



Beschreibung PCG-Einteilung

Auf Grundlage der aktuellen PCG-Liste der Probeläufe 1-3





Beschreibung PCG-Einteilung

Im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung KVG

17. Oktober 2019



Ausgangslage

Die Krankenversicherer liefern zur Berechnung des Risikoausgleichs Daten zu Patientencharakteristiken, Kosten und Arzneimittel (vgl. Art. 6 VORA) an die Gemeinsame Einrichtung KVG. Die GE KVG berechnet nach den gesetzlichen Vorgaben die Risikoausgleichszahlungen. Zu den Berechnungsschritten liegt eine vom BAG erstellte Dokumentation¹ des detaillierten Vorgehens vor. Bevor die Berechnung jedoch durchgeführt werden kann, müssen die Daten aufbereitet werden. Dabei handelt es sich insbesondere um die Eingruppierung der Versicherten in die PCG anhand ihres Arzneimittelkonsums. Dazu wird vom BAG eine PCG-Liste mit den im Risikoausgleich berücksichtigten PCG, den dazugehörigen Medikamenten, deren definierten Tagesdosen (DDD) und DDD-Grenzwerten der PCG veröffentlicht. Das vorliegende Dokument formuliert und präzisiert die zur PCG-Eingruppierung notwendigen Schritte. In einem ersten Schritt wird für jeden Versicherten die bezogene DDD-Menge pro PCG ermittelt, in einem zweiten Schritt werden die PCG identifiziert, für welche der Versicherte den jeweiligen DDD-Grenzwert mindestens erreicht. Im dritten Schritt werden die Kombinationsregeln angewendet und im letzten Schritt werden diejenigen PCG, die dasselbe oder ein verwandtes gesundheitliches Problem betreffen, hierarchisiert.

Vorgehen Einteilung PCG

- Schritt 1: Berechnung und Aufsummierung der DDD pro Versicherten und PCG
- Schritt 2: Einteilung der Versicherten in die PCG anhand der DDD-Grenzwerte
- Schritt 3: Kombinationsregel: Umteilung der Versicherten in die PCG aufgrund der Kombinationsregel
- Schritt 4: Hierarchisierung: Umteilung der Versicherten in PCG mit höherem Schweregrad, die dasselbe oder ein verwandtes gesundheitliches Problem betreffen.

Zur Eingruppierung der Versicherten in die PCG werden die in Tabelle 1 aufgelisteten Informationen benötigt. Betreffend der zu verwendenden Datenstände wird auf Bürgin (2019) verwiesen.

Tabelle 1 Notwendige Informationen zur Einteilung der Versicherten in die PCG

Information	Ort der Information	Verantwortlichkeit
PCG	PCG-Liste	BAG
DDD-Grenzwerte pro PCG	PCG-Liste	BAG
Kombinierungs- und Hierarchisierungsregeln	PCG-Liste	BAG
Pro PCG berücksichtigte Medikamente	PCG-Liste (PCG-Liste Packungsebene)	BAG
Anzahl DDD pro Packung	PCG-Liste (PCG-Liste Packungsebene)	BAG
Anzahl bezogene Packungen pro Medikament pro Versicherten	Arzneimittelabrechnungsdaten	Versicherer

¹ Bürgin, R. (2019) Berechnungsformeln für den Risikoausgleich mit PCG ab 2020. Bundesamt für Gesundheit BAG. Bern. Stand: 16. Mai 2019.



Zahlenformate und Rundungsregeln

Tabelle 2 zeigt die Zahlenformate und die Rundungsregeln für die DDD-Menge pro Packung, wie diese von der PCG-Liste einzulesen ist und für die DDD-Summe pro Person und PCG.

