



## Beschreibung PCG-Einteilung





## **Beschreibung PCG-Einteilung**

Im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung KVG

18. Januar 2021



## Ausgangslage

Die Krankenversicherer liefern zur Berechnung des Risikoausgleichs Daten zu Patientencharakteristiken, Kosten und Arzneimitteln (vgl. Art. 6 Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) an die Gemeinsame Einrichtung KVG.<sup>1</sup> Die GE KVG berechnet nach den gesetzlichen Vorgaben die Risikoausgleichsbeiträge der Krankenversicherer. Zu den Berechnungsschritten liegt eine vom BAG erstellte Dokumentation des detaillierten Vorgehens vor.<sup>2</sup> 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.

Die zur PCG-Eingruppierung notwendigen Informationen sind einerseits in der Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI), andererseits in der VORA zu finden. Die VORA-EDI legt die im Risikoausgleich zu berücksichtigenden PCG, die Mindestanzahl DDD- respektive Packungen pro PCG und die Kombinations- sowie Hierarchisierungsregeln fest.<sup>3</sup> Gemäss VORA wird zudem eine PCG-Liste publiziert, die die Arzneimittel (inklusive deren definierte Tagesdosen (DDD)), die den jeweiligen PCG zugeordnet sind, enthält. Die PCG-Liste wird durch das BAG publiziert.

Das vorliegende Dokument formuliert und präzisiert die zur PCG-Eingruppierung notwendigen Schritte. In einem ersten Schritt wird für jeden Versicherten die Anzahl bezogene Tagesdosen (DDD) respektive die Packungsanzahl pro PCG ermittelt. In einem zweiten Schritt werden die PCG identifiziert, für welche der Versicherte die jeweilige Mindestanzahl DDD- respektive Packungen erreicht. Im dritten Schritt werden die Kombinationsregeln angewandt und im letzten Schritt werden diejenigen PCG, die demselben Krankheitsbild angehören, hierarchisiert.

### Vorgehen Einteilung PCG

- Schritt 1: Berechnung und Aufsummierung der DDD respektive Anzahl Packungen pro Versicherten und PCG
- Schritt 2: Provisorische Einteilung der Versicherten in die PCG anhand der Mindestanzahl DDD- respektive Packungen
- Schritt 3: Provisorische Einteilung der Versicherten in die PCG aufgrund der Kombinationsregel
- Schritt 4: Hierarchisierung: Finale Einteilung der Versicherten in PCG mit höherem Schweregrad desselben Krankheitsbildes

Zur Eingruppierung der Versicherten in die PCG werden die in Tabelle 1 aufgelisteten Informationen benötigt. Betreffend der zu verwendenden Datenstände wird auf Bürgin (2020)<sup>2</sup> verwiesen.

<sup>1</sup> Die aktuelle VORA ist abrufbar unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20161488/index.html>

<sup>2</sup> Vgl. Bürgin, R. (2020) Berechnungsformeln für den Risikoausgleich mit PCG ab 2020. Bundesamt für Gesundheit BAG. Bern. Stand: 20. April 2020.

<sup>3</sup> Die aktuelle VORA-EDI ist abrufbar unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20191218/index.html>.

**Tabelle 1 Notwendige Informationen zur Einteilung der Versicherten in die PCG**

Information	Ort der Information	Verantwortlichkeit
PCG	VORA-EDI	EDI
DDD- oder Packungsanzahl-grenzwerte pro PCG	VORA-EDI	EDI
Kombinierungs- und Hierarchisierungsregeln	VORA-EDI	EDI
Pro PCG berücksichtigte Medikamente	PCG-Liste (gem. VORA-EDI)	EDI
Anzahl DDD pro Medikament	PCG-Liste (gem. VORA-EDI)	EDI
Anzahl bezogene Packungen pro Medikament pro Versicherten	Arzneimittelabrechnungsdaten	Versicherer

### Schritt 1: Berechnung und Aufsummierung der DDD und Anzahl Packungen pro Versicherten und PCG

Die Arzneimittelabrechnungsdaten der Versicherer geben darüber Auskunft, wie viele Packungen eines Medikaments die Versicherten bezogen haben. Die Medikamente werden über die Global Trade Item Number (GTIN) oder bis 2023 den Pharmacode identifiziert. Tabelle 2 zeigt einen fiktiven Versicherten, welcher drei Medikamente bezogen hat. Tabelle 3 zeigt einen Auszug aus der PCG-Liste mit den für dieses Beispiel relevanten Medikamenten und den dazugehörigen DDD pro Packung.

