



Bundesamt
für Soziale Sicherung

Erläuterungen zur

**Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus,
Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren**

für das RSA-Ausgleichsjahr 2024

Bonn, den 29. September 2023

Kontakt

Bundesamt für Soziale Sicherung

Referat 316 „Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs,
Geschäftsstelle des Wissenschaftlichen Beirats“

Friedrich-Ebert-Allee 38

D-53113 Bonn

E-Mail: [referat316\[at\]bas.bund.de](mailto:referat316[at]bas.bund.de)

www.bundesamtsozialesicherung.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
I Einführung	12
1 Rechtsgrundlagen	12
2 Anhörungsverfahren und Stellungnahmen	14
2.1 Anhörungsverfahren	14
2.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen	14
3 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2024 im Vergleich zum Festlegungsentwurf	78
3.1 Ausgangsmodell/Änderungen in nicht bearbeiteten Hierarchien	78
3.2 Hierarchie 01 „Infektionen“	78
3.3 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	78
3.4 Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“	78
3.5 Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“	78
3.6 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	78
3.7 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“	79
3.8 Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“	79
3.9 Regionale Risikogruppen	79
3.10 Auslandsversicherte	79
II Methodik	80
4 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung	80
4.1 Festlegungsentwurf	80
4.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen	80
4.3 Diskussion der Stellungnahmen	81
5 Ausgangsmodell/Änderungen in nicht bearbeiteten Hierarchien	82
5.1 Festlegungsentwurf	82
5.2 Anhörungsverfahren	82
5.3 Festlegung	85
6 Weitere Themen im Anhörungsverfahren	86
6.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen	86
6.2 Diskussion der Stellungnahmen	91
III Anpassung der Hierarchien	94
7 Vorbemerkungen	94
7.1 Struktur der Kapitel zur Dokumentation von Modelländerungen	94
7.2 Darstellungsoptionen der Modellstruktur der Hierarchien	94
7.3 Darstellung von Berechnungsergebnissen bei Hierarchieanpassungen	96
8 Hierarchie 01 „Infektionen“	98
8.1 Festlegungsentwurf	98
8.2 Anhörungsverfahren	100
8.3 Anpassung der ATC-Abgrenzung bei Tuberkulose-DxGs/Zuordnung „COVID-19 in der Eigenanamnese“ zur Ausschlusskategorie	102
8.4 Festlegung der Hierarchie 01 „Infektionen“	105
9 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	109
9.1 Festlegungsentwurf	109
9.2 Anhörungsverfahren	113

9.3	Validierung der DxG0240 „TMA / TTP / HUS mit Dauermedikation“	114
9.4	Festlegung der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	116
10	Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“	121
10.1	Festlegungsentwurf	121
10.2	Anhörungsverfahren	122
10.3	Streichung des ATC-Kodes A07AA bei der Validierung der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“	123
10.4	Festlegung der Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“	124
11	Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“	128
11.1	Festlegungsentwurf	128
11.2	Anhörungsverfahren	132
11.3	Festlegung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“	133
12	Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	134
12.1	Festlegungsentwurf	134
12.2	Anhörungsverfahren	138
12.3	Anpassung der ATC-Abgrenzung bei verschiedenen DxGs	140
12.4	Festlegung der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	144
13	Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“	150
13.1	Festlegungsentwurf	150
13.2	Anhörungsverfahren	153
13.3	Festlegung der Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“	155
14	Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“	156
14.1	Festlegungsentwurf	156
14.2	Anhörungsverfahren	158
14.3	Festlegung der Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“	159
IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	160
15	Regionale Risikogruppen	160
15.1	Festlegungsentwurf	160
15.2	Anhörungsverfahren	160
16	Auslandsversicherte	164
16.1	Festlegungsentwurf	164
16.2	Anhörungsverfahren	164
V	Gesamtbewertung der Modellausgestaltung	168
17	Kennzahlen der Festlegung	168
VI	Literaturverzeichnis	171
A	Anhang	173
A.1	Erläuterung zu den Anlagen	173
A.2	Darstellung des Aufgreifalgorithmus	175
A.3	Übersicht der Hierarchien	180

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 7.1: Bausteine der schematischen Darstellung einer gesamten Hierarchie	95
Abbildung 7.2: Schematische Darstellung von Änderungen im Festlegungsentwurf bzw. in der Festlegung	95
Abbildung 7.3: Elemente der Darstellung von Veränderungen der untersuchten Modelle	96
Abbildung 8.1: Hierarchie 01 „Infektionen“ im Festlegungsentwurf 2024 (1/1)	99
Abbildung 8.2: Hierarchie 01 „Infektionen“ in der Festlegung für das AJ 2024 (1/1)	108
Abbildung 9.1: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2024 (1/2)	111
Abbildung 9.2: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2024 (2/2)	112
Abbildung 9.3: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2024 (1/2)	119
Abbildung 9.4: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2024 (2/2)	120
Abbildung 10.1: Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2024 (1/1)	122
Abbildung 10.2: Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“ in der Festlegung für das AJ 2024 (1/1)	127
Abbildung 11.1: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ im Festlegungsentwurf 2024 (1/2)	131
Abbildung 11.2: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ im Festlegungsentwurf 2024 (2/2)	132
Abbildung 12.1: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf 2024 (1/2)	136
Abbildung 12.2: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf 2024 (2/2)	137
Abbildung 12.3: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ in der Festlegung für das AJ 2024 (1/2)	148
Abbildung 12.4: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ in der Festlegung für das AJ 2024 (2/2)	149
Abbildung 13.1: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ im Festlegungsentwurf 2024 (1/1)	152
Abbildung 14.1: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf 2024 (1/1)	158
Abbildung A.2.1: Standardalgorithmus für das Ausgleichsjahr 2024	175
Abbildung A.2.2: Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage	176
Abbildung A.2.3: Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung über 42/21 Behandlungstage	177
Abbildung A.2.4: Sonderfall 3: Diagnosevalidierung anhand von Verordnungsquartalen	178
Abbildung A.2.5: Sonderfall 4: Diagnosevalidierung anhand des Kennzeichens „Extrakorporale Blutreinigung“	179
Abbildung A.3.1: Hierarchie 01 „Infektionen“ (1/1)	180
Abbildung A.3.2: Hierarchie 02 „Neubildungen“ (1/1)	181
Abbildung A.3.3: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (1/2)	182
Abbildung A.3.4: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (2/2)	183
Abbildung A.3.5: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ (1/1)	184
Abbildung A.3.6: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (1/2)	185
Abbildung A.3.7: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (2/2)	186
Abbildung A.3.8: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (1/2)	187
Abbildung A.3.9: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (2/2)	188
Abbildung A.3.10: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (1/2)	189
Abbildung A.3.11: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (2/2)	190
Abbildung A.3.12: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (1/2)	191
Abbildung A.3.13: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (2/2)	192
Abbildung A.3.14: Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ (1/1)	193
Abbildung A.3.15: Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“ (1/1)	194
Abbildung A.3.16: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (1/2)	195
Abbildung A.3.17: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (2/2)	196
Abbildung A.3.18: Hierarchie 16 „Herzkrankheiten“ (1/1)	197
Abbildung A.3.19: Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ (1/1)	198
Abbildung A.3.20: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (1/2)	199
Abbildung A.3.21: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (2/2)	200

Abbildung A.3.22: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (1/2)	201
Abbildung A.3.23: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (2/2)	202
Abbildung A.3.24: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ (1/1)	203
Abbildung A.3.25: Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ (1/1)	204
Abbildung A.3.26: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ (1/1)	205
Abbildung A.3.27: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (1/2)	206
Abbildung A.3.28: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (2/2)	207
Abbildung A.3.29: Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ (1/1)	207
Abbildung A.3.30: Hierarchie 25 „Transplantationen“ (1/1)	208
Abbildung A.3.31: Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ (1/1)	209
Abbildung A.3.32: Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ (1/1)	210
Abbildung A.3.33: Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“ (1/1)	211
Abbildung A.3.34: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ (1/1)	212
Abbildung A.3.35: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ (1/1)	213

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Stellungnahmen – Allgemeine Hinweise	15
Tabelle 2.2: Stellungnahmen – Methodik und hierarchieübergreifende Hinweise	17
Tabelle 2.3: Stellungnahmen – Anpassung der Hierarchien	30
Tabelle 2.4: Stellungnahmen – weitere Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens	71
Tabelle 2.5: Stellungnahmen – Gesamtbewertung des Festlegungsentwurfs	76
Tabelle 2.6: Redaktionelle Hinweise	77
Tabelle 5.1: Diagnosegruppen für die der ATC-Kode A10BK aufgenommen wird	84
Tabelle 8.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 01 im Vergleich	98
Tabelle 8.2: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01	102
Tabelle 8.3: ICD-DxG-MG-Zusammenfassung in Modell A01	103
Tabelle 8.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	104
Tabelle 8.5: Veränderung der ICD-DxG-Abgrenzung in Hierarchie 01 „Infektionen“	105
Tabelle 8.6: Veränderung der DxG-ATC-Zuordnung in Hierarchie 01 „Infektionen“	105
Tabelle 8.7: Veränderung der DxG-HMG-Abgrenzung in Hierarchie 01 „Infektionen“	106
Tabelle 8.8: Veränderte ICD-Kode-Krankheitszuordnung	106
Tabelle 8.9: Übersicht der sonstigen Änderungen	106
Tabelle 8.10: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2024	107
Tabelle 9.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 08 im Vergleich	109
Tabelle 9.2: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01	115
Tabelle 9.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	115
Tabelle 9.4: Veränderung der DxG-ATC-Zuordnung in Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	117
Tabelle 9.5: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2024	117
Tabelle 10.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 13 im Vergleich	121
Tabelle 10.2: ATC-Zuordnung der DxG1332 in „Infektionen der Wirbelsäule“ in Modell A01	123
Tabelle 10.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	124
Tabelle 10.4: Veränderung der DxG-ATC-Zuordnung in Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“	125
Tabelle 10.5: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2024	126
Tabelle 11.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 18 im Vergleich	129
Tabelle 12.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 19 im Vergleich	134
Tabelle 12.2: Veränderung der DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01	141
Tabelle 12.3: Veränderte ICD-DxG-Zuordnung des Modells A01 im Vergleich zum Festlegungsentwurf AJ 2024 in der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	142
Tabelle 12.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	143
Tabelle 12.5: Veränderung der ICD-DxG-Abgrenzung in Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	144
Tabelle 12.6: Veränderung der DxG-ATC-Zuordnung in Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	145
Tabelle 12.7: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2024	147
Tabelle 13.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 22 im Vergleich	151
Tabelle 14.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 29 im Vergleich	156
Tabelle 16.1: Übersicht über alle WLGs	166
Tabelle 16.2: Vergleich der Länder-MAPes des WLG-Modells zwischen FLE und FL 2024	167
Tabelle 17.1: Gesamtbewertung Festlegung AJ 2024 und Vorjahre	169
Tabelle 17.2: Kennzahlen Abschlagsverfahren ohne Risikopool AJ 2024 und Vorjahre	170
Tabelle A.1.1: Verwendung der Anlagen 1 bis 5 in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im AJ 2024	174

Abkürzungsverzeichnis

A	Österreich
a. o.	andernorts
Abs.	Absatz
abs.	absolut
AGG	Alters-Geschlechts-Gruppe
AGM	Ausgangsmodell
aHUS	atypisches hämolytisch-urämisches Syndrom
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Erworbenes Immunschwächesyndrom)
AJ	Ausgleichsjahr
ALL	Akute lymphatische Leukämie
AM-induz.	Arzneimittel induziert
angeb.	angeboren
AOK-BV	Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK-Bundesverband
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
aTTP	acquired TTP, erworbene thrombotisch-thrombozytopenische Purpura
B	Belgien
BAG-Selbsthilfe	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.
BARMER	BARMER Ersatzkasse
BÄK	Bundesärztekammer
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BG	Bulgarien
BH4	Tetrahydrobiopterin
BIH	Bosnien-Herzegowina
BJ	Berichtsjahr
BKK	Betriebskrankenkasse
BKK DV	BKK Dachverband e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
BT	Behandlungstage
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
bzw.	beziehungsweise
ca.	ungefähr (circa)
CED	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
CH	Schweiz
CLL	Chronische lymphatische Leukämie
CML	Chronische myeloische Leukämie
COPD	Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
COVID-19	coronavirus disease 2019
CPM	Cumming's Prediction Measure
CY	Zypern
CZ	Tschechische Republik
DAK	DAK-Gesundheit
Dauermed.	Dauermedikation
d. h.	das heißt
DDD	Definierte Tagesdosen (Defined Daily Dose)
DGfN	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie
DGPRÄC	Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
DGfW	Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung
DMSG	Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e. V.
DK	Dänemark
D. m.	Diabetes mellitus
DQ	Deckungsquote
DVKA	Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

DxG	Diagnosegruppe
E	Spanien
EPP	Erythropoetische Protoporphyrurie
ERT	Enzym-Ersatz (Replacement) Therapie
et al.	und andere (et alii)
exkl.	exklusive
EST	Estland
EU	Europäische Union
F	Frankreich
f.	folgende
ff.	fortfolgende
FG	Französisch-Guyana
FIN	Finnland
FL	Liechtenstein
FL	Festlegung
FLE	Festlegungsentwurf
GB	Großbritannien
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FKG	Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GLB	Grundlagenbescheid
GR	Griechenland
grds.	grundsätzlich
GvHD	Graft versus Host Disease (Transplantat-gegen-Wirt-Reaktion)
GVWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz)
H	Ungarn
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HMG	Hierarchisierte Morbiditätsgruppe
HPA	Hyperphenylalaninämie
(H)MG	(Hierarchisierte) Morbiditätsgruppe
HNO-Trakt	Hals-Nasen-Ohren-Trakt
HR	Kroatien
HUS	Hämolytisch-urämisches Syndrom
I	Italien
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, Version 10, German Modification
IKK	Innungskrankenkasse
IKK e.V.	Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen
IRL	Irland
IS	Island
ITP	idiopathische thrombozytopenische Purpura
i. V.	in Verbindung
i. V. m.	in Verbindung mit
J.	Jahr(e)
JA	Jahresausgleich
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KEG	Kostenerstattergruppe
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
L	Luxemburg
LKz	Länderkennzeichen
LT	Litauen
LV	Lettland
M	Malta

M2Q	Diagnose liegt in mindestens zwei Quartalen vor
MAPE	Mittlerer Prognosefehler (Mean Absolute Prediction Error)
MDS	Myelodysplastisches Syndrom
MGUS	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz
MK	Nordmazedonien
MNE	Montenegro
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MSA-C	Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ
N	Norwegen
N	Anzahl der Versicherten
n.n.bez.	nicht näher bezeichnet
NHL	Non-Hodgkin-Lymphom
NL	Niederlande
Nr.	Nummer
NS	Nervensystem
P	Portugal
PKU	Phenylketonurie
PL	Polen
PNH	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie
PP	Prozentpunkte
R ²	Bestimmtheitsmaß
rd.	rund
RGG	Regionale Risikogruppe
RM	Rückenmark
RO	Rumänien
RSA	Risikostrukturausgleich
RSaV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
S	Schweden
S.	Seite
s.	siehe
SA	Satzart
S3-Leitlinie	Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinie
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
SK	Slowakei
SLE	Systemischer Lupus erythematoses
SLO	Slowenien
sog.	sogenannt
SRB	Serbien
SRT	Substratreduktionstherapie
SV	sozialversicherungspflichtig
Syndr.	Syndrom
TK et al.	Techniker Krankenkasse, Handelskrankenkasse und Hanseatische Krankenkasse
TMA	Thrombotische Mikroangiopathie
TN	Tunesien
TR	Türkei
TTP	thrombotisch-thrombozytopenische Purpura
Tyrosinkinase-Inh.	Tyrosinkinase-Inhibitoren
u. a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
VJ	Versichertenjahr(e)
VT	Versichertentag(e)
WLG	Wohnlandgruppe
Wissenschaftlicher Beirat	Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt
WS	Wirbelsäule
z. B.	zum Beispiel

ZNS	Zentralnervensystem
z. T.	zum Teil

I Einführung

1 Rechtsgrundlagen

Im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) erhalten die Krankenkassen als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben neben einer Grundpauschale risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen. Mit den risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich der RSA durchgeführt. Durch das Verfahren werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden zwischen den Krankenkassen ausgeglichen, welche sich aus der Verteilung der Versicherten auf nach Risikomerkmale getrennte Risikogruppen ergeben (§ 266 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)).

Für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen entwickelt und pflegt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ein sog. Versichertenklassifikationsmodell. Die Festlegungen des BAS nach § 8 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) beinhalten vor diesem Hintergrund die Risikogruppen des Versichertenklassifikationsmodells, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen sowie die regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV. Das BAS legt ferner gemäß § 8 Absatz 4 Satz 1 RSAV das sich an die Versichertenklassifikation anschließende Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge fest. Die Festlegungen haben jeweils nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) bis zum 30. September eines Jahres für das folgende Ausgleichsjahr zu erfolgen.

Das BAS hat die Festlegungen im Rahmen der Vorgaben der RSAV zu treffen. Nach § 8 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 RSAV obliegt es dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bestellten Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim BAS (im Folgenden: Wissenschaftlicher Beirat) unter Beachtung der in § 8 Absatz 1 RSAV genannten Kriterien (keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen und Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion), Empfehlungen zum Verfahren der laufenden Pflege und zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zu geben, die das BAS bei den Festlegungen berücksichtigt (§ 8 Absatz 4 Satz 2 RSAV). Entsprechende Empfehlungen hat der Wissenschaftliche Beirat in seiner Sitzung am 22.05.2023 beraten und im Anschluss abschließend beschlossen. Der auf diesen Vorschlägen aufbauende Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsverfahren 2023 wurde am 09.06.2023 durch das BAS veröffentlicht (vgl. (Bundesamt für Soziale Sicherung 2023)). Zeitgleich wurde die nach § 8 Absatz 4 Satz 1 RSAV vorgesehene Anhörung des GKV-SV (mit Frist zur Stellungnahme bis zum 04.08.2023) eingeleitet. Nach Abschluss des Anhörungsverfahrens hat der Wissenschaftliche Beirat in der Sitzung vom 18.09.2023 über im Anhörungsverfahren vorgebrachte Empfehlungen beraten und im Anschluss einen entsprechenden Beschluss gefasst.

Bei der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen sind gemäß § 266 Absatz 2 Satz 1 SGB V i. V. m. § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 4 RSAV die Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität, regionale Merkmale sowie das Merkmal Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld nach § 44 SGB V zugrunde zu legen.

Die Morbidität wird auf Grundlage von Diagnosen und Arzneimitteln bzw. deren Wirkstoffen berücksichtigt (§ 266 Absatz 2 Satz 2 SGB V i. V. m. § 2 Absatz 1 Nummer 2 RSAV).

Regionale Merkmale sind solche, die insbesondere die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die demographische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur oder die Siedlungsstruktur am Wohnort des Versicherten abbilden (§ 266 Absatz 2 Satz 3 SGB V i. V. m. § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV). Gemäß § 8 Absatz 4 Satz 4 ff. RSAV legt das BAS die Anzahl der in die Versichertenklassifikation einzubeziehenden regionalen Merkmale fest. Es wählt dabei insbesondere regionale Merkmale, die die Ausgabenstruktur der Regionen beeinflussen können. Regionale Merkmale, die sich auf die Angebotsstruktur beziehen, können dabei nicht ausgewählt werden. Das BAS verwendet als Datengrundlage öffentlich zugängliche, aktuelle, amtliche Daten und die Daten nach § 267 Absatz 1 SGB V.

Für die Ermittlung der Risikozuschläge für das Krankengeld ist die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Nummer 3 RSAV maßgeblich, d. h. das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach § 44 SGB V, differenziert nach den Risikomerkmale Alter und Geschlecht der Versicherten.

Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten (Auslandsversicherte), sind seit dem Ausgleichsjahr 2023 gesonderte Risikogruppen differenziert nach deren Wohnstaat zu bilden und Risikozuschläge aufgrund der durchschnittlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen und der durchschnittlichen abgerechneten Rechnungsbeträge des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) zu ermitteln (§ 269 Absatz 3 SGB V i. V. m. § 2 Absatz 1 Nummer 5 RSAV). Als abgerechnete Rechnungsbeträge sind dabei die im jeweiligen Berichtsjahr bei der DVKA eingegangenen Rechnungsbeträge zu berücksichtigen (§ 8 Absatz 6 Satz 2 RSAV). Das BAS kann bei den Risikogruppen für die Auslandsversicherten länderübergreifende Risikogruppen bilden (§ 8 Absatz 6 Satz 1 RSAV). Die Datenmeldungen für diese Versicherten bleiben gemäß § 8 Absatz 4 Satz 11 RSAV beim Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und dem Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge unberücksichtigt.

Zudem werden bei Versicherten, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 oder § 53 Absatz 4 SGB V gewählt haben, die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 RSAV (die Morbiditätsgruppen) durch gesonderte Risikogruppen ersetzt; das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge sind entsprechend anzuwenden (§ 8 Absatz 5 Satz 2 und 3 RSAV).

Gemäß § 8 Absatz 4 Satz 8 RSAV liegt es im Ermessen des BAS, im Berechnungsverfahren nach § 8 Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 RSAV nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben der Krankenkassen gesondert zu berücksichtigen.

2 Anhörungsverfahren und Stellungnahmen

2.1 Anhörungsverfahren

Bis zum Ablauf der Anhörungsfrist am 04.08.2023 gingen beim BAS neben der Stellungnahme des GKV-SV weitere schriftliche Ausführungen seitens des AOK Bundesverbandes (AOK-BV), der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG-Selbsthilfe), der BARMER, des BKK Dachverbandes (BKK DV), der DAK Gesundheit (DAK-G), der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN), der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPPRÄC), der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW), der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft e. V. (DMSG), der gemeinsamen Vertretung der Innungskrankenkassen (IKK e. V.), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Verbindung mit der Bundesärztekammer (KBV/BÄK), sowie der Techniker Krankenkasse gemeinsam mit der Handelskrankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse (TK et al.) ein.

2.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Eine Übersicht über die im Anhörungsverfahren vorgetragenen Anmerkungen und Änderungsvorschläge findet sich in Tabelle 2.1 bis Tabelle 2.6. In den sich anschließenden Kapiteln werden die vom BAS mit dem Festlegungsentwurf in das Anhörungsverfahren gegebenen und in den Stellungnahmen thematisierten Modelladaptierungen jeweils kurz zusammengefasst. Im Anschluss erfolgt eine themenbezogene Zusammenfassung der im Anhörungsprozess eingegangenen Stellungnahmen, bevor eine Bewertung derselben erfolgt. Gegebenenfalls werden weitere Untersuchungen und Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf vorgestellt.

Ist aufgrund der diesjährigen Schwerpunktsetzung die Weiterentwicklung einzelner Hierarchien unterblieben bzw. liegen Stellungnahmen zu Veränderungen des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens vor, die von den Erläuterungen des Festlegungsentwurfs AJ 2024 nicht erfasst werden, erfolgt im Allgemeinen auch keine gesonderte Zusammenfassung und Bewertung der Stellungnahmen zu diesen Themenbereichen. Die eingegangenen Vorschläge können jedoch vom BAS im Rahmen der jeweiligen Schwerpunktsetzung in den kommenden Anpassungszyklen wieder aufgegriffen und bewertet werden.

Es liegen Vorschläge zur Verschiebung von ICD- bzw. Ergänzung von ATC-Kodes für Hierarchien vor, die im Festlegungsentwurf vom BAS nicht überarbeitet worden sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um neu zuzuordnende Diagnosen und Wirkstoffe (bzw. neue Codes für deren Klassifizierung). Diese werden im Abschnitt „Ausgangsmodell/Änderungen in nicht bearbeiteten Hierarchien“ abgehandelt.

Ausgewählte hierarchieübergreifende Themen werden in Kapitel 6 zusammengefasst. Dabei werden jedoch ausschließlich Vorschläge behandelt, die das BAS im Rahmen seiner Festlegungskompetenz nach § 8 Absatz 4 RSAV umsetzen kann. Nicht aufgegriffen werden hingegen Themen, die auf eine Änderung der einschlägigen Rechtsgrundlagen abzielen und sich dem Grunde nach an den Gesetz- bzw. den Verordnungsgeber richten.

Tabelle 2.1: Stellungnahmen – Allgemeine Hinweise

I	Einführung	
1	Schwerpunktsetzung	
	<p>Da durch das BAS bzw. den Wissenschaftlichen Beirat in diesem Jahr die nach § 267 Abs. 6 SGB V bzw. § 266 Abs. 10 Satz 2, 2. Hauptsatz, Satz 3 und 4 SGB V vom Gesetzgeber vorgesehenen Gutachten zu erstellen sind, stehen von Seiten des BAS in diesem Jahr reduzierte Personalressourcen zu Pflege und Weiterentwicklung des Klassifikationsmodelles zur Verfügung. Dementsprechend erfolgt im vorliegenden Entwurf die Schwerpunktsetzung auf die Behebung und Vermeidung von Hierarchieverletzungen sowie die Bearbeitung einiger noch offener Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes. Die diesbezüglichen Ausführungen des BAS sind aus unserer Sicht nachvollziehbar und spiegeln sich im Umfang des diesjährigen Festlegungsentwurfes wider.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die unbearbeiteten Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes aus dem Vorjahr Bestandteil des nächsten Anpassungszyklus sein werden und hierbei unsere Anmerkungen hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Analyse zur zielgenaueren Abbildung von Komorbidität im Klassifikationsmodell Berücksichtigung finden.</p>	GKV-SV
	<p>Die Betriebskrankenkassen akzeptieren die starken Einschränkungen des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2024 mit Blick auf die anstehenden Gutachten. Mit Blick auf den immer noch anstehenden Konsolidierungsbedarf am Modell und die zahlreichen offenen Vorschläge von Kassen-seite sollte im nächsten Jahr die Arbeit am Modell jedoch wieder intensiviert werden.</p> <p>In jedem Fall würden wir eine möglichst frühe Information durch das BAS zu den geplanten Schwerpunktsetzungen im Ausgleichsjahr 2024 begrüßen. Vielleicht können die Spielräume, die in diesem Jahr gewonnen wurden, auch genutzt werden, um die Vorschläge zur Gestaltung des Verfahrens und zur Methodik bei der Überarbeitung der Hierarchien aus diesem und dem letzten Jahr aufzugreifen. Wir sehen hierin erhebliches Potenzial zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Anhörungspartner und der fachlichen Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells.</p>	BKK DV
2	Vorschlagsverfahren, Anhörungszeitraum und organisatorische Aspekte des Anhörungsverfahrens	
	<p>Der GKV-Spitzenverband begrüßt die vorgenommene Verlängerung der Anhörungsfrist auf 8 Wochen ausdrücklich.</p>	GKV-SV
	<p>Die Beschränkung der Anpassungsvorschläge für das Ausgleichsjahr 2024 durch das BAS auf einige wenige, großteils bereits im Vorjahr durch den GKV-Spitzenverband eingebrachte Punkte, war vorab nicht bekannt und kam daher für die Anhörungspartner überraschend. Die Einschränkung war bedeutsam, denn umfassten die Erläuterungen zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2023 noch 645 Seiten, waren es in diesem Jahr nur noch 213 Seiten und damit weniger als zu Zeiten der Beschränkung des RSA auf 80 Krankheiten. Ein Großteil der Darstellung entfällt dabei auf allgemeine Erläuterungen zum Verfahren und auf die inzwischen sehr gute Dokumentation des Gesamtmodells.</p> <p>Die Begründung der Beschränkung mit fehlenden Ressourcen aufgrund der anstehenden Gutachten, ist zunächst nachvollziehbar und als Ausnahme durchaus zu akzeptieren. Allerdings wäre es auch für die Ressourcenplanung der Anhörungspartner begrüßenswert gewesen, wenn über eine derartige weitreichende Änderung am Umfang des Entwurfs möglichst frühzeitig vorab informiert worden wären, denn auch die Anhörungspartner halten für den Anhörungszeitraum Ressourcen frei. Bei rechtzeitiger Information vorab, wäre hier mehr Effizienz möglich gewesen.</p>	BKK DV

I	Einführung	
	<p>Insgesamt sehen wir, wie bereits in den vergangenen beiden Jahren vorgetragen, in der fehlenden Planbarkeit in Bezug auf inhaltliche Schwerpunktsetzungen für die Anhörsungspartner eine unnötige Belastung. Eine frühzeitige Mitteilung zu den im kommenden Jahr im Fokus stehende Hierarchien, zu besonderen Schwerpunkten wie Komorbiditäten oder Altersdifferenzierungen etc. wäre aus unserer Sicht wünschenswert, z.B. mit Bekanntgabe der Festlegung zum Vorjahr und als Aktualisierung nochmals zu Jahresbeginn. Anpassungen der Planung wären davon unbenommen jederzeit möglich. Allerdings wären sie transparent, sodass sich die Anhörsungspartner darauf einstellen könnten.</p> <p>Idealerweise wäre eine solche Vorabinformation zum anstehenden Ausgleichjahr eingebettet in eine Mittel- und Langfristplanung. Hier könnte für einige Jahre im Voraus skizziert werden, welche Hierarchien, sinnvollerweise gruppiert nach Komorbiditäten, wann zur Überarbeitung geplant sind. So ließen sich lediglich einzelne, punktuelle Eingriffe, wie in diesem Jahr in Hierarchie 01, die angesichts der zahlreich vorliegenden aber nicht geprüften Vorschläge zu dieser Hierarchie willkürlich wirken, vermeiden. Zudem bleibt leider völlig offen, wann mit der Prüfung dieser unbearbeiteten Vorschläge zu rechnen ist. Das Nachhalten der eingebrachten Vorschläge und deren Überführung in eine Mehrjahresplanung würde hier Transparenz schaffen. Die elektronische Übermittlung der Vorschläge in Form einer einheitlichen Tabellenstruktur, wie in diesem Jahr erstmals erbeten, könnte ein erster Schritt in diese Richtung sein – und dabei den entstehenden Verwaltungsaufwand minimieren.</p> <p>Dass die anstehenden Gutachten die Planung von Ressourcen und Inhalten erschweren bzw. Anpassungen der Planung erfordern, ist nachvollziehbar. Für begründete Änderungen der Planung ist jedoch – insbesondere bei frühzeitiger Mitteilung – sicher allseits Verständnis vorhanden. Ohne weitere Informationen stellt sich mit Blick auf das Ausgleichjahr 2025 aktuell jedoch die Frage, ob im Sommer 2024 wieder mit einem Minimalentwurf zu rechnen ist, da Ende des Jahres erneut Gutachten anstehen. Frühere Informationen, mehr Planbarkeit und Transparenz könnten den Dialog und die Kooperation der Anhörsungspartner verbessern.</p>	BKK DV
	<p>Das BAS hat die Frist zur Stellungnahme gegenüber dem vergangenen Jahr um eine Woche verlängert. Dies ist sehr zu begrüßen und angesichts des reduzierten Umfangs des Entwurfs in diesem Jahr auch ausreichend. Allerdings ist nicht klar, ob der verlängerte Anhörsungszeitraum dauerhaft erhalten bleibt oder sich aus der diesjährigen Lage der beweglichen Feiertage (Pfingsten, Fronleichnam und damit verbundene Ferien) ergibt.</p> <p>Da das Rückmeldeverfahren formell über den GKV-Spitzenverband verläuft, der seinerseits aus den Stellungnahmen der Kassenarten eine konsentierende Fassung erstellt, ist jeder Zeitgewinn zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Kassenverbänden zu teilen, sodass jeder Seite, bei gleicher Teilung, nur wenige zusätzliche Tage bleiben.</p> <p>Unter der Annahme, dass der Umfang des Festlegungsentwurfs in diesem Jahr eine Ausnahme darstellt, halten wir daher an unserer Bitte aus dem vergangenen Jahr fest, den Anhörsungszeitraum dauerhaft deutlich zu erhöhen und verweisen auf unsere Begründung aus dem vergangenen Jahr.</p>	BKK DV
	<p>Die Betriebskrankenkassen begrüßen sehr die Offenheit des BAS für Anpassungsvorschläge von verschiedenen Seiten und haben Verständnis, dass im Rahmen der engen Fristen der Festlegung des Klassifikationsmodells im Sommer/Herbst jedes Jahres nicht alle Vorschläge im Rahmen des jeweils aktuellen Festlegungsverfahrens zum Klassifikationsmodell geprüft und umgesetzt werden können. Nichtsdestotrotz ist es bedauerlich, wenn Vorschläge als nachvollziehbar und positiv bewertet werden, ihre abschließende Prüfung und/oder Umsetzung aber aus Ressourcengründen verschoben werden muss.</p> <p>Wir plädieren daher, wie bereits im vergangenen Jahr, dafür, das Vorschlagsverfahren aus dem Festlegungsprozess im Sommer/Herbst herauszulösen und auf die Zeit der entfallenen Krankheitsauswahl im Winter vorzuziehen. Dies würde zum einen das Verfahren im Sommer zeitlich und inhaltlich entlasten und böte zum anderen in Verbindung mit einer Kurz-, Mittel-, und Langfristplanung die Möglichkeit, eines strukturierten und transparenten Vorgehens – einschließlich der transparenten Aussortierung obsolet gewordener Altvorschläge. Die strukturierte Erfassung der Vorschläge durch eine elektronische Tabelle, könnte ein erster Schritt in diese Richtung sein. Eine technische Lösung allein (Vorschlagsdatenbank) reicht aus unserer Sicht jedoch nicht aus.</p>	BKK DV

I	Einführung	
3	Themen mit Änderungsbedarf der Rechtsgrundlagen	
	<p>Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es für die zukünftige zielorientierte Verbesserung des Modells unbedingt erforderlich, Lösungsansätze für einen nachhaltigen Abbau der bedeutsamen Überdeckungen bei – im RSA-Sinn - Gesunden zu entwickeln. Diese verstärken sich zudem zusätzlich durch die Anwendung der Manipulationsbremse.</p> <p>Analysen auf AOK-Daten zeigen, dass die richtige Integration von Merkmalen für sozialpolitisch schutzbedürftige Menschen und vulnerable Personengruppen hier einen substantiellen Beitrag leisten kann.</p> <p>Durch eine Weiterentwicklung des Modells in diesem Bereich könnte man auch eine bedeutsame Verringerung der weiterhin bestehenden, systematisch zu niedrigen Ausgabendeckung in der Gruppe der Versicherten mit 1-4 HMGs erreichen.</p>	AOK-BV

Quelle: BAS

Tabelle 2.2: Stellungnahmen – Methodik und hierarchieübergreifende Hinweise

II	Methodik	
1.	Statistische Bewertungskriterien und Datensatzbeschreibung	
1.1	Statistische Bewertungskriterien	
	<p>Die beschriebenen statistischen Bewertungskriterien und Kennzahlen beinhalten den bereits in den Vorjahren eingeführten Kennzahlensatz auf Individual-, Gruppen- und Krankenkassenebene sowie auf regionaler Ebene. Die für den vorliegenden Festlegungsentwurf durchgeführten Analysen basieren auf den Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2020 und den Versichertenstammdaten sowie die versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld des Berichtsjahres 2021. Sowohl die Datenaufbereitung als auch die Beschreibung des verwendeten Datensatzes werden ausführlich dargestellt und konnten vom GKV-Spitzenverband rechnerisch nachvollzogen werden.</p>	GKV-SV
	<p>Zur Verbesserung der Transparenz bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells schlagen die Betriebskrankenkassen eine Erweiterung der Routinekennzahlen in zwei Punkten vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matrix zu Über- und Unterdeckungen Um die Transparenz der Modellanpassungen in Bezug auf die Über- und Unterdeckung von multimorbiden Versicherten zu verbessern, erneuern wir unsere Bitte, die Erläuterungen künftig regelmäßig durch Darstellungen der AGG-Anzahl-HMG-Matrix zu ergänzen. Sie ermöglicht eine differenziertere Bewertung als der Blick auf die globalen RSA-Kennzahlen allein. • Ergänzung der Fallzahlen und Kostenschätzer Die Transparenz des Verfahrens ließe sich weiter erhöhen, wenn die Kostenschätzer auch unter Berücksichtigung von Hierachieverletzungen und der Nullsetzung negativer Werte in elektronischer Form (Excel-Datei) dokumentiert würden. Dies ist die Voraussetzung, um die Modelle über die Jahre hinweg rechnerisch exakt zu vergleichen und dies ist wiederum die Grundlage für eine abschließende Bewertung. Mit den bisher veröffentlichten Zahlen ist dies leider nicht möglich. Die Betriebskrankenkassen erneuern daher ihre diesbezügliche Bitte aus den vergangenen Jahren. 	BKK DV
	<p>Formeln werden nicht konsequent dargestellt, wodurch sich die Nachvollziehbarkeit erschwert.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Eine einheitliche und durchgängige Darstellung der Formeln würde die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Modells weiter verbessern. Insbesondere in den beiden Kapiteln zu Regionale Risikogruppen und Auslandsversicherte wäre eine Darstellung der Formeln zum besseren Verständnis sinnvoll.</p>	IKK e. V.
	<p>Auch die Berechnung der Kennzahlen auf Krankenkassenebene erfolgt analog zum Ausgleichsjahr 2023.</p> <p>Aus Sicht der KBV und Bundesärztekammer ist daher erneut anzumerken, dass Kennzahlen auf Ebene der Einzelkassen (ggf. auch aggregiert auf Kassenarten) potentiell weitere Anhaltspunkte zur Weiterentwicklung liefern könnten. Der aktuell verwendete Mittelwert über alle Krankenkassen ist ggf. z. B. durch einzelne Ausreißer stark beeinflusst.</p>	KBV/BÄK

II	Methodik	
1.2	Datenaufbereitung und -beschreibung	
	Im Rahmen des Festlegungsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2024 werden nunmehr Daten des 1. und 2. Pandemiejahres für die Analysen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens verwendet. Folgerichtig hat das BAS zur Verwendbarkeit der Datengrundlage umfangreiche Analysen durchgeführt und in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf ausführlich dokumentiert. Dies ist aus unserer Sicht ausdrücklich zu begrüßen. Die Schlussfolgerungen des BAS zur Bewertung der in den Daten festgestellten Pandemieeffekte und damit einhergehend zur Verwendbarkeit der Daten für das Verfahren nach § 8 Abs. 4 RSAV sind nachvollziehbar.	GKV-SV
	Ein sinnvoller Vergleich des Entwurfs 2024 mit dem Vorjahr ist für die BARMER auch dieses Jahr nicht möglich. Der Entwurf 2024 wird ausschließlich mit Risikozuschlägen ohne Nullsetzung der HMG veröffentlicht. Für das Vorjahr (Datenbasis AJ 2023, Daten JA 2021) sind den Krankenkassen nur Risikozuschläge mit Nullsetzung der HMGs bekannt. Durch das Nullsetzen verschieben sich einerseits die Zuweisungsanteile innerhalb der Hierarchien und andererseits von AGG zu HMG in signifikanter Höhe. Erst durch entsprechende Veröffentlichungen des GKV-SV wird dieses Problem für die Krankenkassen behoben. Allerdings mit einem zeitlichen Verzug von 3 Wochen. Dadurch geht viel Zeit für die Bewertung des Festlegungsentwurfs verloren. Wir regen daher an, den Festlegungsentwurf mit Risikozuschlägen sowohl ohne als auch mit Nullsetzung zu veröffentlichen. Der Aufwand dafür wird nicht hoch eingeschätzt.	BARMER
2	Entwicklung des Ausgangsmodells	
2.1	Anpassungen an den ICD-10-GM	
	Anpassung an den ICD10-GM Version 2023: Die vorgenommene Eingliederung neuer ICD-Kodes ist umfassend dokumentiert und bis auf die ICD-Kodes mit der Kategorie Anpassung an ICD-10-GM Version 2023 versehenen Hinweise in der Anlage zur Stellungnahme nachvollziehbar.	GKV-SV
	Anders als in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf ausgeführt, werden die darüber hinaus am Klassifikationsmodell 2023 vorgenommenen Anpassungen aufgrund einer erneuten medizinischen Überprüfung bestehender ICD-Zuordnungen nicht in allen Fällen in den jeweiligen Hierarchiekapiteln dargestellt. Eine vollumfängliche Darstellung der vorgenommenen Anpassungen wird für erforderlich gehalten.	GKV-SV
	Durch die Einführung des Krankheitsvollmodells entfällt die jährliche Krankheitsauswahl und die damit bereitgestellten Informationen. Auf Basis der verbliebenen Informationen des BAS zur Modellfestlegung ist eine Zuordnung aller ICD-Kodes zu den Krankheiten und Ausschlusskategorien aktuell nicht möglich. Eine vollständige Krankheitsabgrenzung inkl. der ICD-Zuordnungen zu den Ausschlusskategorien ist aber erforderlich um nachzuvollziehen, warum bzw. auf Basis welcher Kriterien ICD-Kodes zwischen den Krankheiten oder in die Ausschlusskategorien (Ausschluss: Symptom, Zustand, ...) verschoben werden. Wir bitten erneut um Bereitstellung einer Krankheitsabgrenzung (Zuordnung der ICD-Kodes zu Krankheiten) als Ergänzung zur Anlage 1 der Festlegung [vgl. auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2022].	AOK-BV
	Medizinische Überprüfung der Zuordnung von ICD zu Diagnosegruppen Eine Überprüfung der Zuordnung von bereits im Modell vorhandenen ICDs und ggf. die Verschiebung von ICDs in andere Hierarchien oder Diagnosegruppen stellt eine reguläre Anpassung des Modells dar und gehört daher unseres Erachtens nicht in das Ausgangsmodell, sondern sollte regulär im Entwurf behandelt und bewertet werden. Sollte aus unserer Sicht im Entwurf und nicht im Ausgangsmodell stattfinden Bereits im Modell vorhandene ICDs sollten nicht im Ausgangsmodell verschoben werden, sondern regulär im Entwurf. Anders verhält es sich bei neu hinzugekommenen ICDs, die weiterhin im Ausgangsmodell zugeordnet werden sollten.	BARMER

II	Methodik	
2.2	Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes	
	<p>Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die im AJ 2023 vorgenommene Integration zahlreicher bislang nicht genutzter Kodes aus den Ausschlusskategorien 501 und 502 an unterschiedlichen Stellen des Klassifikationsmodells. Die Berücksichtigung dieser Diagnosen leistet einen wichtigen Beitrag, um eine nachhaltige Erhöhung der Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells zu erreichen.</p> <p>Für eine krankheitsvollständige Abbildung der Morbiditäten sollten auch Diagnosen aus dem Bereich der Muskel-Skeletterkrankungen nach medizinischen Maßnahmen, die Berücksichtigung von Dauertherapien mit Antikoagulanzen, die Integration von Nekrosen/Gangrän und die Abbildung von Patienten mit mittleren und schweren kognitiven Funktionseinschränkungen sowie Nachuntersuchungen nach Organtransplantationen geprüft werden [vgl. anschließende hierarchiebezogene Vorschläge].</p>	AOK-BV
	<p>Patienten mit sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelettsystems nach medizinischen Maßnahmen (ICD M96.88) sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Kode derzeit in Ausschlusskategorie)</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Aufgrund relevanter Fallzahlen und Folgekosten bei den betroffenen Patienten schlägt die AOK-Gemeinschaft vor, in der DxG 858 „Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems“ (HMG 42 „Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems / Näher bezeichnete Erkrankungen der Muskeln“) auch den ICD M96.88 zu berücksichtigen (ICD-Kode derzeit in Ausschlusskategorie).</p>	AOK-BV
	<p>Anämien und Dauertherapie mit Antikoagulanzen sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Kodes derzeit in Ausschlusskategorie)</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Bildung von drei neuen DxGs „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“, „Eisenmangelanämie“ sowie „Sonstige Anämien“ vor, in denen bisher in der Ausschlusskategorie abgebildete ICDs wie folgt zugeordnet sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ (enthält ICD Z92.1), - „Sonstige Anämien“ (enthält ICDs D62, D64.9), - „Eisenmangelanämien“ (enthält ICDs D50.0, D50.1, D50.8, D50.9). <p>Der Aufgriff der DxG „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ erfolgt über obligat, die Arzneimittelvalidierung berücksichtigt die ATCs. Bei den beiden anderen DxGs wird eine M2Q-Prüfung durchgeführt. Innerhalb der Hierarchie kann die DxG „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ in Abhängigkeit der resultierenden Folgekosten entweder einer eigenständigen HMG oder einer bestehenden HMG des Hierarchiestrangs 1 „Blutgerinnungsstörungen“ zugeordnet werden. Analog erfolgt die Zuordnung der beiden anderen DxGs im Strang 2 „Anämien/Immundefekte“ [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2022].</p>	AOK-BV
	<p>Patienten mit mittleren und schweren kognitiven Funktionseinschränkungen sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Kodes derzeit in Ausschlusskategorie).</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Aufgrund relevanter Fallzahlen und Folgekosten bei den betroffenen Patienten schlägt die AOK-Gemeinschaft vor, in der HMG 58 „Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)“ auch die ICDs U51.10, U51.11, U51.12, U51.20 sowie U51.22 zu berücksichtigen (ICD-Kodes derzeit in Ausschlusskategorie).</p>	AOK-BV
	<p>Diagnosen für Nekrosen der Haut und Unterhaut sowie Gangrän sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Kodes derzeit in Ausschlusskategorie)</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Für eine Vervollständigung des berücksichtigten Krankheitsspektrums sollen der Ausschluss-ICDs R02.0% „Nekrosen der Haut und Unterhaut“ sowie R02.8 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert“ berücksichtigt werden. Über die genannten Diagnosen können Patientengruppen mit deutlich erhöhten Kostenrisiken zielgenauer abgebildet werden. Die Abbildung könnte z.B. über eine zusätzlichen, freistehenden HMG (M2Q-validiert) erfolgen.</p>	AOK-BV

II	Methodik	
	<p>Die AOK-Gemeinschaft schlägt erneut die Abbildung von Diagnosen aus dem Bereich „Stomaversorgung“ vor. Bei Stomas handelt es sich um künstliche Verbindungen zwischen einem Hohlorgan und der Körperoberfläche, also künstlich angelegte Körperöffnungen. Während ein Gastrostoma (Magen-Stoma) der künstlichen Ernährung dient, ermöglicht das Enterostoma (künstlicher Darmausgang) die Stuhlausscheidung bzw. das Urostoma (künstlicher Blasenausgang) die Harnausscheidung. Stomas werden z.B. dann gelegt, wenn aufgrund einer Grunderkrankung die natürliche Entleerung oder Nahrungsaufnahme infolge von medizinischen Eingriffen (z.B. Entfernung der Blase oder des Darmes bei Krebserkrankungen) nicht mehr möglich ist bzw. eine schwerwiegende Funktionsstörung der betreffenden Organe vorliegt. Daher sind die ICD-Kodes der Stomaversorgung auch sehr gut geeignet, um innerhalb von Krankheitsgruppen besonders schwerwiegende Krankheitsverläufe zu identifizieren.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Da es sich überwiegend auch um Erkrankungen/Folgen von medizinischen Eingriffen handelt, schlägt die AOK-Gemeinschaft die Aufnahme von Diagnosen aus dem Bereich „Stomaversorgung“ vor, in dem die bisher in der Ausschlusskategorie abgebildeten ICDs über die folgenden 3 DxGs wie folgt abgebildet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Tracheostoma, Thorakostoma, Dysphagie“ (enthält ICD J95.0, R13.0, R13.1, Z43.0, Z93.0, Z93.80) - „Kolostoma, Gastrostoma, Ileostoma, künstliche Körperöffnungen“ (enthält ICDs Z43.1, Z43.2, Z43.4, Z43.8, Z43.88, Z43.9, Z93.1, Z93.2, Z93.4, Z93.8, Z93.88, Z93.9) - „Zytostoma, künstliche Körperöffnung Harntrakt, -wege, künstliche Vagina“, (enthält die ICDs Z43.6, Z43.7, Z93.5, Z93.6) <p>Der Zugriff erfolgt über M2Q. Die genannten DxGs sind nach Kostenschätzern in z.B. drei HMGs zusammenzufassen und in einem neuen, separaten Hierarchiestrang abzubilden (vgl. auch unserer Stellungnahme vom 04.08.2022).</p>	AOK-BV
	<p>Patienten mit Nachuntersuchungen nach Organtransplantation (ICD Z09.80) sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Kode derzeit in Ausschlusskategorie)</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Aufgrund relevanter Fallzahlen und Folgekosten bei den betroffenen Patienten schlägt die AOK-Gemeinschaft vor, in der HMG 176 „Komplikationen und Zustand nach Organtransplantation“ auch den ICD Z09.80 zu berücksichtigen (ICD-Kode derzeit in Ausschlusskategorie).</p>	AOK-BV
	<p>Es ist nicht nachvollziehbar, warum in Einzelfällen von dem Prinzip der Zuordnung aller Diagnosen zu einer Hierarchie abgewichen wird. So wird z.B. die Diagnose K91.84 „Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt“ der DxG0934 „sonstige Komplikationen“ in der HMG0166 „Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach med. Maßnahmen...“ in der Hierarchie 23 zugeordnet. Die anderen Diagnosen aus der ICD-Gruppe K91.8x (K91.80, K91.81, K91.82, K91.83 „Insuffizienzen von Anastomosen, Nähten, nach Operationen...“) werden der Hierarchie 06 zugeordnet. Medizinisch ist die Zuordnung des ICD-Kodes K91.84 in die Hierarchie 06 ebenfalls sinnvoll.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Um Mehrfachzuschläge durch Komorbiditäten zu vermeiden sollten neu aufgenommene Diagnosen einer ICD-Gruppe möglichst in die gleiche Hierarchie einsortiert werden, wie die anderen Diagnosen der Gruppe.</p>	IKK e. V.

II	Methodik	
2.3	Fehlende ATC-Kodes	
	<p>Im Rahmen der Therapiefreiheit können Ärzte zur Behandlung einer Krankheit auf verschiedene Arzneimitteltherapien zurückgreifen. Die Möglichkeit, die Therapie zu wechseln (z.B. bei Nebenwirkungen), bestand bereits vor der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung. Die Möglichkeiten eines Therapiewechsels sind durch die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung deutlich ausgeweitet worden. Bei pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Medikamenten können nun verschiedene Medikamente nach Rücksprache mit dem Arzt auch ohne erneute Vorstellung in der Praxis gegeneinander substituiert werden [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2022].</p> <p>Nach Prüfung aller arzneimittelvalidierten DxGs auf pharmakologisch-therapeutische Behandlungsalternativen bitten wir das BAS um die Prüfung der Aufnahme der folgenden ATCs bzw. ATC-Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DxG 1245 (Sonstige Osteoporose (Frauen)): ATC G03CX (Andere Estrogene) • DxG 846 (Multiple Sklerose mit Dauermedikation): ATC L01XC04 (Alemtuzumab) ist zur Behandlung von Multipler Sklerose zugelassen • DxG 935 (Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II): ATC L04AX (Andere Immunsuppressiva z. B. Azathioprin) • DxG 618 (Infektionen der Haut und des Fettgewebes (Alter > 54 Jahre)), DxG 619 (Infektionen der Haut und des Fettgewebes (Alter < 55 Jahre)): ATC D06BB (Antivirale Mittel) 	AOK-BV
3	Weitere Themen	
3.1	Schwerpunktsetzung und Organisatorisches zum Anhörungsverfahren	
	<p>Da durch das BAS bzw. den Wissenschaftlichen Beirat in diesem Jahr die nach § 267 Abs. 6 SGB V bzw. § 266 Abs. 10 Satz 2, 2. Hauptsatz, Satz 3 und 4 SGB V vom Gesetzgeber vorgesehenen Gutachten zu erstellen sind, stehen von Seiten des BAS in diesem Jahr reduzierte Personalressourcen zu Pflege und Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zur Verfügung. Dementsprechend erfolgt im vorliegenden Entwurf die Schwerpunktsetzung auf die Behebung und Vermeidung von Hierarchieverletzungen sowie die Bearbeitung einiger noch offener Vorschläge des GKV-SVs. Die diesbezüglichen Ausführungen des BAS sind aus unserer Sicht nachvollziehbar und spiegeln sich im Umfang des diesjährigen Festlegungsentwurfes wider.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Der GKV-SV geht davon aus, dass die unbearbeiteten Vorschläge des GKV-SVs aus dem Vorjahr Bestandteil des nächsten Anpassungszyklus sein werden und hierbei unsere Anmerkungen hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Analyse zur zielgenaueren Abbildung von Komorbidität im Klassifikationsmodell Berücksichtigung finden.</p>	GKV-SV
	<p>Eine Einschränkung auf Vorschläge, für die der GKV-Spitzenverband einen Konsens herstellen konnte, lehnen wir strikt ab, da nahezu alle Fragen der Festlegung zum RSA-Klassifikationsmodell von unmittelbarer Wettbewerbsrelevanz sind und ein Konsens daher in vielen Punkten aus wirtschaftlichem Eigeninteresse erfahrungsgemäß nicht zu erzielen ist. Wir verweisen hierzu auf unsere Argumentation aus zum Ausgleichsjahr 2023.</p> <p>Der Wunsch nach einer Wiederaufnahme des Vorschlagsverfahrens ist weiterhin nicht auf das BKK-System begrenzt. Auch andere Beteiligte (z. B. BARMER) plädieren Jahr für Jahr für eine Wiedereinführung.</p>	BKK DV
	<p>Die strukturierte Vorgehensweise durch die bearbeiteten Hierarchien wird positiv gesehen. Dabei wird die bisherige Anzahl von insgesamt 396 HMGs auf 385 HMGs leicht reduziert. Insbesondere die Berücksichtigung von zahlreichen Arzneimittelwirkstoffgruppen trägt zur weiteren Stärkung der Manipulationsresistenz bei. Jedoch wurden im Entwurf aus Ressourcengründen nur wenige Hierarchien überarbeitet.</p> <p>Wir bitten um einen Hinweis darauf, ob im kommenden Jahr die noch offenen Vorschläge zur Berücksichtigung von Arzneimitteln sowie die Beseitigung von Komorbiditäten weiterverfolgt werden oder ob andere Themenschwerpunkte gewählt werden.</p>	BARMER

II	Methodik	<p>Es wäre es hilfreich, wenn das BAS seine Planungen und Untersuchungsschwerpunkte für den nächsten unmittelbar anstehenden Stellungnahmezyklus frühzeitig bekannt gäbe, um den Verfahrensbeteiligten mehr Zeit für eine qualifizierte inhaltliche Auseinandersetzung zu verschaffen um das Modell im Sinne der Verbesserung der Zielgenauigkeit und Manipulationsresistenz strukturiert weiterzuentwickeln.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wie bereits im letzten Stellungnahmeverfahren angeregt, sollte das BAS im ersten Quartal die Bearbeitungsschwerpunkte für den anstehenden Anpassungszyklus bekannt geben. Dadurch können sich alle Verfahrensbeteiligten strukturiert und qualifiziert mit den Themen auseinandersetzen und gemeinsam auf eine stetige Verbesserung und Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells hinarbeiten.</p>	IKK e. V.
3.2	Dokumentation der Modellanpassungen	<p>Der GKV-SV begrüßt ausdrücklich die nachvollziehbare Strukturierung der Dokumentation der Hierarchieanpassungen sowie deren konsequente Anwendung im vorliegenden Dokument und die diesbezüglichen Erläuterungen. Auch die Bereitstellung einer Exceltabelle als Vorlage für die Stellungnahme ist zu begrüßen.</p> <p>Detaillierte Anmerkungen zu den vorgeschlagenen Hierarchieänderungen sind in der dementsprechenden Anlage zu dieser Stellungnahme enthalten. Weiterhin möchten wir darauf hinweisen, dass sich unsere Anmerkungen auf die vorgeschlagenen Hierarchieänderungen beschränken. In Anbetracht der Schwerpunktsetzung des BAS haben wir von darüber hinausgehenden Änderungsvorschlägen auch für die vom BAS bearbeiteten Hierarchien abgesehen.</p>	GKV-SV
		<p>Das methodische Vorgehen und die schrittweisen Analysen zur Neuordnung der einzelnen Hierarchien sind gut dokumentiert und dadurch grundsätzlich nachvollziehbar. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sollten alle Anpassungsschritte im Entwurf dokumentiert werden.</p>	AOK-BV
		<p>Nach unserer Auffassung hat sich die Übersichtlichkeit der Modellstruktur im Vergleich zu den Vorjahren nicht verbessert. Daher möchten wir unsere Forderung aus den vorherigen Stellungnahmeverfahren erneuern.</p> <p>Eine konsequente und durchgängige Nummerierung aller Hierarchiestränge sowohl im Ausgangsmodell wie auch im Festlegungsentwurf, würde die Verständlichkeit der durchgeführten Analyseschritte verbessern und die Übersichtlichkeit der Modellstruktur erhöhen.</p> <p>Ebenso wäre es für eine bessere Übersicht und Nachvollziehbarkeit hilfreich die Symbole für veränderte Aufgreifkriterien nicht nur in den Berechnungsschritten bei Modellveränderungen, sondern auch bei der finalen Darstellung der Hierarchiestränge im Festlegungsentwurf zu verwenden. Diese Darstellung wäre dann entsprechend der Aufführung der angepassten DxGs und böte einen besseren Überblick über neue bzw. veränderte Aufgreifkriterien (Alter, Arzneimittel, stationär erforderlich, etc.).</p>	IKK e. V.
		<p>Die Übersichtlichkeit der Modellanpassungen hat sich im Vergleich zu den Vorjahren deutlich verbessert. Eine Kennzeichnung der Hierarchiestränge sowie der Aufgreifkriterien (Alter, Geschlecht, Arzneimittel, stationär erforderlich, ...) wird nur dann verwendet, wenn ein neues Aufgreifkriterium eingeführt, bzw. ein bestehendes Kriterium verändert wird. Für eine bessere Nachvollziehbarkeit regen wir an die Symbole für die Aufgreifkriterien nicht nur in den Berechnungsschritten bei Modellveränderungen, sondern auch bei der finalen Darstellung der Hierarchiestränge im Festlegungsentwurf zu verwenden.</p> <p>Eine konsequente und durchgängige Nummerierung aller Hierarchiestränge sowie eine Kennzeichnung der Aufgreifkriterien sowohl im Ausgangsmodell als auch im Festlegungsentwurf sorgt für mehr Transparenz und bessere Nachvollziehbarkeit.</p>	IKK e. V.
3.3	Einheitliche Entscheidungskriterien	<p>Erfreulich ist, dass das BAS im vorliegenden Entwurf besonders darauf achtet, dass Entscheidungen für oder gegen die Zusammenlegung von HMGs nach konsistenten, einheitlichen Kriterien getroffen werden.</p> <p>Für die zukünftigen Weiterentwicklungen regen wir erneut an zu prüfen, ob zugunsten einer höheren Konsistenz und Transparenz im Verfahren nicht doch eine im Grundsatz für alle Krankheitshierarchien gültige, einheitliche Methodik zur Ausdifferenzierung bzw. Konsolidierung von HMG-Strängen entwickelt und umgesetzt werden kann. Diese sollte in Abhängigkeit von der Höhe der Gesamtzuweisung formuliert sein.</p> <p>Abweichungen hiervon in entsprechend zu begründenden Einzelfällen oder Ausnahmeregelungen für dünn besetzte HMGs sind durchaus möglich.</p>	AOK-BV

II	Methodik	
	<p>Bereits im vergangenen Jahr hat die BARMER für Hierarchiekonsolidierungen eine Formalisierung vorgeschlagen, wann HMGs für eine Zusammenlegung in Betracht gezogen werden können. Diesen Vorschlag wollen wir erneut zur Diskussion stellen, da allgemeingültige Regelungen für die Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens viele Fragen im Vorfeld klären würden.</p> <p>Nachfolgend der BARMER Vorschlag aus der letzten Anhörung. Eine Regelung könnte in Abhängigkeit der Höhe des Kostenschätzers oder der Gesamtzuweisung formuliert sein (ausführliche Begründung siehe Stellungnahme).</p>	BARMER
	<p>Im Anhörungsverfahren des vergangenen Jahres hat der GKV-Spitzenverband den kassenartenübergreifenden Wunsch nach einem systematischeren und transparenteren, an einheitlichen Kriterien orientierten Vorgehen bei der Modellüberarbeitung an das BAS übermittelt. Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass das BAS in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf in diesem Jahr darauf eingeht.</p> <p>Den allgemeinen Hinweis des BAS auf die versichertenindividuellen Gütemaße als leitendem Entscheidungskriterium können wir im Grundsatz nachvollziehen. Allerdings haben der GKV-SV, zahlreiche Kassenverbände und wir bereits im vergangenen Jahr dargestellt, dass dieses Kriterium allein nicht ausreicht, da die Verbesserung der Gütemaße oft so geringfügig ausfällt, dass ihre alleinige Betrachtung kaum aussagekräftig ist, sodass auch das BAS in Einzelfällen weitere Argumente zur Begründung heranzieht. Ein Beispiel im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2024 ist die Zusammenlegung von HMG0192 und HMG0348 trotz geringfügig schlechterer Gütemaße im Bereich der vierten Nachkommastelle. Zur Begründung heißt es: „Diese minimale Verschlechterung wird in Kauf genommen, um das Modell stabiler und konsistenter zu machen.“</p> <p>Vor diesem Hintergrund ergibt sich zunächst die Frage nach einheitlichen Schwellenwerten, die bestimmen, wann eine Verbesserung der Kennzahlen so relevant ist, dass sie eine Modellanpassung rechtfertigt – und dabei evtl. auch fachlich-inhaltliche Argumente aussticht. Eine Festlegung seitens des BAS würde hier Transparenz schaffen.</p> <p>Bei nur marginalen Verbesserungen der Kennzahlen gewinnen fachlich-inhaltliche Argumente naturgemäß an Bedeutung bei der abschließenden Bewertung von Modellalternativen. Bei der Entwicklung der Modellalternativen stehen sie ohnehin im Vordergrund. Die Argumentationen sollten sich nach unserer Auffassung vorrangig nachprüfbar auf allgemein anerkannte Behandlungs-, Arzneimittel- und Kodierrichtlinien stützen.</p> <p>Wir erneuern daher unsere Empfehlungen einen standardisierten Prozess zur Überarbeitung von Hierarchien zu entwickeln (ausführliche Begründung siehe Stellungnahme).</p>	BKK DV
3.4	Verwendung von Arzneimitteln und Aufgreifkriterien	
	<p>Hinsichtlich zukünftiger Analysen zur Weiterentwicklung des MRSA-Klassifikationsmodelles möchten wir zudem auf Folgendes hinweisen: In der Arzneimittelversorgung werden zunehmend spezifisch wirkende Arzneimittel zugelassen, die sich durch hohe Versorgungskosten auszeichnen und dazu geeignet sind, einen schwerwiegenden Krankheitsverlauf oder seltene Krankheiten zu identifizieren, die im ICD-Katalog nicht mit einem eigenen ICD-Code abgebildet werden. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass sich durch eine Berücksichtigung entsprechend spezifischer Arzneimittelwirkstoffe die Zielgenauigkeit des Modelles deutlich verbessern ließ.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Daher sollte aus Sicht des GKV-SVes der Bereich dieser spezifisch wirkenden Arzneimittel bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodelles besondere Berücksichtigung finden. Diesbezüglich sind z. B. Erkrankungen der Hierarchie 02 Neubildungen, Hierarchie 04 Metabolische Erkrankungen und Hierarchie 08 Hämatologische Erkrankungen zu untersuchen.</p>	GKV-SV

II	Methodik	
	<p>Im Rahmen des letztjährigen Anhörungsverfahrens hat der GKV-SV in seiner Stellungnahme darauf hingewiesen, dass für zahlreiche Diagnosegruppen mit Aufgreifkriterium Arzneimittel obligat bzw. Sonderfall 1 und 4 die Auswahl berücksichtigungsfähiger Arzneimittelwirkstoffe unvollständig ist und entsprechende Ergänzungsvorschläge aufgeführt. Diese wurden jedoch nicht in Gänze für das Ausgleichsjahr 2023 bearbeitet. In der Folge erhalten Krankenkassen für Versicherte aufgrund der fehlenden Arzneimittelwirkstoffe in der Anlage 3 der Festlegungen keine adäquaten Zuweisungen, obwohl passende Arzneimittelverordnungen vorliegen. In dem für das Ausgleichsjahr 2024 vorliegenden Entwurf wurden nur die Vorschläge für die DXG1332 Infektionen der Wirbelsäule bearbeitet.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Aus den oben genannten Gründen halten wir es für zwingend erforderlich, die entsprechenden noch offenen Vorschläge für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2024 umzusetzen. Diese betreffen die Hierarchie 05 Erkrankungen der Leber, Hierarchie 16 Herzerkrankungen und Hierarchie 20 Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege. Weitere Ergänzungsvorschläge zur Anlage 3 sind in der Anlage zu dieser Stellungnahme als Ergänzung bestehender ATC-Zuordnung kategorisiert.</p>	GKV-SV
	<p>Die mit dem Masernschutzgesetz vom 13.11.2019 zum 1. März 2020 in Kraft getretene gesetzliche Regelung zur Mehrfachverordnung sieht vor, dass Vertragsärzte bei chronischen Erkrankungen eine Dauermedikation so verordnen können, dass mit einem Rezept mehrere Arzneimittelabgaben möglich sind. Apotheker dürfen dann das Arzneimittel bis zu vier Mal innerhalb eines Jahres abgeben, ohne dass der Patient erneut zum Arzt geht. Voraussetzung ist eine entsprechende Kennzeichnung des Rezeptes durch den Arzt. Ärzte und Ärztinnen können das Wiederholungsrezept seit dem 1. April 2023 im Rahmen eines E-Rezeptes verordnen.</p> <p>Wir bitten das BAS, mögliche Implikationen dieser Neuregelung auf die bestehenden Aufgreifkriterien des Morbi-RSA (insbesondere im Kontext der M2Q-Prüfung bei entsprechenden chronischen Erkrankungen sowie bei Arzneimittelvalidierungen über „klinisch-relevant“) zu beachten und ggf. notwendige Anpassungen an den Aufgreifalgorithmen vorzubereiten und zeitnah umzusetzen [vgl. unserer Stellungnahme vom 04.08.2022].</p>	AOK-BV
	<p>Der Sonderfall 1 (Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage) sieht eine altersübergreifende BT-Prüfung nicht nur für ambulante, sondern auch für stationäre Hauptdiagnosen vor. Dies kann zu vermehrten Nichtzuordnungen von Krankheitsfällen führen, bei denen die Arzneimitteltherapie zu relevanten Anteilen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten erfolgt und betroffene Patienten nur dadurch ggf. die erforderlichen BT-Grenzen nicht erfüllen. Dies betrifft nach Analysen des AOK-BV insbesondere die DxGs der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, arthritischen Gelenkerkrankungen, Multiplen Sklerose sowie des Hämolytisch-urämisches Syndroms. Auch für eine sachgerechtere Berücksichtigung der Versicherten mit spinaler Muskelatrophie und stationärer Nusinersen-Arzneimitteltherapie im vorliegenden Entwurf wäre eine Modifikation der Sonderfallprüfung 1 bei Arzneimitteldifferenzierung angezeigt. Denn dann könnten auch die zahlreichen ambulanten Behandlungen der spinalen Muskelatrophie ohne Dauermedikation im Zuweisungsverfahren berücksichtigt werden.</p> <p>Vor diesem Hintergrund bitten wir das BAS zu prüfen, inwieweit sich durch eine Anpassung der Sonderfallprüfung 1 bei diesen Erkrankungen (Verzicht auf eine BT-Prüfung beim Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose) weitere Modellverbesserungen durch eine sachgerechtere Berücksichtigung der Morbidität erzielen lassen. Die Prüfung auf Erreichen einer abgesenkten BT-Grenze bei Kindern erscheint sinnvoll und ist daher beizubehalten [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2022].</p>	AOK-BV
	<p>Für einige der neu hinzukommenden DxGs der bisherigen Nicht-Auswahlkrankheiten (z.B. Fehlgeburt, Entbindung, Offene Wunde am Unterarm, Verstauchungen) ist aus medizinischer Sicht eine Kodierung der Erkrankung in einem weiteren Quartal im Regelfall nicht zu erwarten. Die Anwendung der bestehenden M2Q-Prüfung für Diagnosen der ambulanten Versorgung ist für diese DxGs daher ungeeignet.</p> <p>Für die nachfolgend aufgelisteten DxGs schlagen wir stattdessen vor, auf die Prüfung des M2Q-Kriteriums zu verzichten und eine neue Sonderfallprüfung zu definieren (ausführliche Begründung siehe Stellungnahme).</p>	AOK-BV

II	Methodik	
	<p>Drohende oder bestehende Lieferausfälle im Arzneimittelmarkt können auf Antrag des Zulassungsinhabers zu sogenannten Gestattungen nach §§ 10 Absatz 1a, 11 Absatz 1c AMG durch das BfArM führen. Gestattet wird hierbei die vorübergehende Abgabe von für den dt. Markt nicht hergestellten Arzneimitteln. Diese können vorübergehend abgegeben und abgerechnet werden. Die entsprechenden Produkte haben keine PZN und verfügen über eine vom Produkt für den dt. Markt abweichende Zulassungsnummer. Bereits heute sind hiervon diverse RSA-relevante Wirkstoffe betroffen, ob und inwieweit zukünftig weitere Wirkstoffe mit RSA-Relevanz betroffen sein werden ist nicht vorhersagbar. Die Abrechnung der gestatteten Arzneimittel führt aktuell zu diversen Problemen: Insoweit bei der Abrechnung eine allgemeine Sonder-PZN für Importarzneimittel abgerechnet wird ist weder eine Zuordnung bzw. Erfassung des konkret abgegebenen Arzneimittels noch eine Berechnung von Behandlungstagen im Morbi-RSA-Klassifikationsmodell möglich. Im Falle der Erfassung einer deutschen „Pendant-PZN“ (soweit es ein deutsches „Pendant“ Arzneimittel gibt) kommt es fälschlicherweise zur Berücksichtigung von Herstellerrabatten für die Krankenkassen. Des Weiteren sind keine validen Auswertungen zur Relevanz der jeweiligen Lieferengpässe und keine Rückschlüsse auf die tatsächlich abgegebenen Arzneimittel möglich. Um den genannten Problemen zu begegnen, wird der AOK-BV über den GKV-SV die Einführung jeweils einer zugeordneten, eindeutigen PZN je gestatteter Ware durch die Informationsstelle für Arzneispezialitäten (IFA) vorschlagen. Wir bitten das BAS, mögliche Implikationen von Gestattungen auf die bestehenden Aufgreifkriterien des Morbi-RSA im Kontext der entsprechenden Arzneimitteldifferenzierungen oder -validierungen zu beachten. Die Gestattungsregelungen bergen die Gefahr, dass Krankenkassen für Versicherte trotz erfolgter Arzneimitteltherapie keine Zuweisungen erhalten. Sollte die IFA dem Vorschlag der Vergabe von eineindeutigen PZNs für gestattete Ware nicht folgen, bitten wir das BAS und ggf. notwendige Anpassungen an den Aufgreifalgorithmen vorzubereiten und zeitnah umzusetzen. Konkret vorstellbar wäre z.B. die Absenkung der erforderlichen BT-Grenzen entsprechend der Relevanz der gestatteten Waren für die Arzneimittelversorgung bestimmter Patientengruppen oder der (temporäre) Umstieg auf eine Validierung über die Anzahl von Verordnungsquartalen in betroffenen DxGs.</p>	AOK-BV
	<p>Die Arzneimittel- und Altersdifferenzierung ist aus unserer Sicht auch ein gutes und wichtiges Instrument zur Verbesserung der Manipulationssicherheit des RSA. Die Erfahrungen aus den bisherigen Beurteilungen zur Ermittlung der auszuschließenden Morbiditätsgruppen (vgl. § 19 Absatz 6 RSAV) zeigen auf, dass nicht immer zweifelsfrei ein plausibler medizinischer und/oder diagnostischer Grund festgestellt werden kann. Ebenso erscheinen bestimmte Morbiditätsgruppen immer wieder auf der Ausschlussliste und die Recherchen im Zusammenhang mit der Plausibilitätsprüfung lassen den Rückschluss zu, dass das Potenzial zur Sicherstellung der Manipulationssicherheit in den Aufgreifkriterien noch lange nicht ausgeschöpft ist.</p> <p>Ein Beispiel ist die Trigeminusneuralgie oder das komplexe regionale Schmerzsyndrom/ CPRS (im AJ 2022 in der HMG0167 und aktuell in der HMG0080). Beide Krankheitsbilder werden in erster Linie schmerztherapeutisch behandelt.</p> <p>Eine Validierung über Arzneimittel wäre auch hier somit ein probates und einfaches Instrument, um die Manipulationssicherheit zu verbessern. Dies trifft im Übrigen auf alle Neuralgien zu, die mit Arzneimitteln behandelt werden. Aus diesem Grunde empfehlen wir das Thema Neuralgien in den kommenden Zyklen nochmal genauer zu prüfen.</p>	BKK DV
	<p>Das Kennzeichen extrakorporale Blutreinigung/Dialyseverfahren wird nur in einigen DxG genutzt, obwohl Dialyseverfahren grundsätzlich morbiditäts- und damit ausgaben-relevant sind.</p> <p>Vorschlag: Erweiterung des Merkmals „Dialyseverfahren“ zur Bestimmung der Morbidität.</p>	DGfN e. V.

II	Methodik	
3.5	Komorbidität	
	<p>In der Stellungnahme des GKV-SVes für die Anpassung des Klassifikationsmodelles für das Ausgleichsjahr 2023 wurde vorgeschlagen, die HMGs der rheumatoiden Erkrankungen, Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) und Psoriasis jeweils mit Dauermedikation in einem gemeinsamen Hierarchiestrang abzubilden, der die restlichen HMGs der Stränge Psoriasis, rheumatoide Erkrankungen und CED dominiert. Es konnte gezeigt werden, dass sich hierdurch die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells erheblich verbessern lässt. Gleichzeitig werden doppelte Zuschläge vermieden, die aus der Kreuz-Stern-Systematik in der Dokumentation resultieren.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Vor diesem Hintergrund bitten wir das BAS, eine Umsetzung des Vorschlags möglichst noch für das Ausgleichsjahr 2024 zu prüfen. Auch wenn dieser Vorschlag nicht alle mit Immunsuppressiva behandelten Erkrankungen wie beispielsweise Multiple Sklerose einbezieht, ist er jedoch als erster Schritt dazu geeignet, das Modell deutlich zu verbessern und hinsichtlich falscher Kodieranreize resistenter zu machen.</p>	GKV-SV
	<p>Auch die durch die Pandemie sowohl im Morbiditäts- und Kostenjahr deutlich beeinflusste Datengrundlage spricht gegen eine umfangreichere Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells. Denn aufgrund der absehbaren Veränderungen durch die ausstehenden Datenaktualisierungen erscheint es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft dringend angeraten, die Weiterentwicklung bis auf Weiteres auf medizinisch begründbare Hierarchieanpassungen zu beschränken und die medizinische Konsistenz des Klassifikationssystems nicht weiter zu reduzieren. Die Fokussierung der Modell Anpassungen auf die Behebung von Hierarchieverletzungen und die Bearbeitung einiger noch offener, medizinisch begründeter Vorschläge des GKV-SV aus dem letztjährigen Anhörungszyklus ist daher sachgerecht.</p> <p>In diesem Kontext weisen wir erneut darauf hin, dass wir die in den letzten beiden Anhörungszyklen vorgenommene, überwiegend rein ökonomisch über Fehldeckungen begründete Hierarchieumgestaltung kritisch sehen. Denn hierdurch entfernt sich das Modell weiter von der bis zum Ausgleichsjahr 2021 angewandten medizinischen Systematik, in der die schweren Ausprägungen eines Erkrankungsbildes die weniger schweren Ausprägungen dominieren. Die AOK-Gemeinschaft sieht diesen Paradigmenwechsel kritisch, da eine auf Basis von HMG-bezogenen Fehldeckungen orientierte Modellausgestaltung langfristig einen deutlich erhöhten Aufwand für die Modellpflege nach sich zieht. Denn Datenaktualisierungen bzw. Modell Anpassungen im Rahmen der regelhaften Weiterentwicklungen in der betreffenden, aber auch in anderen Hierarchien, wirken sich über Komorbiditäten auf die altersbezogenen Über- und Unterdeckungen einer HMG aus (ausführliche Darstellung siehe Stellungnahme).</p>	AOK-BV

II	Methodik	
	<p>Problematisch gesehen wird weiterhin die Wirkung der deutlich verflochtenen Hierarchiestränge im Kontext der sog. „Manipulationsbremse“. Da nach der Anwendung des Ausschlussverfahrens nach § 19 RSAV nicht neu gruppiert wird, bleiben für betroffene Versicherte in den jeweiligen Hierarchien kaum Morbiditätsgruppen übrig, welche die prospektiven Leistungsausgaben der Versicherten erklären können. In der Folge kann dies zu verstärkten Fehldeckungen und einer massiven Reduzierung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA für die von der sog. „Manipulationsbremse“ betroffenen Versicherten führen.</p> <p>Erschwerend kommt in diesem Zusammenhang hinzu, dass sich das BAS bei der Modellweiterentwicklung nur an den Fehldeckungen vor Anwendung der Manipulationsbremse orientieren kann. Die zur Vorbereitung auf die Anhörung 2021 und 2023 seitens des GKV-SV zur Verfügung gestellten Komorbiditätsanalysen zeigen in vielen Bereichen aber deutliche Unterschiede in der Ausgabendeckung, jeweils in Abhängigkeit davon, ob die Manipulationsbremse zur Anwendung kommt oder nicht. Teilweise werden Überdeckungen durch den HMG-Ausschluss zu Unterdeckungen und umgekehrt.</p> <p>Die Entscheidung des BAS, von hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen nach Möglichkeit abzusehen, halten wir in diesem Zusammenhang für grundsätzlich richtig. Allerdings stellen wir fest, dass es im Zuge der verstärkten Einführung mehrfacher Arzneimitteldifferenzierungen zu ungerechtfertigten Parallelzuschlägen für Immunsuppressiva-Therapien kommt. Diese führen zu erheblichen Überdeckungen bei den betroffenen Versicherten. Daher sprechen wir uns in diesem besonderen Fall zumindest übergangsweise für die seitens des GKV-SV für das AJ 2023 vorgeschlagene, gemeinsame Abbildung der betroffenen Dauermedikations-HMGs in einem Hierarchiestrang aus. Eine perspektivisch noch sachgerechtere Lösungsoption könnte hingegen ein gesonderter Immunsuppressiva-Zuschlag nach dem Vorbild der in der diesjährigen Weiterentwicklung eingeführten innovativen Onkologika- Zuschläge sein.</p>	AOK-BV
	<p>Im Zuge der verstärkten Einführung mehrfacher Arzneimitteldifferenzierungen wurden in mehreren Hierarchien Patientengruppen mit immunsuppressiven Dauertherapien mit Biologika (Monoklonale Antikörper, Selektive Immunsuppressiva, Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren, Interleukin-Inhibitoren, Monoklonale Antikörper, Selektive Immunsuppressiva) an den oberen Strangenden abgebildet (z.B. Hierarchie 6, 7 und 22 mit den HMGs 275 und 311). Diese Art der Schweregraddifferenzierung geht in der Regel mit einer deutlich verbesserten Abbildung prospektiver Kostenrisiken einher und wird daher begrüßt. Allerdings bestehen zwischen diesen Erkrankungen Komorbiditäten, die mit denselben Medikamenten behandelt werden (ausführliche Begründung siehe Stellungnahme).</p> <p>Ein Lösungsansatz könnte die Abbildung der Autoimmunerkrankung in einer Hierarchie darstellen. Dies erscheint aber sehr komplex, da man dann auch die jeweils untergeordneten HMGs mit einbeziehen müsste. Für eine hinreichende, kurzfristige Lösung des Problems im Rahmen der anstehenden Festlegung sprechen wir uns daher übergangsweise für die Einführung einer Querdominanzbeziehung ausgehend von den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Dauermedikation II) über die Psoriasis mit Dauermedikation III und von dort auf die rheumatoiden Erkrankungen (Dauermedikation II) aus (ausführliche Begründung siehe Stellungnahme).</p>	AOK-BV
	<p>Der im vergangenen Jahr durch das BAS eingeschlagene Weg, breite Komorbiditäten zwischen den Hierarchien durch die Zusammenlegung von Hierarchien aufzuarbeiten ist richtig und sollte unbedingt fortgesetzt werden. Gerade in diesem Bereich ist es besonders bedauerlich, dass dies infolge der erforderlichen Priorisierungen in diesem Jahr nicht möglich war. Schließlich hat der GKV-Spitzenverband seine Berechnungen zur Identifikation von Komorbiditäten in diesem Jahr aktualisiert. Die ersten Berechnungen des GKV-SV hierzu, aus dem Jahr 2021, haben maßgeblich dazu beigetragen, dass die Problematik erkannt und angegangen wurde. Die Neuberechnungen hätte nun eine Bewertung erlaubt, wie sich die Situation nach den ersten Anpassungen des Klassifikationsmodells darstellt.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir bitten daher dringend darum, die Berechnungen im kommenden Jahr, seitens des BAS oder des GKV-Spitzenverbandes zu aktualisieren und auf dieser Basis dann aktuell zu bewerten, wie sich die erfolgten Hierarchiezusammenlegungen ausgewirkt haben und wo noch Handlungsbedarf besteht. Auf keinen Fall darf die Problematik nach der Aussetzung in diesem Jahr ad acta gelegt werden.</p>	BKK DV
	<p>HMGs 0080/0214: Trotz weniger Versicherter 30.843 sehr hohe Überdeckung mit 203.245.692,14 € (DQ: 134,73 %)</p>	BKK DV

II	Methodik	
	In Zusammenhang mit der HMG0024 führen zahlreiche HMGs zu Über-/Unterdeckungen (ausführliche Begründung siehe Stellungnahme)	BKK DV
	HMGs 0311/0119: Trotz weniger Versicherter 55.097 sehr hohe Überdeckung mit 183.597.487,13 € (DQ: 118,34 %)	BKK DV
	<p>Des Weiteren gibt es andere Krankheitsbilder, die im Versorgungsalltag eine Diagnosehinterlegung verschiedener ICDs ermöglichen. Dies kann wiederum dazu führen, dass dasselbe Krankheitsbild (je nach Ausprägung) beim selben Patienten aufgrund der Arzneimittelverordnung (für dieselbe Symptomatik) zu einer parallelen Zuweisung über verschiedene HMGs führt.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Dies könnte u.a. durch eine entsprechende Anpassung der Hierarchisierung oder aber der Zusammenlegung verschiedener DxGs aus verschiedenen Hierarchien in eine HMG behoben werden. Ein Beispiel hierfür wäre Psoriasis (ICD L40 ohne L40.5) und Psoriasis-Athrophathie (ICD L40.5) die in unterschiedliche Hierarchien (Hierarchie 22 und 7) münden.</p>	BKK DV
	<p>Wir begrüßen prinzipiell die Validierung von bestimmten Krankheitsbildern mit Arzneimitteln als Aufgreifkriterium, da dies die tatsächliche Versorgung abbildet und somit das System des Klassifikationsmodells weniger manipulationsanfällig macht. Darüber hinaus bietet die Arzneimitteldifferenzierung nach einem pyramidalen System mit der Abgrenzung immer kleiner werdender Subgruppen ein gutes Mittel zur Abbildung verschiedener Therapieansätze und/oder Schweregrade. In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass bestimmte Arzneimittel mit sehr breitem Anwendungsgebiet zur Validierung verschiedener Krankheiten hinterlegt sind, was dazu führen kann, dass das selbe - unspezifische und breit eingesetzte - Medikament zur Zuweisung für verschiedene Krankheitsbilder führen kann. So kann beispielsweise die Verordnung eines NSARS zu einer gleichzeitigen Zuweisung bei Osteoarthritis (DxG 197/198 mit der HMG0040), Gicht/Arthritis urica mit Bedarfsmedikation (DxG1154 mit der HMG0314), sowie Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation (DxG1256 mit der HMG0080). Ein ähnliches Bild zeigt sich u.a. bei der Arzneimittelgruppe der Betablocker.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir bitten dies zu überprüfen und beispielsweise durch eine Ausweitung des pyramidalen Systems auf weitere Krankheitsbilder anzupassen.</p>	BKK DV
	<p>Ein wesentlicher Schwerpunkt bei der Modellüberarbeitung in den letzten beiden Anhörungszyklen bestand u.a. darin, bestehende Überdeckungen bei Komorbiditäten zu identifizieren und zu eliminieren. Bei Überdeckungen aus Komorbiditäten zwischen mehreren Hierarchien wurde eine Zusammenlegung der Hierarchien geprüft. In der Folge kam es zu einer Zusammenlegung der Hierarchien 03, 04 und 30 zur neuen Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ sowie zur Konsolidierung der Hierarchien 09, 10 und 11 zur neuen Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“.</p> <p>Um die Modellkomplexität und den jährlichen Prüfaufwand nicht weiter zu erhöhen, wurden hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen nur in einzelnen Fällen umgesetzt.</p>	IKK e. V.
	<p>In der Stellungnahme zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2023 hatte der IKK e. V. angemerkt, dass die Zusammenlegung von Hierarchien grundsätzlich zu einer Reduzierung der externen Komorbiditäten führen kann, es jedoch einer Analyse und Bearbeitung der weiterhin bestehenden Korrelationen bedarf (Komorbiditäten zwischen Hierarchie 11 und 28).</p> <p>IKK-interne Analysen kamen zu dem Ergebnis, dass in den nicht zusammengelegten Hierarchien weiterhin signifikante Korrelationen und daraus resultierende HMG-Fehldeckungen bestehen (Beispiele siehe Stellungnahme).</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Zur Vermeidung unerwünschter Kodieranreize halten wir eine systematische und strukturierte Überprüfung hierarchieübergreifender Abhängigkeiten weiterhin für erforderlich. Wir möchten das BAS ermutigen, den in 2022 und 2023 begonnenen Weg konsequent weiterzuverfolgen und die durch hierarchieübergreifende Wechselbeziehungen entstehenden Überdeckungen systematisch zu überprüfen und zu bereinigen.</p>	IKK e. V.