Tabelle 2 Zahlenformate und Rundungsregeln

Grösse	Format	Anzahl Nachkommastellen	Gerundet / abgeschnitten
Anzahl DDD pro Packung	Zahl	9	abgeschnitten
Anzahl bezogene Packungen pro Medikament pro Versicherten	Zahl	2	gerundet
DDD-Grenzwerte pro PCG	Zahl	2	abgeschnitten
Anzahl DDD pro Person und PCG	Zahl	2	gerundet

Schritt 1: Berechnung und Aufsummierung der DDD pro Versicherten und PCG

Die Arzneimittelabrechnungsdaten der Versicherer geben darüber Auskunft, wie viele Packungen eines Medikaments die Versicherten in einem Behandlungsjahr bezogen haben. Die Medikamente werden über die Global Trade Item Number (GTIN) oder den Pharmacode identifiziert. Tabelle 3 zeigt einen fiktiven Versicherten, welcher zwei Medikamente bezogen hat. Tabelle 4 zeigt einen Auszug aus der PCG-Liste mit den für dieses Beispiel relevanten Medikamenten und den dazugehörigen Anzahl DDD pro Packung.

Tabelle 3 Beispiel der Arzneimittelabrechnungsdaten

Mitgliedernummer	GTIN	Pharmacode	Anzahl Packungen	Weitere Variablen...
1	7680568470366	3565872	10	...
1	7680562490025	6656210	8	...

Die Arzneimittelabrechnungsdaten zeigen für die Versicherten unter anderem für jedes bezogene Medikament den GTIN und/oder den Pharmacode und die Anzahl Packungen.

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 4 Auszug aus der PCG-Liste

PCG	Name	GTIN	Pharmacode	Anzahl DDD pro Packung
ADH	ADHS	7680568470366	3565872	16.7
ADH	ADHS	7680562490025	6656210	5

Die PCG-Liste zeigt die Medikamente, durch deren Konsum die Versicherten in eine PCG eingeteilt werden. Identifiziert werden die Medikamente anhand des GTIN oder des Pharmacodes. Die PCG-Liste zeigt zudem die Anzahl DDD pro Packung für die berücksichtigten Medikamente.

Quelle: BAG PCG-Liste Packungsebene. Eigene Darstellung.

Zuerst müssen die Anzahl DDD pro Packung und die dazugehörige PCG aus der PCG-Liste (Spalten 1 und 5 im Beispiel in Tabelle 4) auf Packungsebene zu den Arzneimittelabrechnungsdaten



hinzugefügt werden. Die Arzneimittelabrechnungsdaten werden dazu mit der PCG-Liste über die GTIN respektive, falls die Verknüpfung über den GTIN nicht erfolgreich war, über den Pharmacode verknüpft. Der GTIN wird in diesem Schritt priorisiert. Hierbei handelt es sich um eine normative Festlegung, die eine möglichst umfassende Datenverknüpfung sicherstellen soll. Zudem wird der Pharmacode ab 2024 nicht mehr erhoben. Für Arzneimittel, die nicht in der PCG-Liste enthalten sind, findet keine Verknüpfung statt. Die Verknüpfung wird für alle Personen vorgenommen, die im Datenjahr 18 Jahre oder älter sind und damit im Folgejahr im Risikoausgleich berücksichtigt werden.

Durch die Multiplikation der von einem Versicherten bezogenen Anzahl Packungen mit den hinzugefügten Anzahl DDD pro Packung kann die von einem Versicherten bezogene Anzahl DDD pro Medikament berechnet werden. Es resultiert eine Tabelle, aus welcher für jeden Versicherten die Anzahl DDD pro Medikament und die korrespondierende PCG ersichtlich ist, sofern das Medikament in der PCG-Liste vorkommt (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5 Verknüpfung von PCG-Liste und Krankenkassendaten

Mitgliedernummer	GTIN	Anzahl Packungen	PCG	Anzahl DDD pro Packung	Anzahl DDD pro Medikament
1	7680568470366	10	ADH	16.7	167
1	7680562490025	8	ADH	5	40

Die Tabelle zeigt für jeden Versicherten und für jedes von ihm bezogene Medikament die Anzahl DDD pro Packung. Diese muss mit der Anzahl Packungen multipliziert werden, um die DDD pro Medikament zu erhalten.

