

## **Stellungnahme der BARMER zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2020 vom 21.08.2019**

### **Vorbemerkung**

Gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesversicherungsamt (BVA) jährlich zum 30. September das Versichertenklassifikationsmodell für das folgende Ausgleichsjahr fest. Mit Datum vom 12. Juli 2019 hat das BVA den Krankenkassen den Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2020 übermittelt.

Die BARMER nimmt nachfolgend differenziert zum Festlegungsentwurf Stellung.

### **Allgemeine Anmerkungen zum Entwurf**

Erneut zeichnen sich die Erläuterungen des BVA auch in diesem Jahr durch ihre gute Verständlichkeit aus. Die Methoden, Vorgehensweisen und Ergebnisse sind überwiegend transparent und nachvollziehbar dargestellt worden.

Ein Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsverfahren 2020 hat es nicht gegeben. Am 25.03.2019 wurde der Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) vorgelegt. Leider sind durch den notwendigen weiteren gesetzgeberischen Verlauf bis heute die daraus folgenden Konsequenzen für das Verfahren nicht ableitbar. Aufgrund dieser Unsicherheit ist es für die BARMER nachvollziehbar, weshalb das BVA auf ein Vorschlagsverfahren erneut verzichtet hat. Gleichwohl hat das jährliche Anhörungsverfahren für das Klassifikationsverfahren im darauffolgenden Jahr unter anderem die übergeordnete Aufgabe, durch Verfahrensoptimierungen Risikoselektion zu vermeiden, um einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen. Ein regelmäßig durchgeführtes Vorschlagsverfahren, selbst wenn es gesetzlich nicht verankert ist, hilft dabei, dieses Ziel besser zu erreichen.

Mit Schreiben vom 04.02.2019 hat das BMG das Bundesversicherungsamt beauftragt, die Einführung von Altersinteraktionstermen und die stärkere Berücksichtigung von Arzneimitteln in Form der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung im kommenden Klassifikationsverfahren für das Jahr 2020 umzusetzen. Die Einführung von Altersinteraktionstermen und mehrfachen Arzneimitteldifferenzierungen sind auch Bestandteil des vorgelegten Entwurfs des GKV-FKG. Zur Vereinfachung der Umsetzung schlägt das BVA die punktuelle Einführung von Altersdifferenzierungen vor und verzichtet auf die komplexere Einführung von Altersinteraktionstermen. Die Einführung dieser beider Reformkomponenten ist ohne gesetzgeberische Maßnahmen möglich. Die BARMER begrüßt ausdrücklich die Auseinandersetzung, Diskussion und Umsetzung der beiden Vorschläge für das Klassifikationsverfahren 2020 als ersten Baustein für eine kommende Morbi-RSA Reform.

Neben den beiden Reformkomponenten werden acht Krankheiten herausgenommen und durch neue Krankheiten ersetzt. Die relativ hohe Anzahl auszutauschender Krankheiten ist eine Folge der zuletzt nicht mehr durchgeführten Krankheitsauswahl. Wäre die Krankheitsauswahl jährlich durchgeführt worden, hätte sich eine geringere Anzahl auszutauschender Krankheiten ergeben.

Insgesamt ist der Entwurf gegenüber den letzten Jahren damit deutlich umfangreicher ausgefallen. Der überwiegende Anteil der Hierarchien wird überarbeitet. Das bewertet die BARMER positiv. Gleichwohl sind auch in diesem Entwurf nicht alle vorliegenden Vorschläge, z.B. im Bereich der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierungen, diskutiert worden. Der Morbi-RSA hat das übergeordnete Ziel Risikoselektion zu vermeiden und in Folge einen fairen Wettbewerb unter den Kassen zu ermöglichen. Dies wird erreicht, indem Über- und Unterdeckungen für standardisiert identifizierbare Versichertengruppen möglichst minimiert werden. Werden bekannte Vorschläge nicht bearbeitet, ist dies für die GKV nicht wettbewerbsneutral und der Morbi-RSA bleibt hinter seinen Möglichkeiten zurück.

Besonders positiv hervorheben möchten wir auch in diesem Jahr den dargestellten zusammenfassenden Überblick über die Fallzahlen und Kostenschätzer des Ausgangs- und des Entwurfsmodells. Dieser

Überblick ist eine wertvolle Vereinfachung für die Bewertung des Entwurfs. Wünschenswert wäre darüber hinaus eine Bereitstellung in Form einer Excel-Datei, um bei der Nachstellung der Vorschläge mögliche Übertragungsfehler zu minimieren.

## **Gesetzesentwurf und Verordnung zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken**

Kurz nach Versendung des Entwurfs zum Klassifikationsverfahren 2020 hat das Bundeskabinett am 17.07.2019 den Gesetzesentwurf und die Verordnung zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken beschlossen. Darin soll u.a. geregelt werden, dass Ärztinnen und Ärzte schwer chronisch kranken Patientinnen und Patienten, die immer die gleiche Medikation benötigen, ein speziell gekennzeichnetes Rezept ausstellen können. Arztbesuche, die nur zum Zweck der Rezeptaussstellung erfolgen, sollen dadurch minimiert werden. Auf dieses Rezept können Apothekerinnen und Apotheker dann bis zu drei weitere Male das Arzneimittel abgeben.

Sofern das Gesetz in dieser Form beschlossen wird, hat das Auswirkungen auf das bisherige Arztbesuchsverhalten der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Je nach Inkrafttreten kann die Umsetzung bereits Auswirkungen auf das Klassifikationsverfahren entfalten und einen deutlichen Rückgang der Erfüllung des M2Q-Kriteriums bewirken. Vor diesem Hintergrund bitten wir das BVA, das Thema intern zu diskutieren und frühzeitig Kontakt mit dem GKV-SV aufzunehmen. Gerne stellen wir auch unsere Expertise für den Entscheidungsprozess zur Verfügung.

## **Hierarchieübergreifende Anpassungen**

### **a) Mehrfache Arzneimitteldifferenzierungen**

Bislang hat sich der Wissenschaftliche Beirat und das BVA bei Arzneimittelzuordnungen an den Grundsatz gehalten, eine so breit wie möglich angelegte Wirkstoffauswahl von (meist) ATC-5-Stellern zu berücksichtigen. Aufgrund der dortigen Interpretation von Versorgungsneutralität sollen möglichst alle Wirkstoffe erfasst werden, die zu einer bestimmten Diagnosegruppe als Therapie plausibel passen. Über diverse Regeln wird entschieden, ob eine hierarchisierte Morbiditätsgruppe in eine HMG mit und ohne (Dauer)Medikation aufgeteilt werden kann. Eine weitere Unterteilung einer HMG mit (Dauer)Medikation nach insbesondere den aus verschiedenen Arzneimitteltherapien ableitbaren Schwere-/Komplikationsgraden der behandelten Krankheit wurde von der BARMER in der Vergangenheit mehrfach vorgeschlagen, bisher aber nicht aufgegriffen.

Das BVA schlägt nun vor, die mehrfache Arzneimitteldifferenzierung in Form einer pyramidalen Ausgestaltung einzuführen. Durch die pyramidale Ausgestaltung wird sichergestellt, dass alle Versicherten des Status quo weiterhin in eine HMG zugeordnet werden und kein Zuschlag verloren geht. Diese Umsetzung ist aus Sicht der BARMER sachlich richtig und wird begrüßt.

Allerdings wurden nicht alle vorliegenden Vorschläge für mehrfache Arzneimitteldifferenzierungen bearbeitet. Somit besteht schon bei Einführung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierungen die Gefahr eines Reformstaus, der nicht im Sinne der Versorgungsneutralität ist. Denn in der Interpretation der BARMER ist der Morbi-RSA dann versorgungsneutral (und Risikoselektion wird minimiert), wenn es für die Kassen keine finanziell „vorzuziehenden“ Krankheitsverläufe und -schweregrade mit ihrer jeweils zugehörigen Arzneimitteltherapie mehr gibt. Die BARMER schlägt daher im Rahmen der Transparenz vor, nachvollziehbare Kriterien für die Einführung von mehrfachen Arzneimitteldifferenzierungen zu implementieren und die Ergebnisse sukzessive umzusetzen.

### **b) Alterssplits**

Die BARMER begrüßt die Einführung von Alterssplits in der Bestimmung für 2020. Wir begrüßen auch die Herangehensweise, sich zunächst mit Alterssplits in jenen HMG zu beschäftigen, welche die in GKV-Summe höchsten Unterschiede im Deckungsgrad im Alterslauf bewirken.

Das Ergebnis bleibt jedoch insgesamt hinter dem möglichen Potenzial von Alterssplits zur Verbesserung der Funktionalität des MRSA zurück. Zu beheben wäre dies durch Nutzung eines zusätzlichen Analysewerkzeugs und durch ein geändertes Verständnis der Gründe für die Unterdeckungen jüngerer und

die Überdeckungen älterer Versicherter. Denn diese haben aus Sicht der BARMER nur selten etwas mit den medizinischen Inhalten der betroffenen HMG zu tun.