II	Methodik
3.6	Alterssplits
	<div>Bereits mit der Festlegung für das Jahr 2020 eingeführte Elemente wie Alterssplits wurden dagegen erneut nicht systematisch überprüft.</div> <div>BARMER</div>
	<div>Die Arzneimittel- und Altersdifferenzierung ist aus unserer Sicht auch ein gutes und wichtiges Instrument zur Verbesserung der Manipulationssicherheit des RSA. Recherchen im Zusammenhang mit der Plausibilitätsprüfung lassen den Rückschluss zu, dass das Potenzial zur Sicherstellung der Manipulationssicherheit in den Aufgreifkriterien noch lange nicht ausgeschöpft ist. So kann beispielsweise bei der HMG Entwicklungsstörungen (HMG0008) relativ simpel eine Altersgrenze/Alterssplit auf 17 Jahre eingeführt werden, da Entwicklungsstörungen wie Dyskalkulie oder Legasthenie usw. insbesondere im Kindes- und Jugendalter kostenrelevant sind. In der aktuellen Klassifikation ist die maximale Altersgrenze aber bei 124.</div> <div>BKK DV</div>

Quelle: BAS

Tabelle 2.3: Stellungnahmen – Anpassung der Hierarchien

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
1	Hierarchie 01 „Infektionen“						
	ATC-Zuordnung		0358	0004	A07AA	<p>Das BAS schlägt eine Ergänzung der berücksichtigungsfähigen Wirkstoffgruppen um A07AA vor. Bei der Wirkstoffgruppe handelt es sich jedoch um intestinale Antiinfektiva, die aufgrund ihrer lokalen Wirkung im Darm zur Behandlung von bakteriellen Infektionen des Darms sowie zur topischen Behandlung von Hefepilzinfektionen des Darms eingesetzt werden. Aufgrund ihrer fehlenden systemischen Wirksamkeit ist ihr Einsatz zur Behandlung von Tuberkulose ungeeignet.</p> <p>Vorschlag: Aus den genannten Gründen sollte die Zuordnung überprüft und der ATC-Code gestrichen werden.</p>	GKV-SV
	ATC-Ergänzung		0358	0004	H02AB	<p>Zur Behandlung der Tuberkulose (TB) werden neben der antiinfektiösen Therapie systemisch verabreichte Glukokortikoide bei bestimmten Krankheitsverläufen eingesetzt. So senkt ihr Einsatz bei einer TB-Meningitis die Mortalität und neurologische Langzeitdefizite. Bei einer komplizierten pulmonalen Tuberkulose werden sie zur symptomatischen Belüftungsstörungen eingesetzt.</p> <p>Vorschlag: Da bei Vergabe des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel obligat“ in der Regel eine breite Arzneimittelauswahl definiert wird, bitten wir um eine Überprüfung der Aufnahme des genannten ATC-Kodes.</p>	GKV-SV, BARMER
	ATC-Zuordnung		0532	0004	A07AA	<p>Das BAS schlägt eine Ergänzung der berücksichtigungsfähigen Wirkstoffgruppen um A07AA vor. Bei der Wirkstoffgruppe handelt es sich jedoch um intestinale Antiinfektiva, die aufgrund ihrer lokalen Wirkung im Darm zur Behandlung von bakteriellen Infektionen des Darms sowie zur topischen Behandlung von Hefepilzinfektionen des Darms eingesetzt werden. Aufgrund ihrer fehlenden systemischen Wirksamkeit ist ihr Einsatz zur Behandlung von Tuberkulose ungeeignet.</p> <p>Vorschlag: Aus den genannten Gründen sollte die Zuordnung überprüft und der ATC-Code gestrichen werden.</p>	GKV-SV
	ATC-Ergänzung		0532	0004	H02AB	<p>Neben der antiinfektiösen Therapie werden systemisch verabreichte Glukokortikoide bei bestimmten Krankheitsverläufen eingesetzt. So senkt ihr Einsatz bei einer TB-Meningitis die Mortalität und neurologische Langzeitdefizite. Bei einer komplizierten pulmonalen Tuberkulose werden sie zur symptomatischen Belüftungsstörungen eingesetzt.</p> <p>Vorschlag: Da bei Vergabe des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel obligat“ in der Regel eine breite Arzneimittelauswahl definiert wird, bitten wir um eine Überprüfung der Aufnahme des genannten ATC-Kodes.</p>	GKV-SV, BARMER

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
	ATC-Zuordnung		0551	0004	A07AA	Das BAS schlägt eine Ergänzung der berücksichtigungsfähigen Wirkstoffgruppen um A07AA vor. Hintergrund hierfür ist vermutlich die Zuordnung von Rifamycin auch zu dieser Wirkstoffgruppe. Bei der Wirkstoffgruppe A07AA handelt es sich jedoch um intestinale Antiinfektiva, die aufgrund ihrer lokalen Wirkung im Darm zur Behandlung von bakteriellen Infektionen des Darms sowie zur topischen Behandlung von Hefepilzinfektionen des Darms eingesetzt werden. Aufgrund ihrer fehlenden systemischen Wirksamkeit ist ihr Einsatz zur Behandlung von Tuberkulose ungeeignet. Vorschlag: Aus den genannten Gründen sollte die Zuordnung überprüft und der ATC-Kode gestrichen werden.	GKV-SV
	ATC-Zuordnung		0551	0004	H02AB	Zur Behandlung der Tuberkulose (TB) werden neben der antiinfektiösen Therapie systemisch verabreichte Glukokortikoide bei bestimmten Krankheitsverläufen eingesetzt. So senkt ihr Einsatz bei einer TB-Meningitis die Mortalität und neurologische Langzeitdefizite. Bei einer komplizierten pulmonalen Tuberkulose werden sie zur symptomatischen Belüftungsstörungen eingesetzt. Vorschlag: Da bei Vergabe des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel obligat“ in der Regel eine breite Arzneimittelauswahl definiert wird, bitten wir um eine Überprüfung der Aufnahme des genannten ATC-Kodes.	GKV-SV, BARMER
	ICD-Berücksichtigung	U81	0565	0451		Der ICD-Kode ist im relevanten Zeitraum nicht zur Verschlüsselung zugelassen Vorschlag: Zuordnung zur Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)“.	GKV-SV
	ICD-Berücksichtigung	A97	0505	0430		Der ICD-Kode ist im relevanten Zeitraum nicht zur Verschlüsselung zugelassen Vorschlag: Zuordnung zur Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)“.	GKV-SV

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
ICD-Berücksichtigung	U08.9 U07.3	1138	0320		<p>Während der überwiegende Teil der ICD-Kodes, die einen Krankheitszustand in der Eigenanamnese beschreiben (ICD-Kodes aus dem Bereich Z80-Z99 Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen) der Krankheit 501 AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...) zugeordnet sind, wird der ICD-Kode „Covid in der Eigenanamnese“ im Klassifikationsmodell berücksichtigt.</p> <p>Mit U09.-! bzw. U07.4! Post-COVID-19-Zustand und U10.- bzw. U07.5 sind behandlungsrelevante Zustände ausreichend abgebildet.</p> <p>Darüber hinaus handelt es sich bei U09.-! bzw. U07.4! um Zusatzcodes zur Spezifizierung der „eigentlichen“ Erkrankung und deren Zusammenhang (DAK-G).</p> <p>Aus Sicht des IKK e. V ist es zudem kritisch zu sehen, dass Diagnosen, die sich auf die Vorgeschichte einer Erkrankung beziehen und die auf Angaben beruhen, die der Patient selbst macht, in die Anlage 1 aufgenommen werden (Beispiele siehe Stellungnahme IKK e. V.).</p> <p>Das BAS stellt fest, dass der Kostenschätzer im BJ 2020 bei gleichbeliebenden Besetzungszahlen in der neugebildeten HMG0320 von 3 € auf 100 € angestiegen ist. Im Modell 03 steigt der Kostenschätzer weiter auf 369 € an. Hier ist zu vermuten, dass der Anstieg auf die Diagnosen der DxG1136 zurückzuführen ist.</p> <p>Vorschlag: Überprüfen der Zuordnung und ggf. Verschiebung in die Krankheit 501 AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)</p> <p>Um die Entwicklung besser beurteilen zu können, wäre eine Darstellung auf DxG-Ebene wünschenswert (IKK e. V.).</p>	GKV-SV, DAK-G, IKK e. V.
ICD-Berücksichtigung	U08.- U07.3	1138	0320		<p>Der ICD-10-GM „in der Eigenanamnese“ erscheint für den Morbi-RSA nicht erforderlich im Sinne eines Klassifizierungsmerkmals bzw. zur Identifizierung zuschlagsrelevanter Morbiditätsgruppen.</p> <p>Mit U09.-! bzw. U07.4! Post-COVID-19-Zustand und U10.- bzw. U07.5 sind behandlungsrelevante Zustände ausreichend abgebildet.</p> <p>Darüber hinaus handelt es sich bei U09.-! bzw. U07.4! um Zusatzcodes zur Spezifizierung der „eigentlichen“ Erkrankung und deren Zusammenhang.</p> <p>Vorschlag: Zuordnung zur Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)“</p> <p>Eine rechnerische Überprüfung ist nicht erforderlich - analog der Verschiebung von Diagnosen im Ausgangsmodell für 2024, die aus klassifikatorischen Gründen für richtig erachtet wird.</p>	DAK-G
ICD-Berücksichtigung	U06.9	0505			<p>In der Tabelle 7.9 ist für die DxG 0505 der ICD-Kode U06.9 eingetragen. Dieser ist kein gültiger Kode der ICD-10-GM und wird in der Anlage 1 nicht bei den ICD-Zuordnungen aufgeführt.</p>	KBV/BÄK

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
	ICD-Berücksichtigung					Die Erläuterungen zur Einordnung der COVID-19-spezifischen Codes in vier DxG und deren anschließende Zusammenfassung zu einer DxG wegen Fehlens nennenswerter Unterschiede sind weitestgehend nachvollziehbar. Erstaunlich ist insbesondere, dass zwischen der DxG „Post-COVID-Zustand“ und der DxG „COVID-19 in der Eigenanamnese“ keine nennenswerten Unterschiede bestanden. Vorschlag: Überprüfung, bei wie vielen Fällen wurde sowohl ein Code für „Post-COVID-Zustand“ als auch ein Code für „COVID-19 in der Eigenanamnese“ angegeben wird.	KBV/BÄK
	ICD-Berücksichtigung	A97	0505	0430		der ICD-10-GM ist im relevanten Zeitraum ab 2019 ungültig Vorschlag: Zuordnung zur Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“.	DAK-G
	ICD-Berücksichtigung	U81	0565	0451		der ICD-10-GM ist im relevanten Zeitraum ab 2019 ungültig Vorschlag: Zuordnung zur Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“.	DAK-G
	ICD-Zuordnung	U10.9	1136	0320		Für die COVID-19 Diagnosen werden 4 unterschiedliche DxGs gebildet und in der HMG0320 aufgrund ihrer Kostenschätzer zusammengefasst. Diese Zusammenfassung kann nicht nachgeprüft werden, da in Modell 03 die DxG-bezogene Darstellung der Kostenschätzer vor der Zusammenlegung fehlt. Vorschlag: Für eine bessere Nachvollziehbarkeit der Zusammenlegung sollten die Kostenschätzer der einzelnen DxGs 1135 - 1138 vor Zusammenlegung zur HMG0320 ausgewiesen werden.	IKK e. V
		A43.8, A43.9				Die Verschiebung der ICD-Kodes A43.8 und A43.9 aus der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ in die Hierarchie 01 erscheint medizinisch und klassifikatorisch plausibel, da mit diesen beiden Codes gerade keine Nokardiose der Lunge zu verschlüsseln ist.	KBV/BÄK
	ATC-Ergänzung				J05AJ	Der neue ATC-Kode J05AJ „Integrase-Inhibitoren“ (vgl. Tabelle 7.1) wird nachvollziehbarer Weise auch hier berücksichtigt.	KBV/BÄK
	ATC-Ergänzung				J01GA, J04BA	Die berücksichtigten ATC-Kodes bei Tuberkulose und Syphilis (vgl. Tabelle 7.3) sind grundsätzlich nachvollziehbar. Bezüglich des ATC-Kodes J01GA „Streptomycin“ ist laut MMI-Pharmaindex kein Präparat im Markt verfügbar. Warum bei Tuberkulose der ATC-Kode J04BA „Mittel zur Behandlung der Lepra“ aufgenommen wurde, erschließt sich nicht. Das hier im Markt verfügbare Präparat Dapson ist auch nicht zur Behandlung der Tuberkulose zugelassen.	KBV/BÄK
	ATC-Ergänzung					Der IKK e. V begrüßt, dass die von ihm gemachten Vorschläge zur Arzneimittelvalidierung für die Krankheitsbilder Syphilis und Tuberkulose umgesetzt und ergänzt worden sind.	IKK e. V
	ATC-Zuordnung		0358, 0532, 0551	0004	A07AA	A07AA sind lokal wirkende Antibiotika, die bei Tuberkulose medizinisch nicht indiziert sind. Sie müssen systemisch wirken. Vorschlag: Streichung ATC A07AA aus genannten Tuberkulose DxG.	BARMER, TK et al.

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
Arzneimittelvalidierung					Arzneimittelvalidierung der Tuberkulose- und Syphilis-DxG: Die Einführung der Arzneimittelvalidierung für Tuberkulose- sowie Syphilis-Diagnosen befürworten wir.	BARMER
HMG-Zusammenlegung			0003, 0368, 0430		In der Hierarchie 01 wird die Einordnung der Covid-19-ICD-Kodes überprüft und die Hierarchie konsolidiert. Die Eingliederung der neuen HMG0320 am Strangende über der HMG0430 ist aufgrund ihres Kostenschätzers in Modell 03 zielführend. Allerdings unterbleibt eine Orientierung am Kostenschätzer bei der Eingliederung der HMG0003. Diese weist in Modell 03 ebenso wie die HMG0368 einen negativen Kostenschätzer auf, während die HMG0430 mit einem positiven Kostenschätzer belegt ist. Da sowohl die HMG0430 als auch eine HMG-Kombination aus der HMG0003+HMG0368 eine ausreichende Besetzungszahl aufweisen, wäre eine Zusammenfassung der beiden HMGs mit negativem Kostenschätzer und deren Einordnung unterhalb der HMG0430 zu erwarten gewesen. Die Einbeziehung der HMG0430 in die Hierarchiekonsolidierung wird nicht näher erläutert. Vorschlag: Aufgrund der unterschiedlichen Kostenschätzer sollte eine Einbeziehung der HMG0430 bei der Hierarchiekonsolidierung unterbleiben. Stattdessen wird vorgeschlagen, die HMG0003 mit der HMG0368 zusammenzufassen und diese unterhalb der HMG0430 einzugliedern.	GKV-SV
HMG-Zusammenlegung			0003, 0368, 0430		Im Modell 04 wird die HMG0003 „Sonstige und n.n.bez. Nokardiose“ mit einem deutlich negativen Kostenschätzer (-2.415 €) mit der HMG0368 „Sonstige näher bezeichnete Geschlechtskrankheiten“ (-87 €) und der HMG0430 „Sonstige Infektionen“ (15 €) zusammengelegt. Der Kostenschätzer der neuen HMG0430 „Sonstige Infektionen“ mit einer Besetzungszahl von rd. 1,7 Mio. Versicherten steigt um 40 % auf 21 € an. In anderen Hierarchien, wie z.B. in Hierarchie 08, werden HMGs mit negativen Kostenschätzer beibehalten. Vorschlag: Es ist nicht nachvollziehbar, wann und unter welchen Bedingungen HMGs vereinigt werden und wann nicht.	IKK e. V.
HMG-Zusammenlegung			0003 0368 0430		In Modell 04 werden die HMGs 0003 (-2.427 €) und 0638 (-87 €) mit der HMG0430 (N= 1,78 Mio.; +15 €) zusammengelegt. Dies führt dazu, dass der Kostenschätzer der HMG für eine relativ große Population um 40 % (!) auf 21 € steigt (N = 1,67 Mio.). Vorschlag: Es fehlt an einem stringenten und strukturierten Vorgehen wie wann und unter welchen Voraussetzungen HMGs zusammengelegt werden und wann nicht. Darüber hinaus ist nicht eindeutig geregelt, wie die Vereinigung von zwei HMGs zu erfolgen hat. In Hierarchie 01 werden HMGs mit negativem Kostenschätzer mit der nächsthöheren HMG zusammengelegt. In anderen Hierarchien (z.B. Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ oder 22 „Erkrankungen der Haut“) erfolgt keine Zusammenlegung der HMG mit negativem Kostenschätzer am Strangende.	IKK e. V.

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
2	Hierarchie 02 „Neubildungen“						
	ICD-Verschiebung	D46.6, D46.7, D47.9				<p>Vor dem Hintergrund der Berücksichtigung des Wirkstoffes Lenalidomid (L04AX) in der DxG0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ weist der GKV-SV in der Hierarchie 02 darauf hin, dass aus seiner Sicht eine Auseinandersetzung mit der Zuordnung des MDS fehle. Die zugehörigen ICD-Kodes D46.6, D46.7 und D46.9 seien dem zweiten Strang der Hierarchie 08 zugeordnet. Der verwandte ICD-Kode C94.6 „Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar“ sei bereits den HMGs 0264, 0331, 0332 und 0333 zugeordnet. Da sich aus einem MDS eine Leukämie entwickeln könne, solle die MDS in die hämatologischen Neubildungen der Hierarchie 02 integriert werden.</p> <p>Vorschlag: Die ICD-Kodes D46.6, D46.7 und D47.9 werden aus den HMGs/DxGs 49/230 und 194/243 der Hierarchie 08 herausgelöst und der Hierarchie 02 zugeordnet.</p>	BARMER
	ATC-Ergänzung		0972	0332	L01XX51, L01XX52	<p>Aufnahme der ATC L01XX51 und L01XX52 in DxG 972/HMG 332.</p> <p>Vorschlag: Ergänzung ATC Liste für DxG 972.</p>	BARMER
	Aufgreifkriterium		0971, 0972, 0973			<p>Prüfung des Sonderfalls Bedarfsmedikation (42/21 BT) als Aufgreifkriterium, anstelle Dauermedikation.</p> <p>Vorschlag: Änderung bei genannten DxG auf Bedarfsmedikation.</p>	BARMER
	Arzneimittelvalidierung			0331 bis 0333	L01XK, L01XG	<p>Die teuren Onkologika L01XG (Proteasom-Inhibitoren) und L01XK (Poly-ADP-Ribose-Polymerase (PARP)-Inhibitoren) werden bislang bei der Arzneimitteldifferenzierung nach Wirkmechanismen bei den Bösartigen Neubildungen (HMGs 331 bis 333) nicht berücksichtigt. Versicherte mit diesen Therapien sind stark unterdeckt. Nach unseren Analysen wiese eine entsprechende neue DXG/HMG (Bösartige Neubildungen: Therapie mit Proteasom- oder PARP-Inhibitoren) hohe Zuschläge auf und stünde in der Hierarchiebeziehung zwischen HMG0333 und HMG0331.</p> <p>Vorschlag: Schaffung einer neuen DXG/HMG mit den gleichen ICDs wie bei HMGs 331 bis 333, wobei diese DXG validiert wird mit L01XG und L01XK, Hierarchische Stellung zwischen HMG0333 und HMG0331.</p>	BARMER

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
	Arzneimittelvalidierung				L01XG, L01XH, L01XJ, L01XK, L01XX	Wie bereits in unserer Stellungnahme zum Festlegungsentwurf 2023 ausgeführt, regen wir eine Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung für alle Diagnosen im onkologischen Spektrum an, die nicht nur spezifische „zielgerichtete“ Therapien wie z.B. Proteinkinase-Inhibitoren oder monoklonale Antikörper umfassen sollte, sondern auch die „konventionellen“ Zytostatika, die nach wie vor eine der Hauptsäulen in der medikamentösen Tumorthherapie darstellen bzw. in Kombination mit zielgerichteten Therapien Anwendung finden. Vorschlag: Bei den „zielgerichteten Therapien“ sollte eine regelmäßige Überprüfung der Arzneimittelgruppen erfolgen: so sollten im aktuellen Modell die ATC-Gruppen L01XG (Pro-teasom-Inhibitoren), L01XH (Histone-Deacetylase (HDAC)-Inhibitoren), L01XJ (Hedgehog-Signalweg-Inhibitoren), L01XK (PARPP-Inhibitoren) sowie L01XX (KRAS-Inhibitoren) ergänzt werden.	BKK DV
3	Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“						
	ICD-10-GM-2023	U69.73!, U69.74!	1225, 0658	0120, 0509		Mit der Version ICD 2023 werden u.a. die sekundären Schlüsselnummern U69.7-! eingeführt. Das BAS schlägt deren Zuordnung zur DXG1225/HMG0120 bzw. DXG0658/HMG0509 vor, die die ICD-Kodes des nichtdiabetischen hypoglykämischen Komas bzw. der nichtdiabetischen Hypoglykämie beinhalten. Die sekundären Schlüsselnummern U69.70!-U69.72! dienen dazu, sowohl bei Diabetes mellitus (E10-E14) als auch bei anderen Zuständen, die mit einer Hypoglykämie einhergehen, den Schweregrad der Hypoglykämie anzugeben. Die Schlüsselnummern U69.73! und U69.74! hingegen sind ausschließlich mit den Primärschlüsseln des Diabetes mellitus (E10 bis E14) zugelassen, um bei dieser Erkrankung zusätzlich ein hypoglykämisches Koma bzw. eine Hypoglykämiewahrnehmungsstörung zu dokumentieren. Eine diabetische Hypoglykämiewahrnehmungsstörung mit E10.7- bis E14.7- kodiert. Diese Primärschlüssel sind dem Diabetesstrang der Hierarchie 04 zugeordnet. Vorschlag: U69.73!: Ein hypoglykämisches diabetisches Koma wird in der Regel primär mit E10.6- bis E14.6- kodiert. Aus diesem Grund sollte zumindest die dazugehörigen sekundäre Diagnose U69.73! in einer eigenständigen DXG dem Diabetesstrang der Hierarchie zugeordnet werden. Sobald Daten des Berichtsjahres 2023 verfügbar sind, sollte die Zuordnung der Sekundärdiagnosen aus dem Bereich U69.7-! unter Einbeziehung der HMGs 0120 und 0509 in die Hierarchie 04 überprüft werden. U69.74!: Eine diabetische Hypoglykämiewahrnehmungsstörung wird in der Regel mit E10.7- bis E14.7- kodiert. Aus diesem Grund sollte zumindest die dazugehörige sekundäre Diagnose U69.74! in einer eigenständigen DXG dem Diabetesstrang der Hierarchie zugeordnet werden. Sobald Daten des Berichtsjahres 2023 verfügbar sind, sollte die Zuordnung der Sekundärdiagnosen aus dem Bereich U69.7-! unter Einbeziehung der HMGs 0120 und 0509 in die Hierarchie 04 überprüft werden.	GKV-SV, DAK-G, TK et al.

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
	Arzneimitteldifferenzierung	E76.2, E76.3	0825, 0119	0286, 0024	A16AB08	<p>Das Maroteaux-Lamy-Syndrom gehört zu den Mukopolysaccharidosen und bezeichnet eine angeborene lysosomale Speicherkrankheit, bei der es zur Akkumulation von Dermatansulfat kommt. Die Therapie erfolgt über eine Enzymersatztherapie mit Galsulfase (ATCAB08). Dieser Enzymersatz kann Chondroitinsulfat und Dermatansulfat abbauen und verzögert somit den Krankheitsverlauf.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Für das Maroteaux-Lamy-Syndrom gibt es keine spezifische Kodierung im ICD-Katalog, die Kodierung erfolgt mit dem unspezifischen Code E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ bzw. E76.3 „Mukopolysaccharidose nicht näher bezeichnet“. Durch die Verbindung des unspezifischen ICDs mit der hoch spezifischen Therapie wird das Maroteaux-Lamy-Syndrom zielgenau erfasst. Es wird vorgeschlagen, analog zu anderen schweren Stoffwechselerkrankungen mit ERT für Versicherte mit Maroteaux-Lamy-Syndrom und Verwendung des Wirkstoffs (Galsulfase ATCAB08) eine eigene DxG „Mukopolysaccharidosen Typ IV Maroteaux-Lamy-Syndrom mit ERT“ zu bilden und sie damit von den anderen Versicherten der Diagnose E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ und E76.3 „Mukopolysaccharidosen nicht näher bezeichnet“ abzugrenzen. Die DxG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs am oberen Ende des Hierarchiestrangs zuzuordnen.</p>	AOK-BV
	Arzneimitteldifferenzierung	E76.2, E76.3	0825, 0119	0286, 0024	A16AB18	<p>Das Sly-Syndrom ist eine autosomal rezessive erbliche Erkrankung, die durch einen Beta-Glucuronidasemangel verursacht wird. Für die Behandlung der seltenen lysosomalen Speicherkrankheit Morbus Sly steht mit der Enzymersatztherapie Vestronidase alfa (Mepsevii®) seit 2018 ein Medikament zur Verfügung, das spezifisch diesen Enzymmangel behebt und dabei sehr hohe prospektive Kosten verursacht. Zugelassen ist Mepsevii zur Behandlung nicht-neurologischer Krankheitsanzeichen der Mukopolysaccharidosen Typ VII Sly-Syndrom.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Für den Morbus Sly gibt es keine spezifische Kodierung im ICD-Katalog, die Kodierung erfolgt mit dem unspezifischen Code E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ bzw. E76.3 „Mukopolysaccharidose nicht näher bezeichnet“. Durch die Verbindung des unspezifischen ICDs mit der hoch spezifischen Enzymersatztherapie wird der Morbus Sly zielgenau erfasst. Es wird vorgeschlagen, analog zu anderen schweren Stoffwechselerkrankungen mit ERT für Versicherte mit Sly-Syndrom und Verwendung des Wirkstoffs Vestronidase alfa (ATC-Kode A16AB18) eine eigene DxG „Mukopolysaccharidosen Typ VII Sly-Syndrom mit ERT“ zu bilden und sie damit von den anderen Versicherten der Diagnose E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ und E76.3 „Mukopolysaccharidosen nicht näher bezeichnet“ abzugrenzen. Die DxG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs am oberen Ende des Hierarchiestrangs zuzuordnen (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2022).</p>	AOK-BV

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
Arzneimitteldifferenzierung		0821, 0850, 0877	0130		<p>Im Rahmen der Sonderfall 4-Prüfung vorgesehenen Arzneimittelvalidierung für DxG 877 werden ca. 20 % der LDL-apheresepflichtigen, teuren Versicherten von einer HMG-Zuordnung ausgeschlossen. Eine Apherese kann gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschuss Anlage I Nummer 1 § 5 auch dann durchgeführt werden, wenn unerwünschte Nebenwirkungen eintreten, die ein Absetzen der Medikamente notwendig machen. Eine Arzneimittelvalidierung ist auch deshalb nicht notwendig, da die Indikationsstellung zur Apherese durch die beratenden Kommissionen der kassenärztlichen Vereinigungen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes geprüft werden. Durch den Verzicht auf die Arzneimittelvalidierung im Rahmen der Schaffung eines neuen Sonderfalls ließen sich die resultierenden Unterdeckungen für diejenigen Versicherten vermeiden, bei denen aufgrund von Nebenwirkungen oder Kontraindikationen keine Arzneimitteltherapie erfolgen kann bzw. bei denen die notwendigen DDD-Mengen nicht erreicht werden.</p> <p>Vorschlag: Zugunsten einer weiteren Verbesserung der Modellgüte regen wir an, auf die Arzneimittelprüfung zu verzichten. Eine valide Zuordnung der Versicherten zur DxG 877 ist bereits über das Dialysekennzeichen sowie die Indikationsprüfung durch die beratenden Kommissionen bei den KVen sichergestellt (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2022). Inwieweit eine Arzneimittelvalidierung verzichtbar ist sollte analog auch für Versicherte mit klassischen Blutreinigungsverfahren (DxGs 821 und 850) untersucht werden, da trotz der im AJ 2023 vorgenommenen Erweiterungen des ATC-Spektrums hier immer noch eine relevante Anzahl von Versicherten die BT-Grenzen nicht erreicht.</p>	AOK-BV
Arzneimitteldifferenzierung		0007, 0017, 0054, 0075, 0076, 0096, 1049, 1050, 1051, 1052, 1066, 1067, 1068	0020, 0397, 0392	A10BK A10BJ	<p>Sowohl SGLT2-Inhibitoren als auch GLP-1-Rezeptoragonisten sind für die Begleittherapie zur Insulintherapie zugelassen. Durch Ihre Wirkungsweise verbessern diese Medikamente bei Patienten mit Insulintherapie die Blutzuckereinstellung und führen zu einer Einsparung an Insulin um bis zu 13 % bei Typ-2-Diabetes (Quellenangaben siehe Stellungnahme). Durch die Unterstützung der Insulintherapie mit diesen Substanzen kommt es daher zur einer Reduktion der Insulindosis, die zur Folge haben kann, dass die notwendige BT-Grenze nicht mehr erreicht wird. Gleichzeitig verursachen diese Medikamente hohe Jahrestherapiekosten. Daher erscheint es sachgerecht, die mit SGLT2-Inhibitoren und GLP-1-Rezeptoragonisten therapierten Versicherten den HMGs mit Insulintherapie oder ggf. einer eigenständigen HMG zuzuordnen.</p> <p>Vorschlag: Es wird vorgeschlagen, SGLT-2-Inhibitoren (ATC: A10BK) und Glucagon-like-Peptid-1-(GLP-1)-Rezeptoragonisten (ATC: A10BJ) den DxGs für Patienten mit Diabetes Typ 2 und Insulinbehandlung zuzuordnen. Insoweit sich die prospektiven Folgekosten dieser Versicherten signifikant unterscheiden, können alternativ auch drei zusätzliche HMGs (analog der drei Insulin-HMGs) gebildet werden, die die entsprechenden DxGs der HMGs 20, 397 und 391 erhalten und zusätzlich über SGLT-2-Inhibitoren (ATC A10BK) und GLP-1-Agonisten (ATC A10BJ) validiert werden (= mehrfache Arzneimitteldifferenzierung). Vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2022.</p>	AOK-BV

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
Arzneimitteldifferenzierung	E88.1	0590	0019	A16AB22	Wir regen eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit Lipodystrophie, andernorts nicht klassifiziert (ICD E88.1) – derzeit in HMG 19 „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen, Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert“ – über die Wirkstoffgruppe Metreleptin (ATC A16AA07) an. Vorschlag: Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen, wird vorgeschlagen, die über Sonderfall 1 differenzierte DxG einer eigenständigen HMG im oberen Bereich des Hierarchiestrangs der Fettstoffwechselstörungen zuzuordnen.	AOK-BV
Arzneimitteldifferenzierung	E77.1, E72.1, E72.0	0119	0024	A16AA04, A16AA06, A16AB15	Die erhöhten Krankheitsfolgekosten der mit den genannten Wirkstoffen therapierten Patienten werden derzeit nicht adäquat abgebildet. Vorschlag: Die AOK-Gemeinschaft schlägt vor, eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit metabolischen Störungen anhand der ICDs E77.1 „Defekte beim Glykoproteinabbau“, E72.1 „Störungen des Stoffwechsels schwefelhaltiger Aminosäuren“ und E72.0 „Störungen des Aminosäuretransportes und kostenintensiven Arzneimitteltherapien“ – derzeit in HMG 24 „Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz“ abgebildet – über die Wirkstoffgruppen Mercaptamin (ATC A16AA04), Betain (ATC A16AA06) und Valmanase (ATC A16AB15) zu prüfen. Die DxG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs im mittleren Bereich des Hierarchiestrangs zuzuordnen.	AOK-BV
Arzneimitteldifferenzierung	E75.5	0119	0024	A05AA01	Chenodesoxycholsäure (A05AA01) ist zugelassen für eine seltene Erkrankung (angeborene Störung der primären Gallensäuresynthese aufgrund eines Sterol-27-Hydroxylase-Mangels). Die Erkrankung manifestiert sich als Zerebrotendinöse Xanthomatose und wird mit ICD E75.5 codiert. Dieser Kode ist nicht spezifisch für Zerebrotendinöse Xanthomatose, sondern umfasst auch weitere Erkrankungen, u.a. die Wolman-Krankheit, und ist bisher der unten stehenden HMG 24 (Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz) in Hierarchie 04 zugeordnet. Die Jahrestherapiekosten werden vom Hersteller im Dossier nach § 35a SGB V im Jahr 2020 mit 56.403,80 € angegeben [https://www.g-ba.de/downloads/92-975-4357/2020-12-28_Modul1_Afamelanotid.pdf]. Die Anzahl der GKV-Patienten in der Zielpopulation liegt laut Hersteller bei 411. Vorschlag: Wir schlagen eine Arzneimitteldifferenzierung zur Erfassung der mit Chenodesoxycholsäure behandelten Patienten mit Zerebrotendinöse Xanthomatose vor; diese sollten entsprechend ihrer Folgekosten einer HMG in der Hierarchie 04 zugeordnet werden.	AOK-BV

III	Anpassungen der Hierarchien					
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:
	Arzneimittelvalidierung			0024, 0022	A16AX19, A16AB17	Hier möchten wir erneut auf die Notwendigkeit der Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung von einzelnen Erkrankungen hinweisen, die aktuell der HMG 24 zugeordnet sind, für die aber z.T. schon seit mehreren Jahren spezifische – und extrem hochpreisige - Therapien verfügbar sind. Beispielhaft sei hier Lumasiran (A16AX19) für die primäre Hyperoxalurie Typ I oder Cerliponase alfa (A16AB17) bei der neuronalen Ceroid-Lipofuszinose genannt. Vorschlag: Vor diesem Hintergrund möchten wir gerne darauf hinweisen, dass die HMG0024 je nach Krankheitsbild starke Über- und Unterdeckungen aufweist und würden deshalb um eine grundlegende Überprüfung dieser HMG bitten. Bei mittlerweile 4 zugelassenen Medikamenten für die hereditären Amyloidosen (E85.-) in der HMG0022 sollte für diese Erkrankungen zwingend eine Arzneimittelvalidierung umgesetzt werden.
	Aufgreifkriterium	E85.-	0123	0022	N07XX08, N07XX12, N07XX18, N07XX15,	Zur spezifischen Therapie der hereditären Amyloidosen stehen mittlerweile 4 zugelassene Arzneimittel (Tafamidis, Patisira, Vutrisiran und Inotersen) zur Verfügung mit Jahrestherapiekosten von ca. 300 - 500.000 €. Vorschlag: Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung und Herauslösen aus HMG022.
	Aufgreifkriterium	E75.5		0024	A16AB14	Spezifische Therapie mit Sebelipase alfa der Lysosomalen saure Lipase Mangel (Sonstige Störungen der Lipidspeicherung). Vorschlag: Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung und Herauslösen aus HMG24.
	Aufgreifkriterium	E77.1		0024	A16AB15	Enzyersatztherapie bei α -Mannosidose. Vorschlag: Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung und Herauslösen aus HMG24.
	Aufgreifkriterium	E75.4	0119	0024	A16AB17	Neuronale Ceroid-Lipofuszinose Typ 2 mit spezifischer Therapie. Vorschlag zur Arzneimittelvalidierung aus Vorjahren. Vorschlag: Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung der Neuronale Ceroid-Lipofuszinose Typ 2.
	Aufgreifkriterium	E74.8	0119	0024	A16AX18	Lumasiran: kausale Therapie der primäre Hyperoxalurie Typ I. Vorschlag: Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung der prim. Hyperoxalurie.
	Aufgreifkriterium	E78.3		0024	C10AX16	Familiäres Chylomikronämie Syndrom. Vorschlag: Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung und Herauslösen aus HMG24.
	Aufgreifkriterium	E75.2	0116	0281	A16AB25	M. Niemann-Pick - weitere Zulassung Olipudase alfa. Vorschlag: Ergänzung von A16AB25 zur bestehenden ATC-Liste.

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
	Aufgreifkriterium	E75.2	0120	0282	A16AB20	Neuzulassung Therapie M. Fabry. Vorschlag: Ergänzung von A16AB20 zur bestehenden ATC-Liste.	BKK DV
	Aufgreifkriterium	E80.0	0879	0399	D02BB02	Afamelatonid zur Behandlung der hereditären erythropoetischen Porphyrrie. Vorschlag: Ergänzung von D02BB02 zu der bestehenden ATC-Liste.	BKK DV
	ATC-Ergänzung		0112	0284	A16AB22	Der Wirkstoff Avalgucosidase alfa (ATC AA16AB22) ist seit 1. August 2022 als neues Arzneimittel zur Behandlung der lysomalen Speicherkrankheit Morbus Pompe zugelassen. Morbus Pompe, auch Glykogenspeicherkrankheit Typ II genannt, ist eine seltene rezessive Stoffwechselstörung, bei der es zu Glykogenablagerungen in Lysomen verschiedener Gewebe, insbesondere im Herzmuskel sowie in der Skelettmuskulatur kommt. Vorschlag: Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen, wird vorgeschlagen, den ATC-Code A16AB22 im ATC-Spektrum der DxG 112 „Morbus Pompe mit ËRT“ (HMG 284 „Morbus Pompe, Mukopolysaccharidose Typ IV oder Typ VI mit ERT“) ergänzend zu berücksichtigen.	AOK-BV
	ATC-Berücksichtigung	E85.-	0123	0022	N07XX08, N07XX12, N07XX15, N07XX18, L04AC08	Versicherte mit einer Amyloidose sind bisher mit dem Aufgreifkriterium M2Q in der HMG 22 abgebildet. Bei einer Arzneimitteltherapie mit den genannten ATC-Kodes entstehen sehr hohe Kosten. Vorschlag: Prüfung, ob die Abbildung der Amyloidose in einer eigenen HMG mit den aufgeführten ATC-Kodes und Arzneimittelvalidierung 92/183 DDD zu einer zielgenaueren Abbildung dieser Gruppe und zu einer Verbesserung des gesamten Klassifikationssystem führt.	DAK-G
4	Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“						
	Arzneimittelvalidierung	D56.1	0920	0288	J05AX28	Hepcludex wird angewendet zur Behandlung von chronischen Hepatitis-Delta-Virus (HDV)-Infektionen bei erwachsenen Patienten mit kompensierter Lebererkrankung, die im Plasma (oder Serum) positiv auf HDV-RNA getestet wurden. Vorschlag: Für die DxG 920 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)“ sollte im ATC- Spektrum der ATC-Code J05AX28 Bulevirtid („Hepcludex“) zusätzlich berücksichtigt werden. Denn in der DxG ist unter anderem der ICD-Code B18.0 „Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus“ enthalten.	AOK-BV

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
5	Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“						
	Arzneimittelvalidierung	D86.8, D86.9	0721, 0722	0482	A09AA02, A09AA03, A09AA04, A09AC01	Vorschlag: Um nur die klinisch relevanten Fälle aufzugreifen, sollte unseres Erachtens eine Arzneimittelvalidierung der DxGs 721 „Sonstige Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ und 722 „N.n.bez. Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ eingeführt werden. Als ATCs schlagen wir dazu A09AA02, A09AA03, A09AA04 und A09AC01 vor [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2022].	AOK-BV
	Anpassung Altersgrenze	K31.1-	0293	0034		Anpassung der unteren Altersgrenze von 0 auf 15 Jahre: lt. systematischem Verzeichnis und Meta-Daten gibt es keine Hinweise für eine Altersgrenze. Im ICD-10-GM ist „18 Jahre und älter“ im Zusammenhang mit Erwachsenen zu finden. Vorschlag: Klarstellung woher die BfArM-Vorgaben sind bzw. Anpassung auf 18 Jahre.	DAK-G
	ICD-Verschiebung	K67.2	0769	0032		alle ICD aus dem Bereich Syphilis sollten in die Hierarchie 01 verschoben werden (hier befindet sich auch die Kardiovaskuläre Syphilis). Vorschlag: Verschiebung in DxG0444/ HMG0004 der Hierarchie 01.	BKK DV
6	Hierarchie 07 „Muskel-Skelett-Erkrankungen“						
	ATC-Ergänzung		0187, 0205	0312, 0311	R03DX09	Den beiden DXGs ist die eosionphiler Granulomatose mit Polyangiitis zugeordnet. Mepolizumab ist neben der Behandlung von Asthma auch zur Behandlung bei eosionphiler Granulomatose mit Polyangiitis zugelassen. Vorschlag: Der ATC-Kode R03DX09 ist für die DXG0205 und DXG0187 in der Anlage 3 zu ergänzen.	GKV-SV
	Arzneimittelvalidierung		0488, 0718	0315	H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC, M05BX	Vorschlag: Vorgeschlagen wird, eine Arzneimittelvalidierung (wegen klinischer Relevanz) der Osteomalazie / Rachitis zu überprüfen (DxGs 488 und 798). Als ATCs bieten sich hierfür H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC und M05BX an [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2022].	AOK-BV
	Arzneimittelvalidierung		0807	0315	H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC, M05BX	Vorschlag: Unseres Erachtens sollte eine Arzneimittelvalidierung (wegen klinischer Relevanz) der DxG 807 „N.n.bez. andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels“ umgesetzt werden. Relevante ATCs wären hier H05BA und M05BA [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2022].	AOK-BV

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
	Aufgreifkriterium	M30.1	0205	0311, 0312	R03DX09	Mepolizumab zugelassen bei eosinophiler Granulomatose mit Polyangiitis (Churgh-Strauss-Syndrom). Vorschlag: Ergänzung R03DX09 in bestehende ATC-Liste.	BKK DV
	Aufgreifkriterium		1154	0314		Durch die Arzneimittel-Validierung als Bedarfsmedikation mit z. T. sehr unspezifischen ATCs mit breitem Anwendungsgebiet werden häufige Gichtanfälle bzw. chronische Gicht im Vergleich zu gelegentlichen und leicht beherrschbaren Gichtanfällen nicht angemessen abgebildet. Eine Berechnung auf BKK-Daten ergab bei einer Validierung als Dauermedikation eine Verbesserung der Gütemaße. Auch bei anderen anfalls -oder schubartig verlaufenden Krankheitsbildern ist im aktuellen Klassifikationsmodell eine Validierung mit Dauermedikation statt Bedarfsmedikation vorgesehen. Beispiele dafür sind Asthma bronchiale (alle Altersgruppen), DxG 23) und atopisches Ekzem mit Dauermedikation I und II, DxG 1288 und 1287). Vorschlag: Es wird um empirische Überprüfung der Arzneimittelvalidierung mit Dauermedikation (183 Behandlungstage) statt Bedarfsmedikation (42/21 Behandlungstage) gebeten.	BKK DV
	ICD-Verschiebung	A54.4	0182	0209		alle ICD aus dem Bereich der Gonokokkeninfektion (alle anderen A54 befinden sich bereits dort) sollte in die Hierarchie 01 verschoben werden. Vorschlag: Verschiebung in DxG0314/HMG0430 der Hierarchie 01.	BKK DV
	ICD-Verschiebung	M73.1-M73.19	1286	0315		alle ICD aus dem Bereich Syphilis sollten in die Hierarchie 01 verschoben werden (hier befindet sich auch die Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis). Vorschlag: Verschiebung in DxG0444/ HMG0004 der Hierarchie 01.	BKK DV
	ICD-Verschiebung	M14.2-M14.29	0024, 0780	0315, 0566		alle ICD aus dem Bereich Diabetes sollten in der Hierarchie 04 abgebildet werden. Die ICD M14.29 ist sogar in einer anderen HMG als die anderen M14.2*. Vorschlag: Verschiebung in die HMG0015 und HMG0391 der Hierarchie 04.	BKK DV
	ICD-Verschiebung	M36.2	0024	0566		Analog der Verschiebung der thrombotische Mikroangiopathie (M31.1) sollte auch die Arthritis bei Hä-mophilie (M36.2) konsequenterweise in die Hierarchie 08 verschoben werden. Vorschlag: Verschiebung in die Hierarchie 08.	BKK DV

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
7	Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“						
	ATC-Zuordnung		0240	0192	B01AX	<p>Zur Behandlung einer erworbenen thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (aTTP) wird u. a. Caplazizumab (B01AX07) eingesetzt. Aufgrund der Verschiebung des ICD-Kodes M31.31 Thrombotische Mikroangiopathie in die DXG0240 wird daher vorgeschlagen, in der Anlage 3 die Wirkstoffgruppe B01AX Andere antithrombotische Mittel für die DXG0240 zu berücksichtigen. Neben Caplazizumab gehören zahlreiche andere Wirkstoffe zu dieser Gruppe, die jedoch nicht zur Behandlung einer aTTP zugelassen sind. Zudem wurde die ATC-Kode-Zuordnung für die DXG0240 bisher auf Wirkstoffebene getroffen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Aus den genannten Gründen wird vorgeschlagen, die Zuordnung des ATC-Kodes auf Wirkstoffebene vorzunehmen und anstelle der Wirkstoffgruppe B01AX den Wirkstoff Caplazizumab B01AX07 zuzuordnen.</p>	GKV-SV, AOK-BV
	ATC-Ergänzung				B01AX	Die zusätzliche Berücksichtigung des ATC-Kodes B01AX mit dem Wirkstoff Caplacizumab ist nachvollziehbar.	KBV/BÄK
	ATC-Ergänzung		0240		L01FA01 bzw. bis Datenjahr 2021 L01XC02	<p>Rituximab ist ein Medikament, das das Immunsystem unterdrückt. Oft wird es bei TTP-Patienten angewendet, um nach der Behandlung mit Kortikosteroiden und Plasmapherese einen Rückfall zu verhindern.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Vervollständigung ATC Liste DxG240: Aufnahme ATC Kode L01FA01 (L01XC02) Rituximab.</p>	BARMER
	Arzneimitteldifferenzierung			0035, 0036		<p>Analysen auf AOK-Daten zeigen zudem, dass Versicherte mit Hämophilieerkrankungen trotz der Berücksichtigung im Morbi-RSA aufgrund z.T. sehr hoher prospektiver Folgekosten häufig sehr hohe, persistente Unterdeckungen aufweisen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen, wird vorgeschlagen, Möglichkeiten einer mehrfachen Arzneimittelschweredifferenzierung auf Basis der unterschiedlichen verordneten Wirkstoffe zu untersuchen [vgl. auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].</p>	AOK-BV
	Arzneimittelvalidierung	D86.8, D86.9	0686, 1210	0190, 0206	H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD, L04AX	Die AOK-Gemeinschaft schlägt erneut vor, die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die „Sarkoidose, exkl. Lunge“ (DxGs 686 und 1210) zu überprüfen (wegen klinischer Relevanz). Als ATCs bieten sich die Gruppen H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX an [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2022].	AOK-BV

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
	Aufgreifkriterium	D56.1	0194	0181	B03XA06	Luspatercept für beta-Thalassämie. Vorschlag: Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung der Thalassämie.	BKK DV
	ICD-Verschiebung	D46			L04AX	Beim Myelodysplastischen Syndrom (MDS) handelt es sich laut Onkopedia-Leitlinie (der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, der Schweizer Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie und der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie Myelodysplastische Syndrome (MDS) - Onkopedia) um die häufigste maligne hämatologische Erkrankung. Die Behandlung umfasst neben der Beobachtung und regelmäßigen Transfusion bei günstigen Risikofaktoren auch Hochdosis Chemotherapie mit allogener Stammzelltransplantation und die Behandlung mit teuren Onkologika, u. a. Lenalidomid. Vorschlag: Daher ist eine Zuordnung des MDS (ICD D46) in die Hierarchie 02 medizinisch sachgerecht. Patienten, die im Rahmen der Zulassung mit MDS mit Lenalidomid behandelt werden, sollten dabei der DxG 973 zugeordnet werden [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2022].	AOK-BV
	ICD-Verschiebung	D56.1	0194	0181		Beta-Thalassämie (auch „Mittelmeeranämie“ genannt) ist eine seltene, durch Genmutation verursachte und so vererbte Erkrankung. Sie ist gekennzeichnet durch eine Störung der Bildung von Bestandteilen der roten Blutzellen. Schwere Thalassämien verlaufen unbehandelt tödlich. Als Therapieoptionen stehen eine Stammzellentransplantation, lebenslange Bluttransfusionen alle zwei bis vier Wochen (kostenintensiv) sowie auch eine Gentherapie (Stammzellenmodifikation, EMA-Zulassung 11/2019) für Patienten > 12 Jahre mit transfusionsabhängiger Beta-Thalassämie ohne geeigneten Stammzellenspender (Therapiekosten: ca. 1,6 Mio. €) zur Verfügung. Vorschlag: Beta-Thalassämie wird über den ICD-Code D56.1 abgebildet, der derzeit im Klassifikationsmodell der DxG 194 „Hereditäre hämolytische Anämien“ bzw. der HMG 181 „Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten“ zugeordnet ist. Patienten mit Beta-Thalassämie haben allerdings aufgrund der lebenslang benötigten Bluttransfusionen deutlich höhere Folgekosten als die anderen Patienten der HMG 181. Wir regen daher an, eine eigenständige DxG für Beta-Thalassämie zu bilden (Aufgriff über M2Q) und diese anhand des Kosten-schätzers in die Hierarchiestruktur einzusortieren [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2022].	AOK-BV
	ICD-Verschiebung	M31.1	0240, 0241			Die Verschiebung des ICD-Kodes M31.1 aus der Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ in die Hierarchie 08 mit Zuordnung zu den DxG 240 bzw. 241 erscheint anhand des aktuellen pathophysiologischen Kenntnisstandes medizinisch plausibel.	KBV/BÄK

III	Anpassungen der Hierarchien					
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:
	ICD-Verschiebung ATC-Ergänzung	D68.32	0237, 0238, 0239	0035, 0036, 0046	B02BD37	<p>Bei Erkrankungen, bei denen es zur Bildung von Antikörpern gegen den Von-Willebrand-Jürgens-Faktor kommt, werden über den ICD-Kode D68.32 „Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren“ abgebildet. Dieser ICD ist der DxG0232 zugeordnet und führt damit in die HMG0195 im unteren Bereich des Hierarchiestrangs. Die hohen Folgekosten einer Arzneimitteltherapie mit dem Wirkstoff Eptacoq-alfa (B02BD37) werden damit in keiner Weise abgebildet.</p> <p>Vorschlag: Der ICD D68.32 müsste auch den DxGs 237, 238 und 239 zugeordnet werden, da der ICD D68.32 einschlägig für das von-Willebrand-Syndrom ist. Entsprechend ist der Wirkstoff Eptacoq alfa (ATC B02BD37) im ATC-Spektrum der DxGs 238 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“ und 237 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“ zu ergänzen.</p>
	Hierarchiekonsolidierung					<p>Die Konsolidierung der Hierarchie 08 durch Zusammenlegung von HMGs ist nachvollziehbar.</p>

AOK-BV

KBV/BÄK

III	Anpassungen der Hierarchien					
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:
8	Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“					
	ICD-10-GM-2023	U63.-!	1234	0012		<p>Bei den 2023 neu eingeführten ICD-Kodes der Gruppe U63.- Psychische und Verhaltensstörungen bei Demenz handelt es sich um Sekundär Diagnosen, um bei einer Demenz das Vorliegen von psychischen oder Verhaltensstörungen spezifisch anzugeben. Die entsprechenden Demenzdiagnosen aus dem Bereich F00-F03 sind jedoch zum überwiegenden Teil der HMG058 zugeordnet, die von der HMG0012 dominiert wird.</p> <p>DAK-G: Der ICD U63.-! ist im ICD-10-GM als Zusatzcode zu F00 bis F03 vorgesehen. Die ICD F00 bis F03 sind bisher in den HMG 12 und 58 abgebildet. Alle neuen ICD werden im Entwurf 2024 der HMG 12 zugeordnet.</p> <p>TK et al.: Weitere Symptome in Verbindung mit Demenz: Die sekundären und optionalen Schlüsselnummern sollten nur in bestimmten Fällen zur Mehrfachkodierung angewendet werden und nicht ohne die dazugehörige ICD-Kodierung der eigentlichen Erkrankung (Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik, Version 2023, Seite 15 bis 16) vergeben werden.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Vor dem Hintergrund, dass es sich bei den Diagnosen aus dem Bereich U63.- um Sekundär Diagnosen handelt und der überwiegende Teil der Primär Diagnosen der HMG0058 zugeordnet ist, sollte die Zuordnung der U63.- Diagnosen zur HMG0058 erfolgen. Sobald Daten verfügbar sind, sollte die Zuordnung überprüft werden.</p> <p>DAK-G: Alle U63.-! sollten zur niedrigsten Demenz-HMG 58 zugeordnet werden. Eine Überprüfung der HMG-Zuordnung 12/58 sollte bei Datenverfügbarkeit erfolgen. Alternativ könnten die ICD U63.-!, da es sich um Zusatzcodes handelt, bis zur Berechnung bei Datenverfügbarkeit auch in der Krankheit 501 ausgeschlossen werden.</p> <p>TK et al.: Solange noch nicht klar ist, ob Demenzen mit diesen psychischen oder Verhaltensstörungen (ICD-10 Kodes U63.-!) einen höheren Behandlungs- und Kostenaufwand erfordern, sollte eine Eingliederung in die HMG0058 erfolgen. Später sollte auf Basis der dann verfügbaren entsprechend kodierten Morbiditätsdaten eine Analyse erfolgen, ob eine entsprechende Schweregraddifferenzierung und Verschiebung in die HMG0012 sinnvoll wäre (Vorgehen analog zu Eingruppierung neuer ICD-Kodes J-- in die Hierarchie 19).</p>
						GKV-SV, DAK-G, TK et al.

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
Anpassung DxG-HMG-Zuordnung		0255, 0256, 0257, 0258, 0926	0051, 0052		Alkohol- und Drogenmissbrauch wird im Klassifikationsmodell derzeit über die beiden HMGs 51 „Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose“ und 52 „Alkohol- oder Drogenabhängigkeit“ abgebildet. AOK-interne Analysen zeigen, dass die DxGs, die den Drogenmissbrauch abbilden, unterdeckt sind (DxG 256 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen außer Alkohol“, DxG 258 „Drogenabhängigkeit“, 926 „Opiatsubstitution“), während die DxGs, die den Alkoholmissbrauch abbilden, überdeckt sind (DxG 255 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“, DxG 257 „Alkoholabhängigkeit“). Vorschlag: Vorgeschlagen wird eine Trennung der beiden Sachverhalte. Konkret sollen zwei neue HMGs für den Drogenmissbrauch gebildet werden, die hierarchisch jeweils über denen des Alkoholmissbrauchs stehen (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2022).	AOK-BV
ATC-Ergänzung		0262	0054	N06AA, N06AB, N06AX, N06BA	Die schizoaffective Störung ist eine psychische Störung, die sowohl Symptome der Schizophrenie als auch der bipolaren affektiven Störung in sich vereint. Zusätzlich zu den Stimmungsbeschwerden durch eine affektive Störung (wie Depression oder Manie) treten hier Symptome wie Wahn oder Halluzinationen aus dem schizophrenen Formenkreis auf. Im Klassifikationsmodell ist die schizoaffective Störung über die DxG 262 „Schizophrenie und schizotype Störungen“ abgebildet (Arzneimittel obligat/chronisch). Gemäß der Empfehlung der S3-Leitlinie Schizophrenie der DGPPN solle bei persistierenden depressiven Symptomen trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie, sofern die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt sind, eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie angeboten werden. Vorschlag: Konkret regen wir an, ATC-Kodes aus der Gruppe der Antidepressiva zur Arzneimittelvalidierung der DxG 262 zu ergänzen: N06AA „Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer“, N06AB „Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer“ und N06AX „Andere Antidepressiva“. Des Weiteren werden laut Leitlinie bei ausgeprägter Erregung, Angst und innerer Unruhe auch Benzodiazepinen zur zeitlich befristeten Behandlung empfohlen. Wir schlagen daher vor, auch den ATC N06BA „Benzodiazepin-Derivate“ zu ergänzen [vgl. auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2022].	AOK-BV
Aufgreifkriterium		0087, 0262, 0838, 0839	0054, 0055, 0058	N01AX14	Esketamin mit Zulassung für schwere Depression. Vorschlag: Ergänzung des ATC-Kodes N01AX14.	BKK DV
9 Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“						
Altersgrenze		0008	0008		Die HMG0008 umschreibt Entwicklungsstörungen, die insbesondere im Kindes- und Jugendalter kostenrelevant sind. In der Klassifikation ist die maximale Altersgrenze bei 124. Vorschlag: Änderung der Altersgrenze auf 17 Jahre.	BKK DV

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
10	Hierarchie 13 „Erkrankungen /Verletzungen der Wirbelsäule“						
	ATC-Zuordnung		1332	0296	A07AA	Das BAS schlägt eine Ergänzung der berücksichtigungsfähigen Wirkstoffgruppen um A07AA vor. Hintergrund hierfür ist vermutlich die Zuordnung von Rifamycin auch zu dieser Wirkstoffgruppe. Bei der Wirkstoffgruppe A07AA handelt es sich jedoch um intestinale Antiinfektiva, die aufgrund ihrer lokalen Wirkung im Darm zur Behandlung von bakteriellen Infektionen des Darms sowie zur topischen Behandlung von Hefepilzinfektionen des Darms eingesetzt werden. Aufgrund ihrer fehlenden systemischen Wirksamkeit ist ihr Einsatz zur Behandlung einer Wirbelkörperinfektion ungeeignet. Vorschlag: Aus den genannten Gründen sollte die Zuordnung überprüft und der ATC-Code gestrichen werden.	GKV-SV, BARMER
	ICD-Verschiebung	M46.8-M46.89 und M46.9-M49.99	1272	0211		Wir empfehlen eine Durchsicht der Diagnosen in der Klassifikation, die laut Leitlinien und Kodierrichtlinien ebenfalls zu den WS-Infektionen gehören. Neben der M46.5 (Sonstige infektiöse Spondylopathien) fehlt (DxG0701 Sonstige infektiöse Spondylopathien). Hier ist ebenfalls eine Infektion (Infektionserreger sind zusätzlich zu kodieren aus ICD B95-B98) die Ursache und die Diagnose gehört nomenklatorisch ebenfalls zu den Infektionen der Wirbelsäule. Laut Leitlinie (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/151-001I_S2k_Diagnostik-Therapie-Spondylodisitis_2020-10.pdf) zählen auch die M46.8 und M46.9 zu den WS-Infektionen (siehe dazu Seite 22-24). Vorschlag: Verschiebung der M46.8* und M46.9* in die DXG1332/ HMG0296.	BKK DV
	ATC-Ergänzung					Wir freuen uns, dass das BAS die von GKV-SV, BKK DV und IKK e. V vorgeschlagene Ausweitung der Wirkstoffliste zum Aufgreifen der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ aufgegriffen und in den Festlegungsentwurf übernommen hat. Die Zielgenauigkeit des Modells wird dadurch erhöht.	IKK e. V
	Hierarchiekonsolidierung			0211, 0993		Die HMG0211 „Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens“ umfasst 11.342.090 N und beinhaltet eine Reihe von ICD-Kodes mit Bezeichnungen „sonstige“ sowie „nicht näher bezeichnet“ bzw. 4. Stelle „.8“ oder „.9“. Die HMG0993 „Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens“, die von der 0211 dominiert wird, beinhaltet nur 1.984.642 N. Vorschlag: Wir sehen die Überprüfung einer möglichen Verschiebung der unspezifischen ICD-Kodes in die HMG0993 als notwendig an.	TK et al.
11	Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“						
	Altersgrenze	G35.x	0325, 0846	0072, 0234		Begründung für das Mindestalter von 15? 3-7 % der MS Patienten erhalten die Diagnose vor dem 18. Lebensjahr. In Einzelfällen tritt sie vor dem 5. Geburtstag, sehr selten vor dem 10. Lebensjahr auf. Diese Patienten erhalten Therapieoptionen (zugelassen und/oder off-label). Vorschlag: Herabstufung des Mindestalters.	DMSG BV/ BAG-Selbsthilfe

III	Anpassungen der Hierarchien					
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:
	Aufgreifkriterium	G35.x	0846	0234		<p>Verstehen wir es richtig, dass bei bestimmten MS-Erkrankten eine stationäre Behandlung erforderlich ist um beim MorbiRSA Berücksichtigung zu finden?</p> <p>Vorschlag: Wenn ja, fänden wir es sinnvoll hier mit einzubeziehen, dass es mittlerweile viele (kostenintensive) MS-Therapie gibt, die nur ambulant erfolgen und eine stationäre Behandlung nicht unbedingt im relevanten MorbiRSA Kalenderjahr aufkommt. Auch die allgemeinen Bestrebungen mehr zu ambulantisieren, für MS beispielsweise die Schubbehandlung, sollte Berücksichtigung finden.</p>
	Aufgreifkriterium	G90.5 bis G90.7	1333	0080	H02AB, M03AX, M05BA, M05BB, N01AX, N01BB, N01BX, N02AA, N02AB, N02AC, N02AD, N02AE, N02AF, N02AG, N02AJ, N02AX, N02BF, N03AF, N06AA, N06AX, N06DX	<p>Die Diagnosen G90.5 bis G90.7 (DxG1333) umfassen das komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS), welches nach Verletzungen oder operativen Eingriffen an den oberen oder unteren Extremitäten auftreten kann. Es äußert sich durch Schmerzen, Schwellungen, Rötungen, Überwärmung und Funktionsverlust der Gliedmaßen, ohne dass eine Infektion vorliegt. Maßgebliches Kriterium für die Diagnosestellung ist ein anhaltender Schmerz. Als Therapie empfiehlt die Leitlinie neben der T. der medikamentösen Therapie chronischer (neuropathischer) Schmerzen auch Bisphosphonate, Glucocorticoide, Antikonvulsiva sowie bei Therapieresistenz auch Ketamin/Memantine.</p> <p>Vorschlag: Herauslösung der Diagnosen G90.5 bis G90.7 aus der HMG0080 und Prüfung einer AM Validierung mit H02AB, M03AX, M05BA, M05BB, N01AX, N01BB, N01BX, N02AA, N02AB, N02AC, N02AD, N02AE, N02AF, N02AG, N02AJ, N02AX, N02BF, N03AF, N06AA, N06AX, N06DX.</p>
	Aufgreifkriterium	G50.0	0337	0080		<p>Die Diagnose G50.0 umschreibt die Trigeminusneuralgie, die in erster Linie medikamentös behandelt wird.</p> <p>Vorschlag: Prüfung einer AM Validierung.</p>

DMSG BV/
BAG-
Selbsthilfe

BKK DV

BKK DV

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
Aufgreifkriterium		1256	0080		<p>Die Auswahl der ATCs für Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation ist sehr umfangreich und z.T. unspezifisch.</p> <p>Für eine angemessene Berücksichtigung schwererer Krankheitsverläufe und der damit verbundenen Kostengewichte wäre u. E. die Therapie mit Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Antagonisten (ATC-Gruppe N02CD) gesondert zu berücksichtigen. Hiermit würde eine kleiner werdende Teilmengen von Arzneimitteln (N02CD) abgegrenzt.</p> <p>Dieser pyramidale Ansatz ist im aktuellen Klassifikationsmodell auch bei anderen Krankheitsbilder so hinterlegt, wodurch bestimmte Therapiestufen oder Schweregraden abgebildet werden. Ein Beispiel: dafür sind die Rheumatoiden Erkrankungen mit Dauermedikation I (HMG 312) und II, (HMG 311). Hierbei finden sich spezifische teurere Arzneimittel (L01FA, L04AA, L04AB, L04AC) in der dominierenden HMG 311.</p> <p>Eine von den Betriebskrankenkassen durchgeführte Neuberechnung anhand von BKK-Daten ergab bei Einführung einer weiteren dominierenden HMG für Migräne mit Dauermedikation mit Eingrenzung auf die ATC-Gruppe N02CD eine Verbesserung der Gütemaße.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir bitten um die Überprüfung der Einführung eines „pyramidalen Systems“ mit der Einführung einer weiteren HMG mit Eingrenzung auf die ATC-Gruppe N02CD. Zu den bereits bestehenden DxGs Migränekopfschmerz ohne Dauermedikation (DxG 513) und Sonstiger und Sonstiger und n.n.bez. Migränekopfschmerz ohne Dauermedikation (DxG 955) und Migränekopfschmerz mit Dauermedikation (DxG 1256), würde dann eine weitere -die anderen 3 DxGs dominierende- HMG hinzukommen. Diese zusätzliche dominierende HMG würde dann nur mit der ATC-Gruppe N02CD als Dauermedikation validiert.</p>	BKK DV
Aufgreifkriterium		1251	0307		<p>Wir begrüßen ausdrücklich die -auf unseren Vorschlag hin- erfolgte Einführung der DxG1251 mit dem Klassifikationsmodell 2023.</p> <p>Über die validierenden ATCs erfolgt eine Abgrenzung der schweren Polyneuritiden zu anderen Neuropathien, die sich in Verlauf, Schweregrad und Therapie deutlich unterscheiden. Die für die DxG1251 hinterlegten ATCs sind entsprechend nur für schwere Polyneuritiden (G61.1-9) klinisch relevant. Deshalb sollte für diese DxG eine Eingrenzung auf diese ICDs erfolgen. Ebenso regen wir eine Umbenennung der DxG1251 von „Polyneuropathie mit Dauermedikation“ in „Schwere Polyneuritis mit Dauermedikation“ an.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir empfehlen die Eingrenzung der ICDs in der DxG 1251 auf schwere Polyneuritiden (G61.1-9) und eine Umbenennung der DxG1251 von „Polyneuropathie mit Dauermedikation“ in „Schwere Polyneuritis mit Dauermedikation“.</p>	BKK DV

III Anpassungen der Hierarchien							
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:		
ICD-Zuordnung	U09.-! U07.4!	0279	0080		Bei den ICD-10-GM handelt es sich Zusatzcodes, die eine andere Diagnose spezifizieren. Sekundäre Schlüsselnummern dürfen nicht als alleinige Schlüsselnummer verwendet werden. Je nach Abbildung in der Klassifikation sind mehrere HMG-Zuweisungen möglich. Vorschlag: Prüfung auf die Bedeutung im Rahmen der „HMG-Komorbidität“, wobei der Sachverhalt hier keine „echte“ (gleichzeitige) Komorbidität darstellt, sondern „lediglich“ die Information zu einem Zusammenhang zu einer zurückliegenden Covid-19 enthält.	DAK-G	
ICD-Verschiebung	A52.1 bis A52.3	0671	0362		alle ICD aus dem Bereich Syphilis (alle anderen A52 befinden sich bereits dort) sollte in die Hierarchie 01 verschoben werden. Vorschlag: Verschiebung in DxG0444/ HMG0004 der Hierarchie 01.	BKK DV	
12 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“							
ATC-Ergänzung		0354, 0355, 0367, 0368, 0369, 0376, 0539		C01DX22	Vericiguat (C01DX22) ist zur Behandlung einer Herzinsuffizienz zugelassen. Der ATC-Kode bzw. die ATC-Wirkstoffgruppe fehlt jedoch in der Anlage 3 für die DXGs, die Krankheitsausprägungen einer Herzinsuffizienz abbilden. Vorschlag: Ergänzung von Vericiguat zu den bestehenden DXG-ATC-Zuordnungen. Dabei sollte geprüft werden, ob eine Zuordnung auf ATC-5- oder ATC-7-Stellerebene zielführender ist.	GKV-SV	
ATC-Ergänzung		0367, 0368, 0369	0079, 0082	A10BK	Im November 2020 wurde mit Dapagliflozin erstmals ein Natrium-Glucose-Cotransporter 2 (SGLT2)-Inhibitor für Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz unabhängig vom Vorliegen von Diabetes mellitus zugelassen und im weiteren zeitlichen Verlauf auch weiteren SGLT-2-Inhibitoren die Zulassung für die Behandlung von Herzinsuffizienz ohne Diabetes mellitus erteilt. Zugrunde liegen dieser Zulassung Studien, die eine Risikoreduktion für Hospitalisierung und kardiovaskulären Tod um 26 % für Patienten mit Herzinsuffizienz ohne Diabetes unter der Therapie mit Dapagliflozin zeigen und dies im Folgenden für weitere SGLT-2-Antagonisten bestätigt werden konnte. Die Empfehlung der Behandlung mit SGLT-2-Inhibitoren auch für Patienten mit Herzinsuffizienz ohne Diabetes, die mit einem ACE-Hemmer oder einem AT2-Antagonisten, einem Betarezeptorenblocker und einem Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten symptomatisch sind, wurde bereits in die Konsultationsfassung der Nationalen Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz aufgenommen. Vorschlag: Es wird vorgeschlagen, SGLT-2-Inhibitoren (ATC A10BK) in die Arzneimittelzuordnung der DxGs 367 „Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)“, 368 „Schwerwiegende Herzinsuffizienz (> 74 Jahre)“ und 369 „Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz“ aufzunehmen [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2022].	AOK-BV	

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
	ATC-Ergänzung	I27.0	0356, 0345	0078, 0081	B01AC21	Der Wirkstoff Treprostinil (ATC B01AC21) ist seit 7. April 2020 als neues Orphan-Arzneimittel zur Behandlung von chronisch thromboembolischer, pulmonaler Hypertonie (PAH) zugelassen. Die Jahrestherapiekosten liegen bei etwa 730.000 €. Vorschlag: Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen wird vorgeschlagen, Patienten mit pulmonaler Herzkrankheit (ICD I27.0) und Treprostiniltherapie über den ATC-Kode B01AC21 zu differenzieren und diese in einer höherwertigen HMG am oberen Ende des Hierarchiestrangs zu berücksichtigen.	AOK-BV
	ATC-Ergänzung		0354, 0355, 0367, 0368, 0369, 0376, 0385, 0539	0079, 0082, 0083, 0091, 0131	A10BK	SGLT2-Inhibitoren mit Zulassungserweiterung für Herzinsuffizienz. Sehr pos. Bewertung in früher Nutzenbewertung nach § 35, Aufnahme Leitlinien etc. Vorschlag: Ergänzung des ATC-Kodes A10BK zur schon bestehenden ATC-Liste.	BKK DV
	ATC-Ergänzung		354, 355, 367, 368, 369, 376, 385, 539	79, 82, 83, 91, 131	C01DX22	Vericiguat mit Zulassung für Herzinsuffizienz. Vorschlag: Ergänzung des ATC-Kodes C01Dx zur schon bestehenden ATC-Liste.	BKK DV
	ATC-Ergänzung					Schwerpunktsetzung bei der diesjährigen Überarbeitung war insbesondere die Prüfung der noch offenen Vorschläge des GKV-SV zur Arzneimittelvalidierung. Vorschlag: Aus unserer Sicht steht eine Überprüfung der Vorschläge zur Berücksichtigung der Natrium-Glucose-Cotransporter 2 (SGLT2-Inhibitoren; ATC A10BK) in den DxGs welche die Herz- bzw. Niereninsuffizienz betreffen immer noch aus.	IKK e. V

III	Anpassungen der Hierarchien					
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:
	ATC-Ergänzung				A10BK	<p>Im Kapitel I 2 legt das BAS dar, dass es die Vorschläge des GKV-SV zur Arzneimittelvalidierung vollumfänglich bearbeitet. In der Folge hätten dann auch die Vorschläge zur Berücksichtigung der Natrium-Glucose-Cotransporter 2 (SGLT2-Inhibitoren; ATC A10BK) in den DxGs welche die Herz- bzw. Niereninsuffizienz betreffen geprüft werden müssen.</p> <p>Vorschlag: Berücksichtigung des ATC-Kode A10BK in den DxG0354, 0355, 0367, 0368, 0369, 0376, 0539 (S. Anlage 1 FLE 2024).</p>
	Alterssplits		0346, 0371	0085		<p>Im Strang 1 sind in der HMG0085 „Sonstige Anomalien des Herzens...“ unter anderem die DxG0346 „Endokarditis an der Mitral- oder Aortenklappe (< 80 Jahre)“ und die DxG0371 „Endokarditis an der Mitral- oder Aortenklappe (> 79 Jahre)“ einsortiert. IKK interne Analysen zeigen ähnliche Kostenschätzer in der DxG0346 und der DxG0371. Die DxG0346 sowie die DxG0371 bezeichnen beide eine Endokarditis an der Mitral- und Aortenklappe, obwohl die überwiegende Anzahl der Diagnosen der erworbenen Erkrankungen der Aorten- bzw. Mitralklappe zugeordnet ist.</p> <p>Vorschlag: Wir schlagen eine Aufhebung des Alterssplits sowie eine Zusammenlegung der DxG0346 und der DxG0371 zu der DxG0346 vor. Für die neue DxG0346 schlagen wir die Bezeichnung „Erworbene Erkrankungen der Aorten- und Mitralklappe/ Endokarditis“ vor.</p>
	Alterssplits		0391, 0348, 0349	0090, 0092		<p>Im Strang 2 sind die beiden HMGs 0090 und 0092, die die näher bezeichnete Arrhythmien abbilden und beide mit einem Alterssplit versehen sind, einsortiert. Die Diagnosen unterscheiden sich in den beiden HMGs nicht. Im Laufe der Jahre haben sich die Kostenschätzer immer weiter angenähert. Betrag der Kostenschätzerabstand in der Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2023 noch ca. 150 €, so beträgt er lt. Anlage 6a in diesem Ausgleichsjahr nur noch ca. 75 €.</p> <p>Vorschlag: In den Analysen des IKK e. V hat sich gezeigt, dass durch die Aufhebung des Alterssplits die Gütemaße nicht verändern. Wir regen daher die Aufhebung des Alterssplits und die Zusammenlegung der HMG0090 und HMG0092 zu der neuen HMG0090 „Näher bezeichnete Arrhythmien“ mit der alleinigen DxG0391 „Vorhoffarrhythmie“ an. Die HMG0092 „Näher bezeichnete Arrhythmien <55 bzw.>79 Jahre“ mit der DxG0348 und der DxG0349 wird aufgelöst.</p>

