



Bundesamt
für Soziale Sicherung

Erläuterungen zur

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

für das RSA-Ausgleichsjahr 2023

Bonn, den 30. September 2022

Kontakt

Bundesamt für Soziale Sicherung

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

Friedrich-Ebert-Allee 38

D-53113 Bonn

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

www.bundesamtsozialesicherung.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	X
Abkürzungsverzeichnis	XIII
I Einführung	1
1 Rechtsgrundlagen	1
2 Anhörungsverfahren und Stellungnahmen	3
2.1 Anhörungsverfahren	3
2.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen	3
3 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2023 im Vergleich zum Festlegungsentwurf	47
3.1 Ausgangsmodell	47
3.2 Hierarchie 01 „Infektionen“	47
3.3 Hierarchie 02 „Neubildungen“	47
3.4 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“	47
3.5 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“	47
3.6 Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“	47
3.7 Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“	47
3.8 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	47
3.9 Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“	48
3.10 Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“	48
3.11 Hierarchie 13 „Erkrankungen /Verletzungen der Wirbelsäule“	48
3.12 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	48
3.13 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“	48
3.14 Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“	48
3.15 Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“	48
3.16 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	49
3.17 Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“	49
3.18 Hierarchie 21 „Schwangerschaft“	49
3.19 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“	49
3.20 Hierarchie 23 „Verletzungen“	49
3.21 Hierarchie 24 „Komplikationen“	49
3.22 Hierarchie 25 „Transplantationen“	49
3.23 Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“	49
3.24 Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“	49
3.25 Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“	49
3.26 Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“	49
3.27 Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“	49
3.28 Regionale Risikogruppen	50
3.29 Auslandsversicherte	50
II Methodik	51
4 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung	51
4.1 Festlegungsentwurf	51
4.2 Anhörungsverfahren	51
5 Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2023	53
5.1 Festlegungsentwurf	53
5.2 Anhörungsverfahren	53

5.3	Festlegung	57
6	Weitere Themen im Anhörungsverfahren	57
6.1	Zusammenfassung der Stellungnahmen	57
6.2	Diskussion der Stellungnahmen	59
III	Anpassung der Hierarchien	61
7	Vorbemerkungen	61
7.1	Struktur der Kapitel zur Dokumentation von Modelländerungen	61
7.2	Darstellungsoptionen der Modellstruktur der Hierarchien	61
7.3	Darstellung von Berechnungsergebnissen bei Hierarchieanpassungen	63
8	Hierarchie 01 „Infektionen“	64
8.1	Festlegungsentwurf	64
8.2	Anhörungsverfahren	66
8.3	Festlegung der Hierarchie 01 „Infektionen“	68
9	Hierarchie 02 „Neubildungen“	69
9.1	Festlegungsentwurf	69
9.2	Anhörungsverfahren	73
9.3	Zuordnung der neuen ICD-Kodes U69.5- zu einer Krankheit sowie DxGs und HMGs	76
9.4	Streichung der ICD-Kodes E34.0 und E88.3 aus den DxGs 0971, 0972 und 0973	77
9.5	Festlegung der Hierarchie 02 „Neubildungen“	78
10	Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“	82
10.1	Festlegungsentwurf	82
10.2	Anhörungsverfahren	88
10.3	Arzneimittelprüfung des Diabetes mellitus Typ 1	94
10.4	Arzneimittelprüfung der chronischen Thyreoiditis	96
10.5	Veränderte Einbindung der DxG0590 in die Hierarchie 04	97
10.6	Festlegung der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“	99
11	Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“	106
11.1	Festlegungsentwurf	106
11.2	Anhörungsverfahren	109
11.3	Festlegung der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“	112
12	Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“	113
12.1	Festlegungsentwurf	113
12.2	Anhörungsverfahren	118
12.3	Aufnahme der ICD-Fünfsteller K83.0- in das Klassifikationssystem	119
12.4	Festlegung der Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“	119
13	Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“	121
13.1	Festlegungsentwurf	121
13.2	Anhörungsverfahren	125
13.3	Anpassung der Wirkstoffauswahl zum Aufgreifen der DxG1245 „Sonstige Osteoporose (Frauen)“	127
13.4	Anpassung des Aufgreifkriteriums und der Wirkstoffauswahl für die DxG1154 „Gicht / Arthritis urica mit Bedarfsmedikation“	129
13.5	Festlegung der Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“	132
14	Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	137
14.1	Festlegungsentwurf	137
14.2	Anhörungsverfahren	142
14.3	Einordnung des Myelodysplastischen Syndroms	143
14.4	Festlegung der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	147
15	Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“	152
15.1	Festlegungsentwurf	152

15.2	Anhörungsverfahren	156
15.3	Aufgreifkriterium der DxG0804 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“	160
15.4	Einordnung der HMG0048 „Posttraumatische Belastungsstörung“	163
15.5	Festlegung der Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“	166
16	Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“	172
16.1	Festlegungsentwurf	172
16.2	Anhörungsverfahren	176
16.3	Anpassung der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“	177
16.4	Prüfung einer Vereinigung der HMGs 0322 und 0211	180
16.5	Begrenzung der Wirkstoffliste zum Aufgreifen der DxG1354 „Hereditäre spinale Muskelatrophie“ auf relevante ATC-Siebensteller	182
16.6	Festlegung der Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“	182
17	Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	186
17.1	Festlegungsentwurf	186
17.2	Anhörungsverfahren	191
17.3	Immunglobuline (J06BA) bei Myasthenia gravis	193
17.4	Beseitigung der Hierarchieverletzung zwischen HMG0069 und HMG0307	195
17.5	Festlegung der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	200
18	Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“	206
18.1	Festlegungsentwurf	206
18.2	Anhörungsverfahren	209
18.3	Anpassung der ATC-Kodes des Arzneimittelkriteriums der DxG0539	212
18.4	DxG0974 / HMG0492 stationär erforderlich	214
18.5	Festlegung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“	215
19	Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“	219
19.1	Festlegungsentwurf	219
19.2	Anhörungsverfahren	220
19.3	Vorschlag Hämorrhagische Schlaganfälle	221
19.4	Festlegung der Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“	223
20	Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“	227
20.1	Festlegungsentwurf	227
20.2	Anhörungsverfahren	230
20.3	Erweiterung ATC-Spektrum bei arterieller Embolie und Thrombose	231
20.4	Vorschlag Zusammenlegung Lymphödeme	233
20.5	Festlegung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“	234
21	Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	239
21.1	Festlegungsentwurf	239
21.2	Anhörungsverfahren	243
21.3	Festlegung der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	244
22	Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“	245
22.1	Festlegungsentwurf	245
22.2	Anhörungsverfahren	248
22.3	Erweiterung der ATC-Abgrenzung bei Dialyse: Wasserlösliche Vitamine	250
22.4	Festlegung der Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“	254
23	Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“	257
23.1	Festlegungsentwurf	257
23.2	Anhörungsverfahren	260
23.3	Festlegung der Hierarchie 22 „Hauterkrankungen“	262

24 Hierarchie 23 „Verletzungen“	263
24.1 Festlegungsentwurf	263
24.2 Anhörungsverfahren	266
24.3 DxG-Zuordnung zu den HMGs 0498, 0801, 0802 und 0803	267
24.4 Festlegung der Hierarchie 23 „Verletzungen / Vergiftungen“	270
25 Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“	276
25.1 Festlegungsentwurf	276
25.2 Anhörungsverfahren	277
25.3 Festlegung der Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“	277
26 Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“	278
26.1 Festlegungsentwurf	278
26.2 Anhörungsverfahren	283
26.3 Festlegung der Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“	283
27 Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“	284
27.1 Festlegungsentwurf	284
27.2 Anhörungsverfahren	287
27.3 Festlegung der Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“	287
28 Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“	288
28.1 Festlegungsentwurf	288
28.2 Anhörungsverfahren	290
28.3 Festlegung der Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“	290
IV Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	291
29 Regionale Risikogruppen	291
29.1 Festlegungsentwurf	291
29.2 Anhörungsverfahren	291
29.3 Festlegung der Regionalen Risikogruppen	292
30 Auslandsversicherte	293
30.1 Festlegungsentwurf	293
30.2 Anhörungsverfahren	293
30.3 Festlegung	299
V Gesamtbewertung der Modellausgestaltung	302
31 Kennzahlen der Festlegung	302
VI Literaturverzeichnis	305
A Anhang	307
A.1 Erläuterung zu den Anlagen	307
A.2 Darstellung des Aufgreifalgorithmus	309
A.3 Übersicht der Hierarchien	314

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 7.1: Bausteine der schematischen Darstellung einer gesamten Hierarchie	62
Abbildung 7.2: Schematische Darstellung von Änderungen im Festlegungsentwurf bzw. in der Festlegung	62
Abbildung 7.3: Elemente der Darstellung von Veränderungen der untersuchten Modelle	63
Abbildung 8.1: Hierarchie 01 „Infektionen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)	66
Abbildung 9.1: Hierarchie 02 „Neubildungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)	72
Abbildung 9.2: Hierarchie 02 „Neubildungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	81
Abbildung 10.1: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (1/2)	86
Abbildung 10.2: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (2/2)	87
Abbildung 10.3: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	104
Abbildung 10.4: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	105
Abbildung 11.1: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)	108
Abbildung 12.1: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Krankheiten“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/2)	116
Abbildung 12.2: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Krankheiten“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (2/2)	117
Abbildung 13.1: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/2)	123
Abbildung 13.2: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (2/2)	124
Abbildung 13.3: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	135
Abbildung 13.4: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	136
Abbildung 14.1: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (1/2)	140
Abbildung 14.2: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (2/2)	141
Abbildung 14.3: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	150
Abbildung 14.4: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	151
Abbildung 15.1: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (1/2)	155
Abbildung 15.2: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (1/2)	156
Abbildung 15.3: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	170
Abbildung 15.4: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	171
Abbildung 16.1: Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)	175
Abbildung 16.2: Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	185
Abbildung 17.1: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/2)	189
Abbildung 17.2: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (Gesamtmod.) (2/2)	190
Abbildung 17.3: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	204
Abbildung 17.4: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	205
Abbildung 18.1: Hierarchie 16 „Herzkrankheiten“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)	208
Abbildung 18.2: Hierarchie 16 „Herzkrankheiten“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	218
Abbildung 19.1: Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)	220
Abbildung 19.2: Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	226
Abbildung 20.1: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/2)	229

Abbildung 20.2: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (2/2)	230
Abbildung 20.3: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	237
Abbildung 20.4: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	238
Abbildung 21.1: Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/2)	242
Abbildung 21.2: Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (2/2)	243
Abbildung 22.1: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)	247
Abbildung 22.2: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	256
Abbildung 23.1: Hierarchie 22 „Hautkrankheiten“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)	259
Abbildung 24.1: Hierarchie 23 „Verletzungen / Vergiftungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (1/2)	265
Abbildung 24.2: Hierarchie 23 „Verletzungen / Vergiftungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (2/2)	266
Abbildung 24.3: Hierarchie 23 „Verletzungen / Vergiftungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	274
Abbildung 24.4: Hierarchie 23 „Verletzungen / Vergiftungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	275
Abbildung 25.1: Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)	277
Abbildung 26.1: Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (1/1)	282
Abbildung 27.1: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)	286
Abbildung 28.1: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)	289
Abbildung 30.1: Gesundheitsausgaben je Einwohner in Europa (2019)	297
Abbildung 30.2: Bildung länderübergreifender WLGs in der Festlegung für das AJ 2023	299
Abbildung A.2.1: Standardalgorithmus für das Ausgleichsjahr 2023	309
Abbildung A.2.2: Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung über 183 / 92 Behandlungstage	310
Abbildung A.2.3: Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung über 42/21 Behandlungstage	311
Abbildung A.2.4: Sonderfall 3: Diagnosevalidierung nach Ordnungsquartalen	312
Abbildung A.2.5: Sonderfall 4: Diagnosevalidierung anhang des Kennzeichens Extrakorporale Blutreinigung	313
Abbildung A.3.6: Hierarchie 01 „Infektionen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	314
Abbildung A.3.7: Hierarchie 02 „Neubildungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	315
Abbildung A.3.8: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	316
Abbildung A.3.9: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	317
Abbildung A.3.10: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	318
Abbildung A.3.11: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	319
Abbildung A.3.12: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	320
Abbildung A.3.13: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	321
Abbildung A.3.14: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	322
Abbildung A.3.15: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	323
Abbildung A.3.16: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	324
Abbildung A.3.17: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	325
Abbildung A.3.18: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	326
Abbildung A.3.19: Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	327
Abbildung A.3.20: Hierarchie 13 „Erkrankungen des Rückenmarks gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	328
Abbildung A.3.21: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	329
Abbildung A.3.22: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	330
Abbildung A.3.23: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	331

Abbildung A.3.24: Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	332
Abbildung A.3.25: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	333
Abbildung A.3.26: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	334
Abbildung A.3.27: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	335
Abbildung A.3.28: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	336
Abbildung A.3.29: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	337
Abbildung A.3.30: Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	338
Abbildung A.3.31: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	339
Abbildung A.3.32: Hierarchie 23 „Verletzungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)	340
Abbildung A.3.33: Hierarchie 23 „Verletzungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)	341
Abbildung A.3.34: Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	341
Abbildung A.3.35: Hierarchie 25 „Transplantationen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	342
Abbildung A.3.36: Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	343
Abbildung A.3.37: Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	344
Abbildung A.3.38: Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	345
Abbildung A.3.39: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	346
Abbildung A.3.40: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)	347

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Stellungnahmen - Allgemeine Hinweise	4
Tabelle 2.2: Stellungnahmen zur Methodik und zu hierarchieübergreifenden Themen	5
Tabelle 2.3: Stellungnahmen zur Anpassung der Hierarchien	12
Tabelle 2.4: Stellungnahmen zu weiteren Bereichen des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	42
Tabelle 2.5: Redaktionelle Hinweise	45
Tabelle 8.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 01 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	65
Tabelle 9.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 02 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	70
Tabelle 9.2: Einordnung der mit der ICD-10-GM 2022 neu eingeführten ICD-Kodes U69.5-! zu den Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2023	76
Tabelle 9.3: Einordnung der mit der ICD-10-GM 2022 neu eingeführten ICD-Kodes U69.5-! zu DxGs und HMGs im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2023	77
Tabelle 9.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	78
Tabelle 9.5: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 02 für das AJ 2023	79
Tabelle 10.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 04 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	83
Tabelle 10.2: Auswirkungen der Streichung des ATC-Kodes A10BK für den Diabetes mellitus Typ 1	95
Tabelle 10.3: DxG-ATC-Zuordnung der chronischen Thyreoidits in Modell A02	96
Tabelle 10.4: Auswirkung der ATC-Streichung für die DxG1084 „Chronische Thyreoiditis“	96
Tabelle 10.5: Veränderte Einbindung der HMG0387 in die Dominanzstruktur	98
Tabelle 10.6: Ergebnisse der Zusammenlegung der HMGs 0019 und 0387	99
Tabelle 10.7: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 04 für das AJ 2023	102
Tabelle 11.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	107
Tabelle 12.1: Vergleich des Ausgangsmodells mit dem Festlegungsentwurf der Hierarchie 06 für das AJ 2023	114
Tabelle 12.2: Einordnung der mit der ICD-10-GM 2022 neu eingeführten ICD-Kodes zu K83.0- zu DxGs und HMGs	119
Tabelle 13.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 07 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	121
Tabelle 13.2: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01	128
Tabelle 13.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	129
Tabelle 13.4: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A02	131
Tabelle 13.5: Ergebnisse des Vergleichs von Modell A01 mit A02	131
Tabelle 13.6: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 07 für das AJ 2023	133
Tabelle 14.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	138
Tabelle 14.2: Veränderte ICD-DXG-Zuordnung des Modells A01 im Vergleich zum Festlegungsentwurf AJ 2023 in der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	144
Tabelle 14.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	145
Tabelle 14.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 08 für das AJ 2023	148
Tabelle 15.1: Vergleich des Ausgangsmodells mit dem Festlegungsentwurf der Hierarchie 11 für das AJ 2023	152
Tabelle 15.2: Auswirkungen der Aufhebung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für DxG0804	161
Tabelle 15.3: Auswirkungen der Abstufung von HMG0244 im Dominanzgefüge	162
Tabelle 15.4: Zusammenlegung der HMGs 0656 und 0244 – Ergebnisse	163
Tabelle 15.5: Auswirkung der Eingliederung der posttraumatischen Belastungsstörung in die affektiven	

Störungen	165
Tabelle 15.6: Festlegung der Hierarchie 11 für das AJ 2023 im Vergleich zum Festlegungsentwurf	168
Tabelle 16.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	173
Tabelle 16.2: Veränderte ICD-DxG-Zuordnung des Modells A01 im Vergleich zum Festlegungsentwurf AJ2023 in der Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“	178
Tabelle 16.3: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01	179
Tabelle 16.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	180
Tabelle 16.5: Ergebnisse des Vergleichs von Modell A01 mit A02	181
Tabelle 16.6: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 13 für das AJ 2023	184
Tabelle 17.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 14 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	186
Tabelle 17.2: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01	194
Tabelle 17.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	194
Tabelle 17.4: Vergleich des hierarchiebezogenen Festlegungsentwurfs mit dem Festlegungsentwurf des Gesamtmodells	196
Tabelle 17.5: Ergebnisse des Vergleichs von Modell A01 mit A02	198
Tabelle 17.6: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2023	202
Tabelle 18.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	207
Tabelle 18.2: Veränderungen von ATC-Kodes bei der DxG0539	213
Tabelle 18.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	213
Tabelle 18.4: Ergebnisse des Vergleichs von Modell A01 mit A02	214
Tabelle 18.5: Ergebnisse des Vergleichs von Modell A02 mit A03	215
Tabelle 18.6: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2023	216
Tabelle 19.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	219
Tabelle 19.2: Veränderte ICD-DxG-Zuordnung des Modells A01 im Vergleich zum Festlegungsentwurf AJ 2023 in der Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“	222
Tabelle 19.3: Definition von Aufgreifkriterien in Modell A01	222
Tabelle 19.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	223
Tabelle 19.5: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 17 für das AJ 2023	225
Tabelle 20.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	227
Tabelle 20.2: ATC-Abgrenzung der DxGs 0086 und 0982 in Modell A01	232
Tabelle 20.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	233
Tabelle 20.4: Ergebnisse des Vergleichs von Modell A01 mit A02	234
Tabelle 20.5: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 18 für das AJ 2023	236
Tabelle 21.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	239
Tabelle 22.1: Vergleich des Ausgangsmodells mit dem Festlegungsentwurf der Hierarchie 20 für das AJ 2023	245
Tabelle 22.2: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01	251
Tabelle 22.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	252
Tabelle 22.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 20 für das AJ 2023	255
Tabelle 23.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 22 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	258
Tabelle 24.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 23 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	263
Tabelle 24.2: Hierarchie 23 - Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	269

Tabelle 24.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2023	272
Tabelle 25.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 26 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	276
Tabelle 26.1: Vergleich des Ausgangsmodells mit dem Festlegungsentwurf der Hierarchie 27 für das AJ 2023	279
Tabelle 27.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	285
Tabelle 28.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 31 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer	288
Tabelle 30.2: Übersicht über die WLGs im AJ 2023	300
Tabelle 30.3: Vergleich der Länder-MAPes des AusAGG-Modells und des WLG-Modells in Festlegungsentwurf und Festlegung für das AJ 2023	301
Tabelle 31.1: Gesamtbewertung der Festlegung für das AJ 2023	303
Tabelle 31.2: Kennzahlen Abschlagsverfahren ohne Risikopool	304
Tabelle A.1: Verwendung der Anlagen 1 bis 5 in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im Ausgleichsjahr 2023	308

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AGG	Alters-Geschlechts-Gruppe
aHUS	atypisches hämolytisch-urämisches Syndrom
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Erworbenes Immunschwächesyndrom)
AJ	Ausgleichsjahr
ALL	Akute lymphatische Leukämie
AM	Arzneimittel
angeb.	angeboren
a.o.	andernorts
AOK-BV	AOK-Bundesverband GbR
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
AusAGG	Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppe
BÄK	Bundesärztekammer
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BH4	Tetrahydrobiopterin
BJ	Berichtsjahr
BKK DV	BKK Dachverband e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
BT	Behandlungstage
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
bzw.	beziehungsweise
ca.	ungefähr (circa)
CED	chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
CLL	Chronische lymphatische Leukämie
CML	Chronische myeloische Leukämie
COPD	Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
CPM	Cumming's Prediction Measure
DAK-G	DAK-Gesundheit
Dauermed.	Dauermedikation
d. h.	das heißt
DDD	Definierte Tagesdosen (Defined Daily Dose)
DGfN	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie
DGfW	Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
D. m.	Diabetes mellitus
DM	Dauermedikation
DQ	Deckungsquote
DVKA	Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland
DxG	Diagnosegruppe
EM	Erstmeldung
EMG	Erwerbsminderungsgruppe
ERT	Enzym-Ersatz (Replacement) Therapie
et al.	und andere (et alii)
exkl.	exklusive
EU	Europäische Union
ff.	fortfolgende
FL	Festlegung
FLE	Festlegungsentwurf
FSS	Fettstoffwechselstörungen
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-AI	GKV-Arzneimittelindex

GKV-FKG	Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GLB	Grundlagenbescheid
GOP	Gebührenordnungsposition
HDV	Hepatitis-Delta-Virus
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HLB	Hauptleistungsbereich
HPA	Hyperphenylalaninämie
(H)MG	(Hierarchisierte) Morbiditätsgruppe
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
HUS	Hämolytisch-urämisches Syndrom
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, Version 10, German Modification
i. H. v.	In Höhe von
IKK e. V.	Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen
INKAR	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung
ITP	idiopathische thrombozytopenische Purpura
i. V. m.	in Verbindung mit
JA	Jahresausgleich
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	Koronare Herzkrankheit
KM	Korrekturmeldung
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
M2Q	mindestens zwei Quartale
MAPE	Mittlerer Prognosefehler (Mean Absolute Prediction Error)
MDS	Myelodysplastisches Syndrom
MGUS	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MSA-C	Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ
N	Anzahl der Versicherten
n.n.bez.	nicht näher bezeichnet
NHL	Non-Hodgkin-Lymphom
Nr.	Nummer
o.	oder
o. Ä.	oder Ähnliches
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozeduren-Schlüssel
PKU	Phenylketonurie
PML	Progressive multifokale Leukenzephalopathie
PNH	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie
PP	Prozentpunkte
PTW-SE	Standardfehler des Pro-Tag-Werts
R ²	Bestimmtheitsmaß
rd.	rund
RGG	Regionale Risikogruppe
RM	Rückenmark
RNA	Ribonucleic acid, Ribonukleinsäuren
RP	Risikopool
RSA	Risikostrukturausgleich
RSaV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
S.	Seite
s.	siehe
S3-Leitlinie	Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinie
SA	Satzart
SA 700	Satzart 700
SA 703	Satzart 703
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SHT	Schädel-Hirn-Trauma

SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrome
SLE	Systemischer Lupus erythematodes
sog.	sogenannt
Sonder-PZN	Sonder-Pharmazentralnummern
SRT	Substratreduktionstherapie
s. u.	siehe unten
TK et al.	Techniker Krankenkasse, Handelskrankenkasse und Hanseatische Krankenkasse
Tyrosinkinase-Inh.	Tyrosinkinase-Inhibitoren
u. a.	unter anderem
u. U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
VJ	Versichertenjahr(e)
WLG	Wohnlandgruppe
Wissenschaftlicher Beirat	Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt
WS	Wirbelsäule
z. B.	zum Beispiel
Z. n.	Zustand nach
ZNS	Zentralnervensystem
z. T.	zum Teil

I Einführung

1 Rechtsgrundlagen

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

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

Das BAS hat die Festlegungen im Rahmen der Vorgaben der RSAV zu treffen. Nach § 8 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 RSAV obliegt es dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bestellten Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim BAS (im Folgenden: Wissenschaftlicher Beirat) unter Beachtung der in § 8 Absatz 1 RSAV genannten Kriterien (keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen und Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion), Empfehlungen zum Verfahren der laufenden Pflege und zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zu geben, die das BAS bei den Festlegungen berücksichtigt (§ 8 Absatz 4 Satz 2 RSAV). Entsprechende Empfehlungen hat der Wissenschaftliche Beirat in seiner Sitzung am 23.05.2022 beraten und im Anschluss abschließend beschlossen. Der auf diesen Vorschlägen aufbauende Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsverfahren 2023 wurde am 17.06.2022 durch das BAS veröffentlicht. Zeitgleich wurde die nach § 8 Absatz 4 Satz 1 RSAV vorgesehene Anhörung des GKV-SV (mit Frist zur Stellungnahme bis zum 05.08.2022) eingeleitet. Nach Abschluss des Anhörungsverfahrens hat der Wissenschaftliche Beirat in der Sitzung vom 12.09.2022 über im Anhörungsverfahren vorgebrachte Empfehlungen beraten und im Anschluss einen entsprechenden Beschluss gefasst.

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

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

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

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

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

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

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

2 Anhörungsverfahren und Stellungnahmen

2.1 Anhörungsverfahren

Bis zum Ablauf der Anhörungsfrist am 05.08.2022 gingen beim BAS neben der Stellungnahme des GKV-SVs weitere schriftliche Ausführungen seitens des AOK Bundesverbandes (AOK-BV), der BARMER, des BKK Dachverbandes (BKK DV), der DAK Gesundheit (DAK-G), der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW), des IKK e. V, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Verbindung mit der Bundesärztekammer (KBV / BÄK), sowie der Techniker Krankenkasse gemeinsam mit der Handelskrankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse (TK et al.) ein.

2.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Eine Übersicht über die im Anhörungsverfahren vorgetragenen Anmerkungen und Änderungsvorschläge findet sich in Tabelle 2.1 bis Tabelle 2.5. In den sich anschließenden Kapiteln werden die vom BAS mit dem Festlegungsentwurf in das Anhörungsverfahren gegebenen und in den Stellungnahmen kritisch bewerteten Modellanpassungen jeweils kurz zusammengefasst. Im Anschluss erfolgt eine themenbezogene Zusammenfassung der im Anhörungsprozess eingegangenen Stellungnahmen, bevor eine Bewertung derselben erfolgt. Gegebenenfalls werden weitere Untersuchungen und Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf vorgestellt.

Ist aufgrund der diesjährigen Schwerpunktsetzung die Weiterentwicklung einzelner Hierarchien unterblieben bzw. liegen Stellungnahmen zu Veränderungen des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens vor, die von den Erläuterungen des Festlegungsentwurfs AJ 2023 nicht erfasst werden, erfolgt im Allgemeinen auch keine gesonderte Zusammenfassung und Bewertung der Stellungnahmen zu diesen Themenbereichen. Die eingegangenen Vorschläge werden jedoch vom BAS im Rahmen der jeweiligen Schwerpunktsetzung in den kommenden Anpassungszyklen bewertet.