Quelle: Eigene Darstellung.

Um die pro PCG bezogene Anzahl DDD zu ermitteln, wird für jeden Versicherten die Anzahl DDD pro Medikament aller einer PCG zugeordneten Medikamente aufsummiert. Tabelle 6 zeigt beispielhaft, dass der fiktive Versicherte gesamthaft 207 DDD der PCG ADH bezogen hat. Diese 207 DDD stammen von zwei verschiedenen Medikamenten.

Tabelle 6 Aufsummierung der DDD pro PCG

Mitgliedernummer	PCG	Anzahl DDD pro PCG
1	ADH	207

Der Versicherte 1 hat gesamthaft 207 DDD der PCG ADH bezogen.

Quelle: Eigene Darstellung.

Nach dem ersten Berechnungsschritt ist für jeden Versicherten bekannt, wie viele DDD pro PCG er bezogen hat.

Schritt 2: Einteilung der Versicherten in die PCG anhand der DDD-Grenzwerte

Zur Einteilung der Versicherten in die PCG werden für jeden Versicherten die pro PCG bezogenen DDD-Mengen mit den DDD-Grenzwerten der PCG-Liste verglichen. Versicherte werden nur dann in eine PCG eingeteilt, wenn die von ihnen bezogene DDD-Menge dem DDD-Grenzwert



der PCG entspricht oder diesen übersteigt. Tabelle 7 zeigt für jede PCG die DDD-Grenzwerte. Bei fast allen PCG liegt der DDD-Grenzwert bei 180. Eine Ausnahme stellen die PCG Krebs regulär und Krebs komplex dar, für welche die Versicherten die Kriterien erfüllen, wenn sie mindestens drei bzw. 15 DDD bezogen haben.

Nach dem zweiten Schritt ist für jeden Versicherten bekannt, in welche PCG er aufgrund der Grenzwerte eingeteilt ist.



Tabelle 7 Übersichtstabelle PCG-Liste

Kurzname	Name	DDD-Grenzwert	Kurzname	Name	DDD-Grenzwert
ABH	Sucht (exklusiv Nikotin)	≥180 DDD	KRK	Krebs komplex	≥ 15 DDD
ADH	ADHS	≥180 DDD	MCR	Morbus Crohn / Colitis ulcerosa	≥180 DDD
AIK	Autoimmunkrankheiten	≥180 DDD	MSK	Krankheiten des Gehirns oder des Rückenmarks: Multiple Sklerose	≥180 DDD
ALZ	Alzheimer	≥180 DDD	NIE	Nierenerkrankung	≥180 DDD
AST	Asthma	≥180 DDD	PAH	Pulmonale (arterielle) Hypertonie	≥180 DDD
BSR	Bipolare Störung regulär	≥180 DDD	PAR	Morbus Parkinson	≥180 DDD
CAR	Herzleiden	≥180 DDD	PSO	Psoriasis	≥180 DDD
COP	COPD / Schweres Asthma	≥180 DDD	PSY	Psychose	≥180 DDD
DEP	Depression	≥180 DDD	RHE	Rheuma	≥180 DDD
DM1	Diabetes Typ-1	≥180 DDD	SMC	Chronische Schmerzen (exklusive Opioide)	≥180 DDD
DM2	Diabetes Typ-2	≥180 DDD	SMN	Neuropathischer Schmerz	≥180 DDD
DM2+hyp	Diabetes Typ-2 mit Hypertonie	≥180 DDD DM2 und ≥180 DDD hyp	THY	Schilddrüsenerkrankungen	≥180 DDD
EPI	Epilepsie	≥180 DDD	TRA	Transplantationen	≥180 DDD
GLA	Glaukom	≥180 DDD	WAS	Wachstumsstörung	≥180 DDD
HCH	Hohes Cholesterin	≥180 DDD	ZFP	Zystische Fibrose / Pankreasenzyme	≥180 DDD
HIV	HIV/AIDS	≥180 DDD	ZNS	Krankheiten des Gehirns oder des Rückenmarks: Sonstige	≥180 DDD
KHO	Hormonsensitive Tumore	≥180 DDD	hyp	Hypertonie	≥180 DDD
KRE	Krebs	≥ 3 DDD			