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
Alterssplits		0368, 0367, 0369, 0370	0082, 0079		<p>Aus medizinischer Sicht ist es sinnvoll die schwerwiegende von der mittelgradigen Herzinsuffizienz abzutrennen, da es sich hierbei zwar um eine Krankheitsentität handelt, sich jedoch klinisches Bild und Behandlungsaufwand in beiden Stufen der Erkrankung unterscheiden.</p> <p>Vorschlag: Wir schlagen die Aufhebung des Alterssplits für die schwerwiegende Herzinsuffizienz vor. Die DxG0368 „Schwerwiegende Herzinsuffizienz > 74 Jahre“ in der HMG0082 wird aufgelöst und in einer DxG0367 „Schwerwiegende Herzinsuffizienz“ in der HMG0079 zusammengefasst. Die DxG0369 „Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz“ sowie die DxG0370 „Näher bez. Kardiomyopathie“ verbleiben in der HMG0082 mit der neuen Bezeichnung „Kardiomyopathie und sekundäre Rechtsherzinsuffizienz“.</p>	IKK e. V
DxG-Bezeichnungsänderung		0347, 0372	0085		<p>Die DxG0347 und die DxG0372 haben die Bezeichnung „Erkrankung der Aorten- oder Mitralklappe“, obwohl hier die ICD-Kodes den Erkrankungen an den Pulmonal- sowie Trikuspidalklappen zugeordnet sind.</p> <p>Vorschlag: Beide DxGs sind umzubenennen in „Erworbene Erkrankungen der Pulmonal- oder Trikuspidalklappe ...“ (< 80 Jahre bzw. > 79 Jahre) vor.</p>	IKK e. V
Hierarchiekonsolidierung			0077, 0290		<p>Zusammenlegung HMG0077 und 0290 wegen Hierarchieverletzung.</p> <p>Vorschlag: Bei Wechsel der Datenbasis auf Jahre 23/24 gibt es ggf. keine Hierarchieverletzung mehr. Solche Hierarchieverletzungen könnten dem iterativen Algorithmus zur Berechnung der Regressionskoeffizienten überlassen werden.</p>	BARMER
Hierarchiekonsolidierung		0347, 0372	0085		<p>Im Strang 1 sind in der HMG0085 „Sonstige Anomalien des Herzens...“ unter anderem die DxG0347 „Erkrankungen der Mitralklappe (< 80 Jahre)“ und die DxG0372 „Erkrankungen der Mitralklappe (> 79 Jahre)“ einsortiert. IKK interne Analysen zeigen ähnliche Kostenschätzer in der DxG0347 und der DxG0372.</p> <p>Vorschlag: Für die DxG0347 und die DxG0372 schlagen wir eine Zusammenlegung zu der DxG0347 vor. Für die neue DxG0347 schlagen wir die Bezeichnung „Erworbene Erkrankungen der Pulmonal- oder Trikuspidalklappe“ vor. Aufgrund ihres Kostenschätzers sollte die neue DxG0346 aus der HMG0085 ausgegliedert und in die HMG0300 „Sonstige Herzfehler“ einsortiert werden. Die neue DxG0347 verbleibt in der HMG0085. Die DxG0371 und DxG0372 sind aufgelöst.</p>	IKK e. V
Hierarchiekonsolidierung			0090, 0092		<p>Die Diagnosen der beiden HMGs unterscheiden sich nicht. Im Laufe der Jahre haben sich die Kostenschätzerabstände bis auf 75 € angenähert.</p> <p>Vorschlag: Aufhebung des Alterssplits und Zusammenlegung zur HMG0090 mit der DxG0391. Die HMG0092 mit der DxG0348 und der DxG0349 wird aufgelöst.</p>	IKK e. V

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
Überarbeitung der Hierarchie			0085		<p>In der Hierarchie 16 finden sich in jedem Hierarchiestrang DxGs mit Alterssplits. Eine Überprüfung der Kostenschätzer und deren Abstände sowie die kostenhomogene Zusammensetzung der HMGs ist in den letzten Jahren immer nur bei Bedarf, z.B. im Fall von Hierarchieverletzungen oder zu geringen Kostenschätzerabständen erfolgt.</p> <p>Im Strang 1 sind in der HMG0085 „Sonstige Anomalien des Herzens...“ unter anderem die DxG0346 „Endokarditis an der Mitral- oder Aortenklappe (< 80 Jahre)“, die DxG0371 „Endokarditis an der Mitral- oder Aortenklappe (> 79 Jahre)“ sowie die DxG0347 „Erkrankungen der Mitral- oder Aortenklappe (< 80 Jahre)“ und die DxG0372 „Erkrankungen der Mitral- oder Aortenklappe (> 79 Jahre)“ einsortiert. IKK interne Analysen zeigen ähnliche Kostenschätzer bei der DxG0346 und der DxG0371 sowie bei der DxG0347 und der DxG0372.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Der IKK e. V schlägt eine umfassende Überarbeitung der Hierarchie 16 vor (ausführliche Erläuterung siehe Stellungnahme).</p>	IKK e. V
13 Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“						
ICD-Verschiebung	T69.0, T69.1	1244	0361		<p>Die Überprüfung der Diagnosen, welche der HMG0361 zugeordnet werden, ergab einige Implausibilitäten. Hiervon betroffen ist die DxG1244 „Schäden und n.n.bez. Schäden durch äußere Ursachen“ mit den beiden ICD-Kodes T69.0 „Kälte-Nässe-Schaden der Hände oder Füße“ sowie T69.1 „Frostbeulen“. Aus medizinischer Sicht ist die Einordnung in Analogie zu den Erfrierungen in der Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ angezeigt.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Die ICD-Kodes T69.0 und T69.1 sollten der DxG1262 „Verbrennungen moderaten Schweregrads“ zugeordnet werden. Diese ist umzubenennen in „Verbrennungen und Erfrierungen moderaten Schweregrads“. Das Vorgehen erfolgt in Analogie zu der DxG1058 „Sonstige und n.n.bez. Erfrierungen“ in der darüberstehenden HMG0150 „Dekubitalgeschwüre...Verbrennungen/Erfrierungen“ in Strang 2 derselben Hierarchie.</p>	IKK e. V
ICD-Verschiebung	T70.0, T70.1, T70.2, T70.3	1244	0361		<p>In der Folge eines Barotraumas kommt es auf dem Boden einer akuten Innenohrschädigung zumindest zu einem vorübergehenden Hörverlust, der auch dauerhaft fortbestehen kann. Um Doppelzuschläge zu vermeiden sollten die ICD-Kodes T70.0 „Barotrauma des Ohrs“, T70.1 „Barotrauma der Nebenhöhlen“, T70.2 „Sonstige Schäden durch große Höhe“ sowie T70.3 „Caisson Krankheit“ der DxG0483 „Hörverlust“ zugeordnet und in die Hierarchie 29 verschoben werden.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Verschiebung der ICD-Kodes in die DxG0483 „Hörverlust“ zugeordnet und aufgrund ihrer Kostenschätzer in die HMG0201 in der Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“. Die DxG0483 wird umbenannt in „Hörverlust sowie Barotrauma des Ohres und der Nebenhöhlen“.</p>	IKK e. V

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
Hierarchiekonsolidierung		0983	0722, 0361		<p>Die DxG0983 enthält als alleinigen ICD Kode „Aneurysma und Dissektion sonstiger näher bezeichneter Arterien“. Die spezifischen ICD-Kodes sind der HMG0109 zugeordnet. IKK-interne Untersuchungen deuten nach der Ausgliederung der vorgenannten ICD-Kodes T70.0-3 in die Hierarchie 29 eine Annäherung der Kostenschätzer für die beiden HMGs 0722 und 0361. Aufgrund der niedrigen Besetzungszahlen in der höherstehenden HMG0722 und geringer Kostenschätzerabstände, die auch nach Ausgliederung der vorgenannten ICD-Kodes T70.0-3 zwischen der HMG0722 „Sonstiges und n.n.bez. art. Aneurysma (excl. der Aorta)“ und der HMG0361 „Erkrankungen der Kapillaren...“ bestehen. schlagen wir eine Zusammenlegung der beiden HMGs mit Integration der DxG0983 „Sonstiges und n.n.bez. arterielles Aneurysma (exkl. der Aorta)“ in die HMG0361 vor.</p> <p>Vorschlag: Aufgrund geringer Kostenschätzerabstände, die auch nach Ausgliederung der oben genannten Diagnosen bestehen bleiben, zwischen der HMG0722 „Sonstiges und n.n.bez. art. Aneurysma (exkl. der Aorta)“ und der HMG0361 „Erkrankungen der Kapillaren ...“ schlagen wir eine Zusammenlegung der beiden HMGs mit Integration der DxG0983 „Sonstiges und n.n.bez. arterielles Aneurysma (exkl. der Aorta)“ in die HMG0361 vor. Die Gütemaße bleiben unverändert. Die neue Bezeichnung der HMG0361 lautet „Erkrankungen der Kapillaren, arterielle Embolie und Thrombose, Aortenaneurysma ohne Ruptur sowie sonstige Aneurysmen“.</p>	IKK e. V
14 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“						
ATC-Zuordnung		0013	0213	A01AB	<p>Unter dem ATC-Kode A01AB sind die Antiinfektiva und Antiseptika zur oralen Lokalbehandlung klassifiziert. Diese haben keine systemische Wirksamkeit.</p> <p>Vorschlag: Aufgrund der fehlenden systemischen Wirksamkeit sind die Antiinfektiva und Antiseptika zur oralen Lokalbehandlung zur Behandlung einer Kandidose der Lunge ungeeignet. Der ATC-Kode sollte gestrichen werden.</p>	GKV-SV
ATC-Zuordnung		0013	0213	A07AA	<p>Bei der Wirkstoffgruppe A07AA handelt es sich um intestinale Antiinfektiva, die aufgrund ihrer lokalen Wirkung im Darm zur Behandlung von bakteriellen Infektionen des Darms sowie zur topischen Behandlung von Hefepilzinfektionen des Darms eingesetzt werden.</p> <p>Vorschlag: Aufgrund der fehlenden systemischen Wirkung sollte die Zuordnung überprüft und der ATC-Kode gestrichen werden.</p>	GKV-SV

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
ATC-Zuordnung		0015	0213	J01EC	<p>Eine Pneumozystose wird in der Regel mit Cotrimoxazol, einer Kombination aus Trimethoprim/Sulfamethoxazol, behandelt. Das BAS schlägt vor, neben dem bereits zugeordneten ATC-Kode J01EE Kombinationen von Sulfonamiden und Trimethoprim, inkl. Derivate zusätzlich den ATC-Kode J01EA Trimethoprim und Derivate zu ergänzen. Da die Behandlung immer als Kombination von Trimethoprim und Sulfamethoxazol erfolgt, müsste analog zur DXG0932 auch der ATC-Kode J01EC Mittellang wirkende Sulfonamide berücksichtigt werden, da hier u.a. Sulfamethoxazol enthalten ist.</p> <p>Vorschlag: Ergänzung ATC-Kode J01EC Mittellang wirkende Sulfonamide.</p>	GKV-SV
ATC-Zuordnung		0023, 1296, 1297	0316, 0215	D11AH05	<p>Aufgrund einer Indikationserweiterung ist Dupilumab (ATC D11AH05, Handelsname Dupixent) seit Mai 2019 zur Behandlung von schwerem Asthma zugelassen. Der ATC-Kode ist für die genannte DXG in der Anlage 3 des Festlegungsentwurfs nicht enthalten.</p> <p>Vorschlag: Für die genannten DXGs ist die Anlage 3 um den ATC-Kode D11AH05 zu ergänzen.</p>	GKV-SV, AOK-BV, BKK DV
ATC-Zuordnung		0449	0217	H02AB	<p>Die Abbildung der Mukoviszidose im Klassifikationsmodell wurde angepasst und im Zuge dessen die für die DXG0449 relevanten Arzneimittelwirkstoffe überprüft. Es wird u.a. vorgeschlagen, die systemisch wirkenden Glukokortikoide (H02AB) zu streichen. Es ist denkbar, dass bei nicht ausreichender Wirksamkeit der inhalativen Glukokortikoide eine systemische Gabe notwendig wird. Eine Auswertung des Deutsches Mukoviszidose-Register Berichtsband 2021 legt nahe, dass systemisch wirkende Steroide, wenn auch in geringem Maße, Bestandteil der Therapie sind.</p> <p>Vorschlag: Es wird vorgeschlagen, die Streichung zu überprüfen.</p>	GKV-SV
ATC-Zuordnung		0449	0217	J01CE, J01CF	<p>Für die DXG0449 Mukoviszidose (>11 Jahre) werden im Bereich der Penicilline ATC-Kodes gestrichen und neue zugeordnet. Hierdurch ergibt sich eine inkonsistente Zuordnung.</p> <p>Vorschlag: Um eine konsistente Zuordnung im Bereich der Penicilline zu erreichen, sollte der ATC-Kode J01CF beibehalten und der ATC-Kode J01CE zusätzlich berücksichtigt werden.</p>	GKV-SV
ATC-Zuordnung		0449	0217	J01DI	<p>Die Streichung des ATC-Kodes J01DI kann inhaltlich nicht nachvollzogen werden. Die Wirkstoffgruppe enthält jedoch u. a. Cephalosporine der 5. Generation. Die hier klassifizierten Wirkstoffe Ceftarolin und Ceftobiprol weisen eine breite Wirkung gegen grampositive und gramnegative Bakterien auf.</p> <p>Vorschlag: Es wird gebeten, die Streichung zu erläutern.</p>	GKV-SV

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
ATC-Zuordnung		0464	0113	J01DI	Es wird vorgeschlagen, die Gruppe J01DI für die DXG0464 zu streichen. Die Wirkstoffgruppe enthält jedoch u. a. Cephalosporine der 5. Generation, die zur Behandlung von erworbenen Pneumonien eingesetzt werden. Ceftarolin und Ceftobiprol weisen eine breite Wirkung gegen grampositive und gramnegative Bakterien auf. Dies ist auf seine hohe Affinität zu modifizierten Penicillin-bindenden Proteinen zurückzuführen. Ceftarolin kann dadurch die Synthese der Bakterienzellwand auch bei Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) sowie Penicillin-resistenten Streptococcus pneumoniae (PNSP) und Ceftobiprol bei den Methicillin-resistenten Bakterien Staphylococcus aureus (MRSA), Streptococcus pneumoniae (Penicillin-intermediäre Stämme), Streptococcus pneumoniae (Penicillin-resistente Stämme) und Enterococcus faecalis hemmen. Vorschlag: Da in der DXG0464 u.a. Pneumonien enthalten sind, die durch Streptococcus pneumoniae und andere Streptokokken verursacht sind, sollte der ATC-Kode J01DI nicht gestrichen werden.	GKV-SV
ATC-Zuordnung		0465	0518	J01CE	Die Streichung ist nicht nachvollziehbar, da Beta-Lactamase-sensitive Penicilline therapeutische Relevanz besitzen und ggf. mit den zugeordneten Beta-Lactamase-Inhibitoren kombiniert werden können. Vorschlag: Beibehaltung der Zuordnung von J01CE.	GKV-SV
ATC-Zuordnung		0467	0113	J01CE	Die Streichung ist nicht nachvollziehbar, da Beta-Lactamase-sensitive Penicilline therapeutische Relevanz besitzen und ggf. mit den zugeordneten Beta-Lactamase-Inhibitoren kombiniert werden können. Vorschlag: Beibehaltung der Zuordnung von J01CE.	GKV-SV
ATC-Zuordnung		0467	0113	J01DI	Die Wirkstoffgruppe enthält u. a. Cephalosporine der 5. Generation. Ceftarolin und Ceftobiprol weisen eine breite Wirkung gegen grampositive und gramnegative Bakterien auf. Vorschlag: Da bereits andere Antibiotika mit vergleichbarem Wirkspektrum zugeordnet sind, sollte die Ergänzung des ATC-Kodes J01DI für die DXG0467 geprüft werden.	GKV-SV
ATC-Zuordnung		0467	0113	B06AC	In der DXG befinden sich ICD-Kodes, die eine virale Pneumonie dokumentieren. Das BAS schlägt vor, den ATC-Kodes B06AC zu ergänzen. Die hierunter klassifizierten Wirkstoffe sind jedoch ausschließlich zur Behandlung des hereditären Angioödems zugelassen, weshalb die Neuordnung nicht nachvollziehbar ist. Vorschlag: Erläuterung der getroffenen Zuordnung und ggf. Streichung.	GKV-SV

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
	ATC-Zuordnung		0468	0113	J01DI	Es wird vorgeschlagen, die Gruppe J01DI für die DXG0464 zur streichen. Die Wirkstoffgruppe enthält jedoch u. a. Cephalosporine der 5. Generation, die zur Behandlung von erworbenen Pneumonien eingesetzt werden. Ceftarolin und Ceftobiprol weisen eine breite Wirkung gegen grampositive und gram-negative Bakterien auf. Dies ist auf seine hohe Affinität zu modifizierten Penicillin-bindenden Proteinen zurückzuführen. Ceftarolin kann dadurch die Synthese der Bakterienzellwand auch bei Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) sowie Penicillin-resistenten Streptococcus pneumoniae (PNSP) und Ceftobiprol bei den Methicillin-resistenten Bakterien Staphylococcus aureus (MRSA), Streptococcus pneumoniae (Penicillin-intermediäre Stämme), Streptococcus pneumoniae (Penicillin-resistente Stämme) und Enterococcus faecalis hemmen. Vorschlag: Es ist davon auszugehen, dass die in der DXG0468 zusammengefassten Pneumonien durch Erreger ausgelöst werden können, die dem Wirkspektrum von Ceftarolin/Ceftobiprol entsprechen. Daher sollte der ATC-Kode J01DI nicht gestrichen werden.	GKV-SV
	ATC-Zuordnung		0468	0113	J01EC	Im Gegensatz zu den DXGs 471, 464, 467, 469 und 465 bleibt der ATC-Kode für die DXG0468 zugeordnet. Vorschlag: Bitte um Erläuterung.	GKV-SV
	ATC-Zuordnung		0468	0113	J01EE	Im Gegensatz zu den DXGs 471, 464, 467, 469 und 465 bleibt der ATC-Kode für die DXG0468 zugeordnet. Vorschlag: Bitte um Erläuterung.	GKV-SV
	ATC-Zuordnung		0468	0113	P02CF	Es wird vorgeschlagen, den genannten ATC-Kode P02CF der DXG0468 zuzuordnen. Dies kann inhaltlich nicht nachvollzogen werden. Vorschlag: Inhaltliche Erläuterung der Zuordnung.	GKV-SV
	ATC-Zuordnung		0468	0113	V03AF	In der DXG befinden sich ICD-Kodes, die andere und nicht näher bezeichnete Pneumonien dokumentieren. Das BAS schlägt vor, den ATC-Kodes V03AF zu ergänzen. Die hierunter klassifizierten Wirkstoffe werden jedoch ausschließlich als Entgiftungsmittel für die Behandlung mit Zytostatika eingesetzt, weshalb die Neuordnung nicht nachvollziehbar ist. Vorschlag: Erläuterung der getroffenen Zuordnung und ggf. Streichung.	GKV-SV
	ATC-Zuordnung		0469	0114	J01CE	Die Streichung ist nicht nachvollziehbar, da Beta-Lactamase-sensitive Penicilline therapeutische Relevanz besitzen und ggf. mit den zugeordneten Beta-Lactamase-Inhibitoren kombiniert werden können. Vorschlag: Beibehaltung der Zuordnung von J01CE.	GKV-SV

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
	ATC-Zuordnung		0471	0113	J01CE	Die Streichung ist nicht nachvollziehbar, da Beta-Lactamase-sensitive Penicilline therapeutische Relevanz besitzen und ggf. mit den zugeordneten Beta-Lactamase-Inhibitoren kombiniert werden können. Vorschlag: Beibehaltung der Zuordnung von J01CE.	GKV-SV
	ATC-Zuordnung		0471	0113	J01DI	Es wird vorgeschlagen, die Gruppe J01DI für die DXG0464 zu streichen. Die Wirkstoffgruppe enthält jedoch u. a. Cephalosporine der 5. Generation, die zur Behandlung von erworbenen Pneumonien eingesetzt werden. Ceftarolin und Ceftobiprol weisen eine breite Wirkung gegen grampositive und gramnegative Bakterien auf. Dies ist auf seine hohe Affinität zu modifizierten Penicillin-bindenden Proteinen zurückzuführen. Ceftarolin kann dadurch die Synthese der Bakterienzellwand auch bei Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) sowie Penicillin-resistenten Streptococcus pneumoniae (PNSP) und Ceftobiprol bei den Methicillin-resistenten Bakterien Staphylococcus aureus (MRSA), Streptococcus pneumoniae (Penicillin-intermediäre Stämme), Streptococcus pneumoniae (Penicillin-resistente Stämme) und Enterococcus faecalis hemmen. Vorschlag: Es ist nicht auszuschließen, dass eine hypostatische Pneumonie durch Erreger ausgelöst werden, die dem Wirkspektrum von Ceftarolin/ Ceftobiprol entsprechen. Daher sollte der ATC-Kode J01DI nicht gestrichen werden.	GKV-SV
	ATC-Zuordnung		0717	0213	A07AA	Bei der Wirkstoffgruppe A07AA handelt es sich um intestinale Antiinfektiva, die aufgrund ihrer lokalen Wirkung im Darm zur Behandlung von bakteriellen Infektionen des Darms sowie zur topischen Behandlung von Hefepilzinfektionen des Darms eingesetzt werden. Vorschlag: Aufgrund der fehlenden systemischen Wirkung sollte die Zuordnung überprüft und der ATC-Kode gestrichen werden.	GKV-SV
	ATC-Zuordnung		0932	0113	A07AA	Bei der Wirkstoffgruppe A07AA handelt es sich um intestinale Antiinfektiva, die aufgrund ihrer lokalen Wirkung im Darm zur Behandlung von bakteriellen Infektionen des Darms sowie zur topischen Behandlung von Hefepilzinfektionen des Darms eingesetzt werden. Vorschlag: Aufgrund der fehlenden systemischen Wirkung sollte die Zuordnung überprüft und der ATC-Kode gestrichen werden.	GKV-SV
	ATC-Zuordnung		0932	0113	V03AF	Das BAS schlägt vor, den ATC-Kodes V03AF für die DXG0932 Spezielle Pneumonien zu ergänzen. Die hierunter klassifizierten Wirkstoffe werden jedoch ausschließlich als Entgiftungsmittel für die Behandlung mit Zytostatika eingesetzt, weshalb die Neuordnung nicht nachvollziehbar ist. Vorschlag: Erläuterung der getroffenen Zuordnung und ggf. Streichung.	GKV-SV

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
	ATC-Zuordnung		0449	0217	H02AB	Bei der Ausdifferenzierung der HMG217 „Mukoviszidose > 11 Jahre“ zur HMG222 „Mukoviszidose > 11 Jahren mit Kausaltherapie“ wurde auch das Arzneimittelspektrum der DxG449 „Mukoviszidose (> 11 Jahre)“ angepasst. In diesem Zuge wurde der ATC-Kode H02AB Glucocorticoide gestrichen. Der ATC-Kode R01AD Corticosteroide wurde neu hinzugefügt. Unter dem ATC-Kode R01AD sind die inhalativ verabreichten Corticosteroide zusammengefasst, der ATC-Kode H02AB enthält die systemischen verabreichten Glucocorticoide. In der Literatur konnte kein eindeutiger Ausschluss der systemischen Gabe von Corticosteroiden gefunden werden. Es wird lediglich von der Langzeitgabe von Corticosteroiden abgeraten. Vorschlag: Entsprechend wird vorgeschlagen, den ATC-Kode H02AB Glucocorticoide wieder in die ATC-Auswahl der DxG 449 Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit aufzunehmen.	AOK-BV
	ATC-Zuordnung		0013		A07AA, A01AB	A07AA und A01AB sind lokal wirkende Antibiotika, die medizinisch nicht indiziert sind. Sie müssen systemisch wirken. Vorschlag: Streichung ATC A07AA, A01AB.	BARMER
	ATC-Zuordnung		0449		J01CF, H02AB, J01DI	Streichung von ATC ohne Begründung (S. 111/S 112): H02AB, J01CF, J01DI. Vorschlag: Es fehlt eine Begründung warum diese ATC Codes aus der DxG0449 gestrichen wurden.	BARMER
	ATC-Zuordnung		0932, 0468, 0015		J01EE, J01EC, J01EA	Bei den genannten DxG besteht eine inkonsistente Zuordnung der ATC J01EE, J01EC und J01EA. Diese müssten bei den DxG 932, 468 und 13 gleichermaßen Berücksichtigung finden. Vorschlag: Zuordnung der fehlenden ATC J01EE, J01EC und J01EA bei DxG 0932, 0468, 0013.	BARMER
	ATC-Zuordnung		0467	0113	B06AC	DxG Virale Pneumonie: Neueinführung eines ATC 5stellers zur Validierung B06AC Mittel zur Behandlung des Hereditären Angioödems. Diese sind zugelassen für die symptomatische Behandlung akuter Attacken eines hereditären Angioödems (HAE) bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 2 Jahren mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel oder zur routinemäßigen Prophylaxe von wiederkehrenden Attacken des hereditären Angioödems (HAE). (Lauer-Taxe Stand 06/2023). Vorschlag: Exklusion des ATC 5stellers B06AC aus der Validierungsliste.	TK et al.
	ATC-Zuordnung		0468, 0932	0113, 0216	V03AF	DxG Andere und n.n.bez. Pneumonie: Neueinführung eines ATC 5stellers zur Validierung V03AF Entgiftungsmittel für die Behandlung mit Zytostatika. vermutlich ist Calcium-/Natrium-Folinat gemeint, welches adjuvant bei der Prophylaxe von rezidivierenden PcP eingesetzt wird, aber Calcium-Folinat hat keine Indikationsstellung für eine Pneumonie (Lauer-Taxe Stand 06/2023) [PcP wird in der DxG 0015 Pneumocystose abgebildet]. Vorschlag: Exklusion des ATC 5stellers V03AF aus der Validierungsliste.	TK et al.

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
ATC-Zuordnung		0469	0114	N04BB	fehlerhafte Zuordnung des ATC N04BB: Einziger ATC-7steller N04BB01 Amantadin hat keine Zulassung für das beschriebene Krankheitsbild der Influenza. Vorschlag: Ersetzen durch korrekten ATC J05AC04.	TK et al.
ATC-Zuordnung		0013	0213	A01AB	DxG Kandidose der Lunge: ATC 5steller A01AB zur Validierung - Antiinfektiva und Antiseptika zur oralen Lokalbehandlung (Stomatologika) haben keine Zulassung zur Therapie einer Infektion der Lunge. Vorschlag: Exklusion des ATC 5stellers A01AB aus der Validierungsliste.	TK et al.
ATC-Zuordnung		0013, 0717, 0932	0213, 0216	A07AA	DxG Kandidose der Lunge: ATC 5steller A07AA zur Validierung - Antibiotika der Gruppe der intestinalen Antiinfektiva haben keine Zulassung zur Therapie einer Infektion der Lunge. Vorschlag: Exklusion des ATC 5stellers A07AA aus der Validierungsliste.	TK et al.
ICD-10-GM-2023	J45.- 5. Stelle .-3, -4, .-5	1296	0215		Die ICD-Kodes der Kategorie J45.- sind bis zum Berichtsjahr 2022 der DXG0023 und damit der HMG0316 zugeordnet. Ab der Version ICD-10-GM-2023 ist es möglich, den Kontrollstatus bzw. den Schweregrad bei einem Asthma bronchiale mit der fünften Stelle zu J45.- anzugeben. Die genannten ICD-Kodes, die ein schweres Asthma dokumentieren, werden jedoch analog des J46 „Status Asthmaticus“ altersabhängig auch der DXG1296 und damit der höherwertigen HMG0215 zugeordnet. Diese beinhaltet bisher ausschließlich den Status Asthmaticus (J46.-). Ob die Folgekosten dieses akuten Krankheitsgeschehens mit denen des chronisch verlaufenden schweren Asthma bronchiale vergleichbar sind, lässt sich aufgrund fehlender Daten ebenso wenig analysieren wie die Frage, ob sich die Folgekosten in Abhängigkeit vom Alter unterscheiden. Vorschlag: Da derzeit weder empirisch zu überprüfen ist, ob die Folgekosten eines schweren Asthma bronchiale mit denen eines Status Asthmaticus vergleichbar sind, noch, ob sich eine Altersdifferenzierung positiv auf die Modellgüte auswirkt, sollte die Zuordnung der genannten 5-Steller unabhängig vom Alter zur DXG0023/HMG0316 erfolgen. Sobald entsprechende Daten verfügbar sind, erscheint eine Überprüfung sinnvoll.	GKV-SV, DAK-G
Arzneimittelvalidierung		0807	0315	H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD, L04AX	Wir regen analog zu den DxGs 686 und 1210 der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ erneut an, die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die DxG 341 „Sarkoidose der Lunge“ zu überprüfen (wegen klinischer Relevanz). Als ATCs bieten sich auch hier die Codes H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX an [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2022].	AOK-BV

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
Aufgreifkriterium		0421	0248		<p>Die AOK-Gemeinschaft vertritt weiterhin die Auffassung, dass eine Zuordnung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für DxG 421 „Lungenembolie“ nicht sachgerecht ist. Die in der Festlegung des Modells AJ 2022 geäußerte Einschätzung des BAS, dass zur Festlegung der gesicherten Diagnose „Lungenembolie“ aufgrund notwendiger bildgebender Diagnostik zwingend ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist, entspricht nicht der Versorgungsrealität (ausführliche Begründung siehe Stellungnahme).</p> <p>Vorschlag: In Anbetracht der Leitlinienempfehlungen und der hohen ambulanten Fallzahlen plädieren wir deshalb dafür, das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für DxG 421 aufzuheben (ausführliche Begründung siehe Stellungnahme).</p>	AOK-BV
Aufgreifkriterium	J46	1296, 1297	0215, 0316		<p>Der Status asthmaticus ist ein akuter, lebensbedrohlicher und trotz Therapie über 24 Stunden anhaltender Asthma-bronchiale-Anfall. Es handelt sich hier somit um einen intensivmedizinischen Notfall, der aufgrund der Dauer des Anfalls immer einer stationären Behandlung bedarf.</p> <p>Vorschlag: Änderung des Aufgreifkriteriums von obligater AM Validierung auf stationär erforderlich.</p>	BKK DV
Aufgreifkriterium	E84.-	0655	0222		<p>Für die HMG 222 „Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie“ wird das Aufgreifkriterium 92/183 DDD festgelegt.</p> <p>Es gibt eine relevante Anzahl an Versicherten, die weniger DDD erhalten, sich jedoch erheblich von den Kosten der HMG 217 unterscheiden.</p> <p>Vorschlag: Prüfung, ob nur das Aufgreifkriterium 21/42 zu einer weiteren Verbesserung des Klassifikationssystems führt - analog zur Enzyersatztherapie.</p>	DAK-G
Hierarchiekonsolidierung					<p>Im Abschnitt 11.1 FLE unter dem Punkt Hintergrund wird dargestellt, dass bei der Bearbeitung der Hierarchie 19 ein Schwerpunkt auf der Konsolidierung der Hierarchie gelegt wird. Allerdings bleibt auch im Zuge dieser Konsolidierung die hohe Komorbidität zwischen dem Strang „respiratorische Insuffizienzen“ und den übrigen Hierarchiesträngen unberücksichtigt. Die den HMGs 0214, 0501, 0500 zugrunde liegenden ICD-Kodes (Hierarchiestrang „respiratorische Insuffizienzen“) stellen Zustandsbeschreibungen/Schweregrade der Atemsituation eines Patienten aufgrund einer anderweitig kodierten Grunderkrankung dar, wie etwa COPD, Pneumokoniosen, Lungenemphysem, Tumoren oder aber bakterielle Pneumonien, Lungenödeme etc. . Wenn diese drei genannten HMGs mit ICD-Kodes als Symptombeschreibung in einem Einzelstrang verbleiben, erzeugt dies regelhaft Doppelzuweisungen und entspricht nicht dem üblichen Vorgehen des BAS bei der Abbildung von stark miteinander korrelierten HMGs innerhalb einer Hierarchie.</p> <p>Vorschlag: Integration des Stranges „respiratorische Insuffizienzen“ in die bestehenden Hierarchiestränge.</p>	TK et al.

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
15	Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“						
	ATC-Ergänzung		0822, 0845, 0854	0134, 0137, 0139	A10BK	Im November 2020 wurde mit Dapagliflozin erstmals ein Natrium-Glucose-Cotransporter 2 (SGLT2-Inhibitor) für Niereninsuffizienz zugelassen (vgl. ausführlich hierzu unter II.2.8). Vorschlag: Es wird daher vorgeschlagen SGLT-2-Inhibitoren (ATC A10BK) in die Arzneimittelzuordnung der DxGs 822 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, < 40 Jahre)“, 845 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, 40-79 Jahre“ und 854 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, > 79 Jahre)“ aufzunehmen.	AOK-BV
	ATC-Ergänzung		0854, 0845, 0541, 0537, 0538, 0539, 0542, 0821, 0822, 0851		A10BK	SGLT2-Inhibitoren mit Zulassungserweiterung für chron. Niereninsuffizienz. Sehr pos. Bewertung in früher Nutzenbewertung nach §35, Aufnahme Leitlinien etc. Vorschlag: Ergänzung des ATC-Kodes A10BK zur schon bestehenden ATC-Liste.	BKK DV
	ATC-Ergänzung		0821, 0085	0130	V03AX04	Difelikefalin. Erste zugelassene Therapie für CKD-assoziierten Pruritus. Leitlinienempfehlung. Vorschlag: Ergänzung V03AX04 zur bestehenden ATC-Liste.	BKK DV
	Aufgreifkriterium	N15.1- N15.11 N34.0	0812	0104		Aus unserer Sicht sollte die DxG 812 (Abszesse in der Niere oder den ableitenden Harnwegen) durch das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ validiert werden, da es sich klinisch um weitgehend gleiche Krankheitsbilder mit z. T. sogar schwereren Verläufen handelt (z. B. N15.1 Nierenabszess und perinephritischer Abszess). Vorschlag: Änderung des Aufgreifkriteriums von M2Q auf stationär erforderlich.	BKK DV
16	Hierarchie 21 „Schwangerschaft“						
	Komorbidität			0146 + 0179 / 0779		Die Kombinationen verursachen hohe Überdeckungen.	BKK DV

III	Anpassungen der Hierarchien					
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:
17	Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“					
	ICD-Verschiebung/Arzneimittelvalidierung	L73.2	0440	0220		<p>Die aktuelle Abbildung der Risikozuschläge für L73.2 Hidradenitis suppurativa in der (H)MG220 spiegelt nicht die Aufwendungen der Versorgungsrealität wieder (ausführliche Begründung siehe Stellungnahme).</p> <p>Die medikamentösen Therapien der Hidradenitis suppurativa beinhalten, ähnlich wie bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, eine Medikations-Kaskade mit Präparate wie Antibiotika (Tetracyclin, Clindamycin, Rifampicin) sowie Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren und Interleukin-Inhibitoren. Die Dosierung der Medikation ist in der Regel vergleichbar mit der der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.</p> <p>Die medikamentösen Therapien der Hidradenitis suppurativa in den Krankheitsstadien II/III beinhalten Präparate wie Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren und Interleukin-Inhibitoren. Die Dosierung der Medikation ist in der Regel vergleichbar mit der Dosierung bei chronisch- entzündlichen Darmerkrankungen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Zuordnung der Hidradenitis suppurativa ohne Dauermedikation zu HMG0152 (Festlegung des Abszesses L02, der eine der Primärläsionen der chronischen Hidradenitis suppurativa ist) oder zu HMG0033 (chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation).</p> <p>Zuordnung der Hidradenitis suppurativa mit Dauermedikation I analog zu HMG0030 (Morbus Crohn mit Dauermedikation I) oder HMG0274 (Colitis ulcerosa mit Dauermedikation I).</p> <p>Zuordnung der Hidradenitis suppurativa mit Dauermedikation II zu HMG0029 (Morbus Crohn mit Dauermedikation II) oder HMG0275 (Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II).</p>

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
ICD-Verschiebung	L10.-	1261, 0691	0446, 0129		<p>In HMG 446 „Sonstige Hauterkrankungen“ werden derzeit Patienten mit unspezifisch kodierten Pemphiguskrankheiten (L10.8 „Sonstige Pemphiguskrankheiten“ und L10.9 „Pemphiguskrankheit, nicht näher bezeichnet“) mit und ohne Arzneimitteltherapie abgebildet (Zuschlag 0 €). Als Pemphigus wird eine Gruppe chronischer Autoimmun-Krankheiten der Haut mit Blasenbildung in den äußeren Schichten der Haut und in den Schleimhäuten bezeichnet. Hingegen enthält die HMG 129 „Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten“ Patienten mit den entsprechenden, spezifisch kodierten Erkrankungen und Arzneimitteltherapie (Zuschlag ca. 3.300 €). Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist die Zuordnung von Patienten mit unspezifisch kodierten Pemphiguskrankheiten und Arzneimitteltherapie in HMG 446 aus den nachfolgenden Gründen nicht sachgerecht (ausführliche Begründung siehe Stellungnahme).</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Eine Differenzierung über die Kodierung, wie sie augenblicklich im Klassifikationsmodell des Morbi-RSA umgesetzt ist, indem die spezifischen Codes der ICDs aus dem Bereich L10 mit obligater Arzneimittelzuordnung in die DxG1261 fallen, während die Codes L10.8 und L10.9 ohne Arzneimittelaufgreifkriterium der DxG1044 zugeordnet werden, ist daher medizinisch nicht sachgerecht, da gleich schwerwiegende und obligat zu therapierende Unterformen des Pemphigus nur deshalb nicht in die DxG1261 fallen, weil es für sie keinen spezifischen ICD-4-Steller gibt. Das differenzierende Merkmal für mit Immunsuppressiva behandlungsbedürftige Pemphiguskrankheiten ist die medikamentöse Behandlung. Daher ist es medizinisch sachgerecht, alle ICDs aus L10 mit obligater Arzneimittelzuordnung in die DxG1261 aufzunehmen.</p>	AOK-BV
ICD-Verschiebung	A20.1	0618, 0619	0151, 0152		<p>alle ICD aus dem Bereich Hautpest (der A20.0 sich bereits dort) sollte in die Hierarchie 01 verschoben werden oder aber A20.0 und A20.1 in die Hierarchie 22 als Hautinfektion.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Verschiebung in DxG1308/ HMG0487 der Hierarchie 01.</p>	BKK DV
ATC-Zuordnung			0123		<p>Es erscheint sachgerecht, dass nur höherpreisige systemisch wirksame Arzneimittel zur Validierung der HMG 123 (Atopisches Ekzem mit Dauermedikation II) hinterlegt werden. In der ATC-Gruppe D11AH sind jedoch u.a. auch topische Arzneimittel wie Pimecrolimus und Tacrolimus enthalten. Auch bei anderen Erkrankungen mit pyramidalen Ausdifferenzierung der Arzneimittel wird über die Abgrenzung spezifischerer und teurerer Arzneimittel die Abbildung bestimmter Therapiestufen oder Schweregrade entsprechend zielgenau umgesetzt (S. auch unser Hinweis zur DxG 1256).</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir empfehlen eine Streichung der ATC-Gruppe D11AH und stattdessen eine Hinterlegung des endstehenden ATC-Kodes D11AH05 für Dupilumab bei der HMG 123.</p>	BKK DV

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:	
ATC-Zuordnung			0151, 0119		Die Arthritis psoriatica ist im Versorgungsalltag mitunter schwer von der Psoriasis abzugrenzen. Um alle hochpreisigen systemisch wirksamen Therapien entsprechend abzubilden, sollte geprüft werden, ob der ATC-Kode L01FA bei den DxGs für Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I-III (829, 836, 1284) ergänzt werden kann. Vorschlag: Wir empfehlen die Überprüfung der Ergänzung der ATC-Gruppe L01FA.	BKK DV
Arzneimittelvalidierung	L28.1	0440	0220	D11AH05	Dupilumab für Prurigo nodularis zugelassen. Vorschlag: Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung für Prurigo nodularis.	BKK DV
Arzneimittelvalidierung	L70.1, .2, .3, .4, .5 und .8, L70.9	0440, 1056	0220, 0446, 0359	D06AA, D10AA, D10AD, D10AF, D10AX, D10BA, D10AX, G03HA, G03HB, J01AA, J01FA	Wir haben festgestellt, dass sich die Behandlungskosten für Akne mit leichten Verlaufsformen von denen mit schweren Verlaufsformen, die eine lokale und systemische Therapie mit verordnungsfähigen Arzneimitteln benötigen, deutlich unterscheiden. Vorschlag: Um die Kosten für die unterschiedlichen Verlaufsformen besser und zielgenauer abzubilden, schlagen wir eine Arzneimittelvalidierung vor. Hiervon betroffen sind die ICD-Kodes L70.1, .2, .3, .4, .5 und .8 aus der DxG0440 „Andere Erkrankungen der Haut“ (HMG0220 „Psoriasis ... ohne Dauermedikation /...“) sowie der ICD-Kode L70.9 „Akne, nicht näher bezeichnet“ der DxG1056 „N.n.bez. andere Erkrankungen der Haut“ (HMG0446 „Sonstige Hauterkrankungen“). Zusätzlich zu den bestehenden DxGs sollte eine neue DxG „Akne mit Dauertherapie“ gebildet werden. Die Validierung erfolgt über den Sonderfall 1 (183/92 Behandlungstage) (ausführliche Begründung siehe Stellungnahme).	IKK e. V
Anpassung DxG-HMG-Zuordnung			0219, 0151		Die Vereinigung der beiden HMGs HMG0219 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II“ und HMG0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I“ unter dem neuen Namen HMG0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I und II“ ist, aufgrund der Hierarchieverletzung im Ausgangsmodell, durchaus nachvollziehbar. Allerdings haben sich die Mengen- als auch Kostenschätzerwerte der betroffenen HMGs im Ausgangsmodell 2024 gegenüber dem Klassifikationsmodell 2023 deutlich verändert. Dies erscheint auf den ersten Blick wenig nachvollziehbar und wirft u. a. die Frage auf, ob die ausdifferenzierenden ATC-Kodes weiterhin sachgerecht zugeordnet sind. Vorschlag: Vor diesem Hintergrund würden wir es begrüßen, wenn die HMG0219 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II“ und die HMG0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I“, analog der Festlegung 2023 bzw. des Ausgangsmodells 2024, im Festlegungszyklus für das Klassifikationsmodell 2025 wieder Berücksichtigung finden würden. Zudem erachten wir eine Überprüfung der Zuordnung der differenzierenden ATC-Kodes als zielführend.	BKK DV

III	Anpassungen der Hierarchien					
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:
18	Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“					
	ICD-Zuordnung	K91.84	0934	0166		<p>Der neu aufgenommene ICD-Kode K91.84 wird wie die anderen ICD-Kodes der ICD-Gruppe K91.8x medizinisch sinnvoll der Krankheit 357 „Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung“. Entgegen der übrigen ICD-Kodes K91.8x, die alle- samt den gastrointestinalen Erkrankungen in der Hierarchie 06 zugeordnet sind wird K91.83 über die DxG0934 der HMG0166 in damit der Hierarchie 24 „Med. Komplikationen“ zugeordnet. Es ist nicht nachvollziehbar, warum das BAS in Einzelfällen von dem Prinzip der Zuordnung aller Diagnosen zu ei- ner Hierarchie abweicht.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Um Mehrfachzuschläge durch Komorbiditäten zu vermeiden sollten neu aufgenommene Diagnosen einer ICD-Gruppe möglichst in die gleiche Hierarchie einsortiert werden, wie die anderen Diagnosen der Gruppe. So sollte z.B. unter medizinischen Gesichtspunkten die Diagnose K91.84 analog zu den üb- rigen ICD-Kodes der Gruppe K91.8x der Hierarchie 06 zugeordnet und die Einordnung empirisch über- prüft werden.</p> <p>Wir schlagen die Zuordnung zu DxG794 „Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operatio- nen an Pankreas, Gallenblase und Gallenwegen (analog K91.81 +.82)“; anschließend Umbenennung in „Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Pankreas, Gallenblase und Gallen- wegen, Strikturen nach Eingriffen am Verdauungstrakt“.</p>
19	Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“					
	ICD-Verschiebung	H28.0	0558	0429		<p>alle ICD aus dem Bereich Diabetes sollten in der Hierarchie 04 abgebildet werden.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Verschiebung in die HMG0015 und HMG0391 der Hierarchie 04.</p>
20	Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“					
	ICD-Verschiebung	T28.0, T28.5	0707	0201		<p>Die im Ausgangsmodell obenstehende HMG0201 „Verbrennung oder Verätzung des Mundes und des Rachens“ zeigt bei nahezu konstanten Besetzungszahlen (FLE 2023: 173 Versicherte; FLE 2024: 160 Versicherte) einen stark schwankenden Kostenschätzer (FLE 2023: 2.390 €; FLE 2024 425 €). In niedrig besetzten HMGs können Einzelfälle mit unterschiedlich schweren Verlaufsformen den Kosten- schätzer beim Modellwechsel erheblich beeinflussen. Die Eingruppierung weiterer Akutdiagnosen in die HMG0201 lässt den Kostenschätzer in der Gesamtgruppe um über 50 € auf 122 € ansteigen. Dies halten wir für nicht sachgerecht.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Aus Gründen der Stabilität des Modells schlagen wir vor, die ICD-Kodes T28.0 „Verbrennung des Mun- des und des Rachens“ sowie T28.5 „Verätzung des Mundes und des Rachens“ in die Hierarchie 06 HMG0065 „Hämatemesis, Verbrennung oder Verätzung des Ösophagus...“ zu verschieben und diese in „Hämatemesis, Verbrennung oder Verätzung des Ösophagus sowie des Mundes“ umzubenennen. Me- dizinisch stehen die Diagnosen in enger Beziehung.</p>

III	Anpassungen der Hierarchien					
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund und Vorschlag:
21	Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“					
	Arzneimittelvali- dierung			0062		<p>Die Betriebskrankenkassen regen erneut an, den Vorschlag mit einer Arzneimitteldifferenzierung mit der ATC-Gruppe G03GA (Gonadotropine) und einer Mindestmenge von 10 DDD zu überprüfen.</p> <p>Vorschlag: Arzneimitteldifferenzierung mit der ATC-Gruppe G03GA mit 10 DDDs.</p>

Quelle: BAS

Tabelle 2.4: Stellungnahmen – weitere Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	
1	Regionale Risikogruppen	
	<p>Ein Ausgleich der regionalen Deckungsunterschiede wurde auch in diesem Ausgleichsjahr auf Basis eines aktualisierten Datenbestandes durchgeführt, indem Regionale Risikogruppen (RGG) herangezogen wurden. In diesem Jahr erfolgte die Auswahl der Variablen, die einen hohen statistischen Einfluss zur Aufklärung der Deckungsbeiträge haben, auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte mit den Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2020 und den Leistungsausgaben des Berichtsjahres 2021.</p> <p>Eine Neuerung in Bezug auf die RGG-Modelle der vergangenen drei Ausgleichsjahre betrifft die Aufnahme des „Deprivationsindex“ vom Robert Koch-Institut als weitere Indikatorvariable, wie im Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des RSA aus dem Jahr 2018 empfohlen. Nach der Anwendung des Verfahrens zur Variablenselektion wird der Deprivationsindex jedoch ausgeschlossen. Stattdessen verbleiben in diesem Jahr im Selektionsergebnis acht regionale Risikomerkmale (im Vorjahr neun), aus denen mit einer weiteren Variable (Versicherte ohne gültigem Inlandswohnt) insgesamt 81 RGGs (im Vorjahr 91 RGGs) resultieren, die in das Ausgangsmodell integriert werden.</p> <p>Die Ergebnisse auf der Ebene der individuellen Modellkennzahlen zeigen, dass der Umstieg des Ausgangsmodells 2024 ohne RGGs auf das Modell mit RGGs nur geringe Auswirkungen hat. Anders sieht es auf Ebene der regionalen Kennzahlen aus. Hier reduzieren sich die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede in Höhe von 50 % (im Vorjahr 48 %).</p> <p>Obwohl der Deprivationsindex nicht in die finale Auswahl der regionalen Risikomerkmale aufgenommen wurde, begrüßen KBV und Bundesärztekammer die Weiterentwicklung im aktuellen Anpassungszyklus zur Verwendung der regionalen Indikatoren. Die Regionalkomponente hat sich auch für das Ausgleichsjahr 2024 aus Sicht der KBV und Bundesärztekammer als geeignet erwiesen. Insbesondere die Verbesserung hinsichtlich der mittleren Fehlzurweisung auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte sowie der Krankenkassen unterstreicht die Wichtigkeit der Regionalkomponente bei der Berücksichtigung unterschiedlicher Ausgabenstrukturen der Region.</p>	KBV/BÄK
	<p>Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die erneute Durchführung der Variablenselektion durch das BAS im vorliegenden Entwurf. Die im Ergebnis deutlichen Veränderungen in der Variablenauswahl unterstreichen die Notwendigkeit einer regelmäßigen Durchführung des Selektionsverfahrens für die Regionalvariablen. Seit der erstmaligen Anwendung des Verfahrens im Rahmen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats von 2018 sind immer wieder erhebliche Schwankungen und Veränderungen in der Relevanz von bestimmten Regionalvariablen für die Erklärung von regionalen Deckungsunterschieden zu beobachten. Dies ist auch zukünftig in ähnlichem Umfang zu erwarten. Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns dafür aus, die Variablenauswahl auch künftig grundsätzlich jährlich durchzuführen.</p> <p>Bereits in den Stellungnahmen zum Klassifikationsmodell 2022 und 2023 haben wir – insbesondere vor dem Hintergrund der finanziellen und wettbewerblichen Bedeutung der Regionalkomponente – auf die Notwendigkeit eines Verfahrens zur Validierung der verwendeten Daten hinsichtlich ihrer Qualität und Eignung hingewiesen. Insbesondere bedarf es unseres Erachtens einer kontinuierlichen und systematischen Prüfung der Variablen darauf, ob und inwieweit die verfügbaren Daten tatsächlich die dahinter vermuteten inhaltlichen Konstrukte erfassen und sich daher für die weitere Verwendung eignen. Leider wurden in diesem Punkt aus unserer Sicht noch keine Fortschritte erzielt.</p> <p>Zwar wird im Festlegungsentwurf ausgeführt, dass nur Variablen verwendet würden, für die sich „ein inhaltlicher Zusammenhang zu den regionalen Deckungsbeitragsunterschieden herleiten lässt“. Allerdings wurde für mehrere der ausgewählten Variablen nach unserer Kenntnis bisher weder im Regionalgutachten noch im Rahmen der bisherigen Festlegungen ein solch inhaltlicher Zusammenhang auch tatsächlich ausgeführt. Konkret mangelt es unseres Erachtens insbesondere bei Variablen wie „Pendler saldo“, „Ausländeranteil“, „Kleine und mittlere Unternehmen“ an einer plausiblen inhaltlich-theoretischen Herleitung für einen Zusammenhang mit regionalen Deckungsbeitragsunterschieden. Diese wäre entlang der Begründung aus dem GKV-FKG zu § 8 RSAV explizit angezeigt, wonach diejenigen Variablen ausgewählt werden sollen, die eine hohe statistische und inhaltliche Erklärungskraft aufweisen. Ansonsten besteht aus unserer Sicht vielmehr die Gefahr von Konfundierung durch Stör- bzw. Drittvariablen.</p> <p>Für die perspektivische Weiterentwicklung des Zuweisungsverfahrens sollte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft geprüft werden, welche Informationen, die aktuell in Form von Regionalvariablen eingehen, auf Versichertenebene in den Krankenkassen vorliegen und künftig direkt und versichertenindividuell im Morbi-RSA berücksichtigt werden können, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf</p>	AOK-BV

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	
	Versichertenebene zu erhöhen. Darüber hinaus sprechen wir uns weiterhin dafür aus, Regionalmerkmale vor Verwendung im Zuweisungsverfahren grundsätzlich auf die Vorgaben des § 8 Abs. 4 Satz 6 RSAV zu prüfen.	
	<p>Die Variable „Ausländeranteil“ ist, im Vergleich zu vorangegangenen Anpassungszyklen erstmalig mit signifikanten und höheren standardisierten Koeffizienten vertreten. In den vergangenen drei Stellungnahmeverfahren war die Variable in der Reihung der standardisierten Koeffizienten auf den hinteren Rängen und hatte insignifikante p-Werte. In den Entwurfserläuterungen fehlt jedoch eine Auseinandersetzung damit, dass die Verschiebungen in der Reihung aufgrund neuer Datengrundlage zurückzuführen sind und nicht durch andere Effekte getrieben werden. Dieser Argumentation folgend, ist auch die in den letzten Jahren enthaltene Regionalvariable „Gesamtwanderungssaldo“ auffällig. Im Vergleich der letzten Jahre ergibt sich für die Variable in den standardisierten Koeffizienten immer wieder Vorzeichen- und damit Wirkrichtungswechsel. So beeinflusste der Gesamtwanderungssaldo mit Festlegung 2020 die regionalen Deckungsbeiträge signifikant positiv, mit Festlegung 2021 signifikant negativ und mit Festlegung 2022 besteht kein empirischer Hinweis auf die regionalen Deckungsbeiträge.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Für künftige Anpassungszyklen wünschen wir uns weitere Robustheitsüberlegungen, um eindeutige Wirkmechanismen auf die regionalen Fehldeckungen zu identifizieren und die damit einhergehenden jährlichen RGG-Zuweisungsschwankungen zu verringern.</p>	IKK e. V.
	<p>Die Auswahl der Regionalvariablen wurde erneut anhand des aus den vergangenen Ausgleichsjahren bekannten Algorithmus überprüft. Im Vergleich zum Ausgleichsjahr 2023 kommen die Regionalvariablen „Pendlersaldo“ und „Ausländeranteil“ neu dazu, die Variablen „Gesamtwanderungssaldo“, „Wohnfläche“ und „Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“ entfallen. Auch an der neuen Variablenauswahl lassen sich die Auffälligkeiten der vorherigen Jahre beobachten. Einige Variablen weisen sehr geringe Abstände der Dezil-Grenzen auf, zudem ergeben sich weiterhin auffallend nicht-monotone Verläufe der Zuschlagswerte über die einzelnen Dezile. Von den neu ausgewählten Variablen sind hier insbesondere der „Ausländeranteil“ sowie der „Pendlersaldo“ auffällig, wobei die Zu- und Abschlüsse betragsmäßig vergleichsweise gering sind.</p> <p>Auf Ebene einzelner Landkreise kommt es erneut zu starken Änderungen der RGG-Zuweisungen im Vergleich zum Klassifikationsmodell 2023, dies lässt sich anhand vergangener Berechnungen des GKV-SV auch für die gleiche Datenbasis des Jahresausgleichs 2021 nachvollziehen. Die Neu-Zuordnung zu anderen Dezilen mit deutlich höheren/niedrigeren Zuschlägen als im Vorjahr erklärt diese Auffälligkeit nicht. Der Effekt tritt auch in Kreisen mit im Vergleich zum Vorjahr relativ „stabilen“ RGG-Zuordnungen auf.</p> <p>Zu den möglichen Ursachen verweisen wir auf die Ausführungen in der letztjährigen Stellungnahme. Nach mittlerweile drei Anpassungszyklen zeichnet sich ab, dass regional stark schwankende RGG-Zuweisungen offenbar unabhängig von der konkreten Anzahl und Gestalt der ausgewählten Regionalvariablen auftreten. Auf Basis der Daten der Betriebskrankenkasse lässt sich nachvollziehen, dass sich auch für überregional tätige Krankenkassen eine stärkere Volatilität der RGG-Zuweisungen beobachten lässt als bspw. für die HMG-Zuweisungen, obwohl das Zuweisungsvolumen für HMGs betragsmäßig erheblich (ca. Faktor 8) höher ist. Dabei können sowohl Wechsel der Datengrundlage (etwa im Verlaufe des Abschlagsverfahrens) als auch Modellwechsel (Wechsel des Ausgleichsjahres bei gleicher Datenbasis) zu den Schwankungen führen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Ein Fokus bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells sollte daher sein, die Ursachen der beobachteten Schwankungen zu untersuchen und, insbesondere unter Rückgriff auf die Erkenntnisse des anstehenden Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats zur Regionalkomponente, das Modell robuster gegen die beobachtete Volatilität zwischen den einzelnen Jahren zu machen.</p>	BKK DV

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	
	<p>Erneut hat das BAS die Datengrundlage zur Ermittlung der regionalen Risikogruppen aktualisiert und im Ergebnis des Selektionsverfahrens acht Regionalvariablen gewählt. Es zeigt sich, dass die Variablen „Sterbekosten“, „Zuweisungen“, „ambulante Pflege“, „stationäre Pflege“ sowie „Klein- und Mittelständige Unternehmen“ erneut und damit kontinuierlich im Selektionsverfahren seit Einführung der Regionalkomponente in den RSA 2021 enthalten sind. Die drei weiteren Regionalvariablen des diesjährigen Anpassungszyklus „Pendlersaldo“, „Ausländeranteil“ und „Pflegebedürftige“ sind hingegen wiederaufgenommene oder gänzlich neue Variablen. Die Variable „Ausländeranteil“ ist, im Vergleich mit den vorherigen Jahren, in dem aktuellen Anpassungszyklus erstmalig mit signifikanten und höheren standardisierten Koeffizienten vertreten. In den vergangenen drei Stellungnahmeverfahren war die Variable „Ausländeranteil“ in der Reihung der standardisierten Koeffizienten auf den hinteren Plätzen und hatte insignifikante p-Werte.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Dem IKK e. V. fehlt in den Entwurfserläuterungen jedoch eine Erklärung dafür, dass die Verschiebungen in der Reihung aufgrund neuer Datengrundlage zurückzuführen sind und nicht durch andere Effekte getrieben wird.</p> <p>Dieser Argumentation folgend, ist auch die in den letzten Jahren enthaltene Regionalvariable „Gesamtwanderungssaldo“ auffällig. Im Vergleich der letztjährigen Zyklen durchläuft die Variable Vorzeichenwechsel in den standardisierten Koeffizienten und damit Wirkrichtungswechsel. Der Gesamtwanderungssaldo beeinflusste mit Datenjahr 2019 Festlegung 2020) die regionalen Deckungsbeiträge signifikant positiv, mit Datenjahr 2020 (Festlegung 2021) signifikant negativ und mit Datenjahr 2021 (Festlegung 2022) besteht kein empirischer Hinweis auf die regionalen Deckungsbeiträge. Der IKK e. V. wünscht sich für die künftigen Anpassungszyklen weitere Robustheitsüberlegungen, um eindeutige Wirkmechanismen auf die regionalen Fehldeckungen hervorzubringen und die damit einhergehenden jährlichen RGG-Zuweisungsschwankungen zu minimieren.</p>	IKK e. V.
2	Auslandsversicherte	
	<p>Bereits in der Stellungnahme zum Entwurf des Klassifikationsmodells 2023 stellten die Betriebskrankenkassen fest, dass das BAS den Anforderungen des Gesetzgebers, die dem BAS einen weitgehenden Spielraum einräumen, mit dem vorliegenden Verfahrensvorschlag umfassend in sachgerechter Art und Weise nachkommt.</p> <p>In Reaktion auf ergänzende Vorschläge, die im Rahmen der Anhörung vorgetragen wurden, griff das BAS die Vorschläge der Anhörungspartner, etwa zur Einführung einer Sondergruppe für Konstellationen, in denen eine eindeutige Zuordnung der Auslandsversicherten nicht möglich ist, ebenso auf, wie den Vorschlag einer Neuordnung des Landes Luxemburg zu einer neuen Hochkostengruppe, bestehend aus Norwegen, Luxemburg und der Schweiz.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Diese Anpassungen begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich, auch weil diese Beispiele – sowie die Erläuterungen zu anderen, nicht umgesetzten Vorschlägen Anderer – zeigen, dass das Anhörungsverfahren geeignet ist sinnvolle Anpassungen vorzunehmen bzw. durch Begründungen aufzuzeigen weshalb auch einige Vorschläge nicht aufgegriffen wurden.</p>	BKK DV

IV Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	
<p>Die im letzten Jahr eingeführten länderbezogenen Risikogruppen zur Berechnung der Zuweisungen für Auslandsversicherte, sog. Wohnlandgruppen, finden auch in diesem Jahr Anwendung. Durch die aktualisierte Datenmeldung für das Berichtsjahr 2021 steht dem BAS eine verbesserte Datengrundlage zu Auslandsversicherten zur Verfügung. So hat sich die Zahl der Personen, denen sich kein Wohnland zuordnen lässt, im Vergleich zum Vorjahr stark verringert. Bei der Bestimmung der Ausgaben der Auslandsversicherten werden die Ausgaben der drei Jahre 2017, 2020 und 2021 gewichtet gemittelt. Im Gegensatz zum Vorjahr werden die Jahre dabei nicht gleich gewichtet, sondern das aktuellste Berichtsjahr 2021 wird am stärksten gewichtet. Dies ist aus unserer Sicht eine sinnvolle Maßnahme, um einerseits aktuelle Daten zu berücksichtigen und andererseits robuste Werte zu erhalten. Eine weitere Anpassung betrifft die Zusammenfassung der 37 Länder zu 24 Wohnlandgruppen und einer Gruppe „Sonstige“ für nicht eindeutig zuordenbare Auslandsversicherte aufgrund teils geringer Versichertenzahlen in einigen Ländern. Statt Länder mit geringen Versichertenzahlen zu einer gemeinsamen Gruppe zusammenzufassen, werden diese mit Ländern zusammengefasst, die höhere Versichertenzahlen aufweisen. Aus unserer Sicht ist das eine nachvollziehbare Maßnahme, um Risikogruppen mit im Zeitverlauf stabilen Besetzungszahlen zu bilden.</p> <p>Dass die diesjährigen Anpassungen eine Verbesserung des Modells bewirken, zeigt sich auch im geringeren gewichteten länderspezifische MAPE im Vergleich zum Vorjahr (11,65 € zu 15,46 €).</p>	KBV/BÄK
<p>Die vorgesehene Anpassung der Zuordnung der Wohnländer zu den Wohnlandgruppen ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sachgerecht.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Die aktuell besondere Berücksichtigung des Vereinigten Königreichs, das trotz weniger als 1.000 Versicherter einer eigenen WLG zugeordnet ist, ist aufgrund der noch unklaren Wirkungen in Folge des Brexit-Abkommens nachvollziehbar. Sofern sich die Rechnungssumme der DVKA mit dem Vereinigten Königreich (lt. Satzart 150) in der kommenden Meldung nicht deutlich verändert, sollte diese Sonderbehandlung beendet werden.</p>	AOK-BV
<p>Wohnstaaten mit einer Mindestbesetzung von 1.000 Versichertenjahren (VJ) können eigenständige WLG bilden. Eine empirische Auseinandersetzung und Begründung, warum 1.000 VJ als geeignete Grenze festgelegt werden, fehlt. Insbesondere Länder mit einer bereits hohen Anzahl an VJ könnten hiervon profitieren und die Deckung weiter verbessern.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Empirische Begründung für die Grenze von 1.000 VJ bei den WLGs sowie Darstellung Berechnungsformel zur Verbesserung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit.</p>	IKK e. V.
<p>Es ist nicht ersichtlich, inwiefern der EU-Austritt Großbritanniens Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben hat.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Ohne entsprechende Begründung sollte Großbritannien keinen Sonderstatus einnehmen, sondern analog zu den anderen Ländern mit weniger als 1000 VJ behandelt werden. Demnach müsste es der WLG0005 zugeordnet werden.</p>	BARMER
<p>Im vorliegenden Festlegungsentwurf erfolgt für das Ausgleichsjahr 2024 eine Neuabgrenzung der Wohnlandgruppen. Hierbei wird die für das Ausgleichsjahr 2023 herangezogene Methodik zur Berechnung der mittleren Ausgaben je Wohnland unter Verwendung der Daten der Berichtsjahre 2020/2021 konsequent weiterentwickelt. So werden auch die im Vorjahr bereits verwendeten Datengrundlagen weiterhin – gewichtet – in die Berechnungen einbezogen. Zu begrüßen ist, dass das Kriterium der „geographischen Nähe“ nicht mehr zur Bildung der länderübergreifenden Wohnlandgruppen herangezogen wird. Die im vorliegenden Entwurf dargelegten Kriterien für die Zusammenfassung von Ländern zu Wohnlandgruppen erscheinen aus unserer Sicht vor dem Hintergrund der Vermeidung unvorhersehbarer Schwankungen der Zuschläge für die Wohnlandgruppen zielführend.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Hinsichtlich des Schwellenwertes zur Bildung einer eigenen Wohnlandgruppe von 1.000 VJ je Land verweisen wir auf die diesbezügliche Ankündigung des BAS im Rahmen der Erläuterungen zu den Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2023 eine entsprechende Überprüfung dieses Wertes bei Vorliegen ausreichender Datengrundlagen durchzuführen.</p>	GKV-SV

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	
	<p>Die verwendeten Daten zur Bestimmung der relevanten Einflussgrößen werden größtenteils in nachvollziehbarer Art beschrieben. Dies gilt insbesondere für die Verteilung von Inlands- und Auslandskosten, die nach Ländern ausgewiesen werden bzw. auch für die Abkommensstaaten zu denen keine Ausgabensummen vorliegen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Hinsichtlich der nicht eindeutig zuordenbaren Wohnländer, dies betrifft 500 Versicherte bzw. 434 Versichertenjahre wäre allerdings eine konkrete Beschreibung der Hintergründe dienlich. Gleiches gilt für den Umfang der Versicherten, deren Ausgaben zumindest anteilig via Risikopool ausgeglichen werden.</p>	BKK DV
	<p>Bereits im Vorjahr stützten die Betriebskrankenkassen die grundsätzlichen Vorstellungen des BAS zur Bildung und Abgrenzung der Wohnlandgruppen.</p> <p>Einerseits darf dabei die gesonderte Behandlung Großbritanniens erwähnt werden welches letztlich aufgrund der möglicherweise instabilen Ausgabensituation im Zuge des EU-Austritts kaum prognostizierbar, aber mit Blick auf die geringe Belegung (2021: 470 Versicherte bzw. 461 Versichertenjahre) auch nicht in besonderem Maße kritisch ist. Andererseits wurde angeregt die Abgrenzung von Kostenhomogenität und geographischer Nähe zu prüfen bzw. die Homogenität der Ausgabenmittelwerte höher zu gewichten, als die geographische Nähe der Länder einer Wohnlandgruppe. Das Argument, dass die geographische Nähe auf ähnliche Sozialversicherungssysteme, einer ähnlichen Wirtschaftskraft und ähnlicher Lebensverhältnisse hindeutet, mag stimmen.</p> <p>Im letztjährigen Anhörungsverfahren wurde an verschiedenen Beispielen verdeutlicht, dass dieser Aspekt nicht per se trägt und die Frage platziert, ob dieses Merkmal zu Gunsten einer Ausgabenbetrachtung zurückgebaut oder in eine Rangfolge gesetzt werden sollte.</p> <p>Das BAS geht im Festlegungsentwurf dergestalt darauf ein, dass nunmehr auf das Kriterium „geographische Nähe“ verzichtet wird. Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vom BAS vorgenommene Fokussierung auf das Beurteilungskriterium „mittlere gewichtete Ausgaben je Wohnstaat“ und die damit verbundene Vernachlässigung der „geographischen Nähe“ der Länder zueinander.</p> <p>Die Beibehaltung der Beurteilungsschwelle von 1.000 Versichertenjahren je Abkommensstaat ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen zwar willkürlich gewählt, allerdings ist dieses Vorgehen einerseits durch die rechtlichen Vorgaben gedeckt und andererseits resultieren aus diesem Vorgehen keine erkennbaren Verfahrensunsicherheiten bzw. sachliche Widersprüche und ist insofern nicht zu beanstanden, dies auch, weil der „Sonderfall Großbritannien“ aus guten Gründen abweichend behandelt wird.</p> <p>Positiv hervorzuheben ist zudem, dass durch diese Beurteilungsschwelle ein angemessener Grad an Zielgenauem und praktischem Verfahren erreicht wird. So werden über 99 % aller betroffenen Auslandsversichertenjahre gar nicht über die abweichende Methodik der Zusammenlegung erfasst, sondern vielmehr direkt zugeordnet. Die bereits oben erläuterte abweichende Behandlung Großbritanniens halten die Betriebskrankenkassen indes für sachgerecht.</p>	BKK DV
	<p>Der IKK e. V. begrüßt die Überarbeitung der Wohnlandgruppen (WLGs) und die Berücksichtigung unserer Vorschläge aus dem letzten Anhörungszyklus. Durch die Zuordnung von Ländern mit einer geringen Anzahl an Versichertenjahren (VJ) zu Ländern mit mindestens 1.000 VJ und dem jeweils nächstgelegenen Ausgabenmittelwert werden logische und nachvollziehbare WLGs gebildet.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Aus Sicht der Innungskrankenkassen fehlt jedoch eine methodische Herleitung, warum 1.000 VJ als geeignete Grenze für die Bildung eigenständiger WLGs angesehen wird. Um die Nachvollziehbarkeit der Berechnungen noch weiter zu erhöhen, regen wir an, analog zu Abschnitt 4 „Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung“ auch bei den Auslandsversicherten die zur Berechnung genutzten Formel auszuschreiben und darzustellen.</p>	IKK e. V.
	<p>Insgesamt begrüßen wir die Änderungen und sehen es positiv, dass sich das MAPE erneut verbessert hat und um 3,81 € gesunken ist.</p>	IKK e. V.

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	
3	Weitere Themen des Berechnungsverfahrens	
	<p>Zwar wurde das BAS mit GKV-FKG über den neuen § 8 Abs. 4 Satz 8 RSAV ermächtigt, nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben im Berechnungsverfahren gesondert zu berücksichtigen. Die AOK-Gemeinschaft vertritt aber weiterhin die Auffassung, dass die vorgenommene Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben inhaltlich unbegründet ist und im Ergebnis nicht den in § 266 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V formulierten Zielsetzungen des MorbiRSA entspricht.</p> <p>Die AOK-Gemeinschaft fordert weiterhin mit Nachdruck, die Abgrenzung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu beenden [vgl. hierzu detailliert auch zuletzt unsere Stellungnahme vom 13.08.2021].</p>	AOK-BV

Quelle: BAS

Tabelle 2.5: Stellungnahmen – Gesamtbewertung des Festlegungsentwurfs

V	Gesamtbewertung der Modellausgestaltung	
	<p>Im Vergleich zur Festlegung 2023 haben sich die Kennzahlen geringfügig verbessert. Das R^2 hat sich um 0,06 Prozentpunkte und das CPM um 0,03 Prozentpunkte verbessert. Der MAPE ist um 1,13 € gesunken. Die minimale Verbesserung des Modells muss jedoch vor dem Hintergrund der nur wenigen Änderungen des Modells gesehen werden. Kritisch hingegen sehen wir die Verschlechterung der krankenkassenbezogenen Kennzahlen. So ist der $MAPE_{KK_abs}$ von 36,61 € auf 37,27 € gestiegen bzw. der gewichtete $MAPE_{KK_abs}$ stagniert bei 22,71 €.</p> <p>Wir bedauern, dass eine systematische Aufarbeitung und Prüfung von hierarchieübergreifenden Komorbiditäten auch in diesem Jahr nicht geschehen ist.</p> <p>Für die kommenden Festlegungszyklen ist es aus unserer Sicht daher unerlässlich, die Qualität des Klassifikationsmodells weiter kontinuierlich zu erhöhen und die erfreuliche Entwicklung des letzten Jahres fortzusetzen.</p>	IKK e. V.

Quelle: BAS

Tabelle 2.6: Redaktionelle Hinweise

VI	Sonstige und redaktionelle Anmerkungen zu den Dokumenten	
1	Redaktionelle Anmerkungen zum Festlegungsdokument AJ 2024	
	<p>Zu Punkt 1.6 Zuordnung zu den Kostenerstattergruppen (KEGs) haben wir folgende Anmerkung: In der aktuellen Festlegung wird im genannten Abschnitt direkt auf die §§ 13 Abs. 2 und 53 Abs. 4 SGB V Bezug genommen. Nach § 7 Abs. 1 Nr. 9 RSAV sind „die Anzahl der Versichertentage mit Wahl der Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung, differenziert nach § 13 Abs. 2 SGB V und § 52 Abs. 4 SGB V“ zu melden. Gleichmaßen wird nach § 8 Abs. 5 RSAV die Bildung einer Risikogruppe für Versicherte, „die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung nach § 13 Abs. 2 des SGB V oder § 53 Abs. 4 SGB V gewählt haben“ vorgegeben.</p> <p>Vorschlag: Dementsprechend sind die Verweise im Festlegungsdokument unter Einbeziehung des § 8 Abs. 5 RSAV anzupassen, um die Einschränkung auf den ärztlichen Bereich zu berücksichtigen.</p>	GKV-SV
	<p>Betrifft Abschnitt 1.6 der BAS-Festlegung: Nach § 7 Abs. 1 Nr. 9 RSAV ist für die Zählung der KEG-VT „die Anzahl der Versichertentage mit Wahl der Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung, differenziert nach § 13 Abs. 2 SGB V und § 52 Abs. 4 SGB V“ entscheidend.</p> <p>In der aktuellen Festlegung wird in Abschnitt 1.6 aber direkt auf die §§ 13 Abs. 2 und 53 Abs. 4 SGB V Bezug genommen. Dies ist bei genauer Betrachtung nicht richtig, da die genannten Paragraphen nicht die Einschränkungen auf den ärztlichen Versorgungsbereich enthalten.</p> <p>Vorschlag: Daher wird eine redaktionelle Anpassung wie folgt mit Verweis auf § 8 Abs. 5 RSAV vorgeschlagen: 1.6 Zuordnung zu den Kostenerstattergruppen: Versicherte, die in dem dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahr mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 8 Abs. 5 RSAV i. V. m. § 13 Absatz 2 SGB V oder mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 8 Abs. 5 RSAV i. V. m. § 53 Absatz 4 SGB V aufweisen, werden keiner HMG zugeordnet. Versicherte mit mindestens 183 Tagen mit Kostenerstattung nach § 8 Abs. 5 RSAV i. V. m. § 13 Absatz 2 SGB V im Vorjahr des Ausgleichsjahres werden abhängig von ihrem Alter im Ausgleichsjahr den Kostenerstattergruppen (KEGs) 0001 bis 0005 zugeordnet. Versicherte mit mindestens 183 Tagen mit Kostenerstattung nach § 8 Abs. 5 RSAV i. V. m. § 53 Absatz 4 SGB V im Vorjahr des Ausgleichsjahres werden abhängig von ihrem Alter im Ausgleichsjahr den KEG0006 bis KEG0007 zugeordnet. Versicherte, die einer der KEG0001 bis KEG0005 zugeordnet werden, werden nicht der KEG0006 bzw. der KEG0007 zugeordnet.</p>	AOK-BV
2	Redaktionelle Anmerkungen zu den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf AJ 2024	
	Gemäß Tabelle 7.6 (Seite 61, Modell 03) ist der ICD-Kode U07.3 der DxG 1138 zugeordnet. Der Code kommt im amtlichen ICD-Katalog 2023 jedoch nicht vor.	IKK e. V.
	<p>In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf des AJ 2024 wird die Hierarchie 13 im Inhaltsverzeichnis und im Abschnitt 13 als „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“ bezeichnet. Im Anhang A wird die Hierarchie 13 als „Erkrankungen des Rückenmarks“ bezeichnet.</p> <p>Vorschlag: Vereinheitlichung der Bezeichnung der Hierarchie 13.</p>	TK et al.

Quelle: BAS

3 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2024 im Vergleich zum Festlegungsentwurf

3.1 Ausgangsmodell/Änderungen in nicht bearbeiteten Hierarchien

In den Hierarchien 04 „Metabolische Erkrankungen“, 05 „Erkrankungen der Leber“, 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“, 16 „Herzerkrankungen“ und 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ wurden entsprechend Vorschlägen aus den Stellungnahmen der Anhörungspartner sowohl die DxG- und HMG-Zuordnungen einer Reihe von neu im Rahmen des ICD-GM-2023 eingeführten ICD-Kodes angepasst als auch weitere ATC-Kodes hinzugefügt. Dies führt zu keinen nennenswerten Änderungen im Klassifikationsergebnis und der Vorhersagegüte des Modells.

3.2 Hierarchie 01 „Infektionen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird die ATC-Abgrenzung der Tuberkulose-DxGs 0358 „Sonstige Tuberkulose“, 0532 „Schwere Tuberkulose“ und 0551 „Knochen-Tuberkulose“ überarbeitet, indem der ATC-Kode A07AA „Antibiotika“ aus der Zuordnungsliste der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel gestrichen und der ATC-Kode H02AB „Glucocorticoide“ aufgenommen wird. Des Weiteren wird der ICD-Kode U07.3 „COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet; [vor 2020]: Nicht belegte Schlüsselnummer U07.3“ bzw. U08.9 „COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“ der Ausschlusskategorie zugeordnet, wodurch die DxG1138 „COVID-19 in der Eigenanamnese“ entfällt. Die ICD-Kodes A97 „Dengue“ und U81! „Gramnegative Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern“, werden ebenfalls der Ausschlusskategorie zugeordnet.

3.3 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Die Validierung der DxG0240 „Hämolytisch-urämisches Syndrom mit Dauermedikation“ in der HMG0192 „Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) oder aHUS jeweils mit Dauermedikation“ wird von dem ATC-Fünfsteller B01AX auf den ATC-Siebensteller B01AX07 umgestellt.

3.4 Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“

Der im Festlegungsentwurf für das AJ 2024 zum Aufgreifen der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ neu aufgenommene ATC-Kode A07AA „Antibiotika“ wird wieder aus der Liste der berücksichtigten Wirkstoffe gestrichen.

3.5 Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.6 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden die ATC-Abgrenzungen der Pneumonie- und Asthma-DxGs sowie der DxG0449 „Mukoviszidose (> 11 Jahre)“ auf Basis der Anhörung korrigiert. Des Weiteren werden innerhalb der Asthma-DxGs 0023 „Asthma bronchiale (alle Altersgruppen)“, 1296 „Akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)“ und 1297 „Akutes schweres Asthma (< 18 Jahre)“ die neu einzuordnenden ICD-Kodes verschoben.

3.7 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.8 Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.9 Regionale Risikogruppen

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.10 Auslandsversicherte

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

II Methodik

4 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung

4.1 Festlegungsentwurf

Für den Festlegungsentwurf des AJ 2024 wurde in den Erläuterungen eine Übersicht über die verwendeten Kennzahlen gegeben und deskriptive Statistiken zur genutzten Datengrundlage veröffentlicht. Wie im Vorjahr wurden die etablierten Auswertungen um ausführliche Analysen zur Verwendbarkeit der Datengrundlage unter Berücksichtigung der COVID-19-Pandemieauswirkungen ergänzt. Die Bewertung des BAS ergab, dass die Datengrundlage trotz der Pandemieauswertungen uneingeschränkt verwendbar ist.

4.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen

4.2.1 Statistische Bewertungskriterien

Der GKV-SV hält fest, dass die beschriebenen statistischen Bewertungskriterien und Kennzahlen die bereits in den Vorjahren eingeführten Kennzahlen auf Individual-, Gruppen- regionaler und Krankenkassenebene enthalten.

KBV/BÄK bezeichnen die verwendeten statistischen Bewertungskriterien als nachvollziehbar und geeignet, um über die Umsetzung einzelner Modellüberarbeitungen zu entscheiden. Die Kennzahlen R^2 , MAPE und CPM hätten sich für die Bewertung der Modellgüte bewährt. Weitere Kennzahlen auf Einzelkassenebene könnten potenziell weitere Anhaltspunkte zur Weiterentwicklung liefern, da der aktuell verwendete Mittelwert (MAPE) über alle Krankenkassen ggf. durch einzelne Ausreißer beeinflusst sein könne. Laut KBV/BÄK seien zudem die Kennzahlen auf regionaler Ebene (einschließlich des Variationskoeffizienten) dazu geeignet, die regionale Wirkung des RSA einzuschätzen.

Der BKK DV schlägt zur Verbesserung der Transparenz bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells vor, standardmäßig eine Matrix zu Über- und Unterdeckungen von Versicherten nach Alter und HMG-Anzahl zu veröffentlichen. Außerdem sollen vom BAS im Rahmen des Weiterentwicklungsprozesses elektronisch bekanntgegebene Kostenschätzer der einzelnen Modelle auch mit Bereinigung von Hierarchieverletzungen und der Nullsetzung negativer Koeffizienten maschinenlesbar veröffentlicht werden. Dies sei die Voraussetzung, um die Modelle über die Jahre hinweg rechnerisch exakt vergleichen und abschließend bewerten zu können.

