



Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich Anhörungsverfahren zum Entwurf der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2023

Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der Handelskrankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse

Zu den vom Bundesamt für Soziale Sicherung beabsichtigten Veränderungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung.

zu I. Einführung und II. Methodik

- **Hierarchiekonsolidierung und Zusammenlegung von Hierarchien**

Mit dem vorliegenden Entwurf setzt das BAS seine Bemühungen fort, die Konsistenz und Übersichtlichkeit des Klassifikationsmodells weiter zu erhöhen. Das Vorgehen, ausgehend von bestehenden Überdeckungen bei Komorbiditäten nicht nur hierarchieinterne Anpassungen und hierarchieübergreifende Dominanzen einzusetzen, sondern auch geeignete Zusammenlegungen von Hierarchien vorzunehmen, wird von uns ausdrücklich unterstützt. Die Modellergebnisse für die zusammengelegten Hierarchien zeigen, dass eine striktere Hierarchisierung das Modell erkennbar verbessern und gleichzeitig Manipulationsanreize verringert werden können. Dieser Weg sollte daher unseres Erachtens weiterverfolgt werden.

- **Komorbiditätsanalysen**

Leider liegen uns keine Ergebnisse für Komorbiditätsanalysen auf Basis des aktuellen Festlegungsentwurfs vor. So können weder die Verbesserungen bzgl. Über-/ Unterdeckung spezieller Morbiditätskombinationen durch den vorgelegten Entwurf genauer bewertet werden noch

können Vorschläge für weitere Hierarchiezusammenlegungen mit Empirie hinterlegt werden. Wir bitten deshalb darum, künftig auch die Ergebnisse der Komorbiditätsanalysen zu veröffentlichen, so dass eine fundierte Bewertung des Entwurfs möglich wird.

Allein schon auf Basis medizinischer Überlegungen ist zu erwarten, dass auch eine Zusammenlegung der Hierarchien 16 und 18 das Modell verbessern würde, so dass wir – wie bereits im Stellungnahmeverfahren zum Klassifikationsmodell 2022 angeregt – darum bitten, eine solche Zusammenlegung zu prüfen. Weiterhin ungelöst im vorgelegten Entwurf bleibt auch die Problematik der Überdeckung bei Komorbiditäten zwischen den HMGs Chronischer Schmerz und HMGs aus anderen Hierarchien. Hier hat die Komorbiditätsanalyse zumindest auf Basis des alten Modells hohe Überdeckungen und Odds Ratios ergeben, die noch nicht bearbeitet wurden. Auch hier besteht Handlungsbedarf.

- **Alterssplits**

Wie bereits in unseren Stellungnahmen der Vorjahre dargestellt halten wir es weiterhin für notwendig, unter den Rahmenbedingungen des Vollmodells zu prüfen, ob weitere Alterssplits zu einer Modellverbesserung beitragen könnten und die nach wie vor bestehende Unterdeckung bei jüngeren Versicherten abzubauen und gleichzeitig die Überdeckung bei älteren multimorbiden Versicherten zu reduzieren. Ein Verweis des BAS auf die mit den bisherigen Alterssplits erreichten Verbesserungen ist hier nicht ausreichend, da es noch keine den Krankenkassen bekannten Analysen zu Alterssplits auf Basis des Vollmodells gibt. Beispielsweise ist nach wie vor unklar, ob die im Rahmen der Modellentwicklung für das Ausgleichsjahr 2020 festgestellten hohen altersbezogenen Über-/Unterdeckungen bei der HMG 0091 im Modell des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2021 weiter bestehen, abgebaut wurden oder sogar weiter angestiegen sind. Eine systematische (Weiter-)Bearbeitung der Alterssplits ist daher erforderlich.

- **Integration von ICDs aus der Ausschlusskategorie ins Klassifikationsmodell**

Ausgehend von Vorschlägen aus der GKV wurden im zur Anhörung gestellten Entwurf 188 bisher nicht für die Klassifikation genutzte ICD-Kodes in das Ausgangsmodell aufgenommen. Aus unserer Sicht wäre jeweils inhaltlich zu begründen, warum diese bisher bewusst in die Ausschlusskategorien eingeordneten ICD-Kodes nun doch ins Modell aufgenommen werden sollten und inwieweit zu erwarten ist, dass es dadurch nicht zu Kodieranreizen und auch nicht zu systematischen Überdeckungen bei den entsprechenden Versicherten kommt. Ergänzend zur inhaltlichen Prüfung ist entsprechend auch eine empirische Prüfung der Auswirkungen erforderlich. Solche empirischen Prüfungen sind nur für wenige neu aufgenommene ICD-Kodes

im Erläuterungstext dokumentiert. In den meisten Fällen werden die ICDs jedoch ohne dokumentierte Überprüfung ins Ausgangsmodell für den Festlegungsentwurf übernommen und die empirische Überprüfung bleibt auf die Einordnung der betreffenden DxG / HMG innerhalb der Hierarchie beschränkt. Da dadurch aber die Ausgangsfrage, ob diese ICD-Kodes überhaupt ins Modell aufzunehmen sind, nicht beantwortet werden kann, halten wir eine empirische Überprüfung der Wirkung einer Aufnahme der ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie für sinnvoll.

zu III. Anpassung der Hierarchien

zu III.07 Hierarchie 01 Infektionen

Die Änderungen an der Hierarchie, insbesondere die Verschiebungen der ICD-Kodes zur Herstellung eines Organbezugs, können nachvollzogen werden.