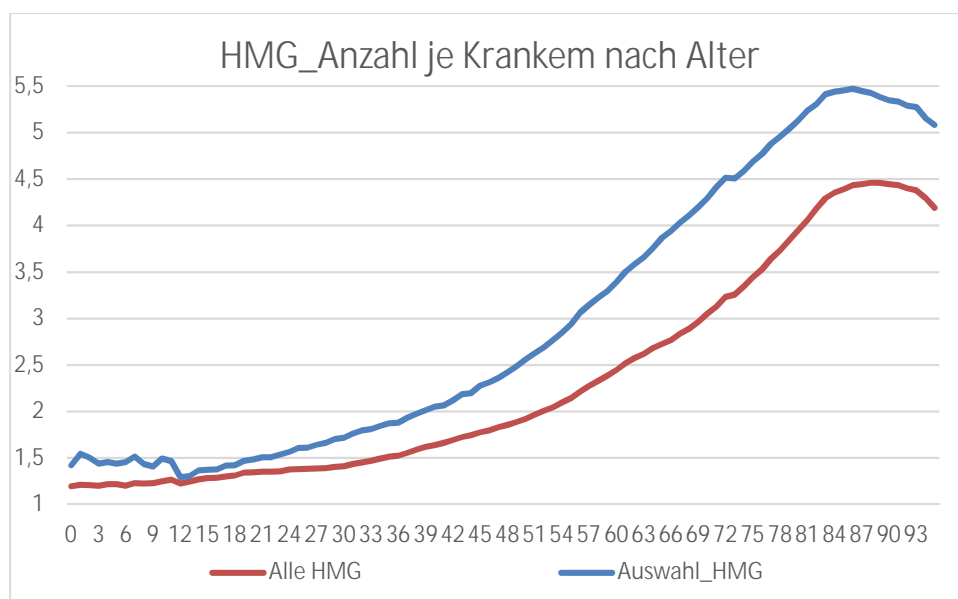
Vielmehr ist diese Feststellung offenbar nur ein Reflex der im MRSA insgesamt festzustellenden und fortschreitenden Überdeckung Multimorbider. Diese ist inzwischen so weit fortgeschritten, dass nach dem RSA-Kennzahlenbooklet des GKV-SV Versicherte ab 80 Jahren und mit bis zu vier HMG- Zuordnungen unterdeckt sind. Ohne oder mit nur einer HMG- Zuordnung erreicht die Unterdeckung bis zu 29%. Dem stehen Überdeckungen von bis zu über 40% bei Gruppen mit noch höherer HMG-Anzahl gegenüber. Legt man die Auswertung mehrerer Jahre nebeneinander ist auch die Zunahme dieses Effektes offensichtlich.

Der Morbi-RSA führt an dieser Stelle zu erheblichen Verwerfungen. Da die Überdeckung Multimorbider nach allen bisherigen Erkenntnissen durch die ggf. erfolgende Einführung eines Vollmodells zunimmt und die Mittel für die Überdeckung der Multimorbiden von den weniger Morbiden stammen müssen, wird sich dieses Problem auch nicht zeitnah erledigen.

Für die Überdeckung Multimorbider gibt es folgende Erklärungen:

- Die Behandlung verschiedener Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz- und Nierenerkrankungen, beinhaltet häufig dieselben medizinischen Maßnahmen. Dies zeigt sich bereits bei den arzneimittelbasierten Aufgreifkriterien, die häufig dieselben Wirkstoffe für parallel zuordenbare Zuschläge enthalten. Insofern existieren „Skalenerträge“.
- Multimorbidität im Sinne des Morbi-RSA beinhaltet unabhängig vom medizinischen Inhalt regelmäßig eine hohe Anzahl von Behandlungsanlässen bei unterschiedlichen Behandlern. Damit steigt auch die Kodiervarianz. In einem komplexen System, das auch feine Morbiditätsunterschiede feststellen können soll, führt dies zu einer steigenden Zuschlagsmenge ohne jene Folgekosten, die bei isoliertem Vorliegen der zugetretenen Krankheit entstehen.
- Insbesondere sind Versicherte mit einer Vielzahl von Behandlungsanlässen bei verschiedenen Behandlern als Objekt zur Kodierbeeinflussung durch Krankenkassen besonders geeignet.

Die Wirksamkeit von Alterssplits kommt dadurch zustande, dass nicht nur ein starker Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Anteil kranker Versicherter (i.S. von Versicherten mit mindestens einer HMG) besteht. Noch stärker ist der Zusammenhang zwischen dem Alter und der Anzahl der HMG je krankem Versicherten.



(eigene Darstellung)

Allen HMG, die das BVA für 2020 auf die Durchführung von Alterssplits untersucht hat, ist dabei gemein, dass bei den zugeordneten Versicherten Multimorbidität insgesamt, aber gerade im Alter besonders stark ausgeprägt ist. Mit Ausnahme der Hypertonie (deren Vorliegen gleichzeitig das Vorliegen von bis

zu vier weiteren HMG aus stark besetzten Hierarchiesträngen ausschließt) gilt dies auch für alle weiteren HMG aus Tabelle 7.2. (siehe dazu die Erläuterungen aus dem Festlegungsentwurf S.25).

Ist Multimorbidität wie gesehen positiv mit dem Deckungsgrad und dem Alter verknüpft und Versicherte mit den betroffenen HMGs besonders stark von Multimorbidität betroffen, ist die Feststellung von Überdeckungen für Ältere und Unterdeckungen für Jüngere in diesen HMG zwangsläufig. Dass die von einer HMG beschriebene Krankheit tatsächlich medizinische Eigenschaften hat, die ihre Folgekosten in höherem Alter niedriger ausfallen lassen als in jüngeren, ist damit nicht bewiesen und außer bei der Epilepsie bei den nunmehr betrachteten auch nicht unmittelbar plausibel<sup>1</sup>.

In diesem Zusammenhang sind Alterssplits (wie Altersinteraktionsterme) geeignet die Überdeckung Multimorbider und die Übersteuerung des MRSA bei gesünderen Älteren abzumildern. Die niedrigeren HMG-bezogenen Zuweisungen meist älterer Multimorbider resultieren dann in höheren AGG-Zuweisungen und einer entsprechend besseren Deckung der Versicherten mit weniger HMG-Zuordnungen. Die bessere Abdeckung kranker Jüngerer und vor allem die Reduktion der allgemeinen Überdeckung junger Gesunder ist ein zusätzlicher positiver Effekt, daher wird die Einführung wie ausgeführt ausdrücklich begrüßt.

Wir ziehen aus diesen Überlegungen folgende Konsequenzen:

Das vom BVA festgestellte Muster von Über- und Unterdeckungen in vielen HMG hat tatsächlich keine medizinischen, sondern primär mathematische Ursachen. Den Verzicht des BVA auf jegliche Prüfung eines Alterssplits für die HMG 091, 131 und 135 auf Seite 25 der Erläuterungen können wir daher nicht nachvollziehen. Wir bitten dies zu überprüfen. Denn da die Wahrscheinlichkeit, dass Über- und Unterdeckungen auch bei diesen drei HMG nichts mit medizinischen Inhalten zu tun haben, weit überwiegend ist, ist die Aussage, dass es sich um medizinisch heterogene Gruppen handelt, zwar richtig. Sie ist für die Frage nach der Notwendigkeit der Überprüfung eines Alterssplits aber nicht relevant.

Lt. dem Schreiben des BMG vom 04.02.2019 sowie auf Seite 458 aus dem Sondergutachten über die Wirkungen des Morbi-RSA des Wissenschaftlichen Beirats von November 2017 ist bei Einführung der Altersinteraktionsterme (bzw. Alterssplits) deren „statistische Signifikanz“ zu beachten. Dies zu tun gehört allerdings seit 2008 zur laufenden Praxis des BVA für alle Anpassungen im Klassifikationsverfahren. Es wird also etwas Anderes gemeint sein. Aus Sicht der BARMER sind die Hinweise so zu verstehen, dass die Einführung von Alterssplits auf ihre Wirksamkeit getestet werden soll. Aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen der Überdeckung Multimorbider und der Wirksamkeit von Alterssplits halten wir es für erforderlich, zumindest in Zweifelsfällen die Wirkung jedes Alterssplits hierauf zu analysieren. Wir hoffen, dass dies hinsichtlich der Durchführung eines Alterssplits für die HMG080 zu einer anderen Entscheidung führt (siehe hierzu unsere Anmerkungen zu Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“).

Darüber hinaus sollte bedacht werden, dass sich durch die Interaktion von Alterssplits mit anderen Verfahrenselementen und durch weitere Einflüsse die einmal festgelegten Grenzen jährlich verändern können. Wir schlagen daher vor, ein Verfahren zu installieren, nach dem im Rahmen der Festlegung für das Klassifikationsverfahren jährlich die Überprüfung der festgelegten Altersgrenzen durchzuführen ist. Tests an verschiedenen Stichproben haben gezeigt, dass sich optimale Altersgrenzen regelmäßig ändern. So sind neben den neu einzuführenden Alterssplits auch die schon seit längerem gültigen Altersgrenzen für z.B. Mukoviszidose oder Muskeldystrophie zu überprüfen. Gleichzeitig sollten auch Überlegungen durchgeführt werden, ob die 40 AGG noch sachgerecht sind oder nicht kleinere Altersgruppen verfahrenstechnisch zu besseren statistischen Gütemaßen führen.