Die Kategorie «hyp» beschreibt keine eigentliche PCG, sondern dient zur Einteilung der Versicherten in Diabetes Typ 2 mit Bluthochdruck. Die Erfüllung der Kriterien führt noch nicht zur definitiven Einteilung, da noch eine Hierarchisierung folgt, wenn mehrere PCG das gleiche oder ein verwandtes gesundheitliches Problem betreffen.

Quelle: Polynomics und Universität Basel (2019).



Schritt 3: Kombinationsregel: Umteilung der Versicherten in die PCG aufgrund der Kombinationsregel

Es kommt vor, dass Versicherte mit einer Kombination aus zwei Krankheiten im Durchschnitt viel teurer sind als Versicherte, die jeweils nur an einer der beiden Krankheiten leiden. Daher wird eine Interaktion und damit eine «Überschneidungsgruppe» für Versicherte mit beiden Krankheiten gebildet.

In der aktuellen Schweizer PCG-Liste werden zwei Indikationsgebiete (Diabetes mellitus Typ 2 und Hypertonie) als interagierend behandelt. Um die Interaktion abzubilden wird eine neue PCG «Diabetes Typ 2 mit Bluthochdruck» erstellt, die im Risikoausgleich berücksichtigt wird. Bezog ein Versicherter Arzneimittel für Diabetes Typ 2 und Hypertonie im Umfang von je mindestens 180 DDD, erfüllt er die Kriterien für die PCG «Diabetes Typ 2 mit Bluthochdruck» und wird aus der PCG «Diabetes Typ 2» entfernt. Die PCG «Hypertonie» wird nur zur Bildung der kombinierten PCG «Diabetes Typ 2 mit Bluthochdruck» verwendet und bei der Berechnung des Risikoausgleichs nicht berücksichtigt.

Tabelle 8 **Kombinationsregel**

Kriterien für PCG werden erfüllt	Kriterien für PCG werden erfüllt	Einteilung nach Kombinationsregel
DM2	hyp	DM2+hyp

Quelle: BAG (PCG-Liste Probelauf 1-3)

Nach dem dritten Schritt ist für jeden Versicherten bekannt, in welche PCG er aufgrund der Grenzwerte und der Kombinationsregel eingeteilt ist.

Schritt 4: Hierarchisierung: Umteilung der Versicherten in PCG mit höherem Schweregrad, die dasselbe oder ein verwandtes gesundheitliches Problem betreffen

