



Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2023

05.08.2022

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

I.	Vorbemerkungen	3
II.	Grundlegende und hierarchieübergreifende Anmerkungen	4
	Verfahrensablauf und –umfang	4
	Regressionsgewichte	4
	Aufnahme bisher nicht genutzter ICD-Codes.....	5
	Darstellung der Modellstruktur.....	6
	Ko-/Multimorbidität	7
	Regionale Risikogruppen	10
	Auslandsversicherte.....	10
III.	Anpassung der Hierarchien.....	12
	Hierarchie 01 „Infektionen“	12
	Hierarchie 02 „Neubildungen“	13
	Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“	15
	Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“	18
	Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“	19
	Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“	20
	Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“	21
	Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“	23
	Hierarchie 21 „Schwangerschaft“	23
	Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“	23
	Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“	24
	Gesamtbewertung der Anpassung	26
IV.	Redaktionelle Anmerkungen	28

I. Vorbemerkungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich gemäß § 8 Abs. 4 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) am 17. Juni 2022 seine Vorschläge für die bis zum 30. September 2022 zu treffenden Anpassungen für das Ausgleichsjahr 2023 vorgelegt.

Während vom BAS in den vergangenen Anhörungsperioden nahezu alle von den Krankenkassen eingebrachten Vorschläge unberücksichtigt geblieben sind, begrüßen wir ausdrücklich, dass das BAS in diesem Anhörungszyklus unter anderem einige noch unbearbeitete Vorschläge der Innungskrankenkassen aus den vergangenen Jahren, die sich mit der stärkeren Berücksichtigung von Arzneimitteln befassen, aufgegriffen und zu einem der Bearbeitungs- und Prüfungsschwerpunkte gemacht hat.

Die Neukonzeption der Hierarchie 27 mit der Verschiebung von Diagnosen des Kindes – und Jugendalters und die Einführung weiterer Alterssplits begrüßen wir. Insbesondere die Darstellung der Quell- und der Zielhierarchie ist gelungen und führt zu einer besseren Nachvollziehbarkeit.

Neben der Einsortierung einzelner bislang ungenutzter ICD-Codes hat sich das BAS auch in diesem Jahr wieder mit der Identifikation und Eliminierung von Überdeckungen durch Komorbiditäten befasst. Ergebnis ist unter anderem die Zusammenlegung der Hierarchien 03, 04 und 30 sowie der Hierarchien 09, 10 und 11. Zudem erfolgt eine erneute Überprüfung und Anpassung der Variablenauswahl für die Regionalkomponente, deren Wirkung im Jahr 2023 in einem Gutachten vom Wissenschaftlichen Beirat zu untersuchen ist. Auch die Anforderungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG), wonach die Zuweisungen für Auslandsversicherte ab dem Ausgleichsjahr 2023 neu zu regeln sind, wurden vom BAS mit der Einführung länderbezogener Risikogruppen umgesetzt.

Unsere Anmerkungen zum Festlegungsentwurf haben wir wie folgt gegliedert: hierarchieübergreifende und grundlegende Hinweise zum Verfahren und zur Methodik sind im Kapitel II dargestellt. Anpassungsvorschläge für die einzelnen Hierarchien sind im Kapitel III zusammengefasst. Redaktionelle Anmerkungen sind in Kapitel IV aufgeführt.

II. Grundlegende und hierarchieübergreifende Anmerkungen

Verfahrensablauf und –umfang

Der Umfang der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf hat mit der Einführung des Vollmodells und der Regionalkomponente deutlich zugenommen. In diesem Jahr sind von den Verfahrensbeteiligten mehr als 650 Seiten zu beurteilen. Mit einer Reduzierung des Beurteilungsumfangs ist perspektivisch nicht zu rechnen. Bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahren für das Ausgleichsjahr 2022 wurde von mehreren Seiten eine zeitliche Entzerrung des Anhörungsverfahrens gefordert, um die umfangreichen vom BAS vorgelegten medizinisch interdisziplinären Anpassungsvorschläge qualifiziert prüfen und bewerten zu können. Die Forderungen nach einer mehrjährigen Planung und Festlegung von Untersuchungsschwerpunkten hatte das BAS aus Gründen der Volatilität bei den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen abgelehnt. Aus Sicht der Innungskrankenkassen wäre es schon hilfreich, wenn das BAS seine Planungen und Untersuchungsschwerpunkte für den nächsten unmittelbar anstehenden Stellungnahmezyklus frühzeitig bekannt gäbe (z.B. im ersten Quartal), damit sich alle Verfahrensbeteiligten mit Blick auf die begrenzte Stellungnahmefrist strukturiert und qualifiziert mit den Themen auseinandersetzen können. Eine intensive Auseinandersetzung mit den vom BAS angestrebten Veränderungen des Modells ist im Rahmen der engen Stellungnahmefristen kaum fundiert möglich.

Regressionsgewichte

Auf Anregung einzelner Krankenkassen im Stellungnahmeverfahren 2022 hat das BAS im Festlegungsentwurf 2023 die Kostengewichte ohne Nullsetzung veröffentlicht. Dadurch lassen sich die Effekte innerhalb einer Hierarchie zwischen den einzelnen Modellen besser vergleichen. Da das BAS in diesem Jahr allerdings auf die Veröffentlichung der Kostenschätzer bei Nullsetzung negativer Regressionsgewichte verzichtet hat, wird eine Gesamtbewertung und ein Modellvergleich mit anderen Modelljahren nahezu unmöglich. Die Umverteilungswirkungen zu den anderen Risikogruppen sind durch die Nullsetzungen nicht mehr erkennbar. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen ist die Bereitstellung der Kostenschätzer unter Berücksichtigung von Hierarchieverletzungen und der Nullsetzung negativer HMG-Kostenschätzer für eine sinnvolle Bewertung förderlich. Der IKK e.V. regt daher an, für künftige Anhörungszyklen zusätzlich auch die Kostenschätzer nach Nullsetzung negativer Koeffizienten sowie nach der Beseitigung von Hierarchieverletzungen bereitzustellen.

Aufnahme bisher nicht genutzter ICD-Codes

Das BAS hat sich neben der Eingliederung neuer ICD-Codes in diesem Jahr auch mit der Aufnahme bisher ungenutzter ICD-Codes befasst. Im Rahmen des Anhörungsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2022 hatten der GKV-SV sowie einzelne Krankenkassenverbände Vorschläge zur Berücksichtigung bisher nicht verwendeter ICD-Codes eingebracht. In der Folge wurden 188 bislang nicht verwendete ICD-Codes in das Klassifikationsmodell eingegliedert. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um Diagnosen zu Fettstoffwechselstörungen, Vergiftungen, neurologische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Herzkreislaufsystems und der Lunge. Die vom BAS vorgenommenen Einordnungen im Ausgangsmodell halten wir grundsätzlich für sachgerecht, jedoch zeigt es sich immer wieder, dass das Vorgehen nicht systematisch ist. Die vorgeschlagenen ICD Codes werden in die Anlage 1 aufgenommen, eine Überprüfung weiterer bisher noch nicht berücksichtigter ICD Codes auf 4-Steller Ebene in derselben Gruppe auf Grundlage der jeweils gültigen Fassung des ICD-10-GM unterbleibt. Dies führt zu einer erneuten Verzerrung und in der Folge zu höheren Arbeitsaufwänden.

Eine Ursache hierfür könnte sein, dass bei der Bearbeitung thematisch inhaltlich neue DxG bzw. HMG gebildet werden, jedoch die Diagnosen, die nicht direkt in Zusammenhang mit der Bearbeitung stehen nicht berücksichtigt werden.

Hierzu möchten wir folgendes konkretes Beispiel anführen:

Die Diagnosen F17.0 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Akute Intoxikation [akuter Rausch]“, F17.3 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom“, F17.4 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom mit Delir“, F17.5 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Psychotische Störung“, F17.6 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Amnestisches Syndrom“ und F17.7 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung“ wurden bei der Integration in das Vollmodell im Zuge der Festlegung 2021 aufgenommen und der DxG1289 „Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak“ der gleichnamigen HMG0352 in der Hierarchie 11 zugeordnet. Durch die Restrukturierung der Hierarchien 09, 10, 11 erfolgt nun die Zuordnung zur neuen HMG0656 „Andere psychische Störungen“.

