

# **Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostruktur- ausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt**

## **I. Rechtliche Grundlagen**

Nach § 31 Abs. 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt (BVA) die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigenden Krankheiten nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen auf der Grundlage eines vom wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA erstellten Gutachtens festzulegen.

Die so festgelegten Krankheiten dienen als „Filter“ (§ 31 Abs. 1 Satz 2 RSAV) für ein Versichertenklassifikationsmodell, das eingesetzt werden soll, um Versicherte auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen in Risikogruppen einzuteilen (§ 29 Satz 1 Nr. 1 RSAV).

Die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells soll die Ergebnisse einer grundlegenden Untersuchung verschiedener Versichertenklassifikationsmodelle (Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich; Forschungsbericht 334 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, im Folgenden: I-GES/Wasem/Lauterbach) berücksichtigen (BT-Drs, 16/3100, 204). Für die unterschiedlichen Risikogruppen des Modells werden bei den künftigen Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds spezifische Risikozuschläge vorgesehen. Diese Zuweisungen für Risikogruppen dienen dem Zweck, den Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen zielgenauer zu ermöglichen.

Die Festlegung der Krankheiten gem. § 31 Abs. 4 S. 1 RSAV, für die auch die in § 31 Abs. 1 RSAV verankerten Kriterien zu berücksichtigen sind, ist damit ihrerseits Grundlage der nach Maßgabe derselben Vorschrift vom BVA zu treffenden weiteren Festlegungen

- der auf Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen,
- des Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen,
- des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren, und

- des Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der Risikozuschläge.

Die Festlegungen dienen der Umsetzung der in § 268 SGB V verankerten Vorgaben zur Weiterentwicklung des RSA im Sinne einer „direkten Morbiditätsorientierung“.

§ 268 Abs. 1 S. 1 Nr. 1-5 SGB V n.F. enthält die für die Festlegung des Klassifikationsmodells insgesamt maßgeblichen Ziele und Kriterien. Sie bestimmen die Weiterentwicklung des RSA insgesamt und nehmen damit Einfluss auch auf die Frage, welche Krankheiten letztlich in welcher Form zu berücksichtigen sind.

Bei den Entscheidungen über die Festlegungen nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV kommt dem BVA ein Beurteilungsspielraum zu. Dies folgt aus der Entscheidungsfindung „auf der Grundlage der Empfehlung“, aus dem Verbund der unbestimmten Rechtsbegriffe („kostenintensiv chronische Krankheit“ bzw. „Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf“) mit Bewertungsentscheidungen sowie aus dem Erfordernis der Gewichtung bzw. Abstimmung der Kriterien nach § 268 Abs. 1 S. 1 Nr. 1-5 SGB V n.F., soweit diese miteinander in Einklang zu bringen sind.

Diesem Beurteilungsspielraum gerecht zu werden, dient auch die erforderliche Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen. Sie wird sinnvoller Weise in mehreren Stufen durchgeführt, nämlich – im ersten Schritt – zu den Entscheidungsgrundlagen für die Festlegung der Krankheiten sowie – in den weiteren Schritten – zu den eigentlichen Vorschlägen des BVA betreffend die Festlegung selbst.

Die nachfolgenden Ausführungen dokumentieren die für die Festlegung der Krankheiten maßgeblichen Erwägungen unter Einbeziehung der Argumente aus der Anhörung und ihrer Würdigung und Reflexion im Lichte des Gutachtens, das als Empfehlung dient.

Die Umsetzung der Vorgaben zur Weiterentwicklung des RSA muss schließlich vor dem Hintergrund und in Kontext der mit dieser Weiterentwicklung verfolgten gesetzgeberischen Zielvorstellungen erfolgen. Die für die Weiterentwicklung des RSA maßgebliche Bestimmung, § 268 SGB V, wurde mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs“ (BGBl I 2001, 3465) eingeführt, dem eine breite und mit verschiedenen Gutachten untermauerte Diskussion um die Wirkungen und die Zielgenauigkeit des bestehenden, im Wesentlichen auf soziodemographischen Merkmalen beruhenden RSA voranging. Der Gesetzgeber verfolgte hiermit das Ziel, „einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen Krankenkassen zu ermöglichen, der zur Verbesserung der Qualität der Versorgung der kranken, schwer- und chronisch kranken

Versicherten und der Wirtschaftlichkeit führt“ (BT-Drs. 14/6432, 14). Dieses Ziel habe der auf mittelbare Morbiditätsfaktoren begrenzte RSA aufgrund verbleibender Fehlansätze bis dahin nicht erfüllen können. Durch seine Neuausrichtung sollte vor allem sichergestellt werden, „dass eine Konzentration kranker, insbesondere chronisch kranker Versicherter bei einer bestimmten Krankenkasse für diese nicht zwangsläufig mit gravierenden Wettbewerbsnachteilen verbunden ist.“ (ebd.).

Mit seiner Entscheidung vom 18. Juli 2005 hat das BVerfG diese Zielvorstellung bekräftigt:

„Der gegenwärtige Risikostrukturausgleich ist wegen seiner mittelbaren Morbiditätsorientierung nur bedingt in der Lage, den Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken zu gewährleisten. [...] Der Gesetzgeber verfolgt mit der direkten Morbiditätsorientierung legitime Ziele, weil er hierdurch den Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken verbessern und insbesondere Risikoselektion zulasten von – chronisch – Kranken vermeiden will.“ (AZ 2 BvF 2/01, Randnummer 262; BVerfGE 113, 167 [263]).

Die Umsetzung dieser Reform wurde durch das VÄndG vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I 2006, 3439 ff.) vom ursprünglich vorgesehenen Einführungstermin am 1. Januar 2007 auf den 1. Januar 2009 verschoben. Mit dem „GKV-WSG“ vom 26. März 2007 (BGBl. I 2007, 378 ff.) wurde die Einführung des direkt morbiditätsorientierten RSA mit der Einführung des Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) verbunden. Gleichzeitig wurde entschieden, den direkt morbiditätsorientierten RSA nicht vollständig, sondern zunächst auf 50 bis 80 Krankheiten begrenzt einzuführen. Der Gesetzgeber begründet diese Beschränkung mit einer „gleitenden Einführung der direkten Morbiditätsorientierung“ zur Vermeidung „nicht vorhersehbare[r] Verwerfungen in der Übergangsphase“ und einer erhöhten Planungssicherheit für die Krankenkassen (BT-Drs. 16/3100, 204).

## **II. Gutachten des wissenschaftlichen Beirats beim BVA**

Grundlage für die Festlegung der Krankheiten ist ein Gutachten, das von einem neu zu bildenden wissenschaftlichen Beirat beim BVA vorzulegen war. Dieser wissenschaftliche Beirat wurde vom Bundesministerium für Gesundheit mit Erlass vom 3. Mai 2007 gebildet. Es wurden die Professoren Reinhard Busse, Saskia Drösler, Gerd Glaeske, Wolfgang Greiner, Thomas Schäfer und Matthias Schrappe in den Beirat

berufen. Der Beirat konstituierte sich am 29. Mai 2007 und beschäftigte sich im Verlauf der folgenden Zusammenkünfte (am 22. Juni, 16. Juli, 13. August, 10. September, 8., 22. und 29. Oktober, 19. November, 11. Dezember) sowie in mehreren Telefonkonferenzen mit der Erstellung des Gutachtens. Sowohl das Bundesministerium für Gesundheit als auch das BVA waren durch ihre Teilnahme an den Sitzungen über den Stand der Beratungen informiert. Bezüglich wesentlicher Fragestellungen, die sich im Kontext der Krankheitsauswahl ergaben, wurde den Spitzenverbänden der am RSA teilnehmenden Krankenkassen die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt. Ein entsprechender Erörterungstermin fand am 8. Oktober 2007 in Bonn statt. Das Gutachten wurde am 19. Dezember 2007 dem BVA übergeben. Ein Erörterungstermin des Beirats mit den Spitzenverbänden der am RSA teilnehmenden Krankenkassen fand am 18. Januar 2008 statt.

#### **a) Methodisches Vorgehen**

Die Gutachter schlagen ein empirisch-datengestütztes Vorgehen bei der Krankheitsauswahl vor. Als empirische Basis wird der beim BVA vorliegende Datensatz nach § 30 RSAV für die Jahre 2005 und 2006 nach Überprüfung der Daten auf Plausibilität herangezogen. Alle Auswahlkriterien werden in Hinblick auf diesen Datensatz operationalisiert.

#### **b) Krankheitsbegriff**

Die Gutachter schlagen vor, zur Operationalisierung des Begriffes „Krankheit“ auf die Diagnosegruppen (DxGruppen) des DCG/HCC-Versichertenklassifikationsmodells zurückzugreifen. Es handelt sich dabei um die Diagnosekomponente des von IGES/Wasem/Lauterbach vorgeschlagenen Versichertenklassifikationsmodells IPHCC+RxGroups. Gegenüber einem Vorgehen, das sich allein auf die Codes der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) stützt, habe dies die Vorteile, dass die Fallzahlen je Diagnosegruppe höher sind als auf Ebene der Einzeldiagnosen, dass Variationen in der Dokumentationspraxis durch die Bildung der Gruppen aufgefangen werden und dass Schweregraddifferenzierungen unterschiedlich erfasst werden (S. 13 f.).

Die Anwendung der Auswahlkriterien wird auf Ebene der DxGruppen angewandt. Dabei bilden die DxGruppen alleine keine Krankheit; vielmehr werden die Krankheiten aus der Zusammenführung der ausgewählten DxGruppen gebildet (S. 18). Die

Gutachter begründen dieses Vorgehen damit, dass somit eine Auswahl gewährleistet sei, wenn sich nur einzelne Verlaufsformen einer Krankheit als kostenintensiv chronisch oder schwerwiegend erweisen (S. 14).

### **c) Auswahl „kostenintensiv chronischer Krankheiten“**

Die Gutachter empfehlen, solche Diagnosegruppen als chronisch anzusehen, für die bei mehr als 50 % der Betroffenen gilt, dass die entsprechende Diagnosegruppe in mindestens zwei Quartalen eines Jahres dokumentiert wird. Hierzu wird auf die gesicherten Diagnosen der vertragsärztlichen Versorgung zurückgegriffen. Dabei ist unerheblich, ob sich die Diagnose im Folgequartal oder einem späteren Quartal wiederholt. Zum Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden schlagen die Gutachter vor, dass Diagnosen von Personen, die weniger als 92 Versichertentage versichert waren, so behandelt werden, als wären sie in mindestens zwei Quartalen aufgetreten.

Neben dem Kriterium der Chronizität wurde auch die Kostenintensität operationalisiert. Hierzu wurden alle Diagnosegruppen nach ihren gewichteten Ausgaben (siehe e)) sortiert und die obersten 30 % als kostenintensiv bezeichnet.

Für eine Auswahl muss eine Diagnosegruppe sowohl chronisch als auch kostenintensiv sein.

### **d) Auswahl „schwerwiegender Krankheiten“**

Während bei der Operationalisierung der kostenintensiv chronischen Krankheiten allein die Diagnosen der vertragsärztlichen Versorgung herangezogen wurden, schlägt der Beirat zur Operationalisierung der schwerwiegenden Krankheiten vor, auf die Vorkommenshäufigkeit einzelner Diagnosegruppen in der stationären Versorgung (bezogen auf die gesamte Vorkommenshäufigkeit) zurückzugreifen. Eine Diagnosegruppe kann nur dann als schwerwiegend bezeichnet werden, wenn sie eine Hospitalisierungsquote von mindestens 5 % aufweist. Außerdem werden die Diagnosegruppen nach ihren gewichteten Ausgaben (siehe e)) sortiert und die obersten 30 % ausgewählt.

Für eine Auswahl muss eine Diagnosegruppe sowohl die Mindesthospitalisierungsquote, als auch das Kostenkriterium erfüllen.

### **e) Kostenbewertung zur Auswahl der Krankheiten**

Sowohl bezogen auf das Kriterium „kostenintensiv chronisch“, als auch „schwerwiegend“, schlugen die Gutachter vor, die Auswahl anhand der gewichteten Kostenverteilung zu treffen. Zur Ermittlung dieser Kosten schlugen die Gutachter vor,

- gemäß der Festlegung auf ein prospektives Ausgleichsverfahren (§ 31 Abs. 1 Satz 2 RSAV) die mit der Diagnosegruppe verbundenen Kosten im Folgejahr heranzuziehen,
- je Diagnosegruppe die mittleren Kosten aller Versicherten, die mindestens einmal im Jahr eine Diagnose in der Diagnosegruppe dokumentiert hatten, zu ermitteln,
- die entsprechenden mittleren Ausgaben von nicht ganzjährig versicherten Personen mit Ausnahme der verstorbenen Versicherten auf ein volles Jahr hochzurechnen (Annualisierung),
- die Mittelwerte anhand des statistischen Verfahrens der Winsorisierung um Ausreißer zu bereinigen,
- die Kosten alters- und geschlechtsstandardisiert durch eine indirekte Standardisierung zu ermitteln und die Ergebnisse als Relativwert auszuweisen, um unterschiedlichen populationsspezifischen Verteilungen verschiedener Erkrankungen Rechnung zu tragen, sowie
- die Ausgaben mit dem Logarithmus der Prävalenz zu gewichten.

Eine Prävalenzgewichtung wird von den Gutachtern als notwendig angesehen, um der Zielsetzung des Gesetzgebers gerecht zu werden, Krankheiten auszuwählen, die „besondere Bedeutung für das Versorgungsgeschehen“ haben bzw. einen „wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen“ haben (BT-Drs. 16/3100, 204). Würde keine Prävalenzgewichtung vorgenommen, würden nur seltene, aber sehr teure Krankheiten ausgewählt. Die Gutachter empfehlen jedoch, die Prävalenz so schwach wie möglich zu gewichten, um durch die damit bedingte Auswahl seltener, teurer Krankheiten die Abschaffung des Risikopools zur solidarischen Finanzierung besonders aufwändiger Leistungsfälle (§ 269 SGB V) zu kompensieren (S. 25). Die logarithmische Prävalenzgewichtung stelle dabei die schwächstmögliche Form der Berücksichtigung der Prävalenz dar.

## **f) Anpassung aufgrund medizinischer Bewertungen und spezifischer Anreizwirkungen**

Das empirisch-datengetriebene Vorgehen der Gutachter wird nach der Auswahl der kostenintensiv-chronischen und schwerwiegenden Diagnosegruppen mit einem „klinisch, sozialmedizinisch, gesundheitsökonomisch und versorgungspolitisch geprägten Diskurs der Beiratsmitglieder“ (S. 32) zur Krankheitsbildung abgeschlossen.

Dabei werden vom Beirat folgende Kriterien verwendet:

- Diagnosegruppen, bei denen es sich um Symptome, Zustandsbeschreibungen oder prozedurale Diagnosen handelt, werden ausgeschlossen.
- Die Auswahl soll hierarchisch konsistent sein, d.h. wird eine klinisch leichtere Form der Erkrankung ausgewählt, so soll entweder auch die schwerwiegendere Form berücksichtigt oder auch die leichtere Form ausgeschlossen werden.
- Bei der Auswahl der Diagnosegruppen sind Anreize zum Upcoding zu vermeiden, Anreize zum spezifischen Kodieren hingegen zu setzen.
- Erkrankungen, die der Primär- oder Sekundärprävention zugänglich sind, sind nicht zu berücksichtigen, um Fehlanreize zu vermeiden, die zur Unterlassung von Präventionsmaßnahmen führen könnten.

