

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 04.08.2022**

**zum Entwurf der Festlegungen
des Bundamtes für Soziale Sicherung
gemäß § 8 Absatz 4 RSAV
für das Ausgleichsjahr 2023**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien.....	4
III. Hierarchien	9
IV. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	40
V. Inhaltliche Anmerkungen zu den einzelnen Dokumenten	41

I. Vorbemerkung

Gemäß § 8 Absatz 4 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Risikogruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen, die regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2023 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September 2022 fest.

Den Entwurf der entsprechenden Festlegungen inklusive der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf hat das BAS im Rahmen dieses Anhörungsverfahrens am 17. Juni 2022 mit der Bitte um Stellungnahme bis zum 5. August 2022 an den GKV-Spitzenverband übermittelt. Der GKV-Spitzenverband begrüßt in diesem Zusammenhang, dass der für die fachliche Bewertung in diesem Jahr zur Verfügung stehende Zeitraum erweitert wurde.

Der vorliegende Festlegungsentwurf befasst sich neben der Prüfung von Vorschlägen zur Berücksichtigung von Arzneimitteln im Klassifikationsmodell insbesondere mit der Konsolidierung der Hierarchien hinsichtlich bestehender Komorbiditäten und hiermit verbundener Überdeckungen. Des Weiteren wird die Verwendung bislang nicht im Klassifikationsmodell genutzter ICD-Codes geprüft.

Abschließend werden mit dem vorliegenden Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2023 die durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) in § 269 SGB V neu gefassten Vorgaben zur Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte im Klassifikationsmodell umgesetzt.

Insgesamt begrüßt der GKV-Spitzenverband, dass im Rahmen des vorliegenden Festlegungsentwurfes eine große Zahl der in den Vorjahren an das BAS herangetragenen Vorschläge zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodelles geprüft wurden.

Wie bereits in den Vorjahren legt das BAS einen umfangreichen Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2023 vor, dessen Beurteilung für den GKV-Spitzenverband und seine Mitgliedskassen im zur Verfügung gestellten Anhörungszeitraum nicht vollumfänglich und detailliert möglich ist. Wir verweisen diesbezüglich auf unsere Stellungnahme vom 13. August 2021 und bieten an, die auf Seiten der GKV bestehenden Änderungsvorschläge sowohl zum Anhörungsverfahren als auch zur systematischen Weiterentwicklung des Klassifikationsmodelles unter Einbeziehung von Vertretern unserer Mitgliedskassen mit dem BAS im Rahmen eines gemeinsamen Workshops zu erörtern. Weiterhin sei diesbezüglich zudem auf unsere Ausführungen unter Abschnitt II verwiesen.

Zu den einzelnen Themenbereichen dieses vorliegenden Entwurfes nehmen wir wie folgt Stellung:

II. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien

1 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung

Die beschriebenen statistischen Bewertungskriterien und Kennzahlen beinhalten den bereits in den Vorjahren eingeführten Kennzahlensatz auf Individual-, Gruppen- und Kassenebene sowie auf regionaler Ebene. Als Ergänzung regen wir zudem an, die Kostenschätzer des Modellentwurfs nach Nullsetzung negativer Koeffizienten sowie nach Beseitigung von Hierarchieverletzungen bereitzustellen.

Für die im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Festlegungsentwurfes durchgeführten Analysen werden die Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2019 und die Versichertenstammdaten sowie die versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld des Berichtsjahres 2020 verwendet. Die Datenaufbereitung und die Beschreibung des verwendeten Datensatzes werden ausführlich dargestellt und konnten vom GKV-Spitzenverband rechnerisch nachvollzogen werden.

Im Rahmen des Festlegungsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2023 fließen mit den Leistungsausgaben des Berichtsjahres 2020 erstmalig Daten in die Analysen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens ein, die Effekte der Pandemie beinhalten. Diesbezüglich werden vom BAS umfangreiche Analysen zur Verwendbarkeit der Datengrundlage durchgeführt. Insbesondere aufgrund der in Kombination verwendeten Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2019, bei denen noch keine Pandemie-Effekte anzunehmen sind, sind diese Untersuchungen sachrichtig und ausdrücklich zu begrüßen. Die Darstellung und Interpretation der diesbezüglichen Ergebnisse sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich nachvollziehbar. Es erscheint aus unserer Sicht jedoch geboten, darauf hinzuweisen, dass mögliche pandemiebedingte Auswirkungen auf die Ausgabenstruktur des Berichtsjahres 2020 auch im Rahmen der Detailanalysen bei der Überarbeitung der Hierarchien zu beachten sind. Wir gehen davon aus, dass entsprechende Analysen zu möglichen Pandemieeffekten in den Datengrundlagen auch in den Verfahren zur Weiterentwicklung des RSA-Klassifikationsmodelles für die Ausgleichsjahre nach 2023 erforderlich sein werden.

Zugleich werden mit der Satzart 703 erstmals die versichertenbezogenen Netto-Leistungsausgaben des HLB 3 (Apotheken) im Weiterentwicklungsverfahren verwendet. Auch hierzu führt das BAS umfangreiche Analysen und Vergleiche, insbesondere auch unter Verwendung der Brutto-Leistungsausgaben des HLB 3 der Satzart 700 durch. Die sich ergebenden Auswirkungen bei der Verwendung der versichertenbezogenen Netto-Leistungsausgaben des HLB 3 werden ausführlich und nachvollziehbar dargestellt.

Die Schlussfolgerungen des BAS zur Verwendung der Leistungsausgabendaten des Jahres 2020 für das Verfahren nach § 8 Absatz 4 RSAV können durch den GKV-Spitzenverband nachvollzogen werden.

2 Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2023

Basis für das Ausgangsmodell für die Modellentwicklung für das Ausgleichsjahr 2023 ist das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2022. An dieser Grundlage werden bereits Veränderungen vorgenommen, die schließlich zum Ausgangsmodell für das Ausgleichsjahr 2023 führen.

Anpassung an den ICD10-GM Version 2022

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

Die dem ICD-4-Steller K83.0 *Cholangitis* zugeordneten ICD-Codes K83.00, .01, .08, .09 sind in der Anlage 01_Anlage_1_ICD_Zuordnung_AJ2023_ENTWURF nicht enthalten. Das Gleiche gilt für die ICD-Codes der Gruppe U69.5-! *Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten*. Die genannten ICD-Codes sind in der Anlage zu ergänzen.

Für den ICD-4-Steller K31.1 *Pylorusstenose beim Erwachsenen* sowie die ihm zugeordneten fünfstelligen ICD-Codes ist die Altersgrenze von 0 bis 124 Jahre festgelegt, obwohl es sich um ein Krankheitsgeschehen bei Erwachsenen handelt. Hier sollte analog zu den ICD-Codes der Gruppe M42.1 *Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen* die Festlegung einer Altersgrenze von 15 bis 124 Jahre überprüft werden.

Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter Codes

Im Rahmen der Einführung des Vollmodells zum Ausgleichsjahr 2021 hat der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme zum Entwurf der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2021 angemerkt, dass einige Diagnosen der Ausschlusskategorie geeignet sein könnten, unterschiedliche Schweregrade einer Erkrankung zielgenauer abzubilden. Analog der bereits im Klassifikationsverfahren des Ausgleichsjahres 2020 verwendeten Diagnose Z99.2 *Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz* könnten hierfür bspw. ICD-Codes geeignet sein, die das Vorhandensein bzw. die Versorgung einer künstlichen Körperöffnung dokumentieren (Z93.-/Z43.-) sowie Diagnosen, mit denen eine langzeitige Abhängigkeit vom Aspirator/Respirator oder Kunstherz (Z99.0/Z99.1/Z99.4) verschlüsselt wird. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass die Diagnose Z51.81 *Apherese* gemeinsam mit dem Kennzeichen

extrakorporale Blutreinigung genutzt werden könnte, um schwerwiegende Fettstoffwechselstörungen zielgenauer abzubilden.

Das BAS hat den Vorschlag aufgegriffen und 188 bisher nicht im Klassifikationsmodell genutzte ICD-Codes in das Gruppierungsverfahren aufgenommen. Laut den Ausführungen zur Schwerpunktsetzung der Bearbeitung ist dabei entscheidend, inwieweit die Aufnahme der ICD-Codes zur Verbesserung der Prädiktionsgüte des Modells beiträgt. Die Zuordnung der neu aufgenommenen ICD-Codes zu den einzelnen Krankheiten und Hierarchien wird in Tabelle 5.3: *Zuordnung bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes zu Krankheiten bzw. Hierarchien des Modells* dokumentiert.

Es ist festzustellen, dass eine Untersuchung, ob die Aufnahme der ICD-Codes die Zielgenauigkeit des Modells tatsächlich verbessert, nur für die der Hierarchie 23 neu zugeordneten ICD-Codes durchgeführt wird. Zudem ist nicht ersichtlich, warum ICD-Codes, die das Vorhandensein bzw. die Versorgung einer künstlichen Körperöffnung (Z93.-/Z43.-) dokumentieren, nicht dazu geeignet sein sollten, die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells zu verbessern. Hier bitten wir um eine entsprechende Bewertung.

Vor dem Hintergrund, dass die ICD-Codes zu Z45.0- *Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts* und des ICD-Codes Z95.80 neu in der Hierarchie 16 *Herzerkrankungen* aufgenommen werden, ist die Nichtberücksichtigung des ICD-Codes Z95.0 *Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts* sowie des ICD-Codes Z99.4 *Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz* aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ebenfalls nicht nachvollziehbar (siehe unsere Ausführungen zur Hierarchie 16 *Herzerkrankungen*).

Zusammenlegung von Hierarchien

Ein Schwerpunkt bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells ist es, wie bereits im Festlegungsentwurf des vergangenen Jahres, bestehende Überdeckungen bei Komorbiditäten zu identifizieren und abzubauen. Dies geschieht durch hierarchieinterne Anpassungen, sofern Komorbidität innerhalb einer Hierarchie auftritt. Liegt Komorbidität zwischen mehreren Hierarchien vor, so wird eine Zusammenlegung der Hierarchien vorgeschlagen, um die Komplexität des Modells durch die Einführung externer Dominanzbeziehungen nicht zu erhöhen. Grundlage bildet eine Komorbiditätsanalyse auf Basis des Klassifikationsmodells des Ausgleichsjahres 2022.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Beschäftigung mit der Abbildung von Ko- bzw. Multimorbidität im Klassifikationsmodell. Allerdings ist eine detaillierte Bewertung der Vorschläge

aufgrund einer fehlenden Darstellung der Ergebnisse der vorgenommenen Komorbiditätsanalyse nicht möglich. Diese sollten mit dem Festlegungsentwurf veröffentlicht werden.

Zudem ist nicht dokumentiert, ob durch die vorgeschlagenen Änderungen die beobachteten Überdeckungen für Versicherte mit zwei HMGs tatsächlich abgebaut werden.

So wird in der Hierarchie 11 beispielsweise die Zusammenlegung der Stränge 2 und 3 mit einer durch Komorbidität verursachten deutlichen Überdeckung der Morbiditätsgruppen begründet. Betrachtet man die Veränderungen von Modell 1 zu Modell 2, in dem die beiden Stränge hierarchisiert zusammengefasst sind, fällt auf, dass sich die Besetzungszahlen der einzelnen HMGs nur geringfügig ändern und (nahezu) sämtliche Kostenschätzer angestiegen sind. Insofern kann nicht davon ausgegangen werden, dass mit diesem Schritt die Überdeckungen beseitigt wurden und Komorbidität ursächlich für die beobachteten Überdeckungen ist.

Im Rahmen eines methodischen Vorgehens bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells sollte u. E. grundsätzlich die Betrachtung von Über- bzw. Unterdeckungen auf Ebene der Morbiditätsgruppen als Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen dienen. Die beobachteten Über-/Unterdeckungen sollten mittels eines definierten Analyseschemas untersucht werden, welches eine dokumentierte, umfangreiche Ursachenforschung aller in Betracht kommenden Begründungen (z. B. Änderungen der Aufgreifkriterien, Einführung neuer Arzneimittel, Kostenhomogenitätsanalysen etc.) beinhaltet. Die Ko-/Multimorbiditätsanalyse ist hier dementsprechend einzureihen. Abschließend sollte ein Änderungsvorschlag unter Berücksichtigung der Ergebnisse aller Analyseschritte erfolgen. Hierbei sollten auch einheitliche Kriterien zur Zusammenlegung von HMGs definiert werden. Durch die vorgeschlagene Vorgehensweise ließen sich auch die unterschiedlichen Herangehensweisen bei der Erarbeitung von Änderungsvorschlägen für die Hierarchien vereinheitlichen.

Bezüglich der durchgeführten Zusammenlegung von Hierarchien möchten wir in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass es sich hierbei um ein Instrument zur möglichen Lösung von Über-/Unterdeckungen handeln kann, dieses jedoch auch unter Einbeziehung und Bewertung möglicher Alternativen, wie z. B. Morbiditäts-Interaktionstherme, eingesetzt werden sollte. Auch hier regen wir eine definierte methodische Vorgehensweise zur Bewertung diesbezüglicher Instrumente an. Gerade bei durchgeführten Hierarchiezusammenlegungen ist zudem eine Vorher-/Nachherbetrachtung erforderlich, die explizit auch die Auswirkungen auf andere Bereiche des Klassifikationssystems einbezieht.

Gleichermaßen ist im Rahmen der Reduzierung komorbiditätsbegründeter Überdeckungen eine Vorher-/Nachherbetrachtung der festgestellten Deckungssituation der betroffenen Versicherten

sowie die isolierte Deckungssituation der Versicherten mit nur einer der beteiligten HMGs erforderlich. Dieses Verfahren findet im vorliegenden Entwurf keine Anwendung.