Abschließend noch der technische Hinweis, dass für die Berechnung der altersbezogenen Über- und Unterdeckungen die Altersgruppenzuordnungen aus dem Jahr 2017 mit den Morbiditätsdaten aus dem Jahr 2016 verknüpft wurden. Aufgrund fehlender Morbiditätsinformationen wurden die Neugeborenen aus 2017 in die Auswertungen nicht einbezogen. Aus den weiteren Erläuterungen im Entwurf geht nicht hervor, was mit den Kosten aus der AGG 01 bzw. AGG 21 passiert. So bestehen die Möglichkeiten, diese Kosten auf die anderen AGG zu verteilen, um summentreu zu bleiben oder die Kosten zu ignorieren. Wir bitten an dieser Stelle um Klarstellung.

<sup>1</sup> Beweisbar wäre dies, würde man nur ältere und jüngere Versicherte vergleichen, die ausschließlich die geradeanalyisierte HMG besitzen. Leider ist es für die BARMER alleine nicht möglich, eine solche Analyse durchzuführen, da die Gruppe der vergleichbaren Versicherten bei den älteren Menschen zu klein ist.

## Anpassung der Hierarchien

### Hierarchie 02 „Neubildungen“

#### Hierarchie 02a

Bereits für das Klassifikationsverfahren 2016 (und früher) hatte die BARMER die Berücksichtigung weiterer Arzneimittel für eine Arzneimittel-Schweregrad differenzierung vorgeschlagen. Bisher werden nur für die DxG917 Arzneimittel berücksichtigt. Die vom BVA zuletzt am 30.09.2016 geäußerte Position, nach der es sich bei den Vorschlägen um eine Arzneimitteldifferenzierung mit eingeschränkter Wirkstoffliste handele, da zytotoxische Wirkstoffe außer Betracht blieben, ist spätestens nach Einführung mehrfacher Arzneimittelzuschläge nicht mehr tragfähig. Die Berücksichtigung der alternativen zytotoxischen Wirkstoffe mag wie das BVA am 17.07.2014 zuletzt festgestellt hat ohne die Heranziehung stationärer Entgeltinformationen nicht möglich sein. Solange andere Wirkstoffe insgesamt höhere Schweregrade widerspiegeln und das benannte Problem nicht oder deutlich weniger aufweisen, müssen sie aber unabhängig davon zu einer Differenzierung führen. Dieser Sonderfall einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung, bei welcher der niedrigere Zuschlag nicht zum Tragen kommt, ist zwangsläufiger Bestandteil des Konzepts mehrfacher Arzneimittelzuschläge. Er wird in zukünftigen Anpassungszyklen noch häufiger auftauchen, z.B. auch dann, wenn die niedrigere differenzierte Zuschlagskategorie keinen ausreichenden Abstand zur „Grund-HMG“ mehr aufweist. Tatsächlich kann man die Auswirkungen der engeren Abgrenzung der HMG279 „Alpha 1 Antitrypsinmangel“ (s.u.) auch genau so interpretieren und begründen. Wir können an dieser Stelle daher nicht nachvollziehen, weshalb das BVA diesen bekannten Vorschlag der BARMER bzw. allgemein die Berücksichtigung weiterer Arzneimittel für das Klassifikationsverfahren 2020 nicht untersucht hat. Wir wiederholen daher unseren damaligen Vorschlag gerne noch einmal und schlagen vor, ihn für 2020 mit zu berücksichtigen.

Die HMG265 sollte aus unserer Sicht um folgende relevante Arzneimittelwirkstoffe ergänzt werden: L01XC, L01XX und L04AX04. Die Wirkstoffliste wird immer wieder aktualisiert und muss daher regelmäßig auf Arzneimittelinnovationen, von deren Verordnung auf einen über den ICD 10 nicht dargestellten Schweregrad geschlossen werden kann überprüft werden.

Beim erstgenannten Wirkstoff L01XC handelt es sich um monoklonale Antikörper, diese werden eingesetzt bei der Behandlung von Non-Hodgkin-Lymphomen oder der Chronisch Lymphatischen Leukämie (CLL). Daneben wird für die CLL noch der Wirkstoff Idelalisib (ATC L01XX47), auch in Kombination mit Rituximab und Ofatumumab, deren ATC in die Gruppe der ATC L01XC fallen, eingesetzt. Laut Beschluss des G-BA fallen dafür Kosten über 55.000 € als Jahrestherapiekosten an. Vor kurzem wurde auch die Zulassung von Venetoclax (ATC L01XX52) durch den G-BA beschlossen. Die Therapiekosten liegen im ersten Jahr bei über 80.000 € und in den Folgejahren noch etwas höher, da die Kombination mit Rituximab zugelassen wurde. Die Anwendung dieser Arzneimittel weist auf einen überdurchschnittlichen Schweregrad bzw. Behandlungsbesonderheiten hin. So handelt es sich bei Idelalisib um die einzig vorliegende Behandlungsoption für Patienten, in deren bösartig veränderten Zellen eine „17p-Deletion“ oder eine „TP53-Mutation“ nachgewiesen werden kann. Diese Information ist dem ICD-Code nicht zu entnehmen.

Für das Multiple Myelom (HMG262) ist die Berücksichtigung von Arzneimittelgruppen zur Schweregrad differenzierung schon seit längerem möglich. So ist Rituximab (L01XC02, ein monoklonaler Antikörper, der spezifisch gegen das B-Zell-Antigen CD20 gerichtet ist) u.a. in Kombination mit einer Chemotherapie für die Erstbehandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom im Stadium III-IV angezeigt, setzt aber natürlich ein ausreichendes Vorhandensein des genannten Antigens voraus. Die Anwendung einer Lenalidomid-Therapie (L04AX04) zur Behandlung des Multiplen Myeloms ist nur nach mindestens einer vorausgegangenen Therapie indiziert. Darüber hinaus sind umfangreiche Sicherheitsvorkehrungen im Rahmen der Therapie erforderlich (Lenalidomid ist strukturell mit Thalidomid verwandt). Hinsichtlich des Aufwandes liegen die Therapiekosten des ATC- Fünfstellers "L01XC" ziemlich genau auf dem Niveau der Tyrosinkinaseinhibitoren. Lenalidomid dagegen ist etwa dreimal so teuer.

In jüngster Zeit sind für das Multiple Myelom weitere Arzneimittel vom G-BA bewertet und für die Behandlung zugelassen worden. So kommen beim Multiplen Myelom in der Regel mindestens Zweier-, meist sogar Dreier-Arzneimittelkombinationen zum Einsatz. In der Erstlinientherapie wird Bortezomib (ATC L01XX32 – Velcade® und Generika) in Zweier- oder Dreier-Kombinationen mit anderen Arzneimitteln, u.a. auch Lenalidomid, eingesetzt. Die Jahrestherapiekosten belaufen sich hierbei auf über 61.000 €. Bei einem Rückfall oder einer Unwirksamkeit der Erstlinientherapie kommen weitere Zweier-



oder Dreier-Arzneimittelkombinationen zum Einsatz, welche nicht unter dem ATC L01XC eingeordnet werden. Dazu gehören Carfilozomib (ATC L01XX45), Ixazomib (ATC L01XX50), Pomalidomid (ATC L04AX06) oder Panobinostat (ATC L01XX42). Je nach eingesetztem Wirkstoff können die Behandlungskosten auf über 125.000 € ansteigen. Insgesamt können daher Kosten in einem Jahr von insgesamt über 200.000 € anfallen. In allen diesen Fällen liegt in einer Arzneimitteldifferenzierung aber keineswegs nur eine Kostendifferenzierung, sondern wie ausgeführt gerade auch eine Schweregradifferenzierung, welche alleine über die Diagnose nicht möglich ist. Bortezomib (in Kombination) ist zwar inzwischen wie ausgeführt Erstlinientherapie, der Einsatz setzt aber die Erfüllung der SLiM- CRAB-Kriterien, bei denen es sich um nichts Anderes als Schweregradindikatoren handelt, die über die Diagnose nicht abgebildet werden, voraus.

## **Hierarchie 02b**

Neben der Hierarchie 02a schlägt das BVA für die Hierarchie 02b ebenfalls Anpassungen vor. Zunächst wird ein Alterssplit der bisherigen HMG268 „*Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane*“ in die neue HMG268 „*Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane (Alter < 75 Jahre)*“ und HMG270 „*Lungenmetastasen sowie Metastasen der Verdauungsorgane (Alter > 74 Jahre) und sonstiger Lokation*“ vorgeschlagen. Im weiteren Verlauf des Entwurfs wird die Auflösung der bisherigen HMG278 „*Bösartige Neubildung des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)*“ und Einsortierung in die HMG276 „*Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge / des Pharynx*“ und HMG277 „*Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Knochens / des Gelenkknorpels / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)*“ untersucht. Die vorgeschlagenen Anpassungen sind nachvollziehbar.

Für die komplette Hierarchie 2b „*Solide Tumore*“ wird im derzeitigen Klassifikationsmodell eine Differenzierung ausschließlich über Diagnoseinformationen vorgenommen. Auf Basis von Diagnoseinformationen kann jedoch vielfach der Schweregrad einer Erkrankung nicht unterschieden werden. Dabei gilt es auch für Krankheiten in dieser Hierarchie, das Modell über die Berücksichtigung von Arzneimitteln deutlich besser zu gestalten.

Die BARMER schlägt daher die Prüfung vor, inwieweit Arzneimittelinformationen geeignet sind, um unterschiedliche Krankheitsausprägungen zu differenzieren. Denkbar wäre die Bildung einer Diagnosegruppe/Morbiditätsgruppe A „Solider Tumor mit besonderer antineoplastischer Therapie“, der sämtliche ICD-Codes aus den verschiedenen HMG dieser Hierarchie zugeordnet werden.