Neben den 209 kriteriengestützt ausgewählten Diagnosegruppen, wurden 14 weitere Gruppen aufgenommen, um die hierarchische Konsistenz der Krankheitsauswahl zu gewährleisten. Gleichzeitig wurde bei 24 ausgewählten Diagnosegruppen aus versorgungspolitischen Gründen empfohlen, diese nicht zu berücksichtigen.

## **g) Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats**

Im abschließenden Kapitel geben die Gutachter folgende Empfehlungen:

- Der gesetzlich vorgesehene Schwellenwert von 50 % über den Durchschnittsausgaben sollte nach Ansicht der Gutachter altersadjustiert werden. Auch sollte sich der Schwellenwert nicht an den durchschnittlichen Ausgaben orientieren, sondern an den Perzentilen der Kostenverteilung.
- Bezüglich der strukturierten Behandlungsprogramme, deren Abkoppelung vom RSA der Gesetzgeber vorgesehen hat, schlagen die Gutachter eine weitere Förderung vor. Diese kann durch eine weiterhin an eine Einschreibung gekoppelte Zuweisung oder durch zweckgebundene Zuweisungen erfolgen.

- Kosten für kurative Maßnahmen bei Erkrankungen, die der Primär- oder Sekundärprävention zugänglich sind, sollten nur teilweise ausgeglichen werden.
- Bezüglich der Datengrundlage soll eine zusätzliche Plausibilitätsprüfung auf Basis der Stichprobengeburtstage durchgeführt werden, und der Stichprobenumfang überprüft werden.

### **III. Stellungnahmen der Spitzenverbände zur Methodik des Gutachtens**

Das BVA hat am 9. Januar 2008 das Gutachten an die Spitzenverbände verschickt und damit eine Anhörung zu den Entscheidungsgrundlagen bei der Festlegung der zu berücksichtigenden Krankheiten eingeleitet. Den Spitzenverbänden wurde eine Frist zur Stellungnahme bis zum 1. Februar 2008 eingeräumt. Im Folgenden werden die wesentlichen Inhalte der abgegebenen Stellungnahmen zusammengefasst.

#### **a) Methodisches Vorgehen**

Der Vorschlag der Gutachter, die Auswahl der Krankheiten empirisch-datengestützt vorzunehmen wurde von keiner Seite angegriffen, sondern vielmehr seitens des AOK-BV, des VdAK/AEV und des IKK-BV ausdrücklich begrüßt. Allerdings macht der VdAK/AEV Vorbehalte hinsichtlich der Validität der Datenbasis geltend. Insbesondere wären die Pseudonyme bei den Krankenkassen, die an das Softwaresystem ISKV angeschlossen sind (Innungskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und einige Ersatzkassen) nicht kassenübergreifend zusammengeführt worden, da die Neulieferung dieser Krankenkassen nicht abgewartet worden sei. Auch sei der Rückgang des Anteils der gesicherten Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung vom Jahr 2005 auf das Jahr 2006 bedenklich.

AOK-BV und KBS machen grundsätzlich geltend, dass der Beirat versäumt habe zu überprüfen, ob nach der Auswahl der Krankheit für den zukünftigen RSA noch eine Prognosegüte von 12 % gemessen an der Messgröße  $R^2$  (BT-Drs. 16/3100, 204) gewährleistet sei.

#### **b) Krankheitsbegriff**

Gegen die Verwendung der DxGruppen als Analyseeinheit machen der AOK-BV und die KBS Bedenken geltend. Die Aufspaltung einer Krankheit in mehrere DxGruppen



führe zu einer unzulässigen Teilung von an sich untrennbaren Krankheitsentitäten. Auch käme es aufgrund dieser Aufspaltung zum Teil zu sehr geringen Fallzahlen je Analyseeinheit. BKK-BV und VdAK/AEV halten die DxGruppen als Analyseeinheit hingegen für grundsätzlich geeignet, allerdings macht der BKK-BV auch auf die geringen Fallzahlen aufmerksam.

Die Definition einer Krankheit als Gruppe von DxGruppen wird vom AOK-BV ausdrücklich begrüßt. Der BKK-BV macht hingegen geltend, dass der Begriff einer „eng abgegrenzten Krankheit“ nur auf eine DxGruppe zutreffen. Eine anschließende Zusammenfassung von DxGruppen sei daher nicht sachgerecht. In einem Minderheitenvotum zur Stellungnahme des VdAK/AEV schließen sich die Techniker Krankenkasse und die Kaufmännische Krankenkasse dieser Position an.

Die Abgrenzung von Krankheiten allein über Diagnosen wird von AOK-BV, VdAK/AEV, IKK-BV und KBS kritisiert. Ihrer Ansicht nach hätte der Beirat hierzu auch die Arzneimittelverordnungen heranziehen müssen. Nach §§ 29 Nr. 1 und 31 Abs. 2 S. 3 RSAV sei die Verwendung von Arzneimittelverordnungen im Klassifikationsmodell zwingend vorgeschrieben; aus sachlichen Gründen gelte dies ebenso für die Krankheitsauswahl. Insbesondere nach Ansicht des AOK-BV hat die Nicht-Berücksichtigung von Arzneimittelverordnungen zu einer „Verdünnung“ der Kostenintensität der betrachteten Analyseeinheiten geführt, so dass eine Einbeziehung der Arzneimittelverordnungen zu einer anderen Krankheitsauswahl geführt hätte. Der AOK-BV merkt überdies an, dass für den ambulanten Sektor keine verbindlichen Ko-dierrichtlinien bestünden. So seien beispielsweise Hausärzte nicht dazu verpflichtet, die 5. Stelle der ICD-Kodierung zu nutzen, die in einigen Fällen jedoch relevant für die Zuordnung zu einer DxGruppe sei.

### **c) Auswahl „kostenintensiv chronischer Krankheiten“**

Die Operationalisierung des Kriteriums „Chronizität“ wird insgesamt nicht angegriffen, auch wenn der VdAK/AEV geltend macht, dass die eher „schlichte Definition“ in nicht näher spezifizierter Weise „vertieft“ werden müsste, und der BKK-BV geltend macht, dass die Anforderung zweier nicht zusammenhängender Leistungsquartale zu schwach sei. Auch hätte aus Sicht des BKK-BV die Berechnung auf Basis der Diagnosen des Jahres 2006 und nicht auf Basis des Jahres 2005 erfolgen sollen. Die Einbeziehung von Versicherten mit weniger als 92 Versichertentagen wird von VdAK/AEV und BKK-BV als nicht sachgemäß angesehen.

#### **d) Auswahl „schwerwiegender Krankheiten“**

Die Verwendung der Hospitalisierungsquote wird von AOK-BV, VdAK/AEV und KBS kritisiert. AOK-BV und KBS machen geltend, dass die alleinige Betrachtung stationärer Behandlungsfälle schwere Erkrankungen mit hohen Arzneimittelaufwendungen oder bspw. eine ambulante Chemotherapie außen vor lassen würden. Die KBS macht zudem darauf aufmerksam, dass Umsteuerungsbemühungen z.B. im Rahmen der integrierten Versorgung konterkariert würden.

#### **e) Kostenbewertung zur Auswahl der Krankheiten**

Der Vorschlag der Gutachter zur Kostenbewertung bei der Auswahl der Krankheiten wird von allen Spitzenverbänden kritisiert. Lediglich die Verwendung der prospektiven Kosten findet einhellige Zustimmung.

#### ***Verwendung der mittleren Kosten***

Die Verwendung der mittleren Kosten je Diagnosegruppe führt nach Ansicht des BKK-BV zur falschen Berücksichtigung der Kosten der Multimorbidität. Nach seiner Ansicht hätten die krankheitsbezogenen Kosten mit Hilfe eines multiplen Regressionsmodells ermittelt werden müssen.

#### ***Annualisierung der Kosten***

Aus Sicht des VdAK/AEV ist die Annualisierung der Kosten nur aufgrund der Meldeproblematik bei den ISKV-Kassen notwendig geworden. Das Verfahren führe zu verzerrten Ergebnissen bei akuten, einmaligen Behandlungen und sei daher allenfalls als temporäre Näherungslösung akzeptabel.

#### ***Winsorisierung der Ausreißer***

Nach Ansicht des VdAK/AEV führt die Winsorisierung zu einer Verfälschung der tatsächlichen Verhältnisse, sei aber akzeptabel.

#### ***Alters- und Geschlechtsstandardisierung***

Während der VdAK/AEV die vorgenommene Alters- und Geschlechtsstandardisierung für sachgerecht hält, führt diese nach Ansicht des AOK-BV und der KBS zu einer systematischen Unterbewertung der Krankheiten älterer und einer Bevorzugung jüngerer Versicherter. Dies widerspreche der Zielsetzung der RSAV. Darüber hinaus

macht der AOK-BV darauf aufmerksam, dass die Berechnung der relativen Kosten die dahinterstehenden Kostendifferenzen nicht richtig abbildete.

### ***Logarithmische Prävalenzgewichtung***

Die Berücksichtigung der Prävalenz der Krankheiten nur in ihrer logarithmisierten Form wird von allen Verbänden hinterfragt. Der AOK-BV macht geltend, dass dieses Kriterium zur Nichtaufnahme verbreiteter Volkskrankheiten führe. Die Ziele des Gesetzgebers, Risikoselektion zu vermeiden sowie Krankheiten auszuwählen, die „für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen haben“ (BT-Drs. 16/3100, 204), würden somit nicht erreicht. Auch die Begründung der Gutachter, durch die Auswahl seltener teurer Krankheiten kleinere Krankenkassen nach Abschaffung des Risikopools zu schützen, wurde unter Hinweis auf das Verfahren nach § 265 SGB V hinterfragt. Ähnlich argumentieren KBS und IKK-BV, die im Ergebnis ebenfalls für eine lineare Prävalenzgewichtung plädieren. Abweichend von ihrem Verband befürworten allerdings die IKK Sachsen und die IKK-direkt die logarithmische Prävalenzgewichtung.

Der BKK-BV sieht hingegen durch die logarithmische Prävalenzgewichtung eine Überbewertung häufiger Diagnosen. Auch macht er darauf aufmerksam, dass hierdurch hierarchische Inkonsistenzen bei der Krankheitsauswahl entstünden. Abweichend hiervon spricht sich die Deutsche BKK für eine konsequentere Berücksichtigung der Prävalenz aus.

Der VdAK/AEV kann zwar die Zielsetzung der Gutachter nachvollziehen, hält aber die Wahl des Logarithmus für nicht ausreichend begründet. In eigenen Stellungnahmen lehnt die Barmer Ersatzkasse die logarithmische Prävalenzgewichtung mit ähnlichen Argumenten wie der AOK-BV ab, während die Kaufmännische Krankenkasse die gewählte Prävalenzgewichtung für vertretbar hält.

## **f) Anpassung aufgrund medizinischer Bewertungen und spezifischer Anreizwirkungen**

### ***Medizinische Gesichtspunkte***

1) Der AOK Bundesverband hält die Auftrennung von Erkrankungen wie Colitis ulcerosa in verschiedene Altersgruppen für artifiziell und medizinisch nicht plausibel. Fer-

ner führe die Differenzierung auf DxGruppen-Ebene (Beispiel: Zervixkarzinom bzw. Uteruskarzinom) zu medizinisch nicht plausiblen Ergebnissen.

2) Auch nach Ansicht der Knappschaft Bahn See (KBS) führt die Trennung medizinisch engverwandter Erkrankungen, die sich dazu im Ressourcenverbrauch kaum unterscheiden, wie Colitis ulcerosa/M.Crohn bzw. Zervixkarzinom/Uteruskarzinom, zu medizinisch nicht plausiblen Ergebnissen.

3) Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV) hält die Anpassung und Zuordnung einzelner DxGruppen an einigen Stellen für nicht plausibel bzw. problematisch. Insbesondere werden genannt:

- Berücksichtigung der Atherosklerose ohne Folgekrankheiten (DxGruppen 428, 437),
- Einbeziehung der DxGruppe 85 „Carcinoma in situ“ in die Krankheit „Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane“
- Einbeziehung der DxGruppe 259 „Schädlicher Gebrauch von Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom“ und der DxGruppe 260 „Schädlicher Gebrauch von Alkohol ohne Abhängigkeitssyndrom“ in die Krankheit „Schwerwiegender Alkohol- und Drogenmissbrauch“
- Mangelnde Differenzierung zwischen ein- und beidseitiger Hydronephrose und Einbeziehung von Harnableitungsstörungen in die Krankheit „Hydronephrose“.

4) Die Barmer Ersatzkasse kritisiert, dass die im Gutachten bezeichnete Krankheit Nr. 75 die pathologische Fraktur allein auf den Oberarm (Humerus) begrenze. Da diese Einschränkung nicht die aktuelle Versorgungsrealität widerspiegeln, empfiehlt die Barmer Ersatzkasse die Einbeziehung der pathologischen Frakturen der Beckenregion und des Oberschenkels. Es wird ferner angeregt, die Krankheit 18 „Störungen des Flüssigkeitshaushalts“ aus der Auswahl herauszunehmen, da es sich hierbei um eine Akuterkrankung handle, die keine hohen Folgekosten erwarten ließe. Aufgrund klinisch fließender Übergänge empfiehlt die Barmer Ersatzkasse, die leichte Depression (DxGruppe 269) in die Krankheit „Schwere Depression“ (Nr. 36) aufzunehmen und diese dann in „Depression“ umzubenennen.

### **Anreizwirkung**

Die von den Gutachtern herangezogenen Kriterien der Möglichkeiten der Prävention und des Einflusses auf das Kodierverhalten werden von allen Spitzenverbänden einhellig abgelehnt. Hierin wird eine „Überfrachtung“ des RSA gesehen, für die auch keine rechtliche Grundlage gesehen wird. Vor allem wird die Auffassung vertreten, dass diesen Kriterien eine Überschätzung der Einflussmöglichkeiten der Krankenkassen auf die Präventionsbemühungen der Versicherten oder das Kodierverhalten der Ärzte zugrunde liege. Auch die Berücksichtigung weiterer Kriterien bei der Anpassung der Krankheitsauswahl durch den Beirat, wie Verbesserung der Kodierqualität und Vermeidung von Komplikationen, wird durch die meisten Spitzenverbände abgelehnt, da darin ebenso eine Überfrachtung des RSA zu Lasten der Praktikabilität und Zielgenauigkeit gesehen wird.

### **g) Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats**

Die Spitzenverbände weisen darauf hin, dass die Vorschläge zur weiteren Berücksichtigung der Einschreibung in strukturierten Behandlungsprogrammen sowie die Abschlüsse für präventierbare Krankheiten nicht durch die Rechtslage gedeckt seien. Aus Sicht des AOK-BV und der KBS ist das Fehlen einiger Krankheiten in der endgültigen Auswahl, für die gegenwärtig ein strukturiertes Behandlungsprogramm vorgesehen ist, generell problematisch, da es sich bei diesen nach § 137 f SGB V um kostenintensive chronische Krankheiten handele.

Die Meldung des Geburtsdatums der Stichprobenversicherten hält der VdAK/AEV für verzichtbar.