Die Verschiebung der ICD U09.9 „Post-COVID-Zustand, n. n. bez.“ in die Hierarchie 14 ist als medizinisch sinnvolle Änderung anzusehen und wird von uns unterstützt.

zu III.08 Hierarchie 02 Neubildungen

Die stärkere Arzneimittelvalidierung bzw. -differenzierung in der Hierarchie 2 halten wir für sinnvoll. Eine Berücksichtigung der immunmodulatorischen Substanzen als Aufgreifkriterium ist aus medizinischer Sicht sachgerecht. Sachgerecht ist hier insbesondere die konkrete Benennung der relevanten ATC-Siebensteller für die Arzneimittelprüfung der DxG 0973, da wie vom BAS zutreffend dargestellt im ATC-Fünfsteller auch Wirkstoffe enthalten wären, die nicht den „targeted therapies“ zuzuordnen sind. Die vom BAS vorgesehene Beschränkung auf die Siebensteller L04AX02, L04AX04 und L04AX06 wird daher von uns ausdrücklich unterstützt.

zu III.9 Hierarchie 04 Metabolische Erkrankungen

Die Zusammenführung der bisherigen Hierarchien 03, 04 und 30 zu einer gemeinsamen Hierarchie sowie die weitere Konsolidierung der neu gebildeten Hierarchie halten wir für einen sinnvollen Ansatz zur Verbesserung des Klassifikationsmodells. Der Ansatz, das Metabolische Syndrom in seiner Komplexität in einer Hierarchie abzubilden und so die Notwendigkeit für hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen für die nun zusammengeführten Krankheitsbilder zu reduzieren scheint grundsätzlich sinnvoll gelöst worden zu sein. Hinsichtlich der Integration von bisher ausgeschlossenen ICD-Kodes ins Klassifikationsmodell sowie hinsichtlich einzelner Aufgreifkriterien sehen wir allerdings Überprüfungsbedarf.

In die Hierarchie werden neu Adipositas-Diagnosen aufgenommen, die bisher der Ausschlusskategorie zugeordnet waren. Die nun vorgesehene Berücksichtigung dieser ICD-Kodes in einer HMG „Sonstige Adipositas“ wird inhaltlich in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf nicht begründet. Den Versuch des BAS, durch eine strikte Hierarchisierung der für die neu berücksichtigten Diagnosen gebildeten DxG unerwünschte Kodieranreize zu vermindern, sehen wir als sinnvoll und notwendig an. Allerdings wäre vor einer finalen Berücksichtigung dieser Diagnosen entsprechend dem Vorgehen in der Hierarchie 23 empirisch zu untersuchen, ob die Berücksichtigung dieser neu aufgenommenen ICDs in der endgültigen Ausgestaltung des Modells gem. Festlegungsentwurf tatsächlich zu einer Modellverbesserung führt. Andernfalls wäre angesichts der auch vom BAS konzeditierten unerwünschten Kodieranreize von einer Berücksichtigung abzusehen.

In Anbetracht des hohen Komorbiditätsgrads zwischen Adipositas und Diabetes schlagen wir zudem vor, die HMG 0962 Adipositas III / extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren in den Diabetes-Strang einzuordnen. Ggf. zeigt sich bei einer empirischen Überprüfung des Vorschlags, dass dabei auch eine Aufsplittung der HMG entsprechend der beiden zugeordneten DxG 1315 und DxG1352 sinnvoll werden könnte.

Basierend auf Vorschlägen aus dem letztjährigen Anhörungsverfahren wurde vom BAS die Einsortierung der beiden Hypoglykämie-HMGs in den Diabetes-Strang geprüft. Die empirische Prüfung zeigte zwar deutliche Komorbiditäten zwischen Hypoglykämien und Diabetes, allerdings zeigten sich bei der Prüfung auf Basis des Ausgangsmodells sowohl Über- als auch Unterdeckungen. Die Einsortierung der Hypoglykämie-HMGs in den Diabetes-Strang wurde daher vom BAS nicht weiterverfolgt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass im weiteren Verlauf der Modellentwicklung noch diverse Änderungen in der Hierarchie vorgenommen wurden, so dass unklar bleibt, wie sich dadurch die Über- und Unterdeckungen zwischen den Hypoglykämie-HMGs und den Diabetes-HMGs verändert haben. Eine erneute empirische Überprüfung scheint daher angezeigt.

Kleineren Anpassungsbedarf sehen wir zudem bei der Liste der zur Validierung von Diabetes-DxGs vorgesehenen ATC-Kodes. Im neu etablierten Strang Diabetes mellitus findet sich bei der ATC-Auswahl für den Aufgriff der DxGs, die den Diabetes mellitus Typ1 bzw. eine Insulin-Dauermedikation abbilden, neben den ATC-5-Stellern für Insuline auch der ATC5steller A10BK. Dieser ATC-5steller wurde für das Berichtsjahr 2020 neu eingeführt.

In Deutschland sind derzeit drei Gliflozine für die Therapie des Diabetes mellitus (DM) Typ 2 zugelassen, davon hatte Dapagliflozin als einziges ursprünglich auch die zusätzliche Indikation Diabetes mellitus Typ 1. Allerdings ist Dapagliflozin seit dem Herbst 2021 nicht mehr für den

DM Typ 1 zugelassen, so dass das entsprechende Arzneimittel im Berichtsjahr 2022 nicht mehr für die Validierung des Typs 1 geeignet ist. Daher sollte für das Berichtsjahr 2022 eine Streichung des ATC-5stellers A10BK aus der Liste möglicher ATC für den Aufgriff von Diabetes mellitus Typ 1 erfolgen.