Als berücksichtigungsfähige Arzneimittel kommen aus unserer Sicht Wirkstoffe aus den ATC-GRUPPEN L01XC, L01XE sowie L01XX in Frage. So ist der ATC L01XX41 Eribulin für die Behandlung des Mamma-CA laut G-BA Beschluss zugelassen. Darüber hinaus der ATC L01XX44 Aflibercept für Darmtumoren und der ATC L01XX46 Olaparib für das Ovarial-CA und aktuell auch für das Mamma-CA. Je nach verwendetem Wirkstoff belaufen sich die Therapiekosten zwischen 40.000 € und 83.000 €. Darüber hinaus werden laufend neue Arzneimittel zugelassen, die sich in den beim BVA vorliegenden Daten noch nicht wiederfinden. Dies trifft unter anderem auf die Behandlung des Ovarial-CA mit dem ATC L01XX54 Niraparib mit voraussichtlichen jährlichen Kosten in Höhe von 145.300 € und dem ATC L01XX55 Rucaparib mit voraussichtlichen Kosten von ca. 106.700 € (für letzteren fehlt noch der G-BA Beschluss) zu.

Es sollte auch überprüft werden, ob analog der Hämophilie zwei hierarchisch angesiedelte HMGs einmal mit Dauermedikation und einmal mit Bedarfsmedikation angebracht sind. Die Bestimmung der jeweils erforderlichen Mindestmenge an Behandlungstagen sollte empirisch erfolgen. Die Berücksichtigung dieser auch in Hierarchie 02a aufgeführten Arzneimitteln würde das Versorgungsgeschehen deutlich besser abbilden.

Zur Begründung verweisen wir auf die Ausführungen zu Hierarchie 02a. Alle Arzneimittel der genannten Gruppen weisen auf deutlich erhöhte Schweregrade der mit ihnen behandelten Krankheiten hin. So ist Eribulin nur für Patientinnen mit einer lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Brustkrebserkrankung indiziert, bei denen eine vorangegangene Chemotherapie in einer Progression geendet hat, Aflibercept (hier natürlich nicht als Eylea, sondern Zaltrap) ist nur für das metastasierte kolorektale Karzinom nach vorheriger nicht erfolgreicher Oxaliplatin-Therapie bei gleichzeitiger (weiterer) Chemotherapie einzusetzen. Die Liste lässt sich beliebig fortsetzen. Dass die Berücksichtigung anderer zytotoxischer Wirkstoffe

ohne die Heranziehung stationärer Entgeltinformationen nicht vollständig möglich ist, reicht daher als Begründung für einen Verzicht auf diese Arzneimitteldifferenzierung aus unserer Sicht nicht aus.

#### **Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“**

Nachdem in den vergangenen Jahren der Vorschlag der Abgrenzung von Versicherten mit AAT-Mangel über den ATC B02AB02 aus Kapazitätsgründen nicht bearbeitet wurde, konnte er für den Festlegungsentwurf 2020 aufgegriffen werden. Die damit einhergehende deutliche Erhöhung des Kostenschätzers auf rund 80.000 € ist nachvollziehbar. Die Umbenennung der HMG279 in „*Alpha-1-Antitrypsinmangel mit Substitutionstherapie*“ und der Entfall der bisherigen Dominanzbeziehung sind folgerichtig. Die vorgeschlagenen Änderungen werden ausdrücklich begrüßt.

Die Auflösung der neu hinzugekommenen HMG280 „*Energie- und Eiweißmangelernährung*“ und Einordnung in die bestehende HMG021 „*PKU / HPA ohne BH04-Responsivität, Morbus Wilson, Gangliosidosen*“ aufgrund der nahe beieinanderliegenden Kostenschätzer sind für die BARMER nachvollziehbar.

#### **Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“**

Aufgrund des Wegfalls der Krankheit „*Akute schwere Lebererkrankung*“ werden die DxG148 „*Akute Lebererkrankung, einschließlich akuten Leberversagens, Leberabszess, Leberinfarkte (Zahnsche Infarkte)*“, DxG149 „*Virale Hepatitis, akut oder nicht näher bezeichnet, mit Leberkoma*“ und DxG150 „*Sonstige virale Hepatitis, exkl. durch HAV oder nicht näher bezeichnete Erreger, akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma*“ gestrichen. Infolge dessen ist die HMG028 „*Leberversagen, akute Lebererkrankung*“ nicht mehr besetzt und wird aus der Hierarchie entfernt. Die vorgeschlagenen Anpassungen sind für die BARMER nachvollziehbar.

Auch in diesem Jahr wollen wir an dieser Stelle auf die Besonderheit der Behandlung einer chronischen Hepatitis C mit Sofosbuvir hinweisen. Die geäußerten Befürchtungen, die Einführung dieses Wirkstoffes würde ohne vorausseilende Anpassungen zu dauernden Hierarchieverletzungen führen, sind zu keinem Zeitpunkt eingetreten. Tatsächlich unterscheiden sich die Kostenschätzer für die HMG288 und HMG251 nur um 1.000 € (der zu den Therapiekosten von Sofosbuvir nicht zu passen scheint) und ein Vorschlag für eine weitere Arzneimitteldifferenzierung liegt nicht vor.

Diese Feststellung zeigt auch, dass Arzneimittel, die einen medizinischen Heilerfolg bewirken, in einem prospektiven Verfahren nicht abbildbar sind. Diese Schwierigkeit dürfte – sofern sich die damit verbundenen Hoffnungen erfüllen – künftig auch für Onasemnogene abeparvovec (Zolgensma), Tisagenlecleucel (Kymriah) oder Voretigen neparvovec (Luxturna) zutreffen. Im Festlegungsentwurf des GKV-FKG wird die Einführung eines Risikopools mit einem Schwellenwert von 100.000 € bei einem Selbstbehalt von 20% angestrebt. Sofern der Vorschlag die gesetzgeberischen Hürden nimmt und im Gesetz verankert wird, würden zumindest die Kosten dieser genannten Arzneimittelinnovationen besser abgebildet, was wiederum die Notwendigkeit der Umsetzung dieses RSA-Reformelements unterstreicht.

Gleichwohl gilt das aber nicht für Behandlungen, deren Kosten unterhalb des Schwellenwertes liegen wie es beim Einsatz von Sofosbuvir der Fall ist. Die Einführung einer Arzneimittel-Hochkostengruppe (deren Überprüfung im GKV-FKG geplant ist) ginge an diesem Arzneimittel ebenfalls vorbei. Wir regen daher an, eine Diskussion über den Umgang mit solchen Fällen aufzunehmen.

#### **Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“**

Nach 2016 wird die Hierarchie 06 in diesem Jahr wieder überarbeitet. Es wird vorgeschlagen die bisherige HMG290 „*Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation*“ zu unterteilen und aufgrund mehrfacher Arzneimitteldifferenzierungen auf die sechs neuen HMG029 „*Morbus Crohn mit Dauermedikation III*“, HMG030 „*Morbus Crohn mit Dauermedikation II*“, HMG290 „*Morbus Crohn mit Dauermedikation I*“, HMG275 „*Colitis ulcerosa mit Dauermedikation III*“, HMG274 „*Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II*“ und HMG291 „*Colitis ulcerosa mit Dauermedikation I*“ aufzuteilen. Die Gruppierung der Arzneimittel nach Aminosalicylate / Corticosteroide, Immunsuppressiva und Biologicals ist sachlich und aufgrund der mit der jeweiligen Therapie einhergehenden Schweregrade nachvollziehbar. Dazu gehört

auch die Zuordnung des ATC L04AB „*Tumornekrosefaktor alpha (TNF alpha) – Inhibitoren*“ in die DxG924 bzw. DxG928. Die vorgeschlagenen Anpassungen werden von der BARMER begrüßt.

### **Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“**

Durch den Wegfall der Krankheit „*Osteoarthritis der großen Gelenke*“ und der Hinzunahme der Krankheit „*Luxation des Hüftgelenks*“ werden die bisherigen DxGs197 „*Osteoarthritis der Beckenregion und der Hüfte*“ und DxG198 „*Osteoarthritis des Knies*“ entfernt und die DxG196 „*Angeborene Hüftluxation*“ hinzugefügt. Die Änderungen beziehen sich auf die HMG040, die neu „*Angeborene Hüftluxation*“ heißt. Die ICD Codes S73.0, S73.00, S73.01, S73.02 und S73.08 werden in der Hierarchie 23 „*Verletzungen*“ in die HMG159 „*Erworbene Hüftluxation*“ einsortiert. Dadurch wird eine Dominanzbeziehung von der Hierarchie 23 zur Hierarchie 07 eingeführt. Die vorgenommenen Änderungen sind für die BARMER nachvollziehbar.

### **Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“**

Für die neue Krankheit „*Sonstige Erkrankungen des Immunsystems*“ wird ein isolierter 4. Strang mit zunächst einer HMG196 „*Sonstige Erkrankungen des Immunsystems*“ eingeführt. Die HMG196 enthält zunächst 11 DxG. In einem ersten Schritt wird für jede DxG eine HMG vergeben. Aufgrund der Kostenschätzer werden die dadurch entstandenen 11 HMG zu 4 HMG ohne Arzneimittelvalidierung verdichtet. Diese sind die HMG201 „*Schwere Immundefekte*“, HMG202 „*Immundefekte, variabel oder i.V. mit anderen schweren Defekten*“, HMG203 „*Kombinierte Immundefekte und Immunkompromittierung nach Therapie*“ und HMG204 „*Sonstige Immundefekte*“.