Tabelle 2.1: Stellungnahmen - Allgemeine Hinweise

I	Einführung	
1	Schwerpunktsetzung	
	Es wird um einen Hinweis gebeten, ob im kommenden Jahr die noch offenen Vorschläge zur Berücksichtigung von Arzneimitteln sowie die Beseitigung von Komorbiditäten weiterverfolgt werden oder ob andere Themenschwerpunkte gewählt werden.	BARMER
2	Vorschlagsverfahren und Anhörungszeitraum	
	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.	GKV-SV
	Der Umfang der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf hat mit der Einführung des Vollmodells und der Regionalkomponente deutlich zugenommen. In diesem Jahr sind von den Verfahrensbeteiligten mehr als 650 Seiten zu beurteilen. Mit einer Reduzierung des Beurteilungsumfangs ist perspektivisch nicht zu rechnen. Bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahren für das Ausgleichsjahr 2022 wurde von mehreren Seiten eine zeitliche Entzerrung des Anhörungsverfahrens gefordert, um die umfangreichen vom BAS vorgelegten medizinisch interdisziplinären Anpassungsvorschläge qualifiziert prüfen und bewerten zu können. Die Forderungen nach einer mehrjährigen Planung und Festlegung von Untersuchungsschwerpunkten hatte das BAS aus Gründen der Volatilität bei den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen abgelehnt. Aus Sicht der Innungskrankenkassen wäre es schon hilfreich, wenn das BAS seine Planungen und Untersuchungsschwerpunkte für den nächsten unmittelbar anstehenden Stellungnahmezyklus frühzeitig bekannt gäbe (z.B. im ersten Quartal), damit sich alle Verfahrensbeteiligten mit Blick auf die begrenzte Stellungnahmefrist strukturiert und qualifiziert mit den Themen auseinandersetzen können.	IKK e. V, BKK DV
	Eine Verlängerung des Anhörungszeitraumes trüge dazu bei, die vollzogenen Anpassungen in der erforderlichen Tiefe hinsichtlich medizinisch / pharmazeutischer Aspekte und mit Blick auf das Modell insgesamt zu bewerten.	BKK DV
	Durch den Wegfall der Krankheitsauswahl entfällt seit Aufhebung der Begrenzung der ausgleichsrelevanten Krankheiten dauerhaft ein aufwändiges Anhörungsverfahren zu Beginn eines jeden Jahres. Ebenjenes Zeitfenster könnte für ein vom BAS moderiertes Vorschlagsverfahren genutzt werden. Dies böte die Gelegenheit, sich im Gegenzug in den Stellungnahmen zum Klassifikationsmodell auf die jeweils aktuellen Schwerpunkte zu beschränken (Bearbeitung der Weiterentwicklungsvorschläge in einem eigenen Format).	BKK DV
	Es wird eine Wiederaufnahme des Vorschlagsverfahrens angeregt (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	BKK DV

Quelle: BAS

Tabelle 2.2: Stellungnahmen zur Methodik und zu hierarchieübergreifenden Themen

II	Methodik	
1	Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung	
1.1	Statistische Bewertungskriterien	
	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 wird angeregt, die Kostenschätzer des Modellentwurfs nach Nullsetzung negativer Koeffizienten sowie nach Beseitigung von Hierarchieverletzungen bereitzustellen.	GKV-SV
	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.	GKV-SV
	Geteilt wird die in den vorangegangenen Anhörungsverfahren geäußerte Einschätzung unserer Wettbewerber, dass nicht ersichtlich ist, ob und inwieweit nach konsistenten, einheitlichen Kriterien eine Entscheidung für oder gegen die Zusammenlegung von HMGs getroffen wird. Teilweise werden HMGs mit hohen Besetzungszahlen und relevanten Kostenabständen unter Inkaufnahme von zu vermutenden Modellverschlechterungen zusammengelegt, während an anderer Stelle über Schweregradifferenzierungen Patientengruppen mit relativ geringen Besetzungszahlen und vergleichsweise weniger erhöhten Folgekosten separiert werden.	AOK-BV
	In der Festlegung des Modells für das Ausgleichsjahr 2022 sprach sich das BAS gegen ein festes Regelwerk zur Zusammenlegung von Morbiditätsgruppen aus. Begründend wurde angeführt, dass z.B. bei durch Kostenausreißer beeinflussten HMG-Schätzern die Verteilung der Deckungsbeiträge der Versicherten in einer HMG letztendlich eine Zusammenlegung von HMGs auch bei stark divergierenden Schätzern rechtfertigen kann. Diese Einschätzung teilen wir, gleichwohl schließt dies aus unserer Sicht kein im Grundsatz einheitliches Vorgehen bei der Konsolidierung der Hierarchien aus. Denn Abweichungen hiervon in entsprechend zu begründenden Einzelfällen oder Ausnahmeregelungen für dünn besetzte HMGs sind durchaus möglich. Für die zukünftigen Weiterentwicklungen regen wir daher an, nochmals zu prüfen, ob zugunsten einer höheren Konsistenz und Transparenz im Verfahren nicht doch eine im Grundsatz für alle Krankheitshierarchien gültige, einheitliche Regelung zur Ausdifferenzierung von HMG-Strängen zur Anwendung kommen kann. Diese sollte in Abhängigkeit von der Höhe der Gesamtzuweisung formuliert sein.	AOK-BV
	Bei einigen wenigen Vorschlägen der Modellanpassung des Entwurfs werden die für die Bewertung herangezogenen Gütemaße schlechter. Dennoch werden die Änderungen häufig übernommen. Dies suggeriert eine subjektive Bewertung von Umsetzungsvorschlägen. Auf Grund des enormen Verteilungsvolumens über den Morbi-RSA und der daher einhergehenden wirtschaftlichen Bedeutung für die Kassen schlagen wir erneut die Definition einer allgemeinen Grenze vor, bis zu welcher maximalen negativen Änderung der Modellkennzahlen eine Übernahme des Vorschlags hinnehmbar ist. Dies würde insgesamt zu einer höheren Akzeptanz bei den Kassen führen (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	BARMER, BKK DV
	Bei der Analyse der Gütemaße wäre es konsequent, die Zuweisungen mit den tatsächlichen, individuell rabattierten Ausgaben aus der Satzart 703 zu vergleichen. Ein Vergleich mit den Ausgaben aus der Satzart 700 entspricht zwar den ehemaligen rechtlichen Vorgaben, aber nicht der individuellen Kostenzuordnung und damit der Realität. Er ist deshalb wenig aussagekräftig in Hinblick auf die Frage, welches Modell die Realität besser abbildet. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass es zu einer Verschiebung der Kostengewichte im AGG-Segment (von alt zu jung sowie von Frauen zu Männern) kommt. Ursache dafür sind beispielsweise unterschiedliche Rabattquoten von geschlechterspezifischen Arzneimitteln (z. B. Verhütungsmittel). Die Betriebskrankenkassen regen an, dass weitergehende Berechnungen zur AGG-Wirkung im Rahmen der abschließenden Festlegung dargestellt werden. Darstellbar wäre dies beispielsweise durch eine Gegenüberstellung von AGG-HMG-Deckungsquotenmatrizen (inkl. Geschlechtertrennung). Eine Evaluation im nächsten Anhörungsverfahren 2024 bietet sich an (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	BKK DV
	Aus Sicht der KBV und BÄK ist anzumerken, dass Kennzahlen auf Ebene der Einzelkassen (ggf. auch aggregiert auf Kassenarten) potentiell weitere Anhaltspunkte zur Weiterentwicklung liefern können, da die Mittelwertbildung über alle Kassen stark durch einzelne Ausreißer beeinflusst werden kann.	KBV / BÄK

II	Methodik	
1.2	Datenbeschreibung	
	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-Klassifikationsmodells für die Ausgleichsjahre nach 2023 erforderlich sein werden.	GKV-SV
	Wir bitten das BAS, auch in zukünftigen Festlegungen Bewertungen zur Pandemieentwicklung vorzunehmen und die Modellstabilität fortlaufend zu untersuchen. Die in diesem Anhörungszyklus verwendete Methodik halten wir für sachgerecht und gut erläutert, in Tabelle 4.5 sollten jedoch die Spaltenüberschriften „EM / KM“ getauscht werden. Perspektivisch bietet es sich an, durch die Aufnahme der Satzart 713 in das RSA-Verfahren auch die Wirkung des „GLB VI - nach Durchführung der Korrektur des Jahresausgleiches“ in die Bewertung einzuschließen (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	BKK DV
2	Entwicklung des Ausgangsmodells	
	Seit Einführung des Morbi-RSA arbeitet das BAS beim Festlegungsentwurf mit einem Ausgangsmodell. Die Darstellung eines Ausgangsmodells war nötig, weil jahrelang nur maximal 80 Auswahlkrankheiten im Morbi-RSA berücksichtigt werden konnten. Dies hat dazu geführt, dass jedes Jahr eine unterschiedliche Anzahl an Krankheiten gegenüber dem Vorjahr aus dem Modell herausgenommen und im Gegenzug neue Krankheiten hinzugefügt werden mussten. Seit dem Verfahren 2021 wird das Vollmodell umgesetzt. Damit werden alle rund 360 für den Morbi-RSA definierten Krankheiten berücksichtigt. Der jährliche Austausch von Krankheiten entfällt. Veränderungen im Klassifikationsmodell können daher ohne den Zwischenschritt eines Ausgangsmodells direkt mit dem Modell des Vorjahrs verglichen werden und würden das Verfahren um einen aufwendigen Prozess entlasten.	BARMER
2.1	Anpassungen an den ICD-10-GM 2022	
	Die dem ICD-4-Steller K83.0 „Cholangitis“ zugeordneten ICD-Kodes K83.00, .01, .08, .09 sind in der Anlage 01_Anlage_1_ICD_Zuordnung_AJ2023_ENTWURF nicht enthalten. Das Gleiche gilt für die ICD-Kodes der Gruppe U69.5-! „Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten“. Die genannten ICD-Kodes sind in der Anlage zu ergänzen.	GKV-SV
	Für den ICD-4-Steller K31.1 „Pylorusstenose beim Erwachsenen“ sowie die ihm zugeordneten fünfstelligen ICD-Kodes ist die Altersgrenze von 0 bis 124 Jahre festgelegt, obwohl es sich um ein Krankheitsgeschehen bei Erwachsenen handelt. Hier sollte analog zu den ICD-Kodes der Gruppe M42.1 „Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen“ die Festlegung einer Altersgrenze von 15 bis 124 Jahre überprüft werden.	GKV-SV
	Nicht nachvollziehbar ist die Zuordnung von U69.5-! in die Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)“, während alle Ausdifferenzierungen in der Krankheit 35 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)“ wiederzufinden sind. Das entspricht nicht dem sonst üblichen Vorgehen.	DAK-G
2.2	Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes	
	Es sollte inhaltlich begründet werden, warum bisher bewusst in die Ausschlusskategorien eingeordnete 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.	GKV-SV, TK et al., KBV / BÄK
	Zudem ist nicht ersichtlich, warum ICD-Kodes, 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.	GKV-SV
	Vor dem Hintergrund, dass die ICD-Kodes zu Z45.0- „Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts“ und des ICD-Kodes Z95.80 neu in der Hierarchie 16 Herzerkrankungen aufgenommen werden, ist die Nichtberücksichtigung des ICD-Kodes Z95.0 „Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts“ sowie des ICD-Kodes Z99.4 „Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz“ aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ebenfalls nicht nachvollziehbar.	GKV-SV

II	Methodik	
	Die sich ergebenden Veränderungen in den HMGs sind relativ schwer auszumachen, zumindest in der Hierarchie 04. Für die Bearbeitung wäre es hilfreich, große Tabellen wie Tabelle 5.3, aber auch Tabelle 5.1, in maschinenlesbarer Form vorliegen zu haben oder die entsprechenden ICD-Kodes in der Zuordnungstabelle in einer zusätzlichen Spalte zu markieren.	KBV / BÄK
	Ergänzend möchten wir anregen, eine zusätzliche Berücksichtigung von Diagnosen aus dem Bereich „Stomaversorgung“ zu untersuchen. Analysen der AOK-Gemeinschaft zeigen, dass diese ICD-Kodes besonders geeignet sind, um eine Verbesserung der Prädiktionsgüte durch eine differenziertere Abbildung von Krankheitsschweregraden zu ermöglichen. Darüber hinaus sollte für eine krankheitsvollständige Abbildung Hämatologischer Erkrankungen auch eine Ergänzung von Diagnosen aus dem Bereich der „Sonstigen Anämien“, der „Eisenmangelanämien“ sowie Dauertherapien mit Antikoagulanzen sowie die Integration von Nekrosen / Gangrän geprüft werden (vgl. unsere Vorschläge zu den Hierarchien 08, 22 und 24).	AOK-BV
	Es wäre zur Nachvollziehbarkeit und Vermeidung von Rückfragen vorteilhaft, wenn das BAS das Vorgehen zur Identifizierung geeigneter Diagnosen näher beschreibt. So werden J95.88 / J95.9 in die Klassifikation übernommen, andere Diagnosen mit Inhalt „nach medizinischen Maßnahmen“ jedoch nicht. Eisenmangelanämie verbleibt in der Krankheit 501 ausgeschlossen, andere Mangelanämien sind in der Klassifikation enthalten.	DAK-G
	Es zeigt sich, dass das Vorgehen nicht systematisch ist. Die vorgeschlagenen ICD Codes werden in die Anlage 1 aufgenommen, eine Überprüfung weiterer bisher noch nicht berücksichtigter ICD Codes auf 4-Steller Ebene in derselben Gruppe auf Grundlage der jeweils gültigen Fassung des ICD-10-GM unterbleibt. Dies führt zu einer erneuten Verzerrung und in der Folge zu höheren Arbeitsaufwänden (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	IKK e. V
2.3	Zusammenlegung von Hierarchien	
	Zusammenlegung der Hierarchien 03, 04, 30: 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 (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	GKV-SV
	Die Betriebskrankenkassen begrüßen sehr, dass das BAS auch in diesem Jahr Komorbiditäten zum Anlass für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells genommen hat. Den Ansatz des BAS, hierarchieübergreifende Komorbiditäten zwischen wenigen, aber vielfältig interagierenden Hierarchien durch Hierarchiezusammenlegungen aufzuarbeiten, halten wir für ein geeignetes Instrument. Wir begrüßen daher grundsätzlich die zum Ausgleichsjahr 2023 vorgenommenen Hierarchiezusammenlegungen.	BKK DV
	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.	TK et al.
	Vorschlag für eine zukünftige Formalisierung: Bereits im vergangenen Jahr hat die BARMER für Hierarchiekonsolidierungen eine Formalisierung vorgeschlagen, wann HMGs für eine Zusammenlegung in Betracht gezogen werden können. Diesen Vorschlag wollen wir erneut zur Diskussion stellen, da allgemeingültige Regelungen für die Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens viele Fragen im Vorfeld klären würden (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	BARMER

II	Methodik	
3	Weitere Themen	
3.1	Komorbiditätsanalyse	
	<p>Problematisch gesehen wird weiterhin die Wirkung der nun deutlich stärkeren verflochtenen Hierarchiestränge im Kontext der sog. „Manipulationsbremse“. Da nach der Anwendung des Ausschlussverfahrens nach § 19 RSAV nicht neu gruppiert wird, bleiben für betroffenen Versicherten in den jeweiligen Hierarchien kaum Morbiditätsgruppen übrig, welche die prospektiven Leistungsausgaben der Versicherten erklären können. In der Folge kann dies zu verstärkten Fehldeckungen und einer massiven Reduzierung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA für die von der sog. „Manipulationsbremse“ betroffenen Versicherten führen. Erschwerend kommt in diesem Zusammenhang hinzu, dass sich das BAS bei der Modellweiterentwicklung nur an den Fehldeckungen vor Anwendung der Manipulationsbremse orientieren kann. Die zur Vorbereitung auf die Anhörung 2021 seitens des GKV-SV zur Verfügung gestellten Komorbiditätsanalysen zeigen in vielen Bereichen aber deutliche Unterschiede in der Ausgabendeckung, jeweils in Abhängigkeit davon, ob die Manipulationsbremse zur Anwendung kommt oder nicht. Teilweise werden Überdeckungen durch den HMG-Ausschluss zu Unterdeckungen und umgekehrt.</p>	AOK-BV
	<p>Neben der Fokussierung auf Vorschläge zur stärkeren Berücksichtigung von Arzneimitteln führt das BAS auch die im letzten Ausgleichsjahr begonnene, starke Konsolidierung der einzelnen Hierarchiestrukturen durch Zusammenlegung von HMGs und stärkere Verflechtung der einzelnen HMG-Stränge fort. Durch diese überwiegend rein ökonomisch über Fehldeckungen begründete Hierarchieumgestaltung entfernt sich das Modell weiter von der bis zum Ausgleichsjahr 2021 angewandten medizinischen Systematik, in der die schweren Ausprägungen eines Erkrankungsbildes die weniger schweren Ausprägungen dominieren. Die AOK-Gemeinschaft sieht diesen Paradigmenwechsel kritisch, da eine auf Basis von HMG-bezogenen Fehldeckungen orientierte Modellausgestaltung langfristig einen deutlich erhöhten Aufwand für die Modellpflege nach sich zieht. Denn Datenaktualisierungen bzw. Modellanpassungen im Rahmen der regelhaften Weiterentwicklungen in der betreffenden, aber auch in anderen Hierarchien, wirken sich über Komorbiditäten auf die altersbezogenen Über- und Unterdeckungen einer HMG aus. Dies erfordert die rein nach ökonomischen Gesichtspunkten definierten Hierarchiestrukturen auch kontinuierlich zu überprüfen. Dabei gilt es zu messen, ob und inwieweit die zu einem bestimmten Zeitpunkt und in einem bestimmten Modell aufgetretenen Fehldeckungen infolge von Komorbiditäten weiterhin Bestand haben bzw. inwieweit neue Fehldeckungen entstanden sind. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund der relevanten Einflüsse der COVID-19-Pandemie auf die den Untersuchungen für die Modellanpassungen zugrundeliegenden 2020. Auch eine regelmäßige Überprüfung der im Ausgleichsjahr 2020 festgelegten individuellen Altersgrenzen der HMG-Altersdifferenzierungen halten wir für erforderlich. Um einen unverhältnismäßig hohen Modellpflegeaufwand zu vermeiden bzw. perspektivisch der Entstehung neuer Fehldeckungen aufgrund von absehbaren Verwerfungen in den Datengrundlagen infolge der COVID-19-Pandemie entgegenzuwirken, erscheint es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft dringend angeraten, die Weiterentwicklung bis auf Weiteres auf medizinisch begründbare Hierarchieanpassungen zu beschränken und die medizinische Konsistenz des Klassifikationssystems nicht weiter zu reduzieren. In den zukünftigen Weiterentwicklungszyklen kann dann geprüft werden, inwieweit sich die neuen, überwiegend ökonomisch ausgestalteten Hierarchiestrukturen mit Blick auf veränderte Datengrundlagen als tatsächlich dauerhaft tragfähig und zielgenau erweisen.</p>	AOK-BV

II	Methodik	
	<p>Abbildung von Patienten mit Autoimmunerkrankungen: Im Zuge der verstärkten Einführung mehrfacher Arzneimitteldifferenzierungen wurden im Festlegungsentwurf in mehreren Hierarchien Patientengruppen mit immunsuppressiven Dauertherapien mit Biologika (Monoklonale Antikörper, Selektive Immunsuppressiva, Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren, Interleukin-Inhibitoren, Monoklonale Antikörper, Selektive Immunsuppressiva) an den oberen Strangenden abgebildet (z.B. Hierarchie 06, 07 und 22 mit den HMGs 0219, 0275 und 0311). Diese Art der Schweregrad-differenzierung geht in der Regel mit einer deutlich verbesserten Abbildung prospektiver Kostenrisiken einher und wird daher begrüßt. Allerdings bestehen zwischen diesen Erkrankungen Komorbiditäten, die mit denselben Medikamenten behandelt werden. So haben Patienten mit einer Psoriasis ein erhöhtes Risiko einer Erkrankung an Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa und umgekehrt (u. a. Association of Psoriasis With Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis Dermatology JAMA Dermatology JAMA Network). Die bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und Psoriasis auftretenden Gelenkbeteiligungen werden häufig auch von behandelnden Ärzten als Rheumatoide Arthritis kodiert. So zeigen auch die im Kontext der Anhörung zum Ausgleichsjahr 2022 seitens des GKV-SV bereitgestellten Komorbiditätsanalysen hohe Odds-Ratios zwischen diesen Erkrankungen, konkret zwischen der HMG0029 „Morbus Crohn mit Dauermedikation II“ und der HMG219 „Psoriasis mit Dauermedikation II“ in Höhe von 85, zur HMG 0199 „Juvenile Arthritis mit Dauermedikation“ in Höhe von 74. Die Immunsuppressiva werden bei diesen Patienten nur einmal gegeben, führen aber in zwei oder drei HMGs zur BfArM-ösung des höchsten Zuschlags. Dies führt bei paralleler Zuschlagsauslösung zu Überdeckungen in problematischem Umfang. Ein Lösungsansatz könnte die Abbildung der Autoimmunerkrankung in einer Hierarchie darstellen. Dies erscheint aber sehr komplex, da man dann auch die jeweils untergeordneten HMGs mit einbeziehen müsste. Für eine hinreichende, kurzfristige Lösung des Problems im Rahmen der anstehenden Festlegung sprechen wir uns daher übergangsweise für die Einführung einer Querdominanzbeziehung ausgehend von den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Dauermedikation II) über die Psoriasis mit Dauermedikation III und von dort auf die rheumatoiden Erkrankungen (Dauermedikation II) aus. Dies führt in den Analysen auf AOK-Daten zu deutlichen Modellgüteverbesserungen aufgrund der vermiedenen Überdeckungen, der MAPE reduziert sich um über 3 €. Perspektivisch zielführender, da vermutlich zielgenauer, wäre hingegen die Abbildung der erhöhten Folgekosten dieser Patientengruppen über einen hierarchieübergreifenden, gesonderten Immunsuppressiva-Zuschlag nach dem Vorbild der in der Entwurfsfassung AJ 2023 eingeführten Zuschlagsgruppen für innovative Onkologika. Im Rahmen der Weiterentwicklung ließen sich über eine solche Zuschlagsgruppe zudem auch die erhöhten Folgekosten weiterer Autoimmunerkrankungen z.B. des zentralen Nervensystems (Multiple Sklerose mit Dauermedikation) bzw. weiterer Manifestationen im Bereich Hauterkrankungen (Atopisches Ekzem mit Dauermedikation) und andere Ausprägungen dieser Erkrankung adäquat und ohne unerwünschte Nebenwirkungen durch medizinisch unbegründete Hierarchiebeziehungen abbilden.</p>	AOK-BV
	<p>Die Entscheidung des BAS, von hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen nach Möglichkeit abzusehen, halten wir in diesem Zusammenhang für grundsätzlich richtig. Allerdings stellen wir fest, dass es im Zuge der verstärkten Einführung mehrfacher Arzneimitteldifferenzierungen zu ungerechtfertigten Parallelzuschlägen für Immunsuppressiva-Therapien kommt. Diese führen zu erheblichen Überdeckungen bei den betroffenen Versicherten. Daher sprechen wir uns in diesem besonderen Fall zumindest übergangsweise für die Einführung einer Querdominanzbeziehung zwischen den betroffenen Dauermedikations-HMGs aus. Eine perspektivisch sachgerechtere Lösungsoption könnte hingegen ein gesonderter Immunsuppressiva-Zuschlag nach dem Vorbild der in der diesjährigen Weiterentwicklung eingeführten innovativen Onkologika-Zuschläge sein (vgl. hierzu unsere Ausführungen unter II.1.5 der Stellungnahme).</p>	AOK-BV

II	Methodik	
	<p>Im vorgelegten Entwurf werden Zusammenlegungen von HMG bzw. Hierarchien mit der Verringerung von Überdeckung begründet. Zwecks Nachvollziehbarkeit oder auch aus allgemeinem Interesse an der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells wäre ein Vorher-nachher-Vergleich der Deckungsbeiträge oder auch anderer Kennzahlen mindestens für die betroffenen Hierarchien oder auch das gesamte Modell wünschenswert. Neben den unmittelbaren Wirkungen auf zwei HMG können indirekte Wirkungen auf alle anderen Risikovariablen innerhalb der betroffenen Hierarchie(n) oder auch darüber hinaus zu Veränderungen führen. Analog der etablierten Kennzahlen R-Quadrat, MAPE und CPM ließe sich eine Wirkung der Veränderungen der Deckungsbeiträge letztendlich für jede Risikovariable darstellen. Diese Ergebnisse könnten aus Gründen der Übersichtlichkeit z.B. auf Risikogruppen oder Hierarchien aggregiert und ggf. die Risikovariablen mit den größten Änderungen zusätzlich ausgegeben werden. So könnte neben den unmittelbaren Ergebnissen auf zwei HMG oder Hierarchie-Stränge die Wirkung auf das Modell unter Beibehaltung der Übersichtlichkeit dargestellt werden.</p>	DAK-G
	<p>Umfangreiche Änderungen bis zur Zusammenfassung mehrerer Hierarchien führen insgesamt zu einer deutlichen Verbesserung der Modellgüte. Erstmals umgesetzt wurde die Einbindung einer HMG einer anderen Hierarchie mitten in einen Hierarchiestrang. Trotzdem sind der strangweisen Dominanzbeziehungen Grenzen gesetzt, v.a. auch inhaltlich mit möglicherweise unerwünschten Effekten. Hier schlägt die DAK-G unverändert die Prüfung von direkten HMG-Beziehungen vor. Zu umfangreichen Ausführungen verweist die DAK-G auf die Stellungnahme zum Ausgleichsjahr 2022. Besonders vor dem Hintergrund der Vermeidung von Überdeckung durch Komorbidität könnten direkte zusätzliche HMG-Dominanzbeziehungen das strangweise Vorgehen ergänzen und die Zielgenauigkeit erhöhen. So könnte z.B. bei der HMG0962 geprüft werden, ob eine direkte Dominanzbeziehung zu den in hoher Anzahl gleichzeitig vorliegenden HMGs 0211 und 0315 (zusätzliche nur 0962 > 0211 und 0962 > 0315) zu einer Verbesserung der Modellgüte führt. Je nach Wirkung müsste die Einsortierung in den jeweiligen Hierarchiesträngen angepasst werden. Neben der Anwendung bei Komorbidität wäre auch eine Berücksichtigung bei Erkrankungen möglich, deren spezifische und unspezifische ICD-10-GM nachvollziehbar in unterschiedlichen Hierarchien zugeordnet sind. Bei der Sarkoidose z.B. sind spezifische Diagnosen auf 4 Organhierarchien und die ICD D86.8 / .9 in der Hierarchie 08 abgebildet. Hinsichtlich der Fallzahl ist vermutlich auch nur die der Haut (D86.3) relevant. Hier könnten die HMG0220 und HMGs 0190/0206 in Beziehung gestellt werden. Das Beispiel der Echinokokkose ist hinsichtlich der Fallzahl vermutlich nicht relevant.</p>	DAK-G
3.2	Alterssplits	
	<p>Eine regelmäßige und systematische Überprüfung der Grenzen zur Altersdifferenzierung zwischen den HMGs wird für erforderlich gehalten.</p>	GKV-SV
	<p>Es sollte geprüft werden, inwieweit die Einführung weitere Alterssplit zu einer Modellverbesserung beitragen könnte.</p>	TK et al., IKK e. V
	<p>Die bislang eingeführten Alterssplits sollten jährlich systematisch geprüft werden, um neue Über- oder Unterdeckungen zu vermeiden.</p>	BARMER, IKK e. V
3.3	Modellentwicklung	
	<p>Die Betriebskrankenkassen begrüßen sehr, dass das BAS auch Vorschläge der Kassen aus den vergangenen Jahren prüft und in die Modellentwicklung einbezieht. Allerdings merken wir an, dass an einigen Stellen sehr unterschiedliche Vorschläge von verschiedener Seite miteinander verknüpft wurden. Dies betrifft z.B. die Berücksichtigung von ATC-Kodes in den Bereichen Migräne und Gicht, wozu unterschiedliche Vorschläge von AOK- und BKK-Seite (u. a.) vorlagen. Mit der Bildung und Überprüfung einer gemischten ATC-Liste, die keinem der ursprünglichen Vorschläge tatsächlich entspricht, ist keiner Seite gedient. Die Betriebskrankenkassen würden es daher begrüßen, wenn die kassenseitigen Vorschläge in ihrer Originalform belassen und geprüft würden. Es sollte jedenfalls weder der Eindruck von übereinstimmenden Vorschlägen hervorgerufen werden, noch sollten Berechnungsergebnisse mit Vorschlägen in Verbindung gebracht werden, die in dieser Form so nicht eingebracht wurden. An diesen Stellen wäre es aus unserer Sicht klarer, wenn derart gemischte Vorschläge als Varianten des BAS bezeichnet würden.</p>	BKK DV

II	Methodik	
	<p>Bei der Überprüfung der HMGs auf Kostenhomogenität werden diese zur Analyse in ihre DxG zerlegt. Dabei fällt auf, dass die HMGs nicht immer vollständig zerlegt werden. Das kann z.B. bei COPD/Emphysem / Bronchiektasen nachvollzogen werden, bei anderen Diagnosen dieser HMG0215 wie z.B. interstitielle Lungenerkrankungen und Status asthmaticus nicht. Zur Identifizierung von Anpassungsbedarf in heterogen zusammengesetzten HMG möchte die DAK-G erneut einen zurückliegenden Vorschlag einbringen. In einem technischen Schritt soll im Ausgangsmodell die Zerlegung der HMGs in ihre DxGs standardisiert und automatisiert erfolgen und bei größeren Veränderungen zum Vorjahr möglichen Anpassungsbedarf anzeigen. Im Kontext der aktuellen Komplexität des Klassifikationsmodell mit einer stetigen Zunahme von DxGs und Dominanzbeziehungen und auch anderen Einflüssen wie der Pandemie soll das Verfahren die Weiterentwicklung unterstützen, wozu auch die Prüfung des aktuellen Klassifikationsmodells auf einer neuen Datengrundlage gehört. Darüber hinaus ließe sich in einem solchen automatisierten Prozess zusätzlich jede HMG auf diverse Altersdifferenzierungen prüfen, um auch hier Handlungsbedarf zu identifizieren.</p>	DAK-G
3.4	Arzneimittel und andere Aufgreifkriterien	
	<p>Wiederholungsrezept nach § 1 Abs 1b SGB V: Die mit dem Masernschutzgesetz vom 13.11.2019 zum 1. März 2020 in Kraft getretene gesetzliche Regelung zur Mehrfachverordnung sieht vor, dass Vertragsärzte bei chronischen Erkrankungen eine Dauermedikation so verordnen können, dass mit einem Rezept mehrere Arzneimittelabgaben möglich sind. Apotheker dürften dann das Arzneimittel bis zu vier Mal innerhalb eines Jahres abgeben, ohne dass der Patient erneut zum Arzt geht. Voraussetzung ist eine entsprechende Kennzeichnung des Rezeptes durch den Arzt. Geplant war die Umsetzung mit der Einführung des E-Rezeptes ab Juli 2021. Aufgrund von technischen Umsetzungsproblemen beim E-Rezept wurde die für den 1. Januar 2022 vorgesehene Einführung BMG-seitig im Dezember 2021 ausgesetzt. Als neuer Starttermin ist der 1. September 2022 geplant. Wir bitten das BAS, mögliche Implikationen der bevorstehenden Umsetzung dieser Neuregelung auf die bestehenden Aufgreifkriterien des Morbi-RSA (insbesondere im Kontext der M2Q-Prüfung bei entsprechenden chronischen Erkrankungen sowie bei Arzneimittelvalidierungen über „klinisch-relevant“) zu beachten und ggf. notwendige Anpassungen an den Aufgreifalgorithmen vorzubereiten und zeitnah umzusetzen.</p>	AOK-BV
	<p>Der Sonderfall 1 (Arzneimitteldifferenzierung über 183 / 92 Behandlungstage) sieht eine altersübergreifende BT-Prüfung nicht nur für ambulante, sondern auch für stationäre Hauptdiagnosen vor. Dies kann zu vermehrten Nichtzuordnungen von Krankheitsfällen führen, bei denen die Arzneimitteltherapie zu relevanten Anteilen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten erfolgt und betroffene Patienten nur dadurch ggf. die erforderlichen BT-Grenzen nicht erfüllen. Dies betrifft nach Analysen des AOK-BV insbesondere die DxGs der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, arthritischen Gelenkerkrankungen, Multiplen Sklerose sowie des Hämolytisch-urämisches Syndroms. Auch für eine sachgerechtere Berücksichtigung der Versicherten mit spinaler Muskelatrophie und stationärer Nusinersen-Arzneimitteltherapie im vorliegenden Entwurf wäre eine Modifikation der Sonderfallprüfung 1 bei Arzneimitteldifferenzierung angezeigt. Denn dann könnten auch die zahlreichen ambulanten Behandlungen der spinalen Muskelatrophie ohne Dauermedikation im Zuweisungsverfahren berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund bitten wir das BAS zu prüfen, inwieweit sich durch eine Anpassung der Sonderfallprüfung 1 bei diesen Erkrankungen (Verzicht auf eine BT-Prüfung beim Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose) weitere Modellverbesserungen durch eine sachgerechtere Berücksichtigung der Morbidität erzielen lassen. Die Prüfung auf Erreichen einer abgesenkten BT-Grenze bei Kindern erscheint sinnvoll und ist daher beizubehalten.</p>	AOK-BV
	<p>M2Q-Prüfung bei Akuterkrankungen: Für einige der neu hinzukommenden DxGs der bisherigen Nicht-Auswahlkrankheiten (z.B. Fehlgeburt, Entbindung, Offene Wunde am Unterarm, Verstauchungen) ist aus medizinischer Sicht eine Kodierung der Erkrankung in einem weiteren Quartal im Regelfall nicht zu erwarten. Die Anwendung der bestehenden M2Q-Prüfung für Diagnosen der ambulanten Versorgung ist für diese DxGs daher ungeeignet. Für die nachfolgend aufgelisteten DxGs schlagen wir stattdessen vor, auf die Prüfung des M2Q-Kriteriums zu verzichten und eine neue Sonderfallprüfung zu definieren (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).</p>	AOK-BV
	<p>Aus Konsistenzgründen und zur besseren Abbildung der Versorgungsrealität sollten die ATC-Kodes für pflanzliche und homöopathische / anthroposophische Wirkstoffe (R03DH, A10XH, M02AH, C01AH, C03XH, C02KH, N02BH, C03XP, C01AP, C01AP, C02KP, A10XP, N06AP, N02BP, M01BP) in diversen DxGs (Asthma, Osteoarthritis, Diabetes, Herzerkrankungen, Hypertonie, Kardiomegalie / Kardiomyopathie, Herzinsuffizienz, pulmonale Herzkrankheit, chron. Schmerz, Bipolare Störungen, Gicht, Neuropathie, Retinopathie) gestrichen werden.</p>	BKK DV

