

**Stellungnahme  
des GKV–Spitzenverbandes  
vom 13.08.2021**

**zum Entwurf der Festlegungen  
des Bundamtes für Soziale Sicherung  
gemäß § 8 Absatz 4 RSAV  
für das Ausgleichsjahr 2022**

**GKV–Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288–0  
Fax 030 206288–88  
[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Vorbemerkung .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Ablauf des Festlegungsverfahrens .....</b>	<b>3</b>
<b>III. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien .....</b>	<b>4</b>
<b>IV. Hierarchien .....</b>	<b>9</b>
<b>V. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens .....</b>	<b>20</b>
<b>VI. Redaktionelle Anmerkungen zu den einzelnen Dokumenten .....</b>	<b>22</b>

## **I. Vorbemerkung**

Gemäß § 8 Absatz 4 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Risikogruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen, die regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2022 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September 2021 fest.

Den Entwurf der entsprechenden Festlegungen inklusive der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf hat das BAS im Rahmen dieses Anhörungsverfahrens am 2. Juli 2021 mit der Bitte um Stellungnahme an den GKV-Spitzenverband übermittelt.

Während der Schwerpunkt der entsprechenden Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2021 auf der Umsetzung der Vorgaben des Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG), wie insbesondere der Einführung eines Krankheits-Vollmodells und der Regionalkomponente, lag, konzentriert sich der vorliegende Festlegungsentwurf neben der Konsolidierung des Klassifikationsmodells auf die systematische Überprüfung und zielgenaue Abbildung von Komorbiditäten. Diese, dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes aus seiner Stellungnahme vom 14. August 2020 entsprechende Vorgehensweise, wird von uns ausdrücklich begrüßt. Gleichmaßen begrüßen wir die Zielsetzung des BAS, mit den vorgeschlagenen Anpassungen die Konsistenz und Übersichtlichkeit des Klassifikationsmodells zu erhöhen.

Des Weiteren enthält der Entwurf zu den Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2022 Anpassungen in den Bereichen der regionalen Risikogruppen, zum Berechnungsverfahren zur Ermittlung von Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen, zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte sowie zu den nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben.

Zum Ablauf des Festlegungsverfahrens und den einzelnen Themenbereichen dieses vorliegenden Entwurfes nehmen wir wie folgt Stellung:

## **II. Ablauf des Festlegungsverfahrens**

Die Umsetzung der RSA-bezogenen Vorgaben des GKV-FKG führt insbesondere durch die Einführung des Krankheits-Vollmodells, aber auch der Regionalkomponente, zu einem erhöhten Aufwand bei der Weiterentwicklung und kontinuierlichen Pflege des MRSA-Klassifikationsmodells. Diese sich bereits im vergangenen Jahr abzeichnende Entwicklung wird durch den Umfang der für das Ausgleichsjahr 2022 durchgeführten Analysen und Modellanpassungen des BAS bestätigt. Die terminliche Vorgabe für die nach § 8 Absatz 4 RSAV bis zum 30. September eines Jahres für das

Folgejahr durch das BAS durchzuführenden Festlegungen wurde beibehalten. Dies erfordert für die im Rahmen der jährlichen Modellanpassungen durchzuführenden Untersuchungen auf Seiten des BAS Schwerpunktsetzungen und eine intensivere Systematisierung des Verfahrens. Beides ist aus den vorliegenden Erläuterungen zum Festlegungsentwurf ersichtlich.

Der Zeitraum für die nach § 8 Absatz 4 RSAV durchzuführende Anhörung des GKV-Spitzenverbandes wurde im Vergleich zu den Jahren vor Einführung des Krankheits-Vollmodells durch das BAS weitgehend beibehalten. Unseres Erachtens muss im Rahmen des Anhörungsverfahrens gewährleistet sein, dass die vom BAS vorgelegten umfangreichen, medizinisch interdisziplinären Anpassungsvorschläge, insbesondere für die Anpassungen des MRSA-Klassifikationsverfahrens, sowohl durch den GKV-Spitzenverband als auch durch Krankenkassen im Rahmen des Anhörungsverfahrens fachlich eingehend bewertet werden können. Daher möchten wir im Nachgang zu den Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2022 mit dem BAS die Möglichkeiten einer zeitlichen Entzerrung des Anhörungsverfahrens unter den neuen Rahmenbedingungen erörtern. Dies sollte u. E. auch neben der frühzeitigen Bekanntgabe der Untersuchungsschwerpunkte des anstehenden Festlegungsverfahrens zum Beispiel die Möglichkeit, themenbezogene Vorschläge einzubringen sowie die frühzeitige Anhörung zur Variablenauswahl für die Regionalkomponente im RSA, beinhalten. Hierbei sollte gewährleistet werden, dass sowohl auf Seiten der GKV als auch des BAS bei Änderungen im Ablauf des Festlegungs- und Anhörungsverfahrens die diesbezüglich positiven Aspekte überwiegen.

### **III. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien**

#### **1 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung**

Für die im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Festlegungsentwurfes durchgeführten Analysen werden die Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2018 und die Versichertenstammdaten sowie die versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld des Berichtsjahres 2019 verwendet. Die Ausführungen des BAS zur diesbezüglichen Datenaufbereitung und die Beschreibung des verwendeten Datensatzes konnten vom GKV-Spitzenverband nachvollzogen werden.

Die Analysen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells werden unter Risikopoolbedingungen durchgeführt. Dementsprechend werden im Regressionsdatensatz Risikopoolausgleichsbeträge versichertenindividuell von den Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) in Abzug gebracht. Für die Simulation des Risikopools wurde der

Schwellenwert von 100.000 Euro aufgrund der Verwendung der LAoKG aus dem Berichtsjahr 2019 unverändert beibehalten. Diese Vorgehensweise ist nachvollziehbar und sachlogisch. Die beschriebenen Kennzahlen beinhalten den bereits in den Vorjahren eingeführten Kennzahlensatz auf Individual-, Gruppen- und Kassenebene sowie auf regionaler Ebene.

## **2 Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2022**

Als Ausgangsmodell für die Modellanpassungen für das Ausgleichsjahr 2022 findet ein überarbeitetes Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2021 Verwendung. Die bereits am Ausgangsmodell durchgeführten Modifikationen beinhalten auch eine Anpassung der Diagnosezuordnungslisten auf Grundlage des ICD10-GM-2021. Zusätzlich wird die Zuordnung von ICD-Codes zu Diagnosegruppen unter medizinischen Aspekten überprüft. Schwerpunkt ist dabei die Zuordnung spezifischer und unspezifischer Diagnosecodes zum gleichen Hierarchiestrang. Weiterhin wurden zahlreiche ICD-Codes hierarchieübergreifend in ihre entsprechende Organhierarchie verschoben. Darüber hinaus wurden alters- bzw. geschlechtsbezogene Anpassungen an der Krankheitsabgrenzung durchgeführt. Zu den vorgeschlagenen Änderungen haben wir folgende Anmerkungen:

### Anpassung an den ICD10-GM Version 2021

Die vorgenommene Eingliederung neuer ICD-Codes ist umfassend dokumentiert und nachvollziehbar.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass die ICD-Codes U07.3 *COVID-19 in der Eigenanamnese*, U07.4 *Post-COVID-19-Zustand* und U07.5 *Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19* bereits im November 2020 für die ICD-Version 2020 eingeführt wurde. Daher wurde in der Anlage 1 der Festlegungen zum Ausgleichsjahr 2022 neben dem Tabellenblatt ICD 2021 auch die Zuordnungstabelle auf Basis der ICD Version 2020 entsprechend ergänzt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss auch für die Festlegungen des Ausgleichsjahres 2021 eine entsprechende Ergänzung der Zuordnungstabelle ICD2020 vorgenommen werden, da für die Berechnungen des Jahresausgleichs die Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2020 verwendet werden.

### Änderung an der Zuordnung von ICD-Codes

Die Zuordnung von ICD-Codes zu Diagnosegruppen mit dem Ziel, spezifische und unspezifische Diagnosecodes dem gleichen Hierarchiestrang zuzuordnen, ist grundsätzlich dazu geeignet, die

Kodierpraxis adäquat im Klassifikationsmodell abzubilden und Anreize zur Mehrfachkodierung zu verringern.