Auch hinsichtlich der ATC-Validierung der DxG1084 „Chronische Thyreoiditis“ sehen wir kleineren Überprüfungsbedarf.

Die vorgesehenen ATC-5steller sind u.E. teilweise nicht für den Aufgriff der chron. Thyreoiditis geeignet. Dies betrifft die ATC-5steller C07AA (Betablocker) (Blutdrucksenker), M01AB (Essigsäure-Derivate und verwandte Substanzen), M01AE (Propionsäure-Derivate) sowie N02BA (Salicylsäure und Derivate) (Schmerzmittel und Entzündungshemmer). Für diese ATC-5steller ist nur eine Nutzung für akute und subakute Formen beschrieben, sie eignen sich deshalb nicht zum Aufgriff für chronische Thyreoiditis.

zu III.10 Hierarchie 05 Erkrankungen der Leber

Die Veränderungen in der Hierarchie sind grundsätzlich nachvollziehbar. Insbesondere die Zuordnung der Leberzirrhose auf Basis nun vorliegender Leistungsdaten wird von uns ausdrücklich unterstützt.

Auch die Überprüfung der Arzneimittelvalidierung für Chronische Hepatitis halten wir für sinnvoll. Allerdings ist entsprechend der einschlägigen Leitlinien¹ eine Anpassung bzw. Reduzierung der Arzneimittel-Validierung in den DxG 0920 und 0978 auf die ATC-Codes J05AB (Nukleoside und Nukleotide, exkl. Inhibitoren der Reversen Transkriptase), J05AP (Antivirale Mittel zur Behandlung von Hepatitis C Infektionen), L03AB (Interferone) indiziert, da diese Medikamentengruppen einerseits von den Fachgesellschaften zur Therapie empfohlen und andererseits die Medikamente der anderen bisher seitens des BAS vorgesehenen Gruppen (J05AA, J05AC, J05AD, J05AE, J05AF, J05AG, J05AR) nicht zur Therapie empfohlen sowie zugelassen sind.

¹ S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virusinfektion (AWMF-Register-Nr. 021-11) - https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2021/07/ZfG_Leitlinie-Hepatitis-B_15.07.21.pdf - Seite 716ff.;

S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV) -Infektion“ AWMF-Register-Nr.: 021/012 - <https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2018/07/Leitlinie-Hep-C-2018.pdf>;
Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion AWMF-Register-Nr.: 021/012 - https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2020/11/0709_zgastro-12260241-Addendum-LL_Online-PDF.pdf - Seite 1112ff.

zu III.11 Hierarchie 06 Gastrointestinale Erkrankungen

Die Konsolidierung der Hierarchie ist sinnvoll und nachvollziehbar.

zu III.12 Hierarchie 07 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

Die Einbindung von Arzneimitteln beim Aufgreifen und Differenzieren muskuloskelettaler Erkrankungen halten wir für sinnvoll, ebenso die weiteren Anpassungen in der Hierarchie.

Auch nach der vom BAS vorgesehenen Neuordnung von DxGs in die HMGs 0314 / 0315 / 0316 verbleiben aus unserer Sicht in der HMG 0315 einige DXG, die ebenfalls herausgelöst werden sollten. Die HMG 0315 ist auch nach der Neuordnung mit über 11 Millionen Versicherten sehr stark besetzt und die zweithäufigste HMG des gesamten Klassifikationsmodells. Es sollte daher eine Herauslösung und ggf. Herabstufung der DxGs 0780 (sonst. n.n.bez. Erkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen, Steifigkeit), 0788 (sonst. n.n.bez. Erkrankungen d. Muskels), 1286 (sonst. Erkrankungen des Weichteilgewebes) aus der HMG 0315 geprüft werden. Es bestehen erkennbare Überschneidungen mit der am stärksten besetzten HMG 0211 (Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens) aus der Hierarchie 13 (Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule), z.B. bei den ICD-Kodes M54.3 Ischialgie, M54.5 Kreuzschmerz und M54.6 Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule. Bei einer Vielzahl von eher unspezifischen und schmerzassoziierten Diagnosen bestehen demnach erhebliche und aus RSA-Sicht problematische Doppelkodierungsmöglichkeiten mit der HMG 0315, in der häufige und vergleichsweise banale Begleiterkrankungen bzw. Symptome gemeinsam mit schwereren Erkrankungen (z.B. dem Lupus erythematoses) gemeinsam eingruppiert sind. Insgesamt zeigen sich viele Verflechtungen der Hierarchien 7 und 13, daher sollte u.E. eine Harmonisierung der HMGs 0211 und 0315 angestrebt werden.

zu III.13 Hierarchie 08 Hämatologische Erkrankungen

Die vorgesehenen Änderungen erscheinen sachgerecht. Wie vom BAS dargestellt sind hinsichtlich der Hierarchie 08 weitere Vorschläge aus den Vorjahren noch offen. Da diese Vorschläge im laufenden Anpassungszyklus nicht überprüft wurden sollte die Überprüfung in einem kommenden Anpassungszyklus erfolgen.

zu III.14 Hierarchie 11 Psychische Erkrankungen

Die Zusammenlegung der bisherigen Hierarchien 9, 10 und 11 greift Vorschläge auf, um das Problem der vielfältigen Komorbiditäten zu adressieren. Der Aufbau der neuen Hierarchie erscheint sinnvoll und wird von uns ausdrücklich unterstützt.

