei nicht befriedigend geregelt. Ferner sollte bei den nachfolgenden ATC Codes geprüft werden, ob nicht bereits bei geringeren Dosen von einer Hämophilie mit Dauermedikation auszugehen ist: B02BD12 (ab 2013 ATC B02BD14) B02BD02 , B02BD06.</p>	BKK-BV
	<p><i>Hämophilie und Willebrand-Jürgens-Syndrom:</i> Die Umstellung der Aufgreifkriterien von zwei Ordnungsquartalen auf DDD bei Hämophilie sowie die separate Abbildung des Willebrand-Jürgen-Syndrom wird begrüßt. Es fehlt jedoch eine Methode zur Ermittlung der Grenzen für Dauer- bzw. Bedarfsmedikation. Zumindest für die Gruppe mit Hemmkörper-Hämophilie erscheint die Grenzen zu hoch, hier wird eine Absenkung der DDD-Menge auf 90 vorgeschlagen.</p>	DAK

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

	<i>Hämophilie:</i> Die Liste der Faktorpräparate für die DxG225 und DxG236 muss um die ATC B02BD05 Gerinnungsfaktor VII ergänzt werden.	DAK
	<i>Hämophilie:</i> Bei der HMG036 erscheint eine Abstufung der DDD-Menge bei einem Alter unter 12 Jahren sinnvoll, bisher wird hier nach dem Kriterium "Arzneimittel obligat" das M2Q-Kriterium angewendet, dies führt zu einer Verwässerung der Kosten.	DAK
	<i>Willebrand-Jürgens-Syndrom:</i> Das Willebrand-Jürgen-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation sollte in einer eigenen HMG oberhalb der HMG046 einsortiert werden.	DAK
	<i>Hämophilie:</i> Die DxG816 Hämophilie (Frauen) ohne Dauermedikation wurde im Rahmen der Prüfungen auf Homogenität wiederholt verschoben. Es wird vorgeschlagen eine eigene HMG zu schaffen, damit wird die regelmäßige Prüfung der Homogenität verzichtbar und das Modell übersichtlicher.	DAK
	Die Berechnungen auf Basis der Vollerhebung zeigen einen Effekt durch Kostenausreißer, der bisher im Schlussausgleich "untergeht". Der durch teilweise extreme Kostenfälle verursachte Einfluss auf die Zuweisungshöhe führt nicht zu einer zielgenaueren Verteilung der Mittel sondern zeigt stattdessen, dass an dieser Stelle der Risikopool das bessere Instrument ist.	DAK
	<i>Schweregraddifferenzierung für DxG229 „Polycythaemia vera“</i> Unseres Erachtens erfolgt eine medikamentöse Therapie nicht erst dann, wenn es zu Komplikationen kommt. Die Myelofibrose ist eine mögliche Komplikation der Polyzythaemia vera ist. Nach Meinung der DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.) sind Übergänge in eine akute Leukämie oder Myelofibrose als Zeichen einer Krankheitsprogression eher selten. Die DGHO gibt ebenfalls in ihrer Leitlinie zur Behandlung der Polycythaemia vera einen Algorithmus zum therapeutischen Vorgehen vor. Nach diesem Schema soll bei schlechter Compliance und Krankheitsprogress unter Aderlass und der Therapie mit ASS 100 mg/d eine zytoreduktive Therapie (mit z.B. Hydroxyurea, IFN, Busulfan u.a.) durchgeführt werden. Aus unserer Sicht lassen sich hier mittels ATC-Splittung verschiedene Schweregrade der Erkrankung klar abgrenzen.	TK et al.
	<i>Bedarfsmedikation:</i> In den DxG236 und Dxg238 ist die Grenze von 10 BT zu niedrig angesetzt, um mittelschweren Behandlungsbedarf abzubilden. Negative Versorgungsanreize werden im Hinblick auf die hohen Zuschläge befürchtet.	IKK e.V.
	<i>Willebrand-Jürgens-Syndrom:</i> Die Aufnahme von Desmopression (ATC H01BA02) bei der DxG237 kann aus medizinischen und pharmakologischen Gründen nicht unterstützt werden.	IKK e.V.

	<p><i>Hämophilie:</i> 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 jedoch 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 13 BT und bei Versicherten > 11 Jahre 62 BT (Erläuterung und Berechnung siehe S. 14-18 der Stellungnahme des AOK-BV). Auf die Problematik bisher nicht stattfindender Berücksichtigung verabreichter Gerinnungsfaktoren bei stationären Aufenthalten wird hingewiesen und die Berücksichtigung vorgeschlagen. In Hierarchie 8 wird zudem der ICD-Kode D68.31 bei fehlender Dauer- oder Bedarfsmedikation der DXG 232 zugeordnet, nicht aber den DXGs 815 oder 816. Es wird vorgeschlagen, den o.g. ICD Kode analog zu den weiteren Hämophilie- Diagnosekodes (D66 / D67) den beiden letztgenannten DXGs geschlechtsabhängig zuzuordnen. Eine Prüfung, inwieweit die DXG 236 auch für Frauen zugelassen werden kann, wird angeregt.</p>	AOK-BV
	<p>Die Umstellung des Aufgreifkriteriums für die DxG225 "Hämophilie mit Dauermedikation" auf Behandlungstage und die Schaffung einer neuen Diagnosegruppe DxG236 "Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer)" wird aus medizinischer Sicht für sinnvoll erachtet. Die Aufnahme der neu eingeführten ICD-Kodes D68.31 in die DxG225 "Hämophilie mit Dauermedikation" und DxG236 "Hämophilie mit Bedarfsmedikation" wird befürwortet. Die Schweregraddifferenzierung des "Willebrand-Jürgens-Syndrom" ist medizinisch und aufgrund der verbesserten Schätzwerte ebenfalls begrüßt. Die Ausgliederung des ICD D59.3 aus der DxG223 wird für sachgerecht befunden.</p>	KBV
3.8	Hierarchie 11: Psychische Erkrankungen	
	<p>Die Verschiebung der DxG843 "Nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen" wird von der Barmer nicht begrüßt, aber akzeptiert, da der von den Urhebern unterstellte Effekt nicht eingetreten ist (Vermeidung doppelter Zuschläge). [...]</p>	Barmer

	<p>Die BPtK teilt die von Seiten der Techniker Krankenkasse (TK) und des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) vorgetragene Kritik, dass bei Vorliegen der ICD-Kodierungen aus der DxG 843 und ICD-Kodierungen aus den DxG 264 und 269 ungerechtfertigte doppelte Zuschläge erzielt werden. Ein gleichzeitiges Auftreten von sonstigen manischen oder bipolaren Störungen und unipolarer Depression ist klinisch nicht möglich und weist auf eine fehlerhafte oder veränderte Diagnosekodierung hin. Der AOK-BV vertrat hierzu im Vorschlagsverfahren für das Ausgleichsjahr 2014 die Auffassung, dass die Differenzierung der HMG 056 „Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ und HMG 058 „Depression“ grundsätzlich sachgerecht sei. Allerdings könnten neben Depressionen auch wahnhaftige Störungen auftreten, die einen gleichzeitig erfolgenden Zuschlag der DxG 265 (Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn) und DxG 267 (Reaktive und andere/nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose/akute vorübergehende psychotische Störung) rechtfertigen, da die Depression durch die wahnhaften Psychosen relevant verschlimmert würde. Vor diesem Hintergrund plädiert der AOK-BV für eine Verschiebung der DxG 843 (Sonstige manische und bipolare affektive Störungen) in die HMG 058 und diese in „Depression und nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ umzubenennen. Dieser Auffassung schließt sich die BPtK unter klinischen Gesichtspunkten an. Allerdings sollte aus Sicht der BPtK bei der DxG 843 unter klinischen Gesichtspunkten auf eine Arzneimittelprüfung verzichtet werden, da die Leitlinienempfehlungen zur Behandlung bipolarer Störungen nicht auf die Patienten mit einer unspezifischen bipolaren Störung oder unspezifischen manischen Episode übertragen werden können. Die Unspezifität der Diagnosen dürfte in vielen Fällen auf eine unzureichende Diagnostik oder ein abweichendes Kodierverhalten in der hausärztlichen Versorgung zurückzuführen sein. Eine Arzneimittelprüfung eignet sich daher bei dieser Patientengruppe nach Einschätzung der BPtK weder zur Diagnosevalidierung noch zur Differenzierung des Schweregrads der Erkrankung.</p> <p>Der Wissenschaftliche Beirat hat zu dieser Fragestellung insgesamt vier Modellvarianten miteinander verglichen, die das Risiko von unzulässigen Doppelzuweisungen ausräumen sollen. Dabei wurde das Ergebnis aus dem Anhörungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2012 repliziert, dass jede der untersuchten Modellanpassungen mit einer gewissen Modellverschlechterung assoziiert ist. Die Modellverschlechterungen in den Modellvarianten 1 (DxG 843 führt in eine neue HMG 059 bei Verzicht auf eine Arzneimittelprüfung) und 4 (DxG 843 in HMG 058 bei Beibehaltung der Arzneimittelprüfung) sind dabei geringfügig und zugleich auch unter klinischen Gesichtspunkten die beiden sinnvollsten Modellvarianten, sodass die damit einhergehenden Modellverschlechterungen vertretbar sind. Dabei fällt die Modellverschlechterung für die Modellvariante 4 nur marginal geringer aus als die für die Variante 1. Daher spricht sich die BPtK aus klinischen Gründen dafür aus, die geringfügig stärkeren Modellverschlechterungen in Kauf zu nehmen und die Modellvariante 1 umzusetzen. Danach würde die DxG 843 bei Verzicht auf eine Arzneimittelprüfung in eine neue HMG 059 „unspezifische manische Episoden und unspezifische bipolare Störungen“ führen, welche sowohl von der HMG 058 (Depression) als auch von der HMG 056 (Wahn, Psychosen) dominiert wird.</p>	BPtK
	<p>Der IKK e.V. kritisiert, dass eine Zusammenlegung der HMG056 und HMG058 nicht geprüft worden sei. Eine Verschiebung der DxG843 in die HMG058 reiche nicht aus, um der Gefahr möglicher Doppelzuschläge zu begegnen.</p>	IKK e.V.
	<p>Es wird empfohlen, die vorgenommenen Anpassungen im Verlauf zu beobachten, da sie sowohl medizinisch als auch im Hin-</p>	KBV

	blick auf die Kennzahlen des Modells zu einer geringfügigen Verschlechterung führen.	
3.9	Hierarchie 12: Entwicklungsstörungen	
	Die Diagnose F84.2 "Rett-Syndrom" sollte aus der DxG908 in eine eigene DxG überführt werden, der nur Frauen zugeordnet werden können.	IKK e.V.
3.10	Hierarchie 13: Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks	
	Unter Kostengesichtspunkten wird eine Zusammenlegung der HMG296 mit der HMG039 angeregt.	IKK e.V.
	Die Einführung der neuen DxG312 "Postoperative Krankheiten des Nervensystems" für die aus den medizinischen Komplikationen verschobenen ICD-Kodes wird als medizinisch sachgerecht erachtet.	KBV
3.11	Hierarchie 16: Herzerkrankungen	
	Die Einführung einer Arzneimittelvalidierung der Paroxysmalen ventrikulären Tachykardie ist nicht immer medizinisch geboten (z. B. implantierter kardialer Defibrillator). Vor diesem Hintergrund wird die Festlegung des Aufgreifkriteriums „ Arzneimittel obligat“ für die DXG 392 Paroxysmalen ventrikuläre Tachykardie abgelehnt.	GKV-SV
	Die Verschiebung von ICD-Kodes aus der Hierarchie 24 Medizinische Komplikationen erfolgt ausschließlich unter empirischen Gesichtspunkten. Eine Bewertung unter medizinisch-inhaltlichen Gesichtspunkten fehlt an vielen Stellen ebenso wie eine Bewertung möglicher negativer Auswirkungen auf die Kodierpraxis (Siehe Seite 13-14 der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.09.2013 zum Entwurf der Festlegungen des Bundesversicherungsamtes gemäß § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2014)	GKV-SV
	Die Bildung der HMG318 und HMG320 durch Verschiebung von ICD-Kodes aus den medizinischen Komplikationen wird kritisch gesehen. Unspezifische ICD-Kodes führen hier zu höheren Zuschlägen als spezifische Codes.	Barmer
	Grundsätzlich begrüßt der IKK e.V. die Verschiebung der Komplikationsdiagnosen der ICD-Gruppe T82.-. Allerdings sieht er die Gefahr von Doppelzuschlägen, da die eng verbundenen Komplikationscodes T85.6-8 in der Hierarchie 24 verbleiben.	IKK e.V.
	Unter Kostengesichtspunkten wird eine Zusammenlegung der HMG086 mit der HMG300, sowie der HMG 084 mit der HMG083 angeregt.	IKK e.V.
	HMG077 erhält im Entwurf das Aufgreifkriterium "Arzneimittel, obligat", damit werden nicht nur Behandlungsfälle ausgeschlossen, die die Arzneimittelmenge von 183DDD nicht erreichen, sondern auch andere Behandlungen wie die Implantation eines Defibrillators oder Ablationsmaßnahmen. Es wird angeregt eine eigene, neue HMG "ohne Dauermedikation" für diese Fälle zu schaffen, die der HMG077 untergeordnet wird.	DAK

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

	<p>Grundsätzlich ist die Vorgehensweise der Zuordnung der einzelnen ICD-Kodes zu vorhandenen oder neuen HMG nachvollziehbar, es können jedoch bei der Angliederung in einen vorhandenen Hierarchiestrang nicht alle Sachverhalte der Anwendung der Kodes berücksichtigt werden: T82.7 gehört inhaltlich auch in den Hierarchiestrang der angeborenen Herzfehler, T82.5 ebenfalls, diese Diagnose gehört zusätzlich auch in die Hierarchie Gefäß- und Kreislaufkrankungen. Es fällt eine nicht unerhebliche Fallzahlüberschneidung von HMG086 und HMG318 auf, wobei die mechanischen Komplikationen der Diagnosen aus der HMG086 in der HMG301 (T82.0) zu erwarten wären, offensichtlich wird T82.5 wie T82.0 angewendet. Um Doppelzuweisungen zu vermeiden müssten die HMG318 und HMG320 zusätzlich in den Hierarchiestrangs zwischen HMG301 und HMG087 eingepasst werden.</p>	DAK
	<p>Das Zuordnungsprinzip einzelner Diagnosen ausschließlich nach deren momentanen Kostenschätzer führt teilweise zu medizinisch ungewöhnlichen Gruppen, was zur Unübersichtlichkeit in den HMGs führt.</p>	DAK
	<p>Bei Betrachtung der einzelnen Kodes scheint es unglücklich, dass eine sonstige Kodierung hoch bewertet weit oben in der Hierarchie steht und eine Infektion der Herzklappen unterhalb der zugrunde liegenden Herzklappenerkrankung abgebildet ist, auch wenn es rechnerisch nachvollzogen werden kann.</p>	DAK
	<p>Es wird vorgeschlagen einen eigenen Hierarchiestrang Komplikationen innerhalb der Hierarchie Herzerkrankungen einzurichten, der parallel zu den anderen Hierarchiesträngen steht. Auch wenn dann eine doppelte Zuweisung von Komplikation und zugrundeliegender Krankheit möglich ist, was nicht ungerecht sein muss, ergeben sich dadurch nachfolgende Vorteile: zusammenhängende Abbildung von Krankheiten und deren Komplikationen, Vereinfachung des Systems ohne auf wesentliche Differenzierungen zu verzichten, Vermeidung von HMG mit nur einer Diagnose, Vermeidung einer zukünftigen Überprüfung von ICD/DxG auf Homogenität innerhalb einer HMG, Vermeidung inhaltlich "nicht gut passender" HMG-Zusammensetzungen, Vermeidung von unvollständigen oder unübersichtlichen HMG-Beschreibungen, Verbesserung der Übersichtlichkeit der HMG-Systematik. Alternativ ist auch die Abbildung einer eigenen Hierarchie "Komplikationen an Herz und Gefäßen" denkbar.</p>	DAK
	<p>Die Einordnung der spezifischen Kodes T82.2 und T82.6 in die HMG 91 „Hypertonie“ ist medizinisch nicht begründet (vgl. Argumentation unter II.10 auf S. 24 der Stellungnahme). 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-Kodes T82.xx ab und empfiehlt ein Belassen in der Hierarchie 24. Der Vorschlag einer Validierung für DxG 392 wird grundsätzlich befürwortet. Allerdings ist eine alleinige Validierung mit Antiarrhythmika nicht sachgerecht, wenn nicht auch eine Validierung über die Versorgung mit ICDs (Implantierbarer Cardioverter Defibrillator) erfolgt (Begründung siehe S. 19 der Stellungnahme). 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.</p>	AOK-BV

	Die Arzneimittelvalidierung der HMG077 "Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie" sowie die geänderte Hierarchisierung zwischen HMG079 und HMG077 werden aus medizinischer Sicht begrüßt. Die vorgeschlagenen ATC-Gruppen B01AA "Vitamin K Antagonisten" und B01AC "Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin" wurden als zu unspezifisch bewertet und nicht berücksichtigt. Dem wird zugestimmt, aber nicht angesprochen und nicht berücksichtigt wurden Calciumantagonisten wie Verapamil. Dies sollte geprüft werden.	KBV
3.12	Hierarchie 17: Zerebrovaskuläre Erkrankungen	
	Der IKK e.V. mahnt eine Überprüfung ihrer Vorschläge zur Arzneimittelvalidierung der DxG401 und DxG408 an.	IKK e.V.
	Die Einordnung von ICD-Kodes aus den Herzerkrankungen in die neue DxG396 und HMG095 scheint medizinisch plausibel	KBV
3.13	Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislauferkrankungen	
	Die Zuordnung der ICD-Kodes T82.3 "Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate" und T82.4 "Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse" aus den medizinischen Komplikationen in die HMG104 und HMG106 ist aus medizinischer Sicht nicht passgenau, ergibt sich aber aus der Entscheidung, angesichts der geringen Fallzahlen keine neuen HMG zu ergänzen und kann daher nachvollzogen werden.	KBV
3.14	Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge	
	Die altersdifferenzierten Modell der Mukoviszidose und Bronchiektasen ergeben allenfalls marginale Verbesserungen der Modellgüte. Die gefundenen Unterdeckungen bei Bronchiektasen können durch Komorbiditäten mit Mukoviszidose bzw. COPD erklärt werden. Bei Mukoviszidose können die gewählten Aufgreifkriterien zu Unterdeckungen in jüngeren Jahren verantwortlich sein. Schlüssigere Ergebnisse würden durch die Einführung des Aufgreifkriteriums "Arzneimittel obligat" bei der Mukoviszidose für Kinder unabhängig vom Alter erzielt. Die vorgeschlagene Altersdifferenzierung von Mukoviszidose bzw. der Bronchiektasen ausdrücklich abgelehnt.	GKV-SV
	Bei der Überprüfung des Alterssplits für die Bronchiektasen wurden aus Sicht der Barmer die hierarchischen Beziehungen zu der mit den Bronchiektasen in medizinisch engem Zusammenhang stehenden Mukoviszidose nicht beachtet. Die Residualanalyse für Bronchiektasen erfolgte auf Basis der nicht hierarchisierten DxG454. Die Einteilung der Alterssplits erfolgte damit inklusive der sehr teuren Fälle mit Mukoviszidose, welche sich in den negativen Deckungsbeiträgen bis 35 Jahre abzeichnen. Die weitere Modellanalyse erfolgte allerdings auf HMG-Ebene, so dass bei den Bronchiektasen (bis 45 Jahre) die teuren Mukoviszidose-Fälle nicht mehr enthalten sind. Eine abschließende Überprüfung der Deckungsbeiträge nach Altersgruppen auf Basis des Alterssplits bei 45 Jahren und unter Berücksichtigung der vorhandenen Komorbiditäten in der Hierarchie hat nicht mehr stattgefunden.	Barmer
	Wie in den vorherigen Ausführungen bereits ausdrücklich dargelegt, positioniert sich das BKK System gegen eine zunehmende Komplexität des Ausgleichsverfahrens. Hierunter fällt auch die probeweise Einführung eines Alterssplits in der Hierarchie 19.	BKK-BV

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

	<p><i>Einfügen einer Altersgrenze bei Bronchiektasen</i> Die Ursachen der Bronchiektasen im Kindes- und Erwachsenenalter sind unterschiedlich und unterscheiden sich somit auch in ihren Therapien. Eine Auftrennung mittels Alterssplit ist da-her medizinisch sinnvoll.</p>	TK et al.
	<p><i>DxG352, DxG457 und DxG931</i> Die Argumentation, DxG nach Aspekten der Odds ratio zu splitten, ist unseres Erachtens nicht zielführend. Viele DxG, die unterschiedliche Ausprägungen oder Schweregrade eines Krankheitsbildes definieren, weisen erwartungsgemäß ein hohes Odds ratio auf (z.B.: Hyper-tonus mit anderen Herzerkrankungen). Sie wurden im bestehenden Klassifikationsmodell dennoch getrennt, um eine bessere Abbildung des Schweregrades und eine höhere Kosten-homogenität zu erreichen. Doppelte Zuweisungen sind auch hier nicht entstanden, da über die Hierarchisierung der entscheidende Schweregrad berücksichtigt wird.</p>	TK et al.
	<p><i>COPD</i> Im Fokus der Therapie von respiratorischer Insuffizienz stehen die in der Regel auslösenden Lungenerkrankungen wie die COPD. Aufgrund dessen ist eine medikamentöse Therapie der respiratorischen Insuffizienz (auch Lungenparenchymversagen genannt) angezeigt. Aus unserer Sicht ist aufgrund dieser medizinischen Fakten eine Arzneimittelvalidierung unumgänglich, da es sich um einen höheren Schweregrad von Grunderkrankungen (z.B. COPD oder Pneumonie) handelt, die bereits im Klassifikationssystem eine Arzneimittelvalidierung erhalten.</p>	TK et al.
	<p>Aus Sicht des IKK e.V. fehlt es an einer medizinischen Begründung des Alterssplitts bei 45 Jahren sowohl bei Mukoviszidose als auch bei Bronchiektasen. Auch seien aufgrund des geringen Unterschiedes in den Kostenschätzer der HMG109 und der HMG217 die Kriterien für einen Alterssplitt nicht erfüllt.</p>	IKK e.V.
	<p>Auf eine Verschiebung der DxG352 sollte verzichtet werden, da ansonsten sich die Kostenschätzer der HMG110 und HMG112 zu sehr annähern.</p>	IKK e.V.

	<p>Die Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats, das Thema "multiple Alterssplits" systematisch zu bewerten, wird unterstützt. Für die Mukoviszidose wird der neu eingeführte Alterssplit jedoch abgelehnt. Die unterschiedlichen Kosten der Erkrankung jenseits des Alters von 44 Jahren können mit der geringen Lebenserwartung der schwer betroffenen Erkrankten begründet werden. Zudem gibt es hier eine erhebliche Dynamik bei der Lebenserwartung, so dass es nicht sachgerecht ist, Altersgrenzen aufgrund des Status quo der vergangenen Jahre zu zementieren. Abb. 30 der Erläuterungen des BVA weist zudem darauf hin, dass es innerhalb einzelner Altersgruppen sowohl schwer als auch leicht erkrankte Mukoviszidose-Patienten gibt, so dass das Ordnungskriterium des Alters ungeeignet zur Schweregraddifferenzierung ist. Stattdessen wird empfohlen, den bereits vorgebrachten Vorschlag eines zusätzlichen Arzneimittelzuschlags umzusetzen (weitere Erläuterungen siehe S. 21 der Stellungnahme). AOK-Auswertungen zeigen, dass sich durch Berücksichtigung der Kriterien "stationäre 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 erreichen lässt. Dies sollte vom BVA geprüft werden.</p> <p>In gleicher Weise wird ein Alterssplit bei den Bronchiektasen in Frage gestellt. Anstelle des ungeeigneten Alterssplits bei 44/45 Jahren wird eine Differenzierung mit dem Kriterium "stationäre Hauptdiagnose J47" oder "Dauertherapie mit inhalativen Antibiotika (s.o. bei Mukoviszidose)" vorgeschlagen.</p>	AOK-BV
	<p>Die Einordnung der DxG352 "Akute respiratorische Insuffizienz" in die neue HMG110 erscheint medizinisch nicht passend. Da sich jedoch die Schätzwerte des Modells verbessern, wird die Änderung befürwortet und eine terminologisch präzisere Abgrenzung der HMG110 und HMG112 angeregt.</p>	KBV
	Siehe Punkt 3.18 Hierarchie 24 "Medizinische Komplikationen"	TK et al.
3.15	Hierarchie 20: Erkrankungen des Urogenitalsystems	
	<p>Wählt man zur Zusammenfassung der Komplikationen die für die Erkrankung notwendige Behandlung als Zuordnungskriterium, ist es durchaus sinnvoll, die Infektionen und mechanischen Komplikationen getrennt voneinander zu betrachten. Weiterhin wird die Einbeziehung der neurogenen Blase in den Hierarchiestrang der medizinischen Komplikationen des Harntraktes nicht näher begründet. Obwohl sich das Modell geringfügig verschlechtert, wird dennoch eine Dominanzbeziehung zwischen den HMG der medizinischen Komplikationen des Harntraktes und der HMG 133 Neurogene Blase eingeführt.</p>	GKV-SV
	<p>Die Ausgestaltung der Hierarchie 20 ist hinsichtlich einer fehlenden Dominanzbeziehung zwischen der HMG 132 zur HMG 137 unbefriedigend, da sie die Gefahr von Hierarchieverletzungen birgt.</p>	GKV-SV
	<p>Es ist nicht zielführend, von vornherein eine HMG mit einem negativen Kostenschätzer (HMG 139) einzuführen.</p>	GKV-SV
	<p>Die Eingliederung der ICD-Kodes aus der Hierarchie 24 Medizinische Komplikationen lässt sich aus unserer Sicht nicht befriedigend lösen. Sie führt in der vorgeschlagenen Anpassung zu Morbiditätsgruppen mit nur einem ICD-Viersteller, dem Risiko von Hierarchieverletzungen und negativen Kostenschätzern.</p>	GKV-SV
	<p>Der IKK e.V. lehnt eine Änderung des Aufgreifkriteriums (stationär erforderlich) bei der DxG551 ab, zumal die Änderung aus seiner Sicht nicht hinreichend begründet wurde.</p>	IKK e.V.

	Der IKK e.V. befürwortet eine striktere Hierarchisierung des Modells, zumal der Verzicht darauf nicht ausreichend begründet wurde ("Gleichgewicht des medizinischen Gefüges").	IKK e.V.
	Aufgrund der Zuordnung von Komplikations-Diagnosen resultiert eine Subdominanzbeziehung der HMG 133 zur HMG 143 und 144. Diese 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. Die HMG139 besteht zudem aus einer einzigen 4-stelligen ICD, die unspezifisch ist (N99.8). Die Berücksichtigung eines solchen einzigen ICD-4-Stellers als HMG ist nicht sachgerecht. Auch die HMG 143 (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 zu Hierarchie 24 (vgl. Kapitel II.10 auf S. 24 der Stellungnahme).	AOK-BV
	Die organbezogene Einordnung der ICD-Kodes aus den medizinischen Komplikationen erscheint folgerichtig. Aus medizinischer Perspektive wird empfohlen Modell 5B ohne Hierarchisierung umzusetzen, welches zudem bessere Kennzahlen aufweist.	KBV
	Siehe Punkt 3.18 Hierarchie 24 "Medizinische Komplikationen"	TK et al.
3.16	Hierarchie 21: Schwangerschaft	
	Die ICD-Kodes O24.- (Schwangerschafts-diabetes) sollen in der Hierarchie Schwangerschaft belassen werden und es soll keine Arzneimittelvalidierung erfolgen. Die Aussage des wissenschaftlichen Beirates, die Diagnosen würden nur zur Identifikation einer Schwangeren dienen, ist lediglich eine Hypothese. Gleichwohl könnte angenommen werden, dass die ICD-Kodes zur Identifikation von Diabetikern verwendet werden, so dass es in diesen Fällen zu ungerechtfertigten Zuweisungen bei Diabetikern durch einen Schwangerschaftszuschlag kommt. Durch Zuordnung der ICD-Kodes ausschließlich in die Hierarchie Diabetes und gleichzeitiger Arzneimitteldifferenzierung können ungerechtfertigte Doppel-Zuweisungen ausgeschlossen werden.	TK et al.
	Der IKK e.V. fordert eine eigenständige Zuschlagsgruppe für die DxG607 (Blutungen während der Schwangerschaft).	IKK e.V.
	Die Barmer begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen.	Barmer
	Die Ergänzung einer weiteren Zuschlagsgruppe erscheint medizinisch sinnvoll, auch wenn sie lediglich zu einer geringfügigen Verbesserung der Kennzahlen führt.	KBV

3.17	Hierarchie 23: Verletzungen	
	Wir können den Vorschlag des wissenschaftlichen Beirates nicht nachvollziehen, wonach eine Osteoporose auch erst durch eine pathologische Fraktur erkannt werden könnte, so dass deshalb keine Arzneimittelvalidierung durchgeführt werden sollte. Die Grunderkrankung (Osteoporose) erfährt richtigerweise bereits eine Validierung. Die pathologische Fraktur ist ein höherer Schweregrad. Das bedeutet, die Osteoporose ist soweit fortgeschritten, dass Minimaltraumen für eine Fraktur genügen. Liegt eine Fraktur vor, ist spätestens dann eine medikamentöse Therapie der Osteoporose erforderlich. Aufgrund dessen ist aus unserer Sicht eine Arzneimittelvalidierung unumgänglich.	TK et al.
	Es ist unklar, warum die neuen ICD-Kodes T92.6 und T93.6 in die DxG655_neu übergeleitet werden, da es sich bei den "Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation" auch um Komplikationen handeln könnte. Hier wäre eine Darstellung der Kostengewicht von Interesse gewesen, um eine medizinisch ebenfalls begründbare Überleitung in die DxG660, die ICD-Kodes zu Komplikationen am Amputationsstumpf enthält, prüfen zu können.	KBV
3.18	Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen	
	Aufgrund der sich in diesem Anpassungszyklus gezeigten Schwierigkeiten bei einer solchen Verschiebung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Notwendigkeit einer Verschiebung generell zu überprüfen.	GKV-SV
	Barmer vermisst weitere Informationen hinsichtlich der beabsichtigten Reduktion von Doppelzuschlägen durch Verschiebung von ICD-Kodes in die entsprechenden Krankheitshierarchien. Die Anzahl der Zuschläge sinkt, allerdings verbleibt unklar, ob nicht andere Änderungen dazu beitragen.	Barmer
	Vorschlag auf Einführung des Aufgreifkriteriums "stationär erforderlich" für folgende ICD-Kodes bzw. DxGs: Die ICD T83.3 (Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt) bildet die DxG551 (Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt). Eine Infektion durch eine Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt benötigt eine engmaschige medizinische Intervention, damit das Operationsergebnis gesichert werden kann. Die J95.80 (Iatrogenen Pneumothorax) bildet die DxG453 (Iatrogenen Pneumothorax). Ein iatrogenen Pneumothorax beschreibt den Eintritt von Luft in den Pleuraspalt. Die Folge ist ein teilweiser oder vollständiger Kollaps des betroffenen Lungenflügels. Iatrogen kann ein Pneumothorax z.B. bei Subclaviakatheter, Pleurapunktion, Überdruckbeatmung und Operationen auftreten. Die Therapie besteht aus Sauerstoffgabe, medizinischer Überwachung und gegebenenfalls das Anlegen einer Thoraxdrainage. Die M96.80 (Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff) sollte aus der DxG858 (Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems) herausgelöst werden. Der ICD-Kode M96.80 beschreibt ein offenes Brustbein nach thoraxchirurgischen Eingriffen. Vor allem bei Kindern ist es nicht ungewöhnlich, dass bei großen Herzoperationen der Verschluss erst 2-3 Tage später durchgeführt wird.	TK et al.

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

	<p>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 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.</p>	AOK-BV
--	---	--------

4	Berechnungsverfahren	
4.1	Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden	
	<p>Angesichts der noch nicht rechtskräftigen Urteile des LSG NRW erscheint es dem GKV-Spitzenverband jedoch notwendig, die Folgen einer Entscheidung für oder gegen eine Veränderung dar-zustellen.</p> <p>Legt das BVA keine Revision ein, werden die Urteile rechtskräftig und müssen sofort für das Ausgleichsjahr 2013 sowie die Folgejahre (mit einer Umverteilungswirkung von jährlich rd. 400 bis 450 Mio. Euro) umgesetzt werden. Legt das BVA Revision ein, so müssen die voraussichtlich durch eine Umstellung des Verfahrens belasteten Krankenkassen dies ab dem Jahr 2013 aufgrund des Vorsichtsprinzips im Umfang der prognostizierbaren Veränderung ihrer Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (d. h. in der genannten Größenordnung) durch entsprechende Verpflichtungsbuchungen erfolgswirksam berücksichtigen. Aufgrund des Imparitätsprinzips können allerdings die Krankenkassen, die bei Umstellung des Verfahrens für die Ausgaben der Verstorbenen höhere Zuweisungen erwarten dürfen, diese allenfalls quotiert ergebniswirksam bilanzieren. Insofern sehen diese Kassen einen Wettbewerbsnachteil über den Zeitraum des Verfahrensgangs bis zu einer höchstrichterlichen Entscheidung.</p> <p>Im Ergebnis ergeben die bilanziellen Wirkungen der erstinstanzlichen Entscheidung des LSG NRW, dass jedenfalls für die Jahre ab 2013 eine Kumulation von Belastungen durch rückwirkende Korrekturen und einer damit einhergehenden Überforderung einzelner belasteter Krankenkassen, nun nicht mehr gegeben ist; zugleich gilt damit, dass denkbare risikoselektive Anreize zulasten älterer Versicherter für die Zukunft deutlich reduziert werden.</p> <p>Eine Kumulation von Belastungen, die sich aus den beklagten Jahresausgleichen 2009 – 2012 ergeben könnten, ist dagegen nicht ausgeschlossen. Hierauf hat das Bundesversicherungsamt aber keinen Einfluss, da es in diesen Fällen allein entscheidend ist, ob die einzelnen klagenden Krankenkassen von ihrem Recht, mögliche Rechtsmittel einzulegen, Gebrauch machen oder nicht.</p>	GKV-SV
	<p>Eine Änderung des Berechnungsverfahrens würde dem Ausgang eines noch nicht in letzter Instanz verhandelten Gerichtsverfahrens vorgreifen. Wir unterstützen daher ausdrücklich das Vorhaben des Bundesversicherungsamts, an der bisherigen Regelung festzuhalten und keine Änderung beim Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden vorzunehmen.</p>	TK et al.
	<p>Das LSG hat festgestellt, dass der Methodenfehler den gesetzlichen Zielen des RSA widerspricht und inhaltlich mit den übrigen Schwachstellen des RSA in keinem Zusammenhang steht. Allein der Methodenfehler führt zu einer eindeutigen Risikoselektion, die durch die gesetzlichen Vorgaben des RSA gerade unterbunden werden soll. Daher ist die Behebung des Methodenfehlers sachlich und rechtlich geboten und zwar unabhängig von dem Reformbedarf im RSA.</p>	KBS
	<p>Es ist unbedingt geboten, den Berechnungsfehler im Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden zu korrigieren. Dies kann isoliert von anderen im Evaluationsbericht des Jahresausgleichs 2009 genannten Defiziten behoben werden. Die bisher nicht eindeutige Positionierung des GKV-SV in dieser Sache darf zudem nicht wie eine Positionierung gegen eine Korrektur behandelt werden.</p>	Deutsche BKK

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

	<p>Seit dem Vorjahr hat es zu dieser Thematik keine neuen inhaltlichen Argumente gegeben. Das (noch nicht rechtskräftige) Urteil des LSG-Nordrhein-Westfalen ist jedoch als starker Hinweis zu werten, dass die derzeitige Regelung nicht nur fachlich, sondern sogar rechtlich nicht mehr haltbar ist. Deshalb wird das BVA aufgefordert die Berechnung der Gewichtungsfaktoren auf Pro-Tag-Werte umzustellen und so dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats zu folgen.</p>	DAK
	<p>Die Annualisierung unvollständiger Versichertenepisoden sollte unverzüglich umgesetzt werden, um die Verzerrung von Deckungsquoten nach Altersgruppen zu beheben. Das Ausbleiben der Behebung dieses Fehlers führt zu Problemen der Bildung der gesetzlichen Mindestrücklagen bei Kassen, gefährdet fairen Kassenwettbewerb und bietet verstärkt Anreize zur Risikoselektion.</p>	BKK Vital
	<p>Die Kosten Verstorbener sollen analog zu Versicherten mit unvollständigen Versichertenzeiten behandelt werden. Dies wurde auch durch das LSG Urteil entschieden und sollte für das Ausgleichsjahr 2014 behoben werden.</p>	BKK Bahn
	<p>Die BPtK spricht sich ausdrücklich dafür aus, dass die Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats umzusetzen, das Regressionsverfahren zur Berechnung der Gewichtungsfaktoren mit dem Ausgleichsjahr 2014 umzustellen und künftig als abhängige Variable für alle Versicherten die Leistungsausgaben je Kalendertag zu verwenden sind.</p>	BPtK
	<p>Die BAG bemängelt, dass der Methodenfehler im Berechnungsverfahren bislang noch nicht behoben wurden, wodurch alten und kranken Menschen zu wenig Geld zur Verfügung steht. Danach bestehen bei jüngeren Versicherten nach wie vor Überdeckungen, während bei älteren Versicherten Unterdeckungen vorhanden sind. Der Methodenfehler hatte seine Ursache darin, dass bisher die Zuschläge bei tödlich verlaufenden Krankheiten und in Altersgruppen mit hoher Sterberate, auf denen die Zuweisungen an die Krankenkassen basieren, gekürzt werden. Deshalb sind beispielsweise die Zuweisungen für viele Krebskranke um 15 bis 50 Prozent zu niedrig. Für hochbetagte Menschen (Menschen über 90 Jahre) stellt der Gesundheitsfonds sogar nur Zuweisungen in Höhe von etwa 75 Prozent ihrer tatsächlichen Ausgaben bereit.</p> <p>Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es daher ausgesprochen bedauerlich, dass das Bundesversicherungsamt nicht – trotz des Urteils des LSG NRW –dem früheren Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats gefolgt ist, die Berechnung auf Pro- Tag- Werte umzustellen statt wie bisher auf Jahreswerte des Versicherten. Auf diese Weise hätte ein erster Schritt in Richtung einer zielgenaueren Abbildung der tatsächlichen Krankheitskosten getroffen werden können.</p>	BAG
	<p>Für gesunde Versicherte, die geringe Ausgaben verursachen, bestehen nach wie vor deutliche Überdeckungen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Vergleich zu älteren und kranken Versicherten (vgl. auch hierzu die aktuelle Rechtsprechung, im noch nicht rechtskräftigen Urteil des LSG NRW).</p>	BSK
	<p>Der gerichtlich zu treffenden Entscheidung sollte nicht vorgegriffen werden. An der bestehenden Regelung sollte daher festgehalten werden.</p>	IKK e.V.

	<p>Das BVA verhält sich rechtswidrig und verletzt seine von Amts wegen bestehende Pflicht, das RSA-Verfahren gesetzeskonform umzusetzen, wenn es trotz festgestellter Fehlerhaftigkeit des Verfahrens und der für 2013 gerichtlich angeordneten Korrektur für 2014 keine Verfahrensanpassung vornimmt. Es liefert zudem keine sachliche oder fachliche Begründung, sondern verweist lediglich darauf, dass das Urteil noch nicht rechtskräftig sei und die Bundesregierung im Übrigen an ihrer bestehenden Meinung festhalte.</p> <p>Der vor Gericht geladene Sachverständige Prof. Dr. Wasem hat bestätigt, dass das bestehende Verfahren eindeutig falsch ist. Das Festhalten an diesem Verfahren führt zwangsläufig zu erheblichen Planungsunsicherheiten und finanziellen Risiken bei allen Krankenkassen, sowie zu erheblichen Korrekturbedarfen in den kommenden Jahren, die erhebliche Folgen für die Finanzsituation der Krankenkassen haben. Ein weiteres Aufschieben mit Verweis auf eine Änderung im Rahmen einer "Gesamtlösung" ist fachlich nicht begründbar und rechtlich problematisch. Ein solcher Freiraum steht nach Feststellung des LSG NRW weder dem BMG noch dem BVA zu.</p> <p>Sollte der GKV-SV als gesetzlich vorgesehener Anhörungspartner mit Verweis auf seine Pflicht zur "Wettbewerbsneutralität" davon absehen, die Beseitigung des Berechnungsfehlers zu fordern, so ist dies nicht von rechtlicher oder inhaltlicher Relevanz.</p> <p>Um Korrekturen und damit verbundene Planungsunsicherheiten zeitlich und damit finanziell zu begrenzen, sollte das BVA - wenn es das Urteil nicht umsetzen sollte - die Festlegungen im Hinblick auf die anhängigen Rechtsstreitigkeiten als vorläufig deklarieren. Dies erlaubt dem BVA, die Korrekturen zu geeigneten Zeitpunkten des Abschlagsverfahrens vorzunehmen.</p>	AOK-BV
4.2	Krankengeld	
	Die Einführung einer Deckungsquotenspanne beim Krankengeld sollte durch das BVA und den Beirat empirisch überprüft werden. Auf Basis valider Ergebnisse kann letztlich eine Gesetzesänderung erfolgen.	Deutsche BKK
	Eine Deckungsquotenspanne für das Krankengeld sollte eingeführt werden, um zumindest die größten Ungerechtigkeiten zu beseitigen. Dies erfordert eine rechtliche Grundlage, aber der Vorschlag sollte durch das BVA und Beirat auf Basis der aktuellsten Daten bewertet werden.	BKK Bahn
	Das AOK-System begrüßt, dass in Bezug auf die Zuweisungen für das Krankengeld keine Änderungen vorgenommen werden.	AOK-BV
4.3	Auslandsversicherte	
	Das AOK-System begrüßt, dass in Bezug auf die Zuweisungen für Auslandsversicherte keine Änderungen vorgenommen werden.	AOK-BV
4.4	Verwaltungsausgaben	
	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).	AOK-BV

	Die Änderung der Verwaltungskostenzuweisungen über eine Verteilung von 80% nach Morbidität und 20% nach Versicherungszeiten sollte durch das BVA und den Beirat empirisch überprüft werden. Auf Basis valider Ergebnisse kann letztlich eine Gesetzesänderung erfolgen.	Deutsche BKK
4.5	Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben	
	Das vom BVA angewandte Untersuchungsverfahren kann nicht überzeugen. Die Betrachtung der Zielgenauigkeit über drei Ausgleichsjahre zeigt, dass nicht in allen Fällen das gleiche Verfahren für jedes Ausgleichsjahr präferiert werden kann und dass auch die eindeutigen Fälle teilweise nicht belastbar sind. Auch das Argument, dass die dargelegten Ergebnisse lediglich Scheinkorrelationen aufzeigen, kann nicht widerlegt werden. Ein alternatives empirisches Verfahren ist jedoch nicht bekannt. Die Zuordnung zu den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben kann daher nur anhand formaler Entscheidungskriterien getroffen werden. Diese sollten sein: a) eine überwiegend nicht-versichertenbezogene Erfassung der Leistungsausgaben und b) ein fehlender Zusammenhang zwischen Morbiditätslast der Krankenkassen und den entsprechenden Leistungsausgaben. Diese Kriterien werden vom GKV-SV bei folgenden Konten(arten) als erfüllt betrachtet: 407, 467 (bzw. künftig 5280 bis 5282 bzw. 5283 bis 5285), 513, 514, 5155, 482, 590, 5160-5162, 5186-5188 und 527. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Definition der sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben und die Zulässigkeit eines dafür separaten Zuweisungsverfahrens innerhalb der GKV umstritten sind. Es ist erforderlich, eine abschließende Klarstellung des Sachverhalts durch das BMG herbeizuführen.	GKV-SV
	Nach wie vor haben wir jedoch grundlegende Zweifel an der Aussagefähigkeit der Summe der quadrierten Abweichungen für die Frage, ob die Zuweisung für inhaltlich nicht morbiditätsbezogene Ausgaben versichertenbezogen oder entsprechend der nach Morbidität standardisierten Leistungsausgaben erfolgen sollte. Entscheidend für die Zuordnung muss die inhaltliche Bewertung bleiben, ob eine Ausgabe bezogen auf den Versichertenbestand der einzelnen Kassen morbiditätsabhängig ist oder nicht. Ansonsten werden lediglich Scheinkorrelationen aufgezeigt. Ein empirischer Nachweis wäre nur bei einer versichertenbezogenen Erfassung der Ausgaben und anschließender Berücksichtigung im Regressionsverfahren möglich. Unmittelbar erkennbar ist dies an den Ergebnissen für Konto 5155 - Betriebliche Gesundheitsförderung. Die von einer Krankenkasse finanzierten Maßnahmen sind betriebsbezogen und kommen allen Arbeitnehmern des jeweiligen Betriebs zugute, unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind. Entsprechend sind die Krankenkassen in § 20a Abs. 2 SGBV aufgefordert, bei der betrieblichen Gesundheitsprävention zusammenzuarbeiten. Die Richtwerte für Ausgaben in diesem Bereich sind bezogen auf die Versichertenzahl und nicht auf die RSA-Morbidität der Versicherten. Insofern verbietet sich auch eine Zuweisung mittels Hochrechnung der standardisierten Leistungsausgaben (Siehe Seite 10-11 der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich Anhörungsverfahren zum Entwurf der Festlegung für das Jahr 2014 für weitere Konten).	TK et al.

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

	<p>Die Barmer hält die vom BVA vorgenommenen Anpassungen für vertretbar und teilt die von AOK-BV vorgetragene Kritik hinsichtlich der rechtlichen Bewertung nicht. Eine Verteilung der Zuweisungen für nicht morbiditätsbezogenen Ausgaben über einen je- Tag- Wert mag im SGB V oder der RSAV nicht vorgesehen sein, die der KJ1-Hochrechnung immanente "Überstülpung" der Gesamtmorbidität auf die nicht versichertenbezogenen erfassten Leistungsbereiche allerdings auch nicht. Hier einen korrekten sachgerechten Lösungsweg zu finden, fällt aus Sicht der Barmer eindeutig in die Kompetenz des BVA. Hinsichtlich der Begründung hat die vom BVA vorgenommene Berechnung im Festlegungsentwurf für 2013 zwar nachvollziehbare Ergebnisse bewirkt. Aufgrund der immer geringer werdenden Anzahl von Krankenkassen (und damit Beobachtungseinheiten für die vom BVA durchgeführte Berechnung) wird die Berechnungsmethode des BVA in Zukunft allerdings anfälliger für Ausgabenpositionen, die durch uneinheitliches Buchungsverhalten oder buchhalterische Einzeleffekte bei einer oder wenigen Kassen verzerrt sind. Die Barmer empfiehlt daher zukünftig verstärkt auch qualitative Überlegungen in die Entscheidungsfindung einzubeziehen und die gesetzlich / vertraglichen Bestimmungsgründe für die entsprechenden Ausgabenpositionen zu prüfen. Die meisten der im Rahmen des Festlegungsentwurfs 2014 getroffenen Zuordnungsentscheidungen würden hierüber genauso getroffen wie durch die nunmehr vorgenommene empirische Prüfung.</p>	<p>Barmer</p>
	<p>Die Zuweisungssystematik für nicht Morbidität bezogene Ausgaben ist ungeeignet, um einen Morbiditätsbezug der Ausgaben zu beurteilen, weil sie von faktischen und nicht von erforderlichen Ausgaben ausgeht. Im Bereich der Prävention sollen Kassen zudem Zielen des Gesetzgebers folgen (z. B. Leitfaden Prävention GKV-SV). Kontenart 527 ist in der Bewertung nicht erwähnt und es wird nicht erläutert, wie mit den neuen Konten 5280 bis 5282 umgegangen werden soll. Es fehlt eine Bewertung des Vorschlags zur Neuaufnahme der Kontenart 599. Somit steht eine systematische Untersuchung der Zuweisung für nicht morbiditätsbezogene Ausgaben weiterhin aus. Die bisherige Zuweisungssystematik sollte beibehalten werden und keine Konten gestrichen werden. Darüber hinaus sind die Konten/-arten 527, 599 sowie 5160-5162 in die nicht morbiditätsbezogenen Ausgaben einzubeziehen (siehe Seite 7 der Stellungnahme der betrieblichen Krankenversicherung zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2014).</p>	<p>BKK-BV</p>
	<p>Der IKK e.V. hält das Vorgehen des BVA für nicht angemessen. Die Zielgenauigkeit der Zuweisungen könne nur auf der Versichertenebene, nicht auf der Kassenebene bewertet werden. Zudem sei die implizit angenommene Gleichgewichtung aller Krankenkassen unangemessen. Schließlich werde ein möglicher negativer Zusammenhang zwischen Morbidität und Ausgaben nicht geprüft.</p>	<p>IKK e.V.</p>

<p>Die vorgenommene Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ist nicht durch die Vorgaben des § 266 SGB V i.V.m. § 4 RSAV gedeckt. Aus § 4 Abs. 1 S. 1 RSAV ergibt sich, dass insbesondere die Ausgaben der Konten/arten 5155, 513, 514, 5186-8 und 5160-2, sowie 590 bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen sind. Es wird daher gefordert, diese Ausgaben rechtskonform wie alle anderen Leistungsausgaben ohne Krankengeld im Rahmen der Berechnung der Zu- und Abschläge zu berücksichtigen. Das BVA hat nicht den Entscheidungsspielraum einer gesonderten Abgrenzung der sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben. Der Verordnungsgeber hätte eine Sonderregelung für diese Ausgaben explizit vorgegeben, wenn er sie für richtig erachtet hätte - so wie er dies bei DMP- und Pandemie-Ausgaben getan hat.</p> <p>Das Ergebnis des BVA, die Kontenarten 467, 514 und das Konto 5155 nicht mehr den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zuzuordnen, ist richtig. Das Vorhaben, über die Zuordnung der Kontenarten 482 und 590 erst nach weiterer Entwicklung zu entscheiden, ist falsch. Für die Entscheidung muss das jeweils letzte abgeschlossene Ausgleichsjahr (aktuell das Jahr 2011) maßgeblich sein und nicht die Jahre 2009 oder 2010. Danach sollten die Kontenarten 482 und 590 ebenfalls aus der Zuordnung zu den nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben herausgenommen werden.</p> <p>Die Ausgaben der Konten 5186-8 seien zudem teilweise versichertenbezogen erfasst und in der Satzart 700 selektiert und somit bereits in der Regression berücksichtigt. Sie sind daher den Leistungsausgaben ohne Krankengeld zuzuordnen. Dies hat sich auch bei einer Untersuchung des BVA im Rahmen des Klassifikationsmodells 2012 gezeigt, wonach die geringste quadrierte Abweichung bei einer Verteilung dieser Ausgaben im Verhältnis 60% versicherten- und 40% morbiditätsbezogen erzielt wurde.</p> <p>Die nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben müssen zudem netto in die Berechnungen einfließen, d.h. Erstattungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld müssen anteilig auch den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zugeordnet werden.</p> <p>Das AOK-System schlägt als alternative Methodik vor, anhand der Deckungsgrade nach HMG-Anzahl, Alter oder Kostenklassen zu entscheiden, ob die Anwendung einer Sonderregelung für sogenannte nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben zielgenauer ist oder nicht.</p> <p>Sollte festzustellen sein, dass weder methodisch noch über formale Entscheidungskriterien eine eindeutige und widerspruchsfreie Abgrenzung möglich ist, so wird vorgeschlagen, die nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach AGG-Gewichten zu verteilen. Hierdurch wird einerseits dem Argument entsprochen, wonach eine direkte Zuordnung zu Versicherten und deren Erkrankungen nicht immer gegeben sei. Andererseits wird ein offensichtlich vorhandener Morbiditätsbezug (z.B. bei Ausgaben für den Medizinischen Dienst, Selbsthilfegruppen und Schutzimpfungen) zumindest partiell über Alter und Geschlecht abgebildet.</p>	AOK-BV
---	--------

4.6	DMP-Ausgaben in der Regression	
	Während nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 und 11 RSAV die DMP-Ausgaben zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben gezählt werden, sind sie nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 RSAV für die Datenerhebung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im RSA auszuschließen. In der Bestimmung sollte daher eindeutig geregelt werden, wie mit den DMP-Ausgaben zu verfahren ist. Da sie nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 RSAV in der Datenerhebung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben auszuschließen sind, sollte dies auch folgerichtig für die Satzart 701 erfolgen, da die Hochrechnung der Satzart 700 über die Satzart 701 erfolgt. Letztlich müsste in der Bestimmung bei der Definition der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für die DMP-Ausgaben der Hinweis aufgenommen werden, dass diese nicht in den RSA-Satzarten 700 und 701 zu melden sind.	TK et al.
	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 Festlegungsentwurf 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.	AOK-BV
	Die Ausführungen des BVA sind korrekt. Eine künstliche Herausnahme von fiktiven Ausgaben aus einer Kostenermittlung, in der die realen Ausgaben gar nicht enthalten sein können, ist nicht sachgerecht.	Barmer
4.7	Kostenerstatter	
	Aufgrund der abweichenden rechtlichen Grundlage wurde die Frage einer differenzierten Bildung von Kostenerstattergruppen losgelöst vom Festlegungsprozess mit dem GKV-SV diskutiert.	
4.8	Pflegehilfsmittel	
	Durch die Konkretisierung der Buchungsvorschriften kann nicht zwangsläufig von einer korrekten versichertenbezogenen Erfassung der entsprechenden Leistungsausgaben ausgegangen werden kann. So können bspw. Quotenregelungen der Buchungsvorschriften bei der Erfassung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben zu Problemen führen. Solange keine einheitliche Regelung besteht, die eine korrekte Datenbasis gewährleistet, dürften die entsprechenden Konten unseres Erachtens nicht über den MRSA ausgeglichen werden. Daher unterstützen wir als Übergangslösung den Vorschlag des BKK-BV, die Konten wie die nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu behandeln. Der eingebrachte Einwand des BVA, Pflegehilfsmittel könnten auch falsch zu Lasten der PV gebucht werden, kann nicht bedeuten, dass trotz Kenntnis der Fehlerhaftigkeit eine Berücksichtigung dieser Konten in der Regression erfolgt. Auch in anderen Leistungsbereichen mit ungenügender Datenqualität wurde auf eine Übergangslösung zurückgegriffen, bis die erforderliche Datenqualität vorlag (z.B. Berücksichtigung der zahnärztlichen Leistungsausgaben).	TK et al.