II Methodik	
3.5 Verfügbarkeit von Daten	
Um die Verbesserungen bezüglich Über- und Unterdeckungen beurteilen und nachvollziehen zu können, sollten die Grundlagen der Komorbiditätsanalyse mit Odds Ratios und Fehldeckungen aller Komorbiditäten zur Verfügung gestellt werden (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	GKV-SV, AOK-BV, TK et al., IKK e. V., BKK DV
Ein sinnvoller Vergleich des Entwurfs 2023 mit dem Vorjahr ist für die BARMER auch dieses Jahr nicht möglich. Der Entwurf 2023 wird ausschließlich mit Risikozuschlägen ohne Nullsetzung der HMG veröffentlicht. Für das Vorjahr (Datenbasis AJ 2022, Daten JA 2020) sind den Kassen nur Risikozuschläge mit Nullsetzung der HMGs bekannt. Durch das Nullsetzen verschieben sich einerseits die Zuweisungsanteile innerhalb der Hierarchien und andererseits von AGG zu HMG in signifikanter Höhe. Erst durch entsprechende Veröffentlichungen des GKV-SV wird dieses Problem für die Kassen behoben. Allerdings mit einem zeitlichen Verzug von 3 Wochen. Dadurch geht viel Zeit für die Bewertung des Festlegungsentwurfs verloren. Wir regen daher an, den Festlegungsentwurf mit Risikozuschlägen sowohl ohne als auch mit Nullsetzung zu veröffentlichen. Der Aufwand dafür wird nicht hoch eingeschätzt.	BARMER, IKK e. V., BKK DV
Im Anhörungsverfahren des letzten Jahres regten sowohl GKV-SV als auch KBV und BÄK eine größtmögliche Transparenz relevanter Zwischenergebnisse an, da ansonsten die darauf aufbauenden Anpassungen willkürlich erscheinen könnten. In den Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen zu 2023 haben wir dies weiterhin vermisst. Wir gehen insofern davon aus, dass dies Bestandteil der nächsten gemeinsamen mündlichen Erörterungen sein wird.	KBV / BÄK
Über- und Unterdeckungen im Klassifikationsmodell: Im Festlegungsentwurf des Jahres 2022 stellte das BAS anhand von Matrizen dar, dass die Fehldeckungen – differenziert nach der Anzahl der HMG-Zuschläge – im Vergleich der Jahre 2020 bis 2022 abnehmen. Artgleiche Matrizen lassen sich im vorliegenden Festlegungsentwurf des Jahres 2023 nicht finden, dies erschwert die Bewertung der vollzogenen Modellanpassung ungemein (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	BKK DV
Wir bitten erneut um Bereitstellung einer Krankheitsabgrenzung (Zuordnung der ICD-Kodes zu Krankheiten) als Ergänzung zur Anlage 1 der Festlegung. Durch die Einführung des Krankheitsvollmodells entfällt die jährliche Krankheitsauswahl. Mit einer vollständigen Krankheitsabgrenzung inkl. der ICD-Zuordnungen zu den Ausschlusskategorien wäre es deutlich einfacher nachzuvollziehen, warum bzw. auf Basis welcher Kriterien ICD-Kodes zwischen den Krankheiten oder in die Ausschlusskategorien (Ausschluss: Symptom, Zustand, ...) verschoben werden.	AOK-BV

Quelle: BAS

Tabelle 2.3: Stellungnahmen zur Anpassung der Hierarchien

III Anpassungen der Hierarchien	
1 Hierarchie 01 „Infektionen“	
Die Zuordnung der Diagnosen der tuberkulösen Arthritis (M01.1*), Arthritis bei Lyme-Krankheit (M01.2*) und postinfektiösen Arthritis bei Syphilis (M01.3*) zur Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ sollte geprüft werden, da dort bereits der überwiegende Teil der infektiösen Arthropathien (M00 bis M03) verortet ist	GKV-SV
Die Verschiebung der ICD-Kodes U09.9 „Post-COVID-Zustand, n.n.bez.“ in die Hierarchie 14 ist als medizinisch sinnvolle Änderung anzusehen und wird unterstützt.	TK et al.
Es sollte geprüft werden, ob die HMG0451 „Multiresistente Keime“ hierarchisch über der Sepsis abgebildet zu einer Verbesserung der Modellgüte führt, da dies die Anzahl der Stränge reduzieren würde.	DAK-G
Aufgrund der zwingenden medikamentösen Behandlung der Tuberkulose sollten die DxG0532 „Schwere Tuberkulose“ und die DxG0551 „Knochen-Tuberkulose“ in der HMG0368 „Schwere Tuberkulose / n. bez. Geschlechtskrankheiten“ sowie die DxG0358 „Sonstige Tuberkulose“ aus der HMG0430 „Sonstige Infektionen“ durch folgende ATC-Kodes aufgegriffen werden (10 BT): J04AA „Aminosalicylsäure und Derivate“, J04AB „Antibiotika“, J04AC „Hydrazide“, J04AD „Thiocarbamid-Derivate“, J04AK „Andere Mittel zur Behandlung der Tuberkulose“, J04AM „Kombinationen von Mitteln zur Behandlung der Tuberkulose“.	IKK e. V

III	Anpassungen der Hierarchien	
	Aufgrund der zwingenden medikamentösen Behandlung der Syphilis sollte die DxG0444 „Syphilis“ in der HMG0368 mit folgenden ATC-Kodes validiert werden (10 BT): J01AA „Tetracycline“, J01CA „Penicilline mit erweitertem Wirkungsspektrum“, J01CE „Beta-Lactamase-sensitive Penicilline“, J01CG „Beta-Lactamase-Inhibitoren“, J01CR „Kombinationen von Penicillinen, inkl. Beta-Lactamase-Inhibitoren“, J01DB „Cephalosporine der 1. Generation“, J01DC „Cephalosporine der 2. Generation“, J01DD „Cephalosporine der 3. Generation“, J01DE „Cephalosporine der 4. Generation“, J01DH „Carbapeneme“, J01DI „Andere Cephalosporine und Peneme“.	IKK e. V
	Grundsätzlich ist das Vorgehen des BAS, die organspezifischen Erscheinungsformen der Syphilis den jeweiligen Hierarchien zuzuordnen, richtig und sachgerecht. Allerdings müssten in der Konsequenz auch diejenigen DxGs mit Bezug zur Grunderkrankung in den betroffenen HMGs bzw. Hierarchien über dieselben Arzneimittel validiert werden. Hier handelt es sich um folgende Diagnosen: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“: K67.2 „Syphilitische Peritonitis“ (DxG0769 „Peritonitis / Abdominales Kompartmentsyndrom“ in HMG0032 „Postoperativer Darmverschluss / Gefäßkrankheiten des Darmes / Peritonitis / Sonstige Colitiden / Abdominales Kompartmentsyndrom / Angiodysplasie des Dünndarms“, K67.3 „Tuberkulöse Peritonitis“ (DxG0769 / HMG0032), Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“: M73.1, M73.11 – 16 „Bursitis syphilitica“ (DxG1286 „Sonstige Erkrankungen des Weichteilgewebes“ aus HMG0315 „Sonstige Erkrankungen des Muskel- und Skelett-Systems“), Hierarchie 13 Erkrankungen/ Verletzungen der Wirbelsäule: M49* Tuberkulose der Wirbelsäule DxG1332 Infektionen der Wirbelsäule, Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“: A52.3 „Neurosyphilis, nicht näher bezeichnet“ (DxG0671 „Sonstige nicht virale Infektionen“ aus HMG0362 „Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale intrakranielle Infektionen / intrakranielle / intraspinale Abszesse oder Phlebitis“), Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und ... Folgezustände“: Diagnosen der konnatalen Frühsyphilis A50.0, A50.1. und A50.2 (DxG1124 „Sonstige Infektionen des Neugeborenen“ aus HMG0405 „Sonstige und nicht näher bez. Probleme in der Perinatalperiode“.	IKK e. V
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.	GKV-SV
	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.	GKV-SV
	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“: Die Auswahl des Aufgreifkriteriums Sonderfall 1 (183 / 92 BT) wird inhaltlich nicht näher erläutert. Da die Dauer der Therapie in Abhängigkeit von der Progression der Erkrankung bzw. von der Verträglichkeit der Therapie erfolgt, kann 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. Analyseergebnisse zeigen, dass sich die Modellkennzahlen gegenüber dem Festlegungsentwurf durch die Anwendung des Sonderfalls 2 (42 / 21 BT) deutlich verbessern (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	GKV-SV, DAK-G

III	Anpassungen der Hierarchien	
	<p>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-Kodes D46.6 / -.7 / .9 sind dem zweiten Strang der Hierarchie 08 Hämatologische Erkrankungen zugeordnet. Dort existiert für die MDS bereits eine Arzneimittel differenzierung 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-Kode 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-Kodes im Strang der hämatologischen Neubildungen der Hierarchie 02 integriert sind. Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-Spitzenverband eine Verschiebung der genannten ICD-Kodes 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.</p>	GKV-SV
	<p>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.</p>	GKV-SV
	<p>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-Kode 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-Kode D46.6 „Myelodysplastisches Syndrom mit isolierter del(5q)-Chromosomenanomalie“ in der Hierarchie 08 entsprechend der unspezifischen MDS-Diagnosen zugeordnet werden.</p>	GKV-SV
	<p>Medizinisch nicht ganz nachvollziehbar ist jedoch die Aufnahme der ICD-10-GM-Kodes E34.0 und E88.3 in die DxGs 0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“, 0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“. Die Codes E34.0 und E88.3 klassieren keine bösartigen Neubildungen per se, sondern „Stoffwechselstörungen“, denen eine bösartige Neubildung oder die (zytostatische) Behandlung einer bösartigen Neubildung zugrunde liegt.</p>	KBV / BÄK

III	Anpassungen der Hierarchien	
	<p>Eine Berücksichtigung der klassischen Zytostatika erscheint auch deshalb nicht erforderlich und nicht versorgungsneutral umsetzbar, weil auch andere klassische Interventionen in der Tumorthera- pie (Operation, Bestrahlung) nicht als Aufgreifkriterium berücksichtigt werden. Mit der vorgeschla- genen Differenzierung strebt das BAS sachgerechter Weise nicht an, alle denkbaren Therapieoptio- nen vollständig abzubilden (was aufgrund fehlender OPS-Daten bzw. valider Kodierung entsprechen- der Z-Kodes auch gar nicht möglich wäre). Vielmehr sollen Patientensubgruppen mit kostenintensi- ven Therapien, die aus der ICD allein nicht hinreichend ableitbar sind, besser von Patientengruppen mit analoger ICD-Diagnose, aber weniger kostenintensiven Therapien, abgegrenzt werden. Unab- hängig davon ist uns aufgefallen, dass die der DxG0973 „Bösartige Neubildungen mit Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ zugeordneten ICDs nicht vollumfänglich passend sind. Die der DxG0973 zugeordneten ICDs sind hingegen viel zu breit und umfassen beinahe das gesamte Ka- pitel C, wobei einzelne Tumorentitäten wie Lungenkrebs ausgelassen werden, ohne dass dies be- gründet wird. Gleichzeitig fehlt das Myelodysplastische Syndrom (D46), für das Lenalidomid zugelas- sen ist, in der Zuordnung, während Tumorerkrankungen, die alleine mit einer kleinen OP geheilt sind oder D47 „Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes“ zugeordnet werden (vgl. unsere Argumentation zu Hierar- chie 08). Die Behandlung mit den in der DxG0973 zugeordneten Medikamenten ist für die überwie- gende Zahl dieser Tumoren nicht indiziert. Es besteht zudem die Gefahr, dass bei off-label-use-An- wendung von Lenalidomid zum Beispiel bei dermatologischen Erkrankungen bei gleichzeitig beste- henden Krebserkrankungen aus der zu breiten Zuordnungsliste dies fälschlicherweise zur Auslösung der HMG führt. Daher sollte die DxG0973 auf diejenigen schwerwiegenden Krebserkrankungen be- schränkt werden, bei denen eine Indikation für diese Medikamente besteht (ausführlichere Darstel- lung siehe Stellungnahme).</p>	AOK-BV
	<p>Bösartige Neubildungen: Darüber hinaus schlägt die DAK-G vor, die ATC L01XX51 und L01XX52 zu berücksichtigen. Eine Aufnahme in die HMG0332 wäre eine mögliche Abbildung. Alternativ würde eine eigene HMG mit allen ATC L01 neben einem hohen Kostenschätzer bei hoher Fallzahl auch die ATC L01 vollumfänglich abbilden. Die Einsortierung erfolgt dann entsprechend dem Kostenschätzer.</p>	DAK-G
	<p>Die stärkere Arzneimittelvalidierung bzw. -differenzierung in der Hierarchie 02 halten wir für sinn- voll. Eine Berücksichtigung der immunmodulatorischen Substanzen als Aufgreifkriterium ist aus me- dizinischer Sicht sachgerecht. Sachgerecht ist hier insbesondere die konkrete Benennung der rele- vanten ATC-Siebensteller für die Arzneimittelprüfung der DxG0973, da wie vom BAS zutreffend dar- gestellt im ATC-Fünfsteller auch Wirkstoffe enthalten wären, die nicht den „targeted therapies“ zu- zuordnen sind. Die vom BAS vorgesehene Beschränkung auf die Siebensteller L04AX02, L04AX04 und L04AX06 wird daher von uns ausdrücklich unterstützt.</p>	TK et al.
	<p>Die untergeordnete HMG0271 „Lymphknotenmetastasen, Bösartige Neubildung der Leber“ ist mit der DxG0044 „Sonstige hämolytische Anämien“ medizinisch eng mit den dominierenden HMGs 0270 und 0268, die ebenfalls Metastasen enthalten, verwandt. Hier wäre es aus Sicht der Innungskran- kenkassen sachlogisch, die DxG0042 „Bösartige Neubildung der Leber“ in eine andere HMG auszu- gliedern und die HMG0271 mit der alleinigen DxG0033 in Strang 1 oberhalb der HMG0262 „Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom“ sowie in Strang 2 oberhalb der HMG0273 „Bösartige Neubildungen d. Pankreas, d. ZNS sowie d. Ösophagus“ die HMG0271 zusammenzufüh- ren. Die Trennung zwischen hämatologischen und organspezifischen Krebserkrankungen bleibt er- halten.</p>	IKK e. V

III	Anpassungen der Hierarchien	
	<p>Die Auswahl der Wirkstoffe aus der ATC-Gruppe L01 „Antineoplastische Mittel“ mit den ATC-Kodes L01XC für die DxG0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“ und L01XE in der DxG0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ ist aus unserer Sicht zu eingeschränkt. Hier fehlen beispielsweise die Wirkstoffe L01E „Proteinkinase Inhibitoren“, L01F „Monoklonale Antikörper und Antikörper Wirkstoff Konjugate“, die in der personalisierten Krebstherapie eingesetzt werden und ebenfalls sehr hochpreisig sind. Wir bitten daher das BAS um eine Überprüfung der Wirkstoffgruppe L01 „Antineoplastische Mittel“ und Integration der ATC-Kodes in die jeweiligen DxGs. Ebenso fehlt der ATC Kode V10XX02 „Ibritumomab-Tiuxetan“ als Antikörper-Wirkstoff-Konjugat. Hier muss im Ausnahmefall der ATC-7-Steller verwendet werden.</p> <p>Das gewählte Vorgehen bildet nicht die gesamte Palette der onkologischen Therapie ab. Die gewählten Wirkstoffe werden häufig nach Versagen der Second-Line Therapie eingesetzt. In der First-Line Therapie des nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) ist beispielsweise weiterhin die Standardkombination von Carboplatin (L01XA) und Etoposid (L01CB) zu verabreichen. Erst bei Therapieversagen oder bei besonderen molekulargenetischen Konstellationen werden monoklonale Antikörper bzw. Tyrosinkinase-Inhibitoren angewandt. Die Gefahr einer ungerechtfertigten Leistungsausweitung sehen wir hierbei nicht. Onkologische Therapieentscheidungen werden heute üblicherweise in den Tumorboards der Onkologischen Zentren nach klinischen, radiologischen und molekulargenetischen Aspekten getroffen. Im Gegenteil: Durch die Nicht-Aufnahme der ATC Kodes der First-Line Therapie werden die Kosten der Standardtherapeutika, die häufig ambulant verabreicht werden, nicht sachgerecht abgebildet. Auch sollte die Verwendung der Sonder-PZNs 02567478, 06461015, 06461021 zur Herstellung parenteraler Lösungen mit monoklonalen Antikörpern adäquat berücksichtigt werden. Für die DxG0926 „Opiatsubstitution“ werden bereits Sonder-PZN angewandt. Wir schlagen ein ähnliches Vorgehen für die Hierarchie 02 vor. Die Auswahl des Aufgreifkriteriums Sonderfall 1 (183 / 92 BT) sehen wir kritisch an, da gerade bei der Kombination mit der Radiotherapie kürzere Therapiezyklen gewählt werden. Hier wäre aus Sicht des IKK e. V. der Sonderfall 2 (42 / 21 BT) gerechtfertigt. Wir bitten daher das BAS um eine entsprechende Überprüfung der Vorschläge.</p>	IKK e. V
	<p>HMG0333: Lenalidomid ist nur für das Multiples Myelom (C90.0*), das Mantelzell-Lymphom (C83.1) und zur Behandlung myelodysplastischer Syndrome (MDS) zugelassen. Das sogenannte MDS wird aber unter den ICDs D46* abgebildet. Die ICD D46* ist aber nicht in der DxG0973 sondern wird in der HMG0194 „MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie“ oder in der HMG0049 „Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome“ abgebildet- beide in der Hierarchie 08. In der DxG0973 ist nur die Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit (C94.6*) enthalten, nicht aber das MDS. Zwischen der Hierarchie 02 und 08 bestehen auch an anderer Stelle medizinische Zusammenhänge. Eine Konsolidierung beider Hierarchien wird daher empfohlen.</p>	BKK DV
	<p>HMGs 0332, 0333: Anmerkung: Hier wäre auch denkbar, die monoklonalen Antikörper mit den Proteinkinaseinhibitoren aufgrund der naheliegenden Kostenschätzer zusammenzulegen. Die CAR-T-Zell Therapie wird bisher unter L01XX70 und L01XX71 erfasst. Eine entsprechende Einordnung in eine Stufe kann aufgrund des rein stationären Einsatzes nicht erfolgen, sondern die Aufnahme in die Liste erfolgt ausschließlich aus Gründen der Vollständigkeit. Derzeit finden auch patientenindividuelle, onkologische Zytostatika-Lösungen keine Berücksichtigung. Darunter auch individuell hergestellte parenterale Lösungen mit monoklonalen Antikörpern (Sonder-PZNs 02567478, 06461015, 06461021).</p> <p>Abbildung der Arzneimitteltherapie gemäß der onkologischen Leitlinien über Arzneimittelsplits, die das gesamte therapeutische Spektrum abbilden: Beispiel: Stufe 1 (L01A, L01B, L01C, L01D, L01X), Stufe 2 (Tyrosinkinase-Inhibitoren L01XE), Stufe 3 (monoklonalen Antikörpern L01XC, V10XX02), Stufe 4 (Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid) (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).</p>	BKK DV

III	Anpassungen der Hierarchien	
3	Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“	
	<p>Zusammenlegung der Hierarchien 03, 04, 30: 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 (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).</p>	GKV-SV
	<p>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.</p>	GKV-SV
	<p>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.</p>	GKV-SV
	<p>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 werden. 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.</p>	GKV-SV
	<p>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.</p>	GKV-SV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	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-Kode A10BK „Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren“ für die Diagnosegruppen mit Typ 1 Diabetes gestrichen werden.	GKV-SV, TK et al., IKK e. V
	Für den Morbus Sly gibt es keine spezifische Kodierung im ICD, die Kodierung erfolgt mit dem unspezifischen Kode E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ bzw. E76.3 „Mukopolysaccharidose, nicht näher bezeichnet“. Durch die Verbindung des unspezifischen ICDs mit der hoch spezifischen Enzyersatztherapie wird der Morbus Sly zielgenau erfasst. Es wird vorgeschlagen, analog zu anderen schweren Stoffwechselerkrankungen mit ERT, für Versicherte mit Sly-Syndrom und Verwendung des Wirkstoffs Vestronidase alfa (ATC-Kode A16AB18) eine eigene DXG „Mukopolysaccharidosen Typ VII, Sly-Syndrom mit ERT“ zu bilden und sie damit von den anderen Versicherten der Diagnose E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ und E76.3 „Mukopolysaccharidosen nicht näher bezeichnet“ abzugrenzen. Die DXG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs am oberen Ende des Hierarchiestrangs zuzuordnen.	AOK-BV
	Die AOK-Gemeinschaft schlägt vor, eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit metabolischen Störungen anhand der ICDs E77.1 „Defekte beim Glykoproteinabbau“, E72.1 „Störungen des Stoffwechsels schwefelhaltiger Aminosäuren“ und E72.0 „Störungen des Aminosäuretransports und kostenintensiven Arzneimitteltherapien“ – derzeit in HMG0024 „Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz“ abgebildet – über die Wirkstoffgruppen Mercaptamin (ATC A16AA04), Betain (ATC A16AA06) und Valmanase (ATC A16AB15) zu prüfen. Die DxG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs im mittleren Bereich des Hierarchiestrangs zuzuordnen.	AOK-BV
	Darüber hinaus regen wir eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit Lipodystrophie, anderenorts nicht klassifiziert (ICD E88.1) – derzeit in HMG0387 „Lipodystrophie oder Lipomatose, anderenorts nicht klassifiziert“ – über die Wirkstoffgruppe Metreleptin (ATC A16AA07) an. Wir schlagen vor, die über Sonderfall 1 differenzierte DxG einer eigenständigen HMG im oberen Bereich des Hierarchiestrangs der Fettstoffwechselstörungen zuzuordnen.	AOK-BV
	Hinsichtlich des ICD-Spektrums bitten wir das BAS seine Entscheidung zur Nichtberücksichtigung des ICDs E78.9 „Störung des Lipoproteinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet“ zu korrigieren. Auf eine spezifische Kodierung schwerer Erkrankungen haben die Krankenkassen grundsätzlich keinen Einfluss. Bei vielen seltenen Erkrankungen ist eine spezifische Kodierung zudem gar nicht möglich. Bei der Apherese betrifft dies die Hyperlipoproteinämie (a) als Indikation für die Lipoprotein(a)-Aphereses, für die kein eigener ICD-Code besteht und für die gerade erst beim BfArM ein Antrag der ICD-Erweiterung für 2023 gestellt wurde. Daher sollte auch der oben genannte Code akzeptiert werden.	AOK-BV
	Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass die im Rahmen der Sonderfall 4-Prüfung vorgesehene Arzneimittelvalidierung ca. 20 % der LDL-Apheresepflichtigen, teuren Versicherten von einer HMG-Zuordnung ausschließt. Eine Apherese kann gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschuss, Anlage I, Nummer 1 § 5 auch dann durchgeführt werden, wenn unerwünschte Nebenwirkungen eintreten, die ein Absetzen der Medikamente notwendig machen. Eine Arzneimittelvalidierung ist auch deshalb nicht notwendig, da die Indikationsstellung zur Apherese durch die beratenden Kommissionen der kassenärztlichen Vereinigungen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes geprüft werden. Durch den Verzicht auf die Arzneimittelvalidierung im Rahmen der Schaffung eines neuen Sonderfalls ließe sich die resultierenden Unterdeckungen für diejenigen Versicherten vermeiden, bei denen aufgrund von Nebenwirkungen oder Kontraindikationen keine Arzneimitteltherapie erfolgen kann, bzw. aus diesem Grund die notwendigen DDD-Mengen nicht erreicht werden. Zugunsten einer weiteren Verbesserung der Modellgüte regen wir daher an auf die Arzneimittelprüfung zu verzichten. Eine valide Zuordnung der Versicherten zur neuen DXG 877 ist bereits über das Dialysekennzeichen sowie die Indikationsprüfung durch die beratenden Kommissionen bei den KVen sichergestellt.	AOK-BV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	<p>Es wird vorgeschlagen, SGLT-2-Inhibitoren (ATC: A10BK) und Glucagon-like-Peptid-1- (GLP-1)-Rezeptoragonisten (ATC: A10BJ) den DxGs für Patienten mit Diabetes Typ 2 und Insulinbehandlung zuzuordnen. Insoweit sich die prospektiven Folgekosten dieser Versicherten signifikant unterscheiden, können alternativ auch drei zusätzliche HMGs (analog der drei Insulin-HMGs) gebildet werden, die die identischen DxGs der HMGs 0020, 0397 und 0391 erhalten und zusätzlich über SGLT-2-Inhibitoren (ATC A10BK) und GLP-1- Agonisten (ATC A10BJ) validiert werden (= mehrfache Arzneimitteldifferenzierung). Begründung: sowohl SGLT2-Inhibitoren als auch GLP-1-Rezeptoragonisten sind für die Begleittherapie zur Insulintherapie zugelassen. Durch Ihre Wirkungsweise verbessern diese Medikamente bei Patienten mit Insulintherapie die Blutzuckereinstellung und führen zu einer Einsparung an Insulin um bis zu 13 % bei Typ-2-Diabetes. Durch die Unterstützung der Insulintherapie mit diesen Substanzen kommt es daher zu einer Reduktion der Insulindosis, die zur Folge haben kann, dass die notwendige BTGrenze nicht mehr erreicht wird. Gleichzeitig verursachen diese Medikamente hohe Jahrestherapiekosten. Daher erscheint es sachgerecht, die mit SGLT2-Inhibitoren und GLP-1-Rezeptoragonisten therapierten Versicherten den HMGs mit Insulintherapie oder ggf. einer eigenständigen HMG zuzuordnen. Dies betrifft die DxGs: 0007, 0017, 0054, 0075, 0076, 0096, 1049, 1050, 1051, 1052, 1066, 1067, 1068.</p>	AOK-BV
	<p>Die Einführung einer Arzneimittelvalidierung bei den Schilddrüsenerkrankungen sehen wir grundsätzlich positiv. Aus fachlicher Sicht möchten wir aber anmerken, dass die Arzneimittelauswahl für die DxG1084 „Chron. Thyreoiditis“ korrigiert werden sollte, da die Anwendung von M01AB und M01AE (Entzündungshemmer), C07AA (Betablocker) und H02AB (Steroide) bei der der chron. (meist autoimmunvermittelten) Thyreoiditis („Hashimoto“) klinisch keinen Stellenwert haben. Dagegen kommen die genannten Wirkstoffgruppen bei der subakuten Thyreoiditis („de Quervain“) zum Einsatz. Diese werden aktuell aber der DxG1314 (M2Q) bzw. der HMG0024 zugeordnet. Hier bitten wir um Prüfung und Anpassung der ATC-Kodes (DxG1084) bzw. des Aufgreifkriteriums (DxG1314).</p>	BKK DV
	<p>Wir begrüßen grundsätzlich die Einführung einer Arzneimittelvalidierung bei den Fettstoffwechselstörungen. Problematisch sehen wir, dass die Differenzierung zwischen den DxG0883 (HMG0179) und DxG0887 (HMG0384) nur über die kodierten Diagnosen bei ansonsten gleicher ATC-Auswahl erfolgt. Dies widerspricht dem pyramidalen Aufbau des Klassifikationsmodells (wie das BAS andernorts im Zuge der Ablehnung eines Vorschlags zur multiplen Sklerose argumentiert). Im Weiteren wäre zu prüfen, ob in Anbetracht der großen Kostenspanne bei den zugelassenen Arzneimitteln (beispielhaft generisch verfügbare CSE-Hemmer [A10AA] im Vergleich zu PCSK-9-Inhibitoren [C10AX] Evolocumab, Alicorumab oder Inclisiran) eine pyramidale Ausgestaltung die Modellgüte verbessert.</p>	BKK DV
	<p>Die ICD E16.0 umfasst die Hypoglykämie infolge von verursachenden Medikamenten (z.B. Insuline, Sulfonylharnstoffe). Aktuell sind trotz Zusammenlegung der Hierarchien weiterhin Doppelzuweisungen für die Hypoglykämie und dem Diabetes möglich, dabei wollte man das in dem Modellversuch Nr. 10 eigentlich beheben.</p>	BKK DV
	<p>HMGs 0019, 0391: Im Zuge der grundlegenden Bearbeitung sollte auch eine einheitliche Abbildung des Gestationsdiabetes in der Hierarchie 04 oder in der 21 erfolgen- aber nicht wie bisher aufgeteilt in zwei Hierarchien. Die ICD O24.4 und 024.9 befinden sich demnach in der HMG0790 (DxG0604) der Hierarchie 21, die Diagnosen O24.0 bis 24.3 aber in der Hierarchie 04.</p>	BKK DV
	<p>Die für die DxGs 1061 und 1065 hinterlegte Arzneimittelgruppe der SGLT2-Inhibitoren (A10BK) ist nicht für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren zugelassen und ist zu streichen.</p>	BKK DV
	<p>Um eine Koinzidenz von Adipositas III und Diabetes Typ 2 beim Metabolischen Syndrom, der den überwiegenden Anteil der Diagnosen in der HMG0019 bildet, abzubilden und keine Kodieranreize zu setzen, schlagen wir eine Zusammenlegung der HMG0019 und der HMG0962 zu einer neuen HMG0019 „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen, Adipositas Grad III, extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis 18 Jahren“ mit den DxGs 0110, 1315, 1352 vor. Die HMG0019 wird in der Besetzung wesentlich von den Diagnosen E11.9xx „Diabetes mellitus Typ 2 ohne Komplikation“ geprägt.</p>	IKK e. V