Konsolidierung der HMGs

Eine Zusammenlegung verschiedener HMGs erfolgt an einigen Stellen auch dann, wenn dies nicht zu einer Verbesserung der Modellgüte führt, aber aus medizinischer Sicht sinnvoll erscheint. Es fehlt die Transparenz, nach welchen Kriterien die Modellüberarbeitung erfolgt.

Des Weiteren halten wir eine regelmäßige und systematische Überprüfung der Grenzen zur Altersdifferenzierung zwischen den HMGs für erforderlich.

III. Hierarchien

Im Rahmen des vorliegenden Festlegungsentwurfes wurde eine große Zahl der in den Vorjahren an das BAS herangetragenen Vorschläge zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells geprüft. Hiervon sind nahezu alle Hierarchien des Klassifikationsmodells betroffen.

Schwerpunktsetzung bei der Weiterentwicklung des Modells für das Ausgleichsjahr 2023 ist neben der stärkeren Berücksichtigung von Arzneimitteln die Reduzierung von Überdeckungen aufgrund von Ko-/Multimorbidität. Hier werden Vorschläge aus dem Vorjahr zur Zusammenlegung von Hierarchien aufgegriffen. Die vorgenommenen Änderungen verbessern die Zielgenauigkeit des Modells deutlich.

Zu den vorgeschlagenen Änderungen haben wir folgende Anmerkungen:

1 Hierarchie 01 „Infektionen“

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

Die vorgenommenen Verschiebungen sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar. Dennoch befinden sich die Diagnosen der tuberkulösen Arthritis (M01.1*), Arthritis bei Lyme-Krankheit (M01.2*) und postinfektiösen Arthritis bei Syphilis (M01.3*) weiterhin in der Hierarchie 01. In unserer Stellungnahme vom 13. August 2021 zum Entwurf der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2022 haben wir gebeten, die Zuordnung der genannten Diagnosen zur Hierarchie 07 *Erkrankungen des Muskel- Skelett-Systems* zu prüfen, da dort bereits der überwiegende Teil der infektiösen Arthropathien (M00 bis M03) verortet ist. Wir bitten um Klarstellung, warum der Vorschlag nicht berücksichtigt wurde.

2 Hierarchie 02 „Neubildungen“

Vor dem Hintergrund der arzneimitteltherapeutischen Entwicklungen in der Onkologie wird vorgeschlagen, zukünftig Arzneimittelwirkstoffe als Aufgreifkriterium für die Neubildungen zu berücksichtigen. Ziel ist es dabei, die Versorgungsrealität abzubilden, ohne unerwünschte Anreizwirkungen im Hinblick auf das Verordnungsverhalten auszulösen. Um dies zu erreichen, wird die Arzneimittelauswahl auf solche Wirkstoffe begrenzt, die auf bestimmte biologische Eigenschaften des Tumors ausgerichtet sind. Eine medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitung bzw. Anreizwirkung soll hiermit unterbunden werden. Weitere in der Onkologie leitliniengerecht eingesetzte Arzneimittelwirkstoffe werden nicht als Aufgreifkriterium herangezogen.

Um die Zahl der Diagnosegruppen zu begrenzen und den Anpassungsbedarf aufgrund neuer Wirkstoffe bzw. Zulassungserweiterungen zu reduzieren, werden drei neue DXGs/HMGs gebildet. Diese umfassen jeweils die ICD-Codes der bösartigen Neubildungen und unterscheiden sich in der Definition der zu berücksichtigenden Arzneimittelwirkstoffe. Die neugebildeten HMG0333 *Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid*, HMG0331 *Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern* und HMG0332 *Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren* dominieren als gemeinsamer oberer Strang sowohl den Strang der hämatologischen Neubildungen als auch den Strang der soliden Tumore. Als Aufgreifkriterium wird Sonderfall 1 mit 183/92 Behandlungstagen mit den je DXG berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffen festgelegt.

Durch die Einführung der drei neuen Arzneimittel-HMGs verbessert sich das Modell deutlich.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die Berücksichtigung von Arzneimittelwirkstoffen als Aufgreifkriterium für die bösartigen Neubildungen. Die pragmatische Herangehensweise bei der Definition der neuen Diagnosegruppen ist nachvollziehbar und geeignet, die dynamische Entwicklung in der Arzneimitteltherapie der Krebserkrankungen im Klassifikationsmodell abzubilden.

Hinsichtlich des im Rahmen der Schwerpunktsetzung bei der Bearbeitung des vorliegenden Festlegungsentwurfes formulierten Zieles, die Versorgungsrealität abzubilden, ist u. E. durch das BAS zu erläutern, aus welchen Gründen die in der onkologischen Arzneimitteltherapie leitliniengerecht eingesetzten anderen Zytostatika der ATC-Gruppe L01 nicht berücksichtigt werden. Dass es durch die Berücksichtigung dieser Zytostatika zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitung kommen könnte, ist aufgrund ihres Nebenwirkungsprofils aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes auszuschließen.

Da diese eine zentrale Rolle in der Therapie onkologischer Erkrankungen einnehmen, ist u. E. zu prüfen, inwieweit eine Berücksichtigung dieser Wirkstoffe zu einer weiteren Verbesserung der Zielgenauigkeit des Modelles führen kann.

Zur Festlegung des Aufgreifkriteriums für die DXG0971 *Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern*, DXG0972 *Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren* und DXG0973 *Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid*

Zudem wird die Auswahl des Aufgreifkriteriums *Sonderfall 1 (183/92 BT)* inhaltlich nicht näher erläutert. Da die Dauer der Therapie in Abhängigkeit von der Progression der Erkrankung bzw. von der Verträglichkeit der Therapie erfolgt, kann aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht regelhaft von einer Therapiedauer von mindestens 183/92 Tagen ausgegangen werden, wie es für das Aufgreifkriterium *Sonderfall 1* erforderlich ist. Zudem variiert die Dosierung in Abhängigkeit

der behandelten Erkrankung. Eigene Analyseergebnisse zeigen, dass sich die Modellkennzahlen gegenüber dem Festlegungsentwurf durch die Anwendung des *Sonderfalls 2* (42/21 BT) deutlich verbessern:

Änderungen im Vergleich zum FLE:					
M1: HMG 331,332,333 Sonderfall 2 (BT 42/21)					
	R ²	MAPE	CPM	aR ²	
FLE 2023oRGG mRP	59,7905%	2.457,11 €	29,5742%	59,7903%	
Hi 2 M1	60,0849%	2.449,43 €	29,7943%	60,0847%	

			FLE 2023 oRGG mRP		Neubildungen M1 (42/21)	
Hierarchie	Risiko-gruppe	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	Versicherte	Jahreswert
2	HMG0333	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid	5.324	79.648 €	10.058	71.518 €
2	HMG0331	Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern	37.288	46.071 €	83.360	39.085 €
2	HMG0332	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	31.952	43.881 €	49.230	40.401 €
2	HMG0268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane (< 75 Jahre) / Tumorlyse-Syndrom	81.783	27.763 €	65.747	23.235 €
2	HMG0270	Lungenmetastasen sowie Metastasen der Verdauungsorgane (> 74 Jahre) und sonstiger Lokalisation	146.726	16.464 €	132.265	14.266 €
2	HMG0262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	49.735	12.952 €	45.564	10.113 €
2	HMG0263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien	25.181	6.035 €	22.501	4.457 €
2	HMG0265	Non-Hodgkin-Lymphom, Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen	215.139	3.803 €	199.906	2.906 €
2	HMG0264	Chronische myeloproliferative Erkrankungen	62.239	2.534 €	60.505	1.846 €
2	HMG0267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten	31.067	1.381 €	30.900	1.323 €
2	HMG0124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	79.538	1.020 €	79.428	1.022 €
2	HMG0271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	122.345	8.790 €	118.007	7.837 €
2	HMG0273	Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus	75.930	5.748 €	75.474	5.666 €
2	HMG0276	Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge / des Pharynx / des	178.403	4.453 €	175.240	4.000 €
2	HMG0287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	206.880	2.560 €	205.727	2.499 €
2	HMG0305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der	255.223	2.133 €	254.213	2.064 €
2	HMG0836	Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert (> 5 Jahre) / Neubildung unklarer Dignität u. n.n.bez. des respiratorischen Systems	57.542	1.603 €	57.328	1.559 €
2	HMG0306	Bösartige Neubildung der Nebennieren / der Mamma (> 44 Jahre) / des Auges / der Zervix und sonst.	1.448.265	1.094 €	1.442.299	1.032 €
2	HMG0246	weiblichen Genitalorgane / multipler oder n.n.bez. Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Paraganglien sowie weiterer	543.472	568 €	542.208	548 €
2	HMG0409	endokriner Drüsen / des Kolons / andere, n.n.bez. Gutartige Neubildungen endokriner Drüsen, des	1.244.201	186 €	1.242.078	180 €
2	HMG0440	Auges, des ZNS, des Herzens / Bösartige Neubildungen der Haut / Neubildungen unklarer	1.382.211	5 €	1.381.108	4 €
2	HMG0413	Gutartige Neubildungen der weiblichen und männlichen Genitalorgane, Harnorgane, endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS und an sonstigen und	2.478.035	-37 €	2.476.645	-37 €
		Sonstige gutartige Neubildungen				

Zur ICD-Abgrenzung der neuen Arzneimittel-HMGs:

Vor dem Hintergrund der Berücksichtigung des Wirkstoffs Lenalidomid (L04AX) in der DXG0973 *Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid* fehlt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine Auseinandersetzung mit der Zuordnung der myelodysplastischen Syndrome (MDS). Die entsprechenden ICD-Codes D46.6/-7/.9 sind dem zweiten Strang der Hierarchie 08 *Hämatologische Erkrankungen* zugeordnet. Dort existiert für die MDS bereits eine Arzneimitteldifferenzierung über die HMG0194 *MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie*, die alle in der Therapie der MDS eingesetzten Arzneimittelwirkstoffe und damit auch die der HMG0333 zugeordneten Wirkstoffe umfasst. Auch ist der verwandte ICD-Code C94.6 *Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar* bereits den neuen Arzneimittel-HMGs zugeordnet. Zu berücksichtigen ist auch, dass sich aus einem MDS eine Leukämie entwickeln kann, deren ICD-Codes im Strang der hämatologischen Neubildungen der Hierarchie 02 integriert sind.

Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-Spitzenverband eine Verschiebung der genannten ICD-Codes für die MDS in die neuen Arzneimittel-HMGs vor. Parallel hierzu sind die Diagnosen zusätzlich einer DXG *MDS ohne Arzneimitteltherapie* zuzuordnen, die in den Strang der hämatologischen Neubildungen integriert werden sollte. Dabei sind die medizinischen Zusammenhänge der MDS mit zahlreichen HMGs des zweiten Stranges der Hierarchie 08 zu berücksichtigen.

Da die der DXG0973 zugeordneten Arzneimittelwirkstoffe nur für eine geringe Anzahl an Indikationen zugelassen sind und nicht mit Zulassungserweiterungen zu rechnen ist, schlägt der GKV-Spitzenverband vor, eine eingeschränkte ICD-Abgrenzung für die DXG0973 auf die zugelassenen Anwendungsgebiete (Multiples Myelom, MDS, Mantelzelllymphom, Follikuläres Lymphom) zu prüfen.

Im Rahmen der Überprüfung der ICD-Abgrenzung der DXG0973 *Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid* ist aufgefallen, dass die der HMG0194 zugeordnete DXG0243 *Sonstige myelodysplastische Syndrome mit Chemo- bzw. supportiver Therapie* nur die unspezifischen MDS-Diagnosen D46.7 *Sonstige myelodysplastische Syndrome* und D46.9 *Myelodysplastisches Syndrom, nicht näher bezeichnet* zugeordnet sind. Das Gleiche gilt für die DXG0230 *Sonstige myelodysplastische Syndrome* der HMG0049 *Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome*. Der spezifische ICD-Code D46.6 *Myelodysplastisches Syndrom mit isolierter del(5q)-Chromosomenanomalie* ist jedoch in der DXG0220 *Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss, Mehrlinien-Dysplasien oder isolierter Chromosomenanomalie* enthalten, die M2Q-validiert der HMG0045 *Schwerwiegende refraktäre*

Anämien und myelodysplastische Syndrome / Sehr schwere kombinierte Immundefekte zugeordnet ist.

Sollte keine Verschiebung der MDS–Diagnosen in die Hierarchie 02 erfolgen, müsste der ICD–Code D46.6 *Myelodysplastisches Syndrom mit isolierter del(5q)–Chromosomenanomalie* in der Hierarchie 08 entsprechend der unspezifischen MDS–Diagnosen zugeordnet werden (vgl. hierzu unsere Ausführungen zur Hierarchie 08).

3 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Im Rahmen der Berücksichtigung der LDL–Apherese im Gruppierungsprozess werden die Fettstoffwechselstörungen in einem eigenen HMG–Strang separiert und die entsprechenden Diagnosegruppen zukünftig mit Arzneimittelwirkstoffen validiert. Gleichzeitig wird für zahlreiche Erkrankungen eine Arzneimittelvalidierung eingeführt bzw. für bereits bestehende die Liste der berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffe überarbeitet.

Zudem wird vorgeschlagen, die HMGs der Hierarchie 30 *Ernährungsbezogene Erkrankungen* sowie der Hierarchie 03 *Diabetes mellitus* in die Hierarchie 04 zu integrieren. Als Entscheidungsgrund für die Zusammenlegung der Hierarchien wird angeführt, dass das metabolische Syndrom, eine Kombination aus gestörtem Kohlenhydratstoffwechsel (Hierarchie 03), erhöhten Blutfettwerten (Hierarchie 04), Bluthochdruck (Hierarchie 16) und Fettleibigkeit (Hierarchie 30) im Klassifikationsmodell in geeigneter Weise abbildet wird. Dies soll durch die Zusammenfassung der Hierarchien sowie der Einbeziehung der HMG091 *Hypertonie* durch Einführung einer hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehung aus der Hierarchie 16 *Herzerkrankungen* auf die neue Hierarchie 04 erreicht werden. Abschließend werden Hierarchieverletzungen behoben und die neu strukturierte Hierarchie konsolidiert.