Anpassungsbedarf sehen wir lediglich bei der DxG0255 Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, die in die HMG0051 Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose eingeordnet ist. Die Einordnung ist zwar grundsätzlich nachvollziehbar, denn die ICD-Kodes F10.5 und F10.7 sind einer alkoholinduzierten Psychose zuzuordnen. Allerdings finden sich in der DxG0255 auch die ICD-Kodes F10.3, F10.4, F10.6, F10.8 und F10.9, die inhaltlich nicht als Psychose zu klassifizieren sind. Ein Alkoholentzug ist eine häufig auftretende einer Abhängigkeitserkrankung mit v. a. körperlicher Symptomatik und Risiken. Das entzugsbedingte Delir ist ein potenziell lebensbedrohlicher Zustand, bei dem v. a. körperliche Symptome, Verwirrtheit und Bewusstseinsstrübung im Vordergrund stehen. Im Delir auftretende Halluzination oder andere psychische Symptome sind meist delir-spezifisch und werden nicht als psychotisch gewertet. Daher sollte geprüft werden, ob eine Auftrennung bzw. entsprechende Aufteilung der genannten ICD-Codes in die darunter stehende HMG0052 zu besseren Modellergebnissen führt. Im Minimum ist diese Verschiebung für die ICD-Kodes F10.3 und F10.4 zu prüfen.

Entsprechend der oben dargestellten Logik für die ICD-Codes für die F10.- sollte auch mit den dazugehörigen ICD-Codes aus der DxG0256 (F11.-, F12.-, F13.-, F14.-, F15.-, F16.-, F18.- und F19.-) verfahren werden. Auch hier bezeichnen ausschließlich die Viersteller F1x.5 und F1x.7 die psychotische Störung nach Alkohol- oder Drogenkonsum.

Zudem sollte entsprechend der DxG0262 Schizophrenie und schizotype Störungen auch für die ICD-10 Codes F1x.5 und F1x.7 die Einführung einer Arzneimittelvalidierung geprüft werden. Es erscheint unwahrscheinlich, dass eine veritable Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose medikamentös unbehandelt bleibt, da die Symptomatik mit der der Schizophrenie vergleichbar ist.

zu III.15 Hierarchie 13 Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule

Die Anpassungen der Hierarchie halten wir grundsätzlich für sinnvoll. Das Aufgreifen von Versicherten mit spinaler Muskelatrophie über Arzneimittel mit dem ATC-Code M09AX erscheint erst einmal vertretbar, obwohl darauf hinzuweisen ist, dass in diesem Fünfsteller beispielsweise mit M09AX01 Hyaluronsäure und M09AX02 Autologe Chondrozyten Wirkstoffe berücksichtigt

werden, die zur Validierung der spinalen Muskelatrophie nicht angemessen sind. Perspektivisch sollte auch ein Alterssplit der HMG 289 nicht verworfen werden. Die empirische Überprüfung eines Altersplits führte zwar im laufenden Anpassungszyklus zu weniger guten Modellergebnissen als eine Arzneimittelvalidierung, allerdings könnte dieses Ergebnis auf eine größere Zahl an „nachgeholten“ Behandlungen von Erwachsenen mit den neu auf den Markt gekommenen Medikamenten zurückzuführen sein. Die erneute empirische Untersuchung eines Altersplits im kommenden Anpassungszyklus erscheint deshalb notwendig, um die Stabilität der Modellergebnisse in dieser finanziell bedeutenden HMG zu überprüfen.

zu III.16 Hierarchie 14 Neurologische Erkrankungen

Die Anpassungen der Hierarchie halten wir für weitestgehend sachgerecht und die neuen Aufgreifkriterien angemessen.

Für problematisch halten wir allerdings, dass die neue DxG0279 Chronische Müdigkeitssyndrome aus der HMG0080 Schlafapnoe, Chronisches Müdigkeitssyndrom lediglich M2Q-validiert ist. Diese DxG umfasst neben der ICD G93.3 auch die ICD U09.9 Post-Covid-19-Zustand, nicht näher bezeichnet. Angesichts der derzeit unklaren Datenlage und der perspektivisch auch unklaren Entwicklung von Covid-19 und entsprechend auch Post-Covid erscheint es notwendig, die DxG0279 aus der HMG0080 herauszulösen und in einer Einzel-HMG zu führen. Nur so bleibt die Auswirkung von Post-Covid auf den RSA hinsichtlich Epidemiologie, Kosten und auch HMG-Besetzung beobachtbar und angesichts der nennenswerten rechnerischen Zuschlagshöhe für die HMG0080 werden unerwünschte Kodieranreize verringert.

zu IV.18 Hierarchie 16 Herzerkrankungen

In die Hierarchie sollen gemäß Festlegungsentwurf einige ICD-Codes aufgenommen werden (Z45.00, Z45.01, Z45.02, Z45.08 sowie Z95.80), die bisher der Ausschlusskategorie zugeordnet waren. Den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf ist dazu weder eine medizinisch-inhaltliche Herleitung zu entnehmen noch wird geprüft, wie sich das Modell durch die Berücksichtigung dieser ICDs verändert. Abweichend von diesem Vorgehen wird für in die Hierarchie 23 Verletzungen vorher ausgeschlossenen und nun neu aufgenommenen ICD-Codes zum Abschluss der Hierarchiebildung empirisch untersucht, wie das neue Modell abschneidet im Vergleich zu einem Modell, das diese ICDs weiterhin ausschließt (S. 469 der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf). Eine solche abschließende empirische Überprüfung ist auch in der Hierarchie 16 erforderlich. Erst wenn diese empirische Überprüfung inklusive der resultierenden

Deckungsbeiträge der betroffenen Versicherten zu Gunsten der bisher ausgeschlossenen ICDs ausfällt sollten diese ICDs auch tatsächlich in das Modell übernommen werden.