## **IV. Weitere Stellungnahmen**

Neben den Stellungnahmen der Spitzenverbände der am RSA beteiligten Krankenkassen sowie abweichenden Stellungnahmen von Einzelkassen erreichten auch weitere Erklärungen das BVA. Es gingen Stellungnahmen

- des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)
- der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihrer Angehörigen e.V. (BAG Selbsthilfe)
- der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

- des Bundesverbandes Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh)
- der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG)
- der Deutschen Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung e.V. (DCCV)
- der Deutschen Dystonie Gesellschaft e.V. (DDG)
- der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)
- der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. (DGSMP)
- der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. gemeinsam mit dem Bundesverband der Pneumologen (DPG/BDP)
- des Deutschen Psoriasis Bund e.V. (DPB)
- der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V. (DRL)
- der Gesellschaft für pädiatrische Pneumologie e.V. (GGP)
- der Hirnliga e.V.
- der Regionalen Expertenkreise Osteoporose in Deutschland (REKO)
- der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)
- des Sozialverbandes VdK Deutschland e.V.
- der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

sowie eine Einzelstellungnahme von Prof. Dr. Jürgen Wasem ein. Darüber hinaus übermittelte die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein in Kooperation mit der Barmer Ersatzkasse und dem AOK-BV entstandenes Papier mit konkreten Anregungen und Änderungsvorschlägen aus medizinischer Perspektive.

Die wesentlichen vorgebrachten Punkte dieser Stellungnahmen werden im Folgenden dargestellt.

### **a) Methodisches Vorgehen**

Das Vorgehen der Gutachter wird von der KBV und Prof. Wasem grundsätzlich befürwortet. Die Datengrundlage wird von der BAG Selbsthilfe und der DRL als veraltet kritisiert, während Prof. Wasem von einer validen Datengrundlage spricht.

### **b) Krankheitsbegriff**

Während die Verwendung der DxGruppen von KBV, BPtK und Prof. Wasem für sachgerecht angesehen wird, kritisieren BAG Selbsthilfe und DPB einen ihrer Ansicht nach viel zu engen Krankheitsbegriff. Die Nicht-Berücksichtigung von Verordnungsdaten wird von DCCV, DPB, DPG/BDP und KBV problematisiert.

### **c) Auswahl „kostenintensiv chronischer Krankheiten“**

Die Operationalisierung über das Kriterium der Diagnosepersistenz wird von der BPtK positiv gewertet. BAG Selbsthilfe, DRL und die REKO verlangen hingegen eine Diagnosepersistenz von mindestens einem Jahr. Prof. Wasem hält die Beschränkung auf ambulante Diagnosen für „sinnvoll, aber nicht notwendig“, mahnt aber eine medizinische Plausibilisierung der Daten an. Zudem weist Prof. Wasem auf das bereits vom AOK-BV vorgetragene Problem der nicht notwendigerweise 5-stelligen Kodierung im Hausarztsektor hin.

### **d) Auswahl „schwerwiegender Krankheiten“**

BAG Selbsthilfe, DPB, DPG/BDP und DAIZG kritisieren, dass mit der Operationalisierung dieses Kriteriums kostenrelevante Krankheiten, die im Regelfall nicht stationär behandelt werden, unterschätzt würden. Prof. Wasem weist darauf hin, dass dieses Kriterium zum Einschluss vieler typischer Krankenhauserkrankungen führe, die wenig prävalent seien.

### **e) Kostenbewertung zur Auswahl der Krankheiten**

Die versichertenbezogene prospektive Kostenbetrachtung wird nur von der DCCV kritisiert. BAG Selbsthilfe, DAIZG und DPB führen an, dass die Verwendung der mittleren Kosten die Ko-Morbiditäten ausblende. Für eine Einbeziehung der psychosozialen und indirekten Kosten plädiert der DPB. Die Alters- und Geschlechtsstandardisierung wird von der BPtK begrüßt, von Prof. Wasem und der DRL hingegen kritisiert, da diese einer Verschiebung zu Gunsten weniger bedeutender Krankheiten bewirke und laut der DRL und der REKO eine Verzerrung zu Ungunsten von Erkrankungen, die im höheren Lebensalter auftreten, führe. Eine Berücksichtigung von Informationen über Fehl- und Unterversorgung bei den Kosten fordern BPtK, DRL, BAG Selbsthilfe, DAIZG und DPB.

Die logarithmische Prävalenzgewichtung wird von VdK, DCCV, DAIZG, KBV, BPtK, DRL, DPG/BDP, der REKO und Prof. Wasem kritisch gesehen. Diese fordern einer stärkere Beachtung der Prävalenz, um Krankheiten mit hoher Bedeutung für das Versorgungsgeschehen zu berücksichtigen.

#### **f) Anpassung aufgrund medizinischer Bewertungen und spezifischer Anreizwirkungen**

Nach Ansicht der BFOU können die pathologische Humerusfraktur und die proximale Femurfraktur Ausdruck einer Osteoporose als Grunderkrankung darstellen, wenngleich das Kriterium pathologisch in diesen Geschehnissen multigenetisch zu verstehen sei und neben der Osteoporose auch andere Genesen einschließen könne.

BDRh bewertet die in der Krankheitsauswahl befindlichen rheumatologischen Erkrankungen gegenüber anderen Diagnosen aus dem rheumatologischen Formenkreis (wie z.B. rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematodes, Vaskulitiden) als wenig kostenintensiv und selten. Als Ursache für die Nichtberücksichtigung dieser nach Ansicht des BDRh relevanten Diagnosen wird eine fehlerhafte Datenlage aufgrund Unterkodierung vermutet.

Die BPtK schlägt für den Bereich psychischer Erkrankungen eine Reihe von Anpassungen auf Ebene der DxGruppen vor. Demnach sei eine Aufteilung in schwere und weniger schwere depressive Episoden unter klinischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten nicht sinnvoll. Ebenso sei eine Auftrennung der Angststörungen in fünf DxGruppen angesichts diagnostischer Überlappungen und Komorbiditätsmuster als eine Überdifferenzierung zu bewerten, da die Gruppe der Angststörungen hinsichtlich ihrer Ätiologie, Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten eine relativ homogene Störungsgruppe darstelle. Die BPtK regt daher an, die verschiedenen Angststörungen in einer DxGruppe zusammenzufassen. Als Alternative wird eine Zusammenfassung der affektiven Störungen und der Angststörungen zu einer gemeinsamen Krankheitsgruppe vorgeschlagen. Darüber hinaus macht die BPtK darauf aufmerksam, dass die Krankheitsgruppe 35 „Schizophrenie, schizotype, wahnhaft und dissoziative Störungen“ keine dissoziativen Störungen beinhalte und daher entweder in „Psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen“ oder in „Schizophrenie, schizotype, wahnhaft und Persönlichkeitsstörungen“ umbenannt werden sollte.

Die BAG Selbsthilfe kritisiert, dass Erkrankungen wie „Krebs“ und „Diabetes mellitus“ unsachgemäß in zu viele Krankheitsgruppen aufgeteilt worden seien. Ferner sei die Unterteilung „terminale Lebererkrankungen“ und „Leberzirrhose“ bzw. „Schlaganfall“ und „Aphasie“ nicht sachgerecht. Die BAG Selbsthilfe führt aus, dass „Herzstillstand“ und „Schock“ keine Erkrankungen darstellten und dass „Niereninsuffizienz“ eine Fol-



ge unterschiedlicher Erkrankungen und kein eigenständiges Krankheitsbild sei. Ferner stellen nach Ansicht der BAG Selbsthilfe „Blutungen in der Frühschwangerschaft“ ebenso wenig eine chronische Krankheit wie „schwerwiegende Probleme während der Perinatalperiode“ dar. Für den Umgang mit schwerwiegenden kostenintensiven seltenen Erkrankungen fordert die BAG Selbsthilfe die Aufnahme einer entsprechenden Generalindikation in den Morbiditätsfilter.

In der gemeinsamen Stellungnahme der DGP/BDP wird auf eine Kostenverdünnung bei der DxG 451 (Emphysem/chronische Bronchitis) durch die einfache chronische Bronchitis hingewiesen. Es wird eine differenziertere Betrachtung der COPD unter Einbeziehung des Schweregrades anhand des ICDs empfohlen. Ferner weisen die Verbände darauf hin, dass der in der Krankheitsauswahl enthaltene Diagnosecode Q33.1 („Akzessorischer Lungenlappen“) keinen Krankheitswert besitze und keine Kosten verursache.

DRL kritisiert, dass Erkrankungen, wie z.B. Psoriasis, in zwei verschiedene Diagnosegruppen aufgeteilt werden. Ebenso würden einzelne Behandlungsschritte oder Folgeerkrankungen in eigenen Diagnosegruppen berücksichtigt.

Die REKO bemängelt eine uneinheitliche, nicht nachvollziehbare Datenlage zur pathologischen Humerusfraktur und zur Femurfraktur. Basierend auf einer zu niedrigen Inzidenz der Femurfraktur im Gutachten gegenüber der Krankenhausstatistik des Bundes würde eine nicht zutreffende Bewertung der Femurfraktur (DxGruppe 645) resultieren.

In der gemeinsamen Ausarbeitung von KBV, AOK-BV und Barmer Ersatzkasse wird das Fehlen von aus medizinischer Sicht wesentlichen Diagnosen bemängelt und eine Ergänzung der Krankheitsliste um häufige Erkrankungen mit überdurchschnittlichen Kosten sowie um seltene, besonders schwerwiegende Erkrankungen vorgeschlagen:

- Aufnahme weiterer bösartiger Neubildungen
- Zusammenfassen der intrakraniellen Tumoren in einer Krankheit
- Aufnahme von angeborenen metabolischen Störungen
- Korrektur der medizinischen Zuordnung des ductalen Carcinoma in situ
- Gesonderte Bewertung der ICD D47 aus der DxGruppe 92
- Zusammenfassung von Krankheit 14 und 15 zu „Diabetes mellitus“
- Aufnahme der DxGruppe 104 zu Diabetes mellitus

- Aufnahme der Erkrankungen der Hypophyse, der Nebenschilddrüse, des Thymus und pluriglandulärer Erkrankungen
- Streichung der ICD-Kodes aus E84 (Volumenmangel)
- Gemeinsame Bewertung von Colitus ulcerosa und Morbus Crohn als „chronisch entzündliche Darmerkrankung“
- Berücksichtigung von Erkrankung des rheumatischen Formenkreises mit Ausnahme des ICD-Kodes M35
- Aufnahme der Alzheimer-Erkrankung
- Aufnahme der rezidivierenden Myokardinfarkte und der koronaren Herzerkrankung
- Aufnahme von schweren Herzklappenstörungen
- Aufnahme der obstruktiven Lungenerkrankungen
- Aufnahme bislang unberücksichtigter angeborener Herzfehler und Fehler der großen Gefäße
- Berücksichtigung der feuchten Makuladegeneration
- Erweiterung der pathologischen Frakturen
- Streichung der Krankheit 72 (Blutung in der Frühschwangerschaft)

Prof. Wasem macht darauf aufmerksam, dass die Förderung der Prävention nicht Aufgabe des RSA sei und dass die Berücksichtigung dieses Ziels zu Lasten der eigentlichen Aufgabe, nämlich der Verhinderung von Risikoselektion, gehe. Die BAG Selbsthilfe weist darauf hin, dass eine Nicht-Berücksichtigung von Krankheiten, die der Primär- oder Sekundärprävention zugänglich sind, zum Wegbrechen noch vorhandener Präventionsprogramme führen könne.

#### **g) Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats**

Die Empfehlungen des Beirats werden von der vzbv vollständig unterstützt. Die BPtK spricht sich für eine Altersadjustierung des Schwellenwertes aus. Die DGSMP vertritt die Ansicht, dass der morbiditätsorientierte RSA die Durchführung präventiver Investitionen hemme, weshalb einer „Benachteiligung der Prävention“ außerhalb des RSA entgegengewirkt werden müsse. Sollte eine solche externe Lösung nicht umsetzbar sein, so schließt sich der DGSMP-Vorstand (mit Ausnahme von Prof. Wasem) dem Vorschlag des Beirats an, Zuschläge für präventierbare Erkrankungen (zumindest temporär) nur teilweise zu gewähren. Auch der Kopplung der Zuschlagsgewährung

an ein „Einschreibemerkmale“ eines Versicherten wird von Seiten der DGSMF zugestimmt.

## **V. Berechnungsfehler im Gutachten**

Durch die Anhörung wurde ein Berechnungsfehler bei den empirischen Arbeiten zum Gutachten aufgedeckt. Hierüber wurden die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats sowie die Teilnehmer am Anhörungsverfahren am 22. Februar 2008 schriftlich unterrichtet.

Der Fehler betrifft die ambulanten Diagnosen der Jahre 2005 und 2006. Beide Datensätze wurden bei der Aufbereitung im BVA mit der jeweils falschen Jahreszahl versehen. Hinsichtlich der Auswertung ergibt sich daraus hauptsächlich, dass die mittleren Leistungsausgaben der Auswertung „kostenintensiv / chronisch“ nicht prospektiv, sondern zeitgleich berechnet wurden. Im Ergebnis kommt es dadurch zu einer monetären Überbewertung typischer akuter Ereignisse. Zudem wurden die im Gutachten ausgewiesenen „Chronizitätsraten“ – anders als im Gutachten beschrieben – auf Grundlage von Diagnoseinformationen des Jahres 2006 berechnet.

Unter Anwendung der datengestützten Methodik des Gutachtens konnten die Auswertungen auf Basis der korrigierten Datengrundlage wiederholt werden. Die sich aus der Fehlerkorrektur ergebenden Abweichungen zum Gutachtenergebnis wurden dokumentiert und den Beiräten sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen mitgeteilt.

Das Auftreten des Fehlers führt zwar zu einigen Abweichungen zwischen der Liste ausgewählter Diagnosegruppen im Gutachten einerseits und der korrigierten Liste andererseits. Eine Neufassung des Gutachtens oder eine Wiederholung des Anhörungsverfahrens war aber nach Auffassung des BVA nicht angezeigt. Die vom Beirat vorgeschlagene Auswahlmethodik, sowie die Stellungnahmen, die sich auf diese Methodik beziehen, sind vom Berechnungsfehler nicht berührt.

## **VI. Bewertung der Stellungnahmen und Modifikation der Gutachtenmethodik**

Das BVA hat nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV auf der Grundlage der gutachterlichen Empfehlung die zu berücksichtigenden Krankheiten festzulegen. Entsprechend der

im Abschnitt I beschriebenen ersten Stufe des Anhörungsverfahrens hat das BVA die zu den Entscheidungsgrundlagen vorgetragenen Argumente der Spitzenverbände der Krankenkassen ausgewertet. Ergänzend wurden die weiteren Stellungnahmen im Bewertungsprozess berücksichtigt. Die Ergebnisse der hier dokumentierten Abwägungen waren die Grundlage für einen Entwurf der Krankheitsfestlegung. Die Veröffentlichung des Festlegungsentwurfes wiederum stellte den Auftakt der zweiten Stufe der Anhörung dar.

Im Rahmen der rechtlichen Vorgaben ist das BVA hinsichtlich der zu treffenden Festlegung nach Abschluss der ersten Anhörungsstufe zu folgenden Bewertungen gekommen:

#### **a) Methodisches Vorgehen**

Das BVA ist zum Ergebnis gekommen, dass ein wie im Gutachten empfohlenes empirisch-datengestütztes Verfahren auf der Basis des Datensatzes nach § 30 RSAV für die Belange des RSA angezeigt ist.