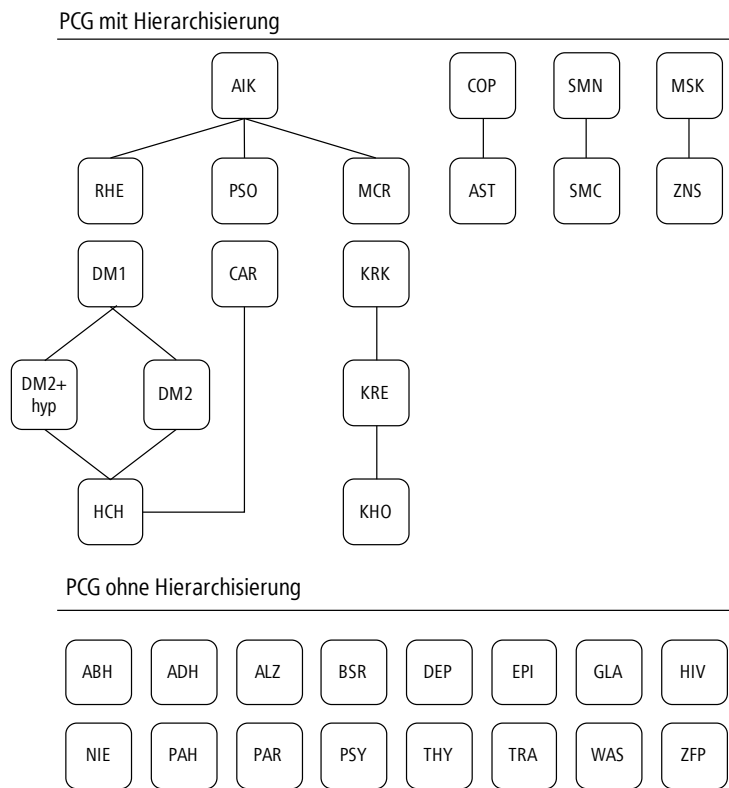
Um zu verhindern, dass sich zwei PCG zu stark überschneiden und dadurch die Zusatzkosten der einzelnen PCG nicht mehr zuverlässig berechnet werden können, werden die PCG, die dasselbe oder ein ähnliches gesundheitliches Problem beschreiben, hierarchisiert. Erfüllt ein Versicherter die Kriterien für mehrere PCG, die dasselbe oder ein verwandtes gesundheitliches Problem betreffen, wird er nur in die schwerste eingeteilt. Erfüllt ein Versicherter zum Beispiel die Kriterien für die PCG «Multiple Sklerose (MSK)» und «sonstige Krankheiten des Gehirns oder des Rückenmarks (ZNS)», so wird er nur in die PCG «Multiple Sklerose (MSK)» eingeteilt.

Abbildung 1 veranschaulicht die Hierarchisierung in der Schweizer PCG-Liste. Versicherte, die in mindestens zwei verwandte PCG fallen, werden jeweils nur in die oberste der auf sie zutreffenden PCG eingeteilt. Tabelle 9 fasst die Einteilungsregeln zusammen.

Nach dem vierten Schritt ist für jeden Versicherten bekannt, in welche PCG er aufgrund der Grenzwerte, der Kombinationsregeln und der Hierarchisierung definitiv eingeteilt ist.



Abbildung 1 Darstellung der Hierarchisierung in der PCG-Liste



Versicherte, die die Kriterien für mehrere PCG, die dasselbe oder ein ähnliches gesundheitliches Problem betreffen, erfüllen, werden nur in die schwerste PCG eingeteilt. Diese entspricht der im Hierarchiebaum höchsten PCG, für welche der Versicherte bereits eingeteilt ist. Ist ein Versicherter nach der Einteilung aufgrund der Grenzwerte und Kombinationsregel z. B. in die PCG KRE und KHO eingeteilt, so ist er nach der Hierarchisierung nur in die PCG KRE eingeteilt.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Polynomics und Universität Basel (2019).²

² Polynomics und Universität Basel (2019). Aktualisierung der PCG-Liste für den Schweizer Risikoausgleich, Olten und Basel.

**Tabelle 9 Hierarchisierungsregeln**

Kriterien für PCG werden erfüllt	Kriterien für PCG werden erfüllt	Einteilung nach Hierarchisierung
AIK	RHE	AIK
AIK	PSO	AIK
AIK	MCR	AIK
CAR	HCH	CAR
COP	AST	COP
SMN	SMC	SMN
MSK	ZNS	MSK
KRK	KRE	KRK
KRK	KHO	KRK
KRE	KHO	KRE
DM1	DM2+hyp	DM1
DM1	DM2	DM1
DM1	HCH	DM1
DM2	HCH	DM2
DM2+hyp	HCH	DM2+hyp

Erfüllt ein Versicherter zum Beispiel die Kriterien für die PCG AIK und RHE, wird er nur in die PCG AIK eingeteilt (letzte Spalte).

Quelle: BAG (PCG-Liste Probelauf 1-3).



Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70

Gemeinsame Einrichtung KVG
Abteilung Risikoausgleich
Industriestrasse 78
4600 Olten

www.kvg.org
urs.wunderlin@kvg.org

Telefon +41 32 625 30 25