III	Anpassungen der Hierarchien	
	<p>Die Abbildung der Apherese für schwere Hyperlipidämien und die Umsetzung der von uns geforderten Arzneimitteldifferenzierung für die Hypercholesterinämie und Hyperlipidämie halten wir insgesamt für gelungen. Allerdings können wir die Dominanzbeziehung auf die HMG0387 „Lipodystrophie od. Lipomatose, a. o. nicht klassifiziert“ nicht nachvollziehen. Stattdessen erachten wir es als medizinisch sachgerecht die Dominanzbeziehung auf die HMG0384 „Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien ohne Apherese“ zu führen. Bei der Lipodystrophie und der Lipomatose handelt es sich um Fettverteilungsstörungen, die in einem engen medizinischen Zusammenhang mit dem Lymphödem und der Lymphangitis stehen. Anstelle der Dominanzbeziehung der HMG0130 „Dialysestatus, Apherese“ aus der Hierarchie 20 schlagen wir eine externe Dominanzbeziehung der HMG0112 „Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz“ aus der Hierarchie 18 auf die HMG0387 vor.</p>	IKK e. V
	<p>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 berücksichtigen Diagnosen gebildeten DxGs 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 konzidierten unerwünschten Kodieranreize von einer Berücksichtigung abzusehen.</p>	TK et al.
	<p>In Anbetracht des hohen Komorbiditätsgrads zwischen Adipositas und Diabetes schlagen wir vor, die HMG0962 „Adipositas III / extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren“ in den Diabetes-Strang eingeordnet werden. Ggf. zeigt sich bei einer empirischen Überprüfung des Vorschlags, dass dabei auch eine Aufspaltung der HMG entsprechend der beiden zugeordneten DxG1315 und DxG1352 sinnvoll werden könnte.</p>	TK et al.
	<p>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, sodass 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.</p>	TK et al.
	<p>Auch hinsichtlich der ATC-Validierung der DxG1084 „Chronische Thyreoiditis“ sehen wir kleineren Überprüfungsbedarf. Die vorgesehenen ATC-5steller sind u.E. teilweise nicht für den Zugriff 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 Zugriff für chronische Thyreoiditis.</p>	TK et al.
	<p>In der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ wurden durch die Zusammenlegung der bisherigen Hierarchien 03 „Diabetes“, 04 „Metabolische Erkrankungen“ und 30 „Ernährungsbezogene Erkrankungen“ vielfache Veränderungen vorgenommen. Im Endergebnis hat das dazu geführt, dass die HMG0962 „Adipositas III / extreme Adipositas bei Kindern u. Jugendlichen von 3 bis unter 18 J.“ als isolierter Strang alleine steht. Zusammen mit der HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen“ und der HMG0387 „Lipodystrophie o. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert“ werden die HMG0179 „Sonst. Adipositas, sonst. od. n.n.bez. Stoffwechselstörungen“ und HMG0384 „Störungen d. Lipoproteinstoffwechsels u. sonst Lipidämien o. LDL-Apherese“ dominiert. Die BARMER schlägt aufgrund der Kostenschätzer vor, die HMG962 zwischen die HMG0019 „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen“ und HMG0509 „Hypoglykämien ohne Koma“ einzusortieren. Die HMG0016 „Sonstiger Diabetes mellitus mit anderen Komplikationen“ soll weiter die HMG0019 dominieren. Auch wenn die Kostenschätzer der HMGs 0509, 0962 und 0019 relativ nahe beieinanderliegen und in anderen Fällen eine Zusammenlegung zumindest für prüfenswert erachtet wird, sollten diese HMGs aufgrund ihres jeweils deutlich unterschiedlichen Krankheitsbildes getrennt bleiben.</p>	BARMER

III	Anpassungen der Hierarchien	
	In der Hierarchie 04 wird die DxG0878 „Hypercholesterinämie, gemischte und sonstige Hyperlipidämie, sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels mit Dauermedikation und LDL-Apherese“ über den Sonderfall 4 „extrakorporale Blutreinigung“ aufgegriffen. Neben dem Kennzeichen extrakorporale Blutreinigung müssen für Versicherte ab dem 12. Lebensjahr zusätzlich 183 Behandlungstage vorhanden sein, wobei eine Verordnung im gleichen Quartal einer Diagnose vorliegen muss. Untersuchungen im Datenbestand der BARMER haben gezeigt, dass eine ganze Reihe der Versicherten mit einer LDL-Apherese Behandlung keine ausreichende Medikation für die Erfüllung der Zuschlagsvoraussetzungen erhalten haben. Gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschuss, Anlage I, Nummer 1 § 3 (3) kann eine LDL-Apherese Behandlung auch durchgeführt werden, wenn Patienten, die auf eine mindestens sechsmönatige Behandlung mit mindestens drei Basistherapeutika (eines davon Methotrexat) in adäquater Dosierung und darüber hinaus auf die Behandlung mit Biologika (TNF-alpha-Inhibitoren und/oder Interleukin-1-Inhibitoren) nicht angesprochen haben oder bei denen eine Kontraindikation gegen diese Arzneimittel besteht. Die BARMER schlägt daher für die DxG0878 die Einführung einer neuen Sonderregel vor, bei der für Versicherte ausschließlich auf das Vorliegen des Kennzeichens extrakorporale Blutreinigung geprüft wird.	BARMER
	In der Hierarchie 04 bildet die HMG0962 die einzige alleinstehende HMG im Strang „Überernährung“. Die DAK-G bittet das BAS um Prüfung, ob die Eingliederung der HMG0962 in den Strang „Diabetes mellitus“ im finalen Festlegungsentwurf unter Angabe der Deckungsbeiträge zu einer weiteren Verbesserung der Modellgüte führt.	DAK-G
	Eine Abgrenzung zwischen „Nierenersatzverfahren“ (z.B. Dialysen) und „Blutreinigungsverfahren“ (z.B. Apheresen) erscheint zumindest medizinisch sinnvoll, da sie sich sowohl in der Indikationsstellung als auch in der technischen Durchführung deutlich voneinander unterscheiden.	KBV / BÄK
	Der ICD-10-GM-Kode Z51.81 ist nicht spezifisch für Lipidapheresen und könnte auch die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens aufgrund anderer Apheresen (Plasmapherese, Zytapherese etc.) abbilden.	KBV / BÄK
4	Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“	
	Allerdings ist entsprechend der einschlägigen Leitlinien eine Anpassung bzw. Reduzierung der Arzneimittel-Validierung in den DxGs 0920 und 0978 der Chronischen Hepatitis auf die ATC-Kodes 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.	TK et al.
	Im Rahmen der Untersuchung der Integration der neuen ICD-Kodes 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-Kode 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.	GKV-SV
	Für die DxG0920 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)“ ist das Aufgreifkriterium Sonderfall 1 festgelegt. Da der DxG u. a. der ICD-Kode 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.	GKV-SV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	Aufgrund neu zur Verfügung stehender ICD-10-GM-Kodes für die Stadieneinteilung der Leberzirrhose nach Child-Pugh wurden zwei neue HMGs gebildet und in die Hierarchie 05 eingeordnet. Zwar kann zu einem gewissen Prozentsatz eine Leberzirrhose auch ein laparotomischer/laparoskopischer Zufallsbefund sein, angesichts des Umstandes, dass das Stadium A nach Child-Pugh bereits bei geringfügigen laborchemischen Veränderungen erreicht wird, erscheinen die Fallzahlen aus den neuen HMGs 0351 „Leberzirrhose - Stadien Child-Pugh B und C“ und 0350 „Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh A“ im Vergleich zu der alten HMG0026 „Leberzirrhose“ etwas niedrig. Auch die Differenz im Kostenschätzer HMG0026 (alt) „Leberzirrhose“ und HMG0350 (neu) „Leberzirrhose – Stadium Child-Pugh A“ von 2.594 € erscheint ungewöhnlich hoch.	KBV / BÄK
	Die hepatische Enzephalopathie ist ein Kriterium für die Ermittlung des Child-Pugh-Scores. Mit Stadium 3 oder 4 einer hepatischen Enzephalopathie wäre das Stadium B einer Leberzirrhose bereits hinreichend erfüllt. Wird das Stadium B einer Leberzirrhose kodiert, würde der Versichertenfall der HMG0351 zugeordnet. Wird zusätzlich eine hepatische Enzephalopathie im Stadium 3 oder 4 kodiert, würde der Fall der HMG0025 zugeordnet mit einem Unterschied in den Kostenschätzern von knapp 2.939 €.	KBV / BÄK
	Für die DxG0920 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)“ sollte im ATC- Spektrum der ATC-Kode J05AX28 „Bulevirtid“ (Hepcludex) zusätzlich berücksichtigt werden. Denn in der DxG ist unter anderem der ICD-Kode B18.0 „Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus“ enthalten. Hepcludex wird angewendet zur Behandlung von chronischen Hepatitis-Delta-Virus (HDV)-Infektionen bei erwachsenen Patienten mit kompensierter Lebererkrankung, die im Plasma (oder Serum) positiv auf HDV-RNA getestet wurden.	AOK-BV
	Für die neu eingeführten ICD-Kodes, die die Leberzirrhose in die Child-Pugh-Stadien A bis C einordnen liegen in dem aktuellen Anhörungszyklus erstmalig Diagnosedaten vor. In Abschnitt 10.4 untersucht das BAS in Modell 07 die Zusammenlegung der HMG0351 „Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh B“ und der HMG0353 „Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh C“, deren Kostenschätzer ca. 1.100 € auseinanderliegen. Die Zusammenlegung erschließt sich uns nicht, da die Gütemaße sich verschlechtern und die Kostenschätzer mehr als 1.100 € auseinander liegen. Für eine bessere Nachvollziehbarkeit, aus welchen Gründen trotz schlechterer Prädiktionsgüte eine HMG-Konsolidierung durchgeführt wird, sollten einheitliche Kriterien zur Zusammenlegung von HMGs definiert werden.	IKK e. V
	Abschließend möchten wir noch auf die grundsätzliche Problematik der Kodierung der Erscheinungsformen der Leberzirrhose in der HMG0028 „Leberzirrhose / Leberversagen / akute Hepatitis mit Koma / akute Lebererkrankung / Budd-Chiari-Syndrom“ und deren Folgen hinweisen. Die ICD-Kodes in der DxG0145 „Leberzirrhose“ wie z. B. K71.7 „Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber“, K70.3 „Alkoholische Leberzirrhose“, K74.6 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber“ werden nach ätiologischen Gesichtspunkten ihrer Grunderkrankung zugeordnet. Der Kostenschätzer der HMG0028 beträgt 1.212 €. Am oberen Strangende stehen die beiden HMGs 0350 und 0351 mit der Stadieneinteilung nach Child-Pugh sowie die Spätfolgen der Leberzirrhose in der HMG0025 „Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen / Hepatische Enzephalopathien Grad 3 und 4. Deren Kostenschätzer liegen mit 4.012 €, 8.528 € bzw. 11.467 € um das 2,5 - bis 9-fache über Grunderkrankung. Grundlage für die Einteilung der Stadien nach Child-Pugh und damit für die Zuordnung die DXGs 0975, 0976 und 0977 in die HMGs 0350 und 0351 bilden laborchemische Parameter, der Grad der Enzephalopathie sowie des Aszites als Maß für das hepatorenale Syndrom. Hier sehen wir einen klaren Kodieranreiz, da bei der fehlenden Angabe jeglichen Stadiums die HMG0028 relevant wäre, bei der exakten Kodierung der Stadien wären es die HMGs 0350 und 0351. Bei der zusätzlich gesonderten Angabe des Stadiums der hepatischen Enzephalopathie, welches eigentlich in den Child-Pugh-Kriterien enthalten ist, käme es über die HMG0025 zu dem höchsten Zuschlag. Die Zuordnung zu den HMGs steht in enger Abhängigkeit vom individuellen Kodierverhalten des Arztes bzw. des Krankenhauses. Wir möchten das BAS auffordern, sich mit diesem Tatbestand auseinanderzusetzen und eine Lösung zu finden, um die Gefahr des upcodings weitestgehend auszuschließen.	IKK e. V

III	Anpassungen der Hierarchien	
5	Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“	
	In der Hierarchie 06 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 Rheumatoiden 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“.	GKV-SV
	Die Verschiebung von ICD-10-GM-Kodes für die Verschlüsselung von Verbrennungen und Verätzungen am Gastrointestinaltrakt aus der Hierarchie 22 in die Hierarchie 06 erscheint wegen des Organbezuges medizinisch plausibel. Wir weisen darauf hin, dass die Codes T28.4 und T28.9 Verbrennungen und Verätzungen an inneren Organen verschlüsseln, die gerade nicht der Lokalisation „gastrointestinal“ zugeordnet sind. Aufgrund der geringen Fallzahlen in der zwischenzeitlich gebildeten HMG0334 „Verbrennung oder Verätzung sonstiger Teile des Verdauungstraktes oder sonstiger und nicht näher bezeichneter innerer Organe“ wäre dieser Umstand wahrscheinlich zu vernachlässigen.	KBV / BÄK
	Aufgrund der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung können verschiedene Medikamente gegeneinander substituiert werden. Daher sollte für die DxG0935 „Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II“ die Aufnahme des ATC-Kodes L04AX „Andere Immunsuppressiva“ (z.B. Azathioprin) geprüft werden (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	AOK-BV
	Um nur die klinisch relevanten Fälle aufzugreifen, sollte unseres Erachtens eine Arzneimittelvalidierung der DxGs 0721 „Sonstige Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ und 0722 „N.n.bez. Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ eingeführt werden (ATCs: A09AA02, A09AA03, A09AA04 und A09AC01).	AOK-BV
6	Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“	
	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“.	GKV-SV
	Ergänzung der Arzneimittelauswahl für DxG0187 und DxG0205 „Systemischer Lupus erythematosus / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes mit Dauermedikation I bzw. II“: Den genannten Diagnosegruppen ist u. a. die thrombotische thrombozytopenische Purpura über den ICD-Kode M31.1 „Thrombotische Mikroangiopathie“ zugeordnet. Bei der Behandlung wird Caplacizumab eingesetzt, weshalb der entsprechende ATC-Kode B01AX07 für beide DxGs ergänzt werden sollte.	GKV-SV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	Aufgrund der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung können verschiedene Medikamente gegeneinander substituiert werden. Daher sollte für die DxG1245 „Sonstige Osteoporose (Frauen)“ die Aufnahme des ATC-Kodes G03CX „Andere Estrogene“ geprüft werden (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	AOK-BV
	Wir regen zudem an, eine Arzneimittelvalidierung (wegen klinischer Relevanz) der Osteomalazie / Rachitis zu überprüfen (DxGs 0488 und 0798). Als ATCs bieten sich hierfür H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC und M05BX an.	AOK-BV
	Ebenso könnte unseres Erachtens eine Arzneimittelvalidierung (wegen klinischer Relevanz) der DxG0807 „N.n.bez. andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels“ umgesetzt werden. Relevante ATCs wären hier H05BA und M05BA.	AOK-BV
	Die AOK-Gemeinschaft schlägt vor, im ATC-Spektrum der beiden DXGs aufgrund des enthaltenen ICD-Kodes M31.1 „Thrombotische Mikroangiopathie“ den ATC-Kode B01AX07 „Caplacizumab“ (Cabliivi) zusätzlich aufzunehmen. Cabliivi wird zur Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren und einem Körpergewicht von mindestens 40 kg, die an einer Episode von erworbener thrombotisch thrombozytopenischer Purpura (acquired thrombotic thrombocytopenic purpura, aTTP) leiden, in Verbindung mit Plasmapherese und Immunsuppression angewendet.	AOK-BV
	Die vom BAS untersuchte und im Festlegungsentwurf umgesetzte Arzneimitteldifferenzierung der Gicht / Arthritis urica befürworten wir. Allerdings sollte zusätzlich zu der Bedarfstherapie auch die Dauertherapie mit 183 BT in einer HMG zusammengefasst werden. Dies entspricht der aktuellen Leitlinie der EULAR (Europäische Rheumaliga), die nach zwei akuten Gichtanfällen eine mindestens zwölfmonatige Dauertherapie empfiehlt. Im Ergebnis erhält man eine dreistufige Abbildung: <ul style="list-style-type: none"> • Gicht • Gicht mit Bedarfsmedikation • Gicht mit Dauermedikation 	IKK e. V
	Die Auswahl der ATC-Kodes zur Arzneimittelvalidierung ist sehr breit und damit auch partiell unspezifisch gewählt. Die ATC-Kodes M01CB „Gold-Verbindungen“, M01CC „Penicillamin und ähnliche Mittel“, M01CX „Andere spezifische Antirheumatika“ werden in der Regel nicht bei Gicht, sondern bei anderen rheumatoiden Erkrankungen eingesetzt. Wir schlagen daher eine Streichung der genannten ATC-Kodes vor, um ungerechtfertigte Mehrfachzuweisungen und damit negative Anreize zu vermeiden.	IKK e. V, BKK DV
	Die Verschiebung der HMG0038 „X-chromosomale Hypophosphatämie“ in die Hierarchie 04 und die Zusammenlegung mit der HMG0285 „Mukopolysaccharidose Typ II, Hypophosphatasie mit ERT“ halten wir für sachgerecht. Allerdings sollten dann auch die weiteren Rachitis Diagnosen, die auf Vitamin Mangelerkrankungen beruhen entsprechend in die Hierarchie 04 verschoben werden. Betroffen hiervon sind insbesondere die DxG1153 „Sonstige familiäre hypophosphatämische Rachitis“ in der HMG0041 sowie die ICD-Kodes 83.11 „Vitamin-D-abhängige Rachitis“ und E55.0 „Floride Rachitis“ in der DxG0488/HMG315. Da es sich um ossäre Spätfolgen der Erkrankung handelt verbleibt der ICD-Kode E64.3 „Folgen der Rachitis“ in der DxG0488.	IKK e. V
	Im Zuge der Bearbeitung sollte auch die einheitliche Berücksichtigung der diabetischen Sternkodes M14.2* (HMG0315 und HMG0566) aufgegriffen und in den Diabetesstrang der Hierarchie 04 eingearbeitet werden.	BKK DV
	HMG0314: Die Abbildung eines chronischen Verlaufs der Gicht mit einer Arzneimittelvalidierung als Dauermedikation (183 Behandlungstage) statt Bedarfsmedikation (42 Behandlungstage) erscheint prüfenswert.	BKK DV
	HMG0209: Die ICD A54.4 „Gonokokkeninfektion des Muskel-Skelett-Systems“ sollte von der HMG0209 aus der Hierarchie 07 in die HMG0430 der Hierarchie 01 verschoben werden (dort befinden sich schon alle anderen A54*).	BKK DV
	Auch nach der vom BAS vorgesehenen Neuordnung von DxGs in die HMGs 0314 / 0315 / 0316 verbleiben aus unserer Sicht in der HMG0315 einige DxGs, die ebenfalls herausgelöst werden sollten. Die HMG0315 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 0315geprüft werden.	TK et al.

III	Anpassungen der Hierarchien	
	<p>Es bestehen erkennbare Überschneidungen mit der am stärksten besetzten HMG0211 „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 HMG0315, 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 07 und 13, daher sollte eine Harmonisierung der HMGs 0211 und 0315 angestrebt werden.</p>	TK et al.
7	Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	
	<p>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-Kode 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-Kodes 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-Kode 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-Kodes 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 (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).</p>	GKV-SV, AOK-BV
	Eine zukünftig geplante zeitgleiche Prüfung aller ICD-10-GM-Kodes für die Sarkoidose, die auf vier unterschiedliche Hierarchien verteilt sind, erscheint sinnvoll.	KBV / BÄK
	Die Beta-Thalassämie wird über den ICD-Kode D56.1 abgebildet, der derzeit im Klassifikationsmodell der DxG0194 „Hereditäre hämolytische Anämien“ bzw. der HMG0181 „Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten“ zugeordnet ist. Patienten mit Beta-Thalassämie haben allerdings aufgrund der lebenslang benötigten Bluttransfusionen deutlich höhere Folgekosten als die anderen Patienten der HMG0181. Wir regen daher an, eine eigenständige DxG für Beta-Thalassämie zu bilden (Aufgriff über M2Q) und diese anhand des Kostenschätzers in die Hierarchiestruktur einzusortieren.	AOK-BV
	Die AOK-Gemeinschaft schlägt erneut vor, die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die „Sarkoidose, exkl. Lunge“ (DxGs 686 und 1210) zu überprüfen (wegen klinischer Relevanz). Als ATCs bieten sich die Gruppen H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX an.	AOK-BV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	Die AOK-Gemeinschaft schlägt erneut die Bildung von drei neuen DxGs „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“, „Eisenmangelanämie“ sowie „Sonstige Anämien“ vor, in denen bisher in der Ausschlusskategorie abgebildete ICDs wie folgt zugeordnet sind: „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ (enthält ICD Z92.1), „Sonstige Anämien“ (enthält ICDs D62, D64.9), „Eisenmangelanämien“ (enthält ICDs D50.0, D50.1, D50.8, D50.9). Der Aufgriff der DxG „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ erfolgt über obligat, die Arzneimittelvalidierung berücksichtigt die ATCs B01AA, B01AE, B01AF. Bei den beiden anderen DxGs wird eine M2Q-Prüfung durchgeführt. Innerhalb der Hierarchie kann die DxG „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ in Abhängigkeit der resultierenden Folgekosten entweder einer eigenständigen HMG oder einer bestehenden HMG des Hierarchiestrangs 1 „Blutgerinnungsstörungen“ zugeordnet werden. Analog erfolgt die Zuordnung der beiden anderen DXGs im Strang 2 „Anämien/Immundefekte“.	AOK-BV
	Beim Myelodysplastischen Syndrom (MDS) handelt es sich laut Onkopedia-Leitlinie (Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, der Schweizer Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie und der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie Myelodysplastische Syndrome (MDS) — Onkopedia) um die häufigste malignen hämatologische Erkrankung. Die Behandlung umfasst neben der Beobachtung und regelmäßigen Transfusion bei günstigen Risikofaktoren auch Hochdosis Chemotherapie mit allogener Stammzelltransplantation und die Behandlung mit teuren Onkologika, u. a. Lenalidomid. Daher ist eine Zuordnung des MDS (ICD D46) in die Hierarchie 02 medizinisch sachgerecht. Patienten, die im Rahmen der Zulassung mit MDS mit Lenalidomid behandelt werden, sollten dabei der DxG0973 zugeordnet werden.	AOK-BV
	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.	TK et al.
8	Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“	
	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 (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	GKV-SV
	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.	GKV-SV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	In die Hierarchie 11 werden ICD-Kodes 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-Kode 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.	GKV-SV
	Alkohol- und Drogenmissbrauch wird im Klassifikationsmodell derzeit über die beiden HMGs 0051 „Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose“ und 0052 „Alkohol- oder Drogenabhängigkeit“ abgebildet. Interne Analysen zeigen, dass die DxGs, die den Drogenmissbrauch abbilden, unterdeckt sind (DxGs 0256 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen außer Alkohol“, 0258 „Drogenabhängigkeit“, 0926 „Opiatsubstitution“), während die DxGs, die den Alkoholmissbrauch abbilden, überdeckt sind (DxGs 0255 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“, 0257 „Alkoholabhängigkeit“). Wir regen daher eine Trennung der beiden Sachverhalte an. Konkret sollen zwei neue HMGs für den Drogenmissbrauch gebildet werden, die hierarchisch jeweils über denen des Alkoholmissbrauchs stehen.	AOK-BV
	Substitol wird als Substitutionsmittel für drogenabhängige Versicherte eingesetzt, die andere (gängige) Substitutionsmittel nicht vertragen. Die Zuordnung erfolgt im Klassifikationsmodell über die DxG926 „Opiatsubstitution“ (Sonderfall 3: zwei Ordnungsquartale) / HMG0052 „Alkohol- oder Drogenabhängigkeit“. Seit Mitte 2021 besteht für Substitol ein Lieferengpass, seit Herbst 2021 sogar ein kompletter Lieferausfall. Seitdem hat das BfArM den Import des wirkstoffgleichen Compensan aus Österreich veranlasst, welches in Deutschland nicht zugelassen ist und für welches bisher auch keine PZNs existierten. Zum 01.05.2022 wurden nun drei Sonder-PZNs zur Abrechnung von Compensan eingeführt (17716636, 17716671, 17716694). Wir regen an, diese in der Arzneimittelprüfung der DxG0926 zu berücksichtigen.	AOK-BV, GKV-SV
	Die schizoaffective Störung ist eine psychische Störung, die sowohl Symptome der Schizophrenie als auch der bipolaren affektiven Störung in sich vereint. Zusätzlich zu den Stimmungsbeschwerden durch eine affektive Störung (wie Depression oder Manie) treten hier Symptome wie Wahn oder Halluzinationen aus dem schizophrenen Formenkreis auf. Im Klassifikationsmodell ist die schizoaffective Störung über die DxG0262 „Schizophrenie und schizotype Störungen“ abgebildet (Arzneimittel obligat/chronisch). Gemäß der Empfehlung der S3-Leitlinie Schizophrenie der DGPPN solle bei persistierenden depressiven Symptomen trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie, sofern die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt sind, eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie angeboten werden. Daher regen wir an, ATC-Kodes aus der Gruppe der Antidepressiva zur Arzneimittelvalidierung der DxG 262 zu ergänzen: N06AA „Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer“, N06AB „Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer“ und N06AX „Andere Antidepressiva“. Des Weiteren werden laut Leitlinie bei ausgeprägter Erregung, Angst und innerer Unruhe auch Benzodiazepinen zur zeitlich befristeten Behandlung empfohlen. Wir schlagen daher vor, auch den ATC N06BA „Benzodiazepin-Derivate“ zu ergänzen.	AOK-BV
	Die Zusammenlegung der Hierarchien 09, 10 und 11 können wir nachvollziehen. Die Verflechtung der Stränge ist insgesamt gelungen, jedoch stehen weiterhin zwei HMGs (0048 und 0244) mit einer DxG und einem ICD-Kode frei, welche Doppelzuschläge auslösen können. Aus medizinischer Sicht lassen sich beide HMGs in bestehende HMGs integrieren.	IKK e. V
	Die HMG0048 enthält nur eine DxG1243 „Posttraumatische Belastungsstörung“ mit dem alleinigen gleichnamigen ICD-Kode F43.1. Im klinischen Alltag ist die Abgrenzung der Symptomkomplexe nicht immer einfach. Um möglichen negativen Kodieranreizen vorzubeugen, schlagen wir die Integration der DxG1243 in die HMG0067 „Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive Störungen (< 50 Jahre)“ vor. Die Bezeichnung der HMG muss nicht angepasst werden. Im Ergebnis wird Strang 3 aufgelöst und in den Strang 2 integriert.	IKK e. V
	Auf Basis interner Untersuchungen lassen sich bei den HMGs0051 „Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose“ und 0052 „Alkohol- oder Drogenabhängigkeit“ erhebliche altersspezifische Fehldeckungen feststellen. Versicherte über 74 Jahre weisen eine deutliche Unter-, Versicherte unter 75 Jahre eine erhebliche Überdeckung auf. Aus diesem Grund schlagen wir vor durch die Überprüfung und Einführung eines Alterssplits für beide HMGs die Fehldeckungen zu reduzieren. Es ist davon auszugehen, dass sich dadurch die Prädiktionsgüte des Modells verbessert.	IKK e. V