Den Bedenken des VdAK/AEV zur Datenqualität wurde Rechnung getragen, indem das BVA bei der endgültigen Festlegung der Krankheiten alle Berechnungen auf einer aktualisierten Datenbasis durchgeführt hat. Hierbei wurde auch die Neumeldung der sog. ISKV-Kassen berücksichtigt.

Der Einwand der BAG Selbsthilfe, das Gutachten stütze sich auf eine veraltete Datenbasis, kann nicht nachvollzogen werden. Der bereitgestellte Datensatz entspricht den rechtlichen Vorgaben und kann aus sachlogischen Gründen nicht aktueller sein.

Eine Prüfung der Prognosegüte des Modells, wie von AOK-BV und KBS angemahnt, ist aus Sicht des BVA an dieser Stelle nicht notwendig, da sich die Anforderung in der Begründung des GKV-WSG eindeutig auf das Gesamtmodell, d.h. das angepasste Versichertenklassifikationsmodell und das Berechnungsverfahren mit der Filterung auf 50 bis 80 Krankheiten bezieht. Eine Prüfung ist daher erst nach den übrigen Festlegungen möglich.

#### **b) Krankheitsbegriff**

Die vom Beirat gewählte Vorgehensweise, sich bei der Krankheitsabgrenzung die Gruppierungslogik (hier: die als „DxGruppen“ bezeichneten Diagnosegruppen) eines geeigneten Klassifikationsmodells zunutze zu machen, ist sachgemäß.

Die hiergegen vorgetragenen Bedenken in der Anhörung beziehen sich vor allem auf die Verwendung einzelner DxGruppen als Analyseeinheit bei gleichzeitiger Definition von Krankheiten als „Gruppe von DxGruppen“.

Der Ansicht, bereits eine einzelne DxGruppe erfülle die Anforderung einer „eng abgrenzbaren Krankheit“, teilt das BVA nicht. Dieser Sichtweise zu folgen würde bedeuten, beispielsweise aus den unterschiedlichen Verlaufsformen des Diabetes mellitus (DxGruppen 98 bis 113) alleine 16 unterschiedliche Krankheiten abzugrenzen oder Mukoviszidose bei Kindern und Jugendlichen als andere Krankheit zu betrachten als bei Erwachsenen (DxGruppen 449 und 450). Eine solche Abgrenzung der Krankheiten ist jedoch aus medizinischer Sicht nicht haltbar.

Das BVA teilt daher die Auffassung des Beirats, dass eine Krankheit als Gruppierung von einer oder mehreren DxGruppen zu definieren ist. Allerdings hält das BVA die Einwände für begründet, dass die Anwendung der Kriterien für „kostenintensiv chronisch“ und „schwerwiegend“ auf der Analyseebene der Krankheiten zu erfolgen hat. So spricht § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV von einer „Auswahl der *Krankheiten*“ sowie von „*Krankheiten* mit schwerwiegendem Verlauf“. Demnach sind bereits vor dem Einstieg in die datengestützt-empirische Krankheitsauswahl die zu untersuchenden Krankheitsentitäten abzugrenzen und alle Analysen einheitlich auf derselben Betrachtungsebene durchzuführen. Dieses Vorgehen birgt weiterhin den Vorteil, dass manuelle Eingriffe nach Anwendung des Berechnungsalgorithmus nicht mehr notwendig sind. Damit erübrigen sich auch eine Reihe der in der Anhörung vorgetragenen Kritikpunkte wie etwa die geringen Fallzahlen je DxGruppe oder auch das Problem, dass sich die einzelnen Krankheitsverläufe aufgrund der ungenauen Kodierpraxis gar nicht eindeutig abgrenzen lassen. Die vom BVA für den Festlegungsentwurf vorgenommene Abgrenzung der Krankheiten wird in dessen Anhang dokumentiert.

Weiterhin teilt das BVA die Auffassung des Beirats, dass eine Abgrenzung der Krankheiten über Diagnosen sachgemäß und eine Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen für die Krankheitsauswahl an dieser Stelle nicht erforderlich ist. Zwar gibt der Verordnungsgeber vor, dass das ausgewählte Versichertenklassifikationsmodell „auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen Risikozuschläge“ ermittelt (§ 29 Abs. 1 S. 1 RSAV), eine explizite Vorgabe, Arzneimittelverordnungen bei der Krankheitsauswahl zu berücksichtigen, existiert indes nicht. Aus der Formulierung „für alle ausgewählten Krankheiten auch die zur Identifikation dieser Krankhei-

ten erforderlichen [...] Arzneimittelwirkstoffe zur Ermittlung der entsprechenden Morbiditätsgruppen des gewählten Klassifikationsmodells anzugeben“ (§ 31 Abs. 2 RSAV) ist vielmehr erkennbar, dass sich die Arzneimittelzuordnung einem bereits abgeschlossenen Prozess zur Krankheitsauswahl zeitlich anschließt. Das BVA greift die Empfehlung des Beirats auf, Arzneimittelwirkstoffe im Zuge der Anpassung des Klassifikationsmodells zu benennen.

Begründet ist hingegen das Argument, die Einbeziehung von einzelnen Diagnosen ohne weitere Validierung führe zu einer Kostenverdünnung. Eigens zur Überprüfung dieses Argumentes durchgeführte Berechnungen des BVA haben ergeben, dass die aus den ambulanten Diagnosen resultierenden Prävalenzen zum Teil erheblich von den aus anderen epidemiologischen Untersuchungen bekannten Prävalenzen abweichen. Dabei sind die durch einmalige Diagnosedokumentation eingeschlossenen Fälle in der Regel auch die günstigeren Fälle. Aus diesen Gründen hält das BVA eine Validierung der Diagnosen für angezeigt. Auch wenn eine externe Validierung durch Arzneimittelverordnungen wünschenswert wäre, so ist sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht leistbar. Das BVA hat sich daher für eine interne Diagnosevalidierung entschieden, bei der eine ambulante Diagnose nur dann in die weiteren Berechnungen einfließt, wenn sie in einem anderen Quartal durch eine weitere dasselbe Krankheitsbild widerspiegelnde Diagnose bestätigt wurde. Damit gelingt es auch, die Prävalenzen der Krankheit in eine größere Übereinstimmung mit externen epidemiologischen Quellen zu bringen, wie folgende Tabelle belegt.

## Quartalsgestützte Diagnosevalidierung

Krankheit	Prävalenzraten			
	Auswertung BVA, Daten 2006 (N = 4.305.268) >= 2 Gesamt Quartale		externe Quellen	
- HIV/AIDS	0,14%	0,08%	0,07%	RKI (2007)
- Tuberkulose, exkl. des Zentralnervensystems	0,10%	0,06%	< 0,01%	WHO (2008)
- Bösartige Neubildungen	5,64%	4,31%	3,66%	Lutz et al. (2003)
- Morbus Crohn	0,26%	0,20%	0,12 - 0,20%	DCCV (2008a)
- Colitis ulcerosa	0,32%	0,24%	0,20%	DCCV (2008b)
- Depression	9,89%	6,74%	6,90%	Wittchen/Jacobi (2005)
- Multiple Sklerose	0,25%	0,22%	0,15%	Hein/Hopfenmüller (2000)
- Herzinsuffizienz	4,64%	3,83%	1-2%	Dominguez et al. (1999), z.n. BIPS (2007)
- Ischämische Herzkrankheit	7,92%	6,66%	rd. 5%	äzq (2002)

Eigene Darstellung.<sup>1</sup>

### c) Auswahl „kostenintensiv chronischer Krankheiten“

Die Operationalisierung des Kriteriums „kostenintensiv chronisch“ durch den wissenschaftlichen Beirat ist sachgemäß. Dies gilt auch für die Beschränkung auf zwei nicht zusammenhängende Quartale. So sieht die RSAV für die Dokumentation der chronischen DMP-Krankheiten ein halbjährliches Dokumentationsintervall vor, so dass selbst für diese Krankheiten der Nachweis zusammenhängender Leistungsquartale

<sup>1</sup> Daten:

RKI (2007): Robert Koch Institut, Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland bis Ende 2007, in: Epidemiologisches Bulletin, 47/2007, S. 431;

WHO (2008): World Health Organization, TB Country Profile for Germany – Key Indicators, 2006 Estimates;

Lutz et al. (2003): Lutz JM et al., Cancer Prevalence in Central Europe: the EUROPREVAL Study, in: Annals of oncology, 14 (2), S. 313-322;

DCCV (2008a): Deutsche Morbus Crohn / Colitis Ulcerosa Vereinigung e.V., Morbus Crohn, URL: <http://www.dccv.de/crohn-colitis/morbus-crohn/> (Abruf: 18.03.2008);

DCCV (2008b): Deutsche Morbus Crohn / Colitis Ulcerosa Vereinigung e.V., Morbus Crohn, URL: <http://www.dccv.de/crohn-colitis/colitis-ulcerosa/> (Abruf: 18.03.2008);

Wittchen/Jacobi (2005): Wittchen HU / Jacobi F, Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies, in: European Neuropsychopharmacology, 15 (4), S. 357-376;

Hein/Hopfenmüller (2000): Hein T / Hopfenmüller W, Hochrechnung der Zahl an Multiple Sklerose erkrankten Patienten in Deutschland, in: Der Nervenarzt, 71 (4), S. 288-294;

Dominguez et al. (1999): Dominguez LJ, Trends of congestive heart failure epidemiology: contrast with clinical trial results, in: Cardiologia, 44 (9), S. 801-808;

BIPS (2007): Pigeot, I et al., Auszug aus dem Gutachten des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin zur Qualität der Datengrundlage für morbiditätsbezogene Regelleistungsvolumen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 85a und 85b SGBV, Tabelle 16.11;

äzq (2002): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Leitlinienbericht KHK, Teil C, URL: <http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/clearingberichte/khk/00khk/18khk/pdf/llberichtkhkteil3> (Abruf: 18.03.2008).

nicht notwendigerweise erwartet werden kann. Die Schlussfolgerung des BKK-BV, dass ein einzelner Versicherter, der eine Krankheit in zwei Quartalen aufweist, durch die Methodik automatisch als „chronisch krank“ bezeichnet würde, geht logisch in keiner Weise aus der angelegten Definition hervor. Die Operationalisierung des Beirats ist nicht dazu gedacht, auf Ebene des einzelnen Versicherten angewendet zu werden. Vielmehr gilt, dass auch wenn eine quartalsübergreifende Behandlung oder eine einmalige Wiederholungsdiagnose auf Ebene des einzelnen Versicherten auch für akute Krankheiten auftreten kann, dies für die *Mehrheit* der Versicherten mit einer akuten Krankheit nicht gilt, für die Mehrheit der Versicherten mit einer typischerweise als chronisch diagnostizierten Krankheit dafür sehr wohl.

Die vom Beirat gewählte Parameterausgestaltung (Diagnosedokumentation in mindestens 2 Quartalen bei der Mehrheit der Betroffenen) wurde im Gutachten ausreichend begründet und weist in der Empirie eine gute Trennschärfe auf.

Der Auffassung des BKK-BV, dass die Berechnung der Chronizitätsraten auf Diagnosedaten des Jahres 2006 sinnvoll ist, schließt sich das BVA an, da bei diesen im Vergleich zu 2005 insbesondere aufgrund der ab 2006 verpflichtenden Diagnosequalifizierung von einer höheren Qualität auszugehen ist.

Hingegen ist die Kritik an der Einbeziehung der Diagnosen von Versicherten mit weniger als 92 Versichertentagen nicht gerechtfertigt. Mit dieser Vorgehensweise werden die Morbiditätsinformationen von Versicherten, die das GKV-System betreten oder verlassen haben und deshalb weniger als 92 Versichertentage aufweisen, für das Chronizitätskriterium nutzbar gemacht.

#### **d) Auswahl „schwerwiegender Krankheiten“**

Die Operationalisierung des Kriteriums „schwerwiegend“ ist sachgemäß. Dem Argument von AOK-BV und KBS, dass mit diesem Merkmal schwerwiegende Krankheiten mit hohen Arzneimittelkosten (ambulante Chemotherapie) aus dem ambulanten Bereich nicht erfasst werden, ist entgegenzuhalten., dass diese Fälle über die Definition von „chronisch kostenintensiven Erkrankungen“ aufgegriffen und damit bei der Auswahl berücksichtigt werden.

Auch führt diese Definition nicht zu einer Konterkarierung von Umsteuerungsbemühungen aus dem stationären Sektor. Dies wäre nur dann der Fall, wenn das im weiteren Prozess noch auszugestaltende Versichertenklassifikationsmodell Kranken-



hauseinweisungen als Aufgreifkriterium verwenden würde und damit Versicherte mit einem Krankenhausaufenthalt anders klassifiziert würden als Versicherte, die eine ambulante Versorgung erhalten. Bei der Krankheitsauswahl führt die Berücksichtigung einer Hospitalisierungsquote jedoch nicht zu einer Verletzung der Versorgungsneutralität.

## **e) Kostenbewertung zur Auswahl der Krankheiten**

### ***Verwendung der mittleren Kosten***

Kritisiert wurde, dass die Verwendung der mittleren Kosten aufgrund der falschen Berücksichtigung der Kosten der Multimorbidität zu einer verzerrten Auswahl führe. Das BVA hat diese Kritik überprüft. Die entsprechenden Berechnungen ergeben beispielsweise für die „Urininkontinenz“ einen Wert für die mittleren Kosten der Betroffenen von 3.948 €, denen (alters- und geschlechtsstandardisierte) Erwartungskosten von 2.840 € gegenüber stehen. Hieraus resultieren krankheitsbedingte Mehrkosten von 1.108 €. Die regressionsbasierte Berechnung eines Vergleichswertes für den Festlegungsentwurf ordnet der Erkrankung lediglich spezifische Kosten von rund 184 € zu und erlaubt den Schluss, dass die im Gutachten angelegte Berechnungsweise den Effekt von Komorbiditäten (z.B. bei Verletzungen des Rückenmarks, Multipler Sklerose oder Erkrankungen der Harnorgane) zwar schmälern, nicht aber eliminieren kann. Das vom BKK-BV vorgeschlagene Verfahren einer multiplen Regression ist aus diesem Grund vorzuziehen. Der vom BVA gewählte Ansatz wird in Anhang 2 dokumentiert. In der vom Beirat vorgeschlagenen Vorgehensweise war eine multiple Regression nicht möglich, da dort als Analyseeinheit die 751 DxGruppen herangezogen werden. Bei der Durchführung einer Regression mit diesen 751 Diagnosegruppen würden viele voneinander abhängige Variablen einbezogen. Die Unabhängigkeit der Variablen ist jedoch eine Voraussetzung für die Anwendbarkeit des Regressionsverfahrens. Erst durch die vorgezogene Bildung von Krankheiten durch Zusammenfassung von DxGruppen entstehen homogene Gruppen, die das Problem der Kollinearität minimieren.

### ***Annualisierung der Kosten***

Die Annualisierung der Kosten ist entgegen der Auffassung des VdAK/AEV nicht nur wegen der Meldeproblematik der ISKV-Kassen notwendig geworden, sondern immer dann erforderlich, wenn ein Versicherter nicht ganzjährig in der GKV versichert war.