Aufgrund der zahlreichen Verschiebungen von ICD-Codes mit Organbezug in die entsprechende Organhierarchie ist davon auszugehen, dass es sich auch hierbei um einen Schwerpunkt bei der Überprüfung der Zuordnung handelt. Bei den in die entsprechende Organhierarchie verschobenen ICD-Codes handelt es sich häufig um Sterndiagnosen. Dies kann jedoch dazu führen, dass zwar Kreuz- und Stern-Diagnosen gemeinsam der entsprechenden Organhierarchie, die ICD-Codes der nicht näher bezeichnete Entitäten aufgrund des fehlenden Organbezugs aber einer anderen Hierarchie zugeordnet sind. In der Folge befinden sich damit spezifische und unspezifische Diagnosen in unterschiedlichen Hierarchien. Umgekehrt kann die Zuordnung von Diagnosen mit Organbezug zur entsprechenden Organhierarchie dazu führen, dass unterschiedliche Manifestationen einer Erkrankung verschiedenen Hierarchien zugeordnet werden. Damit werden Kreuz- und korrespondierende Sterndiagnose in unterschiedlichen Hierarchien abgebildet und additive Zuschläge ermöglicht. Dieser beschriebene Sachverhalt ist nicht auf einzelne Hierarchien beschränkt. Nähere Erläuterungen hierzu sind exemplarisch in der Hierarchie 01 dargestellt.

Gerade in Bezug auf den Schwerpunkt der Weiterentwicklung, Komorbidität zielgenauer abzubilden, fehlt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine einzelfallbezogene Bewertung dahingehend, ob mit der getrennten Zuordnung von Kreuz- und korrespondierender Sterndiagnose das Versorgungsgeschehen durch die implementierten additiven Zuschläge zielgenauer abgebildet wird oder Anreize zur zusätzlichen Kodierung gesetzt werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes lässt sich diese häufig anzutreffende Problematik nicht durch einheitliche Zuordnungskriterien lösen, vielmehr muss die Zuordnung im konkreten Einzelfall entschieden werden. Dabei sollten die Überlegungen, die zur Entscheidung geführt haben, entsprechend dokumentiert werden.

#### Aufhebung von Alterssplits auf Krankheitsebene für die Krankheiten 314, 315, 316, 318 und 204

Vor dem Hintergrund, dass eine Altersdifferenzierung dazu dient, altersbezogene Unterschiede in der Versorgung im Klassifikationsmodell zielgenau abzubilden, ist es ausreichend, diese auf Ebene der Diagnosegruppen festzulegen. Insofern ist die vorgeschlagene Aufhebung von Alterssplits auf Krankheitsebene sowie die getroffene Zuordnung der ICD-Codes zu den einzelnen Krankheiten nachvollziehbar.

Bei der Beschäftigung mit den vorgeschlagenen Änderungen ist aufgefallen, dass die Diagnosegruppe für die Jüngeren nicht in jedem Fall der Hierarchie 27 *Erkrankungen des Neugeborenen* zugeordnet ist. Dies sollte überprüft werden.

Nicht aufgegriffen in diesem Kontext wurde die Überlegung, für weitere Diagnosegruppen, die ICD-Codes der Gruppe Q00 bis Q99 *Angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien* enthalten, eine Altersdifferenzierung zu überprüfen. Es ist anzunehmen, dass der Versorgungsaufwand bei den angeborenen Erkrankungen in jüngeren Jahren ein deutlich anderer ist als bei Älteren. Daher könnte sich eine entsprechende Altersdifferenzierung positiv auf die Unterdeckungen von jüngeren Versicherten mit mehreren HMGs auswirken.

#### Bereitstellung Tabelle Krankheitsabgrenzung

Wie bereits in unserer Stellungnahme zum Festlegungsentwurf des Ausgleichsjahres 2021 angemerkt, sollten die Dokumente zum Festlegungsentwurf eine vollständige Zuordnungstabelle der ICD-Codes zu Krankheiten enthalten (vgl. Stellungnahme vom 14. August 2020).

### **3 Ko- und Multimorbidität im Klassifikationsmodell**

Das BAS hat den Effekt der Einführung des Vollmodells auf die Über- und Unterdeckungen bei Multimorbidität analysiert. Aus den Darstellungen des BAS wird ersichtlich, dass sich durch die Einführung des RSA-Vollmodells inkl. Risikopool deutliche Verbesserungen der Zielgenauigkeit hinsichtlich der Fehldeckungen der Versichertengruppen nach HMG-Anzahl sowie der gebildeten Cluster aus Alter und HMG-Anzahl ergeben. Die Darstellung der Deckung in den einzelnen Zellen zeigt detailliert die Effekte der jeweiligen Modellvarianten bzw. die Veränderung der Fehldeckungen. Um jedoch die durch das RSA-Vollmodell und dessen Weiterentwicklung bedingten Auswirkungen analysieren zu können, halten wir es für zielführend, bei entsprechenden Vergleichen auch die isolierten Effekte des jeweiligen RSA-Vollmodells ohne die Auswirkungen des Risikopools darzustellen und zu untersuchen, wie dies z. B. bei der Darstellung des gewichteten mittleren Vorhersagefehlers (MAPE) in Tabelle 5.7 erfolgt.

Die im Kontext der Multimorbiditätsanalysen des BAS getroffenen Aussagen zur Einführung bzw. weiteren Untersuchung von Alterssplits sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar. Vielmehr gehen wir davon aus, dass durch die vom BAS für die Festlegungen des Ausgleichsjahres 2020 erstmals verwendete Methodik eine regelmäßige Prüfung bereits vorgenommener Alterssplits, insbesondere im Rahmen der Einführung des RSA-Vollmodells, auf deren weitere Relevanz erforderlich ist. Wir verweisen hierzu auf unsere Ausführungen in unserer Stellungnahme vom 23. August 2019. Gleichmaßen gehen wir davon aus, dass auch unter den Bedingungen eines RSA-Vollmodells im Rahmen der Multimorbiditätsuntersuchungen diese Thematik weiterhin relevant ist. Ob und inwieweit die für den Festlegungsprozess für das Ausgleichsjahr 2020 diesbezüglich vorgenommenen Analysen auf die gegenwärtigen Rahmenbedingungen übertragbar sind, wie es

das BAS in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf nahelegt, kann auf Basis der vorliegenden Auswertungen nicht bewertet werden.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, dass das BAS für den vorliegenden Festlegungsentwurf den Vorschlag einer systematischen Überprüfung spezifischer Komorbiditäten im RSA aufgenommen hat. Wie in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14. August 2020 bzgl. einer systematischen Analyse der Komorbiditäten ausgeführt, soll dabei ausdrücklich das Ziel verfolgt werden, „Komorbidität zielgenau abzubilden, ohne falsche Kodieranreize zu setzen und die bestehende Übersichtlichkeit des Modells durch die Einführung einer Vielzahl von hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen zu beeinträchtigen“. Die in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2022 durch das BAS hieraus gezogene Schlussfolgerung, weder bestehende noch mögliche hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen im Rahmen der Komorbiditätsanalyse zu betrachten, ist unzutreffend. Vielmehr sollte u. E. auch eine Überprüfung bestehender bzw. sich durch die Analysen sachlogisch erscheinender hierarchieübergreifender Dominanzbeziehungen durchgeführt und die Möglichkeiten der Zusammenlegung von Hierarchien oder aber der Verschiebung einzelner ICD-Codes, Diagnose- bzw. Morbiditätsgruppen einbezogen werden. Ziel sollte es sein, durch entsprechende Anpassungen hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen zu vermeiden bzw. aufzulösen und so die Übersichtlichkeit des Klassifikationsmodells zu steigern.

Zur Erhöhung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der vorgeschlagenen Modelländerung auf Grundlage der Berechnung von Odds Ratios sollten die diesbezüglich durchgeführten Berechnungen insgesamt elektronisch zu Verfügung gestellt werden.



## IV. Hierarchien

### 1 Hierarchie 01 „Infektionen“

Die vorgeschlagenen Änderungen der Hierarchie 01 betreffen in erster Linie die Zuordnung von ICD-Codes zu Diagnosegruppen. Neben hierarchieinternen Verschiebungen von ICD-Codes in andere Diagnosegruppen werden zahlreiche Diagnoseschlüssel auch in andere Hierarchien verschoben. Zudem werden einzelne Hierarchiestränge zusammengefasst.