Die neu eingeführte externe Dominanz aus und in die Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ wird von uns unter medizinischen Aspekten befürwortet, da im klinischen Alltag eine Verquickung von art. Hypertonie, Adipositas und Diabetes mellitus häufig anzutreffen ist.

Hinsichtlich der Arzneimittelvalidierung der DxG0370 sowie 0345 sehen wir allerdings noch Anpassungsbedarf. Bei der Überarbeitung der Hierarchie 20 Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege wurde vom BAS richtigerweise eine Bereinigung der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel in der Anlage 3 vorgenommen, indem ATC-Kodes gestrichen werden, die pflanzliche und homöopathische Wirkstoffe abbilden (siehe S. 430 der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf). Auch bezüglich der DxG0995 in der Hierarchie 18 wird vom BAS eine Berücksichtigung von homöopathischen und anthroposophischen Antihypotonika zur Validierung abgelehnt. Entsprechend ist daher auch in der Hierarchie 16 zu verfahren. Für die Arzneimittelprüfung der DxGs 0370 „Näher bezeichnete Kardiomyopathie“ und 0377 „N.n.bez. Kardiomyopathie“ sind demnach die ATC-Kodes C01AH (Homöopathische und anthroposophische Zubereitungen mit Herzglykosiden) C01AP (Andere pflanzliche Zubereitungen mit Herzglykosiden) C03XH (Andere homöopathische und anthroposophische Diuretika) und C03XP (Pflanzliche Diuretika) nicht zu verwenden und aus der Anlage 3 zu streichen. Für die Arzneimittelprüfung der DxGs 0345 „Pulmonale Herzkrankheit (> 74 Jahre)“ und 0356 „Pulmonale Herzkrankheit (< 75 Jahre)“ sind analog die ATC-Kodes C01AH, C03XH und C03XP zu streichen.

Die ICD M96.80 Elektiv offen belassenes Sternum wird im Festlegungsentwurf in die HMG 0300 integriert. Der Kostenschätzer für die neu gebildete HMG ist nach Ausgliederung der Versicherten unter 6 Jahre so stark gesunken, dass zur Vermeidung einer Hierarchieverletzung eine Integration in die HMG „Sonstige Herzfehler“ notwendig erschien. Allerdings lässt der unerwartet niedrige Zuschlag für die DxG 973 darauf schliessen, dass die betroffenen Versicherten auch Zuschläge an anderer Stelle für das identische medizinische Problem erhalten. Dies deutet auf eine Inkonsistenz des Modells hin. Wir bitten daher um Überprüfung.

Wie bereits im letztjährigen Anhörungsverfahren dargestellt sehen wir in Analogie zum ICD-Katalog einen deutlichen Zusammenhang von HMGs aus der Hierarchie 16 mit HMGs aus der Hierarchie 18. Zahlreiche HMGs der angeborenen Herzfehler weisen einen engen medizinischen Zusammenhang mit HMGs auf, die der Hierarchie 18 zugeordnet sind. Zudem treten Herzfehler wie bereits im letzten Jahr ausgeführt mit weiteren Gefäßanomalien gemeinsam

auf. Daher sollte aus unserer Sicht dringend überprüft werden, inwieweit eine Zusammenfassung in einer einheitlichen und konsolidierten Hierarchie zu einer Verbesserung des Klassifikationsmodells führen würde.

zu III.18 Hierarchie 17 Zerebrovaskuläre Erkrankungen

Die für die Hierarchie 17 vorgesehenen Anpassungen halten wir für sinnvoll.

Die Einführung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG0289 und DxG0674 ist medizinisch sinnvoll und führt zu einer Modellverbesserung. Beim Vergleich der Aufgreifkriterien fällt allerdings eine heterogene Interpretation der Aufgreifkriterien bei Kreuz-/Sterndiagnosen auf (Beispiel: I66.0 ist einer DxG mit Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zugeordnet, G46.0 nicht). Insofern ist grundsätzlich zu überlegen, ob und wie sichergestellt werden sollte, dass Stern-Diagnosen und die zugehörigen Kreuz-Diagnosen jeweils mit demselben Aufgreifkriterium versehen werden.

zu III.19 Hierarchie 18 Gefäß- und Kreislauferkrankungen

Die Konsolidierung der Hierarchie halten wir für weitestgehend sachgerecht.

Im Rahmen der Hierarchiekonsolidierung wurde vom BAS auch eine Zusammenlegung der HMGs 0237 Hereditäres Lymphödem und 0112 Lymphangitis / - adenitis / -ödem / Infarzierung der Milz aufgrund der ähnlichen Kostenschätzer geprüft, allerdings wegen der Verschlechterung des Modells (MAPE plus 6 Cent) verworfen. Aus medizinischer Sicht wäre eine Zusammenlegung allerdings angezeigt, da die hereditäre Form ohne genetische Untersuchung schwer abzugrenzen ist. An andere Stelle der Erläuterungen wird vom BAS ausgeführt, dass ein Rückgang der Kennzahlen auf die Reduzierung vom Mehrfachzuschlägen zurückzuführen, im Sinne der Modellbildung erwartbar und bezogen auf die höhere Stabilität und Manipulationsresistenz eines strikteren Modells akzeptabel sei (S. 408f. der Erläuterungen zur Festlegung). Vor diesem Hintergrund halten wir eine Zusammenlegung der HMGs 0237 und 0112 für angebracht.