III	Anpassungen der Hierarchien	
	<p>Die HMG0244 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ ist durch die neu hinzugekommenen Diagnosen der ICD-Gruppe F55.x „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ entstanden. Die Abbildung dieser Diagnosen ist sachgerecht, jedoch ist das Aufgreifkriterium „Stationär erforderlich“ abzulehnen, da es sich um eine Mischung von Substanzen handelt die im Alltag (z.B. Laxanzien Antacida, Hormone) vorkommen und keiner stationären Behandlung bzw. eines stationären Entzugs bedürfen. Durch den Wegfall des Kennzeichens ergibt sich auch ein realistischeres Bild über die Prävalenz der Diagnosen, nach den Berechnungen des IKK e. V. kommt es zu einer Vervierfachung der Diagnosemenge. Aufgrund des neuen Kostenschätzers schlagen wir die Einsortierung zwischen der HMG0064 und HMG0068 vor. Der Strang 1b ist somit aufgelöst. Ergebnis Strang 2 ab Zusammenführung 2a und 2b: HMG0012 > HMG0058 > HMG0067 > HMG0066 > HMG0064 > HMG0244 > HMG0068.</p>	IKK e. V.
	<p>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 Bewusstseinstörung 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-Kodes 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.</p>	TK et al.
	<p>Entsprechend der Logik für die ICD-Kodes für die F10.- sollte auch mit den dazugehörigen ICD-Kodes 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.</p>	TK et al.
	<p>Zudem sollte entsprechend der DxG0262 „Schizophrenie und schizotype Störungen“ auch für die ICD-10 Kodes 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.</p>	TK et al.
9	Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“	
	<p>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 € 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 € für die Jüngeren und 34.385 € 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.</p>	GKV-SV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	<p>Zur ICD-Abgrenzung und Arzneimittelauswahl der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“: Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes fehlen in der Diagnosegruppe die ICD-Kodes der Gruppe M46.5- „Sonstige infektiöse Spondylopathien“. Zudem sollte überprüft werden, ob die ICD-Kodes 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 DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ ergänzt werden. Außerdem sollten die Mittel zur Behandlung der Tuberkulose durch die Zuordnung der ATC-Kodes 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.</p>	GKV-SV
	<p>Auch für eine sachgerechtere Berücksichtigung der Versicherten mit spinaler Muskelatrophie und stationärer Nusinersen-Arzneimitteltherapie im vorliegenden Entwurf wäre eine Modifikation der Sonderfallprüfung 1 bei Arzneimitteldifferenzierung angezeigt. Denn dann könnten auch die zahlreichen ambulanten Behandlungen der spinalen Muskelatrophie ohne Dauermedikation im Zuweisungsverfahren berücksichtigt werden.</p> <p>Vor diesem Hintergrund bitten wir das BAS zu prüfen, inwieweit sich durch eine Anpassung der Sonderfallprüfung 1 bei diesen Erkrankungen (Verzicht auf eine BT-Prüfung beim Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose) weitere Modellverbesserungen durch eine sachgerechtere Berücksichtigung der Morbidität erzielen lassen. Die Prüfung auf Erreichen einer abgesenkten BT-Grenze bei Kindern erscheint sinnvoll und ist daher beizubehalten.</p>	AOK-BV
	<p>HMGs 0296, 0322: Die AM Validierung der WS-Infektionen wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings bestehen Diskrepanzen zu diversen Leitlinien. Wir empfehlen daher eine Durchsicht der Diagnosen in der Klassifikation, die laut Leitlinien und Kodierrichtlinien ebenfalls zu den WS-Infektionen gehören. Die ICD M46.5 „Sonstige infektiöse Spondylopathien“ fehlt (DxG0701 „Sonstige infektiöse Spondylopathien“). Hier ist ebenfalls eine Infektion (Infektionserreger sind zusätzlich zu kodieren aus ICD B95-B98) die Ursache und die Diagnose gehört nomenklatorisch ebenfalls zu den Infektionen der Wirbelsäule. Laut Leitlinie (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/151-001l_S2k_Diagnostik-Therapie-Spondylodiszitis_2020-10.pdf) zählen auch die M46.8 und M46.9 zu den WS-Infektionen (siehe dazu Seite 22-24).</p>	BKK DV
	<p>HMG0296: Die AM Validierung der WS-Infektionen wird ausdrücklich begrüßt, bei der vorliegenden Liste der ATC-Kodes (Seite 301) handelt es sich aber vermutlich um eine nicht vollständige Vorschlagsliste. Laut Leitlinie (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/151-001l_S2k_Diagnostik-Therapie-Spondylodiszitis_2020-10.pdf) kommen weitere Arzneimittel zur Behandlung der WS-Infektionen in Betracht, die in dieser Liste nicht enthalten sind. Die AM Therapie richtet sich dabei nach dem Erreger (siehe hierzu Seite 59 ff.), so können Spondylodiszitiden bakteriell oder auch pilzbedingt entstehen. Aus diesem Grunde sollte die Liste um die folgenden ATC erweitert werden: J01A*, J01DD, J01GB, J01XD, J02A*, J04AA, J04AC, J04AD und J04AK</p>	BKK DV
	<p>HMG0289: Wir begrüßen den Ansatz des BAS, eine adäquate Abbildung dieser Erkrankung und der mittlerweile verfügbaren hochpreisigen Therapien zu finden. Wir sehen die Problematik, die unterschiedlichen Therapiemodalitäten (ambulant vs. stationär, Dauertherapie vs. einmalige Gentherapie) innerhalb des Klassifikationsmodells sachgerecht abzubilden. Wir halten die vom BAS gewählte Lösung einer obligaten Arzneimitteltherapie mit 183 BT ohne Sonderfall, für nicht ausreichend, da eine stationäre Hauptdiagnose - unabhängig von einer spezifischen Medikation - ebenfalls zur Zuweisung führt. In diesem Zusammenhang möchten wir auf die prinzipielle Thematik (ausschließlich) stationär eingesetzter hochpreisiger Arzneimittel und die fehlende Möglichkeit dies in der aktuellen RSA-Systematik abzubilden, hinweisen. Es existiert keine DxG für ohne laufende Medikation und ohne KH-Aufenthalt, die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind dadurch aktuell im Klassifikationsmodell nicht abgebildet. Die Ausgestaltung der Arzneimittelvalidierung auf 5-Steller-Ebene begrüßen wir, teilen allerdings nicht die Prognose des BAS, dass die orale Dauertherapie mit Risdiplam als Therapie in Zukunft führend sein wird. Nach Informationen aus Fachkreisen scheint es eher so zu sein, dass Risdiplam eher für weniger schwer betroffene Fälle zur Anwendung kommt, Säuglinge mit SMA Typ I erhalten weiterhin Zolgensma.</p>	BKK DV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	<p>Die DxG1350 „Bandscheibenschaden“ wurde neu in die HMG0211 integriert. Zur besseren Differenzierung der unterschiedlichen Schweregrade in den Krankheitsverläufen schlagen wir eine Arzneimitteldifferenzierung mit der Bildung von zwei DxGs vor. Die zur Differenzierung notwendigen ATC-Kodes entsprechen denen der DxG0907 „Chronischer Schmerz mit Dauermedikation I“: M01AC „Oxicame“, M01AE „Propionsäure-Derivate“, M01AH „Coxibe“, M01AX „Andere nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika“, N02AA „Natürliche Opium-Alkaloide“, N02AB „Phenylpiperidin-Derivate“, N02AC „Diphenylpropylamin-Derivate“, N02AD „Benzomorphan-Derivate“, N02AE „Oripavin-Derivate“, N02AF „Morphinan-Derivate“, N02AG „Opioide in Kombination mit Spasmolytika“, N02AJ „Opioide in Kombination mit nichtopioiden Analgetika“, N02AX „Andere Opioide“, N02BA „Salicylsäure und Derivate“, N02BB „Pyrazolone“, N02BE „Anilide“, N02BG „Andere Analgetika und Antipyretika“, N02BH „Homöopathische und anthroposophische Analgetika und Antipyretika“, N02BP „Pflanzliche Analgetika und Antipyretika“, N03AB „Hydantoin-Derivate“, N03AF „Carboxamid-Derivate“, N03AX „Andere Antiepileptika“, N06AA „Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer“, N06AB „Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer“, N06AX „Andere Antidepressiva“. Die neugebildete DxG wird in „Bandscheibenschaden mit Dauermedikation“ benannt und in die HMG0296 „Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen / Infektionen der Wirbelsäule“ integriert. Die ursprüngliche DxG1350 heißt nun „Bandscheibenschaden ohne Dauermedikation“ und verbleibt in der ursprünglichen HMG0211.</p>	IKK e. V
	<p>Die vom BAS vorgeschlagene Arzneimittelvalidierung der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ ist grundsätzlich nachvollziehbar. Aufgrund des Zulassungsstatus schlägt der IKK e. V. darüber hinaus noch die Aufnahme der Gruppe 3. Generation Cephalosporine vor. Zudem können auch Pilzerkrankungen ursächlich für eine Wirbelsäuleninfektion sein. Aus diesem Grund sollten auch Antimykotika Berücksichtigung finden: J01A* „Tetracycline“, J01DD „Cephalosporine der 3. Generation“, J01GB „Andere Aminoglykoside“, J01XD „Imidazol-Derivate“, J02A* „Antimykotika zur systemischen Anwendung“, J04AA „Aminosalicylsäure und Derivate“, J04AB „Antibiotika“, J04AC „Hydrazide“, J04AD „Thiocarbamid-Derivate“, J04AK „Kombinationen von Mitteln zur Behandlung der Tuberkulose“.</p>	IKK e. V
	<p>Der Kostenschätzer der HMG0211 „Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens“ beträgt 104 €. Der Kostenschätzer der in der Hierarchie höherstehenden HMG0322 „N. bez. Instabilität oder Deformität der Wirbelsäule / Andere entzündliche Spondylopathien“ liegt mit 185 € nur unwesentlich höher. Wir bitten das BAS um Prüfung einer Zusammenlegung der beiden HMGs. Es bleibt zu vermuten, dass sich die Prädiktionsgüte des Modells durch die Zusammenlegung verbessert.</p>	IKK e. V
	<p>Das Aufgreifen von Versicherten mit spinaler Muskelatrophie über Arzneimittel mit dem ATC-Kode 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 HMG0289 nicht verworfen werden. Die empirische Überprüfung eines Alterssplits 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 Alterssplits im kommenden Anpassungszyklus erscheint deshalb notwendig, um die Stabilität der Modellergebnisse in dieser finanziell bedeutenden HMG zu überprüfen.</p>	TK et al.
10	Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	
	<p>Es wäre eine inhaltliche Untersuchung der vorgefundenen Über- bzw. Unterdeckungen angezeigt. Zudem sollte die Einführung veränderter Aufgreifkriterien sowie die Kostenhomogenität der betroffenen HMGs betrachtet werden.</p>	GKV-SV
	<p>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.</p>	GKV-SV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	Zur Eingliederung der ICD-Kodes G93.3 „Chronisches Müdigkeitssyndroms“ und U09.9 „Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“: Die beiden ICD-Kodes werden als einzige ICD-Kodes 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, Trigeminusneuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Erkrankungen des ZNS“ des unteren Strangendes 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 zielführend.	GKV-SV, TK et al.
	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-Kode J06BA „Immunglobuline, normal human“ in der Anlage 3 der Festlegungen für die DxG1257 „Myasthenia gravis“ zu ergänzen.	GKV-SV, BKK DV
	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. Es wird vorgeschlagen, eine differenzierte Arzneimitteltherapie für die Multiple Sklerose im nächsten Anpassungszyklus zu untersuchen. Es ist davon auszugehen, dass hierdurch die Folgekosten für Versicherte mit Multipler Sklerose in Abhängigkeit ihrer Arzneimitteltherapie zielgenauer abgebildet werden.	GKV-SV
	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 € zur HMG0307 „Erworbenes Hydrozephalus b. Neugeborenen (Alter > 1 Jahr)“ mit einem Kostenschätzer in Höhe von 5.822 €. Im Festlegungsentwurf wurde der Zuschlag für die HMG0069 immer mit rd. 7.800 € 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.	GKV-SV
	Aufgrund der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung können verschiedene Medikamente gegeneinander substituiert werden. Daher sollte für die DxG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ die Aufnahme des ATC-Kodes L01XC04 „Alemtuzumab“ geprüft werden. [Siehe Stellungnahme des AOK-BV zum FLE AJ 23, S. 8]	AOK-BV
	HMG0080: Die Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung für Migräne wird prinzipiell begrüßt. Die Arzneimittel-Auswahl für die Dauermedikation ist sehr umfangreich und auch unspezifisch. Dies betrifft sowohl die Bedarfsmedikation (beispielsweise NSAR) als auch die Prophylaxe (z.B. Betablocker). Eigene Datenanalysen legen nahe, dass beispielsweise Betablocker in der Gesamtbevölkerung ähnlich häufig verordnet werden wie bei Migränepatienten. Die Behandlung und Prophylaxe der mittelschweren bis schweren Migräne erfordert häufig spezifischere Medikamente. Insbesondere die Antikörpertherapie (ATC-Gruppe N02CD) als teure und schnell wachsende Therapiealternative zur Anfallsprophylaxe ist hierbei gesondert zu berücksichtigen. Eine von den Betriebskrankenkassen durchgeführte Neuberechnung anhand von BKK-Daten ergab bei Eingrenzung auf diese ATC-Gruppe eine Verbesserung der Gütemaße. So war auch das Kostengewicht in dieser Gruppe um den Faktor 13 erhöht. Daher erscheint eine Einschränkung auf diese Arzneimittel oder die Einführung einer weiteren HMG mit Eingrenzung auf diese Arzneimittel sinnvoll.	BKK DV
	HMG0069: Die Umsetzung des BKK-Vorschlags zur Einführung einer neuen HMG Polyneuropathie mit Dauermedikation wird begrüßt. Bei einer folgenden Anpassung könnte ggf. die Eingrenzung der ICDs enger gefasst und auf schwere Polyneuritiden (G61.1-9) eingegrenzt werden, da eine Anwendung für die anderen hinterlegten ICDs klinisch nicht relevant ist.	BKK DV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	Migräne mit Dauermedikation ist ebenfalls eine neue Arzneimitteldifferenzierung, die zu einer Verbesserung beiträgt und damit eine sinnvolle Abbildung darstellt. Der relative Unterschied des Kostenschätzers bei einer hohen Anzahl an Versicherten, die insgesamt eine Steigerung von ca. 3 % von Versicherten mit einem Migräne-Zuschlag beinhaltet, rechtfertigen diese Abbildung. Hier ließe sich nach Einschätzung der DAK-G mit dem ATC N02CD aus der Arzneimittelgruppe zur Prophylaxe eine zusätzliche HMG entsprechend dem pyramidalen Ansatz der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung hierarchisch über der HMG0080 abbilden, die bei ausreichender Besetzung ein Vielfaches des Kostenschätzers haben müsste. Die DAK-G bittet das BAS zu prüfen, ob diese mehrfache Arzneimitteldifferenzierung bei Migräne zu einer weiteren Verbesserung führt.	DAK-G
	Beim Vorschlag der DAK-G zur Arzneimitteldifferenzierung bei Multipler Sklerose – zuletzt im Anhörungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2022 erwähnt – lag möglicherweise ein Missverständnis vor. Es geht darum, dass nach Einschätzung der DAK-G nach wie vor sehr große Kostenunterschiede bei der Behandlung in Abhängigkeit von der Arzneimitteltherapie vorliegen und sich die Gruppen auch von der Anzahl deutlich unterscheiden. Insofern bittet die DAK-G das BAS den Vorschlag entsprechend dem 2020 eingeführten pyramidalen Ansatz der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung zu prüfen. Die HMG0234 enthält alle ATC-Kodes, eine neue hierarchisch darüber angeordneten HMG enthält nur folgende ATC-Kodes (Stand 6/2020): L01DB, L03AB, L04AC, L04AX, N02BG und L04AA (außer L04AA13).	DAK-G
11	Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“	
	Zur Anpassung der Hierarchie aufgrund des Ausgangsmodells: Der Hierarchie 16 werden bisher nicht zur Klassifikation zugelassene ICD-Kodes zugeordnet. Während die ICD-Kodes 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-Kodes 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-Kodes jedoch unvollständig, um das Ziel zu erreichen. Um falsche Kodieranreize zu vermeiden, ist es notwendig, den ICD-Kode 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-Kode Z99.4 „Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz“ in der DxG0974/HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ berücksichtigt werden. Berechnungen 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 (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	GKV-SV, BARMER, IKK e. V
	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-Kodes A10BK in die Anlage 3 für folgende DxGs zu prüfen: 0354 „Hypertensive Herzerkrankung, mit Herzinsuffizienz“, 0355 „Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung, mit Herzinsuffizienz“, 0376 „Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz“, 0539 „Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz“.	GKV-SV
	Im November 2020 wurde mit Dapagliflozin erstmals ein Natrium-Glucose- Cotransporter 2 (SGLT2)-Inhibitor für Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz unabhängig vom Vorliegen von Diabetes mellitus zugelassen und im weiteren zeitlichen Verlauf auch weiteren SGLT-2-Inhibitoren die Zulassung für die Behandlung von Herzinsuffizienz ohne Diabetes mellitus erteilt. Es wird daher vorgeschlagen SGLT-2-Inhibitoren (ATC A10BK) in die Arzneimittelzuordnung der DxGs 0367 „Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)“, 0368 „Schwerwiegende Herzinsuffizienz (> 74 Jahre)“ und 0369 „Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz“ aufzunehmen.	AOK-BV, GKV-SV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	Aufgrund der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung können verschiedene Medikamente gegeneinander substituiert werden. Daher sollte für die DxG0377 „N.n.bez. Kardiomyopathie“ die Aufnahme der ATC-Kodes „Organische Nitratre“ (C01DA), „Andere bei Herzerkrankungen eingesetzte Vasodilatoren“ (C01DX), „Andere Herzmittel“ (C01EB) „Dihydropyridin-Derivate“ (C08CA) geprüft werden (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	AOK-BV
	Für die HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ mit der DxG0974 fordern wir für den ICD Kode Z45.02 „Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems“ das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“. Die Implantation des Kunstherzens muss auf jeden Fall unter stationären Bedingungen erfolgen.	IKK e. V
	In die Hierarchie sollen gemäß Festlegungsentwurf einige ICD-Kodes 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. Erst wenn eine 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.	TK et al.
	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.	TK et al.
	Hinsichtlich der Arzneimittelvalidierung der DxGs 0370 sowie 0345 sehen wir 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.	TK et al.
	Die ICD M96.80 „Elektiv offen belassenes Sternum“ wird im Festlegungsentwurf in die HMG0300 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 DxG0973 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.	TK et al.
	Zahlreiche HMGs der angeborenen Herzfehler weisen einen engen medizinischen Zusammenhang mit HMGs auf, die der Hierarchie 18 zugeordnet sind. Zudem treten Herzfehler mit weiteren Gefäßanomalien gemeinsam auf. Daher sollte überprüft werden, inwieweit eine Zusammenfassung in einer einheitlichen und konsolidierten Hierarchie zu einer Verbesserung des Klassifikationsmodells führen würde.	TK et al.
	Die Anzahl der Versicherten in der HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ von 12.971 erscheint zunächst etwas hoch. Es ist nicht davon auszugehen, dass es in Deutschland knapp 13.000 Kunstherzträger gibt. Laut InEK-Datenbrowser gab es in 2020 vier Fälle mit Implantation eines „Kunstherzens“ (OPS: 5-376.60). Wenn diejenigen Verfahren berücksichtigt würden, die keine Kurzzeitbehandlung während eines stationären Aufenthaltes umfassen und bei denen eine ambulante Weiterbetreuung aufgrund des herzunterstützenden Systems und damit Folgekosten vorstellbar sind, kommt man auf etwa 830 Implantationen. Die Zahl von 12.971 wird erst plausibel, wenn alle herzunterstützenden Systeme in der Klassifizierung des OPS-Kataloges, inklusive temporärer Verfahren wie beispielsweise (minimalisierte) Herz-Lungen-Maschine, ECMO mit Herzunterstützung oder intraaortale Gegenpulsation, berücksichtigt würden.	KBV / BÄK

III	Anpassungen der Hierarchien	
	<p>Folgende Versichertenzahlen erscheinen nicht nachvollziehbar: Mit den fünf ICD-10-GM-Kodes der Tabelle 17.3 (Z45.00, Z45.01, Z45.02, Z45.08, Z95.80) wird im Ausgangsmodell die HMG0493 „Herzunterstützende Systeme“ gebildet. Dieser HMG werden 161.742 Versicherte zugeordnet. Anschließend erfolgt ein Split der o.g. fünf ICD-10-GM-Kodes. Die Codes Z45.02 und Z95.80 bilden die HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“, der 12.971 Versicherte zugeordnet werden. Die drei Codes Z45.00, Z45.01 und Z45.08 verbleiben in der HMG0493, die in „Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiodefibrillator, Sonstiges“ umbenannt wird und der 65.499 Versicherte zugeordnet werden. Die durch den Split gebildeten beiden HMGs haben zusammen eine Versichertenzahl von 78.470 versus 161.742 vor dem Split. In welche HMG sind die restlichen 83.002 Versicherten abgewandert und warum?</p>	KBV / BÄK
	Redaktionell könnte der Bereich Z45.- auf Z45.0- eingeschränkt werden.	KBV / BÄK
12	Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“	
	<p>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-Kodes 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-Kodes das festgelegte Aufgreifkriterium nicht erfüllen können. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, die ICD-Kodes 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.</p>	GKV-SV, BKK DV
	<p>Die DxG0418 „Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, n.n.bez.“ wird im Anhörungsentwurf mit einem Arzneimittelaufgreifkriterium (obligat / chronisch) belegt. Allerdings sind die hinterlegten Wirkstoffe nicht für alle ICDs dieser DxG sinnvoll bzw. sogar kontraindiziert. Konkret geht es um die ICD-Kodes I69.2 „Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung“, I69.1 „Folgen einer intrazerebralen Blutung“ und I69.0 „Folgen einer Subarachnoidalblutung“. Eine medikamentöse Therapie mit gerinnungshemmenden Wirkstoffen ist bei diesen als hämorrhagisch zu bezeichnenden Schlaganfällen medizinisch nicht angezeigt und sollte deswegen zurückgenommen werden. Für die anderen ICD-Kodes der DxG, die die ischämischen Schlaganfälle abbilden, ist eine medikamentöse Antikoagulation dagegen durchaus notwendig und kann beibehalten werden.</p>	AOK-BV
	<p>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.</p>	TK et al.
13	Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“	
	<p>Die HMG0237 „Hereditäres Lymphödem“ und HMG0112 „Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz“ sollten trotz der möglichen Verschlechterung zusammengelegt werden (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).</p>	GKV-SV, TK et al., KBV / BÄK
	<p>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-Kode B01AC „Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin“, sollte die Aufnahme der ATC-Kodes B01AA „Vitamin-K-Antagonisten“, B01AB „Heparingruppe“, B01AF „Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren“ und B01AX „Andere antithrombotische Mittel“ geprüft werden, um eine leitliniengerechte Abbildung der Arzneimittelversorgung sicherzustellen.</p>	GKV-SV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	Die Einführung einer Arzneimittelvalidierung über das Aufgreifkriterium „obligat“ (183 BT) für die DxGs 0086 „Arterielle Embolie und Thrombose“ und 0982 „N.n.bez. arterielle Embolie und Thrombose“ wird begrüßt. Allerdings ist für die Validierung jeweils lediglich der ATC-Kode B01AC „Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin“ vorgesehen. Diese Arzneimittelabgrenzung greift aus medizinischer Sicht aber zu kurz, da die aktuellste Behandlungsleitlinie zu diesem Thema (ESC-Leitlinie von 2014) eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern oder Antikoagulantien empfiehlt. Aus diesem Grund schlagen wir vor, eine Erweiterung des ATC-Spektrums um die ATC-Gruppen B01AA, B01AB, B01AD, B01AE, B01AF, B01AX und B01AY vorzunehmen. Dies entspräche dem aktuellen Stand medizinischen Wissenschaft.	AOK-BV
	HMGs 0109, 0361: Der ATC-Kode B01AC „Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin“ müsste um den ATC-Kode B01AA „Vitamin-K-Antagonisten“ (z.B. Phenprocoumon, Warfarin) sowie B01AB „Heparingruppe“, die vor allem in der Akuttherapie eines arteriellen Gefäßverschlusses zum Einsatz kommen, ergänzt werden; Indikation: Behandlung von Thrombosen.	BKK DV
	Zahlreiche HMGs der angeborenen Herzfehler weisen einen engen medizinischen Zusammenhang mit HMGs auf, die der Hierarchie 18 zugeordnet sind. Zudem treten Herzfehler mit weiteren Gefäßanomalien gemeinsam auf. Daher sollte überprüft werden, inwieweit eine Zusammenfassung in einer einheitlichen und konsolidierten Hierarchie zu einer Verbesserung des Klassifikationsmodells führen würde.	TK et al.
14	Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	
	Wir regen analog zu den DxGs 0686 und 1210 der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ erneut an, die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die DxG0341 „Sarkoidose der Lunge“ zu überprüfen (wegen klinischer Relevanz). ATC-Kodes: H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX.	AOK-BV
	Die AOK-Gemeinschaft vertritt weiterhin die Auffassung, dass eine Zuordnung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für DxG0421 „Lungenembolie“ nicht sachgerecht ist. Die in der Festlegung des Modells AJ 2022 geäußerte Einschätzung des BAS, dass zur Festlegung der gesicherten Diagnose „Lungenembolie“ aufgrund notwendiger bildgebender Diagnostik zwingend ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist, entspricht nicht der Versorgungsrealität. Der Nachweis einer Lungenembolie erfolgt überwiegend durch eine Computertomographie (CTPA), die breit verfügbar ist. Diese ist auch ambulant in der Notaufnahme des Krankenhauses oder durch vertragsärztlich tätige Radiologen möglich (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	AOK-BV
	Die Hierarchie wurde grundlegend überarbeitet, es wurden mehrere neue Stränge gebildet. Dabei sollten bereits bei der Bildung von Hierarchiesträngen mögliche Über- und Unterdeckungen durch Komorbiditäten überprüft werden. Die Trennungen im (ursprünglichen) Strang 1 und Strang 2 wurden nicht getrennt überprüft. Die Trennung des ursprünglichen Strang 2 in jetzt Strang 2 und Strang 3 ist nicht nachvollziehbar.	BKK DV
	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. Nur wenn diese empirische Überprüfung für die Aufnahme bisher ausgeschlossener ICDs spricht sollten diese ICDs auch tatsächlich in das Modell übernommen werden.	TK et al.