Die Gründe für die zahlreichen Verschiebungen von ICD-Codes werden nicht eingehend erläutert, es findet sich lediglich der allgemeine Hinweis, dass es sich um medizinisch begründete Verschiebungen handle. Bei der Entwicklung des Ausgangsmodells wird als Schwerpunkt der Überprüfung das Ziel genannt, spezifische und unspezifische Diagnosen in einer Hierarchie abzubilden.

Die Verschiebungen von ICD-Codes mit Organbezug in die entsprechende Organhierarchie führt in einigen Fällen, wie bei den Diagnosen der Candidose, dazu, dass zwar Kreuz- Stern- Diagnosen (B37.5 *Candida-Meningitis*/G02.1 *Meningitis bei anderenorts klassifizierten Mykosen*) gemeinsam der entsprechenden Organhierarchie zugeordnet sind, die nicht näher bezeichnete Candidose (B37.9) aufgrund des fehlenden Organbezugs in der Hierarchie 01 verbleibt. In der Folge sind damit spezifische und unspezifische Diagnosen unterschiedlichen Hierarchien zugeordnet. Umgekehrt kann die Zuordnung von Diagnosen mit Organbezug zur entsprechenden Organhierarchie dazu führen, dass unterschiedliche Manifestationen einer Erkrankung verschiedenen Hierarchien zugeordnet werden, wie dies bei zahlreichen Infektionen der Fall ist. So sind die Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (M63\*) der Hierarchie 07 *Erkrankungen des Muskel- Skelett-Systems*, ihre infektiösen Grunderkrankungen der Hierarchie 01 zugeordnet. Ein weiteres Beispiel sind die Diagnosen der Echinococcosen, die in Abhängigkeit von ihrer Manifestation unterschiedlichen Hierarchien zugeordnet sind. Wie bereits oben ausgeführt lässt sich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes diese häufig anzutreffende Problematik nicht durch einheitliche Zuordnungskriterien lösen, vielmehr muss die Zuordnung im konkreten Einzelfall entschieden werden. Dabei sollten jedoch die Überlegungen, die zur Entscheidung geführt haben, entsprechend dokumentiert werden.

Während im Rahmen der Anpassungen des Ausgangsmodells die Sterndiagnosen der Krankheiten des Weichteilgewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (M73\*, *Bursitis*) in die Hierarchie 07 verschoben werden, verbleiben die Sterndiagnosen der tuberkulösen Arthritis (M01.1\*), Arthritis bei Lyme-Krankheit (M01.2\*) und postinfektiösen Arthritis bei Syphilis (M01.3\*) weiterhin in der Hierarchie 01. Da bereits der überwiegende Teil der infektiösen Arthropathien (M00 bis M03) in der Hierarchie 07 *Erkrankungen des Muskel- Skelett-Systems*

verortet ist, sollte auch die Zuordnung der Sterndiagnosen der tuberkulösen Arthritis (M01.1\*), Arthritis bei Lyme–Krankheit (M01.2\*) und der rostinfektösen Arthritis bei Syphilis (M01.3\*) zur Hierarchie 07 geprüft werden.

Des Weiteren werden Diagnosen, die Pneumonien bei bestimmten Infektionskrankheiten verschlüsseln, von der Hierarchie 01 in die Hierarchie 19 *Erkrankungen der Lunge* verschoben, in der bereits die entsprechenden Sterndiagnosen enthalten sind. Aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes sollte auch die Verschiebung der DXG0015 *Pneumozystose*, die nur den gleichnamigen ICD–Code B59 enthält, geprüft werden.

Neben den zahlreichen Änderungen von ICD–Zuordnungen wird die Hierarchie 01 abschließend unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Komorbiditätsanalyse konsolidiert. Hierbei werden die Stränge eins, drei und vier mit Ausnahme der HMG0451 *Multiresistente Keime* in einem gemeinsamen Strang hierarchisiert. Die hierarchieübergreifende Dominanzbeziehung in die Hierarchie 19 (HMG0113 abwärts) geht nun von der HMG0004 *Infektionen durch opportunistische Erreger* aus.

Die vorgeschlagene Änderung führt aufgrund der weiterhin bestehenden hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehung in die Hierarchie 19 dazu, dass Versicherte der HMG0001 *HIV/Aids mit Dauermedikation*, keine Zuweisungen aus den betroffenen HMGs der Lunge bei entsprechenden Erkrankungen erhalten können. Eine Erörterung bzw. Analyse dieses Sachverhalts findet nicht statt. Eigene Analysen auf Basis der Festlegungen des Ausgleichsjahres 2021 zeigen zudem, dass Versicherte, die neben einer Zuordnung zur HMG0001 eine Zuordnung der HMG0113 abwärts aufweisen, deutlich unterdeckt sind. Es ist davon auszugehen, dass die Unterdeckungen dieser Versichertengruppe durch die vorgeschlagenen Änderungen verstärkt werden.

Die Dominanz der HMG0001 auf die HMGs 0113 abwärts ist aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes nicht sachgerecht und medizinisch nicht begründbar. Daher hält es der GKV–Spitzenverband für erforderlich, die Ausgestaltung der externen Dominanzbeziehung so anzupassen, dass es weiterhin möglich ist, neben einer Zuweisung der HMG0001 eine Zuweisung aus den HMGs 0113 abwärts der Hierarchie 19 zu erhalten.

## 2 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Die in der Hierarchie 04 vorgenommenen Änderungen sind inhaltlich nachvollziehbar. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes aus dem Vorjahr, schwerwiegende Fälle von Versicherten mit Fettstoffwechselstörungen (FSS) anhand des Kennzeichens *extrakorporale Blutreinigung* zu differenzieren wird in den Erläuterungen erwähnt, jedoch ohne Angabe von Gründen nicht überprüft. Wir bitten das BAS um Klarstellung, ob der Vorschlag aufgrund der diesjährigen Schwerpunktsetzung erst zu einem späteren Zeitpunkt analysiert wird oder ob eine Überprüfung aus inhaltlichen Gründen nicht stattgefunden hat. Da in Abhängigkeit der Ausgestaltung der Differenzierung ggf. die Meldung des Kennzeichens für extrakorporale Blutreinigung differenziert werden muss, benötigen die Krankenkassen Klarheit über den Umgang mit dem Vorschlag, um die Datenmeldung entsprechend anzupassen.

Zur Zusammenlegung des ersten und zweiten Hierarchiestrangs haben wir folgende Anmerkung: Die Auswirkungen der Zusammenlegung des ersten und zweiten Stranges (Eingliederung der HMG0879) sind in der Tabelle 10.2 dargestellt. Hier sind die Werte für Modell 02 nicht nachvollziehbar. Sie unterscheiden sich zudem von den für das Modell 02 in Tabelle 10.3 dargestellten Werten. Wir bitten diesbezüglich um Klarstellung.

Des Weiteren wurden Vorschläge zur Arzneimitteldifferenzierung bei seltenen Erkrankungen überprüft und aufgrund zu geringer Besetzungszahlen nicht umgesetzt. Hier gehen wir davon aus, dass die Arzneimitteldifferenzierung im kommenden Anpassungszyklus mit aktualisierten Daten erneut überprüft wird. Sollten die Besetzungszahlen weiterhin gering sein, könnte alternativ analog zu der unter 14.3.2 beschriebenen Vorgehensweise bei der Erkrankung *Faktor-X-Mangel* die Ausgliederung der entsprechenden ICD-Codes in eine eigene DXG/HMG und deren Eingliederung in die Hierarchie geprüft werden, um die Zielgenauigkeit des Modells zu erhöhen.

Ergänzung der Anlage 3 für die DXG0113 *Störungen des Harnstoffzyklus mit Phenylbutyrattherapie*:

Neben *Natriumphenylbutyrat* (ATC A16AX03) und *Glycerolphänylbutyrat* (ATC A16AX09) wird zur Behandlung der Hyperammonämie *Carglumsäure* (ATC A16AA05) eingesetzt. Vor diesem Hintergrund ist die Ergänzung der Arzneimittelauswahl für die DXG0113 *Störungen des Harnstoffzyklus mit Phenylbutyrattherapie* um *Carglumsäure* (ATC A16AA05) zu prüfen.

### 3 Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Im Rahmen der Anpassung der Hierarchie 06 werden zahlreiche ICD-Codes aus anderen Hierarchien neu aufgenommen sowie einige ICD-Codes in andere Hierarchien verschoben. Des Weiteren wurden Hierarchiestränge und Morbiditätsgruppen aufgrund medizinischer Bezüge zusammengefasst.