Insgesamt regen wir wie bereits im letztjährigen Anhörungsverfahren sowie in den Ausführungen zu Hierarchie 16 dargelegt eine Überprüfung an, ob wegen der vielfältigen inhaltlichen Verflechtungen der Hierarchie 16 mit der Hierarchie 18 eine Zusammenführung und grundlegende Konsolidierung dieser Hierarchien sinnvoll erscheint.

zu III.20 Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge

Die Hierarchie 19 wurde grundlegend überarbeitet. Die Konsolidierung der Hierarchie ist dabei konsequent verfolgt worden. Wir begrüßen dazu ausdrücklich die Aussage des BAS, dass eine weitere Prüfung der Komorbiditäten und Arzneimittelzuordnungen/- in den nachfolgenden Anpassungszyklen angestrebt wird.

Bei der Eingliederung bisher explizit ausgeschlossener ICD-Kodes wurde allerdings die Wirkung dieser Eingliederung nicht umfassend untersucht bzw. dokumentiert. Den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf ist hinsichtlich dieser ICD-Kodes weder eine medizinisch-inhaltliche Herleitung zu entnehmen noch wird geprüft, wie sich das Modell durch die Berücksichtigung dieser ICDs verändert. Dieses Vorgehen fällt deutlich hinter die Prüfungen in Hierarchie 23 Verletzungen zurück. Dort wird für die in früheren Modellen ausgeschlossenen und nun neu aufgenommenen ICD-Codes zum Abschluss der Hierarchiebildung empirisch untersucht, wie das neue Modell abschneidet im Vergleich zu einem Modell, das diese ICDs weiterhin ausschließt (S. 469 der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf). Eine entsprechende abschließende empirische Überprüfung ist auch in der Hierarchie 16 erforderlich. Nur wenn diese empirische Überprüfung für die Aufnahme bisher ausgeschlossener ICDs spricht sollten diese ICDs auch tatsächlich in das Modell übernommen werden.

Für die in früheren Klassifikationsmodellen ausgeschlossenen ICD-Kodes Z99.0 und Z99.1 wird eine neue DxG0435 „Aspirator/Respirator“ gebildet, die in die ebenfalls neu gebildete HMG 0214 führt. Die Etablierung der neuen HMG 0214 wird nicht erklärend begleitet, sondern die Neuaufnahme der ICDs lediglich festgestellt. Es wird bei den Ausführungen zu der neuen HMG allerdings nicht darauf eingegangen, dass auch andere Erkrankungen dazu führen können, dass eine dauerhafte/langfristige Abhängigkeit vom Beatmungsgerät entsteht bzw. die chronisch respiratorische Insuffizienz die Folge einer Erkrankung der Lunge ist, die bereits an anderer Stelle in der Hierarchie abgebildet wird. So ist die nicht-invasive Beatmungstherapie (NIV - non-invasive ventilation) eine etablierte Therapieoption zur Behandlung der COPD und des Lungenemphysems, die bei einer (akuten oder) chronischen Erschöpfung der Atemmuskulatur eingesetzt wird, um die Sauerstoffversorgung des Patienten zu gewährleisten. Die NIV bewirkt eine Entlastung der Atemmuskulatur und kann einen zu hohen Kohlendioxydgehalt im Blut senken. Es sollte daher geprüft werden, ob eine Dominanz der HMG 0214 auf den ersten Strang „Sonst. interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermed.“ (ab HMG 0108 und abwärts) die Versorgungsrealität besser abbildet und zu einer Modellverbesserung führt. Weiterhin ist zu prüfen, ob es gilt, eine Dominanz der HMG 0214 auf den fünften Hierarchiestrang Erkrankung der Lunge nach medizinischen Maßnahmen umzusetzen, etwa um der medizinische Korrelation Rechnung zu tragen, dass unter Beatmungstherapie ein iatrogener Pneumothorax (HMG 0516, DxG 0453) entstehen kann. Auch eine Entwicklung von nicht näher bezeichneten

Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen kann Ursache dafür sein, dass Patienten langfristig beatmet werden müssen. Die entsprechenden HMGs 0502 ff. sollten daher ebenfalls unter die Dominanz der HMG 0214 gestellt werden.

Zu berücksichtigen ist außerdem, dass es unter Beatmungstherapie ein erhöhtes Risiko für Infektionen der Atemwege mit Bakterien oder Pilzen gibt, so dass es angezeigt scheint, die Dominanz auf den zweiten Strang der Hierarchie beginnend mit der HMG 0111 „Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien“ zu erweitern und so die Versorgungsrealität besser abzubilden.

Im Hierarchiestrang 2 finden sich in der HMG 0213 die drei DxGs 0015, 0717 und 0770, die durch Arzneimittel validiert werden. Eine weitere DxG (DxG1002) ist für ICDs etabliert, die Pneumonien durch feste und flüssige Substanzen beschreiben. Hier ist im Festlegungsentwurf keine Arzneimittelvalidierung vorgesehen. Diese sollte allerdings geprüft werden, da zu erwarten ist, dass solche Pneumonien - verursacht durch Aspiration von Nahrung, Erbrochenem oder Ölen - eher durch atypische Erreger ausgelöst werden und ebenfalls der Antibiose bedürfen.

zu III.21 Hierarchie 20 Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege

Die Anpassungen der Hierarchie halten wir für sinnvoll. Wir unterstützen ausdrücklich das Vorgehen des BAS, eine Bereinigung der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel der Anlage 3 vorzunehmen, indem ATC-Kodes gestrichen werden, die pflanzliche und homöopathische Wirkstoffe abbilden. Dieses Vorgehen sollte in den folgenden Anpassungszyklen konsequent weitergeführt und so auch in allen anderen Hierarchien umgesetzt werden.