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

	<p>Das BVA hat den Vorschlag des BKK Systems bzgl. der Aufnahme nicht eindeutiger Konten im Rahmen der Buchung von Pflegehilfsmitteln mit der Begründung abgelehnt, dass hier die Buchungsvorschriften präzisiert werden müssten. Wir stimmen dieser Auffassung zwar grundsätzlich zu, betonen aber noch einmal, dass unser Vorschlag als Übergangslösung bis zum Zeitpunkt der umfassenden Präzisierung der Buchungsvorschriften gedacht war. Insofern halten wir unseren Vorschlag weiter aufrecht und plädieren dafür, die kritischen Konten vorübergehend im Rahmen der nicht morbiditätsbezogenen Konten zu berücksichtigen.</p>	<p>BKK-BV</p>
	<p>Aus unserer Sicht müssen datenschutzrechtliche Bedenken transparent und zielgenau aufgezeigt werden. Es bedarf daneben differenzierter buchungsrechtlicher Vorschriften für die unterschiedlichen Rechte- und Pflichtenkataloge im SGB V, IX, und XI.</p>	<p>BSK</p>

5	Weitere Themen	
5.1	Hochrisikopool	
	<p>Erkrankungen mit hohen Kosten und vergleichsweise niedrigen Ausgleichszahlungen werden zu einem Kostenrisiko für die jeweilige Krankenkasse. Für Patientinnen und Patienten hat dies in der Praxis leider zur Folge, dass von den Krankenkassen in vielen Fällen die Übernahme von Behandlungskosten abgelehnt wird, trotzdem diese Behandlungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind. Teilweise versuchen manche Krankenkassen, derartig kostenintensive Patientinnen und Patienten gegen die geltende Rechtslage zu einem Wechsel ihrer Krankenkasse zu veranlassen; für die Betroffenen sind derartige Praktiken natürlich in höchstem Maße belastend und beeinträchtigen auch u.U. ihre Gesundheit. Aus diesem Grunde befürwortet die BAG SELBSTHILFE auch die Idee eines (Hoch-) Risikopools als einen ersten Schritt zu einer höheren Zielgenauigkeit des MorbiRSA und einer erhöhten Verteilungsgerechtigkeit zwischen den einzelnen Krankenkassen.</p>	BAG
	<p>Zu hinterfragen ist, wie sich der Wegfall des Risikopools, der ca. 60% über dem Schwellenwert ausglich, sich de facto auswirkt. Hier gilt es Möglichkeiten auszuloten, wie Negativeffekte mit Langzeitwirkung abgefedert werden können.</p>	BSK

5.2	Fehleranfälligkeit / Zielgenauigkeit	
	<p>Der BSK verweist weiter auf die gravierende Intransparenz und Fehleranfälligkeit, nicht nur in Bezug auf die Konzeption des Berechnungsverfahrens des Morbi- RSA. Wichtig ist ein klares Verständnis und ausreichende Beratung, um die Komplexität des Morbi- RSA, dessen Ausgleichsverfahren und Rahmenbedingungen für die körperlich beeinträchtigten Versicherten zu „entschlüsseln“ und damit inhaltlich greifbar zu machen. Schlüsselstellung in der Vermittlung können unabhängige und professionelle Beratungsstellen/ Beratungsangebote und konkrete Fallbeispiele für die betroffenen Versicherten darstellen.</p> <p>Der BSK e.V. stellt fest, dass die Versichertenstrukturen sich gemessen an Altersstruktur und Krankheitsbildentwicklung klar herausbildeten. Der bereits vor 2009, d.h. 1994 existierende Risikostrukturausgleich (RSA), zielte auf den Ausgleich, der finanziellen Ungleichgewichte, die durch unterschiedliche Strukturen der Versichertenbestände zwischen den Kassen entstanden waren. Das Basisprinzip bestand in der Berechnung nach Alter und Geschlecht standardisierter erwarteter Ausgaben mittels derer ein Gesamtbeitragsbedarf für die betreffende Einzelkasse kalkuliert wurde. Der alte RSA glich damit zwischen den realen (einkommensabhängig ausgestalteten) Beitragseinnahmen und dem berechneten (Erwartungs-) Beitragsbedarf aus. Daneben fanden Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, Krankengeldanspruch und chronische Erkrankung als Risikofaktoren als auch die Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder Berücksichtigung. In der Folge gab es einen Finanzfluss von Kassen mit einkommensstarken Versicherten zu Kassen mit einkommensschwachen Versicherten. Mit Blick auf die unzureichend gewährten Leistungen, stellt der BSK weiter fest, dass auch aus unserer Sicht, der größte Nachteil des (alten) Systems, in der Nichterfassung der kassenspezifischen Morbidität liegt. Dieser Mangel im System manifestiert sich aus unserer Sicht gerade bei den multimorbiden älteren Versicherten und den Menschen mit körperlichen Beeinträchtigten, die in der Gesamtschau nicht ausreichend berücksichtigt wurden.</p>	BSK
	<p>Die Anpassung an die veränderten Bedürfnisse der morbiditätsbetroffenen Versichertengruppen zeigen Strukturängel. Hintergrund ist, dass die Veränderungen an die gesetzlichen Rahmenbedingungen wie die UN- Behindertenrechtskonvention, die Regelungslücken und Umsetzungsdefizite beim SGB IX nicht ausreichend gewichtet und angepasst werden.</p>	BSK
	<p>Der BSK stellt fest, dass trotz „prospektiver“ Konstruktion die Treffsicherheit des Morbi- RSA ist aufgrund der beschränkten Einbeziehung erklärender Variablen äußerst gering ist und somit hinter den Erwartungen nach einem optimierten Versorgungsmanagement zurückbleibt. Es ist ein zeitgemäßes Langzeitprofil der Deckungsbeiträge zu entwickeln, welches in hinreichendem Maße die individuellen Bedarfslagen von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen erfasst.</p>	BSK
5.3	Krankheitsauswahl	
	<p>Die BAG kritisiert die Herausnahme der Alzheimer Demenzen aus der Krankheitsauswahl und bittet um die Wiederaufnahme dieser Erkrankung, auch wenn dies nicht Gegenstand des Anhörungsverfahrens ist. Ferner weist sie darauf hin, dass offenbar die Osteogenesis imperfecta nicht in der Auflistung der zu berücksichtigenden Krankheiten aufgeführt ist, trotzdem unsererseits von hohen Behandlungskosten auszugehen ist.</p>	BAG

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

5.4	Sonstiges	
	Der BSK betont, Statistiken müssen die Behandlungsqualität und die Patientenzufriedenheit abbilden. Wichtig ist, dass die Ablehnung der Behandlung und deren Gründe erfasst und effizient in der Statistik aufbereitet werden.	BSK

4 Allgemeine Anmerkungen / Methodik

4.1 Methodisches Vorgehen – Stichprobe vs. Vollerhebung

4.1.1 Festlegungsentwurf

Für die Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2014 standen erstmals die Leistungsausgaben aller GKV-Versicherten als Vollerhebung zur Verfügung. Obwohl die Verwendung der Vollerhebung die genauesten Kostenschätzer und statistischen Gütemaße liefert, hätte die ausschließliche Verwendung der Vollerhebung erheblich längere Laufzeiten bei der empirischen Überprüfung verschiedener Modelle zu Folge gehabt. Bei der Vielzahl der Modelle, die im Rahmen der Überprüfungen der einzelnen Hierarchien erstellt werden mussten, war eine routinemäßige Verwendung der Vollerhebung im Rahmen der Entwicklungsarbeiten daher ausgeschlossen. Aus diesem Grund wurde eine Arbeitsstichprobe von 30% aus der Vollerhebung gezogen, die als Grundlage für die meisten Auswertungen diente. Ausnahmen hierzu bildeten geringe Fallzahlen in einer (H)MG bei Verwendung der 30%-Stichprobe oder instabile Kostenschätzer bei einem Vergleich der Ergebnisse der 30%-Stichprobe und Vollerhebung. In solchen Fällen wurde auch im Rahmen der Modellentwicklung und -überprüfung direkt auf die Vollerhebung zurückgegriffen. Die auf Basis dieser Arbeitsstichprobe entwickelten Modelle wurden abschließend in jeder Hierarchie noch einmal auf der Grundlage der Vollerhebung geprüft und ggfs. angepasst.

4.1.2 Stellungnahmen

Aus Sicht des GKV-SV ist die Verwendung einer Zufallsstichprobe als Grundlage der Untersuchungen zur Anpassung des Klassifikationsmodells durch das BVA nachvollziehbar begründet. Es wird darauf hingewiesen, dass Berechnungsergebnisse auf Basis der Vollerhebung, die entsprechende Berechnungen auf Grundlage der 30%-Stichprobe nicht bestätigen bzw. zu anderen Schlussfolgerungen führen, maßgeblich für die Bewertung von Anpassungen des Klassifikationsmodells sein müssen. Zudem wird es für erforderlich gehalten, die Stichprobe statistisch eingehender zu beschreiben und mit entsprechenden Maßzahlen der Vollerhebung zu vergleichen.

Auch der BKK-BV findet die Nutzung einer Stichprobe aufgrund der Datenmassen und Laufzeiten nachvollziehbar, wünscht sich jedoch ebenfalls mehr Informationen über deren Struktur und das Verhältnis zur Vollerhebung. Zudem ist nach Ansicht des BKK-Systems das Kriterium „niedrige Fallzahlen“ zur Begründung des Heranziehens der Vollerhebung näher zu definieren. Zudem sollte die Stichprobe für den GKV-SV nachvollziehbar gemacht werden.

Auch die Barmer vermisst einen strukturellen Vergleich zwischen Vollerhebung und Stichprobe sowie eine transparente Verfahrensweise für die Entscheidung, wann in der Analyse

von der Stichprobe zur Vollerhebung gewechselt wird. Es wird darum gebeten, dabei einem einheitlichen Verfahren zu folgen.

Die KBV stellt die Frage, ob die als Vollerhebung bezeichnete Datengrundlage exakt 100% der GKV-Versicherten umfasst oder ob es durch Datenfehler zu Ausschlüssen gekommen ist.

4.1.3 Bewertung

Die Datengrundlage aller Berechnungen im Rahmen der Weiterentwicklung des RSA wird – wie auch schon im Rahmen der Krankheitsauswahl diskutiert – immer von der im Anpassungszyklus aktuellen Datenlieferung gebildet. Die im Rahmen der Anhörung zur Datenerhebung nach § 30 RSAV festgelegten Kassenausschlüsse werden für diese Berechnungen immer angewendet.

Das relevante Datenbereinigungskonzept für die verwendeten Daten ist immer das zum Liefertermin der Daten gültige Plausibilisierungskonzept, in diesem Fall das „Konzept für das Fehlerverfahren und die Datenbereinigung der Datenerhebung 2010/2011 im Meldeverfahren 2012 zur Weiterentwicklung des RSA gemäß § 30 RSAV“, das am 15.02.2012 – nach Anhörung des GKV-SV – vom BVA bekannt gegeben wurde.

Alle Berechnungen für die Festlegung des Ausgleichsjahres 2014 erfolgen daher unter Berücksichtigung der in der Anhörung zur Datenerhebung vom 20.09.2012 mit dem GKV-SV festgelegten Kassenausschlüsse auf der anhand des Datenbereinigungskonzepts bereinigten Datenmeldung des Lieferjahres 2012, die die Daten aus der Korrekturmeldung 2010 und der Erstmeldung 2011 umfasst.

Grundlage der Weiterentwicklung bilden die Daten der Vollerhebung. Im Rahmen der Modellentwicklung wurde für die routinemäßige Modellierung unterschiedlicher Anpassungsoptionen auf eine 30%-Arbeitsstichprobe (gleichverteilt, ohne Zurücklegen) der Versichertendaten zurückgegriffen. Diese Stichprobengröße hat sich in vorangegangenen Analysen unterschiedlicher Stichprobengrößen als guter Kompromiss zwischen Laufzeit und Abbildungstreue herausgestellt. Erscheint die Stichprobengröße im Rahmen der durchzuführenden Analyse als zu gering, so kann schon an dieser Stelle auf die Daten der Vollerhebung zurückgegriffen werden. Eine Festlegung fester Kriterien, wann schon im Modellierungsprozess auf Daten der Vollerhebung zurückgegriffen werden muss, erscheint aus Sicht des BVA nicht sachgerecht, da jede Änderung schlussendlich anhand der Vollerhebung überprüft wird. Die Entscheidung, ob in einzelnen Arbeitsschritten auf die Vollerhebung oder Stichprobe zurückgegriffen wird, ist nicht ausschließlich von der betrachteten Gruppengröße, sondern auch von der Höhe der erwarteten Schätzer und ggfs. weiteren Besonderheiten im jeweiligen Modellbildungsprozess abhängig.

Wie dargelegt, wird jede Hierarchie zum Abschluss der Modellentwicklung anhand der Vollerhebung überprüft. Treten an dieser Stelle Unstimmigkeiten auf, so ist selbstverständlich eine weitere Analyse bzw. eine Revision der Modellentwicklung durchzuführen. Abschließend sind dabei immer die Ergebnisse auf Basis der Vollerhebung maßgebend.

4.1.4 Strukturelle Vergleiche zwischen Vollerhebung und Stichprobe(n)

Tabelle 2 erweitert den schon im Anhörungsverfahren dargestellten Vergleich zwischen Vollerhebung und der 30%-Arbeitsstichprobe um zusätzliche Informationen zu der in den vorangegangenen Jahren genutzten Geburtstagsstichprobe (mit einer Größe von 6,8%). Dargestellt werden die sich jeweils innerhalb der genutzten Stichprobe ergebenden Kennzahlen, d.h. die Schätzer der Stichprobe werden nur auf die Versicherten der Stichprobe angewandt.

Tabelle 2: Kennzahlen Vollerhebung vs. Stichproben

Kennzahlen	Vollerhebung	Stichprobe 30%	Stichprobe alt 6,8%
R²	24,6981%	24,0948%	25,3308%
CPM	23,3686%	23,3676%	23,4754%
MAPE	1.903,28 €	1.903,52 €	1.905,35 €
N	69.659.474	20.895.746	4.708.655

Tabelle 3 zeigt demgegenüber die Kennzahlen auf, die resultieren, wenn die im Rahmen der jeweiligen Stichprobe ermittelten Schätzer auf die Vollerhebung der Versicherten angewandt werden. Es wird deutlich, dass die aus der 30%-Stichprobe resultierenden Parameter und Ergebnisse (insbesondere in Bezug auf die Parameter CPM und MAPE) deutlich näher an die Vollerhebung heranreichen als die der alten 6,8%-Stichprobe.

Tabelle 3: Kennzahlen Stichprobenschätzer angewendet auf Vollerhebung

Kennzahlen	Vollerhebung	Stichprobe 30%	Δ Kennzahlen Vollerhebung vs. SP30%	Stichprobe alt 6,8%	Δ Kennzahlen Vollerhebung vs. SP6,8%
R²	24,6981%	24,6711%	-0,0270%	24,6583%	-0,0398%
CPM	23,3686%	23,3732%	0,0046%	23,3384%	-0,0302%
MAPE	1.903,28 €	1.903,16 €	-0,12 €	1.904,03 €	0,75 €

In Abbildung 1 wird die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten auf Basis der AGG-Verteilung dargestellt. Es zeigt sich, dass sowohl die alte 6,8%-Stichprobe als auch die 30%-Arbeitsstichprobe eine sehr gute Abbildung der AGG-Struktur liefern, tendenziell weist die 30%-Stichprobe dabei etwas geringere Abweichungen als die alte Stichprobe auf.

Abbildung 1: AGG-Verteilung

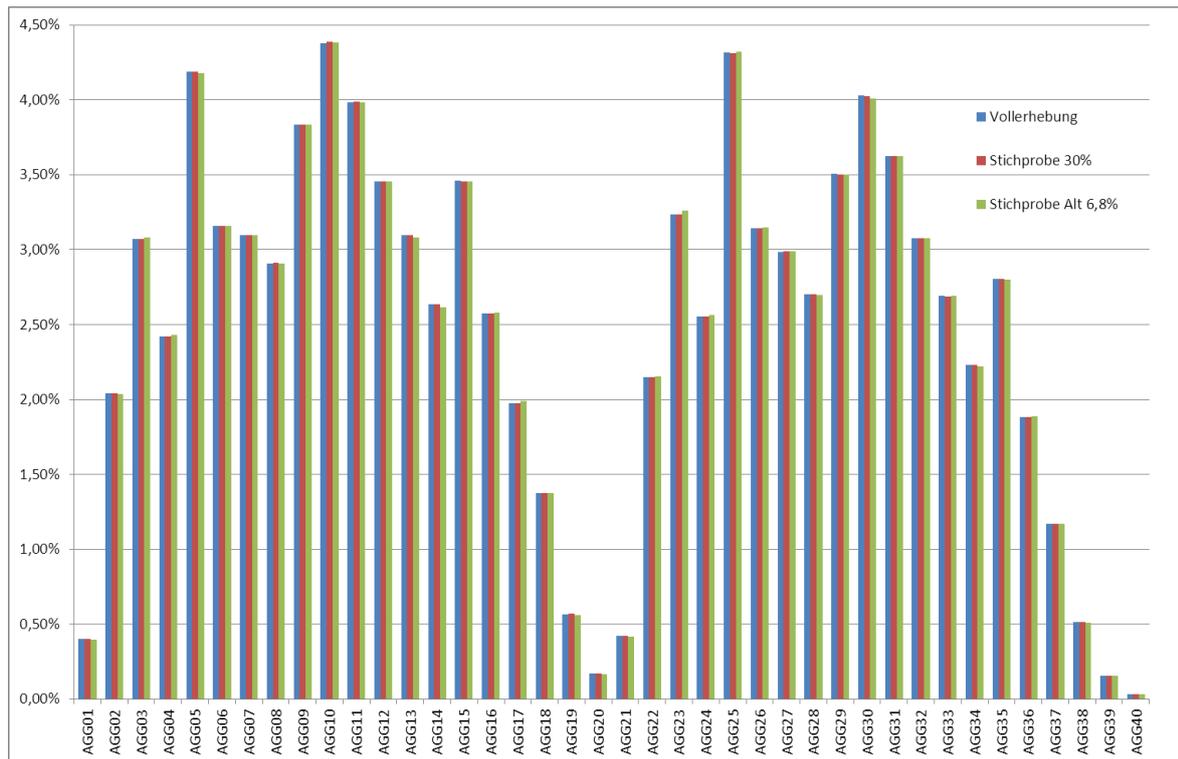
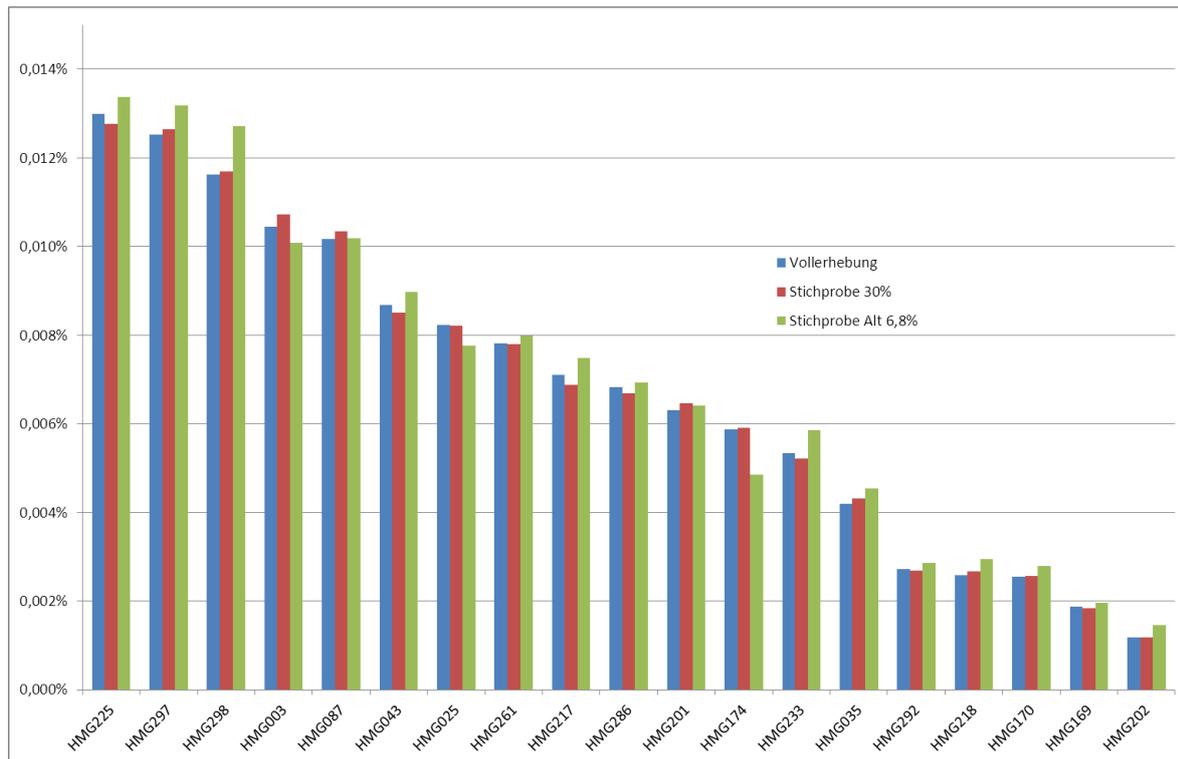


Abbildung 2 stellt die Verteilung der seltenen HMGs dar. Hier erreicht die 30% Stichprobe eine sehr gute Annäherung an die Vollerhebung. Die Abbildung der HMG-Struktur gelingt der 30%-Stichprobe merklich besser als der alten Versichertenstichprobe. Dieser bei den seltenen HMGs gut erkennbare Trend setzt sich tendenziell über das gesamte HMG-Spektrum fort. Lediglich bei sehr stark besetzten HMGs erreicht auch die alte Stichprobe ein ähnlich gutes Abbildungsniveau.

Abbildung 2: Verteilung seltener HMGs



Wir halten es auch nicht für zielführend, die Stichprobe – wie vom BKK-BV gefordert – für den GKV-SV nachvollziehbar zu machen. Es handelt sich um eine Zufallsstichprobe. Der GKV-SV hat die Möglichkeit, unsere Rechenergebnisse auf der Basis der Vollerhebung oder einer eigenen Zufallsstichprobe nachzuvollziehen. Sollte der GKV-SV hier zu qualitativ anderen Ergebnissen kommen, wäre dies eine wichtige Rückmeldung.

4.2 Redaktionelle Hinweise

Das BVA bedankt sich für die vorgetragenen Hinweise.

5 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2014

5.1 Methodik

Einführung von Altersplits für Hierarchisierte Morbiditätsgruppen

Die Bearbeitung der Kritikpunkte an der im Festlegungsentwurf vorgestellten allgemeinen Methode zur Einführung von Altersgrenzen als Aufgreifkriterium wird zurückgestellt. Die Diskussion und Bewertung wird auf den nächsten Anpassungszyklus verschoben.

5.2 Anpassung der Aufgreifkriterien

Aufgreifalgorithmus

Im Anhörungsvorschlag hatte das Bundesversicherungsamt in den Hierarchien 4 (Metabolische Erkrankungen) und 8 (Hämatologische Erkrankungen) die Einführung des Sonderfalls 1b (Bedarfsmedikation) vorgeschlagen. Aufgrund der im Anhörungsverfahren vorgetragenen Bedenken wird diese Einführung zurückgestellt.

5.3 Anpassung des Klassifikationsmodells

Hierarchie 1 – Infektionen

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 2a – Hämatologische Neubildungen

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 4 – Metabolische Erkrankungen

Aufgrund der im Anhörungsverfahren vorgetragenen Argumente wird die Umstellung der HMG202 „Lysosomale Speicherkrankheiten mit ERT/SRT“ auf Sonderfall 1b zurückgestellt. Die HMG023 „Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse“ und HMG285 „Erkrankungen der Nebennieren, Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion“ werden zur HMG023 zusammengelegt.

Hierarchie 6 – Gastrointestinale Erkrankungen

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 7: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 8 – Hämatologische Erkrankungen

Aufgrund der im Anhörungsverfahren vorgetragenen Argumente wird die Schaffung der neuen Gruppen mit Bedarfsmedikation zurückgestellt. Für die Eingruppierung in die DxG225 („Hämophilie mit Dauermedikation“) wird weiterhin das Aufgreifkriterium Sonderfall 2 (2 Verordnungsquartale) vorausgesetzt. Die übrigen im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Änderungen werden umgesetzt.

Hierarchie 11 – Psychische Erkrankungen

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 16: Herzerkrankungen

Die im Festlegungsentwurf vorgeschlagene Verschiebung der Komplikationskodes wird nicht vorgenommen. Die weiteren im Anhörungsvorschlag vorgenommenen Änderungen der Hierarchie bleiben auch nach Prüfung der Stellungnahmen bestehen. Die im Rahmen der Anhörung für die DxG363 („Alter Myokardinfarkt“) zusätzlich vorgeschlagenen Fünfsteller werden übernommen.

Hierarchie 17: Zerebrovaskuläre Erkrankungen

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislaufkrankungen

Die im Festlegungsentwurf vorgeschlagene Verschiebung der Komplikationskodes wird nicht vorgenommen. Die weiteren im Anhörungsvorschlag vorgenommenen Änderungen der Hierarchie bleiben auch nach Prüfung der Stellungnahmen bestehen.

Hierarchie 19 – Erkrankungen der Lunge

Die im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen altersbezogenen Auftrennungen der Bronchiektasen und Mukoviszidose werden nicht umgesetzt. Bestehen bleiben die Einordnung der ICD-Kodes aus den „Medizinischen Komplikationen“ in eine neue HMG und die gleichzeitige Verschiebung der DxG352 in die neue HMG. Die Liste der bei der DxG449 berücksichtigungsfähigen Arzneimittel wird um den Fünfsteller R07AX ergänzt.

Hierarchie 20 – Erkrankungen des Urogenitalsystems

Gegenüber dem Festlegungsentwurf werden sechs HMGs weiter zusammengelegt. Die HMG137 wird in die HMG131 verschoben. Die neue HMG131 trägt die Bezeichnung „Hypertensive und/oder chronische Nierenkrankheit/Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt“. Die HMG139 wird in die HMG132 verschoben. Die neue HMG132 trägt die Bezeichnung „Nephritis und Nierenfunktionsstörung/Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems“.

tems nach medizinischen Maßnahmen“. Die HMG143 wird in die HMG133 verschoben. Die neue HMG133 die Bezeichnung „Neurogene Blase/Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen“.

Hierarchie 21 – Schwangerschaft

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 23 – Verletzungen

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen

Die Komplikationskodes aus den Hierarchien „Herzerkrankungen“ und „Gefäß- und Kreislaufkrankungen“ werden zurück in die Hierarchie 24 verschoben.

5.4 Änderung des Berechnungsverfahrens

Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden

Es werden – wie bereits im Festlegungsentwurf vorgesehen – keine Änderungen vorgenommen.

Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Es werden keine Änderungen gegenüber der Abgrenzung nicht-morbiditätsbezogener Ausgaben des Ausgleichsjahres 2013 vorgenommen. Die im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Änderungen werden somit nicht umgesetzt.

Differenzierung der Kostenerstattergruppen

Es werden keine Änderungen gegenüber der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2013 vorgenommen.

Geänderte Berücksichtigung von DMP-Ausgaben im Regressionsverfahren

Es werden – wie bereits im Festlegungsentwurf vorgesehen – keine Änderungen vorgenommen.

Berücksichtigung uneinheitlicher Buchungsvorschriften bei Pflegehilfsmitteln

Es werden – wie bereits im Festlegungsentwurf vorgesehen – keine Änderungen vorgenommen.

Nullsetzung von Regressionskoeffizienten aufgrund fehlender statistischer Signifikanz

Es werden – wie bereits im Festlegungsentwurf vorgesehen – keine Änderungen vorgenommen.

II. Anpassung des Klassifikationsmodells

6 Hierarchie 1: „Infektionen“

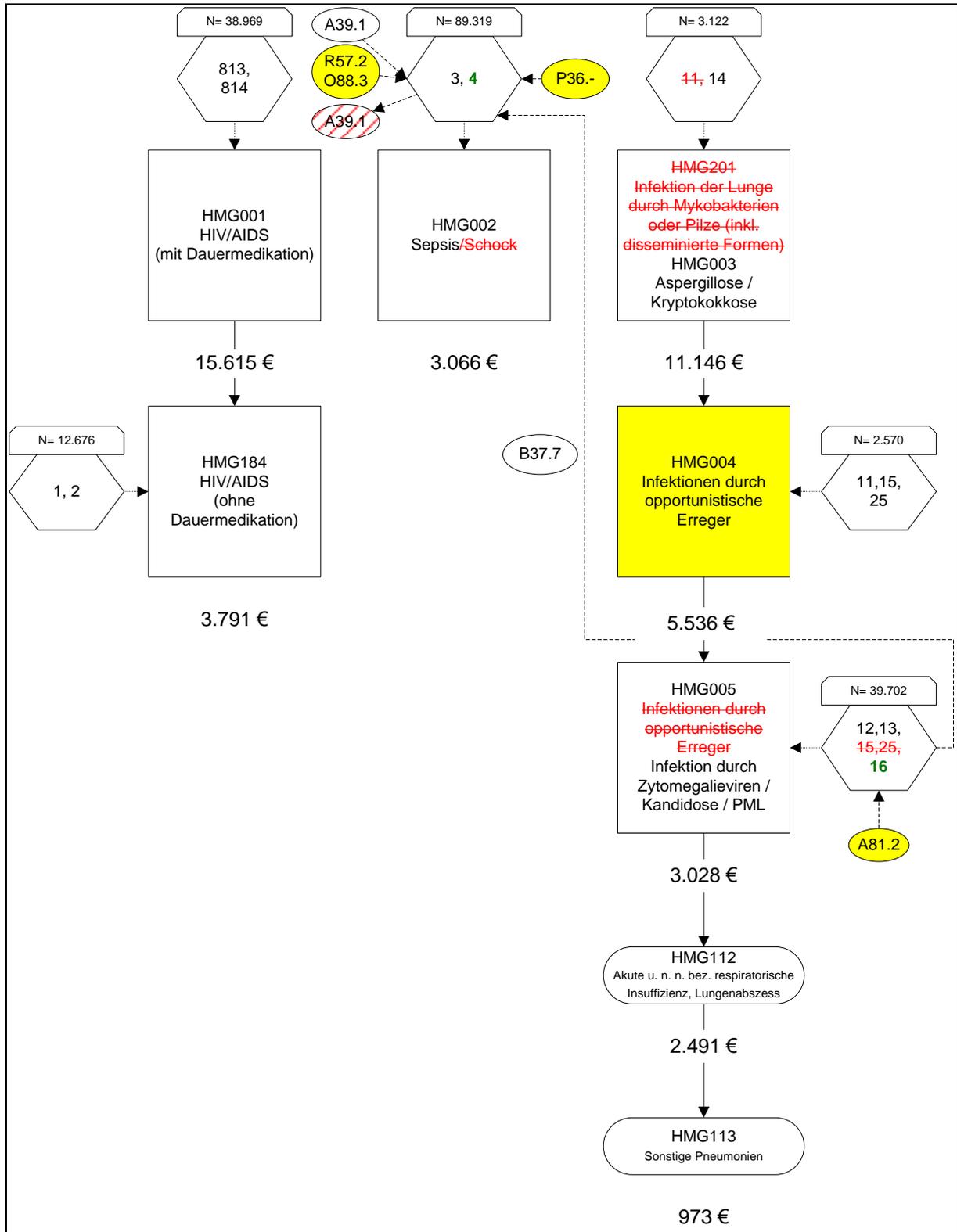
6.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie 1 „Infektionen“ führte zu den nachfolgend dargestellten Anpassungsvorschlägen im Festlegungsentwurf:

- Der ICD-Kode A48.3 entfällt aus der DxG003 (HMG002) im Zuge der Krankheitsauswahl.
- Die ICD-Kodes A39.1 und B37.7 werden in die DxG003 (HMG002) verschoben.
- Die neu hinzugekommenen ICD-Kodes R57.2 und O88.3 werden der DxG003 (HMG002) zugeordnet.
- Die ICD-Kodes P36.0 bis P36.5, sowie P36.8 und P36.9 werden der neuen DxG004 mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zugeordnet, für die das maximal zulässige Alter auf 1 Jahr festgelegt wird.
- Die DxG004 erhält die Bezeichnung „Sepsis beim Neugeborenen“ und wird der bestehenden HMG002 zugeordnet.
- Die DxG003 und die HMG002 erhalten die neue Bezeichnung „Sepsis“.
- Die HMG201 wird geändert in HMG003 und erhält nun die Bezeichnung „Aspergillose / Kryptokokkose“.
- Es wird eine neue HMG004 geschaffen, welche die Bezeichnung „Infektionen durch opportunistische Erreger“ erhält, von der HMG003 dominiert wird und die HMG005 dominiert (und somit auch die HMG112 und HMG113).
- Die DxG011 wird von der HMG003 in die neue HMG004 verschoben.
- Die DxG015 und DxG025 werden von der HMG005 in die neue HMG004 verschoben.
- Der ICD-Kode A81.2 wird der neuen DxG016 zugeordnet, die die Bezeichnung „Progressive multifokale Leukenzephalopathie“ erhält und der HMG005 zugeordnet wird.
- Die HMG005 erhält die neue Bezeichnung „Infektion durch Zytomegalieviren / Kandidose / PML“.

In Abbildung 3 wird die Hierarchie „Infektionen“ nach Umsetzung der obigen Anpassungsempfehlung grafisch dargestellt.

Abbildung 3: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 1 „Infektionen“



6.2 Stellungnahmen

Die Barmer begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen zur Sepsis. Sie fragt jedoch, warum die Verschiebung von ICD-Kodes in organsystem- bzw. krankheitsspezifische Hierarchien – wie bei den Komplikationen – nicht auch bei der Hierarchie „Infektionen“ geprüft wird, deren Diagnosen ebenfalls fast vollständig anderen Hierarchien wie „Hämatologischen Erkrankungen“ oder „Erkrankungen der Lunge“ zugeordnet werden könnten.

TK et al. können die Entscheidung, das Kaposi-Sarkom (C46.-) nicht zu den Infektionen zu verschieben, nicht nachvollziehen. Der Zusammenhang mit HIV sei wissenschaftlich bewiesen und in Deutschland trete das Kaposi-Sarkom am häufigsten bei Menschen mit HIV-Infektion auf. Als Indikator für das Ausbrechen vom Stadium AIDS bezeichne das Kaposi-Sarkom einen höheren Schweregrad der HIV-Erkrankung und werde daher zu den HIV-assoziierten Neoplasien gezählt. Auswertungen von TK et al. bestätigen den deutlichen Zusammenhang. Es wird daher weiterhin vorgeschlagen, die entsprechenden Diagnosen in die Hierarchie Infektionen zu verschieben oder beide HMG mittels Querverweis zu verbinden.

Die DAK plädiert gegen eine Zusammenlegung der Sepsis und Sepsis beim Neugeborenen und hält die Hierarchisierung für die bessere Lösung, da somit eine zukünftig zu wiederholende Prüfung auf Homogenität der entsprechenden Kostenschätzer entfallen könne. So zeigen DAK-Daten, dass die Kostenunterschiede der beiden DxGs 2012 bereits deutlich größer seien als in 2011. Auch ein paralleler Zuschlag sei denkbar, da „ein möglicher Doppelkodiereffekt für unter Einjährige keine relevanten Ausmaße annehmen“ könne.

KBV können die Verschiebung des ICD-Kodes A81.2 „Progressive multifokale Leukenzephalopathie“ in die HMG005 „Infektionen durch opportunistische Erreger“ nachvollziehen. Das Zusammenlegen der Sepsis und Sepsis beim Neugeborenen wird positiv bewertet, da es zur Vereinfachung beitrage und die Stabilität des Systems gegenüber möglichen Kodiereffekten verbessere. Der Verzicht auf ein Verschieben des Kaposi-Sarkoms in die Hierarchie „Infektionen“ sei mit dem manifestationsbezogenen Aufbau des Klassifikationssystems schlüssig begründet.

6.3 Bewertung

Die von der Barmer vorgeschlagene Überprüfung einer Verschiebung von Diagnosen nicht nur von der Hierarchie „Komplikationen“ sondern auch von der Hierarchie „Infektionen“ in organsystem- bzw. krankheitsspezifische Hierarchien erscheint sinnvoll und folgerichtig. Im aktuellen Festlegungsprozess kann dies jedoch aus zeitlichen Gründen nicht mehr umgesetzt werden und wird daher auf künftige Festlegungsprozesse vertagt.

Die Äußerung von TK et al., dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen HIV und dem Kaposi-Sarkom bestehe, kann nachvollzogen werden. Sie entkräftet jedoch nicht die Argumentation, dass das Kaposi-Sarkom andere diagnostische und therapeutische Maß-

nahmen erfordert als die zugrunde liegende HIV/AIDS-Erkrankung und deshalb dem manifestationsbezogenen Aufbau des Klassifikationsmodells folgend bei den Krebserkrankungen verbleiben sollte. Ein Querverweis zwischen beiden Hierarchien ist überlegenswert, jedoch käme hier aufgrund der Kostenschätzer lediglich eine Dominanz der HIV/AIDS-HMGs 001 und 184 über die HMG 276 „Bösartige Neubildung der Harnwege, Haut, Zervix, Ovarien und spezifische Neubildungen unklarer Dignität, Kaposi-Sarkom“ in Frage. Damit würde HIV/AIDS jedoch zahlreiche weitere Krebserkrankungen (HMG276 bis HMG 280) dominieren, was aus medizinischer Sicht nicht sinnvoll ist und daher nicht ohne weitere Modellanpassungen umgesetzt werden kann.

Die von der DAK festgestellte Kostenspreizung zwischen Sepsis und Sepsis beim Neugeborenen von 2011 nach 2012 kann mit den aktuell für den Festlegungsprozess vorliegenden Daten nicht überprüft werden. Die vorliegenden Daten weisen in der Vollerhebung fast identische Kostenschätzer auf (Sepsis: 3.095 Euro, Sepsis beim Neugeborenen: 3.064 Euro; vgl. Tabelle 7 auf S. 126 des Festlegungsentwurfs). Aufgrund der geringeren Komplexität und der Vermeidung potenzieller Kodiermanipulationen wird daher weiterhin die im Festlegungsentwurf vorgeschlagene Zusammenlegung bevorzugt. Eine mögliche Kostenspreizung in den kommenden Jahren wird im Auge behalten.

6.4 Ergebnis

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

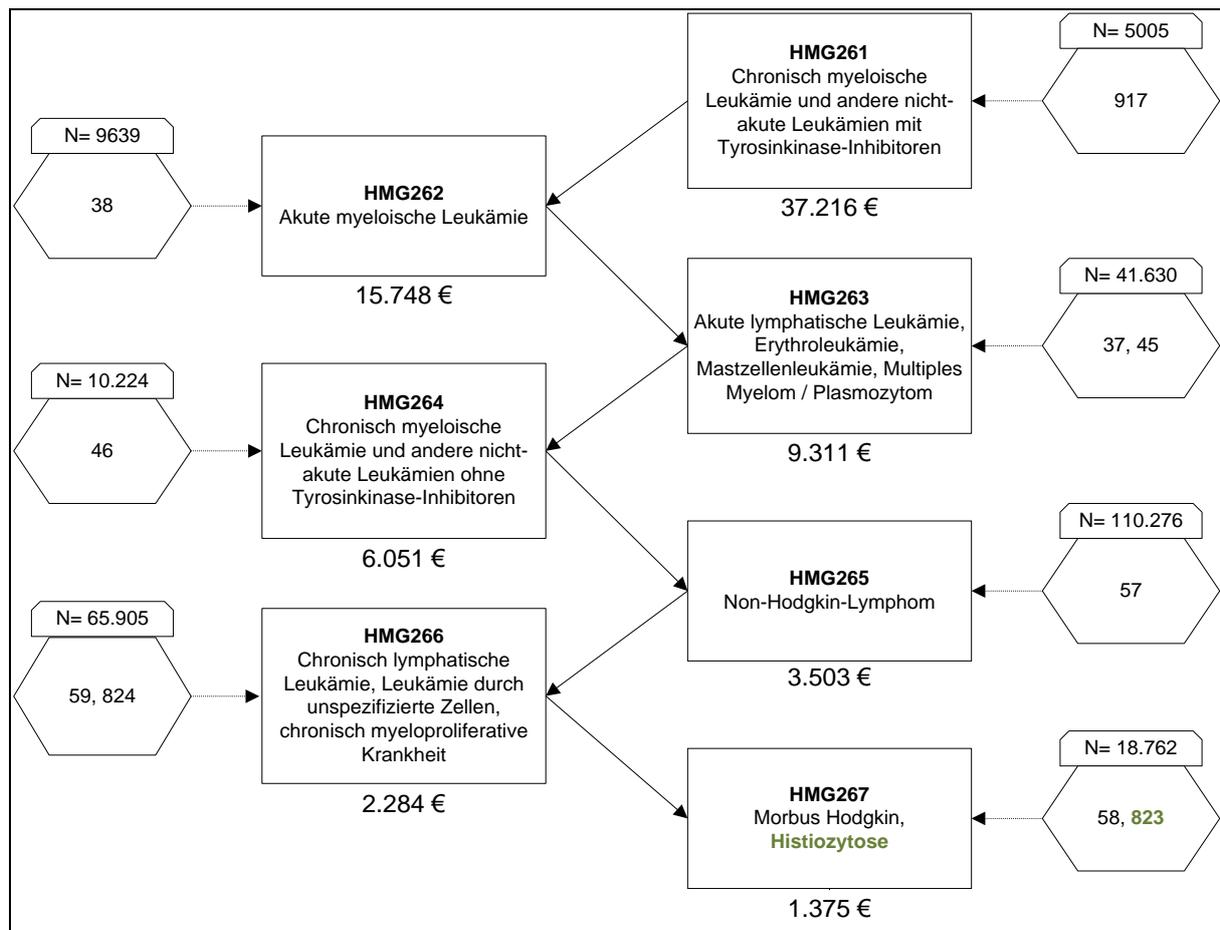
7 Hierarchie 2a: „Hämatologische Neubildungen“

7.1 Festlegungsentwurf

Die innerhalb der Hierarchie „Hämatologische Neubildungen“ im Festlegungsentwurf vorgesehenen Änderungen gegenüber dem Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2013 umfassten lediglich Anpassungen, die aus der Verschiebung der Diagnosen „Histiozytose“ (C96.5, C96.6, D76.0-) von der Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“ in die Hierarchie 2a „Hämatologische Neubildungen“ resultieren:

- Die Diagnosen C96.5, C96.6, D76.0- werden anstelle der DxG828 „Porphyrie, Histiozytose“ der neuen DxG823 „Histiozytose“ und der HMG267 (bislang bezeichnet: „Morbus Hodgkin“) zugeordnet.
- Die HMG267 wird umbenannt in „Morbus Hodgkin, Histiozytose“.
- Die DxG828 wird umbenannt in „Porphyrie“ (siehe auch folgenden Abschnitt „Metabolische Erkrankungen“)

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



7.2 Stellungnahmen

Die Zusammenfassung unterschiedlicher Formen der Histiozytose wird von KBV als „aus medizinischer Sicht sinnvoll“ begrüßt. GKV-SV und Barmer bemängeln in ihren Stellungnahmen, dass ihre Vorschläge zu einer weitergehenden Arzneimitteldifferenzierung - sowohl die „soliden Tumoren“ als auch die „hämatologischen Neubildungen“ betreffend - nicht berücksichtigt wurden.

7.3 Ergebnis

Der Hierarchiestrang 2a „Hämatologische Neubildungen“ bleibt im Vergleich zum Entwurf der Festlegung unverändert. Die Anregungen zu einer weitergehenden Arzneimitteldifferenzierung werden bis auf weiteres zurückgestellt.

8 Hierarchie 4: „Metabolische Erkrankungen“

8.1 Festlegungsentwurf

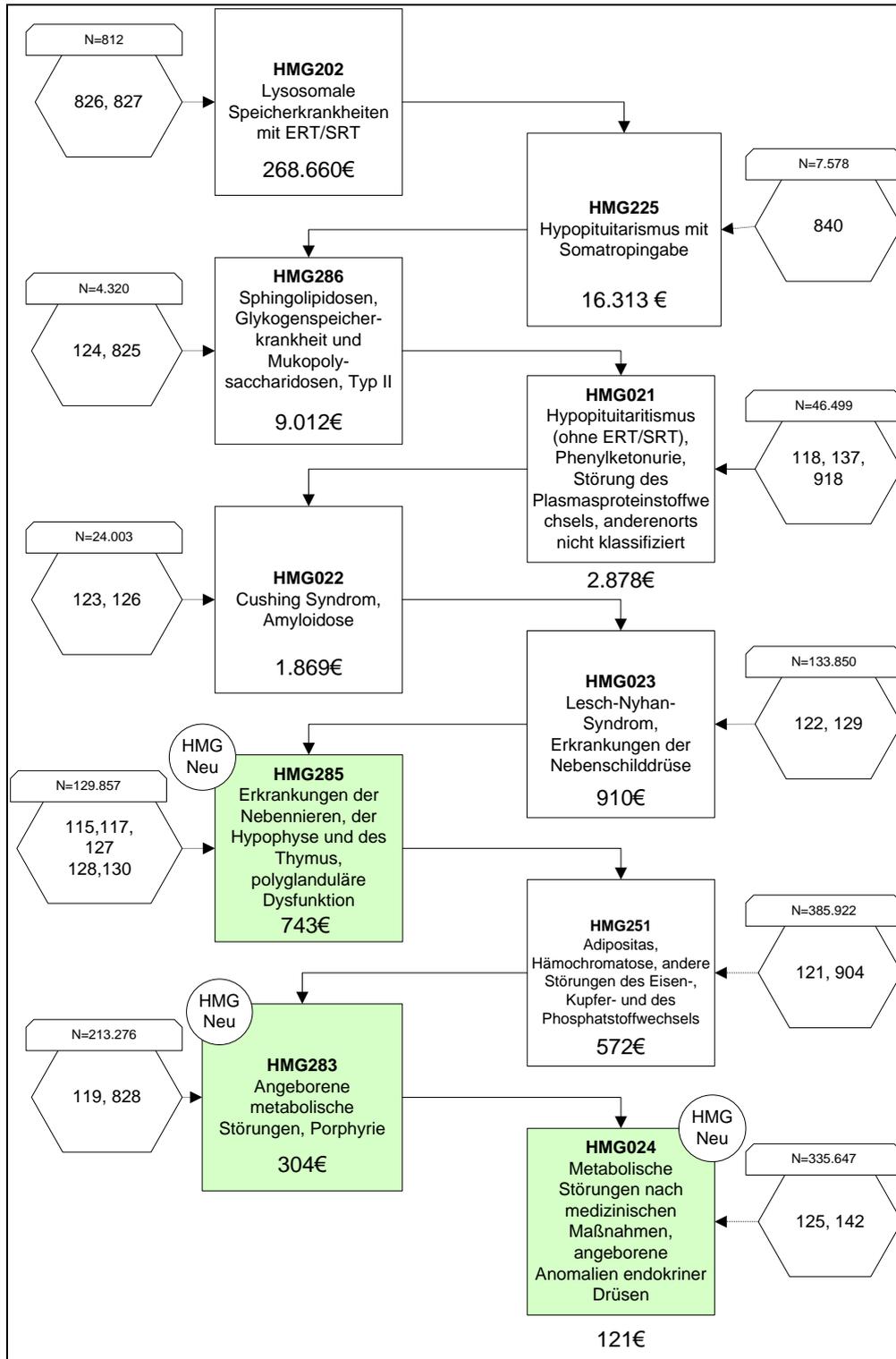
Die im Festlegungsentwurf vorgesehenen Änderungen der Hierarchie betreffen:

1. Neu geschaffene DxGruppen / Änderungen der DxG-Abgrenzungen:
 - a. Die Diagnosen des ICD-Dreistellers E89.- werden der DxG125 „Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen“ zugeordnet.
 - b. Die DxG115 besteht nur noch aus den Diagnosen E25.- und wird umbenannt in „Androgenitale Störungen“.
 - c. Die DxG117 besteht nur noch aus den Diagnosen E32.- und wird umbenannt in „Erkrankungen des Thymus“
 - d. Die DxG828 besteht nur noch aus den Diagnosen E80.0/.1/.2/.3 und wird umbenannt in „Porphyrie“.
 - e. Die Diagnosen des ICD-Dreistellers E24.- bilden die neue DxG126 „Cushing-Syndrom“.
 - f. Die Diagnosen der ICD-Dreistellergruppe E26.- bilden die neue DxG127 „Hyperaldosteronismus“.
 - g. Die Diagnosen des ICD-Dreistellers E27.- und die Diagnose E35.1 bilden die neue DxG128 „Sonstige Erkrankungen der Nebennieren“.
 - h. Die Diagnosen der ICD-Dreisteller E20.- und E21.- werden der DxG129 „Erkrankungen der Nebenschilddrüse“ zugeordnet.
 - i. Die Diagnosen der ICD-Dreisteller E22.- und E23.- (mit Ausnahme von E23.0), sowie E31.- bilden die DxG130 „Sonstige Erkrankungen der Hypophyse, polyglanduläre Dysfunktion“.
2. Änderungen der Aufgreifkriterien:
 - a. Für die DxG826 und DxG827 gilt zukünftig die Schweregraddifferenzierung über Behandlungstage mit einer kritischen Grenze von **10** Behandlungstagen (BT).
 - b. Für die DxG840 gilt zukünftig das Aufgreifkriterium „Schweregraddifferenzierung über Behandlungstage“ mit einer kritischen Grenze von **183** BT.
3. Änderungen der DxG-HMG-Zuordnung:
 - a. Die DxG-HMG-Abgrenzung der HMG021, HMG202, HMG251 und HMG286 erfährt keine Änderungen.

- b. Die HMG022 besteht zukünftig aus DxG123 und DxG126 und wird umbenannt in „Cushing-Syndrom, Amyloidose“. Sie dominiert alle weiteren HMG des Hierarchiestrangs.
- c. Die HMG023 besteht zukünftig nur noch aus den DxG122 und DxG129 und wird umbenannt in „Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse“. Sie dominiert alle weiteren HMG des Hierarchiestrangs.
- d. Die DxGruppen 115, 117, 127, 128 und 130 bilden die neue HMG285 „Erkrankungen der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion“, die alle weiteren HMG des Hierarchiestrangs dominiert.
- e. Die HMG251 wird zukünftig gebildet aus der DxG121 und DxG904 und wird umbenannt in „Adipositas, Hämochromatose, andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphatstoffwechsels“. Sie dominiert alle weiteren HMG des Hierarchiestrangs.
- f. Die DxG119 „Angeborene metabolische Störungen“ und DxG828 neuer Fassung „Porphyrie“ bilden die neue HMG283 „Angeborene metabolische Störungen, Porphyrie“, die die HMG024 am Ende des Hierarchiestrangs dominiert.
- g. Den Abschluss des Hierarchiestrangs bildet die neue HMG024 „Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen, Angeborene Anomalien endokriner Drüsen“. Sie wird gebildet aus den DxG125 und DxG142.

Die daraus folgenden Änderungen werden in Abbildung 5 zusammengefasst.

Abbildung 5: Festlegungsentwurf für Hierarchie 4 "Metabolische Erkrankungen"



8.2 Stellungnahmen

Zur den vorgesehenen Änderungen in der Hierarchie der metabolischen Erkrankungen gingen Änderungen ein von GKV-SV, Barmer, BKK-BV, IKK e.V., AOK-BV und KBV.

GKV-SV lehnt die vorgeschlagene Umstellung des Aufgreifkriteriums für DxG826 Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT bzw. DxG827 Sphingolipidosen mit ERT/SRT in der vorgeschlagenen Form ab. Dies wird mit der mangelnden medizinischen Begründung der Umstellung von zwei Verordnungsquartalen auf 10 Behandlungstage begründet.

Die Abweichung von der bisher für den Sonderfall 1 standardmäßig festgelegten Mindestgrenze von 183/92 Behandlungstagen sollte unter Berücksichtigung von Dosierungsempfehlungen erfolgen, die empirisch zu überprüfen und ggf. anzupassen sind. Das fehlende medizinische Hinterfragen der Ergebnisse des in Modell MI.2 erfolgten Analyseschritts wird bemängelt. Gleiches gilt für die fehlende Bewertung in Bezug auf die Manipulationsresistenz und etwaige Fehlanreize der vorgeschlagenen Grenzen.

Barmer erachtet das vom BVA festgestellte Ergebnis, dass die Folgekosten der lysosomalen Speicherkrankheiten mit ERT/SRT nicht von der im Vorjahr verordneten Menge mit ERT/SRT abhängen, grundsätzlich als plausibel. Sie regen dennoch an, eine höhere Grenze zu prüfen, da mit der derzeit gewählten Regelung der Anreiz bestehe, nicht indizierte Therapieversuche zu fördern, um den Zuschlag für die HMG202 zu erreichen und somit eine einmalige Überdeckung für den betroffenen Versicherten zu erreichen.

Des Weiteren regt Barmer an, für die Versicherten mit hypophysärem Kleinwuchs, welche knapp an der bisher festgesetzten Behandlungstaggrenze scheitern, die Einführung einer Gruppe mit Bedarfsmedikation zu prüfen, da diese ebenfalls hohe prospektive Kosten besitzen. Als dritte Anregung wird der Vorschlag eingebracht, die HMG023 mit HMG285 zusammenzulegen, da die Kostenschätzer dieser Gruppen nur leicht auseinanderliegen.

BKK-BV kritisiert ebenfalls die Umstellung der Arzneimittelprüfung für HMG202 von zwei Verordnungsquartalen auf 10 Behandlungstage. Es wird angeregt, eine höhere Grenze für die HMG zu prüfen und mögliche Änderungen auf der Basis der Daten mehrerer Jahre zu validieren. In Anbetracht der Tatsache, dass die zu erwartenden Verordnungen an lebensnotwendigen Medikamenten für die Hälfte der Versicherten nicht erfüllt wird, sollte weiterhin überprüft werden, ob die in der WIDO-Liste hinterlegten DDD im Falle dieser Erkrankung zielführend und korrekt sind.

IKK e.V. fordert für die Arzneimittelprüfung der HMG202 (DxG826 und 827), in der Gruppe des ATC-Fünfstellers A16AX zur Prüfung nur den ATC-Siebensteller A16AX06 (Miglustat) heranzuziehen, da die anderen in der Wirkstoffgruppe gelisteten Arzneistoffe zur Behandlung anderer, weniger kostenintensiver, aber ebenfalls in der Hierarchie abgebildeter Stoffwechselerkrankungen eingesetzt werden. Im Zusammenhang mit den extrem hohen erreichbaren Zuschlägen wird auf das Anreizrisiko, auf das Verordnungsgeschehen Einfluss zu nehmen, hingewiesen. Auch die Wahl der Grenze von 10 Behandlungstagen als vorausgesetzte Mindestgrenze für die Arzneimittelprüfung der DxG826 und DxG827 wird kritisiert.

In Bezug auf die Überarbeitung der Hierarchiestruktur wird für die fünf am niedrigsten bewerteten HMGs angeregt, die Zusammenlegung all jener Gruppen zu prüfen, für die der Abstand weniger als 500 Euro beträgt, da dies als Kriterien für Gruppenabstände bei Alterssplits an anderer Stelle postuliert worden sei.