In einem ersten Schritt wird eine strangübergreifende Umgruppierung von HMGs durchgeführt sowie ein gemeinsames Strangende gebildet. Dabei werden in Strang 1 die HMGs 0309 *Fremdkörper im Gastrointestinaltrakt* (1.674 €), 0595 *Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen im Gastrointestinaltrakt* (8.602 €) und 0596 *N.n.bez. Fremdkörper im Gastrointestinaltrakt* (930 €) zusammengelegt. Dies ist vor dem Hintergrund der stark differierenden Kostenschätzer nicht nachvollziehbar und sollte näher erläutert werden.

Im Zuge der in Kapitel 12.4 beschriebenen *Weiteren Umgruppierung nach anatomischen Gesichtspunkten* werden in Strang 1 (alt) DXGs der HMG0034 *Ileus / Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen* auf vier HMGs aufgeteilt. In der Folge wird die HMG0430/DXG0764 *Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung* dem vierten Hierarchiestrang zugeordnet.

Bereits im Vorjahr wurde von Seiten des GKV-Spitzenverbandes vorgeschlagen, die generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung (K91.80) aus medizinischen Gründen der HMG0188 *Schwere kombinierte Immundefekte und Immunkompromittierung nach Therapie / Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten* der Hierarchie 08 *Hämatologische Erkrankungen* zuzuordnen. Der Vorschlag wurde jedoch nicht aufgegriffen und bewertet. Dies sollte nachgeholt werden.

Zudem wurde in Strang 10 (alt) des Modells 01 unter anderem die DxG1224 mit dem alleinigen ICD-Kode B37.0 „*Candida Stomatitis*“ der HMG0540 neu zugeordnet. Da die Zuordnung nach anatomischen Gesichtspunkten erfolgt und es sich um eine Pilzinfektion der Mundhöhle handelt, wäre eine Verschiebung in die HMG0171 *Erkrankungen der Mundhöhle* der Hierarchie 29 *Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen* sinnvoll.

Die im letzten Anpassungsschritt in Modell 04 vorgenommene Zusammenfassung zahlreicher HMGs des dritten und vierten Hierarchiestranges führen zu einer Verschlechterung der Modellkennzahlen. Da sich die Versichertenzahlen und Kostenschätzer der zusammengelegten HMGs zum Teil deutlich voneinander unterscheiden, sollte auf die in Modell 04 vorgenommenen Zusammenlegungen verzichtet und Modell 03 umgesetzt werden.

#### 4 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Die in der Hierarchie 08 vorgenommenen Änderungen führen zu einer deutlichen Verbesserung der Modellgüte. Diese ist in erster Linie auf die Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung für die Idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP) und die differenzierte Abbildung des Faktor-X-Mangels zurückzuführen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes fehlt in der Liste der zu berücksichtigenden Arzneimittelwirkstoffe für die DXG0962 *ITP mit Dauermedikation* der ATC-Code J06BA für die Immunglobuline. Da diese einen wichtigen Bestandteil der Therapie darstellen, sollten sie in der Anlage 3 ergänzt werden. Außerdem kann der Einsatz von Vinca-Alkaloiden für Patienten mit einer echten ITP angezeigt sein, die gegenüber Splenektomie und einer kurzzeitigen Behandlung mit Adrenokortikoiden therapierefraktär ist. Daher sollte der ATC-Code L01CA *Vinka-Alkaloide und Analoga* ebenfalls für die DXG0962 in der Anlage 3 ergänzt werden. Im Zuge der Weiterentwicklung sollte die Einführung einer gestaffelten Arzneimittelvalidierung untersucht werden, da sich hiermit die Zielgenauigkeit des Modells weiter verbessern könnte.

Zudem weisen wir, wie bereits im Vorjahr, darauf hin, dass die ICD-Codes D86.8 *Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen* und D86.9 *Sarkoidose, nicht näher bezeichnet* weiterhin unterschiedlichen HMGs zugeordnet sind, wobei der Kostenschätzer der HMG0206 *Sarkoidose, exkl. Lunge / Kombinierte Immundefekte B/ Sonstige und n.n.bez. hereditäre hämolytische Anämien / Mangelanämien* 166 € beträgt und der Kostenschätzer der HMG0190 *Agranulozytose, n.n.bez. Neutropenie, allergische Reaktion und Sarkoidose* mit 23 € bewertet wird. Um Fehlanreize in der Kodierung zu vermeiden, schlägt der GKV-Spitzenverband erneut vor, die beiden ICD-Codes einer gemeinsamen DXG/HMG zuzuordnen.

#### 5 Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“

Die Anpassungen der Hierarchie 13 sind von der Integration von ICD-Codes geprägt, die aus anderen Hierarchien hierhin verschoben wurden. Für die fünf HMGs des unteren Strangendes wird die Kostenhomogenität auf DXG-Ebene überprüft und führt unter Einbeziehung der zu integrierenden Diagnosegruppen zu einer veränderten DXG-HMG Zuordnung. Zudem wird die Einführung des Aufgreifkriteriums *stationär erforderlich* für die sonstigen Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen (G97.80 bis G97.84) und Traumatische Ruptur einer Bandscheibe (S13.0, S23.0 und S33.0) geprüft und umgesetzt.

In einem ersten Schritt wird für die fünf HMGs des unteren Stranges der Hierarchie, auf Ebene der ihnen zugeordneten Diagnosegruppen, die Kostenhomogenität analysiert. Dazu werden zunächst die Deckungsbeiträge je DXG innerhalb einer HMG ermittelt und die Diagnosegruppen in Abhängigkeit von bestehenden Über- bzw. Unterdeckungen in HMGs mit höheren bzw. geringeren Kostenschätzern verschoben, wobei medizinische Überlegungen bei der Zuordnung ebenfalls in die Entscheidung einbezogen werden. Im Ergebnis führt dies zu der in Tabelle 16.1 *Neuzuordnung der DxGs zu den HMGs 0155, 0039, 0322, 0211 und 0993 (Modell 01)* dargestellten Zuordnung.

Mit dieser Vorgehensweise weicht das BAS von seinem bisher praktizierten methodischen Vorgehen ab, auf Ebene der DXG eine Regression durchzuführen und die Diagnosegruppen anhand der ermittelten Kostenschätzer in die Hierarchie bestehenden oder neuen HMGs zuzuordnen. Die Gründe, die zu der Änderung der Methodik geführt haben, sollten erläutert werden.

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

Neben einer Verschiebung von zahlreichen ICD-Codes aus der Hierarchie 14 in die Hierarchie 13 werden die Hierarchiestränge *Infektionen des ZNS, Kopfschmerzen* und *Plexus* zukünftig in einem gemeinsamen Strang abgebildet. Außerdem wird eine Altersdifferenzierung für die DxG0248 / HMG0307 *Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen* untersucht und eingeführt.

Aufgrund der Anpassungen des Ausgangsmodells werden unter anderem Diagnoseschlüssel der *Kompressionen, Läsionen und Sonstigen Erkrankungen des Plexus/Nervenwurzeln* von der Hierarchie 14 in die Hierarchie 13 verschoben. Die DXG0697 *Verletzungen des Plexus* mit den ICD-Codes S14.3 *Verletzung des Plexus brachialis* und S34.4 *Verletzung des Plexus lumbosacralis* ist von der Verschiebung jedoch nicht betroffen. Das Gleiche gilt für die ICD-Codes G54.0 *Läsionen des Plexus brachialis* und G54.1 *Läsionen des Plexus lumbosacralis* der DXG0473, die nicht wie die anderen der ehemals DXG0473 zugeordneten ICD-Codes der Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus (G54.2, G54.3, G54.4) aus der DxG0473 *Läsion an Plexus / Nervenwurzeln* in die neue DxG0711 verschoben wurden. Dies ist inhaltlich nicht nachvollziehbar. Es wird daher vorgeschlagen, die ICD-Codes S14.3 *Verletzung des Plexus brachialis* und S34.4 *Verletzung des Plexus lumbosacralis* sowie G54.0 *Läsionen des Plexus brachialis* und G54.1 *Läsionen des Plexus lumbosacralis* ebenfalls in die Hierarchie 13 zu verschieben.