Auch die BARMER befürwortet, den Festlegungsentwurf mit Risikozuschlägen sowohl mit als auch ohne Nullsetzung zu veröffentlichen. Denn ein sinnvoller Vergleich des Entwurfs AJ 2024 mit dem Vorjahr sei ohne Veröffentlichung der Risikozuschläge mit Nullsetzung für sie nicht möglich, da für das Vorjahr den Krankenkassen nur die Risikozuschläge mit Nullsetzung bekannt seien. Verschiebungen der Zuweisungsanteile innerhalb der Hierarchien und zwischen AGGs und HMGs, die sich durch die Nullsetzung ergeben, könnten so nicht nachvollzogen werden. Auch wenn der GKV-SV diese Daten mit einem zeitlichen Verzug von drei Wochen veröffentliche, so fehle diese Zeit für die Bewertung des Festlegungsentwurfs.

Der IKK e. V. hält fest, dass eine einheitliche und durchgängige Darstellung der Formeln die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Modells weiter verbessern würde. Besonders genannt werden in dem Kontext die Kapitel „Regionale Risikogruppen“ und „Auslandsversicherte“.

4.2.2 Datenaufbereitung und Pandemieeffekt

Sowohl die Datenaufbereitung als auch die Beschreibung der hieraus resultierenden Daten konnten vom GKV-SV nachvollzogen werden. Die ausführliche Dokumentation und Analysen zur Verwendbarkeit der Datengrundlage im ersten und zweiten Pandemiejahr werden ausdrücklich begrüßt. Die Bewertung des BAS sei in nachvollziehbarer Weise erfolgt.

Auch die KBV/BÄK bezeichnen die Datenaufbereitung und -beschreibung sowie die daraus gezogenen Schlüsse des BAS als nachvollziehbar. Die Bereitstellung der Gütemaße und Regressionskoeffizienten verschiedener Modellversionen in Dateiform wird begrüßt. Im Vergleich zum letzten Jahr habe sich die Beschriftung der Tabellenspalten in diesen Dateien verbessert.

4.3 Diskussion der Stellungnahmen

4.3.1 Statistische Bewertungskriterien

Der Wunsch bzgl. einer Zusammenfassung der regionalen Sonderkennzahlen, sowie der Darstellung der Formeln der Auswertungen für die Auslandsversicherten einheitlich im Kapitel der statistischen Bewertungskriterien ist nachvollziehbar. Eine Umsetzung wird für zukünftige Anpassungszyklen geprüft.

Dem Vorschlag, zusätzlich zu den veröffentlichten Modellergebnissen der Gesamtmodelle auch die Modellergebnisse nach der Durchführung von Nullsetzungen und Bereinigung von Hierarchieverletzungen darzustellen, wird nicht gefolgt. Das BAS hat erstmalig mit der Veröffentlichung des Entwurfs der Festlegungen zum Ausgleichsjahr 2022 den Umfang der ausgewiesenen Modellergebnisse deutlich erhöht und stellt diese in einem separaten Anhang als Excel-Datei zur Verfügung. Eine weitere Ausweitung dieses Anhangs ist nicht vorgesehen und wird für die Beurteilung der vorgestellten Modellentwürfe im Anhörungsverfahren nicht benötigt. Für über diese Beurteilung hinausgehende weitere Modellrechnungen auf Kassenseite legt der Spitzenverband seinen Mitglieds-kassen nach Kenntnis des BAS regelmäßig und bereits kurz nach Veröffentlichung des Festlegungsentwurfes bzw. der Festlegung detaillierte Analysen vor.

4.3.2 Datenaufbereitung und Pandemieeffekt

Das BAS nimmt die positiven Rückmeldungen zur Beschreibung der Datenaufbereitung und zur Analyse des Pandemieeffekts dankend zur Kenntnis.

5 Ausgangsmodell/Änderungen in nicht bearbeiteten Hierarchien

5.1 Festlegungsentwurf

Im Ausgangsmodell erfolgte eine Anpassung der Diagnosezuordnungslisten an den ICD-10-GM 2023. Zudem wurde bei der Definition des Ausgangsmodells punktuell eine erneute medizinische Überprüfung der Zuordnung von ICD-Kodes zu Diagnosegruppen vorgenommen. Hierzu wurden einzelne ICD-Kodes in andere Hierarchien verschoben.

5.2 Anhörungsverfahren

Bezogen auf die Zuordnung einiger ICD- bzw. ATC-Kodes hat der GKV-SV für einige Hierarchien, die im Festlegungsentwurf vom BAS nicht überarbeitet worden sind, dringenden Anpassungsbedarf angemahnt. Hierbei handelt es sich insbesondere um neu zuzuordnende Diagnosen und Wirkstoffe (bzw. neue Kodes für deren Klassifizierung). Die Bewertung der Vorschläge, die sich auf die Hierarchien 04 „Metabolische Erkrankungen“, 05 „Erkrankungen der Leber“, 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“, 16 „Herzkrankungen“ und 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ beziehen, erfolgt an dieser Stelle.

5.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

5.2.1.1 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Der im Rahmen des ICD-GM-2023 neu eingeführte ICD-Kode U69.73! „Hypoglykämisches Koma bei Diabetes mellitus“ wurde im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2024 der DxG1225 „Hypoglykämisches Koma“ zugeordnet, die der gleichnamigen HMG0120 zugeordnet ist, während der gleichzeitig neu eingeführte ICD-Kode U69.74! „Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Diabetes mellitus“ der DxG0658 „Hypoglykämien ohne Koma“ zugeordnet wurde, welche der gleichnamigen HMG0509 zugeordnet ist. Der GKV-SV, die DAK-G und die TK et al. weisen darauf hin, dass diese ICD-Kodes in der Regel mit den ICD-Kodes E10.7- bis E14.7- kodiert werden und daher im Diabetesstrang eingeordnet werden sollten.

5.2.1.2 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

Der GKV-SV merkt an, dass er bereits im letztjährigen Anhörungsverfahren darauf hingewiesen habe, dass für zahlreiche Diagnosegruppen mit Aufgreifkriterium Arzneimittel obligat bzw. Sonderfall 1 und 4 die Auswahl berücksichtigungsfähiger Arzneimittelwirkstoffe unvollständig sei und die Krankenkassen in der Folge keine adäquaten Zuweisungen für Versicherte erhielten. Daher hält der GKV-SV es für zwingend erforderlich, die entsprechenden noch offenen Vorschläge für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2024 umzusetzen – diese betreffen die Hierarchien 05 „Erkrankungen der Leber“, 16 „Herzkrankungen“ und 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ (Bundesamt für Soziale Sicherung 2022a).

Auch der AOK-BV weist erneut darauf hin, dass HEPCLUDEX (Wirkstoff „Bulevirtid“) zur Behandlung von chronischen Hepatitis-Delta-Virus (HDV)-Infektionen angewendet werde und der ATC-Siebensteller J05AX28 daher für die DxG0920 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)“ in die Anlage 3 aufgenommen werden solle.

5.2.1.3 Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

Der GKV-SV, die DAK-G und TK et al. weisen darauf hin, dass die im ICD-GM-2023 neu eingeführten ICD-Kodes U63.-! „Psychische und Verhaltensstörungen bei Demenz“ der DxG1234 „Degenerative Hirnerkrankungen / Morbus Alzheimer“ zugeordnet wurden, die der HMG0012 „Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen“ zugeordnet sei, obwohl Demenzdiagnosen zum überwiegenden Teil der HMG0058 „Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)“ zugeordnet sind, die von der HMG0012 dominiert wird.

5.2.1.4 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ und Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“

Zusätzlich zum GKV-SV weisen auch der AOK-BV, BKK DV und IKK e. V. darauf hin, dass ausgewählte Wirkstoffe der Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren eine Indikationserweiterung erhalten hätten und nun auch zur Therapie der Herz- bzw. Niereninsuffizienz zugelassen seien. Daher solle der ATC-Kode A10BK „Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren“ in der Anlage 3 für sämtliche Herz- bzw. Niereninsuffizienz-DxGs der Hierarchien 16 „Herzerkrankungen“ und 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ ergänzt werden.

5.2.2 Diskussion der Stellungnahmen und weitere Anpassungen

5.2.2.1 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Den Hinweisen entsprechend wird der ICD-Kode U69.73! „Hypoglykämisches Koma bei Diabetes mellitus“ im Diabetes-Strang der untersten DxG, die Kodes enthält, welche die Komplikation „Koma“ benennen, der DxG0104 „Sonstiger Diabetes mellitus mit diabetischer Ketoazidose oder Koma“ zugeordnet, die der HMG0015 „Sonstiger Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, Ketoazidose oder Koma“ zugeordnet ist.

Der ICD-Kode U69.74! „Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Diabetes mellitus“ wird im Diabetesstrang der DxG0106 „Sonstiger Diabetes mellitus mit anderen näher bezeichneten Krankheitserscheinungen“ zugeordnet, die der HMG0016 „Sonstiger Diabetes mellitus mit anderen Komplikationen“ zugeordnet ist.

Sobald Daten im Rahmen der Erarbeitung der nächsten Festlegungsentwürfe vorliegen, sollte eine empirische Prüfung der Einordnung dieser ICD-Kodes in das Klassifikationssystem erfolgen.

5.2.2.2 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

Da die Hinweise der Anhörungspartner zur Aufnahme des ATC-Siebenstellers J05AX28 „Bulevirtid“ für die DxG0920 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)“ sachgerecht sind, wird dies umgesetzt und der ATC-Kode J05AX28 für die DxG0920 in die Anlage 3 aufgenommen.

Weitere Vorschläge des GKV-SV zur Anpassung der ATC-Auswahl der DxGs 0920 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)“ und 0978 „Chronische Virushepatitis C mit Bedarfs- und Dauermedikation“ werden für eine Überprüfung in einem der kommenden Anpassungszyklen vermerkt.

5.2.2.3 Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

Das BAS folgt den Vorschlägen und ordnet die sieben ICD-Kodes U63.0 „Psychotische Symptome bei Demenz“, U63.1 „Affektive Symptome bei Demenz“, U63.2 „Angstsymptome bei Demenz“, U63.3 „Apathie bei Demenz“, U63.4 „Agitation oder Aggression bei Demenz“, U63.5 „Enthemmung bei Demenz“ und U63.6 „Wanderverhalten bei Demenz“ der DxG1238 „Demenz bei anderen Erkrankungen“ zu, die der HMG0058 zugeordnet ist.

5.2.2.4 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ und Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“

Die Anregungen des GKV-SV, AOK-BV, BKK DV und IKK e. V. zur Aufnahme des ATC-Kodes A10BK „Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren“ für sämtliche Herz- bzw. Niereninsuffizienz-DxGs der Hierarchien 16 „Herzerkrankungen“ und 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ sind aufgrund der Indikationserweiterungen sachgerecht. Daher wird der ATC-Fünfsteller A10BK für die in Tabelle 5.1 dargestellten Diagnosegruppen in der Anlage 3 ergänzt.

Tabelle 5.1: Diagnosegruppen für die der ATC-Code A10BK aufgenommen wird

Hierarchie	Hierarchie-Bezeichnung	DxG	DxG-Bezeichnung
16	Herzerkrankungen	0354	Hypertensive Herzerkrankung, mit Herzinsuffizienz
		0355	Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung, mit Herzinsuffizienz
		0367	Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)
		0368	Schwerwiegende Herzinsuffizienz (> 74 Jahre)
		0369	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
		0376	Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz
20	Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege	0539	Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz
		0537	Hypertensive Nierenerkrankung, mit Niereninsuffizienz
		0538	Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Niereninsuffizienz
		0539	Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz
		0541	Chronische Niereninsuffizienz
		0542	Niereninsuffizienz, n.n.bez.
		0821	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)
		0822	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, < 40 Jahre)
		0845	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, 40-79 Jahre)
		0854	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, > 79 Jahre)

Quelle: BAS

5.3 Festlegung

5.3.1 Auswirkung der Anpassungen

Die entsprechenden Änderungen wurden empirisch geprüft, um Verwerfungen in den Hierarchiestrukturen auszuschließen. Die Anpassungen führen aber – da es sich bei den zusätzlich berücksichtigten ICD-Kodes um solche handelt, die gegenwärtig noch nicht in der Datenmeldung enthalten sind und die zusätzlichen ATC-Kodes nur zu marginalen Fallzahlveränderungen führen – zu keinen nennenswerten Änderungen im Klassifikationsergebnis und der Vorhersagegüte des Modells (Abnahme des versicherten-individuellen MAPE um 0,002 %). Die Kostenschätzer der betroffenen HMGs verändern sich ebenfalls nur in sehr geringem Umfang. Die vorgenommenen Anpassungen werden im abschließenden Gesamtmodell (Kapitel 17) berücksichtigt und ausgewiesen.

6 Weitere Themen im Anhörungsverfahren

6.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

6.1.1 Schwerpunktsetzung und organisatorische Aspekte der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems

Der GKV-SV begrüßt die vorgenommene Verlängerung der Anhörungsfrist auf acht Wochen. Der von Seiten des BAS durch reduzierte Personalressourcen begründeten Einschränkung des Bearbeitungsumfangs mit einer Konzentration auf die Behebung und Vermeidung von Hierarchieverletzungen sowie auf die Bearbeitung ausgewählter, noch offener Vorschläge des GKV-SV seien nachvollziehbar. Der GKV-SV geht davon aus, dass die weiterhin unbearbeiteten Vorschläge des GKV-SV aus dem Vorjahr Bestandteil des nächsten Anpassungszyklus sein werden.

Auch der AOK-BV bezeichnet die begrenzte Modellüberarbeitung aufgrund beschränkter Personalressourcen als grundsätzlich nachvollziehbar und sachgerecht. Er verweist darüber hinaus darauf, dass auch die durch die Pandemie im Morbiditäts- und Kostenjahr beeinflusste Datengrundlage ebenfalls gegen eine umfangreichere Anpassung gesprochen habe. Aufgrund absehbarer Veränderungen durch die ausstehenden Datenaktualisierungen sei es zudem ratsam, die Weiterentwicklung bis auf Weiteres auf medizinisch begründbare Hierarchieanpassungen zu beschränken und die medizinische Konsistenz des Klassifikationssystems nicht weiter zu reduzieren.

Die BARMER bittet um einen Hinweis darauf, ob im kommenden Jahr die noch offenen Vorschläge zur Berücksichtigung von Arzneimitteln sowie die Beseitigung von Komorbiditäten weiterverfolgt werden oder ob andere Themenschwerpunkte gewählt werden.

Der BKK DV kritisiert, dass die Beschränkung der Anpassungsvorschläge für das AJ 2024 durch das BAS auf einige wenige, zu großen Teilen bereits im Vorjahr durch den GKV-SV eingebrachte Punkte vorab nicht bekannt war und für die Anhörungspartner überraschend kam. Auch wenn die Begründung der Beschränkung mit fehlenden Ressourcen aufgrund der anstehenden Gutachten nachvollziehbar und als Ausnahme zu akzeptieren sei, wäre es für die Ressourcenplanung der Anhörungspartner begrüßenswert gewesen, wenn über eine derartige weitreichende Änderung am Umfang des Entwurfs möglichst frühzeitig vorab informiert worden wäre. Dies hätte bei den beteiligten Anhörungspartnern mehr Effizienz in der Ressourcenplanung ermöglicht. Da Ende des Jahres 2024 erneut die Abgabe eines Gutachtens anstünde, stelle sich die Frage, ob im Sommer 2024 wieder mit einem „Minimalentwurf“ zu rechnen sei. Grundsätzlich wird die fehlende Planbarkeit in Bezug auf inhaltliche Schwerpunktsetzung als unnötige Belastung empfunden. Eine frühzeitige Mitteilung, z. B. mit Bekanntgabe der Festlegung des Vorjahres oder zu Jahresbeginn zu den im kommenden Jahr im Fokus stehenden Hierarchien und Schwerpunkten wäre wünschenswert. Dabei sei nachvollziehbar, dass Anpassungen der Planung z. B. aufgrund anstehender Gutachten erforderlich würden und jederzeit möglich seien. Allerdings würde mit einer solchen Planung und begründeten Änderungen derselben zusätzliche Transparenz für die Anhörungspartner hergestellt. Ideal wäre eine solche Vorabinformation eingebettet in eine umfassendere Mittel- und Langfristplanung.

Die Verlängerung des Anhörungszeitraums um eine weitere Woche begrüßt der BKK DV. Allerdings sei unklar, ob der verlängerte Anhörungszeitraum dauerhaft erhalten bliebe. Jeder Zeitgewinn sei aufgrund des Rückmeldeverfahrens über den GKV-SV zwischen GKV-SV und den Kassenverbänden zu teilen. Der BKK DV hält daher an seiner Bitte fest, den Anhörungszeitraum dauerhaft deutlich zu erhöhen sowie

„das Vorschlagsverfahren“ aus dem Festlegungsprozess im Sommer/Herbst herauszulösen und auf die Zeit der entfallenen Krankheitsauswahl im Winter vorzuziehen. Die strukturierte Erfassung der Vorschläge durch eine elektronische Tabelle sei ein guter Schritt, Vorschläge zu sammeln. Eine technische Lösung reiche allerdings nicht aus, weil nur in Verbindung mit einer Kurz-, Mittel- und Langfristplanung einschließlich der transparenten Aussortierung obsolet gewordener Vorschläge ein strukturiertes und transparentes Verfahren gewährleistet würde.

Der IKK e. V. begrüßt ebenfalls die Verlängerung der Anhörungsfrist auf acht Wochen. Allerdings wünscht er sich eine bessere Planbarkeit durch eine frühzeitige Bekanntgabe der Planungen und Untersuchungsschwerpunkte durch das BAS. Eine solche Information könne im ersten Quartal eines Jahres erfolgen, sodass sich die Verfahrensbeteiligten strukturiert und qualifiziert mit den Themen auseinandersetzen könnten, um gemeinsam mit dem BAS auf eine stetige Verbesserung der Zielgenauigkeit und der Manipulationsresistenz des Klassifikationsmodells hinzuarbeiten.

6.1.2 Dokumentation der Modellanpassungen

Der GKV-SV begrüßt die nachvollziehbare Strukturierung der Erläuterungen zu den Modell- bzw. Hierarchieanpassungen. Auch die Bereitstellung einer Excelvorlage für die Stellungnahmen sei zu begrüßen. Auch der AOK-BV und die BARMER bezeichnen das methodische Vorgehen und die schrittweisen Analysen zur Neuordnung der einzelnen Hierarchien als gut dokumentiert und grundsätzlich nachvollziehbar. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sollten aber alle Anpassungsschritte im Entwurf dokumentiert werden.

Der IKK e. V. bemängelt, dass sich die Übersichtlichkeit der Modellstruktur im Vergleich zu den Vorjahren nicht verbessert habe und erinnert an seinen Vorschlag aus der Stellungnahme des vorherigen Anhörungsverfahrens, alle Hierarchiestränge sowohl im Ausgangsmodell als auch im Festlegungsentwurf konsequent und durchgängig zu nummerieren. Außerdem sei die Verwendung der Symbole für veränderte Aufgreifkriterien auch bei der finalen Darstellung der Hierarchiestränge im Festlegungsentwurf wünschenswert.

6.1.3 Einheitliche Entscheidungskriterien

Der AOK-BV bezeichnet es als erfreulich, dass das BAS im vorliegenden Entwurf besonders darauf geachtet habe, Entscheidungen für oder gegen die Zusammenlegung von HMGs nach konsistenten, einheitlichen Kriterien zu treffen. Es wird angeregt, für die zukünftigen Weiterentwicklungen zu prüfen, ob zugunsten einer höheren Konsistenz und Transparenz im Verfahren nicht doch eine im Grundsatz für alle Krankheitshierarchien gültige, einheitliche Methodik zur Ausdifferenzierung bzw. Konsolidierung von HMG-Strängen entwickelt und umgesetzt werden könne. Diese Kriterien sollten in Abhängigkeit von der Höhe der Gesamtzuweisung formuliert werden. Abweichungen hiervon in entsprechend zu begründenden Einzelfällen oder Ausnahmeregelungen für niedrig besetzte HMGs sollten aber möglich bleiben.

Die BARMER erinnert in diesem Zusammenhang an ihren Vorschlag aus dem Anpassungszyklus für das AJ 2023, der eine Formalisierung der Hierarchiekonsolidierungen auf Basis allgemeingültiger Regelungen in Abhängigkeit der Kostenschätzerhöhe oder der Gesamtzuweisung anregte.

Der BKK DV begrüßt, dass das BAS in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf für das AJ 2024 auf den kassenartenübergreifenden Wunsch nach einem systematischeren, an einheitlichen Kriterien orientierten Vorgehen bei der Modellüberarbeitung eingegangen sei. Dennoch bliebe die Frage nach einheitlichen Schwellenwerten, die bestimmen, wann eine Verbesserung der Kennzahlen so relevant sei, dass sie eine Modellanpassung rechtfertigt, ungeklärt. Bei nur marginalen Verbesserungen der Kennzahlen

zwischen verschiedenen Modellalternativen gewöhnen fachlich-inhaltliche Argumente naturgemäß an Bedeutung. Diese Argumentationen sollten sich laut BKK DV vorrangig nachprüfbar auf allgemein anerkannte Behandlungs-, Arzneimittel- und Kodierrichtlinien stützen. In diesem Kontext wird die Empfehlung erneuert, einen standardisierten Prozess zur Überarbeitung von Hierarchien zu entwickeln. Es wird die Erstellung einer entsprechenden Checkliste für die Hierarchieanpassungen vorgeschlagen.

6.1.4 Verwendung von Arzneimitteln und Aufgreifkriterien

Der GKV-SV begrüßt die gesonderte Anhörung des Tabellenblatts der Anlage 3 zu den berücksichtigungsfähigen Arzneimitteln je Diagnosegruppe für das Berichtsjahr 2022.

Er weist hinsichtlich zukünftiger Analysen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells darauf hin, dass in der Arzneimittelversorgung zunehmend spezifisch wirkende Arzneimittel zugelassen werden, die sich durch hohe Versorgungskosten auszeichneten. Im Rahmen der Risikogruppenzuordnung seien diese dazu geeignet, schwerwiegendere Krankheitsverläufe oder seltene Erkrankungen zu identifizieren, die im ICD-Katalog nicht mit einem eigenen ICD-Code abgebildet werden. Daher sollte dieser Bereich zukünftig bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells besondere Berücksichtigung finden. Betroffen seien hiervon z.B. Erkrankungen aus den Hierarchien 02 „Neubildungen“, 04 „Metabolische Erkrankungen“ und 08 „Hämatologische Erkrankungen“.

Der GKV-SV verweist auf seine Stellungnahme aus dem Anhörungsverfahren zur Festlegung für das AJ 2023, die beinhaltete, dass für zahlreiche Diagnosegruppen mit den Aufgreifkriterien „Arzneimittel obligat“ bzw. „Sonderfall 1 und 4“ die Auswahl der berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffe unvollständig sei. Entsprechende Ergänzungsvorschläge seien seinerzeit vorgetragen, mit Ausnahme eines Vorschlages zur DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ aber nicht bearbeitet worden. Es sei erforderlich, die noch offenen Vorschläge zu DxGs der Hierarchien 05 „Erkrankungen der Leber“, 16 „Herzerkrankungen“ und 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ für das Klassifikationsmodell des AJ 2024 umzusetzen, da die Krankenkassen ansonsten aufgrund fehlender Arzneimittelwirkstoffe in der Anlage 3 für bestimmte Versicherte keine adäquaten Zuweisungen erhielten.

Der AOK-BV bittet das BAS, mögliche Implikationen der Mehrfachverordnungen bei chronischen Erkrankungen mit einer bis zu viermaligen Abgabe des Arzneimittels innerhalb eines Jahres ohne weiteren Arztkontakt auf die Aufgreifkriterien des Morbi-RSA (insbesondere im Kontext der M2Q-Prüfung) zu untersuchen. Ggf. seien notwendige Anpassungen an den Aufgreifalgorithmen vorzubereiten und zeitnah umzusetzen.

Der AOK-BV beschreibt zudem erneut die Möglichkeit der Ärzte, im Rahmen der Therapiefreiheit und die durch die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung ausgeweiteten Regelungen, die Therapie zu wechseln. In diesem Kontext wird das BAS gebeten, die Prüfung einer Reihe von ATC-Kodes für bestehende DxGs zu prüfen.

Darüber hinaus thematisieren GKV-SV und AOK-BV die BT-Prüfung auch für stationäre Hauptdiagnosen im Rahmen des Sonderfalls 1. Die momentane Ausgestaltung führe zu vermehrten Nichtzuordnungen von Krankheitsfällen, bei denen die Arzneimitteltherapie zu relevanten Anteilen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten erfolgt und betroffene Patienten deshalb die erforderlichen BT-Grenzen nicht erfüllten. Vor diesem Hintergrund wird das BAS gebeten, für bestimmte DxGs eine Anpassung der Sonderfallprüfung 1 zu analysieren. Das Aufgreifen der Diagnosen von Kindern über eine abgesenkte BT-Grenze erscheine sinnvoll und sei daher beizubehalten.

Aus Sicht des AOK-BV ist zudem die Anwendung der M2Q-Prüfung für Erkrankungen problematisch, bei denen im Regelfall die Kodierung in einem weiteren Quartal nicht zu erwarten sei. Eine neue Sonderfallregelung sei für diese Fälle zu definieren.

Im Kontext drohender oder bestehender Lieferengpässe im Arzneimittelmarkt können auf Antrag des Zulassungsinhabers Gestattungen nach § 10 Abs. 1a sowie § 11 Abs. 1c AMG erteilt werden, um Arzneimittel befristet mit einer Kennzeichnung und/oder Packungsbeilage in einer anderen als der deutschen Sprache in den Verkehr zu bringen. Der AOK-BV bittet das BAS die möglichen Implikationen dieser Gestattungen auf die bestehenden Aufgreifkriterien des Morbi-RSA im Kontext der entsprechenden Arzneimitteldifferenzierungen bzw. -validierungen zu beachten. Die Gefahr bestünde, dass davon betroffene Versicherte trotz erfolgter Arzneimitteltherapie keine Zuweisungen erhielten. Falls die IFA einem möglichen Vorschlag des GKV-SV nicht folge, eindeutige PZNs für gestattete Ware festzulegen, bittet der AOK-BV darum, ggf. notwendige Anpassungen wie z. B. die Absenkung erforderlicher BT-Grenzen an den Aufgreifalgorithmen vorzubereiten und zeitnah umzusetzen.

Der BKK DV befürwortet die im Modell verankerte Arzneimitteldifferenzierung als wichtiges Instrument der Verbesserung der Manipulationssicherheit des RSA. Als mögliche weitere Anwendungsbereiche werden die Trigeminusneuralgie oder das komplexe regionale Schmerzsyndrom genannt und als Überprüfungsgegenstand für kommende Anpassungszyklen angeregt.

Die DGfN fordert die Ausweitung der Nutzung des Merkmals „Dialyseverfahren“ zur Bestimmung der Morbidität, da das Kennzeichen „extrakorporale Blutreinigung“ bislang nur in einigen DxGs genutzt würde, obwohl Dialyseverfahren grundsätzlich morbiditäts- und damit ausgabenrelevant seien.

6.1.5 Komorbidität

Der GKV-SV geht davon aus, dass die im Anhörungsverfahren für das Klassifikationssystem des AJ 2023 gemachten Anmerkungen hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Analyse zur zielgenaueren Abbildung von Komorbidität im Klassifikationsmodell in zukünftigen Anpassungszyklen Berücksichtigung finden werden.

Darüber hinaus verweist der GKV-SV auf seinen Vorschlag für das AJ 2023 zur Anpassung der Klassifikation verschiedener rheumatoider Erkrankungen, die über die Verordnung von Immunsuppressiva aufgegriffen werden. Mit einem gemeinsamen Hierarchiestrang für die Chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) und Psoriasis (jeweils mit Dauermedikation) könnten die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells erheblich verbessert und Doppelzuschläge vermieden werden. Auch wenn dieser Vorschlag nicht alle mit Immunsuppressiva behandelten Erkrankungen einbeziehe, sei er ein sinnvoller erster Schritt zur Lösung der Problematik.

Der AOK-BV kritisiert, dass die in den letzten beiden Anhörungszyklen vorgenommenen Hierarchieumgestaltungen überwiegend unter ökonomischer Perspektive und unter Betrachtung von Fehldeckungen begründet wurden. Hierdurch entferne sich das Modell weiter von der bis zum Ausgleichsjahr 2021 angewandten medizinischen Systematik, in der die schweren Ausprägungen eines Erkrankungsbildes die weniger schweren Ausprägungen dominierten. Eine auf Basis von HMG-bezogenen Fehldeckungen orientierte Modellausgestaltung ziehe langfristig einen deutlich erhöhten Aufwand für die Modellpflege nach sich. Nach Datenaktualisierungen bzw. Modellanpassungen im Rahmen der regelhaften Weiterentwicklungen wirkten sich die Komorbiditäten auf die altersbezogenen Über- und Unterdeckungen einer HMG aus. Daraus ergäbe sich das Erfordernis, die nach ökonomischen Aspekten definierten Hierarchiestrukturen kontinuierlich zu überprüfen. Auch vor dem Hintergrund der sog.

„Manipulationsbremse“ wird die Wirkung der verflochtenen Hierarchiestränge kritisch gesehen, da durch die Zusammenlegung von durch Komorbiditäten und Überdeckungen betroffenen HMGs der Wegfall von ausgeschlossenen HMGs nicht durch andere korrelierte HMGs aufgefangen werden könne. Dies könne zu verstärkten Fehldeckungen und einer massiven Reduzierung der Zielgenauigkeit des MorbiRSA für die dadurch betroffenen Versicherten führen. Schließlich könne sich das BAS bei der Modellentwicklung nur an den Fehldeckungen vor Anwendung des HMG-Ausschlusses orientieren. Dieses Instrument würde dazu führen, dass sich Überdeckungen in Unterdeckungen verwandelten und umgekehrt.

Vor diesem Hintergrund wird die Entscheidung des BAS, von hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen nach Möglichkeit abzusehen vom AOK-BV als grundsätzlich richtig erachtet. Allerdings wird festgestellt, dass es im Zuge der verstärkten Einführung mehrfacher Arzneimitteldifferenzierungen zu ungerechtfertigten Parallelzuschlägen für Immunsuppressiva-Therapien mit daraus resultierenden Überdeckungen für die betroffenen Versicherten käme. Daher sei in diesem Fall übergangsweise der diesbezügliche Vorschlag des GKV-SV aus dem Anhörungszyklus AJ 2023 zielführend, der noch in diesem Anpassungszyklus geprüft werden solle. Eine noch sachgerechtere Lösungsoption könne zudem ein gesonderter Immunsuppressiva-Zuschlag nach dem Vorbild der innovativen Onkologika-Zuschläge darstellen. Ein weiterer, allerdings komplexerer Lösungsansatz wird in der Abbildung aller Autoimmunerkrankungen in einer eigenen Hierarchie gesehen.

Der BKK DV fordert, Komorbiditäten zwischen den Hierarchien auch zukünftig durch die Zusammenlegung von Hierarchien aufzuarbeiten. Die weiteren Forderungen des GKV-SV in diesem Zusammenhang im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2023 werden ausdrücklich unterstützt. Eine weitere Option zur Abbildung von Komorbiditäten seien Interaktionsterme, die der BKK DV zum Beispiel für die HMGs der Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“ im Anpassungszyklus des Vorjahres vorgeschlagen habe.

Im Kontext der Arzneimittelvalidierung, die vom BKK DV prinzipiell zur Validierung bestimmter Krankheitsbilder befürwortet wird, weist der Verband darauf hin, dass bestimmte Arzneimittel mit sehr breitem Anwendungsgebiet zur Validierung verschiedener Krankheiten dazu führen könnten, dass dasselbe unspezifische Medikament zu Zuweisungen für verschiedene Krankheitsbilder führen könne. Diesbezüglich wird eine Prüfung bestimmter Konstellationen sowie eine Ausweitung des „pyramidalen“ Systems auf weitere Krankheitsbilder angeregt.

Zudem sei im Versorgungsalltag bei bestimmten Krankheitsbildern eine Diagnosekodierung mit (mehreren) unterschiedlichen ICD-Kodes möglich, die z. T. in unterschiedlichen Hierarchie(stränge)n eingeordnet wären und die aufgrund einer einzigen Arzneimittelverordnung zu einer parallelen Zuweisung über verschiedene HMGs führe. Lösungsmöglichkeiten bestünden in einer Anpassung der Hierarchisierung oder der Zusammenlegung verschiedener DxGs aus verschiedenen Hierarchien in einer HMG.

Der IKK e. V. erinnert an seine Stellungnahme zum Festlegungsentwurf AJ 2023, der zufolge die Zusammenlegung von Hierarchien grundsätzlich zu einer Reduktion (hierarchie-)externer Komorbiditäten führen könne. Dennoch bedürfe es einer Analyse der nach wie vor bestehenden Korrelationen. Als Beispiel wurden die Komorbiditäten zwischen HMGs der Hierarchien 11 und 28 genannt. Zudem bestünden in den nicht zusammengelegten Hierarchien weiterhin signifikante Korrelationen und daraus resultierende Fehldeckungen. Zur Vermeidung unerwünschter Kodieranreize wird eine systematische und strukturelle Überprüfung hierarchieübergreifender Abhängigkeiten für dringend erforderlich erachtet. Das BAS wird ermutigt, den in den vergangenen Jahren begonnen Weg weiterzuverfolgen und die durch hierarchieübergreifende Wechselbeziehungen entstehenden Überdeckungen systematisch zu überprüfen und zu bereinigen.

Außerdem sollten Diagnosen einer ICD-Gruppe möglichst in die gleiche Hierarchie einsortiert werden, wie die anderen Diagnosen der Gruppe, um Mehrfachzuschläge durch Komorbiditäten zu vermeiden.

6.1.6 Alterssplits

Die BARMER hält eine erneute Überprüfung der im Ausgleichsjahr 2020 festgelegten individuellen Altersgrenzen der HMG-Altersdifferenzierungen für erforderlich. BKK DV und IKK e.V. unterbreiten verschiedene Vorschläge für zusätzliche Alterssplits bzw. für deren Aufhebung.

6.2 Diskussion der Stellungnahmen

6.2.1 Schwerpunktsetzung und organisatorische Aspekte zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems

Sämtliche Vorschläge, die sich im Verlauf eines Anhörungsverfahrens ergeben, werden vom BAS gesammelt. Kommt es im Rahmen zukünftiger Hierarchiebearbeitungen zu einer Untersuchung der eingebrachten Thematik, können diese Vorschläge zum gegebenen Zeitpunkt bewertet werden. Hierbei werden allerdings auch zukünftig diejenigen Vorschläge prioritär behandelt werden, die dem BAS vom GKV-SV als seinem laut § 8 Absatz 4 Satz 1 RSAV vorgesehenen Anhörungspartner vorgetragen werden. Durchgeführte Prüfungen erfolgen im Rahmen der Schwerpunktsetzung und der jeweils zur Verfügung stehenden Ressourcen zukünftiger Anpassungszyklen. Ob eine dauerhafte Verlängerung des Anhörungszeitraums möglich ist, hängt auch von den im jeweiligen Anhörungszyklus vorliegenden Rahmenbedingungen ab und kann daher derzeit nicht sicher zugesagt werden. Das BAS stimmt sich hierzu aber regelmäßig mit dem GKV-SV ab.

Soweit es den im Vergleich zu den Vorjahren geringeren Umfang der Überarbeitungen für das Modell des Ausgleichsjahrs 2024 betrifft, so weist das BAS darauf hin, dass die Überarbeitungsbreite der Festlegungsentwürfe bzw. Festlegungen für die Ausgleichsjahre 2021 bis 2023 sich aus der Notwendigkeit, die Regelungen des GKV-FKG und des GKV-GVWG in den Klassifikationsmodellen dieser Ausgleichsjahre nachvollziehbar umzusetzen, ergab. Aufgrund der im Jahr 2024 zu erstellenden Evaluation zum Jahresausgleich 2021 ist zudem absehbar, dass die Arbeiten zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für das AJ 2025 nicht werden umfassender ausfallen können als in diesem Zyklus.

In Bezug auf die Aufstellung einer Mittel- und Langfristplanung wird auf die Ausführung aus den Erläuterungen zur Festlegung für das AJ 2022 verwiesen (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2021b, S. 38).

6.2.2 Dokumentation der Modellanpassungen

Die derzeitige Darstellung der Modellstruktur ist das Ergebnis einer Abwägung von Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit mit dem zur Verfügung stehenden Platz. Diesbezüglich sind in den letzten Anpassungszyklen aus Sicht des BAS Fortschritte erreicht worden. Punktuelle Anpassungen des Erläuterungsdokumentes wird es auch zukünftig geben, weitere umfassendere redaktionellen Überarbeitungen sind nicht vorgesehen.

6.2.3 Einheitliche Entscheidungskriterien

In Bezug auf die Anmerkungen zur Einheitlichkeit der Entscheidungskriterien wird auf den entsprechenden Abschnitt der Erläuterungen zur Festlegung des AJ 2023 verwiesen (vgl. Abschnitt 4.2.4.2 in Bundesamt für Soziale Sicherung 2022b, S. 2). Eine abschließende Bewertung kann auch im Rahmen dieser Festlegung nicht erfolgen.

6.2.4 Verwendung von Arzneimitteln und Aufgreifkriterien

Einige der Vorschläge, die auf eine Anpassung bestehender Aufgreifkriterien abzielen, erscheinen dem BAS grundsätzlich nachvollziehbar. Eine umfassende Prüfung aller Aufgreifkriterien ist allerdings kurzfristig und innerhalb eines Anpassungszyklus kaum zu leisten. Gleichwohl ist sich das BAS darüber im Klaren, dass vor dem Hintergrund des mit dem AJ 2021 eingeführten Vollmodells und zwischenzeitlich neu etablierter Therapieverfahren und -settings mittelfristig eine erneute Überprüfung der historisch gewachsenen Aufgreifkriterien erfolgen sollte.

Dem Hinweis der DGfN in Bezug auf das Kennzeichen „extrakorporale Blutreinigung“ zur Bestimmung der Morbidität steht das BAS aufgeschlossen gegenüber. Hierzu wäre allerdings die Benennung konkreter Krankheitsbilder oder Diagnose(gruppen)n nötig, für die eine Anwendung einer Zuschlagsdifferenzierung über den Sonderfall 4 ebenfalls in Frage kommt.

Zur Ausweitung der Verwendung spezifisch wirkender Arzneimittel, welche schwerwiegende Krankheitsverläufe oder seltene Erkrankungen identifizieren, aber keinen eigenen ICD-Code im Katalog haben, wird das BAS im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems spezifische Vorschläge zu den einzelnen Hierarchien im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen sukzessive in den kommenden Anpassungszyklen prüfen. Das BAS steht entsprechenden Vorschlägen offen gegenüber.

Der Einwand, die Auswahl der berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffe in den Hierarchien 05, 16 und 20 sei unvollständig, ist sachgerecht. Dazu sei auf die Ausführungen in Abschnitt 5.2.2 verwiesen.

In Bezug auf die vorgebrachte Sorge, dass Mehrfachverordnungen bei chronischen Erkrankungen mit einer bis zu viermaligen Abgabe des Arzneimittels innerhalb eines Jahres ohne weiteren Arztkontakt zu einem Rückgang der erfolgreichen M2Q-Prüfungen führen könnten, ist zu erwidern, dass dieser Sachverhalt zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht empirisch untersucht werden kann. Eine entsprechende Prüfung kann erst nach der verpflichtenden Einführung des E-Rezeptes erfolgen.

In Bezug auf das Thema der Gestattungen nach § 10 Abs. 1a sowie § 11 Abs. 1c AMG ist die Stellungnahme der IFA abzuwarten, bevor eine fachliche Einschätzung erfolgen kann.

6.2.5 Komorbidität

In Bezug auf die Forderungen einzelner Anhörungspartner, auch weiterhin komorbiditätsbezogene Untersuchungen durchzuführen, wird auf die Position des GKV-SV verwiesen. Dieser hatte im Anhörungsverfahren für das AJ 2023 gefordert, zu dieser Thematik eine einheitliche, systematisch anzuwendende Methodik zu entwickeln. Ein derartiges Analyseschema zur Identifikation solcher aus (RSA-Sicht) problematischer HMG-Kombinationen konnte bisher noch nicht entwickelt werden. In diesem Kontext ist offen, ob der bislang praktizierte Ansatz (Beurteilung nicht altersstandardisierter Odds-Ratios auf Ebene der HMGs) zur Bestimmung von HMG-Konstellationen, die zu einer Überdeckung führen können, ausreicht. In jedem Fall ist darauf hinzuweisen, dass eine rein statistische Häufung eines gemeinsamen Auftretens bestimmter HMGs alleine noch keine hinreichende Bedingung für die Auflösung entsprechender Doppelzuschläge sein kann. In einem Modell, das zur Schätzung prospektiver Leistungsausgaben in der GKV dient und darauf abzielt monetär bedingte Risikoselektionsanreize zu verringern, wird die Berücksichtigung ökonomischer Aspekte immer eine zentrale Rolle einnehmen müssen. Allerdings – und auch hier stimmt das BAS mit der Einschätzung des GKV-SV überein – sollten medizinische und klassifikations-spezifische Betrachtungen mit berücksichtigt werden, die zur Erklärung bestehender Komorbiditäten mit nennenswerten Fehldeckungen beitragen. Dem GKV-SV ist darin zuzustimmen, dass die vom BAS für das

AJ 2023 erstmals erprobte Zusammenlegung von Hierarchien nur eines von mehreren denkbaren Lösungsszenarien für die Beseitigung relevanter komorbiditätsbedingter Überdeckungen darstellt. Auch ist festzuhalten, dass sich hierarchieübergreifend komorbiditätsbezogene Problemfälle auch (und vor allem) dort ergeben, wo pathogenetisch artverwandte Erkrankungen (wie etwa im Erkrankungskomplex Rheumatoide Erkrankungen / CED / Psoriasis) in unterschiedlichen Hierarchien berücksichtigt, dort aber mit identischen Arzneimittelwirkstoffen (z.B. Glucocorticoiden oder Immunsuppressiva) aufgegriffen werden.

Insofern werden viele der inzwischen eingebrachten Einzelvorschläge als generell prüfenswert erachtet. Inwiefern vertiefte Untersuchungen dieser Anregungen (auf ausgewählte Fälle beschränkt oder im Rahmen einer systematischen Analyse) in zukünftigen Anpassungszyklen durchgeführt werden können, wird jeweils im Rahmen der jeweiligen Schwerpunktsetzung und unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen entschieden.

6.2.6 Alterssplits

Das BAS nimmt die Anregungen zur jährlichen Überprüfung bestehender Alterssplits bzw. zur Einführung weiterer Altersdifferenzierung zur Kenntnis. Auf die diesbezüglichen Ausführungen des BAS in den Erläuterungen zur Festlegung des AJ 2022 sei verwiesen (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2022b, S. 11-12).

III Anpassung der Hierarchien

7 Vorbemerkungen

7.1 Struktur der Kapitel zur Dokumentation von Modelländerungen

Jedes Kapitel zur Anpassung des Klassifikationsmodells beginnt mit einer Einleitung, in welcher der Festlegungsentwurf kurz zusammengefasst wird. Beschreibt das Kapitel konkrete Änderungen der Klassifikation, so werden das Ausgangsmodell und der Festlegungsentwurf (der Hierarchie) tabellarisch gegenübergestellt. Der Festlegungsentwurf einer Hierarchie wird außerdem strukturell anhand einer schematischen Darstellung der betreffenden Hierarchie dargestellt, welche die Fallzahlen und Kostenschätzer des Festlegungsentwurfs der Hierarchie auf Basis der Daten der Vollerhebung enthält.

Im Anschluss folgen eine kurze Zusammenfassung und Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen. Nur im Falle, dass weitere Analysen durchgeführt werden, folgen in den anschließenden Abschnitten die entsprechenden Untersuchungen. Alle Untersuchungen in den Hierarchien werden **auf Basis des Festlegungsentwurfs der jeweiligen Hierarchie berechnet**, d.h. alle anderen Hierarchien entsprechen ceteris paribus nach wie vor dem Ausgangsmodell für das AJ 2024. Veränderungen der Kennzahlen werden jeweils in den Tabellen **im Vergleich zum Ausgangsmodell** ausgewiesen.

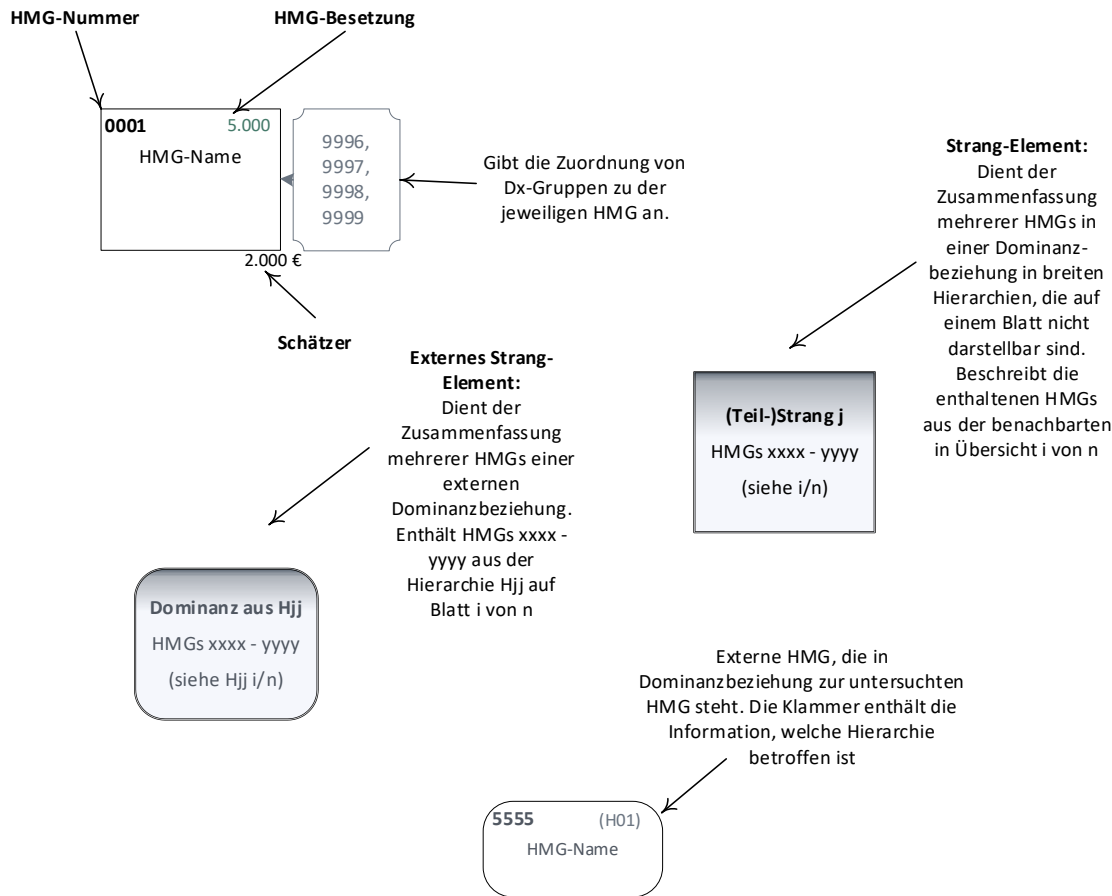
Nach der Darstellung und Abwägung der geprüften Modifikationen wird das Ergebnis als **Festlegung der Hierarchie** dargestellt. Falls sich empirisch relevante Veränderungen zwischen Festlegungsentwurf der Hierarchie und der Festlegung der Hierarchie ergeben, werden am Ende des jeweiligen Kapitels diese Modelle tabellarisch gegenübergestellt. Auf eine Wiederholung des Ausgangsmodells AJ 2024 wird aus Platzgründen an entsprechender Stelle verzichtet. Eine Abbildung der überarbeiteten Hierarchie mit allen Anpassungen auf Grundlage der Fallzahlen und Kostenschätzer der Vollerhebung fasst die Modellstruktur abschließend zusammen.

Dementsprechend beziehen sich auch die Hierarchieabbildungen in den jeweiligen Kapiteln der Festlegung nur auf die isolierte Bearbeitung **der jeweiligen Hierarchie**. Bei Vorliegen von veränderten externen Dominanzbeziehungen weisen sie daher noch die externe Dominanzbeziehung des Ausgangsmodells aus. **Änderungen der externen Dominanzbeziehung werden nur in dem entsprechenden Hierarchie-Kapitel, in dem diese Veränderung der externen Dominanzbeziehung geprüft wurde, dokumentiert.** Die resultierende Ausgestaltung im Gesamtmodell ist den Hierarchieabbildungen des Anhangs A.3 zu entnehmen.

7.2 Darstellungsoptionen der Modellstruktur der Hierarchien

Die Erläuterungen zu den Anpassungen werden durch schematische Abbildungen ergänzt, um die vorgenommenen Anpassungen in den einzelnen Hierarchien zu veranschaulichen. Die einzelnen Bausteine dieser schematischen Anpassungen werden in Abbildung 7.1 vorgestellt.

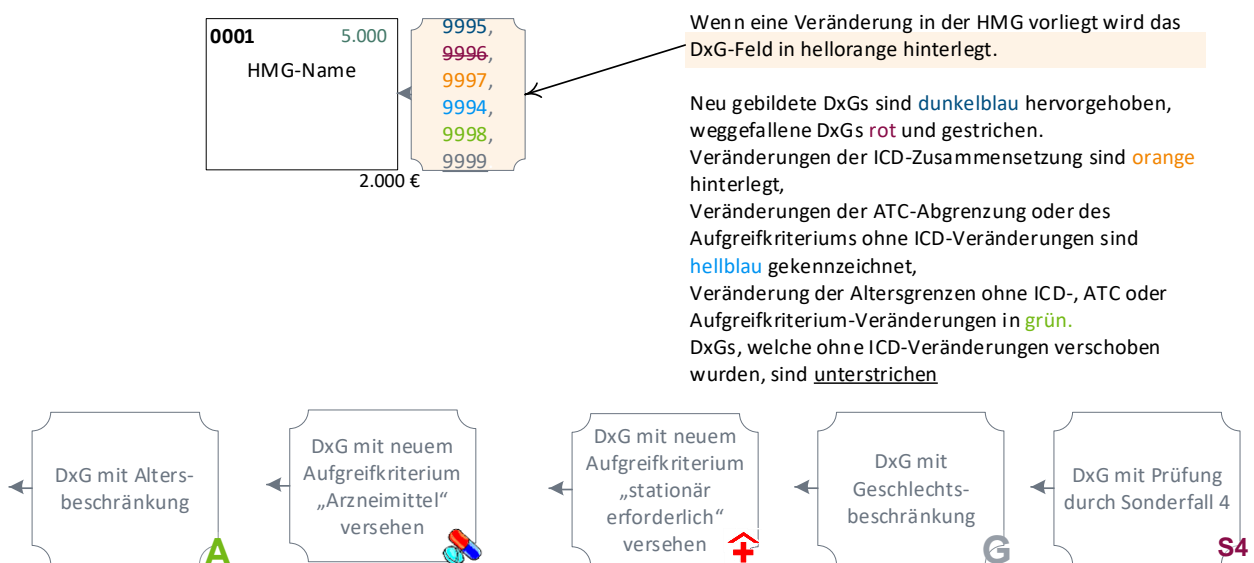
Abbildung 7.1: Bausteine der schematischen Darstellung einer gesamten Hierarchie



Quelle: BAS

Veränderungen, welche sich durch die Überarbeitung im Vergleich zum Ausgangsmodell des AJ 2024 ergeben, werden wie in Abbildung 7.2 dargestellt hervorgehoben.

Abbildung 7.2: Schematische Darstellung von Änderungen im Festlegungsentwurf bzw. in der Festlegung



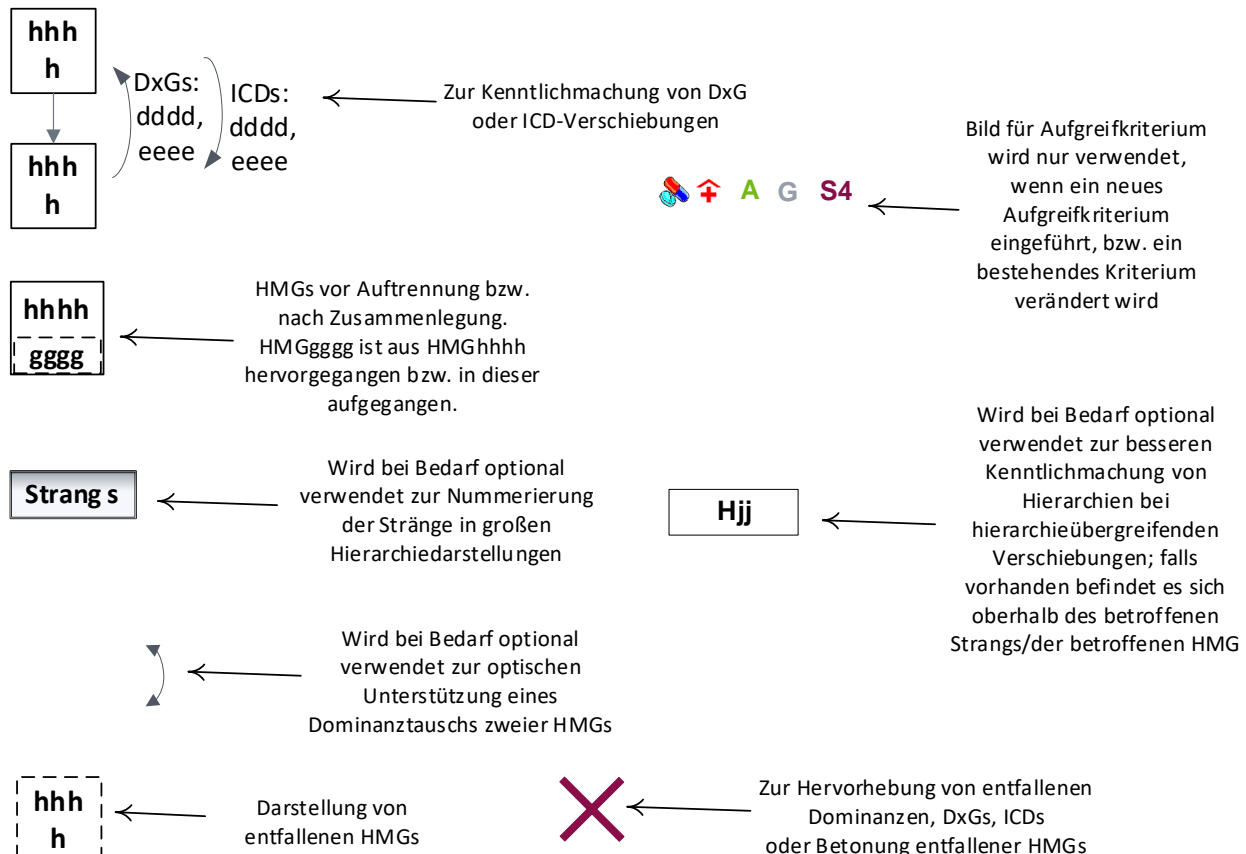
Quelle: BAS

Bei den abschließenden Abbildungen zur **Festlegung der Hierarchie** beschreiben die Hervorhebungen Veränderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

Zum Teil werden verkürzte graphische Darstellungen verwendet, welche lediglich die HMG-Nummern enthalten. Der Fokus dieser Darstellungen liegt darauf, die Veränderungen in der Modellstruktur zwischen den einzelnen Modellen darzustellen.

Abbildung 7.3 stellt die Elemente vor, welche für die bildliche Darstellung der Modellveränderungen zur Verfügung stehen.

Abbildung 7.3: Elemente der Darstellung von Veränderungen der untersuchten Modelle



Quelle: BAS

7.3 Darstellung von Berechnungsergebnissen bei Hierarchieanpassungen

Die Darstellung der Berechnungsergebnisse in tabellarischer Form konzentriert sich auf die untersuchten Bereiche der Hierarchie. Grundsätzlich folgt die Reihenfolge der HMGs in der Darstellung der Dominanzreihenfolge bzw. der Zuordnung in einzelnen Strängen des Vergleichsmodells. Ausnahmen von dieser Regel werden im Text kenntlich gemacht. Auch die Benennung folgt weitgehend diesem Prinzip. Eine Ausnahme stellen gesplittete oder zusammengelegte HMGs dar. In diesen Fällen entspricht die Bezeichnung den gesplitteten HMGs, bzw. der HMGs vor der Zusammenlegung. Die letztendlich vergebenen Bezeichnungen der HMGs sind der finalen Gegenüberstellung von Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf zu entnehmen.

Falls zur Zusammenfassung der Änderungen in ICD-DxG-HMG-Zuordnungen die tabellarische Form gewählt wird, bezeichnet das Kürzel „AGM“ jeweils das Ausgangsmodell des AJ 2024 und „FLE“ jeweils den Festlegungsentwurf für das AJ 2024. Das Kürzel „FL“ bezeichnet bei Bedarf die Festlegung. Im Rahmen

des Anhörungsprozesses neu gerechnete Modelle erhalten bei der Modellnummerierung das Kürzel „A“ für „Anhörung“.

Bei der Darstellung der Struktur und Ergebnisse der einzelnen Modellrechnungen ist zu beachten, dass z. T. temporäre Nummern und/oder Benennungen für DxGs und HMGs vergeben werden, die sich im endgültigen Modell des Festlegungsentwurfs nicht wiederfinden müssen. In der graphischen Darstellung des Festlegungsentwurfs werden lange HMG-Bezeichnungen aus Platzgründen durch Auslassungen mit „...“ gekürzt. Die Kürzung langer HMG-Bezeichnungen aus Platzgründen gilt ebenfalls für sämtliche Tabellen mit Ausnahme der abschließenden Gegenüberstellung von Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie.

Wenn für eine Hierarchie keine empirischen Überprüfungen vorgenommen werden, wird auf die Darstellung in Form eines Kapitels verzichtet. Für diese Hierarchien entspricht die Festlegung dem Ausgangsmodell/bzw. Festlegungsentwurf für das AJ 2024 bzw. der Festlegung des AJ 2023. Die Darstellung der vollständigen Struktur der betreffenden Hierarchie kann der abschließenden Zusammenfassung im Abschnitt A.3 entnommen werden.

8 Hierarchie 01 „Infektionen“

8.1 Festlegungsentwurf

Für die Krankheitsbilder Syphilis und Tuberkulose wurden Arzneimittelvalidierungen eingeführt, zudem wurden im Ausgangsmodell aus der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ in die Hierarchie 01 verschobene ICD-Kodes einsortiert. Die Einsortierung der in Hierarchie 01 berücksichtigten COVID-19 bezogenen ICD-Kodes wurde auf der Grundlage der aktuellen Datenmeldung überprüft und angepasst.

Tabelle 8.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

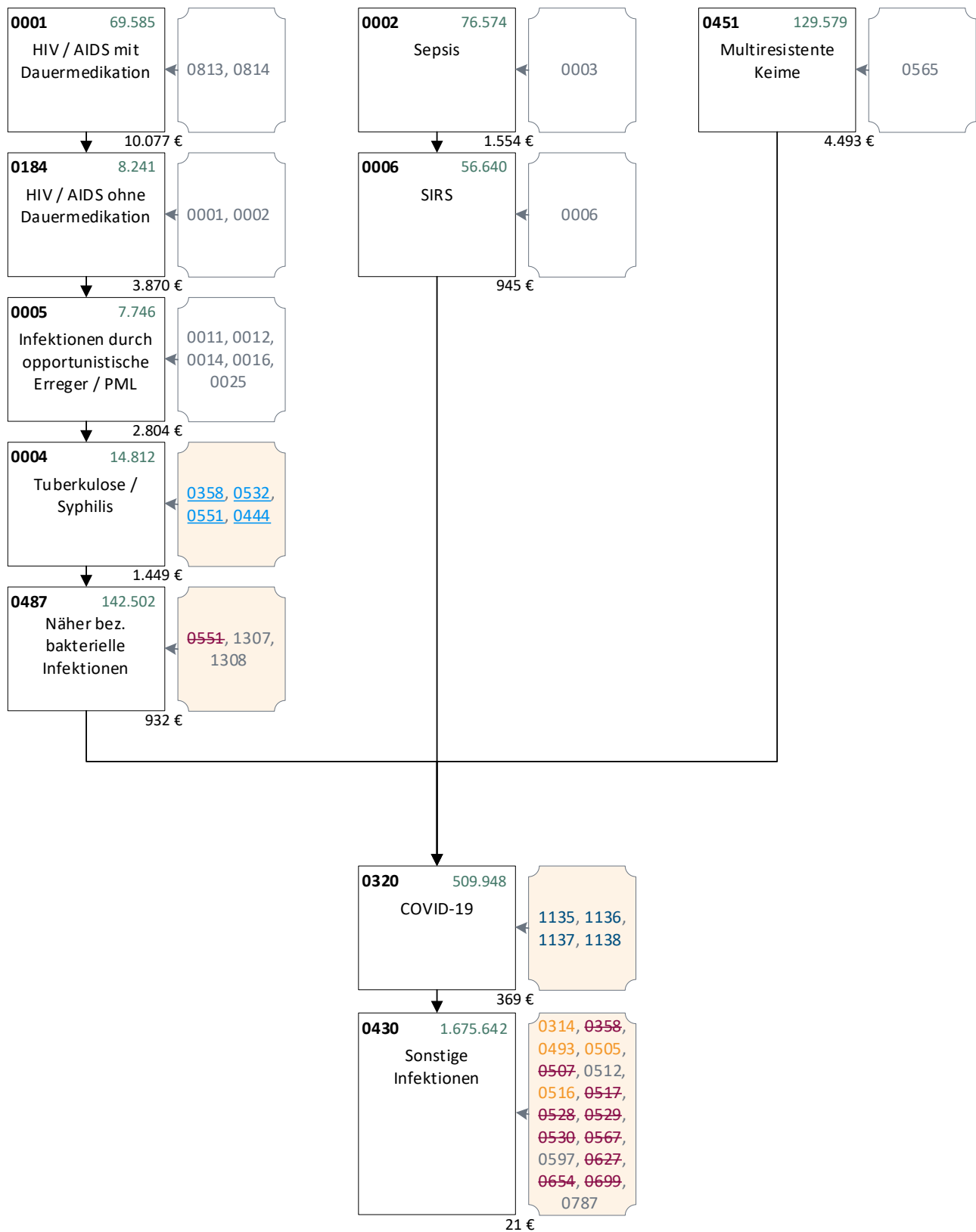
Tabelle 8.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 01 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0509%		60,0517%	0,0008 PP
	CPM	29,7803%		29,7806%	0,0003 PP
	MAPE	2.570,05 €		2.570,04 €	-0,0122 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0001	HIV / AIDS mit Dauermedikation	69.585	10.076 €	69.585	10.077 €
HMG0184	HIV / AIDS ohne Dauermedikation	8.241	3.870 €	8.241	3.870 €
HMG0005	Infektionen durch opportunistische Erreger / PML	7.746	2.800 €	7.746	2.804 €
HMG0004 (neu)	Tuberkulose / Syphilis			14.812	1.449 €
HMG0487	Näher bez. bakterielle Infektionen	143.835	931 €	142.502	932 €
HMG0368 (alt)	Schwere Tuberkulose / näher bezeichnete Geschlechtskrankheiten	34.496	260 €		
Strang 2					
HMG0002	Sepsis	76.574	1.551 €	76.574	1.554 €
HMG0006	SIRS	56.640	943 €	56.640	945 €
Strang 3					
HMG0451	Multiresistente Keime	129.579	4.493 €	129.579	4.493 €
gemeinsames Strangende					
HMG0320 (neu)	COVID-19			509.948	369 €
HMG0430	Sonstige Infektionen	2.200.579	102 €	1.675.642	21 €
Freistehende HMG					
HMG0003 (alt)	Sonstige und n.n.bez. Nokardiose	111	-2.415 €		

Quelle: BAS

Abbildung 8.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 8.1: Hierarchie 01 „Infektionen“ im Festlegungsentwurf 2024 (1/1)



Quelle: BAS

8.2 Anhörungsverfahren

8.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Im Anhörungsverfahren gingen zur Hierarchie „Infektionen“ Stellungnahmen von GKV-SV, BARMER, DAK-G, IKK e. V., BKK DV, KBV/BÄK und TK et al. ein. Die Stellungnahmen beziehen sich zumeist auf Arzneimittel und die Zuordnung von ICD-Kodes.

8.2.1.1 Anpassung der ATC-Abgrenzung bei Tuberkulose-DxGs

Sowohl der GKV-SV, als auch BARMER und TK et al. weisen darauf hin, dass es sich bei dem im Rahmen der Überarbeitung der ATC-Auswahl für Tuberkulose-DxGs hinzugefügten ATC-Kode A07AA „Antibiotika“ um intestinale Antiinfektiva handle, die aufgrund ihrer lokalen Wirkung im Darm zur Behandlung von bakteriellen Infektionen des Darms sowie zur topischen Behandlung von Hefepilzinfektionen des Darms eingesetzt würden. Aufgrund der fehlenden systemischen Wirksamkeit sei ihr Einsatz zur Behandlung der Tuberkulose ungeeignet. Daher schlagen die Anhörungspartner eine Überprüfung und ggf. Streichung des A07AA für die DxGs 0358 „Sonstige Tuberkulose“, 0532 „Schwere Tuberkulose“ und 0551 „Knochen-Tuberkulose“ vor.

Darüber hinaus regen der GKV-SV und BARMER an, den ATC-Kode H02AB „Glucocorticoide“ für die selbigen DxGs zu berücksichtigen, da systemisch verabreichte Glucocorticoide bei bestimmten Krankheitsverläufen der Tuberkulose (z.B. TB-Meningitis) eingesetzt würden.

Die KBV/BÄK merken an, dass die Berücksichtigung des ATC-Kodes J04BA „Mittel zur Behandlung der Lepra“ zur Behandlung der Tuberkulose nicht nachvollzogen werden kann und vermutet, dass dieser aufgrund des Wirkstoffs „Dapson“ aufgenommen wurde.

8.2.1.2 Zuordnung von ICD-Kodes

Es gehen mehrere Stellungnahmen zu Verschiebungen von ICD-Kodes ein. GKV-SV, DAK-G und der IKK e. V. bitten um Überprüfung der Zuordnung des U08.9 bzw. U07.3 „COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“ und ggf. eine Verschiebung in die Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“. Des Weiteren wird angeregt, alle ICD-Kodes aus dem Bereich der Syphilis (Hierarchien 06, 07 und 14) und Hautpest (Hierarchie 22) in die Hierarchie 01 „Infektionen“ zu verschieben.

Der GKV-SV und der BKK DV weisen darauf hin, dass die ICD-Kodes A97 „Dengue“ und U81! „Gramnegative Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern“ nicht zur Verschlüsselung zugelassen seien und deshalb der Ausschlusskategorie zugeordnet und aus dem Klassifikationssystem entfernt werden müssten.

8.2.1.3 Zusammenlegung der HMGs 0003, 0368 und 0430

GKV-SV und IKK e. V. führen aus, dass eine Orientierung am Kostenschätzer bei der Eingliederung der HMG0003 „Sonstige und n.n.bez. Nokardiose“ ausgeblieben sei. Da diese und auch die HMG0368 „Sonstige näher bezeichnete Geschlechtskrankheiten“ negative Kostenschätzer aufweisen, solle die Einbeziehung der HMG0430 „Sonstige Infektionen“ (positiver Kostenschätzer) bei der Hierarchiekonsolidierung unterbleiben. Es wird vorgeschlagen, die HMG0003 mit der HMG0368 zusammenzufassen und diese unterhalb der HMG0430 einzugliedern.

8.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Im Folgenden werden die vom GKV-SV und den Verbänden vorgetragenen Vorschläge diskutiert und bewertet.

8.2.2.1 Anpassung der ATC-Abgrenzung bei Tuberkulose-DxGs

Sowohl die Anmerkungen des GKV-SV als auch die Anregungen von BARMER und TK et al., die vorsehen, die ATC-Auswahl bei den Tuberkulose DxGs 0358, 0532 und 0551 zu korrigieren, sind sachgerecht. Ursprünglich wurde der ATC-Code A07AA „Antibiotika“ den DxGs aufgrund des Wirkstoffs „Streptomycin“ zugeordnet. Die Begründung der Anhörungspartner, dass die Wirkstoffe aus dieser Gruppe allerdings keine systemische Wirkungsweise haben und somit nicht zur Behandlung der Tuberkulose zum Einsatz kommen, ist sachgerecht. Ebenso sachgerecht ist der Vorschlag, die systemisch wirkenden Glucocorticoide über den ATC-Fünfsteller H02AB „Glucocorticoide“ zu berücksichtigen (Feiterna-Sperling et al. 2017, S. 653).

Die Zuordnung des ATC-Kodes J04BA „Mittel zur Behandlung der Lepra“ zu den Tuberkulose-DxGs ist aufgrund der Berücksichtigung von „Clofazimin“ (J04BA01) erfolgt und wird beibehalten.

8.2.2.2 Zuordnung von ICD-Kodes

Der Vorschlag, den ICD-Kode U08.9 bzw. U07.3 „COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“ in die Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“ zu verschieben, wird als sachgerecht angesehen und umgesetzt.

Der Vorschlag, alle ICD-Kodes aus dem Bereich der Syphilis und Hautpest in die Hierarchie 01 „Infektionen“ zu verschieben wird nicht aufgegriffen. Aus Sicht des BAS sollten ICD-Kodes zu Infektionen, die spezifischer in anderen Hierarchien abgebildet werden können, nicht in die Hierarchie 01 verschoben werden. Zudem sollten derartige Verschiebungen zwischen Hierarchien im Rahmen von Ausgangsmodellen erfolgen und werden vom BAS bei deren Erstellung auch unter Berücksichtigung von Vorschlägen aus den vorhergehenden Anhörungsverfahren zum Festlegungsentwurf geprüft.

Die Vorschläge, die ICD-Kodes A97 „Dengue“ und U81! „Gramnegative Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern“ der Ausschlusskategorie zuzuordnen, werden umgesetzt. Da diese ICD-Kodes im ICD-10-GM2020 nicht zur Verschlüsselung zugelassen sind und dementsprechend keine Leistungsdaten vorliegen, erübrigt sich eine gesonderte Darstellung einer empirischen Prüfung.

8.2.2.3 Zusammenlegung der HMGs 0003, 0368 und 0430

Der Kostenschätzer der HMG0430 „Sonstige Infektionen“ wird maßgeblich von der DxG0597 „Sonstige Infektionskrankheiten“ mitbestimmt, die alleine den unspezifischen ICD-Kode B99 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten“ enthält. Aus klassifikatorischen und anreiztheoretischen Gründen erfolgt keine Zuordnung weiterer ICD-Kodes unterhalb dieser DxG, sodass die HMG0430 trotz geringfügig positivem Schätzer die abschließende Gruppe der Hierarchie bildet.

8.3 Anpassung der ATC-Abgrenzung bei Tuberkulose-DxGs/Zuordnung „COVID-19 in der Eigenanamnese“ zur Ausschlusskategorie

8.3.1 Hintergrund

Die Vorschläge des GKV-SV sowie von BARMER und TK et al. zur Anpassung der ATC-Auswahl bei den Tuberkulose-DxGs sind sachgerecht und werden daher im Folgenden genauer geprüft. Da es sich bei den Wirkstoffen des ATC-Fünfstellers A07AA „Antibiotika“ um intestinale Antiinfektiva handelt, die keine systemische Wirkung aufweisen, wird der ATC-Kode für die DxGs 0358, 0532 und 0551 aus der Anlage 3 entfernt. Aufgrund ihres Einsatzes zur Behandlung der Tuberkulose werden die systemisch wirkenden Glucocorticoide (ATC-Kode H02AB „Glucocorticoide“) für dieselben DxGs berücksichtigt und der Anlage 3 neu hinzugefügt.

8.3.2 Untersuchung

In **Modell A01** wird der ATC-Kode A07AA „Antibiotika“ für die DxGs 0358, 0532 und 0551 gestrichen. Des Weiteren wird der ATC-Kode H02AB „Glucocorticoide“ für diese DxGs aufgenommen.

Im gleichen Modell wird auch der ICD-Kode U07.3 bzw. U08.9 „COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“ der Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“ zugeordnet und die DxG1138 „COVID-19 in der Eigenanamnese“ in der Folge aufgelöst. Ebenso werden die ICD-Kodes A97 „Dengue“ sowie U81 „Gramnegative Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern“ der Krankheit 501 zugeordnet.

Die sich daraus ergebenden Veränderungen im Mapping werden in Tabelle 8.2 und in Tabelle 8.3 zusammengefasst.

Tabelle 8.2: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01

DxG	DxG-Bezeichnung	ATC	ATC-Bezeichnung
0358	Sonstige Tuberkulose	A07AA	Antibiotika
		H02AB	Glucocorticoide
		J01CR	Kombinationen von Penicillinen, inkl. Beta-Lactamase-Inhibitoren
		J01DH	Carbapeneme
		J01GA	Streptomycine
		J01GB	Andere Aminoglykoside
		J01MA	Fluorchinolone
0532	Schwere Tuberkulose	J01XX	Andere Antibiotika
0551	Knochen-Tuberkulose	J04AA	Aminosalicylsäure und Derivate
		J04AB	Antibiotika
		J04AC	Hydrazide
		J04AD	Thiocarbamid-Derivate
		J04AK	Andere Mittel zur Behandlung der Tuberkulose
		J04AM	Kombinationen von Mitteln zur Behandlung der Tuberkulose
		J04BA	Mittel zur Behandlung der Lepra

Quelle: BAS

Tabelle 8.3: ICD-DxG-MG-Zusammenfassung in Modell A01

HMG	DxG	DxG-Bezeichnung	Enthaltene ICDs
0320	1135	COVID-19	U07.1 U07.2
	1136	Multisystemisches Entzündungs-syndrom in Verbindung mit COVID-19	U07.5 U10.9
	1137	Post-COVID-19-Zustand	U07.4
	1138	COVID-19 in der Eigenanamnese	U07.3 U08.9
0430	0505	Andere virale Infektionen	A92.0 A92.1 A92.3 A92.4 A92.5 A92.8 A92.9 A93.0 A93.1 A93.2 A93.8 A94 A95.0 A95.1 A95.9 A96.0 A96.1 A96.2 A96.8 A96.9 A97 A97.0 A97.1 A97.2 A97.9 A98.0 A98.1 A98.2 A98.3 A98.4 A98.5 A98.8 A99 B01.8 B01.9 B03 B04 B05.3 B05.4 B05.8 B05.9 B06.8 B06.9 B07 B08.0 B08.1 B08.2 B08.3 B08.4 B08.5 B08.8 B09 B26.0 B26.8 B26.9 B27.0 B27.1 B27.8 B27.9 B33.0 B33.1 B33.2 B33.3 B33.8 B34.0 B34.1 B34.2 B34.3 B34.4 B34.8 B34.88 B34.9 K13.3 U06.9 U84 J09 J10.1 J10.8 J11.1 J11.8 U69.20 U69.21
0451	0565	Multiresistente Keime	U80.0 U80.00 U80.01 U80.1 U80.10 U80.11 U80.2 U80.20 U80.21 U80.3 U80.30 U80.31 U80.8 U81 U81.0 U81.00 U81.01 U81.02 U81.03 U81.04 U81.05 U81.06 U81.07 U81.08 U81.1 U81.10 U81.11 U81.2 U81.20 U81.21 U81.22 U81.23 U81.24 U81.25 U81.26 U81.27 U81.28 U81.3 U81.30 U81.31 U81.4 U81.40 U81.41 U81.42 U81.43 U81.44 U81.45 U81.46 U81.47 U81.48 U81.5 U81.50 U81.51 U81.6 U81.8 U82.0 U82.1 U82.2

Quelle: BAS

Tabelle 8.4 stellt die Ergebnisse der Untersuchung dar.

Tabelle 8.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0517%	0,0008 PP	60,0517%	0,0008 PP
	CPM	29,7806%	0,0003 PP	29,7807%	0,0004 PP
	MAPE	2.570,04 €	-0,0122 €	2.570,03 €	-0,0161 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0001	HIV / AIDS mit Dauermedikation	69.585	10.077 €	69.585	10.077 €
HMG0184	HIV / AIDS ohne Dauermedikation	8.241	3.870 €	8.241	3.870 €
HMG0005	Infektionen durch opportunistische Erreger / PML	7.746	2.804 €	7.746	2.805 €
HMG0004	Tuberkulose / Syphilis	14.812	1.449 €	20.201	1.282 €
HMG0487	Näher bez. bakterielle Infektionen	142.502	932 €	142.417	933 €
Strang 2					
HMG0002	Sepsis	76.574	1.554 €	76.574	1.554 €
HMG0006	SIRS	56.640	945 €	56.640	945 €
Strang 3					
HMG0451	Multiresistente Keime	129.579	4.493 €	129.579	4.493 €
gemeinsames Strangende					
HMG0320	COVID-19	509.948	369 €	509.171	367 €
HMG0430	Sonstige Infektionen	1.675.642	21 €	1.675.324	21 €

Quelle: BAS

8.3.3 Ergebnis

Durch die geänderte ATC-Abgrenzung der Tuberkulose-DxGs steigt die Besetzungszahl der HMG0004 „Tuberkulose / Syphilis“ um 5.389 Fälle an. Im Gegenzug sinken die Besetzungszahlen in den darunter stehenden Zuschlagsgruppen geringfügig ab. Durch die Zuordnung der ICD-Kodes U07.3 bzw. U08.9 „COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“ zur Ausschlusskategorie sinkt die Fallzahl der HMG0320 „COVID-19“ um knapp 800 Fälle. Auf die Gütemaße des Modells haben die Anpassungen kaum Einfluss. Modell A01 stellt die Festlegung der Hierarchie 01 dar.

8.4 Festlegung der Hierarchie 01 „Infektionen“

8.4.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

8.4.1.1 Neue oder veränderte ICD-DxG-Abgrenzungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Folgende Veränderungen in der ICD-DxG-Abgrenzung ergeben sich im Vergleich zum Festlegungsentwurf:

Tabelle 8.5: Veränderung der ICD-DxG-Abgrenzung in Hierarchie 01 „Infektionen“

DxG FL	DxG-Bezeichnung (FL)	Enthaltene ICD-Kodes
DxGs mit veränderter ICD-Abgrenzung		
0505	Andere virale Infektionen	A92.0 A92.1 A92.3 A92.4 A92.5 A92.8 A92.9 A93.0 A93.1 A93.2 A93.8 A94 A95.0 A95.1 A95.9 A96.0 A96.1 A96.2 A96.8 A96.9 A97.0 A97.1 A97.2 A97.9 A98.0 A98.1 A98.2 A98.3 A98.4 A98.5 A98.8 A99 B01.8 B01.9 B03 B04 B05.3 B05.4 B05.8 B05.9 B06.8 B06.9 B07 B08.0 B08.1 B08.2 B08.3 B08.4 B08.5 B08.8 B09 B26.0 B26.8 B26.9 B27.0 B27.1 B27.8 B27.9 B33.0 B33.1 B33.2 B33.3 B33.8 B34.0 B34.1 B34.2 B34.3 B34.4 B34.8 B34.88 B34.9 K13.3 U06.9 U84 J09 J10.1 J10.8 J11.1 J11.8 U69.20 U69.21
0565	Multiresistente Keime	U80.0 U80.00 U80.01 U80.1 U80.10 U80.11 U80.2 U80.20 U80.21 U80.3 U80.30 U80.31 U80.8 U81.0 U81.00 U81.01 U81.02 U81.03 U81.04 U81.05 U81.06 U81.07 U81.08 U81.1 U81.10 U81.11 U81.2 U81.20 U81.21 U81.22 U81.23 U81.24 U81.25 U81.26 U81.27 U81.28 U81.3 U81.30 U81.31 U81.4 U81.40 U81.41 U81.42 U81.43 U81.44 U81.45 U81.46 U81.47 U81.48 U81.5 U81.50 U81.51 U81.6 U81.8 U82.0 U82.1 U82.2

Quelle: BAS

8.4.1.2 Neue oder veränderte DxG-ATC-Zuordnungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Folgende DxG-ATC-Zuordnungen werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf für die Arzneimittelprüfung festgesetzt:

Tabelle 8.6: Veränderung der DxG-ATC-Zuordnung in Hierarchie 01 „Infektionen“

DxG	DxG-Bezeichnung (FL)	ATC
Veränderte DxG-ATC-Abgrenzungen		
0358	Sonstige Tuberkulose	J01CR J01DH J01GA J01GB J01MA J01XX J04AA J04AB J04AC J04AD J04AK J04AM J04BA H02AB
0532	Schwere Tuberkulose	
0551	Knochen-Tuberkulose	

Quelle: BAS

8.4.1.3 Neue oder veränderte Zuordnungen von DxGs zu HMGs im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Folgende veränderte DxG-HMG-Zuordnungen werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf festgelegt:

Tabelle 8.7: Veränderung der DxG-HMG-Abgrenzung in Hierarchie 01 „Infektionen“

HMG	HMG-Bezeichnung (FL)	Enthaltene DxG	DxG-Bezeichnung (FL)
0320	COVID-19	1135	COVID-19
		1136	Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19
		1137	Post-COVID-19-Zustand

Quelle: BAS

8.4.1.4 Neue oder veränderte Zuordnungen zu Krankheiten im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Folgende veränderte ICD-Kode-Krankheiten-Zuordnungen werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf festgelegt:

Tabelle 8.8: Veränderte ICD-Kode-Krankheitszuordnung

Krankheit	Krankheitsbezeichnung	ICD	ICD-Bezeichnung
501	AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)	A97	Dengue
		U81!	Gramnegative Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern

Quelle: BAS

8.4.1.5 Hierarchisierung:

Die Hierarchisierung erfolgt ausgehend von der HMG0001 in drei Strängen:

- Strang 1: HMG0001 → HMG0184 → HMG0005 → HMG0004 → HMG0487 → HMG0320 → HMG0430,
- Strang 2: HMG0002 → HMG0006 → HMG0320 → HMG0430,
- Strang 3: HMG0451 → HMG0320 → HMG0430.