III	Anpassungen der Hierarchien	
	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 HMG0214 führt. Die Etablierung der neuen HMG0214 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 Kohlendioxidgehalt im Blut senken. Es sollte daher geprüft werden, ob eine Dominanz der HMG0214 auf den ersten Strang „Sonst. interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermed.“ (ab HMG0108 und abwärts) die Versorgungsrealität besser abbildet und zu einer Modellverbesserung führt. Weiterhin ist zu prüfen, ob es gilt, eine Dominanz der HMG0214 auf den fünften Hierarchiestrang „Erkrankung der Lunge nach medizinischen Maßnahmen“ umzusetzen, etwa um der medizinische Korrelation Rechnung zu tragen, dass unter Beatmungstherapie ein iatrogenes Pneumothorax (HMG0516, DxG0453) 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 HMG0214 gestellt werden.	TK et al.
	Zu berücksichtigen ist außerdem, dass es unter Beatmungstherapie ein erhöhtes Risiko für Infektionen der Atemwege mit Bakterien oder Pilzen gibt, sodass es angezeigt scheint, die Dominanz auf den zweiten Strang der Hierarchie beginnend mit der HMG0111 „Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien“ zu erweitern und so die Versorgungsrealität besser abzubilden.	TK et al.
	Im Hierarchiestrang 2 finden sich in der HMG0213 die drei DxGs 0015, 0717 und 0770, die durch Arzneimittel validiert werden. Eine weitere DxG (DxG1002) ist für ICD-Kodes 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.	TK et al.
	Bei Mukoviszidose gibt es mit dem ATC R07AX eine Gruppe, die sich nach Einschätzung der DAK-G aktuell bei Erwachsenen und dem Aufgreifkriterium 42 / 21 DDD (also 42 DDD) in Fallzahl und Kostenschätzer deutlich abgrenzen. Die DAK-G bittet das BAS zu prüfen, ob eine HMG „Mukoviszidose mit Medikation“ hierarchisch über der HMG0217 angeordnet zu einer Verbesserung der Modelgüte führt.	DAK-G
15	Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“	
	Die Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren (A10BK) sind 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-Kodes A10BK in die Anlage 3 für folgende DxGs zu prüfen: 0537 „Hypertensive Nierenerkrankung, mit Niereninsuffizienz“, 0538 „Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Niereninsuffizienz“, 0541 „Chronische Niereninsuffizienz“, 0542 „Niereninsuffizienz, n.n.bez.“, 0821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“	GKV-SV
	Im November 2020 wurde mit Dapagliflozin erstmals ein Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitor für Niereninsuffizienz zugelassen. Es wird daher vorgeschlagen SGLT-2-Inhibitoren (ATC A10BK) in die Arzneimittelzuordnung der DxGs 0822 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, < 40 Jahre)“, 0845 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, 40-79 Jahre“ und 0854 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, > 79 Jahre)“ aufzunehmen.	GKV-SV, AOK-BV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	Bei der Berücksichtigung der Wirkstoffe für die HMG0130 (DxGs 0850, 0821) sollte die Liste mit den beiden Gruppen ATC A11DA und ATC A11GA vervollständigt werden. Im Dialysestandard der DfN (Version 2022) findet sich: „Wegen des Verlustes von wasserlöslichen Vitaminen bei der Dialysebehandlung und diätetischen Einschränkungen bei Vitaminreichen Nahrungsmitteln (z.B. Zitrusfrüchte) ist eine regelmäßige Substitution mit Multivitaminpräparaten, insbesondere mit wasserlöslichen Vitaminen, zu empfehlen“. Daher sollten auch ATC A11DA „Vitamin B1 rein“ und ATC A11GA „Ascorbinsäure (Vitamin C, Kombinationen)“ berücksichtigt werden.	AOK-BV
	Einführung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ bei der DxG0406 „Niereninfektion“ wird begrüßt. Die DxG0812 „Abszesse in der Niere oder den ableitenden Harnwegen“ wäre ebenfalls durch das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zu validieren, da es sich klinisch um weitgehend gleiche Krankheitsbilder mit z. T. sogar schwereren Verläufen handelt z.B. N15 „Nierenabszess und perinephritischer Abszess“.	BKK DV
	HMGs 0130, 0131, 0134, 0137, 0139: Wir begrüßen die Streichung von ATC-Kodes für pflanzliche und homöopathische Wirkstoffe bei den DxGs der Niereninsuffizienz, würden aber eine konsistente Umsetzung auch im übrigen Festlegungsentwurf begrüßen.	BKK DV
	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.	TK et al.
	Im Erläuterungstext wird darauf hingewiesen, dass die DxG0539 „Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz“ im Klassifikationsmodell zweimal zugeordnet wird, einmal der Hierarchie 20 und einmal der Hierarchie 16. Die DxG0539 ist die einzige DxG im gesamten Klassifikationsmodell, bei der eine Doppelzuordnung erfolgt (zugeordnet zu HMG0091 in der Hierarchie 16 und HMG0131 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.	TK et al.
16	Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ (nicht bearbeitet)	
	HMGs 0146, 0790, 0146, 0779: sehr auffällige HMGs bezüglich Komorbiditäten. Hier sollte eine Konsolidierung geprüft werden (Die HMG0790 ist auf Null gesetzt. Dies ist vermutlich der Grund für die Überdeckungen).	BKK DV
	Die DxG0630 „Komplikationen bei Wehen und Entbindung, leichte Geburtsverletzungen“ sollte mit dem Aufgreifkriterium „Stationär erforderlich“ versehen und in die darüberliegende HMG0764 „Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett mit leichten prospektiven Kosten“ verschoben werden. Bei den ICD-Kodes aus der DxG0630 handelt es sich um mütterliche und kindliche Komplikationen, die ambulant nicht zu beherrschen sind und auch unter den Bedingungen einer Hausgeburt auf jeden Fall eine stationäre Aufnahme erfordern (Beispiele: O43.2x Krankhaft anhaftende Plazenta, O68.xx „Komplikationen bei Wehen und Entbindung bei fetalem Distress“, O74.xx „Komplikationen durch Anästhesie während der Entbindung und Geburt“).	IKK e. V
17	Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“	
	In der Hierarchie 22 wird die Arzneimitteldifferenzierung der Psoriasis angepasst, indem eine zusätzliche HMG0119 zur weiteren Arzneimitteldifferenzierung eingeführt wird. Allerdings wird die bestehende Dominanzbeziehung zwischen der Hierarchie 07 und 22 nicht entsprechend angepasst. Sie besteht zwischen der HMG0311 „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 (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	GKV-SV

III	Anpassungen der Hierarchien	
	Aufgrund der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung können verschiedene Medikamente gegeneinander substituiert werden. Daher sollte für die DxGs 0618 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (Alter > 54 Jahre)“ und 0619 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (Alter < 55 Jahre)“ die Aufnahme des ATC-Kodes D06BB „Antivirale Mittel“ geprüft werden (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	AOK-BV
	Für eine Vervollständigung des berücksichtigten Krankheitsspektrums schlägt die AOK-Gemeinschaft die Berücksichtigung der Ausschluss-ICDs R02.0- „Nekrosen der Haut und Unterhaut“ sowie R02.8 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert“ vor. Über die genannten Diagnosen können Patientengruppen mit deutlich erhöhten Kostenrisiken zielgenauer abgebildet werden. Die Abbildung könnte z.B. über eine zusätzlichen, freistehenden HMG (M2Q) erfolgen.	AOK-BV
	HMG0151 / HMG0219: Die Arzneimitteldifferenzierung der Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation nach einem pyramidalen System wird ausdrücklich begrüßt. Psoriasis und Psoriasis-Arthropathie sind Krankheitsbilder, die im Versorgungsalltag ineinander übergehen und teilweise schwer voneinander abzugrenzen sind. Um alle hochpreisigen systemisch wirksamen Therapien entsprechend abzubilden, sollte geprüft werden, ob der ATC-Kode L01XC „Monoklonale Antikörper“ neben der Psoriasis-Arthropathie auch bei Psoriasis und Parapsoriasis ergänzt werden kann.	BKK DV
	Die Arzneimitteldifferenzierung beim atopischen Ekzem mit Dauermedikation nach einem pyramidalen System wird begrüßt. Es erscheint sachgerecht, dass nur höherpreisige systemisch wirksame Arzneimittel in der HMG0123 „Atopisches Ekzem mit Dauermedikation II“ hinterlegt werden. In der ATC-Gruppe D11AH sind allerdings auch topische Arzneimittel wie Pimecrolimus und Tacrolimus enthalten. Deshalb empfehlen wir eine Streichung der ATC-Gruppe D11AH und stattdessen eine Hinterlegung des endstelligen ATC-Kodes D11AH05 für Dupilumab. Systemisch wirksame Calcineurinhinhibitoren wären weiterhin über die ATC-Gruppe L04AD in dieser HMG enthalten.	BKK DV
	HMG0119: Die Arzneimitteldifferenzierung der Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation nach einem pyramidalen System wird ausdrücklich begrüßt. Um alle hochpreisigen systemisch wirksamen Therapien entsprechend abzubilden, sollte geprüft werden, ob der ATC-Kode L01XC „Monoklonale Antikörper“ neben der Psoriasis-Arthropathie auch bei Psoriasis und Parapsoriasis ergänzt werden kann. Da sich in der HMG0119 (Dauermedikation III) ansonsten nur hochpreisige Arzneimittel befinden, liegt es nahe, dass die ATC-Gruppe D05BA „Psoralene“ versehentlich -neben der Dauermedikation I und II- auch in dieser Gruppe aufgeführt ist. Wir bitten um eine Überprüfung und ggf. Anpassung.	BKK DV
	Ausdrücklich positiv bewerten wir die Verschiebung der HMG0149 „Hautulkus ohne Dekubitalulzera“ (L97, L98.4) in die Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“. Dadurch kann die externe Hierarchisierung auf diese HMG entfallen. Allerdings werden im Festlegungsentwurf Dekubitalulzera weiterhin in der Hierarchie 22 geführt (HMGs 0150, 0154, 0156). Eine Doppelzuweisung von Dekubitalulzera (HMGs 0150, 0154, 0156) in Hierarchie 22 mit Ulzera, 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, sodass eine Prüfung und Hierarchisierung weiterhin erforderlich erscheint.	TK et al.
	Arzneimitteldifferenzierungen bei Psoriasis führen sowohl in der Hierarchie 07 als auch in der Hierarchie 22 zu neuen HMG. Die Entwicklung erfolgt jeweils auf dem Ausgangsmodell, was ausgeführt und nachvollziehbar ist. Die HMG0311 wurde entsprechend dem Kostenschätzer über die HMG0219 gestellt. Nach der Anpassung der Hierarchie 22 müsste die HMG0311 über die HMG0119 einsortiert werden. Die DAK-G bittet das BAS dieses zu prüfen.	DAK-G
	Da eine der Primärläsionen der Abszess ist, wird die „Hidradenitis suppurativa“ (L73.2) häufig als „Abszess“ (L02) fehldiagnostiziert. Die Verschiebung des ICD-Kodes L73.2 aus der HMG0220 in die HMGs 0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I“ und 0152 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (< 55 Jahre) / Angio-neurotisches Ödem / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten“ sollte daher geprüft werden (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	DGfW

III	Anpassungen der Hierarchien	GKV-SV
18	Hierarchie 23 „Verletzungen“	
	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. Vor diesem Hintergrund sollte die Kostenhomogenität der HMG0801 und HMG0802 auf Ebene der DxG überprüft werden.	TK et al.
	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.	
19	Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ (nicht bearbeitet)	AOK-BV
	Die AOK-Gemeinschaft schlägt die Abbildung von Diagnosen aus dem Bereich „Stomaversorgung“ vor. Die ICD-Kodes der Stomaversorgung sind gut geeignet um innerhalb von Krankheitsgruppen besonders schwerwiegende Krankheitsverläufe zu identifizieren. Da es sich überwiegend auch um Erkrankungen/Folgen von medizinischen Eingriffen handelt, schlägt die AOK-Gemeinschaft die Aufnahme von Diagnosen aus dem Bereich „Stomaversorgung“ vor, in dem die bisher in der Ausschlusskategorie abgebildeten ICDs über die folgenden 3 DxGs wie folgt abgebildet werden: „Tracheostoma, Thorakostoma, Dysphagie“ (enthält ICD J95.0, R13.0, R13.1, Z43.0, Z93.0, Z93.80), „Koloostoma, Gastrostoma, Ileostoma, künstliche Körperöffnungen“ (enthält ICDs Z43.1, Z43.2, Z43.4, Z43.8, Z43.88, Z43.9, Z93.1, Z93.2, Z93.4, Z93.8, Z93.88, Z93.9), „Zytostoma, künstliche Körperöffnung Harntrakt, -wege, künstliche Vagina“, (enthält die ICDs Z43.6, Z43.7, Z93.5, Z93.6). Der Zugriff erfolgt über M2Q. Die genannten DxGs sind nach Kostenschätzern in z.B. drei HMGs zusammenzufassen und in einem neuen, separaten Hierarchiestrang abzubilden	
20	Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“	BKK DV
	Im Zuge der grundlegenden Bearbeitung sollte auch die einheitliche Berücksichtigung der diabetischen Sternkodes H28.0* (HMG0429) aufgegriffen und in den Diabetesstrang der Hierarchie 04 eingearbeitet werden.	
21	Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“	IKK e. V
	In Analogie zu der besseren Abbildung von Schilddrüsenerkrankungen in der Hierarchie 04 halten wir es für erforderlich, auch bei Kindern mit angeborener Hypothyreose eine Arzneimittelvalidierung umzusetzen. Der angeborene Mangel an Schilddrüsenhormonen führt unbehandelt zu körperlicher und geistiger Retardierung (Kretinismus). Diese Untersuchung erfolgt bereits beim Neugeborenen-Screening. Wir halten daher eine Arzneimittelvalidierung für die in der HMG0850 betroffene DxG0478 „Neugeborenen-Hypothyreose (Kretinismus)“ entsprechend dem Vorgehen in Hierarchie 04 für notwendig. Als Aufgreifkriterium schlagen wir eine Arzneimittelvalidierung mit dem Kennzeichen klinisch relevant vor. Als Arzneimittel kommt der ATC-Kode H03AA „Schilddrüsenhormone“ in Frage. Die homöopathisch-anthroposophischen ATC-Kodes H03BH und H03BP sollten aus medizinischer Sicht ausgeschlossen werden.	

III	Anpassungen der Hierarchien	
	Die schwerwiegenden Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation führen bei Kindern unter 5 Jahren zu deutlichen Unterdeckungen. Es sollte daher eine Altersdifferenzierung der beiden DxGs 0297 „Schwerwiegende Entzündung des Ohres“ und 1018 „Trommelfellperforation“ aus der HMG0967 in Hierarchie 29 in größer fünf und kleiner sechs Jahre geprüft werden. Die neu gebildeten Diagnosegruppen mit der Altersbegrenzung bis 5 Jahre sind entsprechend in die Hierarchie 27 einzuordnen. Die DxGs > 5 Jahre verbleiben in der Hierarchie 29.	IKK e. V
22	Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“ (nicht bearbeitet)	
	Die HMGs der Hierarchie Schmerz führen in der Kombination mit anderen HMGs - insbesondere aus den Hierarchien 07 und 11 - zu problematischen Überdeckungen. Auch hier bedarf es zielgerichteter Anpassungen im Modell: Überprüfung einer externen Dominanz zwischen den HMGs 0253, 0255 und 0260 und dem 5. Strang der Hierarchie 07. Überprüfung einer externen Dominanz zwischen den HMGs 0253, 0255 und 0260 und dem Strang 1a der Hierarchie 11.	BKK DV
	Die Probleme durch die Komorbiditäten mit anderen Hierarchien sind 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. Eine Überarbeitung der Hierarchie 28 im nächsten Anpassungszyklus ist daher aus unserer Sicht dringend erforderlich. Dies gilt auch für die grundsätzliche Überprüfung eines Ausschlusses der bisher in der Hierarchie 28 berücksichtigten ICD-Kodes R52.1 „Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz“ und R52.2 „Sonstiger chronischer Schmerz“.	TK et al.
23	Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“	
	Zur Neuordnung der ICD-Kodes der ehemaligen HMG0881 „Erkrankungen der Zähne, des Zahnfleisches 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-Kodes K02.8 „Sonstige Zahnkaries“ und K02.9 „Zahnkaries, nicht näher bezeichnet“ unterschiedlichen HMGs (HMG0881 bzw. HMG1021) zugeordnet, deren Kostenschätzer sich um ca. 600 € unterscheiden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die getroffene Neuordnung hinsichtlich bestehender Fehlanreize bei der Kodierung zu überprüfen und ggf. anzupassen.	GKV-SV
	Nach Erkenntnislage der Innungskrankenkassen zeigen sich bei den Erkrankungen des Zahnapparates und der Mundschleimhäute deutliche altersbezogene Deckungsunterschiede zwischen den Kindern und Jugendlichen und den erwachsenen Personen. Wir schlagen vor, diese Fehldeckungen durch die Einführung eines Alterssplits zu reduzieren und die DxG1883 „Dentofaziale Anomalien und Erkrankungen der Lippe, der Mundschleimhaut und der Zunge“ aus der gleichlautenden HMG0171 aufzusplitten in - „Dentofaziale Anomalien > 18 Jahre“ - „Dentofaziale Anomalien < 19 Jahre“ Für die DxG0074 „Zahnkaries, Stomatitis und Erkrankungen der Pulpa und der Gingiva“ mit der gleichlautenden HMG0881 schlagen wir einen Alterssplit bei 24 Jahren vor: - „Zahnkaries, Erkrankungen der Mundschleimhäute und Pulpa > 24 Jahre“ - „Zahnkaries, Erkrankungen der Mundschleimhäute und Pulpa < 25 Jahre“ Die HMG0171 sollte umbenannt werden in „Dentofaziale Anomalien > 18 Jahre und Erkrankungen der Mundhöhle > 24 Jahre“. Sie enthält die beiden neu gebildeten DxGs „Dentofaziale Anomalien > 18 Jahre“ und „Zahnkaries, Erkrankungen der Mundschleimhäute und Pulpa > 24 Jahre“ und wird in den 4. Strang integriert. Die verbleibenden DxGs „Dentofaziale Anomalien < 19 Jahre“ und „Zahnkaries, Erkrankungen der Mundschleimhäute und Pulpa < 25 Jahre“ werden in die HMG1021 „Andere Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen“ integriert. Diese wird in „Andere HNO-Erkrankungen, Dentofaziale Anomalien < 19 Jahre, Erkrankungen der Mundhöhle < 25 Jahre“ umbenannt. Im Ergebnis ist die HMG0881 und somit der dritte Strang aufgelöst.	IKK e. V

III	Anpassungen der Hierarchien	
	<p>Die Erkrankungen der HMG0967 „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation“ mit schwerwiegenden Ohrenentzündungen, die auch die Entzündungen des Mastoids einschließen, führen bei Kindern unter 5 Jahren zu deutlichen Unterdeckungen. Wir schlagen vor, die DxG0297 „Schwerwiegende Entzündung des Ohrs“ und DxG1018 „Trommelfellperforation“ aus der HMG0967 mit einem Alterssplit zu versehen</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs < 6 Jahre“ - „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs > 5 Jahre“ - „Trommelfellperforation < 6 Jahre“ - „Trommelfellperforation > 5 Jahre“ <p>Die neugebildeten DxGs „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs > 5 Jahre“ und „Trommelfellperforation > 5 Jahre“ verbleibt in der Hierarchie 29 in der HMG0967. Die HMG-Bezeichnung wäre dann in „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation > 5 Jahre“ zu ändern. Die neugebildeten DxGs „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs < 6 Jahre“ und „Trommelfellperforation < 6 Jahre“ werden zu einer neuen HMG „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation < 6 Jahre“ zusammengefasst und in die Hierarchie 27 ausgegliedert.</p>	IKK e. V.
	<p>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, sodass 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.</p> <p>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 DxG1140 / HMG0074 vorzunehmen.</p>	TK et al.
	<p>Die Kostenschätzer der beiden HMGs 1028 und 1029 weisen nach Abschluss der vorgenommenen Anpassungen wieder einen deutlichen Unterschied auf, sodass der Grund für den Wegfall der Dominanzbeziehung hinfällig geworden ist.</p>	TK et al.
	<p>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 HMG0881 „Zahnkaries, ...“ und HMG0171 „Dentofaziale Anomalien...“ sowie auf die HMG1031 „Phlegmone...“ im linken Strang, die u. a. die chronisch (eitrige) Mittelohrentzündung als Diagnose enthält, geprüft werden, um das Krankheitsgeschehen angemessen abzubilden.</p>	TK et al.
24	Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“	
	<p>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-Kodes 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-Kodes zu den DxGs / HMGs der Hierarchie 31 sind aus der Zuordnungstabelle zu entfernen.</p>	GKV-SV, BARMER
	<p>HMG0062: Die Betriebskrankenkassen regen an, den Vorschlag mit einer Arzneimitteldifferenzierung mit 10 DDDs wieder aufzunehmen, wenn dieser Sonderfall in die RSA-Systematik für andere Krankheitsbilder aufgenommen werden sollte.</p>	BKK DV

Quelle: BAS

Tabelle 2.4: Stellungnahmen zu weiteren Bereichen des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens

IV Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens		
1 Regionale Risikogruppen		
	Das Verfahren zur Variablenselektion und zur Bildung der regionalen Risikogruppen kann nachvollzogen werden.	GKV-SV, TK et al.
	Bereits in der Stellungnahme zum Klassifikationsmodell 2022 haben wir – insbesondere vor dem Hintergrund der finanziellen und wettbewerblichen Bedeutung der Regionalkomponente – auf die Notwendigkeit eines Verfahrens zur Validierung der verwendeten Daten hinsichtlich ihrer Qualität und Eignung hingewiesen. Insbesondere bedarf es unseres Erachtens einer kontinuierlichen und systematischen Prüfung der Variablen darauf, ob und inwieweit die verfügbaren Daten tatsächlich die dahinter vermuteten inhaltlichen Konstrukte erfassen und sich daher für die weitere Verwendung eignen (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	AOK-BV
	Ein Fokus bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells sollte daher sein, die Ursachen der beobachteten Schwankungen zu untersuchen und, insbesondere unter Rückgriff auf die Erkenntnisse des anstehenden Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats zur Regionalkomponente, das Modell robuster gegen die beobachtete Volatilität zwischen den einzelnen Jahren zu machen. Die möglichen spezifischen Effekte der COVID-19-Pandemie auf die Regionalkomponente wurden in den Erläuterungen zum Entwurf des Klassifikationsmodells nicht eingehend beleuchtet. Neben den Ausgaben- und Morbiditätsdaten des RSA sind auch die Datengrundlagen der Regionalkomponente von Pandemie-Effekten betroffen. Dies betrifft neben den direkt aus den RSA-Datengrundlagen abgeleiteten Variablen, also etwa den „Sterbekosten“, auch die aus anderen Quellen gewonnenen Daten zu regionalen Strukturmerkmalen, z.B. die INKAR-Datenbank. Diese Daten sind letztlich ausschlaggebend für die Landkreis-Dezil-Zuordnung und die resultierenden Kostengewichte (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	BKK DV
	Das gewählte Vorgehen zur Auswahl der Variablen und zur Bildung der RGGs können wir nachvollziehen, begrüßen jedoch, dass der wissenschaftliche Beirat die Regionalkomponente im Jahr 2023 erneut begutachten wird.	IKK e. V
2 Auslandsversicherte		
	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.	GKV-SV
	Weiterhin bitten wir das BAS, darzulegen, weshalb als Untergrenze für die Größe einer (länderübergreifenden) Wohnlandgruppe gerade „1.000 Versichertenjahre“ gewählt wurde.	GKV-SV
	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.	GKV-SV
	Die aktuell besondere Berücksichtigung des Vereinigten Königreichs, das trotz weniger als 1.000 Versicherter einer eigenen WLG zugeordnet ist, ist aufgrund der noch unklaren Wirkungen in Folge des Brexit-Abkommens nachvollziehbar. Sofern sich die Rechnungssummen der DVKA mit dem Vereinigten Königreich (lt. Satzart 150) in den kommenden beiden Meldungen jedoch nicht deutlich verändern, sollte diese Sonderbehandlung beendet werden.	AOK-BV
	Die grundsätzlichen Kriterien, die zur Bildung der Wohnlandgruppen führten, halten wir für sachgerecht, dies gilt auch für die separate Führung des Landes Großbritannien. Weniger klar stellen sich die Verwendungen der einzelnen Kriterien, die auch untereinander in Beziehung stehen, dar. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen wäre es beispielsweise sinnvoll, die Homogenität der Ausgabenmittelpunkte einzelner Länder höher zu gewichten, als die geographische Nähe der Länder einer Wohnlandgruppe (ausführlichere Darstellung siehe Stellungnahme).	BKK DV

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	
	<p>Die Betriebskassen schlagen daher vor, dass das BAS im Rahmen der endgültigen Festlegung des Versichertenklassifikationsmodells eine Gewichtung der Ziele beschreibt, denn am Beispiel Luxemburg (6.353 €) zeigt sich, dass wiederum die geographische Nähe ausschlaggebend zu sein scheint und dann die Zuordnung zum, bezogen auf die Kosten, naheliegendem Land „Niederlande“ (3.011 €) vorgenommen wird, auch wenn dieses nicht direkt angrenzt. Überzeugender wäre aus Sicht der Betriebskrankenkassen die Kombination Luxemburg (6.353 €) und Schweiz (5.338 €) oder eine Kombination der finanziell herausragenden Länder Norwegen (7.652 €), Schweiz, Luxemburg. Auch ohne beschriebenen Ausreißer (Norwegen, 2017) würde die Kombination dieser Länder überzeugen.</p>	BKK DV
	<p>Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist jedoch nicht ersichtlich, weshalb die Mindestanzahl an Versichertenjahren innerhalb einer WLG bei 1.000 Versichertenjahren liegt. Eine geringere Grenze würde die Nachvollziehbarkeit erhöhen und in einigen Ländern mit einer höheren Anzahl an Versichertenjahren die Deckungsquote verbessern. Als Beispiel hierfür kann Bulgarien herangezogen werden, welches 639 Versichertenjahre im Jahr 2020 aufweist, allerdings aufgrund der Gruppierung mit Bosnien-Herzegowina eine Deckungsquote von nur 24 % hat.</p>	IKK e. V
	<p>Ein geeignetes und aus unserer Sicht rechtssicheres Vorgehen wäre die Zusammenlegung der Länder nach den Ausgabenmittelwerten. Hierdurch würde verhindert werden, dass Länder mit unterschiedlichen Ausgaben je Versichertenjahr zu einer WLG zusammengefasst werden, obwohl ein Zusammenlegen mit einem Land mit ähnlichen Ausgaben je Versichertenjahr möglich gewesen wäre. Ein Beispiel hierfür ist Estland, welches zusammen mit Lettland und Litauen eine WLG bildet. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgaben liegt jedoch die Deckungsquote für Estland bei nur 56 %. Eine bessere Option könnte hier das Zusammenlegen nach dem Ausgabenmittelwert sein.</p>	IKK e. V
	<p>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 1.000 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.</p>	TK et al.

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	
	<p>Über 95 % der ca. 450 Mio. Auslandsausgaben auf Seite 583 des Entwurfes werden versichertenbezogen abgerechnet. Für die 214 bzw. 176 Mio. € Inlandsausgaben gilt dies ohnehin. Damit sind ältere Versicherte natürlich – bei gleichem Wohnland – regelmäßig stärker von diesen Ausgaben betroffen als jüngere. Auch die Verteilung der Auslandsversicherten auf die Alters- und Geschlechtsgruppen differiert zwischen den Kassen und Kassenarten genauso wie die der Inländer. So ist die Alters- und Geschlechtsmorbidity der BARMER- Auslandsversicherten (bewertet man sie mit den bisherigen AusAGG- Zuschlägen) im GKV- Vergleich sogar noch einmal höher als bei den Inlandsversicherten. Natürlich ist die Ermittlung von Alters- und Geschlechtszuschlägen mittels einer Regression für einzelne Wohnländer und auch für Wohnlandgruppen (noch) nicht möglich. Es ist aber ohne weiteres möglich, nach bestehendem Verfahren AusAGG – Zuschläge zu ermitteln (ohne die seit 2013 gültige Begrenzung) und diese je Wohnlandgruppe mittels eines Faktors an die Gesamtausgaben der jeweiligen Wohnlandgruppe anzupassen. Meistens wird dieser unter 1 liegen, für manche Wohnlandgruppen aber ziemlich sicher auch darüber. Damit entsteht kein einheitlicher Tageszuschlag je Wohnlandgruppe, sondern 40 verschiedene, was der Realität in dieser Gruppe aber auch deutlich gerechter wird. Wie bei der seit 2013 gültigen Regelung werden dann die Zuschläge für Inlandsversicherte (außer Krankengeld) entsprechend dem Verhältnis der Summe aller Brutto- AusAGG und der Summe der nach dem BAS- Verfahren heranzuziehenden Ausgaben korrigiert. Hierbei wird der Zusammenhang von Alter, Geschlecht und Ausgabenrisiko aus Deutschland auf alle Wohnlandgruppen übertragen. Dies erscheint auch sachgerecht, denn es entspricht nicht nur der Praxis der AusAGG seit 2009. Vielmehr ist dieser Zusammenhang für ein Drittel des Zuweisungsvolumens (die Inlandsausgaben) ohnehin richtig. Und der Zusammenhang zwischen Alter/Geschlecht und Ausgabenhöhe wurde deswegen von 1994 bis 2008 als fast alleinige Variable für den Risikostrukturausgleich gewählt, weil er in vergleichbaren Gesundheitswesen auch überall vergleichbar festgestellt wurde (vgl. z.B. Werner Schneider: „Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung“, Erich Schmidt Verlag 1994). Die BARMER regt daher an, unter Maßgabe der AusAGG für jede Wohnlandgruppe 40 nach Alter und Geschlecht unterschiedliche Zuschläge zu schaffen. Es besteht sonst die Gefahr, dass die Diskussion um das richtige Verfahren für die Versicherten im Ausland durch diesen partiellen Rückschritt nicht zur Ruhe kommt.</p>	BARMER
3	Manipulationsbremse	
	<p>Die AOK-Gemeinschaft lehnt zudem weiterhin die sogenannte Manipulationsbremse grundsätzlich ab, da sie einen gravierenden Eingriff in die Funktionsfähigkeit des Morbi-RSA darstellt. Der Ausschluss der zuweisungsstärksten Morbiditätsgruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten führt zu einer massiven Reduzierung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA. Zuweisungen werden in erheblichem Umfang zu Lasten von versorgungsbedürftigen Versicherten und zu Gunsten von Krankenkassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität umverteilt. Die mit der Einführung des Vollmodells angestrebte Verbesserung der Zielgenauigkeit im RSA wird somit konterkariert. Durch diesen kollektiven Ansatz werden Manipulationsanreize in keiner Weise adressiert und somit auch nicht wirksam reduziert. Die bisherigen Erfahrungen für das Jahr 2021 deuten aus Sicht der AOK-Gemeinschaft auch nicht darauf hin, dass sich die o.g. negativen Effekte durch das Verfahren nach § 19 Absatz 6 RSAV in einem relevanten Umfang reduzieren lassen.</p>	AOK-BV
4	Ist-Kosten-Ausgleich	
	<p>Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Einführung von partiellen Ist-Kostenausgleichen im Morbi-RSA ab und fordert stattdessen, die Zuweisungen über den bewährten, standardisierten Ausgleich von prospektiven Folgekosten zu bemessen. Nur so werden die notwendigen Anreize gesetzt, Risikoselektion zu vermeiden, die Versichertenversorgung vorausschauend kosteneffektiv zu gestalten sowie in Prävention zu investieren. Hier sei auf die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum GKV-FKG mit Stand vom 04.12.2019 (BT-Drs. 19/15662) sowie unsere Stellungnahme vom 13.08.2021 verwiesen.</p>	AOK-BV
	<p>Die AOK-Gemeinschaft lehnt IST-Kostenausgleiche im RSA grundsätzlich ab, da sie per se nicht zielkonform sind und negative Wirtschaftlichkeitsanreize setzen [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 13.08.2021]. Im speziellen Sonderfall Kinderkrankengeld sind die Möglichkeiten eines prospektiven und standardisierten Verfahrens allerdings deutlich begrenzt. Vor diesem Hintergrund, den fehlenden Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen und dem geringen Ausgabenvolumen ist die vorgesehene Umsetzung für Kinderkrankengeld sachgerecht. Sie entspricht zudem ebenfalls dem Vorschlag der Folgegutachter.</p>	AOK-BV