## **7 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“**

Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Stellungnahme zum Entwurf der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2021 darauf hingewiesen, dass die Zuordnung der berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffe für die DXGs 0370 *Näher bezeichnete Kardiomyopathie* und 0377 *N.n.bez. Kardiomyopathie* um die ATC-Codes C08DB *Benzothiazepin-Derivate*, C08GA *Calciumkanalblocker und Diuretika*, C09BB *ACE-Hemmer und Calciumkanalblocker* und C09BX *ACE-Hemmer, andere Kombinationen* ergänzt werden sollten, da Wirkstoffe aus diesen Gruppen bei der Behandlung einer Kardiomyopathie eingesetzt werden. Dies wurde für das Ausgleichsjahr 2021 nicht umgesetzt, sollte u. E. jedoch nunmehr erfolgen.

Bei der Behandlung der Pulmonalen Herzkrankheit (DXG 0356 bzw. 0345) werden neben Antikoagulantien und Calciumantagonisten Endothelin-Rezeptor-Antagonisten, Phosphodiesterase-5-Hemmer, Stimulatoren der Guanylatzyklase, Prostanoiden und IP-Rezeptor Agonisten eingesetzt. ACE-Hemmer, Angiotensin-2-Rezeptor-Antagonisten, Betablocker und Ivabradin werden hingegen nur verwendet, wenn dies aufgrund von Begleiterkrankungen, wie arterieller Hypertonie, Koronarer Herzerkrankung oder Linksherzinsuffizienz, erforderlich ist. Neben den für die Behandlung einer Pulmonalen Herzerkrankung eingesetzten Wirkstoffgruppen sind für die genannten DXGs zwar die Betablocker als berücksichtigungsfähige Arzneimittelwirkstoffe festgelegt, nicht jedoch die anderen Arzneimittelgruppen, die im Rahmen einer Begleiterkrankung eingesetzt werden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die Zuordnung dahingehend zu überprüfen, ob die Zuordnung dieser Begleitmedikation sinnvoll ist und die Zuordnung der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel entsprechend anzupassen.

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

Neben einer Zusammenlegung jeweils zweier Hierarchiestränge wird die Lungenembolie in einer eigenen HMG abgebildet und dem Strang 5 zugeordnet, der die Erkrankungen der Venen enthält. Die der HMG 0248 *Lungenembolie* zugeordnete DXG 0421 *Lungenembolie* erhält das Aufgreifkriterium *stationär erforderlich*.

Die vorgenommenen Anpassungen führen zur Verschlinkung der Hierarchie und sind im Wesentlichen nachvollziehbar. Hierbei wurde der Vorschlag aus dem Vorjahr, die Stränge *Aortenaneurysmen* und *Arterielle Aneurysmen* zusammenzufassen nicht aufgegriffen. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass trotz der vorgenommenen Veränderungen weiterhin ein

medizinischer Zusammenhang zwischen den Strängen 3 *Aortenaneurysmen und Schock* und Strang 5 *Arterielle Aneurysmen* besteht und die Zusammenlegung der beiden Stränge auf der Basis aktualisierter Kennzahlen zur Komorbidität überprüft wird.

Während die Ausgliederung der Lungenembolie in eine eigene HMG und deren Zuordnung zum Strang 5 Erkrankungen der Venen positiv zu bewerten ist, wird die Einführung des Aufgreifkriteriums *stationär erforderlich* für die Lungenembolie kritisch gesehen. Die Schwere der Symptomatik sowie die notwendige Behandlung ist davon abhängig, welche Art der Gefäße betroffen sind. Sind kleinere Gefäße betroffen, so liegen keine Symptome vor, die einen stationären Aufenthalt zwingend erforderlich machen. In diesen Fällen ist eine ambulante Behandlung mit Antikoagulantien ausreichend. Zudem ist eine Therapie mit Antikoagulantien unabhängig von der Schwere der Lungenembolie über einen längeren Zeitraum notwendig. Auch diese langfristige Therapie wird durch den Ausschluss der ambulanten Diagnosen für die Lungenembolie im Modell nicht mehr berücksichtigt.

Anhand der in Modell 01 ausgewiesenen Besetzungszahlen für die HMG 0105 und HMG 0248 ist erkennbar, dass nur 30 % der Versicherten mit Lungenembolie eine stationäre Diagnose aufweisen und damit der HMG 0248 zugeordnet werden. So sinkt die Fallzahl in der HMG 0105 durch die Ausgliederung der Lungenembolie (M2Q) im Vergleich zum Ausgangsmodell um 194.868 Versicherte, während der neuen HMG 0248 (stationär erforderlich) nur 58.754 Versicherte zugeordnet werden.

Durch die Veränderung des Aufgreifkriteriums entfallen somit 136.114 Zuschläge für Lungenembolie. Dass die Kosten der ambulanten Therapie einen zu berücksichtigenden Einfluss aufweisen, zeigt sich an der Veränderung der Kostenschätzer für die HMG 0336 *Tiefe Venenthrombose und Thrombophlebitis, excl. tiefere Venen* im Modell 02. Durch die Eingliederung HMG 0248 Lungenembolie an die Spitze des Hierarchiestranges oberhalb der HMG 0336 verringert sich die Besetzungszahl der HMG 0336 aufgrund von Komorbidität um ca. 11.500 Versicherte. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass der Kostenschätzer der HMG 0336 nicht, wie zu erwarten wäre, absinkt, sondern um 40 € ansteigt. Der Anstieg des Kostenschätzers lässt den Schluss zu, dass dies ebenfalls auf die Komorbidität zwischen einer tiefen Venenthrombose und der Lungenembolie zurückzuführen ist. So werden nun Leistungsausgaben von Versicherten mit einer ausschließlich ambulanten Therapie der Lungenembolie (Akutversorgung leichter Fälle und Langzeittherapie mit Antikoagulantien), für die zusätzlich eine tiefe Venenthrombose dokumentiert ist, der HMG 0336 zugeordnet.



Um das Versorgungsgeschehen der Therapie einer Lungenembolie vollumfassend abzubilden und Verzerrungen der Kostenschätzer aufgrund von Komorbiditätseffekten zu vermeiden, sollte auf die Einführung des Aufgreifkriteriums *stationär erforderlich* und den damit verbundenen Ausschluss ambulanter Diagnosen für die DXG 0421 *Lungenembolie* verzichtet werden. Stattdessen sollte die Einführung einer Arzneimittelvalidierung geprüft werden. Zu berücksichtigen wären dabei folgende Wirkstoffgruppen:

- B01AA Vitamin-K-Antagonisten
- B01AB HeparinGruppe
- B01AE Direkte Thrombininhibitoren
- B01AF Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren
- B01AX Andere Antithrombotische Mittel

## 9 Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“

Die festgelegten berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffe für die arzneimittelvalidierten Diagnosegruppen des Nierenstrangs sind nicht einheitlich zugeordnet. So fehlen für einen Großteil der DXGs ein Teil der Antihypertensiva.

Die Vermeidung eines Blutdruckhochdrucks ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung einer Niereninsuffizienz. So ist Bluthochdruck einerseits Folge einer Niereninsuffizienz, umgekehrt kann Bluthochdruck aber auch ursächlich für eine Niereninsuffizienz sein.

Vor diesem Hintergrund sollten die fehlenden Antihypertensiva in der Arzneimittelzuordnung für die untenstehenden Diagnosegruppen ergänzt werden, so dass die Liste der zu berücksichtigenden Arzneimittel der DXG0539 *Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz* entspricht:

DXG	DXG-Bezeichnung
0821	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)
0850	Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)
0537	Hypertensive Nierenerkrankung, mit Niereninsuffizienz
0538	Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Niereninsuffizienz
0541	Chronische Niereninsuffizienz
0542	Niereninsuffizienz, n.n.bez.
0822	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, Alter < 40 Jahre)

0851	Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, Alter < 40 Jahre)
0845	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, Alter 40–79 Jahre)
0853	Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, Alter 40–79 Jahre)
0854	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, Alter > 79 Jahre)
0855	Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, Alter > 79 Jahre)

Des Weiteren sollte geprüft werden, ob für die Diagnosegruppen 0821 *Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)* und 0850 *Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)* der HMG0130 *Dialysestatus* die berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffe zu ergänzen sind. Im Rahmen einer Dialysebehandlung kann es zu Vitaminmangelzuständen kommen. Hier wurde in der Vergangenheit häufig das nicht mehr im Handel befindliche Präparat Dreisavit® eingesetzt. Die alternativ verordneten Multivitaminpräparate sind den ATC-Gruppen A11BA *Multivitamine*, rein, V06DX *Andere Diätetika außer Säuglingsnahrung* und A11HA *Andere Vitaminpräparate* zugeordnet. Wasserlösliche Vitamine und deren Kombination sind laut Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie (OTC-Übersicht) bei Dialyse verordnungsfähig.