8.4.1.6 Weitere Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf:

Darüber hinaus bestehen noch folgende, weitere Änderungen:

Tabelle 8.9: Übersicht der sonstigen Änderungen

Gruppe	Bezeichnung (FLE)
Entfallene DxGs	
1138	COVID-19 in der Eigenanamnese

Quelle: BAS

8.4.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 01

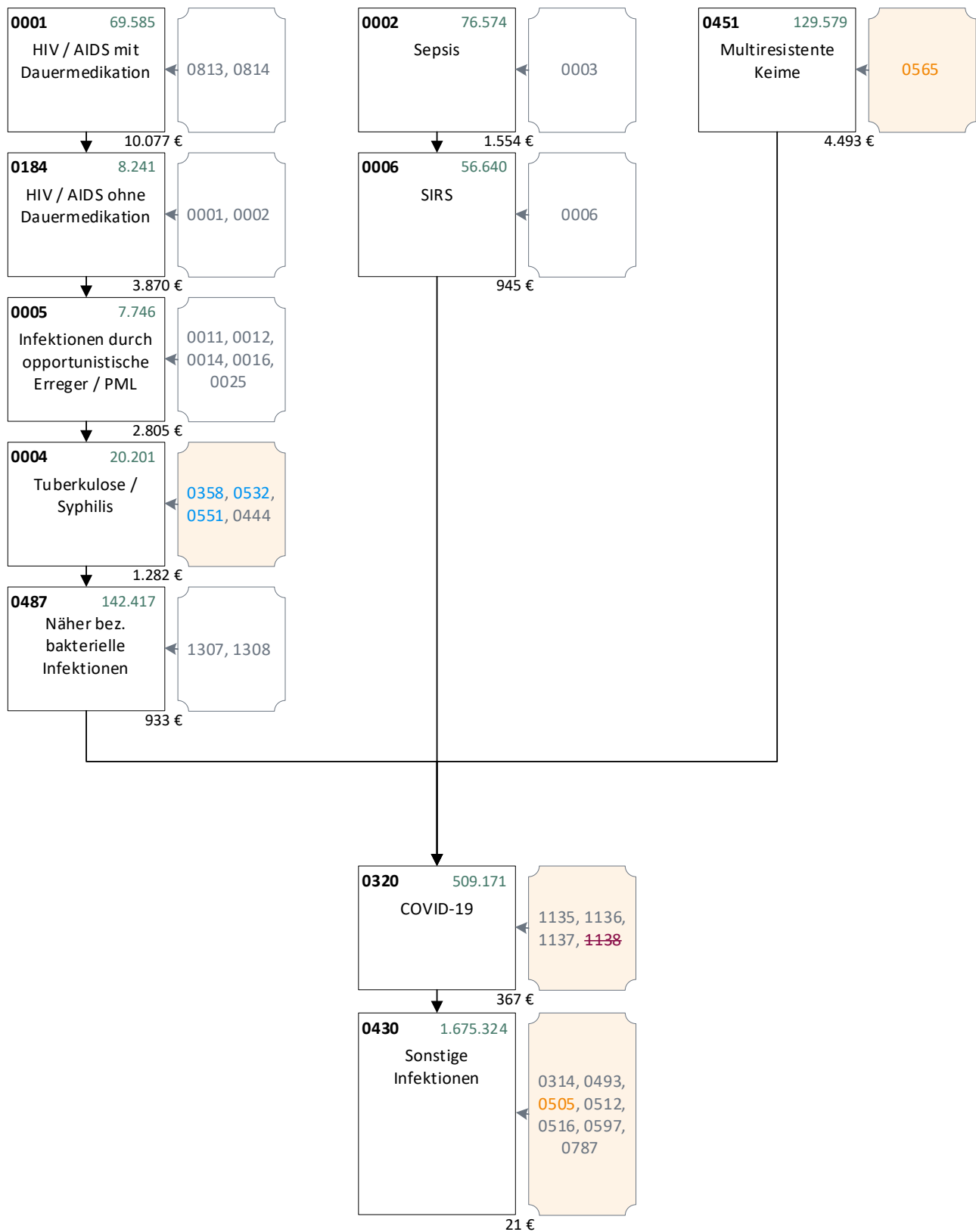
Tabelle 8.10 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 01 „Infektionen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 8.2 stellt die Festlegung der Hierarchie 01 „Infektionen“ graphisch dar.

Tabelle 8.10: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2024

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
<i>Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell</i>	R ²	60,0517%	0,0008 PP	60,0517%	0,0008 PP
	CPM	29,7806%	0,0003 PP	29,7807%	0,0004 PP
	MAPE	2.570,04 €	-0,0122 €	2.570,03 €	-0,0161 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0001	HIV / AIDS mit Dauermedikation	69.585	10.077 €	69.585	10.077 €
HMG0184	HIV / AIDS ohne Dauermedikation	8.241	3.870 €	8.241	3.870 €
HMG0005	Infektionen durch opportunistische Erreger / PML	7.746	2.804 €	7.746	2.805 €
HMG0004	Tuberkulose / Syphilis	14.812	1.449 €	20.201	1.282 €
HMG0487	Näher bez. bakterielle Infektionen	142.502	932 €	142.417	933 €
Strang 2					
HMG0002	Sepsis	76.574	1.554 €	76.574	1.554 €
HMG0006	SIRS	56.640	945 €	56.640	945 €
Strang 3					
HMG0451	Multiresistente Keime	129.579	4.493 €	129.579	4.493 €
gemeinsames Strangende					
HMG0320	COVID-19	509.948	369 €	509.171	367 €
HMG0430	Sonstige Infektionen	1.675.642	21 €	1.675.324	21 €

Quelle: BAS

Abbildung 8.2: Hierarchie 01 „Infektionen“ in der Festlegung für das AJ 2024 (1/1)



Quelle: BAS

9 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

9.1 Festlegungsentwurf

Im Ausgangsmodell ist der ICD-Kode M31.1 „Thrombotische Mikroangiopathie“ aus der Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ in die Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ verschoben und dort in die DxG0240 „Hämolytisch-urämisches Syndrom mit Dauermedikation“ in der HMG0192 „Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) oder aHUS jeweils mit Dauermedikation“ bzw. in die DxG0241 „Thrombotische Mikroangiopathie / Hämolytisch-urämisches Syndrom / TTP“ in der HMG0044 „Kombinierte Immundefekte C / Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Aplastische Anämie / HUS“ einsortiert worden. Daher wurde die Arzneimittelvalidierung der DxG0240 um den ATC-Kode B01AX ergänzt. In der Folge wurde die Hierarchie konsolidiert. Dabei wurden die HMG0192 und die darunter liegende HMG0348 zusammengelegt. Aus diesen Veränderungen resultierten Namensänderungen:

- Die DxG0240 erhielt den neuen Namen „TMA / TTP / HUS mit Dauermedikation“.
- Die DxG0241 erhielt den neuen Namen „TMA / TTP / HUS“.
- Die neue HMG0192 erhielt den Namen „PNH oder TMA oder aHUS jeweils mit Dauermedikation / Defekte im Komplementsystem mit Bedarfsmedikation“.
- Die HMG0044 erhielt den neuen Namen "Kombinierte Immundefekte C / Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Aplastische Anämie / TMA / TTP / HUS".

Tabelle 9.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 9.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 08 im Vergleich

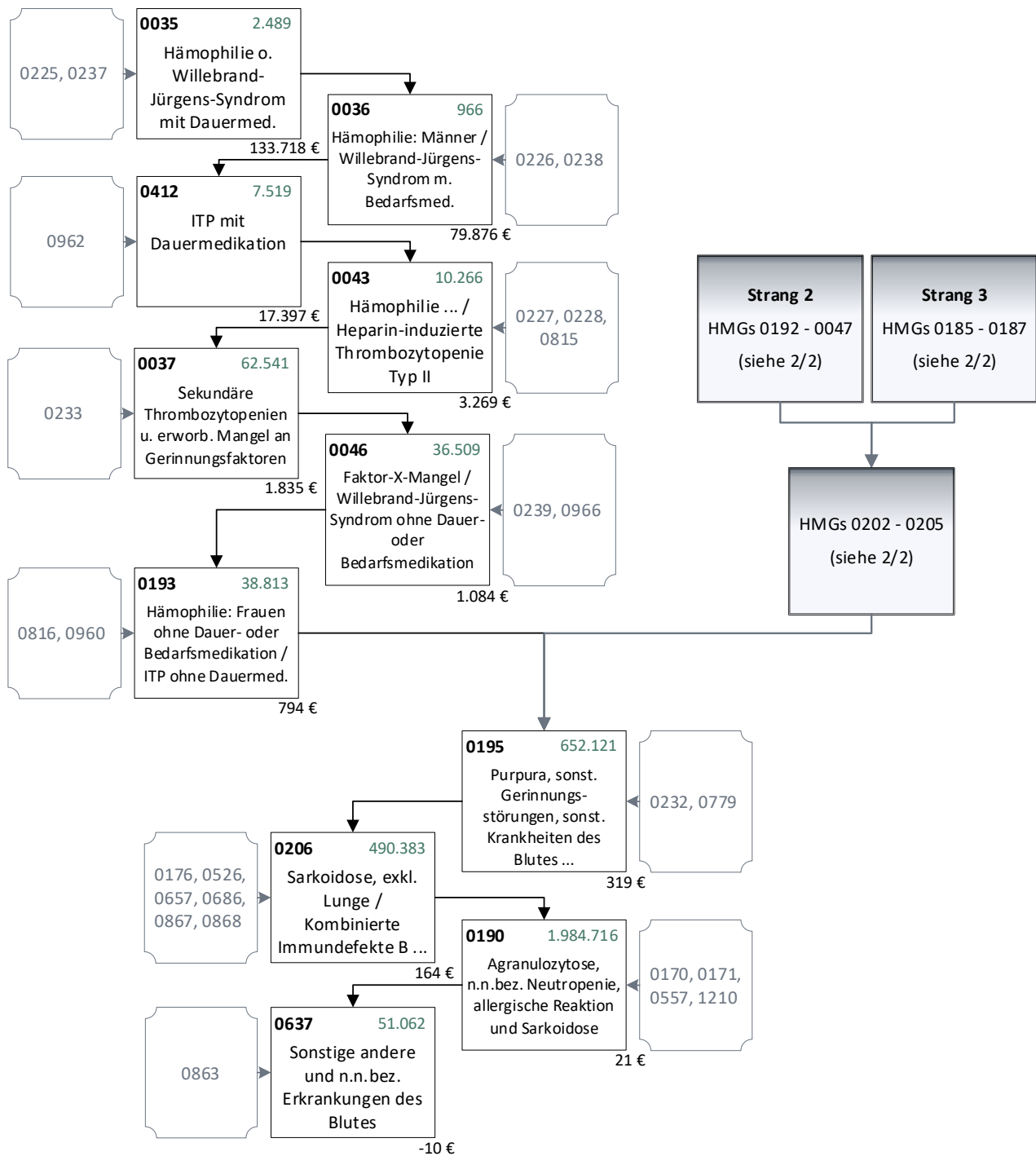
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0509%		60,0508%	-0,0001 PP
	CPM	29,7803%		29,7800%	-0,0003 PP
	MAPE	2.570,05 €		2.570,06 €	0,0101 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.489	133.718 €	2.489	133.718 €
HMG0036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation / Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	966	79.876 €	966	79.876 €
HMG0412	ITP mit Dauermedikation	7.519	17.405 €	7.519	17.397 €
HMG0043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation / Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	10.266	3.270 €	10.266	3.269 €
HMG0037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	62.541	1.834 €	62.541	1.835 €
HMG0046	Faktor-X-Mangel / Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation	36.509	1.084 €	36.509	1.084 €
HMG0193	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation / ITP ohne Dauermedikation	38.813	794 €	38.813	794 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0509%		60,0508%	-0,0001 PP
	CPM	29,7803%		29,7800%	-0,0003 PP
	MAPE	2.570,05 €		2.570,06 €	0,0101 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2					
HMG0192 (alt)	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) oder aHUS jeweils mit Dauermedikation	739	124.278 €		
HMG0192 (neu)	PNH oder TMA oder aHUS jeweils mit Dauermedikation / Defekte im Komplementsystem mit Bedarfsmedikation			1.171	122.030 €
HMG0348 (alt)	Defekte im Komplementsystem mit Bedarfsmedikation	430	118.484 €		
HMG0194	MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie	7.152	28.842 €	7.152	28.842 €
HMG0045	PNH / Kombinierte Immundefekte D / Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss / Dysplasien	2.414	12.772 €	2.414	12.772 €
HMG0047	Anämien bei Neubildungen	49.828	9.355 €	49.828	9.354 €
Strang 3					
HMG0185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Schwere Verlaufsformen	5.425	22.437 €	5.425	22.438 €
HMG0187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	21.193	13.066 €	21.193	13.067 €
gemeinsame Strangmitte Stränge 2 und 3					
HMG0202	Immundefekte, variabel oder i.V. mit anderen schweren Defekten	10.270	8.471 €	10.270	8.471 €
HMG0506	Hämophagozytäres Syndrom / Histiozytose-Syndrome	1.055	5.306 €	1.055	5.306 €
HMG0347	Defekte im Komplementsystem ohne Bedarfsmedikation	5.359	4.410 €	5.359	4.410 €
HMG0044	Kombinierte Immundefekte C / Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Aplastische Anämie / TMA / TTP / HUS	89.155	2.878 €	89.153	2.876 €
HMG0049	Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome	318.710	1.898 €	318.710	1.897 €
HMG0181	Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten	92.475	1.096 €	92.475	1.096 €
HMG0205	Störungen mit Beteiligung des Immunsystems / Erythrozytose, Polyglobulie und sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	210.218	509 €	210.218	509 €
gemeinsames Strangende					
HMG0195	Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen und sonstige Krankheiten des Blutes der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	652.121	319 €	652.121	319 €
HMG0206	Sarkoidose, exkl. Lunge / Kombinierte Immundefekte B / Sonstige und n.n.bez. hereditäre hämolytische Anämien / Mangelanämien	490.383	164 €	490.383	164 €
HMG0190	Agranulozytose, n.n.bez. Neutropenie, allergische Reaktion und Sarkoidose	1.984.716	21 €	1.984.716	21 €
HMG0637	Sonstige andere und n.n.bez. Erkrankungen des Blutes	51.062	-10 €	51.062	-10 €

Quelle: BAS

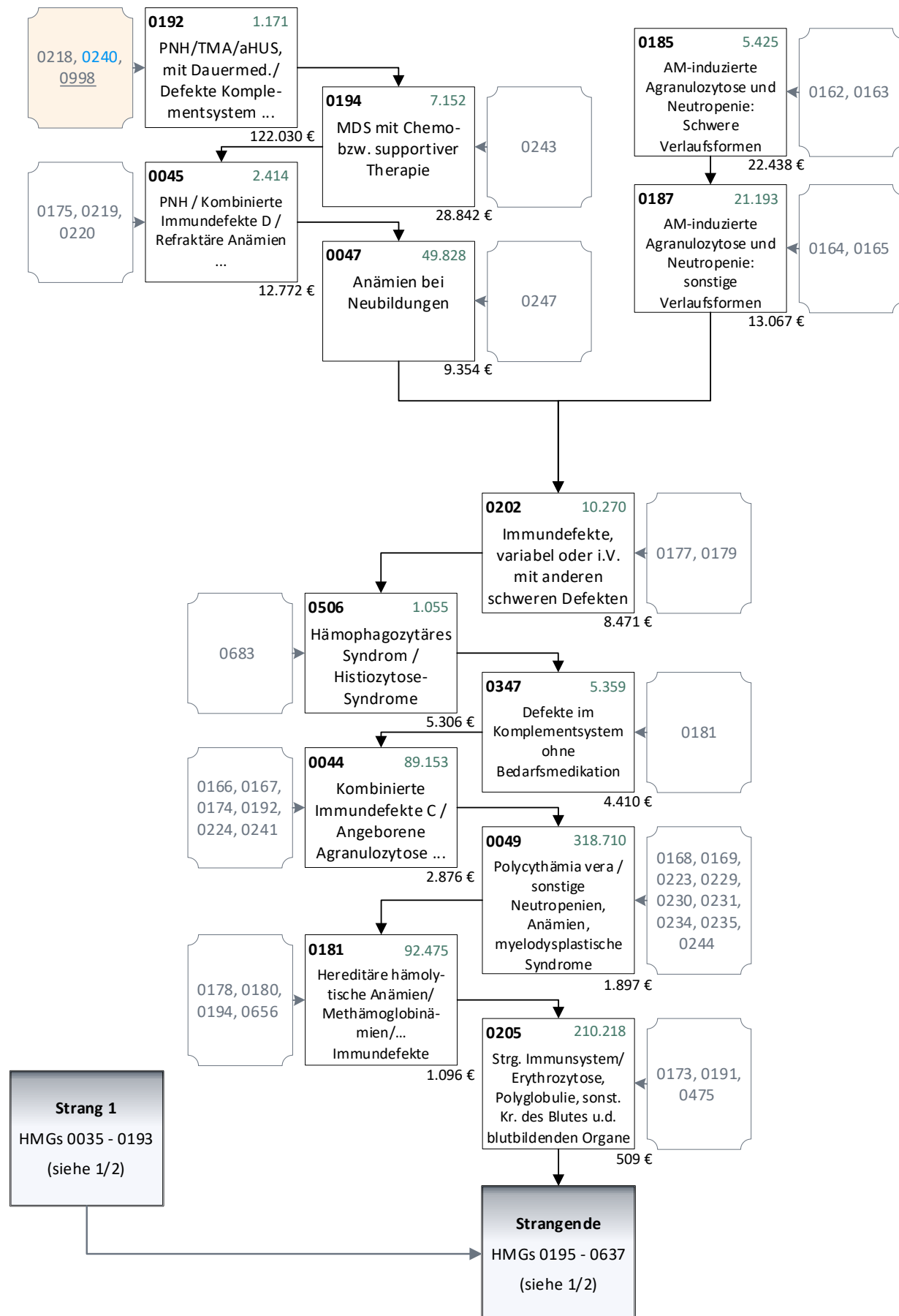
Abbildung 9.1 und Abbildung 9.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 9.1: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2024 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 9.2: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2024 (2/2)



Quelle: BAS

9.2 Anhörungsverfahren

Im Anhörungsverfahren kamen vom GKV-SV, dem AOK-BV, der BARMER und dem BKK DV Hinweise zu der Hierarchie 08.

9.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der GKV-SV und der AOK-BV schlagen vor, für die Validierung der DxG0240 „TMA / TTP / HUS mit Dauermedikation“ nicht die ATC-Wirkstoffgruppe B01AX „Andere antithrombotische Mittel“, sondern den ATC-Siebensteller B01AX07 „Caplacizumab“ zu verwenden. BÄK und KBV erachten die Berücksichtigung des Kodes B01AX als nachvollziehbar.

Der AOK-BV schlägt erneut vor, ein Arzneimittelaufgreifkriterium für die DxG0686 „Sarkoidose, exkl. Lunge“ und die DxG1210 „N.n.bez. Sarkoidose, exkl. Lunge“ zu überprüfen und hierfür die ATC-Kodes H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC zu verwenden. Auch wiederholt der AOK-BV seinen Vorschlag, drei neue DxGs für die Eisenmangelanämie, Dauertherapie mit Antikoagulanzen und sonstige Anämien zu bilden und dafür ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie in das Klassifikationsmodell aufzunehmen. Ebenfalls wiederholt der AOK-BV seinen Vorschlag, die ICD-Kodes D46.- für die Myelodysplastischen Syndrome (MDS) in die Hierarchie 02 „Neubildungen“ zu verschieben und dort der DxG0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ zuzuordnen. Der AOK-BV schlägt erneut vor, die Beta-Thalassämie (ICD-Kode D56.1) aus der DxG0194 „Hereditäre hämolytische Anämien“ in der HMG0181 „Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten“ herauszulösen und eine eigene DxG für die Beta-Thalassämie zu bilden. Für Versicherte mit Hämophilie-Erkrankungen schlägt der AOK-BV vor, Möglichkeiten einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung zu überprüfen. Der AOK-BV führt aus, dass der ICD-Kode D68.32 „Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren“ einschlägig für das von-Willebrand-Syndrom sei und daher auch den DxGs 0237 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“, 0238 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“ und 0239 „Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation“ zuzuordnen sei. In die Validierung der DxG0238 und der DxG0237 sei der Wirkstoff „Eptacog alfa (aktiviert)“ (ATC-Kode B02BD37) aufzunehmen.

Die BARMER schlägt vor, Rituximab (ATC-Kode L01FA01 bzw. bis in das Datenjahr 2021 L01XC02) zusätzlich zur Validierung der DxG0240 „Hämolytisch-urämisches Syndrom mit Dauermedikation“ heranzuziehen.

Der BKK DV schlägt vor, die Arzneimittelvalidierung der Beta-Thalassämie (ICD-Kode D56.1) um den ATC-Kode B03XA06 (Luspatercept) zu erweitern. Außerdem schlägt der BKK DV vor, analog der Verschiebung der thrombotischen Mikroangiopathie (M31.1), auch die Arthritis bei Hämophilie (M36.2) aus der Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ in die Hierarchie 08 zu verschieben.

9.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Der Vorschlag des GKV-SV und des AOK-BV zur Berücksichtigung des ATC-Siebenstellers B01AX07 „Caplacizumab“ zur Validierung der DxG0240 „TMA / TTP / HUS mit Dauermedikation“ wird aufgegriffen und untersucht (vgl. Abschnitt 9.3).

Die weiteren Vorschläge des AOK-BV können zum jetzigen Zeitpunkt nicht hinreichend eingehend geprüft werden. So sollte die Bearbeitung der Sarkoidose im Zusammenspiel mit einer Bearbeitung in anderen Hierarchien erfolgen. Die Aufnahme von ICD-Kodes kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht geprüft

werden. Dies kann nur im Rahmen der Erarbeitung des Ausgangsmodells erfolgen. Hierarchieübergreifende Verschiebungen von ICD-Kodes können zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorgenommen werden. Die Verschiebung der ICD-Kodes D46.- wird daher im Rahmen dieser Festlegung nicht aufgegriffen. Die Herauslösung der Beta-Thalassämie und auch eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung für Hämophilie-Erkrankungen machen sehr weitreichende Anpassungen und Berechnungen notwendig, die zum aktuellen Zeitpunkt nicht durchgeführt werden können.

Weiterhin schlägt der AOK-BV vor, den ICD-Kode D68.32 „Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren“ den DxGs 0237 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“, 0238 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“ und 0239 „Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation“ zuzuordnen und eine Arzneimittelvalidierung vorzunehmen. Allerdings ist der ICD-Kode D68.32 nicht spezifisch für den von-Willebrand-Faktor. Mit diesem Code werden auch Antikörper gegen sonstige Gerinnungsfaktoren kodiert, unter anderem Anti-IXa, Anti-Xa und Anti-XIa. Die genannten DxGs sind hingegen spezifisch für das von-Willebrand-Jürgens-Syndrom. Eine Zuordnung erscheint daher nicht sinnvoll. Auch die Validierung über den ATC-Kode B02BD37 „Eptacog alfa (aktiviert)“ wird nicht übernommen, da dieser Wirkstoff bei der spezifischen Behandlung des von-Willebrand-Jürgens-Syndroms nicht zum Einsatz kommt.

Der Vorschlag der BARMER, den Wirkstoff Rituximab zur Validierung der DxG0240 „TMA / TTP / HUS mit Dauermedikation“ heranzuziehen, wird an dieser Stelle nicht weiterverfolgt. Rituximab ist aktuell nicht zur Behandlung von TMA, TTP oder HUS zugelassen.

Dem Vorschlag des BKK DV der Verschiebung der Arthritis bei Hämophilie (M36.2) kann zu diesem Zeitpunkt nicht nachgegangen werden. Er wird für eine spätere Bearbeitung zurückgestellt. Hinsichtlich der Aufnahme des ATC-Kodes B03XA06 „Luspatercept“ für die Validierung der Beta-Thalassämie (D56.1) ist anzumerken, dass bislang für den ICD-Kode D56.1, der in der DxG0194 „Hereditäre hämolytische Anämien“ in der HMG0181 „Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten“ keine Arzneimittelvalidierung vorgesehen ist. Das bedeutet, dass es sich hier nicht um die Ergänzung einer Validierung um einen weiteren ATC-Kode handeln würde, sondern um die erstmalige Einführung einer Arzneimittelvalidierung für eine DxG, die neben der Beta-Thalassämie noch weitere Erkrankungen enthält. Eine solche Untersuchung macht ggf. eine erneute Anhörung des GKV-SV erforderlich und kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht durchgeführt werden.

9.3 Validierung der DxG0240 „TMA / TTP / HUS mit Dauermedikation“

9.3.1 Hintergrund

In die Validierung der DxG0240 „TMA / TTP / HUS mit Dauermedikation“ wurde im Rahmen der Erstellung des Festlegungsentwurfes die Wirkstoffgruppe B01AX „Andere antithrombotische Mittel“ aufgenommen. Der GKV-SV weist darauf hin, dass die Berücksichtigung der gesamten Wirkstoffgruppe für die Validierung zu breit gefasst sei, da in ihr zahlreiche Wirkstoffe enthalten seien, die zur Behandlung einer erworbenen thrombotisch-thrombozytopenischen Purpura (aTTP) nicht zugelassen seien. Zudem sei die Validierung dieser DxG bislang auf Ebene der Wirkstoffe und nicht der Wirkstoffgruppen erfolgt. Daher schlagen der GKV-SV und der AOK-BV vor, dass die Validierung der DxG0240 anstatt über die Wirkstoffgruppe nur über den für die Behandlung zugelassenen Wirkstoff Caplacizumab erfolgen und daher nur der ATC-Siebensteller B01AX07 in die Anlage 3 aufgenommen werden solle.

Der Argumentation des GKV-SV folgt das BAS und überprüft im Folgenden die Auswirkungen einer Validierung der DxG0240 über den ATC-Siebensteller B01AX07.

9.3.2 Untersuchung

In **Modell A01** wird der ATC-Kode B01AX durch den ATC-Siebensteller B01AX07 zur Validierung der DxG0240 ersetzt. Die Veränderung im Mapping ist Tabelle 9.2 zu entnehmen.



Tabelle 9.2: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01

DxG	DxG-Bezeichnung	ATC
0240	TMA / TTP / HUS mit Dauermedikation	B01AX B01AX07 L04AA25 L04AA43

Quelle: BAS

Das Modell führt zu den in Tabelle 9.3 dargestellten Ergebnissen.

Tabelle 9.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0508%	-0,0001 PP	60,0509%	0,0000 PP
	CPM	29,7800%	-0,0003 PP	29,7801%	-0,0002 PP
	MAPE	2.570,06 €	0,0101 €	2.570,06 €	0,0084 €
Modellstruktur (Ausschnitt):		DxG0240: + ATC →  0192 B01AX		DxG0240: + ATC →  0192 B01AX07	
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2					
HMG0192	PNH oder TMA oder aHUS jeweils mit Dauermedikation / Defekte im Komplementsystem mit Bedarfsmedikation	1.171	122.030 €	1.170	122.123 €
HMG0194	MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie	7.152	28.842 €	7.152	28.842 €
HMG0045	PNH / Kombinierte Immundefekte D / Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss / Dysplasien	2.414	12.772 €	2.414	12.772 €
HMG0047	Anämien bei Neubildungen	49.828	9.354 €	49.828	9.354 €
Strang 3					
HMG0185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Schwere Verlaufsformen	5.425	22.438 €	5.425	22.438 €
HMG0187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	21.193	13.067 €	21.193	13.067 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0508%	-0,0001 PP	60,0509%	0,0000 PP
	CPM	29,7800%	-0,0003 PP	29,7801%	-0,0002 PP
	MAPE	2.570,06 €	0,0101 €	2.570,06 €	0,0084 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
gemeinsame Strangmitte Stränge 2 und 3					
HMG0202	Immundefekte, variabel oder i.V. mit anderen schweren Defekten	10.270	8.471 €	10.270	8.471 €
HMG0506	Hämophagozytäres Syndrom / Histiozytose-Syn-drome	1.055	5.306 €	1.055	5.306 €
HMG0347	Defekte im Komplementsystem ohne Bedarfs-medikation	5.359	4.410 €	5.359	4.410 €
HMG0044	Kombinierte Immundefekte C / Angeborene Ag-ranulozytose und Neutropenie / Aplastische Anämie / HUS	89.153	2.876 €	89.154	2.876 €
HMG0049	Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome	318.710	1.897 €	318.710	1.897 €
HMG0181	Hereditäre hämolytische Anämien / Methämo-globinämien / Sonstige Immundefekte ...	92.475	1.096 €	92.475	1.096 €
HMG0205	Störungen mit Beteiligung des Immunsystems / Erythrozytose, Polyglobulie und ...	210.218	509 €	210.218	509 €

Quelle: BAS

Es ist keine Veränderung im R² zu sehen. Das CPM und das MAPE verbessern sich geringfügig im Vergleich zum Festlegungsentwurf. Betrachtet man die Besetzungszahlen der einzelnen HMGs und die Kostenschätzer, so zeigt sich, dass eine Person aus der HMG0192 herausfällt und eine Person in der HMG0044 hinzukommt.

9.3.3 Ergebnis

Die Verwendung des ATC-Siebenstellers ist sachgerecht und wird übernommen. Modell A01 stellt die Hierarchie in der Fassung der Festlegung dar.

9.4 Festlegung der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

9.4.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

9.4.1.1 Neue oder veränderte DxG-ATC-Zuordnungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Folgende DxG-ATC-Zuordnungen werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf für die Arzneimittelprüfung festgesetzt:

Tabelle 9.4: Veränderung der DxG-ATC-Zuordnung in Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

DxG	DxG-Bezeichnung (FL)	ATC
Veränderte DxG-ATC-Abgrenzungen		
0240	TMA / TTP / HUS mit Dauermedikation	B01AX07 L04AA25 L04AA43

Quelle: BAS

9.4.1.2 Hierarchisierung:

Die Hierarchisierung erfolgt in drei Strängen:

- Strang 1: HMG0035 → HMG0036 → HMG0412 → HMG0043 → HMG0037 → HMG0046 → HMG0193 → HMG0195 → HMG0206 → HMG0190 → HMG0637,
- Strang 2: HMG0192 → HMG0194 → HMG0045 → HMG0047 → HMG0202 → HMG0506 → HMG0347 → HMG0044 → HMG0049 → HMG0181 → HMG0205 → HMG0195 → HMG0206 → HMG0190 → HMG0637,
- Strang 3: HMG0185 → HMG0187 → HMG0202 → HMG0506 → HMG0347 → HMG0044 → HMG0049 → HMG0181 → HMG0205 → HMG0195 → HMG0206 → HMG0190 → HMG0637.

9.4.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 08

Tabelle 9.5 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 9.3 und Abbildung 9.4 stellen die Festlegung der Hierarchie 08 graphisch dar.

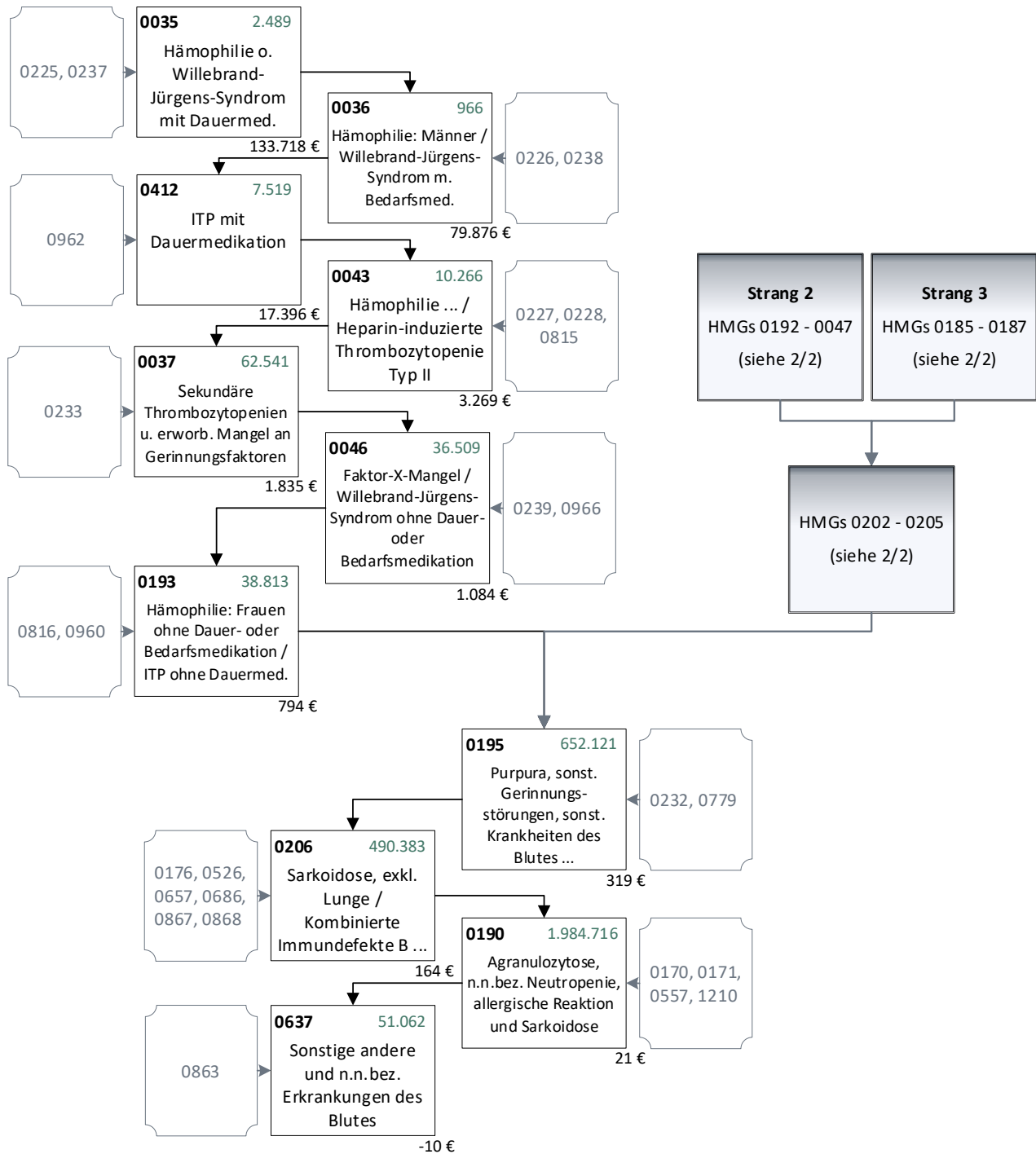
Tabelle 9.5: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2024

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0508%	-0,0001 PP	60,0509%	0,0000 PP
	CPM	29,7800%	-0,0003 PP	29,7801%	-0,0002 PP
	MAPE	2.570,06 €	0,0101 €	2.570,06 €	0,0084 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.489	133.718 €	2.489	133.718 €
HMG0036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation / Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	966	79.876 €	966	79.876 €
HMG0412	ITP mit Dauermedikation	7.519	17.397 €	7.519	17.396 €
HMG0043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation / Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	10.266	3.269 €	10.266	3.269 €
HMG0037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	62.541	1.835 €	62.541	1.835 €
HMG0046	Faktor-X-Mangel / Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation	36.509	1.084 €	36.509	1.084 €
HMG0193	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation / ITP ohne Dauermedikation	38.813	794 €	38.813	794 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0508%	-0,0001 PP	60,0509%	0,0000 PP
	CPM	29,7800%	-0,0003 PP	29,7801%	-0,0002 PP
	MAPE	2.570,06 €	0,0101 €	2.570,06 €	0,0084 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2					
HMG0192	PNH oder TMA oder aHUS jeweils mit Dauermedikation / Defekte im Komplementsystem mit Bedarfsmedikation	1.171	122.030 €	1.170	122.123 €
HMG0194	MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie	7.152	28.842 €	7.152	28.842 €
HMG0045	PNH / Kombinierte Immundefekte D / Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss / Dysplasien	2.414	12.772 €	2.414	12.772 €
HMG0047	Anämien bei Neubildungen	49.828	9.354 €	49.828	9.354 €
Strang 3					
HMG0185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Schwere Verlaufsformen	5.425	22.438 €	5.425	22.438 €
HMG0187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	21.193	13.067 €	21.193	13.067 €
gemeinsame Strangmitte Stränge 2 und 3					
HMG0202	Immundefekte, variabel oder i.V. mit anderen schweren Defekten	10.270	8.471 €	10.270	8.471 €
HMG0506	Hämophagozytäres Syndrom / Histiozytose-Syndrome	1.055	5.306 €	1.055	5.306 €
HMG0347	Defekte im Komplementsystem ohne Bedarfsmedikation	5.359	4.410 €	5.359	4.410 €
HMG0044	Kombinierte Immundefekte C / Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Aplastische Anämie / HUS	89.153	2.876 €	89.154	2.876 €
HMG0049	Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome	318.710	1.897 €	318.710	1.897 €
HMG0181	Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten	92.475	1.096 €	92.475	1.096 €
HMG0205	Störungen mit Beteiligung des Immunsystems / Erythrozytose, Polyglobulie und sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	210.218	509 €	210.218	509 €
gemeinsames Strangende					
HMG0195	Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen und sonstige Krankheiten des Blutes der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	652.121	319 €	652.121	319 €
HMG0206	Sarkoidose, exkl. Lunge / Kombinierte Immundefekte B / Sonstige und n.n.bez. hereditäre hämolytische Anämien / Mangelanämien	490.383	164 €	490.383	164 €
HMG0190	Agranulozytose, n.n.bez. Neutropenie, allergische Reaktion und Sarkoidose	1.984.716	21 €	1.984.716	21 €
HMG0637	Sonstige andere und n.n.bez. Erkrankungen des Blutes	51.062	-10 €	51.062	-10 €

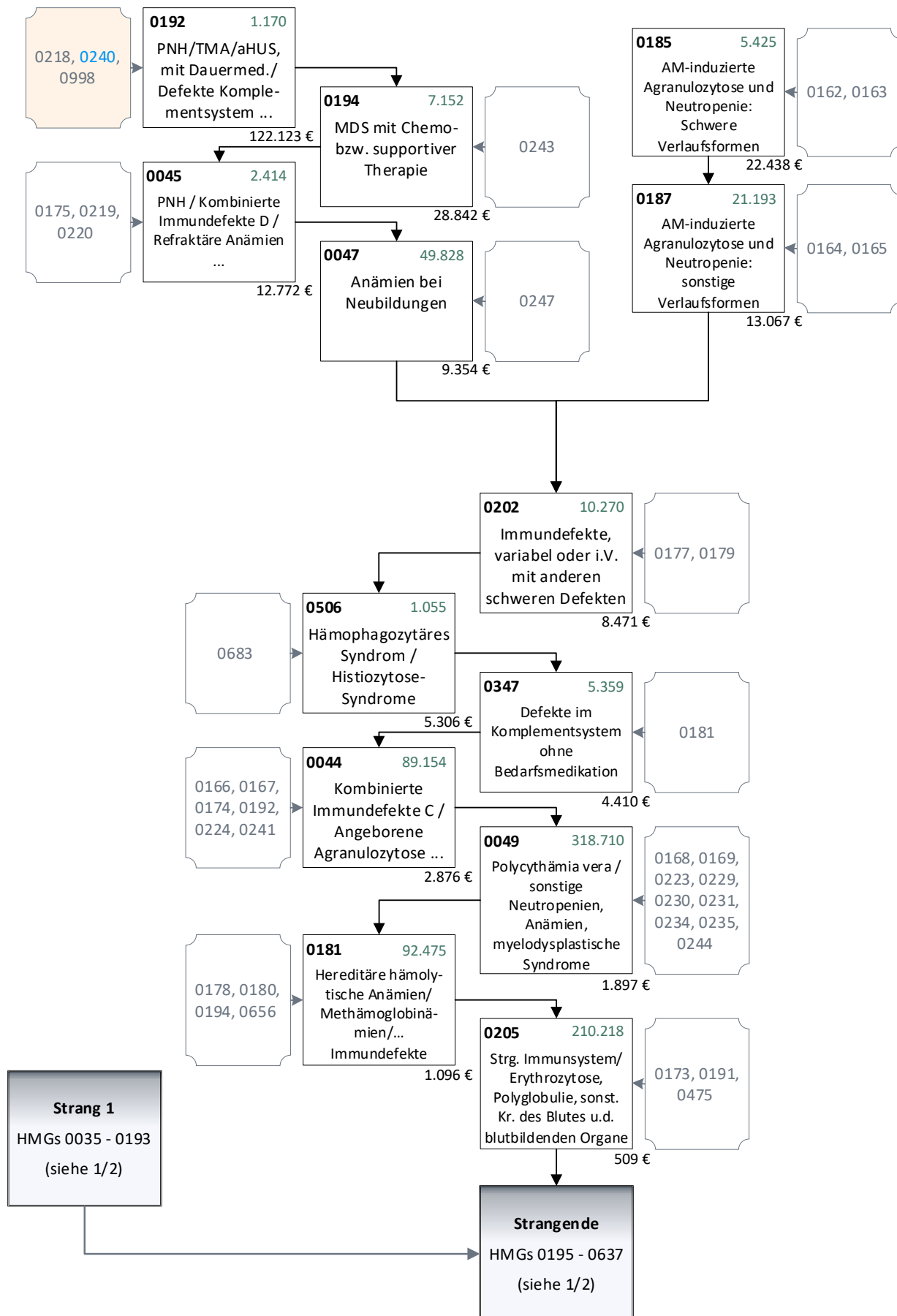
Quelle: BAS

Abbildung 9.3: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2024 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 9.4: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2024 (2/2)



Quelle: BAS

10 Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“

10.1 Festlegungsentwurf

Die mit der Überarbeitung des Modells für das Ausgleichsjahr 2023 eingeführte Arzneimittelvalidierung der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ wurde bei der Erstellung des Festlegungsentwurfes 2024 weiter angepasst, indem die der DxG zugeordnete Wirkstoffliste um acht ATC-Fünfsteller erweitert wurde. Durch die Anpassung stieg die Fallzahl in der zugehörigen HMG0296 „Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen / Infektionen der Wirbelsäule“ geringfügig an. Tabelle 10.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

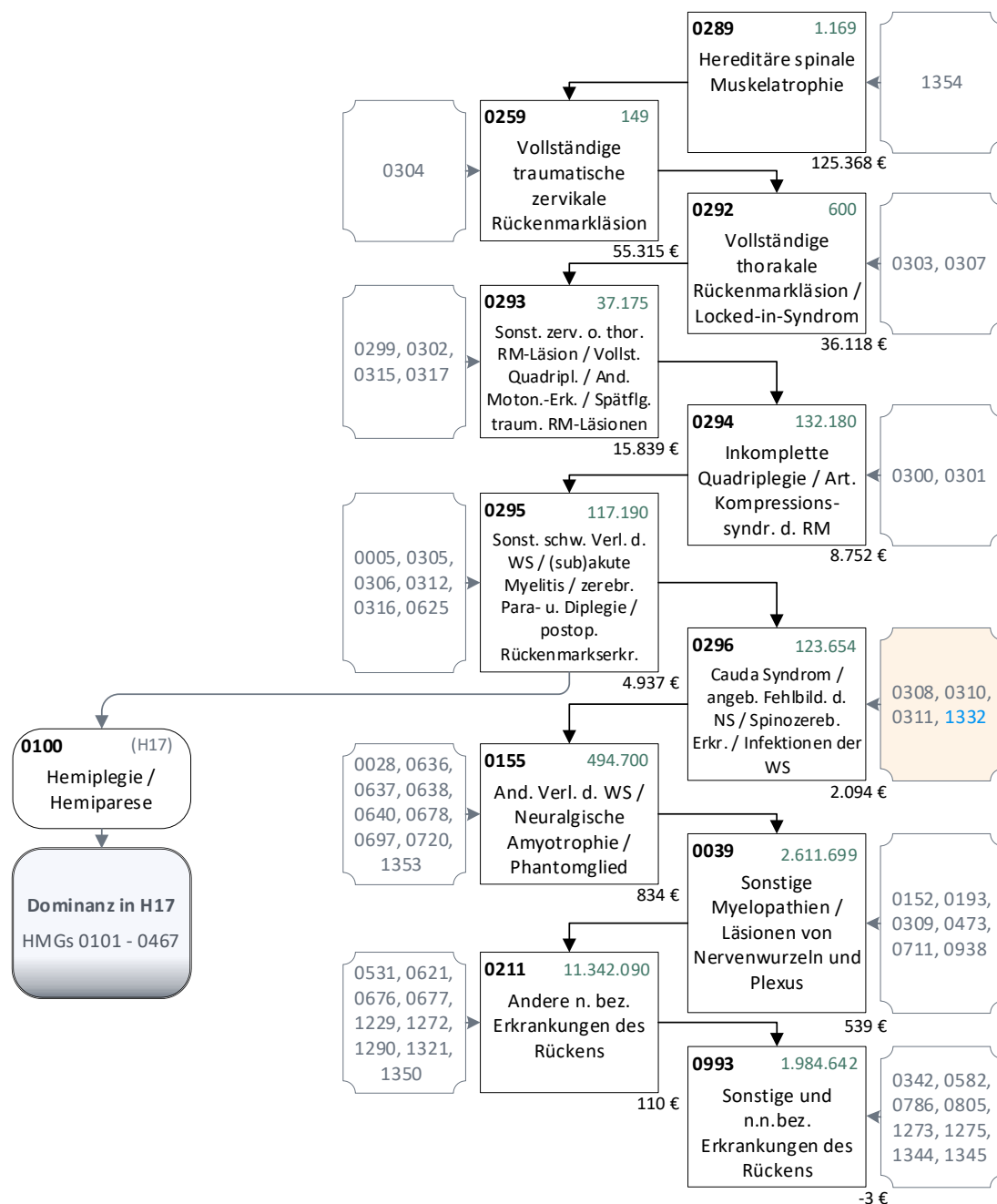
Tabelle 10.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 13 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0509%		60,0509%	0,0000 PP
	CPM	29,7803%		29,7804%	0,0000 PP
	MAPE	2.570,05 €		2.570,05 €	-0,0017 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
HMG0289	Hereditäre spinale Muskelatrophie	1.169	125.368 €	1.169	125.368 €
HMG0259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarkläsion	149	55.315 €	149	55.315 €
HMG0292	Vollständige thorakale Rückenmarkläsion / Locked-in-Syndrom	600	36.118 €	600	36.118 €
HMG0293	Sonstige zervikale oder thorakale Rückenmarkläsion / Vollständige Quadriplegie / Andere Motoneuronenerkrankungen / Spätfolgen traumatischer Rückenmarkläsionen	37.175	15.839 €	37.175	15.839 €
HMG0294	Inkomplette Quadriplegie / Arterielle Kompressions-syndrome des Rückenmarks	132.180	8.752 €	132.180	8.752 €
HMG0295	Sonstige schwere Verletzungen der Wirbelsäule / (sub)akute Myelitis / zerebrale Para- und Diplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen	117.190	4.937 €	117.190	4.937 €
HMG0296	Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen / Infektionen der Wirbelsäule	122.812	2.097 €	123.654	2.094 €
HMG0155	Andere Verletzungen der Wirbelsäule / Neuralgische Amyotrophie / Phantomglied	494.765	834 €	494.700	834 €
HMG0039	Sonstige Myelopathien / Läsionen der Nervenwurzeln und Plexus	2.611.953	539 €	2.611.699	539 €
HMG0211	Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens	11.342.426	110 €	11.342.090	110 €
HMG0993	Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens	1.984.665	-3 €	1.984.642	-3 €

Quelle: BAS

Abbildung 10.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 10.1: Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2024 (1/1)



Quelle: BAS

10.2 Anhörungsverfahren

10.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

KBV/BÄK halten die vom BAS vorgenommene Erweiterung der Arzneimittelvalidierung für die DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ für medizinisch nachvollziehbar. Der GKV-SV und die BARMER weisen allerdings darauf hin, dass eine der neu aufgenommenen Wirkstoffgruppen (A07AA „Antibiotika“) lediglich lokal wirksame intestinale Antiinfektiva umfasse, die zur Behandlung bakterieller Infektionen des Darms bzw. zur topischen Behandlung von Hefepilzinfektionen des Darms eingesetzt würden. Bei Infektionen der Wirbelsäule hingegen sei deren Einsatz aufgrund ihrer fehlenden systemischen Wirksamkeit nicht indiziert.

10.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die Ausführungen des GKV-SV und der BARMER sind aus Sicht des BAS nachvollziehbar. Da der Wirkstoff Rifamycin (A07AA13) lediglich lokal im Darmlumen wirkt und nicht systemisch aufgenommen wird, ist er zur Behandlung von Infektionen der Wirbelsäule nicht geeignet. Somit entfällt die Notwendigkeit, den ATC-Fünfsteller A07AA beim Aufgreifen der DxG1332 zu berücksichtigen. Die Streichung des Wirkstoffes wird daher im Folgenden empirisch geprüft.

10.3 Streichung des ATC-Kodes A07AA bei der Validierung der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“

10.3.1 Untersuchung

In **Modell A01** wird der ATC-Fünfsteller A07AA „Antibiotika“ nicht mehr zum Aufgreifen der DxG1332 verwendet. Die angepasste ATC-Zuordnungsliste für die DxG1322 wird in Tabelle 10.2 dargestellt.

Tabelle 10.2: ATC-Zuordnung der DxG1332 in „Infektionen der Wirbelsäule“ in Modell A01

DxG	DxG-Bezeichnung	ATC	ATC-Bezeichnung
1332	Infektionen der Wirbelsäule	A07AA	Antibiotika-
		J01AA	Tetracycline
		J01CA	Penicilline mit erweitertem Wirkungsspektrum
		J01CE	Beta-Lactamase-sensitive Penicilline
		J01CF	Beta-Lactamase-resistente Penicilline
		J01CG	Beta-Lactamase-Inhibitoren
		J01CR	Kombinationen von Penicillinen, inkl. Beta-Lactamase-Inhibitoren
		J01DB	Cephalosporine der 1. Generation
		J01DC	Cephalosporine der 2. Generation
		J01DD	Cephalosporine der 3. Generation
		J01DE	Cephalosporine der 4. Generation
		J01DF	Monobactame
		J01DH	Carbapeneme
		J01DI	Andere Cephalosporine und Peneme
		J01EE	Kombinationen von Sulfonamiden und Trimethoprim, inkl. Derivate
		J01FA	Makrolide
		J01FF	Lincosamide
		J01GA	Streptomycine
		J01GB	Andere Aminoglykoside
		J01MA	Fluorchinolone
		J01XA	Glycopeptid-Antibiotika
		J01XD	Imidazol-Derivate
		J01XX	Andere Antibiotika
		J02AA	Antibiotika
		J02AC	Triazole und Triazol-Derivate*
		J04AA	Aminosalicylsäure und Derivate
		J04AB	Antibiotika
		J04AC	Hydrazide
		J04AD	Thiocarbamid-Derivate
		J04AK	Andere Mittel zur Behandlung der Tuberkulose
		J04AM	Kombinationen von Mitteln zur Behandlung der Tuberkulose

Quelle: BAS; *künftige Bezeichnung: „Triazol-Derivate“

Tabelle 10.3 fasst die Ergebnisse der Modellanpassung zusammen. Durch die Anpassung der ATC-Zuordnungsliste entfallen insgesamt 81 Zuschläge aus der HMG0296 „Cauda-Syndrom / Angeborene

Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen / Infektionen der Wirbelsäule“. Im Gegenzug steigen die Fallzahlen in den darunter stehenden HMGs um 69 an. Auf die Modellkennzahlen hat die Anpassung praktisch keine Auswirkungen.

Tabelle 10.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0509%	0,0000 PP	60,0509%	0,0000 PP
	CPM	29,7804%	0,0000 PP	29,7803%	0,0000 PP
	MAPE	2.570,05 €	-0,0017 €	2.570,05 €	-0,0014 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
HMG0295	Sonstige schwere Verletzungen der Wirbelsäule / (sub)akute Myelitis / zerebrale Para- und...	117.190	4.937 €	117.190	4.937 €
HMG0296	Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre...	123.654	2.094 €	123.573	2.094 €
HMG0155	Andere Verletzungen der Wirbelsäule / Neuralgische Amyotrophie / Phantomglied	494.700	834 €	494.708	834 €
HMG0039	Sonstige Myelopathien / Läsionen der Nervenwurzeln und Plexus	2.611.699	539 €	2.611.729	539 €
HMG0211	Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens	11.342.090	110 €	11.342.121	110 €
HMG0993	Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens	1.984.642	-3 €	1.984.642	-3 €

Quelle: BAS

10.3.2 Ergebnis

Die Anregung zur Streichung des ATC-Fünfstellers A07AA „Antibiotika“ beim Aufgreifen der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ wird umgesetzt.

10.4 Festlegung der Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“

10.4.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

10.4.1.1 Neue oder veränderte DxG-ATC-Zuordnungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Folgende DxG-ATC-Zuordnungen werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf für die Arzneimittelprüfung festgesetzt:

Tabelle 10.4: Veränderung der DxG-ATC-Zuordnung in Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“

DxG	DxG-Bezeichnung (FLE)	ATC
Veränderte DxG-ATC-Abgrenzungen		
1332	Infektionen der Wirbelsäule	J01AA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DF J01DH J01DI J01EE J01FA J01FF J01GA J01GB J01MA J01XA J01XD J01XX J02AA J02AC J04AA J04AB J04AC J04AD J04AK J04AM

Quelle: BAS

10.4.1.2 Hierarchisierung:

Die Hierarchisierung erfolgt ausgehend von der HMG0289 in einem Strang:

→ Strang 1: HMG0289 → HMG0259 → HMG0292 → HMG0293 → HMG0294 → HMG0295 →
HMG0296 → HMG0155 → HMG0039 → HMG0211 → HMG0993.

Zusätzlich besteht eine externe Dominanz von der Hierarchie 13 in die Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“:

→ Externer Strang: HMG0289 → HMG0259 → HMG0292 → HMG0293 → HMG0294 → HMG0295 →
HMG0100 → HMG0101 → HMG0103 → HMG0467.

10.4.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 13

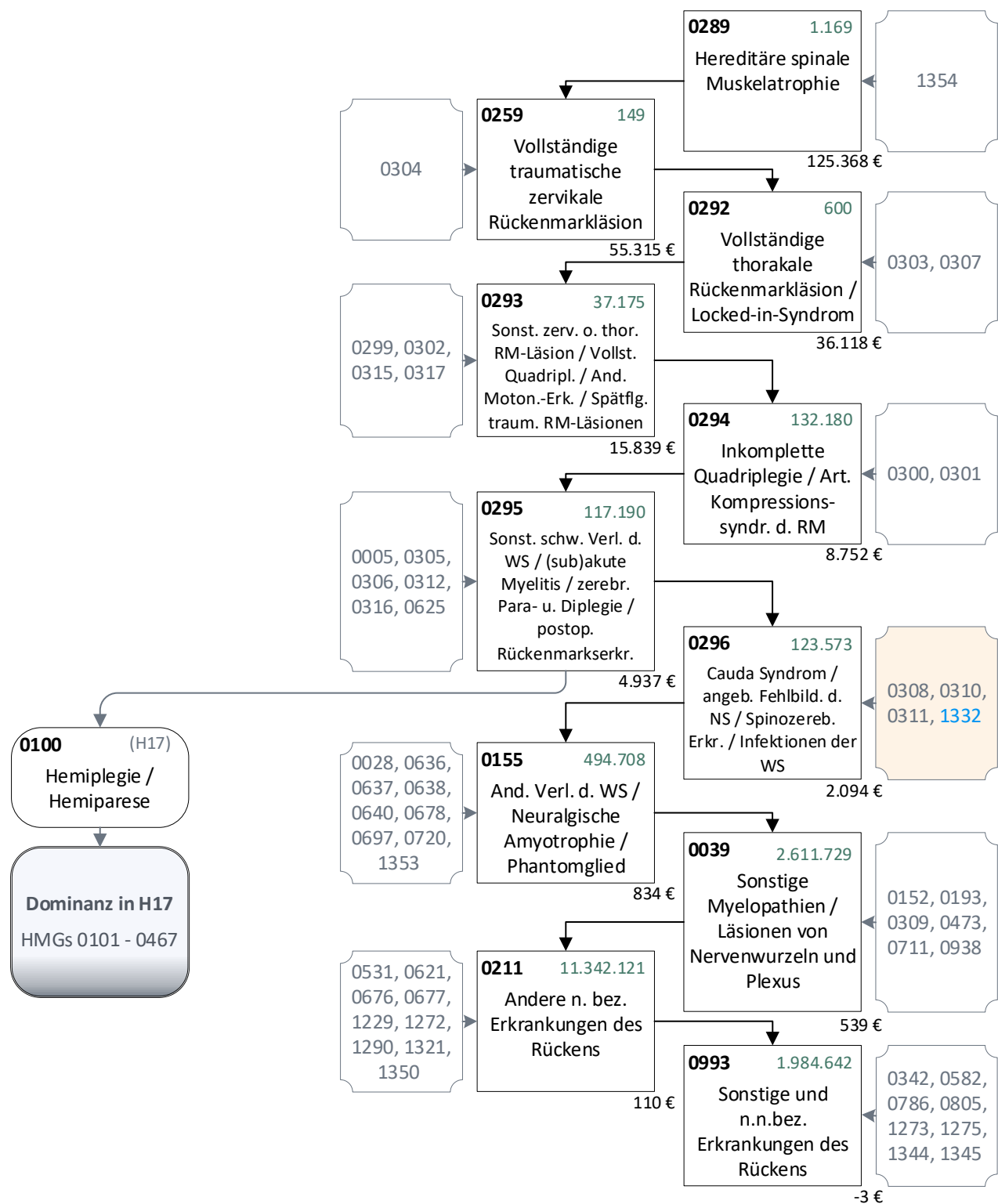
Tabelle 10.5 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 10.2 stellt die Festlegung der Hierarchie graphisch dar.

Tabelle 10.5: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2024

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0509%	0,0000 PP	60,0509%	0,0000 PP
	CPM	29,7804%	0,0000 PP	29,7803%	0,0000 PP
	MAPE	2.570,05 €	-0,0017 €	2.570,05 €	-0,0014 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Hauptstrang					
HMG0289	Hereditäre spinale Muskelatrophie	1.169	125.368 €	1.169	125.368 €
HMG0259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarkläsion	149	55.315 €	149	55.315 €
HMG0292	Vollständige thorakale Rückenmarkläsion / Locked-in-Syndrom	600	36.118 €	600	36.118 €
HMG0293	Sonstige zervikale oder thorakale Rückenmarkläsion / Vollständige Quadriplegie / Andere Motoneuronenerkrankungen / Spätfolgen traumatischer Rückenmarkläsionen	37.175	15.839 €	37.175	15.839 €
HMG0294	Inkomplette Quadriplegie / Arterielle Kompressionssyndrome des Rückenmarks	132.180	8.752 €	132.180	8.752 €
HMG0295	Sonstige schwere Verletzungen der Wirbelsäule / (sub)akute Myelitis / zerebrale Para- und Diplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen	117.190	4.937 €	117.190	4.937 €
HMG0296	Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen / Infektionen der Wirbelsäule	123.654	2.094 €	123.573	2.094 €
HMG0155	Andere Verletzungen der Wirbelsäule / Neuralgische Amyotrophie / Phantomglied	494.700	834 €	494.708	834 €
HMG0039	Sonstige Myelopathien / Läsionen der Nervenwurzeln und Plexus	2.611.699	539 €	2.611.729	539 €
HMG0211	Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens	11.342.090	110 €	11.342.121	110 €
HMG0993	Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens	1.984.642	-3 €	1.984.642	-3 €
Externe Dominanz: H17					
HMG0100	Hemiplegie / Hemiparese	394.563	2.606 €	394.563	2.606 €
HMG0101	Arteria-carotis-interna-, bilaterale und multiple Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien/ Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	120.198	1.606 €	120.198	1.606 €
HMG0467	Zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen / Transiente zerebrale Ischämien / Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien	824.471	-13 €	824.471	-13 €

Quelle: BAS

Abbildung 10.2: Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“ in der Festlegung für das AJ 2024 (1/1)



Quelle: BAS

11 Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

11.1 Festlegungsentwurf

Um eine im Ausgangsmodell aufgetretene Hierarchieverletzung zu beheben, wurden im Festlegungsentwurf die HMGs 0099 „Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Milz“ und 1009 „Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße (> 17 Jahre)“ in der HMG0099 vereinigt. In einem weiteren Schritt wurden die HMGs 0099 und 0102 „Nichtinfektiöse Erkrankungen der Milz und Sarkoidose der Lymphknoten“ in der HMG0099 vereinigt, da die Kostenschätzer nahe beieinander lagen.

Tabelle 11.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 11.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 18 im Vergleich

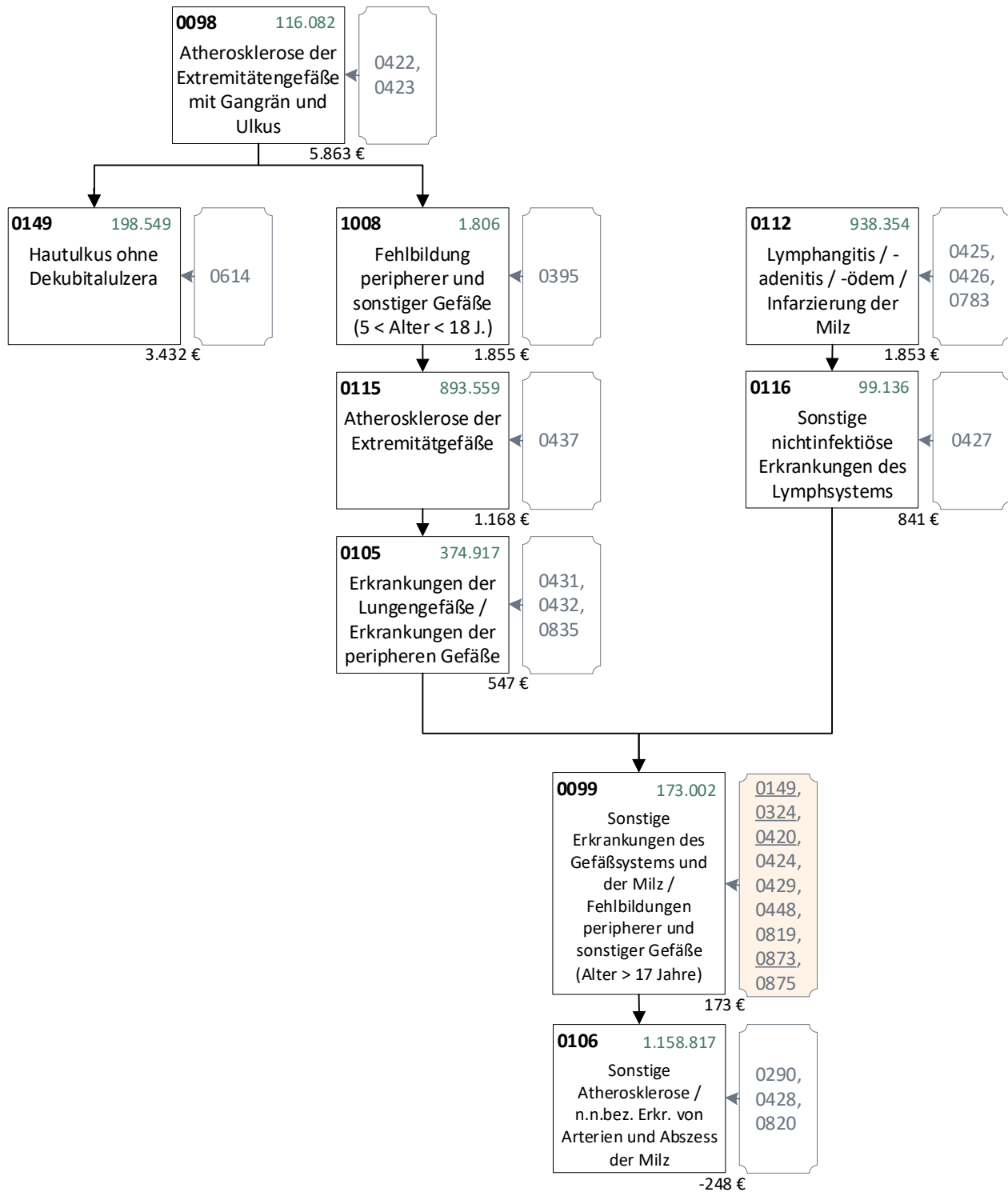
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0509%		60,0509%	0,0000 PP
	CPM	29,7803%		29,7803%	0,0000 PP
	MAPE	2.570,05 €		2.570,05 €	0,0000 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1a					
HMG0098	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän und Ulkus	116.082	5.863 €	116.082	5.863 €
HMG0149	Hautulkus ohne Dekubitalulzera	198.549	3.432 €	198.549	3.432 €
Strang 1b					
HMG1008	Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße (5 < Jahre < 18)	1.806	1.853 €	1.806	1.855 €
HMG0115	Atherosklerose der Extremitätengefäße	893.559	1.168 €	893.559	1.168 €
HMG0105	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	374.917	546 €	374.917	547 €
HMG1009 (alt)	Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße (> 17 Jahre)	11.938	146 €		
Strang 2					
HMG0112	Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz	938.354	1.853 €	938.354	1.853 €
HMG0116	Sonstige nichtinfektiöse Erkrankungen des Lymphsystems	99.136	841 €	99.136	841 €
HMG0102 (alt)	Nichtinfektiöse Erkrankungen der Milz und Sarkoidose der Lymphknoten	54.632	201 €		
gemeinsames Ende der Stränge 1 & 2					
HMG0099 (neu)	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Milz / Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße (> 17 Jahre)			173.002	173 €
HMG0099 (alt)	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Milz	109.741	159 €		
HMG0106	Sonstige Atherosklerose / n.n.bez. Erkrankungen von Arterien und Abszess der Milz	1.158.817	-248 €	1.158.817	-248 €
Strang 3					
HMG0109	Arteriell Aneurysma (exkl. d. Aorta), Arterielle Embolie und Thrombose	85.268	1.536 €	85.268	1.536 €
HMG0182	Aortenaneurysma / Schock / Störungen des Herz-Kreislaufsystems bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	294.413	954 €	294.413	954 €
HMG0722	Sonstiges und n.n.bez. arterielles Aneurysma (exkl. der Aorta)	46.591	382 €	46.591	382 €
HMG0361	Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose / n.n.bez. Aortenaneurysma ohne Ruptur / Sonstige Schäden durch äußere Ursachen	470.568	151 €	470.568	151 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0509%		60,0509%	0,0000 PP
	CPM	29,7803%		29,7803%	0,0000 PP
	MAPE	2.570,05 €		2.570,05 €	0,0000 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 4					
HMG0248	Lungenembolie	59.907	2.194 €	59.907	2.194 €
HMG0336	Tiefe Venenthrombose und Thrombophlebitis, exkl. tiefere Venen	391.725	705 €	391.725	705 €
HMG0338	Sonstige näher und n.n.bez. Venenerkrankungen, Postthrombotisches Syndrom (chron. venöse Insuffizienz)	1.608.199	374 €	1.608.199	374 €
HMG0454	Varizen, näher bezeichnet	2.932.492	66 €	2.932.492	66 €
gemeinsames Ende der Stränge 3 & 4					
HMG0728	Sonstige und n.n.bez. Venenerkrankungen und Krankheiten des Kreislaufsystems / Varizen sonstiger Lokalisationen / Hypotonie / ...	849.836	-26 €	849.836	-26 €

Quelle: BAS

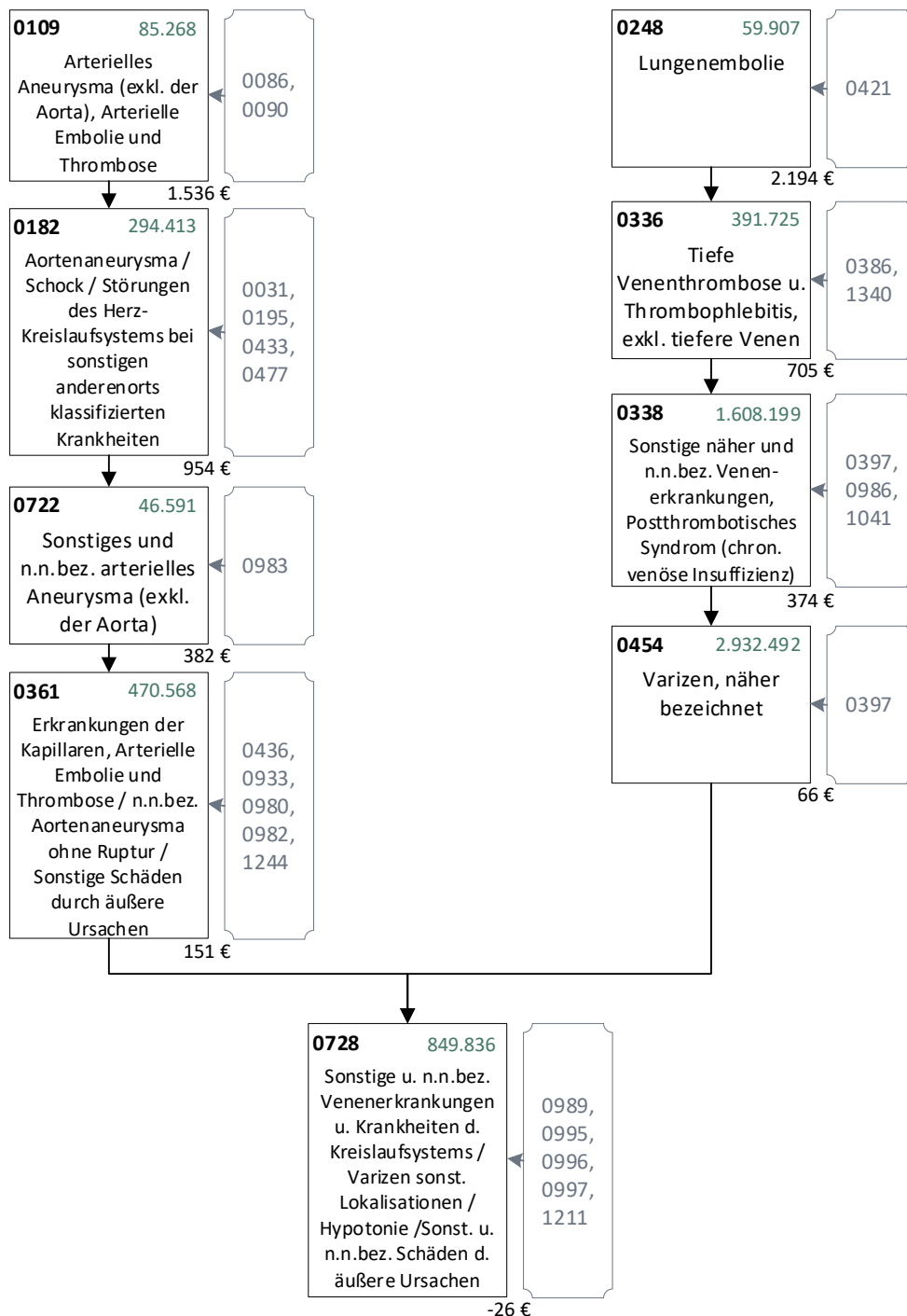
Abbildung 11.1 und Abbildung 11.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 11.1: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ im Festlegungsentwurf 2024 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 11.2: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ im Festlegungsentwurf 2024 (2/2)



Quelle: BAS

11.2 Anhörungsverfahren

11.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der IKK e. V. schlägt vor, die ICD-Kodes T69.0 „Kälte-Nässe-Schaden der Hände oder Füße“ sowie T69.1 „Frostbeulen“ der DxG1244 „Schäden und n.n.bez. Schäden durch äußere Ursachen (z.B. Hitzeödem)“ (HMG0361 „Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose / n.n.bez. Aortenaneurysma ohne Ruptur / Sonstige Schäden durch äußere Ursachen“) in die DxG1262 „Verbrennungen moderaten Schweregrads“ (HMG0266 „Urtikaria und Erythem / Dermatitis durch aufgenommene

Nahrungsmittel / Hauteruptionen durch Drogen oder Arzneimittel / Verbrennungen moderaten Schweregrads“) der Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ zu verschieben, um analog zu den Erfrierungen der HMG0150 „Dekubitalgeschwüre Grad 1-2 oder n.n.bez. / Ausgedehnte Verbrennungen / Erfrierungen“ der Hierarchie 22 vorzugehen.

Des Weiteren schlägt der IKK e. V. vor, die ICD-Kodes T70.0 „Barotrauma des Ohres“, T70.1 „Barotrauma der Nasennebenhöhlen“, T70.2 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch große Höhe“ sowie T70.3 „Caissonkrankheit [Dekompressionskrankheit]“ der DxG1244 (HMG0361 „Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose / n.n.bez. Aortenaneurysma ohne Ruptur / Sonstige Schäden durch äußere Ursachen“) in die DxG0483 „Hörverlust“ (HMG0201 „Verbrennungen, Verätzungen, Entzündungen und Fremdkörper im HNO-Trakt“) der Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ zu verschieben, da es in Folge eines Barotraumas zu einem temporären oder dauerhaften Hörverlust komme. Durch diese Verschiebung sollen Doppelzuschläge vermieden werden.

Zuletzt schlägt der IKK e. V. eine Zusammenlegung der HMGs 0722 „Sonstiges und n.n.bez. arterielles Aneurysma (exkl. der Aorta)“ und 0361 „Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose / n.n.bez. Aortenaneurysma ohne Ruptur / Sonstige Schäden durch äußere Ursachen“ vor. Grund dafür seien die durch die Umsetzung der vorherigen Vorschläge ähnlichen Kostenschätzer dieser HMGs.

11.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die Verschiebung von ICD-Kodes in eine andere Hierarchie erfordert Modellrechnungen in den beiden jeweils betroffenen Hierarchien und ggf. eine Anhörung des GKV-SV zu den sich hieraus ergebenden weiteren Anpassungen. Eine Überprüfung der Vorschläge ist erst in einem der folgenden Anpassungszyklen möglich.

Die Kostenschätzer der beiden HMGs 0361 und 0722 weisen gegenwärtig einen absoluten Abstand von rund 230 € auf, wobei sie sich um den Faktor 2,5 unterscheiden. Beide HMGs sind überdies stark besetzt, sodass eine Zusammenlegung der Gruppen gegenwärtig nicht sinnvoll erscheint. Eine Anpassung unterbleibt daher.

Es erfolgen somit keine weitergehenden Untersuchungen.

11.3 Festlegung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

Es ergeben sich keine Veränderungen zum Festlegungsentwurf.

12 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

12.1 Festlegungsentwurf

Aufbauend auf den umfangreichen strukturellen Änderungen der Hierarchie im letzten Bearbeitungszyklus wurden in der aktuellen Bearbeitung zunächst die ATC-Abgrenzungen des Pneumoniestranges der Hierarchie überprüft und aktualisiert. Daran anschließend erfolgte eine Umsortierung einzelner DxGs des geprüften Stranges. Abschließend wurden die resultierenden HMGs geprüft und konsolidiert.

Des Weiteren erfolgten Überarbeitungen in den Hierarchiesträngen 4 und 5. Hier wurde eine im Ausgangsmodell bestehende Hierarchieverletzung behoben, zusätzlich wurden die beiden Stränge zusammengefasst und ebenfalls konsolidiert.

Basierend auf Vorschlägen aus vorangegangenen Anhörungsverfahren wurde zudem eine Arzneimitteldifferenzierung der Mukoviszidose (> 11 Jahre) geprüft und umgesetzt. Neben einer deutlichen Modellverbesserung behebt diese Anpassung auch eine im Ausgangsmodell entstandene Hierarchieverletzung in der Hierarchie 25 „Transplantationen“.