Im Erläuterungstext wird darauf hingewiesen, dass die DxG 0539 „Hypertensive Nieren- / Herzkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz“ im Klassifikationsmodell zweimal zugeordnet wird, einmal der Hierarchie 20 und einmal der Hierarchie 16. Die DxG 0539 ist die einzige DxG im gesamten Klassifikationsmodell, bei der eine Doppelzuordnung erfolgt (zugeordnet zu HMG 0091 in der Hierarchie 16 und HMG 131 in der Hierarchie 20). Für den aktuell vorliegenden Festlegungsentwurf liegt uns zwar keine zugehörige Komorbiditätsanalyse vor. Die Komorbiditätsanalyse auf Basis des alten Modells hat aber einen deutlichen Zusammenhang der beiden betroffenen HMG gezeigt, zudem entsteht GKV-weit für Versicherte mit der Kombination dieser beiden HMG eine deutliche Überdeckung. Dies weist auf dringenden Änderungsbedarf hin. Sofern dem BAS eine Einzelzuordnung der DxG nicht sachgerecht erscheint, sollte zur Vermeidung ungerechtfertigter Doppelzuweisungen eine hierarchieübergreifende Dominanzbeziehung etabliert werden.

zu III.22 Hierarchie 22 Erkrankungen der Haut

Die Anpassungen der Hierarchie mit verstärkter Arzneimittelvalidierung und vorgenommener Konsolidierung mit einem gemeinsamen unteren Strang halten wir für sinnvoll.

Ausdrücklich positiv bewerten wir die Verschiebung der HMG 0149 „Hautulkus ohne Dekubitalulcera“ (L97, L98.4) in die Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“. Dadurch kann die externe Hierarchisierung auf diese HMG entfallen. Allerdings werden im Festlegungsentwurf Dekubitalulcera weiterhin in der Hierarchie 22 geführt (HMG 0150, 0154, 0156). Eine Doppelzuweisung von Dekubitalulcera (HMGs 0150, 0154, 0156) in Hierarchie 22 mit Ulcera, die auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit zurückgehen (I70.2ff) sowie einem Ulcus cruris (L97) bleibt weiterhin möglich, wenn die Genese des Hautdefektes im Versorgungsalltag bei der Kodierung nicht klar berücksichtigt wird. Eine Hierarchisierung dieser verschiedenen Hautdefekte sollte wie bereits in unserer letztjährigen Stellungnahme ausgeführt angestrebt werden. Auf Basis der alten Komorbiditätsanalyse haben sich hier hohe Überdeckungen gezeigt, so dass eine Prüfung und Hierarchisierung weiterhin erforderlich erscheint.

zu III.23 Hierarchie 23 Verletzungen

Die Weiterentwicklung der Hierarchie halten wir insgesamt für nachvollziehbar und sinnvoll. Die Festlegung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für mehrere DxG ist angemessen.

Für die Aufnahme neuer, bisher ausgeschlossener ICD-Kodes wurde vom BAS zwar keine medizinisch-inhaltliche Begründung präsentiert, die die Sinnhaftigkeit einer Berücksichtigung dieser ICD-Kodes erläutern. Dies wäre aus unserer Sicht für die Aufnahme neuer ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie ein notwendiger erster Schritt. Es sollte gewährleistet sein, dass das Klassifikationsmodell in sich konsistent bleibt und dass es nicht zu ungerechtfertigten zusätzlichen Zuweisungen für Krankheiten kommt, die bereits anderweitig über inhaltlich zusammenhängende ICD-Kodes im Modell abgebildet werden. Immerhin wird aber für die in die Hierarchie 23 neu integrierten ICD-Kodes zum Abschluss der Analysen empirisch untersucht, wie sich die Integration der ICD-Kodes auf das Modell auswirkt. Vergleichbare Analysen sollten auch in allen anderen Hierarchien durchgeführt bzw. nachgeholt werden, um fundiert über die Aufnahme bisher ausgeschlossener ICD-Kodes entscheiden zu können.

zu III.24 Hierarchie 26 Erkrankungen des Auges

Die vorgesehenen Anpassungen halten wir für sachgerecht.

zu III.25 Hierarchie 27 Erkrankungen der Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren

Die Neukonzeption der Hierarchie 27 ist aus unserer Sicht fachlich dezidiert und sinnvoll aufgebaut. Die Einordnung von Diagnosen, deren Behandlung in den ersten fünf Lebensjahren besonderen Behandlungsbedarf nach sich ziehen, in die Hierarchie 27 trägt zu einer klaren Modellverbesserung bei.

zu III Hierarchie 28 Chronischer Schmerz

In der Hierarchie 28 werden im zur Anhörung gestellten Festlegungsentwurf keine Veränderungen gegenüber dem Vorjahr vorgenommen. Die bereits in unseren Stellungnahmen der Vorjahre beschriebenen Probleme durch die Komorbiditäten mit anderen Hierarchien sind demnach weiter ungelöst.