Auch ein Zinkmangel kann im Rahmen einer Dialyse auftreten. Daher sollte eine Ergänzung des ATC-Codes A12CB *Zink* aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes geprüft werden. Laut Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie (OTC-Übersicht) sind Zinkverbindungen als Monopräparate unter anderem zur Behandlung eines durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenem Zinkmangels verordnungsfähig.

Zudem werden Calciumsalze zur Phosphatbindung bei Dialyse eingesetzt. Diese werden mit dem ATC-Code V03AE *Mittel zur Behandlung der Hyperkaliämie und Hyperphosphatämie* bereits berücksichtigt. Allerdings sind einige Fertigarzneimittel (z. B. Calcilac mono®) mit dieser Indikation dem ATC-Code A12AA zugeordnet. Daher sollte auch dieser ATC-Code für die genannten Diagnosegruppen ergänzt werden.

## 10 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

In der Hierarchie 22 werden ICD-Codes aus anderen Hierarchien integriert und die Anzahl der Stränge durch Zusammenlegungen von sechs auf drei reduziert. In einem ersten Schritt werden die Stränge *Infektionen der Haut* und *Dekubitalgeschwüre* zu einem Hierarchiestrang zusammengefasst und die neuen ICD-Codes in den Strang integriert.

Im folgenden Anpassungsschritt wird der neu entstandene Strang *Infektionen der Haut und Dekubitalulzera* mit dem Strang der thermischen Verletzungen und entzündlichen Hauterkrankungen in einem Strang vereinigt. Begründet wird dies damit, dass auch bei der Behandlung von Verbrennungen und Erfrierungen die Prävention von Infektionskrankheiten im Vordergrund steht.

Die angegebene Begründung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht ausreichend, da die Prävention von Infektionen nur ein Teil der Behandlung von Verbrennungen darstellt. Zudem sind dem Strang weitere Erkrankungen zugeordnet, die keiner Infektionsprophylaxe bedürfen. Auch werden die vorliegenden Auswertungen der Komorbiditätsanalyse nicht im Entscheidungsprozess berücksichtigt. Hier findet sich eine Reihe von medizinischen Zusammenhängen, die auch deutliche Unterdeckungen aufweisen (eigene Auswertungen auf Basis der Festlegungen AJ2021). Da sich die Modellkennzahlen nicht deutlich verbessern ist davon auszugehen, dass die vorgenommenen Änderungen keine positiven Auswirkungen auf bestehende Über- und Unterdeckungen haben.

Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die Integration des Stranges unter Einbeziehungen weiterer medizinischer Gesichtspunkte und den Ergebnissen der Komorbiditätsanalyse zu überprüfen.

## **V. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens**

### **1 Regionale Risikogruppen**

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die datengetriebene Kontrolle der im Rahmen des Festlegungsprozesses für das Ausgleichsjahr 2021 selektierten Kriterien zur Bildung der Regionalen Risikogruppen (RGG) auf Grundlage der bereits für das Ausgleichsjahr 2021 verwendeten Methodik und schlägt vor, dieses Verfahren jährlich zu wiederholen. Das BAS beschreibt die hierfür herangezogenen Datengrundlagen und evtl. Veränderungen dieser in Hinblick auf die für den Festlegungsprozess des Ausgleichsjahres 2021 verwendeten Datengrundlagen ausführlich. Der direkte Bezug aktuellster Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBSR) ist sachgerecht. Die Berechnung des Indikators „Säuglingssterblichkeit“ auf Basis der RSA-Daten ist nachvollziehbar. Die Ausprägungen der verwendeten Regionalvariablen auf Ebene der Kreise sollten zukünftig durch das BAS im Rahmen des Anhörungsverfahrens elektronisch bereitgestellt werden, um die durchgeführten Dezilabgrenzungen bzw. -zuordnungen nachvollziehen zu können.

Als Ergebnis der Überprüfung werden nunmehr sieben regionale Risikomerkmale ausgewählt, auf deren Basis 70 RGGs gebildet werden. Im Vergleich zu dem letztjährigen Auswahlverfahren entfällt die Variable „Pendlersaldo“. Alle anderen Variablen entsprechen der Variablenauswahl für das Ausgleichsjahr 2021. Insgesamt resultieren damit für das Ausgleichsjahr 2022 inkl. der RGG00000, die Versicherten ohne gültigen Inlandswohntort zugeordnet wird, 71 RGGs. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu keine weiteren Anmerkungen.

Die redaktionelle Anpassung des Festlegungstextes aufgrund des Wegfalls der Begrenzung der finanziellen Auswirkungen gemäß § 266 Absatz 12 SGB V auf Ebene der Bundesländer auf 75 % ist sachrichtig.

### **2 Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen**

Der im Rahmen des GVWG ab dem Ausgleichsjahr 2021 vorgesehene Ist-Kostenausgleich für das Krankengeld nach § 45 SGB V (Kinderkrankengeld) erfordert eine entsprechende Überarbeitung der diesbezüglichen Regelungen in der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2022. Die vom BAS vorgenommenen Änderungen sind sachgerecht. Eine vom BAS angekündigte entsprechende unterjährige Änderung für das Ausgleichsjahr 2021 ist folgerichtig.

### **3 Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte**

Zu der vom BAS beabsichtigten Anpassung des Festlegungstextes haben wir keine Anmerkungen.

### **4 Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben**

Zu der vom BAS beabsichtigten redaktionelle Änderung haben wir keine Anmerkungen.

## VI. Redaktionelle Anmerkungen zu den einzelnen Dokumenten

### 1 Anlage 1

In der Anlage 1 wurden einige in den Erläuterungen aufgeführte Bezeichnungsänderungen für DXGs bzw. HMGs nicht übernommen. Dies sollte nachgeholt werden.

Die Bezeichnungsänderung der HMG0409 in *Gutartige Neubildungen endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS, des Herzens / Bösartige Neubildungen der Haut / Neubildungen unklarer Dignität unterschiedlicher Lokalisationen* wurde in der Anlage 1 nicht umgesetzt. Hier ist die HMG0409 als *Gutartige Neubildungen endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS, des Herzens **und an sonstigen und n. n. bez. Lokalisationen / Hämangiom: Auge und Orbita / Bösartige Neubildungen der Haut inkl. n. n. bez. Malignes Melanom / Neubildungen unklarer Dignität unterschiedlicher Lokalisationen*** benannt.

Zudem wurde die Bezeichnungsänderung für die DXG0010 in *Sonstige, näher bezeichnete Krankheiten des Darms* (Erläuterungen S. 149) in der Anlage 1 des Festlegungsentwurfs nicht übernommen.

Das Gleiche gilt für die Bezeichnung für die DXG0960 bzw. HMG0193: In den Erläuterungen (S. 205, 216) lautet die Bezeichnung der DXG 0960 *ITP ohne Dauermedikation* bzw. HMG0193 *Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation / ITP ohne Dauermedikation*, in der Anlage 1 hingegen *ITP ohne Medikation* bzw. *Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation / ITP ohne Medikation*.

In den Erläuterungen (S. 250) ist die DxG0267 als *Reaktive und andere oder n. n. bez. nicht-organische Psychose, akute vorübergehende psychotische Störung* bezeichnet, in der Anlage 1 trägt sie die Bezeichnung *Reaktive und andere psychotische Störungen*.

Aufgrund der veränderten Zusammensetzung wird die HMMG0446 umbenannt in *Dermatophytose / Sonstiger und n. n. bez. Parasitenbefall der Haut / Seborrhoische Keratose / Dermatitis durch n. n. bez. aufgenommene Substanzen / n. n. bez. andere Erkrankungen der Haut* (S. 356 der Erläuterungen). Die Bezeichnungsänderung findet sich nicht in der Anlage 1, hier ist die HMG0446 als *Sonstige Hauterkrankungen* bezeichnet.

Die DXG0725 erhält aufgrund der ihr neu zugeordneten ICD-Codes die Bezeichnung *Verbrennungen und Verätzungen des Auges* (Erläuterungen S. 398). In Anlage 1 lautet die Bezeichnung für die DXG0725 *Augenverletzung durch Verbrennung/Verätzung*.