Insgesamt erscheint es sinnvoll, neue Krankheiten zunächst auf auffällige Komorbiditäten zu bereits bestehenden Krankheiten zu überprüfen, insbesondere bevor diese wie hier in eigenständigen Zuschlägen bzw. Hierarchiesträngen ausgestaltet werden, welche tendenziell Multimorbidität im Sinne des Morbi-RSA fördern.

Im vorliegenden Fall raten wir dringend zu einer Überprüfung der Komorbidität zwischen der neuen HMG202 und der HMG001 („*HIV*“). Beim Variablen Immundefekt (D83) handelt es sich tatsächlich um eine andere Krankheit als HIV (sie ist z.B. angeboren und nicht i.d.R. erworben), allerdings mit denselben Frühwarnsymptomen. Bei der BARMER besitzen 80% der Versicherten mit dem Code D83.1 „*Variabler Immundefekt mit überwiegender immunregulatorischer T-Zell-Störungen*“ bereits eine Zuordnung zur HMG001. Das ist für ein zufälliges paralleles Vorliegen beider Krankheiten zu viel. D83.1 ist gleichzeitig der häufigste Code der neuen HMG202 (etwa 20% der Besetzung).

Es erscheint daher möglich, dass der hohe Zuschlag von 8.000 Euro für die HMG202 durch Fehlkodierungen tatsächlich an HIV erkrankten Menschen zu Lasten der HMG001 geht. Tatsächlich ist der Zuschlag der HMG001 bereits im Ausgangsmodell (welches ja grundsätzlich dasselbe Problem bewirken könnte wie das zur Anhörung stehende) etwas niedriger als im Jahresausgleich 2017 und sinkt im Anhörungsmodell um weitere 300 € ab. Dies wäre nicht nur in der Sache nicht nachvollziehbar, sondern gibt auch Anreize echte Fehlkodierungen zu fördern. Eine Lösung läge z.B. in einer externen Hierarchiebeziehung zwischen der HMG001 und HMG202.

Die weiteren vorgenommenen Anpassungen auf Grund der geänderten Krankheitsauswahl sind für die BARMER nur teilweise nachvollziehbar.

Die BARMER spricht sich dafür aus, vor einer Zusammenfassung der HMG181, HMG183, HMG197, HMG204 und HMG205 weitere Optionen zu prüfen. Die Unterschiede der Kostenschätzer rechtfertigen mindestens eine Zusammenfassung zu wenigstens zwei HMG. Auch vier HMGs sind denkbar, da nur die Kostenschätzer der HMG183 und HMG205 nahe beieinanderliegen. Hier bitten wir um weitergehende Prüfungen.

Leider wurde der bereits in den Vorjahren unterbreitete Vorschlag zu der Therapie der idiopathischen Thrombozytopenie im Zuge der Überarbeitung der Hierarchie 08 auch in diesem Jahr erneut nicht überprüft.

Bereits im Festlegungszyklus des Ausgleichsjahres 2017 entstand die Diskussion zu dem Vorschlag die Versorgung der Idiopathischen Thrombozytopenischen Purpura (D69.3, im folgenden „ITP“) über die



Wirkstoffe Romiplostim mit dem ATC B02BX04 und Eltrombopag mit dem ATC B02BX05 besser abzubilden. Das BVA sah den Vorschlag als nicht sachgerecht an. Erst mit der Konkretisierung, den ICD-Kode D69.3 ITP aus der DxG232 mit anschließender Arzneimittelprüfung herauszulösen, konnte diese Variante vom BVA nachvollzogen werden. Die Prüfung wird nun wieder nicht durchgeführt und auch keine Prüfung in Aussicht gestellt.

Wir schlagen daher vor, noch in diesem Anpassungszyklus eine Arzneimitteldifferenzierung für die Diagnose D69.3 Idiopathische Thrombozytopenische Purpura mit den Wirkstoffen Romiplostim und Eltrombopag vorzusehen.

### **Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“**

Der Wegfall der Krankheit „Demenz“ (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz) führt zum Wegfall der DxG252 in der HMG012 „*Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen*“ und dem Wegfall der DxG251 in der HMG013 „*Sonstige Demenzerkrankungen*“. Dabei entfällt die HMG013 vollständig. Weitere Anpassungen gab es nicht.

Aus Sicht der BARMER sind die Änderungen nachvollziehbar.

### **Hierarchie 11 „Erkrankungen der Psyche“**

In der Hierarchie 11 entfallen die Krankheiten „*Bipolare affektive Störungen*“, „*Essstörungen*“ und „*Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*“. Infolge des Wegfalls dieser Krankheiten werden die DxG263 in der HMG055 „*rezidivierende schwere Depression*“, DxG843 in der HMG058 „*Schwere Depression*“, DxG276 in der HMG057 „*Sonstige depressive Störungen und Episoden*“, DxG275 in der HMG060 „*Anorexia nervosa / Bullemie*“ – die HMG entfällt komplett, DxG285 in der HMG070 „*Störungen der Impulskontrolle*“ – die HMG entfällt komplett – und DxG268 und DxG281 in der HMG069 „*N. n. bez. und akute vorübergehende Psychotische Störungen*“ gestrichen. Dieses Vorgehen ist für die BARMER nachvollziehbar.

Die HMG067 wird aufgeteilt in die neue HMG067 „*Leichte oder mittelgradige depressive Episoden (Alter < 50 Jahre)*“ und HMG062 „*Leichte oder mittelgradige depressive Episoden (Alter > 49 Jahre)*“. Des Weiteren wird die HMG066 in die neue HMG066 „*Rezidivierende depressive Störung (Alter < 55 Jahre)*“ und HMG068 „*Rezidivierende depressive Störung (Alter > 54 Jahre)*“ aufgeteilt. Die dabei gewählten Alterssplitgrenzen sind für die BARMER nachvollziehbar. Wir verweisen auf unsere allgemeinen Ausführungen zu den Altersplits und merken an, dass die gewählten Grenzen im nächsten Klassifikationsverfahren wieder zu prüfen sind. Das ist für diese Hierarchie gut erkennbar, da sich bereits zwischen Ausgangsmodell und Entwurf unterschiedliche Altersgrenzen ergeben haben.

Damit werden in der Hierarchie 11 zwei Altersplits eingeführt. Zum einen für die der rezidivierenden depressiven Störungen, zum anderen für die leichten und mittelgradigen depressiven Episoden. Das BVA setzt in der Umsetzung unterschiedliche Systematiken ein, die zum einen zu einer „summentreuen“ Veränderung bei den rezidivierenden depressiven Episoden führen, aber zum anderen zu einer deutlichen Verminderung der Zuschlagsanzahl bei den leichten und mittelgradigen depressiven Episoden. Bei letzterem kann ein Fehler ausgeschlossen werden, es handelt sich um eine bewusste Konzeption des BVA, die sich auch klar in den Daten widerspiegelt. Hintergrund ist, dass die HMG des zweiten Altersplits wegen einer Hierarchieverletzung mit der niedrigsten und beide Stränge verbindende HMG057 „*Sonstige depressive Störungen und Episoden*“ in die genannte HMG eingebunden wurde. Dies führt dazu, dass in bestimmten Konstellationen nicht mehr zwei Zuschläge in den beiden Strängen wirken, sondern nur noch einer und damit eine erhebliche Anzahl an Zuschlägen verloren gehen.

Wir schlagen die Durchführung einer Analyse des Deckungsgrades für speziell jene Versicherten vor, die nun einen Zuschlag verlieren. Wenn sich eine bereits gegebene Unterdeckung verstärkt oder nunmehr in erheblichem Umfang einstellt, schlagen wir vor, die Hierarchieverletzung durch die Zuweisung von gleich hohen Kostenschätzern für die betroffenen HMGs aufzulösen. Hierdurch würde der monetär niedrigere Zuschlag weiterhin auch im zweiten Strang verbleiben.

### **Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“**

In der Hierarchie 14 werden zwei neue zu berücksichtigende Diagnosen einsortiert. Die Diagnose G23.3 „Multiple Systematrophie vom zerebralen Typ [MSA-C]“ wird der HMG235 „Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebralen Typ [MSA-C]“ zugeordnet. Die Diagnose P91.7 „Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen“ erhält eine neue, eigene HMG307 „Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen“.

Die bisherige HMG073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington“ wird in die HMG073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation“ und HMG097 „Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen“ unterteilt. Eine weitere Unterteilung erfolgt für die bisherige HMG298 „Hydrozephalus und sonstige Schädigungen des Gehirns“ in die neue HMG298 „Normotensiver Hydrozephalus“ und HMG307 „Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen“.

Die durchgeführten Änderungen sind für die BARMER nachvollziehbar.

Darüber hinaus werden zwei Alterssplits vorgeschlagen. Die bisherige HMG299 „Status Epilepticus“ soll in die neue HMG299 „Status Epilepticus (Alter < 18 Jahre)“ und HMG302 „Status Epilepticus (Alter > 17 Jahre)“ aufgeteilt werden. Leider kann die BARMER dieses Ergebnis nicht überprüfen. Unter Kapitel 7 werden alle untersuchten Alterssplits beschrieben. Insbesondere werden auf den Grafiken der Seiten 28 und 29 des Entwurfs mit allen Deckungssummen die für diesen Entwurf vorgeschlagenen Alterssplits dargestellt. Für den Alterssplit der HMG299 werden im Kapitel 7 keine Erläuterungen gegeben. Wir gehen davon aus, dass dies vergessen wurde.