Aufgrund der eher unspezifischen Verwendung der Entität „chronischer Schmerz“ sind medizinische Überschneidungen zu anderen Erkrankungen anzunehmen. Wenn Schmerzsyndrome eine somatische Ursache haben, so umfasst die entsprechende Grund-ICD mit konsekutiver DxG / HMG bereits eine ausreichende Abbildung im RSA. Wenn den Schmerzsyndromen keine somatische Ursache zugeordnet werden kann, so ist hier eine genuin somatoforme Störung anzunehmen, die inhaltlich und in besonderem Maße auch aufgrund der Komorbiditäten mit anderen Erkrankungen dieser Hierarchie in die Hierarchie 11 gehört.² Eine Überarbeitung der Hierarchie 28 im nächsten Anpassungszyklus ist daher aus unserer Sicht dringend erforderlich. Dies gilt auch für die im letzten Jahr angeregte grundsätzliche Überprüfung eines Ausschlusses der bisher in der Hierarchie 28 berücksichtigten ICD-Kodes R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz und R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz.

zu III.26 Hierarchie 29 Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen

Die für das Ausgangsmodell dieser Hierarchie vorgenommenen Änderungen können nachvollzogen werden.

² Entsprechend führen Rief / Hiller aus, dass somatoforme Störungen regelmäßig mit anderen psychischen Störungen wie depressiven oder Angststörungen kombiniert sind; für somatoforme Störungen wird dabei von einer Komorbidität mit Depression von ca. 30 – 50%, mit Angststörungen von ca. 20 – 50% und mit Alkoholabhängigkeit und -missbrauch von ca. 16 – 26% ausgegangen. Vgl. Rief, Winfried, und Hiller, Wolfgang: Somatisierungsstörung, 2. Auflage 2011

Anpassungsbedarf sehen wir allerdings hinsichtlich der Eingruppierung bestimmter Diagnosen aus dem Bereich K02.- Zahnkaries. Nach den im Festlegungsentwurf dargestellten Auswertungen der KBV stammen die Diagnosen häufig aus dem Bereich der Kinderärzte und Allgemeinmediziner, so dass das BAS eine Berücksichtigung dieser ICD-Kodes sachgerecht ist. Dies mag für die unspezifische Karies-Diagnose K02.9 zutreffen, die sich am Strangende befindet, bei den spezifischeren Karies-Diagnosen wie z.B. K02.1 Karies des Dentins oder K02.2 Karies, auf den Zahnschmelz begrenzt ist dies schwerer vorstellbar. Besonders problematisch erscheint in diesem Zusammenhang die unterschiedliche Eingruppierung der Codes K02.8 und K02.9, bei denen der Übergang in der Dokumentation seitens Kinderärzten und Allgemeinärzten fließend sein dürfte. Zur besseren Abbildung der Versorgungsrealität und gleichzeitigen Verringerung der Manipulationsresistenz regen wir daher an, die Eingruppierung der Karies-Diagnosen zu überdenken und im Minimum eine Herabstufung der Diagnose K02.8 Sonstige Zahnkaries und neue Eingruppierung in die DxG 1140 / HMG 0074 vorzunehmen.

Weiterhin stellt sich die Frage, warum die im Ausgangsmodell beschriebene Dominanz der HMG 1028 auf die HMG 1029 nach Abschluss der vorgenommenen Anpassungen nicht wieder aufgenommen wurde, denn die Kostenschätzer der beiden betroffenen HMGs weisen nach den vorgenommenen Anpassungen wieder einen deutlichen Unterschied auf, so dass der Grund für den Wegfall der Dominanzbeziehung hinfällig geworden ist.

Insgesamt regen wir die Prüfung auf eine stärkere Abbildung von Komorbiditäten innerhalb der Hierarchie an. Es sollte u. E. eine Dominanz des Fehlbildungsstrangs auf die HMG 0881 „Zahnkaries,...“ und HMG 0171 „Dentofaziale Anomalien...“ sowie auf die HMG 1031 „Phlegmone...“ im linken Strang, die u. a. die chronisch (eitrige) Mittelohrentzündung als Diagnose enthält, geprüft werden, um das Krankheitsgeschehen angemessen abzubilden.

zu III.27 Hierarchie 31 Gynäkologische und andrologische Erkrankungen

Die Anpassungen der Hierarchie halten wir für sachgerecht.

zu IV. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens

zu V.28 Regionale Risikogruppen

Die Umsetzung der Regionalkomponente im Festlegungsentwurf orientiert sich nach wie vor am Vorgehen, das der Wissenschaftliche Beirat in seinem Regionalgutachten aus 2018 vorgeschlagen hat. Die vom BAS vorgenommene Aktualisierung der Datengrundlagen unter Beibehaltung des grundsätzlichen Verfahrens halten wir für sinnvoll und angemessen.

zu V.29 Auslandsversicherte

Das im Festlegungsentwurf vorgesehene Verfahren zur Bildung von Wohnlandgruppen als Ersatz für die bisherigen AusAGG halten wir für sachgerecht. Es entspricht dem in SGB und RSAV vorgegebenen Verfahren. Auch das vom BAS vorgesehene Verfahren, wonach Länder bei der Unterschreitung einer Mindestanzahl von 1000 Versichertenjahren keine eigenständige Wohnlandgruppe bilden, sondern nach den Kriterien der Homogenität der Ausgabenwerte, geographischer Nähe und Stabilität der DVKA-Ausgaben zu Gruppen zusammengefasst werden, halten wir für sinnvoll. Für die ersten Jahre eines Modells mit Wohnlandgruppen ist es angesichts der Schwankungen der von der DVKA übermittelten Auslandsausgaben sachgerecht, auch Ausgabenwerte aus dem Folgegutachten mit in die Untersuchung einzubeziehen. Perspektivisch ist aus unserer Sicht allerdings anzustreben, sich allein auf die DVKA-Daten zu beziehen.