**Tabelle 2 Beispiel der Arzneimittelabrechnungsdaten**

Mitgliedernummer	GTIN	Pharmacode	Anzahl Packungen	Weitere Variablen...
1	7680568470366	3565872	10	...
1	7680562490025	6656210	8	...
1	7680621160074	-	23	...

*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 3 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. 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 3) auf Packungsebene zu den Arzneimittelabrechnungsdaten



hinzugefügt werden. Die Arzneimittelabrechnungsdaten werden dazu mit der PCG-Liste über die GTIN respektive, falls die GTIN in den Arzneimittelabrechnungsdaten fehlt, über den Pharmacode verknüpft. Die neue Tabelle enthält nur noch Beobachtungen von Arzneimitteln, die in der PCG-Liste enthalten sind. Durch die Multiplikation der von einem Versicherten bezogenen Anzahl Packungen mit der hinzugefügten Anzahl DDD pro Packung kann die von einem Versicherten bezogene DDD-Menge pro Medikament berechnet werden. Es resultiert eine Tabelle, aus welcher für jeden Versicherten die DDD-Menge sowie die Anzahl Packungen pro Medikament und die korrespondierende PCG ersichtlich ist, sofern das Medikament in der PCG-Liste vorkommt (vgl. Tabelle 4).

**Tabelle 4 Verknüpfung von PCG-Liste und Krankenkassendaten**

Mitgliedernummer	GTIN	Anzahl Packungen	PCG	Anzahl DDD pro Packung	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. Es sind nur Medikamente, die in der PCG-Liste vorkommen, vorhanden.*

Quelle: Eigene Darstellung.

Danach wird für jeden Versicherten die Summe der Anzahl DDD und Anzahl Packungen pro PCG gebildet. Dazu wird über alle Medikamente, die einer PCG zugeordnet sind, aufsummiert. Tabelle 4 zeigt beispielhaft, dass der fiktive Versicherte gesamthaft 207 DDD und 18 Packungen der PCG ADHS bezogen hat. Diese stammen von zwei verschiedenen Medikamenten.

**Tabelle 5 Aufsummierung der DDD pro PCG**

Mitgliedernummer	PCG	Aufsummierte DDD	Aufsummierte Anzahl Packungen
1	ADH	207	18

*Der Versicherte 1 hat gesamthaft 207 DDD und 18 Packungen der PCG ADHS bezogen.*

Quelle: Eigene Darstellung.

Nach dem ersten Berechnungsschritt ist bekannt, wie viele DDD und Anzahl Packungen jede versicherte Person pro PCG bezogen hat.

## Schritt 2: Provisorische Einteilung der Versicherten in die PCG anhand der DDD- oder Packungsanzahlgrenzwerte

Eine versicherte Person erfüllt die Voraussetzungen für die Einteilung in eine PCG, wenn sie eine bestimmte Mindestanzahl DDD respektive Packungen von Arzneimitteln bezogen hat. Das EDI legt die Mindestanzahl entweder aufgrund der Anzahl DDD oder der Anzahl Packungen für jede PCG fest (vgl. Art. 4 VORA-EDI). Zur Einteilung der Versicherten in die PCG werden für jeden Versicherten die aufsummierten DDD-Mengen oder die Summe der Anzahl Packungen pro PCG mit der jeweiligen Mindestanzahl der VORA-EDI verglichen. Versicherte werden nur dann in eine PCG eingeteilt, wenn die von ihnen bezogene Anzahl DDD respektive Packungen der festgelegten Mindestanzahl der PCG entspricht oder diese übersteigt. Aktuell ist die Mindestanzahl



für fast alle PCG bei 180 DDD festgelegt. Aufgrund der zunehmend individualisierten Therapien, insbesondere in der Onkologie (PCG Krebs regulär und Krebs komplex), erlaubt die per 01. Januar 2021 in Kraft getretene VORA es dem EDI, die Mindestanzahl auch aufgrund der Packungsanzahl festzulegen.<sup>4</sup>