Tabelle 12.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 12.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 19 im Vergleich

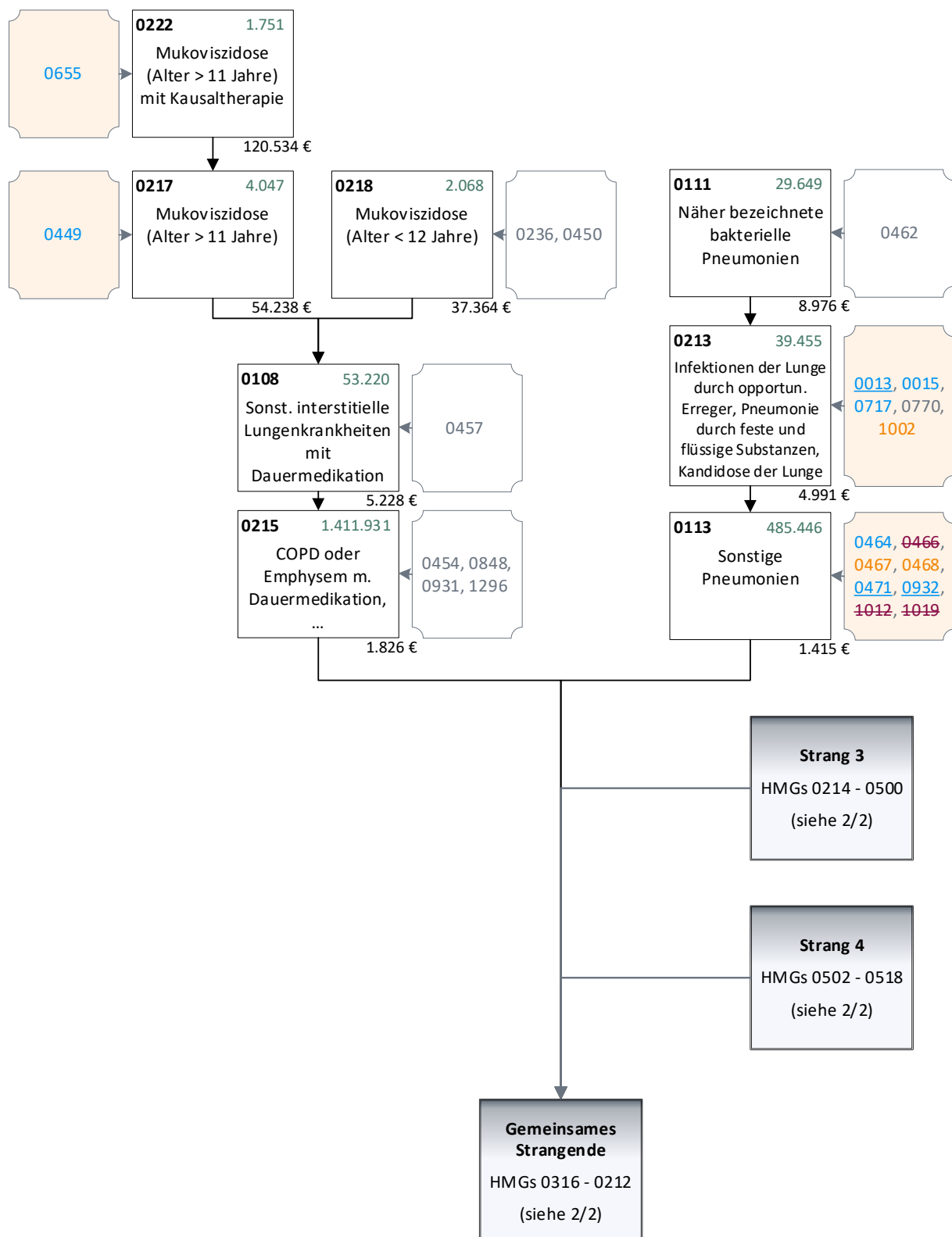
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0509%		60,1100%	0,0591 PP
	CPM	29,7803%		29,8096%	0,0293 PP
	MAPE	2.570,05 €		2.568,98 €	-1,0713 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0222 (neu)	Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie			1.751	120.534 €
HMG0217	Mukoviszidose (> 11 Jahre)	5.696	75.706 €	4.047	54.238 €
HMG0218	Mukoviszidose (< 12 Jahre)	2.068	37.347 €	2.068	37.364 €
HMG0108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	53.193	5.239 €	53.220	5.228 €
HMG0215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation, akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)	1.411.954	1.826 €	1.411.931	1.826 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0509%		60,1100%	0,0591 PP
	CPM	29,7803%		29,8096%	0,0293 PP
	MAPE	2.570,05 €		2.568,98 €	-1,0713 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2					
HMG0111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	29.649	8.819 €	29.649	8.976 €
HMG0213 (alt)	Infektionen der Lunge durch opportunistische Erreger, Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	19.576	6.292 €		
HMG0213 (neu)	Infektionen der Lunge durch opportunistische Erreger, Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen, Kandidose der Lunge			39.455	4.991 €
HMG0216 (alt)	Spezielle Pneumonien	2.437	3.468 €		
HMG0110 (alt)	Hypostatische Pneumonie / Pneumonie durch Zytomegalieviren / Kandidose der Lunge	39.997	1.625 €		
HMG0113	Sonstige Pneumonien	450.924	1.392 €	485.446	1.415 €
Strang 3					
HMG0214	Aspirator / Respirator	64.047	11.816 €	64.047	11.824 €
HMG0501	Akute respiratorische Insuffizienz	453.797	2.433 €	453.797	2.369 €
HMG0500	Chronische und n.n.bez. respiratorische Insuffizienz	269.245	2.021 €	269.245	2.027 €
Strang 4					
HMG0511 (alt)	Angeborene Anomalien (> 5 Jahre) und näher bez. Verletzungen der Lunge / des respiratorischen Systems	11.791	4.061 €		
HMG0512 (alt)	Andere angeborene Anomalien (> 5 Jahre) und Verbrennungen oder Verätzungen der Lunge / des respiratorischen Systems	1.611	1.235 €		
Strang 5					
HMG0502	Sonstige näher bez. Krankheiten der Atemwege	1.430	13.443 €	1.430	14.473 €
HMG0148 (alt)	Sonstige und n.n.bez. Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	2.570	4.032 €		
HMG0148 (neu)	Verletzungen des respiratorischen Systems / Angeborene Anomalien (> 5 Jahre) / Pneumothorax			41.343	4.093 €
HMG0516 (alt)	Pneumothorax	27.443	4.052 €		
HMG0518 (alt)	Pleuraerguss, Pleuraempyem, Lungenödem und Lungenabszess	272.458	2.249 €		
HMG0518 (neu)	Pleuraerguss, -empyem, Lungenödem, -abszess, andere angeborene Anomalien (> 5 Jahre), Verbrennungen oder Verätzungen des respiratorischen Systems			273.441	2.240 €
gemeinsames Strangende					
HMG0316	Asthma bronchiale (alle Altersgruppen), akutes schweres Asthma (< 18 Jahre), sonstige andere Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems (> 5 Jahre)	1.062.427	690 €	1.062.420	690 €
HMG0114	Sonstige Erkrankungen der Pleura / COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation / Influenza mit Pneumonie / Sarkoidose der Lunge	1.556.896	252 €	1.556.635	251 €
HMG0212	Sonstige Erkrankungen der Lunge	1.149.965	93 €	1.149.996	93 €

Quelle: BAS

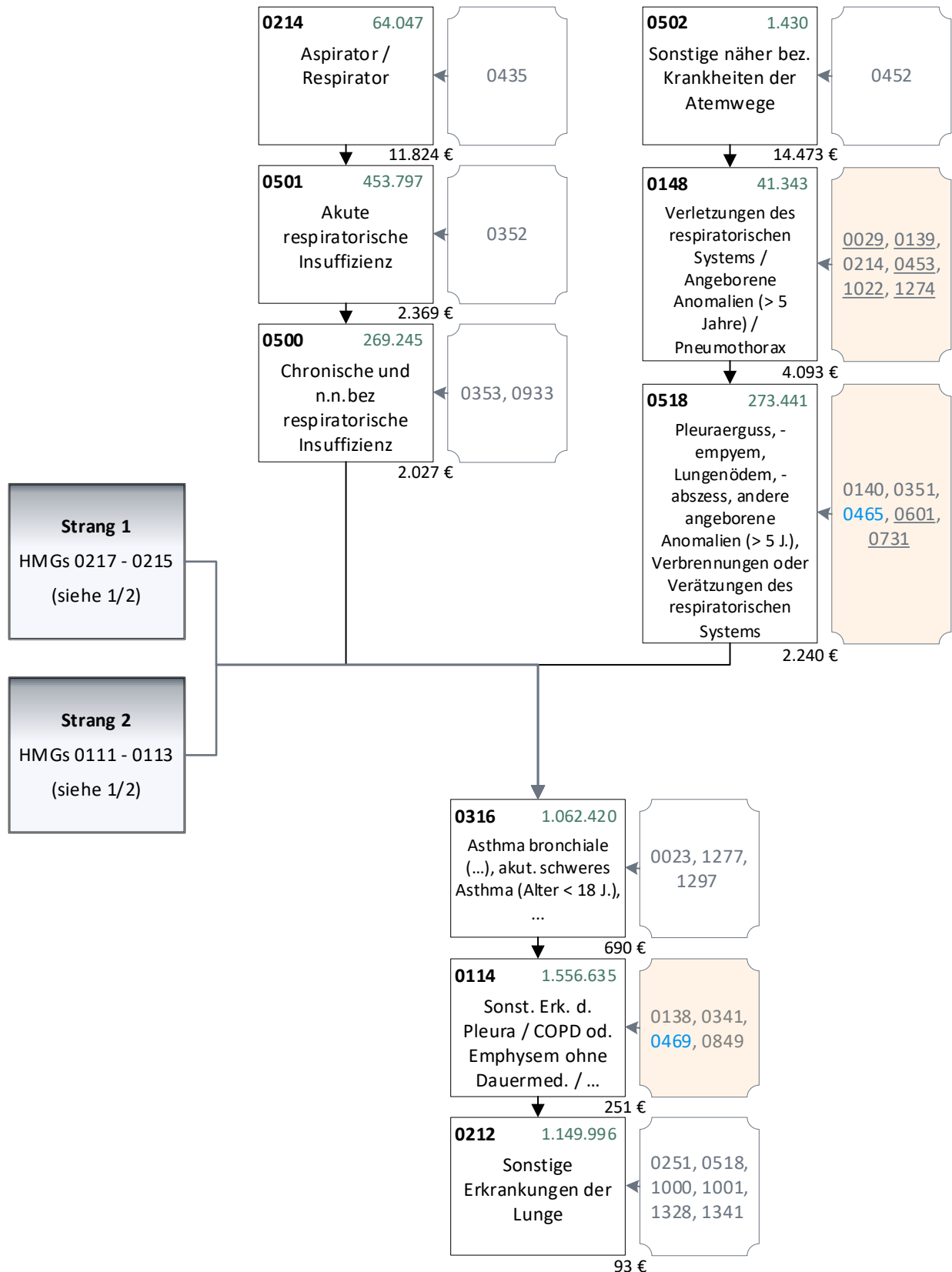
Abbildung 12.1 und Abbildung 12.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 12.1: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf 2024 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 12.2: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf 2024 (2/2)



Quelle: BAS

12.2 Anhörungsverfahren

12.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Im Anhörungsverfahren gingen zur Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“ Stellungnahmen von GKV-SV, BARMER, DAK-G, AOK-BV, BKK DV, KBV/BÄK und TK et al. ein. Die Stellungnahmen beziehen sich zumeist auf Arzneimittel und die Zuordnung von ICD-Kodes.

12.2.1.1 Anpassung der ATC-Abgrenzung bei verschiedenen DxGs

GKV-SV, BARMER und TK et al. sehen Anpassungsbedarf bei der im Festlegungsentwurf überarbeiteten ATC-Abgrenzung der Pneumonie-DxGs. So wird u.a. darauf hingewiesen, dass auch in der Hierarchie 19, analog zur Hierarchie 01 „Infektionen“, der ATC-Kode A07AA „Antibiotika“ aus der Arzneimittelzuordnungsliste gestrichen werden solle, da die Wirkstoffe dieser Gruppe keine systemische Wirkung aufwiesen. Darüber hinaus gibt es weitere Vorschläge zur Anpassung der ATC-Auswahl. Diese sei teilweise inkonsistent umgesetzt worden und solle an den entsprechenden Stellen überprüft und ggfs. angepasst werden.

GKV-SV, AOK-BV und BARMER weisen darauf hin, dass die systemische Gabe von Glucocorticoiden zur Behandlung der Mukoviszidose bei nicht ausreichender Wirksamkeit der inhalativen Glucocorticoide denkbar sei. Daher solle die Streichung der systemisch wirkenden Glucocorticoide (ATC-Kode H02AB) für die DxG0449 „Mukoviszidose (> 11 Jahre)“ überprüft und ggf. rückgängig gemacht werden.

Zudem weisen der GKV-SV, AOK-BV und BKK DV darauf hin, dass es für den Wirkstoff „Dupilumab“ (ATC-Kode D11AH05) seit Mai 2019 eine Indikationserweiterung gäbe und dieser seitdem auch für die Therapie des schweren Asthmas zugelassen sei. Daher solle der ATC-Kode D11AH05 für die DxGs 0023 „Asthma bronchiale (alle Altersgruppen)“, 1296 „Akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)“ und 1297 „Akutes schweres Asthma (< 18 Jahre)“ berücksichtigt werden.

Der BKK DV bittet um Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung mit Wirkstoffen zur zielgerichteten Tumorthherapie. Für welche DxGs dies überprüft werden soll, wird dabei nicht genannt.

12.2.1.2 Sonderfall 2 für DxG0655 „Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie“

Die DAK-G weist darauf hin, dass es eine relevante Anzahl Versicherter gebe, die weniger als 183 DDD erhielten, sich jedoch erheblich von den Kosten der HMG0217 „Mukoviszidose (> 11 Jahre)“ unterscheiden. Daher wird um eine Prüfung mit Sonderfall 2 (42/21 BT) zum Aufgreifen der DxG0655 „Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie“ gebeten.

12.2.1.3 Neueinführung Arzneimittelvalidierung Sarkoidose

Der AOK-BV regt erneut an, analog zu den DxGs 0686 „Sarkoidose, exkl. Lunge“ und 1210 „N.n.bez. Sarkoidose, exkl. Lunge“ der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ auch für die DxG0341 „Sarkoidose der Lunge“ in Hierarchie 19 die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums wegen klinischer Relevanz mit den ATC-Kodes H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX zu prüfen.

12.2.1.4 Aufgreifkriterium der DxG0421 „Lungenembolie“

Der AOK-BV vertritt weiterhin die Auffassung, dass eine Zuordnung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG0421 „Lungenembolie“ nicht sachgerecht sei.

12.2.1.5 ICD-Kodes zum Asthma bronchiale

Der GKV-SV, DAK-G und BKK DV weisen darauf hin, dass im Rahmen des ICD-10-GM-2023 ICD-Kodes für die Kategorie J45 „Asthma bronchiale“ eingeführt wurden, die es ermöglichen den Kontrollstatus bzw. den Schweregrad mittels der fünften Stelle des J45.- anzugeben. Die ICD-Kodes, die ein schweres Asthma dokumentieren, wurden analog des J46 „Status Asthmaticus, inkl. akutes schweres Asthma bronchiale“ altersabhängig auch der DxG1296 „Akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)“ und damit der höherwertigen HMG0215 „COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenerkrankungen ohne Dauermedikation, akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)“ zugeordnet. Diese beinhaltet bisher ausschließlich den ICD-Kode J46 „Status Asthmaticus, inkl. akutes schweres Asthma bronchiale“. Ob die Folgekosten dieses akuten Krankheitsgeschehens mit denen des chronisch verlaufenden schweren Asthma bronchiale vergleichbar wären, ließe sich derzeit ebenso wenig analysieren wie die Frage, ob sich die Folgekosten in Abhängigkeit vom Alter unterscheiden.

12.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Im Folgenden werden die vom GKV-SV und den Verbänden gemachten Vorschläge in der gleichen Reihenfolge diskutiert und bewertet.

12.2.2.1 Anpassung der ATC-Abgrenzung bei verschiedenen DxGs

Die vorgebrachten Einwände der Anhörsungspartner zur im Festlegungsentwurf angepassten ATC-Abgrenzung sind in den meisten Fällen sachgerecht und werden daher im Folgenden in Modell A01 geprüft. Eine Inkonsistenz bei der Auswahl der Arzneimittelwirkstoffe war bei der Erstellung des Festlegungsentwurfs nicht beabsichtigt und wird daher korrigiert.

Die von GKV-SV und TK et al. geforderte Exklusion des ATC-Kodes B06AC „Mittel zur Behandlung des Hereditären Angioödems“ wird abgelehnt. Mit der Berücksichtigung des ATC-Fünfstellers soll gezielt der Wirkstoff „Icatibant“ zur Therapie des Hantavirus- (Herz-) Lungensyndroms (ICD-Kode B33.4) aufgegriffen werden.

Für die Berücksichtigung von Dupilumab zur Therapie des schweren Asthmas wird der ATC-Kode D11AH „Mittel zur Behandlung der Dermatitis, exkl. Corticosteroide“ für die DxGs 0023 „Asthma bronchiale (alle Altersgruppen)“, 1296 „Akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)“ und 1297 „Akutes schweres Asthma (< 18 Jahre)“ in die Liste der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel aufgenommen.

12.2.2.2 Sonderfall 2 für DxG0655 „Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie“

Eine Änderung des Aufgreifkriteriums erfordert eine weitergehende Untersuchung der verwendeten Arzneimitteltherapie und sollte dann ggfs. im Rahmen der Anhörung durch die Anhörsungspartner diskutiert werden. Der Vorschlag wird daher für kommende Anpassungszyklen vermerkt.

12.2.2.3 Neueinführung Arzneimittelvalidierung Sarkoidose

Eine hierarchieübergreifende Bearbeitung der Sarkoidose ist einer isolierten Betrachtung in der Hierarchie 19 vorzuziehen, daher kann dieser Punkt erst zukünftig berücksichtigt werden.

12.2.2.4 Aufgreifkriterium der DxG0421 „Lungenembolie“

Das BAS verweist erneut auf die Begründung seiner Auffassung, dass zur Festlegung der gesicherten Diagnose „Lungenembolie“ ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist (Bundesamt für Soziale Sicherung 2021a, S. 120).

12.2.2.5 ICD-Kodes zum Asthma bronchiale

Das BAS kann die Argumentation der Anhörungspartner nachvollziehen und streicht aus den DxGs 1296 „Akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)“ und 1297 „Akutes schweres Asthma (< 18 Jahre)“ die J45-Fünfsteller-Kodes J45.03, J45.04, J45.05, J45.13, J45.14, J45.15, J45.83, J45.84, J45.85, J45.93, J45.94 und J45.95. Diese werden stattdessen in der DxG0023 „Asthma bronchiale (alle Altersgruppen)“ ergänzt. Die vorgenommene Einordnung dieser ICD-Kodes wird bei Verfügbarkeit entsprechender Daten nochmals überprüft.

12.3 Anpassung der ATC-Abgrenzung bei verschiedenen DxGs

12.3.1 Hintergrund

Die Vorschläge der Anhörungspartner zur Anpassung der ATC-Auswahl bei den Pneumonien sowie weiteren DxGs sind sachgerecht und werden daher im Folgenden genauer geprüft.

12.3.2 Untersuchung

In **Modell A01** werden die in Tabelle 12.2 und Tabelle 12.3 dargestellten Veränderungen an der ATC-Abgrenzung bzw. der ICD-DxG-Zuordnung geprüft. Die sich daraus ergebenden Veränderungen, werden in Tabelle 12.4 zusammengefasst.

Tabelle 12.2: Veränderung der DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01

HMG	DxG	DxG-Bezeichnung (Modell A01)	ATC	Aufgreifkriterium
0113	0464	Pneumokokkenpneumonie oder Pneumonie durch andere näher...	J01AA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01DI J01FA J01FF J01GB J01MA J01XA J01XX	AM obligat, 10 BT
	0467	Virale Pneumonie	B06AC J01AA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01DI J01FA J01FF J01GB J01MA J01XA J01XX J05AB J05AD J05AP J05AX J06BB09 J06BB16*	AM obligat, 10 BT
	0468	Andere und n.n.bez. Pneumonie	J01AA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01DI J01EA J01EC J01EE J01FA J01FF J01GB J01MA J01XA J01XX J04AB P01AX P01BD P02BA P02CA P02CC P02CF V03AF	AM obligat, 10 BT
	0471	Lungenstauung / hypostatische Pneumonie	J01AA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01DI J01FA J01FF J01GB J01MA J01XA J01XX	AM obligat, 10 BT
	0932	Spezielle Pneumonien	A07AA J01AA J01BA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01EA J01EC J01EE J01FA J01FF J01GA J01GB J01MA J01XA J01XD J01XX J02AA J02AB J02AC J02AX P01AB P01AX P01BD P02BA P02CA V03AF	AM obligat, 10 BT
0114	0469	Influenza mit Pneumonie	J01AA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01FA J01FF J01GB J01MA J01XA J01XX J05AC J05AH N04BB	AM obligat, 10 BT
0213	0013	Kandidose der Lunge	A01AB A07AA J02AA J02AC J02AX	AM obligat, 10 BT
	0015	Pneumozystose	J01EA J01EC J01EE J04BA P01AX P01CX	AM obligat, 10 BT
	0717	Infektionen der Lunge durch Mykobakterien / Sporotrichose ...	A07AA J01EA J01EC J01EE J01FA J01GA J01GB J01MA J02AA J02AC J04AB J04AC J04AD J04AK J04BA J04AM	AM obligat, 10 BT
0215	1296	Akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)	D11AH H02AB R03AC R03AK R03AL R03BA R03BB R03BC R03CB R03CC R03DA R03DC R03DH R03DX	AM obligat, 183 BT
0217	0449	Mukoviszidose (> 11 Jahre)	A05AA A09AA A11CA A11CC A11HA A11JA A11JB A11JC B02BA H02AB J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DF J01DH J01DI J01FA J01GB J01MA J01XB M01AE R01AD R03AC R03AK R03BA R03BB R04AX R05CB R07AX	AM obligat, 183 BT
0316	0023	Asthma bronchiale (alle Altersgruppen)	D11AH H02AB R03AC R03AK R03AL R03BA R03BB R03BC R03CB R03CC R03DA R03DC R03DH R03DX	AM klinisch relevant, 183 BT
	1297	Akutes schweres Asthma (< 18 Jahre)	D11AH H02AB R03AC R03AK R03AL R03BA R03BB R03BC R03CB R03CC R03DA R03DC R03DH R03DX	AM obligat, 183 BT
0518	0465	Pleuraempyem, Lungenabszess	J01AA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01FA J01FF J01GB J01MA J01XA J01XD J01XX	AM obligat, 10 BT

Quelle: BAS. *Ab dem Berichtsjahr 2021 werden nach Umklassifizierung der ATC-Kodes durch das WIdO, Palivizumab sowie weitere monoklonale Antikörper über den ATC-Fünfsteller J06BD „Antivirale monoklonale Antikörper“ berücksichtigt.

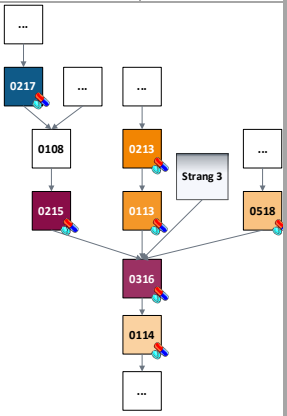
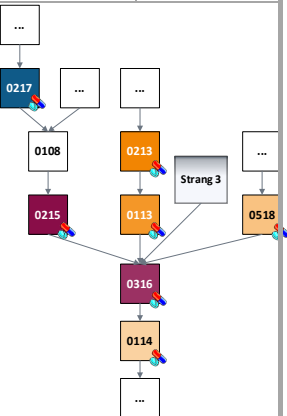
Tabelle 12.3: Veränderte ICD-DxG-Zuordnung des Modells A01 im Vergleich zum Festlegungsentwurf AJ 2024 in der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

HMG	DxG	DxG-Bezeichnung (Modell A01)	Enthaltene ICDs	Aufgreifkriterium
0215	1296	Akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)	J45.03 J45.04 J45.05 J45.13 J45.14 J45.15 J45.83 J45.84 J45.85 J45.93 J45.94 J45.95 J46	AM obligat, 183 BT
0316	0023	Asthma bronchiale (alle Altersgruppen)	J45.0 J45.00 J45.01 J45.02 J45.03 J45.04 J45.05 J45.09 J45.1 J45.10 J45.11 J45.12 J45.13 J45.14 J45.15 J45.19 J45.8 J45.80 J45.81 J45.82 J45.83 J45.84 J45.85 J45.89 J45.9 J45.90 J45.91 J45.92 J45.93 J45.94 J45.95 J45.99	AM klinisch relevant, 183 BT
	1297	Akutes schweres Asthma (< 18 Jahre)	J45.03 J45.04 J45.05 J45.13 J45.14 J45.15 J45.83 J45.84 J45.85 J45.93 J45.94 J45.95 J46	AM obligat, 183 BT

Quelle: BAS

Tabelle 12.4 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen.

Tabelle 12.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,1100%	0,0591 PP	60,1068%	0,0559 PP
	CPM	29,8096%	0,0293 PP	29,8084%	0,0281 PP
	MAPE	2.568,98 €	-1,0713 €	2.569,02 €	-1,0301 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0222	Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie	1.751	120.534 €	1.751	120.532 €
HMG0217	Mukoviszidose (> 11 Jahre)	4.047	54.238 €	4.198	52.688 €
HMG0218	Mukoviszidose (< 12 Jahre)	2.068	37.364 €	2.068	37.364 €
HMG0108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	53.220	5.228 €	53.189	5.228 €
HMG0215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle ...	1.411.931	1.826 €	1.411.906	1.827 €
Strang 2					
HMG0111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	29.649	8.976 €	29.649	8.971 €
HMG0213	Infektionen der Lunge durch opportunistische Erreger, Pneumonie durch feste und ...	39.455	4.991 €	39.378	4.982 €
HMG0113	Sonstige Pneumonien	485.446	1.415 €	485.657	1.412 €
Strang 4					
HMG0502	Sonstige näher bez. Krankheiten der Atemwege	1.430	14.473 €	1.430	14.477 €
HMG0148	Sonstige und n.n.bez. Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	41.343	4.093 €	41.343	4.091 €
HMG0518	Pleuraerguss, Pleuraempyem, Lungenödem und Lungenabszess	273.441	2.240 €	273.499	2.239 €
gemeinsames Strangende					
HMG0316	Asthma bronchiale (alle Altersgruppen), akutes schweres Asthma (< 18 Jahre), sonstige ...	1.062.420	690 €	1.066.851	709 €
HMG0114	Sonstige Erkrankungen der Pleura / COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation / ...	1.556.635	251 €	1.556.282	251 €
HMG0212	Sonstige Erkrankungen der Lunge	1.149.996	93 €	1.149.795	93 €

Quelle: BAS

12.3.3 Ergebnis

Durch die geänderte ATC-Abgrenzung der Pneumonie- sowie der weiteren DxGs verändern sich die Besetzungszahlen und Kostenschätzer geringfügig. Lediglich in der HMG0217 „Mukoviszidose (> 11 Jahre)“ verändern sich die Besetzungszahl und der Kostenschätzer etwas stärker. Durch die zusätzliche Berücksichtigung weiterer ATC-Kodes, steigt die Besetzungszahl um 151 Fälle und der Kostenschätzer sinkt um

1.550 €. Die resultierende leichte Verschlechterung der Gütemaße wird für die Erhöhung der medizinisch-pharmazeutischen Konsistenz in Kauf genommen.

12.4 Festlegung der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

12.4.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Festlegungsentwurf

12.4.1.1 Neue oder veränderte ICD-DxG-Abgrenzungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Folgende Veränderungen in der ICD-DxG-Abgrenzung ergeben sich im Vergleich zum Festlegungsentwurf:

Tabelle 12.5: Veränderung der ICD-DxG-Abgrenzung in Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

DxG FL	DxG-Bezeichnung (FL)	Enthaltene ICD-Kodes	Alter
DxGs mit veränderter ICD-Abgrenzung			
0023	Asthma bronchiale (alle Altersgruppen)	J45.0 J45.00 J45.01 J45.02 J45.03 J45.04 J45.05 J45.09 J45.1 J45.10 J45.11 J45.12 J45.13 J45.14 J45.15 J45.19 J45.8 J45.80 J45.81 J45.82 J45.83 J45.84 J45.85 J45.89 J45.9 J45.90 J45.91 J45.92 J45.93 J45.94 J45.95 J45.99	0 - 124 Jahre
1296	Akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)	J46	> 17 Jahre
1297	Akutes schweres Asthma (< 18 Jahre)	J46	< 18 Jahre

Quelle: BAS

12.4.1.2 Neue oder veränderte DxG-ATC-Zuordnungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Folgende DxG-ATC-Zuordnungen werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf für die Arzneimittelprüfung festgesetzt:

Tabelle 12.6: Veränderung der DxG-ATC-Zuordnung in Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

DxG	DxG-Bezeichnung (FL)	ATC
Veränderte DxG-ATC-Abgrenzungen		
0013	Kandidose der Lunge	J02AA J02AC J02AX
0015	Pneumozystose	J01EA J01EC J01EE J04BA P01AX P01CX
0023	Asthma bronchiale (alle Altersgruppen)	D11AH H02AB R03AC R03AK R03AL R03BA R03BB R03BC R03CB R03CC R03DA R03DC R03DH R03DX
0449	Mukoviszidose (> 11 Jahre)	A05AA A09AA A11CA A11CC A11HA A11JA A11JB A11JC B02BA H02AB J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DF J01DH J01DI J01FA J01GB J01MA J01XB M01AE R01AD R03AC R03AK R03BA R03BB R04AX R05CB R07AX
0464	Pneumokokkenpneumonie oder Pneumonie durch andere näher bezeichnete Bakterien	J01AA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01DI J01FA J01FF J01GB J01MA J01XA J01XX
0465	Pleuraempyem, Lungenabszess	J01AA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01FA J01FF J01GB J01MA J01XA J01XD J01XX
0467	Virale Pneumonie	B06AC J01AA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01DI J01FA J01FF J01GB J01MA J01XA J01XX J05AB J05AD J05AP J05AX J06BB09 J06BB16*
0468	Andere und n.n.bez. Pneumonie	J01AA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01DI J01EA J01EC J01EE J01FA J01FF J01GB J01MA J01XA J01XX J04AB P01AX P01BD P02BA P02CA P02CC
0469	Influenza mit Pneumonie	J01AA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01FA J01FF J01GB J01MA J01XA J01XX J05AC J05AH
0471	Lungenstauung / hypostatische Pneumonie	J01AA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01DI J01FA J01FF J01GB J01MA J01XA J01XX
0717	Infektionen der Lunge durch Mykobakterien / Sporotrichose / Mukormykose	J01EA J01EC J01EE J01FA J01GA J01GB J01MA J02AA J02AC J04AB J04AC J04AD J04AK J04BA J04AM
0932	Spezielle Pneumonien	J01AA J01BA J01CA J01CE J01CF J01CG J01CR J01DB J01DC J01DD J01DE J01DH J01EA J01EC J01EE J01FA J01FF J01GA J01GB J01MA J01XA J01XD J01XX J02AA J02AB J02AC J02AX P01AB P01AX P01BD P02BA P02CA V03AF
1296	Akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)	D11AH H02AB R03AC R03AK R03AL R03BA R03BB R03BC R03CB R03CC R03DA R03DC R03DH R03DX
1297	Akutes schweres Asthma (< 18 Jahre)	D11AH H02AB R03AC R03AK R03AL R03BA R03BB R03BC R03CB R03CC R03DA R03DC R03DH R03DX

Quelle: BAS. *Ab dem Berichtsjahr 2021 werden nach Umklassifizierung der ATC-Kodes durch das WIdO, Palivizumab sowie weitere monoklonale Antikörper über den ATC-Fünfsteller J06BD „Antivirale monoklonale Antikörper“ berücksichtigt.

12.4.1.3 Hierarchisierung:

Die Hierarchisierung erfolgt in vier Strängen, mit einem gemeinsamen Strangende ab HMG0316:

- Strang 1a: HMG0222 → HMG0217 → HMG0108 → HMG0215 → HMG0316 → HMG0114 → HMG0212,
- Strang 1b: HMG0218 → HMG0108 → HMG0215 → HMG0316 → HMG0114 → HMG0212,
- Strang 2: HMG0111 → HMG0213 → HMG0113 → HMG0316 → HMG0114 → HMG0212,
- Strang 3: HMG0214 → HMG0501 → HMG0500 → HMG0316 → HMG0114 → HMG0212,
- Strang 4: HMG0502 → HMG0148 → HMG0518 → HMG0316 → HMG0114 → HMG0212.

12.4.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 01

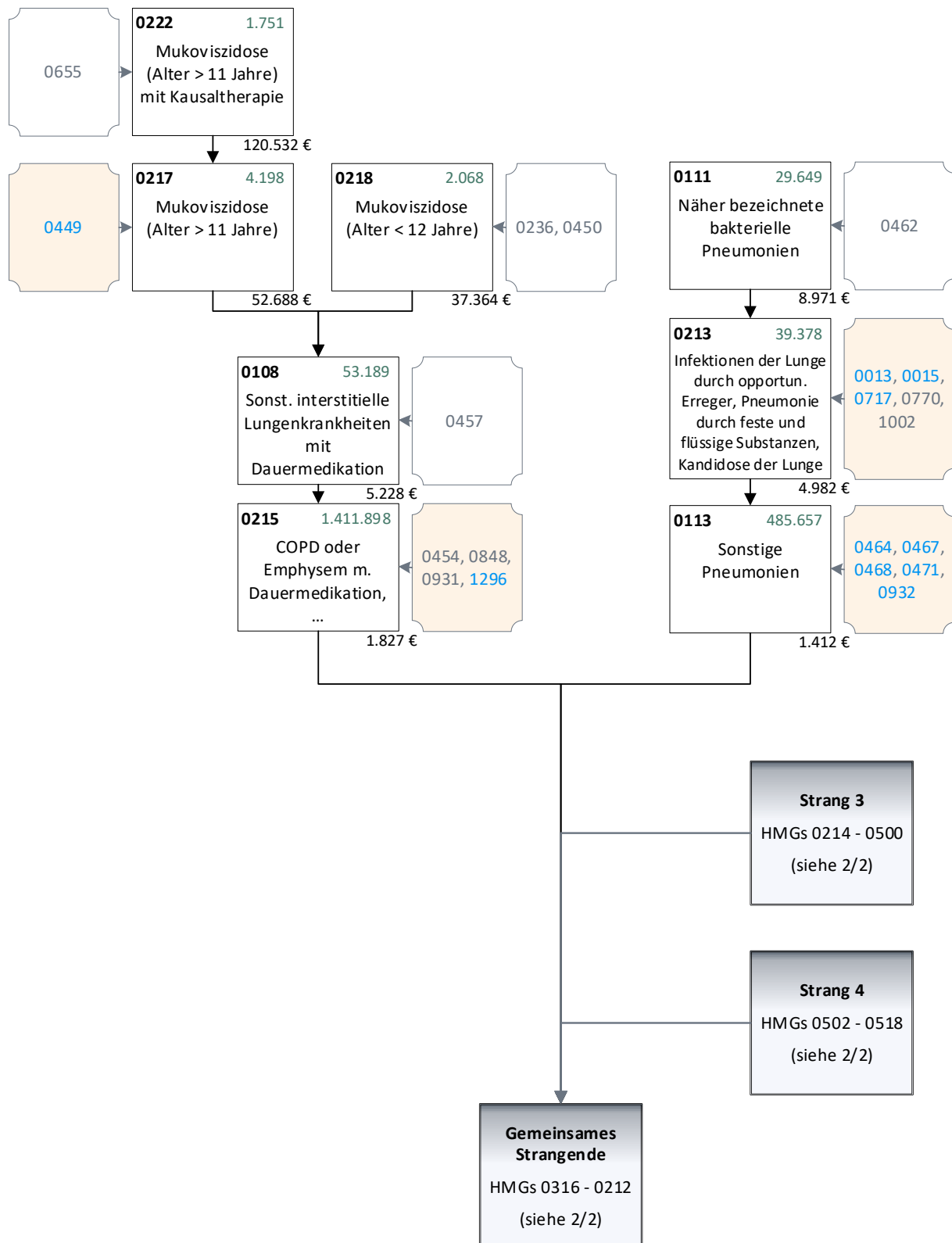
Tabelle 12.7 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 12.3 und Abbildung 12.4 stellen die Festlegung der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ graphisch dar.

Tabelle 12.7: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2024

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,1100%	0,0591 PP	60,1068%	0,0559 PP
	CPM	29,8096%	0,0293 PP	29,8084%	0,0281 PP
	MAPE	2.568,98 €	-1,0713 €	2.569,02 €	-1,0301 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0222	Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie	1.751	120.534 €	1.751	120.532 €
HMG0217	Mukoviszidose (> 11 Jahre)	4.047	54.238 €	4.198	52.688 €
HMG0218	Mukoviszidose (< 12 Jahre)	2.068	37.364 €	2.068	37.364 €
HMG0108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	53.220	5.228 €	53.189	5.228 €
HMG0215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation, akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)	1.411.931	1.826 €	1.411.906	1.827 €
Strang 2					
HMG0111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	29.649	8.976 €	29.649	8.971 €
HMG0213	Infektionen der Lunge durch opportunistische Erreger, Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen, Kandidose der Lunge	39.455	4.991 €	39.378	4.982 €
HMG0113	Sonstige Pneumonien	485.446	1.415 €	485.657	1.412 €
Strang 3					
HMG0214	Aspirator / Respirator	64.047	11.824 €	64.047	11.822 €
HMG0501	Akute respiratorische Insuffizienz	453.797	2.369 €	453.797	2.368 €
HMG0500	Chronische und n.n.bez. respiratorische Insuffizienz	269.245	2.027 €	269.245	2.025 €
Strang 4					
HMG0502	Sonstige näher bez. Krankheiten der Atemwege	1.430	14.473 €	1.430	14.477 €
HMG0148	Sonstige und n.n.bez. Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	41.343	4.093 €	41.343	4.091 €
HMG0518	Pleuraerguss, Pleuraempyem, Lungenödem und Lungenabszess	273.441	2.240 €	273.499	2.239 €
gemeinsames Strangende					
HMG0316	Asthma bronchiale (alle Altersgruppen), akutes schweres Asthma (< 18 Jahre), sonstige andere Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems (> 5 Jahre)	1.062.420	690 €	1.066.851	709 €
HMG0114	Sonstige Erkrankungen der Pleura / COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation / Influenza mit Pneumonie / Sarkoidose der Lunge	1.556.635	251 €	1.556.282	251 €
HMG0212	Sonstige Erkrankungen der Lunge	1.149.996	93 €	1.149.795	93 €

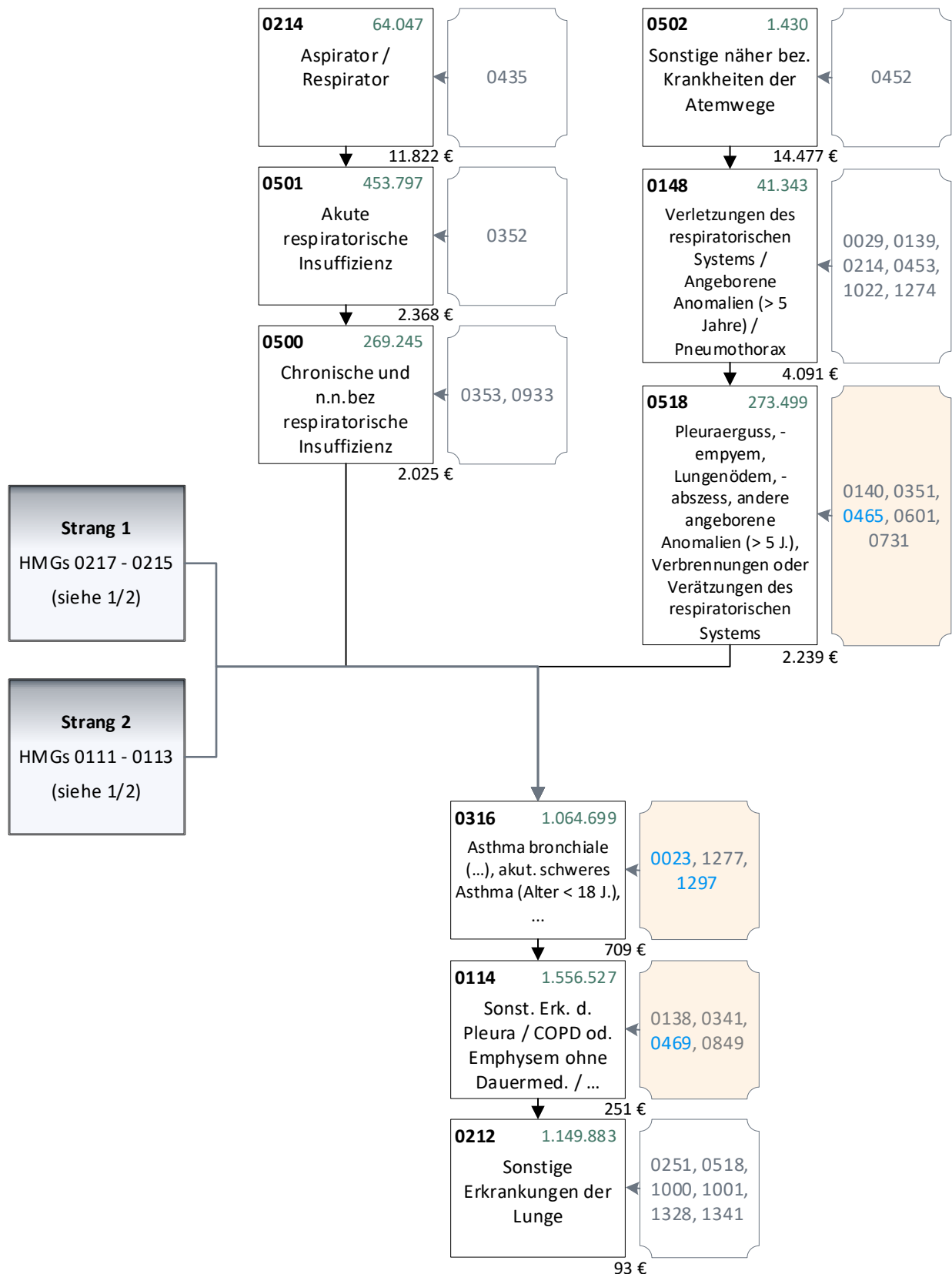
Quelle: BAS

Abbildung 12.3: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ in der Festlegung für das AJ 2024 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 12.4: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ in der Festlegung für das AJ 2024 (2/2)



Quelle: BAS

13 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

13.1 Festlegungsentwurf

Um eine im Ausgangsmodell aufgetretene Hierarchieverletzung zu beheben, wurden im Festlegungsentwurf die HMGs 0219 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II“ und 0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I“ in der HMG0151 mit dem neuen Namen „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I und II“ vereinigt.

Tabelle 13.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie einander vergleichend gegenüber.

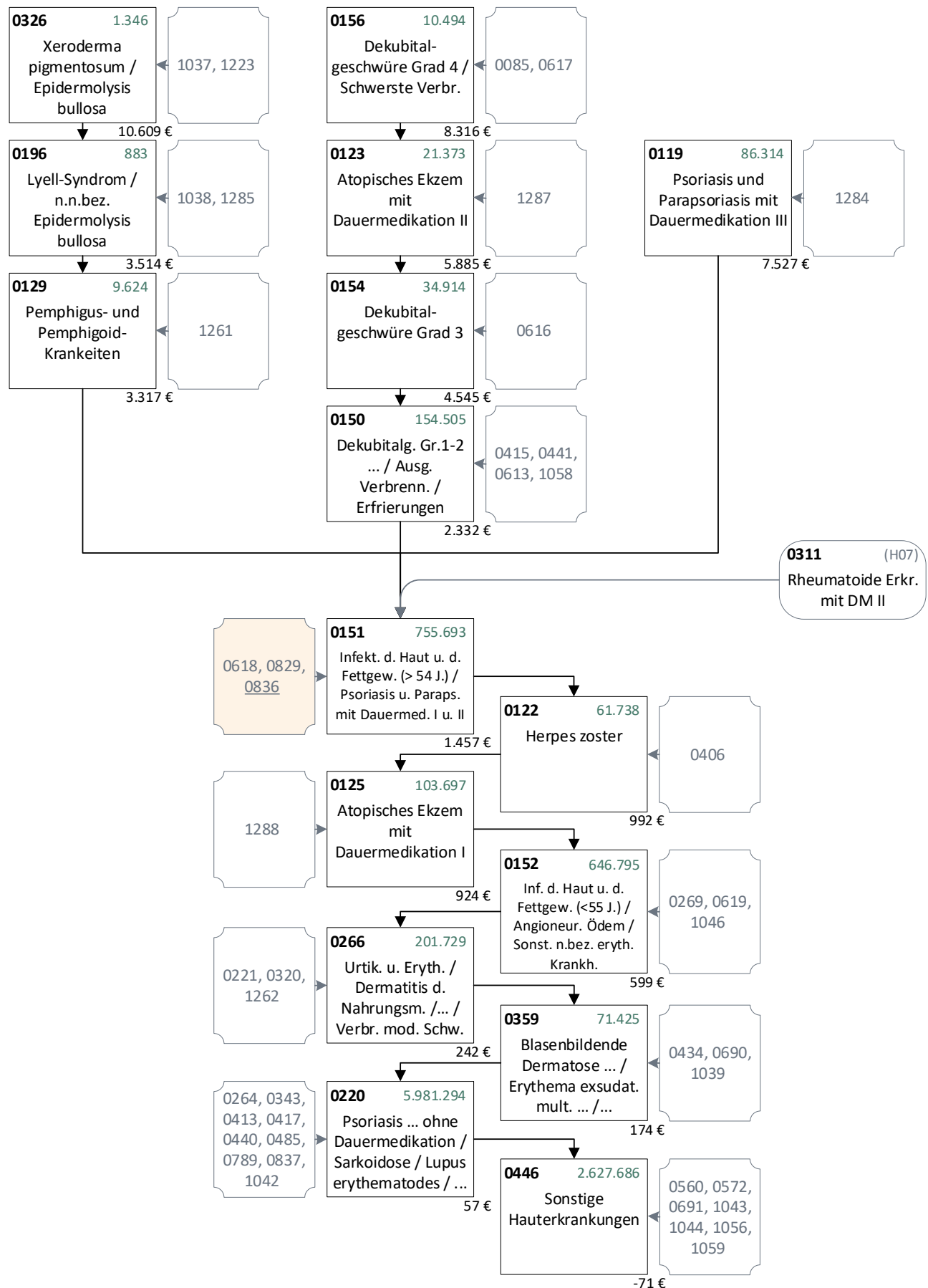
Tabelle 13.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 22 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0509%		60,0510%	0,0001 PP
	CPM	29,7803%		29,7808%	0,0005 PP
	MAPE	2.570,05 €		2.570,03 €	-0,0166 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0326	Xeroderma pigmentosum / Epidermolysis bullosa	1.346	10.605 €	1.346	10.609 €
HMG0196	Lyell-Syndrom / n.n.bez. Epidermolysis bullosa	883	3.513 €	883	3.514 €
HMG0129	Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten	9.624	3.302 €	9.624	3.317 €
Strang 2					
HMG0156	Dekubitalgeschwüre Grad 4 / Schwerste Verbrennungen	10.494	8.317 €	10.494	8.316 €
HMG0123	Atopisches Ekzem mit Dauermedikation II	21.373	5.863 €	21.373	5.885 €
HMG0154	Dekubitalgeschwüre Grad 3	34.914	4.544 €	34.914	4.545 €
HMG0150	Dekubitalgeschwüre Grad 1-2 oder n.n.bez. / Ausgedehnte Verbrennungen / Erfrierungen	154.505	2.331 €	154.505	2.332 €
Strang 3					
HMG0119	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III	86.314	7.527 €	86.314	7.527 €
HMG0219 (alt)	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II	57.743	1.234 €		
gemeinsames Strangende					
HMG0151 (alt)	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I	698.676	1.471 €		
HMG0151 (neu)	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I und II			755.693	1.457 €
HMG0122	Herpes zoster	61.738	992 €	61.738	992 €
HMG0125	Atopisches Ekzem mit Dauermedikation I	103.697	924 €	103.697	924 €
HMG0152	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (< 55 Jahre) / Angioneurotisches Ödem / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten	646.795	599 €	646.795	599 €
HMG0266	Urtikaria und Erythem / Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel / Hauteruptionen durch Drogen oder Arzneimitteln / Verbrennungen moderaten Schweregrads	201.729	242 €	201.729	242 €
HMG0359	Blasenbildende Dermatose exkl. Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten / Erythema exsudativum multiforme, exkl. Lyell-Syndrom / Sonstige und n.n.bez. sonstige angeborene Anomalien der Haut	71.425	174 €	71.425	174 €
HMG0220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation / Sarkoidose / Lupus erythematodes / Nagelerkrankungen / Dermatitis durch sonstige aufgenommene Substanzen / Andere Hauterkrankungen / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten / Herpes simplex / Parasitenbefall der Haut	5.981.294	57 €	5.981.294	57 €
HMG0446	Sonstige Hauterkrankungen	2.627.686	-71 €	2.627.686	-71 €

Quelle: BAS

Abbildung 13.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 13.1: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ im Festlegungsentwurf 2024 (1/1)



Quelle: BAS

13.2 Anhörungsverfahren

13.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der AOK-BV schlägt vor, auch die ICD-Kodes L10.8 „Sonstige Pemphiguskrankheiten“ und L10.9 „Pemphiguskrankheit, nicht näher bezeichnet“ aus der HMG0446 „Sonstige Hauterkrankungen“ wie die übrigen ICDs aus L10.- „Pemphiguskrankheiten“ in die DxG1261 „Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten“ mit obligater Arzneimittelzuordnung aufzunehmen, die der gleichnamigen HMG0129 zugeordnet ist, da auch Patienten mit unspezifisch kodierten Pemphiguskrankheiten häufig eine Arzneimitteltherapie benötigen.

Der BKK DV schlägt vor, entweder den ICD-Kode A20.1 „Hautpest“ in die DxG1308 „Schwerwiegende bakterielle Infektionen“ (HMG0487 „Näher bez. bakterielle Infektionen“ der Hierarchie 01 „Infektionen“) zu verschieben, oder aber die beiden ICD-Kodes A20.0 „Bubonenpest“ und A20.1 der Hierarchie 22 zuzuordnen. Der BKK DV ordnet beide ICD-Kodes dem Bereich „Hautpest“ zu.

Des Weiteren schlägt der BKK DV wie schon im Vorjahr vor, die ATC-Gruppe D11AH „Mittel zur Behandlung der Dermatitis, exkl. Corticosteroide“ in der HMG0123 „Atopisches Ekzem mit Dauermedikation II“ zu streichen und stattdessen eine Arzneimittelvalidierung mittels des ATC-Kodes D11AH05 für Dupilumab zu hinterlegen.

Die DGPRÄC sowie die DGfW schlagen erneut vor, für den ICD-Kode L73.2 „Hidradenitis suppurativa“ aus der HMG0220 „Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation / Sarkoidose / Lupus erythematoses / Nagelerkrankungen / Dermatitis durch sonstige aufgenommene Substanzen / Andere Hauterkrankungen / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten / Herpes simplex / Parasitenbefall der Haut“ eine Arzneimitteldifferenzierung einzuführen, da die aktuelle Abbildung der Risikozuschläge für den ICD-Kode L73.2 „Hidradenitis suppurativa“ nicht die Versorgungsrealität widerspiegeln und die medikamentöse Therapie der Hidradenitis suppurativa eine ähnliche Medikationskaskade beinhaltet wie die Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, deshalb sollten ähnliche DxGs gebildet und den schon bestehenden HMGs zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zugeordnet werden.

Der BKK DV hält die Vereinigung der beiden HMGs 0219 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II“ und 0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I“ unter dem neuen Namen HMG0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I und II“ aufgrund der im Ausgangsmodell entstandenen Hierarchieverletzung für nachvollziehbar, schlägt aber das erneute Auseinanderziehen der betroffenen HMGs für das Klassifikationsmodell AJ 2025 sowie eine Überprüfung der Zuordnung der differenzierenden ATC-Kodes vor, da sich die Fallzahlen und Kostenschätzer der betroffenen HMGs im Ausgangsmodell 2024 gegenüber dem Klassifikationsmodell AJ 2023 deutlich verändert hätten.

Außerdem empfiehlt der BKK DV die Überprüfung einer möglichen Ergänzung der ATC-Gruppe L01FA „CD20 (Cluster of Differentiation 20)-Inhibitoren“ für die DxGs der Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I-III und damit für die

- DxG0829 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I“ in der HMG0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I und II“,
- DxG0836 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II“ in der HMG0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I und II“ und

- DxG1284 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III“ in der HMG0119 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III“,

da die Arthritis psoriatica im Versorgungsalltag schwer von der Psoriasis abzugrenzen sei.

Zudem solle laut BKK DV geprüft werden, ob eine Arzneimittelvalidierung für den ICD-Kode L28.1 „Prurigo nodularis“ in der nicht arzneimittelvalidierten DxG0440 „Andere Erkrankungen der Haut“ berücksichtigt werden könne, da Dupilumab (ATC-Kode D11AH05) für Prurigo nodularis zugelassen sei.

Der IKK e. V. schlägt eine Arzneimittelvalidierung für die ICD-Kodes zur Akne (L70.1, .2, .3, .4, .5 und .8) aus der DxG0440 „Andere Erkrankungen der Haut“ (HMG0220 „Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation / Sarkoidose / ...“) sowie für den ICD-Kode L70.9 „Akne, nicht näher bezeichnet“ aus der DxG1056 „N.n.bez. andere Erkrankungen der Haut“ (HMG0446 „Sonstige Hauterkrankungen“) vor, zusätzlich zu den bestehenden DxGs solle eine neue DxG „Akne mit Dauertherapie“ gebildet werden, deren Validierung über den Sonderfall 1 (183/92 Behandlungstage) erfolgen solle (ausführliche Begründung siehe Stellungnahme), da sich die Behandlungskosten für Akne mit leichten Verlaufsformen von denen mit schweren Verlaufsformen, die eine lokale und systemische Therapie mit verordnungsfähigen Arzneimitteln benötigen würden, deutlich unterscheiden.

13.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Der Vorschlag des AOK-BV zur Arzneimittelvalidierung der unspezifischen Pemphiguskrankheiten stellt einen umfangreicheren Anpassungsvorschlag dar, der ggf. eine erneute Anhörung des GKV-SV erforderlich macht und kann daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht geprüft werden.

Der Vorschlag des BKK DV zu den ICD-Kodes A20.0 „Bubonenpest“ sowie A20.1 „Hautpest“ erscheint nicht sinnvoll. Beide ICD-Kodes sind aus Sicht des BAS den nosologisch adäquaten Hierarchien zugeordnet.

Wie in den Erläuterungen zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2023 bereits ausgeführt, ist dem BAS zum Vorschlag des BKK DV zur ATC-Gruppe D11AH bewusst, dass die hier nach Schweregrad aufgeteilten fünfstelligen ATC-Kodes im Ergebnis aus pharmakologischer Sicht keine eindeutige Zuordnung zur Folge haben können und damit eine Unschärfe erzeugen. Allerdings zeigen die Berechnungen mit Siebenstellern einerseits und Fünfstellern andererseits bei dieser HMG nur marginale Unterschiede. Eine Umstellung auf den Siebensteller bliebe somit faktisch folgenlos und kann daher unterbleiben.

Die Vorschläge der DGPRÄC sowie der DGfW zur Hidradenitis suppurativa (die bereits im Vorjahr unterbreitet wurden, siehe auch Erläuterungen zur Festlegung des Klassifikationsmodells AJ 2023), die Vorschläge des BKK DV zur Psoriasis und Parapsoriasis sowie zur Arthritis psoriatica betreffen den Bereich der arzneimitteltherapeutisch ähnlich behandelten rheumatoiden Erkrankungen / CED / Psoriasis. Diese werden zu einem späteren Zeitpunkt erneut thematisiert werden.

Der Vorschlag des BKK DV zur Arzneimittelvalidierung für den ICD-Kode L28.1 wird aktuell nicht weiterverfolgt, da die DxG0440 „Andere Erkrankungen der Haut“ nicht arzneimittelvalidiert ist, hierzu sind genauere Untersuchungen notwendig, die in einem der kommenden Anpassungszyklen geprüft werden können.

Der Vorschlag des IKK e. V. zur Arzneimittelvalidierung für die ICD-Kodes zur Akne kann zu diesem Zeitpunkt nicht ausführlich geprüft werden, da die DxG0440 bisher nicht arzneimittelvalidiert ist und eine umfangreiche Bearbeitung nötig wäre.

Es erfolgen keine weitergehenden Untersuchungen.

13.3 Festlegung der Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Es ergeben sich keine Veränderungen zum Festlegungsentwurf.

14 Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“

14.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurde eine Hierarchieverletzung zwischen der HMG0201 „Verbrennung oder Verätzung des Mundes und des Rachens“ und der HMG1028 „Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, der Kiefer und der Speicheldrüsen“ behoben. Zusätzlich wurde die Hierarchie konsolidiert, um zukünftige Hierarchieverletzungen zu vermeiden.

Tabelle 14.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 14.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 29 im Vergleich

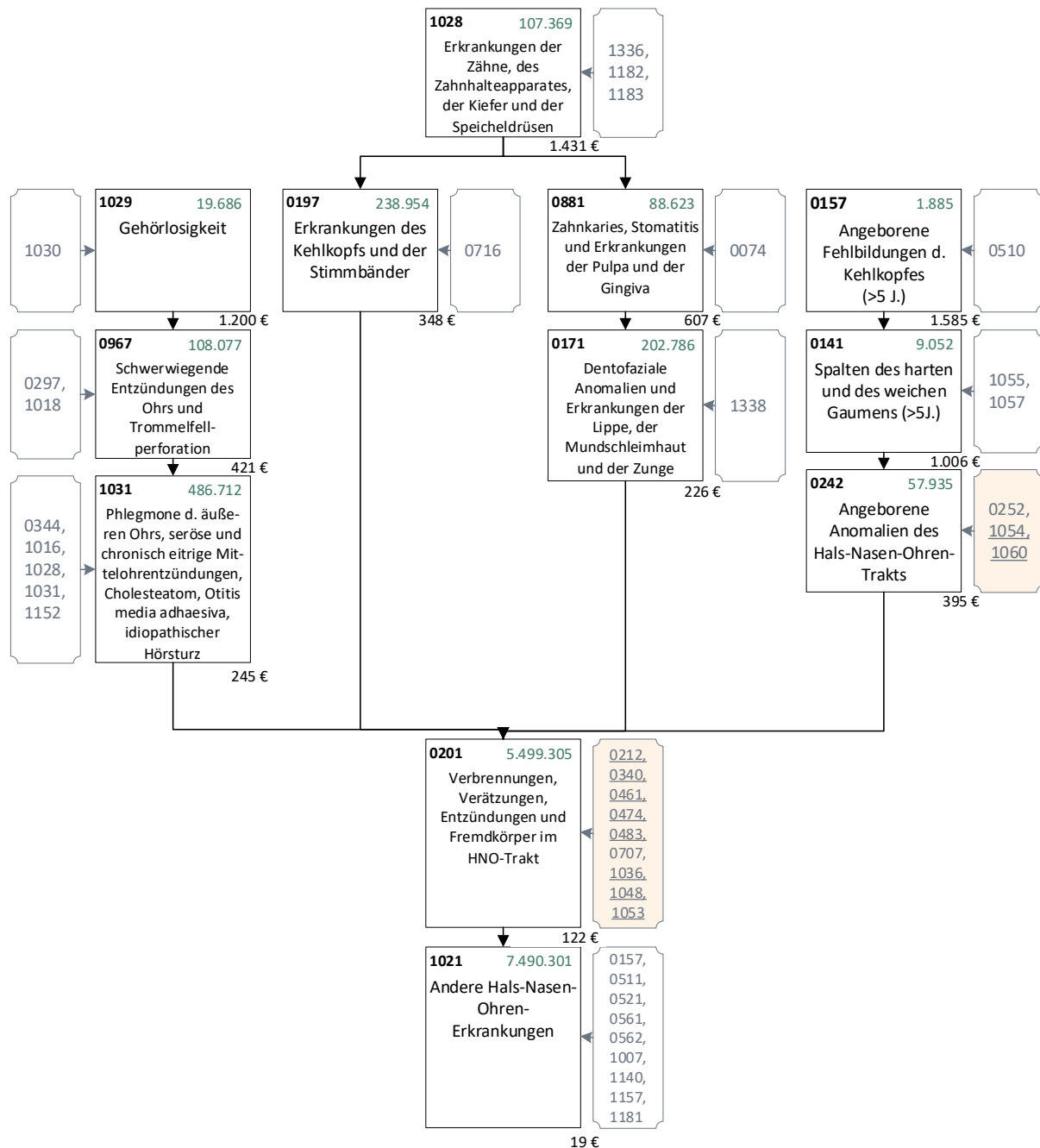
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0509%		60,0509%	0,0000 PP
	CPM	29,7803%		29,7803%	0,0000 PP
	MAPE	2.570,05 €		2.570,05 €	-0,0005 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG1029	Gehörlosigkeit	19.686	1.189 €	19.686	1.200 €
HMG0967	Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation	108.077	399 €	108.077	421 €
HMG1031	Phlegmone des äußeren Ohrs, seröse und chronisch eitrige Mittelohrentzündungen, Cholesteatom, Otitis media adhesiva und idiopathischer Hörsturz	486.712	207 €	486.712	245 €
HMG1010 (alt)	Fremdkörper im Hals-Nasen-Ohren-Trakt, Hörverlust und erworbene Stenose des äußeren Gehörgangs	1.477.127	80 €		
Gemeinsamer Beginn Strang 2 & 3					
HMG0201 (alt)	Verbrennung oder Verätzung des Mundes und des Rachens	160	425 €		
HMG1028	Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, der Kiefer und der Speicheldrüsen	107.366	1.425 €	107.369	1.431 €
Strang 2					
HMG0197	Erkrankungen des Kehlkopfs und der Stimmbänder	238.950	337 €	238.954	348 €
HMG0378 (alt)	Chronische Sinusitis, Nasenpolypen, näher bezeichnete Erkrankungen der oberen Atemwege und akute Pharyngitis und akute Tonsillitis	4.512.633	125 €		
Strang 3					
HMG0881	Zahnkaries, Stomatitis und Erkrankungen der Pulpa und der Gingiva	88.621	584 €	88.623	607 €
HMG0171	Dentofaziale Anomalien und Erkrankungen der Lippe, der Mundschleimhaut und der Zunge	202.783	197 €	202.786	226 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	60,0509%		60,0509%	0,0000 PP
	CPM	29,7803%		29,7803%	0,0000 PP
	MAPE	2.570,05 €		2.570,05 €	-0,0005 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 4					
HMG0157	Angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes (> 5 Jahre)	1.885	1.557 €	1.885	1.585 €
HMG0141	Spalten des harten und des weichen Gaumens (> 5 Jahre)	9.052	987 €	9.052	1.006 €
HMG0877 (alt)	Lippenspalten und sonstige Gaumenspalten (> 5 Jahre)	6.429	409 €		
HMG0242 (alt)	Angeborene Anomalien des Hals-Nasen-Ohren-Trakts	51.506	361 €		
HMG0242 (neu)	Angeborene Anomalien des Hals-Nasen-Ohren-Trakts			57.935	395 €
Gemeinsames Ende der Stränge 1, 2, 3 & 4					
HMG0201 (neu)	Verbrennungen, Verätzungen, Entzündungen und Fremdkörper im HNO-Trakt			5.499.305	122 €
HMG1021	Andere Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen	7.490.301	18 €	7.490.301	19 €

Quelle: BAS

Abbildung 14.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 14.1: Hierarchie 29 "Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen" im Festlegungsentwurf 2024 (1/1)



Quelle: BAS

14.2 Anhörungsverfahren

14.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der IKK e. V. schlägt vor, die ICD-Kodes T28.0 „Verbrennung des Mundes und des Rachens“ sowie T28.5 „Verätzung des Mundes und des Rachens“ der HMG0201 „Verbrennungen, Verätzungen, Entzündungen und Fremdkörper im HNO-Trakt“ in die HMG0065 „Hämatemesis, Verbrennung oder Verätzung des Ösophagus“ der Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ zu verschieben, da die Diagnosen medizinisch in enger Beziehung stünden.

14.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die Verschiebung von ICD-Kodes in eine andere Hierarchie erfordert Modellrechnungen in den beiden jeweils betroffenen Hierarchien und ggf. eine Anhörung des GKV-SV zu den sich hieraus ergebenden weiteren Anpassungen. Eine Überprüfung des Vorschlags ist erst in einem der folgenden Anpassungszyklen möglich.

Es erfolgen keine weitergehenden Untersuchungen.

14.3 Festlegung der Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“

Es ergeben sich keine Veränderungen zum Festlegungsentwurf.

IV Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens

15 Regionale Risikogruppen

15.1 Festlegungsentwurf

Nach Aktualisierung der Datengrundlage zu den regionalen Risikomerkmale auf Kreisebene wurde bei Erarbeitung des Festlegungsentwurfes die Auswahl der Variablen für die Bildung der regionalen Risikogruppen (RGGs) überprüft und angepasst. Am Ende des Auswahlprozesses standen acht regionalstatistische Merkmale, die die Grundlage zur Abgrenzung der RGGs für das AJ 2024 bilden. Wie schon im Vorjahresmodell wurden die Indikatoren „Sterbekosten“, „Ambulante Pflege“, „Zuweisungen“, „Stationäre Pflege“, „Kleine und mittlere Unternehmen (KMU)“ und „Pflegebedürftige“ im Regionalausgleich berücksichtigt. Zusätzlich wurden die Indikatoren „Pendlersaldo“ und „Ausländeranteil“ aufgenommen. Die Merkmale „Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“, „Wohnfläche“ und „Gesamtwanderungssaldo“ entfielen zum Stand des Festlegungsentwurfes aus der Auswahl.

15.2 Anhörungsverfahren

15.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Die vom BAS bekanntgegebenen Ergebnisse können vom GKV-SV rechnerisch nachvollzogen werden. Auch nach Einschätzung der BARMER ist das Selektionsverfahren nachvollziehbar. KBV/BÄK begrüßen unter anderem die Wiederaufnahme des Deprivationsindex in den Kreis der zur Auswahl stehenden regionalstatistischen Indikatoren. Aus Sicht der KBV/BÄK ist die Regionalkomponente auch für das Ausgleichsjahr 2024 nötig und geeignet, regional unterschiedliche Ausgabenstrukturen zu berücksichtigen und so die mittleren Fehlzusweisung auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte sowie der Krankenkassen zu verringern.

AOK-BV und IKK e. V. verweisen auf aus ihrer Sicht erhebliche Schwankungen der Relevanz bestimmter Regionalvariablen. Der AOK-BV plädiert vor diesem Hintergrund dafür, die Auswahl der regionalen Ausgleichsvariablen auch weiterhin jährlich zu überprüfen und anzupassen. Der IKK e. V. schlägt weitere Robustheitsüberlegungen vor, um eindeutige Wirkmechanismen auf die regionale Fehldeckung zu identifizieren. Der BKK DV ist der Ansicht, dass die regional stark schwankenden RGG-Zuweisungen unabhängig von der konkreten Anzahl und Gestalt der ausgewählten Regionalvariablen seien. IKK e. V. und BKK DV führen aus, dass aus ihrer Sicht eine hohe Volatilität der RGG-Zuweisungen sowohl innerhalb des Abschlagsverfahrens für ein Ausgleichsjahr als auch beim Wechsel eines Ausgleichsmodells auf eine aktualisierte Fassung bestünde. Laut BKK DV führt das dazu, dass sich auch für überregional tätige Krankenkassen in den RGG-Zuweisungen höhere Schwankungen beobachten ließen als für die HMGs.

Mit Blick auf die resultierende Variablenselektion thematisiert der IKK e. V. die Zunahme des statistischen Erklärungsgehalts der erstmalig ausgewählten Variablen „Ausländeranteil“ im Zeitverlauf. Ebenso wird die Entwicklung des standardisierten Koeffizienten des nun nicht mehr ausgewählten „Gesamtwanderungssaldos“ im Vergleich zu den Vorjahren hinterfragt. Auffällig sei bei einigen ausgewählten Variablen, so der BKK DV, dass diese geringe Abstände der Dezil-Grenzen aufwiesen. Bei anderen wiederum

seien einerseits nicht-monotone Verläufe der Zuschlagswerte über die einzelnen Dezile zu beobachten, wobei die Zu- und Abschlüsse die betragsmäßig vergleichsweise gering ausfielen.

Der AOK-BV betont, wie auch in den Stellungnahmen zum Klassifikationsmodell 2022 und 2023, dass aus seiner Sicht eine regelmäßige und systematische Prüfung der Variablen erfolgen müsse, ob und inwieweit diese die dahinter vermuteten inhaltlichen Konstrukte erfassen. In diesem Zusammenhang wird moniert, dass weder im Rahmen der bisherigen Festlegungen noch im Regionalgutachten für die drei ausgewählten Merkmale „Pendlersaldo“, „Ausländeranteil“ und „Anteil kleiner und mittlerer Unternehmen“ eine inhaltlich-theoretische Herleitung ihres jeweiligen Einflusses auf die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede ausgeführt worden sei. Grundsätzlich merkt der AOK-BV an, dass die Regionalmerkmale vor Verwendung im Zuweisungsverfahren auf die Vorgaben des § 8 Absatz 4 Satz 6 RSAV geprüft werden sollten, d. h. auf eine hohe statistische und inhaltliche Erklärungskraft. Zudem sollte auf längere Sicht geprüft werden, welche Informationen, die aktuell in Form von Regionalvariablen in das Modell eingehen, alternativ hierzu versichertenindividuell im RSA berücksichtigt werden könnten.

Bereits vor Ende der Anhörungsfrist hat der GKV-SV das BAS darauf hingewiesen, dass die mit dem Festlegungsentwurf veröffentlichten Regionaldaten auf Kreisebene (Anlage zu den Erläuterungen), in der Spalte „VT“ (Versichertentage) Werte mit mehreren Dezimalstellen aufweist.

15.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die von verschiedenen Verbänden thematisierte Veränderung der Variablenauswahl sowie die in den Stellungnahmen angesprochene Volatilität der statistischen Erklärungskraft einzelner Regionalmerkmale und der RGG-Zuweisungen sind Gegenstand des sich derzeit in Bearbeitung befindlichen Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats, weshalb an dieser Stelle auf eine detaillierte Diskussion der vorgetragenen Aspekte verzichtet wird. Dem Gutachten sei aber hier insoweit vorgegriffen, als dass – wie bereits im Rahmen der Festlegungen des Vorjahres – darauf hinzuweisen ist, dass eine isolierte Betrachtung der RGG-Zuschläge nicht zielführend erscheint. Die Zu- und Abschlüsse für die RGGs interagieren einerseits untereinander, andererseits aber insbesondere mit der Zuschlagshöhe für die AGGs. So würde bspw. eine Erhöhung der Zuschläge für alle AGGs um einen pauschalen Betrag bei einer gleichzeitigen Absenkung aller RGG-Zuschläge einer bestimmten RGG-Gruppe (z. B. der RGGs 0101 bis 0110) zu einer identischen Zuweisungsverteilung führen. Werden hingegen die AGG-Zuweisungen außer Acht gelassen, so zeigen sich u. U. Veränderungen der RGG-Zuweisungen, die bei Betrachtung der Gesamtzuweisungssituation jedoch wieder in den Hintergrund treten.

Jede der drei in diesem Jahr vom AOK-BV angesprochenen Regionalmerkmale „Anteil kleiner und mittlerer Unternehmen“, „Pendlersaldo“ und „Ausländeranteil“ wurde – wie die übrigen Variablen auch – vom Wissenschaftlichen Beirat bei Erstellung des Regionalgutachtens in den Variablenkranz der grundsätzlich auswählbaren Indikatoren aufgenommen, weil für sie ein inhaltlicher Zusammenhang zu den regionalen Deckungsbeitragsunterschieden plausibel erschien. Eine erneute systematische Prüfung aller Indikatoren erfolgt daher im Rahmen dieser Festlegung nicht. Gleichwohl kann zumindest für die drei Merkmale (erneut) festgehalten werden:

- Der Anteil der kleinen und mittleren Unternehmen misst (ebenso wie der inhaltliche Gegenentwurf des Anteils der Großunternehmen) das Merkmal unterschiedlicher Betriebsgrößen. Der Indikator bildet somit die regionale Wirtschaftskraft und Erwerbsstruktur ab und wird als relevante nachfrageseitige Determinante regionaler Deckungsbeitragsunterschiede erachtet (Drösler et al. 2018; Ulrich et al. 2016; Ulrich & Wille 2014).

- Der Pendlersaldo dient bei der Betrachtung der regionalen Deckungsbeiträge als wirtschaftsstrukturelles Merkmal (Drösler et al. 2018; Ulrich & Wille 2014). „Er trägt der regionalen Wirtschaftskraft und der Erwerbsstruktur sowie dem Urbanisierungsgrad Rechnung“ (Bundesamt für Soziale Sicherung 2021a) und stellt zudem die funktionale Bedeutung einzelner Regionen als Arbeitsmarktzentren dar (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2022b). Zudem typisiert der Pendlersaldo die Bevölkerungsstruktur und z. T. die individuellen Präferenzen der Wohnbevölkerung, die im RSA selbst nicht abgebildet werden. So kennzeichnen sich bspw. sog. „Entlastungsstädte“ (Städte in Großstadtregionen mit einem negativen Pendlersaldo) durch „Menschen, die in einer Großstadt arbeiten, dort aber keine passenden Wohnangebote finden, oder die in die Entlastungsstadt ziehen, weil sie zum Beispiel das ruhigere, naturnähere Leben dort schätzen“ und einen tendenziell eher niedrigen Studierendenanteil (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2022a).
- Der Ausländeranteil „repräsentier[t] bestimmte Aspekte der Bevölkerungsstruktur eines Kreises. [...] Sofern die Zugewanderten eine im Hinblick auf das Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko selektive Gruppe und im Durchschnitt gesünder als die Mehrheitsbevölkerung in einem Kreis sind, kann ein hoher Ausländeranteil und ein hoher Gesamtwanderungssaldo die Deckungssituation eines Kreises begünstigen“ (Drösler et al. 2018). Außerdem kann (trotz vergleichbarer Morbidität) ein abweichendes Nachfrageverhalten der zugewanderten Bevölkerung einen Effekt auf die regionalen Ausgaben bzw. die Deckungsbeiträge der Gesamtbevölkerung haben (Ulrich et al. 2016; Ulrich & Wille 2014).

Es handelt es sich somit bei diesen Größen nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats und des BAS um nicht-angebotsseitige Merkmale, die „die regionale [...] demographische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur [...] am Wohnort des Versicherten abbilden“ (§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV) und die eine hinreichende inhaltliche und statistische Erklärungskraft aufweisen, um im Sinne des § 8 Absatz 5 Satz 5 RSAV im Regionalausgleich berücksichtigt zu werden.

Zur Feststellung des BKK DV, dass sich für einige Variablen geringe Abstände der Dezilgrenzen ergäben, ist auszuführen, dass dies auf die Lage und Verteilung der verwendeten Variablen zurückzuführen ist. So sind etwa die (scheinbar) geringen Abstände bei der Variablen „Anteil kleiner und mittlerer Unternehmen“ darauf zurückzuführen, dass der Indikator lediglich in einem Wertebereich von 99,94 % und 99,99 % variiert. Entscheidend ist, dass die individuellen Werte der Kreise ab der zweiten Dezimalstelle deutlich variieren und die entsprechenden Werte eine hohe Korrelation zu den jeweiligen Deckungsbeiträgen in den Kreisen aufweisen.

Es trifft zu, dass sich nicht für alle Auswahlvariablen streng monoton lineare Zusammenhänge zwischen Merkmalsausprägung und Deckungsbeitrag je Kreis zeigen, weil in diesen Fällen keine (exakt) linearen Wirkzusammenhänge vorliegen. Durch die Bildung von jeweils zehn Dezilklassen ist es möglich, im Regressionsverfahren Zu- und Abschlagswerte auch für solche Zusammenhänge differenziert abzubilden.

Generell zeigt sich bezüglich der Höhe der Zu- und Abschlagsbeträge ein plausibles Bild. Für Variablen, die im Rahmen der Selektion einen eher hohen p-Wert bzw. einen niedrigen standardisierten Koeffizienten aufweisen, ergeben sich – aufgrund ihres vergleichsweise niedrigeren Erklärungsgehaltes hinsichtlich der regionalen Deckungsbeiträge – bei Berücksichtigung als RGGs im Regressionsverfahren betragsmäßig geringere Zu- bzw. Abschläge bzw. vergleichsweise geringe Zuschlagsdifferenzen zwischen den einzelnen Dezilen.

Die Dezimalstellen in der Spalte „VT“ der Datei „06b_Anlage_Erläuterungen_Regionaldaten_AJ2024_ENTWURF.xlsx“ resultieren daraus, dass in den betreffenden Werten Versichertenzeiten

von Kassenwechslern enthalten sind, die im Rahmen der Berechnungen auf maximal 365 Tage über alle meldenden Krankenkassen beschränkt werden. Mit dem Kürzungsverfahren wird sichergestellt, dass die Versichertenzeiten bei Krankenkassenwechslern, die nach Aggregation ihrer kassenspezifischen Meldungen zunächst Summen von mehr als 365 Tagen aufweisen, die Zahl der Kalendertage des Jahres nicht überschreiten. Die Kürzungsfaktoren werden bei den betroffenen Versicherten auf die Datenmeldungen aller meldenden Krankenkassen angewendet, sodass sich im Regelfall keine ganzzahligen Werte mehr ergeben. Die gekürzten Werte werden im Anschluss u. a. zur Verteilung der versichertenbezogenen Zuweisungen auf die Kreise genutzt, anhand derer dann krankenkassen- und kreisspezifische Kennzahlen ermittelt werden können. Somit zeigen sich auch auf Kreisebene Versichertentage mit nicht-ganzzahligen Summen. Da das BAS allerdings in den Vorjahren jeweils die (ganzzahligen) Versichertenzeiten aus den Stammdaten veröffentlicht hat, werden die mit dem Festlegungsentwurf in der Datei „06b_Anlage_Erlaeuterungen_Regionaldaten_AJ2024.xlsx“ veröffentlichten Versichertentage zur besseren Vergleichbarkeit durch die Versichertenzeiten ersetzt, die sich aus den Werten der Stammdaten des Jahres 2021 ergeben.

15.2.3 Ergebnis

Von der Anpassung der Datei „06b_Anlage_Erlaeuterungen_Regionaldaten_AJ2024.xlsx“ abgesehen ergeben sich keine Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

16 Auslandsversicherte

16.1 Festlegungsentwurf

Das BAS überprüfte in diesem Anpassungszyklus die Zuordnung der Wohnländer zu den Wohnlandgruppen (WLG) und passte diese an. Bei der Abgrenzung der Wohnlandgruppen waren die folgenden Aspekte entscheidungsrelevant:

- Neben den auf die Wohnländer entfallenden Versichertenzeiten wurde insbesondere die Höhe der durchschnittlichen Ausgaben der Versicherten dieser Länder berücksichtigt.
- Die Höhe der durchschnittlichen Ausgaben ergab sich aus den Datenmeldungen der SA150 und der SA703 für die Berichtsjahre 2020 und 2021 sowie erneut aus den Ausgabendaten aus dem Folgegutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte (EsFoMed et al. 2019).
- Auch in diesem Anpassungsjahr hat das BAS von der Möglichkeit Gebrauch gemacht bei Ländern mit geringen Fallzahlen – die Mindestfallzahl lag erneut bei 1.000 VJ – länderübergreifende WLGs zu bilden.
- Um möglichst stabile länderübergreifende WLGs zu bilden, wurde ein Land mit geringen Fallzahlen (unter 1.000 VJ) jeweils einem Land mit einer großen Fallzahl (mind. 1.000 VJ) und der geringsten Durchschnittskostendifferenz zugeordnet.
- Ferner wurde bei der Zuordnung der Länder zu länderübergreifenden WLGs allein auf die ermittelten Durchschnittskosten abgestellt und auf das Hilfskriterium „geographische Nähe“ gänzlich verzichtet.
- Bei der Durchschnittskostenbildung wurde durch die Einführung einer zusätzlichen Gewichtungskomponente auch die zeitliche Relevanz der Ausgaben mitberücksichtigt.
- Großbritannien wurde trotz geringer Fallzahlen erneut – aufgrund des EU-Austritts im Jahre 2020 und der zu erwartenden potenziellen Schwankungen in den Fallzahlen und/oder Gesundheitsausgaben – einer eigenen WLG zugeordnet.

16.2 Anhörungsverfahren

16.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Die vorgesehenen Anpassungen in Bezug auf die Bildung der Wohnlandgruppen sind vom GKV-SV und den übrigen Anhörungspartnern grundsätzlich positiv aufgenommen worden. Im Einzelnen gab es folgende Anregungen, Kritik und Vorschläge.

Dem IKK e. V. fehlen eine Begründung für den festgelegten Schwellenwert von mindestens 1.000 VJ sowie eine Darstellung der Formeln, die für die Berechnungen der WLG-Abgrenzung verwendet worden sind. Der BKK DV hingegen hält den Schwellenwert von 1.000 VJ zwar für „[...] willkürlich gewählt [...]“, aber aufgrund der rechtlichen Vorgabe und der klaren Verfahrensweise für nicht zu beanstanden. Der GKV-SV regt dazu an, bei Vorliegen ausreichender Datengrundlage den Schwellenwert zu überprüfen.

Der AOK-BV sieht die aktuelle Sonderbehandlung von Großbritannien als sachgerecht an, schlägt jedoch vor, die Notwendigkeit dessen Fortbestehens bei der nächsten Datenmeldung der SA150 zu überprüfen und ggf. zu beenden. Die BARMER kann hingegen nicht nachvollziehen, inwiefern der EU-Austritt von Großbritannien sich auf die Gesundheitsausgaben auswirkt und schlägt daher vor, die Beendigung der

Sonderbehandlung bereits im laufenden Anpassungszyklus vorzunehmen. Der BKK DV hält indes die Beibehaltung des Sonderfalls für sachgerecht.

Der BKK DV findet die Beschreibung der verwendeten Daten größtenteils nachvollziehbar und regt zudem an, die Hintergründe für die Zuordnung der Versicherten zu der Restgruppe genauer zu beschreiben sowie den Umfang der Risikopoolversicherten auszuweisen.