Die ICD-Codes F17.1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch“, F17.2 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom“, F17.8 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen“ und F17.9 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak:

Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung“ blieben bisher unberücksichtigt, obwohl sie aus medizinischer Sicht inhaltlich in die entsprechenden DxGs bzw. HMGs der Hierarchie passen würden. Eine Begründung die Auswahl der ICD Codes bzw. der Nicht-Berücksichtigung der anderen ICD Codes erfolgt nicht. (s. Erläuterungen zur Festlegung der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2021, S.111)

Zusätzlich verbleibt nach wie vor noch eine Vielzahl an Symptom-Codes unberücksichtigt, wie z.B. die Diagnosen für eine Glukosetoleranzstörung R73.0 bzw. R73.9, die in einem engen medizinischen Zusammenhang mit dem Metabolischen Syndrom / Adipositas und Diabetes mellitus Typ II stehen. Das gleiche gilt für den ICD Code R81 „Glucosurie“. Über beide ICD-Codes ließe sich der Prädiabetes, der gehäuft bei extremer Adipositas auftritt, zielgenauer abbilden.

Gerade bei umfassenden Überarbeitungen, wie sie in diesem Jahr die Hierarchie 04 und 11 erfahren haben, halten wir es für unabdingbar, dass zu Beginn der Neustrukturierung eine intensive Auseinandersetzung nicht nur mit den neuen sondern auch mit den bisher nicht berücksichtigten ICD-Codes erfolgt.

Für das künftige Stellungnahmeverfahren wünschen wir uns eine strukturierte Auseinandersetzung und systematische Überprüfung aller bislang noch nicht berücksichtigter Diagnosen durch das BAS. Dabei sollte sich das BAS nicht ausschließlich von der Prädiktionsgüte leiten lassen, ob Diagnosen berücksichtigt werden sollten oder nicht, auch medizinische Aspekte und Zusammenhänge sollten in die Entscheidung mit eingebunden werden. Bei der Verwerfung sollten die Argumente aus Gründen der Nachvollziehbarkeit dargelegt werden.

Darstellung der Modellstruktur

Nach unserer Auffassung hat sich die Übersichtlichkeit der Modellstruktur im Vergleich zum Vorjahr nicht verbessert. Die Nummerierung der Hierarchiestränge, die im Vorjahr begonnen wurde, wird nur im Textabschnitt zur Hierarchisierung und in einigen ausgewählten Hierarchieübersichten, wie z.B. Hierarchie 08, umgesetzt. Daher möchten wir unsere Forderung aus dem letzten Stellungnahmeverfahren erneuern. Eine konsequente und durchgängige Nummerierung aller Hierarchiestränge sowohl im Ausgangsmodell wie auch im Festlegungsentwurf würde die Verständlichkeit der durchgeführten Analyse-schritte verbessern und die Übersichtlichkeit der Modellstruktur deutlich erhöhen.

Ebenso wäre es für eine bessere Übersicht sinnvoll, 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.).

Ko-/Multimorbidität

Das Ziel einer adäquaten Abbildung von Komorbidität im Klassifikationsverfahren ist es, unerwünschte Kodieranreize zu reduzieren und Mehrfachzuschläge abzubauen. In der Vergangenheit hat sich immer wieder gezeigt, dass bestimmte Versichertengruppen in Abhängigkeit von der Anzahl der von ihnen ausgelösten HMG-Zuschläge systematische Fehldeckungen im RSA aufweisen. In seiner Stellungnahme zum Festlegungsentwurf 2021 hatte unter anderem der GKV-SV gefordert das gemeinsame Auftreten bestimmter HMGs systematisch zu untersuchen und Komorbiditäten im RSA „zielgenau abzubilden, ohne falsche Kodieranreize zu setzen“ (Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.08.2020, S.6)

Im Anhörungszyklus 2022 hatte das BAS sein Hauptaugenmerk auf die hierarchieinternen HMG-Abhängigkeiten gesetzt. Bei der Überarbeitung der Hierarchien wurden zahlreiche HMGs zusammengelegt. Die HMG-Anzahl verringerte sich von 495 auf 390. Die Kennzahlen über die relativen Fehldeckungen nach Alter und HMG verbesserten sich.

Auch in diesem Jahr legt das BAS einen Überarbeitungsschwerpunkt auf die Identifikation und den Abbau von Überdeckungen infolge von Komorbidität. Die Überprüfung dieser kritischen hierarchieübergreifenden Komorbiditäten begrüßen wir. Entspricht sie doch einer Forderung der Innungskrankenkassen aus dem Vorjahr. Zusätzlich möchten wir darauf hinweisen, dass es bei den Komorbiditäten zu Unterdeckungen kommen kann, auch diese sind aus Sicht des IKK Systems systematisch zu bearbeiten.

Die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse der Komorbiditätsanalyse im diesjährigen Anhörungszyklus nur begrenzt möglich, da die Datengrundlage seitens des BAS aus unserer Sicht nicht ausreichend dargelegt ist. Für eine konstruktive Bewertung der Komorbiditäten ist eine Übersicht der Odds Ratios und Fehldeckungen aller Komorbiditäten, wie sie für das Klassifikationsmodell 2021 zur Verfügung stand, dringend angebracht. Zusätzlich halten wir einen Vorher-Nachher-Vergleich mit einer systematischen Übersicht der Odds Ratios und Fehldeckungen zwischen Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf im Hinblick auf die komorbiditätsbegründete Fehldeckung für notwendig, um beurteilen zu können, ob die vorgenommenen Anpassungsschritte zu einem nachvollziehbaren Abbau der Fehldeckungen aufgrund der Reduzierung von Komorbiditäten geführt haben.

Um das metabolische Syndrom aus medizinischer Sicht besser abbilden zu können, werden die bisherigen Hierarchien 03 „Diabetes mellitus“, 04 „Metabolische Erkrankungen“ und 30 „Ernährungsbezogene Erkrankungen“ zusammengefasst. In gleicher Weise wurden die Hierarchien 09 „Kognitive Erkrankungen“, 10 „Alkohol-, Drogen- und Tabakmissbrauch“ und 11 „Psychische Erkrankungen“ zur neuen Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ zusammengelegt. Eine zielgerichtete und strukturierte Überprüfung und Bewertung hierarchieübergreifender Zusammenhänge und Abhängigkeiten bleibt das BAS allerdings schuldig. Es erfolgt weder eine Untersuchung der hierarchieübergreifenden Abhängigkeiten vor noch eine Überprüfung nach der Zusammenlegung, sondern es wird rein medizinisch argumentiert und bewertet.

Eine Zusammenlegung von Hierarchien zur Beseitigung von hierarchieübergreifenden Komorbiditäten halten wir grundsätzlich für sachgerecht, da sie einerseits geeignet ist die Modellkomplexität zu verringern und andererseits hierarchieübergreifende Komorbiditäten und damit Mehrfachzuschläge zu reduzieren. In der neuen Hierarchie 04 hat sich die Zahl der Hierarchiestränge durch die Zusammenlegung von ursprünglich sieben in den Ausgangshierarchien auf jetzt sechs nicht wesentlich reduziert.