Nach dem zweiten Schritt ist für jeden Versicherten bekannt, in welche PCG er aufgrund der Mindestanzahl (DDD respektive Packungen) provisorisch eingeteilt ist.

**Tabelle 6 Übersichtstabelle der in der PCG-Liste festgelegten PCG**

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

*Die Kategorie «hyp» beschreibt keine eigentliche PCG, sondern dient zur Einteilung der Versicherten in Diabetes Typ 2 mit Bluthochdruck (vgl. Tabelle 7).*

Quelle: PCG-Liste, Stand: 1. Dezember 2019.

### Schritt 3: Kombinationsregel: Provisorische Einteilung der Versicherten in die PCG aufgrund der Kombinationsregel

Es kommt vor, dass die Behandlung eines Krankheitsbildes für sich alleine nicht besonders kostenintensiv ist, jedoch bei kombiniertem Auftreten mit einem kostenintensiven Krankheitsbild die

<sup>4</sup> Vgl. Kommentar zur Teilrevision der VORA per 01. Januar 2021. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/krankenversicherung/revisionsprojekte-kv/aktuelle-revision-vora-stand-september-2020-kommentar.pdf.download.pdf/aktuelle-revision-vora-stand-september-2020-kommentar.pdf>, zuletzt aufgerufen am 12. Januar 2021



Behandlung besonders kostenintensiv respektive noch kostenintensiver wird. Ein solches Krankheitsbild kann anhand einer nicht eigenständigen PCG abgebildet werden. Die nicht eigenständige PCG bildet dann zusammen mit der PCG der bereits kostenintensiven Krankheit (sogenannte eigenständige PCG), eine kombinierte PCG. Die kombinierte PCG enthält also Versicherte, die beide Krankheitsbilder aufweisen.

Aktuell wird gemäss VORA-EDI nur ein Indikationsgebiet (Hypertonie (hyp)) als nicht eigenständige PCG angesehen. Diese bildet zusammen mit der PCG «Diabetes mellitus Typ 2 (DM2)» die kombinierte PCG «Diabetes mellitus Typ 2 mit Bluthochdruck (DM2+hyp)». Bezog ein Versicherter Arzneimittel der PCG «DM2» und der PCG «hyp» im Umfang von je mindestens 180 DDD, erfüllt er zusätzlich die Kriterien für die PCG «DM2+hyp» und wird entsprechend in diese eingruppiert. Die nicht eigenständige PCG «hyp» wird nur zur Bildung der kombinierten PCG «DM2+hyp» verwendet und bei der Berechnung des Risikoausgleichs nicht berücksichtigt.<sup>5</sup> Die eigenständige PCG «DM2» wird bei der Berechnung des Risikoausgleichs berücksichtigt, die bisherige Eingruppierung des Versicherten in diese jedoch gelöscht.

**Tabelle 7**      **Kombinierungsregel**

≥ Mindestanzahl DDD, eigenständige PCG	≥ Mindestanzahl DDD, nicht eigenständige PCG	Einstufung kombinierte PCG
DM2	hyp	DM2+hyp

Quelle: Art. 2, VORA-EDI. Stand: 1. Januar 2020

Nach dem dritten Schritt ist für jeden Versicherten bekannt, in welche kombinierte PCG er aufgrund der Kombinierungsregel zusätzlich provisorisch eingeteilt ist.