AOK-BV teilt die eingebrachten Bedenken zur Umstellung der Arzneimittelprüfung für die lysosomalen Speicherkrankheiten. Auch hier wird eine kritische Überprüfung der Grenze von 10 Behandlungstagen angeregt. Abweichend von den anderen diesbezüglichen Stellungnahmen wird die Kombination mit dem zwei Verordnungsquartale-Kriterium angeregt. Auch auf das Problem von Krankenhausaufenthalten mit ERT/SRT, welche über Sonderentgelte abgerechnet werden, wird hingewiesen. Konkret wird vorgeschlagen, für Versicherte ab 12 Jahren eine Grenze von 50 Behandlungstagen vorauszusetzen.

Mit Bezug auf den hypophysären Kleinwuchs im Kontext mit der Verordnungsproblematik über das Körpergewicht regt AOK-BV an, die Schweregraddifferenzierung weiterhin über den Sonderfall 2 für DxG840 durchzuführen. Auch hier wird eine Mindestverordnungsmenge von 50 BT als sachgerecht bewertet.

Einzig die KBV begrüßt die Umstellung von Verordnungsquartalen auf Behandlungstage für die lysosomalen Speicherkrankheiten aufgrund der verbesserten Kennzahlen. Gleichwohl erscheint auch ihnen die unerwartet häufige Unterschreitung des zu erwartenden Grenzwertes von 183/92 Behandlungstagen klärungsbedürftig. Die Umstellung des Aufgreifkriteriums für DxG840, sowie die vorgenommenen Auftrennungen der DxG115 und DxG117 werden als medizinisch schlüssig erachtet. Gleiches gilt für die Umgruppierung der metabolischen Störungen nach medizinischen Maßnahmen.

8.3 Bewertung der Stellungnahmen

Die eingegangenen Stellungnahmen lassen sich in vier Themenkomplexe einteilen, zu denen das BVA zu folgender Bewertung gekommen ist:

Umstellung des Aufgreifkriteriums für die Diagnosegruppen der lysosomalen Speicherkrankheiten DxG826, DxG827: Die inhaltliche Kritik an der Form der Umstellung des Aufgreifkriteriums für die Diagnosegruppen der lysosomalen Speicherkrankheiten, die in weitgehend einhelliger Weise von einer Vielzahl der Anhörungspartner vorgebracht wurde, bewegt das BVA und den Beirat, sich der Ausgestaltung des Aufgreifkriteriums Schweregraddifferenzierung über Sonderfall 1b (10 Behandlungstage) noch einmal anzunehmen. Insbesondere die Bedenken in Bezug auf die Anreize für manipulative Aktivitäten in der Versorgungslandschaft werden sehr ernst genommen. Es mag zwar dahingestellt sein, ob die Voraussetzung von zwei Verordnungsquartalen für einen Zuschlag in der für die lysosomalen Speicherkrankheiten berechneten Höhe deutlich stabiler gegenüber der Förderung nicht indizierter Therapiemaßnahmen ist, als die Voraussetzung von 10 Behandlungstagen mit einer zeitgleichen Diagnose. Die vorgebrachten Argumente überzeugen jedoch in Bezug auf den

konkreten Vorschlag des Festlegungsentwurfs. Die im Festlegungsentwurf vorgeschlagene Grenze von 10 Behandlungstagen wurde in Analogie zu den bisher im Algorithmus auftretenden Grenzen von 10 Behandlungstagen in der Arzneimittelvalidierung für akut-rezidivierende Erkrankungen gewählt. Die eingegangenen Stellungnahmen zu dem Thema verdeutlichen jedoch, dass die Setzung einer geeigneten Mindestgrenze für Behandlungstage im Sonderfall 1b einer intensiven empirischen Untersuchung bedarf, die stärker als im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2014 von medizinischen Überlegungen geprägt ist. Nichtsdestotrotz hält das BVA an der Auffassung fest, dass auch die (begrenzte) Komplexität des Aufgreifalgorithmus als solche ein Entscheidungskriterium sein darf. Die Einführung von Gruppen mit „Bedarfsmedikation“ wird nur dort als sinnvoll erachtet, wo das Erkrankungsbild nahelegt, dass unterschiedliche Schweregrade, *gemessen in einheitlichem Behandlungsbedarf*, sich anhand unterschiedlicher Grenzen für Behandlungstage identifizieren lassen. Dies wurde im Kapitel der hämatologischen Erkrankungen des Festlegungsentwurfs für Hämophilie und Willebrand-Jürgens-Syndrom als gegeben erachtet und ist u.a. der Grund, warum die Einführung der Modellvariante MI.1b für die lysosmalen Speicherkrankheiten im Festlegungsentwurf nur informativ ausgewiesen und nicht näher verfolgt wurde.

Ziel von Beirat und BVA ist daher die Ermittlung einer Grenze zur Schweregraddifferenzierung für den Sonderfall 1b, welche:

1. manipulationssicher ist,
2. basierend auf medizinischen Überlegungen der Problematik gewichtsabhängiger Verordnungen gerecht wird und
3. nach Abwägung der Voraussetzungen verschiedener Krankheitsbereiche eine einheitliche Grenze darstellt.

Die dafür notwendigen Untersuchungen waren in der zur Verfügung stehenden Zeit in der gebotenen Sorgfalt nicht zu leisten. Die Ausgestaltung der Schweregraddifferenzierung über Sonderfall 1b in dieser als auch in der anderen betroffenen Hierarchie (siehe dazu auch Kapitel 11) wird von daher auf den folgenden Anpassungszyklus zurückgestellt und dort in aller Gründlichkeit untersucht werden. Auf diese Weise wird auch eine faire Einbeziehung aller Anhörungsteilnehmer zur vorgeschlagenen Lösung ermöglicht.

Eingrenzung der ATC-Zuordnung für die Diagnosegruppen der lysosmalen Speicherkrankheiten DxG826, DxG827: Die vom IKK e.V. vorgebrachte Kritik an der Einbeziehung sämtlicher Siebensteller der ATC-Gruppe A16AX für die Arzneimittelprüfung der entsprechenden Dx-Gruppen wird grundsätzlich als stichhaltig bewertet. Deshalb wird empirisch geprüft, welche Auswirkungen die Einschränkung der Arzneimittelprüfung für die Dx-Gruppen der lysosmalen Speicherkrankheiten vom ATC-Fünfsteller A16AX auf den ATC-Siebensteller A16AX06 (Miglustat) zur Folge hat.

Umstellung des Aufgreifkriterium für DxG840: Auch wenn die Umstellung der Schweregrad-differenzierung von Ordnungsquartalen auf Behandlungstage für die lysosomalen Speicherkrankheiten fürs erste zurückgestellt wurde, schließt sich das BVA der vorgebrachten Kritik bezüglich der Umstellung auf Behandlungstage der DxG840 „Hypophysärer Kleinwuchs mit Somatropingabe“ nicht an. Es wird zwar zugestanden, dass auch hier Unschärfen in Bezug auf die vorausgesetzten Mindestgrenzen existieren, die auf gewichtsabhängige Verordnungen zurückzuführen sind. Im Gegensatz zu den entsprechenden Analysen für die DxG826, DxG827 (beide lysosomale Speicherkrankheiten) und DxG225 (Hämophilie mit Dauermedikation) wurde jedoch bei der Umstellung auf eine Schweregraddifferenzierung gemäß Sonderfall Behandlungstage mit einer Mindestgrenze von 183/92 eine eindeutige Modellverbesserung erzielt. Die Einführung einer zusätzlichen Gruppe mit „Bedarfsmedikation“ wird in Anbetracht der Tatsache, dass an dieser Stelle kein anderer Schweregrad der Erkrankung auszumachen ist, nicht verfolgt. An der Umstellung des Aufgreifkriteriums für DxG840 von Sonderfall 2 auf Sonderfall 1 wird daher festgehalten. Sollte zukünftig eine geeignete Abgrenzung für den Sonderfall 1b gefunden werden, wird in Aussicht gestellt zu überprüfen, ob die Abgrenzung über diesen im Vergleich zur derzeitigen gefundenen Lösung eine Modellverbesserung darstellt.

Anpassungen der Hierarchiestruktur: Die von zwei Anhörungspartnern geäußerten Vorschläge zur Zusammenlegung bestimmter HMGs wird in Bezug auf die Zusammenlegung von HMG023 und HMG285 überprüft, da der Kostenabstand dieser beiden HMG weniger als den Faktor 1,5 des niedrigeren Schätzers beträgt. An dieser Stelle soll jedoch betont werden, dass die für die Schaffung von Alterssplits postulierten Voraussetzungen hilfreiche Kriterien für die Abgrenzung von Gruppen darstellen können, jedoch bei Fragen der Neuordnung der Hierarchiestruktur nicht zwingend angewandt werden müssen. Insbesondere bei Morbiditätsgruppen, deren Zuschläge unterhalb von 500€ liegen und die eine starke Gruppenbesetzung aufweisen, könnten so Fehlverteilungen in erheblichem Ausmaß entstehen.

8.4 Untersuchung

Für die empirische Untersuchung dient das Modell AI.1, in dem für die DxG826 und DxG827 die Schweregraddifferenzierung über zwei Ordnungsquartale angewandt wird. Für die DxG840 wird weiterhin die im Festlegungsentwurf vorgesehene Schweregraddifferenzierung über 183/92 Behandlungstage angewendet. Diesem wird vergleichend Modell AI.2 gegenübergestellt, in welchem aus der ATC-Fünfstellergruppe A16AX nur noch der Siebensteller A16AX06 neben den Wirkstoffen der ATC-Gruppe A16AB zur Arzneimittelprüfung der DxG826 und DxG827 hinzugezogen wird (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Ergebnisse der veränderten Form der Schweregraddifferenzierung für HMG202 "Lysosomale Speicherkrankheiten"

		MIII.11 Festlegungsentwurf Vollerhebung			AI.1 Vollerhebung Prüfung der DxGs für HMG202 über Verordnungsquartale			AI.2 Vollerhebung Eingrenzung des ATC- Fünfstellers A16AX auf A16AX06		
		R2	24,7839%		R2	24,7038%	-0,0801%	R2	24,6991%	-0,0046%
		CPM	23,3821%		CPM	23,3736%	-0,0085%	CPM	23,3711%	-0,0024%
		MAPE	1.902,94 €		MAPE	1.903,15 €	0,212 €	MAPE	1.903,21 €	0,061 €
Variable	Inhalt	N Reg	Beta	STDERR						
HMG202	Lysosomale Speicherkrankheiten mit ERT/SRT (10BT)	812	268.659,55 €	205,80 €	755	271.885,48 €	213,49 €	726	276.759,80 €	217,74 €
HMG225	Hypopituitarismus mit Somatropingabe (183 BT)	7.578	16.313,03 €	67,31 €	7.578	16.313,16 €	67,35 €	7.578	16.312,78 €	67,35 €
HMG286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und Mukopolysaccharidose, Typ II	4.320	9.011,64 €	89,07 €	4.374	11.714,46 €	88,57 €	4.403	12.631,17 €	88,28 €
HMG021	Hypopituitarismus ohne ERT/SRT, Phenylketonurie, Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert	46.499	2.877,63 €	27,19 €	46.499	2.877,70 €	27,20 €	46.499	2.877,67 €	27,20 €
HMG022	Cushing Syndrom, Amyloidose, familiäres Mittelmeerfieber	24.003	1.869,17 €	37,84 €	24.003	1.869,34 €	37,86 €	24.003	1.869,54 €	37,86 €
HMG023	Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse	133.850	910,00 €	16,95 €	133.850	910,47 €	16,96 €	133.850	911,11 €	16,96 €
HMG285	Erkrankungen der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglandulare Erkrankungen	129.857	743,41 €	16,29 €	129.857	743,39 €	16,30 €	129.857	743,40 €	16,30 €
HMG251	Adipositas, Hämochromatose, andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphat-Stoffwechsels	385.922	571,97 €	9,56 €	385.922	572,05 €	9,56 €	385.922	572,14 €	9,56 €
HMG283	Angeborene metabolische Störungen, Porphyrie	213.276	304,34 €	12,71 €	213.277	304,93 €	12,72 €	213.277	304,97 €	12,72 €
HMG024	Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen	335.647	121,05 €	10,16 €	335.647	121,12 €	10,17 €	335.647	121,22 €	10,17 €

Es zeigt sich, dass die Eingrenzung der zur Arzneimittelprüfung hinzugezogenen Wirkstoffe der ATC-Fünfstellergruppe A16AX auf Miglustat (A16AX06) die Herabstufung von 29 Versicherten in der Vollerhebung von HMG202 auf HMG286 zur Folge hat. Der Schätzer der HMG202 steigt durch ein solches Vorgehen ebenso wie der Schätzer der HMG286. Durch Dreisatz lässt sich ermitteln, dass die geschätzten Kosten dieser Versicherten bei ca. 150.000€ liegt und sich somit ziemlich genau in der Mitte beider Zuschlagsgruppen befindet. Gleichzeitig bewirkt diese Änderung eine eindeutige Verschlechterung in der Zielgenauigkeit des Modells in Bezug auf alle verwendeten Kennzahlen. Da die Anzahl der betroffenen Versicherten weit unterhalb der Mindestgrenze von 100 Versicherten als Gruppenbesetzung liegt, wird die Schaffung einer eigenen HMG für die betroffenen Versicherten nicht weiterverfolgt. Aufgrund der Verschlechterung des Modells wird die Eingrenzung auf den gewählten ATC-Siebensteller zunächst nicht umgesetzt. Dies liegt zum einen in der Verschlechterung der Zielgenauigkeit und den hohen durchschnittlichen Kosten der verschobenen Versicherten, zum anderen auch darin begründet, dass die von IKK e.V. angeführten Beispiele möglicher Manipulationsmöglichkeiten zurückhaltend bewertet werden. Die von IKK e.V. vorgebrachten Beispiele setzen immer Diagnosen voraus, die auch bei exklusivem Vorliegen der entsprechenden anderen ATC-Wirkstoffe der Gruppe A16AX nicht zu einer Zuordnung in die DxG826 und DxG827 führen würden (E83.0 Morbus Wilson führt unabhängig von jeglichen Arzneimitteln in DxG121, E70.0 Phenylketonurie in DxG918). Eine Manipulation würde hier schließlich die Umkodierung auf eine gänzlich andere Krankheit erfordern. Nichtsdestotrotz zeigen die Ergebnisse, dass eine Analyse der Merkmale jener Versicherten, die Diagnosen der lysosomalen Speicherkrankheiten und Verordnungen aus zwei Quartalen ausschließlich aus der ATC-Gruppe A16AX ohne Miglustat aufweisen, erfolgen muss und das Klassifikationssystem an dieser Stelle ggf. weiteren Anpassungen in den Folgejahren bedarf.

Ausgehend von Modell AI.1 wird in einem weiteren Schritt die Zusammenlegung der HMG023 und HMG285 geprüft (Modell AII.1 in Tabelle 5). Es zeigt sich, dass sich die Qualität des Gesamtmodells kaum verschlechtert. Die Zusammenlegung der beiden HMGs zur neu gefassten HMG023 wird daher umgesetzt.

Tabelle 5: Auswirkung der Zusammenlegung von HMG023 und HMG285

		AI.1 Vollerhebung Prüfung der DxGs für HMG202 über Verordnungsquartale			AII.1 Vollerhebung Zusammenlegung von HMG023 mit HMG285		
		R2	24,7038%	-0,0801%	R2	24,7038%	0,0000%
		CPM	23,3736%	-0,0085%	CPM	23,3736%	0,0000%
		MAPE	1.903,15 €	0,212 €	MAPE	1.903,15 €	-0,001 €
Variable	Inhalt						
HMG202	Lysosomale Speicherkrankheiten mit ERT/SRT (10BT)	755	271.885,48 €	213,49 €	755	271.884,24 €	213,49 €
HMG225	Hypopituitarismus mit Somatropingabe (183 BT)	7.578	16.313,16 €	67,35 €	7.578	16.313,23 €	67,35 €
HMG286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und Mukopolysaccharidose, Typ II	4.374	11.714,46 €	88,57 €	4.374	11.714,21 €	88,57 €
HMG021	Hypopituitarismus ohne ERT/SRT, Phenylketonurie, Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert	46.499	2.877,70 €	27,20 €	46.499	2.877,15 €	27,20 €
HMG022	Cushing Syndrom, Amyloidose, familiäres Mittelmeerfieber	24.003	1.869,34 €	37,86 €	24.003	1.867,86 €	37,86 €
HMG023	Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse	133.850	910,47 €	16,96 €	263.707	823,61 €	11,79 €
HMG285	Erkrankungen der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Erkrankungen	129.857	743,39 €	16,30 €			
HMG251	Adipositas, Hämochromatose, andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphat-Stoffwechsels	385.922	572,05 €	9,56 €	385.922	571,40 €	9,56 €
HMG283	Angeborene metabolische Störungen, Porphyrrie	213.277	304,93 €	12,72 €	213.277	304,72 €	12,72 €
HMG024	Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen	335.647	121,12 €	10,17 €	335.647	120,89 €	10,17 €

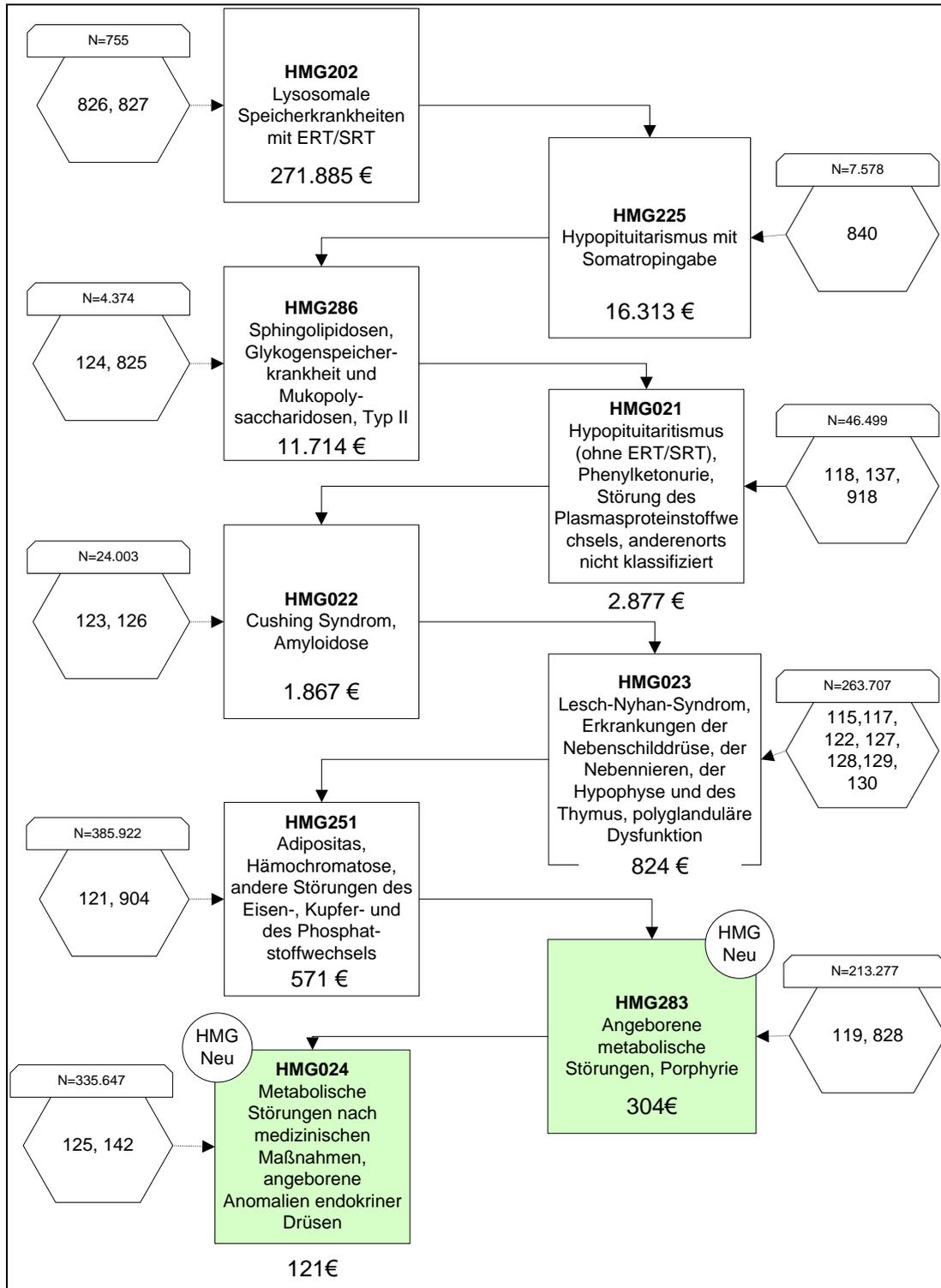
8.5 Ergebnis

In Abgrenzung zu den im Festlegungsentwurf vorgesehenen und in Abschnitt 8.1 zusammengefassten Änderungen ergeben sich in der Festlegung folgende Anpassungen:

1. Die Umstellung des Aufgreifkriteriums für DxG826 und DxG827 (beide HMG202) von Sonderfall 2 auf Sonderfall 1b wird ausgesetzt. Die Voraussetzungen für die bestandene Arzneimittelprüfung bestehen nach wie vor im Vorliegen von Verordnungen aus mindestens zwei Quartalen der ATC-Gruppen A16AB und A16AX.
2. HMG023 und HMG285 werden zur HMG023 neuer Fassung zusammengelegt. Die Bezeichnung der HMG023 lautet im Folgenden „Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion“.

Abbildung 6 fasst die Festlegung für die Hierarchie 04 „metabolische Erkrankungen“ zusammen.

Abbildung 6: Die Hierarchie 4 "Metabolische Erkrankungen" gemäß Festlegung



9 Hierarchie 6: „Gastrointestinale Erkrankungen“

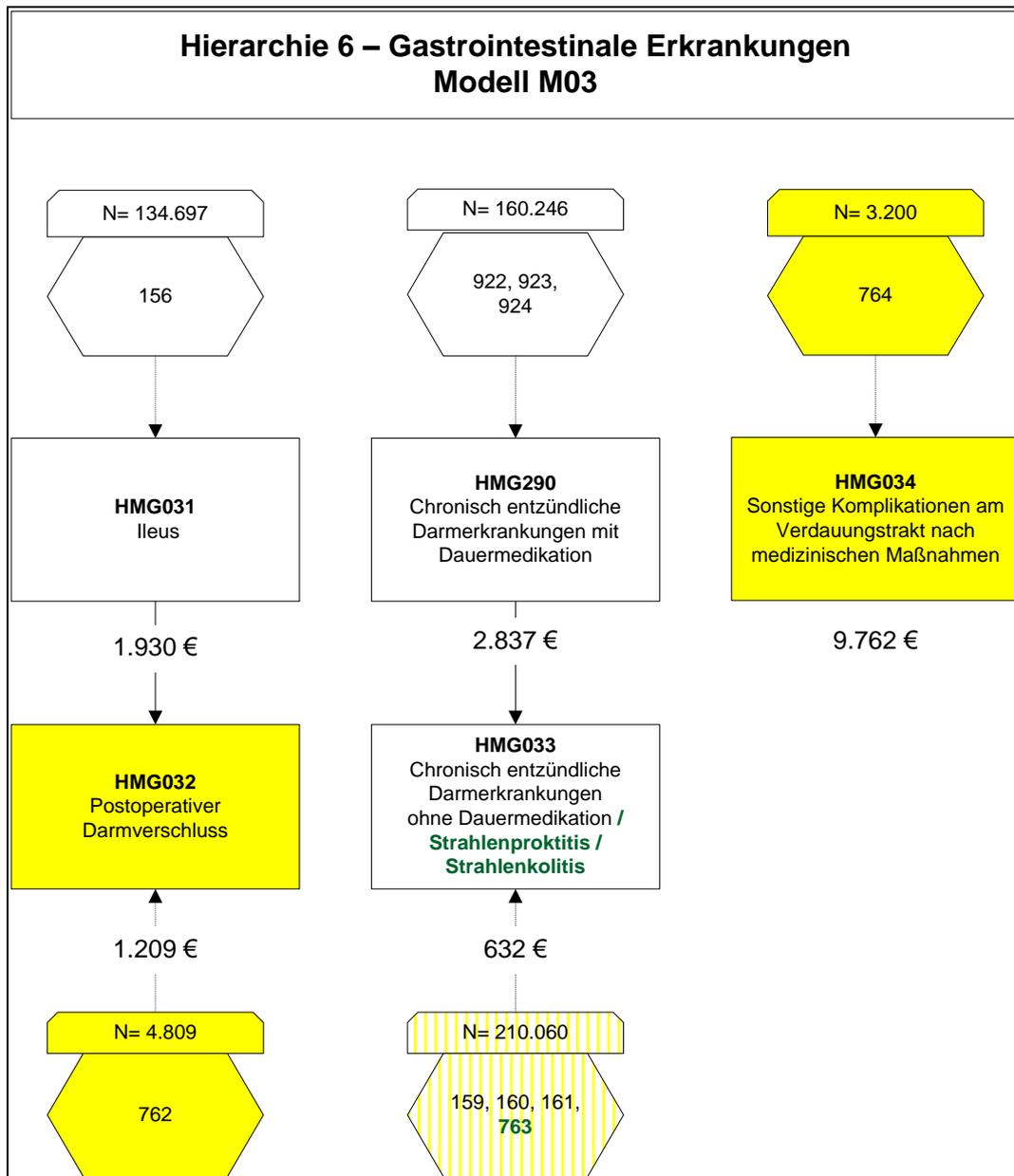
9.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ führte zu den nachfolgend dargestellten Anpassungsvorschlägen im Festlegungsentwurf:

- Die DxG913 „Peritonitis“ und die gleichnamige HMG259 entfallen im Zuge der Krankheitsauswahl.
- Der ICD-Kode K91.3 wird der neuen DxG762 zugeordnet, welche die Bezeichnung „Postoperativer Darmverschluss“ erhält und mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ validiert wird.
- Die DxG762 wird der neuen gleichnamigen HMG032 zugeordnet, welche von der HMG031 dominiert wird.
- Die DxG763 „Strahlenproktitis/Strahlenkolitis“ wird der HMG033 zugeordnet (statt bisher HMG165).
- Die Bezeichnung der HMG033 wird geändert in „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis“.
- Die ICD-Kodes K91.80 bis K91.83 werden der neuen DxG764 zugeordnet, welche die Bezeichnung „Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen“ erhält und mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ validiert wird.
- Die DxG764 wird der neuen gleichnamigen HMG034 zugeordnet, welche frei in der Hierarchie steht.

In Abbildung 7 wird die Hierarchie „Gastrointestinale Erkrankungen“ nach Umsetzung der obigen Anpassungsempfehlung grafisch dargestellt.

Abbildung 7: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“



9.2 Stellungnahmen

Die Barmer bittet darum, die Zusammenlegung der DxG762 (= HMG032) „Postoperativer Darmverschluss“ mit der DxG156 (= HMG031) „Ileus“ zu prüfen. Ein postoperativer Darmverschluss könne auch als Ileus dokumentiert werden bzw. ein Ileus auch postoperativ auftreten. Um Manipulationsanreize zu vermindern, sollten Kodiervarianten nicht zu doppelten bzw. unterschiedlichen Gruppierungen führen.

Die DAK hält die Schaffung einer separaten HMG für die DxG763 „Strahlenproktitis/Strahlenkolitis“ und somit eine Trennung von der HMG033 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis“ aufgrund der „deutlich unterschiedlichen Kosten“ für gerechtfertigt und zudem für übersichtlicher. Die Strahlenproktitis/Kolitis wäre dann in der Hierarchie oberhalb der HMG033 – oder alternativ

unterhalb der HMG034 „Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen“ einzuordnen.

Das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für den postoperativen Darmverschluss wird von der DAK als sinnvoll erachtet. Die Einordnung unterhalb der HMG031 „Ileus“ sei „aus dem Blickwinkel der medizinischen Inhalte denkbar“. Alternativ biete sich die Einordnung in einen Komplikationshierarchiestrang mit HMG034 und Strahlenproktitis / Strahlenkolitis an. Die Gefahr einer Doppelkodierung sei aufgrund der eindeutigen Kodiervorgaben des ICD-10 eher theoretisch als real zu erwarten.

KBV hält das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für den postoperativen Darmverschluss für sachgerecht.

9.3 Bewertung

Die von der Barmer zur Verhinderung von Kodiermanipulationsanreizen vorgeschlagene Zusammenlegung des postoperativen Darmverschlusses und des Ileus wird aufgrund der deutlich verschiedenen Kostenschätzer kritisch bewertet. Aufgrund der eindeutigen Kodiervorgaben des ICD-10 (siehe auch DAK-Stellungnahme) und der besseren Bewertung des K91.-Kodes als Nebendiagnose gegenüber einem K56.-Kode in der stationären Abrechnung wird das Risiko einer Verschiebung bei der Kodierung als relativ gering eingeschätzt. Es wird daher keine Veranlassung gesehen, vom Festlegungsentwurf abzuweichen und die HMGs zusammenzulegen. Die Problematik wird jedoch im Auge behalten.

Die Aussage der DAK, dass die DxG763 „Strahlenproktitis / Strahlenkolitis“ und die HMG033 deutlich unterschiedliche Kosten aufweisen, kann nicht nachvollzogen werden. Tabelle 38 auf Seite 183 der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf ist zu entnehmen, dass die DxG763 einen Kostenschätzer von 538 Euro und die HMG033 einen Kostenschätzer von 632 Euro aufweist. Somit kann auch nicht dem Vorschlag der DAK gefolgt werden, die DxG763 in der Hierarchie über die HMG033 zu stellen.

Die Verschiebung des postoperativen Darmverschlusses und der Strahlenproktitis / Strahlenkolitis in einen Komplikationsstrang mit HMG034 ist überlegenswert. Vor dem Hintergrund jedoch, dass die Einordnung des postoperativen Darmverschlusses unter HMG031 auch von der DAK als „denkbar“ betrachtet wird und die Strahlenproktitis / Strahlenkolitis nicht aus Kostengründen aus der HMG033 herausgelöst werden muss, wird keine Veranlassung gesehen, vom Festlegungsentwurf abzuweichen.

9.4 Ergebnis

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

10 Hierarchie 7: „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

10.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ führt zu den im Folgenden aufgeführten Anpassungen:

- **Aufnahme der Hüftluxationen (S73.0-, Q65.0, Q65.1, Q65.2):**
 - Die durch die Krankheitsauswahl neu aufgenommenen ICD-Schlüssel zur Kodierung der Hüftluxation (S73.0-) werden der DxG646 zugeordnet, die den Namen „Erworbenere Hüftluxation“ erhält. Die DxG646 wird aufgegriffen über das Kriterium „Stationär erforderlich“ und führt in die gleichnamige HMG158 „Erworbenere Hüftluxation“. Die HMG158 wird verschoben in die Hierarchie „Verletzungen“.
 - Die ebenfalls neu aufgenommenen Codes Q65.0, Q65.1 und Q65.2 werden über die DxG645 „Angeborene Hüftluxation“ der HMG040 zugeordnet. Spezifische Aufgreifkriterien werden für die DxG645 nicht spezifiziert. Die HMG040 wird umbenannt in „Angeborene Hüftluxation / Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies“.
- **Aufnahme der Arthritis bei Colitis ulcerosa bzw. bei Morbus Crohn (M07.4-, M07.5-):**
 - Die beiden neuen Codes werden in die bereits bestehende DxG852 „Chronische Polyarthrititis mit Organbeteiligung“ eingruppiert, die zu einem Zuschlag in der HMG227 „M. Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthrititis mit Organbeteiligung“ führt.
 - Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Dauerbehandlung mit spezifischen Arzneimittelwirkstoffen ist auch für die beiden neuen Codes eine Schweregraddifferenzierung vorgesehen (DxG204 / HMG199, s.u.).
- **Aufnahme der Codes M96.0 bis M96.8- sowie T84.0 bis T84.7 aus der Hierarchie „Medizinische Komplikationen“**
 - Die ICD-Codes T84.5, T84.6 und T84.7 bilden die neue DxG856 „Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate“, die über das Kriterium „Stationär erforderlich“ aufgegriffen wird. Die Diagnosegruppe führt in die neue und gleichfalls als „Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate“ bezeichnete HMG207.

- Die ICD-Kodes M96.6, T84.0, T84.1, T84.2, T84.3 und T84.4 bilden die neue DxG857 „Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate“, die ebenfalls über das Aufgreifkriterium „Stationär erforderlich“ aufgegriffen wird und in die gleichnamige HMG041 führt.
- Die Codes M96.0, M96.1, M96.2, M96.3, M96.4, M96.5, M96.80 und M96.81 werden der neuen DxG858 „Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems“ bzw. der gleichnamigen neuen HMG042 zugeordnet. Es wird kein spezifisches Aufgreifkriterium für die DxG858 gefordert.
- **Ausdifferenzierung der bisherigen DxG842/HMG229 „Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation“:**
 - Die DxG842 und die HMG229 werden aufgelöst. An ihre Stelle treten drei neue HMGs (198-200) bzw. neun neue DxGs (DxG199 bis DxG207), die analog zu den in der HMG226, HMG227 bzw. HMG228 enthaltenen Diagnosegruppen abgegrenzt werden.
 - Die neun neuen DxGs dienen der Schweregraddifferenzierung über spezifische Arzneimittelwirkstoffe (Schweregraddifferenzierung nach Behandlungstagen). Sie führen immer dann zu einem Zuschlag, wenn neben einer entsprechenden Diagnose mindestens eine quartalsgleiche Verordnung von Wirkstoffen aus der bislang für die DxG842 geprüften ATC-Gruppen (H02AB, H02BX, L01XC, L04AA, L04AC, L04AD, L04AX, M01CB, M01CC, M01CX, P01BA) vorliegt und eine Therapiedauer von mindestens 183 Behandlungstagen (Kinder 92 BT) errechnet wird.
 - Die Diagnosen, die in der DxG841 „Juvenile Arthritis“ enthalten sind, führen bei Vorliegen einer Dauermedikation künftig über die DxG199 „Juvenile Arthritis mit Dauermedikation“ zu einem Zuschlag, die Diagnosen der DxG186 „Morbus Behçet“ entsprechend in der DxG200 „Morbus Behçet mit Dauermedikation“ usw.; insgesamt enthält der Hierarchiestrang zur Abbildung der rheumatoiden Erkrankungen des Bewegungsapparates 18 Diagnosegruppen, die zu sechs HMGs zusammengefasst werden. Die Zuordnung und Benennung dieser Gruppen ergibt sich aus Tabelle 6.

Tabelle 6: Abgrenzung der rheumatoiden Erkrankungen mit und ohne Dauermedikation

Ohne Dauermedikation			Mit Dauermedikation		
DxG	HMG		DxG	HMG	
841 Juvenile Arthritis	226 Juvenile Arthritis		199 Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	198 Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	
186 Morbus Behcet	227 Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung		200 Morbus Behcet mit Dauermedikation	199 Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation	
189 Entzündliche Wirbelerkrankungen			201 Entzündliche Wirbelerkrankungen mit Dauermedikation		
208 Näher bezeichnete Arthritis psoriatica			202 Näher bezeichnete Arthritis psoriatica mit Dauermedikation		
209 Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie			203 Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie mit Dauermedikation		
852 Chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung			204 Chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation		
187 Systemischer Lupus erythematoses (SLE) / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes	228 Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen		205 Systemischer Lupus erythematoses (SLE) / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes mit Dauermedikation	200 Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	
188 Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien			206 Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien mit Dauermedikation		
190 Polymyalgia rheumatica			207 Polymyalgia rheumatica mit Dauermedikation		

• **Hierarchisierung:**

- In der Hierarchie gibt es künftig nur noch zwei „freistehende“ HMGs (HMG204 „Osteoporose bei Frauen“ und HMG205 „Osteoporose bei Männern“). Die übrigen HMGs werden in den drei folgenden Hierarchiesträngen zusammengefasst.
- HMG207 → HMG208 → HMG209
- HMG041 → HMG040 → HMG042
- HMG198 → HMG199 → HMG200 → HMG226 → HMG227 → HMG228

In Tabelle 7 und Abbildung 8 werden die in diesem Abschnitt zusammengefassten Anpassungen der Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ nochmals veranschaulicht.

Tabelle 7: Hierarchie 7 - Gegenüberstellung von Ausgangsmodell und Anpassungsentwurf

AUSGANGSMODELL				ENTWURF ZUR ANPASSUNG			
Hierarchie 07 ("Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems")	Vollerhebung			Risikogruppe	Vollerhebung		
	R ²	CPM	MAPE		R ²	CPM	MAPE
Risikogruppe	N	Beta	Standardfehler	Risikogruppe	N	Beta	Standardfehler
HMG204 Osteoporose bei Frauen	623.254	599 €	8 €	HMG204 Osteoporose bei Frauen	623.254	608 €	8 €
HMG205 Osteoporose bei Männern	73.845	1.354 €	22 €	HMG205 Osteoporose bei Männern	73.845	1.352 €	22 €
				HMG207 Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate	22.133	3.848 €	40 €
HMG208 Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / infektiöse Knochen- und Gelenkerkrankungen	54.983	1.826 €	25 €	HMG208 Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / infektiöse Knochen- und Gelenkerkrankungen	51.733	1.786 €	26 €
HMG209 Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates	79.629	679 €	21 €	HMG209 Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates	79.257	670 €	21 €
HMG158 *NEU* Hüftluxation	10.894	3.552 €	57 €	HMG158 Erworbene Hüftluxationen	3.781	5.165 €	95 €
				HMG041 Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	75.461	2.646 €	22 €
HMG040 Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies	1.012.598	1.356 €	6 €	HMG040 Angeborene Hüftluxation / Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies	999.083	1.354 €	6 €
HMG159 *NEU* Angeborene Hüftluxation	9.651	1.385 €	60 €	HMG042 Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems	74.195	981 €	22 €
				HMG198 Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	10.563	6.613 €	57 €
HMG229 Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	435.797	3.446 €	9 €	HMG199 Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation	90.065	4.827 €	20 €
				HMG200 Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	335.130	3.003 €	10 €
				HMG226 Juvenile Arthritis	14.638	1.225 €	48 €
HMG227 Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung	249.515	496 €	12 €	HMG227 Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung	249.544	508 €	12 €
HMG228 Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen	941.517	229 €	6 €	HMG228 Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen	941.524	229 €	6 €

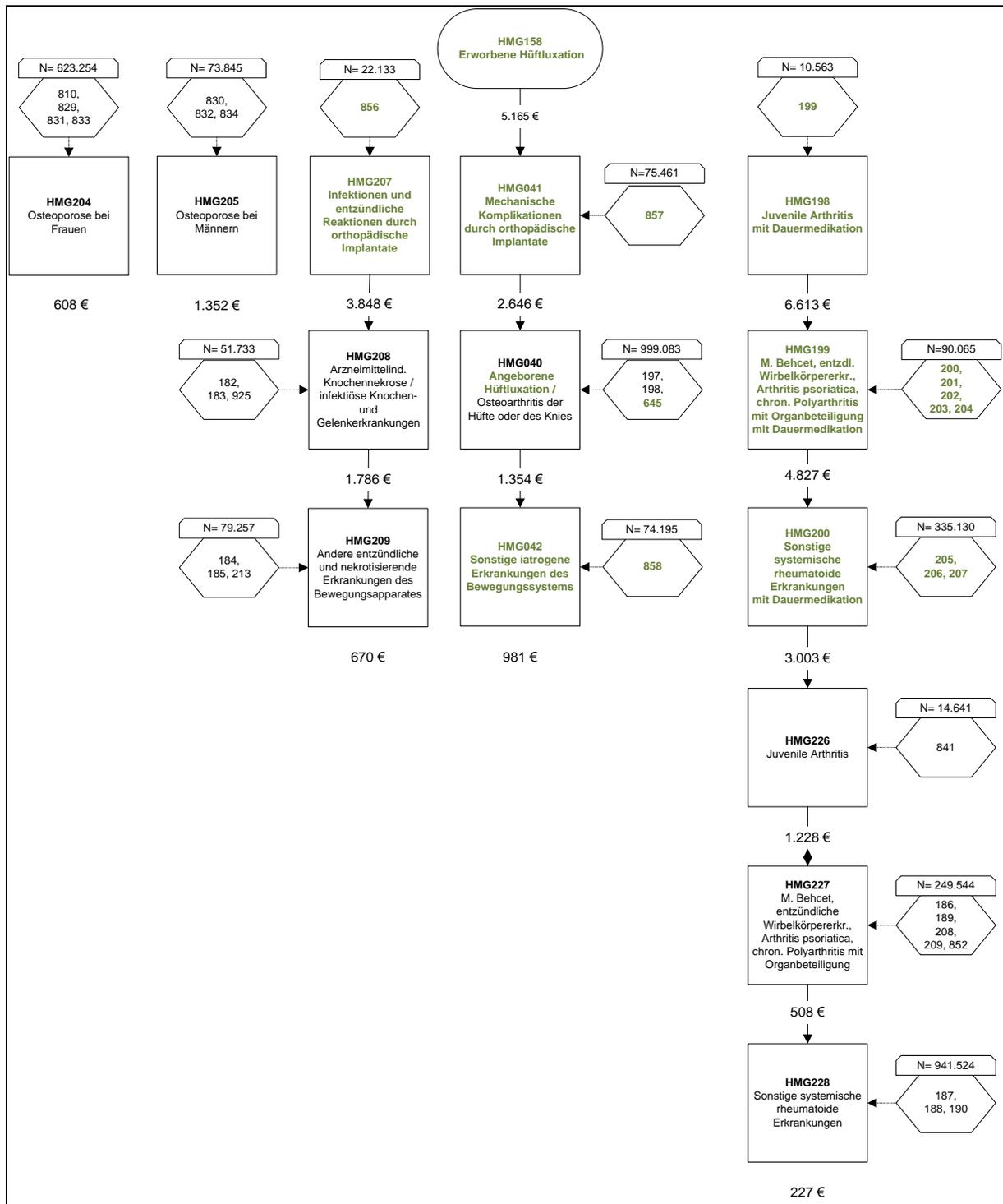

```

graph TD
    208 --> 209
    208 --> 226
    040 --> 226
    204 --> 226
    205 --> 226
    229 --> 226
    158 --> 226
    159 --> 226
    226 --> 227
    227 --> 228
    
```

```

graph TD
    158 --> 204
    158 --> 205
    158 --> 207
    158 --> 041
    158 --> 198
    207 --> 208
    207 --> 042
    041 --> 042
    198 --> 199
    198 --> 200
    208 --> 209
    042 --> 200
    199 --> 200
    200 --> 226
    226 --> 227
    227 --> 228
    
```

Abbildung 8: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“



10.2 Stellungnahmen

Verschiedene Vorschläge und Anmerkungen zur Anpassung der Hierarchie sind eingegangen:

- Die KBV begrüßt die vorgenommenen Anpassungen der Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems.“
- Der IKK e.V. plädiert aus Kostengesichtspunkten für eine Zusammenlegung der HMG227 und HMG228.
- Die Barmer hält die krankheitsbezogene Aufspaltung der bisherigen HMG229 für die Nutzung einer Zufallskorrelation und damit ihrem eigenen Vorschlag der Einführung einer zusätzlichen Dauermedikationsgruppe (L01XC, L04AA, L04AB, L04AC) für unterlegen. Dies wird damit begründet, dass sich die unterschiedlichen Kostenschätzer der drei neuen HMGs aus einem unterschiedlichen Anteil der in der jeweiligen HMG mit den ATC-Fünfstellern (s. o.) Behandelten ergäben. Dies wiederum liege an einer unterschiedlichen Schweregradverteilung und an den erheblichen Nebenwirkungen der genannten Arzneimittel, die bei jüngeren Versicherten ein besseres Chance-/Risikoprofil der Behandlung bewirkten. Sowohl die Schweregrade als auch infolgedessen die prospektiven Kosten könnten über die direkte Berücksichtigung der o. g. ATC-Fünfsteller „sehr viel direkter“ als über eine Aufteilung nach verschiedenen Krankheitsbildern getrennt werden. Die Nutzung indirekter Morbiditätsparameter sei häufig mit unerwünschten Ergebnissen verbunden. So sinke der Zuschlag der neuen HMG200 (3.003 €) gegenüber dem Zuschlag der alten HMG229 (3446 €) sichtbar ab, der Zuschlag in der HMG198 (6.613 €) steige dagegen deutlich an. Für Fälle der juvenilen Arthritis, welche mit Arzneimitteln der vier genannten ATC-Fünfsteller behandelt würden, ergebe sich eine Verbesserung des Deckungsgrades bei gleichzeitiger Erhöhung der überflüssigen Zuweisungen für Versicherte mit derselben Krankheit, die als leichtere Fälle bereits mit Glucocorticoiden ausreichend versorgt sind. Umgekehrt werde die Deckungsgradsituation für alle Versicherten in der HMG200 schlechter, insbesondere in Fällen, bei denen eine Behandlung mit Glucocorticoiden nicht mehr ausreiche und in denen zu den teuren Präparaten aus der von der Barmer vorgeschlagenen Liste gegriffen werden müssen. Diesen Problemen könne durch eine Berücksichtigung der tatsächlichen Risikoparameter aus dem Weg gegangen werden.
- Der AOK-BV plädiert für die Ergänzung der Zuschlagsgruppen HMG 226, 227 und 228 bei der Arzneimittelvalidierung um die Wirkstoffgruppen ATC L01BA und A07EC. 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).

- TK et al. fordern die Herauslösung des Kodes M96.80 „Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff“ aus der DxG858 „Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems“. Vor allem bei Kindern sei es nicht ungewöhnlich, dass bei großen Herzoperationen der Verschluss erst 2-3 Tage später durchgeführt werde.

10.3 Diskussion / Bewertung

Die Zusammenlegung der HMG227 und HMG228 ist nicht zu befürworten. Die Zusammenlegung der Zuschlagsgruppen würde zu einem gemittelten Kostenschätzer führen, wodurch zwei besonders stark besetzte Morbiditätsgruppen mit sich deutlich (um den Faktor 2) unterscheidenden Schätzern wesentlich ungenauer bewertet würden als dies in der Entwurfsfassung der Fall ist.

Der seitens der Barmer vorgebrachten Argumentation, dass die Aufspaltung der bisherigen HMG229 das Resultat einer Zufallskorrelation sei und die beobachtete Kostenspreizung im Wesentlichen eine Schweregradverteilung und mögliche Nebenwirkungen der Arzneimittel reflektiere, kann nicht gefolgt werden, da eine vergleichbare Kostenspreizung auch bei den Fällen ohne Medikation zu beobachten ist. Zudem läuft der von der Barmer vorgebrachte Alternativvorschlag nach wie vor auf eine weitere Zuschlagsdifferenzierung auf Grundlage von im Einzelfall verordneten Wirkstoffen hinaus, die vom BVA gegenwärtig abgelehnt wird.

Der AOK-BV plädiert dafür, die ATC-Fünfsteller L01BA und A07EC bei den HMG 226, 227 und 228 (DxG199 bis 207) zu berücksichtigen, da sie Methotrexat (L01BA01) und Sulfasalazin (A07EC01) abbilden. Für Methotrexat finden sich – abhängig vom Anwendungsgebiet – drei ATC-Kodes in der Klassifikation: L04AX03 (L04AX – Immunsuppressiva), M01CX01 (M01CX – andere spezifische Antirheumatika) und L01BA01 (L01BA – Antimetabolite, hier Folsäure-Analoga). Der letzte ATC-Kode wird an Präparate vergeben, die eine onkologische Indikation haben und damit bei Rheuma nicht eingesetzt werden. Die Aussage, dass „L01BA MTX Fertigspritzen und onkologische Infusionen enthält, die zur Behandlung von Rheuma zugelassen sind“ konnte nicht verifiziert werden. Wir bitten um Mitteilung, welche Präparate der ATC-Gruppe L01BA01 eine Zulassung für Rheuma besitzen. Vor dem o.g. Hintergrund wird L01BA nicht aufgenommen. Ähnlich verhält es sich mit Sulfasalazin. Die ATC-Klassifikation enthält zwei Kodes für den Wirkstoff: Erstens M01CX02 (M01CX – andere spezifische Antirheumatika) und zweitens A07EC01 (A07E Intestinale Antiphlogistika – A07EC Aminosalicylsäure und ähnliche Mittel). A07EC01 wird an Präparate vergeben, die eine Indikation für die Behandlung von entzündlichen Darmerkrankungen haben. Die DxG204 enthält Diagnosen der ICD-Gruppe M07.4- „Arthritis bei Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis)“ und M07.5- „Arthritis bei Colitis ulcerosa“ und weist damit tatsächlich einen Be-

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

zug zu entzündlichen Darmerkrankungen auf. Allerdings soll über die Arzneimittel das Vorliegen einer Arthritis validiert werden, nicht die Grunderkrankung Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa. Daher wird von der Berücksichtigung des ATC-Fünfstellers A07EC01 abgesehen.

Die Zuordnung des aus der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ stammenden ICD-Kodes M96.80 „Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff“ wird im nächsten Anpassungsprozess eingehend geprüft.

10.4 Ergebnis

Die vorgeschlagenen Änderungen werden abgelehnt.

11 Hierarchie 8: „Hämatologische Erkrankungen“

11.1 Festlegungsentwurf

Der Festlegungsentwurf für das Klassifikationssystem des Ausgleichsjahres 2014 beinhaltete umfangreiche Änderungsvorschläge für die Hierarchie der hämatologischen Erkrankungen. Diese betrafen sowohl den Strang „Erkrankungen der Blutgerinnung“ als auch die „Erkrankungen der Blutbildung“.

Im Strang „Erkrankungen der Blutgerinnung“ wurden folgende Anpassungen vorgenommen:

1. Neu geschaffene DxGruppen
 - a. Die ICD D66, D67 und D68.31 bilden zukünftig die DxG236 „Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer)“.
 - b. Der ICD D68.0 bildet zukünftig auch folgende DxGruppen: DxG237 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“ und DxG238 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“
2. Änderungen der DxG-Abgrenzungen:
 - a. In die DxG225 „Hämophilie mit Dauermedikation“ wird zukünftig die Diagnose D68.31 aufgenommen.
3. Änderungen der Aufgreifkriterien:
 - a. Für die DxG225 und die DxG237 gilt zukünftig die Schweregraddifferenzierung über Behandlungstage mit einer kritischen Grenze von **183** BT.
 - b. Für die DxG236 gilt zukünftig das Aufgreifkriterium „Schweregraddifferenzierung über Behandlungstage“ mit einer kritischen Grenze von **10** BT. Für diese Gruppe werden nur Männer zugelassen.
 - c. Für die DxG238 gilt zukünftig das Aufgreifkriterium „Schweregraddifferenzierung über Behandlungstage“ mit einer kritischen Grenze von **10** BT.
4. Änderungen der DxG-HMG-Zuordnung:
 - a. Die HMG035 „Hämophilie und Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“ wird zukünftig gebildet durch die DxGruppen 225 und 237 und dominiert alle folgenden HMG.
 - b. Die HMG036 „Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer)“ wird zukünftig gebildet durch die DxG236 und dominiert alle folgenden HMG.
 - c. Die HMG037 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“ wird zukünftig gebildet durch die DxG238 und dominiert alle folgenden HMG.

- d. Die HMG043 „Hämophilie ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation (Männer)“ wird gebildet durch DxG815 und dominiert alle folgenden HMG.
- e. Die HMG210 „Sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktor“ wird zukünftig gebildet durch die DxG233. Sie dominiert HMG046.
- f. Die HMG046 wird zukünftig gebildet durch die DxGruppen 232 und 816 und umbenannt in „Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen), Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen“. Sie wird von allen HMG des Hierarchiestrangs dominiert.

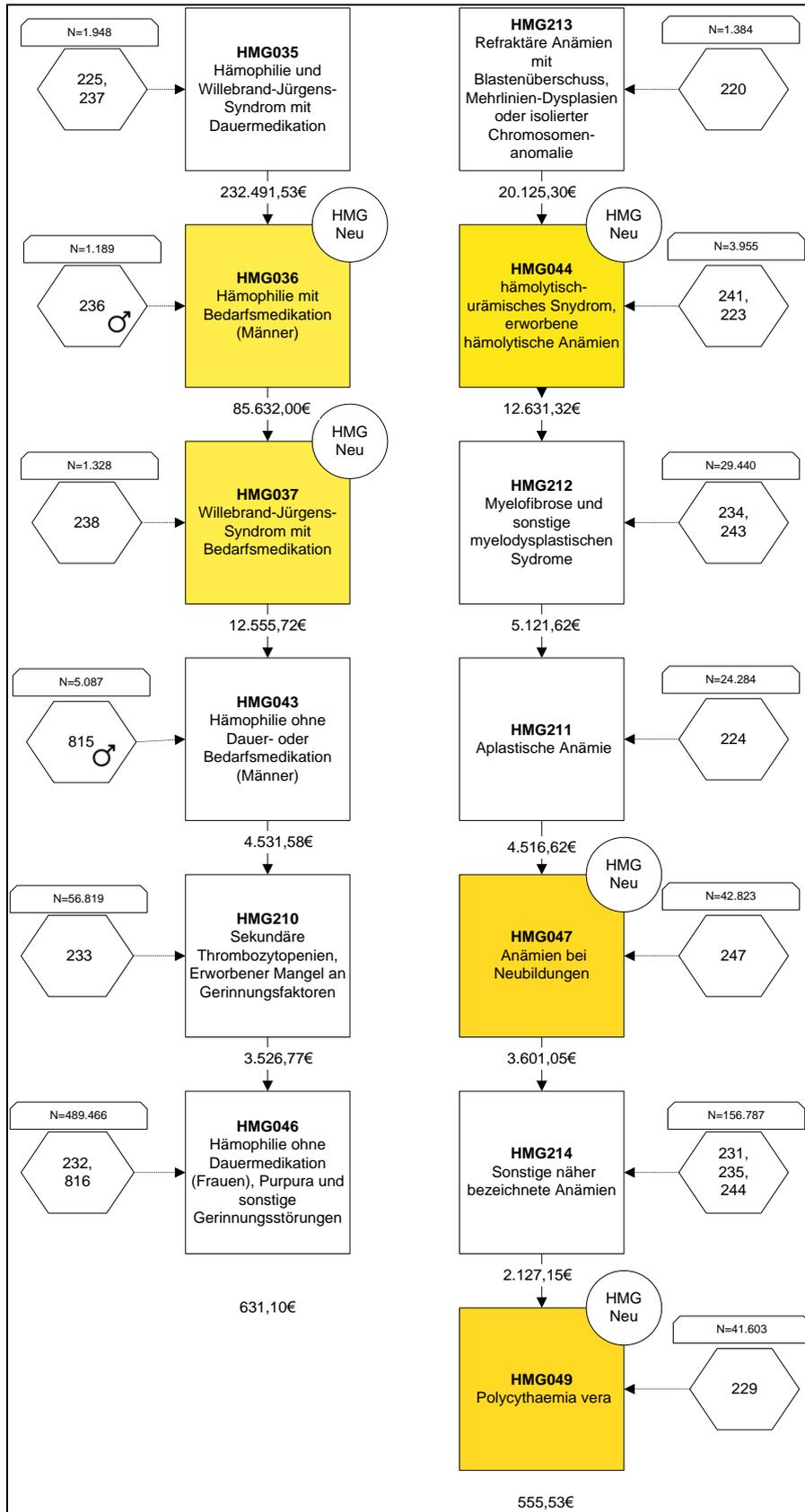
Im Strang „Erkrankungen der Blutbildung“ werden folgende Anpassungen vorgenommen:

1. Änderungen der DxG-Abgrenzungen / neu geschaffene DxGruppen:
 - a. Der ICD D46.1 wird aus DxG231 ausgegliedert. Die Diagnosen D46.4, D46.7 und D46.9 werden aus DxG220 ausgegliedert. Zusammen bilden sie die neue DxG243 „Sonstige myelodysplastische Syndrome“.
 - b. Die DxG220 wird zukünftig nur noch durch die Diagnosen D46.2, D46.3, D46.5 und D46.6 gebildet und wird umbenannt in „Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss, Mehrlinien-Dysplasien oder isolierter Chromosomenanomalie“.
 - c. Die DxG231 wird zukünftig nur noch durch die Diagnosen D64.0-D64.3 gebildet.
 - d. Die Diagnosen D59.1, D59.8 und D59.9 werden aus der DxG223 ausgegliedert und bilden fortan die eigenständige DxG244 „Sonstige hämolytische Anämien“ eingeordnet.
 - e. Die Diagnose D59.3 wird aus DxG223 ausgegliedert und bildet die neue DxG241 „Hämolytisch-urämisches Syndrom“.
 - f. Der ICD D63.0 „Anämien bei Neubildungen“ wird aus DxG235 in die DxG247 verlagert. Die DxG247 wird benannt „Anämien bei Neubildungen“.
2. Änderungen der Aufgreifkriterien:
 - a. Für die DxG241 wird das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ vorausgesetzt.
3. Änderungen der DxG-HMG-Zuordnung:
 - a. Die HMG213 wird gebildet durch die bereinigte DxG220. Sie wird umbenannt in „Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss, Mehrlinien-Dysplasien oder

isolierter Chromosomenanomalie“ und dominiert alle weiteren HMG dieses Hierarchiestrangs.