IV Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens		
5	Nichtmorbiditybezogene Leistungsausgaben	
	Zwar wurde das BAS mit GKV-FKG über den neuen § 8 Abs. 4 Satz 8 RSAV ermächtigt, nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben im Berechnungsverfahren gesondert zu berücksichtigen. Die AOK-Gemeinschaft vertritt aber weiterhin die Auffassung, dass die vorgenommene Differenzierung von sogenannten nichtmorbiditybezogenen Leistungsausgaben inhaltlich unbegründet ist und im Ergebnis nicht den in § 266 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V formulierten Zielsetzungen des Morbi-RSA entspricht. Daher fordern wir weiterhin mit Nachdruck, die Abgrenzung von sogenannten nicht-morbiditybezogenen Leistungsausgaben zu beenden.	AOK-BV
6	EMGs	
	Die seit 2021 vollzogene Streichung der Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner als separates Risikomerkmale bewertet die AOK-Gemeinschaft vor diesem Hintergrund als Fehlentwicklung im Morbi-RSA. Wie vom Wissenschaftlichen Beirat aufgezeigt sind ohne Erwerbsminderungszuschläge die durchschnittlichen Ausgaben für diese Versichertengruppe durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds systematisch unterfinanziert. Die fehlende Berücksichtigung reduziert nicht nur die Erklärungskraft des Morbi-RSA, sondern setzt klare Anreize, diese besonders schutzbedürftigen Menschen durch Risikoselektion zu benachteiligen. Der Morbi-RSA muss daher in der Perspektive so weiterentwickelt werden, dass durch die (Wieder-) Aufnahme der Erwerbsminderungsrentner und weiterer geeigneter Parameter auf Versichertenebene ein wirksamer Schutzschirm für vulnerable Versichertengruppen in der GKV gespannt wird. Es sind Parameter auszuwählen, durch welche die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA erhöht wird, die nicht durch Krankenkassen beeinflusst werden können und damit die Manipulationsresistenz gewährleisten.	AOK-BV
7	Abschlagsverfahren	
	Die gegenwärtig politisch intendierte Abschmelzung der Restvermögen in den Krankenkassen führt unserer Meinung nach erneut zur Frage, ob ein fallweises Antragsverfahren, wie es im RSA-Abschlagsverfahren vorgesehen ist (§ 16 Abs. 3 RSAV), dazu beitragen kann, den Zeitverzug zwischen einer bezahlten Leistungsausgabe und einer späteren Regulierung im Rahmen des Jahresausgleiches auszugleichen. Auch wenn dieser Aspekt die Anhörung zum Versichertenklassifikationsmodell 2023 nicht direkt berührt, möchten wir entsprechende Problematik mit Blick auf das sich anschließende Anhörungsverfahren nach § 16 Absatz 3 Satz 5 RSAV und § 18 Absatz 5 Satz 3 RSAV bereits jetzt ankündigen. Die Betriebskrankenkassen halten nach wie vor eine unterjährige Regulierung einer festgestellten erheblichen und nachweislichen Abweichung zwischen Abschlagsverfahren und erwartetem Jahresausgleich für geboten.	BKK DV

Quelle: BAS

Tabelle 2.5: Redaktionelle Hinweise

V. Redaktionelle Anmerkungen zu den Dokumenten		
1	Festlegungsdokument	
	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 neun RGGs aus dem Bereich der RGG0101 bis RGG0910.“ [neun statt sieben]	GKV-SV, AOK-BV, IKK e. V
	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.	GKV-SV
2	Anlage 1 - ICD Zuordnung	
	Die dem ICD-4-Steller K83.0 „Cholangitis“ zugeordneten ICD-Kodes K83.00, .01, .08, .09 sind in der Anlage 01_Anlage_1_ICD_Zuordnung_AJ2023_ENTWURF nicht enthalten. Das Gleiche gilt für die ICD-Kodes der Gruppe U69.5-! „Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten“. Die genannten ICD-Kodes sind in der Anlage zu ergänzen. [DxG0033, HMG0271]	GKV-SV, AOK-BV, DAK-G
	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 (HMG0247) zugeordnet. Die Zuordnung ist zu entfernen.	GKV-SV

V.	Redaktionelle Anmerkungen zu den Dokumenten	
	Für den ICD-4-Steller K31.1 „Pylorusstenose beim Erwachsenen“ sowie die ihm zugeordneten fünfstelligen ICD-Kodes ist die Altersgrenze von 0 bis 124 Jahre festgelegt, obwohl es sich um ein Krankheitsgeschehen bei Erwachsenen handelt. Hier sollte analog zu den ICD-Kodes der Gruppe M42.1 „Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen“ die Festlegung einer Altersgrenze von 15 bis 124 Jahre überprüft werden.	GKV-SV
	Die Anlagen 1 bis 4 werden aktuell als Excel-Datei mit mehreren Reitern ausgeliefert. Die AOK-Gemeinschaft würde die ergänzende Auslieferung in einem normalisierten maschinenlesbaren Format (z.B. normalisierte Daten über mehrere CSV-Dateien) zur Vermeidung von Dateninkonsistenzen begrüßen und unterstützt bei Bedarf gern mit einem Vorschlag für eine technische Spezifikation.	AOK-BV
3	Anlage 3 - ATC-Kodes	
	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“.	GKV-SV
	In der Anlage 3 fehlt bei der DxG0978 die Bezeichnung des ATC-Kodes J05AP „Antivirale Mittel zur Behandlung von Hepatitis C Infektionen“.	AOK-BV
4	Erläuterungen	
	Eine konsequente und durchgängige Nummerierung aller Hierarchiestränge sowohl im Ausgangsmodell wie auch im Festlegungsentwurf würde die Verständlichkeit der durchgeführten Analyseschritte verbessern und die Übersichtlichkeit der Modellstruktur deutlich erhöhen. Ebenso wäre es für eine bessere Übersicht sinnvoll, die Symbole für veränderte Aufgreifkriterien nicht nur in den Berechnungsschritten bei Modellveränderungen, sondern auch bei der finalen Darstellung der Hierarchiestränge im Festlegungsentwurf zu verwenden. Diese Darstellung wäre dann entsprechend der Aufführung der angepassten DxGs und böte einen besseren Überblick über neue bzw. veränderte Aufgreifkriterien (Alter, Arzneimittel, stationär erforderlich, etc.).	IKK e. V
	S. 51: Der HMG0283 „Sepsis beim Neugeborenen“ ist in der Abbildung die DxG0044 zugeordnet, laut Text sollte es sich um die DxG0004 handeln.	AOK-BV
	In Tabelle 4.5 sollten jedoch die Spaltenüberschriften „EM / KM“ getauscht werden.	BKK DV
	S. 290 / S. 623: In der schematischen Darstellung der Hierarchie 11 sind den drei HMGs 0051, 0054 und 0055 jeweils die gleichen DxGs zugeordnet (DxG 0255 und 0256).	AOK-BV
	S. 350 / S. 627: In der schematischen Darstellung der Hierarchie 14 ist eine Querdominanzbeziehung der HMG0232 zur HMG0012 aus Hierarchie 11 eingezeichnet. Diese wird allerdings in Anlage 1 nicht beschrieben.	AOK-BV
	S. 376: In der schematischen Darstellung der Anpassung wird die falsche DxG gezeigt. Zu sehen ist die DxG0674. Es wird jedoch in diesem Abschnitt die DxG0418 angepasst.	AOK-BV
	S. 458 / S. 637: In der schematischen Darstellung der Hierarchie 22 ist die DxG1261 doppelt zugeordnet (sowohl der HMG0196 als auch der HMG0129).	AOK-BV
	S. 541: In der schematischen Darstellung der Hierarchie 27 ist der HMG0405 die DxG0044 zugeordnet, richtig wäre jedoch die DxG0004.	AOK-BV
	S. 157: In Abschnitt 10.1 muss das Wort „Aöus“ durch „Aus“ ersetzt werden	IKK e. V
	S. 159: In Abschnitt 10.2.1 fehlt in Tabellenüberschrift 10.1 zwischen AJ und 2022 ein Leerzeichen	IKK e. V
	S. 556: In Abschnitt 27.2.1 fehlt in der Tabellenüberschrift 27.1 ein Leerzeichen zwischen AJ und 2022	IKK e. V
	S. 132/133: HMG0389 einmal als „akute Porphyrie“, dann als „Porphyrie“, „HMG0389 sonstige Porphyrie mit Bedarfsmedikation“	BKK DV
5	Erläuterungen: Anlage 6a - Regressionskoeffizienten	
	Leider geht aus der Tabelle nicht eindeutig hervor, welche Bedeutung die einzelnen Spalten haben, da kein Tabellenblatt existiert, das Abkürzungen erläutert, auch wenn diese meist nachvollziehbar sind (z.B. steht SE-PTW wohl für den Standardfehler des Pro-Tag-Wertes).	KBV / BÄK

Quelle: BAS

3 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2023 im Vergleich zum Festlegungsentwurf

3.1 Ausgangsmodell

Die in Anlage 01 fehlenden ICD-Kodes werden ergänzt. Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine inhaltlichen Änderungen.

3.2 Hierarchie 01 „Infektionen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.3 Hierarchie 02 „Neubildungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden die bisher der Ausschlusskategorie zugeordneten neuen fünfstelligen ICD-Kodes U69.5-! „Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten“ einer Krankheit sowie DxGs und HMGs zugeordnet. Die ICD-Kodes E34.0 „Karzinoid-Syndrom“ und E88.3 „Tumorlyse-Syndrom“ werden aus den DxGs 0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“, 0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ entfernt.

3.4 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

In der Hierarchie 04 werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf ATC-Kodes für die DxGs 0099, 0101, 0103, 0107, 0109, 0111, 0801, 0803, 1061, 1065 und 1084 gestrichen. Die DxG0590 wird der HMG0019 zugeordnet, die umbenannt wird in „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen, Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert“.

3.5 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.6 Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Die Festlegung der Hierarchie 06 entspricht hinsichtlich der Fallzahlen, Kostenschätzer und Kennzahlen zur Modellgüte dem Festlegungsentwurf der Hierarchie für das AJ 2023. Die ICD-Kodes K83.0- werden der DxG1230 „Näher bezeichnete Erkrankungen der Gallenwege“ zugeordnet, der auch der ICD-Vierstelter K83.0 „Cholangitis“ zugehört.

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

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf erfolgen geringfügige Anpassungen der Arzneimittelzuordnungen für die DxGs 0810 „Postmenopausale Osteoporose“, 1101 „Arzneimittelinduzierte Osteoporose (Frauen)“, 1154 „Gicht mit Bedarfsmedikation“, 1245 „Sonstige Osteoporose (Frauen)“ und 1294 „Osteoporose nach Ovariectomie oder sonst. chirurgischem Eingriff (Frauen)“.

3.8 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

In der Hierarchie 08 wird auf Grund eines Hinweises des GKV-SV und des AOK-BV der ICD-Code D46.6 verändert berücksichtigt und den DxGs 0243 „Sonstige myelodysplastische Syndrome mit Chemo- bzw. supportiver Therapie“ und 0230 „Sonstige myelodysplastische Syndrome“ zugeordnet.

3.9 Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

Das Aufgreifkriterium für die DxG0804 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ wird von „stationär erforderlich“ auf „M2Q“ gesetzt. Die Gruppe wird in die HMG0656 „Andere psychische Störungen“ eingegliedert.

3.10 Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.11 Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird die ICD-Zuordnung der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ erweitert. Außerdem wird das Wirkstoffspektrum zum Aufgreifen dieser DxG ausgedehnt. Schließlich werden die beiden bisherigen HMGs 0211 „Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens“ und 0322 „Näher bezeichnete Instabilität oder Deformität der Wirbelsäule / Andere entzündliche Spondylopathien“ zu einer gemeinsamen Zuschlagsgruppe vereinigt.

3.12 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Beim Arzneimittelkriterium der DxG1257 „Myasthenia gravis“ wird der ATC-Kode J06BA „Immunglobuline, normal human“ ergänzt. Die im Gesamtmodell eingetretene Hierarchieverletzung zwischen der HMG0069 „Polyneuropathie mit Dauermedikation“ und der HMG0307 „Erworbenes Hydrozephalus bei Neugeborenen (Alter > 1 Jahr)“ wird durch Umgestaltung des Hierarchiegefüges und HMG-Zusammenlegungen beseitigt.

3.13 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Die für das Arzneimittelkriterium der DxG0539 „Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz“ verwendeten ATC-Kodes werden angepasst. Das Aufgreifkriterium der DxG0974 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“, die als einzige DxG der gleichnamigen HMG0492 zugeordnet ist, wird von „M2Q“ in „stationär erforderlich“ geändert. Eine zusätzliche Dominanz von der HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ auf die oberste HMG0290 „Herzstillstand“ im Strang „Arrhythmien“ wird eingeführt.

3.14 Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“

Die ICD-Kodes I69.0, I69.1 und I69.2 werden aus der DxG0418 herausgenommen und in die neue DxG1160 mit dem Namen „Folgen einer Subarachnoidal-, einer intrazerebralen oder einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung“ gestellt. Dies erfolgt, da die DxG0418 über Arzneimittel validiert wird, bei diesen drei ICD-Kodes eine Behandlung mit antithrombotischen Medikamenten allerdings kontraindiziert ist. Die neue DxG1160 wird über M2Q geprüft und fließt in die HMG0103 „Aneurysma, Dissektion, Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (> 17 Jahre) / Transiente zerebrale Ischämien, Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik/ Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen“ ein.

3.15 Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden die ATC-Kodes für die Arzneimittelvalidierung der DxGs zur arteriellen Embolie und Thrombose (DxG0086 und DxG0982) um weitere antithrombotische Mittel ergänzt. Die Lymphödeme, einschließlich hereditärer Lymphödeme, werden in einer HMG vereinigt.

3.16 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.17 Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird die ATC-Abgrenzung der DxGs 0821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“, 0850 „Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“, 0851 „Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, < 40 Jahre)“, 0853 „Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, 40-79 Jahre)“ und 0855 „Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, > 79 Jahre)“ um die ATC-Kodes A11DA „Vitamin B1, rein“, A11GA „Ascorbinsäure (Vitamin C), rein“ und A11GB „Ascorbinsäure (Vitamin C), Kombinationen“ erweitert.

3.18 Hierarchie 21 „Schwangerschaft“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.19 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Die Festlegung der Hierarchie 22 entspricht dem Festlegungsentwurf der Hierarchie für das AJ 2023.

3.20 Hierarchie 23 „Verletzungen“

Durch die Verschiebung einiger Diagnosegruppen werden die drei Morbiditätsgruppen im mittleren Bereich der Hierarchie neu abgegrenzt. Eine weitere HMG entfällt vollständig.

3.21 Hierarchie 24 „Komplikationen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.22 Hierarchie 25 „Transplantationen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.23 Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

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

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.25 Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

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

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.27 Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergibt sich die Änderung, dass die Zuordnung der ICD-Kodes E89.4 und E89.5 zur Hierarchie 31 in Anlage 1 gestrichen wurde.

3.28 Regionale Risikogruppen

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.29 Auslandsversicherte

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird eine zusätzliche Wohnlandgruppe (WLG0000) für bestimmte, nicht anderweitig zuordenbare Versicherte geschaffen. Außerdem wird die WLG-Zuordnung zu den übrigen 24 WLGs geringfügig angepasst.

II Methodik

4 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung

4.1 Festlegungsentwurf

Für den Festlegungsentwurf des AJ 2023 wurde in den Erläuterungen eine Übersicht über die verwendeten Kennzahlen gegeben und deskriptive Statistiken zur genutzten Datengrundlage veröffentlicht. Ergänzend zu den etablierten Auswertungen der Vorjahre wurde der Pandemieeffekt auf die Datengrundlage untersucht. Die Auswertung ergab, dass die vorliegende Datenmeldung für die Weiterentwicklung und Durchführung des RSA insgesamt unproblematisch ist.

4.2 Anhörungsverfahren

4.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

4.2.1.1 Statistische Bewertungskriterien

Der GKV-SV regt an, zusätzlich zu den bereits in den Vorjahren eingeführten Kennzahlen auf Individual-, Gruppen-, Kassen- und regionaler Ebene die Kostenschätzer des Modellentwurfs nach Nullsetzung negativer Koeffizienten sowie nach Beseitigung von Hierarchieverletzungen bereitzustellen. Auch der BKK DV regt eine entsprechende Veröffentlichung an, da diese Auswertungen hilfreich seien, um eine frühzeitige Bewertung der Änderungen am Versichertenklassifikationsmodell vornehmen zu können.

KBV / BÄK bezeichnen das methodische Vorgehen als grundsätzlich nachvollziehbar. Die verwendeten Kennzahlen hätten sich zur Bewertung der Modellgüte bewährt. Die Kennzahlen auf Ebene der Einzelkassen könnten potentiell weitere Anhaltspunkte zur Weiterentwicklung liefern, da die Mittelwertbildung über alle Kassen stark durch einzelne Ausreißer beeinflusst werden können. Im Anhörungsverfahren des letzten Jahres sei angeregt worden, eine größtmögliche Transparenz relevanter Zwischenergebnisse herzustellen, da ansonsten die darauf aufbauenden Anpassungen willkürlich erscheinen könnten. In den Erläuterungen zum diesjährigen Entwurf seien entsprechende Ausführungen weiterhin vermisst worden.

4.2.1.2 Datenaufbereitung und Pandemieeffekt

Der GKV-SV kann die Datenaufbereitung und Beschreibung des verwendeten Datensatzes rechnerisch nachvollziehen. Die Auswertungen des BAS zur Verwendbarkeit der Datengrundlage sind aus Sicht des GKV-SV sachrichtig und ausdrücklich zu begrüßen, die Darstellung und Interpretation grundsätzlich nachvollziehbar. Er weist jedoch darauf hin, dass mögliche pandemiebedingte Auswirkungen auf die Ausgabenstruktur des Berichtsjahres 2020 auch im Rahmen der Detailanalysen bei der Überarbeitung der Hierarchien zu beachten seien. Auch seien entsprechende Analysen zu möglichen Pandemieeffekten in den Datengrundlagen der kommenden Weiterentwicklungsverfahren erforderlich.

In Bezug auf die Netto-Leistungsausgaben merkt der GKV-SV an, dass mit der Satzart 703 erstmals die versichertenbezogenen Netto-Leistungsausgaben des HLB 3 (Apotheken) im Weiterentwicklungsverfahren verwendet würden. Die Analysen des BAS seien ausführlich und nachvollziehbar dargestellt.

Aus Sicht des AOK-BV entspricht die MAPE-Verschlechterung bei Verwendung der Leistungsausgaben gemäß Satzart 703 den Erwartungen, da die bisher pauschal allen Versicherten mit Ausgaben im

Hauptleistungsbereich Apotheken zugeordneten Rabatte nun entweder direkt oder näherungsweise den einzelnen, betroffenen Versicherten zugeordnet würden. Die Folge sei eine Erhöhung der Streuung der Leistungsausgaben und daher auch eine Erhöhung des MAPE.

Der BKK DV begrüßt, dass das BAS die neue Datenmeldung der versichertenindividuellen Arzneimittel-ausgaben zum Anlass genommen hat, eine Bewertung der Vorhersagekraft des RSA-Versichertenklassifikationssystems vorzunehmen. Die Ankündigung des BAS, eine fortlaufende Bewertung vorzunehmen, wird befürwortet. Bei der Analyse der Gütemaße wäre es konsequent, die Zuweisungen mit den tatsächlichen, individuell rabattierten Ausgaben aus der Satzart 703 zu vergleichen. Auch wenn der Vergleich mit den Ausgaben aus der Satzart 700 den ehemaligen rechtlichen Vorgaben entspräche, so gelte dies nicht für die individuelle Kostenzuordnung und damit der Realität. Der Vergleich mit den Ausgaben der Satzart 700 sei damit wenig aussagekräftig hinsichtlich der Frage, welches Modell die Realität besser abbilde.

Darüber hinaus sei laut BKK DV eine Verschiebung der Kostengewichte im AGG-Segment zu erwarten, da es beispielsweise unterschiedliche Rabattquoten von geschlechterspezifischen Arzneimitteln gebe. Eine weitergehende Berechnung zur AGG-Wirkung im Rahmen der abschließenden Festlegung wird daher angeregt. Auch eine entsprechende Evaluation im nächsten Anhörungsverfahren 2024 biete sich an.

Die Beschreibung der pandemiebedingt veränderten Folgekosten durch das BAS wird vom BKK DV begrüßt. Die verwendete Methodik sei sachgerecht und gut erläutert. Es dürfe angenommen werden, dass die vom BAS beschriebene unterdurchschnittliche Ausgabenentwicklung im Jahr 2020 auch eine geringere Morbidität erzeugte. Ein Nachholeffekt in den Folgejahren könne nicht ausgeschlossen werden. Daher wird das BAS gebeten, auch in zukünftigen Festlegungen Bewertungen zur Pandemieentwicklung vorzunehmen und die Modellstabilität fortlaufend zu untersuchen.

KBV / BÄK bezeichnen die Entwicklung der Leistungsausgaben ohne Krankengeld als plausibel. Die Beschreibung der Datengrundlage einschließlich Qualitätssicherung und Aggregation sei nachvollziehbar.

4.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

4.2.2.1 Statistische Bewertungskriterien

Der Vorschlag von KBV / BÄK, einzelkassenbezogene MAPEs ergänzend zu verwenden, muss aus datenschutzrechtlichen Bedenken abgelehnt werden. Auf die diesbezüglichen Anmerkungen des BAS in den Erläuterungen zur Festlegung 2022 sei in diesem Kontext verwiesen (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2021a, Abschnitt 4.2.4.1).

Dem Vorschlag, zusätzlich zu den bisher schon veröffentlichten Kennzahlen und Regressionskoeffizienten der gerechneten Gesamtmodelle auch die Modellergebnisse nach der Durchführung von Nullsetzungen und Bereinigung von Hierarchieverletzungen darzustellen, wird nicht gefolgt. Das BAS hat erstmalig mit der Veröffentlichung des Entwurfs der Festlegungen zum Ausgleichsjahr 2022 den Umfang der ausgewiesenen Modellergebnisse deutlich erhöht und stellt diese nun in einem separaten Anhang als Excel-Datei zur Verfügung. Eine weitere Ausweitung dieses Anhangs ist aktuell nicht vorgesehen.

4.2.2.2 Datenaufbereitung und Pandemieeffekt

Wie in den Stellungnahmen mehrheitlich dargestellt wird, kann die vorgenommene Datenaufbereitung allgemein nachvollzogen werden. Die Betrachtung möglicher Pandemieeffekte wird auch für nachfolgende Weiterentwicklungszyklen und weitere anstehende Untersuchungen fortgeführt.

5 Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2023

5.1 Festlegungsentwurf

Das Ausgangsmodell für den Festlegungsentwurf wies im Vergleich zur Festlegung des AJ 2022 Änderungen in den folgenden Bereichen auf:

1. Anpassungen an den ICD-10-GM 2022

Die ICD-Kodes, die mit dem ICD-10-GM 2022 neu zur Klassifikation hinzugekommen waren, wurden passenden DxGs und HMGs zugeordnet.

2. Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes

Entsprechend einiger Vorschläge des GKV-SV und einzelner Verbände der Krankenkassen aus dem Anhörungsverfahren für das AJ 2022 wurden 188 bisher nicht für die Klassifikation genutzte ICD-Kodes in das Ausgangsmodell aufgenommen.

3. Zusammenlegung von Hierarchien

Auf Grundlage bestimmter Vorschläge der Anhörungspartner wurden die ehemaligen Hierarchien 03 „Diabetes mellitus“, 04 „Metabolische Erkrankungen“ und 20 „Ernährungsbezogene Erkrankungen“ zur neu gefassten Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“, sowie die ehemaligen Hierarchien 09 „Kognitive Erkrankungen“, 10 „Drogen, Alkohol- und Tabakmissbrauch“ und 11 „Psychische Erkrankungen“ zur neu gefassten Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ zusammengefasst.

4. Verschiebung von ICD-Kodes im Rahmen der Neukonzeption der Hierarchie 27

Auf Basis von Vorschlägen des GKV-SV und der BARMER aus den Anhörungsverfahren der Ausgleichsjahre 2021 und 2022 wurde geprüft, inwiefern sämtliche Krankheiten eines Neugeborenen in der Hierarchie 27 abgebildet werden sollten.

Auf Grundlage der Überlegung, nur jene Diagnosen in der Hierarchie 27 abzubilden, für welche sich bis zu einem Alter von fünf Jahren deutlich abweichende Folgekosten im Vergleich zu den Versicherten ab sechs Jahren identifizieren lassen, wurden ausgewählte DxGs aus den Hierarchien 01 „Infektionen“, 16 „Herzerkrankungen“, 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“, 19 „Erkrankungen der Lunge“ und 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ für unter Sechsjährige in der Hierarchie 27 abgebildet.

5.2 Anhörungsverfahren

5.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

5.2.1.1 Vorbemerkungen

Die BARMER hinterfragt die Notwendigkeit des Ausgangsmodells im Rahmen eines Vollmodells, da Veränderungen im Klassifikationsmodell direkt mit dem Modell des Vorjahres verglichen werden könnten.

5.2.1.2 Anpassungen an den ICD-10-GM 2022

Der GKV-SV weist darauf hin, dass die dem ICD-4-Steller K83.0 „Cholangitis“ zugeordneten Fünfsteller in der Anlage 01 nicht enthalten sind. Darüber hinaus merkt er an, dass für den ICD-4-Steller K31.1 „Pylorusstenose beim Erwachsenen“ sowie für die ihm zugeordneten fünfstelligen ICD-Kodes die

Altersgrenze von 0 bis 124 Jahre festgelegt wurde, obwohl es sich um ein Krankheitsgeschehen bei Erwachsenen handelt.

Die DAK-G kritisiert die nicht nachvollziehbare Zuordnung des ICD-Kodes U69.-! „Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten.“ in die Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)“, während alle Ausdifferenzierungen in der Krankheit 35 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)“ wiederzufinden seien.

5.2.1.3 Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes

GKV-SV, TK et al. und KBV / BÄK fordern eine inhaltliche Begründung, warum bisher bewusst in die Ausschlusskategorien eingeordnete ICD-Kodes nun doch ins Modell aufgenommen werden sollten. Ausführungen dazu, warum keine steigenden Kodieranreize und systematischen Überdeckungen bei den betroffenen Versicherten zu erwarten seien, werden gewünscht und eine empirische Prüfung der Auswirkungen gefordert.

Der GKV-SV bemängelt, dass nicht ersichtlich sei, warum ICD-Kodes, die das Vorhandensein bzw. die Versorgung einer künstlichen Körperöffnung (Z93.- / Z43.-) anzeigen, nicht dazu geeignet sein sollten das Klassifikationsmodell zu verbessern. Auch die Nicht-Berücksichtigung der ICD-Kodes Z95.0 „Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts“ und Z99.4 „Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz“ seien nicht nachvollziehbar.

Der AOK-BV regt eine ergänzende Berücksichtigung von Diagnosen aus dem Bereich der „Stomaversorgung“ an. Laut AOK-BV sollten für eine krankheitsvollständige Abbildung hämatologischer Erkrankungen auch Diagnosen aus den Bereichen der „Sonstigen Anämien“, der „Eisenmangelanämien“, der Dauertherapien mit Antikoagulanzen sowie der Nekrosen / Gangrän geprüft werden.

Die DAK-G wünscht eine Beschreibung des Vorgehens zur Identifikation geeigneter Diagnosen. Der IKK e. V. bemängelt die fehlende Systematik des Vorgehens. Die vorgeschlagenen ICD-Kodes würden in die Anlage 1 aufgenommen, eine Überprüfung weiterer bisher noch nicht berücksichtigter ICD-Kodes auf 4-Steller Ebene in derselben Gruppe auf Grundlage der jeweils gültigen Fassung des ICD-10-GM unterbliebe hingegen.

5.2.1.4 Zusammenlegung von Hierarchien

Der BKK DV und TK et al. begrüßen die geeignete Zusammenlegung von Hierarchien. Die Modellergebnisse für die zusammengelegten Hierarchien zeigten, dass eine striktere Hierarchisierung das Modell erkennbar verbessern und gleichzeitig Manipulationsanreize verringert werden könnten. Der BKK DV hält den Ansatz für ein geeignetes Instrument zur Behandlung von Komorbiditäten zwischen wenigen, aber vielfältig interagierenden Hierarchien.

Der GKV-SV begrüßt grundsätzlich die erneute Beschäftigung mit dem Thema der Komorbidität, auch wenn diese aufgrund einer fehlenden Darstellung der Ergebnisse nicht detailliert nachvollzogen werden könne. Er kritisiert, dass nicht dokumentiert würde, ob durch die vorgeschlagenen Änderungen die beobachteten Überdeckungen für Versicherte mit zwei HMGs tatsächlich abgebaut würden. Der GKV-SV kritisiert im Rahmen der Ausführungen zur Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ insbesondere die fehlende empirische Analyse vor der Zusammenlegung der Hierarchien 03, 04 und 30. In einem ersten Schritt sei eine Analyse der Deckungssituation von Versicherten mit einem metabolischen Syndrom zu erwarten gewesen. Aufgrund dieser fehlenden Analyse bliebe somit unklar, ob für die Versicherten

mit einem metabolischen Syndrom überhaupt eine Überdeckung vorliege und wie viele Versicherte hiervon betroffen seien. Auch der Zusammenhang mit anderen Hierarchien, auf die sich die Zusammenlegung auswirken könnte, sei nicht weiter untersucht worden. Darüber hinaus seien festgestellte Überdeckungen bei Komorbidität nicht zwingend per se auf diese zurückzuführen, sondern könnten auch aus einer bestehenden Überdeckung einer beteiligten HMG resultieren, die sich durch eine geänderte Zusammensetzung oder die Änderung von Aufgreifkriterien reduzieren ließe.

Im Rahmen eines methodischen Vorgehens solle grundsätzlich die Betrachtung von Über- bzw. Unterdeckungen auf Ebene der Morbiditätsgruppen als Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen dienen, die mittels eines definierten Analyseschemas untersucht werden sollten und welches eine dokumentierte, umfangreiche Ursachenforschung aller in Betracht kommenden Begründungen beinhaltet. Die Ko- / Multimorbiditätsanalyse sei an dieser Stelle einzureihen. Zudem sei eine Vorher- / Nachherbetrachtung erforderlich, welche explizit auch die Auswirkungen auf andere Bereiche des Klassifikationssystems einbezieht.

Die durchgeführten Zusammenlegungen von Hierarchien seien nur ein Instrument zur möglichen Lösung von Über- / Unterdeckungen. Jedoch sollten auch mögliche Alternativen, wie z.B. Morbiditäts-Interaktionsterme eingesetzt werden. Auch dazu wird eine definierte methodische Vorgehensweise zur Bewertung diesbezüglicher Instrumente angeregt.