Zu den Änderungen bei den Fettstoffwechselstörungen:

Bei der ICD–Abgrenzung der neuen DXG0878 *Hypercholesterinämie, gemischte und sonstige Hyperlipidämie, sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels mit Dauermedikation und LDL–Apherese* bleibt der ICD–Code E78.9 *Störung des Lipoproteinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet* unberücksichtigt. Begründet wird dies damit, dass bei einem so schwerwiegenden, gesundheitlichen Zustand mit einer differenzierten Kodierung gerechnet werden darf.

Dies ist aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes nicht nachvollziehbar. Für die Hyperlipoproteinämie (a) als Indikation für die Lipoprotein(a)–Apherese existiert bisher kein spezifischer ICD–Code, weshalb davon auszugehen ist, dass die Hyperlipoproteinämie (a) mit E78.5 oder E78.9 dokumentiert wird. Dies belegen auch entsprechende Auswertungen zur GOP 13622 *Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL–Apherese (bei isolierter Lp(a)–Erhöhung)*

Unabhängig davon ist die ambulante Durchführung der LDL-Apherese genehmigungspflichtig und an zahlreiche Bedingungen geknüpft, die durch eine Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes geprüft werden¹.

Der GKV-Spitzenverband spricht sich aus den genannten Gründen dafür aus, die Diagnose E78.9 *Störung des Lipoproteinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet* ebenfalls der DXG0878 *Hypercholesterinämie, gemischte und sonstige Hyperlipidämie, sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels mit Dauermedikation und LDL-Apherese* zuzuordnen.

Eine Zuordnung zur DXG0878 *Hypercholesterinämie, gemischte und sonstige Hyperlipidämie, sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels mit Dauermedikation und LDL-Apherese* ist u.a. abhängig vom Vorliegen einer Mindestmenge an relevanten Arzneimitteln. Wir weisen darauf hin, dass laut der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschuss, Anlage I, Nummer 1 eine LDL-Apherese auch dann durchgeführt werden kann, wenn unerwünschte Nebenwirkungen zum Absetzen der Lipidsenker geführt haben oder Kontraindikationen bei der Einnahme bestehen. Diese Versicherten werden bei der jetzigen Ausgestaltung des Modells nicht in der DXG0878 berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund sollte untersucht werden, um welchen Umfang es sich hierbei handelt und ggf. die Einführung eines weiteren Aufgreifkriteriums Sonderfall 5 *Kennzeichen extrakorporales Blutreinigungsverfahren ohne Arzneimittelvalidierung* geprüft werden.

Zur Arzneimittelauswahl für Diagnosegruppen des Diabetes mellitus Typ 1:

Im Rahmen der Überarbeitung der Hierarchie werden zahlreiche Vorschläge aus den Vorjahren geprüft und im Zuge dessen eine Angleichung der Aufgreifkriterien vorgenommen. Diese sind inhaltlich nachvollziehbar.

Seit Ende Oktober 2021 ist kein Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitor mehr zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 1 zugelassen. Da für den Jahresausgleich des Ausgleichsjahres 2023 die Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2022 verwendet werden, sollte der ATC-Code A10BK *Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren* für die Diagnosegruppen mit Typ 1 Diabetes gestrichen werden.

Zur eingeführten Arzneimittelvalidierung der DXG1084 *Chronische Thyreoiditis*:

Die für die DXG1084 in der Anlage 3 genannten Arzneimittelwirkstoffe sind z.T. recht unspezifisch. Insbesondere die Relevanz der Wirkstoffe der Gruppen M01AB *Essigsäure-Derivate und verwandte Substanzen*, M01AE *Propionsäure-Derivate* sowie N02BA *Salicylsäure und Derivate* sollte überprüft werden.

¹ Vgl. Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschuss, Anlage I, Nummer 1

Zur Integration der HMGs der Hierarchie 03 *Diabetes mellitus* und Hierarchie 30

Ernährungsbezogene Erkrankungen in die Hierarchie 04 *Metabolische Erkrankungen*:

Die vorgenommenen Änderungen lassen sich aufgrund fehlender Analyseergebnisse zum Ausmaß bestehender Komorbidität und HMG-bezogener Deckungsquoten nur eingeschränkt bewerten.

Bisher hat sich das BAS darauf konzentriert, Komorbidität innerhalb einer Hierarchie zielgenauer abzubilden. Grundlage hierfür bildet seit der Modellanpassung für das Ausgleichsjahr 2022 eine Komorbiditätsanalyse anhand von Odds Ratios. Odds Ratios geben in diesem Fall eine Auskunft darüber, ob das Vorhandensein von HMG A die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von HMG B erhöht. Eine Aussage über kausale Zusammenhänge kann anhand der Odds Ratios jedoch nicht getroffen werden. Bei der Bewertung werden zusätzlich Analysen der Deckungssituation der Versicherten mit einer bestimmten HMG-Kombination einbezogen wie die Gesamtdeckungssumme der jeweiligen Versichertengruppe, der mittlere Deckungsbeitrag und die Deckungsquote. Das BAS gibt an, dass der Auswertungsansatz zu einem späteren Zeitpunkt für die Prüfung hierarchieübergreifender Komorbiditätsbeziehungen genutzt werden kann.

Wie das BAS in seinen Erläuterungen zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2022 ausführt, ist das Auftreten von Komorbidität aus RSA-Sicht für sich genommen nicht zwangsläufig problematisch. Aus Sicht des BAS sind auffallend häufig auftretende HMG-Kombinationen dann kritisch zu sehen, wenn sich bei ihrem Vorliegen eine deutliche Fehldeckung (in der Regel in Form einer Überdeckung) bei den von der Kombination betroffenen Versicherten ergibt. Zudem weist das BAS darauf hin, dass

„sich bei der Vereinigung oder Hierarchisierung zweier HMGs neue Kostenschätzer ergeben, die die Zuweisungshöhe für alle Versicherten in den betroffenen Morbiditätsgruppen beeinflussen und nicht nur die der Versicherten mit der jeweiligen HMG-Kombination.

Ebenfalls ist es möglich, dass durch den Wegfall eines HMG-Zuschlags die zuvor vorliegende Überdeckung in eine (in absoluter Betrachtung u.U. höhere) Unterdeckung umschlägt, was die Deckungssituation der Betroffenen verschlechtern würde. In vielen Fällen wird die Einführung einer neuen Dominanzbeziehung zwischen zwei HMGs auch Auswirkungen auf weitere Morbiditätsgruppen haben, die bereits eine Dominanzbeziehung zu den betroffenen Gruppen aufweisen. In einigen Fällen kann etwa die Zusammenlegung ganzer Hierarchiestränge erforderlich sein, um eine konsistente Modellstruktur zu wahren. Vorab nicht immer absehbar sind zudem Wechselwirkungen mit den Zuschlägen für die AGGs, die sich bei einer Zusammenlegung von HMGs oder bei Einführung neuer Dominanzen verändern und sich somit auf die Zuweisungshöhe anderer Versichertengruppen auswirken können. Aus diesen Gründen sind mögliche Veränderungen der Hierarchiestruktur aufgrund auffälliger Komorbiditäten

immer empirisch zu prüfen und bei einer Verschlechterung der Prädiktionsgüte ggf. zu verwerfen.“

Diese Ausführungen des BAS zum Umgang mit Komorbidität im Klassifikationsmodell werden vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich geteilt.

Grund für die bei der Erstellung des Ausgangsmodells zunächst abgelehnte Zusammenlegung der drei Hierarchien ist die geeignete Abbildung des metabolischen Syndroms, einer Kombination aus gestörtem Kohlenhydratstoffwechsel (Hierarchie 03), erhöhten Blutfettwerten (Hierarchie 04), Bluthochdruck (Hierarchie 16) und Fettleibigkeit (Hierarchie 30), die das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen erhöht.

Wie das BAS ausgeführt hat, ist das Auftreten von Komorbidität aus RSA-Sicht erst dann problematisch, wenn dies zu einer deutlichen Überdeckung der Versicherten führt und eine Vielzahl von Versicherten betroffen sind. Insofern wäre in einem ersten Schritt eine Analyse der Deckungssituation von Versicherten mit einem metabolischen Syndrom zu erwarten gewesen. Aufgrund der fehlenden Analyse bleibt somit unklar, ob für Versicherte mit einem metabolischen Syndrom überhaupt eine Überdeckung vorliegt und wie viele Versicherte hiervon betroffen sind. Zudem wurde in der anfänglichen Betrachtung der Zusammenhang mit anderen Hierarchien nicht näher untersucht, auf die sich die Zusammenlegung auswirken könnte. So bestehen auch deutliche Komorbiditäten der Adipositas mit Schlafapnoe, weiteren Herzerkrankungen sowie Erkrankungen der Gefäße.

Wie in den Vorbemerkungen bereits beschrieben, sind festgestellte Überdeckungen bei Komorbidität nicht per se auf diese zurückzuführen, sondern können auch aus einer bestehenden Überdeckung einer beteiligten HMG resultieren, die sich durch eine geänderte Zusammensetzung oder die Änderung von Aufgreifkriterien reduzieren ließe. Dieser Aspekt sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes *vor* einer komorbiditätsbegründeten Anpassung der Hierarchie ebenso analysiert werden wie die Auswirkung daraus resultierender Modellanpassungen auf die Deckungssituation von Komorbidität.

Ein solches Vorgehen findet bei der Bearbeitung der Hierarchie nicht statt. Änderungen der Aufgreifkriterien finden im Vorfeld nur für die Fettstoffwechselstörungen statt. Wie sich die daraus resultierende deutliche Verbesserung der Modellkennzahlen auf die Deckungssituation von Versicherten mit metabolischem Syndrom auswirkt, wird nicht untersucht oder nicht dargestellt. Alle anderen Änderungen von HMG-Zusammensetzungen bzw. Aufgreifkriterien finden während oder im Anschluss der Zusammenlegungen statt.

Insgesamt verbessern sich die Modellkennzahlen deutlich im Vergleich zum Ausgangsmodell. Aufgrund der gewählten Vorgehensweise lässt sich jedoch nicht beurteilen, welchen Anteil die vorgenommene Hierarchiezusammenlegung daran hat. Es lässt sich jedoch feststellen, dass die

Modellverbesserung insbesondere auf die Berücksichtigung der LDL-Apherese sowie die stärkere Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen im Gruppierungsprozess zurückzuführen ist.

Als abschließende Beurteilung fehlt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine Analyse dahingehend, ob sich die Deckungssituation für Versicherte der HMGs der neuen Hierarchie 04 durch die vorgenommenen Änderungen verbessert hat und wie sie sich auf die anderen Risikogruppen des Klassifikationsmodells auswirken.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass es sich beim metabolischen Syndrom nicht um eine 1:1-Beziehung zwischen zwei Krankheiten handelt und damit die Ergebnisse der Komorbiditätsanalyse nur eingeschränkt aussagekräftig sind. Sie können jedoch als Hinweis auf einen bestehenden Handlungsbedarf dienen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes stößt das Zusammenlegen von Hierarchien zur zielgenaueren Abbildung von Multimorbidität an seine Grenzen. Vergleicht man die Anzahl der Hierarchiestränge der drei zusammengefassten Hierarchien im Modell für das Ausgleichsjahr 2022 mit denen im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2023, ist festzustellen, dass sich ihre Anzahl nur um einen Hierarchiestrang verringert. Dabei ist die neue externe Dominanz von zwei Hierarchiesträngen aus der Hierarchie 16 nicht mitgezählt.

Insgesamt hätte sich der GKV-Spitzenverband bei der erstmaligen Berücksichtigung von Multimorbidität ein systematisches Herangehen gewünscht. So fehlt aus unserer Sicht eine differenzierte Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Möglichkeiten zur zielgenaueren Abbildung von Multimorbidität im Klassifikationsmodell, genannt seien hierbei insbesondere die Einführung von Morbiditätsinteraktionsthermen, die auf unterschiedlichen Ebenen denkbar wären (DXG, HMG, Hierarchie, Alter...).

Zur Berücksichtigung der HMG0962 *Adipositas Schweregrad III / Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren* sowie der HMG0120/HMG0509 *Hypoglykämie mit/ohne Koma*:

Aufgrund von bestehenden Unterdeckungen zu den HMGs des Strangs Diabetes mellitus werden die HMG0962 *Adipositas Schweregrad III / Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren* sowie die HMG0120/HMG0509 *Hypoglykämie mit/ohne Koma* nicht in diesen eingegliedert. Diese Entscheidungen finden vor einer Reihe von weiteren Hierarchieanpassungen statt, die mit einer deutlichen Modellverbesserung einhergehen. Es ist anzunehmen, dass sich diese auch positiv auf die Deckungssituation der Diabetes-HMGs auswirken. Aus diesem Grund schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die Eingliederung der

genannten HMGs in den Strang Diabetes mellitus unter Berücksichtigung der Deckungssituation auf Basis des Festlegungsentwurfs erneut zu prüfen.

Zur Einführung einer Dominanz der HMG0091 *Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen* der Hierarchie 16 *Herzerkrankungen*

Bluthochdruck ist eins von mehreren Merkmalen des metabolischen Syndroms. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, dass die von den Strängen 2 und 3 der Herzhierarchie dominierte HMG0091 *Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen* in die Hierarchie 04 über eine externe Dominanzbeziehung berücksichtigt werden.

Hier fehlt dem GKV-Spitzenverband eine medizinisch-inhaltliche Bewertung, da in der HMG0091 neben der Hypertonie ein Großteil von Diagnosen enthalten ist, die in keinem medizinischen Zusammenhang mit dem metabolischen Syndrom stehen.