- b. Die neue HMG044 wird gebildet aus DxG241 und DxG223. Sie erhält den Namen „Hämolytisch-urämisches Syndrom, erworbene hämolytische Anämien“ und dominiert alle folgenden HMG des Hierarchiestrangs.
- c. Die HMG212 wird zukünftig gebildet aus den DxGruppen 234 und 243. Sie erhält den Namen „Myelofibrose und sonstige myelodysplastischen Syndrome“ und dominiert alle weiteren HMG des Hierarchiestrangs.
- d. Die HMG211 „Aplastische Anämien“ erfährt keine Änderungen, dominiert aber alle folgenden HMG des Hierarchiestrangs.
- e. Die DxG247 „Anämien bei Neubildungen“ bildet die HMG047 gleichen Namens. Sie dominiert alle folgenden HMG des Hierarchiestrangs.
- f. Die HMG214 „Sonstige näher bezeichnete Anämien“ wird zukünftig gebildet aus den DxGruppen 231, 235 und 244. Sie dominiert die die Hierarchie abschließende HMG049.
- g. HMG049 „Polycythaemia vera“, welche aus der DxG229 gebildet wird und den Hierarchiestrang abschließt.

Abbildung 9: Festlegungsentwurf für die Hierarchie 8 "Hämatologische Erkrankungen"



11.2 Erratum für die Untersuchung zur Umstellung des Aufgreifkriteriums bestimmter schwerwiegender Gerinnungsstörungen

11.2.1 Festlegungsentwurf

Bei den Berechnungen im Zuge der Untersuchung zur Umstellung des Aufgreifkriteriums für seltene schwerwiegende Gerinnungsstörungen ist es insbesondere auf der Vollerhebung bedauerlicherweise zu einer fehlerhaften Zuordnung einzelner Versicherter mit stationären Nebendiagnosen zu den HMG043 und HMG210 gekommen. Dies ist im Nachgang zur Veröffentlichung des Festlegungsentwurfs bemerkt worden. Im Folgenden sollen die Berechnungsergebnisse unter korrekter Umsetzung sämtlicher Aufgreifkriterien zu Zwecken der Transparenz dargestellt werden.

11.2.2 Korrigierte Berechnungsergebnisse für die Umstellung des Aufgreifkriteriums der HMG035 „Hämophilie mit Dauermedikation“ im Festlegungsentwurf

Durch die korrigierte Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen haben sich quantitative Veränderungen bei Gruppenbesetzungen und Schätzern ergeben. Qualitativ ergeben sich keine Veränderungen der Schlussfolgerungen. Tabelle 8 weist die korrigierten Berechnungsergebnisse aus.

Tabelle 8: Auswirkung der Schaffung einer HMG "Hämophilie mit Bedarfsmedikation"

<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">HMG035</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px; background-color: #FFD700;">HMG036</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">HMG043</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">HMG210</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">HMG046</div> </div>		Ausgangsmodell			MI.1a			MI.1b			MI.1c			MI.1d					
		Aufgreifkriterium für HMG035: mind. zwei Verordnungsquartale			Umstieg auf Behandlungstage für HMG 035: Hämophilie mit Dauermedikation			Umstieg auf Behandlungstage für HMG 035: Hämophilie mit Dauermedikation Bedarfsmedikation mit 10BT - Kriterium: AZ obligat, Männer und Frauen			Umstieg auf Behandlungstage für HMG 035: Hämophilie mit Dauermedikation Bedarfsmedikation mit 10BT - Kriterium AZ: obligat, nur Männer			Umstieg auf Behandlungstage für HMG 035: Hämophilie mit Dauermedikation Bedarfsmedikation 10BT - Sonderfall BT, nur Männer					
		R2	Beta	STDERR	R2	Beta	STDERR	R2	Beta	STDERR	R2	Beta	STDERR	R2	Beta	STDERR			
		CPM	MAPE		CPM	MAPE		CPM	MAPE		CPM	MAPE		CPM	MAPE				
		24,6981%			24,7371%	0,0390%			24,7913%	0,0932%			24,8234%	0,1253%			24,9425%	0,2444%	
		23,3686%			23,3579%	-0,0107%			23,3660%	-0,0026%			23,3715%	0,0029%			23,3865%	0,0179%	
		1.903,28 €			1.903,54 €	0,27 €			1.903,34 €	0,07 €			1.903,20 €	- 0,07 €			1.902,83 €	- 0,44 €	
Variable	Inhalt	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR
HMG035	HMG035:Hämophile mit Dauermedikation	2.684	198.223,31 €	113,15 €	1.944	231.906,82 €	132,90 €	1.944	231.914,01 €	132,85 €	1.944	231.921,72 €	132,83 €	1.944	231.941,57 €	132,72 €	1.944	231.941,57 €	132,72 €
HMG036	Hämophilie mit Bedarfsmedikation							3.173	35.924,29 €	104,11 €	2.292	46.886,36 €	122,49 €	1.189	85.623,60 €	169,88 €			
HMG043	HMG043:Hämophilie (Männer) ohne Dauermedikation	5.563	8.383,56 €	78,61 €	6.232	19.788,60 €	74,26 €	4.150	4.038,91 €	90,92 €	4.150	4.040,53 €	90,90 €	5.111	4.689,38 €	81,87 €			
HMG210	HMG210:Hämophilie (Frauen) ohne Dauermedikation, sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	62.322	3.368,93 €	23,77 €	62.389	3.439,43 €	23,75 €	61.701	3.375,31 €	23,87 €	62.389	3.439,74 €	23,73 €	62.389	3.437,59 €	23,72 €			
HMG046	HMG046:Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	484.671	647,55 €	8,56 €	484.671	649,14 €	8,55 €	484.666	647,78 €	8,55 €	484.669	647,93 €	8,55 €	484.670	647,41 €	8,54 €			

11.2.3 Korrigierte Berechnungsergebnisse für die Untersuchung zu D68.0 „Willebrand-Jürgens-Syndrom“ im Festlegungsentwurf

Durch die korrigierte Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen haben sich quantitative Veränderungen bei Gruppenbesetzungen und Schätzern ergeben. Qualitativ ergeben sich leichte Veränderungen der Schlussfolgerungen. Die zwischenzeitlich angezeigte Umkehr der Dominanzbeziehung zwischen HMG043 und HMG210 entfällt. Tabelle 9-Tabelle 11 weisen die korrigierten Berechnungsergebnisse aus.

Tabelle 9: Auswirkungen einer Schweregraddifferenzierung für Willebrand-Jürgens-Syndrom

		MI.1d Umstieg auf Behandlungstage für HMG 035: Hämophilie mit Dauermedikation Bedarfsmedikation 10BT - Sonderfall BT, nur Männer			MI.2a Ausgangspunkt: MI1d DxG237 = D68.0 mit Dauermedikation DxG238 := D68.0 mit 10BT - Kriterium: Sonderfall BT		
		R2	24,9425%	R2	24,9773%	0,0347%	
		CPM	23,3865%	CPM	23,3867%	0,0002%	
		MAPE	1.902,83 €	MAPE	1.902,83 €	- 0,006 €	
Variable	Inhalt	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR
HMG035	HMG035:Hämophile mit Dauermedikation	1.944	231.941,57 €	132,72 €	1.944	231.941,86 €	132,69 €
HMG036	HMG036: Hämophilie mit Bedarfsmedikation	1.189	85.623,60 €	169,88 €	1.189	85.623,83 €	169,84 €
HMG043	HMG043:Hämophilie (Männer) ohne Dauermedikation	5.111	4.689,38 €	81,87 €	5.111	4.689,19 €	81,85 €
HMG210	HMG210:Hämophilie (Frauen) ohne Dauermedikation, sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	62.389	3.437,59 €	23,72 €	62.389	3.437,38 €	23,71 €
DxG237	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation				4	492.934,45 €	2.919,28 €
DxG238	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation				1.149	9.603,13 €	172,73 €
HMG046	HMG046:Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	484.670	647,41 €	8,54 €	484.670	623,22 €	8,55 €

Tabelle 10: Einordnung von WJS mit Dauer-/Bedarfsmedikation in Hierarchie - Teil 1

		MI.1d Umstieg auf Behandlungstage für HMG 035: Hämophilie mit Dauermedikation Bedarfsmedikation 10BT - Sonderfall BT, nur Männer			MI.2b Ausgangspunkt: MI1d DxG237 = D68.0 mit Dauermedikation in HMG035 HMG037:= DxG238 (D68.0 mit 10BT - Kriterium: Sonderfall BT)			MI.2c Ausgangspunkt: MI1d DxG237 = D68.0 mit Dauermedikation in HMG035 DxG239 := D68.0 mit 10BT - Kriterium: Sonderfall 1 in neue HMG037		
		R2	24,9425%		R2	24,9703%	0,0278%	R2	24,9712%	0,0287%
		CPM	23,3865%		CPM	23,3866%	0,0001%	CPM	23,3871%	0,0006%
		MAPE	1.902,83 €		MAPE	1.902,83 €	- 0,002 €	MAPE	1.902,82 €	- 0,02 €
Variable	Inhalt	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR
HMG035	HMG035:Hämophile mit Dauermedikation	1.944	231.941,57 €	132,72 €	1.948	232.481,22 €	132,56 €	1.948	232.481,64 €	132,56 €
HMG036	HMG036: Hämophilie mit Bedarfsmedikation	1.189	85.623,60 €	169,88 €	1.189	85.624,34 €	169,85 €	1.189	85.624,77 €	169,85 €
DxG238	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation				1.328	12.557,65 €	160,49 €	1.328	12.557,60 €	160,49 €
HMG043	HMG043:Hämophilie (Männer) ohne Dauermedikation	5.111	4.689,38 €	81,87 €	5.069	4.685,83 €	82,20 €	5.069	4.686,57 €	82,20 €
HMG210	HMG210:Hämophilie (Frauen) ohne Dauermedikation, sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	62.389	3.437,59 €	23,72 €	62.252	3.365,46 €	23,74 €	DxG233: 56645	3.578,35 €	24,91 €
								DxG816: 5796	1.221,37 €	76,89 €
HMG046	HMG046:Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	484.670	647,41 €	8,54 €	483.671	620,20 €	8,55 €	483.671	621,16 €	8,55 €

Tabelle 11: Einordnung von WJS mit Schweregraddifferenzierung – Teil 2

		MI.2c Ausgangspunkt: MI1d DxG237 = D68.0 mit Dauermedikation in HMG035 DxG239 := D68.0 mit 10BT - Kriterium: Sonderfall 1 in neue HMG037			MI.2d Ausgangspunkt: MI1d DxG237 = D68.0 mit Dauermedikation in HMG035 DxG238 := D68.0 mit 10BT - Kriterium: Sonderfall 1 in neue HMG037 DxG233 = HMG038 DxG816 = HMG210			MI.2e Ausgangspunkt: MI1d DxG237 = D68.0 mit Dauermedikation in HMG035 DxG238 := D68.0 mit 10BT - Kriterium: Sonderfall 1 in neue HMG037 DxG233 = HMG210 DxG816 in HMG046		
		R2	24,9712%	0,0287%	R2	24,9712%	0,0287%	R2	24,9712%	0,0287%
		CPM	23,3871%	0,0006%	CPM	23,3871%	0,0006%	CPM	23,3871%	0,0006%
		MAPE	1.902,82 €	- 0,016 €	MAPE	1.902,82 €	- 0,016 €	MAPE	1.902,82 €	- 0,015 €
Variable	Inhalt	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR
HMG035	HMG035:Hämophile mit Dauermedikation	1.948	232.481,64 €	132,56 €	1.948	232.481,64 €	132,56 €	1.948	232.481,66 €	132,56 €
HMG036	HMG036: Hämophilie mit Bedarfsmedikation	1.189	85.624,77 €	169,85 €	1.189	85.624,78 €	169,85 €	1.189	85.624,81 €	169,85 €
DxG238	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	1.328	12.557,60 €	160,49 €	1.328	12.557,59 €	160,49 €	1.328	12.557,56 €	160,49 €
HMG043	HMG043:Hämophilie (Männer) ohne Dauermedikation	5.069	4.686,57 €	82,20 €	5.069	4.686,58 €	82,20 €	5.069	4.686,68 €	82,20 €
HMG038	sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	DxG233: 56645	3.578,35 €	24,91 €	56.645	3.582,47 €	24,91 €	56.645	3.582,70 €	24,91 €
HMG210	HMG210:Hämophilie (Frauen) ohne Dauermedikation,	DxG816: 5796	1.221,37 €	76,89 €	5.607	1.223,18 €	78,17 €	489.278	628,18 €	8,50 €
HMG046	HMG046:Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	483.671	621,16 €	8,55 €	483.671	621,18 €	8,55 €	483.671	621,18 €	8,55 €

--	--	--

11.2.4 Korrigierte Berechnungsergebnisse für die Untersuchung zu D68.31 „Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen“ im Festlegungsentwurf

Durch die korrigierte Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen haben sich in diesem Abschnitt keinerlei Veränderungen der Schlussfolgerungen ergeben. Tabelle 12 weist die korrigierten Berechnungsergebnisse aus.

Tabelle 12: Berücksichtigung von D68.31 mit Dauer- oder Bedarfsmedikation

		MI.2e Ausgangspunkt: MI1d DxG237 = D68.0 mit Dauermedikation in HMG035 DxG238 := D68.0 mit 10BT - Kriterium: Sonderfall 1 in neue HMG037 DxG233 = HMG210 DxG816 in HMG046			MI2f Ausgangspunkt: MI2e D68.31 mit Dauermedikation in HMG035 D68.31 mit Bedarfsmedikation (Kriterium Sonderfall 1) in HMG036		
		R2	24,9712%		R2	24,9712%	0,0000%
		CPM	23,3871%		CPM	23,3871%	0,0000%
		MAPE	1.902,82 €		MAPE	1.902,82 €	- 0,00 €
Variable	Inhalt	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR
HMG035	HMG035:Hämophile und WJS mit Dauermedikation	1.948	232.481,66 €	132,56 €	1.948	232.481,66 €	132,56 €
HMG036	Hämophilie mit Bedarfsmedikation	1.189	85.624,81 €	169,85 €	1.189	85.624,81 €	169,85 €
HMG037	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	1.328	12.557,56 €	160,49 €	1.328	12.557,56 €	160,49 €
HMG043	HMG043:Hämophilie (Männer) ohne Dauermedikation,	5.069	4.686,68 €	82,20 €	5.069	4.686,68 €	82,20 €
HMG038	HMG038:sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	56.645	3.582,70 €	24,91 €	56.645	3.582,70 €	24,91 €
HMG046	HMG046:Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen, Hämophilie (Frauen) ohne Dauermedikation	489.278	628,18 €	8,50 €	489.278	628,18 €	8,50 €

11.2.5 Korrigierte Berechnungsergebnisse für die Untersuchung zu D68.2- „Hereditäre Mängel an sonstigen Gerinnungsfaktoren“ im Festlegungsentwurf

Durch die korrigierte Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen haben sich quantitative Veränderungen bei Gruppenbesetzungen und Schätzern ergeben. Qualitativ ergeben sich keine Veränderungen der Schlussfolgerungen. Tabelle 13 weist die korrigierten Berechnungsergebnisse aus.

Tabelle 13: Auswirkungen einer möglichen Schweregraddifferenzierung für sonstige Gerinnungsstörungen D68.2-

		MI2f Ausgangspunkt: MI2e D68.31 mit Dauermedikation in HMG035 D68.31 mit Bedarfsmedikation (Kriterium Sonderfall 1) in HMG036			MI2g Ausgangspunkt: MI2f D68.2 mit Dauermedikation in DxG240 D68.2 mit Bedarfsmedikation (Kriterium klinisch relevant) in DxG241		
		R2	24,9712%		R2	24,9720%	0,0008%
		CPM	23,3871%		CPM	23,3872%	0,0002%
		MAPE	1.902,82 €		MAPE	1.902,81 €	- 0,0042 €
Variable	Inhalt	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR
HMG035	HMG035:Hämophile und WJS mit Dauermedikation	1.948	232.481,66 €	132,56 €	1.948	232.481,79 €	132,56 €
HMG036	Hämophilie mit Bedarfsmedikation	1.189	85.624,81 €	169,85 €	1.189	85.624,90 €	169,84 €
HMG037	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	1.328	12.557,56 €	160,49 €	1.328	12.557,58 €	160,49 €
HMG043	HMG043:Hämophilie (Männer) ohne Dauermedikation,	5.069	4.686,68 €	82,20 €	5.069	4.686,66 €	82,19 €
HMG038	HMG210: sekundäre Thrombozytopenien, erworbener	56.645	3.582,70 €	24,91 €	56.645	3.582,59 €	24,91 €
DxG240	D68.2 mit Dauermedikation				22	3.394,41 €	1.267,34 €
DxG241	D68.2 mit Bedarfsmedikation				102	16.062,28 €	581,03 €
HMG046	HMG046:Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen, Hämophilie (Frauen) ohne Dauermedikation	489.278	628,18 €	8,50 €	489.278	625,18 €	8,50 €

--	--

Da sich die fehlerhaften Zuordnungen auf die HMG043 und die HMG210 beschränkt haben und diese auf die Anpassungen des Strangs der Erkrankungen der Blutbildung keine qualitativen Auswirkungen haben, wird im Folgenden lediglich die Gegenüberstellung des Festlegungsentwurfes auf Stichprobe und Vollerhebung ausgewiesen (Tabelle 14).

Tabelle 14: Hierarchie "Hämatologische Erkrankungen" im Festlegungsentwurf - Vollerhebung und Stichprobe

		MIII.6 Vollerhebung Festlegungsentwurf			MIII.6 Stichprobe Festlegungsentwurf		
		R2	25,0029%		R2	24,6336%	
		CPM	23,3946%		CPM	23,3975%	
		MAPE	1.902,63 €		MAPE	1.902,78 €	
Variable	Inhalt	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR
HMG035	Hämophilie und Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	1.948	232.491,60 €	132,54 €	596	256.231,66 €	244,98 €
HMG036	Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer)	1.189	85.632,05 €	169,82 €	357	79.458,12 €	316,96 €
HMG037	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	1.328	12.555,71 €	160,46 €	411	14.856,15 €	294,72 €
HMG043	Hämophilie ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation (Männer)	5.069	4.687,07 €	82,18 €	1.488	4.053,06 €	155,16 €
HMG210	Sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	56.645	3.519,61 €	24,91 €	17.076	3.628,65 €	46,43 €
HMG046	Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen), Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	489.278	630,76 €	8,50 €	147.399	634,76 €	15,84 €
HMG213	Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss, Mehrlinien-Dysplasien oder isolierter Chromosomenanomalie	1.384	20.125,90 €	157,57 €	436	19.887,86 €	286,87 €
HMG044	Hämolytisch-urämisches Syndrom, erworbene hämolytische Anämien	3.955	12.631,39 €	92,98 €	1.151	13.624,66 €	176,32 €
HMG212	Myelofibrose und sonstige myelodysplastischen Syndrome	29.440	5.121,85 €	34,23 €	8.778	5.217,94 €	64,13 €
HMG211	Aplastische Anämie	24.284	4.517,20 €	37,83 €	7.403	4.535,82 €	70,16 €
HMG047	Anämien bei Neubildungen	42.823	3.601,44 €	29,21 €	12.903	3.614,20 €	54,45 €
HMG214	sonstige näher bezeichnete Anämien	156.787	2.127,15 €	17,27 €	47.401	2.095,17 €	32,12 €
HMG049	Polycythaemia Vera	41.603	555,46 €	28,77 €	12.361	578,46 €	53,99 €

11.3 Stellungnahmen zum Festlegungsentwurf

In der Anhörung ging eine Vielzahl Stellungnahmen mit zahlreichen Anmerkungen von GKV-SV, Barmer, BKK-BV, DAK, TK et al., IKK e.V. und KBV zu den vorgeschlagenen Anpassungen der Hierarchie 08 ein.

GKV-SV kritisiert, dass bei der Umstellung von Versorgungsquartalen auf Behandlungstage der HMG035 „Hämophilie mit Dauermedikation“ die standardmäßig festgelegte Anzahl von 183/92 Behandlungstagen nicht dazu geeignet ist, das Versorgungsgeschehen adäquat abzubilden. Als Grund wird angeführt, dass aufgrund der gewichtsabhängigen Dosierung der Gerinnungsfaktoren eine Abgrenzung einer Hämophilie mit Dauermedikation bzw. Bedarfsmedikation nicht möglich sei. Nichtsdestotrotz schließt GKV-SV nicht aus, dass eine abgestufte, nach medizinischen Kriterien festgelegte und empirisch überprüfte Abstufung nach Behandlungstagen eine Modellverbesserung bewirken kann.

Des Weiteren kritisiert GKV-SV insbesondere, dass bei der Einführung der HMG „Hämophilie mit Bedarfsmedikation“ keine Bewertung in Bezug auf die Manipulationsresistenz des Modells vorgenommen wurde. Zusätzlich weist er auf die Problematik hin, dass zur Behandlung von Hämophilie A auch Kombinationspräparate eingesetzt werden, die bei gleicher Menge des Gerinnungsfaktors VIII einen deutlich geringeren DDD-Wert aufgrund der von der WHO

festgelegten Berechnungssystematik bei Kombipräparaten zugesprochen bekommen. Aus diesen Gründen regt er eine Überprüfung der im Festlegungsentwurf festgesetzten BT-Grenzen für Dauer- und Bedarfsmedikation an. Auch der Ausschluss von Frauen aus der HMG036 „Hämophilie mit Bedarfsmedikation“ wird kritisiert, da dieser Schritt auf einem logischen Fehler in der Reihenfolge der vorgenommenen Überprüfungen beruhe. Für Frauen mit Bedarfsmedikation seien ähnliche Folgekosten zu erwarten wie für Männer mit Bedarfsmedikation.

In Bezug auf die Arzneimittelprüfung bei Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation wird angeregt, auch Desmopressin als möglichen Wirkstoff für eine Schweregraddifferenzierung heranzuziehen. Für den ICD D68.31 „Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen“ wird angeregt, die Diagnose ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation statt der DxG232 „Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen“ den DxG 815 und 816 (Hämophilie ohne Dauer-/Bedarfs-)medikation Männer bzw. Frauen) zuzuordnen.

Diverse redaktionelle Hinweise des GKV-SV in Bezug auf Tabellen 63, 64 und 68 des Festlegungsentwurfs weisen auf Probleme in den entsprechenden Darstellungen hin.

AOK-BV begrüßt die Trennung von Dauer- und Bedarfstherapie für Hämophilie und Willebrand-Jürgens-Syndrom, fordert aber ein Festhalten an der Verordnung von zwei Quartalen und regt eine Kombination dieses Kriteriums mit BT-Grenzen an. Anhand in der Stellungnahme dargestellter Leitlinien werden Vorschläge für alternative BT-Grenzen gemacht. Die Verwendung der Informationen über stationär verabreichte und über Zusatzentgelte abgerechnete Gerinnungspräparate wird angeregt. AOK-BV teilt die Kritik von GKV-SV in Bezug auf den ICD D68.31 „Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen“ ohne Arzneimitteltherapie, sowie die Forderung nach einer Prüfung, die HMG036 auch für Frauen zu öffnen.

Barmer begrüßt ausdrücklich die Schweregraddifferenzierung des WJS für schwere und mittelschwere Fälle analog zum Vorgehen der Hämophilie, hinterfragt aber die unterbliebene Zuordnung des Wirkstoffs Desmopressin für die DxG237 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“, da nicht ausgeschlossen werden könne, dass auch die Versicherten mit Dauermedikation Desmopressin verabreicht bekommen. Auch die Bildung einer Gruppe „Hämophilie mit Bedarfsmedikation“ wird als sachgerecht erachtet, da die unterschiedliche Kostenintensität der mit Hämophilie Erkrankten so besser abgebildet werde. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass ein wichtiger Parameter für die verschriebene Dosierung, nämlich das Körpergewicht, unberücksichtigt bleibt. Die irreführende Begrifflichkeit ändere nichts an der im Vergleich zu jetzt besseren Kategorisierung der betroffenen Versicherten. Barmer weisen in diesem Zusammenhang allerdings auf Qualitätsmängel bei den PZN-spezifischen DDD-Angaben in der vom BVA verwendeten WIdO-PZN-ATC-Liste hin. Barmer sieht die Verantwortlichkeit der Richtigkeit dieser Liste für den MRSA beim BVA und nicht beim WIdO. Ansonsten teilt Barmer die Kritik des GKV-SV in Bezug auf den Ausschluss der Frauen aus der Gruppe mit Bedarfsmedikation.

BKK-BV lehnt die Umstellung des Aufgreifkriteriums für HMG035 in der vorgeschlagenen Variante ab und mahnt eine grundlegende Überarbeitung der Bluterthematik an. Die im Krankenhaus verabreichten und über stationäre Zusatzentgelte abgerechneten Präparate sei nicht befriedigend geregelt. Auch BKK-BV thematisiert das Problem von geringen DDD-Dosen bei bestimmten ATC aufgrund der WHO-Systematik.

DAK begrüßt die Umstellung von Verordnungsquartalen auf Behandlungstage bei Hämophilie und die Schweregraddifferenzierung für Willebrand-Jürgens-Syndrom. Lediglich die konkrete Ausgestaltung der DDD-Grenze wird hinterfragt. Des Weiteren wird die Ergänzung der zur Schweregraddifferenzierung von Hämophilie heranzuziehenden ATC um B02BD05 angemahnt. Die Aufnahme von Frauen in HMG036 wird vorgeschlagen. Für Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation wird die Schaffung einer eigenen DxG und passende Einordnung in die Hierarchie angeregt. Auch eine eigene HMG für Hämophilie ohne Dauermedikation bei Frauen wird vorgeschlagen.

IKK e.V. thematisiert die Grenze von 10 Behandlungstagen für Gruppen mit Bedarfsmedikation und beurteilt diese als zu niedrig angesetzt. Negative Versorgungsanreize werden (insbes. im Hinblick auf den Wirkstoff Desmopressin für HMG037) befürchtet. Die Aufnahme von Desmopressin in die Liste zur Schweregraddifferenzierung für DxG237 wird abgelehnt, da die Therapie dafür bei mittelschweren und schweren Verlaufsformen wirkungslos sei.

TK et al. begründet, warum aus ihrer Sicht eine Schweregraddifferenzierung für DxG229 „Polycythaemia vera“ trotz der bisher ablehnenden Bewertung des Festlegungsentwurfs angezeigt ist, da eine medikamentöse Therapie der Krankheit nicht erst angezeigt ist, wenn es zu Komplikationen kommt.

KBV erachten die Umstellung von Verordnungsquartalen auf 183 Behandlungstage und die Schaffung einer Gruppe mit Bedarfsmedikation als sinnvoll. Sie befürworten die Aufnahme von D68.31 mit vorliegenden Verordnungen in ausreichender Höhe für HMG035 und HMG036. Die Schweregraddifferenzierung für Willebrand-Jürgens-Syndrom wird ebenso begrüßt, wie die sachgerechte Umgruppierung bestimmter Diagnosen aus DxG223.

11.4 Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen

11.4.1 Hämophilie

Auch wenn von den Anhörungspartnern die Einführung einer Gruppe mit Bedarfsmedikation weitgehend begrüßt wurde, wurde von vielen Seiten die Forderung postuliert, die zugrunde gelegten Behandlungstaggrenzen dürften nicht aus Überlegungen der Modellkomplexität sondern alleinig medizinisch hergeleitet sein. Das BVA erkennt zwar an, dass medizinische Überlegungen eine zentrale Rolle spielen sollten, hält aber an der Auffassung fest, dass auch das Ziel, das Gesamtmodell nicht unnötig komplex und fehleranfällig werden zu lassen,

eine Überlegung bei der Modellgestaltung darstellen darf. Wie in Kapitel 8 dargelegt, strebt das BVA das Ziel an, in den Überlegungen für den Sonderfall 1b eine einheitliche Behandlungstaggrenze für das Gesamtmodell vorzulegen. Diese einheitliche Grenze soll so ausgestaltet werden, dass die zugrunde gelegten medizinischen Überlegungen möglichst auf die meisten Bereiche anwendbar sind. Eine entsprechende umfassende Untersuchung ist bis zum Abschluss der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2014 nicht in der notwendigen Gründlichkeit zu leisten. Aus diesem Grund wird die Einführung des Sonderfalls 1b zurückgestellt. Daher entfallen die HMG036 „Hämophilie mit Bedarfsmedikation“ und die HMG037 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“.

Da die im Festlegungsentwurf vorgelegten Untersuchungen belegen, dass die Umstellung des Aufgreifkriteriums für DxG225 „Hämophilie mit Dauermedikation“ von Sonderfall 2 auf Sonderfall 1 für eine Modellverbesserung nicht zielführend ist, wird diese Umstellung bis zur Findung einer geeigneten Lösung für den Sonderfall 1b ebenfalls zurückgestellt. Gleiches gilt für die Überprüfung des Umgangs mit einer Gruppe „Hämophilie mit Bedarfsmedikation“ für Frauen. Gleichwohl soll in diesem Kontext darauf hingewiesen werden, dass entgegen anders geäußerter Auffassungen in den Stellungnahmen die Umstellung auf Behandlungstage gemäß Sonderfall 1 für DxG225 „Hämophilie mit Dauermedikation“ sehr wohl geeignet erscheint, jene Fälle zu identifizieren, welche aufgrund des Schweregrades der Erkrankung einer dauerhaften Prophylaxe zur Vermeidung von Gelenkschäden bedürfen. Dies wird u.a. daraus abgeleitet, dass in der Gruppe der Versicherten, welche entweder 2010 oder 2011 die veränderte Prüfung für die DxG225 erfüllen, eine hohe zeitliche Persistenz in der Erfüllung des Kriteriums zu beobachten ist (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Zeitliche Persistenz der Erfüllung des Aufgreifkriteriums 183/92 BT für Versicherte in DxG225 "Hämophilie mit Dauermedikation"

DxG225 (D66, D67, D68.31 mit 183/92 Behandlungstagen)		2010 - Aufgreifkriterium Sonderfall 1 (183/92BT) erfüllt	
		nein	ja
2011 - Aufgreifkriterium Sonderfall 1 (183/92BT) erfüllt	nein	0	46
	ja	12	1921

Insbesondere im Kontext der Manipulationsresistenz des Aufgreifkriteriums kann hinterfragt werden, ob die Ausgestaltung über zwei Verordnungsquartale im Kontext einer Erkrankung die häufig genug der Bedarfsmedikation bedarf, eine bessere Manipulationsresistenz garantiert als eine Ausgestaltung über festgelegte Mindestgrenzen für Behandlungstage. Es ist daher das erklärte Ziel im Kontext der kommenden Anpassungen auf eine Umstellung hinzuwirken, welche die Identifikation verschiedener Schweregrade und damit zusammenhängender zeitlich stabiler Behandlungsbedarfe anhand verordneter Behandlungstage leistet. Dass dies im Kontext gewichtsabhängiger Verordnungen nur eine

Annäherung an die Behandlungsqualität darstellt, wird dabei zugestanden aber nicht als Ausschlussgrund gewertet.

Die bisher unterbliebene Prüfung einer möglichen Einordnung von Versicherten mit D68.31 „Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen“ ohne Arzneimittelprüfung in die DxG815 und DxG816 wird nachgeholt.

Dass für Bluter, denen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten Gerinnungsfaktorpräparate verabreicht und für die entsprechenden Leistungen über Zusatzentgelte abgerechnet wurden, keine Informationen über Behandlungstage vorliegen, ist bedauerlich. Jedoch darf dies grundsätzlich keinen Grund darstellen, warum mögliche erkannte Verbesserungen an anderer Stelle unterbleiben.

Der Einwand der DAK, den Fünfsteller B02BD05 (Gerinnungsfaktor VII) bei der HMG225 (und 236) zu berücksichtigen, kann nicht nachvollzogen werden. Die enthaltenen Diagnosen Hereditärer Faktor-VIII-Mangel, Hereditärer Faktor-IX-Mangel, Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII erfordern keine Behandlung mit Gerinnungsfaktor VII.

Die Barmer weist auf Unstimmigkeiten in Bezug auf DDD-Angaben in der vom BVA verwendeten PZN-ATC-Zuordnungsdatei hin. Es werden drei Feststellungen gemacht:

1. Bei der Erstellung der Eingangstabelle für die Durchführung des Morbi-RSA ist dringend eine Vollständigkeitsprüfung der PZN vorzunehmen.
2. Die geringere Bewertung mancher rekombinanter Faktorpräparate gegenüber plasmatischen ist dringend zu überprüfen.
3. Die geringere DDD-Bewertung der Kombinationspräparate gegenüber Monopräparaten ist dringend zu überprüfen.

Grundsätzlich sieht das BVA die Notwendigkeit, den Fünfstellerbereich B02BD* hinsichtlich der Feststellungen zu analysieren. Da für diese Festlegung (Ausgleichsjahr 2014) wieder auf die Regel „zwei Verordnungsquartale vorhanden“ als Aufgreifkriterium zurückgegangen wird, besteht kein dringender Handlungsbedarf. Aus Zeitgründen wird die vollständige Analyse auf spätere Anpassungszyklen verschoben.

Zum jetzigen Zeitpunkt kann folgendes gesagt werden:

Die Eingangstabellen für die Durchführung des Morbi-RSA sind vollständig. In den beiden Fällen, auf die sich die erste Feststellung bezieht, war den entsprechenden Präparaten in der Datei des WIdO mit Stand Juni 2013 noch kein ATC-Kode zugeordnet worden. Diese konnten daher über B02BD* als Kriterium nicht gefunden werden.

Dass rekombinante und plasmatische Faktorpräparate unterschiedliche DDD-Angaben zugewiesen bekommen, scheint aus fachlicher Sicht nicht ungewöhnlich. So sind die Faktoren aufgrund ihrer unterschiedlichen Herstellung nicht vollständig vergleichbar.

Die von WIdO und DIMDI im amtlichen Verzeichnis „ATC-Klassifikation mit Tagesdosen“ für die Gruppe B02BD* veröffentlichten DDDs entsprechen den von der WHO vorgegebenen Angaben.

11.4.2 Willebrand-Jürgens-Syndrom

Da die bisher vorgesehene HMG037 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“ aus den oben erläuterten Gründen entfällt, wird der Vorschlag der DAK eine eigenen Gruppe von Versicherten mit Willebrand-Jürgens-Syndrom (WJS) ohne Dauermedikation zu schaffen alternativ geprüft.

In Bezug auf die bisher vorgesehene Ausgestaltung der Schweregraddifferenzierung für DxG237 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“ ist klarzustellen, dass das Ziel die Abgrenzung von Fällen mit schweren Formen des von-Willebrand-Syndroms ist, bei denen der von-Willebrand-Faktor (vWF, Faktor-VIII-Trägerprotein) fehlt und die einer Dauerprophylaxe bedürfen. Desmopressin ist parenteral als Antihämorrhagikum einsetzbar „zur Steigerung der Faktor VIII-Gerinnungsaktivität vor Operationen, Zahnextraktionen und nach Unfällen bei leichter bis mittelschwerer Hämophilie A und WJS bei ausreichender Wirksamkeit“ (Fachinformation, Minirin®) In schweren Fällen wirkt Desmopressin nicht. Daher wurde der ATC H01BA02 (Desmopressin) in der ursprünglich vorgeschlagenen Auswahl für die Arzneimittelprüfung der DxG237 nicht berücksichtigt. Trotzdem soll im Folgenden empirisch geklärt werden, ob durch eine Ergänzung der ATC-Prüfungsliste für DxG237 durch H01BA02 die Abgrenzung weiterer schwerwiegender, kostenintensiver Fälle mit von-Willebrand-Jürgens-Syndrom möglich ist.

11.4.3 Polycythaemia vera

Gemäß den aktuellen Leitlinien der DGHO zur Therapie der Polycythaemia vera soll bei schlechter Compliance unter Aderlasstherapie altersunabhängig die Indikation für eine zytoreduktive Therapie mit Hydroxyurea (Hydroxycarbamid) geprüft werden. Von daher erscheint eine Schweregraddifferenzierung wie von der TK vorgeschlagen medizinisch sinnvoll. Aber da es derzeit keine gesicherten Daten zum optimalen Zeitpunkt für die Einleitung einer zytoreduktiven Therapie gibt und bei komplikationsreichem Verlauf weitere Maßnahmen (Milzbestrahlung, Splenektomie, allogene Knochenmark- bzw. periphere Blutstammzelltransplantation) erwogen werden, wird die Überprüfung des entsprechenden Vorschlags auf einen der kommenden Anpassungszyklen verschoben, um allen Anhängern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

11.5 Modifizierter Festlegungsentwurf und Einordnung von D68.31 „Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen“ ohne Arzneimittelprüfung

Modell AI.1a in Tabelle 16 beinhaltet die Ergebnisse des modifizierten Anhörungsmodells (keine Gruppen mit Bedarfsmedikation, DxG225 wird über Sonderregel 2 geprüft) im Vergleich zum (korrigierten) Festlegungsentwurf. Modell AI.1b fasst die Ergebnisse der Auswirkung einer Umgruppierung von Versicherten mit D68.31 ohne Dauermedikation in DxG815 (Männer) bzw. DxG816 (Frauen) respektive zusammen. Die Veränderung des Schätzers für HMG043 deutet darauf hin, dass die betroffenen ca. 350 Fälle im Vergleich zu den anderen Versicherten dieser Gruppe deutlich unterdurchschnittliche Kosten haben, auch bleibt der Kostenschätzer für die HMG046 unverändert. Dass diese Anpassung nicht geeignet ist, die Modellqualität weiter zu verbessern zeigt sich auch in der Verschlechterung von R^2 und MAPE.

Es steht zu vermuten, dass eine entsprechende Anpassung nur im Kontext einer eigenen Gruppe mit Bedarfsmedikation zielführend ist. Diese Anpassung wird daher bis zur Findung einer geeigneten Lösung für den Sonderfall 1b zurückgestellt und dann erneut überprüft.

Tabelle 16: Modifiziertes Anhörungsmodell und Auswirkungen der Einordnung von Versicherten mit D68.31 ohne Dauermedikation in DxG815/DxG816

		korrigierter Festlegungsentwurf			AI.1a modifiziertes Anhörungsmodell keine Umstellung auf BT bei DxG225, keine Gruppen mit Bedarfsmedikation			AI.1b Auswirkungen der Einordnung von Männern mit D68.31 in DxG815 und Frauen in DxG816		
		R2	25,0029%		R2	24,7550%		R2	24,7545%	-0,0006%
		CPM	23,3946%		CPM	23,3797%		CPM	23,3797%	0,0000%
		MAPE	1.902,63 €		MAPE	1.903,00 €		MAPE	1.903,00 €	0,001 €
Variable	Inhalt	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR
HMG035	Hämophilie und Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	1.948	232.491,60 €	132,54 €	2.690	198.596,68 €	112,99 €	2.690	198.596,39 €	112,99 €
HMG036	Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer)	1.189	85.632,05 €	169,82 €	0	- €	- €	0	- €	- €
HMG037	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation / ohne Dauermedikation	1.328	12.555,71 €	160,46 €	0	- €	- €	0	- €	- €
HMG043	Hämophilie ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation (Männer)	5.069	4.687,07 €	82,18 €	5.562	8.352,58 €	78,59 €	5.913	7.927,14 €	76,22 €
HMG210	Sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	56.645	3.519,61 €	24,91 €	56.663	3.520,79 €	24,95 €	56.636	3.515,91 €	24,95 €
HMG046	Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen), Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	489.278	630,76 €	8,50 €	490.325	654,35 €	8,50 €	490.001	654,84 €	8,51 €

11.6 Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauermedikation

Durch den Wegfall der HMG037 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“ liegt es nahe, den Vorschlag von DAK, eine eigene Gruppe für Versicherte mit D68.0 ohne Arzneimittelprüfung einzuführen, zu überprüfen. In dieser Gruppe wären Versicherte repräsentiert, die das Kriterium der Bedarfsmedikation erfüllen, und die nun ansonsten in HMG046 zurückgestuft würden. Tabelle 17 fasst die Ergebnisse der entsprechenden Analyse zusammen. Dabei wird die entsprechende HMG in Modell AI.1c unterhalb von HMG035 aber ansonsten frei neben den Hierarchiestrang gestellt, um einen Eindruck für die Höhe des Schätzers zu gewinnen. Modell AI.1d ordnet die HMG037 entsprechend ihrer voraussichtlichen Kostenhöhe unterhalb der HMG210 in den Hierarchiestrang ein.

Tabelle 17: Auswirkungen der Einführung einer HMG "Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauermedikation"

		Al.1a modifiziertes Anhörungsmodell keine Umstellung auf BT bei DxG225, keine Gruppen mit Bedarfsmedikation			Al.1c HMG037: Willebrand-Jürgens- Syndrom ohne Dauermedikation			Al.1d Geeignete Einordnung von WJS ohne Dauermedikation		
		R2	24,7550%		R2	24,7559%	0,0009%	R2	24,7558%	0,0008%
		CPM	23,3797%		CPM	23,3795%	-0,0002%	CPM	23,3793%	-0,0004%
		MAPE	1.903,00 €		MAPE	1.903,01 €	0,005 €	MAPE	1.903,01 €	0,010 €
Variable	Inhalt	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR
HMG035	Hämophilie und Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.690	198.596,68 €	112,99 €	2.690	198.596,80 €	112,98 €	2.690	198.596,77 €	112,98 €
HMG037	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation / ohne Dauermedikation	0	- €	- €	20.414	1.458,79 €	41,16 €	19.548	1.747,01 €	41,91 €
HMG043	Hämophilie ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation (Männer)	5.562	8.352,58 €	78,59 €	5.562	8.214,87 €	78,69 €	5.562	8.352,09 €	78,59 €
HMG210	Sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	56.663	3.520,79 €	24,95 €	56.663	3.510,56 €	24,95 €	56.663	3.518,97 €	24,95 €
HMG046	Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen), Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	490.325	654,35 €	8,50 €	477.667	617,68 €	8,64 €	470.777	608,01 €	8,68 €

Die in Tabelle 17 ausgewiesenen Ergebnisse scheinen zunächst nahezulegen, dass eine eigenständige Gruppe für Versicherte mit Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauermedikation sinnvoll sein könnte. Schließlich beträgt der Schätzer für die entsprechende HMG über 1.400 € und liegt somit deutlich oberhalb des Schätzers für die HMG046, in welcher die Versicherten entsprechend eingeordnet würden. Die Kombination aus steigendem R^2 , zugleich aber auch steigendem MAPE deutet allerdings daraufhin, dass eine solche Veränderung die Verbesserung einiger weniger Fälle bewirkt (steigendes R^2), während die Mehrzahl der Betroffenen schlechter abgebildet wird (steigendes, das heißt sich verschlechterndes MAPE). Von der Verbesserung dürften prinzipiell die gut 5-6% der Fälle betroffen sein, die vorher über die Gruppe der Bedarfsmedikation abgedeckt gewesen wären. Da die Überdeckung von über 90% der Betroffenen als unerwünscht erachtet wird, wird diese Anpassung ebenfalls zurückgestellt, bis eine geeignete Ausprägung für den Sonderfall 1b gefunden worden ist.

11.7 Verwendung von Desmopressin für die Arzneimittelprüfung der DxG237 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“

Wie in Abschnitt 11.4.2 dargelegt, war das Ziel der Ausgestaltung für DxG237 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“ im Festlegungsentwurf, dass eine Abgrenzung von Fällen mit schweren Formen des Willebrand-Jürgens-Syndroms erreicht wird. Auch wenn Desmopressin bei leichten Blutungen und kleineren Operationen geeignet ist, den Anstieg der Konzentration des von-Willebrand-Faktors (vWF) zu gewährleisten, so reicht dessen Wirkung für schwere Fälle nicht aus. Da Desmopressin nur für Patienten potentiellen Nutzen birgt, die selbst funktionstüchtigen vWF produzieren, ist diese Form von Therapie für Patienten mit den schweren Formen des Willebrand-Jürgens-Syndrom nicht zielführend. Dies ist der Grund, weshalb in der ursprünglich vorgeschlagenen Zuordnung der ATC H01BA02 (Desmopressin) nicht für die Arzneimittelprüfung der DxG237 herangezogen worden ist. Nichtsdestotrotz soll im Folgenden empirisch geklärt werden, ob durch eine Ergänzung der ATC-Prüfungsliste für DxG237 durch H01BA02 die Abgrenzung weiterer schwerwiegender, kostenintensiver Fälle mit von-Willebrand-Jürgens-Syndrom möglich ist.

Tabelle 18: Ergebnisse zur Zulassung von Desmopressin für die Identifizierung schwerer Fälle des Willebrand-Jürgens-Syndroms D68.0

		AI.1a			AI.1e		
		modifiziertes Anhebungsmodell keine Umstellung auf BT bei DxG225, keine Gruppen mit Bedarfsmedikation			Ausgangspunkt: AI1d DxG237 in HMG035 kann über Desmopressin validiert werden		
		R2	24,7550%		R2	24,7456%	-0,0094%
		CPM	23,3797%		CPM	23,3792%	-0,0005%
		MAPE	1.903,00 €		MAPE	1.903,01 €	0,013 €
Variable	Inhalt	N Reg	Beta	STDERR	N Reg	Beta	STDERR
HMG035	Hämophilie und Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.690	198.596,68 €	112,99 €	2.700	197.955,80 €	112,78 €
HMG043	Hämophilie ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation (Männer)	5.562	8.352,58 €	78,59 €	5.562	8.352,37 €	78,60 €
HMG210	Sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	56.663	3.520,79 €	24,95 €	56.663	3.520,80 €	24,95 €
HMG046	Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen), Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	490.325	654,35 €	8,50 €	490.316	653,85 €	8,50 €

Tabelle 18 zeigt, dass durch die veränderte Abgrenzung zehn zusätzliche Fälle mit Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation in HMG035 hinzukommen. Als Folge sinkt der Schätzer für die entsprechende Gruppe. Auch die Kennzahlen verschlechtern sich – in Anbetracht der Tatsache, dass nur 10 Versicherte ihre Gruppenzugehörigkeit wechseln in einem

nicht unerheblichen Ausmaß. Von daher wird an der ursprünglichen Haltung festgehalten, für die Arzneimittelprüfung der DxG237 den ATC H01BA02 nicht mit hinzuzuziehen. Die Festlegung erfolgt gemäß Modell MI.1a.

11.8 Ergebnis

Folgende Änderungen ergeben sich im Vergleich zum Festlegungsentwurf (siehe Abschnitt 11.1):

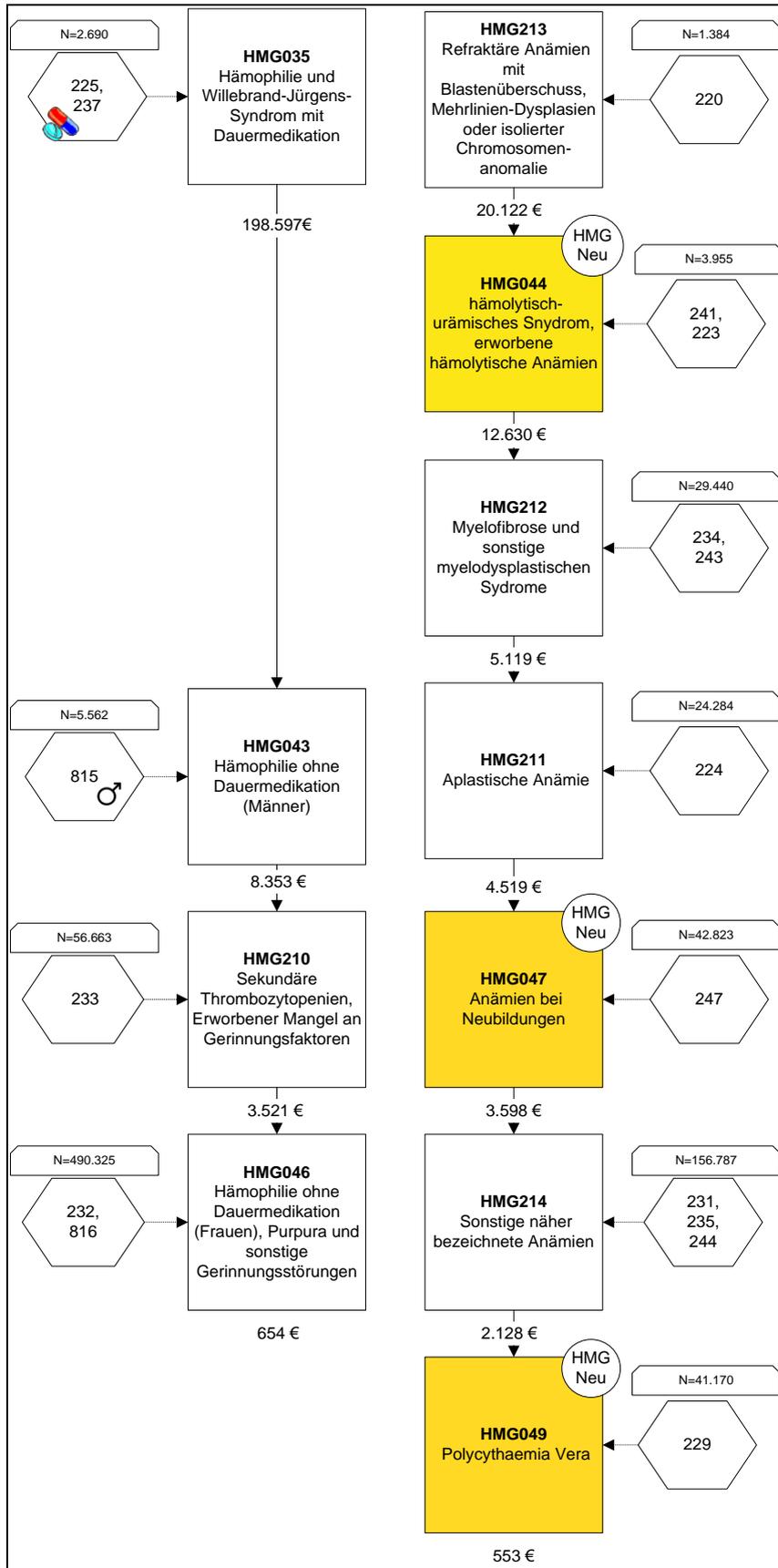
1. **Keine Gruppen mit Bedarfsmedikation:** die Schaffung von DxG236 und DxG238 wird ausgesetzt.
2. **Aufgreifkriterium für DxG225:** für eine Eingruppierung in DxG225 wird auch weiterhin das Aufgreifkriterium Sonderfall 2 (2 Ordnungsquartale) vorausgesetzt.

Alle weiteren in Abschnitt 11.1 beschriebenen Anpassungen werden umgesetzt.

Die Änderungen wurden mit dem Beirat auf der Sitzung vom 23. September 2013 besprochen und wurden einvernehmlich entschieden.

Abbildung 10 fasst die Festlegung der Hierarchie der hämatologischen Erkrankungen zusammen.

Abbildung 10: Die Hierarchie 8 "Hämatologische Erkrankungen" gemäß Festlegung

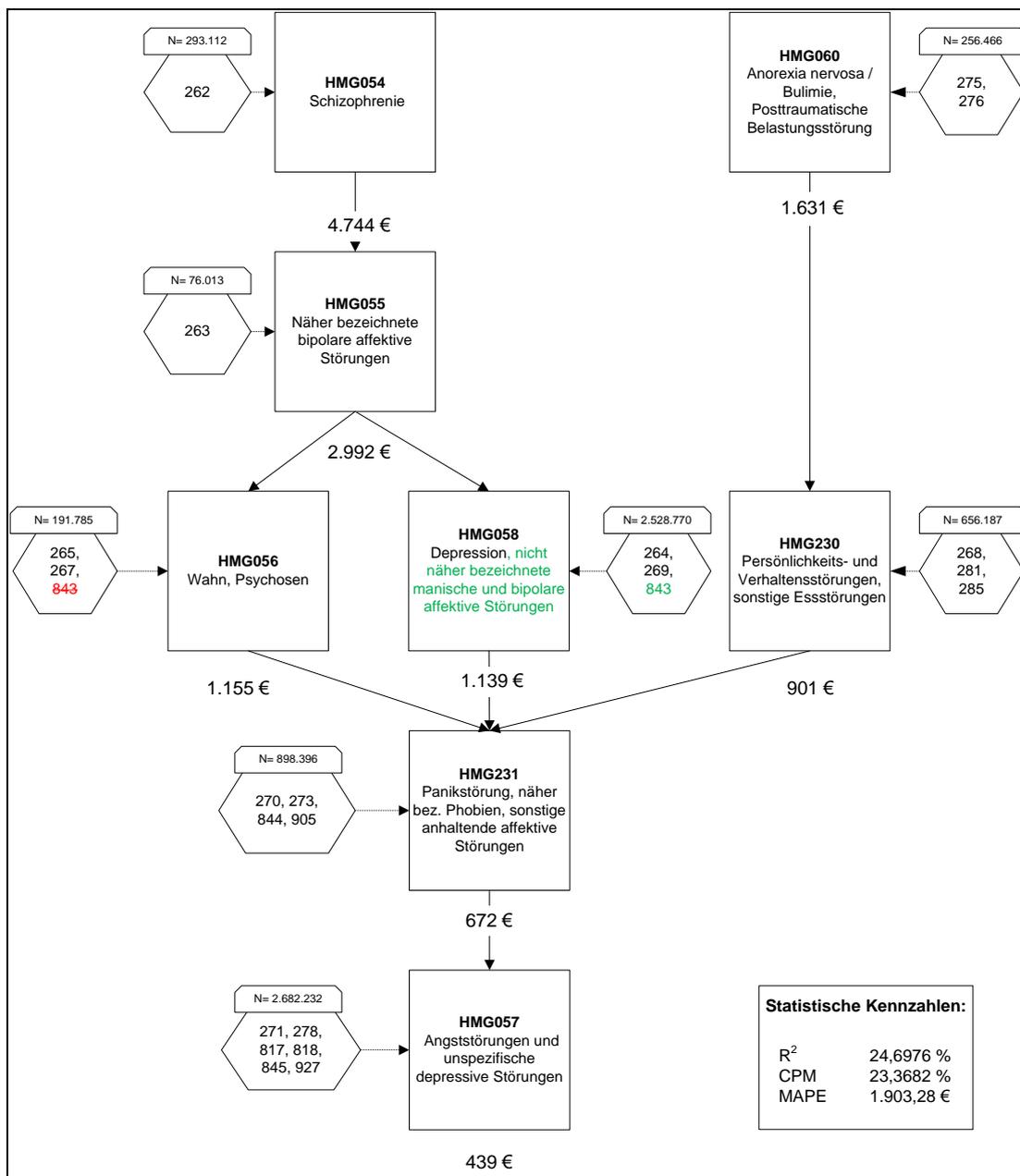


12 Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“

12.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2014 wurde vorgeschlagen, die DxG843 „nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ von HMG056 in HMG058 zu verschieben. Daraus folgend wird HMG056 umbenannt in „Psychosen, Wahn“. HMG058 wird umbenannt in „Depression, sonstige nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“.