Auf den ersten Blick lässt dies auf eine geringere Zahl an kritischer HMG-bezogenen Abhängigkeiten schließen. So sinkt durch die neue Hierarchie 04 die Zahl der kritischen Komorbiditäten für das metabolische Syndrom deutlich. Auf Grundlage interner Analysen konnten 12 kritische Komorbiditäten durch den diesjährigen Anpassungszyklus auf 7 reduziert werden. Die verbliebenen kritischen Komorbiditäten bleiben trotz ihrer Auffälligkeit unberücksichtigt. So zeigt die Kombination der HMG0023 „Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine“ und der HMG0118 „Sonstige Mangelernährung“ nach wie vor eine Fehldeckung auf (DQ 97% und Odds Ratio > 6). Ebenso besteht in der Komorbidität der HMG0020 „Diabetische Ketoazidose, Koma oder multiple Komplikationen bei D.m. Typ 1 bzw. bei sonstigem Diabetes mellitus mit Insulin-Dauermedikation“ mit der HMG0962 „Adipositas Schweregrad III / Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren“ weiterhin eine Fehldeckung (DQ 96% und OR > 10).

Durch die Hierarchiezusammenlegung entstehen neue Komorbiditäten, die es eigentlich zu reduzieren galt. So sind im Festlegungsentwurf nunmehr die HMG0387 „Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert“ und die HMG0962 „Adipositas Schweregrad III / Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren“ weiterhin als freistehende HMGs in das Modell integriert worden. Dies halten wir aufgrund der medizinischen Nähe der Diagnosen für problematisch, was durch eine auffallend hohe Odds

Ratio von über 10 untermauert wird. Hier könnten Kodieranreize entstehen. Generell verursacht die freistehende HMG0962 in Kombination mit HMGs der Stränge 3 und 5 eine überarbeitungsnotwendige Fehldeckung (Deckungsquoten von über 103% und unter 95%) mit ausreichend hoher Odds Ratio (zwischen 5 und 11).

In der Hierarchie 11 hat sich die Zahl der Hierarchiestränge auch nach der Zusammenlegung nicht verändert. Es verbleiben weiterhin acht Stränge. Dennoch reduziert sich die Zahl der kritischen Komorbiditäten mit auffallend hoher Überdeckung und hoher Odds Ratio um rund 38% im Vergleich zu den ursprünglichen Hierarchien 09, 10 und 11 vor der diesjährigen Hierarchiezusammenlegung. Nichtsdestotrotz werden auffällige externe Komorbiditäten der Hierarchie 11 nicht berücksichtigt, obwohl sie den Kriterien der Überarbeitungsnotwendigkeit genügen. Hier sei vor allem die Hierarchie 28, im speziellen die HMG0253 „Chronischer Schmerz mit Dauermedikation I“ hervorzuheben, die mit HMG0012 „Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen“ (DQ von 107%, OR > 6), mit HMG0048 „Posttraumatische Belastungsstörung“ (DQ von 104%, OR > 8) und mit HMG0055 „Rezidivierende schwere Depression, näher bezeichnete bipolare affektive Störungen“ (DQ von 112%, OR > 15) eine komorbiditätsbegründete Fehldeckung aufweist.

Zur Vermeidung unerwünschter Kodieranreize halten wir eine systematische und strukturierte Überprüfung hierarchieübergreifender Abhängigkeiten analog dem Vorgehen aus 2022 einschließlich einer Überprüfung der alters- und HMG-bezogenen Über- und Unterdeckungen für zwingend erforderlich.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen können altersbezogene Interaktionsterme, sogenannte Alterssplits, als weiterer Ansatz zur Minimierung von Fehldeckungen durch Ko- und Multimorbidität herangezogen werden. Im Rahmen der Festlegung des Klassifikationsmodells 2020 hat das BAS die altersbezogenen Fehldeckungen je HMG analysiert. Im Ergebnis wurden Altersdifferenzierungen für insgesamt 10 weitere HMGs umgesetzt. Die im Festlegungsentwurf 2020 begonnene systematische Prüfung der Zusammenhänge von Kostenunterschieden zwischen Alter und HMG wurde seither nicht mehr aufgegriffen. Im Festlegungsentwurf zum Modell 2022 hatte das BAS hierzu ausgeführt, dass durch die Berücksichtigung von Alterssplits zwar „ein Rückgang der vorliegenden Fehldeckungen nach Anzahl der HMG-Zuschläge bzw. nach Alter und Anzahl der HMG-Zuschläge erreicht werden“ kann, dass aber „mit der Umsetzung einiger Alterssplits im Rahmen des Festlegungsprozesses für das Ausgleichsjahr 2020 bereits ein großer Teil des für diesen Ansatz identifizierten Verbesserungspotenzials ausgeschöpft werden konnte“. Wir sehen in dem aktuellen Modellentwurf noch eine ausreichende Anzahl an verbleibenden Optimierungsmöglichkeiten. Auf der Basis interner Auswertungen lassen sich beispielsweise

signifikante Deckungsunterschiede bei den HMGs in Strang 1a der Hierarchie 11 erkennen. Daher möchten wir das BAS ermutigen, im nächsten Weiterentwicklungszyklus die in Festlegungszyklus 2020 begonnene systematische Überprüfung nach altersbezogenen Deckungsunterschieden fortzuführen und weitere Alterssplits zu prüfen, um systematische Verwerfungen in den Deckungsgraden zu reduzieren und Risikoselektionsanreize zu beseitigen. Weitere konkrete Vorschläge zur Prüfung und Umsetzung von HMG-bezogenen Altersdifferenzierungen haben wir in den Abschnitten zu den jeweiligen Hierarchien vorgenommen.

Regionale Risikogruppen

Auch in diesem Festlegungsentwurf hat das BAS eine erneute Datenanalyse mit einer aktualisierten Datenbasis für die regionalen Risikogruppen durchgeführt. Der IKK e.V. begrüßt ausdrücklich, dass die verwendeten Datenquellen explizit aufgeführt und die verwendeten Variablen in der Anlage des Festlegungsentwurfs veröffentlicht wurden. Im Ergebnis des Selektionsverfahrens ergibt sich ein erweitertes Variablenset aus 9 Regionalvariablen, die die Grundlage der 90 RGGs bilden (exklusive der Auslands-RGG). Neben den 7 Regionalvariablen aus dem vorangegangenen Auswahlverfahren sind nunmehr die Variablen „Pflegebedürftigkeit“ und „Wohnfläche“ neu hinzugekommen. Das gewählte Vorgehen zur Auswahl der Variablen und zur Bildung der RGGs können wir nachvollziehen, begrüßen jedoch, dass der wissenschaftliche Beirat die Regionalkomponente im Jahr 2023 erneut begutachten wird.

Auslandsversicherte

Als Folge des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hat das BAS ab dem Ausgleichsjahr 2023 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), gesonderte nach dem Wohnstaat differenzierte Risikogruppen zu ermitteln, die sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen sowie an den durchschnittlich abgerechneten Rechnungsbeträgen der Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) orientieren. Das BAS macht hierbei von der durch § 8 Absatz 6 RSAV eröffneten Möglichkeit Gebrauch, länderübergreifende Risikogruppen zu bilden, die im Verfahren die Bezeichnung „Wohnlandgruppen“ (WLG) erhalten. Hierbei werden Länder mit weniger als 1.000 Versichertenjahren mit mindestens einem weiteren Land zu einer länderübergreifenden Risikogruppe zusammengefasst, so-

dass die WLG eine Mindestzahl von 1.000 Versichertenjahren aufweist. Bei der Zusammenfassung zu den WLGs sind für das BAS drei Kriterien entscheidend. Zum einen ist es die Kostenhomogenität der Ausgabenmittelwerte der Länder innerhalb einer WLG, als auch die geographische Nähe der Länder innerhalb einer WLG sowie die Stabilität der DVKA-Ausgaben eines Landes. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist jedoch nicht ersichtlich, weshalb die Mindestanzahl an Versichertenjahren innerhalb einer WLG bei 1.000 Versichertenjahren liegt. Eine geringere Grenze würde die Nachvollziehbarkeit erhöhen und in einigen Ländern mit einer höheren Anzahl an Versichertenjahren die Deckungsquote verbessern. Als Beispiel hierfür kann Bulgarien herangezogen werden, welches 639 Versichertenjahre im Jahr 2020 aufweist, allerdings aufgrund der Gruppierung mit Bosnien-Herzegowina eine Deckungsquote von nur 24% hat.