Die Zusammenlegung von kleinen Ländern mit einem großen Land mit dem jeweils nächstgelegenen Ausgabenmittelwert halten KBV/BÄK für eine nachvollziehbare Maßnahme, um Risikogruppen über die Zeit stabil zu halten. Der IKK e. V. hält dieses Vorgehen für logisch und nachvollziehbar. Auch der GKV-SV begrüßt dieses Vorgehen. Der Wegfall des Kriteriums „geographische Nähe“ wird ausnahmslos begrüßt.

KBV/BÄK halten die Einführung einer zusätzlichen Gewichtungskomponente zur Ermittlung des Ausgabenmittelwerts für sinnvoll. Auch der GKV-SV bezeichnet die Weiterentwicklung der Methodik als konsequent.

16.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Der Schwellenwert von 1.000 VJ wurde in Abstimmung mit dem Wissenschaftlichen Beirat so gewählt, dass einerseits der Verlust an Zielgenauigkeit der Zuweisungen für die Auslandsversicherten möglichst gering ist und andererseits ein Istkostenausgleich innerhalb einer Wohnlandgruppe vermieden wird. Eine empirische Begründung für den gewählten Schwellenwert existiert hingegen nicht. Unter die Definition eines „kleinen Landes“ fallen im BJ 2021 zwar ca. 40 % aller Wohnländer, diese umfassen allerdings lediglich ein Prozent aller Auslandsversicherten. Der Verlust an Zielgenauigkeit, der durch die Zusammenlegung dieser Länder entsteht, ist daher als gering einzuschätzen.

Die gesonderte Regelung für Großbritannien wird mit der nächsten Datenmeldung der SA150 überprüft und ggf. beendet.

Die Zuordnung von 500 Auslandsversicherten (434 VJ) zur WLG0000 (Restgruppe) erfolgt in Anlehnung an die Verfahrensbestimmung nach § 16 Absatz 3 Satz 5 RSAV und § 18 Absatz 5 Satz 3 RSAV. Bei 416 der betreffenden Versicherten liegt in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Korrekturmeldung) mindestens ein Datensatz mit einem Länderkennzeichen und ein weiterer Datensatz mit dem Merkmal „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ (aber ohne Länderkennzeichen) vor, sodass keine eindeutige Zuordnung zu einem Wohnstaat möglich ist. Bei den übrigen 84 Versicherten liegen in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Länderkennzeichen (inkl. Nichtbelegung des Länderkennzeichens) vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ ist gleich 0 oder größer 1, sodass ebenfalls eine Zuordnung zur WLG0000 erfolgt.

Bei den Auslandsversicherten treten insgesamt 87 Risikopoolfälle auf. Der Gesamtrisikopoolbetrag beläuft sich auf 5.149.294,16 €.

16.2.3 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ändert sich – abgesehen von einer Korrektur der Übersichtstabelle zu den WLGs – nichts (vgl. Tabelle 16.1). Die Korrektur betrifft die dort ausgewiesenen Versichertenjahre, Gesamtausgaben und Zuweisungen je Wohnlandgruppe. Die geänderten Werte ergeben sich dadurch, dass im Vergleich zum Festlegungsentwurf diese Tabelle um die Kassenausschlüsse bereinigt ist. Damit wird das Berechnungsverfahren in der Weiterentwicklung mit dem Vorgehen bei der Durchführung des RSA harmonisiert.

Tabelle 16.1: Übersicht über alle WLGs

WLG	LKz	Wohnland	VJ	Gesamt- ausgaben	Zuweisungen je VJ	Deckungsquote		
						FLE	FL	ΔDQ
WLG0000	XXX	Kein Länder-kenn- zeichen	434	480.590 €	1.108 €	100,00%	100,00%	0,00%
WLG0001	PL	Polen	88.599	51.429.314 €	580 €	100,00%	100,00%	0,00%
WLG0002	DK	Dänemark	52.777	133.169.130 €	2.523 €	91,51%	91,51%	0,00%
	F	Frankreich				100,12%	100,12%	0,00%
WLG0003	CZ	Tschechische Republik	40.884	34.400.478 €	841 €	100,00%	100,00%	0,00%
WLG0004	EST	Estland	36.370	23.834.875 €	655 €	95,94%	95,96%	0,02%
	TR	Türkei				100,01%	100,01%	0,00%
WLG0005	A	Österreich	24.839	113.987.147 €	4.589 €	99,88%	99,88%	0,00%
	FL	Liechtenstein				67,19%	67,18%	0,00%
	N	Norwegen				160,26%	160,26%	0,00%
WLG0006	HR	Kroatien	16.568	19.904.391 €	1.201 €	100,00%	100,00%	0,00%
WLG0007	E	Spanien	15.041	49.408.760 €	3.285 €	100,31%	100,31%	0,00%
	FIN	Finnland				75,33%	75,36%	0,03%
WLG0008	I	Italien	14.658	17.035.572 €	1.162 €	100,00%	100,00%	0,00%
WLG0009	BG	Bulgarien	13.025	16.886.378 €	1.296 €	95,72%	95,74%	0,02%
	H	Ungarn				100,26%	100,26%	0,00%
WLG0010	NL	Niederlande	12.270	38.906.313 €	3.171 €	100,00%	100,00%	0,00%
WLG0011	BIH	Bosnien- Herzegovina	11.611	3.166.228 €	273 €	100,31%	100,31%	0,00%
	LV	Lettland				84,70%	84,70%	0,00%
WLG0012	GR	Griechenland	11.606	27.545.437 €	2.373 €	100,84%	100,84%	0,00%
	IRL	Irland				70,11%	70,11%	0,01%
WLG0013	B	Belgien	10.837	23.097.625 €	2.131 €	100,18%	100,18%	0,00%
	M	Malta				82,23%	82,23%	0,00%
WLG0014	SK	Slowakei	7.614	8.447.027 €	1.109 €	100,00%	100,00%	0,00%
WLG0015	SRB	Serbien	6.751	1.400.853 €	207 €	100,00%	100,00%	0,00%
WLG0016	P	Portugal	3.997	2.390.760 €	598 €	100,00%	100,00%	0,00%
WLG0017	CH	Schweiz	4.514	28.118.392 €	6.230 €	106,02%	106,02%	0,00%
	L	Luxemburg				73,05%	73,08%	0,03%
WLG0018	RO	Rumänien	3.124	1.521.376 €	487 €	100,00%	100,00%	0,00%
WLG0019	MK	Nordmazedonien	3.056	600.602 €	197 €	96,18%	96,18%	0,00%
	MNE	Montenegro				171,87%	171,93%	0,06%
WLG0020	SLO	Slowenien	2.058	7.293.493 €	3.543 €	100,00%	100,00%	0,00%
WLG0021	IS	Island	1.978	1.381.649 €	698 €	215,78%	215,78%	0,00%
	LT	Litauen				99,89%	99,89%	0,00%
WLG0022	CY	Zypern	1.139	3.204.341 €	2.814 €	102,03%	102,03%	0,00%
	S	Schweden				99,79%	99,79%	0,00%
WLG0023	TN	Tunesien	1.027	392.411 €	382 €	100,00%	100,00%	0,00%
WLG0024	GB	Großbritannien	461	1.892.844 €	4.106 €	100,00%	100,00%	0,00%
Insgesamt			385.238	609.895.987 €	1.583 €	100%	100%	0%

Quelle: BAS

Die Kennzahlen ändern sich im Vergleich zum Festlegungsentwurf nur geringfügig (vgl. Tabelle 16.2).

Tabelle 16.2: Vergleich der Länder-MAPEs des WLG-Modells zwischen FLE und FL 2024

Kennzahl	Modell		Differenz
	FLE	FL	
ungew. $MAPE_{Land}$	266,02 €	265,91 €	-0,11 €
gew. $MAPE_{Land}$	11,65 €	11,64 €	-0,01 €

Quelle: BAS

V Gesamtbewertung der Modellausgestaltung

17 Kennzahlen der Festlegung

In Tabelle 17.1 werden die aggregierten Gütemaße auf der Individualebene sowie die regionalen und krankenkassenbezogenen Kennzahlen des endgültigen Klassifikationsmodells zum Stand der Festlegung im Vergleich zu den Modellen des Festlegungsentwurfs und des Ausgangsmodells dargestellt. Zusätzlich werden die Kennzahlen für die Vorjahresmodelle der Ausgleichsjahre 2021 bis 2023 ausgewiesen. Als einheitliche Datenbasis für den Vergleich dient für alle dargestellten Modelle die Vollerhebung des Meldjahres 2022, welche die Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2020 mit den Leistungsausgaben des Berichtsjahres 2021 verknüpft.

Tabelle 17.1: Gesamtbewertung Festlegung AJ 2024 und Vorjahre

AJ	2021		2022		2023		2024					
Modell	Festlegung		Festlegung		Festlegung		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf		Festlegung	
RGG	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Risikopool	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Risikofaktoren	542	623	437	508	443	534	444	535	432	513	432	513
Individuelle Kennzahlen												
R ²	58,3004%	58,3090%	58,3286%	58,3369%	60,0494%	60,0581%	60,0509%	60,0596%	60,1108%	60,1195%	60,1078%	60,1165%
CPM	28,4639%	28,4776%	28,5163%	28,5306%	29,7803%	29,7934%	29,7803%	29,7935%	29,8101%	29,8241%	29,8092%	29,8232%
MAPE	2.618,23 €	2.617,73 €	2.616,31 €	2.615,79 €	2.570,05 €	2.569,57 €	2.570,05 €	2.569,57 €	2.568,96 €	2.568,44 €	2.568,99 €	2.568,48 €
Regionale Kennzahlen												
MAPE _{Kreis_abs}	96,58 €	65,41 €	96,25 €	64,48 €	94,71 €	59,44 €	94,68 €	59,45 €	94,55 €	57,60 €	94,55 €	57,61 €
gew. MAPE _{Kreis_abs}	94,52 €	51,86 €	94,27 €	52,83 €	93,30 €	48,85 €	93,28 €	48,85 €	93,15 €	46,59 €	93,15 €	46,59 €
Krankenkassenbezogene Kennzahlen												
MAPE _{KK_abs}	47,38 €	39,57 €	47,41 €	41,41 €	43,16 €	36,61 €	43,22 €	36,60 €	43,10 €	37,27 €	43,11 €	37,24 €
gew MAPE _{KK_abs}	35,72 €	24,45 €	35,84 €	24,67 €	34,53 €	22,71 €	34,52 €	22,71 €	34,41 €	22,71 €	34,39 €	22,70 €

Quelle: BAS

Tabelle 17.2 stellt die Kennzahlen für die bereits oben gezeigten Modelle jeweils ohne Berücksichtigung des Risikopools dar. Relevant sind diese Modellvarianten ausschließlich im monatlichen Abschlagsverfahren. Sowohl die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems als auch die jeweiligen das Ausgleichsjahr abschließenden Jahresausgleiche beruhen auf den Modellen mit Berücksichtigung des Risikopools.

Tabelle 17.2: Kennzahlen Abschlagsverfahren ohne Risikopool AJ 2024 und Vorjahre

AJ	2021	2022	2023	2024		
Modell	Festlegung	Festlegung	Festlegung	Ausgangsmodell	Festlegungsentwurf	Festlegung
RGG	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Risikopool	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Risikofaktoren	623	508	534	535	513	513
Individuelle Kennzahlen						
R^2	25,4458%	25,4720%	28,7224%	28,7375%	28,9648%	28,9551%
CPM	25,0887%	25,1533%	26,5604%	26,5605%	26,6146%	26,6126%
MAPE	2.741,76 €	2.739,40 €	2.687,90 €	2.687,89 €	2.685,91 €	2.685,99 €
Regionale Kennzahlen						
$MAPE_{\text{Kreis_abs}}$	69,36 €	67,81 €	61,74 €	61,77 €	60,13 €	60,12 €
gew. $MAPE_{\text{Kreis_abs}}$	54,90 €	55,42 €	50,48 €	50,50 €	48,76 €	48,75 €
Krankenkassenbezogene Kennzahlen						
$MAPE_{\text{KK_abs}}$	45,83 €	47,29 €	44,79 €	44,79 €	42,85 €	42,78 €
gew $MAPE_{\text{KK_abs}}$	26,48 €	26,94 €	23,56 €	23,56 €	23,64 €	23,62 €

Quelle: BAS

VI Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2021a) „*Erläuterungen zur Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2022*“, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [14.09.2022].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2021b) „*Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2022*“, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [10.01.2022].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2022a) „*Erläuterungen zur Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren im Risikostrukturausgleich für das RSA-Ausgleichsjahr 2023*“, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [17.03.2023].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2022b) „*Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2023*“, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [17.03.2023].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2023) „*Festlegungsentwurf nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2024*“, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [10.08.2023].
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hg.) (2022a) „*Bevölkerungsdynamik in Mittelstädten – interaktive Stadtportraits*“, https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/programme/refo/staedtebau/2020/bevoelkerungsdynamik-mittelstaedte/endbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [22.08.2023].
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hg.) (2022b) „*Laufende Raumb Beobachtung - Raumabgrenzungen: Raumtypen 2010: Lage*“, https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/Raumtypen2010_vbg/Raumtypen2010_LageSied.html [21.12.2022].
- Drösler, S. E., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W. P. M. M., Wambach, A., Wasem, J. & Wille, E. (2018) „*Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20180710webGutachten_zu_den_regionalen_Verteilungswirkungen_2018.pdf [08.04.2022].
- EsFoMed, Universität Duisburg-Essen & WIG 2 (Hg.) (2019) „*Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3c SGB V i. V. m. § 33a Abs. 4 RSAV – Endbericht*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/20200331Folgegutachten_Auslandsversicherte.pdf [25.04.2022].
- Feiterna-Sperling, C., Brinkmann, F., Adamczick, C., Ahrens, F., Barker, M., Berger, C., Berthold, L. D., Bogyi, M., Both, U. von, Frischer, T., Haas, W., Hartmann, P., Hillemann, D., Hirsch, F. W., Kranzer, K., Kunitz, F., Maritz, E., Pizzulli, A., Ritz, N., Schlags, R., Spindler, T., Thee, S. & Weizsäcker, K. (2017) „*S2k-Leitlinie zur Diagnostik, Prävention und Therapie der Tuberkulose im Kindes- und Jugendalter*“, *Pneumologie*, Vol. 71 (10), S. 629–680.

- Ulrich, V. & Wille, E. (2014) „*Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) – Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP)*“, http://www.bnfi.de/download/InformationenGutachten32_Ulrich%202014-09-21-Endbericht-RSA-Bayern.pdf [01.10.2021].
- Ulrich, V., Wille, E. & Thüsing, G. (2016) „*Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbspolitischen und regionalen Aspekten*“, <https://digital.zlb.de/viewer/resolver?urn=urn:nbn:de:kobv:109-1-9385447> [24.09.2021].

A Anhang

A.1 Erläuterung zu den Anlagen

Anlage 1 zur Festlegung beschreibt die Zuordnung von ICD-Diagnosen zu DxGs, MGs und Krankheiten für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahrs 2024. Bei der Anlage 1 werden jahresspezifische Zuordnungslisten für die einzelnen Morbiditätsjahre erstellt. Grund hierfür ist eine veränderte Definition von ICD-Kodes: Neue ICD-Kodes können hinzukommen, bestehende wegfallen. Manchmal erhalten ICD-Kodes u. U. eine neue Bedeutung, während die ursprüngliche Bedeutung einem anderen (neuen) ICD-Kode zugewiesen wird. Einzelne ICD-Kodes können daher in verschiedenen Jahren eine unterschiedliche Bedeutung haben. Die Anlage 1 wird im Rahmen dieser Festlegung für alle für das Ausgleichsjahr 2024 relevanten Morbiditätsjahre (2020 bis 2023) bekannt gegeben. Anlage 1 enthält ebenfalls die Regeln zur Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen.

Für die Versichertenklassifikation sind aus den einzelnen Morbiditätsjahren nur jene Diagnoseschlüssel zulässig, die die Plausibilisierungskriterien gemäß §§ 295 und 301 SGB V erfüllen (d. h. in der Metadaten-datei des BfArM zum ICD-10-GM die Kennzeichen „O“, „P“ oder „Z“ tragen und keine sogenannte Muss-Fehler in Alter und Geschlecht aufweisen). Dabei werden für die Diagnosen die Kriterien aus dem Morbiditätsjahr und bei sogenannten „Jahresüberlieger-Diagnosen“ aus der stationären Versorgung die Kriterien aus dem Jahr, das dem Morbiditätsjahr vorangegangen ist, zugrunde gelegt.

Die Aufgreifkriterien für die Diagnosegruppen ergeben sich aus **Anlage 2** zur Festlegung

Anlage 3 zur Festlegung ordnet den DxGs die berücksichtigungsfähigen Arzneimittel zu. Die Zuordnung erfolgt auf Basis der im GKV-Arzneimittelindex gelisteten ATC-Kodes (Stand Juni des auf das Morbiditätsjahr folgenden Jahres). Bei der Anlage 3 werden jahresspezifische Zuordnungslisten für die einzelnen Morbiditätsjahre erstellt. Grund hierfür ist eine mögliche Umklassifikation von ATC-Kodes. ATC-Kodes erhalten u. U. eine neue Bedeutung, während die ursprüngliche Bedeutung einem anderen (neuen) ATC-Kode zugewiesen wird. Einzelne ATC-Kodes können daher in verschiedenen Jahren eine unterschiedliche Bedeutung haben.

Die Anlage 3 wird im Rahmen dieser Festlegung für die Morbiditätsjahre 2020 bis 2022 (d. h. auf Grundlage der GKV-Arzneimittelindizes 6/2021 bis 6/2023) bekannt gegeben. Die Festlegung für das Morbiditätsjahr 2023 (auf Grundlage des zum Zeitpunkt der Bekanntgabe der Festlegungen noch nicht vorliegenden GKV-Arzneimittelindexes 6/2024) erfolgt im Jahr 2024 im Rahmen einer technischen Anpassung nach § 8 Absatz 4 Satz 9 RSAV für das Ausgleichsjahr 2024.

Die Zuordnung der amtlichen Gemeindegemeinschaften zu den Regionalen Risikogruppen ergibt sich aus **Anlage 4** zur Festlegung. Die Zuordnung erfolgt auf Grundlage der ersten fünf Stellen des Gemeindegemeinschafts der Versicherten im Ausgleichsjahr. In Anlage 4 werden jahresspezifische Zuordnungslisten für die einzelnen Berichtsjahre erstellt. Im Falle von weiteren Aktualisierungen des Gemeindeverzeichnis der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, die sich auf die ersten fünf Stellen des amtlichen Gemeindegemeinschafts der Landkreise und kreisfreien Städte auswirken, kann das BAS auf Grundlage des § 8 Absatz 4 Satz 9 RSAV nach Anhörung des GKV-SV auch die Anlage 4 im Rahmen einer technischen Anpassung unterjährig abändern und neu bekannt geben.

Anlage 5 zur Festlegung ordnet die Länderkennzeichen der Auslandsversicherten den Wohnlandgruppen zu.

Tabelle A.1.1 gibt einen Überblick über die Verwendung der einzelnen Zuordnungstabellen in Abhängigkeit von den Datenmeldungen (Morbiditätsjahr) für das Ausgleichsjahr 2024.

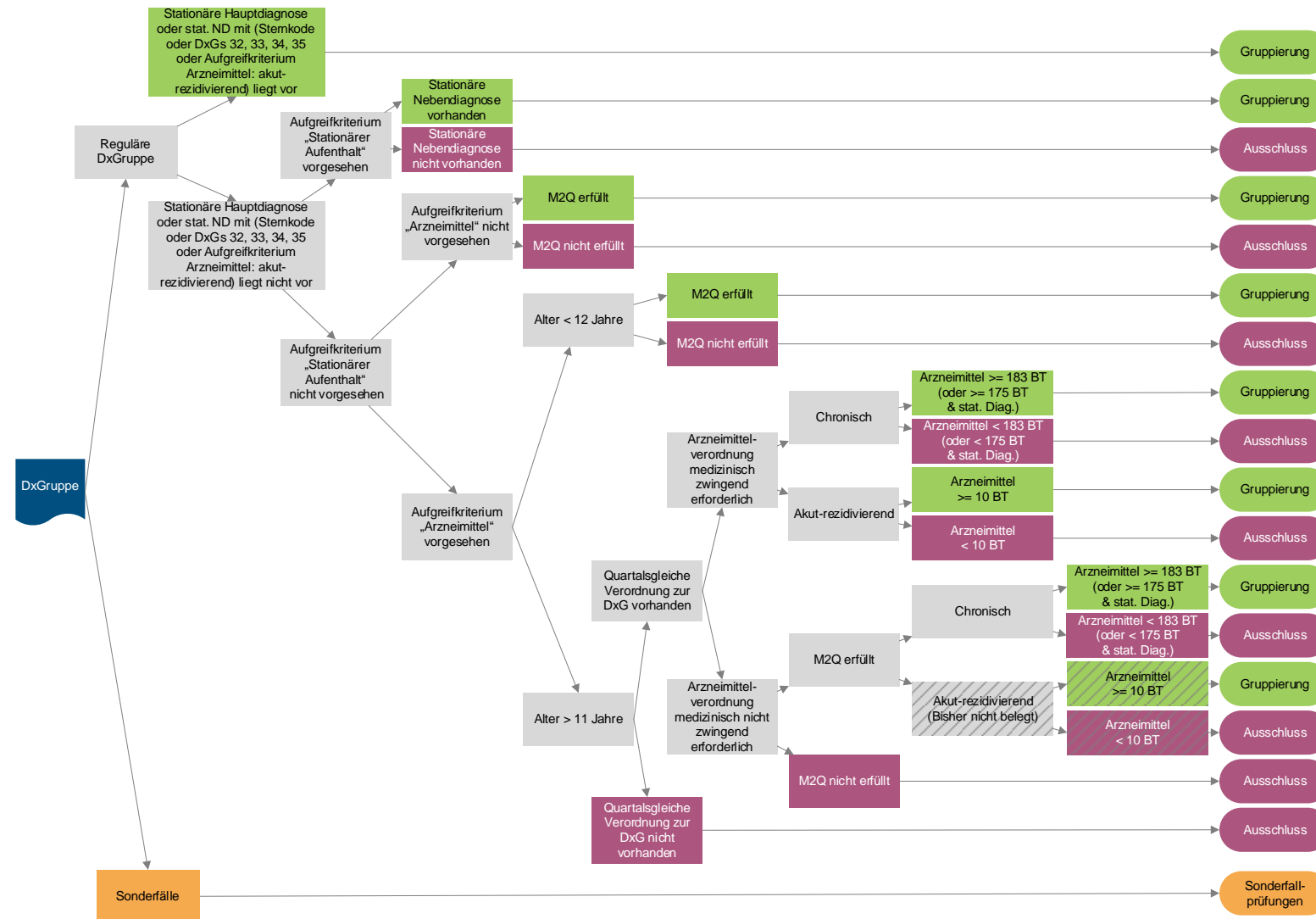
Tabelle A.1.1: Verwendung der Anlagen 1 bis 5 in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im AJ 2024

Verwendungskontext	Anlage 1	Anlage 3	Anlage 4	Anlage 5	GKV-AI
Festlegung	2020	2020	2021	2020	6/2021
Gewichtungsfaktoren Abschlagsverfahren	2021	2021	2022	2021	6/2022
GLB I	2022	2022	2023	2022	6/2023
GLB II	2022	2022	2023	2022	6/2023
GLB III	2023	2023	2024	2023	6/2024
Gewichtungsfaktoren GLB IV	2022	2022	2023	2022	6/2023
GLB IV	2023	2023	2024	2023	6/2024
Gewichtungsfaktoren Jahresausgleich	2023	2023	2024	2023	6/2024
Jahresausgleich	2023	2023	2024	2023	6/2024

Quelle: BAS

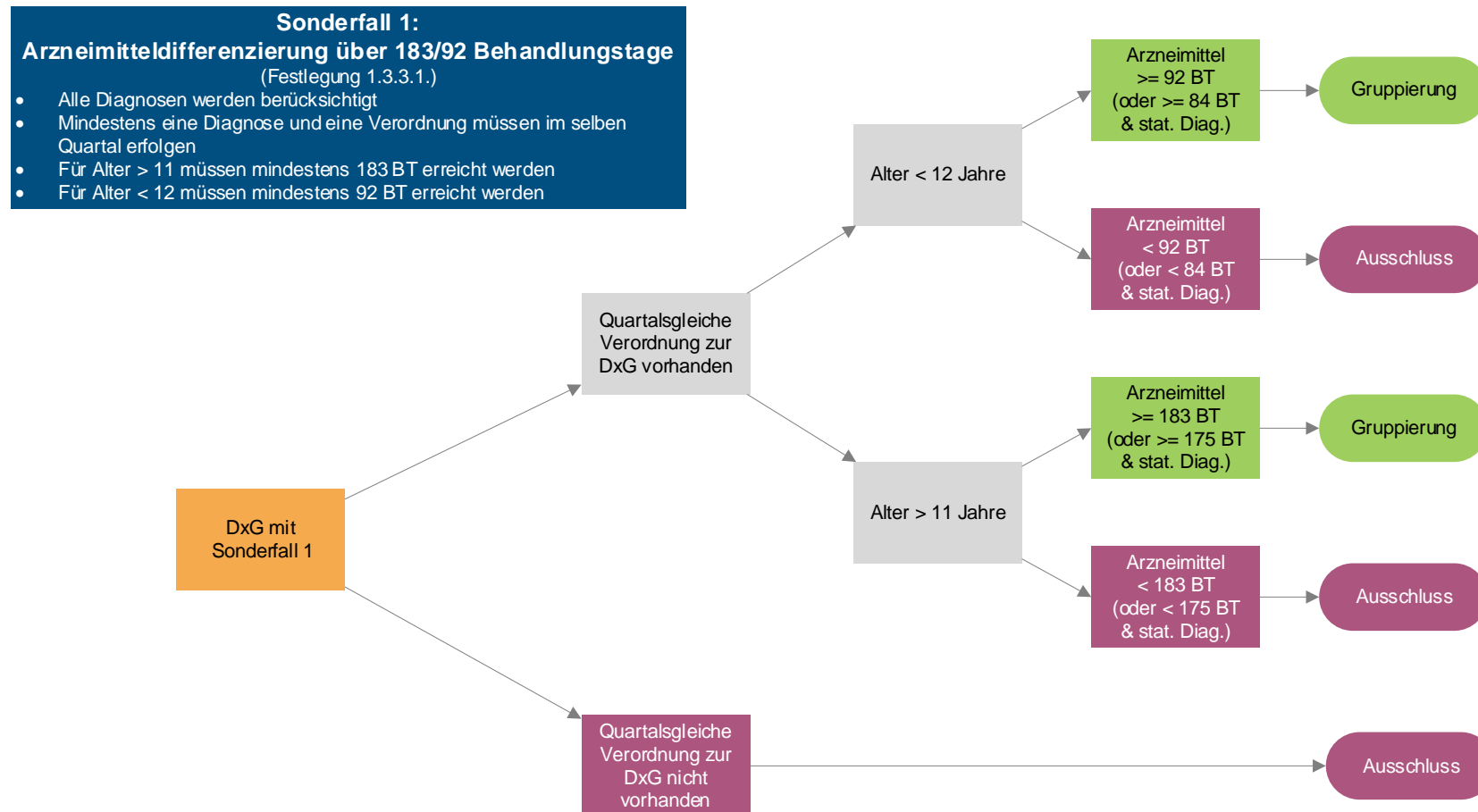
A.2 Darstellung des Aufgreifalgorithmus

Abbildung A.2.1: Standardalgorithmus für das Ausgleichsjahr 2024



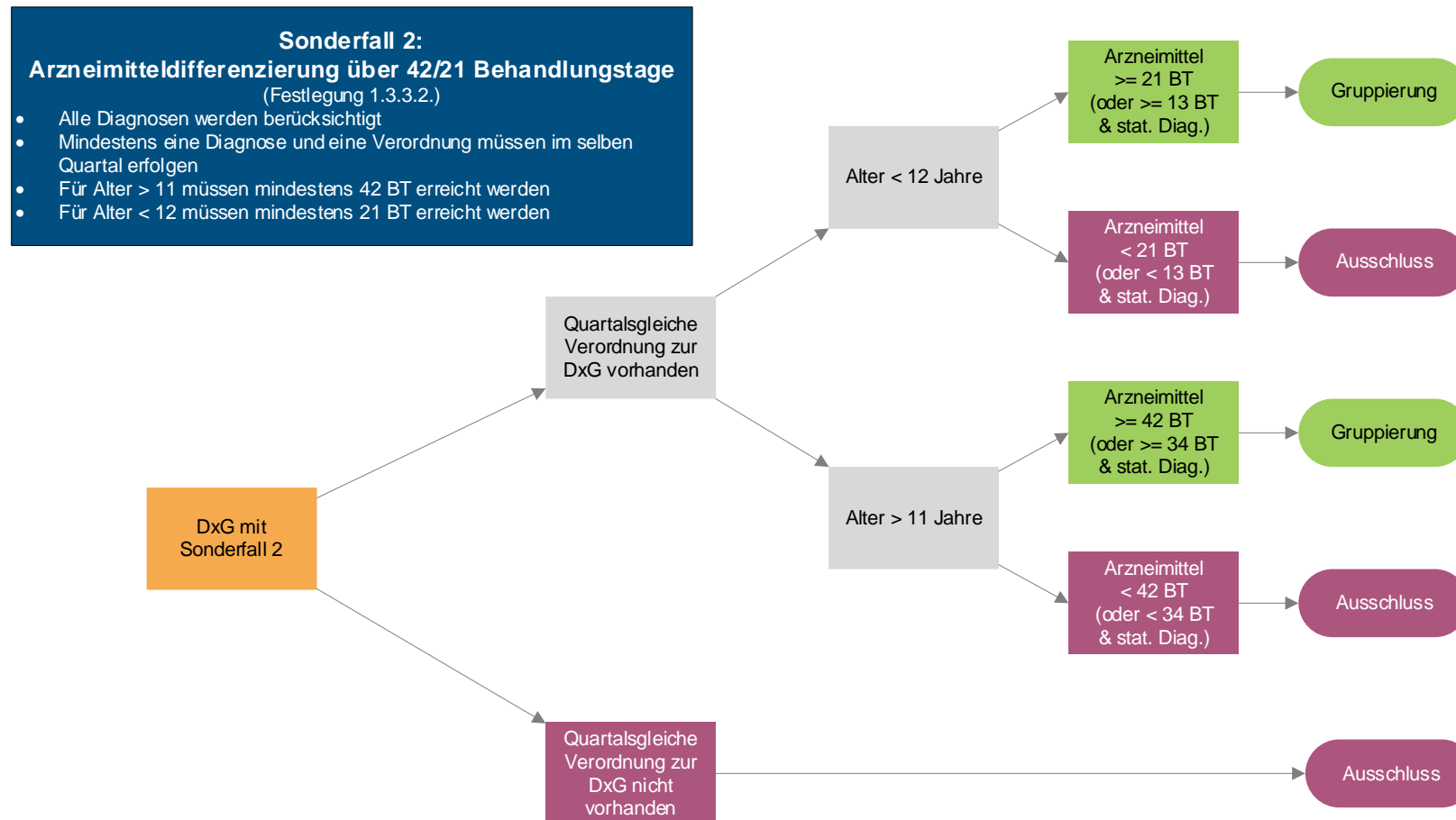
Quelle: BAS

Abbildung A.2.2: Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage



Quelle: BAS

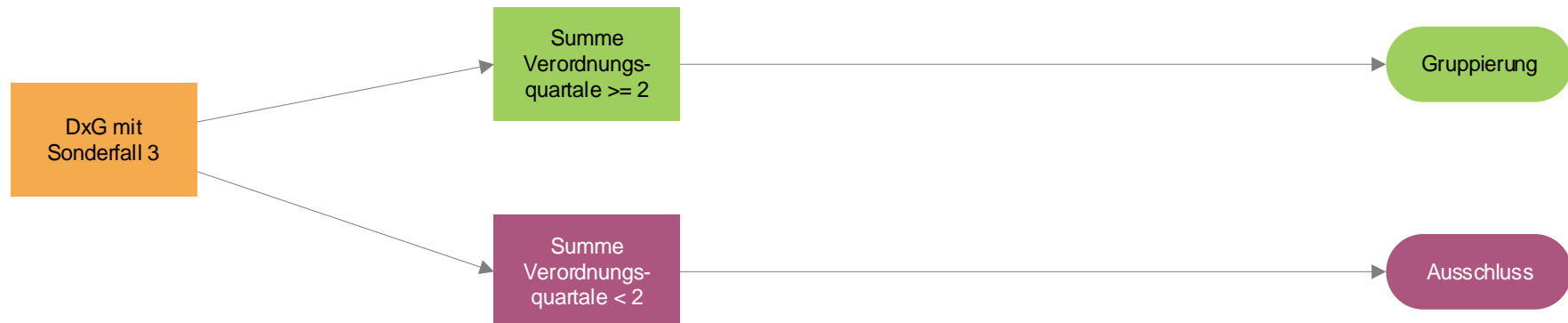
Abbildung A.2.3: Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung über 42/21 Behandlungstage



Quelle: BAS

Abbildung A.2.4: Sonderfall 3: Diagnosevalidierung anhand von Verordnungsquartalen

- Sonderfall 3:**
Diagnosevalidierung nach Verordnungsquartalen
(Festlegung 1.3.3.3.)
- Alle Diagnosen werden berücksichtigt
 - Mindestens zwei Verordnungen aus unterschiedlichen Quartalen müssen vorliegen

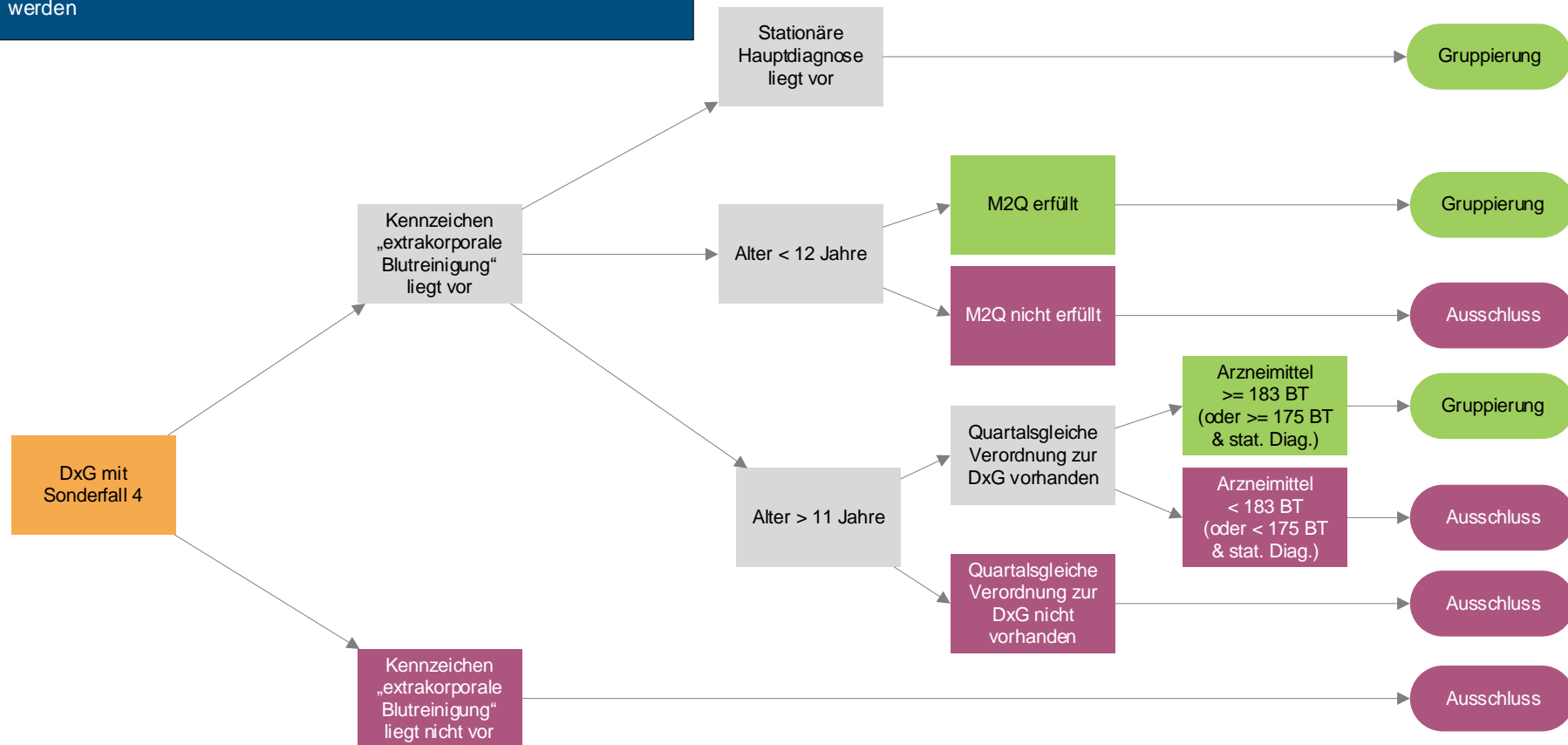


Quelle: BAS

Abbildung A.2.5: Sonderfall 4: Diagnosevalidierung anhand des Kennzeichens „Extrakorporale Blutreinigung“

**Sonderfall 4:
Diagnosevalidierung a. d. Kennzeichens „Extrakorporale Blutreinigung“
(Festlegung 1.3.3.4.)**

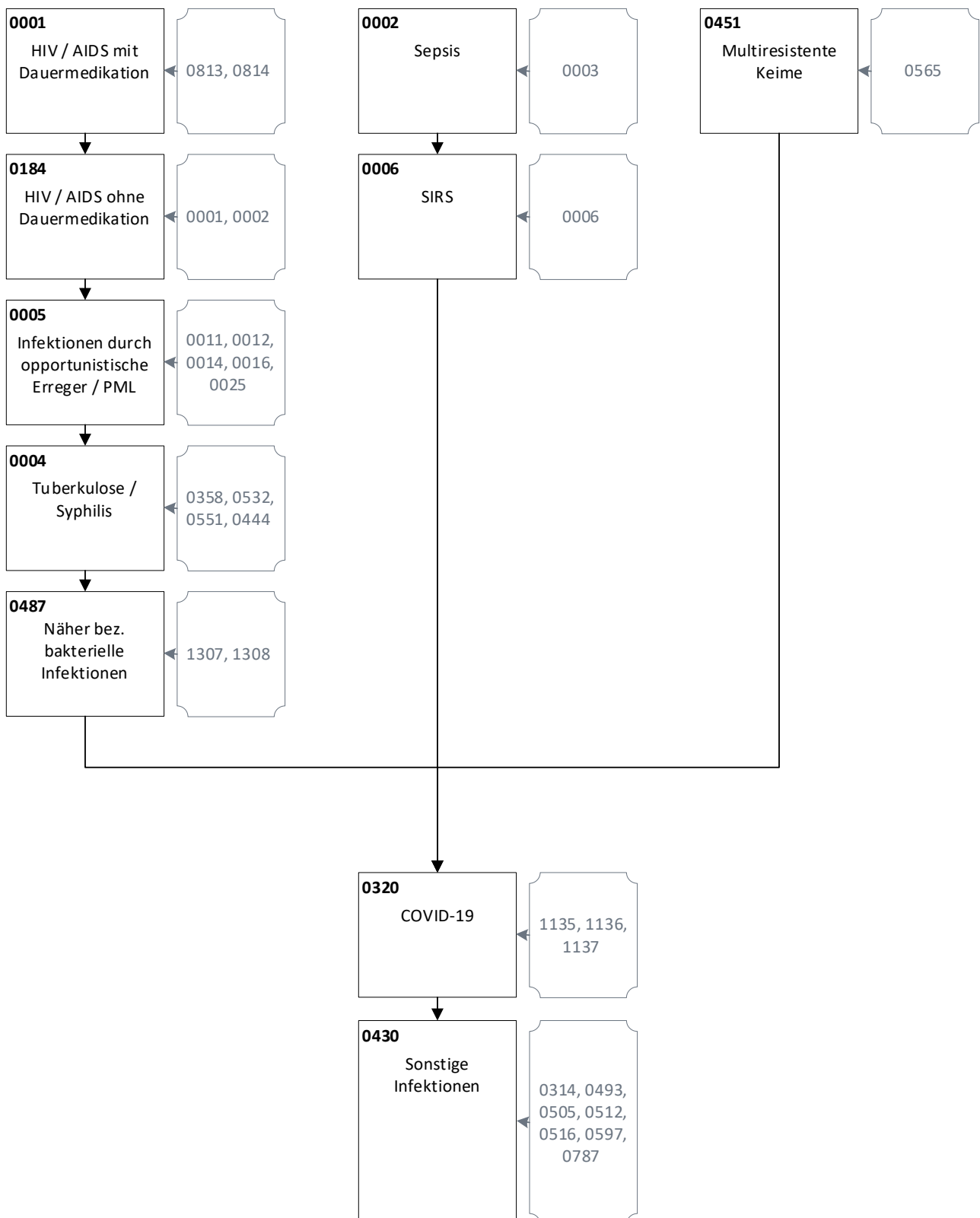
- Alle Diagnosen werden berücksichtigt
- Kennzeichen „extrakorporale Blutreinigung“ aus SA100 muss vorliegen
- Für Alter < 12 muss M2Q erfüllt werden
- Für Alter >11 muss mindestens eine Verordnung quartalsgleich zur Diagnose erfolgen; zusätzlich müssen mindestens 183 BT erreicht werden



Quelle: BAS

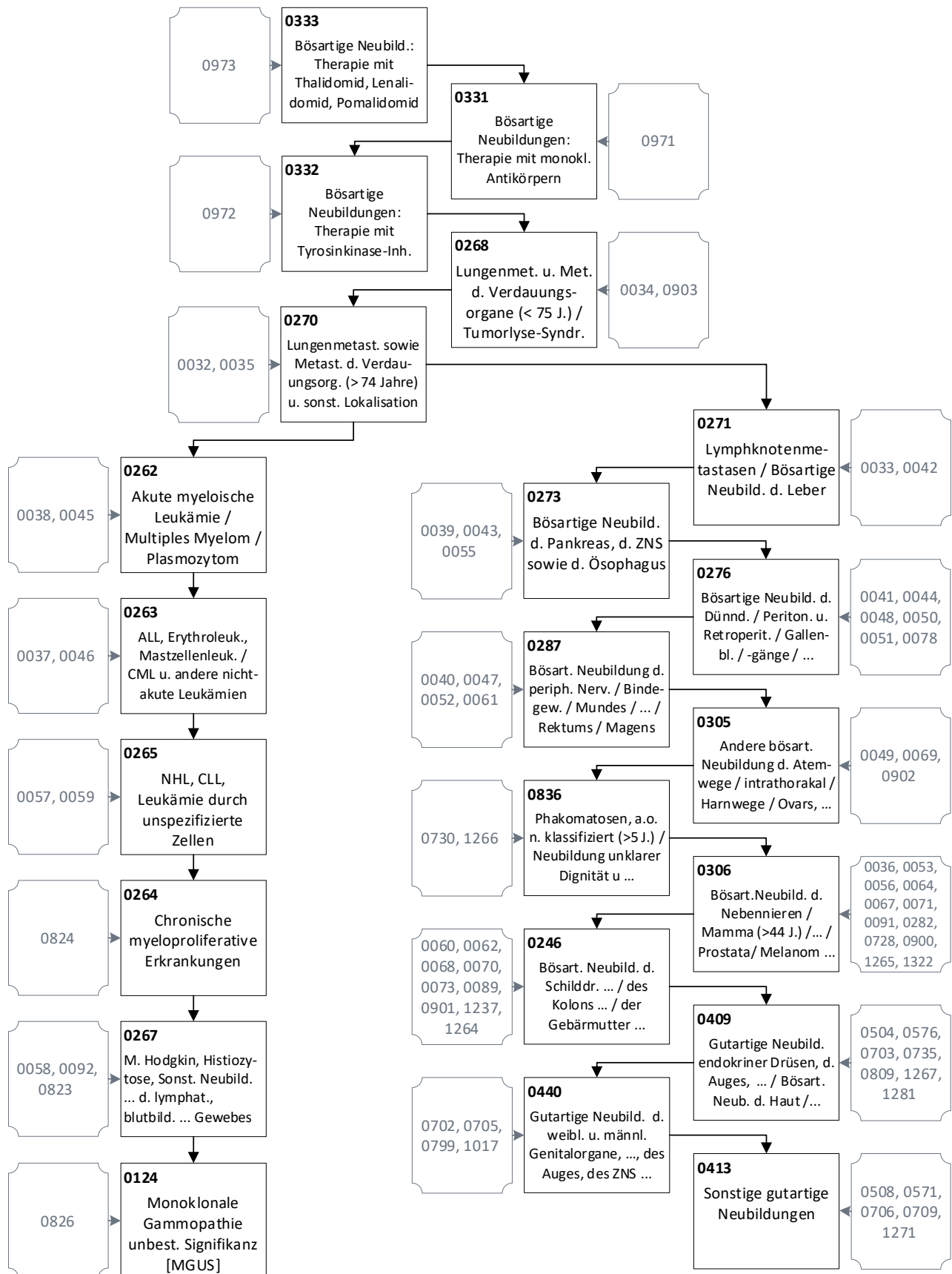
A.3 Übersicht der Hierarchien

Abbildung A.3.1: Hierarchie 01 „Infektionen“ (1/1)



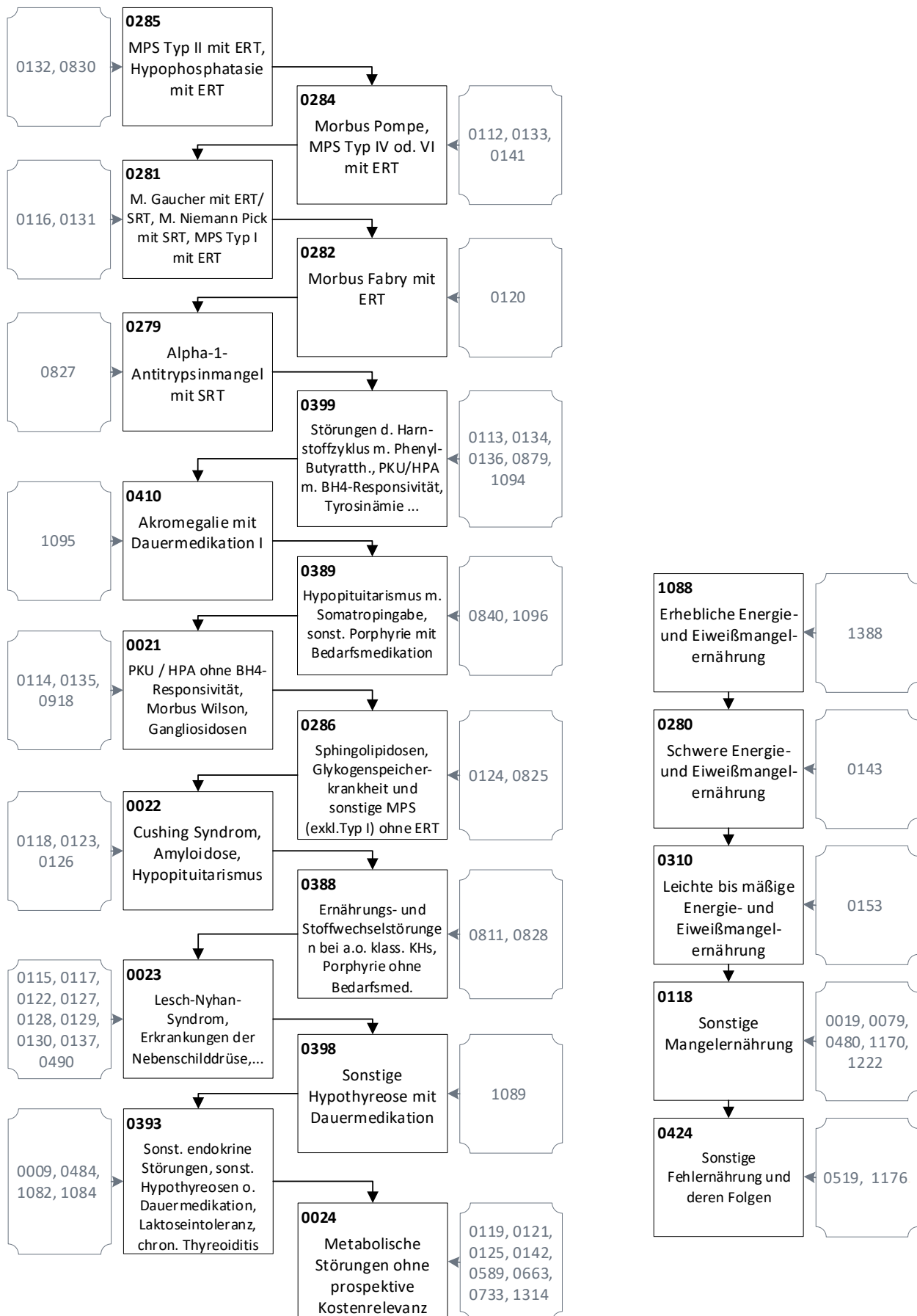
Quelle: BAS

Abbildung A.3.2: Hierarchie 02 „Neubildungen“ (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.3: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.4: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (2/2)

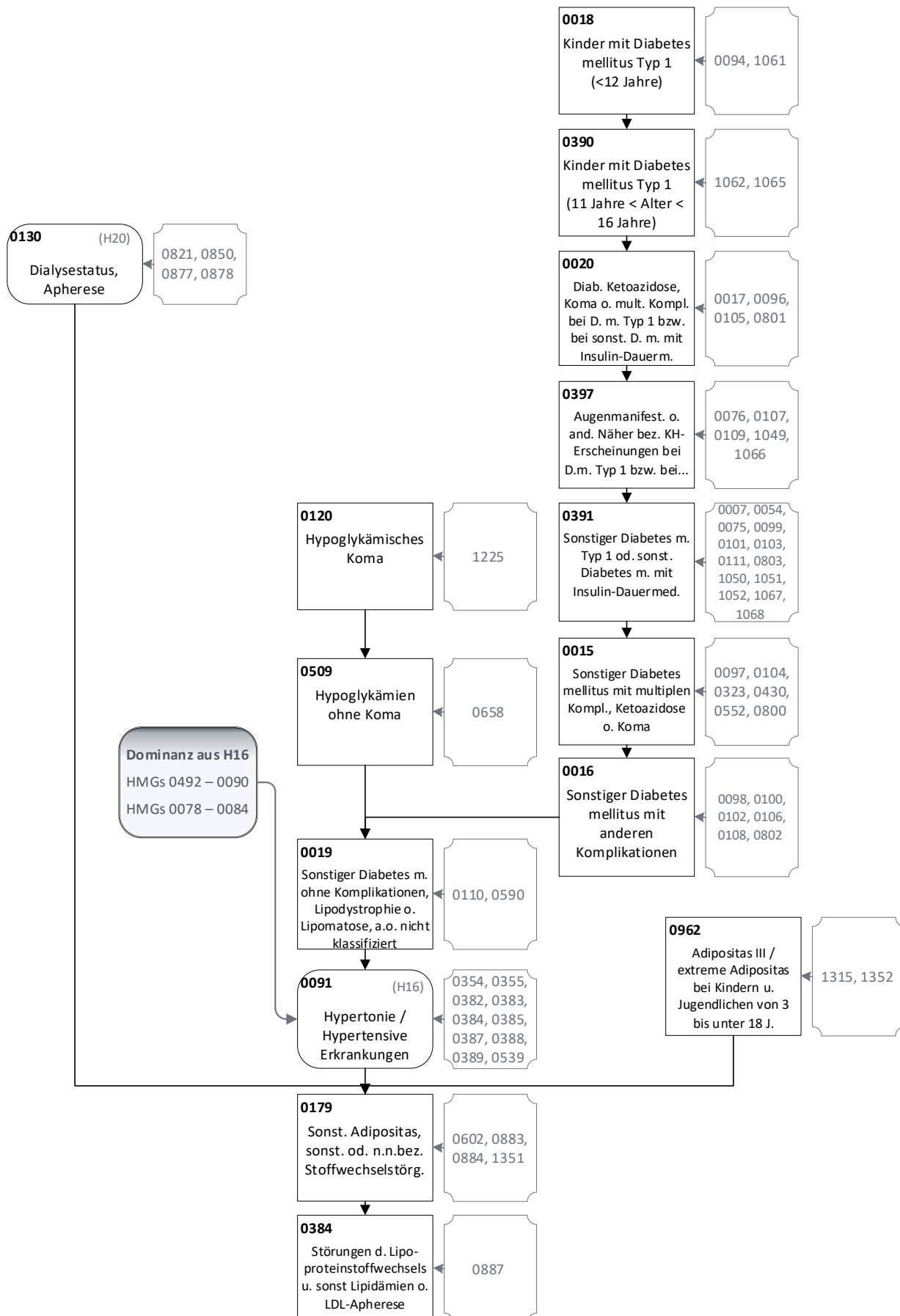
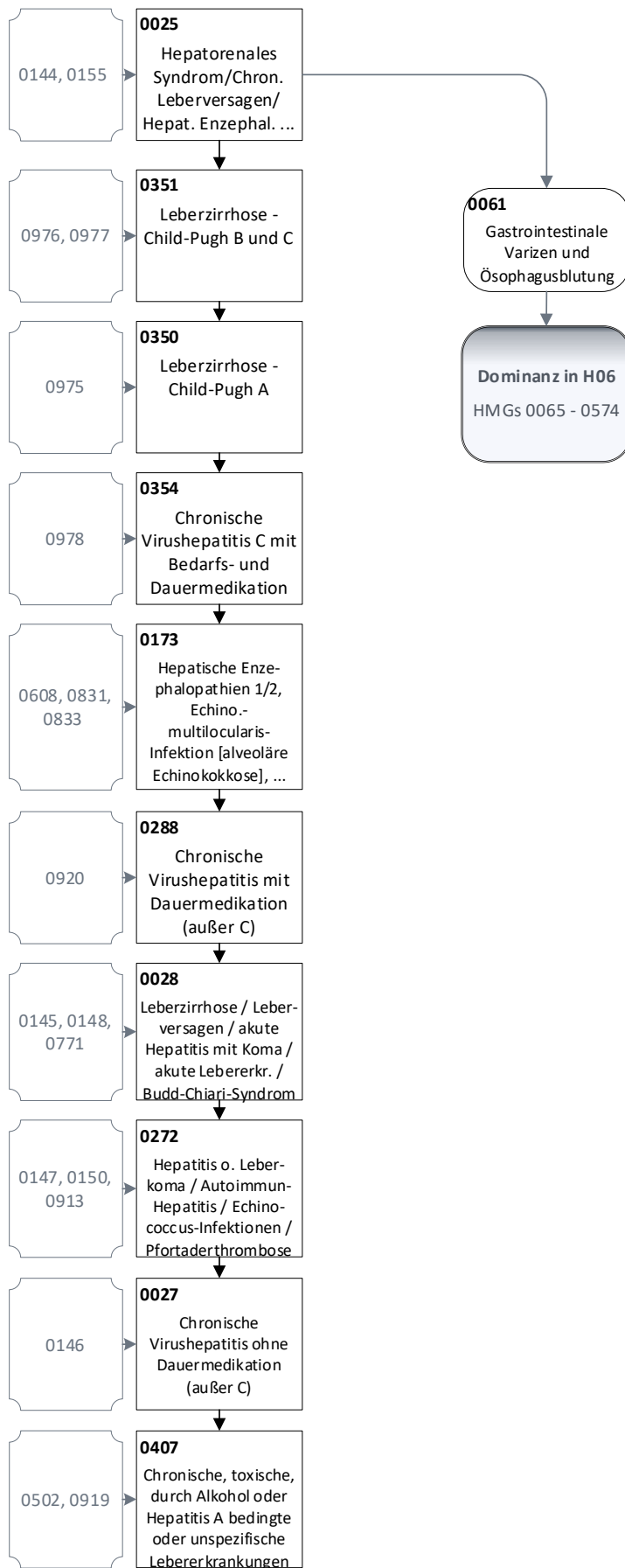
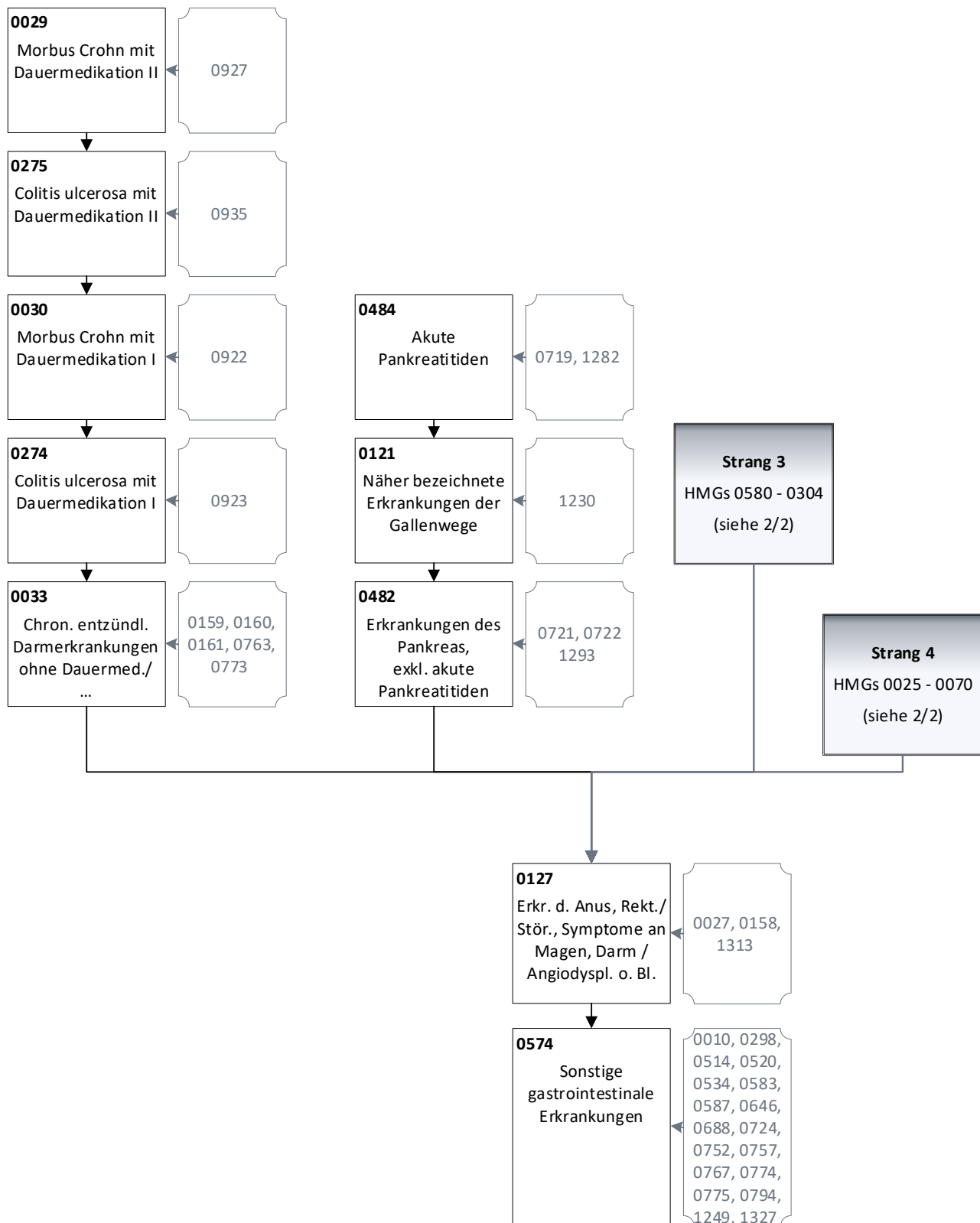


Abbildung A.3.5: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ (1/1)



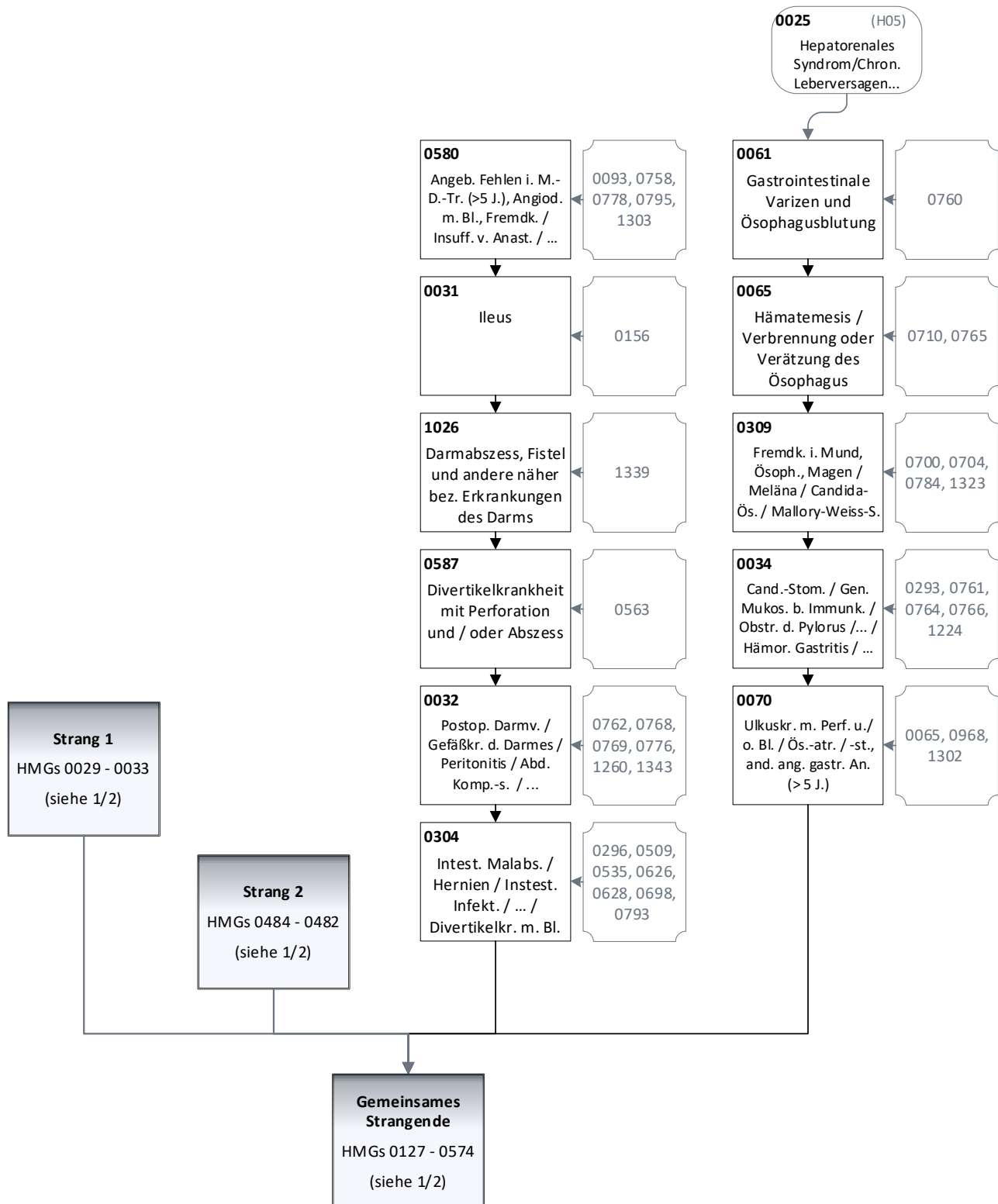
Quelle: BAS

Abbildung A.3.6: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (1/2)



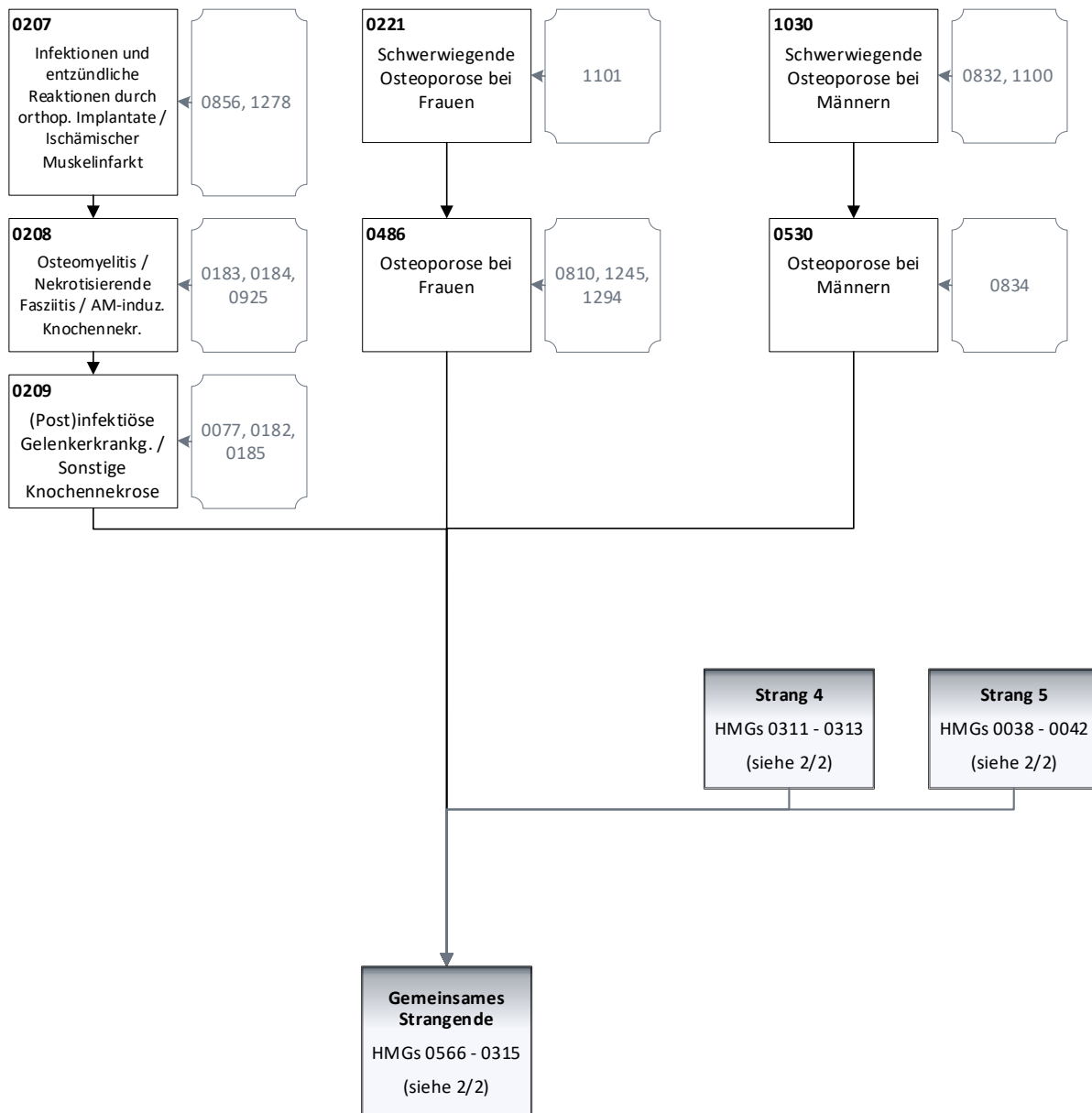
Quelle: BAS

Abbildung A.3.7: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (2/2)



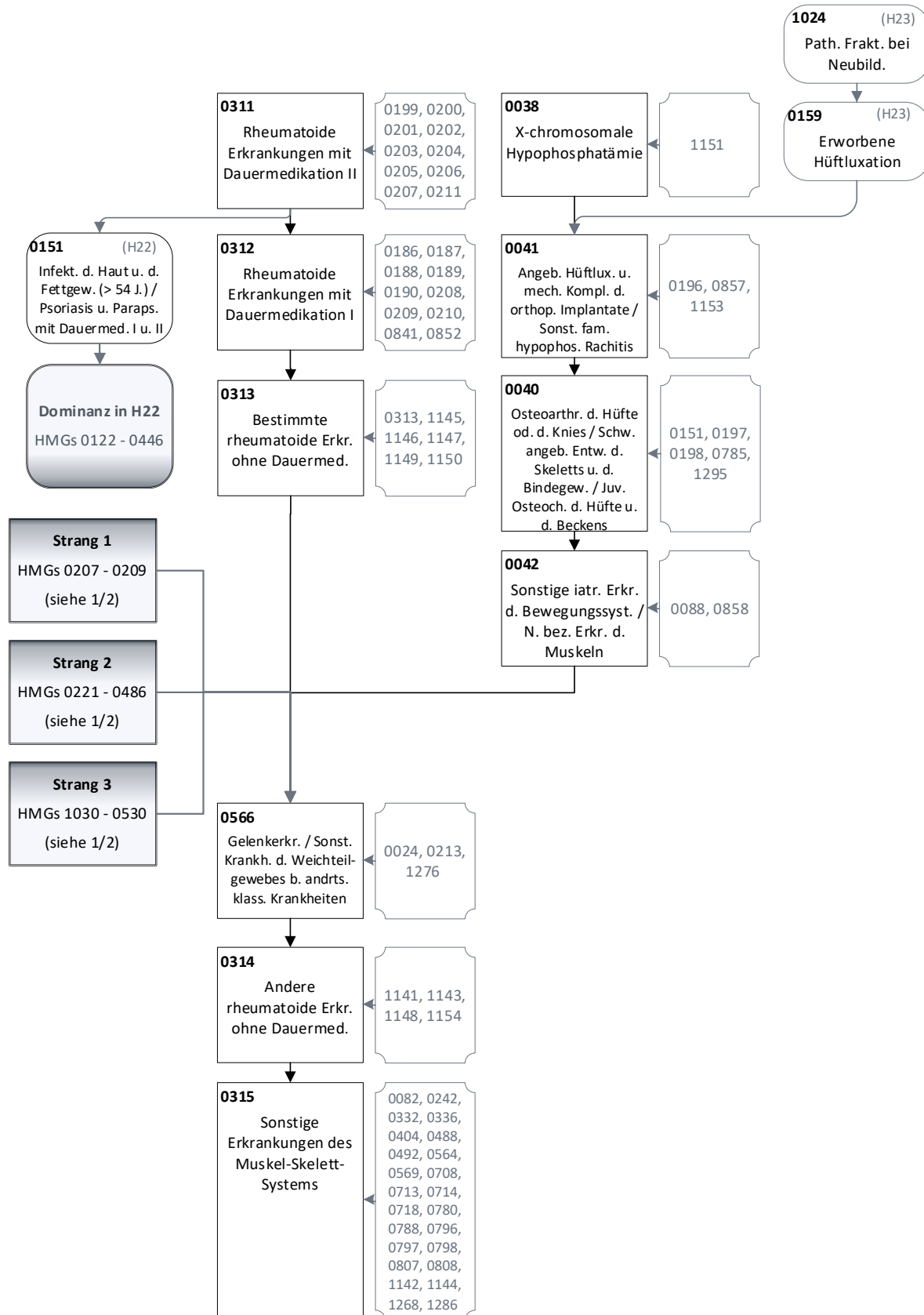
Quelle: BAS

Abbildung A.3.8: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (1/2)



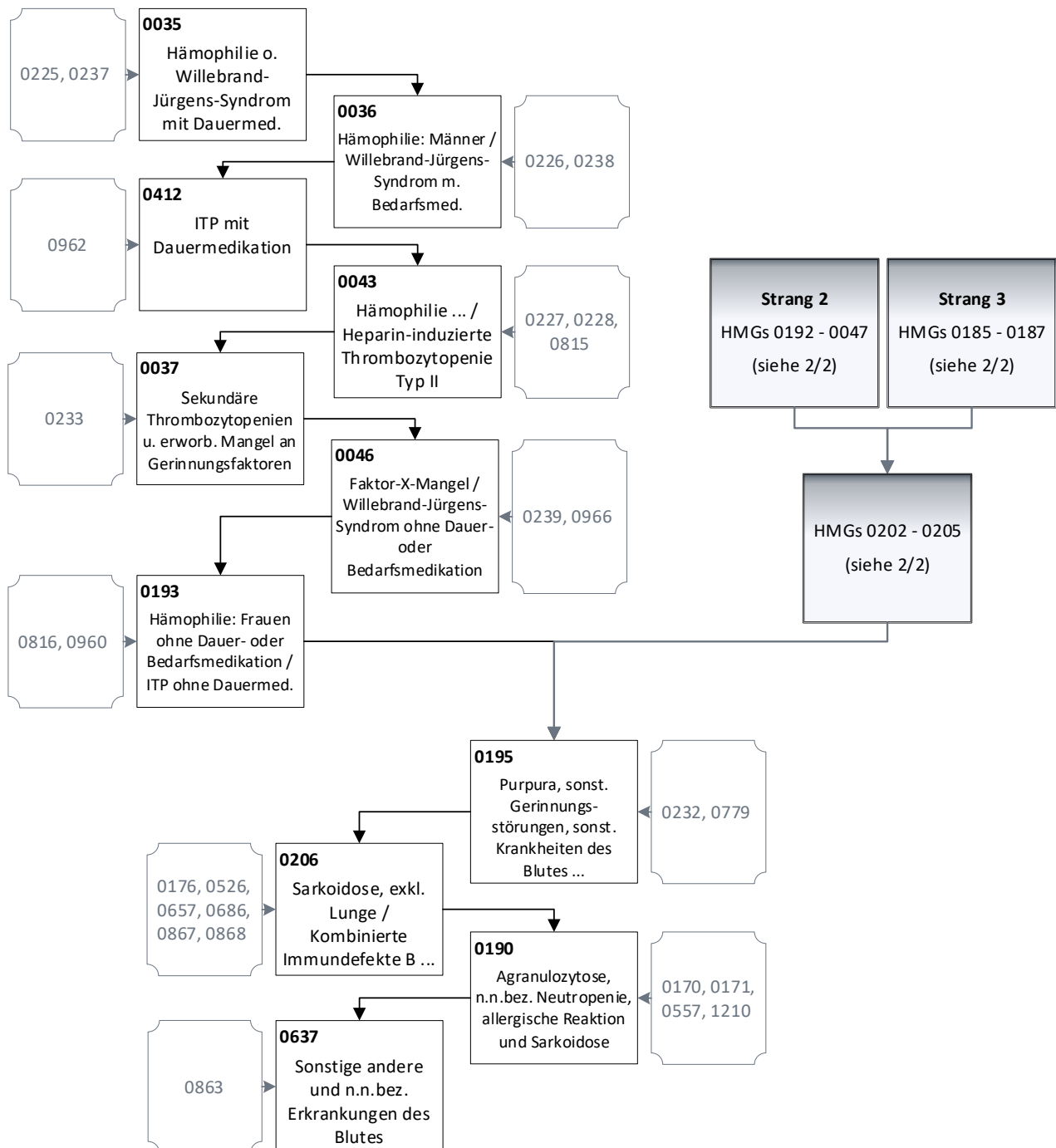
Quelle: BAS

Abbildung A.3.9: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (2/2)



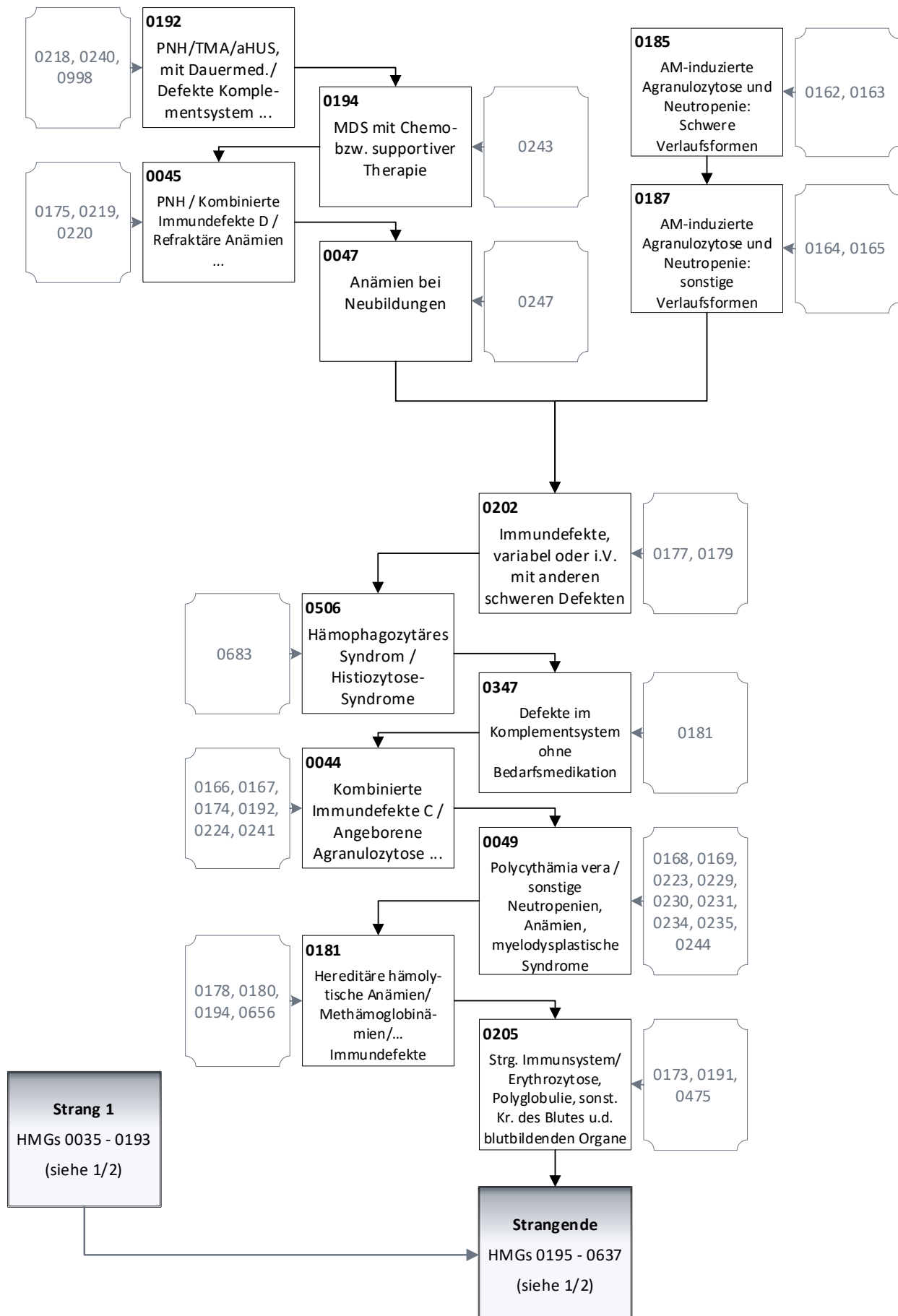
Quelle: BAS

Abbildung A.3.10: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.11: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (2/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.12: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (1/2)