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



12.2 Stellungnahmen

Zu der vorgeschlagenen Änderung gingen Stellungnahmen ein von Barmer, BPtK, IKK e.V. und KBV. Die Barmer begrüßt die Änderung nicht, kann diese allerdings akzeptieren, da die Möglichkeit, weiterhin „gerechtfertigte“ Doppelzuweisungen zu erhalten, bestehen bleibt. Die Kasse empfiehlt zudem, zukünftig bessere Argumente als Anlass für Änderungsüberlegungen zu fordern als die bloße Unterstellung mangelnder diagnostischer Kompetenz bestimmter Arztgruppen.

Der IKK e.V. bemängelt, dass vom BVA zwar grundsätzlich auch die Gefahr möglicher Doppelzuweisungen bestätigt, der vom IKK e.V. unterbreitete Vorschlag zur Zusammenlegung allerdings nicht geprüft wurde. Die vorgesehene Umstellung weise nach wie vor die Gefahr von Doppelzuweisungen und damit auf Seiten der Kassen den Anreiz auf, auf die Kodierung der Versorgungslandschaft Einfluss zu nehmen.

Die BPtK rekapituliert in ihrer Stellungnahme die in den vergangenen Monaten vorgebrachten Argumente für und wider einer Zusammenlegung der HMG056 „Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ und HMG058 „Depression“. Letztlich schließt sich die BPtK unter Berücksichtigung der klinischen Perspektive der Auffassung an, dass bei gleichzeitigem Vorliegen einer Depression und wahnhaften Psychosen letztere relevant verschlimmert würden, wodurch ein höherer Behandlungsaufwand zu erwarten sei. Aus klinischen Aspekten befürwortet sie allerdings insgesamt das im Festlegungsentwurf vorgestellte Modell 1, in welchem die DxG843 ohne zusätzliche Arzneimittelprüfung eine eigene HMG unterhalb der HMG056 und HMG058 bildet.

Die KBV empfiehlt, die Auswirkungen der vorgenommenen Anpassungen im Verlauf zu beobachten, da sie sowohl medizinische als auch im Hinblick auf die Kennzahlen des Modells, die sich in Folge geringfügig verschlechtert haben, hinterfragt werden können.

12.3 Bewertung der Stellungnahmen

Die Untersuchung des vom IKK e.V. vorgeschlagenen Modells wurde bei den Analysen für den Festlegungsentwurf aus den beschriebenen Gründen als nicht zielführend erachtet. Zum einen ist das BVA der Auffassung, dass klinisch gerechtfertigter Mehraufwand im Modell zu höheren Zuweisungen führen darf. Lediglich der Anreiz auf *ungerechtfertigte* Doppelzuweisungen hinzuwirken, ist zu minimieren. Zum anderen haben alle vorgelegten Analysen qualitativ die Ergebnisse der Festlegungsanalysen für das Ausgleichsjahr 2012 reproduziert. Es darf davon ausgegangen werden, dass sich diese Replizierbarkeit auch auf die damals durchgeführte Untersuchung und *bewusst verworfene Zusammenlegung der HMG056 und HMG058* erstreckt. Ohne ausreichende Belege für eine Veränderung der Sachlage erscheint der Verzicht auf die Replikation eines negativen Auswertungsergebnisses zielführend.

Die vorgeschlagene Variante erscheint auch vor dem Hintergrund der Gesamtheit der Stellungnahmen zu diesem Thema die beste Möglichkeit, die Balance zwischen der Abbildung des klinischen Behandlungsaufwands und der Minimierung negativer Kodieranreize herzustellen.

Das BVA hält an seiner für den Festlegungsentwurf des Ausgleichsjahrs 2012 geäußerten Auffassung fest, dass manische oder bipolare Störungen einer Arzneimitteltherapie bedürfen. Da die vorgelegten Ergebnisse keine Verbesserung der Situation durch ein Abweichen von diesem Grundsatz nahelegen, wird an der Arzneimittelprüfung somit auch für unspezifische Diagnosen dieser Erkrankungen festgehalten. Selbstverständlich wird die Entwicklung von Diagnoseveränderungen auch an dieser sensiblen Stelle des Klassifikationssystems beobachtet werden.

12.4 Ergebnis

Es ergeben sich keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

13 Hierarchie 13: „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“

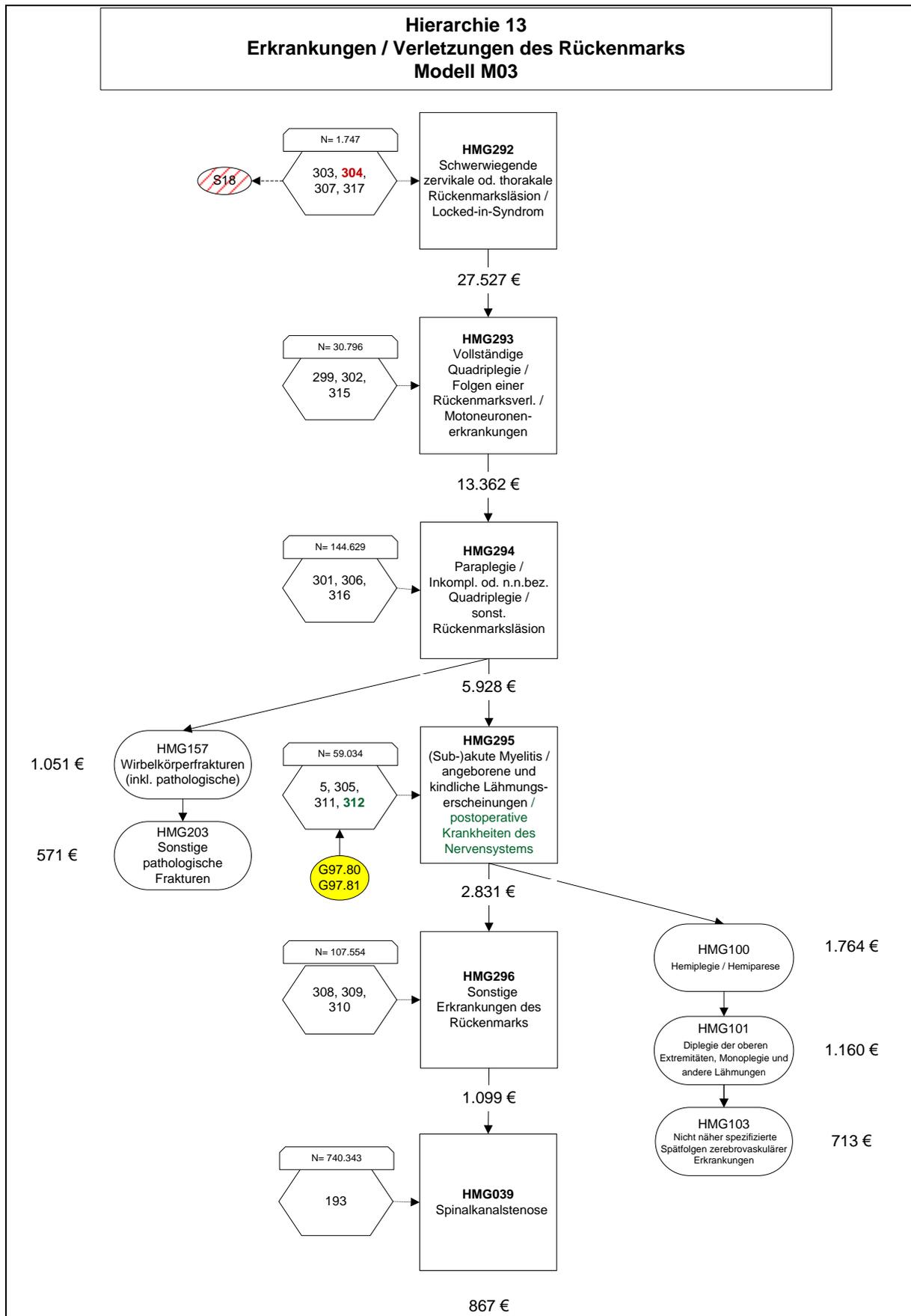
13.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“ führte zu den nachfolgend dargestellten Anpassungsvorschlägen im Festlegungsentwurf:

- Der ICD-Kode S18 „Traumatische Amputation in Halshöhe“ entfällt im Zuge der Krankheitsauswahl.
- Die ICD-Kodes G97.80 und G97.81 werden aus der Hierarchie „Medizinische Komplikationen“ in die neue DxG312 verschoben, die die Bezeichnung „Postoperative Krankheiten des Nervensystems“ erhält.
- Die DxG312 wird der HMG295 „[Sub-]akute Myelitis / angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen“ zugeordnet.
- Die Bezeichnung der HMG295 wird geändert in „[Sub-]akute Myelitis / angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / postoperative Krankheiten des Nervensystems“.

In Abbildung 12 wird die Hierarchie „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“ nach Umsetzung der obigen Anpassungsempfehlung grafisch dargestellt.

Abbildung 12: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“



13.2 Stellungnahmen

Der IKK e.V. schlägt vor, aufgrund des geringen Kostenunterschieds von nur 232 € eine Zusammenlegung der HMG296 „Sonstige Krankheiten des Rückenmarks“ mit der HMG039 „Spinalkanalstenose“ zu prüfen.

Die Verschiebung der ICD-Kodes G97.80 „Postoperative Liquorfistel“ und G97.81 „Postoperativer [zerebellärer] Mutismus“ in die Hierarchie „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“ und die Schaffung einer eigenen, neuen DxG für diese Codes (DxG 312) wird von der KBV begrüßt, da sie eine „medizinisch sachgerechte Differenzierung der genannten Komplikationen“ ermögliche.

13.3 Bewertung

Dem vom IKK e.V. angemerkten geringen Kostenunterschied zwischen HMG 039 und HMG 296 stehen sehr hohe Fallzahlen gegenüber, die eine Trennung der beiden Zuschlagsgruppen rechtfertigen. Es wird daher keine Notwendigkeit gesehen, vom Festlegungsentwurf abzuweichen.

13.4 Ergebnis

Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

14 Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“

14.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ führte zu den nachfolgend dargestellten Anpassungsvorschlägen im Festlegungsentwurf:

- **Anpassungen aufgrund von Änderungen in der Krankheitsauswahl und im ICD2013GM**
 - Der neu aufgenommene ICD-Kode I46.9 „Herzstillstand, nicht näher bezeichnet“ wird der DxG350 „Herzstillstand / Schock“ zugeordnet.
 - Die im ICD-10-GM 2013 überarbeiteten vierstelligen Codes des I48.- „Vorhofflimmern und Vorhofflattern“ ersetzen bei der Verwendung von Diagnosen ab dem Berichtsjahr 2013 die bisher verwendeten.
- **Anpassungen aufgrund einer Hierarchieverletzung zwischen HMG079 und HMG077 sowie Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung für die HMG077 / DxG392**
 - Für die DxG392 „Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie“ wird eine obligate Arzneimittelvalidierung für chronisches Krankheitsgeschehen vorgesehen, d.h. es werden mindestens 183 verordnete Behandlungstage sowie eine zeitgleiche Diagnose zur Validierung der DxG benötigt. Folgende ATC-Fünfsteller werden dabei der DxG zugeordnet:
 - C01BB „Antiarrhythmika, Klasse Ib“,
 - C01BC „Antiarrhythmika, Klasse Ic“,
 - C01BD „Antiarrhythmika, Klasse III“,
 - C01BG „Andere Antiarrhythmika, Klasse I und III“,
 - C07AA „Beta-Adrenozeptor-Antagonisten, nichtselektiv“ und
 - C07AB „Beta-Adrenozeptor-Antagonisten, selektiv“.
- Die HMG077 „Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie“ und die HMG079 „Herzstillstand / Schock“ tauschen ihre jeweiligen Plätze im Hierarchiestrang, d.h. HMG077 dominiert nun HMG079.
- **Anpassungen aufgrund der Auftrennung der DxG914 sowie der Einführung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG378.**
 - Die DxG378 „Atresie der A. pulmonalis (Alter < 18 Jahre)“ erhält das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.

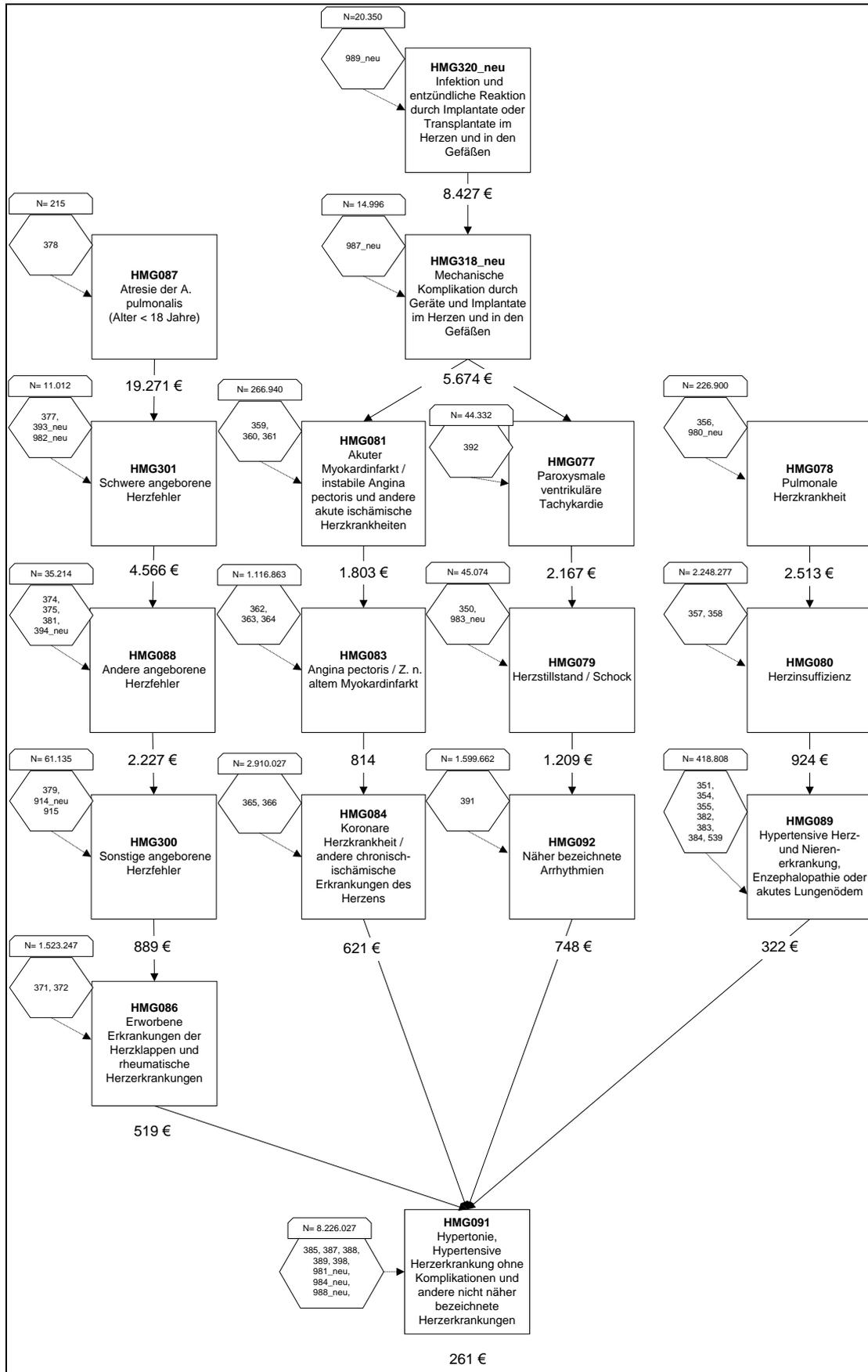
- Die DxG914 wird in die neuen DxGruppen DxG914 „Sonstige Fehlbildungen des Herzens“, DxG393 „Sonstige Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen“, DxG394 „Sonstige Fehlbildungen großer Arterien“, DxG395 „Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße“ und DxG396 „Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße“ aufgeteilt, der ICD-Kode Q21.9 „Angeborene Fehlbildung des Herzseptums, nicht näher bezeichnet“ wird dabei in die DxG915 „Vorhofseptumdefekt“ verschoben.
- Die DxG395 „Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße“ wird in die Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ verschoben.
- Die DxG396 „Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße“ wird in die Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ verschoben.
- Der Hierarchiestrang „Herzfehler“ wird wie in Abbildung 15 dargestellt neu zusammengestellt.
- **Anpassungen aufgrund einer Überarbeitung der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“**
 - Die Diagnose T82.0 wird als DxG982 der HMG301 „Schwere angeborene Herzfehler“ zugeordnet. Es gilt das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.
 - Die Diagnose T82.6 wird als DxG988 der HMG091 „Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen“ zugeordnet. Es gilt das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.
 - Die Diagnose T82.2 „Mechanische Komplikation durch Koronararterien-Bypass und Klappentransplantate“ wird als gleichnamige DxG984 in die HMG091 eingruppiert. Es gilt das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.
 - Die Diagnosen T82.3 „Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate“ sowie T82.4 „Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse“ werden in die Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ verschoben.
 - Die Diagnose T82.1 „Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät“ wird als gleichnamige DxG983 der HMG079 „Herzstillstand / Schock“ zugeordnet. Es gilt das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.
 - Die Diagnose T82.7 wird als DxG989 „Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen“ in die gleichnamige neue HMG320 eingeordnet. Es gilt das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.
 - Der Kode T82.5 „Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen“ wird als gleichnamige DxG987 der entsprechenden neuen HMG318 zugeordnet. Es gilt das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.

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

- Die Diagnose I97.0 „Postkardiotomie-Syndrom“ wird als DxG980 „Postkardiotomie-Syndrom“ der HMG078 „Pulmonale Herzkrankheit“ zugeordnet. Es gilt das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.
- Die Diagnose I97.1 „Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff“ wird als gleichnamige DxG981 in die HMG091 eingruppiert. Es werden keine spezifischen Aufgreifkriterien definiert.
- Die neue HMG 318 und die neue HMG320 dominieren beide HMG sowohl den Hierarchiestrang HMG081-HMG091 als auch den Hierarchiestrang HMG077-HMG091, die HMG320 dominiert zusätzlich noch die HMG318.

In Abbildung 11 wird die Hierarchie „Herzerkrankungen“ nach Umsetzung der obigen Anpassungsempfehlung grafisch dargestellt.

Abbildung 13: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“



14.2 Stellungnahmen / Bewertung

Die eingegangenen Stellungnahmen konzentrieren sich im Wesentlichen auf zwei Problemfelder: Die Arzneimittelvalidierung der DxG392 „Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie“ sowie die vorgeschlagene Verschiebung der Komplikationscodes aus der Hierarchie 24 „Komplikationen“ in die Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“. Zusätzlich wird seitens des AOK-BV vorgeschlagen, die Arzneimittelvalidierung der im Anhörungsvorschlag nicht abgeänderten DxG363 zu überarbeiten.

14.2.1 Arzneimittelvalidierung der DxG392 „Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie“

Stellungnahmen

Sowohl der GKV-SV als auch der AOK-BV lehnen eine Arzneimittelvalidierung der paroxysmalen ventrikulären Tachykardie ab, da eine Behandlung mit Arzneimitteln in vielen Fällen, wie z.B. bei Implantation eines kardialen Defibrillators, nicht medizinisch geboten sei. Die DAK fordert mit derselben Begründung die Einführung einer zusätzlichen HMG zur Erfassung der Fälle ohne Dauermedikation.

Der GKV-SV argumentiert, dass in vielen Fällen die paroxysmale ventrikuläre Tachykardie mit einer Implantation eines kardialen Defibrillators behandelt wird, eine Arzneimitteltherapie mit Antiarrhythmika sei dann nicht mehr in jedem Fall notwendig. Die Diagnosen von Versicherten mit einem implantierten kardialen Defibrillator würden so wegen fehlender Arzneimitteltherapie nicht mehr zur Gruppierung zugelassen. Die Festlegung des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel obligat“ diene bisher ausschließlich der Verifizierung ambulanter Diagnosedaten und solle wie bisher nur getroffen werden, wenn eine Arzneimitteltherapie für alle Versicherten alternativlos und zwingend sei.

Der AOK-BV führt in seiner Stellungnahme mehrere Krankheitsbilder auf, in denen eine Indikation für eine ICD-Implantation zur Primär- oder Sekundärprophylaxe ventrikulärer Tachykardien bestehe, ohne dass gleichzeitig eine antiarrhythmische Therapie empfohlen würde: das Brugada-Syndrom, das kurze QT-Syndrom aber auch angeborene Herzfehler wie die Fallotsche Tetralogie nach Korrektur-Operation.

Im Gegensatz zu diesen Bewertungen begrüßen KBV sowohl aus medizinischer Sicht als auch aufgrund der verbesserten Modellkennzahlen die vorgeschlagene Arzneimittelvalidierung, auch die im Vorschlag berücksichtigten ATC-Fünfsteller seien grundsätzlich nicht zu beanstanden, es wird jedoch empfohlen, die zusätzliche Berücksichtigung von Calciumantagonisten zu prüfen.

Bewertung

Die vorgetragene Kritik an der Arzneimittelvalidierung kann auch nach erneuter medizinischer und pharmakologischer Prüfung nicht nachvollzogen werden.

Auch nach Implantation eines kardialen Defibrillators erscheint eine medikamentöse Dauertherapie mit Antiarrhythmika zur Verhinderung weiterer Tachykardien medizinisch notwendig. Es ist darauf hinzuweisen, dass die in diesem Zusammenhang vom AOK-BV angeführten Krankheitsbilder: „Brugada-Syndrom“ und „kurzes QT-Syndrom“ (jeweils ICD I45.8) nicht in der Krankheitsauswahl enthalten sind.

Selektive Ca-Kanalblocker mit vorwiegender Herzwirkung (C08D) bzw. Antiarrhythmika der Klasse IV umfassen Ca-Antagonisten mit antiarrhythmischen Eigenschaften, Verapamil, Gallopamil, Diltiazem. Aufgrund der pharmakodynamischen Eigenschaften sind diese Wirkstoffe bei supraventrikulären Tachykardien, nicht jedoch bei ventrikulären Tachykardien, indiziert. Dies ergibt sich auch aus den Zulassungsindikationen für Präparate mit Wirkstoff Verapamil.

14.2.2 Arzneimittelvalidierung der DxG363 „Alter Myokardinfarkt“

Stellungnahmen

Seitens AOK-BV wird vorgeschlagen, die ATC-Fünfsteller B01AE (Direkte Thrombininhibitoren) und B01AF (Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren) für die Validierung der DxG363 zusätzlich zu berücksichtigen, da diese alternativ zu den Vitamin-K-Antagonisten (B01AA) angewandt würden.

Bewertung

Für die Wirkstoffe Rivaroxaban (B01AF01) und Apixaban (B01AF02) sowie Dabigatran etexilat (B01AE07), Vertreter der Klasse „Direkte Thrombininhibitoren“, beziehen sich die zugelassenen Diagnosen u. a. auch auf die Prävention atherothrombotischer Ereignisse. Von einer Verordnung dieser Wirkstoffe nach einem vorangegangenen Myokardinfarkt kann daher ausgegangen werden.

Die Gruppe der bei der DxG363 zu berücksichtigenden ATC-Fünfsteller wird daher ergänzt. In der Version der Anlage 3, die auf dem Stand 06/2011 basiert, wird Rivaroxaban durch den Fünfsteller B01AX repräsentiert (bereits in der Liste enthalten).

14.2.3 Verschiebung der Komplikationscodes

Stellungnahmen

Die Verschiebung und differenzierte Berücksichtigung der sehr heterogenen herzspezifischen Komplikationen innerhalb der Herzhierarchie werden lediglich von KBV als sachgerecht bezeichnet, es wird auf die resultierende, deutliche Steigerung der Kennzahlen verwiesen. Der IKK e.V. begrüßt grundsätzlich die Verschiebung von Komplikationscodes der ICD-Gruppe T82.-, sieht allerdings die Gefahr von Doppelzuschlägen, da die mit dieser Gruppe eng verbundenen Codes T85.6 – T85.8 in der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ verbleiben. Ansonsten wird die vorgeschlagene Verschiebung von der Mehrzahl der

Anhörungsparteien sehr kritisch bewertet. Sowohl der GKV-SV als auch der AOK-BV lehnen die Verschiebung der T82.xx Codes komplett ab und empfehlen diese Diagnosecodes in der Hierarchie 24 zu belassen. Auch BARMER und DAK weisen auf Probleme bzgl. der Einordnung der Komplikationscodes hin, die DAK empfiehlt statt der vorgenommenen Zuordnung die Bildung eines eigenständigen Hierarchiestrangs „Herzkomplikationen“, der innerhalb der Herzhierarchie angesiedelt werden soll.

Wesentliche Kritikpunkte sind die Bildung der HMG320 und HMG318 aus einzelnen ICD-Codes, deren Spezifität zudem nicht ausreichend erscheint. Auch die Zuordnung der Komplikationscodes zu einzelnen Hierarchiesträngen sowie die Abgrenzung zur Gefäß- und Kreislaufhierarchie erscheinen problematisch.

Bewertung

Die in den Stellungnahmen vorgetragenen Kritikpunkte können nachvollzogen werden. Die Abgrenzungs- und Zuordnungsproblematik sowohl innerhalb der Herzhierarchie als auch zwischen den betroffenen Hierarchien können durch die im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Änderungen nur unbefriedigend gelöst werden, hier wird weiterer Analysebedarf gesehen. Daher wird die im Anhörungsverfahren vorgeschlagene Verschiebung der Komplikationscodes im Rahmen der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2014 nicht umgesetzt, die betroffenen Codes verbleiben in der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“. Dies gilt auch für die in die Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislaufkrankungen“ verschobenen Codes T82.3 und T82.4.

14.3 Ergebnis

Die im Festlegungsentwurf vorgeschlagene Verschiebung der Komplikationscodes wird für die Hierarchie 16 nicht vorgenommen. Stattdessen erfolgt eine Einsortierung dieser Codes in der überarbeiteten Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“. Die weiteren im Anhörungsvorschlag vorgenommenen Änderungen der Hierarchie bleiben auch nach Prüfung der Stellungnahmen bestehen. Die im Rahmen der Anhörung für die DxG363 zusätzlich vorgeschlagenen Fünfsteller werden übernommen. Abbildung 14/Abbildung 16 zeigt die endgültige Ausgestaltung der Hierarchie 16 auf, in Tabelle 19 werden die resultierenden Kennzahlen und Schätzer dargestellt.

Abbildung 14: Hierarchie 16 "Herzerkrankungen" – Festlegung

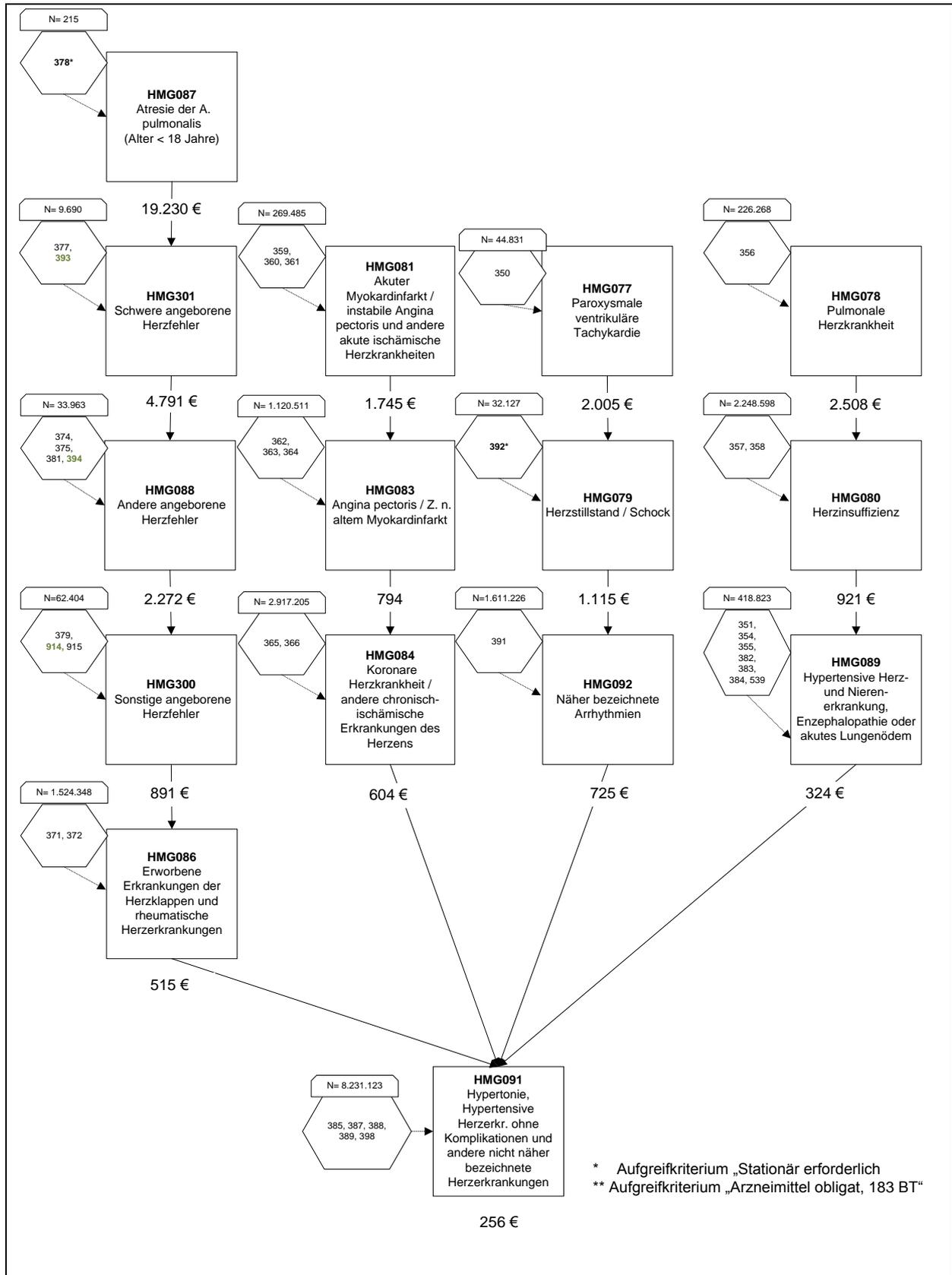


Tabelle 19: Hierarchie 16 "Herzerkrankungen" – Festlegung

Hierarchie 16 "Herzerkrankungen" (nach Anpassung der Hierarchien 16, 17 und 18)	Anhörungsentwurf (Vollerhebung)			Festlegung (Vollerhebung)		
	R ²	CPM	MAPE	R ²	CPM	MAPE
	24,7242%	23,3780%	1.903,04 €	24,7012%	23,3702%	1.903,24 €
Risikogruppe	N	Beta	Standard- fehler	N	Beta	Standard- fehler
HMG077 Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	44.332	2.167,90 €	27,96 €	44.831	2.005,54 €	27,81 €
HMG078 Pulmonale Herzkrankheit	226.900	2.513,41 €	12,87 €	226.268	2.508,62 €	12,89 €
HMG079 Herzstillstand / Schock	45.074	1.209,70 €	27,68 €	32.127	1.115,75 €	32,75 €
HMG080 Herzinsuffizienz	2.248.277	924,46 €	4,65 €	2.248.598	921,51 €	4,65 €
HMG081 Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten	266.940	1.803,39 €	11,62 €	269.485	1.745,04 €	11,58 €
HMG083 Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	1.116.863	814,32 €	5,94 €	1.120.511	794,10 €	5,93 €
HMG084 Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	2.910.027	621,26 €	4,01 €	2.917.205	604,12 €	4,01 €
HMG086 Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	1.523.247	519,26 €	5,08 €	1.524.348	515,61 €	5,08 €
HMG087 Atresie der A. pulmonalis (Alter < 18 Jahre)	215	19.271,46 €	400,50 €	215	19.230,72 €	400,55 €
HMG088 Andere angeborene Herzfehler (Alter < 18 Jahre)	35.214	2.227,22 €	31,36 €	33.963	2.272,01 €	31,94 €
HMG089 Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung, Enzephalopathie oder akutes Lungenödem	418.808	322,70 €	9,25 €	418.823	324,78 €	9,25 €
HMG091 Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	8.226.027	261,07 €	2,51 €	8.231.123	256,36 €	2,51 €
HMG092 Näher bezeichnete Arrhythmien	1.599.662	748,01 €	5,11 €	1.611.226	725,07 €	5,10 €
HMG300 Sonstige angeborene Herzfehler	61.135	889,19 €	23,83 €	62.404	891,43 €	23,60 €
HMG301 Schwere angeborene Herzfehler	11.012	4.566,30 €	55,90 €	9.690	4.791,30 €	59,60 €
HMG318 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	14.996	5.674,43 €	49,64 €		- nicht belegt -	
HMG320 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	20.350	8.427,86 €	41,92 €		- nicht belegt -	

15 Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“

15.1 Festlegungsentwurf

Die Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ war im aktuellen Anpassungszyklus nicht zur Überarbeitung vorgesehen, es ergab sich jedoch aus der Überarbeitung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ die Notwendigkeit, dort aussortierte Diagnosen in die Hierarchie 17 einzuordnen. Dazu wurden die ausgegliederten Diagnosen in der DXG396 „Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße“ zusammengefasst und in die HMG095 „Zerebrale Blutungen“ eingruppiert.

15.2 Stellungnahmen

Die Einordnung der ICD-Kodes aus den Herzerkrankungen wird von der KBV als plausibel angesehen. Von den weiteren Anhörungspartnern werden die vorgenommenen Änderungen der Hierarchie nicht kommentiert, lediglich der IKK e.V. mahnt eine Überprüfung seiner Vorschläge zur Arzneimittelvalidierung der DxG401 „Zerebrovaskuläre Gefäßsyndrome“ und DxG408 „Angeborene / kindliche Hemiplegie (Zerebralparese)“ an.

15.3 Bewertung

Die Überarbeitung der Hierarchie 17 beschränkt sich in der laufenden Anpassung auf die notwendige Einsortierung der aus der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ aussortierten Codes, eine weitere Überarbeitung ist nicht vorgesehen und aus zeitlichen Gründen auch nicht zu leisten, daher können die zusätzlichen Vorschläge des IKK e.V. in diesem Anpassungszyklus nicht weiter verfolgt werden.

15.4 Ergebnis

Es werden keine Änderungen zum Festlegungsentwurf vorgenommen.

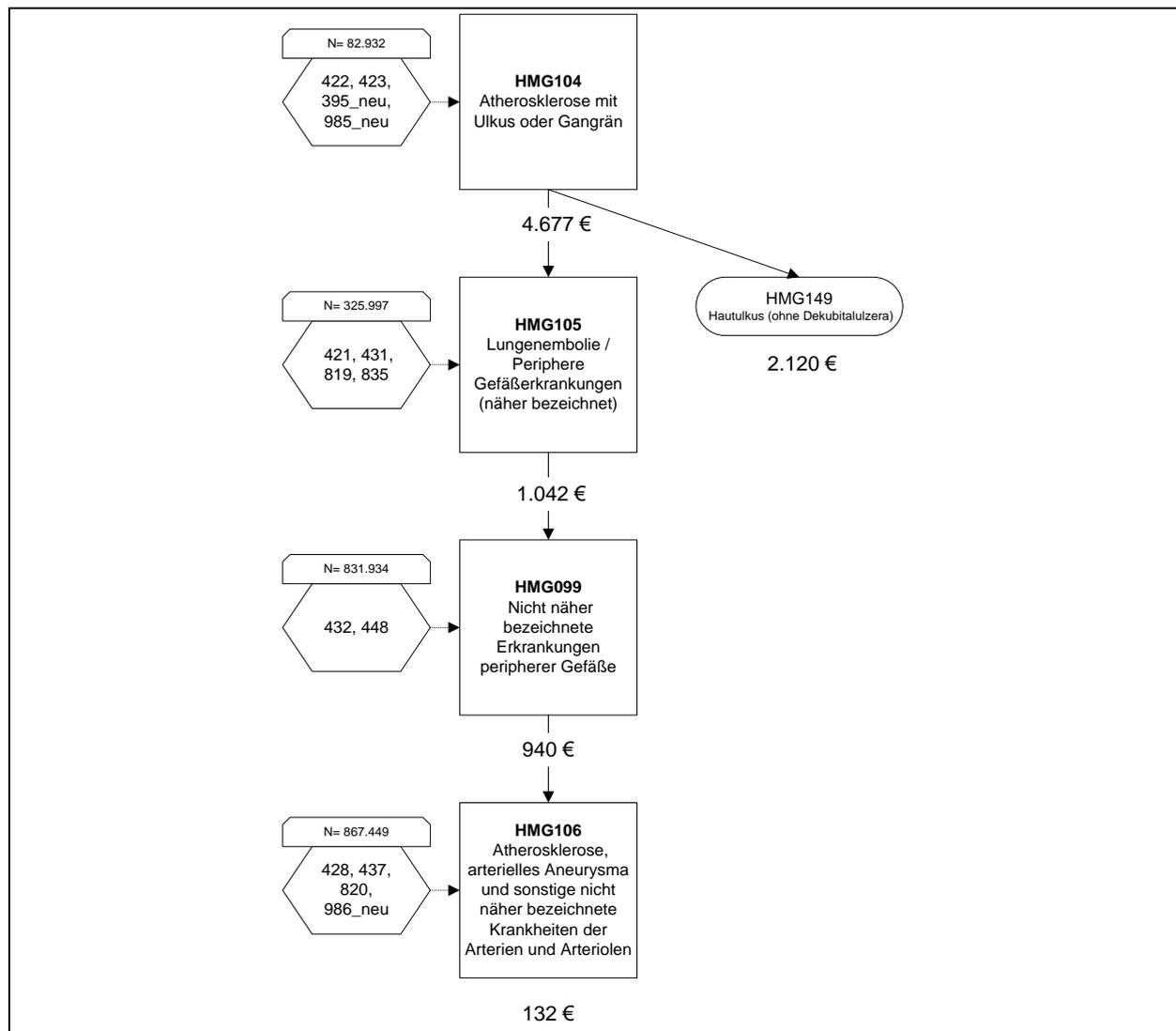
16 Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

16.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ führte zu den nachfolgend dargestellten Anpassungsvorschlägen im Festlegungsentwurf:

- Die aus der Hierarchie 16 „Herzkrankungen“ in die Hierarchie 18 verschobenen ICD-Kodes wurden den DxG395, der DxG985 sowie der DxG986 zugeordnet.
- Die DxG395 und DxG985 werden der HMG104 zugeordnet.
- Die DxG986 der HMG106 zugeordnet.
- Für die DxG985 und die DxG986 gilt das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.

Abbildung 15: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“



16.2 Stellungnahmen / Bewertung

Wie schon bei der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ beschrieben, wurde die dort vorgenommene Einsortierung der Komplikationskodes in der Mehrzahl der Stellungnahmen im Anhörungsverfahren deutlich kritisiert. Da die vorgebrachten Kritikpunkte nachvollzogen werden können, wurde beschlossen, die vorgeschlagene Verschiebung der Komplikationskodes nicht umzusetzen. Dies betrifft auch die beiden in die Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislaufkrankungen verschobenen und dort der DxG985 bzw. der DxG986 zugeordneten ICD-Kodes T82.3 und T82.4.

16.3 Ergebnis

Die im Festlegungsentwurf vorgeschlagene Verschiebung der Komplikationskodes wird für die Hierarchie 18 nicht vorgenommen. Stattdessen erfolgt eine Einsortierung dieser Kodes in der überarbeiteten Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“. Die weiteren im Anhörungsvorschlag vorgenommenen Änderungen der Hierarchie bleiben auch nach Prüfung der Stellungnahmen bestehen. Abbildung 16 zeigt die endgültige Ausgestaltung der Hierarchie 18 auf, in Tabelle 20 werden die resultierenden Kennzahlen und Schätzer dargestellt.

Abbildung 16: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislaufferkrankungen“ – Festlegung

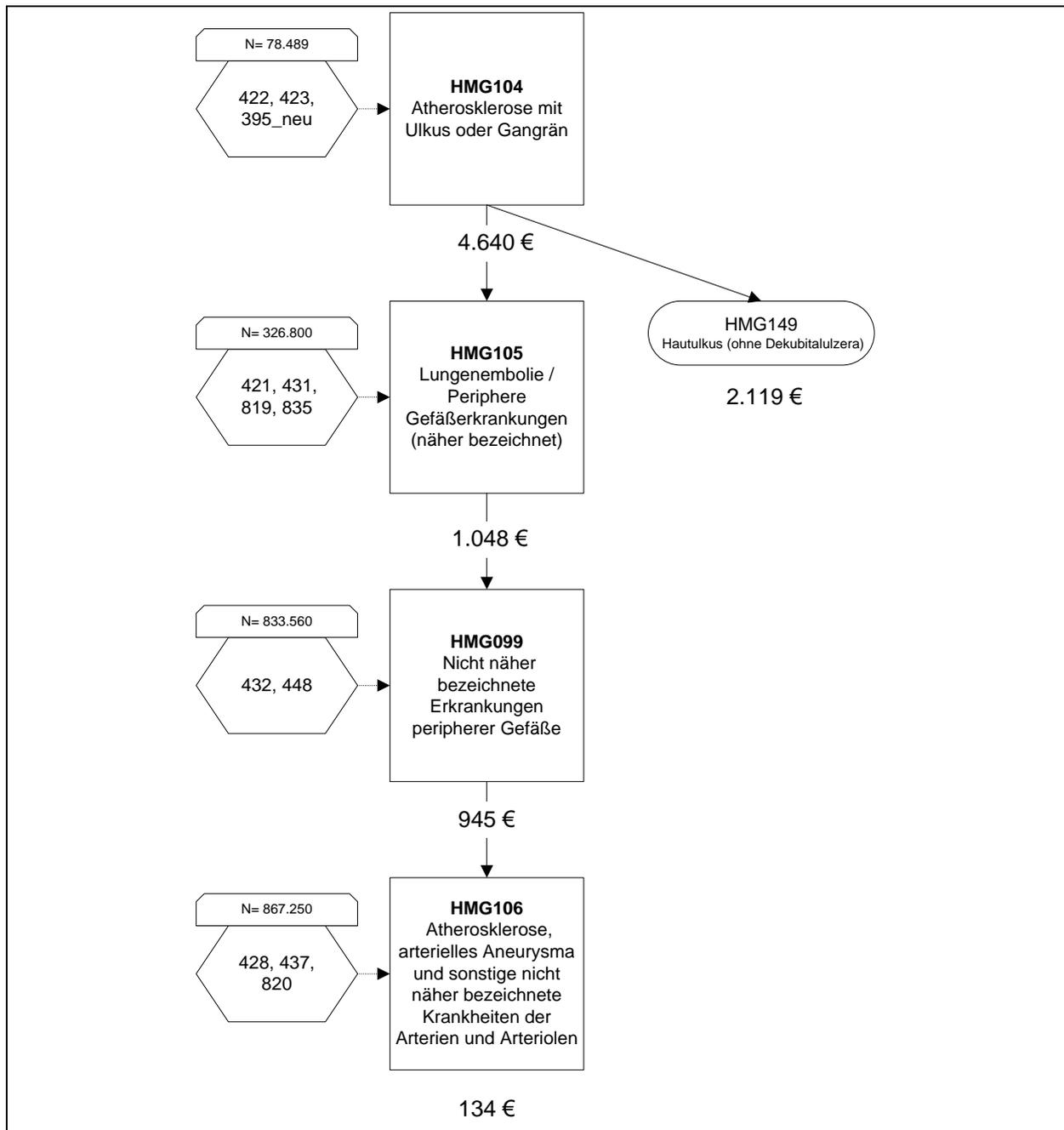


Tabelle 20: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ – Festlegung

Hierarchie 18 "Gefäß- und Kreislauferkrankungen" (nach Anpassung der Hierarchien 16, 17 und 18)		Anhörungsentwurf (Vollerhebung)			Festlegung (Vollerhebung)		
		R ²	CPM	MAPE	R ²	CPM	MAPE
		24,7242%	23,3780%	1.903,04 €	24,7012%	23,3702%	1.903,24 €
Risikogruppe		N	Beta	Standard- fehler	N	Beta	Standard- fehler
HMG099	Nicht näher bezeichnete Erkrankungen peripherer Gefäße	831.934	940,44 €	6,68 €	833.560	945,71 €	6,67 €
HMG104	Atherosklerose mit Ulkus oder Gangrän	82.932	4.677,81 €	20,93 €	78.489	4.640,65 €	21,50 €
HMG105	Lungenembolie / Periphere Gefäßerkrankungen (näher bezeichnet)	325.997	1.042,24 €	10,56 €	326.800	1.048,20 €	10,55 €
HMG106	Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonstige, nicht näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen	867.449	132,47 €	6,47 €	866.250	134,23 €	6,48 €
HMG149	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	208.842	2.120,11 €	12,96 €	208.936	2.119,25 €	12,96 €

17 Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“

17.1 Festlegungsentwurf

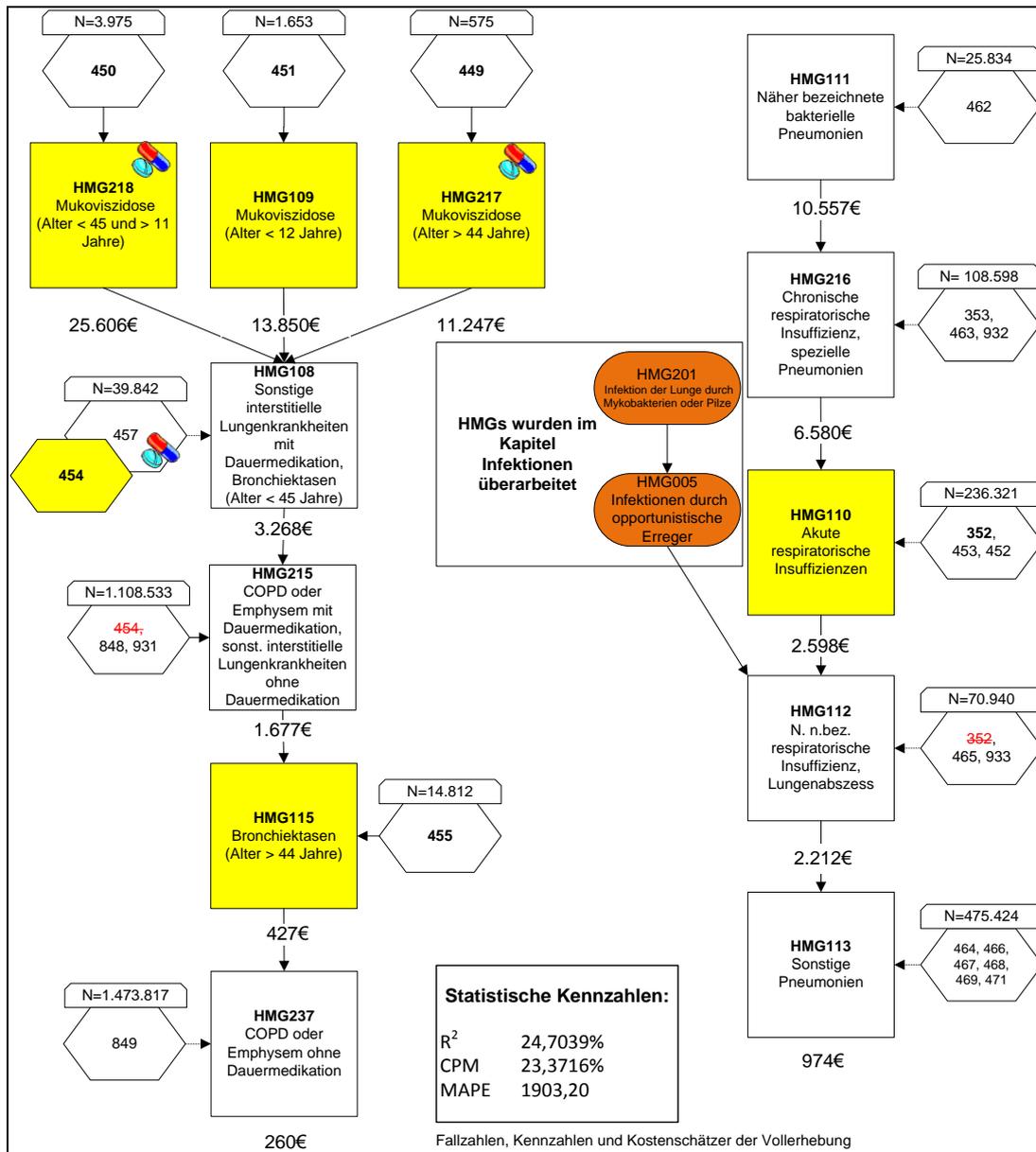
Im Festlegungsentwurf wurde eine allgemeine Methode zur Einführung von Altersgrenzen als Aufgreifkriterium vor- und zur Diskussion gestellt. Anhand der Beispiele „Mukoviszidose“ und „Bronchiektasen“ wurde deren Anwendungsmöglichkeit innerhalb der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“ gezeigt.

Für die Erkrankung „Mukoviszidose“ wurde ein zweiter Alterssplit bei 44/45 Jahren eingefügt. Die DxG454 „Bronchiektasen“ wurde über einen Alterssplit aufgeteilt und aus der HMG215 herausgelöst. Die beiden neuen DxGruppen 454 und 455 wurden in die HMG108 bzw. eine neue HMG115 eingruppiert.

Darüber hinaus wurden vier ICD-Kodes aus der Hierarchie „Medizinische Komplikationen“ als neue HMG „Akute respiratorische Insuffizienzen“ in die Hierarchiestruktur eingeordnet und die DxG352 „Akute respiratorische Insuffizienzen“ dorthin verschoben.

In Abbildung 17 wird die Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“, wie sie im Festlegungsentwurf vorgeschlagen wurde, dargestellt.

Abbildung 17: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“



17.2 Stellungnahmen

Zu den vorgestellten Änderungen in der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“ gab es Stellungnahmen zu den Punkten Altersdifferenzierung, Berechnung des „Odds ratio“ als Entscheidungsgrundlage bei Kodiervarianten, zu Arzneimitteln und zur Verschiebung der DxG352.

17.2.1 Altersdifferenzierung

Die Altersdifferenzierung von Mukoviszidose und Bronchiektasen wird vom GKV-SV abgelehnt. Es ergäben sich allenfalls marginale Verbesserungen der Modellgüte. Die gefundenen Unterdeckungen bei Bronchiektasen könnten durch Komorbiditäten mit Mukoviszidose bzw. COPD erklärt werden. Bei Mukoviszidose könnten die gewählten Aufgreifkriterien für Unter-

deckungen in jüngeren Jahren verantwortlich sein. Schlüssigere Ergebnisse würden durch die Einführung des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel obligat“ bei Mukoviszidose für Kinder unabhängig vom Alter erzielt.

Bei der Überprüfung des Alterssplits für die Bronchiektasen wurden aus Sicht der Barmer die hierarchischen Beziehungen zu der mit den Bronchiektasen in medizinisch engem Zusammenhang stehenden Mukoviszidose nicht beachtet. Die Residualanalyse für Bronchiektasen erfolgte auf Basis der nicht hierarchisierten DxG454. Die Einteilung der Alterssplits erfolgte damit inklusive der sehr teuren Fälle mit Mukoviszidose, welche sich in den negativen Deckungsbeiträgen bis 35 Jahre abzeichnen. Die weitere Modellanalyse erfolgte allerdings auf HMG-Ebene, so dass bei den Bronchiektasen (bis 45 Jahre) die teuren Mukoviszidose-Fälle nicht mehr enthalten gewesen seien. Eine abschließende Überprüfung der Deckungsbeiträge nach Altersgruppen auf Basis des Alterssplits bei 45 Jahren und unter Berücksichtigung der vorhandenen Komorbiditäten in der Hierarchie habe nicht mehr stattgefunden.

Das BKK-System positioniert sich gegen eine zunehmende Komplexität des Ausgleichsverfahrens und damit auch gegen die probeweise Einführung von Altersdifferenzierungen in der Hierarchie „Lunge“.

Aus Sicht des IKK e.V. fehlt es an einer medizinischen Begründung des Alterssplits bei 45 Jahren sowohl bei Mukoviszidose als auch bei Bronchiektasen. Auch seien aufgrund des geringen Unterschiedes in den Kostenschätzern der HMG109 und der HMG217 die Kriterien für einen Alterssplit nicht erfüllt.

Der AOK-BV unterstützt die Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats, das Thema „multiple Alterssplits“ systematisch zu bewerten. Für die Mukoviszidose wird der neu eingeführte Alterssplit jedoch abgelehnt. Die unterschiedlichen Kosten der Erkrankung jenseits des Alters von 44 Jahren können mit der geringen Lebenserwartung der schwer betroffenen Erkrankten begründet werden. Zudem gebe es hier eine erhebliche Dynamik bei der Lebenserwartung, so dass es nicht sachgerecht sei, Altersgrenzen aufgrund des Status Quo der vergangenen Jahre zu „zementieren“. Abbildung 30 der Erläuterungen des BVA weise zudem darauf hin, dass es innerhalb einzelner Altersgruppen sowohl schwer als auch leicht erkrankte Mukoviszidose-Patienten gibt, so dass das Ordnungskriterium des Alters ungeeignet für die Schweregrad differenzierung sei. In gleicher Weise wird ein Alterssplit bei Bronchiektasen in Frage gestellt.