Es handelt sich um eine gängige Praxis bei Risikostrukturausgleichen (vgl. Van de Ven/Ellis, Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets, in: Culyer/Newhouse (Hg.), Handbook of Health Economics, Vol. 1A, Amsterdam 2000, S. 789) und wird beim gegenwärtigen RSA durch die versichertentagbezogene Betrachtungsweise implizit auch durchgeführt.

### ***Winsorisierung der Ausreißer***

Die Winsorisierung ist aus Sicht des BVA eine geeignete Methode zur Ausreißerbereinigung. Allerdings hat sich die Notwendigkeit einer diagnosespezifischen Ausreißerbereinigung durch die Wahl eines multiplen Regressionsansatzes und die Bildung größerer Analyseeinheiten durch das Vorziehen der Krankheitsabgrenzung erübrigt.

### ***Alters- und Geschlechtsstandardisierung***

Die Wahl einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung ist bei einer Berechnung von mittleren Kosten je Diagnosegruppe sachgerecht, da die Kosten älterer Versicherter wegen des Vorliegens von Komorbiditäten gegenüber jüngeren Versicherten erhöht sind und für diese Versicherten ohne Standardisierung wesentlich höhere Durchschnittskosten für dieselben Krankheit errechnet würden, ohne dass diese erhöhten Kosten durch die betrachtete Krankheit selbst verursacht wurden. Durch die Wahl eines multiplen Regressionsansatzes mit Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus und den abgegrenzten Krankheiten hat sich allerdings die Notwendigkeit zu dieser Form der Alters- und Geschlechtsstandardisierung und die damit verbundenen methodischen Probleme erübrigt.

### ***Logarithmische Prävalenzgewichtung***

Bei der Prävalenzgewichtung geht es um den Ausgleich eines Zielkonfliktes zwischen der Berücksichtigung im Einzelfall teurer Krankheiten und Krankheiten, deren Kostenbelastung eher in der Häufigkeit der Krankheit begründet liegt. Ein Verzicht auf eine Prävalenzgewichtung würde zu einer Auswahl seltener aber teurer Krankheiten ohne Berücksichtigung der Volkskrankheiten führen, während eine vollständige (lineare) Prävalenzgewichtung zu einer Berücksichtigung von Volkskrankheiten führen würde, die zum Teil im Einzelfall nur unerheblich überdurchschnittliche Ausgaben ausweisen, bei gleichzeitiger Nicht-Berücksichtigung vieler (im Einzelfall) teurer Krankheiten.

Aus diesem Grund ist es aus Sicht des BVA sachgerecht, wie der Beirat eine Abwägung zwischen beiden Zielsetzungen durch die Wahl einer entsprechenden Funktion zu wählen. Der Beirat schlägt hierfür die Logarithmusfunktion vor, da diese von allen denkbaren Funktionen das geringste Gewicht auf die Prävalenz setzt. Laut einer Vielzahl der Stellungnahmen würde dadurch die Zielsetzung des Gesetzgebers nicht erreicht, eine Auswahl an Krankheiten zu haben, die „für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen haben“ (BT-Drs. 16/3100, 204). Auch die Zielsetzung, durch die Weiterentwicklung des RSA Anreize zur Risikoselektion zu verringern (§ 268 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V) spreche für eine stärkere Berücksichtigung der Prävalenz.

Die Begründung des Beirats für die schwächstmögliche Berücksichtigung der Prävalenz – Kompensation des Wegfalls des Risikopool nach § 269 SGB V, um etwaigen verstärkten Anreizen zur Risikoselektion entgegen zu wirken – ist nicht hinreichend. Zum einen existiert die gesetzlich vorgesehene Regelung des § 265 SGB V. Zum anderen ist auch ein direkt morbiditätsorientierter RSA nicht in der Lage adäquaten Ersatz für den Risikopool zu schaffen. Im direkt morbiditätsorientierten RSA werden standardisierte Leistungsausgaben ausgeglichen, die sich an den Durchschnittskosten für Morbiditätsgruppen orientieren. Der an den Ist-Ausgaben orientierte Risikopool deckt hingegen extrem teure Krankheitsverläufe im Einzelfall ab, bei denen es sich häufig auch um akute Ereignisse handelt.

Vor diesem Hintergrund hat sich das BVA entschieden, wie vom Beirat vorgeschlagen eine Abwägung zwischen teuren Krankheiten im Einzelfall auf der einen Seite und den durch ihre Häufigkeit hohe Gesamtkosten verursachenden Krankheiten auf der anderen Seite durch eine funktionale Berücksichtigung der Prävalenz vorzunehmen. Allerdings wird unter der Berücksichtigung der Stellungnahmen eine höhere Gewichtung der Prävalenz durch die Wurzelfunktion gewählt.

Um ein möglichst aktuelles Bild von der Versorgungsrealität zu zeichnen, wird für die Prävalenzgewichtung an dieser Stelle auf die absoluten Fallzahlen des Jahres 2006 zurückgegriffen.

## **f) Anpassung aufgrund medizinischer Bewertung und spezifischer Anreizwirkungen**

### ***Medizinische Gesichtspunkte zur Abgrenzung der Krankheiten***

Die Argumente gegen eine Auftrennung von Erkrankungen in verschiedene Altersgruppen bzw. in engverwandte DxGruppen werden aufgegriffen. Zudem wird die Gefahr gesehen, dass eine Überdifferenzierung bei der Krankheitsauswahl in vielen Fällen nicht durch die tatsächliche Kodierpraxis getragen wird, sowie eine artifizielle Auftrennung von engverwandten Krankheitszuständen (z.B. 16 DxGruppen für Diabetes) zu einer Unterbewertung des krankheitsspezifischen Versorgungsgeschehens durch eine Aufspaltung der Krankheitsprävalenz führt. Das BVA hat die in diesem Zusammenhang vorgebrachten Argumente im Rahmen der Definition von Krankheiten als Analyseeinheit zu berücksichtigen und daher die Frage der diagnostischen Abgrenzbarkeit im Einzelfall geprüft. Die Ergebnisse flossen in die Abgrenzung der Krankheiten ein (siehe Anhang 1). Dessen ungeachtet sollten aber in dem noch zu spezifizierenden Klassifikationsmodell Krankheitsschwere und – sofern erforderlich – das Alter bei der Ermittlung der morbiditätsorientierten Zuschläge berücksichtigt werden.

Die Berücksichtigung der „Atherosklerose ohne Folgekrankheiten“ (DxGruppen 428, 437) wurde kritisiert. Die einfache Atherosklerose stellt aber einen etablierten Risikofaktor für Herzinfarkt, Schlaganfall und andere schwerwiegende Erkrankungen dar und verursacht hohe Folgekosten. Angesichts der prospektiven Ausgestaltung des morbiditätsorientierten RSA ist daher die Berücksichtigung der „Atherosklerose ohne Folgekrankheiten“ innerhalb der Krankheit „Atherosklerose“ sachgerecht.

Die Einbeziehung der DxGruppe 85 „Karzinoma in situ des Verdauungssystems“ in die Krankheit „Bösartige Neubildungen des Verdauungssystems“ ist nach Neuberechnung aufgrund des Fehlers in der Einleseroutine der gemeldeten Daten nicht mehr gerechtfertigt. Da aber diese Patienten engmaschig nachuntersucht werden und damit hohe Folgekosten verursachen, war das ursprüngliche Ergebnis auch unter medizinischen Gesichtspunkten plausibel, wenngleich auch „in-situ-Karzinome“ in der Regel niedrigere prospektive Kosten als invasive Karzinome verursachen. Daher werden im weiteren Verfahren die „in-situ-Karzinome“ als eigenständige Analyseeinheit in die Berechnungen einbezogen.

Die Kritik, dass die DxGruppe 259 „Schädlicher Gebrauch von Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom“ und die DxGruppe 260 „Schädlicher Gebrauch von Alkohol ohne

Abhängigkeitssyndrom“ in die Krankheit „Schwerwiegender Alkohol- und Drogenmissbrauch“ einbezogen werden, ist angesichts der hohen prospektiven Kosten, der Hospitalisierungsquote und der Diagnosepersistenz nicht sachgerecht. Das BVA teilt aber die Auffassung, dass diese beiden DxGruppen schlecht von den anderen vier in dieser Krankheit aufgeführten DxGruppen abgrenzbar sind und sieht darin ein Argument für die Berücksichtigung der DxGruppe 259 und DxGruppe 260 innerhalb der Krankheit „Schwerwiegender Alkohol- und Drogenmissbrauch“.

Die vorgebrachte Anmerkung, dass nicht zwischen ein- und beidseitiger Hydronephrose differenziert wird, ist aus medizinischen Gesichtspunkten nachvollziehbar. Allerdings sieht die aktuelle ICD keine entsprechende Differenzierung vor. Der Einwand, dass unter der Krankheit „Hydronephrose“ auch Diagnosen subsummiert werden, die eine Störung des Harnableitungssystems aber keine Hydronephrose darstellen, ist zielführend. Die Krankheit „Hydronephrose“ wird daher in Anlehnung an die Bezeichnung der zugrunde liegenden DxGruppe umbenannt in „Hydronephrose und sonstige obstruktive Uropathien“.

Die Kritik an der Einschränkung der pathologischen Frakturen auf die Frakturen des Oberarmes (Humerus) sowie die Bewertung der Osteoporose als Grunderkrankung für die pathologischen Frakturen einschließlich der Femurfraktur (s.a. Stellungnahme BFOU) ist fundiert. Im weiteren Verfahren werden daher die pathologischen Frakturen ungeachtet der Lokalisation zusammen mit der Osteoporose als wichtigste Ursache der pathologischen Frakturen betrachtet.

Die Anregungen bezüglich der Krankheit 18 „Störungen des Flüssigkeitshaushaltes“ werden vom BVA aufgegriffen. Es handelt sich bei den darunter liegenden Diagnosen in erster Linie um auf anderen Grunderkrankungen basierende Befunde und damit nicht um ein eigenständiges Krankheitsbild. Für das weitere Verfahren werden diese Diagnosen nicht in der Krankheitsauswahl berücksichtigt.

Die vorgetragenen Argumente gegen eine Differenzierung zwischen „leichter“ und „schwerer“ Depression sind sinnvoll und werden durch die Ergebnisse der Neuberechnung nach Korrektur des Verknüpfungsproblems untermauert. Danach verursachen sowohl die „leichte“ als auch die „schwere“ Form der Depression hohe prospektiven Kosten. Im weiteren Verfahren für die Krankheitsauswahl werden daher die beiden Krankheitsformen zusammen betrachtet.

Die Kritik, dass die Nichtberücksichtigung der rheumatoiden Arthritiden (wie z.B. rheumatoide Arthritis, systematische Lupus erythematodes, Vaskulitiden) auf einer Unterkodierung basiert, ist nicht stichhaltig. Das Ergebnis der Auswahl basiert vielmehr auf der gewählten logarithmischen Prävalenzgewichtung und der Aufspaltung der rheumatoiden Arthritiden und der sonstigen entzündlichen Bindegeweberkrankungen auf fünf DxGruppen. Diese Aufspaltung ist aber angesichts der ähnlichen Pathogenese als Überdifferenzierung zu bewerten. Im weiteren Verfahren werden daher die rheumatoiden Arthritiden und entzündlichen Bindegeweberkrankungen gemeinsam betrachtet.

Der Einwand der BPtK bezüglich der Auftrennung der Angsterkrankungen in fünf DxGruppen ist angesichts diagnostischer Überlappungen berechtigt. Im weiteren Verfahren für die Krankheitsauswahl werden daher die DxGruppen 270 (Panikstörungen/Panikattacken), 271 (Generalisierte Angststörungen), 273 (Phobische Störungen), 276 (Posttraumatische Belastungsstörung) und 278 (Andere und nicht näher bezeichnete Angststörungen) zusammen als „Angsterkrankungen“ betrachtet.

Der Hinweis der BPtK, dass die Krankheit Nr. 35 „Schizophrenie, schizotype, wahnhaft und dissoziative Störungen“ keine dissoziativen Störungen beinhaltet, wird aufgegriffen. Die Krankheit wird umbenannt in „Psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen“.

Die Anmerkung der BAG Selbsthilfe, wonach „Krebs“ und „Diabetes“ in zu viele Krankheitsgruppen aufgeteilt werde, wurde im Rahmen der Anhörung und in der Öffentlichkeit sehr kontrovers diskutiert. Eine Krankheitsgruppe „Krebs“ würde eine Vielzahl von klinisch sehr unterschiedlichen Erkrankungen, mit sehr unterschiedlichem Leistungsaufwand beinhalten, so dass angesichts der kontroversen Diskussion eine lokalisationsbezogene Gruppierung in Anlehnung an das Vorgehen des Beirats und die ICD-Systematik einen sachgerechten Kompromiss darstellt. Bezüglich des Diabetes mellitus kann eine Differenzierung auf DxGruppen-Ebene für die Krankheitsauswahl nicht befürwortet werden, da es sich hierbei um verschiedene Krankheitsformen/Schweregrade des Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 handelt. Auch wenn unter klinischen und pathophysiologischen Gesichtspunkten diese beiden Diabetesformen klar voneinander abgrenzbare Krankheitsentitäten darstellen, so werden diese in der Praxis häufig nicht differenziert kodiert. Eine nach der Anhörung zu diesem Zwecke vom BVA durchgeführte Untersuchung ergibt, dass über 80 % der Ver-

sicherten mit Typ-1-Diabetes (ICD-10: E10) auch Diagnosen aus dem Bereich E11-E14 aufweisen, die im DxCG-System als Typ-2-Diabetes bewertet werden. Da somit auf Basis der zur Verfügung stehenden Diagnosedaten keine eindeutige Abgrenzung zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetes möglich ist, muss für die Krankheitsauswahl Diabetes mellitus als eine Krankheit ohne weitere Differenzierung bewertet werden. Dies betrifft aber zunächst nur die Krankheitsauswahl und nicht die Frage, inwiefern im noch festzulegenden Klassifikationsmodell unterschiedliche Krankheitsformen eigene Zuschläge auslösen.

Die Auffassung der BAG Selbsthilfe, dass die Unterteilung „terminale Lebererkrankungen“ und „Leberzirrhose“ bzw. „Schlaganfall“ und „Aphasie“ nicht sachgerecht sei, wird geteilt. Die entsprechenden Krankheitsformen werden für die Krankheitsauswahl zusammengeführt.

Die Kritik der BAG Selbsthilfe, dass „Herzstillstand“ und „Schock“ keine Erkrankungen darstellen ist nicht berechtigt, da Diagnosen, die das Versterben des Versicherten beschreiben, im Vorfeld ausgeschlossen wurden.