Aufgrund der geänderten Zusammensetzung wird die Bezeichnung der DXG1116 in *Sonstige Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems in der Perinatalperiode* geändert (S. 431 der Erläuterungen). In Anlage 1 ist die DXG mit *Sonstige Risikogeburt* bezeichnet.

Das Gleiche gilt für die Bezeichnung der HMG0843 *Weitere schwerwiegende Zustände in der Perinatalperiode* (S. 432 der Erläuterungen). In Anlage 1 trägt die HMG0843 die Bezeichnung *Risikogeburt, näher bezeichnet*.

## 2 Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen

Zum Dokument Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen haben wir folgende Anmerkungen:

### Methodik –Leistungsausgaben und Zuweisungen

In der Formel 3.2 muss der Index von  $\widehat{GLA}_i$  gegen  $i$  zu  $\widehat{GLA}_i$  getauscht werden. Das Gleiche gilt für die Legende (S. 6).

### Hierarchie 01 „Infektionen“

Da die DXG0597 neu belegt und entsprechend mit *Sonstige Infektionskrankheiten neu* bezeichnet wird sollte zur besseren Übersichtlichkeit bei der Beschreibung von ICD-Verschiebungen aus der ursprünglichen DXG0597 *N. n. bez. Protozoen-Erkrankungen* der Zusatz *(alt)* ergänzt werden (S. 72 oben).

Bei der Bezeichnung der HMG0110 mit *Respiratorische Insuffizienzen, Lungenabszess, Pneumothorax, Pleuraerguss, Lungenstauung / hypostatische Pneumonie* handelt es sich um die alte Bezeichnung. Die neue lautet *Respiratorische Insuffizienzen, Lungenabszess, Pneumothorax, Pleuraerguss, Lungenstauung / hypostatische Pneumonie / Pneumonie durch Zytomegalieviren/ Kandidose der Lunge* (S. 75)

## **Hierarchie 02 „Neubildungen“**

Bei der unter 9.4.1.4 beschriebenen Hierarchisierung ist die zusätzliche Hierarchisierung zwischen Strang 2 und 1 nicht korrekt dargestellt. Hier muss es heißen: HMG0268 → HMG0269 → **HMG0262** → ... (S. 86).

Zudem fehlt in der *Abbildung 9.3: Hierarchie 2 Neubildungen im Festlegungsentwurf 2022 (1/1)* die Zuordnung der DXG0735 *Gutartige Neubildung: Herz zur HMG0409 Gutartige Neubildungen endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS, des Herzens und an sonstigen und n. n. bez. Lokalisationen / Hämangiom: Auge und Orbita / Bösartige Neubildungen der Haut inkl. n. n. bez. Malignes Melanom / Neubildungen unklarer Dignität unterschiedlicher Lokalisationen.*

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

Bei der Auflistung neuer oder veränderter Zuordnungen von DXGs zu HMGs wird aufgeführt, dass die HMG0007 *Karzinoidsyndrom* in die Hierarchie 02 *Neubildungen* verlagert wird. Im Zuge der Bearbeitungsschritte in Hierarchie 02 entfällt die HMG0007 jedoch und die ihr zugeordnete gleichnamige DXG0799 wird im Festlegungsentwurf der HMG0440 *Gutartige Neubildungen der weiblichen und männlichen Genitalorgane, Harnorgane, endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS und an sonstigen und n. n. bez. Lokalisationen / Karzinoid-Syndrom / Carcinoma in situ, n. n. bez. / Bösartige Neubildung der Haut, n. n. bez.* zugeordnet. Dies sollte zur Klarstellung ergänzt werden (S. 100).

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

In der *Abbildung 11.2 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ im Festlegungsentwurf 2022 (1/1)* ist die von der HMG0025 ausgehende externe Dominanzbeziehung in die Hierarchie 06 nicht richtig dargestellt: Diese geht von der HMG0025 der Hierarchie 05 auf die HMGs 0061 bis 0574 des zweiten Strangs der Hierarchie 06.

Zur besseren Übersichtlichkeit sollten in der Darstellung der externen Dominanzbeziehungen zur Hierarchie 05 gehörenden HMG in Klammern stehen (S. 110).

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

In der Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen wird unter neuen oder veränderten ICD-DXG-Abgrenzung ausgeführt, dass die DXG0626 und DXG0698 der HMG0491 in die



Hierarchie 01 aufgenommen werden. Im Zuge der Bearbeitung von Hierarchie 01 werden die DXGs jedoch aufgrund von HMG-Zusammenfassungen der HMG0304 zugeordnet. Dies sollte zur Klarstellung ergänzt werden (S. 147).

Bei der Verschiebung der disseminierten Mykosen wird dargestellt, dass unter anderem der ICD-Code B39.0 der Hierarchie 01 und der ICD-Code B39.9 der Hierarchie 19 zugeordnet wird. Dies ist jedoch genau umgekehrt und sollte entsprechend korrigiert werden (S. 147).

Zudem sind die auf den Seiten 119, 120 und 128 beschriebenen hierarchieinternen Verschiebungen von ICD-Codes in andere DXGs-HMGs in der Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen nicht dargestellt. Diese sollten ergänzt werden (S.147).

Die DXG1223 wird in den Erläuterungen (S. 147) mit *Fremdkörper im Gastrointestinaltrakt* und in der Anlage 1 mit *Fremdkörper im Mund / Ösophagus / Magen* bezeichnet. Aufgrund der in ihr enthaltenen ICD-Codes scheint die Bezeichnung der Anlage 1 passender.

Die aus der DXG0065 *Ulkuskrankheit mit Perforation* verschobenen ICD-Kodes werden in einem ersten Schritt zunächst der neuen DXG0791 *Divertikelkrankheit mit Perforation* zugeordnet. Diese wird während der Anpassung mit der DXG0563 (alt) zur neuen DXG0563 *Darmdivertikel mit Perforation und/ oder Abszess* zusammengefasst (S. 138). Die Zusammenlegung der beiden DXGs sollte in der Zusammenfassung zur Klarstellung ergänzt werden (S. 148). Zudem ist die Bezeichnung der DXG0563 nicht einheitlich. In der Zusammenfassung der neuen oder veränderten Zuordnungen von DXGs zu HMGs ist die DXG0563 als *Darmdivertikel mit Perforation und/ oder Abszess* bezeichnet (S.148), in der Anlage 1 der Festlegungen jedoch als *Darmdivertikel mit Perforation / Abszess*.

In der Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen wird unter Hierarchisierung die externe Dominanzbeziehung auf die Erkrankungen der Leber dargestellt. Dabei handelt es sich um die Hierarchie 05 und nicht wie dargestellt um Hierarchie 07. Zudem ist in der Darstellung der externen Hierarchiebeziehung die HMG0257 aufgeführt. Diese wurde jedoch im Rahmen der Bearbeitung zur Hierarchie 05 mit der HMG0025 zusammengelegt. Daher wirkt die externe Dominanzbeziehung von der HMG0025 auf die HMG0061 (S. 150). Auch in der Abbildung 12.13: *Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf 2022 (2/2)* ist die HMG0257 noch aufgeführt und muss gestrichen werden (S. 155).

### **Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“**

In den Erläuterungen zu den Anpassungen der Hierarchie 07 ist die Bezeichnung der Hierarchie 13 *Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule* nicht einheitlich und sollte angepasst werden.

(Seiten 159, 270 und 522). Im Abschnitt 13.15.1.2 Neue oder veränderte Zuordnungen von DXGs zu HMGs ist die Bezeichnung der HMG0207 unvollständig. Es fehlen nach dem Wort *und* die Wörter *entzündliche Reaktionen* (S. 186).

Zudem sollten in der Darstellung der externen Dominanzbeziehungen zur besseren Übersichtlichkeit die zur Hierarchie 07 gehörenden HMG in Klammern stehen (S. 187).

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

Im letzten Punkt der neuen oder veränderten Zuordnung von DXGs zu HMGs ist die DXG0191 nicht richtig bezeichnet. Die Bezeichnung lautet *Sonstige Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, anderenorts nicht klassifiziert* (S. 217).

#### **Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“**

In den Abbildungen zur schrittweisen Verbindung des Doppelstrangs 1/2 mit Strang 4 ist die HMG0066 sowohl im linken als auch im rechten Hierarchiestrang enthalten. Bei der HMG0066 des rechten Hierarchiestranges handelt es sich jedoch um die HMG0056 (S. 229, 230).