TK et al. halten die Auftrennung mittels Alterssplit für medizinisch sinnvoll. Die Ursachen der Bronchiektasen im Kindes- und Erwachsenenalter seien unterschiedlich und unterscheiden sich somit auch in ihren Therapien.

Die Einführung von Altersdifferenzierungen wird von der Mehrheit der Anhörungspartner kritisiert. BVA und Wissenschaftlicher Beirat können die vorgetragenen Kritikpunkte nachvollziehen. Eine entsprechende Analyse kann aus Zeitgründen bis zur Festlegung je-

doch nicht geleistet werden. Daher wird die Bearbeitung dieser Punkte für die diesjährige Festlegung zurückgestellt. Die Diskussion und Bewertung wird auf den nächsten Anpassungszyklus verschoben.

17.2.2 „Odds ratio“ als Bewertungsgrundlage für DxG-Auftrennung

Um zu prüfen, ob Diagnosen in der DxG352 sowie den korrespondierenden DxGs 457 und 931 (mit und ohne Dauermedikation) getrennt werden können (bzw. nicht miteinander im Verhältnis stehen), wurde die entsprechende „Odds ratio“ berechnet.

TK et al. halten die Argumentation, DxGs nach Aspekten der „Odds ratio“ zu splitten, für nicht zielführend. Viele DxGs, die unterschiedliche Ausprägungen oder Schweregrade eines Krankheitsbildes definieren, weisen erwartungsgemäß ein hohes „Odds ratio“ auf (z. B. Hypertonus mit anderen Herzerkrankungen). Sie wurden im bestehenden Klassifikationsmodell dennoch getrennt, um eine bessere Abbildung des Schweregrades und eine höhere Kostenhomogenität zu erreichen. Doppelte Zuweisungen sind auch hier nicht entstanden, da über die Hierarchisierung der entscheidende Schweregrad berücksichtigt wird.

Die Kritik kann nicht nachvollzogen werden. Bei den hier betroffenen Diagnosen handelt es sich nicht um Diagnosen, die unterschiedliche Schweregrade abbilden.

17.2.3 Arzneimittel

Laut TK et al. stehen die in der Regel auslösenden Lungenerkrankungen (z. B. COPD) im Fokus der Therapie von respiratorischer Insuffizienz. Aufgrund dessen sei eine medikamentöse Therapie der respiratorischen Insuffizienz (auch Lungenparenchymversagen genannt) angezeigt. Aus Sicht von TK et al. ist auf Basis dieser medizinischen Fakten eine Arzneimittelvalidierung unumgänglich. Es handele sich um einen höheren Schweregrad von Grunderkrankungen (z. B. COPD und Pneumonie), die bereits im Klassifikationssystem eine Arzneimittelvalidierung erhalten.

BVA und Wissenschaftlicher Beirat stimmen zu, dass - wie im Festlegungsentwurf bereits angemerkt – bei der Therapie der respiratorischen Insuffizienz die Behandlung der Grunderkrankung ausschlaggebend ist. Bei einer Validierung mit Arzneimitteln sollen die ICD-Diagnosen der entsprechenden DxG abgesichert werden. Dies sind in diesem Fall ICD-Diagnosen zur respiratorischen Insuffizienz, nicht zu den Grunderkrankungen. Eine gezielte symptomatische Verbesserung kann durch Sauerstoffgabe erreicht werden. Da hierzu jedoch keine Informationen in den versichertenbezogenen Daten vorliegen, besteht keine Möglichkeit für eine Validierung.

Statt einer Altersdifferenzierung empfiehlt der AOK-BV im Rahmen der Erkrankung Mukoviszidose seinen Vorschlag eines zusätzlichen Arzneimittelzuschlags umzusetzen. AOK-Auswertungen würden zeigen, dass sich durch Berücksichtigung der Kriterien „stationäre Hauptdiagnose E84“ oder „Dauertherapie mit inhalativen Antibiotika (Tobramycin, Colistin,

Gentamycin, Aztreonam)“ oder „Ivacaftor“ bei Patienten über 12 Jahre über alle Altersgruppen hinweg eine sehr gute Differenzierung erreichen lasse. Dies solle vom BVA geprüft werden. Für die Erkrankung „Bronchiektasen“ wird eine Differenzierung mit dem Kriterium „stationäre Hauptdiagnose J47“ oder „Dauertherapie mit inhalativen Antibiotika (s. o. bei Mukoviszidose) vorgeschlagen.

An dieser Stelle kann seitens des BVA und des Wissenschaftlichen Beirats nur wiederholt werden, dass von unterschiedlichen Zuschlagsgruppen bisher aus guten Gründen abgesehen wurde (s. Kap. 6 „Berücksichtigung von Arzneimitteln“, Erläuterungen zur Festlegung [...], Ausgleichsjahr 2013).

17.2.4 Verschiebung der DxG352 in HMG110

Der IKK e. V. ist der Ansicht, dass auf eine Verschiebung der DxG352 verzichtet werden sollte, da sich die Kostenschätzer der HMG110 und 112 zu sehr annäherten.

Der KBV erscheint die Einordnung der DxG352 in die HMG110 medizinisch nicht passend. Da sich jedoch die Schätzwerte des Modells verbessern, wird die Änderung befürwortet und eine terminologisch präzisere Abgrenzung der HMG110 und HMG112 angeregt.

BVA und Wissenschaftlicher Beirat können die Einwände nachvollziehen. Die Punkte werden daher bei der nächsten Überarbeitung überprüft. Für die Festlegung Ausgleichsjahr 2014 wird an der vorgeschlagenen Verschiebung festgehalten.

17.3 Ergebnis

Von den im Entwurf vorgeschlagenen Modifikationen werden weiterhin umgesetzt:

- Die ICD-Kodes aus den Medizinischen Komplikationen werden wie geplant in die Hierarchie aufgenommen. Das bedeutet, die vier ICD-Kodes J95.4 „Mendelson-Syndrom“, J95.5 „Subglottische Stenose nach medizinischen Maßnahmen“, J95.80 „Iatrogenen Pneumothorax“, J95.81 „Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen“ werden über die neu gebildete HMG110 im rechten Strang zwischen die HMG112 und die HMG216 eingegliedert. Die HMG110 heißt „Akute respiratorische Insuffizienzen“. Die entsprechenden DxGs heißen: DxG452 „Akute respiratorische Insuffizienz nach medizinischen Maßnahmen“, DxG453 „Iatrogenen Pneumothorax“.
- Die DxG352 wird weiterhin in die HMG110 verschoben.
- Die Liste der bei der DxG449 berücksichtigungsfähigen Arzneimittel wurde um den Fünfsteller R07AX erweitert. Dieser repräsentiert den Wirkstoff Ivacaftor (R07AX02), welcher seit Herbst 2012 zur Behandlung der zystischen Fibrose (CF, Mukoviszidose) zugelassen und auf dem Markt ist.

Von den im Entwurf vorgeschlagenen Modifikationen werden **nicht** umgesetzt:

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

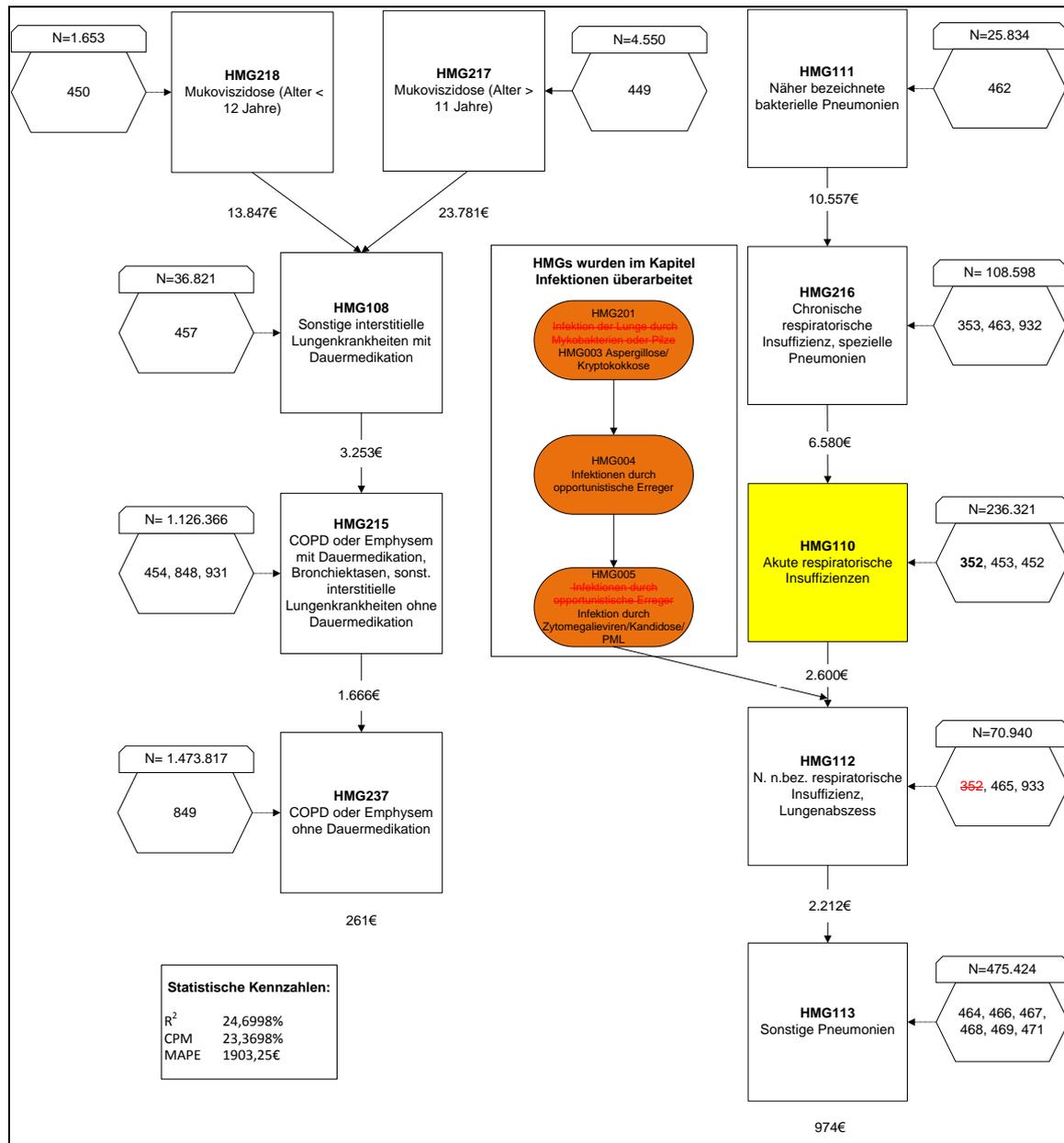
- Die altersbezogenen Auftrennungen der Bronchiektasen und Mukoviszidose bei 45 Jahren werden nicht umgesetzt.
- Die Benennung der DxG449 und DxG450 bzw. HMG217 und HMG218 wird auf den alten Stand gebracht. Die DxG451 und HMG109 werden aufgehoben.
- Die Umbenennung der DxG454 sowie der HMG108 und HMG215 wird rückgängig gemacht. Die DxG454 wird wieder der HMG215 zugeordnet und die DxG455 und HMG115 werden gelöscht.

Tabelle 21 und Abbildung 18 zeigen die Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Endmodell.

Tabelle 21: Gegenüberstellung Modell Festlegungsentwurf und Modell Festlegung für die Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“

Hierarchie 19 ("Erkrankungen der Lunge"): Vergleich Modell Festlegungsentwurf mit Festlegung								
			Vollerhebung R ² 24,7039% CPM 23,3716% MAPE 1.903,20 €			Vollerhebung R ² 24,6998% CPM 23,3698% MAPE 1.903,25 €		
Festlegungsentwurf		Festlegung	Modell Festlegungsentwurf			Modell Festlegung		
Risikogruppen			N	Beta	Standardfehler	N	Beta	Standardfehler
HMG218	Mukoviszidose (Alter < 45 Jahre und > 11 Jahre), AM-validiert	Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)	3.975	25.606 €	93,5	1.653	13.847 €	144,1
HMG217	Mukoviszidose (Alter > 44 Jahre), AM-validiert	Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre), AM-validiert	575	11.247 €	244,2	4.550	23.781 €	87,4
HMG109	Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)	*entfällt*	1.653	13.850 €	144,1			
HMG108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation, Bronchiektasen (Alter < 45 Jahre)	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	39.842	3.268 €	29,6	36.821	3.253 €	30,8
HMG215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation	1.108.533	1.677 €	5,9	1.126.366	1.666 €	5,8
HMG115 *Neu*	Bronchiektasen > 44 Jahre	*entfällt*	14.812	427 €	48,1			
HMG237	COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation		1.473.817	260 €	5,0	1.473.817	261 €	5,0
HMG111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien		25.834	10.557 €	37,2	25.834	10.577 €	37,2
HMG216	Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien		108.598	6.580 €	18,3	108.598	6.580 €	18,3
HMG110 *Neu*	Akute respiratorische Insuffizienzen		236.321	2.598 €	12,5	236.321	2.600 €	12,5
HMG112	N. n. bez. Respiratorische Insuffizienz, Lungenabszess		70.940	2.212 €	22,2	70.940	2.212 €	22,2
HMG113	Sonstige Pneumonien		475.424	974 €	8,6	475.424	974 €	8,6

Abbildung 18: Hierarchie 19 "Erkrankungen der Lunge" im Endmodell



18 Hierarchie 20: „Erkrankungen des Urogenitalsystems“

18.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf werden die folgenden Modellanpassungen für die Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“ (vormals bezeichnet als Erkrankungen der Harnwege) vorgeschlagen:

- Der ICD-Dreisteller N14.- wird von der DxG554 in die DxG543 verschoben.
- In der Hierarchie entstehen durch die Einbindung der aus den „Medizinischen Komplikationen“ verschobenen ICD-Kodes sechs neue Zuschlagsgruppen (die HMGs 136, 137, 138, 139, 143, 144). Deren neue Bezeichnungen ebenso wie ihre hierarchische Eingliederung und die ihnen zugeordneten DxGruppen können Abbildung 19 entnommen werden.
- Die bestehende DxG540 (N17.-Dreisteller) wird von der HMG131 in die neu gebildete HMG136 verschoben. Die HMG131 wird als Folge dieser Änderung umbenannt in „Hypertensive und/oder chronische Nierenkrankheit“.
- Für die neu in die Hierarchie 20 integrierten Diagnosen (N99.-, T99.-) werden zehn neue DxGruppen geschaffen. Tabelle 22 fasst diese neue ICD-/DxG-/HMG-Zuordnung zusammen und gibt Auskunft über die neuen DxG-Bezeichnungen und die zugehörigen Aufgreifkriterien:

Tabelle 22: Neue ICD-/DxG-/HMG-Zuordnung für die Diagnosen N99.- und T99.-

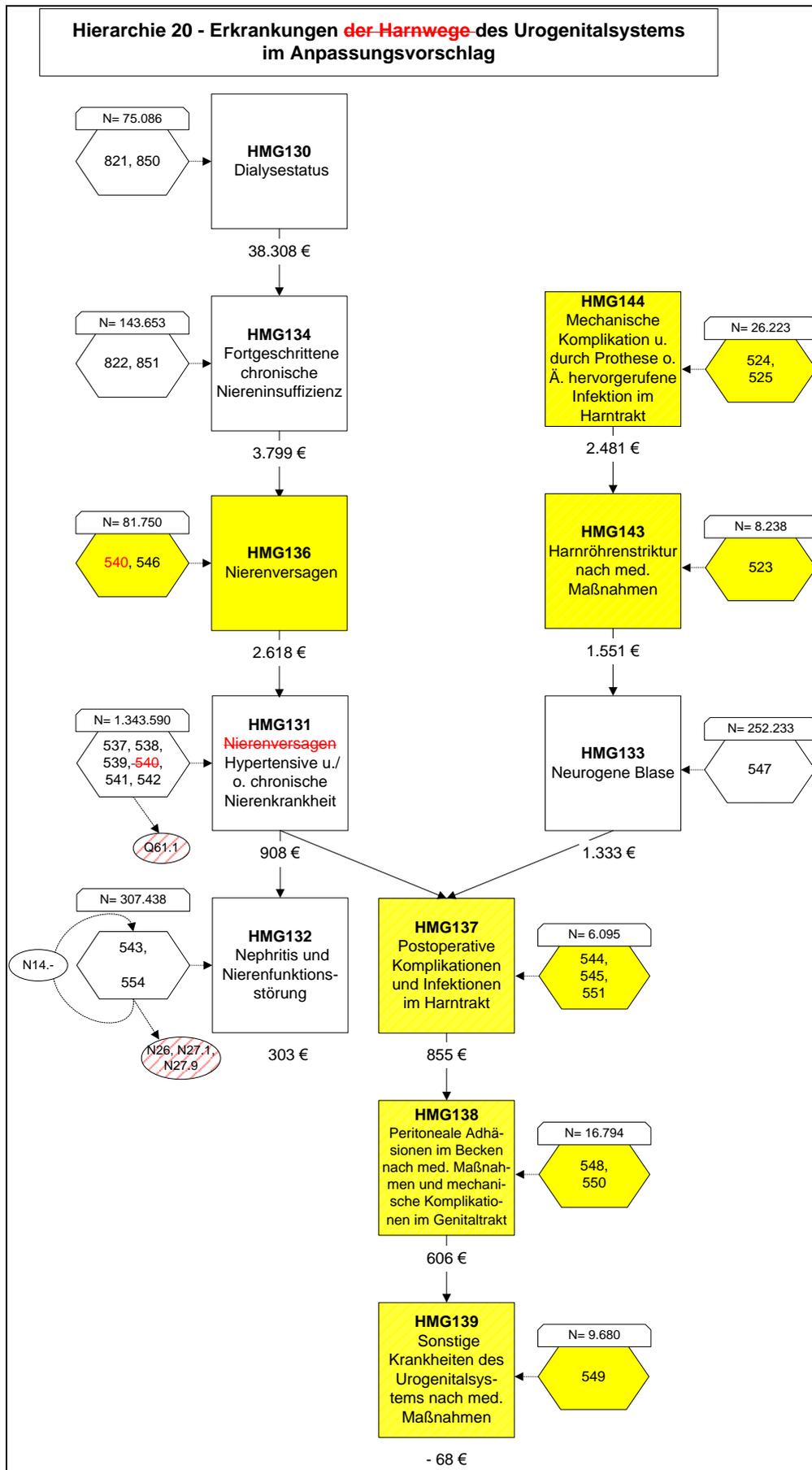
ICD10	DxG	DxG-Bezeichnung	Aufgreifkrit.	HMG
N99.1	523	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	stationär erf.	143
N99.5 T83.0 T83.1 T83.2	524	Mechanische Komplikationen im Harntrakt	stationär erf.	144
T83.5	525	Infektion durch Prothese o.Ä. im Harntrakt	stationär erf.	144
N98.0	544	Infektion im Zusammenhang mit artifizierter Insemination	ohne	137
N99.2 N99.3	545	Postoperative Komplikationen im Vaginalbereich	stationär erf.	137
N99.0	546	Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen	stationär erf.	136
N99.4	548	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach med. Maßnahmen	stationär erf.	138
N99.8	549	Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen	ohne	139
T83.3 T83.4	550	Mechanische Komplikationen im Genitaltrakt	stationär erf.	138
T83.6	551	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt	ohne	137

- Wegen der hinzugekommenen ICD-Kodes und der dadurch neu entstandenen HMGs wird die Hierarchie 20 "Erkrankungen der Harnwege" umbenannt in "Erkrankungen des Urogenitalsystems".

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

In Abbildung 19 wird die Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“ nach Umsetzung der obigen Anpassungsempfehlung grafisch dargestellt. Kostenschätzer und Fallzahlen beruhen auf der Vollerhebung.

Abbildung 19: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“



18.2 Stellungnahmen

Die Anmerkungen zu den an der Hierarchie 20 vorgenommenen Anpassungen betreffen zum einen die neu etablierten hierarchischen Beziehungen und zum anderen die Änderung des Aufgreifkriteriums für die DxG551 „Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt“:

- TK et al. und IKK e.V. sprechen sich gegen eine Änderung des Aufgreifkriteriums bei der DXG551 aus.
- Der IKK e.V. befürwortet eine striktere Hierarchisierung des Modells vor allem in Bezug auf die HMGs132 und 137, die – wenn gleichzeitig vergeben – eine höhere Zuschlagssumme generieren würden als die darüber liegende HMG131. Hinsichtlich der HMG133 und der HMG143, deren Kostenschätzer sich nur um ca. 200 € unterscheiden, regt der IKK e.V. an, eine Zusammenlegung zu prüfen.
- Der AOK-BV lehnt die Bildung von Zuschlagsgruppen ab, die nur aus einem ICD-Viersteller bestehen. Zudem hält er die Subdominanzbeziehung der HMG133 gegenüber den HMGs 143 und 144 für nicht sachgerecht. Aus Sicht des AOK-BV könne die HMG133 allenfalls unter Berücksichtigung der Rückenmarksverletzungen (Hierarchie 13) hierarchisch eingebunden werden.
- KBV sprechen sich für das im Festlegungsentwurf vorgeschlagene Modell 5 in der unhierarchisierten Variante (Modell 5b statt Modell 5c).

Der GKV-SV greift einige dieser Anmerkungen auf und äußert dabei grundsätzliche Zweifel, ob die organbezogene Verschiebung von ICD-Kodes aus den „Medizinischen Komplikationen“ und die daraus resultierenden Anpassungen in der Hierarchie 20 letztlich zielführend seien.

Für den Fall, dass das BVA an der Verschiebung der Komplikationscodes in die Hierarchie 20 festhalten wolle, sei nach Ansicht des GKV-SV eine alternative Eingliederung zu prüfen. So wäre eine HMG-Differenzierung anhand der Trennung zwischen mechanischen Komplikationen und Infektionen denkbar, wie dies bei der Eingliederung der Komplikationscodes in die Hierarchie 7 geschehen sei.

18.3 Bewertung

18.3.1 Auftrennung der Zuordnung von ICD-Kodes aus den medizinischen Komplikationen zu HMGs nach Infektionen und mechanischen Komplikationen

Zunächst wird der grundlegende Vorschlag vom GKV-SV geprüft, für die aus der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ stammenden ICD-Kodes eine alternative HMG-Differenzierung nach Infektionen und mechanischen Komplikationen vorzunehmen. Hierfür wird auf einen zurückliegenden Bearbeitungsstand zurückgegriffen, als die vom BVA vorgeschlagene Aufteilung eingeführt wurde (vgl. Abschnitt 19.3 in den Erläuterungen zum

Festlegungsentwurf, Tabellen 119 und 120). Der dort vorgeschlagenen, manifestationsbezogenen Aufteilung (Harnwege „H“ vs. Genitaltrakt „G“) wird nun die vom GKV-SV vorgeschlagene Trennung in einen ICD-Bereich „Infektionen“ und einen ICD-Bereich „mechanische Komplikationen“ gegenübergestellt. In der letzten Spalte von Tabelle 23 sind daher – in Anlehnung an Tabelle 119 im Festlegungsentwurf – die den mechanischen Komplikationen zugeordneten ICD-Kodes mit einem „M“ versehen und die den Infektionen zugeordneten mit einem „I“.

Tabelle 23: Zuordnungskriterium neue ICD-Kodes

ICD10	ICD-Bezeichnung	Zuordnung im erweiterten Ausgangsmodell		Alternative Zuordnungen		
		DxG	HMG	M1 (aus Festlegungsentwurf)	M1A (BVA)	M1B (GKV-SV)
N99.0	Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen	545	135	N	N	N
N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	545	135	H	H	M
N99.5	Funktionsstörung eines äußeren Stomas des Harntraktes	545	135	H	H	M
N99.2	Postoperative Adhäsionen der Vagina	545	135	G	G	M
N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	545	135	G	G	M
N99.4	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach med. Maßnahmen	545	135	G	G	M
N98.0	Infektion im Zusammenhang mit artifizierlicher Insemination	*544	135	G	G	I
N99.8	Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen	*544	135	G	S	S
T83.0	Mechanische Komplikation durch einen Harnwegskatheter (Verweilkatheter)	550	140	H	H	M
T83.1	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt	550	140	H	H	M
T83.2	Mechanische Komplikation durch ein Hamorgantransplantat	550	140	H	H	M
T83.3	Mechanische Komplikation durch ein Intrauterinpeppisar	550	140	G	G	M
T83.4	Mechanische Komplikation durch sonstige Prothesen, Implantate oder Transplantate im Genitaltrakt	550	140	G	G	M
T83.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	551	140	H	H	I
T83.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt	551	140	G	G	I

* DxG ist ohne spezifisches Aufgreifkriterium. Für alle anderen DxGs gilt das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich"

Aus Tabelle 21 ergibt sich die HMG-Aufteilung für den angestrebten Modellvergleich: Dabei werden die HMGs 135 und 140 gemäß M1A und M1B jeweils unterschiedlich zusammengesetzt. Daneben bildet – in beiden Modellen – der ICD-Kode N99.0 „Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen“ eine eigene Zuschlagsgruppe, da dieser im Zuge der Überarbeitung in den Nierenstrang eingegliedert wird. Weiterhin läuft der ICD-Kode N99.8 „Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen“ (Residual Ovary Syndrome) sowohl in Modell 1A als auch in Modell 1B in eine eigene DxG bzw. HMG, da der vorangegangene Anpassungsprozess gezeigt hat, dass der ICD-Kode schwer zuzuordnen ist und einen negativen Kostenschätzer aufweist.

Tabelle 24 stellt die Kennzahlen und Kostenschätzer der Modelle mit Neuordnung der ICD-Kodes nach BVA- und GKV-SV-Systematik auf der Vollerhebung einander gegenüber. Es zeigt sich, dass die Abgrenzung der zwei fraglichen HMGs 135 und 140 im Modell M1B (Aufteilung der ICD-Kodes nach Infektionen und mechanischen Komplikationen) deutlich schlechter gelingt. Auch die Kennzahlen dieses Modells sind schlechter als bei der vom BVA

vorgenommenen Systematik. Aus diesen Gründen wird die vom GKV-SV vorgeschlagene Aufteilung der ICD-Kodes nach Infektionen und mechanischen Komplikationen abgelehnt.

Tabelle 24: Gegenüberstellung der Modelle mit Neuordnung der ICD-Kodes nach BVA und GKV-SV Systematik

Modell		Modell 1A			Modell 1B		
		HMG 140/135 in der ursprünglichen Abgrenzung (M1), sonstige Krankheiten laufen separat (HMG137)			HMG140/135 in der Abgrenzung des GKV-SV, sonstige Krankheiten laufen separat (HMG137)		
Datenbasis		Vollerhebung					
		130 134 131 133			135 140 137		
		132			136		
R ²		24,7051%			24,7043%		
CPM		23,3714%			23,3704%		
MAPE		1.903,21			1.903,23		
HMG	Bezeichnung	N	BETA	STDERR.	N	BETA	STDERR.
130	Diaysestatus	75.086	38.263 €	24 €	75.086	38.264 €	24 €
134	fortgeschr. chr. Niereninsuff.	145.653	3.766 €	16 €	145.653	3.767 €	16 €
131	Nierenversagen	1.421.125	989 €	5 €	1.421.125	990 €	5 €
132	Nephritis u. Nierenfunktionsstörung	307.619	306 €	11 €	307.619	306 €	11 €
133	Neurogene Blase	256.070	1.339 €	12 €	256.070	1.342 €	12 €
136	Nierenversagen *NEU*	10.135	1.389 €	58 €	10.135	1.389 €	58 €
135		24.686	662 €	37 €	15.672	2.277 €	47 €
140		34.461	2.166 €	32 €	44.952	1.209 €	28 €
137	Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen	11.931	-185 €	54 €	11.931	-177 €	54 €
				Abgrenzung ursprünglich:		Abgrenzung GKV-SV:	
				HMG135: Erkrankungen Genitaltrakt		HMG135: Infektionen	
				HMG140: Erkrankungen Hamtrakt		HMG140: Mechanische Komplikationen	

18.3.2 Ergebnis

Der Vorschlag vom GKV-SV zur Zuordnung der ICD-Kodes aus den medizinischen Komplikationen zu HMGs aufgetrennt nach Infektionen und mechanischen Komplikationen wird abgelehnt. Damit basieren die folgenden Analysen nach wie vor auf dem vom BVA im Festlegungsentwurf erarbeiteten Modell (vgl. Abbildung 19), dem die in M1A dargestellte Abgrenzung zugrunde liegt.

18.3.3 Prüfung des Aufgreifkriteriums für DxG551

Als nächstes wird das Aufgreifkriterium der DxG551 geprüft. Diese DxG ist mit dem ICD-Kode T83.6 „Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt“ versehen. In der vom BVA vorgeschlagenen Anpassung wurde auf das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für diesen ICD-Kode bzw. die DxG551 verzichtet. TK et al. und der IKK e.V. plädieren jedoch weiterhin für das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die DxG551.

Tabelle 25 zeigt nun, dass die Vergabe der Diagnose T83.6 zu 64.2% im ambulanten Sektor und zu 34.8% im stationären Sektor stattfindet. Überschneidungen sind mit 1,1% selten. Weiterhin macht Tabelle 26 deutlich, dass die Persistenz der Diagnose T83.6 über mehrere Quartale hinweg sowohl im ambulanten als auch stationären Sektor eher selten ist. Aus diesem Grund ist der vom BVA vorgeschlagene Verzicht auf das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die DxG551 sinnvoll und wird beibehalten.

Tabelle 25: Ambulante versus stationäre Behandlung für ICD-Kode T83.6 (DxG551)

Sektor	N	%
nur ambulant (G)	1.364	64,2%
nur stationär (HD & ND)	739	34,8%
ambulant & stationär	23	1,1%
gesamt	2.126	

Tabelle 26: Diagnosepersistenz für ICD-Kode T83.6

Diagnosepersistenz (amb.)	1 Quartal	2 Quartale	3 Quartale	4 Quartale
N ("nur ambulant"):	1.029	96	72	167
	75%	7%	5%	12%
N ("ambulant & stationär")	19	2	2	0
	83%	9%	9%	0%

18.3.4 Ergebnis

Der Vorschlag zur Einführung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG551 (ICD-Kode T83.6 „Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt“) wird abgelehnt. Somit gilt weiterhin das Aufgreifkriterium M2Q.

18.3.5 Überprüfung der Dominanzbeziehungen in der Hierarchie

Verschiedene Anmerkungen zu der Ausgestaltung der HMGs und deren Hierarchisierung wurden im Anhörungsverfahren vorgebracht. Der GKV-SV bemängelt die fehlende Dominanzbeziehung zwischen HMG132 und HMG137 sowie den negativen Kostenschätzer der HMG139. Dieser wird auch vom AOK-BV abgelehnt. Der AOK-BV plädiert weiterhin für eine wie im Ausgangsmodell separate, nicht hierarchisierte Zuschlagsgruppe für die HMG133 „Neurogene Blase“. Genauso sieht der AOK-BV die HMG143 „Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen“ als nicht gerechtfertigte, eigenständige Zuschlagsgruppe, da der darin enthaltene ICD-Kode N99.1 prinzipiell bei jeder Operation der Prostata kodiert werden könne. Der IKK e.V. fordert generell eine striktere Hierarchisierung.

Im Folgenden wird die Hierarchie aufgrund der angeführten Anmerkungen weiter in zwei Schritten konsolidiert. Als Ausgangspunkt für die folgende Überarbeitung der Ausgestaltung von HMGs und deren Hierarchisierung wird das im Anpassungsverfahren erarbeitete Modell

5c (entspricht Abbildung 19) als Referenz verwendet, welches nochmals in Tabelle 27 dargestellt ist.

Zuerst wird die Dominanzbeziehung zwischen der HMG132 „Nephritis und Nierenfunktionsstörung“ und HMG137 „Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt“ geprüft, da die fehlende Dominanzbeziehung in der Tat Potenzial für Hierarchieverletzungen birgt. Aus diesem Grund wird in Modell 6a die HMG137 mit der höher angeordneten HMG131 aufgrund der ähnlich hohen Kostenschätzer zusammengelegt. Dadurch ergibt sich die angepasste HMG131 „Hypertensive und/oder chronische Nierenkrankheit/Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt“. Weiterhin wird die HMG132 „Nephritis und Nierenfunktionsstörung“ zwischen die HMG138 und HMG139 gestellt. Diese Überarbeitung führt zu einer strikteren Hierarchisierung, ohne dass sich die Kennzahlen verschlechtern. Sie ist daher dem Ausgangsmodell vorzuziehen.

Danach wird die Konsolidierung des unteren Strangs der Hierarchie in den Modellen 6b und 6c geprüft. Im Modell 6b wird die HMG138 „Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Maßnahmen und mechanischen Komplikationen im Genitaltrakt“ mit der HMG132 „Nephritis und Nierenfunktionsstörung“ zusammengelegt und über die HMG139 „Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen“ gestellt. Im Modell 6c hingegen werden die HMG132 und HMG139 zusammengelegt und von der HMG138 dominiert. Keines der Modelle bringt verglichen mit Modell 6a eine erkennbare Veränderung der Kennzahlen mit sich. Da Modell 6c zu einer Eliminierung des negativen Kostenschätzers führt, wird dieses Modell bevorzugt und somit umgesetzt.

Tabelle 27: Konsolidierung Schritt 1: Zusammenlegung von HMG131 u. HMG137, Verschiebung der HMG132 in den unteren Hierarchiestrang u. Bereinigung der unteren Zuschlagsgruppen

Modell	Modell 5c (Referenz)			Modell 6a			Modell 6b			Modell 6c		
Modifikation												
R ²	24,7126%			24,7126%			24,7126%			24,7126%		
CPM	23,3766%			23,3766%			23,3765%			23,3766%		
MAPE	1.903,08			1.903,08			1.903,08			1.903,08		
HMG Bezeichnung (vorläufig)	N	BETA	STDERR.	N	BETA	STDERR.	N	BETA	STDERR.	N	BETA	STDERR.
130 Diaysestatus	75.086	38.308 €	24 €	75.086	38.307 €	24 €	75.086	38.308 €	24 €	75.086	38.307 €	24 €
134 fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz	145.653	3.799 €	16 €	145.653	3.798 €	16 €	145.653	3.799 €	16 €	145.653	3.798 €	16 €
136 Nierenversagen	81.750	2.618 €	21 €	81.750	2.617 €	21 €	81.750	2.617 €	21 €	81.750	2.617 €	21 €
131 Hypertensive u./o. chronische Nierenkrankheit	1.343.590	908 €	6 €	1.350.046	908 €	6 €	1.350.046	908 €	6 €	1.350.046	907 €	6 €
132 Nephritis u. Nierenfunktionsstörung	307.438	303 €	11 €	298.190	306 €	11 €	315.164	323 €	11 €	307.637	296 €	11 €
144 Mechanische Komplikationen u. durch Prothese o. Ä. hervorgerufene Infektion im Harntrakt	26.223	2.481 €	36 €	26.223	2.492 €	36 €	26.223	2.492 €	36 €	26.223	2.492 €	36 €
143 Harnröhrenstriktur nach med. Maßnahmen	8.238	1.551 €	65 €	8.238	1.556 €	65 €	8.238	1.556 €	65 €	8.238	1.556 €	65 €
133 Neurogene Blase	252.233	1.333 €	12 €	252.233	1.341 €	12 €	252.233	1.341 €	12 €	252.233	1.341 €	12 €
137 Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt	6.095	855 €	75 €									
138 Peritoneale Adhäsionen im Becken nach med. Maßnahmen und mech. Komplikationen im Genitaltrakt	16.974	606 €	45 €	16.974	609 €	45 €				16.974	609 €	45 €
139 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen	9.680	-68 €	60 €	9.447	-30 €	60 €	9.447	-29 €	60 €			

Zuletzt werden die vom AOK-BV angeführten Bedenken hinsichtlich der den Harntrakt betreffenden HMGs 133, 143 und 144 adressiert. Die Beibehaltung einer separaten, nicht hierarchisierten Zuschlagsgruppe für die HMG133 „Neurogene Blase“ wird abgelehnt. Bei den genannten HMGs handelt es sich um eine manifestationsbezogene Zuordnung der ICD-Kodes. Die Hierarchisierung lässt sich zudem dadurch rechtfertigen, dass es bei allen drei HMGs zu einer Überlappung der angewendeten diagnostischen Verfahren kommt. Allerdings erscheint die Zusammenlegung von HMG133 und HMG143 aus Kostengesichtspunkten sinnvoll, wie in Tabelle 28 dargestellt ist. Somit bildet Modell 7c das umgesetzte Endmodell.

Tabelle 28: Konsolidierung Schritt 2: Zusammenlegung von HMG133 und HMG143

Modell	Modell 6c (Referenz)			Modell 7c		
Modifikation						
R ²	24,7126%			24,7126%		
CPM	23,3766%			23,3766%		
MAPE	1.903,08			1.903,08		
HMG Bezeichnung (vorläufig)	N	BETA	STDERR.	N	BETA	STDERR.
130 Diaysestatus	75.086	38.307 €	24 €	75.086	38.307 €	24 €
134 fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz	145.653	3.798 €	16 €	145.653	3.798 €	16 €
136 Nierenversagen	81.750	2.617 €	21 €	81.750	2.617 €	21 €
131 Hypertensive u./o. chronische Nierenkrankheit/Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt	1.350.046	907 €	6 €	1.350.046	907 €	6 €
132 Nephritis u. Nierenfunktionsstörung/Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen	307.637	296 €	11 €	307.637	296 €	11 €
144 Mechanische Komplikationen u. durch Prothese o. Ä. hervorgerufene Infektion im Harntrakt	26.223	2.492 €	36 €	26.223	2.492 €	36 €
143 Harnröhrenstriktur nach med. Maßnahmen	8.238	1.556 €	65 €			
133 Neurogene Blase	252.233	1.341 €	12 €	260.471	1.348 €	12 €
138 Peritoneale Adhäsionen im Becken nach med. Maßnahmen und mech. Komplikationen im Genitaltrakt	16.974	609 €	45 €	16.974	609 €	45 €

18.3.6 Ergebnis

Die HMG137 wird mit der HMG131 zusammengelegt. Dadurch ergibt sich die angepasste HMG131 „Hypertensive und/oder chronische Nierenkrankheit/Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt“. Die HMG132 „Nephritis und Nierenfunktionsstörung“ wird zwischen die HMG138 und HMG139 gestellt. Die HMG132 wird mit HMG139 zur HMG132 „Nephritis und Nierenfunktionsstörung/Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach

medizinischen Maßnahmen“ zusammengelegt. Die HMG133 wird mit HMG143 zur HMG133 „Neurogene Blase/Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen“ zusammengelegt.

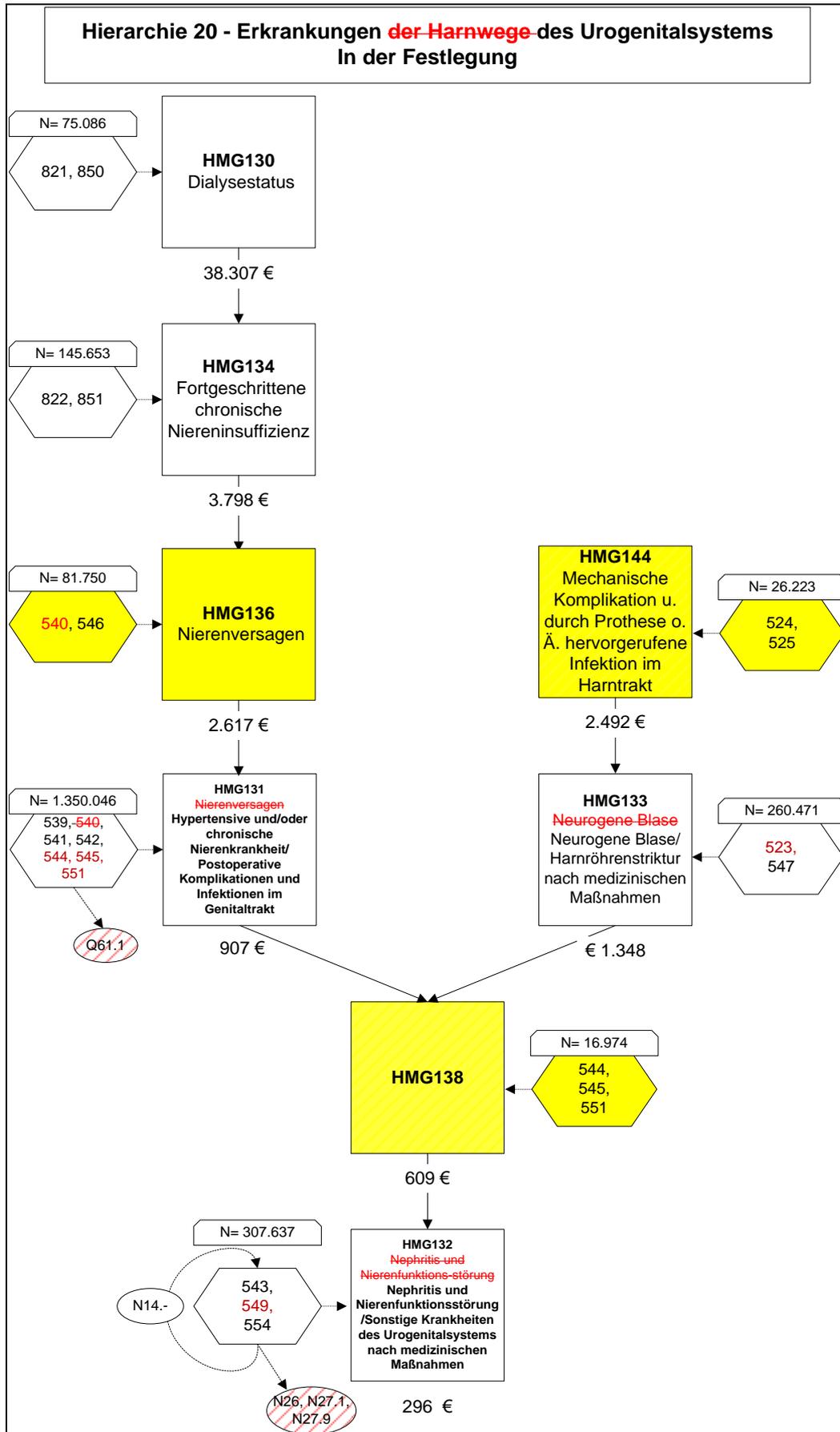
18.4 Ergebnis

Gegenüber dem Aufbau der Hierarchie 20 im Festlegungsentwurf ergeben sich die folgenden Modifikationen:

- Die HMG137 wird mit der HMG131 zusammengelegt. Somit werden die DxGs 544, 545, 551 in die HMG131 verschoben. Dadurch ergibt sich für die HMG131 die Bezeichnung „Hypertensive und/oder chronische Nierenkrankheit/Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt“.
- Die HMG139 wird mit der HMG132 zusammengelegt. Somit wird die DxG549 in die HMG132 verschoben. Dadurch ergibt sich für die HMG132 die Bezeichnung „Nephritis und Nierenfunktionsstörung/Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen“.
- Die HMG143 wird mit der HMG133 zusammengelegt. Somit wird die DxG523 in die HMG133 verschoben. Dadurch ergibt sich für HMG133 die Bezeichnung „Neurogene Blase/Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen“.

Abbildung 19 zeigt die Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“ in der Festlegung.

Abbildung 20: Hierarchie 20 "Erkrankungen des Urogenitalsystems" in der Festlegung



19 Hierarchie 21: „Schwangerschaft“

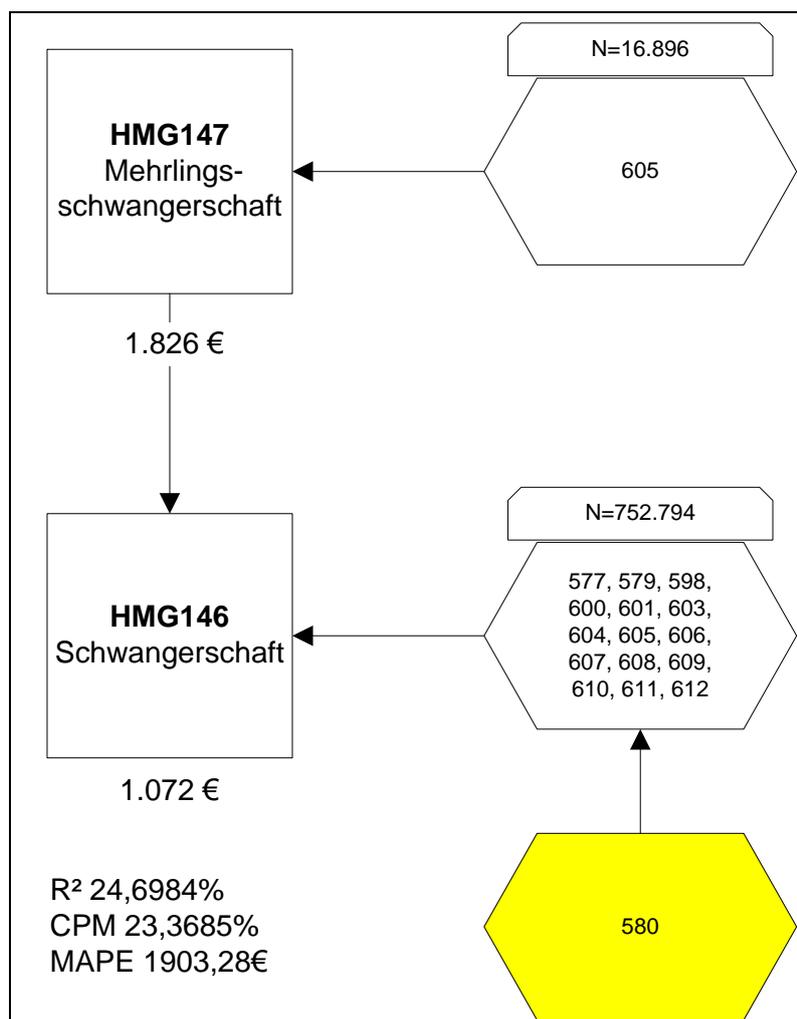
19.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie „Schwangerschaft“ führt zu folgenden Anpassungen:

- Die neue aufgenommenen ICD-Kodes Z36,- „Pränatales Screening“ werden in die neue DxG580 in HMG146 ins Modell aufgenommen.
- Der ICD-Kode O48 „Übertragene Schwangerschaft“ wird in die DxG611 „Normale Betreuung während der Schwangerschaft/Normale Schwangerschaft“ verschoben.
- Ein hierarchisiertes Modell mit der Zuschlagsgruppe HMG147 „Mehrlingsschwangerschaft“ und der HMG146 „Schwangerschaft“ wird gebildet.

In Abbildung 21 wird die Hierarchie „Schwangerschaft“ nach Umsetzung der obigen Anpassungsempfehlung grafisch dargestellt.

Abbildung 21: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie "Schwangerschaft"



19.2 Stellungnahmen

Die Anmerkungen zu den an der Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ vorgenommenen Anpassungen betreffen die Einführung einer weiteren Zuschlagsgruppe (HMG147 „Mehrlingsschwangerschaft“), die Validierung des Vorliegens einer Schwangerschaft über die ICD-Kodes O24.- zur Schwangerschaftsdiabetes sowie die DxG607 „Blutungen in der Frühschwangerschaft“.

- Die Barmer begrüßt die vorgenommenen Änderungen an der Hierarchie 21. Die KBV halten die Einführung einer weiteren Zuschlagsgruppe für die Mehrlingsschwangerschaft für medizinisch sinnvoll, auch wenn sie lediglich zu einer geringfügigen Verbesserung der Kennzahlen führe.
- TK et al. fordern eine Arzneimittelvalidierung für die ICD-Kodes O24.- „Schwangerschaftsdiabetes“, da die Annahme, diese ICD-Kodes dienten zur Validierung einer Schwangerschaft, lediglich eine Hypothese sei. Gleichwohl könnte angenommen werden, die ICD-Kodes würden zur Identifikation von Diabetikern verwendet, wodurch es zu ungewollten Doppelzuschlägen kommen könnte.
- Der IKK e.V. fordert die Einführung einer weiteren Zuschlagsgruppe für die DxG607 „Blutungen in der Frühschwangerschaft“.

19.3 Ergebnis

Aus medizinischen Gesichtspunkten ist eine Arzneimittelvalidierung für die ICD-Kodes O24.- „Schwangerschaftsdiabetes“ nicht zwingend notwendig, da bei der Behandlung einer Schwangerschaftsdiabetes zunächst diätetische Maßnahmen und körperliche Aktivität im Vordergrund stehen.

Die Einrichtung einer weiteren Zuschlagsgruppe für die DxG607 „Blutungen in der Frühschwangerschaft“ ist nicht zielführend, da die Erfassung der Leistungsausgaben für den Zeitpunkt der Entbindung eine Mischkalkulation darstellt. Das Auftreten von Blutungen in der Frühschwangerschaft ist kein sicheres Kriterium für den Zeitpunkt der Entbindung.

Die vorgenommenen Anpassungen werden daher unverändert umgesetzt.

20 Hierarchie 23: „Verletzungen“

20.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurden folgende Anpassungen bei der Hierarchie 23 „Verletzungen“ vorgenommen:

- HMG157 „Wirbelkörperfrakturen (inkl. pathologische“ / HMG203 „Sonstige pathologische Frakturen“:
 - Die DxG643 „Pathologische Hüftfraktur“, die DxG647 „Pathologische Fraktur des Humerus / der Schulter“ und die DxG648 „Pathologische Fraktur der Tibia oder Fibula“ werden aus der HMG203 in die HMG157 verschoben,
 - die HMG157 wird umbenannt in „Traumatische Wirbelkörperfrakturen / Schwerwiegende pathologische Frakturen“.

- HMG158 „Erworbene Hüftluxation“:
 - Die neue DxG646 / HMG158 „Erworbene Hüftluxation“ wird von der Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ in die Hierarchie „Verletzungen“ verschoben,
 - die im dortigen Kapitel definierten Dominanzbeziehungen zwischen der HMG158 und den HMGs 040 bis 042 bleiben auch nach der Verschiebung bestehen.

- HMG161 / DxG655 „Traumatische Amputationen“:
 - Die HMG161 wird aufgelöst,
 - die bislang in der DxG655 enthaltenen ICD-Schlüssel T87.3, T87.4, T87.5, T87.6 werden ausgegliedert in die neue DxG660, die den Namen „Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes“ erhält. Die neue DxG660 bildet (als einzige DxG) die neue HMG160, die ebenfalls den Namen „Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes“ erhält,
 - die bislang in der DxG655 enthaltenen ICD-Schlüssel T87.0, T87.1, T87.2 werden ausgegliedert in die neue DxG661, die den Namen „Komplikationen durch replantierte Körperteile“ erhält,
 - die bislang in der DxG655 enthaltenen ICD-Schlüssel S68.0, S68.1, S68.2, S98.1, S98.2 werden ausgegliedert in die neue DxG662, die den Namen „Traumatische Amputation von Fingern oder Zehen“ erhält,

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

- die übrigen in der DxG655 enthaltenen ICD-Schlüssel verbleiben in der DxG655. Die durch die aktualisierte Krankheitsauswahl neu aufgenommenen ICD-Schlüssel T92.6 und T93.6 werden ebenfalls der DxG655 zugeordnet, die nun umbenannt wird in „Traumatische Amputation (ohne Finger und Zehen)“. Die DxG655 bildet die neue HMG162, die ebenfalls den Namen „Traumatische Amputation (ohne Finger und Zehen)“ erhält.
- Die DxG661 und die DxG662 bilden gemeinsam die neue HMG163 mit dem Namen „Traumatische Amputation von Fingern oder Zehen / Komplikationen durch replantierte Körperteile“.
- Die drei neuen HMGs werden untereinander hierarchisiert. Es gilt das Dominanzverhältnis HMG160 → HMG162 → HMG163.

In Tabelle 29 und Abbildung 22 werden die in diesem Abschnitt zusammengefassten Anpassungen der Hierarchie „Verletzungen“ nochmals veranschaulicht.