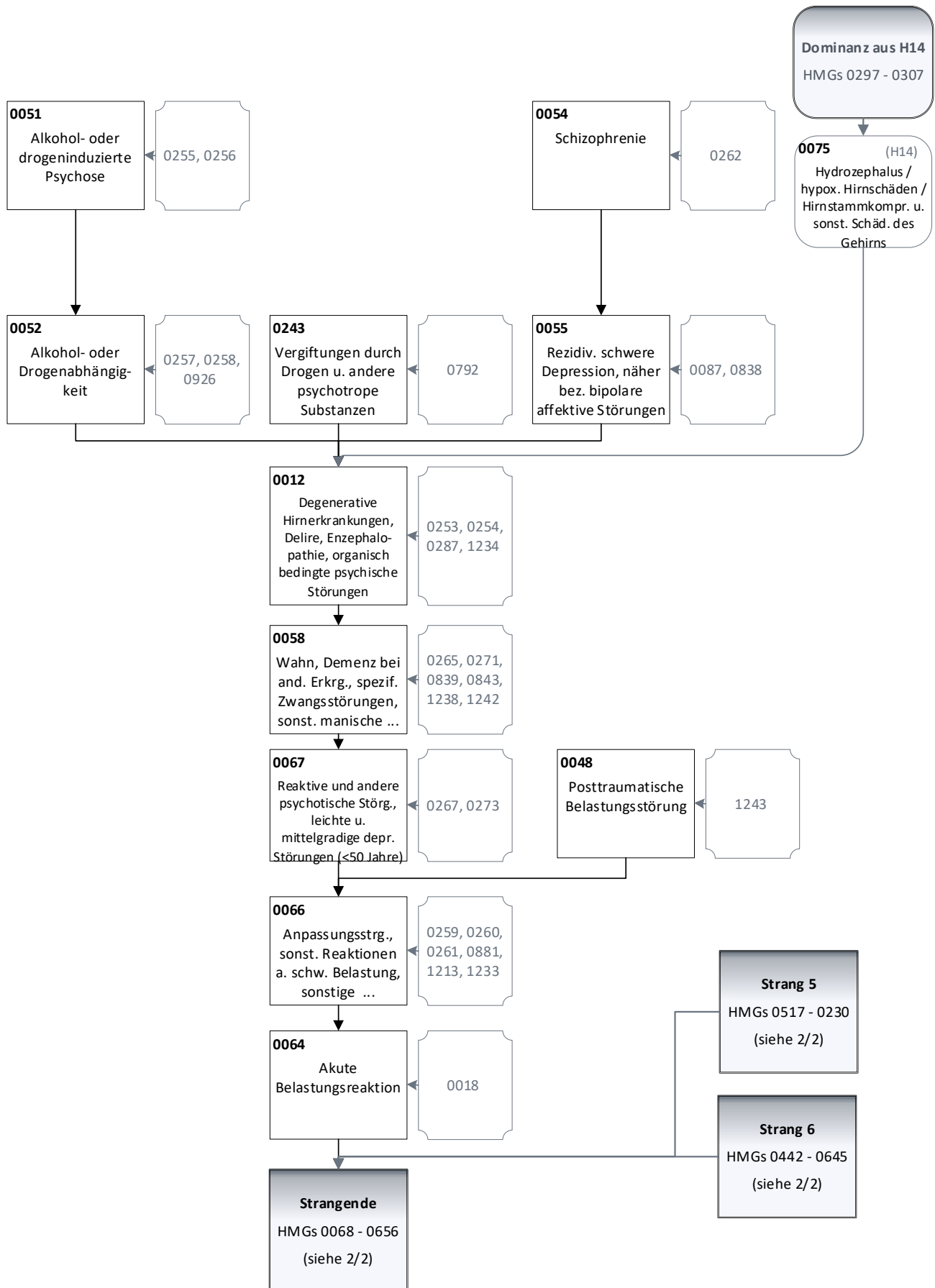
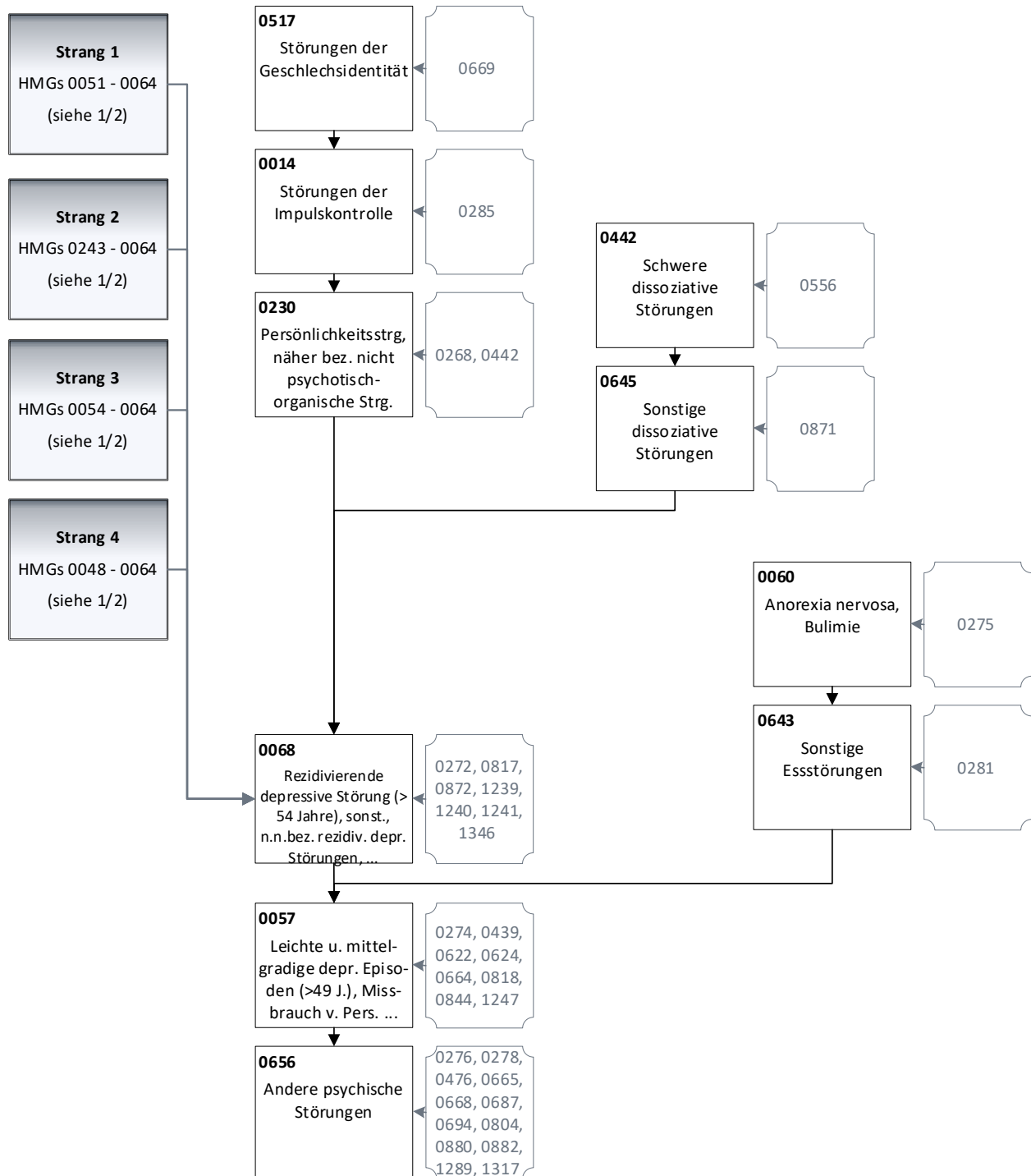
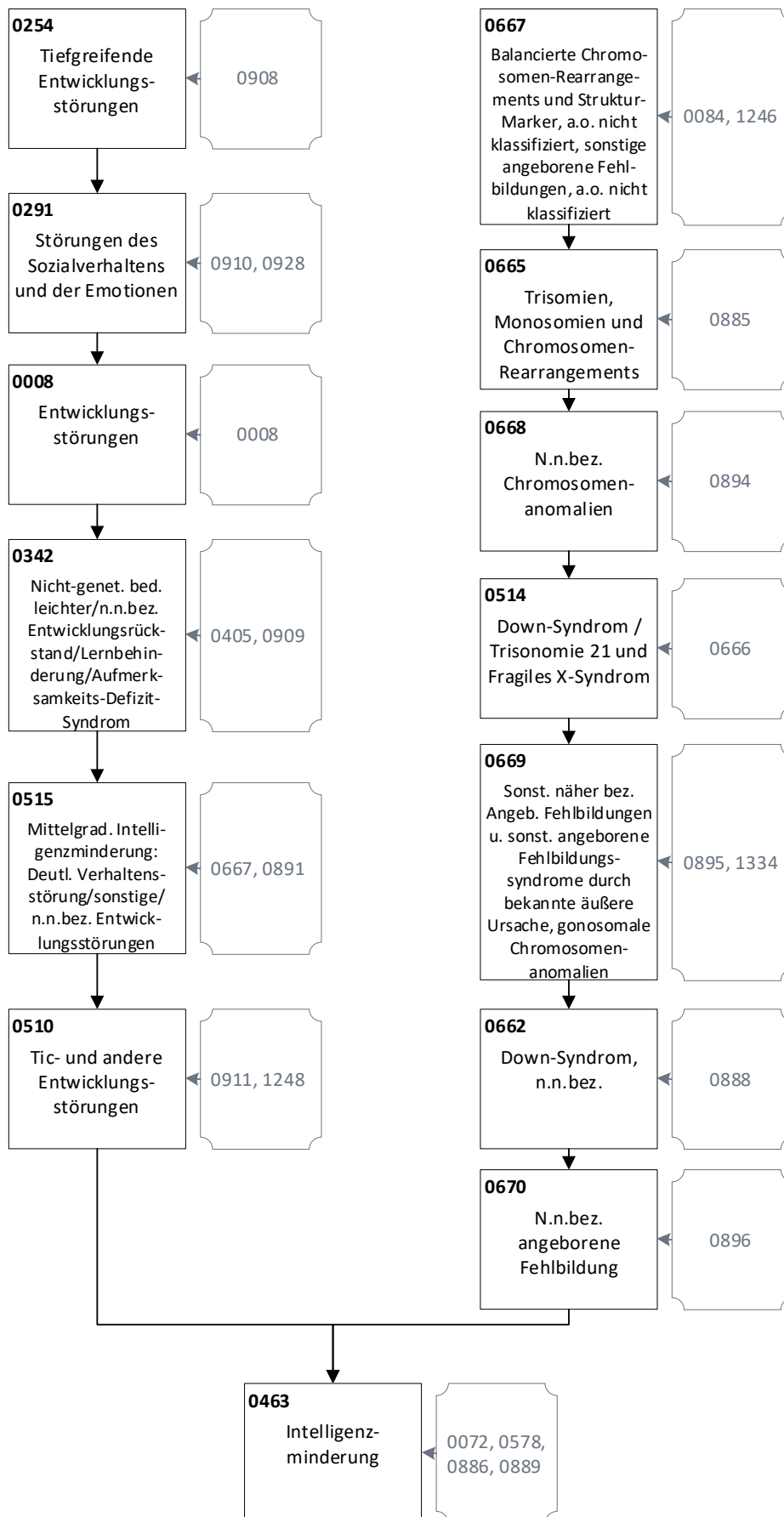


Abbildung A.3.13: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (2/2)



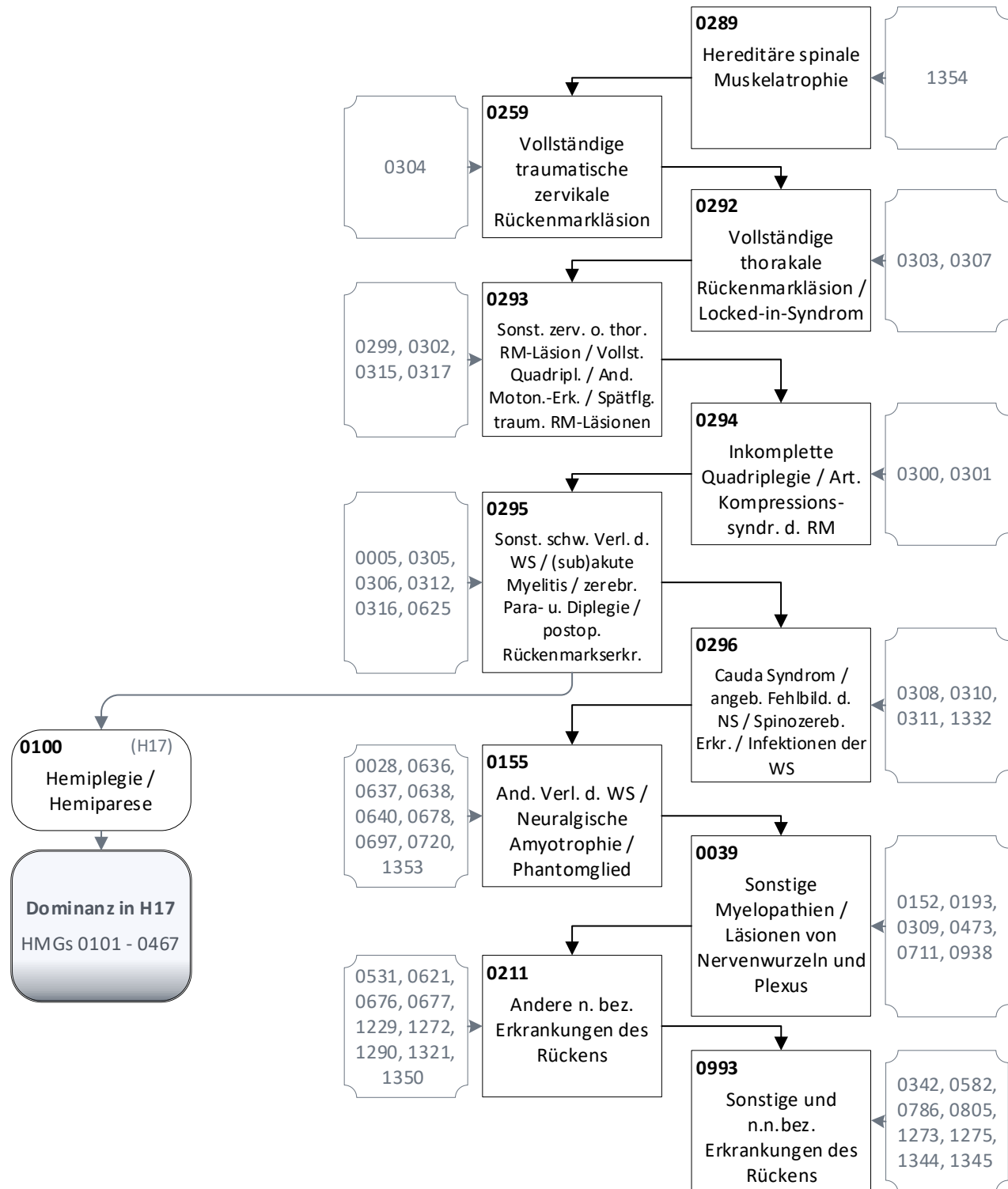
Quelle: BAS

Abbildung A.3.14: Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ (1/1)



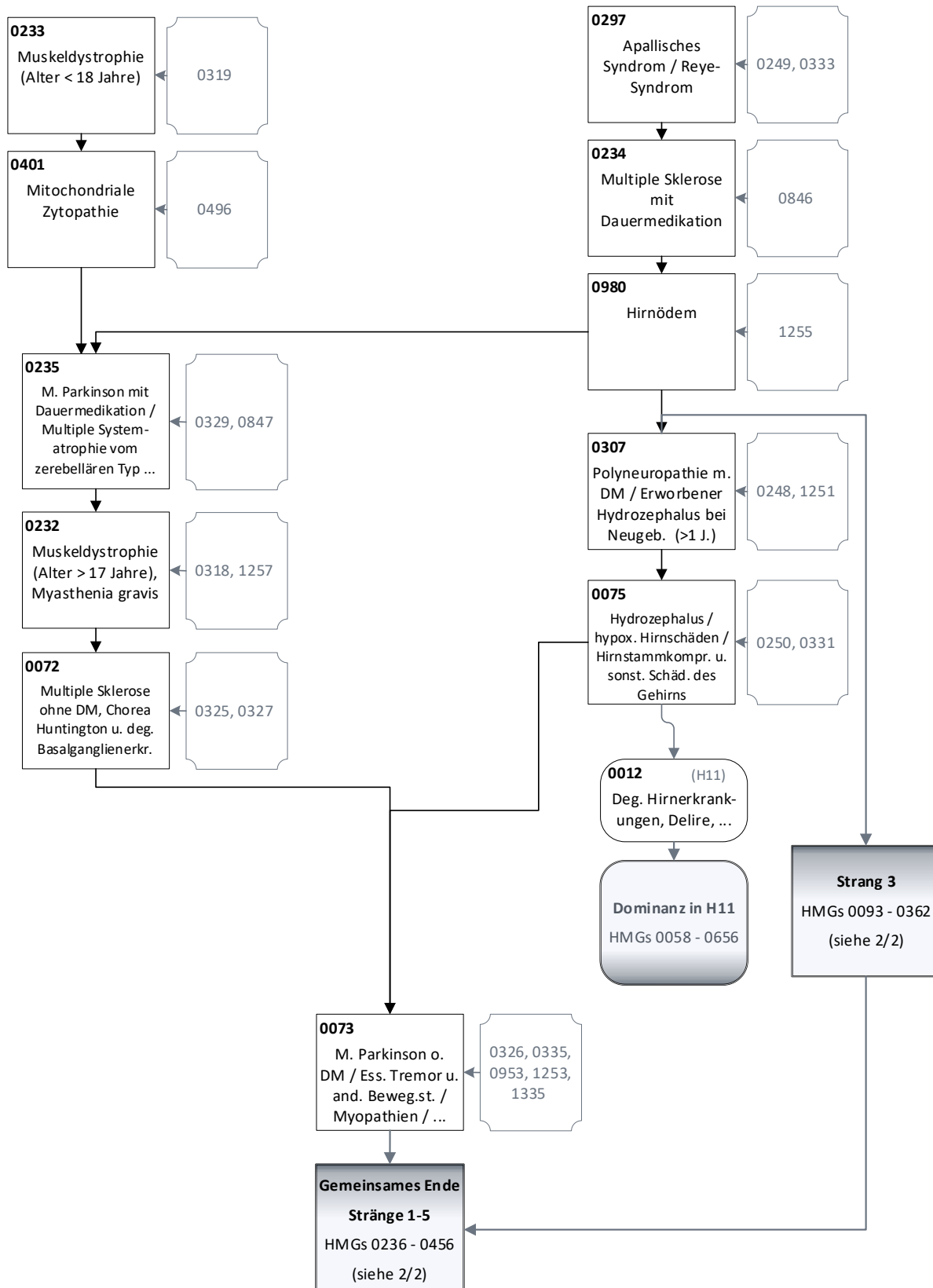
Quelle: BAS

Abbildung A.3.15: Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“ (1/1)



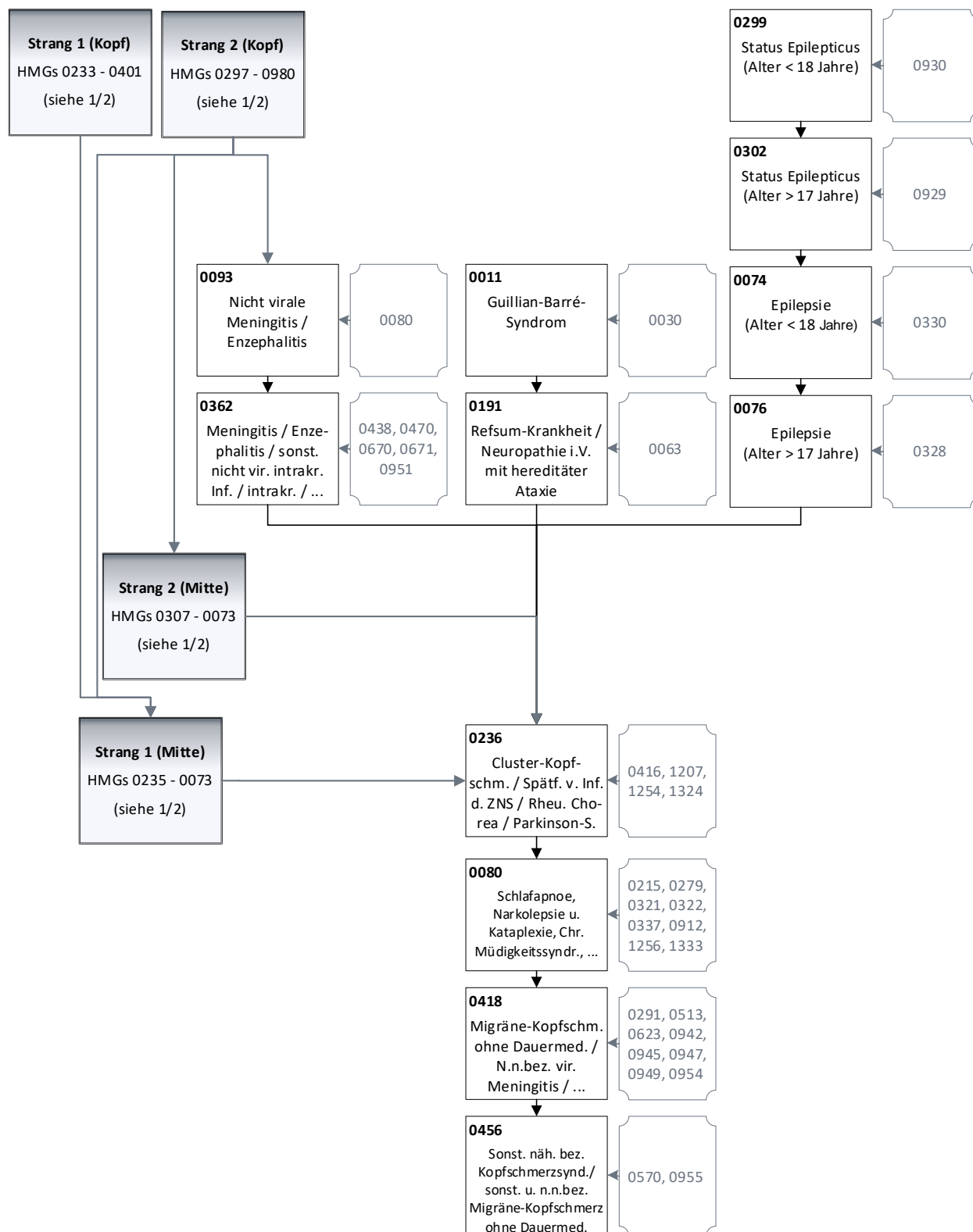
Quelle: BAS

Abbildung A.3.16: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (1/2)



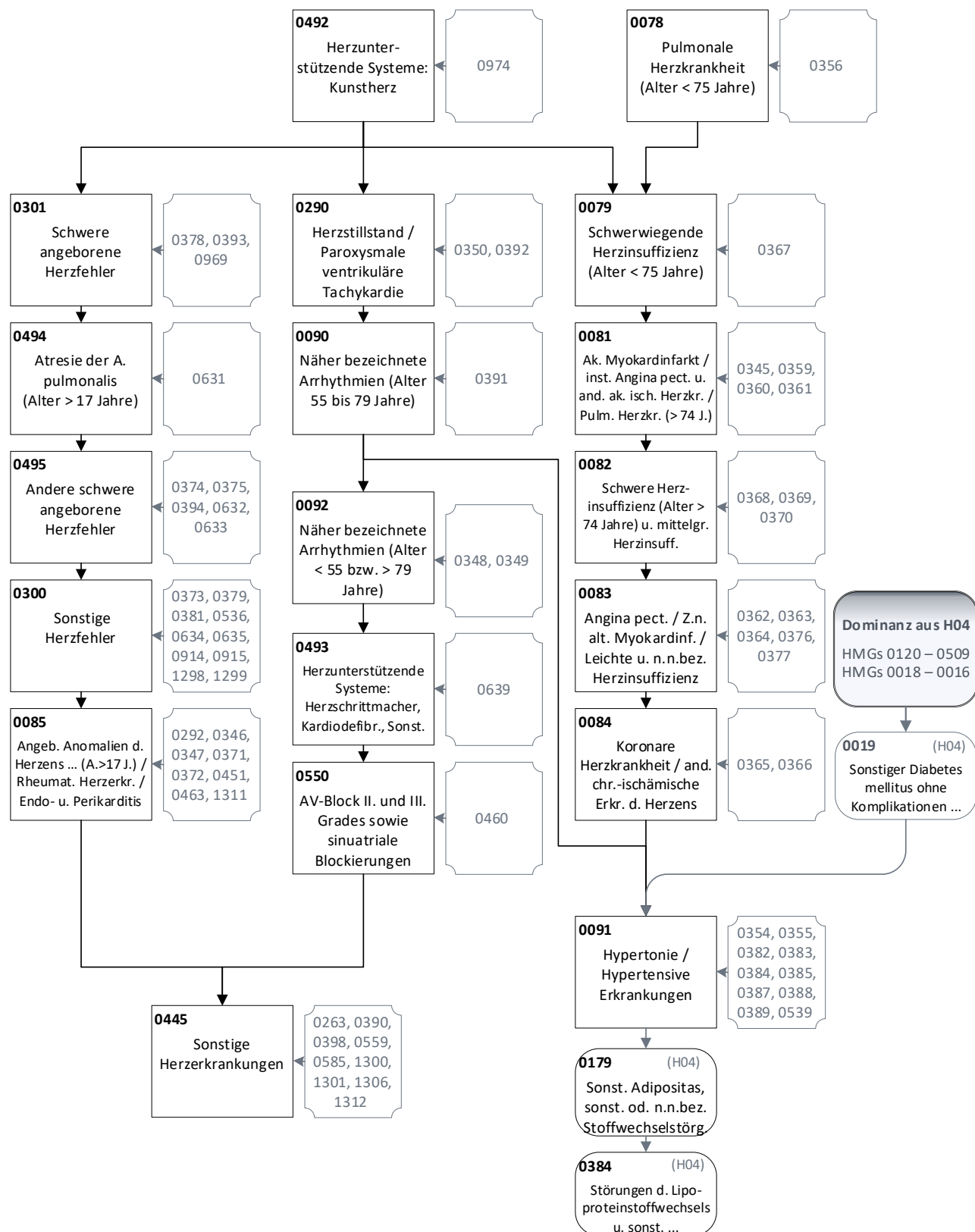
Quelle: BAS

Abbildung A.3.17: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (2/2)



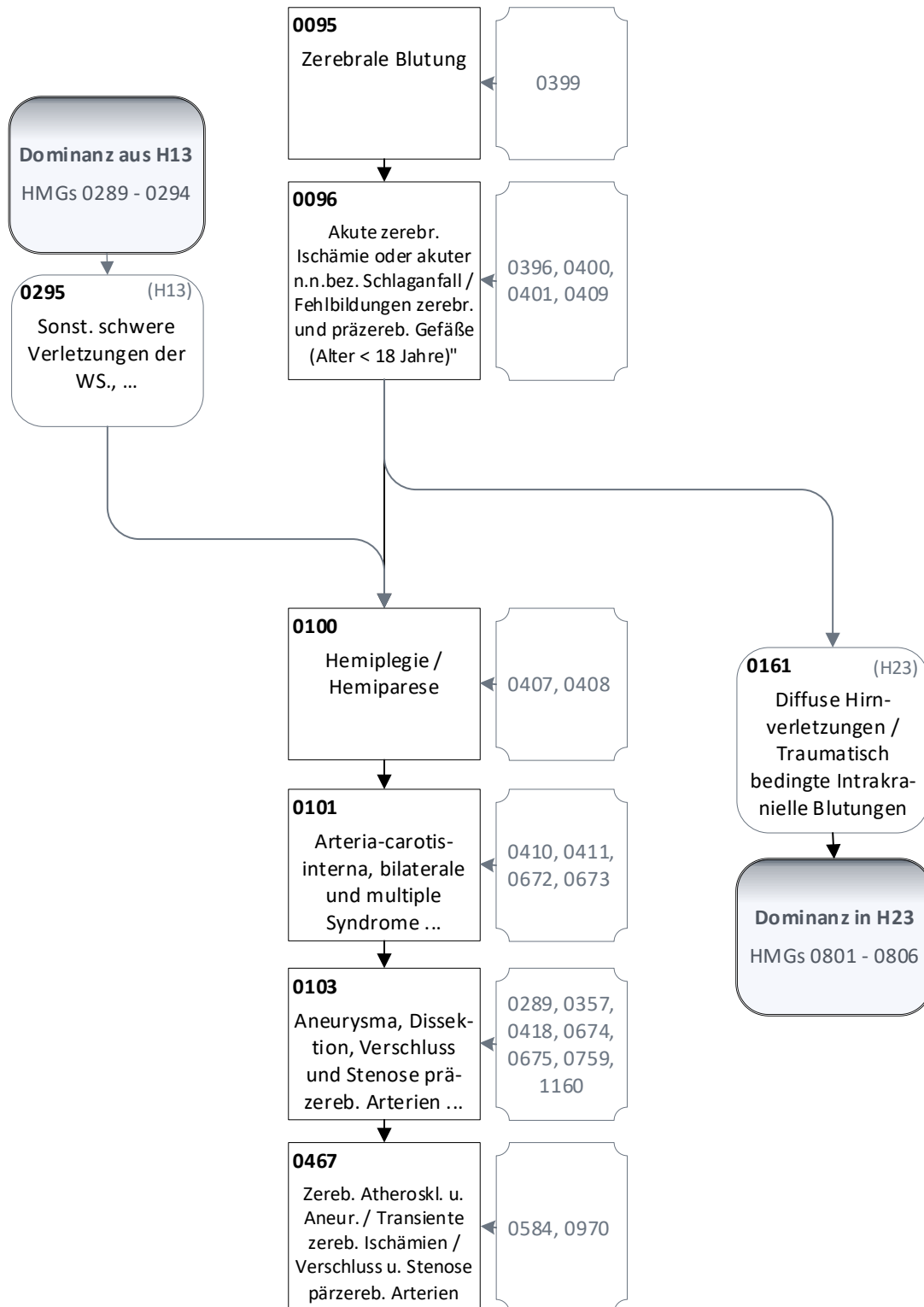
Quelle: BAS

Abbildung A.3.18: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ (1/1)



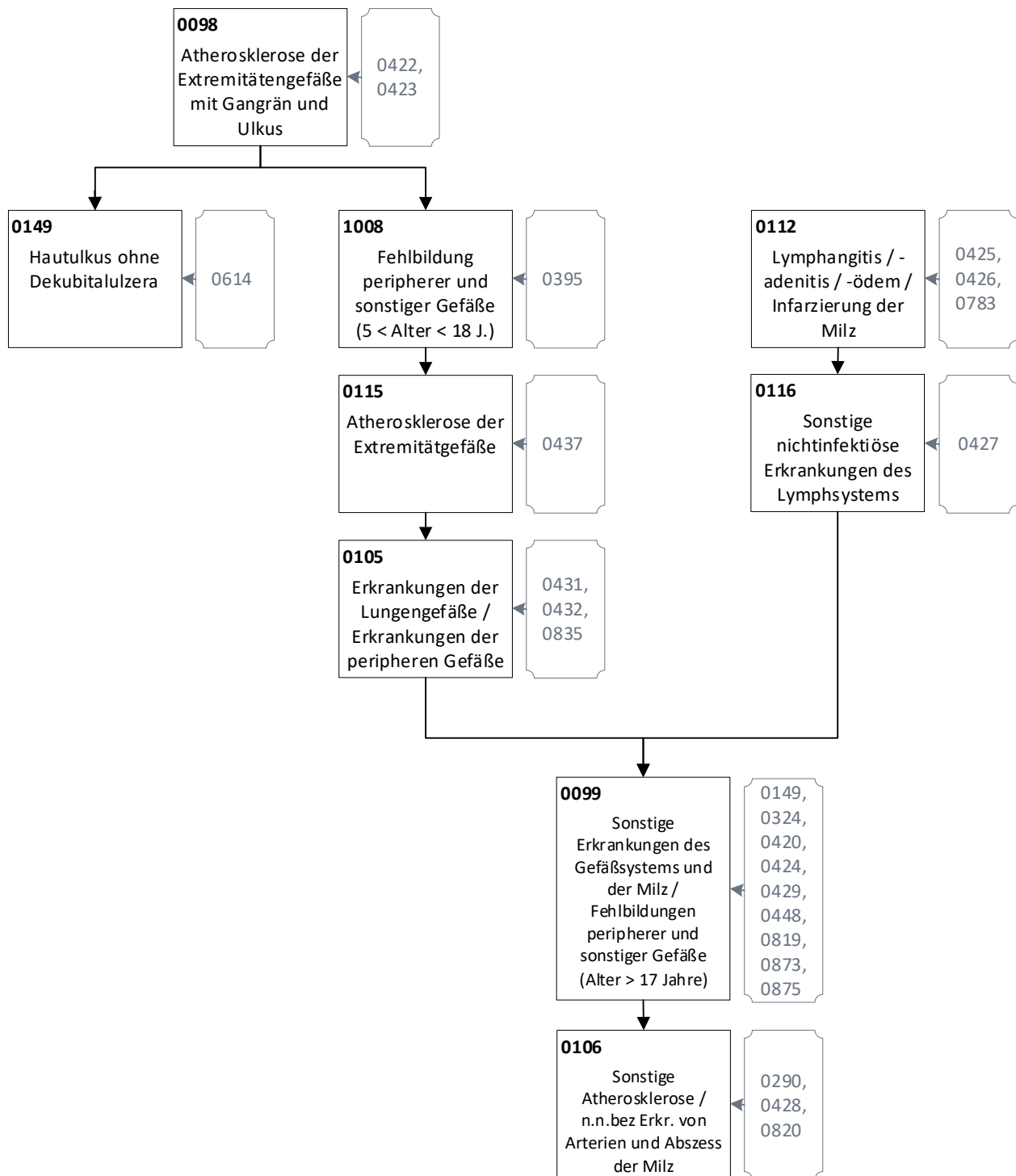
Quelle: BAS

Abbildung A.3.19: Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ (1/1)



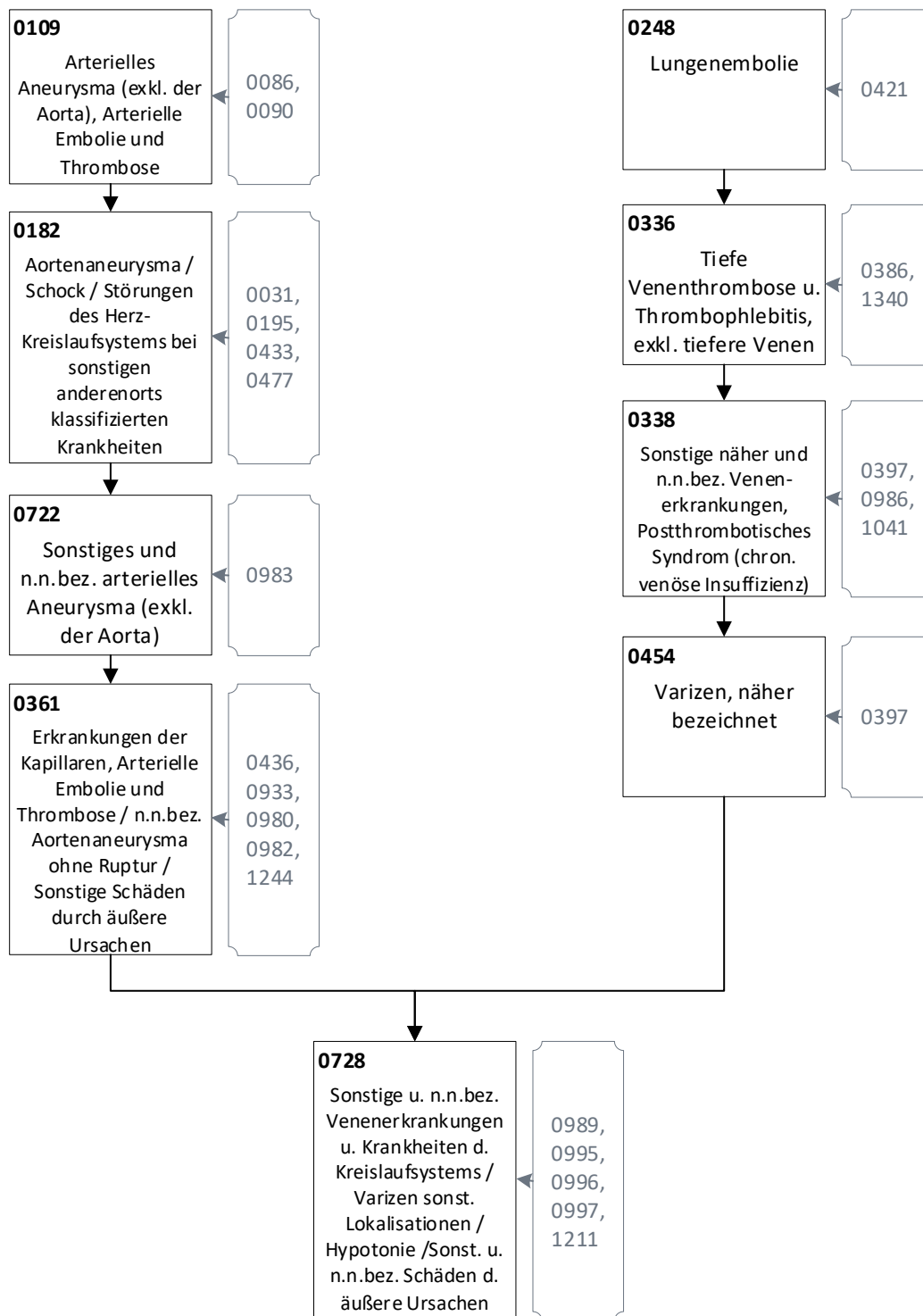
Quelle: BAS

Abbildung A.3.20: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (1/2)



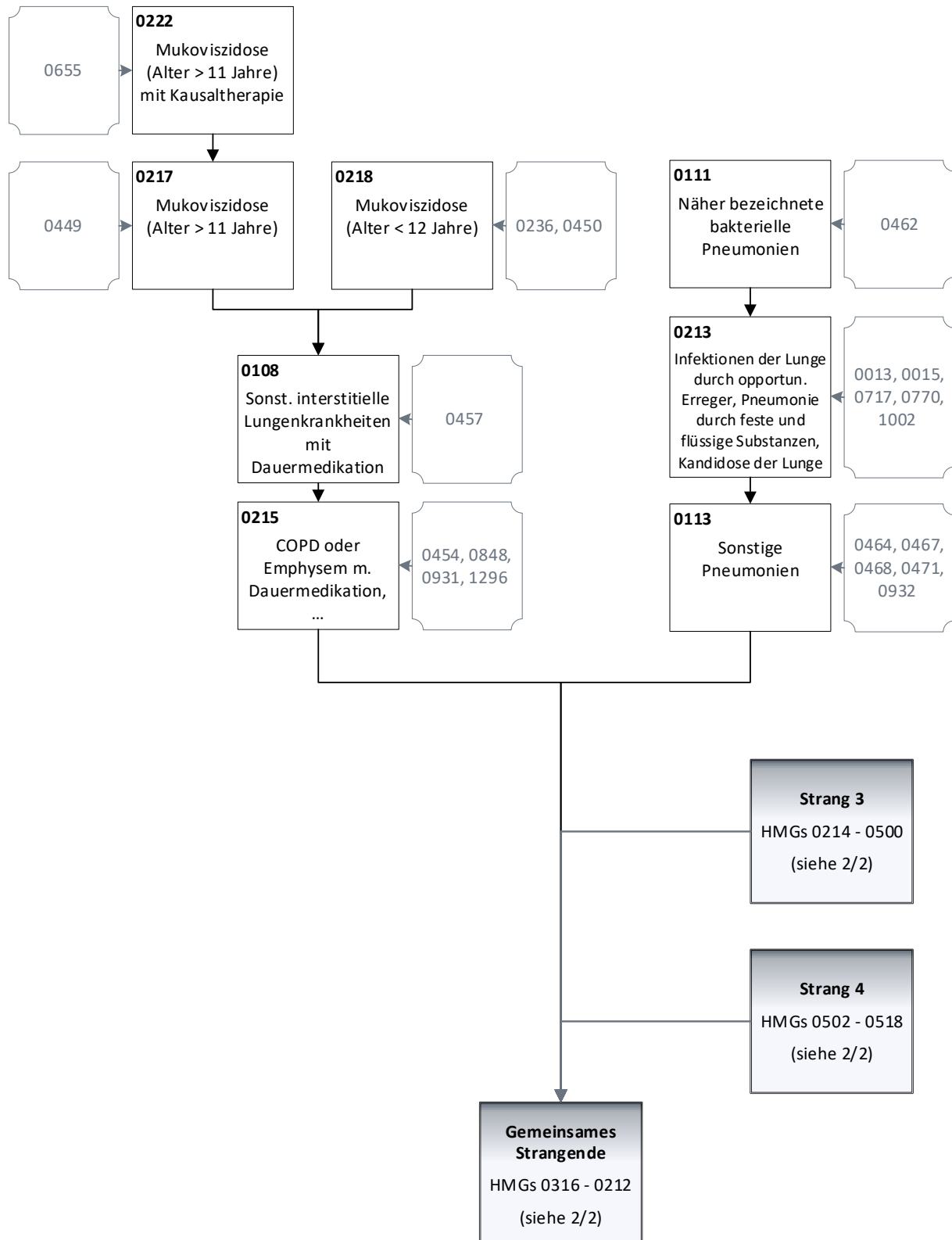
Quelle: BAS

Abbildung A.3.21: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (2/2)



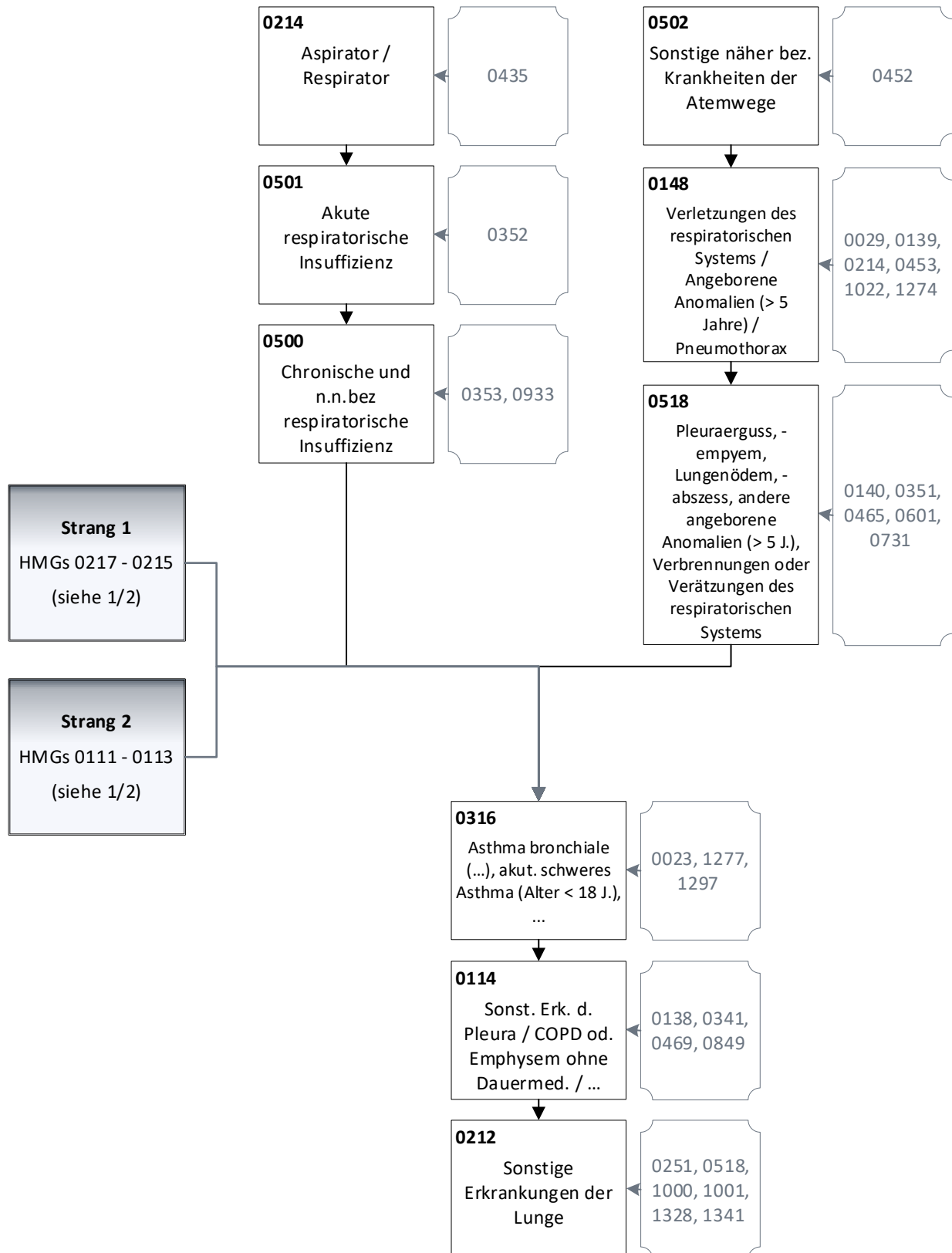
Quelle: BAS

Abbildung A.3.22: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.23: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (2/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.24: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ (1/1)

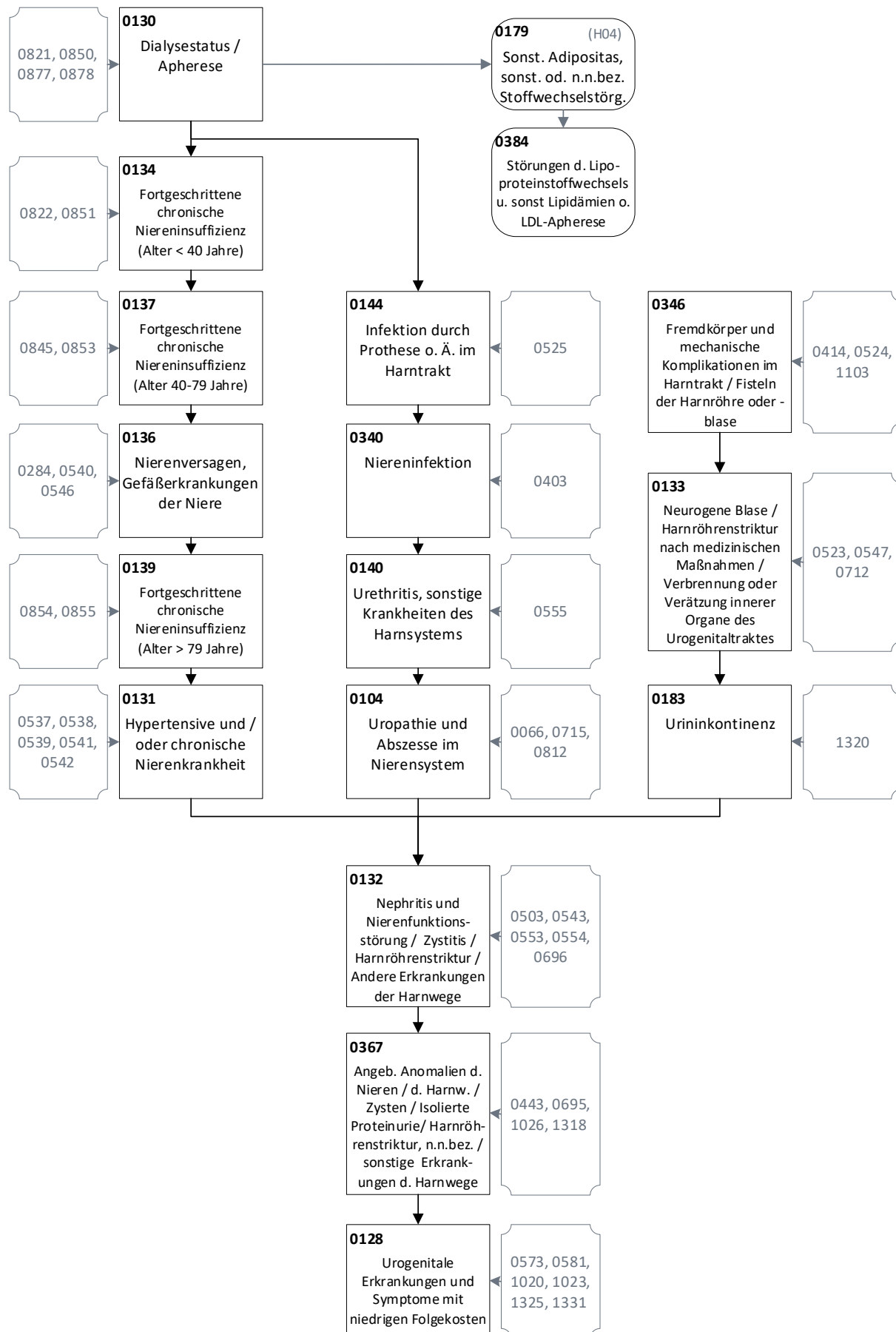
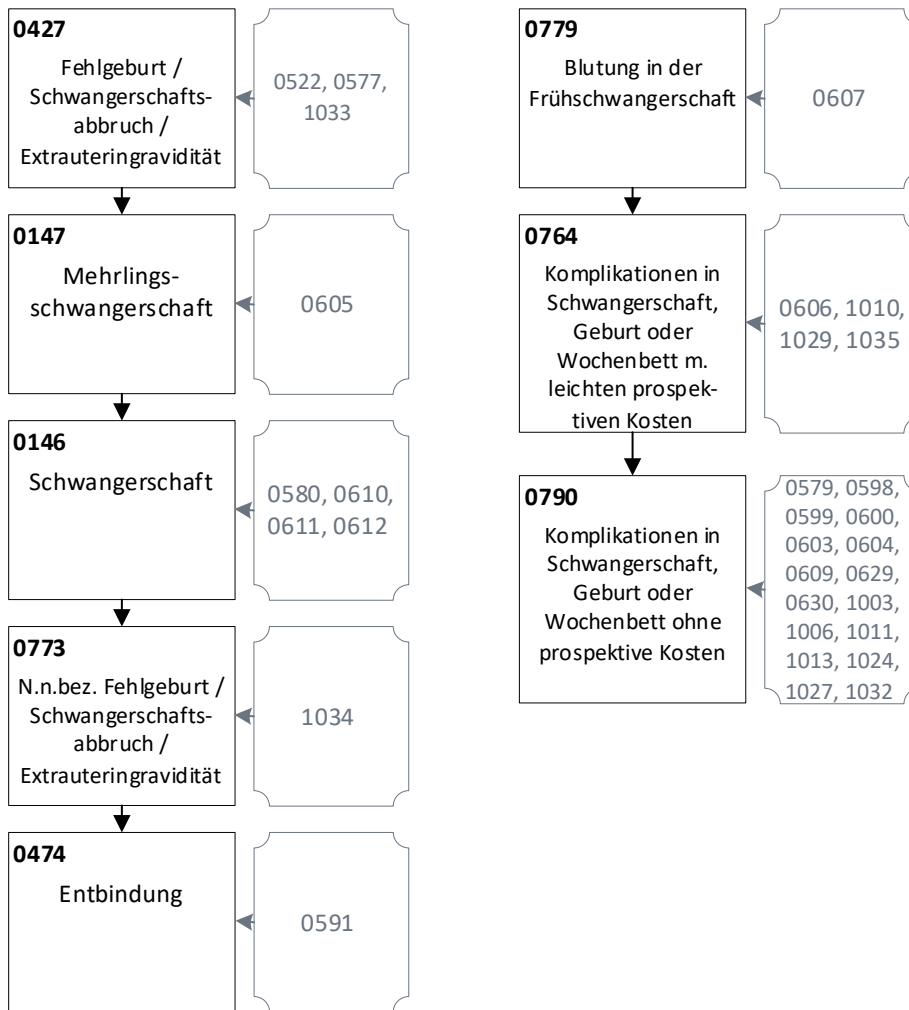
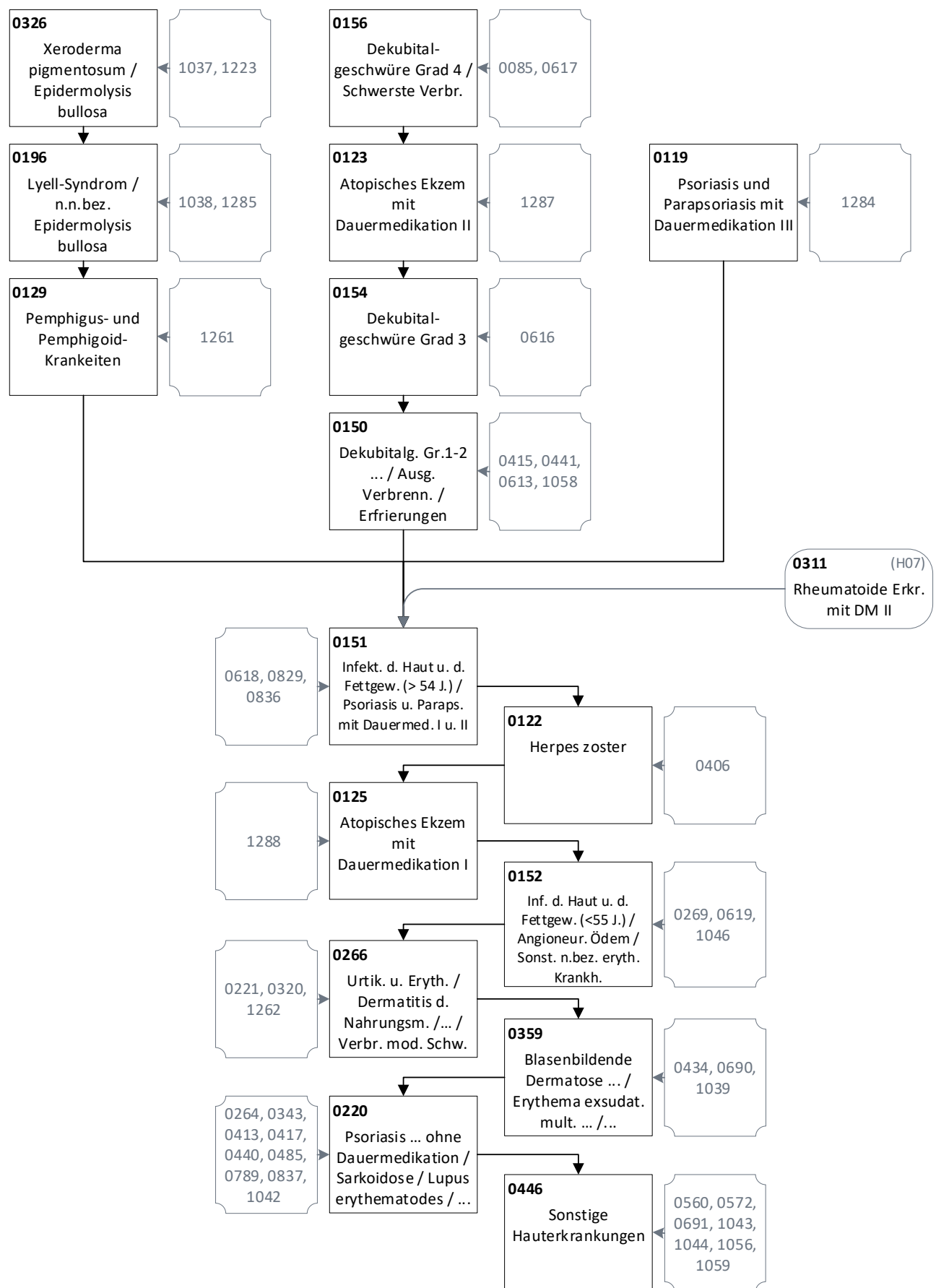


Abbildung A.3.25: Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ (1/1)



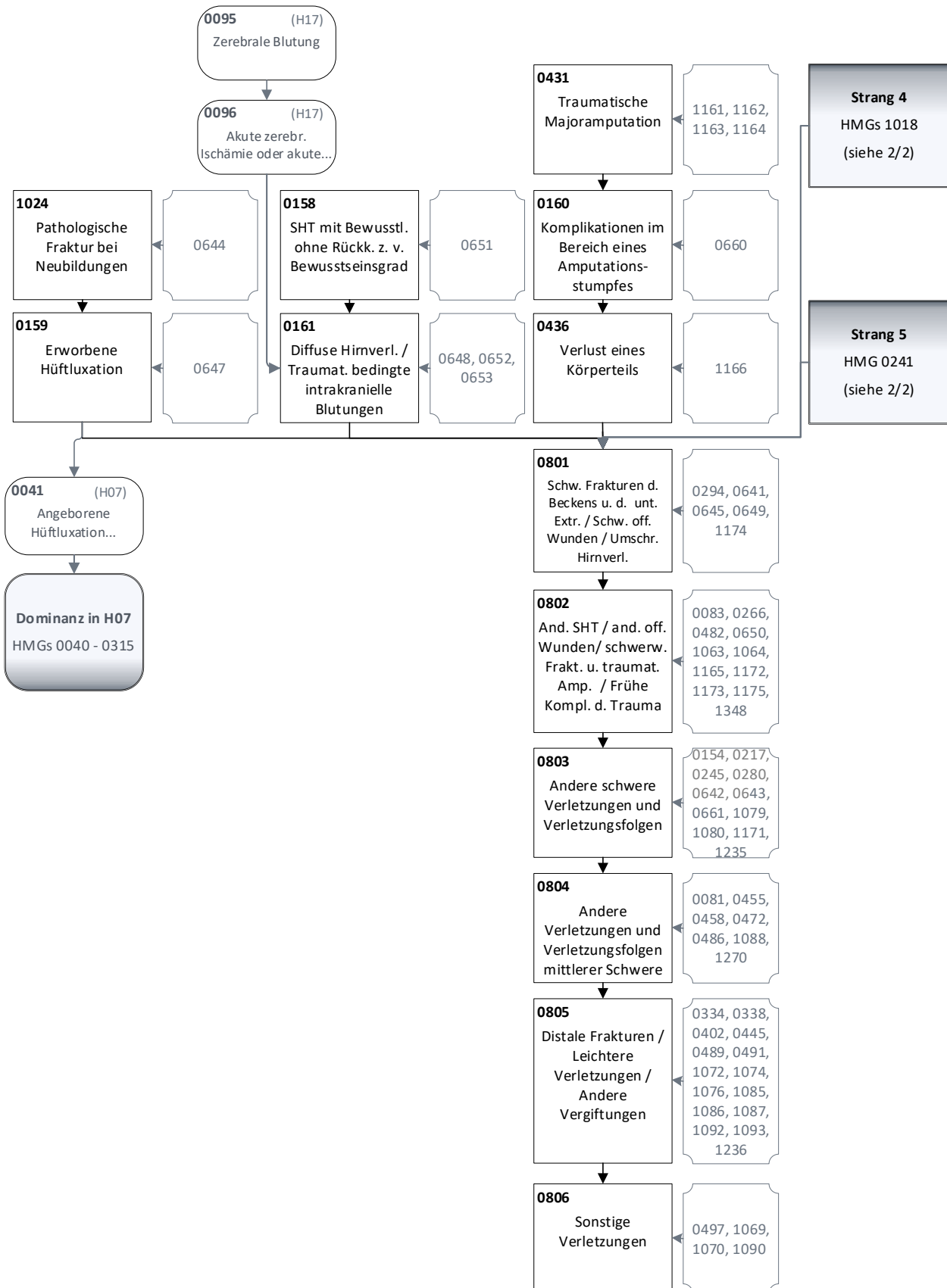
Quelle: BAS

Abbildung A.3.26: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ (1/1)



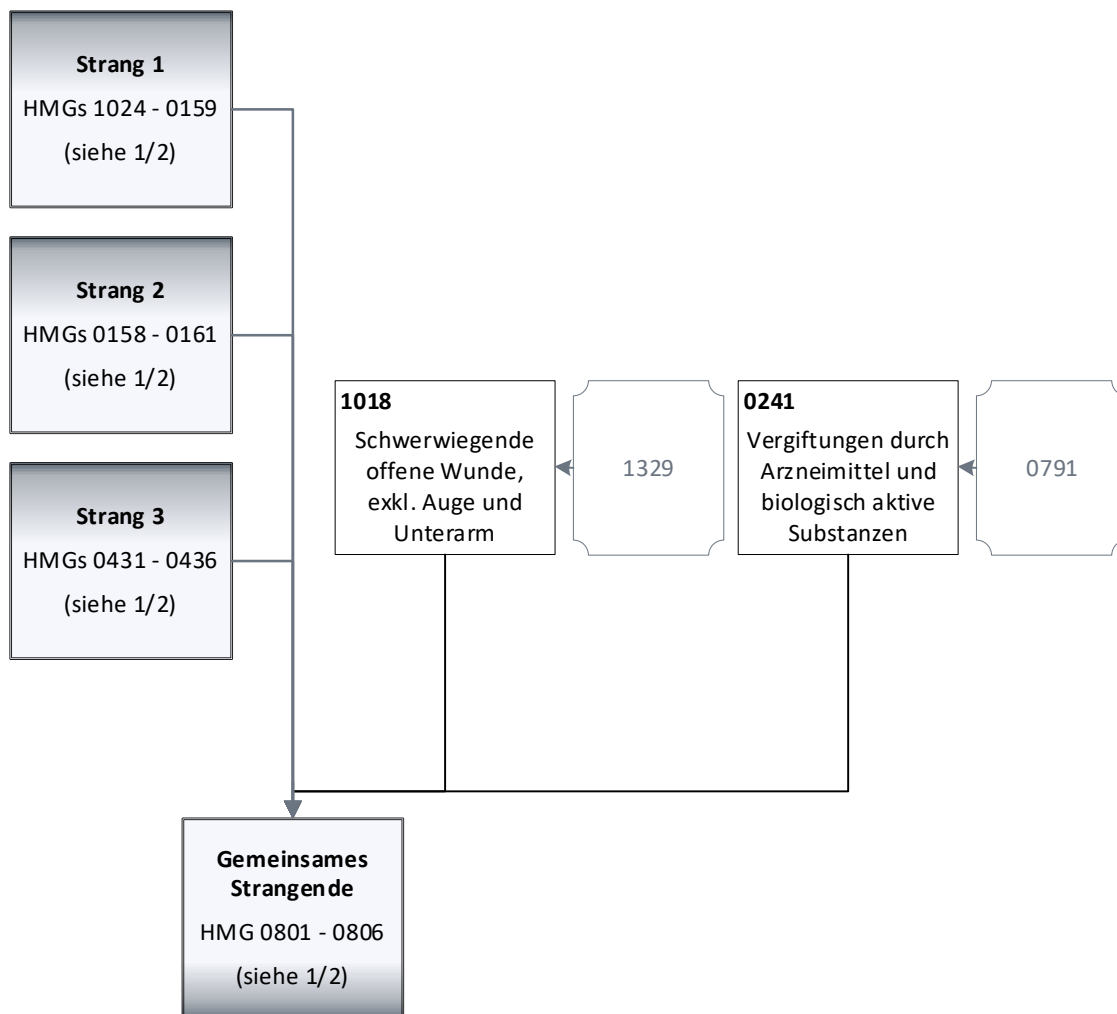
Quelle: BAS

Abbildung A.3.27: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (1/2)



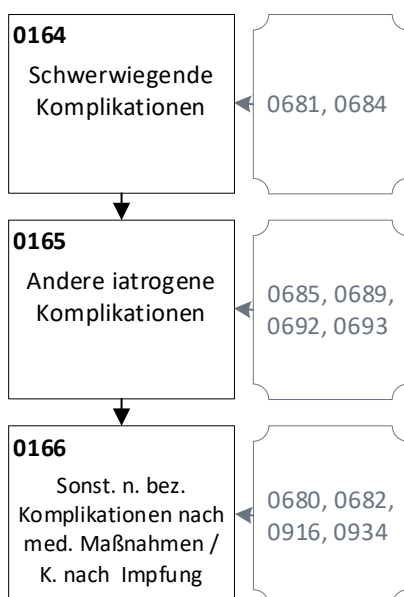
Quelle: BAS

Abbildung A.3.28: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (2/2)



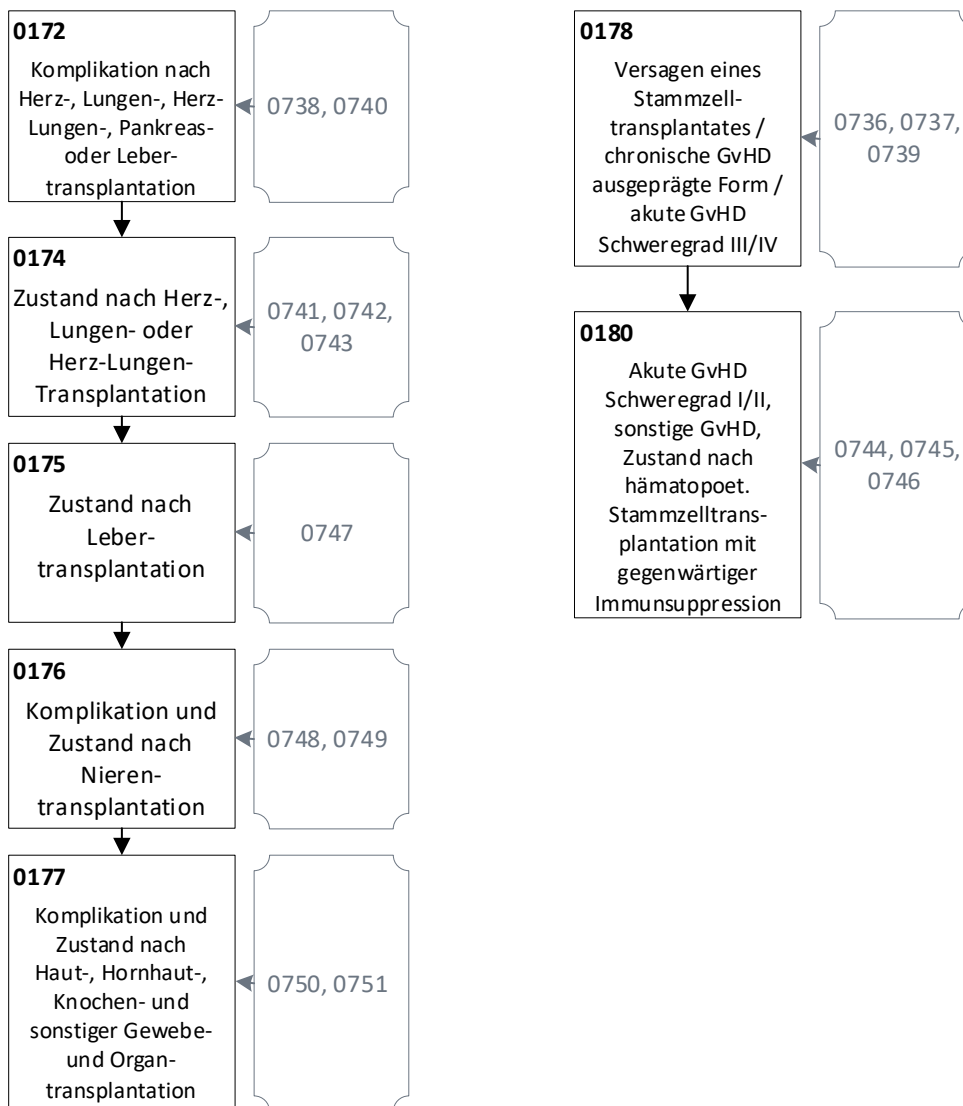
Quelle: BAS

Abbildung A.3.29: Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ (1/1)



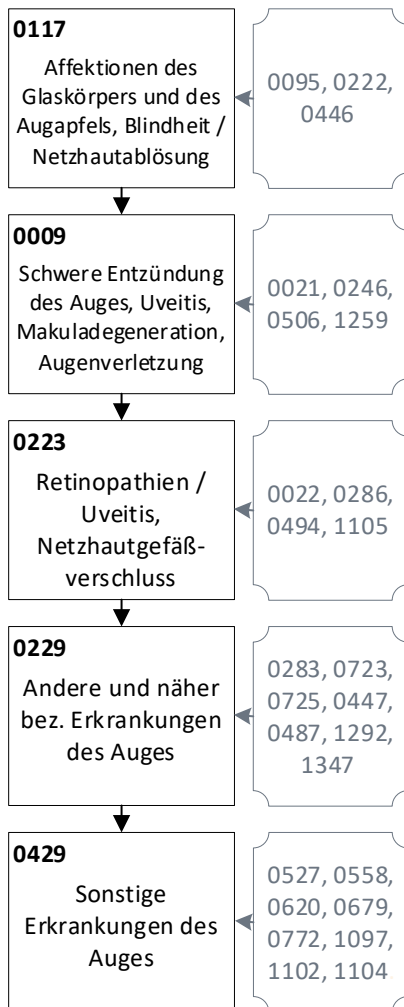
Quelle: BAS

Abbildung A.3.30: Hierarchie 25 „Transplantationen“ (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.31: Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.32: Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ (1/1)

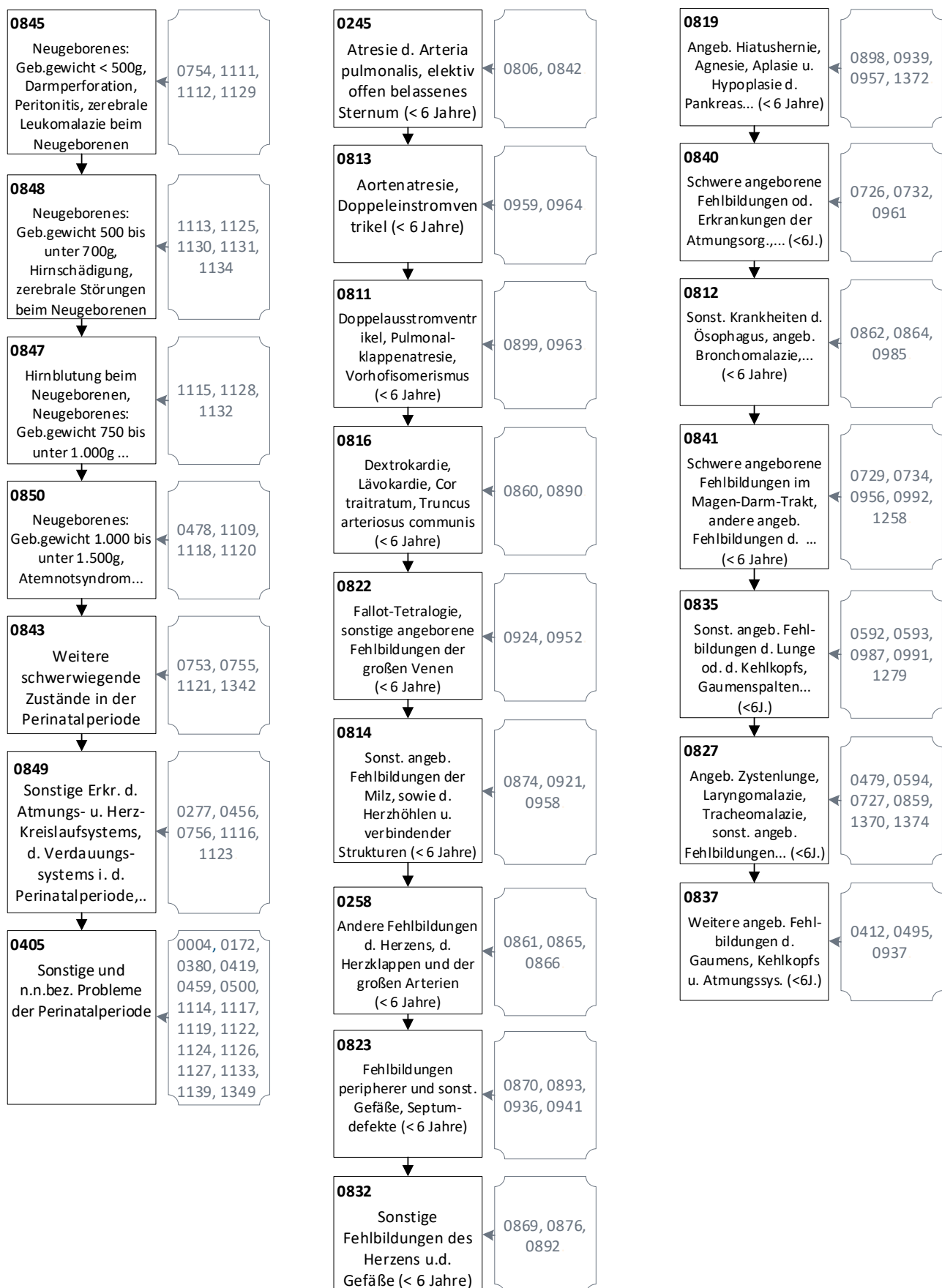
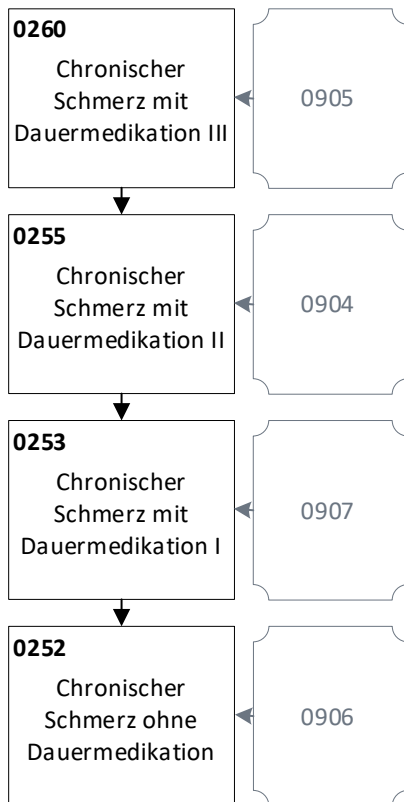
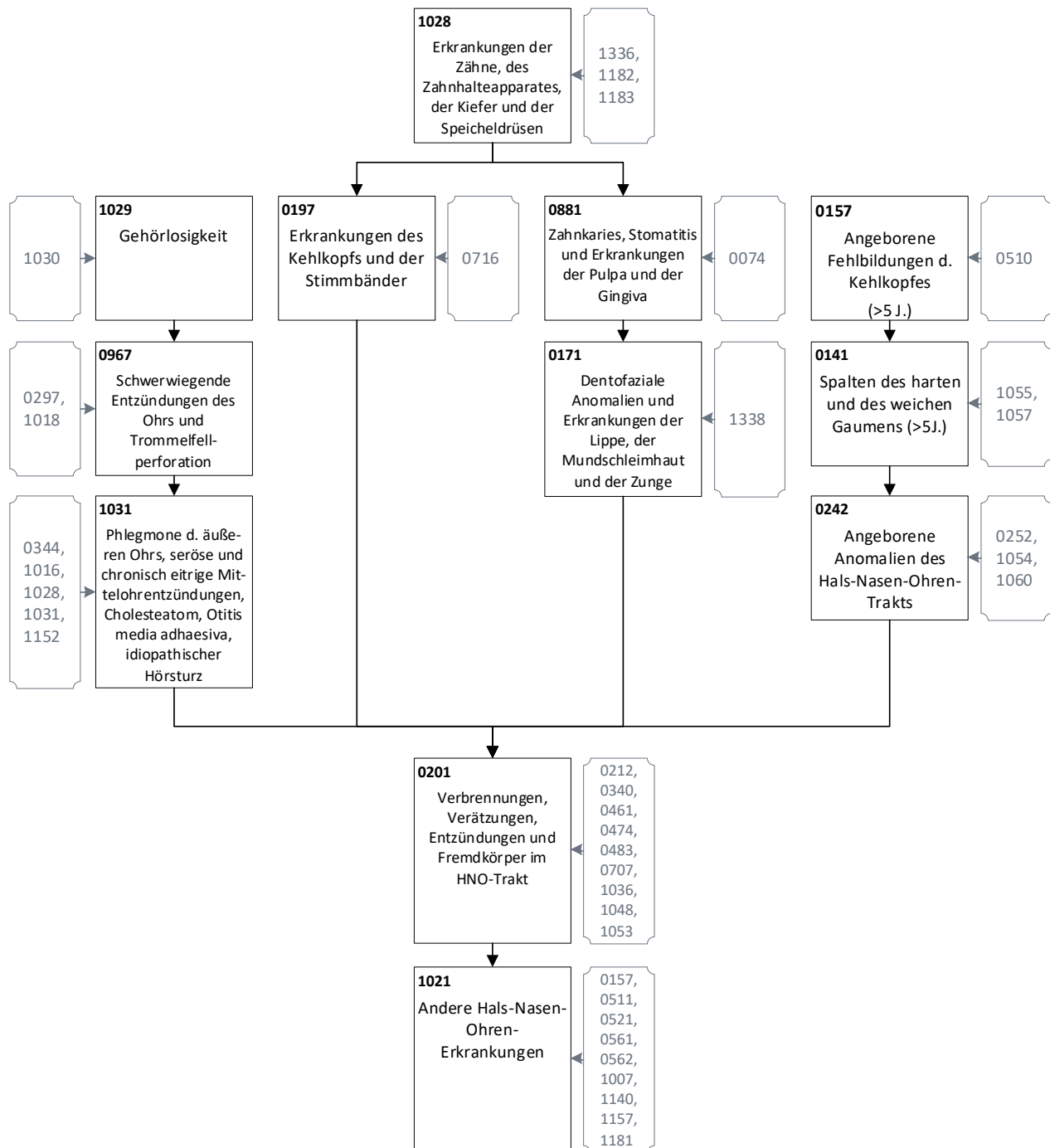


Abbildung A.3.33: Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“ (1/1)



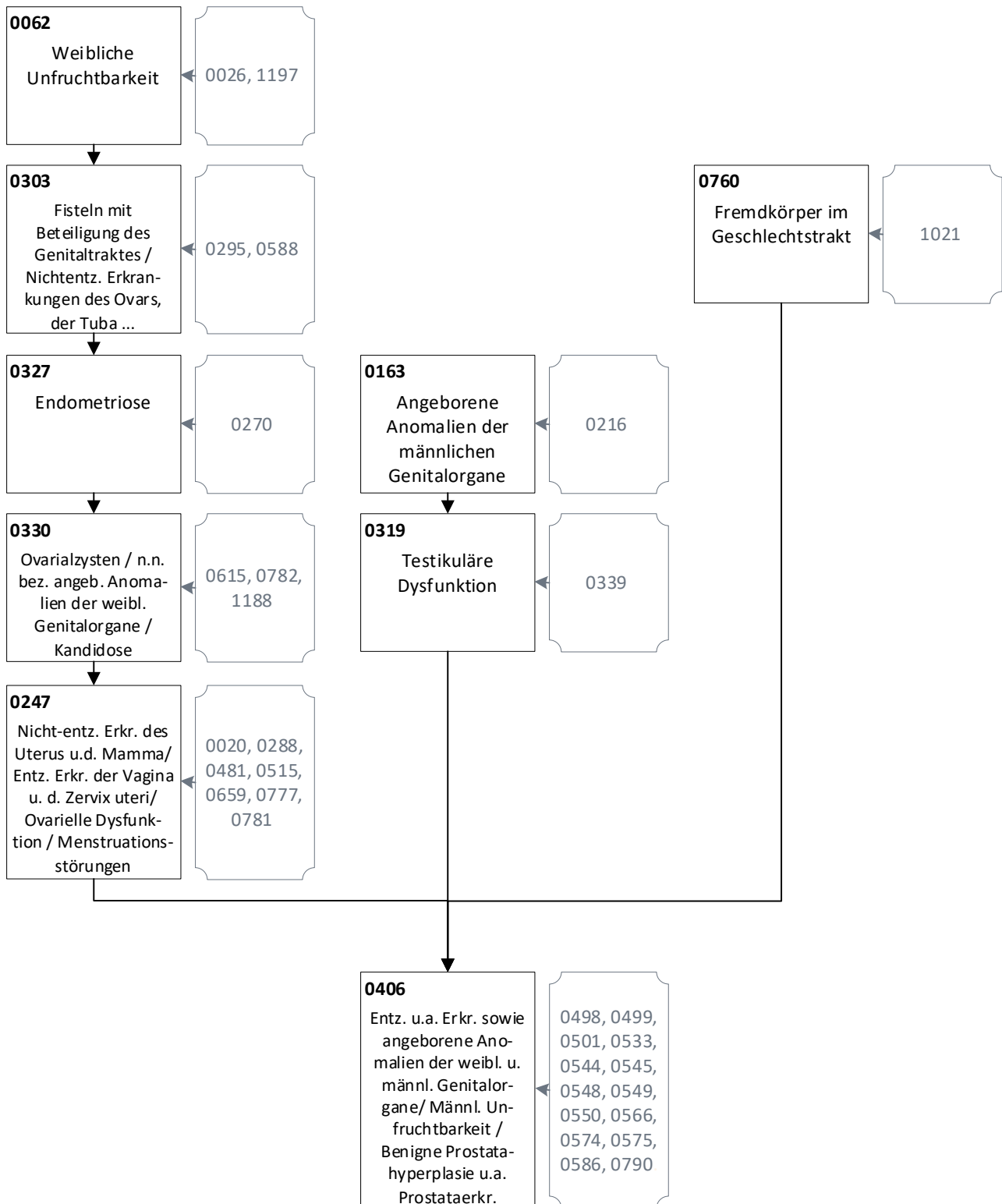
Quelle: BAS

Abbildung A.3.34: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.35: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ (1/1)



Quelle: BAS