Das BVA teilt die Auffassung der BAG Selbsthilfe, dass „Blutungen in der Frühschwangerschaft“ ebensowenig wie „schwerwiegende Probleme während der Perinatalperiode“ eine chronische Krankheit darstellen. Die Kritik ist im Übrigen unzutreffend, da sich die DxGruppen, die diesen beiden Krankheiten zugrunde liegen, über das Aufgreifkriterium „schwerwiegend“ qualifiziert haben. Allerdings ist das BVA der Ansicht, dass ein Teil der prospektiven Mehrkosten dieser beiden Krankheiten durch die reguläre Schwangerschaftsbetreuung und die in der Regel im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes erfolgende Entbindung resultiert. Da auch die normale Betreuung während der Schwangerschaft das formale Aufgreifkriterium erfüllt (siehe Anhang 1 des Gutachtens), würde eine auf die beiden oben genannten DxGruppen begrenzte Berücksichtigungsfähigkeit der durch die reguläre Schwangerschaftsbetreuung und Entbindung resultierenden Mehrkosten eine Bevorzugung gegenüber den anderen schwangerschaftsassozierten DxGruppen und einen Anreiz zur Fehlkodierung darstellen. Deshalb hält das BVA für die Krankheitsauswahl eine gemeinsame Bewertung aller DxGruppen, die sich auf eine bestehende Schwangerschaft beziehen, für geboten. Analog ergibt sich daraus auch eine gemeinsame Bewertung der DxGruppen, die eine abgeschlossene Schwangerschaft bzw. Entbindung anzeigen. Auch wenn Schwangerschaft üblicherweise nicht als Krankheit angesehen wird,

so stellt sie doch ein Kostenrisiko für eine Krankenkasse dar und ist deshalb im Prozess der Krankheitsauswahl zu berücksichtigen.

Der Hinweis der BAG Selbsthilfe, dass „Niereninsuffizienz“ eine Folge unterschiedlicher Erkrankungen darstelle, wird vom BVA insoweit aufgegriffen, als im weiteren Verfahren die primär durch einen Bluthochdruck verursachte Niereninsuffizienz innerhalb der Krankheit „Hypertensive Herz-/ Nierenerkrankung / Enzephalopathie“ bewertet wird. Die übrigen Formen der Niereninsuffizienz, für die keine pathogenetische Zuordnung auf Ebene der DxGruppen möglich ist, werden weiterhin in der Krankheit „Niereninsuffizienz“ zusammengefasst.

Die Forderung der BAG Selbsthilfe, für den Umgang mit den schwerwiegenden kostenintensiven seltenen Erkrankungen eine entsprechende Generalindikation in den Morbiditätsfilter aufzunehmen, deckt sich nicht mit dem rechtlichen Rahmen. Eine sachgemäße Form der Berücksichtigung wäre in einem Risikopool möglich, den aber der Gesetzgeber explizit abgeschafft hat. Angesichts einer möglichen Risikoselektion der betroffenen Versicherten, werden für die Krankheitsauswahl im weiteren Verfahren allerdings pathophysiologisch verwandte, kostenintensive und seltene Erkrankungen zusammengefasst.

Der Hinweis der DPG/BDP auf eine Kostenverdünnung bei der DxGruppen 451 (Emphysem/chronische Bronchitis) durch die einfache, nicht obstruktive chronische Bronchitis ist berechtigt. Die einfache chronische Bronchitis (ICD-10 J41) und die nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis (ICD-10 J42) werden von der DxGruppe 451 (Emphysem / Chronische Bronchitis) ausgeschlossen und zusammen mit der DxGruppe 475 (Akute oder nicht näher bezeichnete Bronchitis und Bronchiolitis) bewertet.

Die Kritik der DRL an der Aufteilung (bspw. der Psoriasis) in zwei verschiedene Diagnosegruppen und der Hinweis, dass Behandlungsschritte bzw. Folgeerkrankungen in eigenen Diagnosegruppen berücksichtigt werden, kann auf Ebene der Krankheitsauswahl nachvollzogen werden, da der Gesetzgeber die Auswahl von Krankheiten und nicht von Krankheitsformen vorsieht. Im weiteren Verfahren wurde daher eine Zusammenfassung von krankheitsbezogenen Diagnosegruppen vor der Krankheitsauswahl angewandt.

Die Anmerkung der REKO, dass die Bewertung der pathologischen Humerusfraktur und der Femurfraktur auf einer nicht nachvollziehbaren, fehlerhaften Datenlage ba-



siere, ist nicht sachgerecht. Gemäß der Krankenhausstatistik des Bundes entfielen im Jahr 2005 1.893 Femurfrakturen auf 1 Million Einwohner. Umgerechnet auf die für das Gutachten für 2005 eingesetzte Versichertenpopulation von 4.318.141 Pseudonymen ergeben sich 8.174 Femurfrakturen (nicht 70.000 - 80.000 wie in der Stellungnahme vermerkt). Diese Zahl entspricht damit den im Gutachten veröffentlichten Prävalenzwerten, so dass nicht von einer inkorrekten Datenlage und einer darauf basierenden Fehlbewertung ausgegangen werden kann.

Das BVA hält es darüber hinaus – wie oben beschrieben – für geboten, bereits vor dem Einstieg in die datengestützte empirische Krankheitsauswahl die zu untersuchenden Krankheitsentitäten abzugrenzen und alle Analysen einheitlich auf derselben Betrachtungsebene durchzuführen. Diese Gruppierung orientiert sich neben den Ergebnissen und Grundsätzen bei der Krankheitsbildung im Rahmen des durch den Wissenschaftlichen Beirat erstellten Gutachtens und den Rückmeldungen aus der Anhörung an folgenden Prinzipien:

- Diagnosegruppen bzw. Diagnosecodes, bei denen es sich um Symptome, Zustandsbeschreibungen oder prozedurale Diagnosen handelt, werden ausgeschlossen
- Verlaufsformen einer gemeinsamen Grundkrankheit werden zusammengeführt (z.B. KHK, Diabetes)
- Schlecht abgrenzbare Erkrankungen werden unter Berücksichtigung der empirischen Kodierpraxis zusammengeführt
- Zusammenführen von pathophysiologisch verwandten, kostenintensiven und seltenen Erkrankungen
- Aufhebung von Altersplits

Die sich hieraus ergebende Gruppierung ist in Anhang 1 des Festlegungsentwurfes beschrieben. Hierbei reduziert sich die Zahl der Analyseeinheiten von 751 Dx-Gruppen auf 367 Krankheiten. In diesem Zusammenhang wurde auch eine Berücksichtigung der Anregungen aus der gemeinsamen Initiative von KBV, AOK-BV und Barmer Ersatzkasse, sofern diese nicht schon zuvor von anderer Seite vorgebracht worden waren, geprüft.

## **Anreizwirkungen**

Die Kritik der Spitzenverbände an einer möglichen Überfrachtung des RSA durch die Einbeziehung bestimmter Anreizziele (im Hinblick auf verstärkte Präventionsbemühungen, die Komplikationsvermeidung oder auf das Kodierverhalten) ist nach Ansicht des BVA berechtigt. Insbesondere das Argument der „Bewahrung von Präventionsbemühungen“ als Auswahldirektive ist aus rechtlichen Gründen nicht zulässig.

- Der möglichen Verhinderung der (Primär-)Prävention durch die Auswahl bestimmter Krankheiten stünden mögliche Anreizwirkungen i.S.d. Konterkarierens von Bemühungen zur (Sekundär-)Prävention gegenüber, soweit etwa (nur) schwere Verlaufsformen als Krankheiten ausgewählt würden. Zweitens würden gesetzlich geförderte Bemühungen der „Investition in Prävention“ jenseits der Verwaltungskosten möglicherweise in Frage gestellt. Der Passus, dass „keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen“ zu setzen sind (§ 268 Abs. 1 Nr. 4 SGB V n.F., § 29 Abs. 1 S. 1 RSAV), vermag daher den Ausschluss kostenintensiver präventabler Krankheiten nicht zu stützen und stünde bei solchem Verständnis in mehrfacher Hinsicht im Widerspruch zu den weiteren gesetzlichen Vorgaben:
- Es übersteigt den im Zusammenhang mit den Begriffen „kostenintensive chronische Krankheiten“ und „Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf“ (§ 268 Abs. 1 Nr. 5 SGB V n.F.; § 31 Abs. 1 S. 1 RSAV) verknüpften Beurteilungsspielraum des BVA, (primär-)präventable Krankheiten unter Präventionsgesichtspunkten nicht als kostenintensiv chronisch einzustufen.
- Die Anreize zur Prävention sind seitens des Gesetzgebers in anderen Zusammenhängen verankert. Leistungsrechtlich etwa sind die §§ 20ff. SGB V zu nennen, und im Rahmen der Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze kommt der neue Grundsatz des „therapiegerechten Verhaltens“ (§ 62 Abs. 1 S. 7 SGB V n.F.) zum Tragen. Dies bringt bereits zum Ausdruck, dass die Krankenkassen unter Kostengesichtspunkten nicht alleiniger Steuerungsadressat sein können. Im Unterschied auch zu deren Einbindung indes – etwa mit Blick auf strukturierte Behandlungsprogramme, §§ 137f. SGB V – geht es beim RSA weder um leistungs- noch leistungserbringungsrechtliche Steuerung, sondern um die Herstellung von Risikoäquivalenz in versicherungstechnischem Sinne unter den Bedingungen einer solidarischen Finanzierung.

- Vor diesem Hintergrund ist die „Prävention“ gerade nicht im Kontext der Maßgaben für die Klassifikation genannt (§ 268 Abs. 1 SGB V n.F.), so dass es „nur“ darum geht, im Kontext gesteigerter Zielgenauigkeit des RSA „Anreize zu Risikoselektion zu verringern“ (Nr. 3); s. oben I. Das BVerfG hat dies bekräftigt, auch und gerade im Hinblick auf die Sorge der Risikoselektion zu Lasten der chronisch Kranken. Im Sinne ihrer Filterungsfunktion und wegen der Zielgenauigkeit des RSA insgesamt spielt danach auch für die Krankheitsauswahl das Gebot der Verringerung bzw. Vermeidung von Fehlanreizen zur Risikoselektion eine tragende Rolle, derentwegen beispielsweise die Berücksichtigung der strukturierten Behandlungsprogramme im RSA gerade intendiert war.

Diese Kriterien können im weiteren Verfahren daher nicht berücksichtigt werden.

#### **g) Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats**

Die in Kapitel 5 des Gutachtens dargelegten Empfehlungen und Anmerkungen des Wissenschaftlichen Beirats sowie die in den Stellungnahmen diesbezüglich geäußerte Kritik beziehen sich hauptsächlich auf die Ausgestaltung des Klassifikationsmodells, den bestehenden rechtlichen Rahmen sowie eine Anpassung der Datenmeldung. Hinsichtlich der Methodik der Krankheitsauswahl bzw. der endgültigen Festlegung spielen die vorgetragenen Argumente eine untergeordnete Rolle. Auf eine Bewertung der vorgetragenen Argumente soll daher an dieser Stelle verzichtet werden.

## **VII. Stellungnahmen zum Festlegungsentwurf**

Die unter I. bis VI. ausgeführten Punkte stellen wichtige Grundlagen der Krankheitsauswahl dar und entsprechen inhaltlich dem Entwurf zur Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten, den das BVA am 27. März 2008 veröffentlicht und den Verfahrensbeteiligten übermittelt hat.

Der Entwurf selbst war Gegenstand der zweiten Anhörungsstufe, die der vorliegenden endgültigen Festlegung der Krankheiten durch das BVA voranging. Den Spitzenverbänden wurde diesbezüglich eine Frist zur Stellungnahme bis zum 11. April 2008 eingeräumt.

Ergänzend zu den Ausführungen der fünf beteiligten Verbände (AOK-BV; BKK-BV; IKK-BV; VdAK/AEV; KBS) erreichten das BVA weitere Stellungnahmen von Seiten einzelner Krankenkassen (BEK/DAK; TK/KKH/HKK/GEK; IKK-direkt; IKK Sachsen;

IKK Thüringen), die ebenfalls bei den Überlegungen des BVA Berücksichtigung fanden. Zu medizinischen Aspekten des BVA-Entwurfs wurden weiterhin Anmerkungen von Mitgliedsorganisationen der BAG Selbsthilfe sowie der Bundespsychotherapeutenkammer geprüft.

AOK-BV, IKK-BV, VdAK/AEV, KBS sowie BEK und DAK begrüßen im Allgemeinen die vom BVA durchgeführten Adjustierungen der Methodik des Beirats und bezeichnen diese als sachgerecht und zielführend. Der vorgelegte Entwurf stelle eine geeignete und tragfähige Lösung dar. Der BKK-Bundesverband sowie einige Einzelkassen (TK/KKH/HKK/GEK, IKK-direkt, IKK Thüringen) äußern dagegen nachdrücklich inhaltliche und rechtliche Bedenken hinsichtlich der methodischen Anpassungen und der daraus resultierenden Krankheitsauswahl, die eine zu große Zahl der GKV-Versicherten betreffen würde. Nach Ansicht des BKK-BV sei beim Vorgehen des BVA das Hauptziel des Morbi-RSA – die Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion – nicht hinreichend berücksichtigt worden.

Themenspezifisch lassen sich die Einzelargumente wie folgt zusammenfassen:

#### **a) Methodisches Vorgehen**

Durchweg positiv wird bewertet, dass das BVA seine Entscheidung weiterhin auf ein empirisch-datengestütztes Verfahren aufbaut. Allerdings bringt der VdAK/AEV erneut Bedenken gegen die Validität der verwendeten Datengrundlage vor. Insbesondere hinsichtlich der niedrigen Ausschöpfungsquoten des Leistungsbereichs „sonstige Leistungserbringer“ wird das Festhalten am Toleranzwert von +/- 50 % kritisch hinterfragt.

KBS und IKK-direkt sprechen das Fehlen der Berechnung des Bestimmtheitsmaßes  $R^2$  als Maß der Prognosegüte des Modells an. Während die KBS der Begründung des BVA (VI a)) folgen kann, vermutet die IKK-direkt, dass das Fehlen der Größe möglicherweise auf eine Unterschreitung des in der Gesetzesbegründung angegebenen Wertes in Höhe von 12 % zurückzuführen sei.

#### **b) Krankheitsbegriff**

##### ***Krankheitsabgrenzung***

Die vorgezogene Abgrenzung von Krankheiten auf Basis von DxGruppen vor der empirischen Bewertung wird nicht angegriffen, zum Teil als sinnvoll bezeichnet und ausdrücklich begrüßt (AOK-BV, KBS, BEK/DAK). Allerdings wird angemerkt, dass der Krankheitsbegriff weit gefasst sei, was insbesondere von BKK-BV und IKK-direkt kritisiert wird, da sich die angelegte Definition nicht mit der Forderung nach der Auswahl von „eng abgrenzbaren Krankheiten“ decke. TK/KKH/HKK/GEK führen zudem

aus, der Beirat habe in seinem Gutachten die Ansicht vertreten, dass es sich bereits bei einzelnen DxGruppen um genau spezifizierte Krankheitszustände handele, was nach Ansicht dieser Kassen der Definition einer Einzelkrankheit entspricht. Die BVA-Definition einer Krankheit als „Gruppe von DxGruppen“ laufe dieser Einschätzung zuwider.

Der BKK-BV führt aus, das BVA habe, im Gegensatz zum Vorgehen des Beirates, bei der Zusammenfassung der DxGruppen die Grouper-Systematik verlassen.

### ***Interne Diagnosevalidierung über das Quartalskriterium***

Die vom BVA vorgenommene interne Validierung der ambulanten Diagnosen wird von den beteiligten Verbänden begrüßt, auch wenn die damit einhergehende Nichtberücksichtigung von Arzneimittelinformationen zur Identifikation betroffener Versicherter in der Krankheitsauswahl von IKK-BV sowie TK/KKH/HKK/GEK kritisch hinterfragt wird. Auch wenn die vom BVA dargelegte Rechtsauffassung, dass Arzneimittelinformationen bei der Krankheitsauswahl nicht berücksichtigt werden müssten, vertretbar sei (IKK-BV), wird mehrheitlich angemahnt, diese bei der späteren Ausgestaltung des Klassifikationsmodells unbedingt einzubeziehen.