§ 269 Absatz 3 Satz 2 SGB V regelt, dass die Risikozuschläge für Auslandsversicherte ab dem Ausgleichsjahr 2023 nach dem Wohnstaat differenziert auf der Grundlage der durchschnittlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen und der durchschnittlichen abgerechneten Rechnungsbeträge der DVKA zu ermitteln sind. Wir bitten das BAS um Klärstellung, auf welcher Rechtsgrundlage die Einbindung und Gewichtung des Kriteriums „geographische Nähe“ im Festlegungsentwurf erfolgt ist. Ein geeignetes und aus unserer Sicht rechtssicheres Vorgehen wäre die Zusammenlegung der Länder nach den Ausgabenmittelwerten. Hierdurch würde verhindert werden, dass Länder mit unterschiedlichen Ausgaben je Versichertenjahr zu einer WLG zusammengefasst werden, obwohl ein Zusammenlegen mit einem Land mit ähnlichen Ausgaben je Versichertenjahr möglich gewesen wäre. Ein Beispiel hierfür ist Estland, welches zusammen mit Lettland und Litauen eine WLG bildet. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgaben liegt jedoch die Deckungsquote für Estland bei nur 56%. Eine bessere Option könnte hier das Zusammenlegen nach dem Ausgabenmittelwert sein.

Zusammengefasst begrüßt der IKK e.V., dass das gewichtete, länderspezifische MAPE von 1.469 Euro im bisherigen AusAGG-Modell auf 18 Euro im neuen Modell mit WLGs gesunken ist, sieht jedoch noch einen großen Bedarf bei der Definition der Kriterien zur Zusammenfassung der WLGs, um die Konsistenz und die Nachvollziehbarkeit zu erhöhen sowie Risikoselektionsanreize zu beseitigen.

III. Anpassung der Hierarchien

Hierarchie 01 „Infektionen“

Das BAS hat den im vergangenen Jahr von den Innungskrankenkassen eingebrachten Vorschlag zur Arzneimittelvalidierung der Tuberkulose und der Syphilis leider nicht aufgegriffen. Der IKK e.V. hält an seiner Überzeugung fest, dass die Tuberkulose und die Syphilis zwingend medikamentös zu behandeln sind. Bei beiden Krankheitsbildern handelt es sich um bakterielle Infektionskrankheiten, die durch entsprechende Antibiotika therapiert werden müssen. Die Innungskrankenkassen regen daher erneut die Prüfung einer Arzneimittelvalidierung mit 10 Behandlungstagen (BT) an, um die Folgekosten der klinisch relevanten Fälle adäquat zu berücksichtigen.

Dazu sollten die DxG0532 „Schwere Tuberkulose“ und die DxG0551 „Knochen-Tuberkulose“ in der HMG0368 „Schwere Tuberkulose / n. bez. Geschlechtskrankheiten“ sowie die DxG0358 „Sonstige Tuberkulose“ aus der HMG0430 „Sonstige Infektionen“ durch folgende ATC-Codes aufgegriffen werden:

- 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

Die DxG-Bezeichnungen sowie die Zuordnungen zu den HMGs ändern sich nicht.

Für die DxG0444 „Syphilis“ in der HMG 0368 schlagen wir die Arzneimittelvalidierung mit folgenden ATC-Codes vor:

- J01AA Tetracycline
- J01CA Penicilline mit erweitertem Wirkungsspektrum
- J01CE Beta-Lactamase-sensitive 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
- J01DH Carbapeneme
- J01DI Andere Cephalosporine und Peneme

- J01FA Makrolide
- J01FF Lincosamide

Die DxG- und die HMG-Bezeichnung ändert sich nicht.

Grundsätzlich ist das Vorgehen des BAS, die organspezifischen Erscheinungsformen der Syphilis den jeweiligen Hierarchien zuzuordnen, richtig und sachgerecht. Allerdings müssten in der Konsequenz auch diejenigen DxGs mit Bezug zur Grunderkrankung in den betroffenen HMGs bzw. Hierarchien über dieselben Arzneimittel validiert werden. Hier handelt es sich um folgende Diagnosen:

- Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“
 - K67.2 „Syphilitische Peritonitis“ (DxG0769 „Peritonitis / Abdominales Kompartmentsyndrom“ in HMG0032 „Postoperativer Darmverschluss / Gefäßkrankheiten des Darmes / Peritonitis / Sonstige Colitiden / Abdominales Kompartmentsyndrom / Angiodysplasie des Dünndarms“)
 - K67.3 „Tuberkulöse Peritonitis“ (DxG0769 / HMG0032)
- Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“
 - M73.1, M73.11 – 16 „Bursitis syphilitica“ (DxG1286 „Sonstige Erkrankungen des Weichteilgewebes“ aus HMG0315 „Sonstige Erkrankungen des Muskel- und Skelett-Systems“)
- Hierarchie 13 Erkrankungen/ Verletzungen der Wirbelsäule“
 - M49* Tuberkulose der Wirbelsäule DxG1332 Infektionen der Wirbelsäule
- Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“
 - A52.3 „Neurosyphilis, nicht näher bezeichnet“ (DxG0671 „Sonstige nicht virale Infektionen“ aus HMG0362 „Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale intrakranielle Infektionen / intrakranielle / intraspinale Abszesse oder Phlebitis“)
- Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und ... Folgezustände“
 - Diagnosen der konnatalen Frühsyphilis A50.0, A50.1. und A50.2 (DxG1124 „Sonstige Infektionen des Neugeborenen“ aus HMG0405 „Sonstige und nicht näher bez. Probleme in der Perinatalperiode“)

Hierarchie 02 „Neubildungen“

Die Eingliederung der HMG0270 „Lungenmetastasen sowie Metastasen der Verdauungsorgane (> 74 Jahre) und sonstiger Lokalisation“ im gemeinsamen oberen Strang wird vom BAS umgesetzt obwohl sich alle Gütemaße zum Teil deutlich verschlechtern (R^2 - 0,055PP, CPM -0,019PP, MAPE +6,8Cent). Das BAS führt die medizinische Sinnhaftigkeit als Grund für die Eingliederung an. Es erschließt sich uns nicht, in welchen Fällen

medizinische Gründe für die Zusammenlegung hinreichend sind, obwohl die Güteparameter sich verschlechtern und ab welcher Schwelle eine Abnahme der Modellgüte auch bei medizinischer Sinnhaftigkeit nicht mehr hinnehmbar ist. Hierzu wünschen wir uns nachvollziehbare Informationen und mehr Transparenz zu den Entscheidungsgründen. Die untergeordnete HMG0271 „Lymphknotenmetastasen, Bösartige Neubildung der Leber“ ist mit der DxG0044 „Sonstige hämolytische Anämien“ medizinisch eng mit den dominierenden HMGs0270 und 0268, die ebenfalls Metastasen enthalten, verwandt. Hier wäre es aus Sicht der Innungskrankenkassen sachlogisch, die DxG0042 „Bösartige Neubildung der Leber“ in eine andere HMG auszugliedern und die HMG0271 mit der alleineigen DxG0033 in Strang 1 oberhalb der HMG0262 „Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom“ sowie in Strang 2 oberhalb der HMG0273 „Bösartige Neubildungen d. Pankreas, d. ZNS sowie d. Ösophagus“ die HMG0271 zusammenzuführen. Die Trennung zwischen hämatologischen und organspezifischen Krebserkrankungen bleibt erhalten.

HMGs mit Wirkstoffgruppen

Grundsätzlich ist der Ansatz in der Hierarchie 02 die Therapiekosten in HMGs mit Wirkstoffgruppen abzubilden nachvollziehbar.