Zudem wird nicht dargestellt, wie sich die Einführung der Dominanzbeziehung in Modell 11/12 auf die Kostenschätzer der HMGs des zweiten und dritten Stranges der Herzhierarchie auswirkt.

4 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

In die Hierarchie 05 *Erkrankungen der Leber* werden zwei aus der Hierarchie 19 *Erkrankungen der Lunge* verschobene ICD-Codes integriert. Außerdem liegen für die ICD-Codes zur Differenzierung der Leberzirrhose nach den Child-Pugh-Kriterien erstmals Leistungsdaten vor, weshalb deren Einbindung in die Hierarchie überprüft wird. Des Weiteren werden Vorschläge aus den Vorjahren aufgegriffen und umgesetzt, die die Abbildung der Virus-Hepatitis und deren Arzneimittelvalidierung betreffen.

Die vorgenommenen Änderungen führen zu einer deutlichen Verbesserung der Modellgüte.

Im Rahmen der Untersuchung der Integration der neuen ICD-Codes zur Stadieneinteilung der Leberzirrhose nach den Child-Pugh-Kriterien in die Hierarchie werden medizinisch inhaltliche Aspekte der Kodierpraxis nicht näher einbezogen. Die Einteilung der Leberzirrhose in die Stadien A-C gemäß den Child-Pugh-Kriterien ist abhängig von verschiedenen Laborwerten, dem Ausmaß einer Aszites und dem Grad der hepatischen Enzephalopathie. Die Hepatische Enzephalopathie wird jedoch mit einem ICD-Code der Gruppe K72.7-dokumentiert, deren Stadien 3 und 4 der HMG0025 zugeordnet ist.

Der GKV Spitzenverband bittet den Sachverhalt zu untersuchen und die Zuordnung ggf. anzupassen.

Zur Arzneimittelauswahl für die DXG0920 *Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)* und DXG0978 *Chronische Virushepatitis C mit Bedarfs- und Dauermedikation*

Für die DXG0920 *Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)* ist das Aufgreifkriterium *Sonderfall 1* festgelegt. Da der DXG u.a. der ICD-Code B18.0 *Chronische*

Virushepatitis B mit Delta-Virus zugeordnet ist, sollte in der Anlage 3 der Arzneimittelwirkstoff J05AX28 *Bulevirtid*, der zur Behandlung von chronischen Hepatitis-Delta-Virus (HDV)-Infektionen zugelassen ist, ergänzt werden.

Sowohl für die DXG0978 *Chronische Virushepatitis C mit Bedarfs- und Dauermedikation* als auch für die DXG0920 *Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)* sollte zudem die Arzneimittelauswahl hinsichtlich einer leitlinienkonformen Berücksichtigung der Arzneimittel überprüft werden.

5 Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

In die Hierarchie 06 *Gastrointestinale Erkrankungen* werden sechs ICD-Codes aus der Hierarchie 22 *Erkrankungen der Haut* integriert. Zu den Änderungen haben wir keine Anmerkungen.

In der Hierarchie 6 sind die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) enthalten. Diese werden auf Basis unterschiedlicher Arzneimittelabgrenzungen berücksichtigt. Im Rahmen einer CED können sich Gelenkentzündungen entwickeln, die als Sterndiagnosen der Gruppe M07.4*– *Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten* im Strang der Rheumathoiden Erkrankungen der Hierarchie 07 *Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems* ebenfalls mit einer Arzneimitteldifferenzierung berücksichtigt werden. Aufgrund einer fehlenden externen Dominanzbeziehung sind doppelte Zuweisungen aus beiden Hierarchien möglich, da die zugeordneten Arzneimittelwirkstoffe nahezu identisch sind. Das gleiche gilt für die Psoriasis und die Psoriasisarthritis.

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor dem Hintergrund der analogen Zuordnung von Arzneimittelwirkstoffen vor, die Arzneimittel-HMGs der CED, rheumatoiden Erkrankungen und Psoriasis in einem gemeinsamen Strang zu berücksichtigen, welcher jeweils den Strang der CED in Hierarchie 06, den Strang der rheumatoiden Erkrankungen in Hierarchie 07 und den Strang der Psoriasis in Hierarchie 22 dominiert. Siehe hierzu unsere Ausführungen in Hierarchie 22 *Erkrankungen der Haut*.

6 Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

Die Überarbeitung der Hierarchie ist geprägt von der stärkeren Berücksichtigung von Arzneimitteln. Für die rheumatoiden Erkrankungen wird eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung eingeführt. Versicherte mit x-chromosomaler Hypophosphatämie werden durch die Verwendung von Arzneimittelinformationen zielgenauer abgebildet. Des Weiteren wird eine Arzneimittelvalidierung für Versicherte mit rheumatischem Fieber (ohne Herzbeteiligung) sowie eine Arzneimitteldifferenzierung für Versicherte mit Gicht bzw. Arthritis urica eingeführt. Abschließend findet eine Hierarchiekonsolidierung statt.

Durch die vorgenommenen Änderungen verbessert sich die Modellgüte deutlich.

Für die Rheumatoiden Erkrankungen wird eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung eingeführt, wodurch sich die Modellkennzahlen deutlich verbessern. Hier sind u. a. die Diagnoseschlüssel M07.4*– enthalten, die Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten dokumentieren. Die diesen Manifestationen zugrundeliegenden Erkrankungen sind der Hierarchie 06 *Gastrointestinale Erkrankungen* bzw. Hierarchie 22 *Erkrankungen der Haut* zugeordnet. Da es sich bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) und der Psoriasis ebenfalls um entzündliche Erkrankungen handelt, werden diese mit denselben immunsuppressiven Arzneimittelwirkstoffen behandelt. Somit ist davon auszugehen, dass die Arzneimitteltherapie von Versicherten mit einer CED oder Psoriasis, die eine Arthritis entwickelt haben, dieselbe ist wie für Versicherte mit CED bzw. Psoriasis ohne eine zusätzliche Arthritis. Dieser Sachverhalt wurde bisher zumindest für die Psoriasis durch eine externe Dominanzbeziehung zwischen den Arzneimittel-HMGs der Rheumatoiden Erkrankungen und den HMGs Psoriasis mit Dauermedikation im Klassifikationsmodell berücksichtigt.

Bei der Einführung einer zusätzlichen Arzneimittelgruppe für die rheumatoiden Erkrankungen wurde die externe Dominanzbeziehung zu den Arzneimittel-HMGs der Psoriasis nicht entsprechend angepasst. Aufgrund des mit den CED vergleichbaren Sachverhalts wird vorgeschlagen, die Arzneimittel-HMGs der CED, rheumatoiden Erkrankungen und Psoriasis in einem gemeinsamen Strang zu berücksichtigen, der jeweils den Strang der CED in Hierarchie 06, den Strang der rheumatoiden Erkrankungen in Hierarchie 07 und den Strang der Psoriasis in Hierarchie 22 dominiert. Siehe hierzu unsere Ausführungen zur Hierarchie 06 *Gastrointestinale Erkrankungen* und Hierarchie 22 *Erkrankungen der Haut*.

Ergänzung der Arzneimittelauswahl für DXG0187 und DXG0205 *Systemischer Lupus erythematodes* / *Riesenzellarteriitis* / *andere Erkrankung des Bindegewebes mit Dauermedikation* I bzw. II

Den genannten Diagnosegruppen ist u.a. die thrombotische thrombozytopenische Purpura über den ICD-Code M31.1 *Thrombotische Mikroangiopathie* zugeordnet. Bei der Behandlung wird Caplacizumab eingesetzt, weshalb der entsprechende ATC-Code B01AX07 für beide DXGs ergänzt werden sollte.

7 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Die Überarbeitung der Hierarchie 8 konzentriert sich auf die Eingliederung eines aus der Hierarchie 01 verschobenen ICD-Codes sowie die Untersuchung von Vorschlägen aus den Vorjahren. Hierzu zählt u.a. der Vorschlag, für das hereditäre Angioödem entsprechende Arzneimittelwirkstoffe zu berücksichtigen.

Das hereditäre Angioödem ist bisher der HMG0045 zugeordnet. Dieser ist u.a. auch die DXG0220 *Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss, Mehrlinien-Dysplasien oder isolierter Chromosomenanomalie* zugeordnet, die den ICD-Code D46.6 *Myelodysplastisches Syndrom mit isolierter del(5q)-Chromosomenanomalie* enthält. Im Anpassungsprozess zur Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung für das hereditäre Angioödem wurde die HMG0045 aufgeteilt. Die aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes fehlerhafte Zuordnung des ICD-Codes D46.6 wurde hierbei jedoch nicht berücksichtigt.

Die myelodysplastischen Syndrome (MDS) werden im zweiten Strang der Hierarchie arzneimitteldifferenziert abgebildet. Dabei werden die MDS in Abhängigkeit von der Dokumentation relevanter Arzneimittelwirkstoffe der DXG0243 *Sonstige myelodysplastische Syndrome mit Chemo- bzw. supportiver Therapie* und damit der HMG0194 *MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie* bzw. der DXG0230 *Sonstige myelodysplastische Syndrome und damit der HMG0049 Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome* zugeordnet. Allerdings sind den genannten DXGs/HMGs nur die unspezifischen MDS-Diagnosen D46.7 *Sonstige myelodysplastische Syndrome* und D46.9 *Myelodysplastisches Syndrom, nicht näher bezeichnet* zugeordnet. Der spezifische ICD-Code D46.6 *Myelodysplastisches Syndrom mit isolierter del(5q)-Chromosomenanomalie* ist hingegen, wie oben bereits beschrieben, in der DXG0220 *Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss, Mehrlinien-Dysplasien oder isolierter Chromosomenanomalie* enthalten und der HMG0045 *Schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastische Syndrome / Sehr schwere kombinierte Immundefekte* zugeordnet. Da der Wirkstoff Lenalidomid spezifisch für die Behandlung myelodysplastischer Syndrome mit 5q-Deletion zugelassen ist, hält es der GKV-Spitzenverband für zwingend erforderlich, die fehlerhafte Zuordnung des ICD-Codes D46.6 noch in diesem Anpassungszyklus zu korrigieren und ihn analog der unspezifischen MDS-Diagnosen der DXG0243 *Sonstige myelodysplastische Syndrome mit Chemo- bzw. supportiver Therapie* und damit der HMG0194 *MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie* bzw. der DXG0230 *Sonstige myelodysplastische Syndrome und damit der HMG0049 Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome* zuzuordnen.

Eine korrigierte Zuordnung hat keinen Einfluss auf die Modellgüte und wirkt sich auch nur geringfügig auf die von Komorbidität betroffenen HMGs der Hierarchie 02 *Bösartige Neubildungen* aus.

Änderungen im Vergleich zum FLE:					
	R ²	MAPE	CPM	aR ²	
FLE 2023 oRGG mRP	59,7905%	2.457,11 €	29,5742%	59,7903%	
Hi 8 M1	59,7907%	2.457,11 €	29,5742%	59,7905%	
FLE 2023 oRGG mRP					
Hier- archi	Risiko- gruppe	FLE 2023 oRGG mRP		M1	
		Versicherte	Jahreswert	Versicherte	Jahreswert
8	HMG0035	2.335	143.359 €	2.335	143.359 €
8	HMG0036	1.051	87.003 €	1.051	87.003 €
8	HMG0412	7.424	16.381 €	7.424	16.386 €
8	HMG0043	10.652	3.810 €	10.652	3.809 €
8	HMG0037	66.336	1.783 €	66.336	1.783 €
8	HMG0046	35.328	986 €	35.328	986 €
8	HMG0193	39.325	716 €	39.325	722 €
8	HMG0192	669	125.278 €	669	125.278 €
8	HMG0348	381	116.291 €	381	116.291 €
8	HMG0194	6.829	27.946 €	6.873	27.953 €
8	HMG0045	3.043	13.322 €	2.544	14.039 €
8	HMG0047	51.942	8.804 €	51.994	8.818 €
8	HMG0185	5.531	22.690 €	5.531	22.670 €
8	HMG0187	21.895	13.051 €	21.895	13.048 €
8	HMG0202	10.248	8.138 €	10.248	8.138 €
8	HMG0506	870	5.438 €	871	5.519 €
8	HMG0347	5.285	4.429 €	5.285	4.429 €
8	HMG0044	77.291	3.356 €	77.329	3.359 €
8	HMG0049	328.102	1.875 €	328.464	1.881 €
8	HMG0181	91.290	979 €	91.290	979 €
8	HMG0205	217.710	471 €	217.710	471 €
8	HMG0195	663.544	286 €	663.544	286 €
8	HMG0206	488.100	150 €	488.098	150 €
8	HMG0190	2.017.024	22 €	2.017.024	22 €
8	HMG0637	49.983	1 €	49.983	1 €
2	HMG0333	5.324	79.648 €	5.324	79.633 €
2	HMG0331	37.288	46.071 €	37.288	46.069 €
2	HMG0332	31.952	43.881 €	31.952	43.880 €
2	HMG0268	81.783	27.763 €	81.783	27.762 €
2	HMG0270	146.726	16.464 €	146.726	16.463 €
2	HMG0262	49.735	12.952 €	49.735	12.952 €
2	HMG0263	25.181	6.035 €	25.181	6.041 €
2	HMG0265	215.139	3.803 €	215.139	3.803 €
2	HMG0264	62.239	2.534 €	62.239	2.538 €
2	HMG0267	31.067	1.381 €	31.067	1.381 €
2	HMG0124	79.538	1.020 €	79.538	1.021 €
2	HMG0271	122.345	8.790 €	122.345	8.790 €
2	HMG0273	75.930	5.748 €	75.930	5.748 €
2	HMG0276	178.403	4.453 €	178.403	4.453 €
2	HMG0287	206.880	2.560 €	206.880	2.559 €
2	HMG0305	255.223	2.133 €	255.223	2.133 €
2	HMG0836	57.542	1.603 €	57.542	1.603 €
2	HMG0306	1.448.265	1.094 €	1.448.265	1.094 €
2	HMG0246	543.472	568 €	543.472	567 €
2	HMG0409	1.244.201	186 €	1.244.201	186 €
2	HMG0440	1.382.211	5 €	1.382.211	5 €
2	HMG0413	2.478.035	-37 €	2.478.035	-37 €

8 Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

In die Hierarchie 11 wurden bisher nicht im Klassifikationsverfahren verwendete ICD-Codes aus der Ausschlusskategorie eingegliedert. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Integration von HMGs der Hierarchie 09 *Kognitive Erkrankungen* und der Hierarchie 10 *Drogen-Alkohol- und Tabakmissbrauch*, um die zwischen den 3 Hierarchien bestehenden Komorbiditäten besser abzubilden.