#### **Schritt 4: Hierarchisierung: Finale Einteilung der Versicherten in PCG mit höherem Schweregrad desselben Krankheitsbildes**

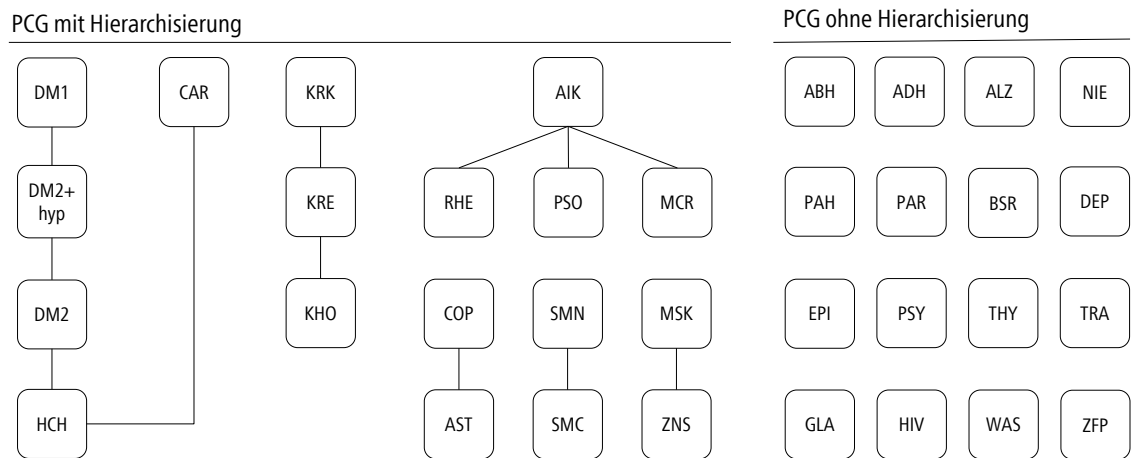
Um zu verhindern, dass sich zwei PCG zu stark überschneiden und dadurch die Zusatzkosten der einzelnen PCG nicht mehr zuverlässig berechnet werden können, werden die PCG, welche zum selben Krankheitsbild gehören, hierarchisiert. Erfüllt ein Versicherter die Kriterien für mehrere PCG im selben Krankheitsbild, wird er nur in die hierarchisch höchste eingeteilt. Die Hierarchisierungsregeln sind in Art. 3 VORA-EDI zu finden. 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 der PCG. Versicherte, die in mindestens zwei verwandte PCG fallen, werden jeweils nur in die oberste der auf sie zutreffenden PCG eingeteilt. Tabelle 8 fasst die Einteilungsregeln zusammen.

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

<sup>5</sup> Die Zuteilung des Versicherten in die nicht eigenständige PCG wird nach Anwendung der Kombinierungsregel beibehalten, da die nicht eigenständige PCG für weitere Kombinierungsregeln verwendet werden kann.

**Abbildung 1 Darstellung der Hierarchisierung der PCG**



Versicherte, die die Kriterien für mehrere PCG im selben Krankheitsbild 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 provisorischen 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: Art. 3, VORA-EDI. Stand 1. Januar 2020. Eigene Darstellung.

**Tabelle 8 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+hyp	DM2	DM2+hyp
DM2	HCH	DM2

Erfüllt ein Versicherter zum Beispiel die Kriterien für die PCG AIK (erste Spalte) und RHE (zweite Spalte), wird er nur in die PCG AIK eingeteilt (dritte Spalte). Erfüllt ein Versicherter die Kriterien für DM2 und DM2+hyp, so wird er nur in die PCG DM2+hyp eingeteilt.

Quelle: Art. 3, VORA-EDI. Stand 1. Januar 2020. Eigene Darstellung.





Polynomics AG  
Baslerstrasse 44  
4600 Olten

[www.polynomics.ch](http://www.polynomics.ch)  
[polynomics@polynomics.ch](mailto:polynomics@polynomics.ch)

Telefon +41 62 205 15 70

Gemeinsame Einrichtung KVG  
Abteilung Risikoausgleich  
Industriestrasse 78  
4600 Olten

[www.kvg.org](http://www.kvg.org)  
[sora@kvg.org](mailto:sora@kvg.org)

Telefon +41 32 625 30 48