Die Auswahl der Wirkstoffe aus der ATC-Gruppe L01 „Antineoplastische Mittel“ mit den ATC-Codes L01XC für die DxG0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“ und L01XE in der DxG0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ ist aus unserer Sicht zu eingeschränkt. Hier fehlen beispielsweise die Wirkstoffe L01E „Proteinkinase Inhibitoren“, L01F „Monoklonale Antikörper und Antikörper Wirkstoff Konjugate“, die in der personalisierten Krebstherapie eingesetzt werden und ebenfalls sehr hochpreisig sind. Wir bitten daher das BAS um eine Überprüfung der Wirkstoffgruppe L01 „Antineoplastische Mittel“ und Integration der ATC-Codes in die jeweiligen DxGs. Ebenso fehlt der ATC Code V10XX02 „Ibritumomab-Tiuxetan“ als Antikörper-Wirkstoff-Konjugat. Hier muss im Ausnahmefall der ATC 7-Steller verwendet werden.

Das gewählte Vorgehen bildet nicht die gesamte Palette der onkologischen Therapie ab. Die gewählten Wirkstoffe werden häufig nach Versagen der Second-Line Therapie eingesetzt. In der First-Line Therapie des nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) ist beispielsweise weiterhin die Standardkombination von Carboplatin (L01XA) und Etoposid

(L01CB) zu verabreichen. Erst bei Therapieversagen oder bei besonderen molekulargenetischen Konstellationen werden monoklonale Antikörper bzw. Tyrosinkinase-Inhibitoren angewandt.¹

Die Gefahr einer ungerechtfertigten Leistungsausweitung sehen wir hierbei nicht. Onkologische Therapieentscheidungen werden heute üblicherweise in den Tumorboards der Onkologischen Zentren nach klinischen, radiologischen und molekulargenetischen Aspekten getroffen. Im Gegenteil: Durch die Nicht-Aufnahme der ATC Codes der First-Line Therapie werden die Kosten der Standardtherapeutika, die häufig ambulant verabreicht werden, nicht sachgerecht abgebildet. Auch sollte die Verwendung der Sonder-PZN 02567478, 06461015, 06461021 zur Herstellung parenteraler Lösungen mit monoklonalen Antikörpern adäquat berücksichtigt werden. Für die DxG0926 „Opiatsubstitution“ werden bereits Sonder-PZN angewandt. Wir schlagen ein ähnliches Vorgehen für die Hierarchie 2 vor.

Die Auswahl des Aufgreifkriteriums Sonderfall 1 (183/92 BT) sehen wir kritisch an, da gerade bei der Kombination mit der Radiotherapie kürzere Therapiezyklen gewählt werden. Hier wäre aus Sicht des IKK e.V. der Sonderfall 2 (42/21 BT) gerechtfertigt. Wir bitten daher das BAS um eine entsprechende Überprüfung der Vorschläge.

Die Zusammenlegung der HMG0269 „Tumorlysedyndrom“ und der HMG0268 „Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane (Alter < 75 Jahre)“ unterstützen wir.

Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Um das Metabolische Syndrom im RSA besser abzubilden, wurde die Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ neu abgegrenzt und mit den bisherigen Hierarchien 03 „Diabetes mellitus“ und 30 „Ernährungsbezogene Erkrankungen“ zusammengelegt. Außerdem wurden einige bisher nicht genutzte ICD-Codes aufgenommen. Darüber hinaus hat das BAS zahlreiche Vorschläge aus den vergangenen Anhörungsperioden untersucht.

Wir freuen uns, dass das BAS unsere Anregung zur Aufsplittung der DxG0590 „Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert“ sowie unsere Arzneimittelvorschläge für die Arzneimittelprüfung der Fettstoffwechselstörungen aufgegriffen hat. Auch die Arznei-

¹Quellen: <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/lungenkarzinom-kleinzellig-sclc/@@guideline/html/index.html>; „Die Innere Medizin“ Ausgabe 7/22 S717 – 735

mittelvalidierung bei den Schilddrüsenerkrankungen sowie bei den weiteren metabolischen Erkrankungen wird von uns unterstützt. Gleichzeitig begrüßen wir es, dass das BAS unseren bereits mehrfach angeführten Vorschlag für eine empirische Überprüfung der Altersgrenze bei Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1 aufgegriffen und umgesetzt hat.

Metabolisches Syndrom

Das BAS begründet die Notwendigkeit der Zusammenlegung der Hierarchien mit der besseren Abbildung ernährungsbezogener Erkrankungen und insbesondere des Metabolischen Syndroms.

Abschnitt 9.3 befasst sich mit der geeigneten Integration des Metabolischen Syndroms im Klassifikationsmodell. Die Einordnung richtet sich dabei im Wesentlichen nach der Ätiologie. Eines der Hauptkoinzidenzen in dem Krankheitsbild des Metabolischen Syndroms ist das Zusammentreffen von Adipositas und Diabetes Mellitus Typ II, dies gilt sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche. Je höher der BMI als Maß für die Adipositas desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass gleichzeitig ein Diabetes Mellitus Typ II vorliegt, diesem vorausgehend ist eine gestörte Glukosetoleranz bzw. Insulinresistenz.

In der Restrukturierung der Hierarchie 4 steht die HMG0962 „Adipositas Schweregrad III/ Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren“ frei als Strang 6 „Überernährung“. Diese wird über die HMG 0179 „Sonstige Adipositas, sonstige oder n.n. bez. Stoffwechselstörung“ in den Strang 5 zusammengeführt. In Strang 5 steht die HMG0019 „sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen“ mit einem Kostenschätzer von 425 Euro über der HMG0179, die Dominanzbeziehung zur Hierarchie 16 ist dazwischen abgebildet.

Um die oben ausgeführte Koinzidenz von Adipositas III und Diabetes Typ 2 beim Metabolischen Syndrom, der den überwiegenden Anteil der Diagnosen in der HMG0019 bildet, abzubilden und keine Kodieranreize zu setzen, schlagen wir eine Zusammenlegung der HMG0019 und der HMG0962 zu einer neuen HMG0019 „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen, Adipositas Grad III, extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis 18 Jahren“ mit den DxGs0110, 1315, 1352 vor. Die HMG0019 wird in der Besetzung wesentlich von den Diagnosen E11.9xx „Diabetes mellitus Typ2 ohne Komplikation“ geprägt.

Lipodystrophie

Die Abbildung der Apherese für schwere Hyperlipidämien und die Umsetzung der von uns geforderten Arzneimitteldifferenzierung für die Hypercholesterinämie und Hyperlipidämie halten wir insgesamt für gelungen. Allerdings können wir die Dominanzbeziehung auf die HMG0387 „Lipodystrophie od. Lipomatose, a. o. nicht klassifiziert“ nicht nachvollziehen. Stattdessen erachten wir es als medizinisch sachgerecht die Dominanzbeziehung auf die HMG0384 „Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien ohne Apherese“ zu führen.

Bei der Lipodystrophie und der Lipomatose handelt es sich um Fettverteilungsstörungen, die in einem engen medizinischen Zusammenhang mit dem Lymphödem und der Lymphangitis stehen. Anstelle der Dominanzbeziehung der HMG0130 „Dialysestatus, Apherese“ aus der Hierarchie 20 schlagen wir eine externe Dominanzbeziehung der HMG0112 „Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz“ aus der Hierarchie 18 auf die HMG0387 vor.

Zusammenfassend ergeben sich in der Hierarchie 04 folgende Veränderungen:

- Zusammenlegung der HMG0962 „Adipositas Schweregrad III / Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren“ mit der HMG 0019 „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen“. Die neue HMG0019 wird umbenannt in „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen und Adipositas III bei Kindern und Jugendlichen > 2 und < 18 Jahre“
- Auflösung der Dominanzbeziehung der HMG0130 aus der Hierarchie 20 auf die HMG0387
- Einführung einer neuen Dominanzbeziehung von der HMG0130 aus der Hierarchie 20 auf die HMG0384 „Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien ohne LDL-Apherese“
- Einrichtung einer neuen Dominanzbeziehung von der HMG0112 aus Hierarchie 18 auf die HMG0387
- Auflösung der Dominanzbeziehung der HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen“ aus der Hierarchie 16 auf die HMG0179.