Zur Methodik bei der Zusammenlegung der drei Hierarchien verweisen wir auf unsere Ausführungen im Vorwort sowie zu Hierarchie 04.

Zur Berücksichtigung von ICD-Codes der Gruppe T40.– Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene]

In die Hierarchie 11 werden ICD-Codes aus der Gruppe T40.– *Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene]* neu aufgenommen. Anders als im Kapitel 5.3 *Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes in Tabelle 5.3: Zuordnung bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes zu Krankheiten* dargestellt, wird der ICD-Code T40.0 *Opium* jedoch nicht der Hierarchie 11 *Psychische Erkrankungen*, sondern in der DXG0791 / HMG0241 *Vergiftungen durch Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen* in der Hierarchie 23 Verletzungen berücksichtigt.

Diese Zuordnung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu überprüfen.

Zum Aufgreifkriterium der DXG0804 *Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen*

Für die beiden neu aufgenommenen DXG0792/ HMG0243 *Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen* sowie DXG0804/ HMG0244 *Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen* ist das Aufgreifkriterium *stationär erforderlich* festgelegt. Diese Festlegung wird inhaltlich nicht näher erläutert und ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes für die DXG0804 medizinisch nicht begründet.

Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, das Aufgreifkriterium für die DXG0804 *Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen* von *stationär erforderlich* in *M2Q* zu ändern, auch wenn sich hierdurch die Modellgüte verschlechtert. Ob sich die Modellgüte durch eine Eingliederung der HMG0244 in das untere Strangende verbessern lässt, konnte im Rahmen des Anhörungszeitraums nicht geprüft werden.

Änderungen im Vergleich zum FLE:					
Spalte	R ²	MAPE	CPM	aR ²	
FLE 2023 oRGG mRP	59,7905%	2.457,11 €	29,5742%	59,7903%	
Hi 11 M1	59,7894%	2.457,17 €	29,5726%	59,7892%	

		FLE 2023 oRGG mRP		Hi 11 M1	
Hierarchie	Risiko- gruppe	Versicherte	Jahreswert	Versicherte	Jahreswert
11	HMG0051	276.167	4.295 €	276.167	4.308 €
11	HMG0052	719.471	1.842 €	719.471	1.843 €
11	HMG0054	326.400	5.186 €	326.400	5.186 €
11	HMG0055	572.855	2.486 €	572.855	2.488 €
11	HMG0243	20.009	5.797 €	20.009	5.830 €
11	HMG0012	593.173	1.617 €	593.173	1.616 €
11	HMG0058	1.918.364	1.310 €	1.918.364	1.311 €
11	HMG0067	808.135	960 €	808.135	961 €
11	HMG0244	7.205	3.692 €	34.944	371 €
11	HMG0048	462.671	1.119 €	462.671	1.120 €
11	HMG0066	1.614.875	788 €	1.612.651	789 €
11	HMG0064	286.340	537 €	286.168	536 €
11	HMG0517	29.938	2.504 €	29.938	2.504 €
11	HMG0014	73.093	830 €	73.093	831 €
11	HMG0230	865.638	638 €	865.638	639 €
11	HMG0068	1.941.933	492 €	1.939.437	492 €
11	HMG0442	30.577	3.004 €	30.577	3.006 €
11	HMG0645	64.237	681 €	64.237	681 €
11	HMG0060	97.503	1.982 €	97.503	1.989 €
11	HMG0643	161.812	421 €	161.812	421 €
11	HMG0057	2.598.482	373 €	2.595.604	373 €
11	HMG0656	2.861.455	159 €	2.859.593	159 €

Zur Verflechtung der kognitiven und Suchterkrankungen mit Strang 1 *Affektive Störungen, Wahn, schizotype Störungen*

Im Rahmen des Anpassungsprozesses zur Verflechtung der kognitiven und Suchterkrankungen mit Strang 1 *Affektive Störungen, Wahn, schizotype Störungen* stellt das BAS auf Basis der Ergebnisse der Komorbiditätsanalyse fest, dass in der Kombination von HMGs des ersten Strangs und den kognitiven Erkrankungen einerseits Überdeckungen bestehen, andererseits Versicherte mit einer Kombination von HMGs des ersten Strangs und den Suchterkrankungen (HMG0051 /HMG0052) jedoch unterdeckt sind. Hiervon sind insbesondere die oberen HMGs HMG0051 *Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose* bzw. HMG0052 *Alkohol- oder Drogenabhängigkeit* betroffen.

Das Vorliegen von z. T. beträchtlichen Unterdeckungen wird jedoch nicht näher untersucht. Ob diese auch im Festlegungsentwurf weiterhin bestehen, wird nicht abschließend analysiert bzw. dargestellt. Da sich die Modellstruktur hinsichtlich der Abbildung der oberen HMGs der Suchterkrankungen und der oberen HMGs der psychischen Erkrankungen nicht wesentlich vom

Ausgangsmodell unterscheidet, ist davon auszugehen, dass die Unterdeckungen weiterhin bestehen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes können die vorgefundenen Unterdeckungen daraus resultieren, dass sich die der HMG0051 *Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose* bzw. HMG0052 *Alkohol- oder Drogenabhängigkeit* zugeordneten DXGs in ihren Folgekosten deutlich unterscheiden. Ursächlich könnte auch die bestehende ICD-DXG-Zuordnung sein.

Aus den genannten Gründen sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Kostenhomogenität auf DXG-Ebene sowie die ICD-DXG- Zuordnung für die genannten HMGs überprüft werden. Ziel soll es sein, bestehende Unterdeckungen zu reduzieren.

Zur Arzneimittelauswahl für die DXG0926

Aufgrund eines bestehenden Lieferengpases für das Arzneimittel Substitol wurden zum 1. Mai 2022 zur Abrechnung des aus Österreich importierten alternativen Arzneimittels Compensan drei neue Sonder-PZN in die technische Anlage 1 zum Datenaustausch nach § 300 SGB V eingeführt. Die Arzneimittelauswahl für die DXG0926 Opiatsubstitution ist um die Pharmazentralnummern 17716636, 17716671, 17716694 zu ergänzen.

9 Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“

In die Hierarchie werden in einem ersten Schritt ICD-Codes aus der Hierarchie 14 *Neurologische Erkrankungen* aufgenommen. Des Weiteren werden unterschiedliche Ansätze untersucht, um die Folgekosten für Versicherte mit einer hereditären spinalen Muskelatrophie zielgenauer abzubilden. Da die Berücksichtigung der Arzneimitteltherapie im Vergleich zur Einführung einer Altersdifferenzierung bessere Ergebnisse zeigt, wird diese umgesetzt. Für die Infektionen der Wirbelsäule wird eine Arzneimittelvalidierung eingeführt.

Zur zielgenaueren Abbildung der Folgekosten bei hereditärer spinaler Muskelatrophie:

Die Einführung des Arzneimittelaufgreifkriteriums *Arzneimittel obligat mit 183/92 BT* halten wir für pragmatisch. Der arzneimittelvalidierten HMG0289 mit einem Kostenschätzer von 134.613 Euro werden 1.064 Versicherte zugeordnet und die Modellgüte verbessert sich deutlich.

Untersucht werden sollte jedoch, ob Versicherte mit einer hereditären spinalen Muskelatrophie, die das Aufgreifkriterium nicht erfüllen, unterdeckt sind. Dies ist aufgrund der Modellergebnisse von Modell 04 zu erwarten, in dem alternativ zur Arzneimittelvalidierung die Einführung einer Altersdifferenzierung geprüft wird. Für beide Altersgruppen ist das Aufgreifkriterium *M2Q* festgelegt. Den beiden Altersgruppen werden insgesamt 4.249 Versicherte zugeordnet und es ergeben sich Kostenschätzer in Höhe von 96.785 Euro für die Jüngeren und 34.385 Euro für die Älteren.

Aufgrund der hohen Kostenschätzer ist davon auszugehen, dass die Einführung einer zusätzlichen HMG mit dem Aufgreifkriterium M2Q die Modellgüte nochmals verbessern könnte.

Zur ICD-Abgrenzung und Arzneimittelauswahl der DXG1332 *Infektionen der Wirbelsäule*

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes fehlen in der Diagnosegruppe die ICD-Codes der Gruppe M46.5– *Sonstige infektiöse Spondylopathien*. Zudem sollte überprüft werden, ob die ICD-Codes der Viersteller M46.8– und M46.9– ebenfalls zu den Infektionen der Wirbelsäule zählen und der DXG1332 zuzuordnen sind.

Neben den in *Tabelle 15.6: Hierarchie 13 – Wirkstoffe zum Aufgreifen der Infektionen der Wirbelsäule* aufgeführten Wirkstoffen sind für die Therapie der Infektionen der Wirbelsäule die Cephalosporine der 3. Generation (J01DD) relevant. Diese sollten für die DXG 1332 *Infektionen der Wirbelsäule* ergänzt werden. Außerdem sollten die Mittel zur Behandlung der Tuberkulose durch die Zuordnung der ATC-Codes J04AA *Aminosalicylsäure und Derivate*, J04AC *Hydrazide*, J04AD *Thiocarbamid-Derivate*, J04AK *Andere Mittel zur Behandlung der Tuberkulose* vervollständigt werden.

Zudem ist zu prüfen, ob weitere systemische Antibiotika (J01A*, J01GB, J01XD) zu ergänzen sind. Da eine Entzündung der Wirbelsäule in seltenen Fällen auch durch eine Pilzinfektion verursacht werden kann, sollte eine Ergänzung um systemische Antimykotika (J02A*) ebenfalls geprüft werden.

10 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Der Hierarchie werden das bisher nicht zur Klassifikation zugelassene chronische Müdigkeitssyndrom G93.3 sowie der ICD-Code U09.9 *Post-COVID-Zustand, nicht näher bezeichnet* zugeordnet. Zudem wurden Vorschläge aus den Vorjahren zur Verwendung von Arzneimitteln im Aufgreifalgorithmus geprüft und umgesetzt. Wie bereits in den anderen Hierarchien findet eine Hierarchiekonsolidierung statt, bei der Komorbiditäten berücksichtigt werden. Durch die Anpassungen verbessert sich die Modellgüte.

Vor der Analyse von Vorschlägen zur Berücksichtigung von Arzneimittelwirkstoffen erfolgen Anpassungen an der Hierarchiestruktur aufgrund der Komorbiditätsanalyse. Dabei wird die strangweise Verflechtung dadurch erschwert, dass nicht für alle HMG-Kombinationen Überdeckungen feststellbar sind, sondern auch deutliche Unterdeckungen auftreten, die einer Zusammenlegung der Stränge entgegenstehen.

Wie bereits in unseren Ausführungen zu Hierarchie 04 und im Vorwort angemerkt, wäre aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zunächst eine inhaltliche Untersuchung der vorgefundenen Über-

bzw. Unterdeckungen angezeigt. Zudem sollte die Einführung veränderter Aufgreifkriterien sowie die Kostenhomogenität der betroffenen HMGs betrachtet werden.

Zur Verflechtung der Stränge 2 und 3

Begründet wird die Zusammenlegung der beiden Stränge mit einer durch Komorbidität verursachten deutlichen Überdeckung von Morbiditätsgruppen. Betrachtet man die Veränderungen von Modell 01 zu Modell 02, in dem die beiden Stränge hierarchisiert zusammengefasst sind, fällt auf, dass sich die Besetzungszahlen der einzelnen HMGs nur geringfügig ändern und sämtliche Kostenschätzer angestiegen sind. Insofern kann nicht davon ausgegangen werden, dass mit diesem Schritt die Überdeckungen beseitigt wurden und Komorbidität ursächlich für die beobachteten Überdeckungen ist. Zu vermuten ist, dass die Überdeckungen eher aus den getroffenen ICD-DXG-HMG-Zuordnungen resultieren, weshalb vorgeschlagen wird, die Kostenhomogenität der HMGs zu untersuchen.

Zur Eingliederung der ICD-Codes G93.3 *Chronisches Müdigkeitssyndroms* und U09.9 *Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet*

Die beiden ICD-Codes werden als einzige ICD-Codes einer gemeinsamen DXG0279/HMG0308 *Chronische Müdigkeitssyndrome* zugeordnet, die frei in der Hierarchie steht. Im Rahmen der Anpassung der Hierarchiestruktur wird die DXG0279 der HMG080 *Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Chronische Müdigkeitssyndrome, Trigeminalneuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Erkrankungen des ZNS* des unteren Stranges zugeordnet.

Aufgrund der dynamischen Entwicklung der Corona-Pandemie und den wenigen Erkenntnissen zur Behandlung von Long-Covid-Zuständen ist für die DXG0279 *Chronische Müdigkeitssyndrome* unklar, wie sich die Besetzungszahlen und Leistungsausgaben dieser Versicherten zukünftig entwickeln werden. Vor diesem Hintergrund wäre die im Ausgangsmodell gewählte Berücksichtigung der DXG0279 *Chronische Müdigkeitssyndrome* in einer eigenen, freistehenden HMG aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zielführend.