Die Einführung eines Alterssplits der bisherigen HMG074 „Epilepsie“ in die neue HMG074 „Epilepsie (Alter < 18 Jahre)“ und HMG076 „Epilepsie (Alter > 17 Jahre)“ können wir grundsätzlich nachvollziehen. Laut Graphik Seite 28 müsste die Trennung jedoch nach Alter 24 erfolgen. Wir bitten um Erklärung, weshalb das BVA an dieser Stelle von den dargestellten Ergebnissen abweicht.

## **Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“**

Die Hierarchie 16 ist stark von Änderungen durch die Krankheitsauswahl betroffen. Aufgrund des Wegfalls der Krankheiten „Ventrikuläre Tachykardie / Arrhythmie, Herzstillstand“ und „Angeborene schwere Herzfehler (< 18 Jahre)“ entfallen fünf HMG vollständig:

- HMG301 „Schwere angeborene Herzfehler“
- HMG088 „Andere angeborene Herzfehler“
- HMG300 „Sonstige angeborene Herzfehler“
- HMG077 „Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie“
- HMG079 „Herzstillstand / Schock“

Weiterhin entfällt die DxG378 in der HMG087 „Elektiv offen belassenes Sternum“. Die Änderungen sind aus Sicht der BARMER allesamt folgerichtig.

Die Hierarchie 16 ist ebenfalls besonders stark von der Einführung von Alterssplits betroffen. Vier von zehn HMG, für welche das BVA Potenzial ausgemacht hat, werden untersucht.

Das ist nicht erstaunlich. Das Herz eines Menschen ist ein anatomisch kleiner Bereich, der gleichwohl in den Festlegungen 2019 mit 14 verschiedenen HMG, von denen ein Versicherter bis zu 4 nebeneinander erhalten kann, sehr detailliert ausgestaltet war und weiterhin ist. Die Feststellung aus den allgemeinen Anmerkungen, dass die Angehörigen der vom BVA untersuchten HMG besonders stark von Multimorbidität betroffen sind, gilt bei den vier in Rede stehenden HMG noch einmal verschärft. Besonders häufig tritt dabei Multimorbidität innerhalb der Herzhierarchie selbst auf.

Die unter den allgemeinen Anmerkungen dargestellten Gründe, warum Multimorbidität den Deckungsgrad eines Versicherten verbessert, gelten in der Herzhierarchie ebenfalls in verstärktem Maße. Dies gilt offensichtlich für die Skalenvorteile, denn das Herz eines Menschen z.B. gleichzeitig mit den Wirkstoffmengen für eine „allein behandelte“ Angina bzw. Arrhythmie bzw. Insuffizienz zu behandeln, stiftet mehr Schaden als Nutzen. Dasselbe gilt für die Auswirkung von Kodiervarianzen und natürlich für die Beeinflussbarkeit der Kodierung durch die Kassen. Vor allem letzteres und die damit einhergehende Verwässerung der Relativgewichte in der Krankheitsauswahl könnte durchaus für den Herausfall so vieler Herzkrankheiten auf einmal für 2020 verantwortlich sein.

Tatsächlich hatte das BVA dies bereits im Jahr 2010 erkannt. Damals war die Hierarchie 16, in der vorher bis zu 6 Zuschläge auf einmal möglich waren, deutlich gestrafft worden. Auf Kritik einiger Anhängerschaft hat das BVA seine Analyse mithilfe der Berechnung von Interaktionstermen zwischen verschiedenen HMG der Herzhierarchie vertieft. Fast zwischen allen HMG des damaligen Modells ergaben sich erhebliche negative Interaktionsterme, d.h. das Auftreten von zwei oder mehr der HMG war mit niedrigeren Folgekosten verbunden als die Summe der einzelnen Zuschläge.

Leider ist dieser Weg zur konsequent stärkeren Hierarchisierung im Herzbereich unter Nutzung des genannten Instrumentariums in den Folgejahren nicht weiter beschritten worden. Die Alterssplits erreichen nun das Gleiche auf einem anderen Weg.

Die Umsetzung von Alterssplits für die HMG078 „*Pulmonale Herzkrankheit*“, HMG086 „*Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen*“ und HMG092 „*Näher bezeichnete Arrhythmien*“ wird daher von der BARMER begrüßt und begegnet auch technisch wenigen Bedenken. Auf die Notwendigkeit, die Altersgrenzen punktgenauer Alterssplits regelmäßig zu überprüfen, weisen wir auch an dieser Stelle wieder hin. Der Alterssplit der bisherigen HMG086 „*Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen*“ erfolgt zwischen Alter 79 und 80. Laut Graphik auf Seite 29 müsste die Trennung jedoch zwischen Alter 74 und 75 erfolgen. Wir bitten um Erklärung, weshalb das BVA an dieser Stelle von den dargestellten Ergebnissen abweicht.

Sehr wohl Bedenken begegnet jedoch die Entscheidung, den Alterssplit bei der HMG080 nicht durchzuführen. Denn der Ausführung auf Seite 112 der Festlegungen ist zu entnehmen, dass der Alterssplit zu einer Steigerung der Kostenschätzer der AGG 18-20 bzw. 38-40 um jeweils „100 Euro bis 200 Euro je Versichertenjahr“ geführt hätte. Zur Verringerung der Überdeckung Multimorbider hätte also gerade dieser Alterssplit voraussichtlich besonders gut beigetragen. Wir empfehlen daher entsprechend unseren Ausführungen in den Vorbemerkungen die Durchführung einer Analyse der Auswirkungen speziell dieses Alterssplits auf die Deckungsgrade nach Alter und Anzahl der HMG. Wir sind zuversichtlich, dass die geringfügigen Verschlechterungen von CPM und MAPE, die nunmehr als Begründung für den Verzicht für den Alterssplit angeführt werden, dann hinnehmbar erscheinen werden.

Zudem regen wir entsprechend unseren Ausführungen in den Vorbemerkungen an, konsequenterweise ebenfalls einen Alterssplit für die HMG091 „*Hypertonie, hypertensive Erkrankungen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen*“ zu untersuchen.

### **Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“**

Aufgrund des Wegfalls der Krankheit „*Angeborene schwere Herzfehler (< 18 Jahre)*“ entfällt die DxG396 in der HMG095 „*zerebrale Blutung*“. Weitere Anpassungen werden in der Hierarchie nicht vorgenommen. Die Änderung ist für die BARMER nachvollziehbar.

### **Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“**

In der Hierarchie 18 entfällt durch den Wegfall der Krankheit „*Angeborene schwere Herzfehler (< 18 Jahre)*“ die DxG395 in der HMG104 „*Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus*“. Als neue Krankheit kommen „*Nichtinfektiöse Erkrankungen des Lymphsystems und der Milz*“ hinzu. Dies führt zu einigen Anpassungen in der Hierarchie.

Die HMG102 „*Nichtinfektiöse Erkrankungen der Milz*“ erhält einen eigenen Strang. Sie dominiert die neue HMG117 und besteht allein aus der DxG420. Die HMG112 „*Lymphangitis, -adenitis, -ödem*“ beginnt einen eigenen Strang. Sie besteht einzig aus der DxG426. Sie steht über der HMG116 „*Sonstige nichtinfektiöse Erkrankungen des Lymphsystems*“, die ihrerseits aus der DxG427 besteht. Die HMG117 „*Nicht näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten des Lymphsystems*“ besteht aus der DxG429 und wird von den HMG105, 116 und 102 dominiert. Am unteren Ende der Hierarchie 18 steht die HMG099 „*Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien / Sonstige nichtinfektiöse Erkrankung der Milz*“, die mit der bisherigen HMG106 „*Sonstige Atherosklerose*“ und der durch die neue Krankheit entstandenen HMG107 „*Sonstige nichtinfektiöse Erkrankungen der Milz*“ zusammengelegt wird.

Die vorgenommenen Anpassungen auf Grund der geänderten Krankheitsauswahl sind für die BARMER nachvollziehbar mit Ausnahme der Zusammenlegung der HMG099, HMG106 und HMG107.

Die HMG106 wurde aufgrund des negativen Kostenschätzers auch in der Vergangenheit auf 0€ gesetzt. Die mangelnden Bemühungen des BVA, an dieser Stelle weitere Untersuchungen vorzunehmen, wurden von der BARMER bereits in früheren Anhörungen kritisiert. Schließlich hat die Erkrankung bei der Krankheitsauswahl seit Jahren eine hinreichende Relevanz für die Aufnahme in die Liste der 80 berücksichtigungsfähigen Krankheiten. Die Ausgestaltung des Klassifikationsverfahrens sollte daher grundsätzlich zum Ziel haben, die ausgewählten Krankheiten auch adäquat abzubilden.

Nun geht das BVA noch weiter und "vernichtet" durch die Zusammenlegung der HMG099, HMG106 und HMG107 weitere Zuschläge, ohne Alternativen zu prüfen.