#### **c) Auswahl „chronischer“ Krankheiten**

Der BKK-BV vertritt die Ansicht, dass eine zu weite Definition der Krankheiten systematisch zu überhöhten Chronizitätsraten führe, weil das Kriterium bereits als erfüllt gilt, wenn in zwei Quartalen je mindestens eine Diagnose einer Krankheit vorliegt. Somit könne ein beliebig hoher Anteil der Bevölkerung zu Chronikern erklärt werden.

#### **d) Auswahl „schwerwiegender“ Krankheiten**

Seitens des BKK-BV wird festgestellt, dass sich die im Festlegungsentwurf dokumentierten Hospitalisierungsquoten im Vergleich zu den im Gutachten des wissenschaftlichen Beirates angegebenen Werten deutlich erhöht hätten. Der Verband bezweifelt, dass sich diese Änderungen lediglich durch die geringfügige Veränderung der Datenbasis (Korrektur des Einlesefehlers und fehlerhafter ISKV-Pseudonyme) ergeben haben.

#### **e) Kostenbewertung zur Auswahl der Krankheiten**

##### ***Regressionsansatz***

Die Entscheidung des BVA, die zu bewertenden krankheitsspezifischen Kosten über einen multiplen Regressionsansatz zu bestimmen, wird mehrheitlich ausdrücklich begrüßt. Der Ansatz sei wissenschaftlich üblich (AOK-BV) sowie zielführender als

der im Gutachten eingeschlagene Weg zur Berechnung mittlerer Kosten (AOK-BV, VdAK/AEV, IKK-BV, KBS). Die Begrenzung der Berechnungen auf jeweils nur noch eine – sektorenübergreifende – Kostengröße je Krankheit wird nicht angegriffen und von Seiten des VdAK/AEV explizit begrüßt.

Von BKK-BV und VdAK/AEV wird die vom BVA im Rahmen des Regressionsansatzes durchgeführte Addition von Regressionsgewichten problematisiert, die auf Basis unterschiedlicher Populationen bestimmt worden sind. Der BKK-BV kritisiert darüber hinaus, dass das angewendete Regressionsmodell negative Schätzer für einzelne Krankheiten zulasse, da negative und nicht-signifikante Kostengewichte der Solidität der Schätzergebnisse zuwiderliefen. Als problematisch bezeichnet es der BKK-BV, dass die Kosten für DMP-Mehrleistungen (HLB 9) in den Berechnungen berücksichtigt worden sind, da sich hierdurch eine systematische Bevorzugung DMP-relevanter Diagnosen ergeben würde.

### ***Prävalenzgewichtung***

Die Entscheidung des BVA, die Prävalenz einer Krankheit bei der Auswahl stärker zu berücksichtigen als vom wissenschaftlichen Beirat im Gutachten vorgeschlagen, wird unterschiedlich bewertet. AOK-BV, KBS, BEK und DAK bezeichnen die Adjustierung als sachgerecht, während der VdAK/AEV zu bedenken gibt, dass es kein allgemeines Kriterium zur Transformation der Fallzahlen geben könne. BKK-BV, IKK-direkt und die IKK Sachsen bezeichnen die durchgeführte Gewichtung über die Quadratwurzel der Krankheitsprävalenz als zu stark und plädieren für die Verwendung der im Gutachten vorgeschlagenen logarithmischen Gewichtung. Ausgehend vom so genannten „Schwellenwert“ vertreten TK/KKH/HKK und GEK in ihrer gemeinsamen Stellungnahme die Ansicht, dass der Ordnungsgeber hinsichtlich der Prüfung auf Kostenintensität eine personen- bzw. fallorientierte Sichtweise vorgegeben habe; dies gelte auch für die Formulierungen „wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen“ und „für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung“, die sich in der Begründung zum GKV-WSG finden – eine Prävalenzgewichtung der Krankheitskosten hätte aus Sicht dieser Kassen vollständig unterbleiben müssen.

### ***Perzentilgrenze***

TK/KKH/HKK/GEK sowie IKK-direkt hinterfragen die Wahl des 76,5ten Perzentils der Ausgabenverteilung als Grenzwert für die Definition „kostenintensiver“ Krankheiten, dessen Verwendung zur Auswahl von exakt 80 Krankheiten führt.

## **f) Anmerkungen aus medizinischer Perspektive**

- 1) Wegen der Anfang 2007 erfolgten arzneimittelrechtlichen Zulassung von Ranibizumab für die Behandlung der feuchten Makuladegeneration erwartet der AOK-BV einen starken Anstieg der entsprechenden Therapiekosten, der sich in den BVA-Daten noch nicht wiederfindet. Es wird daher für eine Aufnahme der Makuladegeneration plädiert.
- 2) Da Schwangerschaften nicht den (medizinischen) Tatbestand einer Krankheit erfüllen, regen AOK-BV und BKK-BV deren Ausschluss aus der vorgelegten Liste an.
- 3) Hinsichtlich ihrer hohen Rezidivrate sowie ihrer onkologischen und therapeutischen Besonderheiten fordern AOK-BV und BEK/DAK die Zuordnung der Carzinoma in situ der Brustdrüse zu Krankheit 10 (Bösartige Neubildungen der Brustdrüse).
- 4) Ebenso regen AOK-BV und BEK/DAK die Aufnahme der Krankheit „Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane“ an (aus Genderaspekten, bzw. weil die Erkrankung das Aufnahmekriterium lediglich knapp verfehlt).
- 5) Aufgrund starker medizinischer Überlappungen von Zuständen, die mit Frühgeburten in Zusammenhang stehen, regt der AOK-BV die Zusammenlegung der Krankheiten 351-353 (Geburtsgewicht <1.500g / schwerwiegende Probleme während der Perinatalperiode / Infant Respiratory Distress Syndrome) an.
- 6) Die Aufnahme der Krankheit 20 („Bakterielle Zoonosen und andere schwerwiegende bakterielle Infektionen“) wird vom BKK-BV kritisiert, da es sich um eine medizinisch äußerst heterogene Gruppe verschiedener Krankheiten handle, die durch die Hinzunahme entzündlicher Wirbelerkrankungen künstlich über den Grenzwert der Hospitalisierungsquote gehoben worden sei.
- 7) Hinsichtlich der DxGruppen 569 (Erkrankungen der Menopause und Postmenopause), 643, 645, 647, 648, 656 und 657 (pathologische Frakturen) weist der BKK-BV darauf hin, dass diese nicht notwendiger Weise mit der Krankheit Osteoporose im Zusammenhang stünden und nicht unter Krankheit 94 (Osteoporose und Folgeerkrankungen) berücksichtigt werden dürften.
- 8) Hinsichtlich der Anämie (Krankheit 118) weist der BKK-BV darauf hin, dass Anämien häufig als Begleiterscheinungen bei anderen Krankheiten, bei Schwangerschaften und Menstruation auftreten und dass der Krankheitswert entsprechender Laborbefunde selbst unter Medizinern umstritten sei.
- 9) Bei den Krankheiten 90 („Osteoarthritis der großen Gelenke“) und 189 („Hypertonie“) handelt es sich nach Darstellung des BKK-BV um Krankheiten mit nur geringem Kostengewicht, die lediglich über ihre hohe Prävalenz ausgewählt wurden.

10) Der BKK-BV weist darüber hinaus darauf hin, dass der BVA-Entwurf \*-Diagnosekodes enthalte, die nicht als alleinige Diagnose verschlüsselt werden dürfen. Die Codes seien aus der Liste zu entfernen.

11) Die IKK Direkt kritisiert die Zuordnung der DxGruppe 250 („Normotensiver Hydrozephalus“) zur Demenz, dass es sich hierbei um eine Erkrankung handle, die vorwiegend für Säuglinge relevant sei.

12) Die IKK Direkt weist darauf hin, dass die DxGruppe 357 („Kardiomyopathie / Myokarditis) zwei Krankheiten („Herzinsuffizienz“ bzw. „Ischämische Herzkrankheit“) zugeordnet worden sei, ohne dass ein Split der Gruppe angegeben worden ist.

## **VIII. Bewertung der Stellungnahmen**

Vor der endgültigen Festlegung der zu berücksichtigenden Krankheiten wurden die in der zweiten Anhörungsstufe eingegangenen Stellungnahmen sorgfältig geprüft. Hinsichtlich der vorgetragenen Argumente gelangt das BVA zu der folgenden Bewertung:

### **a) Methodisches Vorgehen**

Bei der Festlegung des 50 %-Grenzwertes als geforderte Ausschöpfungsquote für den HLB 5 – der in dieser Höhe mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart worden war – wurde nach Ansicht des BVA eine sinnvolle Abwägung zwischen Datenvalidität und Stichprobengröße getroffen.

Hinsichtlich des nicht ausgewiesenen R<sup>2</sup>-Wertes sei nochmals darauf verwiesen, dass die in der Begründung zum GKV-WSG geforderte Prognosegüte sich auf das noch nicht spezifizierte Klassifikationsmodell bezieht.

### **b) Krankheitsbegriff**

#### ***Krankheitsabgrenzung***

Das BVA vertritt weiterhin die Auffassung, dass eine „eng abgrenzbare Krankheit“ als Gruppierung von einer oder mehreren DxGruppen zu definieren ist. Das gewählte Vorgehen wird einerseits mehrheitlich als sachgerecht bezeichnet und entspricht andererseits auch dem Verständnis und der Definition des wissenschaftlichen Beirats.

Die Anmerkung, das BVA habe bei der Zusammenfassung der Diagnosegruppen zu Krankheiten die Grouper-Systematik teilweise verlassen, ist korrekt, trifft jedoch in gleicher Weise auf das Vorgehen des wissenschaftlichen Beirats zu (sehr umfänglich beispielsweise im Bereich der onkologischen Erkrankungen). Nach Aussage der Gutachter stellt die HCC-Systematik des DxCG-Modells lediglich eine bereits nach



klinischen Gesichtspunkten geprüfte Ausgangsbasis für eine Gruppierung dar, auf die eine nach medizinischen Kriterien erfolgende Zusammenfassung zu Krankheiten aufbaut. Diese Ansicht wird vom BVA geteilt.

### ***Interne Diagnosevalidierung***

Die vorgenommene Diagnosevalidierung wird von allen Beteiligten als Verbesserung der Methodik aufgefasst. Hinsichtlich der angemahnten Verwendung von Arzneimittelinformationen beabsichtigt das BVA – wie vom Ordnungsgeber vorgesehen – diese im Klassifikationsmodell zu berücksichtigen.

#### **c) Auswahl „chronischer“ Krankheiten**

Mit der Abgrenzung der Krankheiten werden Analyseeinheiten gebildet, die unter anderem auf das Kriterium der Chronizität hin geprüft werden. Insoweit ist auf VI b) zu verweisen. Bei der Zusammenfassung von DxGruppen zu Krankheiten hat sich das BVA ausschließlich an den in VI f) genannten Prinzipien orientiert. Dabei steigt zwar die Wahrscheinlichkeit, dass das Chronizitätskriterium erfüllt wird. Allerdings ist erst durch dieses Vorgehen gewährleistet, dass auch fortschreitende Verläufe ein und derselben Grunderkrankung berücksichtigt werden.

#### **d) Auswahl „schwerwiegender“ Krankheiten**

Die Beobachtung des BKK-BV, dass die für den Festlegungsentwurf ermittelten Hospitalisierungsquoten systematisch über den Gutachtenwerten liegen, trifft zu. Wie der Verband vermutet, ist dies nicht auf die nur geringfügig geänderte Datenbasis zurückzuführen. Das Phänomen erklärt sich vielmehr durch das striktere Aufgreifkriterium für „betroffene Versicherte“, die bei der Berechnung der Hospitalisierungsquote in den Nenner eingehen.

Während im Gutachten ein Versicherter bereits bei einmaliger Diagnosedokumentation als von einer Krankheit betroffen galt, wird ein Versicherter bei der vom BVA vorgeschlagenen Vorgehensweise nur aufgegriffen und einer Krankheit zugeordnet, wenn er eine krankheitsspezifische ambulante Diagnose in mindestens zwei Quartalen aufweist (bzw. wenn eine entsprechende Diagnose aus dem stationären Sektor vorliegt).

Während die Anzahl der hospitalisierten Versicherten von der methodischen Anpassung unberührt bleibt, wird durch den neu eingeführten Validierungsschritt die Zahl der insgesamt von einer Krankheit Betroffenen gesenkt; die Hospitalisierungsquote steigt – als Quotient dieser beiden Größen – systematisch an. Das BVA greift deshalb die vom BKK-BV vorgetragenen Bedenken auf. Um die vom Beirat vorgesehene Auswirkung beizubehalten, muss der Grenzwert der Hospitalisierungsquote ange-

passt werden: Im Vergleich zwischen „einfachem“ und „validiertem“ Aufgreifkriterium erhöht sich die „mittlere Hospitalisierungsquote“ über alle Krankheiten im BVA-Datensatz um den Faktor 2,027 (von durchschnittlich 2,55 % auf 5,17 %). Gemäß dieser durchschnittlichen Steigerung legt das BVA den Grenzwert der Hospitalisierungsquote daher auf 10 % fest.

#### **e) Kostenbewertung zur Auswahl der Krankheiten**

##### ***Regressionsansatz***

Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Krankheit hat das BVA jeweils zwei Regressionsgewichte addiert, die auf Basis unterschiedlicher Grundgesamtheiten ermittelt wurden. Die größere Stichprobe entspricht in ihrer Struktur der Struktur der GKV-Versicherten. Dies ist für die Sub-Stichprobe nicht im gleichen Maße der Fall. Die erwarteten Kosten der einzelnen Leistungsbereiche wurden jeweils auf der besten zur Verfügung stehenden Stichprobe berechnet. Etwaige Strukturunterschiede bezüglich Alter und Geschlecht werden durch die Adjustierung in den Regressionen weitgehend abgefangen. Das BVA hat sich für dieses Verfahren entschieden, um das Kostengeschehen einer Krankheit so vollständig wie möglich abzubilden.

Die Kritik am Zulassen negativer oder nicht-signifikanter Kostengewichte in einem Regressionsmodell, das lediglich zur Auswahl der Krankheiten auf Basis von unverzerrten Schätzern dient, kann nicht nachvollzogen werden. Ist das Kostengewicht einer Krankheit negativ, so weist dies darauf hin, dass die betroffenen Versicherten im Folgejahr unterdurchschnittliche Leistungsausgaben verursachen. Die einzelnen Regressoren weisen insbesondere für alle in der Auswahl verbliebenen Krankheiten ein hohes Signifikanzniveau auf.

Hinsichtlich der Einbeziehung „berücksichtigungsfähiger DMP-Mehrkosten“ sei auf § 4 Abs. 1 Nr. 10 RSAV sowie die Anlagen 3.1 und 3.4 der Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V verwiesen. Hiernach zählen Ausgaben für medizinische Vorsorgeleistungen, für medizinische Rehabilitation sowie für ergänzende Leistungen zur Rehabilitation im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (nach § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV) nach wie vor als berücksichtigungsfähig für die Ermittlung standardisierter Leistungsausgaben.