Zur Arzneimittelauswahl der DXG1257 *Myasthenia gravis*

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes fehlen in der Arzneimittelauswahl die intravenösen Immunglobuline (J06BA). Diese können laut Arzneimittelrichtlinie Anlage VI als Off-Label-Use zur Behandlung der Myasthenia gravis eingesetzt werden.

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, den ATC-Code J06BA *Immunglobuline, normal human* in der Anlage 3 der Festlegungen für die DXG1257 *Myasthenia gravis* zu ergänzen.

Zur Überprüfung eines Vorschlags zur Arzneimitteldifferenzierung bei Multipler Sklerose:

Das BAS greift den Vorschlag einer geänderten Arzneimitteldifferenzierung nicht auf, da diese in ihrer Ausgestaltung nicht dem zugrundeliegenden Gedanken der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung entspricht.

Vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung der Arzneimitteltherapie bei Multipler Sklerose ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht verständlich, dass das BAS alternativ zum vorgetragenen Vorschlag die Einführung einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung für die Multiple Sklerose nicht untersucht hat. Es ist davon auszugehen, dass hierdurch die Folgekosten für Versicherte mit Multipler Sklerose in Abhängigkeit ihrer Arzneimitteltherapie zielgenauer abgebildet werden.

Es wird vorgeschlagen, eine differenzierte Arzneimitteltherapie für die Multiple Sklerose im nächsten Anpassungszyklus zu untersuchen.

Zur Kennzahlenveränderung im Vergleich zum Ausgangsmodell

Bei den Modellen mit Risikopool kommt es zu einer Hierarchieverletzung von der neuen HMG0069 *Polyneuropathie mit Dauermedikation* mit einem Kostenschätzer in Höhe von 5.723 Euro zur HMG0307 *Erworbener Hydrozephalus b. Neugeborenen (Alter > 1 Jahr)* mit einem Kostenschätzer in Höhe von 5.822 Euro. Im Festlegungsentwurf wurde der Zuschlag für die HMG0069 immer mit rd. 7.800 Euro angegeben.

Das BAS weist selbst daraufhin, dass diese Hierarchieverletzung nach Abschluss der Anhörung im Rahmen der Festlegung noch behoben wird (Seite 349).

Zudem nähern sich die Kostenschätzer der HMG0069 und HMG0235 stark an. Dies sollte bei der Bearbeitung der Hierarchieverletzung ebenfalls betrachtet werden.

11 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Zahlreiche ICD-Codes der Hierarchie 16 werden für Versicherte unter 6 Jahren zusätzlich in der Hierarchie 27 *Erkrankungen der Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren* berücksichtigt. In der Folge wird die Altersabgrenzung für die in der Hierarchie 16 verbleibenden ICD-Codes angepasst (5 Jahre < Alter < 18 Jahre). Außerdem wurden in die Hierarchie bisher nicht zur Klassifikation zugelassene ICD-Codes aufgenommen sowie Vorschläge zur Berücksichtigung von Arzneimittelwirkstoffen geprüft und umgesetzt. Die vorgenommenen Änderungen verbessern die Modellkennzahlen.

Zur Anpassung der Hierarchie aufgrund des Ausgangsmodells

Der Hierarchie 16 werden bisher nicht zur Klassifikation zugelassene ICD-Codes zugeordnet.

Während die ICD-Codes zu Z45.0– *Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts* der DXG0639/HMG0493 *Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiodefibrillator, Sonstiges* zugeordnet werden, erfolgt die Zuordnung des ICD-Codes Z95.80

Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems (unterhalb angegeben u. a. Kunstherz) zur DXG0974/HMG0492 *Herzunterstützende Systeme: Kunstherz*.

Es scheint Ziel zu sein, die Anpassung und Handhabung sowie das Vorhandensein elektronischer herzunterstützender Systeme im Klassifikationsmodell zu berücksichtigen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die neu zugeordneten ICD-Codes jedoch unvollständig, um das Ziel zu erreichen. Um falsche Kodieranreize zu vermeiden, ist es notwendig, den ICD-Code Z95.0

Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts zusätzlich in der DXG0639/HMG0493

Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiodefibrillator, Sonstiges zu

berücksichtigen, da mit diesem das Vorhandensein eines Herzschrittmachers, kardialen Resynchronisationstherapie-Defibrillators, kardialen Resynchronisationstherapie-Schrittmachers sowie Kardiodefibrillators dokumentiert wird. Aus dem gleichen Grund sollte der ICD-Code Z99.4

Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz in der DXG0974/HMG0492 *Herzunterstützende*

Systeme: Kunstherz berücksichtigt werden. Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes zeigen, dass sich hierdurch die Modellkennzahlen verbessern. Inwieweit eine geänderte ICD-Zuordnung differenziert nach Anpassung/Handhabung bzw. Vorhandensein elektronischer

herzunterstützender Systeme bzw. die Einführung des Aufgreifkriteriums *stationär erforderlich* für die Anpassung und Handhabung eines Kunstherzes zu einer weiteren Verbesserung der Modellgüte führt, konnte im Anhörungszeitraum nicht geprüft werden.

Änderungen im Vergleich zum FLE:				
Spalte	R ²	MAPE	CPM	aR ²
FLE 2023 oRGG mRP	59,7905%	2.457,11 €	29,5742%	59,7903%
Hi 16 M1	59,7921%	2.456,97 €	29,5782%	59,7919%

		FLE 2023 oRGG mRP		Hi 16 M1	
Hierarchie	Risiko-gruppe	Versicherte	Jahreswert	Versicherte	Jahreswert
16	HMG0492	12.971	6.560 €	13.799	6.329 €
16	HMG0301	6.940	2.349 €	6.940	2.335 €
16	HMG0494	806	1.898 €	806	1.873 €
16	HMG0495	35.978	1.103 €	35.976	1.087 €
16	HMG0300	211.784	518 €	211.761	510 €
16	HMG0085	2.426.188	285 €	2.425.867	274 €
16	HMG0290	27.372	1.987 €	27.372	2.017 €
16	HMG0077	54.261	1.965 €	54.264	2.004 €
16	HMG0090	1.336.493	1.367 €	1.336.493	1.384 €
16	HMG0092	1.319.319	1.232 €	1.319.318	1.255 €
16	HMG0493	65.499	411 €	300.999	726 €
16	HMG0550	150.570	256 €	64.886	277 €
16	HMG0445	1.816.067	-96 €	1.779.016	-108 €
16	HMG0078	90.628	5.740 €	90.628	5.711 €
16	HMG0079	225.834	3.105 €	225.679	3.044 €
16	HMG0081	417.149	2.170 €	417.071	2.157 €
16	HMG0082	856.440	1.561 €	856.208	1.523 €
16	HMG0083	2.450.748	714 €	2.450.628	703 €
16	HMG0084	1.826.039	522 €	1.825.974	514 €
16	HMG0091	7.878.179	205 €	7.878.146	205 €

Zur Arzneimittelauswahl bei Diagnosegruppen, die eine Herz- bzw. Niereninsuffizienz abbilden
Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren (A10BK) sind neben der Behandlung für Diabetes mellitus Typ 2 auch für die Behandlung von Herzinsuffizienz und chronischer Niereninsuffizienz zugelassen. Daher wird vorgeschlagen, die Aufnahme des ATC-Codes A10BK in die Anlage 3 für folgende DXG zu prüfen:

DXG	DXG Bezeichnung
354	Hypertensive Herzerkrankung, mit Herzinsuffizienz
355	Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung, mit Herzinsuffizienz
367	Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)
368	Schwerwiegende Herzinsuffizienz (> 74 Jahre)
369	Sekundäre Rechts Herzinsuffizienz
376	Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz
539	Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz

12 Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“

Neben der Prüfung der Einführung einer externen Dominanzbeziehung in die Hierarchie 23 werden verschiedene Vorschläge zur Einführung weiterer Aufgreifkriterien überprüft und umgesetzt, die zu einer verbesserten Zielgenauigkeit des Modells führen.

Zur ICD-Abgrenzung der DXG0418 *Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, n.n.bez.*

Für die Diagnosegruppe ist das Aufgreifkriterium *Arzneimittel obligat mit chronischem Verlauf* festgelegt. Die Arzneimittelauswahl umfasst antithrombotische Mittel. Der DXG sind u. a. ICD-Codes zugeordnet, die die Folgen einer Subarachnoidalblutung, einer intrazerebralen Blutung und Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung dokumentieren. Der Einsatz von antithrombotischen Mitteln zur Behandlung von Folgen einer zerebrovaskulären Blutung ist jedoch kontraindiziert. Daher ist zu erwarten, dass Versicherte mit den entsprechenden ICD-Codes das festgelegte Aufgreifkriterium nicht erfüllen können.

Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, die ICD-Codes I69.0 *Folgen einer Subarachnoidalblutung*, I69.1 *Folgen einer intrazerebralen Blutung* und I69.2 *Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung* einer eigenen DXG mit dem Aufgreifkriterium *M2Q* zuzuordnen und in der Hierarchie zu integrieren.

13 Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

Aufgrund einer zusätzlichen Berücksichtigung von ICD-Codes für Versicherte unter 6 Jahren in der Hierarchie 27 *Erkrankungen der Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren* wird in der Folge die Altersabgrenzung für die in der Hierarchie 18 verbleibenden ICD-Codes angepasst (Alter > 5). Zudem werden aus der Hierarchie 22 die ICD-

Codes des hereditären Lymphödems (Q82.0-) in die Hierarchie 18 verschoben, in der sich bereits die ICD-Codes I97.2- *Lymphödem nach (partieller) Mastektomie* sowie des anderenorts nicht klassifizierten Lymphödems (I89.0-) in der der DXG0426 *Lymphangitis, -adenitis, -ödem* und damit der HMG0112 *Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz* befinden.

Um die neuen ICD-Codes Q82.0,- in die Hierarchie einzubinden, werden diese einer eigenen Diagnose-/Morbiditätsgruppe *Hereditäres Lymphödem* (DXG0783/HMG0237) zugeordnet. Die HMG0237 wird in den zweiten Strang der Hierarchie Erkrankungen des Lymphsystems und der Milz anhand ihres Kostenschätzers eingegliedert. Während des Eingliederungsprozesses wird auch eine Zusammenlegung der HMG0112 mit der HMG0237 überprüft, da diese vergleichbare Kostenschätzer aufweisen und parallel an der Spitze des Hierarchiestranges stehen. Durch die Zusammenlegung verschlechtert sich jedoch das Modell (MAPE sinkt um 6 Cent), weshalb diese nicht umgesetzt wird. Im Festlegungsentwurf stehen beide HMGs nebeneinander und dominieren die restlichen HMGs des Hierarchiestranges. Des Weiteren wird für die DXG0086 *Arterielle Embolie und Thrombose* sowie DXG0982 *N.n.bez. arterielle Embolie und Thrombose* eine Arzneimittelvalidierung eingeführt. Abschließend wird eine bestehende Hierachieverletzung behoben und die Hierarchiestruktur durch Zusammenlegung von HMGs und Hierarchiesträngen konsolidiert.

Zur parallelen Berücksichtigung der HMG0237 *Hereditäres Lymphödem* und HMG0112 *Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz*

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes lassen sich die Sachverhalte der ICD-Codes I89.0- (HMG0112) und Q82.0- (HMG0237) nicht eng abgrenzen. Dies belegen eigene Analysen, wonach durch die Zusammenlegung der HMGs 18.590 Zuschläge entfallen. Dies entspricht ca. 44% der Besetzungszahl der HMG0237.

Vor diesem Hintergrund sollte eine Zusammenlegung der beiden HMGs trotz einer leichten Verschlechterung der Modellgüte vorgenommen werden. Gegebenenfalls lässt sich eine Modellverbesserung durch die Ausgliederung der Diagnosen I89.1 *Lymphangitis* und I88.0/-1 *Lymphadenitis* in eine separate DXG/HMG erreichen, da davon auszugehen ist, dass für diese Erkrankungen geringere Folgekosten zu erwarten sind als für das Lymphödem.

Änderungen im Vergleich zum FLE:					
Strategie	R ²	MAPE	CPM	aR ²	
FLE 2023 oRGG mRP	59,7905%	2.457,11 €	29,5742%	59,7903%	
Hi 18 M1	59,7899%	2.457,17 €	29,5725%	59,7897%	

		FLE 2023 oRGG mRP		Hi 18 M1	
Hierarchie	Risiko-gruppe	Versicherte	Jahreswert	Versicherte	Jahreswert
18	HMG0098	119.165	5.681 €	119.165	5.681 €
18	HMG0149	209.366	3.060 €	209.366	3.061 €
18	HMG1008	1.873	1.314 €	1.873	1.314 €
18	HMG0115	906.107	1.169 €	906.107	1.169 €
18	HMG0105	404.816	536 €	404.816	537 €
18	HMG1009	11.734	343 €	11.734	345 €
18	HMG0112	880.961	1.668 €	904.788	1.702 €
18	HMG0237	42.417	1.634 €		
18	HMG0116	100.067	886 €	100.067	887 €
18	HMG0102	51.433	227 €	51.433	227 €
18	HMG0099	117.517	158 €	117.517	158 €
18	HMG0106	1.168.733	-234 €	1.168.733	-234 €
18	HMG0109	64.318	1.624 €	64.318	1.623 €
18	HMG0182	289.989	912 €	289.989	912 €
18	HMG0722	45.349	416 €	45.349	415 €
18	HMG0361	462.806	149 €	462.806	149 €
18	HMG0248	58.994	1.970 €	58.994	1.970 €
18	HMG0336	398.480	702 €	398.480	704 €
18	HMG0338	1.613.568	323 €	1.613.568	323 €
18	HMG0454	3.029.790	70 €	3.029.790	70 €
18	HMG0728	912.915	-14 €	912.915	-14 €

Zur Arzneimittelauswahl für die DXG0086 *Arterielle Embolie und Thrombose* sowie DXG0982

N.n.bez. arterielle Embolie und Thrombose

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die Arzneimittelauswahl für die genannten Diagnosegruppen unvollständig. Zusätzlich zum bereits zugeordneten ATC-Code B01AC *Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin*, sollte die Aufnahme der ATC-Codes B01AA *Vitamin-K-Antagonisten*, B01AB *Heparin*gruppe, B01AF *Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren* und B01AX *Andere antithrombotische Mittel* geprüft werden, um eine leitliniengerechte Abbildung der Arzneimittelversorgung sicherzustellen.