Es ergibt sich Strang 5 (neu): HMG0120 → HMG 0509 → HMG0019 (neu) → HMG 0179 → HMG 0384.

Diabetes mellitus Typ I

Seit dem letzten Quartal 2021 ist die Zulassung für Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren (A10BK) bei Diabetes mellitus Typ I ausgelaufen. Daher ist der ATC-Code für die entsprechenden DXGs zu streichen.

Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

Für die neu eingeführten ICD-Codes, die die Leberzirrhose in die Child-Pugh-Stadien A bis C einordnen liegen in dem aktuellen Anhörungszyklus erstmalig Diagnosedaten vor. In Abschnitt 10.4 untersucht das BAS in Modell 07 die Zusammenlegung der HMG0351 „Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh B“ und der HMG0353 „Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh C“, deren Kostenschätzer ca. 1.100 Euro auseinanderliegen. Die Zusammenlegung erschließt sich uns nicht, da die Gütemaße sich verschlechtern und die Kostenschätzer mehr als 1.100 Euro auseinander liegen. Für eine bessere Nachvollziehbarkeit, aus welchen Gründen trotz schlechterer Prädiktionsgüte eine HMG-Konsolidierung durchgeführt wird, sollten einheitliche Kriterien zur Zusammenlegung von HMGs definiert werden.

Abschließend möchten wir noch auf die grundsätzliche Problematik der Kodierung der Erscheinungsformen der Leberzirrhose in der HMG0028 „Leberzirrhose / Leberversagen / akute Hepatitis mit Koma / akute Lebererkrankung / Budd-Chiari-Syndrom“ und deren Folgen hinweisen. Die ICD-Kodes in der DxG0145 „Leberzirrhose“ wie z. B. K71.7 „Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber“, K70.3 „Alkoholische Leberzirrhose“, K74.6 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber“ werden nach ätiologischen Gesichtspunkten ihrer Grunderkrankung zugeordnet. Der Kostenschätzer der HMG0028 beträgt 1.212 Euro. Am oberen Strangende stehen die beiden HMGs350 und 351 mit der Stadieneinteilung nach Child-Pugh sowie die Spätfolgen der Leberzirrhose in der HMG0025 „Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen / Hepatische Enzephalopathien Grad 3 und 4. Deren Kostenschätzer liegen mit 4.012 Euro, 8.528 Euro bzw. 11.467 Euro um das 2,5 – 9 fache über Grunderkrankung.

Grundlage für die Einteilung der Stadien nach Child-Pugh und damit für die Zuordnung die DXGs0975, 0976 und 0977 in die HMGs0350 und 0351 bilden laborchemische Parameter, der Grad der Enzephalopathie sowie des Aszites als Maß für das hepatorenale Syndrom. Hier sehen wir einen klaren Kodieranreiz, da bei der fehlenden Angabe jeglichen Stadiums die HMG0028 relevant wäre, bei der exakten Kodierung der Stadien wären es die HMGs0350 und 0351. Bei der zusätzlich gesonderten Angabe des Stadiums der hepatischen Enzephalopathie, welches eigentlich in den Child-Pugh-Kriterien enthalten ist, käme es über die HMG0025 zu dem höchsten Zuschlag. Die Zuordnung zu den HMGs

steht in enger Abhängigkeit vom individuellen Kodierverhalten des Arztes bzw. des Krankenhauses. Wir möchten das BAS auffordern, sich mit diesem Tatbestand auseinanderzusetzen und eine Lösung zu finden, um die Gefahr des upcodings weitestgehend auszuschließen.

Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

Die vom BAS untersuchte und im Festlegungsentwurf umgesetzte Arzneimitteldifferenzierung der Gicht / Arthritis urica befürworten wir. Allerdings sollte zusätzlich zu der Bedarfstherapie auch die Dauertherapie mit 183 BT in einer HMG zusammengefasst werden. Dies entspricht der aktuellen Leitlinie der EULAR (Europäische Rheumaliga), die nach zwei akuten Gichtanfällen eine mindestens zwölfmonatige Dauertherapie empfiehlt.²

Im Ergebnis erhält man eine dreistufige Abbildung

- Gicht
- Gicht mit Bedarfsmedikation
- Gicht mit Dauermedikation

Die Auswahl der ATC-Codes zur Arzneimittelvalidierung ist sehr breit und damit auch partiell unspezifisch gewählt. Die ATC-Codes M01CB „Gold-Verbindungen“, M01CC „Penicillamin und ähnliche Mittel“, M01CX „Andere spezifische Antirheumatika“ werden in der Regel nicht bei Gicht, sondern bei anderen rheumatoiden Erkrankungen eingesetzt. Wir schlagen daher eine Streichung der genannten ATC-Codes vor, um ungerechtfertigte Mehrfachzuweisungen und damit negative Anreize zu vermeiden.

Die Verschiebung der HMG0038 „X-chromosomale Hypophosphatämie“ in die Hierarchie 04 und die Zusammenlegung mit der HMG0285 „Mukopolysaccharidose Typ II, Hypophosphatasie mit ERT“ halten wir für sachgerecht. Allerdings sollten dann auch die weiteren Rachitis Diagnosen, die auf Vitamin Mangelerscheinungen beruhen entsprechend in die Hierarchie 04 verschoben werden. Betroffen hiervon sind insbesondere die DxG1153 „Sonstige familiäre hypophosphatämische Rachitis“ in der HMG0041 sowie die ICD-Codes 83.11 „Vitamin-D-abhängige Rachitis“ und E55.0 „Floride Rachitis“ in der DxG0488/HMG315. Da es sich um ossäre Spätfolgen der Erkrankung handelt verbleibt der ICD-Code E64.3 „Folgen der Rachitis“ in der DxG0488.

² Quelle: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/187305/Therapieoptionen-bei-Gicht>

Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

Die Zusammenlegung der Hierarchien 9, 10 und 11 können wir nachvollziehen. Die Verflechtung der Stränge ist insgesamt gelungen, jedoch stehen weiterhin zwei HMGs (0048 und 0244) mit einer DxG und einem ICD-Code frei, welche Doppelzuschläge auslösen können. Aus medizinischer Sicht lassen sich beide HMGs in bestehende HMGs integrieren.

Posttraumatische Belastungsstörung

Die HMG0048 enthält nur eine DxG1243 „Posttraumatische Belastungsstörung“ mit dem alleinigen gleichnamigen ICD-Code F43.1. Diese ist charakterisiert durch das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Gleichzeitig können depressive und / oder psychotische Symptome vorhanden sein. Im klinischen Alltag ist die Abgrenzung der Symptomkomplexe nicht immer einfach.

Um möglichen negativen Kodieranreizen vorzubeugen, schlagen wir die Integration der DxG1243 in die HMG0067 „Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive Störungen (< 50 Jahre)“ vor. Die Bezeichnung der HMG muss nicht angepasst werden. Im Ergebnis wird Strang 3 aufgelöst und in den Strang 2 integriert.

Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen

Die HMG0244 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ ist durch die neu hinzugekommenen Diagnosen der ICD-Gruppe F55.x „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ entstanden. Die Abbildung dieser Diagnosen ist sachgerecht, jedoch ist das Aufgreifkriterium „Stationär erforderlich“ abzulehnen, da es sich um eine Mischung von Substanzen handelt die im Alltag (z.B. Laxanzien, Antacida, Hormone) vorkommen und keiner stationären Behandlung bzw. eines stationären Entzugs bedürfen. Durch den Wegfall des Kennzeichens ergibt sich auch ein realistischeres Bild über die Prävalenz der Diagnosen, nach den Berechnungen des IKK e.V. kommt es zu einer Vervierfachung der Diagnosemenge. Aufgrund des neuen Kostenschätzers schlagen wir die Einsortierung zwischen der HMG0064 und HMG0068 vor. Der Strang 1b ist somit aufgelöst.

Ergebnis Strang 2 ab Zusammenführung 2a und 2b: HMG0012 → HMG0058 → HMG0067 → HMG0066 → HMG0064 → HMG0244 → HMG0068.