Anlässlich weiterer Hinweise seitens des VdAK/AEV und des AOK-BV hat das BVA die in Anhang 2 dokumentierten Altersgrenzen für Erwerbsminderungsrentner adjustiert, so dass diese nun der Abgrenzung im Status-quo-RSA entsprechen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die vorgenommenen Anpassungen sowohl dieser Altersgrenzen als auch die Veränderungen an der Krankheitszuordnung (siehe

VIII f)) einen Einfluss auf das Berechnungsergebnis der Mehrkosten der einzelnen Krankheiten haben. Erwartungsgemäß ergeben sich im Vergleich zum Festlegungsentwurf geringe Differenzen, die sich jedoch nicht auf das Ergebnis der Krankheitsauswahl auswirken

### **Prävalenzgewichtung**

Der Interpretation der TK/KKH/HKK sowie der GEK, dass für die Prüfung der Kostenintensität einer Krankheit eine rein personen- bzw. fallorientierte Perspektive einzunehmen sei, kann nicht gefolgt werden. Das BVA vertritt wie der Beirat die Ansicht, dass ein Auswahlansatz, der die Krankheitsprävalenz gänzlich unberücksichtigt lässt, nicht mit den zitierten Formulierungen aus der Begründung zum GKV-WSG („wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen“ / „für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung“) in Einklang zu bringen ist. Dies wird aus Sicht des BVA insbesondere dadurch verdeutlicht, dass an gleicher Stelle aufgegeben wird, „auch mit einer begrenzten Zahl von Krankheiten ein hohes Maß an Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs“ zu erreichen (BT-Drs, 16/3100, 204). Eine zielgenaue morbiditätsorientierte Abbildung der Risikostruktur einzelner Krankenkassen wäre beschränkt auf im Einzelfall sehr teure, aber eher seltene Krankheitszustände nicht zu erreichen.

Das folgende realitätsnahe Szenario stellt die Auswirkungen unterschiedlicher Prävalenzgewichtungen gegenüber. Hierbei wird ersichtlich, dass die hypothetische Krankheit 2 trotz wesentlich höherer Bedeutung für die Gesamtkosten der GKV bei einer logarithmischen Transformation ihrer Fallzahlen als kostengünstiger eingestuft würde als die seltene aber teure Krankheit 1.

Krankheit	Zahl der Fälle	Kosten je Fall	Gesamtkosten	Logarithmus	Wurzel
1	500	10.000 €	5.000.000 €	62.146 €	223.607 €
2	100.000	2.000 €	200.000.000 €	23.026 €	632.456 €

Nach Berücksichtigung aller vorgetragene Argumente bleibt das BVA bei der Auffassung, dass mit der Verwendung der Wurzelfunktion dem gesetzlichen Regelungsgedanken angemessen Rechnung getragen wird

### **Perzentilgrenze**

Nach Abschluss der Bewertung von Chronizität und Krankheitsschwere legte das BVA die vom wissenschaftlichen Beirat in seinem Gutachten empfohlene Perzentilgrenze zur Auswahl kostenintensiver Krankheiten an. Bei Verwendung dieses 70. Perzentils der Ausgabenverteilung über alle Krankheiten wäre jedoch die vom Ver-

ordnungsgeber bestimmte maximal zulässige Anzahl ausgewählter Krankheiten überschritten worden. Um nun der gutachterlichen Empfehlung so weit wie möglich zu folgen und gleichzeitig den rechtlichen Vorgaben zu entsprechen, musste die Grenze angehoben werden, bis eine von der RSAV gedeckte Anzahl von Krankheiten resultierte. Das BVA hält daher, wie vom Beirat empfohlen, an der Auswahl von 80 Krankheiten fest.

#### **f) Anmerkungen aus medizinischer Perspektive**

1) Eine isolierte Aufnahme der Makuladegeneration ohne valide Datenbasis zur Verschreibungshäufigkeit von Ranibizumab und der damit einhergehenden Kosten ist nicht zu rechtfertigen. Es ist davon auszugehen, dass in der Zwischenzeit auch für andere Erkrankungen neue kostenintensive Therapeutika zugelassen worden sind. Die daraus resultierenden Änderungen der Kostensituation werden im Rahmen der jährlichen Anpassung der Krankheitsauswahl berücksichtigt.

2) Auch wenn „Schwangerschaft“ üblicherweise nicht als Krankheit angesehen wird, stellt sie gleichwohl ein erhebliches medizinisch begründetes Kostenrisiko (durch Entbindung und Nachbetreuung) für eine Krankenkasse dar und ist deshalb im Prozess der Krankheitsauswahl zu berücksichtigen. Die Schwangerschaft erfüllt nicht nur (bedingt durch dessen Operationalisierung) das Kriterium der „Chronizität“, sondern auch das Kriterium der „Schwere“, da sie mit einer hohen Hospitalisierungsquote – begründet durch die größtenteils stationären Entbindungen – einhergeht.

3) Die Hinweis, dass das duktales Carcinoma in situ der Brustdrüse (DCIS) der Krankheit 10 (Bösartige Neubildungen der Brustdrüse) zuzuordnen sei, ist sachgerecht. Das DCIS gilt als Präkanzerose. Die Behandlung des DCIS umfasst Operation, Bestrahlung, und die Gabe von Tamoxifen. Eine Chemotherapie ist in der Regel nicht erforderlich, ebenso keine Axilladisektion. Das DCIS weist eine mittlere Rezidivrate von rund 1 % auf und erfordert eine engmaschige Nachsorge. Im Gegensatz zum DCIS werden andere präinvasive Läsionen der Brust – wie etwa die lobuläre Neoplasie (LN, ehemals atypische lobuläre Hyperplasie und lobuläres Carcinoma in situ, LCIS) – als Risikomarker und nicht als obligate Präkanzerose aufgefasst, für die (sofern keine weiteren Befunde vorliegen) weder großräumige operative Entfernung noch eine adjuvante Therapie indiziert sind.

4) Der Vorschlag „Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane“ abweichend vom datengestützten Vorgehen in die Krankheitsauswahl aufzunehmen wird nicht aufgegriffen. Der Hinweis auf Gender-Aspekte als Argument überzeugt nicht und kann die Auswahlkriterien nicht ersetzen. Im Rahmen der mit der geänderten Hospitalisierungsquote durchgeführten Neuberechnung erfüllt die Krankheit allerdings die Aufnahmekriterien und wird in der Krankheitsauswahl berücksichtigt.

5) Die Anregung des AOK-BV, die Krankheiten 351-353 („Geburtsgewicht <1.500 g“, „schwerwiegende Probleme während der Perinatalperiode“, „infant respiratory distress syndrome“) zusammenzufassen, wird vom BVA aufgegriffen. Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g weisen zu über 70 % ein „infant respiratory distress syndrome“ und zu 18 % „andere schwerwiegende Probleme während der Perinatalperiode“ auf. Die hohe Korrelation der Frühgeburt mit diesen perinatalen Erkrankungen zeigt, dass diese im direkten Zusammenhang mit dem geringen Geburtsgewicht stehen und daher bei der Auswertung nicht getrennt werden dürfen.

6) Das BVA teilt die Auffassung des BKK-BV, dass es sich bei der Krankheit 20 („Bakterielle Zoonosen und andere schwerwiegende bakterielle Infektionen“) um unterschiedliche bakterielle Infektionen handelt, die aber aufgrund der klinischen Schwere im Mittel hohe Kosten verursachen. Die von DxCG vorgeschlagene Zusammenfassung von ICDs auf DxGruppen-Ebene wurde nahezu unverändert übernommen. Es wurde lediglich bezüglich der „Gangrän“ dem genauen klinischen Erscheinungsbild unterschieden zwischen der sog. „feuchten Gangrän“ (d.h. mit Infektion des abgestorbenen Gewebes durch Gasbranderreger) und der sog. „trockenen Gangrän“ (Folge einer Atherosklerose). Durch die Anhebung der Hospitalisierungsquote ist die Krankheit 20 allerdings nicht mehr in der Krankheitsauswahl enthalten.

7) Das BVA teilt die Auffassung des BKK-BV, dass die DxGruppe 569 „Erkrankungen der Menopause und Postmenopause“ nicht notwendigerweise mit „Osteoporose“ in Zusammenhang stehen muss. Dieser Tatsache wurde deshalb bereits im Vorfeld durch das BVA insofern Rechnung getragen, dass die dieser DxGruppe zugrunde liegenden ICD-Kodes in das Krankheitsbild „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ (hierfür wurden die ICD-Kodes M81.- „Osteoporose ohne pathologische Fraktur“ berücksichtigt) und in das Krankheitsbild „Klimakterische Störungen“ (hier ICD-10-GM N95.-) aufgeteilt wurden.

Die ebenfalls kritisierte gemeinsame Betrachtung der pathologischen Frakturen und der Osteoporose ist jedoch gerechtfertigt, da pathologischen Frakturen die bedeutendsten Folgeerscheinungen einer Osteoporose sind. Umgekehrt stellt die Osteoporose den wichtigsten Risikofaktor für eine pathologische Fraktur dar. Die Ursache für die Osteoporose (Mangel an Sexualhormonen, bösartige Neubildungen, endokrine Erkrankungen, u.a.) ist dabei unerheblich.

8) Der Hinweis des BKK-BV, dass eine Anämie in vielen Fällen eine Begleiterscheinung anderer Erkrankungen darstellt und auffällige Laborbefunde nicht immer einen Krankheitswert haben, ist richtig. Allerdings ergeben sich auch *trotz* Berücksichtigung der angesprochenen Begleiterkrankungen (bspw. Schwangerschaften) in der Regression allein auf die Anämie entfallende fallbezogene Mehrkosten in Höhe von über

1.500 € Durch die Anhebung der Hospitalisierungsquote ist die Anämie allerdings nicht mehr in der Krankheitsauswahl enthalten.

9) Die Aussage des BKK-BV, dass es sich bei den Krankheiten 90 („Osteoarthrose der großen Gelenke“) und 189 („Hypertonie“) um Krankheiten mit vergleichsweise geringen Fallkosten handelt, trifft zu. Angesichts ihrer hohen Verbreitung handelt es sich dennoch um kostenintensive Krankheiten bezogen auf das Versorgungsgeschehen in der GKV.

10) Der Forderung des BKK-BV, sogenannte Stern-Diagnosekodes aus der Liste zu entfernen, kann nicht gefolgt werden. Es handelt sich hierbei um spezifische, zusätzliche Krankheitsbeschreibungen, die in einem hierarchisch angelegten Klassifikationssystem wie der ICD für viele Krankheitsbilder aus sachlichen Gründen unabdingbar sind.

11) Der Einwand der IKK-Direkt gegen die Zuordnung der DxGruppe 250 („Normotensiver Hydrozephalus“) zur Demenz ist nur bedingt sachgerecht. Der angeborene Hydrozephalus, auf den sich offensichtlich der Einwand bezieht, wird in der ICD-10 mit Q03 kodiert und ist über die DxGruppe 311 (Spina bifida, Hydrozephalus, andere angeborene Anomalien des Nervensystems) den „Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks“ zugeordnet. Im Gegensatz dazu handelt es sich beim Normaldruckhydrozephalus (syn. normotensiver Hydrozephalus) um eine Erkrankung, die durch eine Erweiterung der Liquorräume, in denen die Liquor cerebrospinalis zirkuliert, verursacht wird. Es wird hier der primäre (oder idiopathische) Hydrozephalus mit unbekannter Ursache von sekundären Formen unterschieden, die vor allem durch Resorptionsstörungen des Liquor cerebrospinalis verursacht werden. Bei einem Normaldruckhydrozephalus kommt es zu einer typischen Trias, die die Symptome Gangstörung, Demenz und Harninkontinenz umfasst. Am primären Normaldruckhydrozephalus erkranken meist Erwachsene um das 60. Lebensjahr. Der sekundäre Normaldruckhydrozephalus kommt dagegen in allen Altersklassen vor. Allerdings hat die Überprüfung der DxCG-Zuordnung ergeben, dass unter dem Begriff „Normotensiver Hydrozephalus“ fälschlicherweise auch Formen des Hydrozephalus aufgelistet werden, die mit einer Hirndrucksteigerung einhergehen. Im weiteren Verfahren werden nur noch explizit die mit G91.2- gekennzeichneten ICD-Kodes als normotensiver Hydrozephalus berücksichtigt. Die sonstigen Formen werden der DxGruppe 331 („Hypoxischer Hirnschaden, Hirnödem, Hirnstammkompression (nicht traumatisch)“) zugeordnet.

12) Der Hinweis der IKK-Direkt, dass die DxGruppe 357 („Kardiomyopathie / Myokarditis) zwei Krankheiten („Herzinsuffizienz“ bzw. „Ischämische Herzkrankheit“) zugeordnet sei, ohne dass ein DxGruppen-Split angegeben wurde, ist richtig. Hierbei handelt es sich um einen redaktionellen Fehler innerhalb der Anlage 1. Die gesamte

DxGruppe 357 (einschließlich der ICD I25.5 Ischämische Kardiomyopathie) wird der Herzinsuffizienz zugeordnet.

### **g) Auswirkung der vorgenommenen Adaptionen**

Durch die aus dem Anhörungsprozess resultierenden oben beschriebenen Anpassungen (Anhebung der Hospitalisierungsquote, medizinisch begründete Änderungen der Krankheitsabgrenzung) ergeben sich damit gegenüber dem Entwurf vom 27.03.2008 für die Krankheitsauswahl die folgenden Änderungen.

#### **Veränderungen in der Krankheitsauswahl gegenüber dem Entwurf vom 27.03.2008**

<b>Neu aufgenommen</b>	<b>Nicht mehr in der Auswahl enthalten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane (Krankheit 30)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bakterielle Zoonosen (Krankheit 20)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delir und Enzephalopathie (Krankheit 122)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Energie- und Eiweißmangelernährung (Krankheit 41)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angeborene schwere Herzfehler (Krankheit 179)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anämie (Krankheit 119)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luxation des Hüftgelenks (Krankheit 319)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen (Krankheit 135)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blutung / Hämatom / Serom als Komplikation eines Eingriffes (Krankheit 350)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dekubitalgeschwüre (Krankheit 298)</li> </ul>

Die Aufnahme der bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane und der angeborenen schweren Herzfehler ist medizinisch plausibel. Auch die Aufnahme der Krankheit 122 („Delir und Enzephalopathie“) ist aus medizinischer Perspektive sachgerecht, da es sich hierbei um die dauerhafte schwerwiegende Form des hirnorganischen Psychosyndroms handelt. Ebenso ist die Aufnahme der Luxation des Hüftgelenks begründet. Hüftluxationen stellen zwar primär zunächst ein akutes Ereignis dar, aufgrund von Komplikationen (Arthrose des Hüftgelenks, rezidivierende Luxationen) können aber häufig hohe Folgekosten (z.B. durch Gelenkersatz) entstehen. Komplikationen nach einem Eingriff wie Blutung / Hämatom / Serom sind eine Folge einer Operation aufgrund eines anderen Grundleidens. Sie ziehen weitere kostenintensive medizinische Maßnahmen, wie z.B. operative Revision nach sich. Das bedeutet, dass solche Komplikationen bei überdurchschnittlich morbiden Versicherten auftreten und ein bedeutsames Kostenrisiko für die Krankenkassen darstellen.

Das Bundesversicherungsamt hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichverordnung (RSAV) die nach § 31 Absatz 1 Satz 2 RSAV zu berücksichtigenden Krankheiten aus den obigen Erwägungen festgelegt und diese am 13.05.2008 bekannt gemacht.