14 Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“

Im Rahmen der Überarbeitung der Hierarchie wird u. a. die Arzneimittelauswahl für die chronischen Nierenerkrankungen überarbeitet.

Wie bereits erwähnt, sind die Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren (A10BK) neben der Behandlung für Diabetes mellitus Typ 2 auch für die Behandlung von Herzinsuffizienz und chronische Niereninsuffizienz zugelassen. Daher wird vorgeschlagen, die Aufnahme des ATC-Codes A10BK in die Anlage 3 für folgende DXG zu prüfen:

DxG	DxG-Bezeichnung
537	Hypertensive Nierenerkrankung, mit Niereninsuffizienz
538	Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Niereninsuffizienz
541	Chronische Niereninsuffizienz
542	Niereninsuffizienz, n.n.bez.
821	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)
822	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, < 40 Jahre)
845	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, 40–79 Jahre)
854	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, > 79 Jahre)

15 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Aus der Hierarchie werden zahlreiche ICD-Codes in andere Hierarchien verlagert, weshalb die bisher bestehende externe Dominanzbeziehung aus der Hierarchie 18 auf die HMG0149 entfallen kann. Außerdem werden zahlreiche Vorschläge zur stärkeren Berücksichtigung von Arzneimittelwirkstoffen zur Arzneimittelvalidierung bzw. mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung untersucht und umgesetzt.

In der Hierarchie 22 wird die Arzneimitteldifferenzierung der Psoriasis angepasst, indem eine zusätzliche HMG (HMG0119) zur weiteren Arzneimitteldifferenzierung eingeführt wird. Allerdings wird die bestehende Dominanzbeziehung zwischen der Hierarchie 7 und 22 nicht entsprechend angepasst. Sie besteht zwischen der HMG 0311 *Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II* und der HMG0219 *Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II*. Dies führt aufgrund der nahezu identischen Arzneimittelauswahl der DXGs der HMG0311 und HMG0119 dazu, dass Versicherte mit einer Psoriasis, die der HMG0119 *Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III* zugeordnet werden und eine Psoriasis-Arthropathie aufweisen, einen zusätzlichen Zuschlag aus der HMG0311 *Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II* erhalten. Das gleiche gilt für die HMG0312 *Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation I* und die HMG0219 *Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II*. Durch die Einführung einer zusätzlichen Dominanz zwischen der HMG0311 (A) zur HMG0119 (B) lässt sich das Problem jedoch nur eingeschränkt lösen.

Es ist festzustellen, dass sich die Kostenschätzer für HMGs der Hierarchie 07 und 22 mit vergleichbarer Arzneimittellabgrenzung nicht sehr voneinander unterscheiden.

Risikogruppe	Name	Hierarchie	Versichertentage	Jahreswert
HMG0311	Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II	7	69.436.082	8.924,24 €
HMG0119	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III	22	27.968.543	7.453,12 €
HMG0312	Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation I	7	158.999.757	1.701,26 €
HMG0219	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II	22	21.573.688	1.299,14 €
HMG0313	Bestimmte rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation	7	121.682.806	745,94 €
HMG0220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation / Sarkoidose / Lupus erythematodes /	22	2.260.899.113	40,63 €

Vor diesem Hintergrund bietet sich die Bildung eines gemeinsamen oberen Stranges mit den in der Tabelle aufgeführten HMGs an, der sowohl den Strang Psoriasis in Hierarchie 22 als auch den Strang der Rheumatoiden Erkrankungen in Hierarchie 07 dominiert. Anhand der Kostenschätzer ergäbe sich folgende Hierarchiestruktur (Modell 0):

Hierarchie 7: HMG0311->HMG0119->HMG0312->HMG0219->HMG0313 und abwärts

Hierarchie 22: HMG0311->HMG0119->HMG0312->HMG0219->HMG0151 und abwärts

Aus zeitlichen Gründen hat der GKV-Spitzenverband Modell 0 nicht analysiert, sondern alternativ eine Zusammenlegung der HMGs 0311 und 0119 (zu HMG0311 *Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II und Psoriasis mit Dauermedikation III*) sowie der HMGs 0312 und 0219 (zu HMG0312 *Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation I und Psoriasis mit Dauermedikation II*) geprüft, die sowohl den Strang Psoriasis in Hierarchie 22 als auch den Strang der Rheumatoiden Erkrankungen in Hierarchie 07 dominieren (**M1**):

Hierarchie 7: HMG0311->HMG0312->HMG0313 und abwärts

Hierarchie 22: HMG0311->HMG0312->HMG0151 und abwärts

Hierdurch verbessert sich die Modellgüte deutlich:

Änderungen im Vergleich zum FLE:					
Spalte	R ²	MAPE	CPM	aR ²	
FLE 2023 oRGG mRP	59,7905%	2.457,11 €	29,5742%	59,7903%	
Hi 22 M1	59,8061%	2.455,36 €	29,6244%	59,8058%	

		FLE 2023 oRGG mRP		Hi 22 M1	
Hierarchie	Risiko-gruppe	Versicherte	Jahreswert	Versicherte	Jahreswert
22	HMG0326	1.351	9.766 €	1.351	9.760 €
22	HMG0196	912	4.266 €	912	4.254 €
22	HMG0129	9.799	2.755 €	9.799	2.725 €
22	HMG0156	11.713	8.772 €	11.713	8.764 €
22	HMG0123	17.919	4.853 €	17.919	4.781 €
22	HMG0154	36.222	3.966 €	36.222	3.963 €
22	HMG0150	154.997	2.009 €	154.997	2.006 €
22	HMG0119	76.838	7.519 €		
7	HMG0311	191.554	8.803 €	217.993	11.209 €
22	HMG0219	59.375	1.322 €		
22	HMG0151	728.322	1.311 €	711.620	1.300 €
22	HMG0122	67.396	952 €	65.507	970 €
22	HMG0125	93.283	853 €	92.712	848 €
22	HMG0152	744.124	529 €	739.989	524 €
22	HMG0266	209.980	253 €	207.348	260 €
22	HMG0359	74.159	156 €	72.565	169 €
22	HMG0220	6.238.410	47 €	6.170.086	51 €
22	HMG0446	2.712.298	-74 €	2.688.592	-68 €
7	HMG0207	26.847	3.638 €	26.847	3.638 €
7	HMG0208	43.300	2.128 €	43.300	2.138 €
7	HMG0209	98.849	664 €	98.849	658 €
7	HMG0221	16.985	1.239 €	16.985	1.075 €
7	HMG0486	545.774	531 €	545.774	510 €
7	HMG1030	4.540	2.243 €	4.540	2.143 €
7	HMG0530	60.035	1.269 €	60.035	1.241 €
7	HMG0312	444.170	1.745 €	466.003	1.983 €
7	HMG0313	335.790	737 €	334.242	727 €
7	HMG0038	138	124.437 €	138	124.422 €
7	HMG0041	90.635	2.160 €	90.635	2.156 €
7	HMG0040	1.068.808	1.088 €	1.068.808	1.085 €
7	HMG0042	430.144	802 €	430.144	803 €
7	HMG0566	2.537.761	332 €	2.535.552	332 €
7	HMG0314	1.347.922	234 €	1.346.806	235 €
7	HMG0315	11.006.259	129 €	10.997.352	129 €

In unseren Ausführungen zu Hierarchie 06 und Hierarchie 07 haben wir darauf hingewiesen, dass ein vergleichbares Problem auch zwischen den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Hierarchie 06) und den damit assoziierten Arthriden (Hierarchie 07) besteht. Da für an Psoriasis Erkrankte ein erhöhtes Risiko für eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung (CED) besteht, sprechen medizinische Gründe nicht dagegen, in den oberen Strang von Modell 1 die Arzneimittel-HMG der CED auf Basis ihrer Kostenschätzer zu integrieren und die Dominanz des Strangs auf den Strang der CED in Hierarchie 06 zu erweitern. Für Modell 2 ergibt sich folgende Hierarchisierung:

Hierarchisierung anhand der Kostenschätzer des oberen Strangs:

HMG0029->HMG0275->HMG0311(M2) ->HMG0030->HMG0274->HMG0312(M1)

Dominanz des oberen Strangs auf Psoriasis-Strang der Hierarchie 22

HMG0029->HMG0275->HMG0311(M2)->HMG0030->HMG0274->HMG0312(M1)->
HMG0151->HMG0122->HMG0125->152->HMG0266->HMG0359->HMG0220-> HMG0446

Dominanz des oberen Strangs auf Strang rheumatische Erkrankungen der Hierarchie 07

HMG0029->HMG0275->HMG0311(M2)->HMG0030->HMG0274->HMG0312(M1)->
HMG0313->HMG0566-> HMG0314->HMG0315

Dominanz des oberen Strangs auf Strang der CED der Hierarchie 06:

HMG0029->HMG0275->HMG0311(M2)->HMG0030->HMG0274->HMG0312(M1)->
HMG0033->HMG0127->HMG0574

Durch die vorgenommene Einbeziehung der HMGs der CED mit Dauermedikation verbessert sich die Modellgüte zusätzlich:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.08.2022

zum Entwurf der Festlegungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung gemäß § 8 Absatz 4 RSAV
für das Ausgleichsjahr 2023

Seite 37 von 41

Änderungen im Vergleich zum FLE:				
	R ²	MAPE	CPM	aR ²
FLE 2023 oRGG mRP	59,7905%	2.457,11 €	29,5742%	59,7903%
Hi 22 M1	59,8061%	2.455,36 €	29,6244%	59,8058%
Hi 22 M2	59,8274%	2.453,72 €	29,6715%	59,8272%

			FLE 2023 oRGG mRP		M2	
Hierarchie	Risiko-gruppe	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	Versicherte	Jahreswert
6	HMG0029	Morbus Crohn mit Dauermedikation II	43.674	16.136 €	43.674	15.756 €
6	HMG0275	Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II	19.236	14.747 €	19.236	14.405 €
7	HMG0311	Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II	191.554	8.803 €	217.993	11.209 €
6	HMG0030	Morbus Crohn mit Dauermedikation I	76.448	2.724 €	76.448	2.721 €
6	HMG0274	Colitis ulcerosa mit Dauermedikation I	99.337	1.979 €	99.337	1.978 €
7	HMG0312	Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation I	444.170	1.745 €	466.003	1.983 €
22	HMG0119	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III	76.838	7.519 €		
22	HMG0219	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II	59.375	1.322 €		
6	HMG0031	Ileus	141.501	2.650 €	141.501	2.650 €
6	HMG0032	Postoperativer Darmverschluss / Gefäßkrankheiten	95.198	1.143 €	95.198	1.141 €
6	HMG0033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne	378.773	627 €	378.773	630 €
6	HMG0034	Candida-Stomatitis / Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung / Obstruktion des Pylorus /	176.745	907 €	176.745	908 €
6	HMG0061	Gastrointestinale Varizen und Ösophagusblutung	39.866	4.391 €	39.866	4.392 €
6	HMG0065	Hämatemesis / Verbrennung oder Verätzung des	21.688	2.569 €	21.688	2.573 €
6	HMG0070	Ülkuskrankheit mit Perforation und/ oder Blutung /	346.817	476 €	346.817	475 €
6	HMG0121	Näher bezeichnete Erkrankungen der Gallenwege	105.743	890 €	105.743	886 €
6	HMG0127	Erkrankungen des Anus, Rektums / Störungen,	3.669.763	180 €	3.669.763	180 €
6	HMG0304	Intestinale Malabsorption / Hernien / Intestinale Infektionen / Lebensmittelvergiftungen /	1.888.989	298 €	1.888.989	298 €
6	HMG0309	Fremdkörper im Mund, Ösophagus, Magen / Meläna / Candida-Ösophagitis / Mallory-Weiss-Syndrom	83.869	1.785 €	83.869	1.785 €
6	HMG0482	Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden	368.003	527 €	368.003	529 €
6	HMG0484	Akute Pankreatitiden	60.560	2.201 €	60.560	2.202 €
6	HMG0574	Sonstige gastrointestinale Erkrankungen	7.086.387	65 €	7.086.387	65 €
6	HMG0580	Angeborene(s) Fehlen, Atrie oder Stenose im	24.899	3.988 €	24.899	3.987 €
6	HMG0587	Divertikelkrankheit mit Perforation und/ oder	23.636	1.511 €	23.636	1.510 €
6	HMG1026	Darmabszess, Fistel und andere näher bezeichnete	16.629	2.253 €	16.629	2.250 €
7	HMG0038	X-chromosomale Hypophosphatämie	138	124.437 €	138	124.422 €
7	HMG0040	Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies / Schwere	1.068.808	1.088 €	1.068.808	1.085 €
7	HMG0041	Angeborene Hüftluxation und mechanische	90.635	2.160 €	90.635	2.156 €
7	HMG0042	Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems / Näher bezeichnete	430.144	802 €	430.144	803 €
7	HMG0207	Infektionen und entzündliche Reaktionen durch	26.847	3.638 €	26.847	3.638 €
7	HMG0208	Osteomyelitis / Nekrotisierende Faszitis /	43.300	2.128 €	43.300	2.138 €
7	HMG0209	(Post)infektiöse Gelenkerkrankungen / Sonstige	98.849	664 €	98.849	658 €
7	HMG0221	Schwerwiegende Osteoporose bei Frauen	16.985	1.239 €	16.985	1.075 €
7	HMG0313	Bestimmte rheumatoide Erkrankungen ohne	335.790	737 €	334.242	727 €
7	HMG0314	Andere rheumatoide Erkrankungen ohne	1.347.922	234 €	1.346.806	235 €
7	HMG0315	Sonstige Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	11.006.259	129 €	10.997.352	129 €
7	HMG0486	Osteoporose bei Frauen	545.774	531 €	545.774	510 €
7	HMG0530	Osteoporose bei Männern	60.035	1.269 €	60.035	1.241 €
7	HMG0566	Gelenkerkrankungen / Sonstige Krankheiten des	2.537.761	332 €	2.535.552	332 €
7	HMG1030	Schwerwiegende Osteoporose bei Männern	4.540	2.243 €	4.540	2.143 €
22	HMG0122	Herpes zoster	67.396	952 €	65.507	970 €
22	HMG0123	Atopisches Ekzem mit Dauermedikation II	17.919	4.853 €	17.919	4.781 €
22	HMG0125	Atopisches Ekzem mit Dauermedikation I	93.283	853 €	92.712	848 €
22	HMG0129	Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten	9.799	2.755 €	9.799	2.725 €
22	HMG0150	Dekubitalgeschwüre Grad 1-2 oder n.n.bez. /	154.997	2.009 €	154.997	2.006 €
22	HMG0151	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54	728.322	1.311 €	711.620	1.300 €
22	HMG0152	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (< 55	744.124	529 €	739.989	524 €
22	HMG0154	Dekubitalgeschwüre Grad 3	36.222	3.966 €	36.222	3.963 €
22	HMG0156	Dekubitalgeschwüre Grad 4 / Schwerste	11.713	8.772 €	11.713	8.764 €
22	HMG0196	Lyell-Syndrom / n.n.bez. Epidermolysis bullosa	912	4.266 €	912	4.254 €
22	HMG0220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation /	6.238.410	47 €	6.170.086	51 €
22	HMG0266	Urtikaria und Erythem / Dermatitis durch	209.980	253 €	207.348	260 €
22	HMG0326	Xeroderma pigmentosum / Epidermolysis bullosa	1.351	9.766 €	1.351	9.760 €
22	HMG0359	Blasenbildende Dermatoe exkl. Pemphigus- und	74.159	156 €	72.565	169 €
22	HMG0446	Sonstige Hauterkrankungen	2.712.298	-74 €	2.688.592	-68 €