Alkohol- und Drogenabhängigkeit

Auf Basis interner Untersuchungen lassen sich bei den HMGs0051 „Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose“ und 0052 „Alkohol- oder Drogenabhängigkeit“ erhebliche altersspezifische Fehldeckungen feststellen. Versicherte über 74 Jahre weisen eine deutliche Unter-, Versicherte unter 75 Jahre eine erhebliche Überdeckung auf. Aus diesem Grund schlagen wir vor durch die Überprüfung und Einführung eines Alterssplits für beide HMGs die Fehldeckungen zu reduzieren. Es ist davon auszugehen, dass sich dadurch die Prädiktionsgüte des Modells verbessert.

Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“

Die DxG1350 „Bandscheibenschaden“ wurde neu in die HMG0211 integriert. Zur besseren Differenzierung der unterschiedlichen Schweregrade in den Krankheitsverläufen schlagen wir eine Arzneimitteldifferenzierung mit der Bildung von zwei DxGs vor. Die zur Differenzierung notwendigen ATC-Codes entsprechen denen der DxG0907 „Chronischer Schmerz mit Dauermedikation I“.

- M01AC Oxicame
- M01AE Propionsäure-Derivate
- M01AH Coxibe
- M01AX Andere nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika
- N02AA Natürliche Opium-Alkaloide
- N02AB Phenylpiperidin-Derivate
- N02AC Diphenylpropylamin-Derivate
- N02AD Benzomorphan-Derivate
- N02AE Oripavin-Derivate
- N02AF Morphinan-Derivate
- N02AG Opioide in Kombination mit Spasmolytika
- N02AJ Opioide in Kombination mit nichtopioiden Analgetika
- N02AX Andere Opioide
- N02BA Salicylsäure und Derivate
- N02BB Pyrazolone
- N02BE Anilide
- N02BG Andere Analgetika und Antipyretika
- N02BH Homöopathische und anthroposophische Analgetika und Antipyretika
- N02BP Pflanzliche Analgetika und Antipyretika

- N03AB Hydantoin-Derivate
- N03AF Carboxamid-Derivate
- N03AX Andere Antiepileptika
- N06AA Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer
- N06AB Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
- N06AX Andere Antidepressiva

Die neugebildete DxG wird in „Bandscheibenschaden mit Dauermedikation“ benannt und in die HMG0296 „Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen / Infektionen der Wirbelsäule“ integriert.

Die ursprüngliche DxG1350 heißt nun „Bandscheibenschaden ohne Dauermedikation“ und verbleibt in der Ursprungs-HMG0211.

Die vom BAS vorgeschlagene Arzneimittelvalidierung der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ ist grundsätzlich nachvollziehbar. Aufgrund des Zulassungsstatus schlägt der IKK e.V. darüber hinaus noch die Aufnahme der Gruppe 3. Generation Cephalosporine vor. Zudem können auch Pilzerkrankungen ursächlich für eine Wirbelsäuleninfektion sein. Aus diesem Grund sollten auch Antimykotika Berücksichtigung finden.

- J01A* Tetracycline
- J01DD Cephalosporine der 3. Generation
- J01GB Andere Aminoglykoside
- J01XD Imidazol_Derivate
- J02A* Antimykotika zur systemischen Anwendung
- J04AA Aminosalicylsäure und Derivate
- J04AB Antibiotika
- J04AC Hydrazide
- J04AD Thiocarbamid-Derivate
- J04AK Kombinationen von Mitteln zur Behandlung der Tuberkulose

Der Kostenschätzer der HMG0211 „Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens“ beträgt 104 Euro. Der Kostenschätzer der in der Hierarchie höherstehenden HMG0322 „N. bez. Instabilität oder Deformität der Wirbelsäule / Andere entzündliche Spondylopathien“ liegt mit 185 Euro nur unwesentlich höher. Wir bitten das BAS um Prüfung einer Zusammenlegung der beiden HMGs. Es bleibt zu vermuten, dass sich die Prädiktionsgüte des Modells durch die Zusammenlegung verbessert.

Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Für die HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ mit der DxG0974 fordern wir für den ICD Code Z45.02 „Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems“ das Aufgreifkriterium stationär erforderlich. Die Implantation des Kunstherz muss auf jeden Fall unter stationären Bedingungen erfolgen. Zusätzlich schlagen wir vor, den bisher nicht berücksichtigten ICD-Code Z99.4 „Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz“ in die Anlage 1 aufzunehmen und der DxG0639 „Herzunterstützende Systeme“ in der HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ zuzuordnen. In der sachlogischen Konsequenz sollte auch der ebenfalls nicht berücksichtigte ICD-Code „Z95.0 Vorhandensein eines kardialen elektronischen Gerätes“ zusätzlich in die DxG0639 „Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiofibrillator, Sonstiges“ in der gleichnamigen HMG0493 aufgenommen werden.

Hierarchie 21 „Schwangerschaft“

In diesem Anpassungszyklus hat die Hierarchie keine Überarbeitung erfahren.

Aus Sicht des IKK e.V. ist es aus medizinischen Gründen notwendig, die DxG0630 in der HMG0790 im Strang 2 anzupassen.

Die DxG0630 „Komplikationen bei Wehen und Entbindung, leichte Geburtsverletzungen“ sollte mit dem Aufgreifkriterium „Stationär erforderlich“ versehen und in die darüberliegende HMG0764 „Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett mit leichten prospektiven Kosten“ verschoben werden. Bei den ICD-Codes aus der DxG0630 handelt es sich um mütterliche und kindliche Komplikationen, die ambulant nicht zu beherrschen sind und auch unter den Bedingungen einer Hausgeburt auf jeden Fall eine stationäre Aufnahme erfordern (Beispiele: O43.2x Krankhaft anhaftende Plazenta , O68.xx Komplikationen bei Wehen und Entbindung bei fetalem Distress, O74.xx Komplikationen durch Anästhesie während der Entbindung und Geburt).

Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“

Im Kontext der Modellüberarbeitung hat das BAS alle Hierarchien daraufhin überprüft, ob sich die Kostendeckung der Kinder unter 6 Jahren merklich von der Kostendeckung bei den älteren Versicherten unterscheidet. Im Ergebnis wurde eine Reihe relevanter Diagnosen bzw. Diagnosegruppen identifiziert, auf welche dies zutrifft. In der Folge wurden

115 ICD-Codes in 18 DxGs bzw. 11 HMGs für Versicherte unter sechs Jahren in die Hierarchie 27 einsortiert. Dieses Vorgehen begrüßen wir ausdrücklich. Entspricht es doch einer anhaltenden Forderung des IKK-Systems, die auf eine strukturierte Überprüfung bestehender Deckungsunterschiede als Folge von Therapiekostenunterschieden für jüngere und älteren Versichertengruppen abstellt.

Arzneimitteltherapie der Hypothyreose beim Neugeborenen

In Analogie zu der besseren Abbildung von Schilddrüsenerkrankungen in der Hierarchie 04 halten wir es für erforderlich, auch bei Kindern mit angeborener Hypothyreose eine Arzneimittelvalidierung umzusetzen. Der angeborene Mangel an Schilddrüsenhormonen führt unbehandelt zu körperlicher und geistiger Retardierung (Kretinismus). Diese Untersuchung erfolgt bereits beim Neugeborenen-Screening. Wir halten daher eine Arzneimittelvalidierung für die in der HMG0850 betroffene DxG0478 „Neugeborenen-Hypothyreose (Kretinismus)“ entsprechend dem Vorgehen in Hierarchie 04 für notwendig.

Als Aufgreifkriterium schlagen wir eine Arzneimittelvalidierung mit dem Kennzeichen klinisch relevant vor. Als Arzneimittel kommt der ATC-Code H03AA „Schilddrüsenhormone“ in Frage. Die homöopathisch-anthroposophischen ATC-Codes H03BH und H03BP sollten aus medizinischer Sicht ausgeschlossen werden.

Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation mit Einführung Alterssplit

Auf der Basis intern durchgeführter Analysen haben wir festgestellt, dass die schwerwiegenden Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation bei Kindern unter 5 Jahren zu deutlichen Unterdeckungen führen. Aus diesem Grund schlagen wir eine Altersdifferenzierung der beiden DxGs0297 „Schwerwiegende Entzündung des Ohres“ und 1018 „Trommelfellperforation“ aus der HMG0967 in Hierarchie 29 in größer fünf und kleiner sechs Jahre vor. Die neu gebildeten Diagnosegruppen mit der Altersbegrenzung bis 5 Jahre sind entsprechend in die Hierarchie 27 einzuordnen.

Die DxGs > 5 Jahre verbleiben in der Hierarchie 29. Weitere Details sind unter der Hierarchie 29 beschrieben.

Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“

Erkrankungen des Zahnapparates und der Mundschleimhäute

Auf Anregung des IKK e.V. aus dem letzten Stellungnahmeverfahren hatte sich das BAS mit den ICD-Codes der HMG0171 „Dentofaziale Anomalien und Erkrankungen der Lippe, der Mundschleimhaut und der Zunge“ und der HMG0881 „Zahnkaries, Stomatitis und Erkrankungen der Pulpa und der Gingiva“ beschäftigt. Der IKK e.V. hatte angeregt, für die diesen HMGs zugeordneten Diagnosen zu prüfen, ob die diese auszuschließen sind, da es sich um Krankheitsbilder handele, die im Regelfall von Zahnärzten behandelt werden. Das BAS ist nach der Rücksprache mit der KBV zu dem Ergebnis gekommen, dass die in Rede stehenden Diagnosen überwiegend von Pädiatern und Allgemeinmediziner*innen geschlüsselt werden. Dies passt zu der Erkenntnis, dass die Untersuchung von Kieferanomalien Inhalt der Vorsorgeuntersuchung U7a im Alter von 34-36 Monaten ist, die Erhebung des Zahnstatus Gegenstand der U8 im Alter von 46-48 Monaten ist. Im Regelfall handelt es sich jedoch um eine einmalige Erhebung des Gesundheitsstatus und somit sollten diese Diagnosen nicht das M2Q Kriterium erfüllen. Die Abrechnungsdatenmeldungen von Zahnärzten sind als weitere Diagnosequelle ausgeschlossen, da diese weder Diagnosen enthalten und noch zur Meldung im RSA zugelassen sind.

Die aus unserer Sicht grundsätzlich problematische Anreizwirkung, die durch ein beiläufiges Mitkodieren sog. „Bagatellerkrankungen“ z.B. im Nachgang der U-Untersuchungen, die im engen Kontext mit der Zahnpflege und Mundhygiene auftritt, wird durch das Belassen dieser Diagnosen im Modell nicht gelöst. Nach Erkenntnislage der Innungskrankenkassen zeigen sich bei den Erkrankungen des Zahnapparates und der Mundschleimhäute deutliche altersbezogene Deckungsunterschiede zwischen den Kindern und Jugendlichen und den erwachsenen Personen.

Wir schlagen vor, diese Fehldeckungen durch die Einführung eines Alterssplits zu reduzieren und die DxG1883 „Dentofaziale Anomalien und Erkrankungen der Lippe, der Mundschleimhaut und der Zunge“ aus der gleichlautenden HMG0171 aufzusplitten in

- Dentofaziale Anomalien > 18 Jahre und
- Dentofaziale Anomalien < 19 Jahre

Für die DxG0074 „Zahnkaries, Stomatitis und Erkrankungen der Pulpa und der Gingiva“ mit der gleichlautenden HMG0881 schlagen wir einen Alterssplit bei 24 Jahren vor:

- Zahnkaries, Erkrankungen der Mundschleimhäute und Pulpa > 24 Jahre
- Zahnkaries, Erkrankungen der Mundschleimhäute und Pulpa < 25 Jahre

Die HMG0171 sollte umbenannt werden in „Dentofaziale Anomalien > 18 Jahre und Erkrankungen der Mundhöhle > 24 Jahre. Sie enthält die beiden neu gebildeten DxGs „Dentofaziale Anomalien > 18 Jahre“ und „Zahnkaries, Erkrankungen der Mundschleimhäute und Pulpa > 24 Jahre“ und wird in den 4. Strang integriert.

Die verbleibenden DxGs „Dentofaziale Anomalien < 19 Jahre“ und „Zahnkaries, Erkrankungen der Mundschleimhäute und Pulpa < 25 Jahre“ werden in die HMG1021 „Andere Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen“ integriert. Diese wird in „Andere HNO-Erkrankungen, Dentofaziale Anomalien < 19 Jahre, Erkrankungen der Mundhöhle < 25 Jahre“ umbenannt.

Im Ergebnis ist die HMG0881 und somit der dritte Strang aufgelöst.

Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation mit Einführung Alterssplit und Ausgliederung in Hierarchie 27

Die Erkrankungen der HMG0967 „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation“ mit schwerwiegenden Ohrenentzündungen, die auch die Entzündungen des Mastoids einschließen, führen bei Kindern unter 5 Jahren zu deutlichen Unterdeckungen.

Wir schlagen vor, die DxG0297 „Schwerwiegende Entzündung des Ohres“ und DxG1018 „Trommelfellperforation“ aus der HMG0967 mit einem Alterssplit zu versehen

- Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs < 6 Jahre
- Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs > 5 Jahre
- Trommelfellperforation < 6 Jahre
- Trommelfellperforation > 5 Jahre

Die neugebildeten DxGs „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs > 5 Jahre“ und „Trommelfellperforation > 5 Jahre“ verbleibt in der Hierarchie 29 in der HMG0967. Die HMG-Bezeichnung wäre dann in „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation > 5 Jahre“ zu ändern.

Die neugebildeten DxGs „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs < 6 Jahre“ und „Trommelfellperforation < 6 Jahre“ werden zu einer neuen HMG „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation < 6 Jahre“ zusammengefasst und in die Hierarchie 27 ausgegliedert.

Gesamtbewertung der Anpassung

Der IKK e.V. begrüßt es, dass sich die Gütemaße des Festlegungsentwurfes für das Ausgleichsjahr 2023 im Vergleich zu 2022 deutlich verbessern. So verbessert sich das R² um 1,6 Prozentpunkte und das CPM um 1,2 Prozentpunkte. Das MAPE entwickelt sich ebenfalls deutlich in eine positive Richtung und sinkt um 41,16 Euro. Die Zahl der Hierarchien reduziert sich in dem Festlegungsentwurf von 30 auf 26 Hierarchien.

Wir bedauern jedoch, dass eine systematische Aufarbeitung und Prüfung von hierarchieübergreifenden Komorbiditäten nicht geschehen ist und stattdessen neue Dominanzbeziehungen eingeführt wurden.

Trotz der sich erfreulich entwickelnden Gütemaße ist es aus unserer Sicht daher unerlässlich, die Qualität des Klassifikationsmodells weiter kontinuierlich zu erhöhen und den positiven Trend fortzusetzen.

IV. Redaktionelle Anmerkungen

Festlegungsdokument

- In Abschnitt 1.7 ist auf Seite 9 angegeben, dass eine Zuordnung anhand des Wohnortes zu insgesamt sieben RGGs erfolgt. Dies muss durch neun RGGs ausgetauscht werden.

Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen

- Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“
 - In Abschnitt 10.1 (Seite 157) muss das Wort „Aös“ durch „Aus“ ersetzt werden
 - In Abschnitt 10.2.1 fehlt in Tabellenüberschrift 10.1 zwischen AJ und 2022 ein Leerzeichen (S. 159)
- Hierarchie 31 „Gynäkologische oder andrologische Erkrankungen“
 - In Abschnitt 27.2.1 fehlt in der Tabellenüberschrift 27.1 ein Leerzeichen zwischen AJ und 2022 (Seite 556)