Durch einen Verzicht auf die Zusammenlegung bliebe die HMG099 positiv bewertet, dies sollte beibehalten werden. Für die HMG106 besteht die Möglichkeit einer Validierung mit dem Arzneimittelkriterium „wegen klinischer Relevanz“. Dieser Sonderfall war schon in der Festlegung für 2009 für die HMGs mit den ansonsten niedrigsten Zuschlägen eingeführt worden. Die medikamentöse Behandlung der Atherosklerose kann u.a. mit Thrombozytenfunktionshemmern, ggf. Vasoaktiva oder Prostaglandinen erfolgen und wird in der Regel in einem fortgeschrittenen Stadium empfohlen, wenn die alleinige Behandlung von Risikofaktoren wie Rauchen, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und Hypertonie nicht mehr ausreichend ist. Die medikamentöse Behandlung wird fortgesetzt, auch wenn weitere operative Interventionen, die die Durchblutung herstellen sollen, notwendig sind. Die entsprechenden Wirkstoffe zur Abgrenzung zu wählen, würde daher den Sinn des Arzneimittelkriteriums „wegen klinischer Relevanz“ erfüllen und wäre gegenüber einem schlichten Wegfall der gesamten HMG das mildere und dem gegebenen System deutlich mehr entsprechende Mittel.

## **Hierarchie 20: „Erkrankungen des Urogenitalsystems“**

In der Hierarchie 20 führt die neue Krankheit „*Zystitis, andere Infektionen der Harnwege*“ zur neuen HMG135 „*Zystitis, andere Infektionen der Harnwege*“ und besteht aus der DxG553. Sie wird zwischen die HMG133 „*Neurogene Blase / Harnröhrenstriktur nach med. Maßnahmen / Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt*“ und der HMG132 „*Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen*“ eingeordnet.

Zur besseren Einbindung der neuen HMG135 „*Zystitis, andere Infektionen der Harnwege*“ schlagen wir eine Überprüfung des gesamten rechten Zweiges der Hierarchie vor. Der Zweig enthält die DxG524, DxG525, DxG523, DxG547, DxG551 und DxG553. Nur zwei, die DxG547 und DxG553, beschreiben keine Komplikationen in Folge medizinischer Interventionen. Dementsprechend schlagen wir die Prüfung einer Trennung dieser DxG und der zugehörigen HMG in zwei Stränge vor, von denen der eine die DxG547 und DxG553 enthält und der andere die DxG523, DxG524, DxG525 und DxG551. Für den letztgenannten Strang ist darüber hinaus der Bezug zur Hierarchie 24 „*Medizinische Komplikationen*“ zu prüfen.

Die HMG134 „*Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz*“ wird in die neue HMG134 „*Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (Alter < 40 Jahre)*“ sowie HMG137 „*Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (Alter 40-79 Jahre)*“ und HMG139 „*Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (Alter > 79 Jahre)*“ aufgeteilt. Der Alterssplit wird von der BARMER ausdrücklich begrüßt, auch die neue Einordnung in die Hierarchie ist nachvollziehbar. Wir weisen darauf hin, dass gerade ein doppelter Alterssplit der regelmäßigen Überprüfung bedarf, um seine Wirksamkeit beizubehalten.

Aus dem unter Allgemeines zu den Alterssplits Ausgeführten leiten wir außerdem die Forderung ab, auch die Einführung von Alterssplits für die HMG131 und HMG135 zu testen und erforderlichenfalls umzusetzen. Dass es sich um heterogene Krankheitsgruppen handelt, ist durchaus richtig. Das Auftreten von Über- und Unterdeckungen in HMG mit einem besonders hohen Anteil von Multimorbiden ist jedoch kein medizinisches, sondern aus Sicht der BARMER primär ein mathematisches Phänomen. Die medizinischen Eigenschaften der jeweiligen HMG können außer Betracht bleiben.

Abschließend noch der Hinweis, dass es bei der Zusammenlegung der bisherigen HMG138 „*Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Maßnahmen*“ und HMG132 „*Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen*“ zur neuen HMG132 „*Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen*“ zu einem ähnlichen Phänomen kommt wie bereits bei Hierarchie 11



angemerkt. Die Zusammenlegung von zwei HMG führt zu einer deutlich reduzierten Anzahl der Zuschläge in Gänze.

Wir schlagen wie in Hierarchie 11 die Durchführung einer Analyse des Deckungsgrades für speziell jene Versicherten vor, die nun einen Zuschlag verlieren. Wenn sich eine bereits gegebene Unterdeckung verstärkt oder nunmehr in erheblichem Umfang einstellt, sollte die Zusammenlegung der bisherigen HMG138 „*Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Maßnahmen*“ und HMG132 „*Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen*“ zur HMG132 „*Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen*“ unterbleiben.

## **Hierarchie 22: „Erkrankungen der Haut“**

In der Hierarchie 22 wird die Krankheit „*Dekubitalgeschwüre*“ aufgenommen. Sie führt zu den neuen HMG150 „*Dekubitalgeschwüre Grad 1-2 oder n. n. bez. und sonstige Hautulzera*“, bestehend aus den DxG613 und DxG614; HMG154 „*Dekubitalgeschwüre Grad 3*“, bestehend aus der DxG616 und HMG156 „*Dekubitalgeschwüre Grad 4*“, besteht aus der DxG617. Sie werden in einen eigenen Strang der Hierarchie einsortiert. Die Zuordnung der ICD-Codes zu den DxG und die Einordnung in einen eigenen Strang sind für die BARMER nachvollziehbar. Die Zusammenlegung der bisherigen HMG149 „*Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)*“ mit der neuen HMG150 „*Dekubitalgeschwüre Grad 1-2 oder n. n. b. und sonstige Hautulzera*“ ist ebenfalls nachvollziehbar.

Für die Psoriasis wird eine Arzneimitteldifferenzierung vorgeschlagen. Die bisherige HMG219 „*Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation*“ wird nach Trennung der Medikation nach Topischen Antipsoriatika und Systemischen Antipsoriatika in die neuen HMG219 „*Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II*“ und HMG210 „*Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I*“ aufgeteilt. Diese Arzneimitteldifferenzierung sehen wir kritisch. Anstatt die bereits berücksichtigten Arzneimittel in schweregradhomogene Gruppen aufzuteilen, hat das BVA in seinem Vorschlag alle bisher zur Validierung verwendeten Arzneimittel in einer Gruppe belassen und darunter eine zusätzliche Gruppe von einfachen topischen Antipsoriatika für geringe Schweregrade der (Para-)psoriasis gestellt. Der ursprüngliche Vorschlag, in der bisherigen Arzneimittelliste die Immuntherapeutika von den klassischen systemischen Wirkstoffen zu trennen, wurde somit nicht geprüft. Dass die Anwendung von topischen und von systemischen Wirkstoffen verschiedene Schweregrade der Psoriasis widerspiegelt, ist offensichtlich. Dies gilt jedoch auf einem deutlich höheren Niveau auch für Immuntherapeutika und die klassischen systemischen Wirkstoffe. So setzt eine Behandlung mit Wirkstoffen der Gruppe L04A das vorherige Scheitern nicht nur einer topischen, sondern auch einer klassischen systemischen Behandlung voraus. Noch in verstärktem Maße gilt dies für Ciclosporin, das nur für schwerste therapieresistente Formen der (Plaque-)Psoriasis zugelassen ist. Der ursprüngliche Vorschlag wäre in Form eines dreifachen Zuschlags sehr gut mit der jetzigen Umsetzung des BVA verbindbar und würde zu einer sichtlich steigenden Modellgüte führen. Der BVA-Vorschlag wird in seiner jetzigen Form, d.h. ohne die Prüfung des ursprünglichen Vorschlags, aber abgelehnt.

Zudem können die Ergebnisse nicht nachvollzogen werden. Die Werte der Besetzungszahlen in der Tabelle 21.6 und 21.4 passen nicht zusammen. In der Tabelle 21.4 erhält die HMG210 im Modell 2a einen Wert N = 45.578. In der Tabelle 21.6 als auch im Anhang 28.2 erhält die HMG210 den Wert N = 104.565. Der Wert N = 45.578 erscheint zwar logisch, es ist aber nicht eindeutig klar, welche Werte beim BVA angesetzt wurden.

Darüber hinaus sind in der Hierarchietabelle offenbar die Querverweise zu den HMG198 und HMG199 für die neue HMG210 vergessen und damit nicht berücksichtigt worden. Daher sind die Gruppergebnisse des BVA ggf. für die darunterliegenden HMG zu hoch und die Schätzer insgesamt nicht korrekt.

Der vorgenommene Alterssplit der bisherigen HMG152 „*Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes*“ in die neue HMG152 „*Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes (Alter < 55 Jahre)*“ und HMG151 „*Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes (Alter >54 Jahre)*“ wird von der BARMER begrüßt. Allerdings gilt auch hier, dass der Alterssplit jährlich zu prüfen ist.

Die Ergebnisse des untersuchten, aber nicht umgesetzten, Doppelsplits der HMG152 bei Alter 55 und 85 sind leider nicht dargestellt. Damit die Ergebnisse vollständig nachgestellt werden können, bitten wir zukünftig, auch solche Ergebnisse im Entwurf darzustellen.



### Hierarchie 23: „Verletzungen“

Nach einigen Jahren wird die Krankheit „*Luxation des Hüftgelenks*“ wieder als Auswahlkrankheit aufgenommen. Die Zuordnung der DxG647 in die neue HMG159 „*erworbene Hüftluxation*“ in die Hierarchie 23 mit einer Dominanzbeziehung zur HMG041 „*Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate*“ in die Hierarchie 07 und zur HMG157 „*Andere Verletzungen*“ sind für die BARMER nachvollziehbar und entsprechen grundsätzlich der Vorgehensweise des Jahres 2014.