Die Abbildung 15.2 zeigt die *Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf 2022 (1/1)* und nicht die der Festlegungen 2020. Zudem stimmt in der Abbildung die Besetzungszahl für die HMG0054 *Schizophrenie* nicht mit dem Wert der voranstehenden Tabelle überein.

#### **Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“**

In der Darstellung der Externen Dominanz zur Hierarchie 17 (S. 266) sollten die HMG0259 bis HMG0295 eingeklammert werden, um die hierarchieinternen und - externen HMG voneinander zu unterscheiden.

In der *Abbildung 16.2 Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“ im Festlegungsentwurf 2022 (1/1)* ist die externe Dominanzbeziehung in die Hierarchie 17 nicht richtig dargestellt. Diese wirkt auf die HMG0100 bis HMG0467 (S. 269).

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

Die Darstellung der Hierarchisierung (S. 276) ist nicht vollständig. Hier fehlt die Dominanzbeziehung von der HMG0298 des fünften Hierarchiestrangs in die Hierarchie 09 *Kognitive Erkrankungen*:

Extern: (HMG0297 → HMG0980 → HMG0307 → HMG0075 → HMG0298) → HMG0012 → HMG0974  
→ HMG0972 → HMG0485

#### **Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“**

Auf Seite 284 werden unter Punkt 18.2.3 ausgeführt, dass die Möglichkeit von „Doppelzuweisungen der HMGs 0077 bzw. 0092 mit HMG0091“ besteht. Dies betrifft jedoch die HMGs 0077 und 0090 mit HMG0091.

Im Text der Untersuchung zur Einführung des Aufgreifkriteriums *stationär erforderlich* für die Diagnosegruppe *Herzstillstand* ist die angegebene DXG0305 nicht richtig. Es handelt sich um die DXG0350. Das gilt auch für die Rubrik *Veränderte Aufgreifkriterien* unter 18.4.1.1. Zudem handelt es sich bei dem für die DXG0350 festgelegten Aufgreifkriterium um *stationär erforderlich* und nicht *Arzneimittel stationär erforderlich* (S. 285, 286).

In der *Abbildung 18.2 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ im Festlegungsentwurf 2022 (1/1)* fehlt für die DXG0350 das Kennzeichen für das neu eingeführte Aufgreifkriterium *stationär erforderlich*.

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

In Kapitel 19.7.1 *Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen* sind die Unterabschnitte nicht richtig nummeriert (S.302).

In der Aufzählung der der HMG0103 *Aneurysma, Dissektion, Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (Alter > 17 Jahre) / Transiente zerebrale Ischämien, Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik/ Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen* zugeordneten DXGs fehlt die DXG0418 *Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, n. n. bez.* Diese war bereits im Modell des Ausgleichsjahres 2021 der HMG0103 zugeordnet und von den Neuzuordnungen nicht betroffen, sollte der Vollständigkeit halber aber aufgeführt werden (S. 302).

Zur besseren Übersichtlichkeit sollten die hierarchieinternen HMGs bei der Beschreibung der externen Dominanzbeziehung in Klammern stehen (S.303)

- Externe Dominanz: 0259 → 0292 → 0293 → 0294 → 0295 → (0100 → 0101 → 0103 → 0467)

In der *Abbildung 19.2. Hierarchie 17: „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf 2020 (1/1)* stimmt die Jahresangabe nicht. Es muss 2022 heißen.

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

Laut den Erläuterungen ist die HMG0728 als *Sonstige und n. n. bez. Venenerkrankungen und Krankheiten des Kreislaufsystems / Varizen sonstiger Lokalisationen/ Hypotonie / Sonstige und n. n. bez. Schäden durch äußere Ursachen* bezeichnet. In der Anlage 1 trägt sie die gleichen Bezeichnungen allerdings in anderer Reihenfolge. Hier sollte die Bezeichnung in den Erläuterungen analog der Anlage 1 in *Sonstige und n.n.bez. Venenerkrankungen und Krankheiten des Kreislaufsystems / Varizen sonstiger Lokalisationen / **Sonstige und n.n.bez. Schäden durch äußere Ursachen / Hypotonie*** geändert werden (S. 317).

Unter dem Abschnitt 20.6.1.3 *Neue oder veränderte Zuordnung von DXGs zu HMGs* ist die Zuordnung der DXG1211 zweimal aufgeführt: Auf S. 317 wird sie der HMG0728 und auf S. 318 der HMG0719 zugeordnet. Richtig und in Anlage 1 enthalten ist die Zuordnung der DXG1112 zur HMG0728, weshalb die auf S. 318 dargestellte Zuordnung zur HMG0719 gestrichen werden muss.

Bei der Auflistung der Dominanzbeziehungen fehlt die externe Dominanz zwischen der HMG0098 *Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän und Ulkus* zur HMG149 *Hautulkus ohne Dekubitalulzera* der Hierarchie 22 *Erkrankungen der Haut*. Diese sollte ergänzt werden (S. 318).

Extern: (HMG0098) → HMG0149

Bei den weiteren redaktionellen Änderungen der Erläuterungen wird ausgeführt, dass die HMG0428 die Bezeichnung *Lungenembolie* erhält. Dabei handelt es sich um die HMG0248 (S. 318).

### **Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“**

In der Darstellung der Externen Dominanz von der Hierarchie 01 in die Hierarchie 19 (S. 331) sollten die HMG0110 bis HMG0212 eingeklammert werden, um die externen und internen HMG

voneinander abzugrenzen. Zudem sollte zur besseren Klarheit auf die Einbeziehung der HMG0451 *Multiresistente Keime* verzichtet werden, da es sich um die Darstellung der Hierarchiebeziehungen im Festlegungsentwurf insgesamt handelt.

In der *Abbildung 21.2: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf 2022 (1/1)* ist die externe Dominanzbeziehung von der Hierarchie 01 nicht korrekt dargestellt. Diese geht von HMG0001 -> HMG0003 auf die HMG0110 abwärts. Die HMG0451 *Multiresistente Keime* der Hierarchie 01 ist im Festlegungsentwurf einem eigenen Strang zugeordnet und sollte daher nicht mehr dargestellt werden.

### **Hierarchie 23 „Verletzungen“**

In der Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen ist die Hierarchisierung nicht richtig dargestellt. Diese erfolgt in 4 (und nicht 5) Strängen. In Strang 3 dominiert die HMG0160 die HMG0162 und nicht wie dargestellt die HMG0161. Zudem sollten die hierarchieinternen HMGs 1024 und 0159 bei der Darstellung der externen Dominanzbeziehung in Klammern stehen, um die Übersichtlichkeit zu verbessern (S. 384).

### **Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“**

In *Tabelle 26.9: Ergebnisse der Abgrenzung Neugeborener nach Geburtsgewicht*, wird im Hierarchie-Diagramm des Modells 05 eine HMG0851 dargestellt. Hierbei handelt es sich jedoch um die HMG0852 (S. 413).

Bei der Bewertung der Ergebnisse des Modells 07 wird ausgeführt, dass die Veränderung im MAPE auf der gewählten Nachkommastelle nicht messbar ist. Die Aussage betrifft das CPM (S. 416 unten).

Bei der Beschreibung des Modells 08 wird ausgeführt, dass die HMG0839 zwischen HMG0850 und HMG0148 eingeordnet wird. Aufgrund ihres Schätzers wurde sie jedoch über die beiden genannten HMGs gestellt (S. 417, 418).

Anders als auf Seite 432 dargestellt, werden die HMGs 0844, 0848 und 0856 in **HMG0848** zusammengelegt.

Bei der Beschreibung der ICD-Zuordnung für die DXG0753 *Angeborene Pneumonie, Interstitielles Emphysem und verwandte Zustände, Lungenblutung, sonstige Störungen der Atmung* ist der ICD-Code P25.3 nicht aufgeführt und muss ergänzt werden (S. 431).

Bei der Aufzählung der der HMG0848 *Neugeborenes: Geburtsgewicht 500 bis unter 750 Gramm, Hirnschädigung, Zerebrale Störungen beim Neugeborenen* zugeordneten DXGs fehlt die DXG1134 *Hirnschädigung durch Geburtsverletzung* (S. 432).

### **Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“**

In der Bezeichnung der *Abbildung 29.2: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf 2020 (1/1)* muss die Jahresangabe 2022 lauten (S. 481).

### **Regionale Risikogruppen**

In der Überschrift 30.2.2.2 muss es BBSR/INKAR heißen (S. 484).