Tabelle 29: Hierarchie 23 - Gegenüberstellung von Ausgangsmodell und Anpassungsentwurf

AUSGANGSMODELL					ENTWURF ZUR ANPASSUNG				
R ² 24,6981%					R ² 24,7012% (+ 0,0031%)				
CPM 23,3686%					CPM 23,3741% (+ 0,0055%)				
MAPE 1.903,28 €					MAPE 1.903,14 € (- 0,14 €)				
HMG	N	Beta	Std.-Fehler		HMG	N	Beta	Std.-Fehler	
292 Schwerwiegende zervikale oder thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom	1.747	27.525 €	141 €		292 Schwerwiegende zervikale oder thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom	1.747	27.487 €	141 €	
293 Rückenmarksverletzung / Motoneuronenerkrankungen	30.796	13.361 €	34 €		293 Rückenmarksverletzung / Motoneuronenerkrankungen	30.796	13.389 €	34 €	
294 Paraplegie / Inkomplette oder nicht näher bezeichnete Quadriplegie / sonstige Rückenmarksläsion	144.629	5.927 €	16 €		294 Paraplegie / Inkomplette oder nicht näher bezeichnete Quadriplegie / sonstige Rückenmarksläsion	144.629	5.961 €	16 €	
157 Wirbelkörperfrakturen (inkl. pathologische)	255.253	1.051 €	12 €		157 Traumatische Wirbelkörperfrakturen / Schwerwiegende pathologische Frakturen	269.827	1.054 €	12 €	
203 Sonstige pathologische Frakturen	264.462	571 €	12 €		203 Sonstige pathologische Frakturen	249.888	523 €	12 €	
158 *NEU* Hüftluxation	10.894	3.552 €	57 €		158 Erworbene Hüftluxation	3.781	5.140 €	95 €	
					041 Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	75.461	2.617 €	21 €	
159 *NEU* Angeborene Hüftluxation	9.651	1.385 €	60 €		040 Angeborene Hüftluxation / Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies	999.083	1.354 €	6 €	
040 Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies	1.012.598	1.356 €	6 €		042 Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems	74.195	981 €	22 €	
					160 Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	11.950	2.786 €	54 €	
161 Traumatische Amputation	53.515	1.674 €	26 €		162 Traumatische Amputation (ohne Finger und Zehen)	24.112	1.823 €	38 €	
					163 Traumatische Amputation von Fingern oder Zehen / Komplikationen durch replantierte Körperteile	17.453	733 €	44 €	

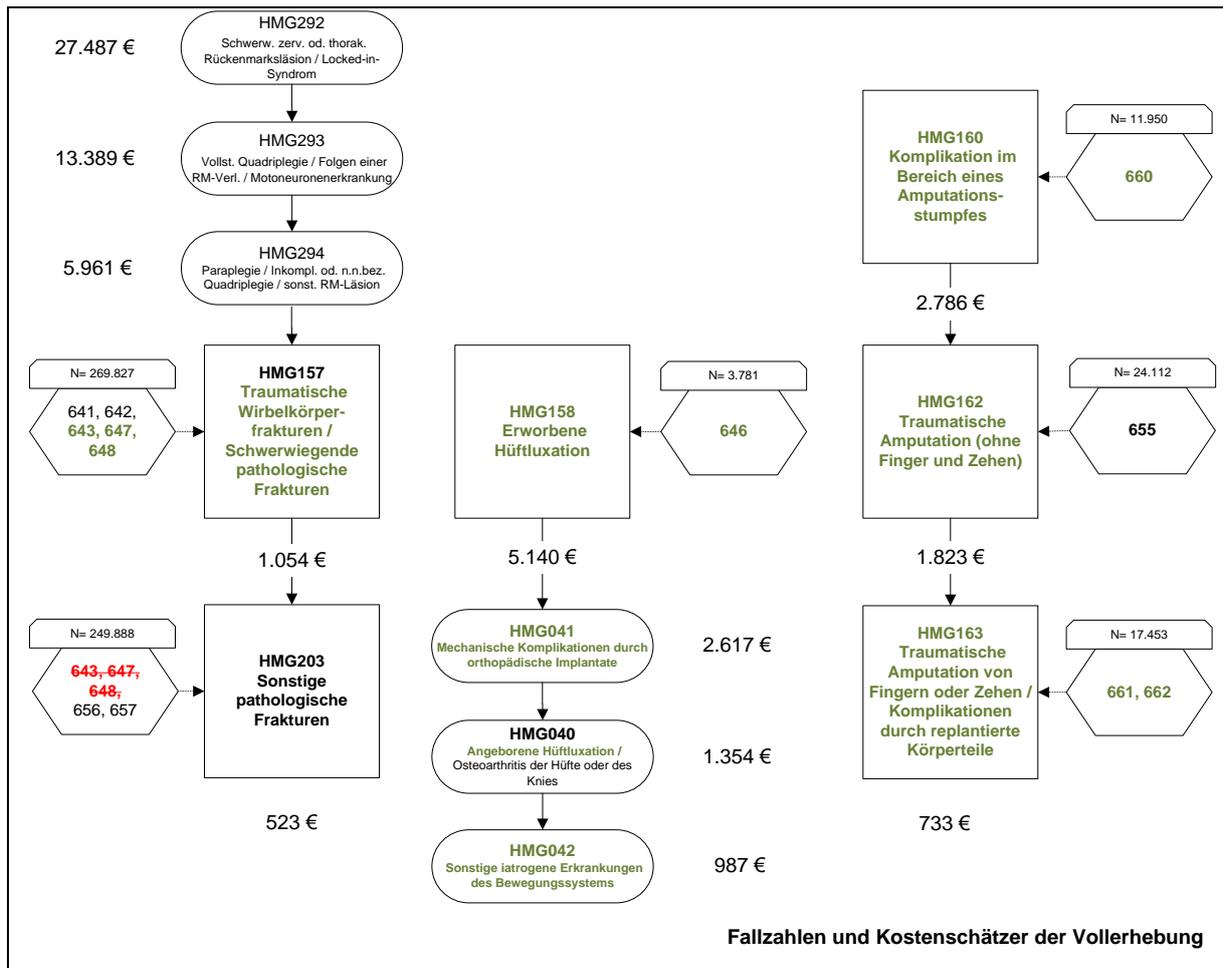

```

graph TD
    292 --> 293
    293 --> 294
    294 --> 157
    157 --> 203
    158
    159
    040
    161
    
```

```

graph TD
    292 --> 293
    293 --> 294
    294 --> 157
    157 --> 203
    160 --> 162
    162 --> 163
    158 --> 041
    041 --> 040
    040 --> 042
    
```

Abbildung 22: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 23 „Verletzungen“



20.2 Stellungnahmen

Aus Sicht von TK et al. ist eine Arzneimittelvalidierung bei Osteoporose mit einer pathologischen Fraktur erforderlich, da spätestens zu diesem Zeitpunkt eine medikamentöse Therapie der Osteoporose erforderlich wird.

Die KBV bemängelt eine fehlende Darstellung der Kostenschätzer der neuen ICD-Kodes T92.6 „Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation der oberen Extremität“ und T93.6 „Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation der unteren Extremität“. Die Darstellung der Kostenschätzer sei nötig, um eine begründbare Überleitung in die DxG660 zu schaffen.

20.3 Ergebnis

Hinsichtlich des Vorschlags von TK et al. ist anzumerken, dass laut Dachverband Osteologie zur Behandlung der Osteoporose eine multimodale Therapie vorgesehen ist. Bei Vorliegen einer Wirbelkörperfraktur wird die Gabe von Arzneimitteln empfohlen, um weitere Frakturen zu verhindern. Da es sich bei Wirbelkörperfrakturen um ein Akutereignis handelt, besteht im Bezug auf die Versichertenklassifikation allerdings das Risiko, dass Betroffene, die eine Wir-

belkörperfraktur im dritten Quartal oder später aufweisen, die geforderte Arzneimittelschwelle von 183 Behandlungstagen nicht überwinden können. Aus diesem Grund erscheint der Vorschlag von TK et al. zur Einführung einer Arzneimittelvalidierung kritisch. Der Vorschlag kann jedoch in den folgenden Ausgleichsjahren nochmals eingehender geprüft werden.

Bezüglich der Darstellung von Kostenschätzern der neu aufgenommenen ICD-Kodes T92.6 „Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation der oberen Extremität“ und T93.6 „Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation der unteren Extremität“ ist anzumerken, dass diese Diagnosen sowohl aufgrund ihrer Lokalisation als auch aufgrund der Verletzungsart medizinisch am besten in die im Ausgangsmodell bestehende DxG655 „Traumatische Amputation“ passen. Diese wurde im Rahmen der Anpassung weiter nach Folgekosten aufgetrennt und neu zusammengefasst. Daher ist eine aus medizinischer Sicht und aus Kostengesichtspunkten sinnvolle Eingliederung der neuen ICD-Kodes gewährleistet.

Aus den genannten Gründen werden weitere Anpassungen bei den Verletzungen abgelehnt.

21 Hierarchie 24: „Medizinische Komplikationen“

21.1 Festlegungsentwurf

Folgende Vorschläge zur Anpassung der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ wurden im Festlegungsentwurf gemacht:

- Die in Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ verbleibenden ICD-Kodes werden gemäß Tabelle 30 zu DxGs und (H)MGs zugeordnet.
- Die DxG934 wird aufgetrennt und folgende ICD-Kodes werden in die DxG692 „Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion / AB0- oder Rh-Unverträglichkeitsreaktion / Zurückgebliebener Fremdkörper in Körperhöhle oder Operationswunde nach Eingriff“ mit Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ verschoben:
 - T80.0 „Luftembolie nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken“
 - T80.3 „AB0-Unverträglichkeitsreaktion“
 - T80.4 „Rh-Unverträglichkeitsreaktion“
 - T81.5 „Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist“
- Die DxG916 wird aufgetrennt und der ICD-Kode T88.3 „Maligne Hyperthermie nach Anästhesie“ wird in die neue DxG693 mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ verschoben (siehe Tabelle 30). Die DxG916 trägt die Bezeichnung „Maligne Hyperthermie nach Anästhesie“.
- Die DxG916 und (H)MG260 werden beide in „Komplikationen nach Impfung“ umbenannt.
- Die DxGs der HMG165 und der HMG260 werden neu hierarchisiert. HMG166 „Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen“ wird neu gebildet und unterhalb der HMG165 einsortiert.

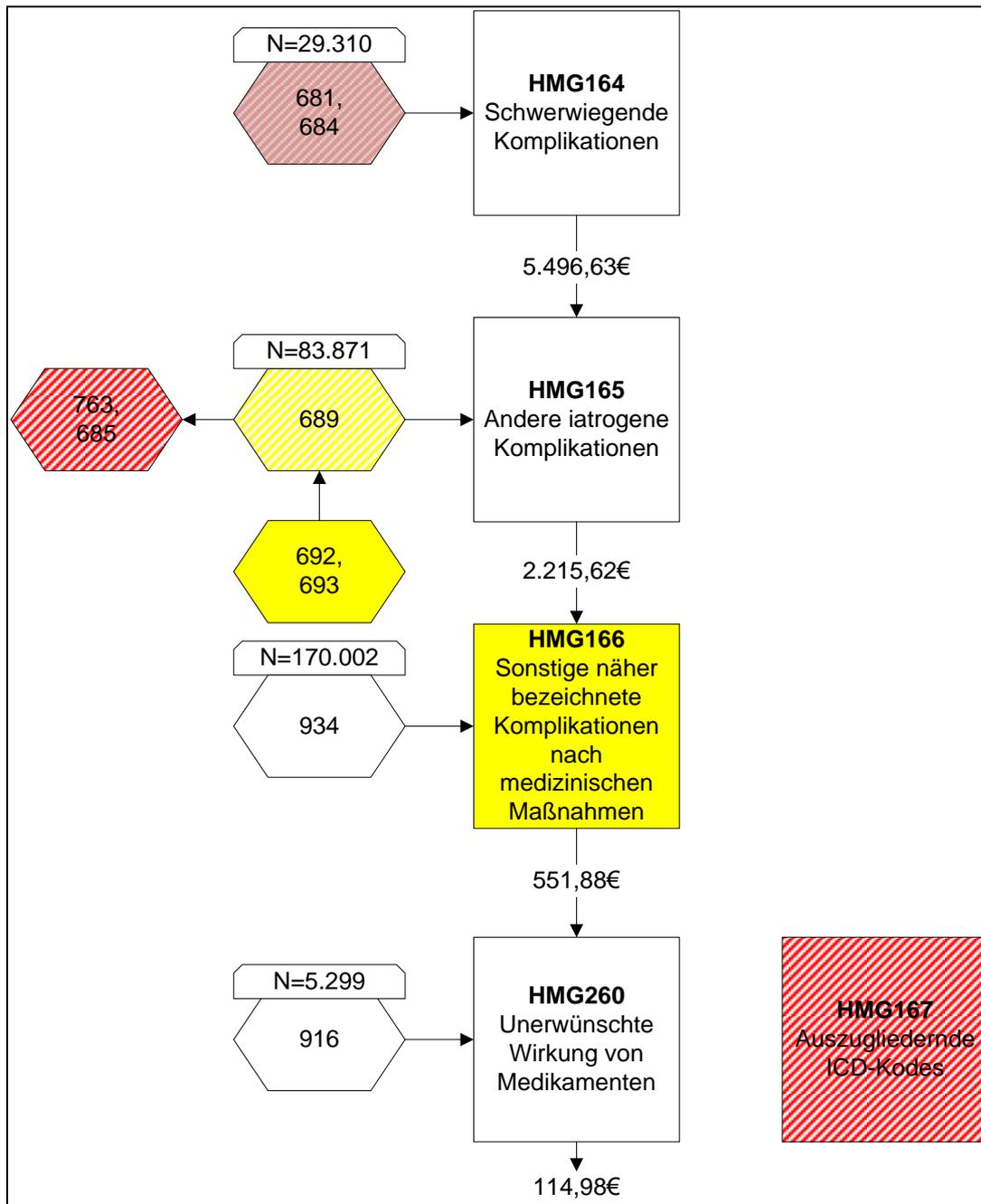
Die vorgenommenen Anpassungen sind in Abbildung 23 dargestellt.

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

Tabelle 30: In der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ verbleibende ICD-Kodes mit DxG-Zuordnung

ICD-Kode	ICD-Bezeichnung	DxG
T85.0	Mechanische Komplikation durch einen ventrikulären, intrakraniellen Shunt	681
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	
T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	
T85.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Augenprothesen, -implantate oder -transplantate	
T85.4	Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat	
T85.5	Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate	
T85.6	Mechanische Komplikation durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	
T85.8	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert	
T85.82	Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	
T85.88	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert	684
T85.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	
T85.71	Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse	
T85.72	Infektion und entzündliche Reaktion durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem	
T85.78	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	689
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	
T80.0	Luftembolie nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	692
T80.3	AB0-Unverträglichkeitsreaktion	
T80.4	Rh-Unverträglichkeitsreaktion	
T81.5	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	693
T88.3	Maligne Hyperthermie durch Anästhesie	
T88.0	Infektion nach Impfung [Immunisierung]	916
T88.1	Sonstige Komplikationen nach Impfung [Immunisierung], anderenorts nicht klassifiziert	
H59.0	Keratopathie (bullös-aphak) nach Kataraktextraktion	934
H59.8	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen	
H95.0	Rezidivierendes Cholesteatom in der Mastoidhöhle nach Mastoidektomie	
H95.1	Sonstige Krankheiten nach Mastoidektomie	
T80.1	Gefäßkomplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	
T80.2	Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	
T80.6	Sonstige Serumreaktionen	
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	
T85.81	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem	

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



21.2 Stellungnahmen

Spezifische Vorschläge und Anmerkungen zu verschobenen ICD-Kodes werden in der jeweiligen Ziel-Hierarchie behandelt. An dieser Stelle sei nur auf die Kapitel betroffenen Ziel-Hierarchien verwiesen, welche die folgenden Kapitel umfassen: Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“, Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“, Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“, Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks“, Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ und Hierarchie 20 „Erkrankungen der Harnwege“.

21.2.1 Eingliederung der verschobenen ICD-Kodes aus der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Die Integration von ICD-Kodes aus den medizinischen Komplikationen in die Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ hat sich als äußerst schwierig erwiesen. Aus diesem Grund wird die vorgesehene Verschiebung von Diagnosen in die Herzerkrankungen nicht umgesetzt. Das bedeutet, dass diese ICD-Kodes wieder in die „Medizinischen Komplikationen“ integriert werden müssen. Die Verschiebung von ICD-Kodes erfolgt, soweit möglich, entsprechend ihrer ursprünglichen Zuordnung in der Hierarchie.

Tabelle 31 zeigt alle ICD-Kodes mit DxG- und HMG- Zuordnung. ICD-Kodes, welche ursprünglich für Herzerkrankungen vorgesehen waren und nun wieder aufgenommen werden, sind hier rot markiert.

Tabelle 32 stellt das Modell des Festlegungsentwurfs dem neuen Modell mit den zusätzlichen ICD-Kodes aus den Herzerkrankungen auf der Vollerhebung gegenüber.

Tabelle 31: Auflistung der in der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ verbleibenden ICD-Kodes mit DxG und HMG Zuordnung

ICD	ICD-Bezeichnung	DxG	(H)MG
T82.0	Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese	681	164
T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät		
T82.2	Mechanische Komplikation durch Koronararterien-Bypass und Klappentransplantate		
T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate		
T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse		
T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen		
T85.0	Mechanische Komplikation durch einen ventrikulären, intrakraniellen Shunt		
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems		
T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse		
T85.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Augenprothesen, -implantate oder -transplantate		
T85.4	Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat		
T85.5	Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate		
T85.6	Mechanische Komplikation durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate		
T85.8	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert		
T85.82	Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat		
T85.88	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert	684	
T82.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese		
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen		
T85.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate		
T85.71	Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse		
T85.72	Infektion und entzündliche Reaktion durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem		
T85.78	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate		
I97.0	Postkardiotomie-Syndrom	685	165
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	689	
T80.0	Luftembolie nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	692	
T80.3	AB0-Unverträglichkeitsreaktion		
T80.4	Rh-Unverträglichkeitsreaktion		
T81.5	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	693	
T88.3	Maligne Hyperthermie durch Anästhesie		
H59.0	Keratopathie (bullös-aphak) nach Kataraktextraktion	934	166
H59.8	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen		
H95.0	Rezidivierendes Cholesteatom in der Mastoidhöhle nach Mastoidektomie		
H95.1	Sonstige Krankheiten nach Mastoidektomie		
I97.1	Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff		
T80.1	Gefäßkomplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken		
T80.2	Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken		
T80.6	Sonstige Serumreaktionen		
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert		
T85.81	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem		
T88.0	Infektion nach Impfung [Immunisierung]	916	260
T88.1	Sonstige Komplikationen nach Impfung [Immunisierung], anderenorts nicht klassifiziert		

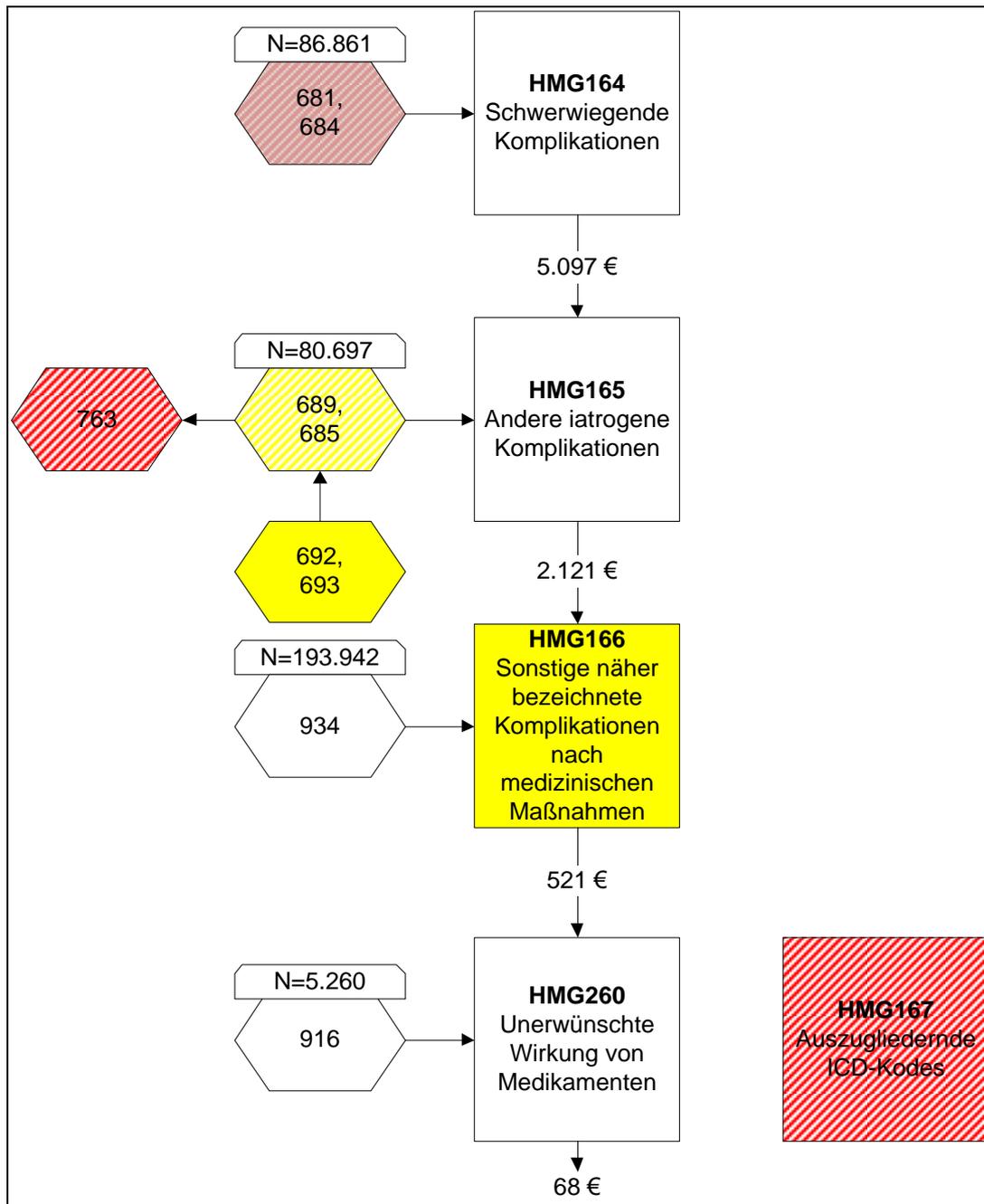
Tabelle 32: Gegenüberstellung Modell Festlegungsentwurf und Modell mit ICD-Kodes aus der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Zuschlagsgruppe		M6: End-Modell Vollerhebung Festlegungsentwurf			M7: End-Modell Festlegung (Wiederaufnahme von ICD-Kodes aus Hierarchie 16 "Herzerkrankungen")		
		R ²	CPM	MAPE	R ²	CPM	MAPE
Nr	Bezeichnung	N	Beta	Stdf	N	Beta	Stdf
HMG164	Schwerwiegende Komplikationen	29.310	5.496,63 €	34,46 €	86.861	5.097,14 €	20,52 €
HMG165	Andere iatrogene Komplikationen	83.871	2.215,62 €	20,46 €	80.697	2.120,66 €	20,82 €
HMG166	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen	170.002	551,88 €	14,29 €	193.942	521,42 €	13,38 €
HMG260	Unerwünschte Wirkung von Medikamenten	5.299	114,98 €	80,60 €	5.260	68,21 €	80,89 €
HMG167	Auszugliedernde ICD-Kodes	727.545	1.077,58 €	7,03 €	646.931	792,14 €	7,41 €

21.3 Ergebnis

Die in Tabelle 31 rot hinterlegten ICD-Kodes werden zurück in die Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ verschoben. Aus diesem Grund wird die DxG685 wieder eingeführt mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.

Abbildung 24: Endmodell Hierarchie 24 "Medizinische Komplikationen"



III. Änderung des Berechnungsverfahrens

22 Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden

22.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf hat das Bundesversicherungsamt keine Änderung beim Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden vorgesehen.

22.2 Stellungnahmen

Während TK et al. und IKK e.V. die Entscheidung begrüßen, bis zur letztinstanzlichen Klärung keine Änderung vorzunehmen, sehen AOK-BV, KBS, DAK, Deutsche BKK, BKK Vital und BKK Bahn die Notwendigkeit einer unverzüglichen Änderung. Auch BPtK, BSK und BAG plädieren für eine Änderung. Der GKV-SV verweist auf seine wettbewerbsneutrale Position, führt aber aus, dass die erstinstanzliche Entscheidung des LSG NRW bilanzielle Wirkungen entfalten wird.

22.3 Bewertung / Ergebnis

Da das erstinstanzliche Urteil des LSG NRW nicht rechtskräftig ist, wird daran festgehalten, keine Änderung am Berechnungsverfahren vorzunehmen.

Für Aussagen zur bilanziellen Wirkung der erstinstanzlichen Entscheidung ist es zu früh. Für eine genaue Bewertung muss auch hier die schriftliche Urteilsbegründung abgewartet werden.

23 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

23.1 Festlegungsentwurf

Auf der Grundlage empirischer Auswertungen wurde vorgeschlagen, die Abgrenzung der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben wie folgt zu ändern: die Kontenarten 467, 514 sowie das Konto 5155 werden nicht mehr den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zugeordnet. Die Konten 5160 bis 5162 werden neu den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zugeordnet. Die Zuordnung der Kontenarten 407, 513 und 527 sowie der Konten 5186 bis 5188 bleibt unverändert. Dies gilt auch für die Konten 482 und 590, bei denen die weitere Entwicklung abgewartet werden wird. Dabei wird jedoch berücksichtigt, dass die Ausgaben der Kontenart 407 ab dem 01.01.2013 aufgrund des geänderten Kontenplans in den Konten 5280 bis 5282 gebucht werden.

23.2 Stellungnahmen

Nachdem im letzten Anhörungszyklus das vorgeschlagene empirische Vorgehen noch unterstützt wurde, lehnt der GKV-SV nunmehr das angewandte Untersuchungsverfahren ab. Seiner Ansicht nach soll über nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben nur anhand formaler Kriterien entschieden werden. Methodische Kritik wurde auch von TK et al., Barmer, BKK-BV und IKK e.V. vorgebracht. Der AOK-BV stellt die grundsätzliche rechtliche Zulässigkeit der Differenzierung von nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben in Frage.

23.3 Bewertung / Ergebnis

Die Kontroversen der letzten Festlegungszyklen haben gezeigt, dass es schwierig bis unmöglich ist, über den Morbiditäts- bzw. Versichertenbezug von Ausgaben anhand von rein formalen Kriterien zu entscheiden. Das BVA hält daher daran fest, ein empirisches Verfahren zu entwickeln, um diese Entscheidung zu treffen. Angesichts der vorgetragenen Kritik ist das vorgeschlagene Vorgehen aber zu überprüfen, was im Rahmen der verbliebenen Zeit aber nicht möglich ist.

Bei den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben werden daher keine Änderungen vorgenommen. Die Zuordnung der Konten bleibt gegenüber der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2013 unverändert. Es wird jedoch berücksichtigt, dass die Ausgaben der Kontenarten 407 und 467 ab dem 01.01.2013 aufgrund des geänderten Kontenplans in den Konten 5280 bis 5285 gebucht werden.

24 Differenzierung der Kostenerstattergruppen

24.1 Festlegungsentwurf

Aufgrund der abweichenden rechtlichen Grundlage wurde die Frage einer differenzierten Bildung von Kostenerstattergruppen losgelöst vom Festlegungsprozess mit dem GKV-SV diskutiert.

24.2 Bewertung / Ergebnis

Für eine weitere Differenzierung der Kostenerstattergruppen wurde das nach § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV erforderliche Einvernehmen nicht erzielt. Im Rahmen der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2014 erfolgt daher hinsichtlich der Kostenerstattergruppen keine Änderung gegenüber der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2013.

25 Geänderte Berücksichtigung von DMP-Ausgaben im Regressionsverfahren

25.1 Festlegungsentwurf

Es werden keine Änderungen bei der Berücksichtigung von DMP-Ausgaben vorgenommen, da diese ohnehin gemäß § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 RSAV explizit ausgenommen sind von der Meldung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben.

25.2 Stellungnahmen

AOK-BV und TK et al. bestätigen, dass die DMP-Ausgaben nicht in der Satzart 700 zu melden sind. TK et al. weisen zusätzlich darauf hin, dass dies auch für die Satzart 701 gelte und dass dies durch einen Hinweis in der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes geregelt werden müsse. Die Barmer bestätigt die Argumentation des BVA, wonach die DMP-Ausgaben aus diesem Grund nicht aus den Regressionsdaten herauszurechnen sind. Der AOK-BV hält an seiner Stellungnahme zum Festlegungsentwurf für das Klassifikationsmodell 2013 fest, in der der hauptleistungsbereichsbezogene Abzug der DMP-Ausgaben vorgeschlagen wurde.

25.3 Bewertung / Ergebnis

Die Stellungnahmen unterstützen die Bewertung des BVA aus dem Festlegungsentwurf. Eine Minderung der Ausgabendaten um DMP-Ausgaben erscheint nicht sachgerecht vor dem Hintergrund, dass diese ohnehin nicht zu melden sind. Dies betrifft auch den im Rahmen des Klassifikationsmodells 2013 vorgebrachten Vorschlag des AOK-BV, die DMP-Ausgaben hauptleistungsbezogen abzuziehen. Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

26 Berücksichtigung uneinheitlicher Buchungsvorschriften bei Pflegehilfsmitteln

26.1 Festlegungsentwurf

Nach Aussage des BKK-BV seien die Buchungsvorschriften im Bereich der Pflegehilfsmittel im Rahmen der Abgrenzung KV/PV immer noch nicht abschließend definiert, was die Regressionsergebnisse verfälschen könne. Das Bundesversicherungsamt plädiert für eine Lösung im Rahmen der Buchungsvorschriften und nicht im Rahmen des Morbi-RSA. Der Festlegungsentwurf sieht keine Änderungen vor.

26.2 Stellungnahmen

TK et al. befürworten eine Lösung im Rahmen der Buchungsvorschriften, weisen jedoch darauf hin, dass auch eine solche Lösung zu Problemen bei der versichertenbezogenen Erfassung der Leistungsausgaben führen könne. Sie befürworten den Vorschlag des BKK-BV, als Übergangslösung die betroffenen Konten wie die nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu behandeln.

Der BKK-BV stimmt ebenfalls der Auffassung zu, dass die Buchungsvorschriften konkretisiert werden sollten, hält jedoch seinen als Übergangslösung gemeinten Vorschlag aufrecht.

Die BSK erläutert, dass „datenschutzrechtliche Bedenken transparent und zielgenau aufgezeigt werden“ müssen. Es bedürfe daneben differenzierter buchungsrechtlicher Vorschriften für die unterschiedlichen Rechte- und Pflichtenkataloge im SGB V, IX, und XI.

26.3 Bewertung / Ergebnis

Die Stellungnahmen unterstützen die Auffassung des BVA, dass zur Problemlösung eine Konkretisierung der Buchungsvorschriften erforderlich ist. Die im Festlegungsentwurf vorgelegte Begründung für die Ablehnung einer Übergangslösung im Rahmen des Morbi-RSA wird durch die Stellungnahmen nicht entkräftet. Es erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf.

27 Nullsetzung von Regressionskoeffizienten aufgrund fehlender statistischer Signifikanz

27.1 Festlegungsentwurf

Mit dem Übergang auf eine Vollerhebung wird auf einen Test auf statistische Signifikanz verzichtet. Eine Nullsetzung nicht signifikanter Regressionskoeffizienten erfolgt nicht mehr.

27.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV hält den Vorschlag für sachgerecht. Dabei sei es auch unerheblich, ob im Einzelfall Daten von Krankenkassen ausgeschlossen werden, wenn die Ausschöpfungsquoten nicht dem geforderten Niveau entsprechen.

Die Barmer hält den Vorschlag für nicht sachgerecht. Beim T-Test laute die Nullhypothese, dass ein Regressionskoeffizient gleich null ist. Liefere der Test kein signifikantes Ergebnis, könne die Nullhypothese nicht verworfen werden „und gilt folglich wieder“. Somit sei der Regressionskoeffizient auf den Wert „0“ zu setzen. Dies gelte unabhängig davon, ob es sich um eine Stichprobe oder die Vollerhebung handelt, da abschließend immer auch das Vollmodell selbst geprüft werde. Die Modellanpassung erfolge in separaten Einzelschritten und teilweise auf Basis der Stichprobe, so dass die Relevanz jedes einzelnen Parameters im Gesamtmodell auf diese Weise während der Weiterentwicklung nicht geprüft werde. Nicht signifikante Parameter könnten auch noch im finalen Modell z.B. darauf hindeuten, dass ein Parameter keinen Einfluss auf die zu erklärenden Kosten habe oder dass nach Zusammenführung aller Änderungen ein Multikollinearitätsproblem vorliege. In beiden Fällen wäre die Höhe des Regressionskoeffizienten eher zufällig und sollte keinen Eingang in die Berechnung der Zuweisungen finden. Die Bewertung des Gesamtmodells mit Hilfe statistischer Gütemaße würde durch den zufallsbedingten Einfluss nicht signifikanter Koeffizienten ebenfalls erschwert. Ein Beibehalten nicht signifikanter Prädiktoren würde außerdem nicht dem internationalen Standard entsprechen.

27.3 Bewertung

Mit dem Test auf statistische Signifikanz lässt sich überprüfen, ob ein Regressionskoeffizient *signifikant von null verschieden* ist oder nicht. Dabei wird überprüft, ob die Nullhypothese, dass der wahre Koeffizient gleich null ist, verworfen werden kann oder nicht. Kann sie nicht verworfen werden, so bedeutet dies jedoch nicht, dass sie „gilt“, wie die Barmer erläutert. Es heißt lediglich, dass der wahre Koeffizient null sein *kann*. Tatsächlich entspricht er jedoch – unter der Voraussetzung, dass die zugrundeliegenden statistischen Annahmen korrekt sind – mit größerer Wahrscheinlichkeit dem aus der Regression geschätzten Koeffizienten.

Das Argument der Barmer, dass die „Bewertung des Gesamtmodells mit Hilfe statistischer Gütemaße [...] durch den zufallsbedingten Einfluss nicht signifikanter Koeffizienten [...] er-

schwert“ werde, erschließt sich dem Bundesversicherungsamt nicht. Es wird nicht ersichtlich, warum die Bewertung durch ein Nullsetzen nicht signifikanter Koeffizienten vereinfacht oder verbessert würde. Aus diesem Grund erscheint es auch nicht zielführend, während der Weiterentwicklung auf Basis der Stichprobe die statistische Signifikanz der einzelnen Koeffizienten zu beurteilen und diese bei fehlender Signifikanz auf null zu setzen, zumal dies nichts über die statistische Signifikanz des Koeffizienten aussagt, der auf Basis der Vollerhebung ermittelt wird.

Die Aussage der Barmer, dass ein „Beibehalten nicht signifikanter Prädiktoren nicht dem internationalen Standard“ entspreche, wird leider nicht belegt. Dem Bundesversicherungsamt ist international kein Risikoausgleichsmodell bekannt, in welchem nicht signifikante Regressionskoeffizienten auf Basis einer Vollerhebung auf null gesetzt werden.

27.4 Ergebnis

Der Vorschlag aus dem Festlegungsentwurf wird umgesetzt.

IV. Anhang

28 Statistische Gesamtbewertung der Anpassungen

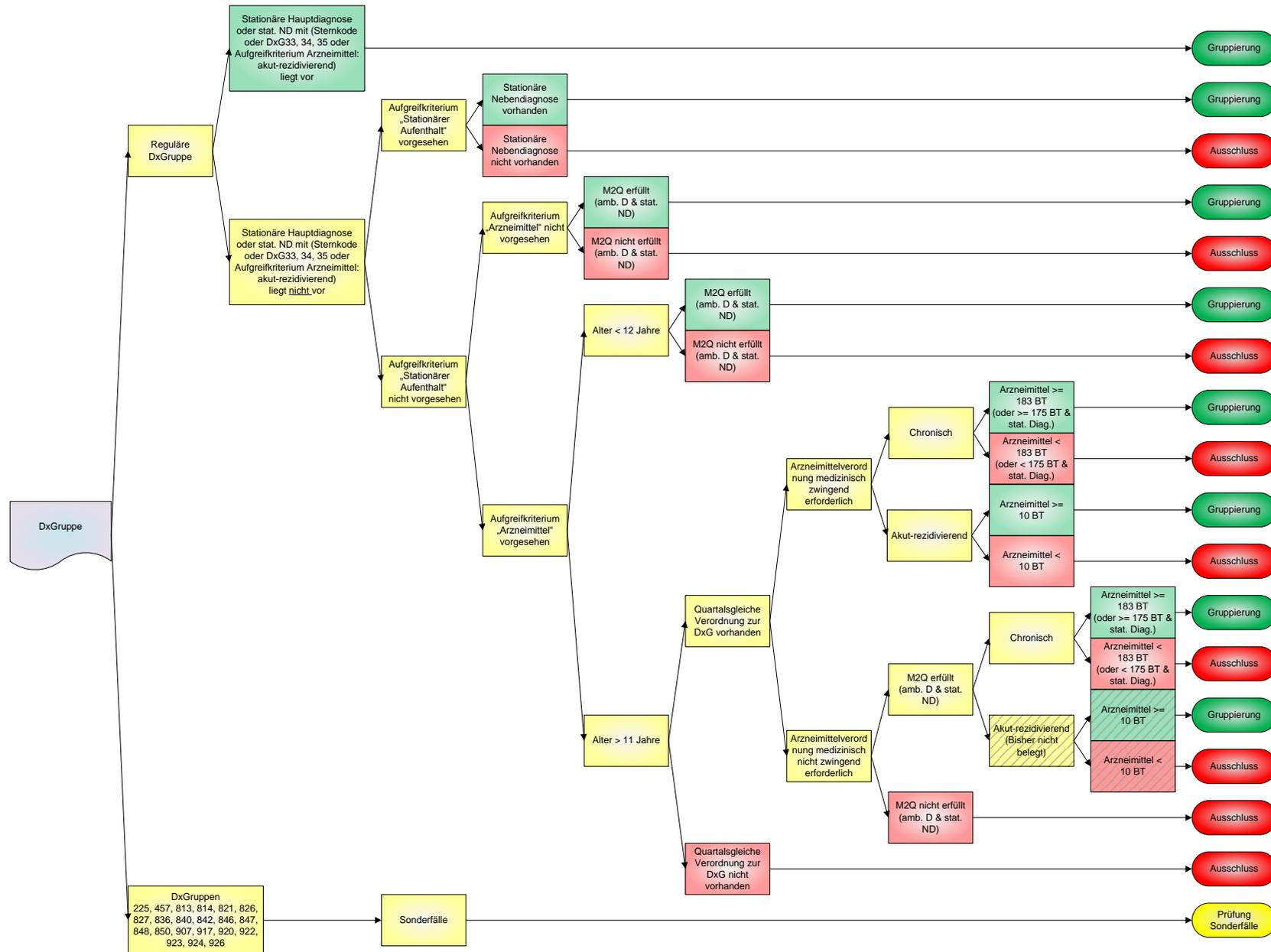
Tabelle 33 stellt die für die Beurteilung der Modellgüte relevanten Gütemaße für die einzelnen Entwicklungsschritte vor. Auf Grundlage einer einheitlichen Datenbasis zeigt sich grundsätzlich eine stetige Verbesserung der Modellgüte. Das Absinken bei den Gütemaßen R^2 und CPM bzw. der Anstieg beim MAPE, der zwischen Festlegungsentwurf und endgültiger Festlegung zu verzeichnen ist, ist hauptsächlich auf die „Rückabwicklung“ der Alterssplits sowie auf den Verzicht auf die Einführung des neuen Sonderfalls 1b (Zuschläge für Morbiditätsgruppen mit Bedarfsmedikation) zurückzuführen.

Tabelle 33: Entwicklung der Modellgüte im Vergleich zum Klassifikationsmodell 2013

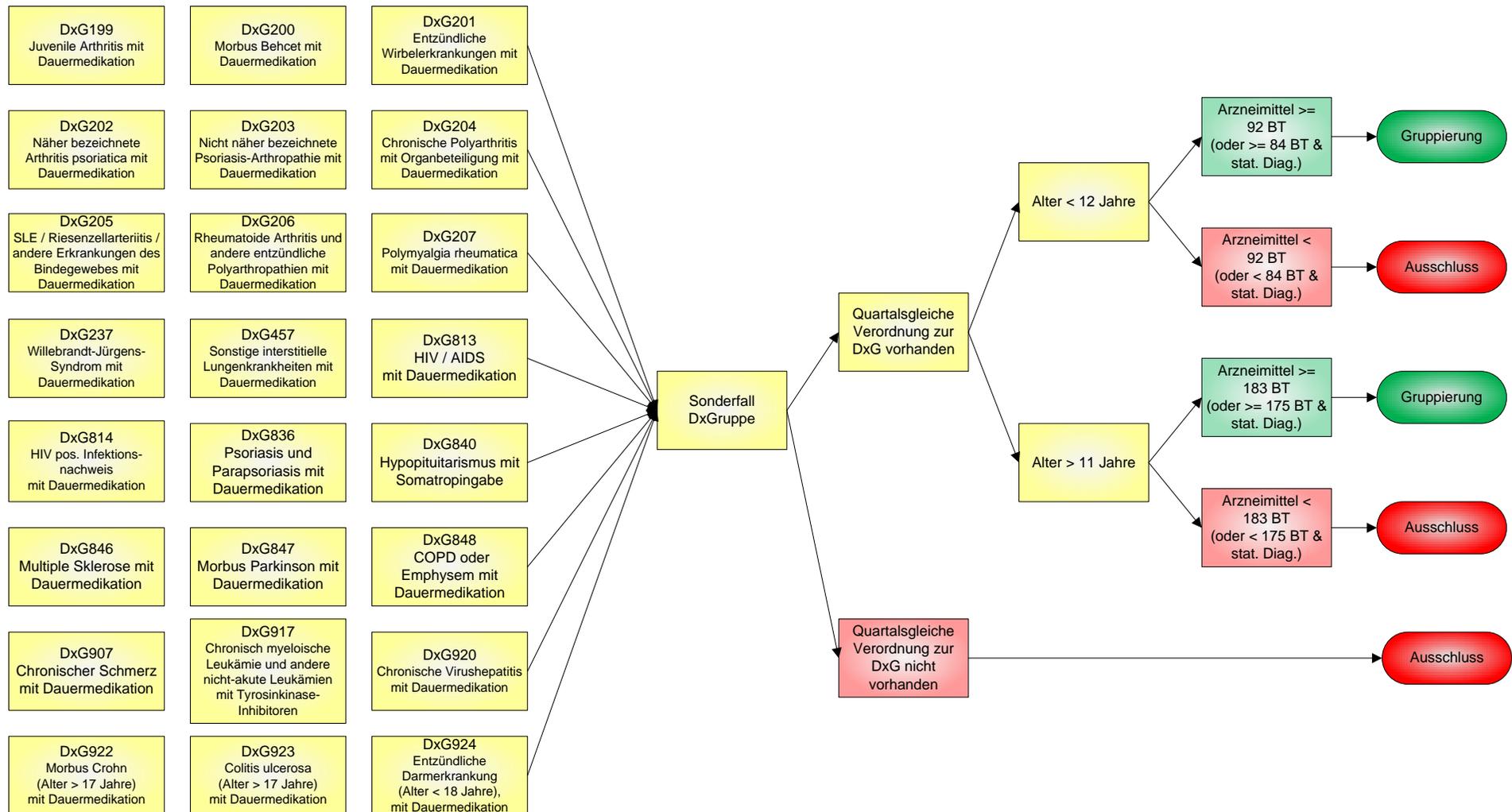
Modell	R^2	CPM	MAPE
Klassifikationsmodell 2013	24,6974%	23,3698%	1.903,25 €
Klassifikationsmodell 2014 Vorschlagsverfahren (Ausgangsmodell mit neuer Krankheitsauswahl)	24,6981%	23,3686%	1.903,28 €
Entwurf Klassifikationsmodell 2014	25,1579%	23,4560%	1.901,10 €
Klassifikationsmodell 2014 Festlegung	24,8021%	23,4211%	1.901,97 €

29 Darstellung des Aufgreifalgorithmus

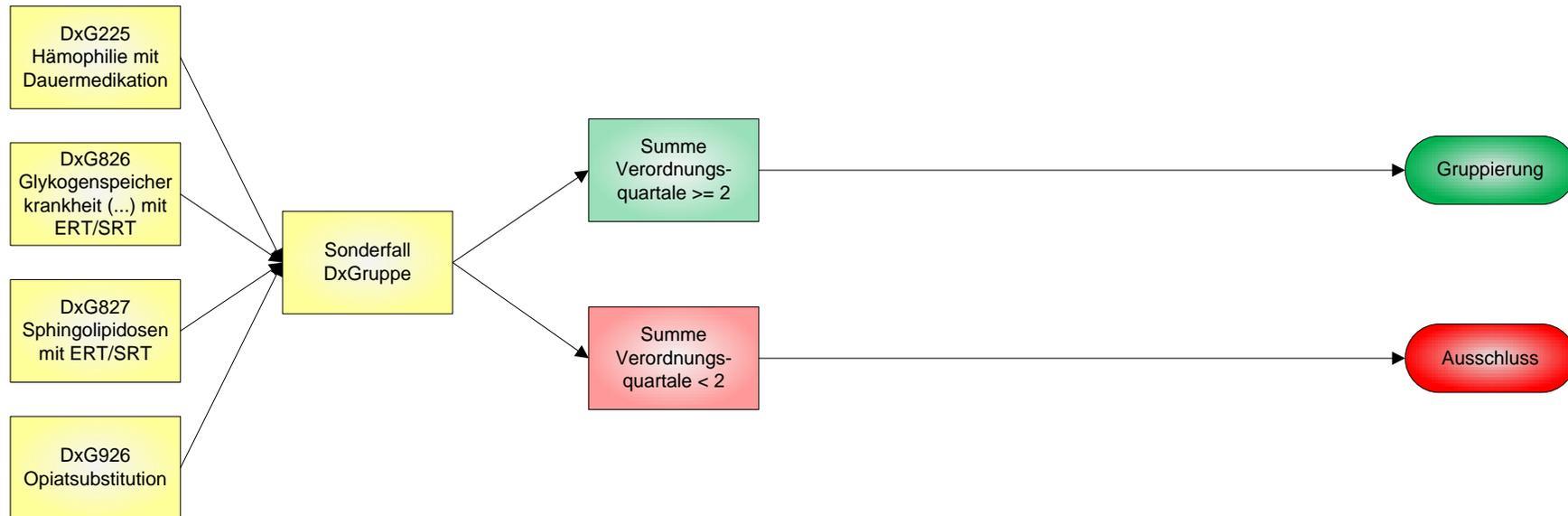
Aufgreifalgorithmus: Standardalgorithmus Ausgleichsjahr 2014



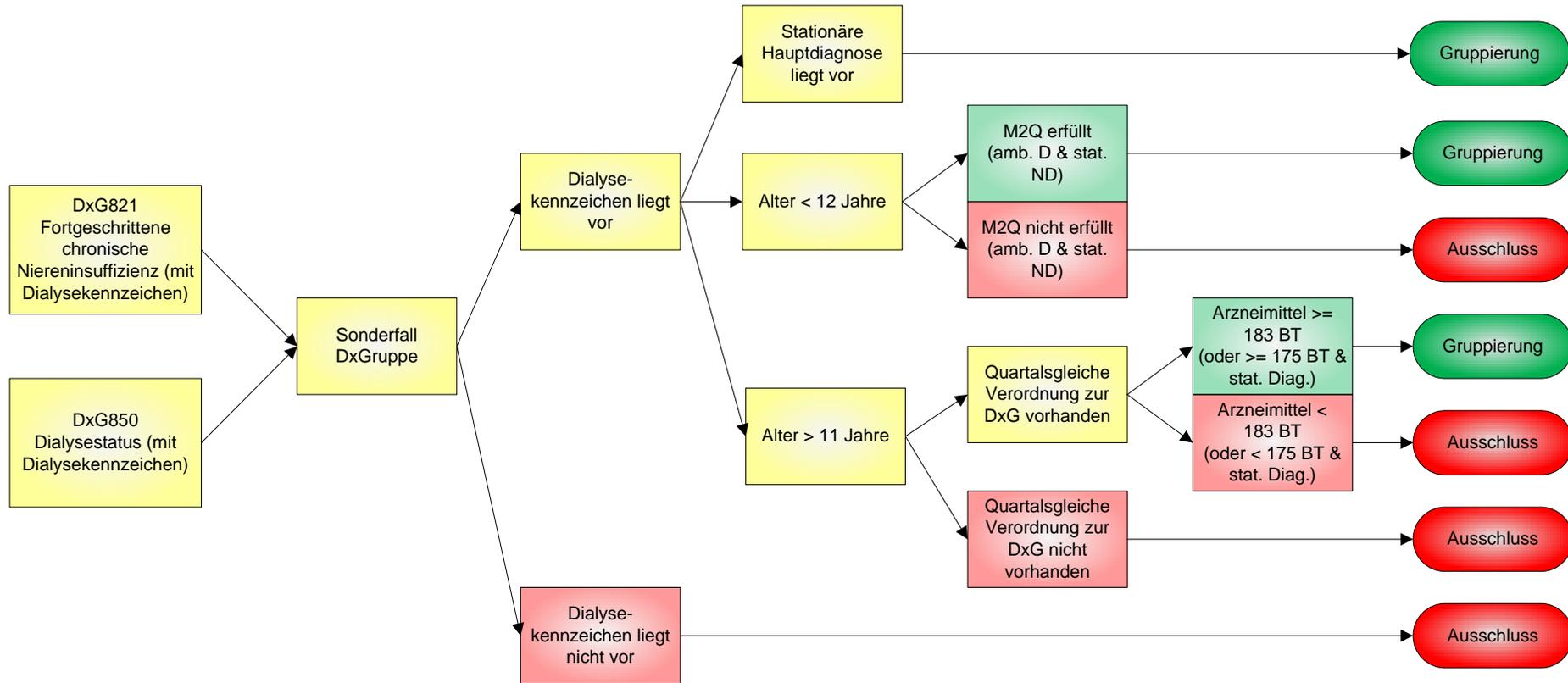
Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung nach BT



Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung nach Verordnungen

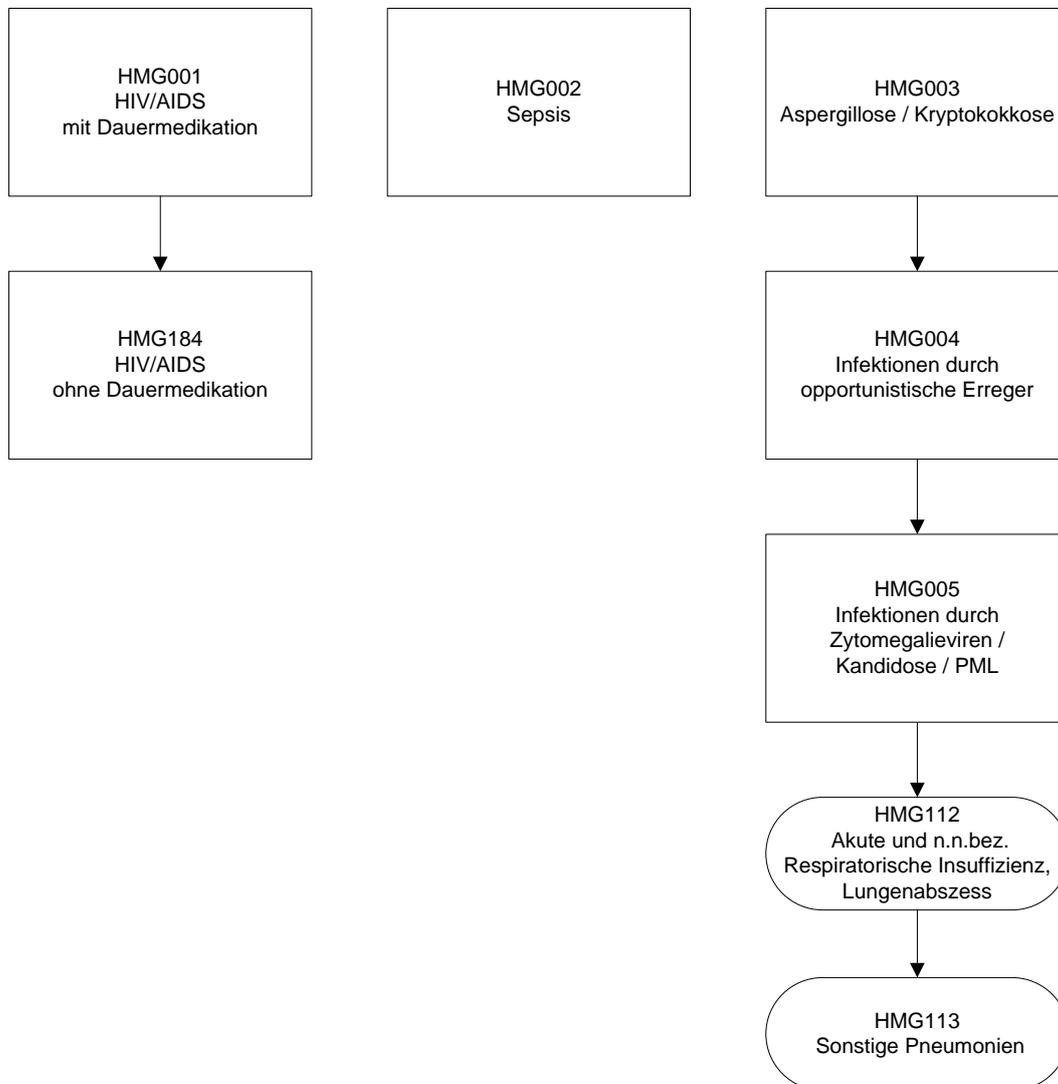


Sonderfall 3: Dialysestatus



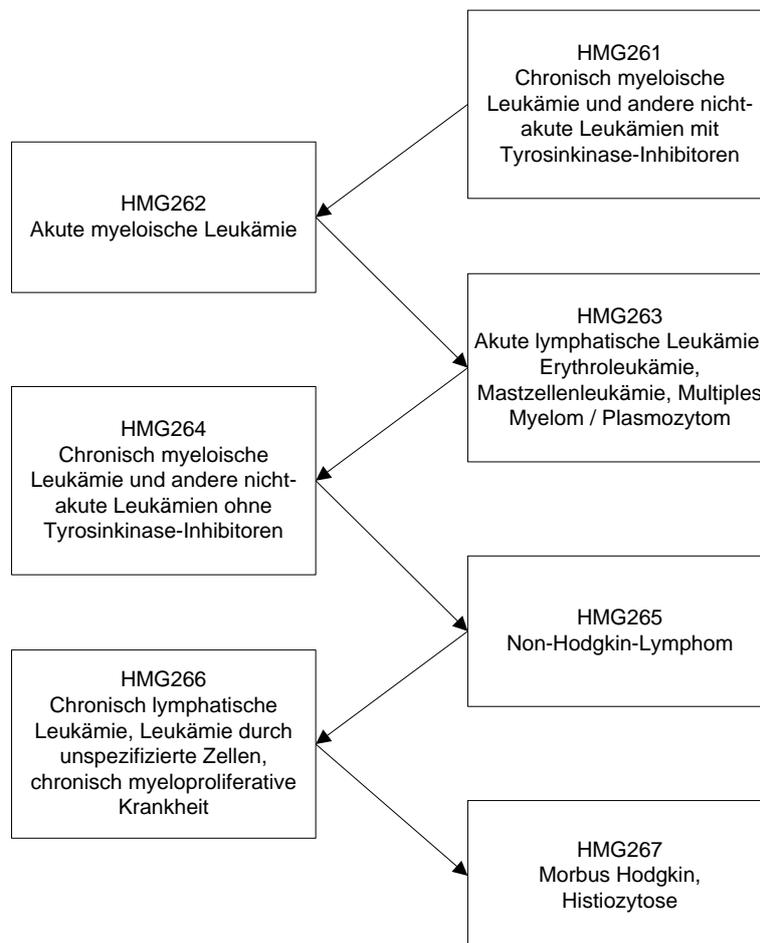
30 Übersicht über die Hierarchien

Hierarchie 1: Infektionen

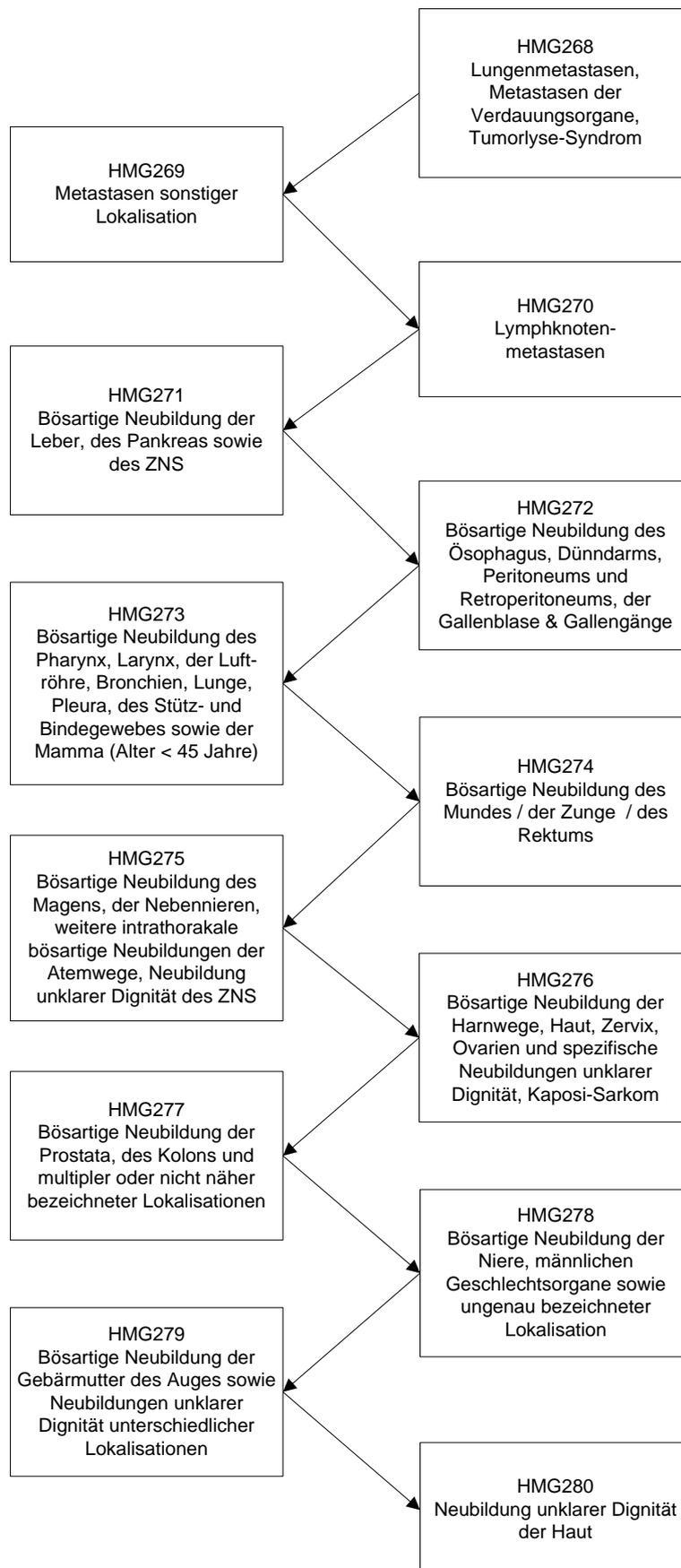


Hierarchie 2: Neubildungen

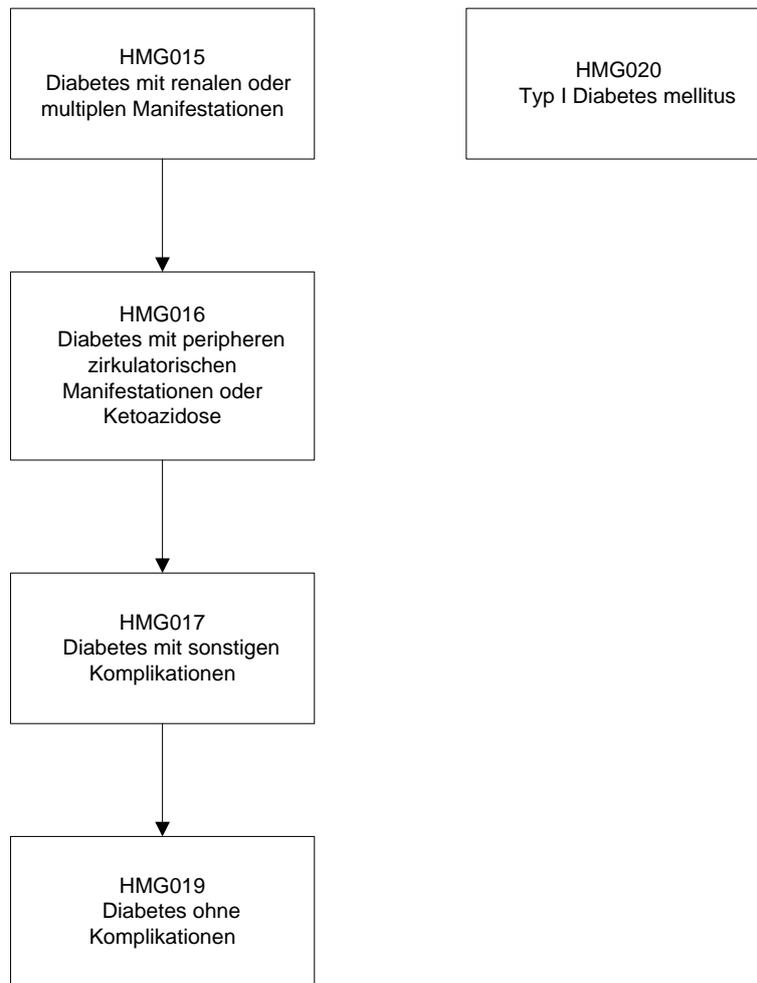
2a) Hämatologische Neubildungen



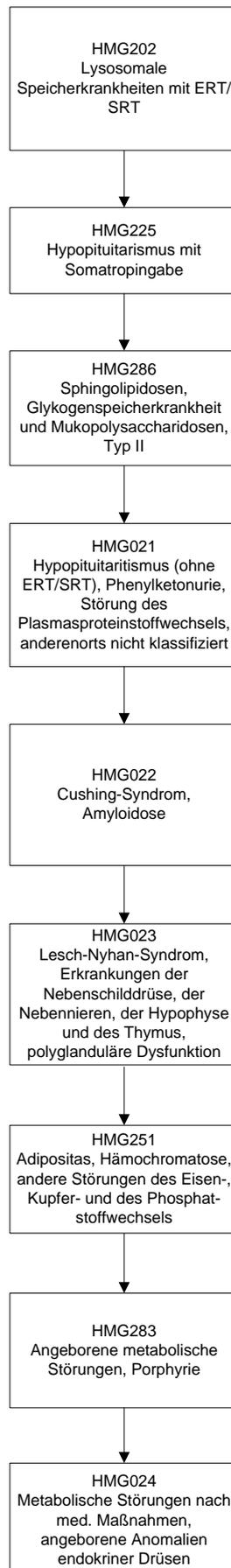
2b) Solide Tumoren



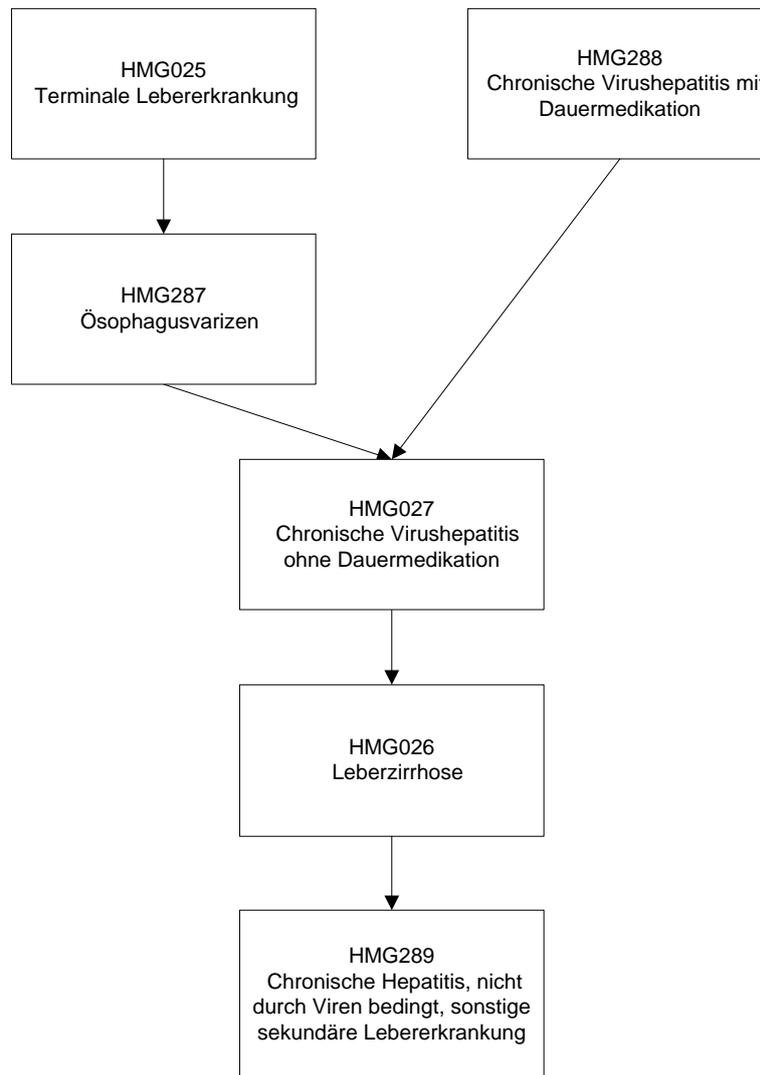
Hierarchie 3: Diabetes Mellitus



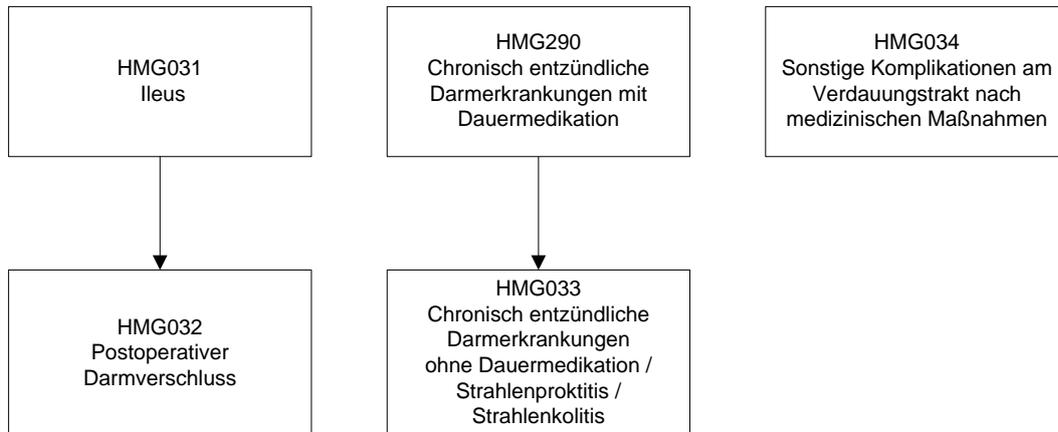
Hierarchie 4: Metabolische Erkrankungen



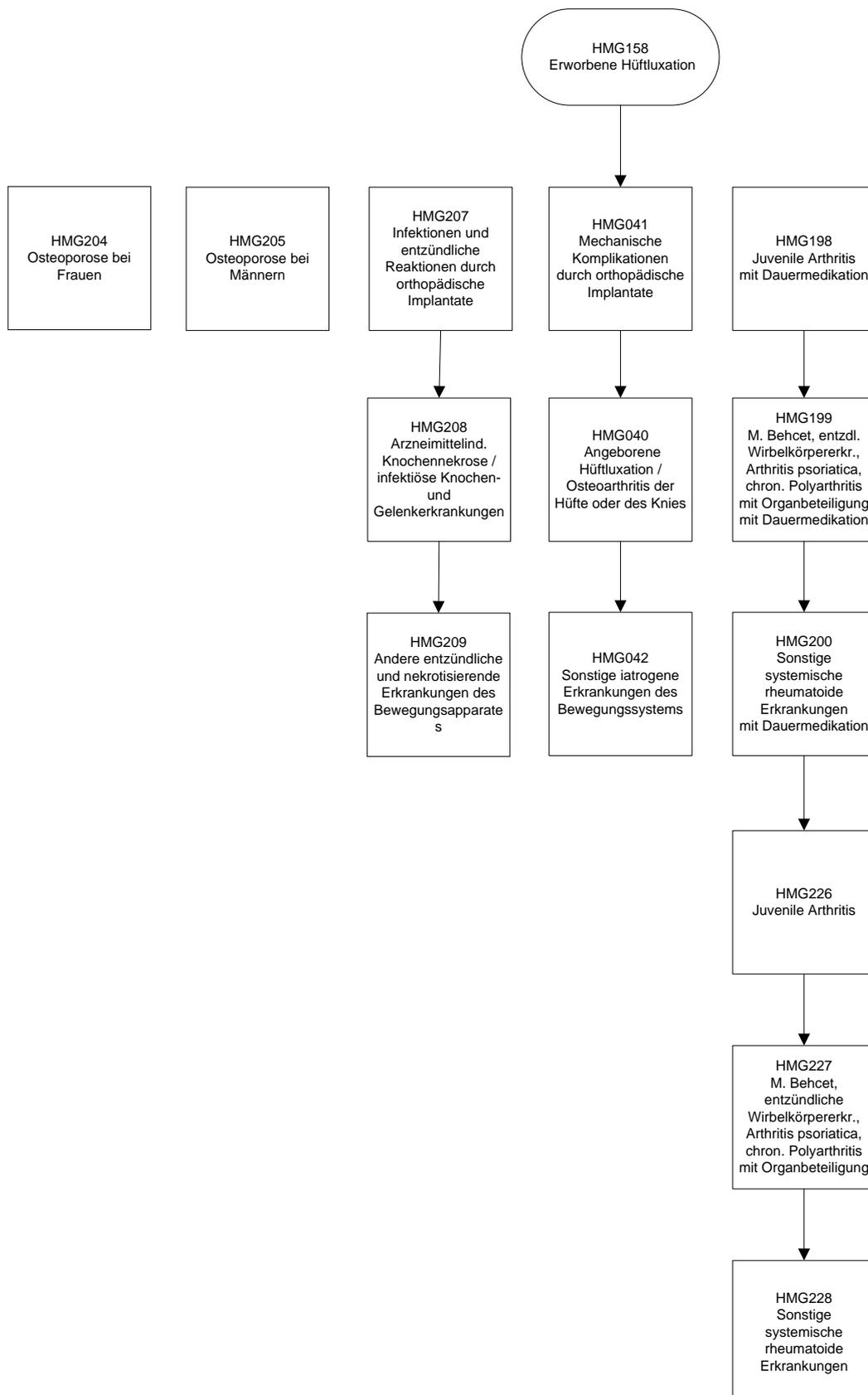
Hierarchie 5: Erkrankungen der Leber



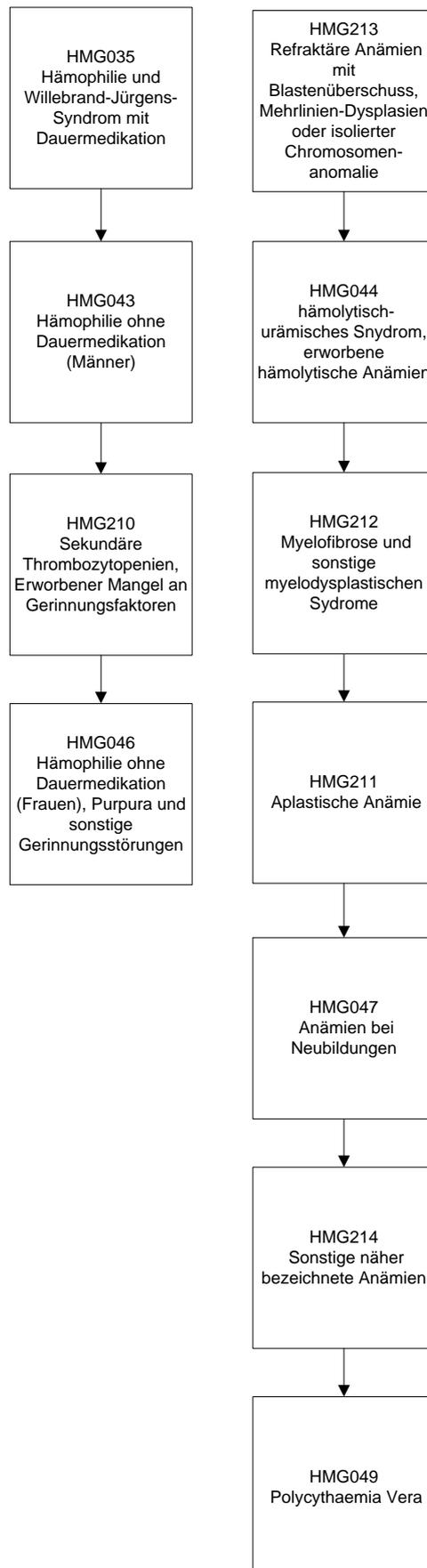
Hierarchie 6: Gastrointestinale Erkrankungen



Hierarchie 7: Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems



Hierarchie 8: Hämatologische Erkrankungen

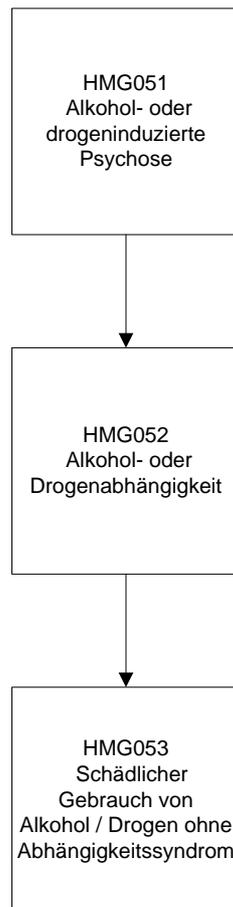


Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren
und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

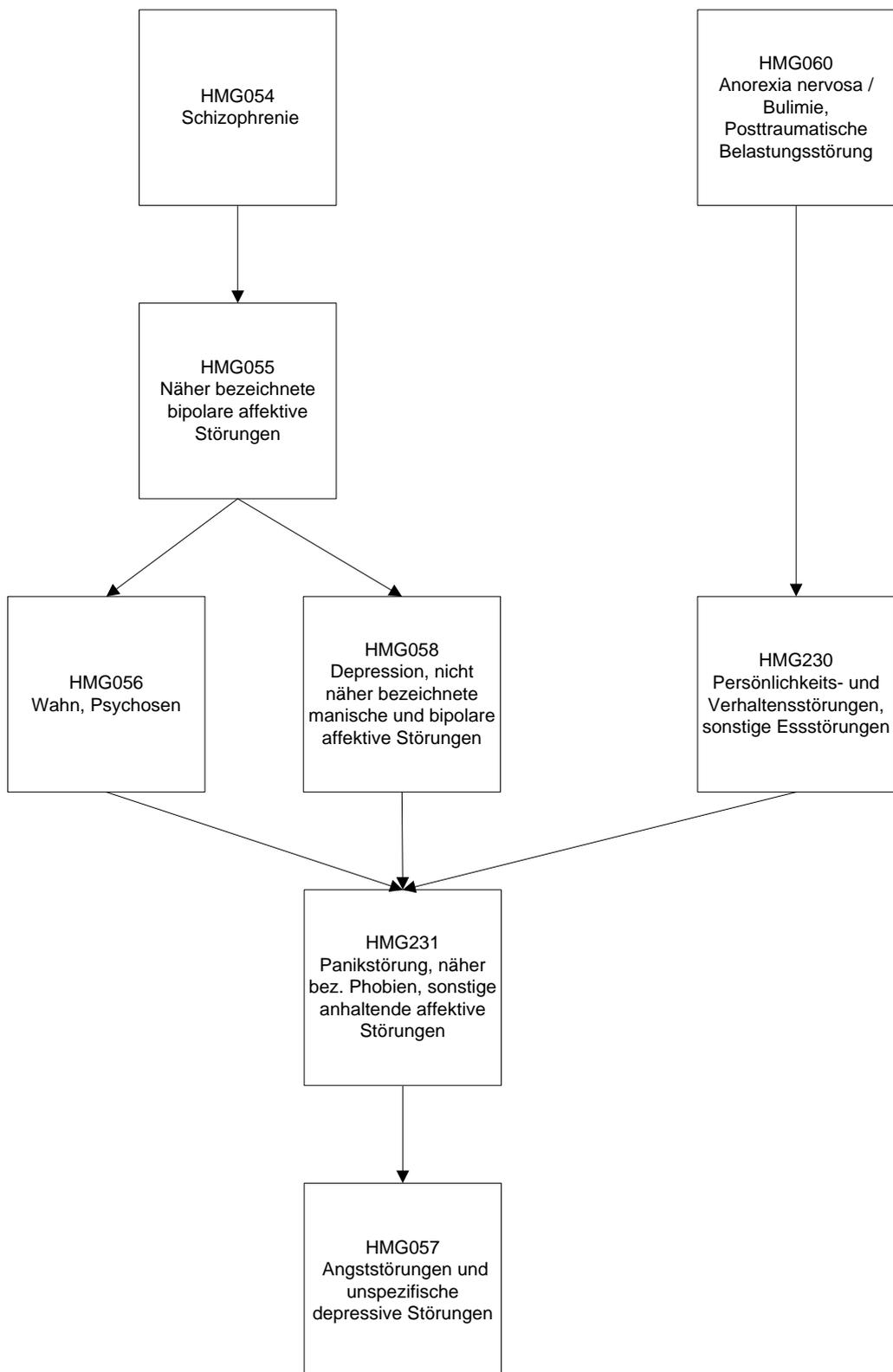
Hierarchie 9: Kognitive Erkrankungen

Mit Festlegung für das Ausgleichsjahr 2013 entfallen.

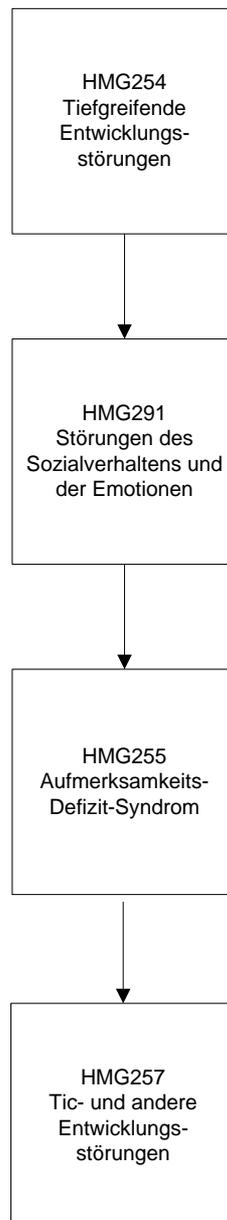
Hierarchie 10: Drogen-/Alkoholmissbrauch



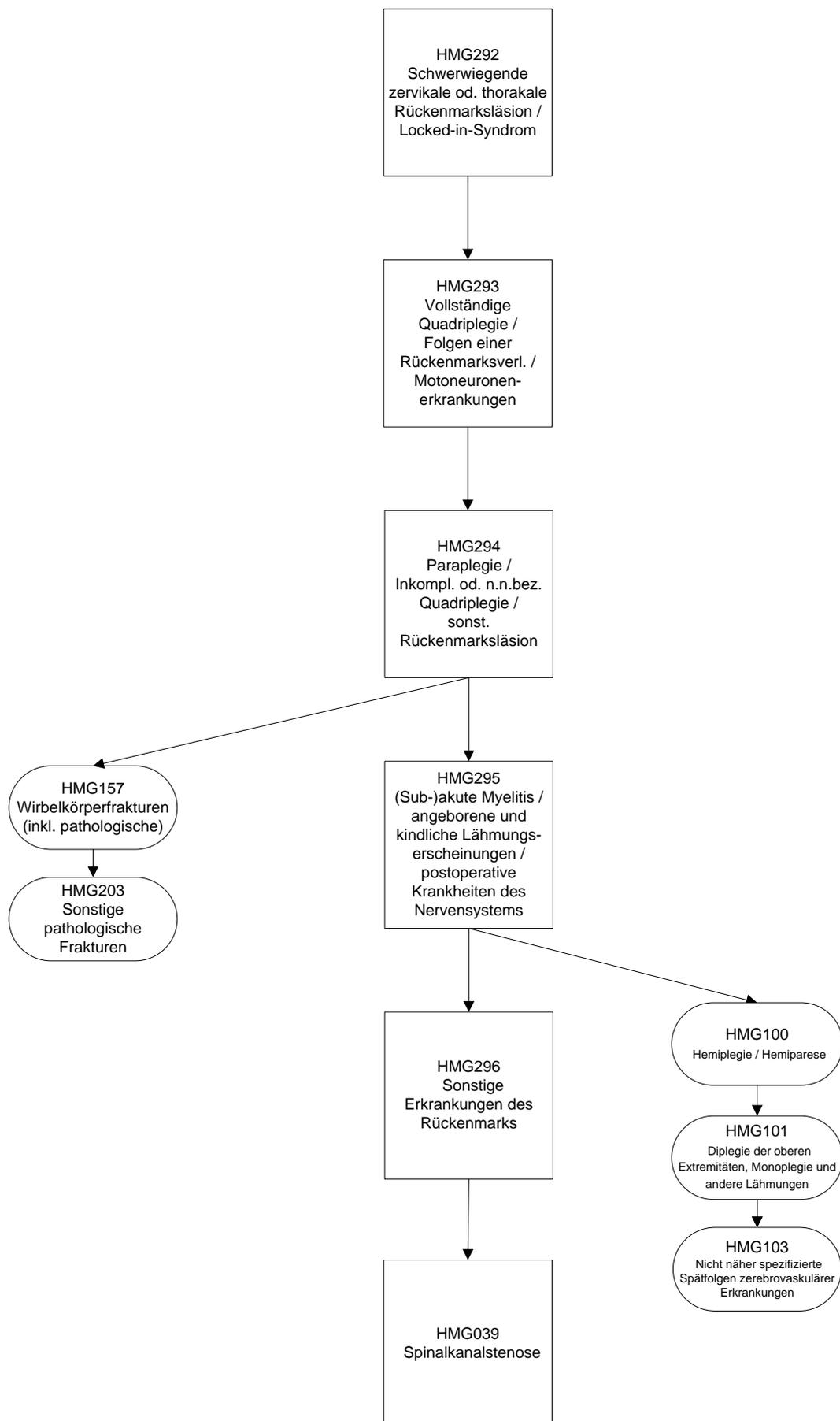
Hierarchie 11: Psychische Erkrankungen



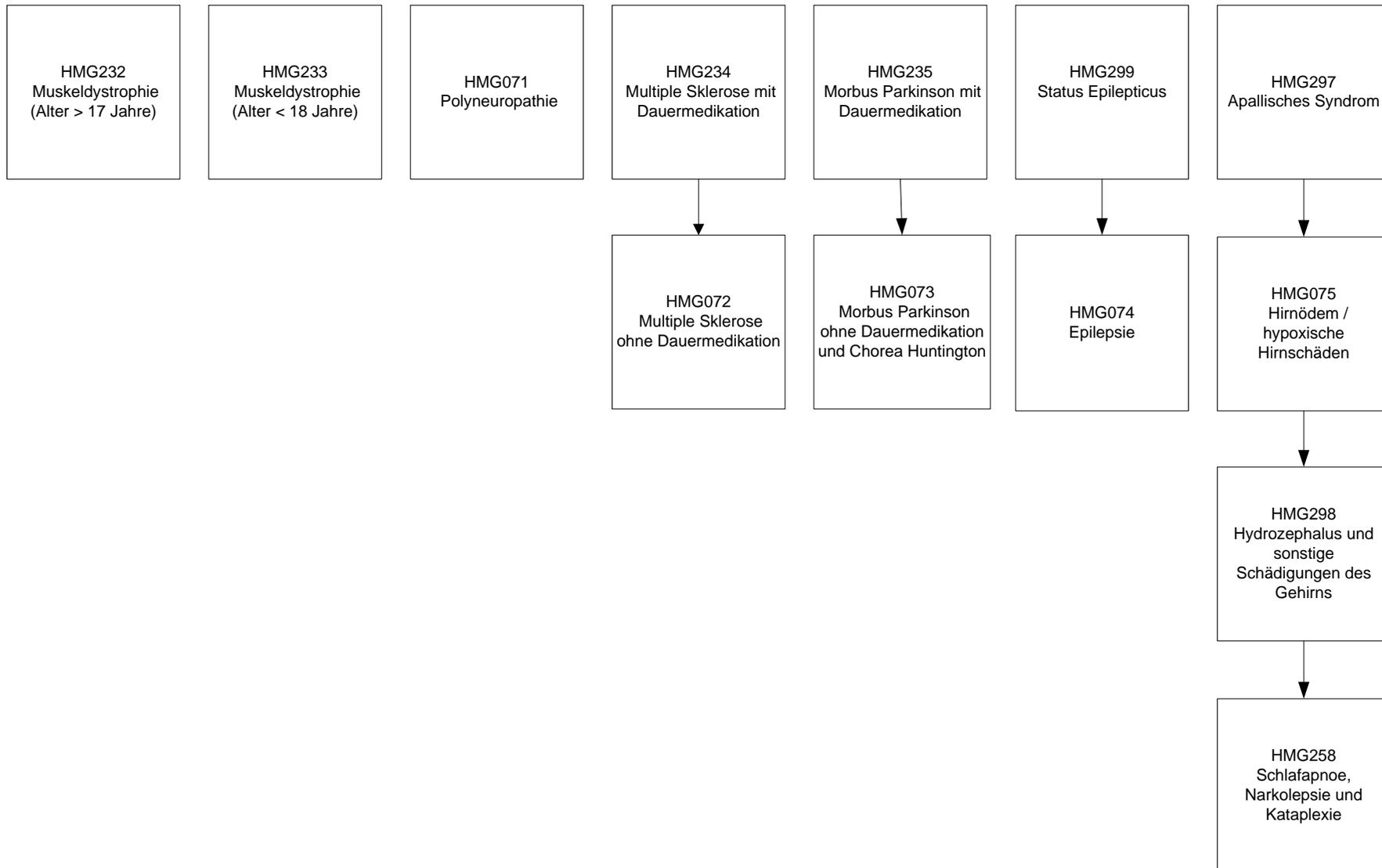
Hierarchie 12: Entwicklungsstörungen



Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks



Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen

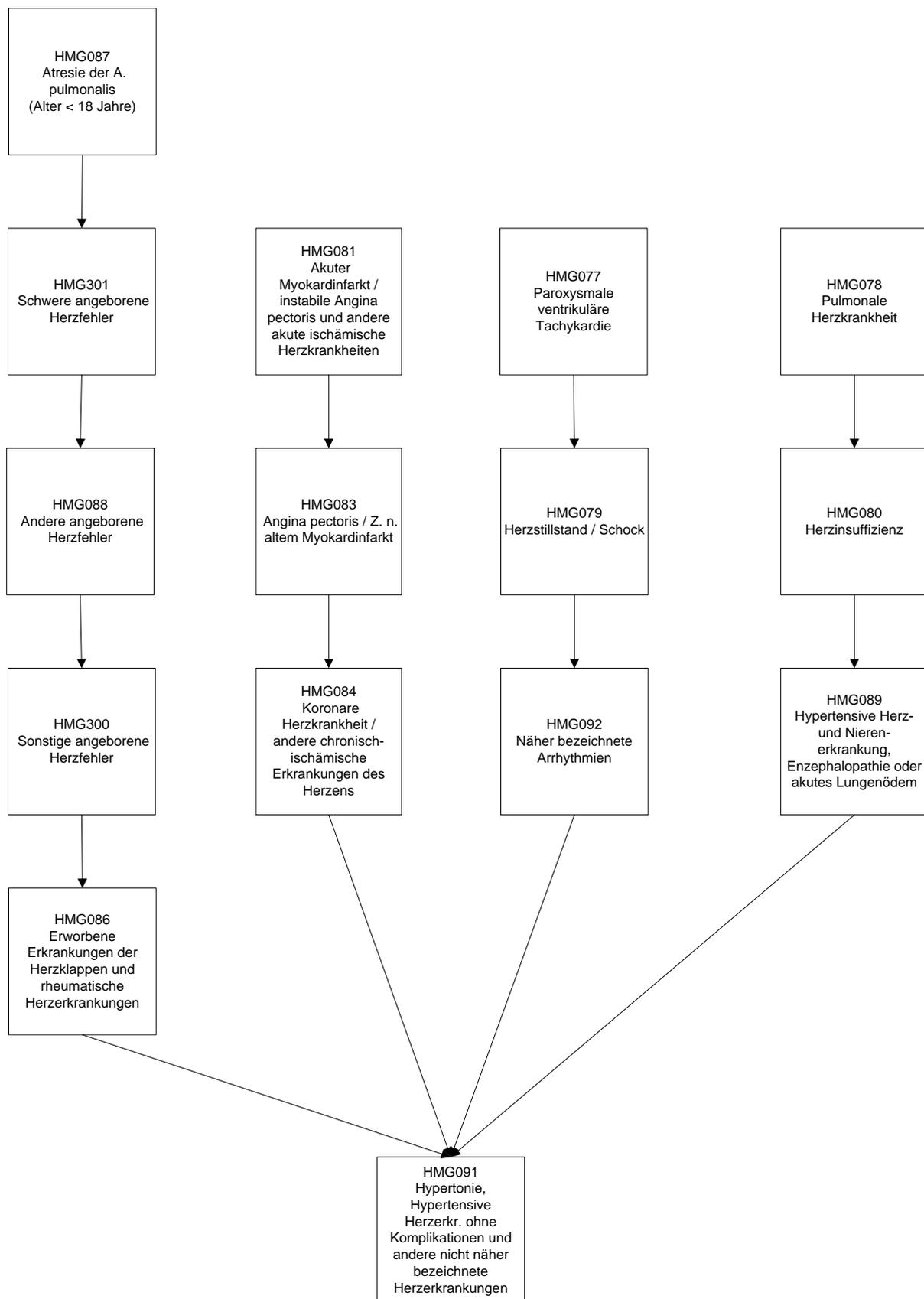


Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren
und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

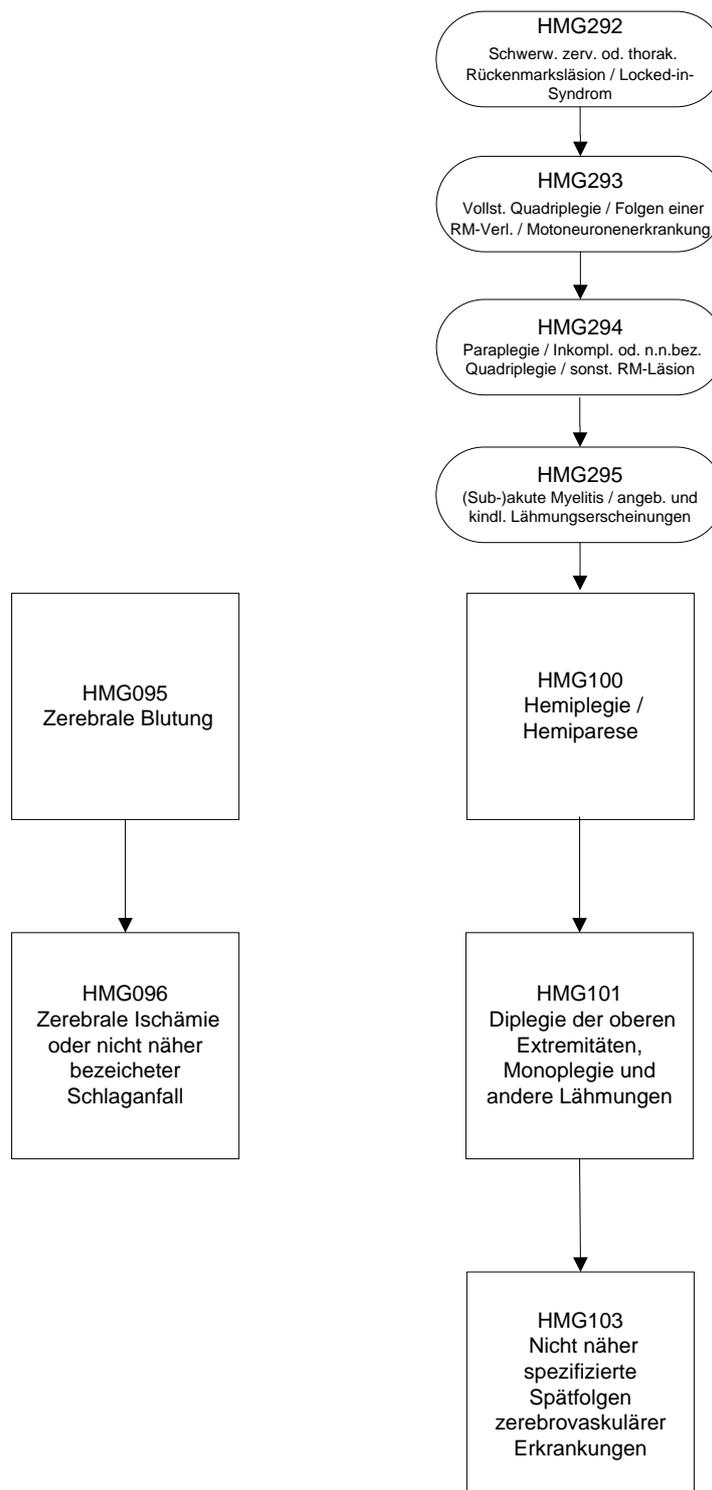
Hierarchie 15: Herz- und Atemstillstand

Mit Festlegung für das Ausgleichsjahr 2011 entfallen.

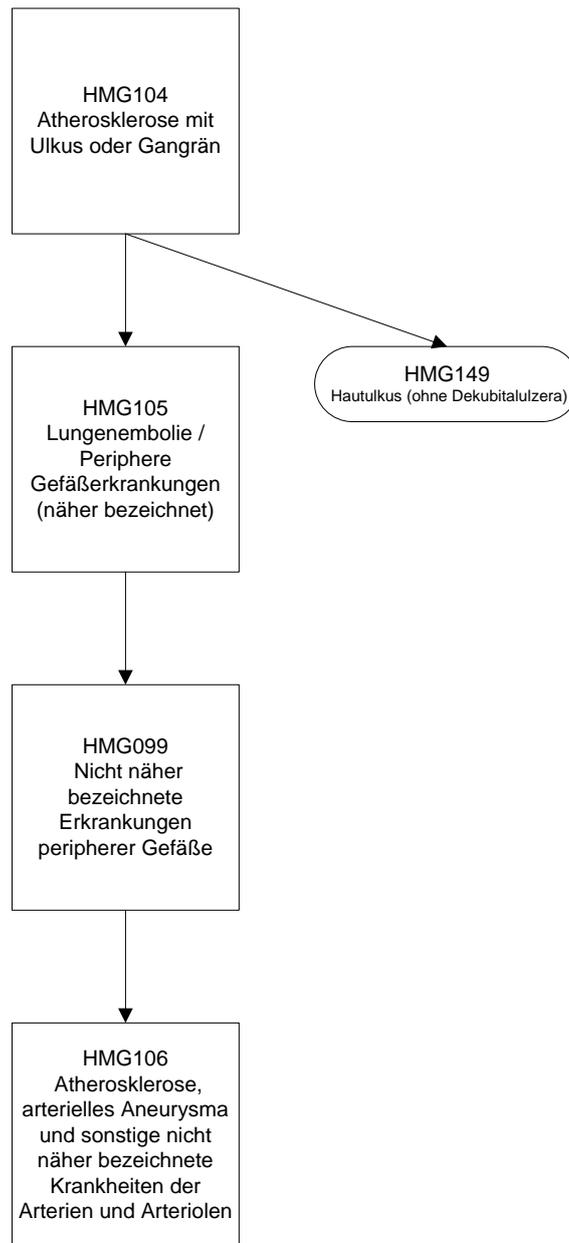
Hierarchie 16: Herzerkrankungen



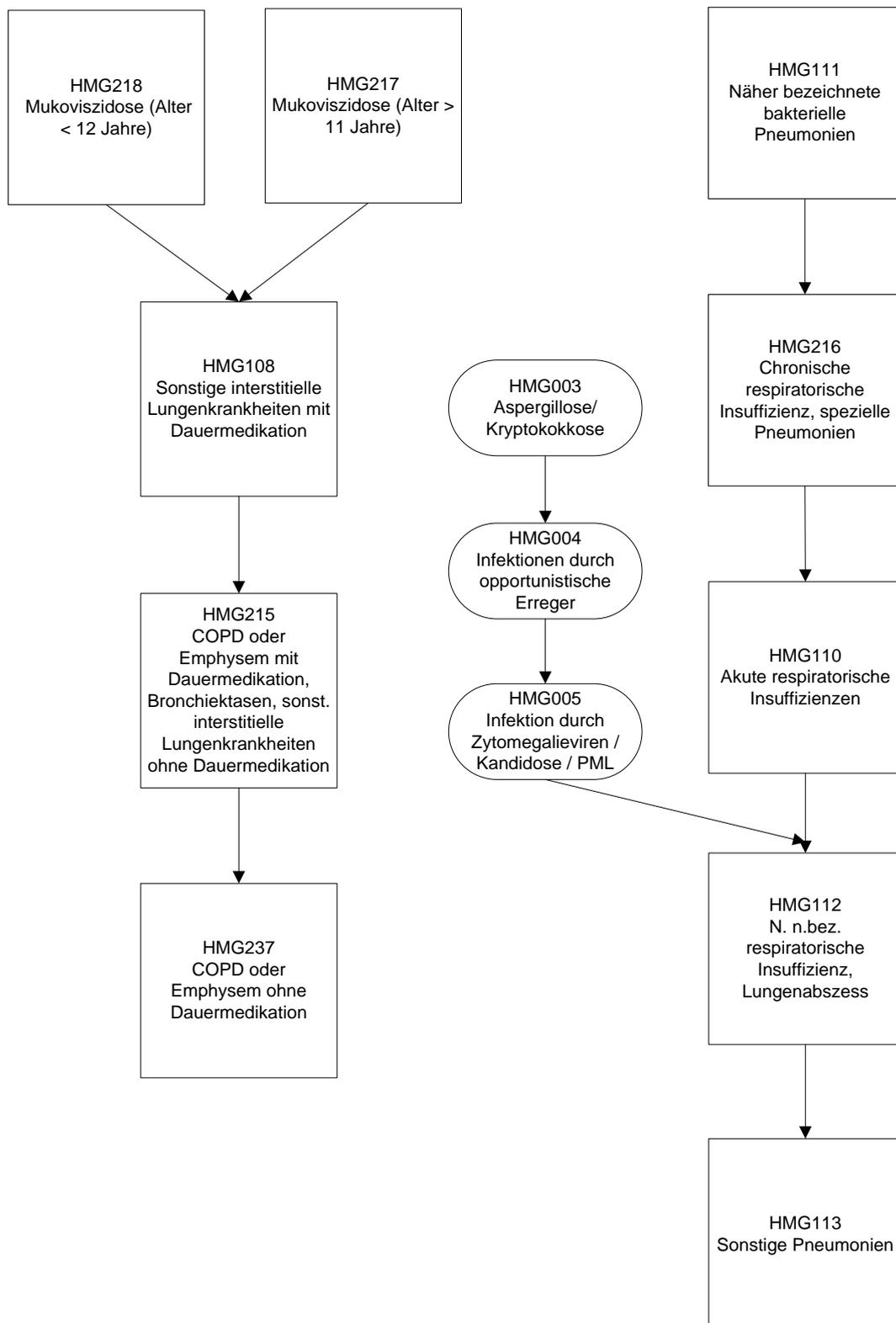
Hierarchie 17: Zerebrovaskuläre Erkrankungen



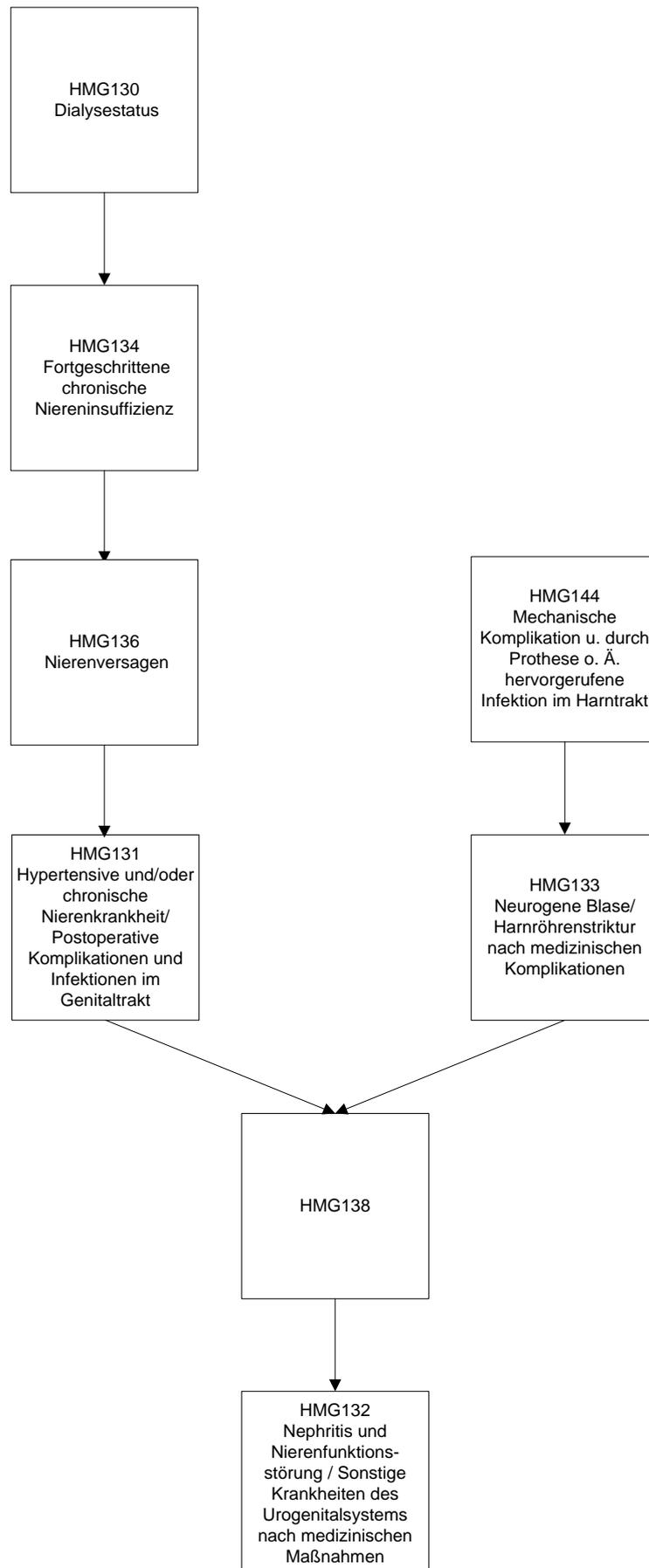
Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislauferkrankungen



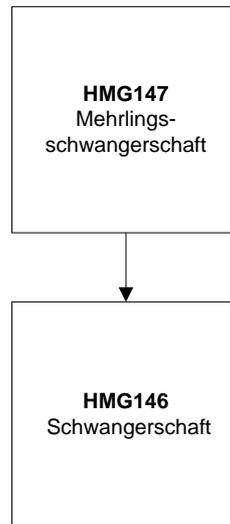
Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge



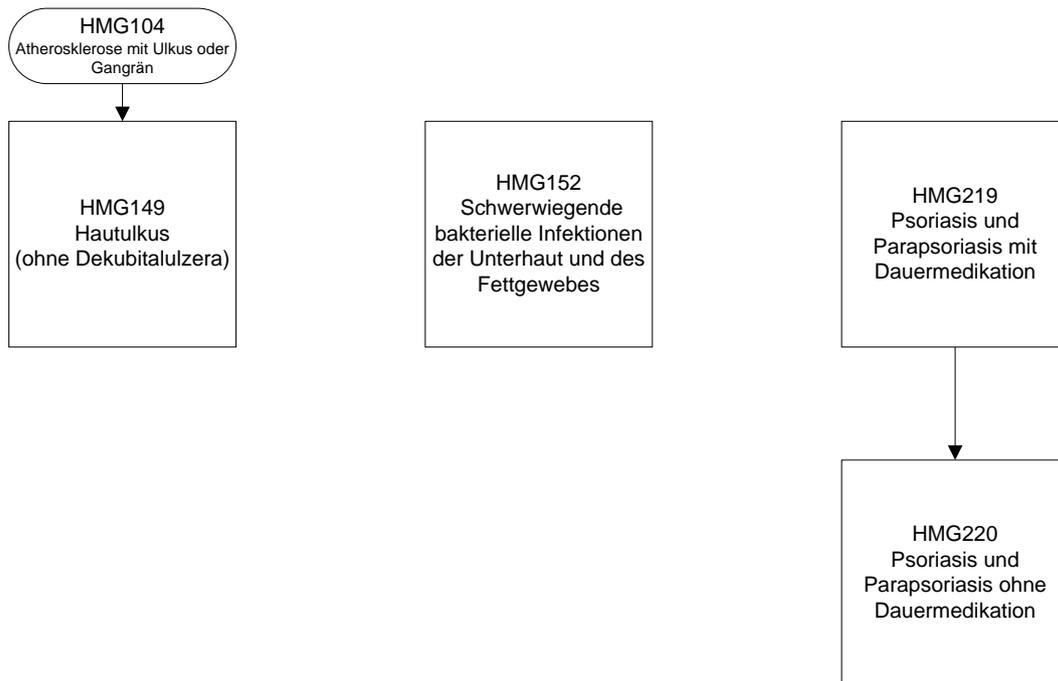
Hierarchie 20: Erkrankungen des Urogenitalsystems



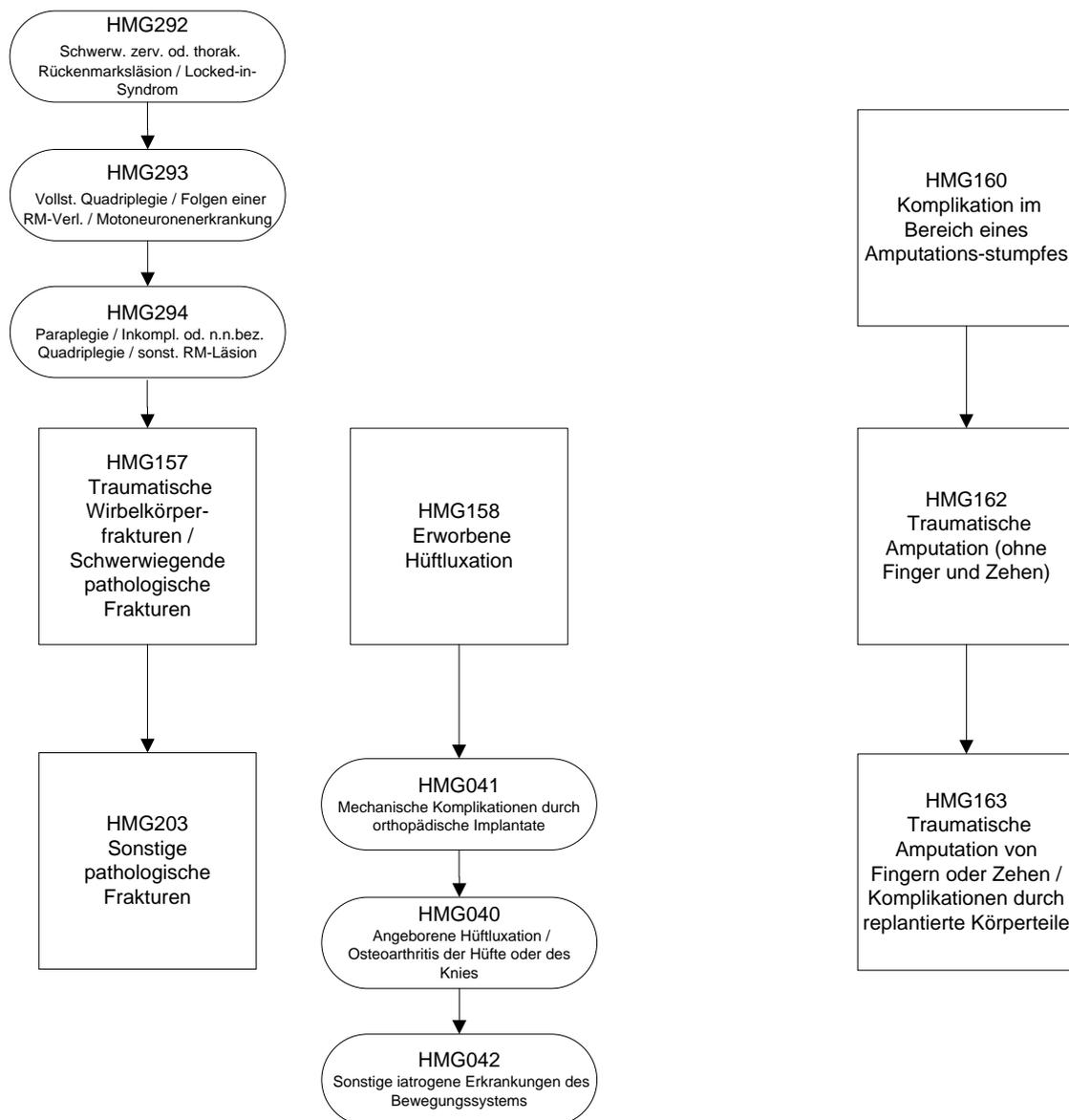
Hierarchie 21: Schwangerschaft



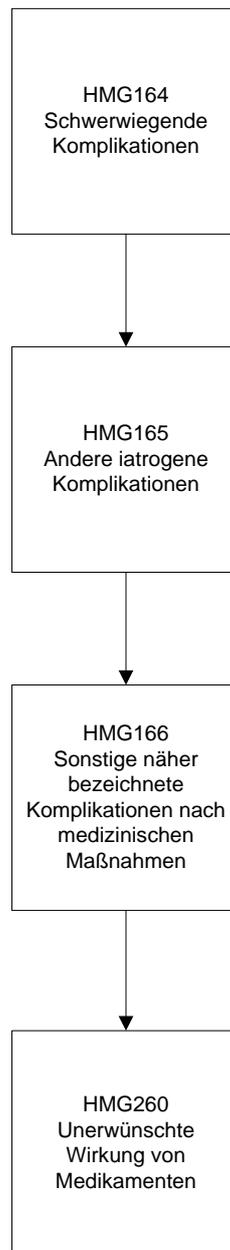
Hierarchie 22: Erkrankungen der Haut



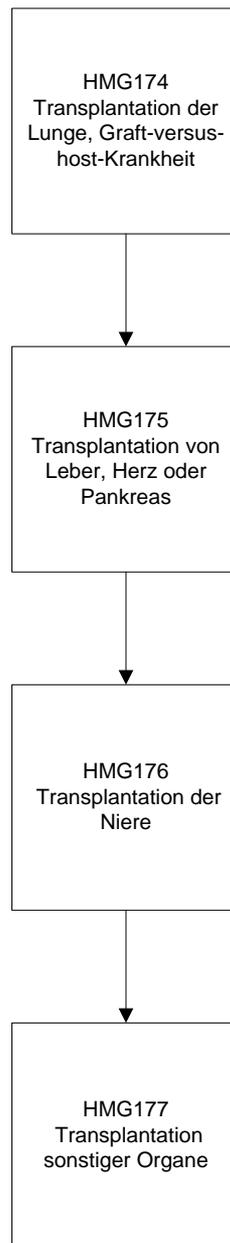
Hierarchie 23: Verletzungen



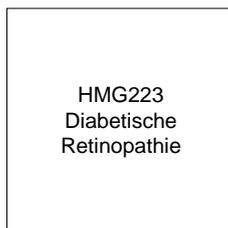
Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen



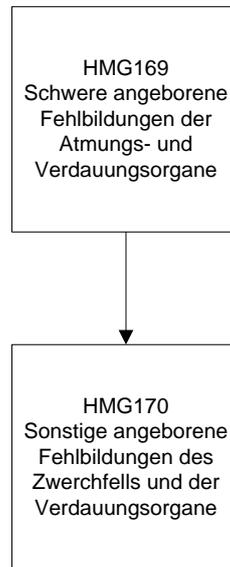
Hierarchie 25: Transplantationen



Hierarchie 26: Erkrankungen des Auges



Hierarchie 27: Erkrankungen des Neugeborenen



Hierarchie 28: Chronischer Schmerz