Aus den unter Hierarchie 6, 7 und 22 beschriebenen Gründen hält es der GKV-Spitzenverband für erforderlich, die HMGs der Rheumatoiden Erkrankungen, CED und Psoriasis mit Dauermedikation in einem gemeinsamen Strang abzubilden, der die restlichen HMGs der Stränge Psoriasis, Rheumatoide Erkrankungen und CED, dominiert. Dabei sollte untersucht werden, ob die Ausgestaltung des oberen Stranges gemäß Modell 0 im Vergleich zu Modell 2 zu einer weiteren Verbesserung der Zielgenauigkeit führt.

16 Hierarchie 23 „Verletzungen“

In die Hierarchie werden neue ICDs aufgenommen und in die Hierarchiestruktur integriert. Zudem wird eine externe Dominanzbeziehung zur Hierarchie 17 eingeführt, um doppelte Zuschläge für intrakranielle Blutungen zu vermeiden.

Hinsichtlich der Zuordnung des ICD-Codes T40.0 *Opium* verweisen wir auf unsere Ausführungen zur Hierarchie 11 *Psychische Erkrankungen*.

Zur Überarbeitung der Frakturen und Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich

Für bestimmte schwerwiegende Frakturen bzw. Weichteilschäden aufgrund offener Frakturen werden separate Diagnosegruppen gebildet, die mit dem Aufgreifkriterium *stationär erforderlich* versehen werden. Die DXGs werden im Modell der HMG0801 *Frakturen des Rumpfes und des Femurs / Komplikationen durch replantierte Körperteile* und HMG0802 *Andere SHT, offene Wunden, schwerwiegende Frakturen und traumatische Amputation / Frühe Komplikationen durch Trauma* zugeordnet.

Aus den Erläuterungen geht nicht hervor, welche Kriterien zur HMG-Zuordnung der neu abgegrenzten DXGs geführt haben. Üblicherweise werden zunächst für die neuen DXGs die jeweiligen Kostenschätzer bestimmt, anhand derer die neuen Diagnosegruppen in den Hierarchiestrang integriert werden. Diese Vorgehensweise wurde hier jedoch nicht angewendet. Vor diesem Hintergrund sollte die Kostenhomogenität der HMG0801 und HMG0802 auf Ebene der DXG überprüft werden.

17 Hierarchie 29 „Hals–Nasen–Ohren–Erkrankungen“

In die Hierarchie werden zahlreiche ICD-Codes neu bzw. aus anderen Hierarchien aufgenommen. In Folge einer zusätzlichen Berücksichtigung zahlreicher DXGs in der Hierarchie 27 *Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren* werden die Altersgrenzen für die in der Hierarchie verbliebenen ICD-Codes angepasst. Zudem wurde der Vorschlag, die ICD-Codes der HMG0881 *Erkrankungen der Zähne, des Zahnfleisches und des Kiefers* und HMG0171 *Andere Erkrankungen der Mundhöhle, der Zunge und des Kiefers* auszuschließen, da zahnärztliche Diagnosen nicht im RSA verwendet werden dürfen, überprüft und abgelehnt. Das BAS führt aus, dass die ICD-Codes der genannten HMGs laut Aussage der KBV

häufig aus der kinderärztlichen bzw. hausärztlichen Versorgung stammen und daher als plausibel gelten können. Allerdings wird die ICD-Abgrenzung für die HMG0881 *Erkrankungen der Zähne, des Zahnfleischs und des Kiefers* und HMG0171 *Andere Erkrankungen der Mundhöhle, der Zunge und des Kiefers* nach medizinischen und ökonomischen Aspekten untersucht und neu geordnet.

Zur Neuordnung der ICD-Codes der ehemaligen HMG0881 *Erkrankungen der Zähne, des Zahnfleischs und des Kiefers* und HMG0171 *Andere Erkrankungen der Mundhöhle, der Zunge und des Kiefers*

Das BAS führt aus, dass die Neuordnung nach medizinischen und ökonomischen Gesichtspunkten durchgeführt wurde. Inwieweit hierbei altersbezogene Deckungsunterschiede untersucht wurden, geht aus den Ausführungen nicht hervor. Dies sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes untersucht werden.

Auch fehlt im Rahmen des Neuordnungsprozesses eine Bewertung hinsichtlich der Kodierpraxis. So werden beispielsweise die ICD-Codes K02.8 *Sonstige Zahnkaries* und K02.9 *Zahnkaries, nicht näher bezeichnet* unterschiedlichen HMGs (HMG0881 bzw. HMG1021) zugeordnet, deren Kostenschätzer sich um ca. 600 Euro unterscheiden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die getroffene Neuordnung hinsichtlich bestehender Fehlanreize bei der Kodierung zu überprüfen und ggf. anzupassen.

18 Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“

Im Rahmen der Überarbeitung der Hierarchie wird u. a. eine Verschiebung der beiden ICD-Kodes E89.4 *Ovarialinsuffizienz nach medizinischen Maßnahmen* und E89.5 *Testikuläre Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen* aus der Hierarchie 04 *Metabolische Erkrankungen* in die DXG0339/HMG0319 *Testikuläre Dysfunktion* und DXG0515 *Ovarielle Dysfunktion* (HMG247) der Hierarchie 31 *Gynäkologische und andrologische Erkrankungen* untersucht und aufgrund mangelnder Modellverbesserung nicht umgesetzt.

In Anlage 1 des Festlegungsentwurfs sind die beiden ICD-Codes der DXG0125/HMG0024 *Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen* der Hierarchie 04 und zusätzlich in der Hierarchie 31 der DXG0339/HMG0319 *Testikuläre Dysfunktion* bzw. DXG0515 *Ovarielle Dysfunktion* (HMG0247) zugeordnet.

Die Zuordnungen der beiden ICD-Codes zu den DXG/HMG der Hierarchie 31 sind aus der Zuordnungstabelle zu entfernen.

IV. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens

1 Regionale Risikogruppen

Wie bereits im Vorjahr überprüft das BAS im Rahmen des Festlegungsprozesses für das Ausgleichsjahr 2023 die selektierten Kriterien zur Bildung der Regionalen Risikogruppen (RGG) auf Grundlage der in den Vorjahren verwendeten und auf dem Regionalgutachten des Wissenschaftlichen Beirates aus dem Jahr 2018 basierenden Methodik. Die hierfür verwendeten Datengrundlagen werden ausführlich beschrieben. Als Ergebnis der Variablenselektion ergeben sich, nach Ausschluss der angebotsseitigen Variable „Übersversorgung“, neun regionale Bestimmungsfaktoren. Hieraus wiederum ergeben sich 90 regionale Risikogruppen (RGG) zzgl. einer RGG für Versicherte, die sich keinem Inlandswohntort zuordnen lassen.

Das Verfahren zur Variablenselektion und zur Bildung der regionalen Risikogruppen kann durch den GKV-Spitzenverband nachvollzogen werden.

2 Auslandsversicherte

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) führte der Gesetzgeber im Jahre 2021 eine Neuregelung des Zuweisungsverfahrens für die sogenannten „Auslandsversicherten“ ein. Die dementsprechenden Risikozuschläge sind gemäß § 269 Absatz 3 SGB V ab dem Ausgleichsjahr 2023 differenziert nach dem Wohnstaat zu ermitteln, auf Grundlage der durchschnittlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen sowie der durchschnittlichen abgerechneten Rechnungsbeträge der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA).

Diese Vorgabe wird im vorliegenden Festlegungsentwurf durch das BAS in Form von Wohnlandgruppen (WLG) umgesetzt. Die hierfür verwendete Datengrundlage wird vom BAS ausführlich und zutreffend beschrieben. Die zur Bildung der Wohnlandgruppen durchgeführten Berechnungen werden nachvollziehbar dargestellt.

Die für die Bildung der Wohnlandgruppen herangezogenen Kriterien folgen u. E. den gesetzlichen Vorgaben. Hinsichtlich des Kriteriums der geographischen Nähe bei der Bildung länderübergreifender Wohnlandgruppen nach § 8 Absatz 6 RSAV bitten wir, zu erläutern, inwiefern dieses den rechtlichen Vorgaben entspricht. Weiterhin bitten wir das BAS, darzulegen, weshalb als Untergrenze für die Größe einer (länderübergreifenden) Wohnlandgruppe gerade „1.000 Versichertenjahre“ gewählt wurde.

Abschließend bitten wir das BAS klarzustellen, welchen WLGs Auslandsversicherte zuzuordnen sind, bei denen es sich um Kassenwechsler handelt. Insbesondere ist hierbei zu klären, inwieweit

hier das Kennzeichen „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ verwendet wird. Sollte auch unter Berücksichtigung dieses Kennzeichens keine eindeutige Zuordnung zu einer WLG möglich sein, ist in diesen Fällen u. E. zu prüfen, inwieweit ein den RGGs analoges Verfahren (RGG0000) zu implementieren ist.

V. Inhaltliche Anmerkungen zu den einzelnen Dokumenten

Dokument „00_Festlegung_Klassifikation_AJ2023_ENTWURF“:

Auf Seite 9 unter der Tabelle mit den RGGs muss es heißen:

„Im Regelfall erfolgt für jeden Versicherten eine Zuordnung anhand des Wohnortes zu insgesamt ~~sieben~~ **neun** RGGs aus dem Bereich der RGG0101 bis RGG0910.“

Unter Punkt *1.8 Zuordnung der Auslandsversicherten zu den Wohnlandgruppen (WLGs)* fehlt die Nennung der WLGs in tabellarischer Form. Bis auf die HMGs wurden für alle anderen Risikogruppenarten immer die jeweiligen Risikogruppen noch einmal genannt.

Dokument „01_Anlage_1_ICD_Zuordnung_AJ2023_ENTWURF“:

Die dem ICD-4-Steller K83.0 *Cholangitis* zugeordneten ICD-Codes K83.00, .01, .08, .09 sind in der Anlage 01_Anlage_1_ICD_Zuordnung_AJ2023_ENTWURF nicht enthalten. Das Gleiche gilt für die ICD-Codes der Gruppe U69.5–! *Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten*. Die genannten ICD-Codes sind in der Anlage zu ergänzen.

Die beiden ICD-Kodes E89.4 *Ovarialinsuffizienz nach medizinischen Maßnahmen* und E89.5 *Testikuläre Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen* sind fälschlicherweise der DXG0339 *Testikuläre Dysfunktion* (HMG0319) bzw. *DXG0515 Ovarielle Dysfunktion* (HMG247) zugeordnet. Die Zuordnung ist zu entfernen.

Für den ICD-4-Steller K31.1 *Pylorusstenose beim Erwachsenen* sowie die ihm zugeordneten fünfstelligen ICD-Codes ist die Altersgrenze von 0 bis 124 Jahre festgelegt, obwohl es sich um ein Krankheitsgeschehen bei Erwachsenen handelt. Hier sollte analog zu den ICD-Codes der Gruppe M42.1 *Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen* die Festlegung einer Altersgrenze von 15 bis 124 Jahre überprüft werden.

Dokument „03_Anlage_3_DXG_ATC_AJ2023_ENTWURF“:

Im Tabellenblatt *DxG_ATC_AJ2023_062021* ist die DXG1084 fälschlicherweise als *Sonstiger Diabetes mellitus mit Manifestationen am Auge* bezeichnet. Die Bezeichnung der DXG1084 lautet jedoch *Chronische Thyreoiditis*.