Allerdings entfällt im Vergleich zum Verfahren 2014 das Kriterium „stationär erforderlich“ für die erworbene Hüftluxation. Das BVA hat damals festgestellt, dass durch Setzung dieses Kriteriums etwa die Hälfte der Zuordnungen ohne Gewinn für die Höhe der Folgekosten entfällt, aber gleichwohl eine Entscheidung zugunsten des engen Kriteriums gefällt. Aus Sicht der BARMER entsprach dies damals (und heute) nicht der Kodierrealität. Wir begrüßen insofern die anderweitige Entscheidung für 2020.

### Hierarchie 26: „Erkrankungen des Auges“

Die Hierarchie 26 entsteht durch Hinzutritt der neuen Krankheiten „*Makuladegeneration*“ und „*Retinopathien und sonstige Affektionen der Netzhaut*“. Grundsätzlich erscheinen die beiden Krankheiten für einen eigenen Hierarchiestrang geeignet, da sie eine zumindest in den Vorjahren vom MRSA nicht berücksichtigte Körperpartie betreffen.

Die Komorbiditätsprüfung der neuen Krankheiten war daher auch weitgehend unauffällig. Wir empfehlen allerdings, diese zum Ausschluss von Überraschungen, wie sie bei der Hierarchie 08 aufgetreten sind, auch auf GKV-Ebene durchzuführen.

Eine Ausnahme bildete bei dieser Prüfung die Diagnose H36.0, da es sich ätiologisch nicht um eine Augenkrankheit handelt, sondern um eine Komplikation der Diabetes mit Wirkung im Augerbereich. Hier ergeben sich Mehrfachzuschläge für dieselbe Krankheit und Anreize auf Ärzte einzuwirken, ihre Diabetes-Diagnostik bei Versicherten mit Komplikationen zu „vervollständigen“.

Mit genau diesen Gründen hatte die BARMER bereits für das Ausgleichsjahr 2013, als die diabetische Retinopathie als einzelne Diagnose im MRSA enthalten war, angeregt, diese nicht als EinzelHMG mit eigener Hierarchie auszugestalten, sondern die Diagnose H36.0 im Diabetes-Strang anzusiedeln. Dieser Anregung ist das BVA nach einer Prüfung, bei der das Missbrauchspotenzial allerdings nicht berücksichtigt wurde, nicht nachgekommen. Die wahrgenommene Relevanz von Manipulationsmaßnahmen hat sich seitdem jedoch deutlich erhöht. Wir halten eine Wiederholung dieser Prüfung auch unter diesem Aspekt daher für sachgerecht.

Weiterhin begrüßt die BARMER ausdrücklich, dass im Rahmen der Hierarchie 26 eine Arzneimitteldifferenzierung für die Makuladegeneration diskutiert wird. Die Diagnose selbst ist wenig trennscharf und unterscheidet z.B. nicht zwischen trockener und feuchter Makuladegeneration (FMD). Die trockene Makuladegeneration schreitet langsam voran, führt seltener zur Erblindung und lässt sich nicht kausal behandeln. Die FMD schreitet hingegen schnell voran und lässt sich kausal therapieren.

Das vorgeschlagene Modell mit einer einfachen Arzneimitteldifferenzierung unter ausschließlicher Heranziehung des Fünfstellers „S01LA“ lehnt die BARMER allerdings ab. In dieser Form greift es in bewährte vertragliche Partnerschaften zum Off-Label-Use mit Bevacizumab (Avastin) ein. Die Folge wäre eine Umsteuerung auf Regelpräparate des genannten Fünfstellers, welche das Kostenniveau in der GKV ohne Nutzen für die Versicherten erhöht. Dass aber der Einsatz von Avastin und der der Regelpräparate gleiche Ergebnisse bewirken, ist inzwischen hinreichend nachgewiesen. Mit allen Versuchen, diesen Off-Label-Use in die Nähe der Illegalität zu rücken, sind die Hersteller der Regelpräparate 2013 und 2018 vor dem EUGH gescheitert und damit am Ende des juristischen Weges angelangt.

Verschiedene Arzneimittel zur Behandlung derselben Krankheit können im MRSA verschiedene Zuschläge auslösen. An anderen Stellen des Entwurfs 2020 wird das bereits berücksichtigt. Damit kann logischerweise auch eine eingeschränkte Wirkstoffliste Verwendung finden, wenn die Abgrenzung einer hierarchisch niedrigeren Gruppe aus verschiedensten Gründen scheitert (siehe Vorschlag zur Hierarchie 02a und 02b). Beides sollte nur unter der Voraussetzung gelten, dass die verschiedenen Arznei-

mittelgruppen verschiedene Schweregrade derselben Krankheit widerspiegeln, die über die ICD alleine nicht differenziert werden können. Eine reine Kostendifferenzierung ist dem MRSA wesensfremd. Bevacizumab ist den Regelpräparaten des Fünfstellers S01LA hinsichtlich der Schweregrade und des Behandlungserfolgs aber gleich, einem der Regelpräparate sogar chemisch fast gleich. Es bei einer Arzneimitteldifferenzierung gar nicht zu berücksichtigen, ist aus Sicht der BARMER nicht versorgungsneutral.

Die BARMER schlägt daher vor, dass das BVA die Arzneimitteldifferenzierung der Makuladegeneration um zwei Jahre zurückstellt und ausdrücklich für das Ausgleichsjahr 2022 eine neuerliche Prüfung mit und ohne Berücksichtigung von Bevacizumab in Aussicht stellt. Denn nach Auskunft anderer Kassen und Kassenarten scheitert die Berücksichtigung von Bevacizumab neben grundsätzlichen Bedenken an der Datenverfügbarkeit. Insbesondere sehen nach unserem Kenntnisstand viele Selektivverträge den Einsatz von Privatrezepten vor.

Im Zuge der Untersuchungen hat die BARMER für ihre Daten allerdings festgestellt, dass sie bereits auf Basis 2018 in der Lage ist, ihre mit Bevacizumab Off-Label behandelten Versicherten fast ausnahmslos aus § 300 SGB V Daten bzw. direkt abgerechneten Muster 16-Verordnungen zu identifizieren. Auch die Meldung der Wirkstoffmengen ist inzwischen ausreichend sicher, um Verordnungen mit Bevacizumab im intraokularen Einsatz von solchen für verschiedene Krebs-Formen zu unterscheiden. Die verordneten Mengen gehen über 50 Einheiten nicht hinaus, welche wiederum für den onkologischen Einsatz wirkungslos sind. Daher gelingt durch eine einfache Sonderregel (z.B. zwei oder drei entsprechende Verordnungen (kleiner/gleich 50 Einheiten) mit mindestens einer quartalsgleichen Diagnose) eine sehr sichere Zuordnung. Setzt man die beiden sich ergebenden Gruppen (Bevacizumab, Fünfsteller S01LA) ausnahmsweise in Hierarchie dürfte GKV-weit eine Modellabgrenzung möglich sein, die sogar nochmal bessere Ergebnisse erzeugt, als das vorgeschlagene Modell mit einer Arzneimitteldifferenzierung.

In Vorbereitung auf das Klassifikationsverfahren für 2022 hätte das BVA ausreichend Datenmaterial, um die Abgrenzung zu prüfen. Die Krankenkassen wiederum erhalten bis zum Jahr 2021 hinreichend Zeit, ihre Abrechnungswege anzupassen.

## **Hierarchie 28: „Chronischer Schmerz“**

Die bisherige Unterteilung der Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“ in die HMG252 „Chronischer Schmerz ohne Dauermedikation“ und HMG253 „Chronischer Schmerz mit Dauermedikation“ wird um zwei zusätzliche Arzneimitteldifferenzierungen erweitert. Die bisherige HMG253 wird umbenannt in „Chronischer Schmerz mit Dauermedikation I“. Neu hinzu kommen die HMG255 „Chronischer Schmerz mit Dauermedikation II“ und HMG260 „Chronischer Schmerz mit Dauermedikation III“. Die Zuordnung der ATC in die die DxG907, DxG904 und DxG905 sind für die BARMER nachvollziehbar. Die Anwendung des Sonderfall 1 für alle HMG mit Dauermedikation ist sachgerecht.

## **Redaktionelle Anmerkungen**

Auf Seite 57 müssen in der Raute neben der HMG289 die beiden DxG durch ein Komma getrennt werden.

Auf Seite 90 muss die HMG068 (neu) „Rezidivierende depressive Störung (Alter >54 Jahre)“ heißen.

Auf Seite 98 fehlt in der Tabelle 16.3 für die HMG298 die „€“-Zeichen für die Kostenschätzer.

Auf Seite 99 fehlt in der Tabelle 16.4 für die HMG298 das „€“-Zeichen für den Kostenschätzer.

Auf Seite 126 fehlt im letzten Satz zwischen „19.1“ und dem Wort „zeigt“ ein Leerzeichen.

Auf Seite 129 fehlt die ICD Q89.08 in der Tabelle 19.1. Die ICD Q89.08 wird der DXG424 zugeordnet.

Auf Seite 152 wird in der Tabelle 21.5 zweimal die HMG152 aufgeführt. Unten müsste es HMG150 heißen.

Auf Seite 187 sollte in der Tabelle 29.2 der Jahreswert für die HMG099 mit 0,00 € angegeben werden.