5.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

5.2.2.1 Vorbemerkungen

Jährliche Veränderungen des ICD-10-GM, mögliche weitere Ergänzungen der ICD-Kodes aus dem Bereich der bisher nicht zur Klassifikation hinzugezogenen Diagnosen, aber auch hierarchieübergreifende Betrachtungen zu grundlegenden Fragestellungen erfordern auch weiterhin die Darstellung eines Ausgangsmodells.

5.2.2.2 Anpassungen an den ICD-10-GM 2022

Der Hinweis zu den in Anlage 01 fehlenden ICD-Kodes ist sachgerecht. Die dem ICD-Viersteller K83.0 „Cholangitis“ zugeordneten Fünfsteller werden im Rahmen der Festlegung entsprechend Tabelle 5.2, Seite 40 ff., der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2023 der Anlage 01 ergänzt. Die dem ICD-Viersteller Kodes U69.5-! „Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten“ zugeordneten Fünfsteller werden ebenfalls im Rahmen der Festlegung entsprechend den Tabellen 5.1, Seite 34 ff. und 5.2, Seite 40 ff. der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2023 in der Anlage 01 der Krankheit 35 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)“ sowie der DxG0033 „Lymphknotenmetastasen“ in der HMG0271 „Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber“ in der Anlage 01 ergänzt.

Der Hinweis bezüglich der Altersgrenzen des ICD-4-Stellers K31.1 „Pylorusstenose beim Erwachsenen“ sowie die zugeordneten fünfstelligen ICD-Kodes wird in einem der kommenden Anpassungszyklen im Rahmen der Erstellung des jeweiligen Ausgangsmodells geprüft.

5.2.2.3 Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes

Die Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes basiert auf Vorschlägen des GKV-SV und weiterer Anhörungsteilnehmer. Die vorgelegten Vorschläge zur Aufnahme entsprechender ICD-

Kodes waren umfänglich und konnten im Rahmen eines einzigen Anpassungszyklus nicht vollumfänglich bearbeitet werden. In den nächsten Anpassungszyklen werden weitere Vorschläge geprüft.

Der statistische Erklärungsgehalt der neu aufgenommenen ICD-Kodes lässt sich u. a. von der Tatsache der positiven Schätzer der neu eingeführten Morbiditätsgruppen ableiten. Die Integration dieser ICD-Kodes in die betreffenden Hierarchien stellt eine aus medizinischer Sicht sinnvolle und ergänzende Morbiditätsinformation zur Erklärung der prospektiven Leistungsausgaben dar.

5.2.3 Zusammenlegung von Hierarchien

Der GKV-SV erkennt grundsätzlich die Zusammenlegung von Hierarchien als ein Instrument zur möglichen Lösung von Über- und Unterdeckungen an. Er hinterfragt jedoch die gewählte Methodik bei der Auswahl der zusammengelegten Hierarchien.

Die Zusammenlegung von Hierarchien geht u. a. auf einen Vorschlag des GKV SV zurück (vgl. Stellungnahme des GKV-SV zum Festlegungsentwurf des AJ 2021, Seite 8 (GKV-Spitzenverband 2020)) und wurde im Anpassungszyklus AJ 2021 erstmalig als möglicher Lösungsbaustein im Umgang mit Komorbiditäten, die sich über eine größere Zahl an Hierarchien erstrecken, erprobt.

Die Auswahl der konkret zusammenzulegenden Hierarchien basiert auf Vorschlägen bzw. Hinweisen der Anhörungspartner aus den vorangehenden Anpassungszyklen. Vor der Zusammenlegung der Hierarchien wurde zudem insbesondere auf bestehende hierarchieübergreifende Komorbiditätsbeziehungen und die dahinterstehenden medizinischen Zusammenhänge geachtet. Das Ziel der Zusammenlegungen war die geeignete Abbildung von sehr häufig gemeinsam auftretenden Erkrankungen möglichst innerhalb einer Hierarchie. Auf diese Weise konnten hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen vermieden und die Übersichtlichkeit des Modells bewahrt werden. Alternative Methoden, wie z.B. Morbiditäts-Interaktionsterme, wurden nicht geprüft.

Im Falle der Zusammenlegung der ehemaligen Hierarchien 03, 04 und 30 zur neuen Hierarchie 04 liegt die Prüfung eines Vorschlags der DAK-G zum Klassifikationsmodell des AJ 2021 zugrunde. Die von der DAK-G vorgeschlagene Strukturierung der endokrinen bzw. exokrinen Erkrankungen jeweils in einer eigenen Hierarchie wurde nach ersten Voruntersuchungen nicht weiterverfolgt. Stattdessen wurde der alternativ vorgeschlagenen Zusammenlegung der Hierarchien 03, 04 und 30 vor dem Hintergrund eines konkreten medizinischen Sachverhalts, des metabolischen Syndroms, der Vorzug gegeben.

Die Zusammenlegung der Hierarchien 09, 10 und 11 zur neu gefassten Hierarchie 11 beruht auf Erkenntnissen im Rahmen der Komorbiditätsanalyse, welche bei Beurteilung der Vorschläge des BKK DV zum AJ 2019 (Hinweis auf Komorbidität zwischen Drogenkonsum und Depression) bzw. von TK et al. zum AJ 2021 (geforderte hierarchieübergreifende Dominanz zur Hierarchie 11 zum ICD-Kode F06.7) gewonnen wurden. Bei der Beurteilung dieser Vorschläge im Kontext der für das AJ 2022 erstmals durchgeführten Voruntersuchungen ergaben sich Hinweise auf komplexe Komorbiditätsbeziehungen zwischen diesen drei Hierarchien, welche nicht einfach durch eine begrenzte Auswahl externer Dominanzen zu lösen waren.

Durch die Zusammenlegung der Hierarchien und die sich daran anschließenden Anpassungen konnten z. T. deutliche Verbesserungen der Kennzahlen CPM und MAPE erreicht werden, was zeigt, dass durch die Beseitigung von komorbiditätsbedingten Mehrfachzuschlägen die Prognosegüte des Modells erhöht werden konnte.

Der vom GKV-SV angeregte Vergleich der Deckungssituation von durch die Zusammenlegung betroffenen Versichertengruppen vor bzw. nach der Anpassung ist im Rahmen des Weiterentwicklungsprozesses nicht vorgesehen. In diesem Kontext ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Kennzahlen CPM und MAPE die Information beinhalten, ob die Summe der Verbesserungen der Deckungssituation, die sich aus einer Modellanpassung für direkt oder indirekt betroffene Versicherte ergibt, die Summe der Verschlechterungen überwiegt oder nicht. Ist mit einer Veränderung des Klassifikationssystems eine Kennzahlverbesserung in CPM / MAPE zu beobachten, kann daraus eine Verbesserung der Deckungssituation der Gesamtheit der Versicherten insgesamt abgeleitet werden.

5.3 Festlegung

Die in Anlage 01 fehlenden ICD-Kodes werden ergänzt. Inhaltlich gibt es keine weiteren Änderungen.

6 Weitere Themen im Anhörungsverfahren

6.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

6.1.1 Einheitliche Entscheidungskriterien

Der AOK-BV kritisiert, dass nicht ersichtlich sei, ob und inwieweit nach konsistenten, einheitlichen Kriterien eine Entscheidung für oder gegen die Zusammenlegung von HMGs getroffen würden. Teilweise würden HMGs mit hohen Besetzungszahlen und relevanten Kostenabständen unter Inkaufnahme von zu vermutenden Modellverschlechterungen zusammengelegt, während an anderer Stelle über Schweregraddifferenzierungen Patientengruppen mit relativ geringen Fallzahlen und vergleichsweise weniger erhöhten Folgekosten separiert würden.

Auch wenn die vom BAS in der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2022 getroffene Feststellung, dass z. B. bei durch Kostenausreißern beeinflussten HMG-Schätzern die Verteilung der Deckungsbeiträge der Versicherten in einer HMG letztendlich eine Zusammenlegung von HMGs auch bei stark divergierenden Schätzern rechtfertigen könne, würde dies aus Sicht des AOK-BV kein im Grundsatz einheitliches Vorgehen bei der Konsolidierung der Hierarchien ausschließen. Abweichungen seien in entsprechend zu begründenden Einzelfällen oder Ausnahmeregelungen für dünn besetzte HMGs durchaus möglich. Daher wird angeregt, nochmals zu prüfen, ob zugunsten einer höheren Konsistenz und Transparenz im Verfahren eine im Grundsatz für alle Krankheitshierarchien gültige, einheitliche Regelung zur Ausdifferenzierung von HMG-Strängen zur Anwendung kommen könne. Diese sollte in Abhängigkeit von der Höhe der Gesamtzuweisung formuliert sein.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sei es unbedingt erforderlich, Lösungsansätze für einen nachhaltigen Abbau der bedeutsamen Überdeckungen bei – im RSA-Sinn – Gesunden zu entwickeln. Diese verstärkten sich zusätzlich durch die Anwendung der Manipulationsbremse.

Die BARMER kritisiert, dass bei einigen wenigen Vorschlägen der Modellanpassungen Änderungen übernommen würden, obwohl die zur Bewertung herangezogenen Gütemaße schlechter würden. Dies suggeriere eine subjektive Bewertung von Umsetzungsvorschlägen. Aufgrund des enormen Verteilungsvolumens über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wird die Definition einer allgemeinen Grenze vorgeschlagen, bis zu welcher maximalen negativen Änderung der Modellkennzahlen eine Übernahme des Vorschlags hinnehmbar seien. Dies würde zu einer höheren Akzeptanz bei den Kassen führen.

Der BKK DV fasst in seiner Stellungnahme die Position weiterer Anhörungspartner aus dem vorangegangenen Anpassungszyklus zusammen, um den vielfachen Wunsch nach einem systematischeren und transparenteren, an einheitlichen Kriterien orientierten Vorgehen bei der Modellüberarbeitung zu belegen. Die unterschiedliche Auslegung und die heterogene Handhabung in der Überarbeitung der Hierarchien sprächen für die Umstellung auf ein systematisches Vorgehen. Offenbar würde bei der Prüfung von Vorschlägen einzelner Kassen / Kassenarten nicht gleichzeitig ein Blick in die Leitlinien bzw. Kodier Richtlinien geworfen. Auch Angaben zu den Quellen, die als Entscheidungsgrundlage genommen wurden, würden häufig fehlen. Für eine umfassende Bearbeitung einer Hierarchie empfiehlt der BKK DV daher einen standardisierten Prozess, der neben der reinen Konsolidierung auf Basis der Regressionsergebnisse auch die Prüfung der aktuellen Richtlinien aus den Leitlinien, Arzneimittel- und Kodierrichtlinien mit einbeziehe. Schließlich werden Leitfragen zum Aufbau einer Hierarchie-Checkliste vorgeschlagen.

6.1.2 Komorbidität

Der AOK-BV bezeichnet das methodische Vorgehen und die schrittweisen Analysen zur Neuordnung der einzelnen Hierarchien als gut dokumentiert und grundsätzlich nachvollziehbar. Mit Blick auf eine vollständige Transparenz wäre eine ausführlichere Darstellung der empirischen Ergebnisse der Komorbiditäts- bzw. Fehldeckungsanalysen wünschenswert. Alle Anpassungsschritte im Entwurf sollten dokumentiert werden. Die Weiterentwicklung sei bis auf Weiteres auf medizinisch begründbare Hierarchieanpassungen zu beschränken, um die medizinische Konsistenz des Klassifikationssystems nicht weiter zu reduzieren.

Aus Sicht des AOK-BV sei die Wirkung der deutlich stärker verflochtenen Hierarchiestränge auch im Kontext der sog. „Manipulationsbremse“ bedeutsam. Da nach der Anwendung des Ausschlussverfahrens nach § 19 RSAV nicht neu gruppiert würde, blieben für betroffene Versicherte in den jeweiligen Hierarchien kaum Morbiditätsgruppen übrig, welche die prospektiven Leistungsausgaben der Versicherten erklären könnten. Die Folge seien verstärkte Fehldeckungen und eine massive Reduzierung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA.

TK et al. weisen darauf hin, dass ihnen keine Ergebnisse für Komorbiditätsanalysen auf Basis des aktuellen Festlegungsentwurfs vorlägen. Eine Bewertung der Verbesserungen bzgl. Über- / Unterdeckungen oder Vorschläge für weitere Hierarchiezusammenlegungen könnten so nicht mit Empirie hinterlegt werden. Es wird daher um eine künftige Veröffentlichung der Komorbiditätsanalysen gebeten. Auf Basis medizinischer Überlegungen sei zu erwarten, dass auch eine Zusammenlegung der Hierarchien 16 und 18 das Modell verbessern würden.

Auch der BKK DV bezeichnet die Aktualisierung der Komorbiditätsanalysen als dringend geboten. Auf dieser Basis ließe sich die Wirksamkeit der getroffenen Anpassungen bewerten und die Priorisierung der nächsten Anpassungsschritte ableiten. Aus Sicht des BKK DV seien Über- und Unterdeckungen gleichermaßen in Betracht zu ziehen. Um eine Bereitstellung der entsprechenden Analysen als Sonderauswertung für das Ausgleichsjahr, z. B. mit der Bekanntgabe der Festlegung wird gebeten. Diese solle auch künftig standardmäßig in die Erläuterungen zum Festlegungsentwurf und zu den Festlegungen mit aufgenommen werden, solange Komorbiditäten eine wichtige Rolle bei der Weiterentwicklung spielten.

Der IKK e. V. weist ebenfalls darauf hin, dass es beim Vorliegen von Komorbiditäten auch zu Unterdeckungen kommen könne, die systematisch zu bearbeiten seien. Die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse sei im diesjährigen Anhörungszyklus nur begrenzt gegeben, da die Datengrundlage seitens des BAS nicht

ausreichend dargelegt worden sei. Ein Vorher-Nachher-Vergleich mit einer systematischen Übersicht der Odds Ratios und Fehldeckungen zwischen Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf im Hinblick auf komorbiditätsbegründete Fehldeckungen sei notwendig, um beurteilen zu können, ob die vorgenommenen Anpassungsschritte zu einem nachvollziehbaren Abbau der Fehldeckungen aufgrund der Reduzierung der Komorbiditäten geführt hätten.

6.1.3 Alterssplits

Die BARMER kritisiert, dass die im Festlegungsentwurf 2020 eingeführten Alterssplits erneut nicht systematisch geprüft worden seien. Aufgrund der demographischen Änderungen in der Bevölkerung seien zumindest die bereits eingeführten Alterssplits jährlich zu überprüfen, damit keine neuen Verzerrungen hinsichtlich von Fehldeckungen von Versichertengruppen entstünden.

Aus Sicht des IKK e. V. könnten altersbezogene Interaktionsterme einen weiteren Ansatz zur Minimierung von Fehldeckungen durch Komorbidität darstellen. Die im Festlegungsentwurf 2020 begonnene systematische Prüfung der Zusammenhänge von Kostenunterschieden zwischen Alter und HMG würde seither nicht mehr aufgegriffen. Das BAS wird ermutigt, die im Festlegungszyklus 2020 begonnene, systematische Überprüfung nach altersbezogenen Deckungsunterschieden fortzuführen und weitere Alterssplits zu prüfen, um systematische Verwerfungen in den Deckungsgraden und somit die Risikoselektionsanreize zu reduzieren.

Auch TK et al. fordern, unter den Rahmenbedingungen des Vollmodells zu prüfen, ob weitere Alterssplits zu einer Modellverbesserung beitragen könnten, um die nach wie vor bestehenden Unterdeckungen bei jüngeren Versicherten abzubauen. Der Verweis des BAS auf die mit den bisherigen Alterssplits erreichten Verbesserungen sei nicht ausreichend, da es noch keine den Krankenkassen bekannten Analysen zu Alterssplits auf Basis des Vollmodells gäbe.

6.2 Diskussion der Stellungnahmen

6.2.1 Einheitliche Entscheidungskriterien

Wie schon vom BAS im vergangenen Anpassungszyklus anerkannt, ist der Wunsch nach einer einheitlichen Vorgehensweise grundsätzlich nachvollziehbar. Vor dem Hintergrund des Vollmodells bedarf die Erarbeitung einheitlicher Kriterien, welche einerseits den multikausalen Zusammenhängen gerecht werden und andererseits noch eine möglichst zielgenaue Anpassung des Modells im jeweils zu prüfenden Einzelfall ermöglichen, einer eingehenden methodischen Prüfung und einer ausführlichen Begutachtung, bevor diese einheitlich zur Anwendung kommen könnten. Eine abschließende Bewertung kann daher im Rahmen dieser Festlegung nicht erfolgen. Näheres dazu kann den Ausführungen des BAS zu dieser Thematik in den Erläuterungen zur Festlegung des AJ 2022 entnommen werden (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2021a, Abschnitt 4.2.4).

6.2.2 Komorbidität

In Bezug auf die gewünschte Vorher-Nachher-Betrachtung der Deckungsbeitragssituation von Versicherten, die von Änderungen betroffen sind, sei auf die Ausführungen in Kapitel 5 verwiesen.

Hinsichtlich der Kritik an der verstärkten Fokussierung auf die Beseitigung von Überdeckungen und der Vernachlässigung der Behandlung von Unterdeckungen ist zu erläutern, dass sich Überdeckungen, die mit dem Auftreten bestimmter HMG-Kombinationen einhergehen, in vielen Fällen relativ aufwandsarm durch die Einführung von Dominanzen und Zusammenlegung von HMGs reduzieren lassen. Mögliche

Optionen zur Milderung / Behebung von Unterdeckungen sind ungleich komplexer und erfordern daher einen erhöhten Analysebedarf.

6.2.3 Alterssplits

Das BAS nimmt die Anregungen zur Wiederholung der systematischen Alterssplitanalyse sowie der jährlichen Überprüfung bestehender Alterssplits zur Kenntnis. Auf die diesbezüglichen Ausführungen des BAS in den Erläuterungen zur Festlegung des AJ 2022 sei verwiesen (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2021a, S. 11-12).

III Anpassung der Hierarchien

7 Vorbemerkungen

7.1 Struktur der Kapitel zur Dokumentation von Modelländerungen

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

Im Anschluss folgen eine kurze Zusammenfassung und Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen. Nur im Falle, dass weitere Analysen durchgeführt werden, folgen in den anschließenden Abschnitten die empirischen Untersuchungen. Alle weitergehenden Untersuchungen in den Hierarchien werden grundsätzlich **auf Basis des Festlegungsentwurfs der jeweiligen Hierarchie berechnet**, d. h. alle anderen Hierarchien entsprechen ceteris paribus nach wie vor dem Ausgangsmodell für das AJ 2023. Die Veränderungen der Kennzahlen werden **im Vergleich zum Ausgangsmodell (AGM)** ausgewiesen. Die Veränderung der Kennzahlen R^2 und CPM wird tabellarisch in Prozentpunkten (PP) ausgewiesen, die des MAPE in Euro.

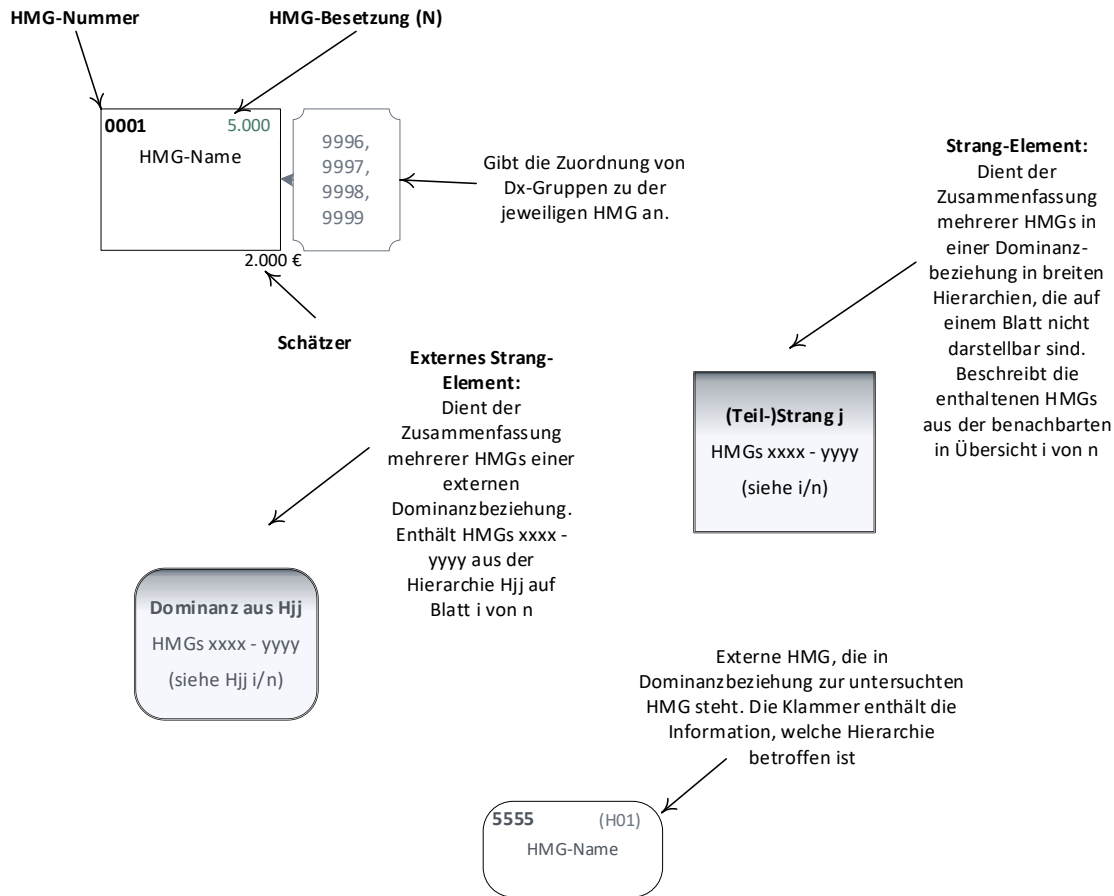
Nach der Darstellung und Abwägung der geprüften Modifikationen wird das Ergebnis als Festlegung für die Hierarchie dargestellt. Falls sich empirisch relevante Veränderungen zwischen Festlegungsentwurf der Hierarchie und der Festlegung der Hierarchie ergeben, werden am Ende des jeweiligen Kapitels diese Modelle tabellarisch gegenübergestellt. Auf eine Wiederholung des Ausgangsmodells AJ 2023 wird aus Platzgründen an entsprechender Stelle verzichtet. Eine Abbildung der überarbeiteten Hierarchie mit allen Anpassungen auf Grundlage der Fallzahlen und Kostenschätzer der Vollerhebung fasst die Modellstruktur abschließend zusammen. Die Veränderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden in dieser Darstellung optisch hervorgehoben.

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

7.2 Darstellungsoptionen der Modellstruktur der Hierarchien

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

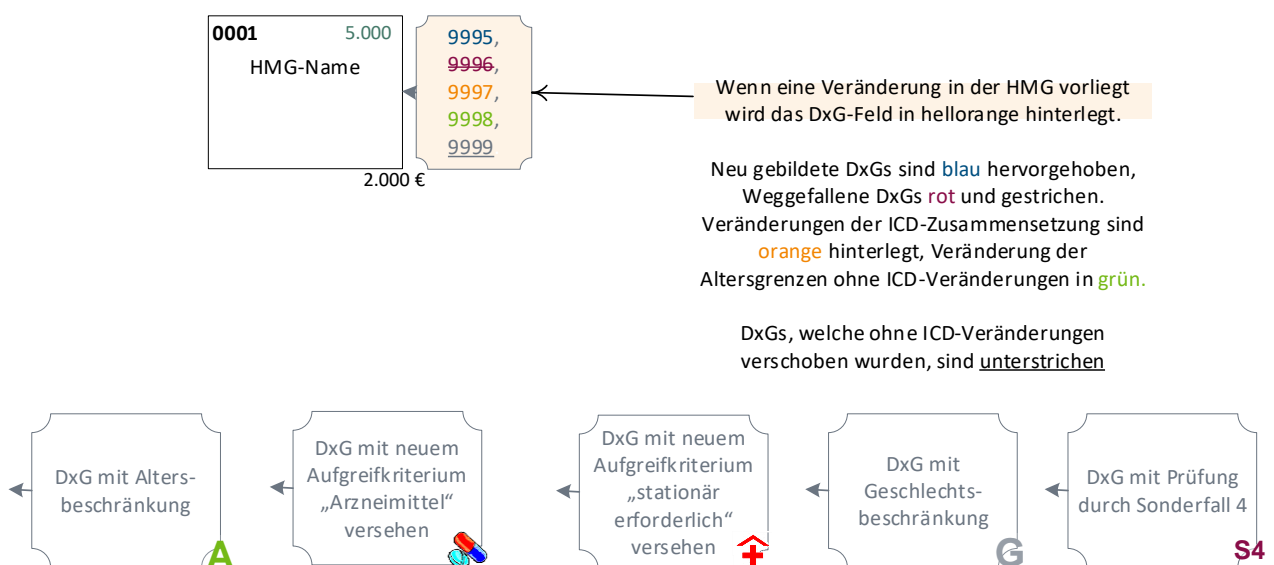
Abbildung 7.1: Bausteine der schematischen Darstellung einer gesamten Hierarchie



Quelle: BAS

Veränderungen, welche sich durch die Überarbeitung im Vergleich zum Festlegungsentwurf des AJ 2023 ergeben, werden wie in Abbildung 7.2 dargestellt hervorgehoben.

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

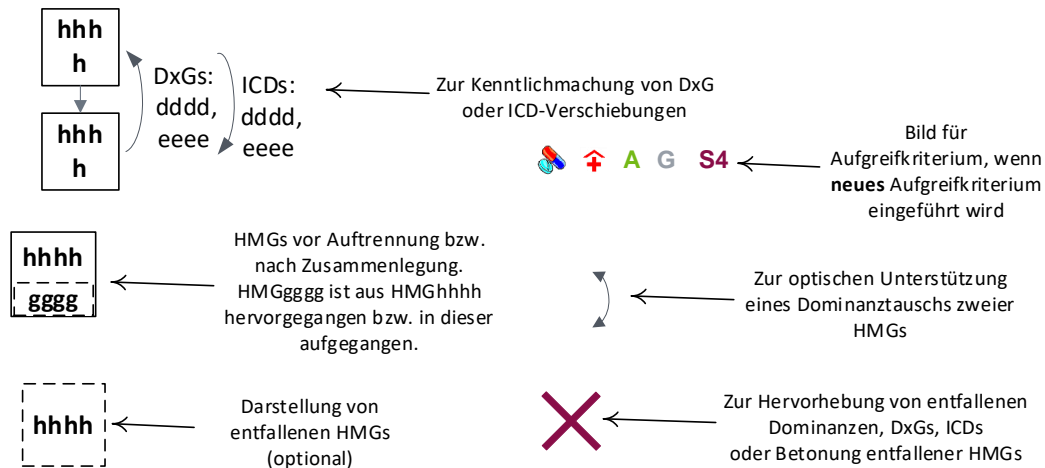


Quelle: BAS

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

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

Abbildung 7.3: Elemente der Darstellung von Veränderungen der untersuchten Modelle



Quelle: BAS

7.3 Darstellung von Berechnungsergebnissen bei Hierarchieanpassungen

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

Falls zur Zusammenfassung der Änderungen in ICD-DxG-HMG-Zuordnungen die tabellarische Form gewählt wird, bezeichnet das Kürzel „FLE“ jeweils den Festlegungsentwurf. Das Kürzel „FL“ bezeichnet bei Bedarf die Festlegung. Im Rahmen des Anhörungsprozesses neu gerechnete Modelle erhalten bei der Modellnummerierung das Kürzel „A“ für „Anhörung“.

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

Für einige Hierarchien wurden keine empirischen Überprüfungen vorgenommen. In diesen Fällen wird auf die Darstellung in Form eines Kapitels verzichtet. Für diese Hierarchien entspricht die Festlegung dem Ausgangsmodell/Festlegungsentwurf. Die Darstellung der Struktur der betreffenden Hierarchie kann der abschließenden Zusammenfassung im Abschnitt A.3 entnommen werden.

8 Hierarchie 01 „Infektionen“

8.1 Festlegungsentwurf

Nachdem die Hierarchie 01 „Infektionen“ in den beiden Vorjahren umfassend umgestaltet wurde, erfolgten für das Ausgleichsjahr 2023 keine größeren Änderungen an der Hierarchieausgestaltung. Es wurden im Rahmen des Ausgangsmodells insgesamt 28 ICD-Kodes aus der Hierarchie 01 in andere Hierarchien verschoben, fünf ICD-Kodes mussten neu in die Hierarchie integriert werden. Während im Ausgangsmodell neu hinzugekommene ICD-Kodes unproblematisch in bestehende HMGs einsortiert werden konnten, führten die vorgenommenen Verschiebungen von ICD-Kodes zu anderen Hierarchien dazu, dass die im Vorjahresmodell noch mit mehr als 7.000 Versicherten besetzte HMG0003 „Infektionen durch opportunistische Erreger“ im Ausgangsmodell nur noch eine Besetzung von lediglich 2.898 Versicherten aufwies. Zusätzlich sank der Schätzer der HMG0003 im Vergleich zum Vorjahr von mehr als 5.000 € auf 2.996 € ab, sodass eine Hierarchieverletzung gegenüber der bisher untergeordneten HMG0184 „HIV / AIDS ohne Dauermedikation“ – die einen Kostenschätzer von 3.921 € aufwies – entstand. Aufgrund der Ähnlichkeit der Kostenschätzer und der vergleichsweise geringen verbliebenen Besetzungszahl der HMG0003 wurden daher die in der HMG verbliebenen DxGs 0011 „Zygomysen“, 0014 „Aspergillose / Kryptokokkose“ und 0025 „(Systemische) Candida-Infektion mit Resistenz“ in die HMG0005 „Infektionen durch Zytomegalieviren / PML“ verschoben, die die neue Bezeichnung „Infektionen durch opportunistische Erreger / PML“ erhielt. Die HMG0003 wurde aufgelöst. Tabelle 8.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

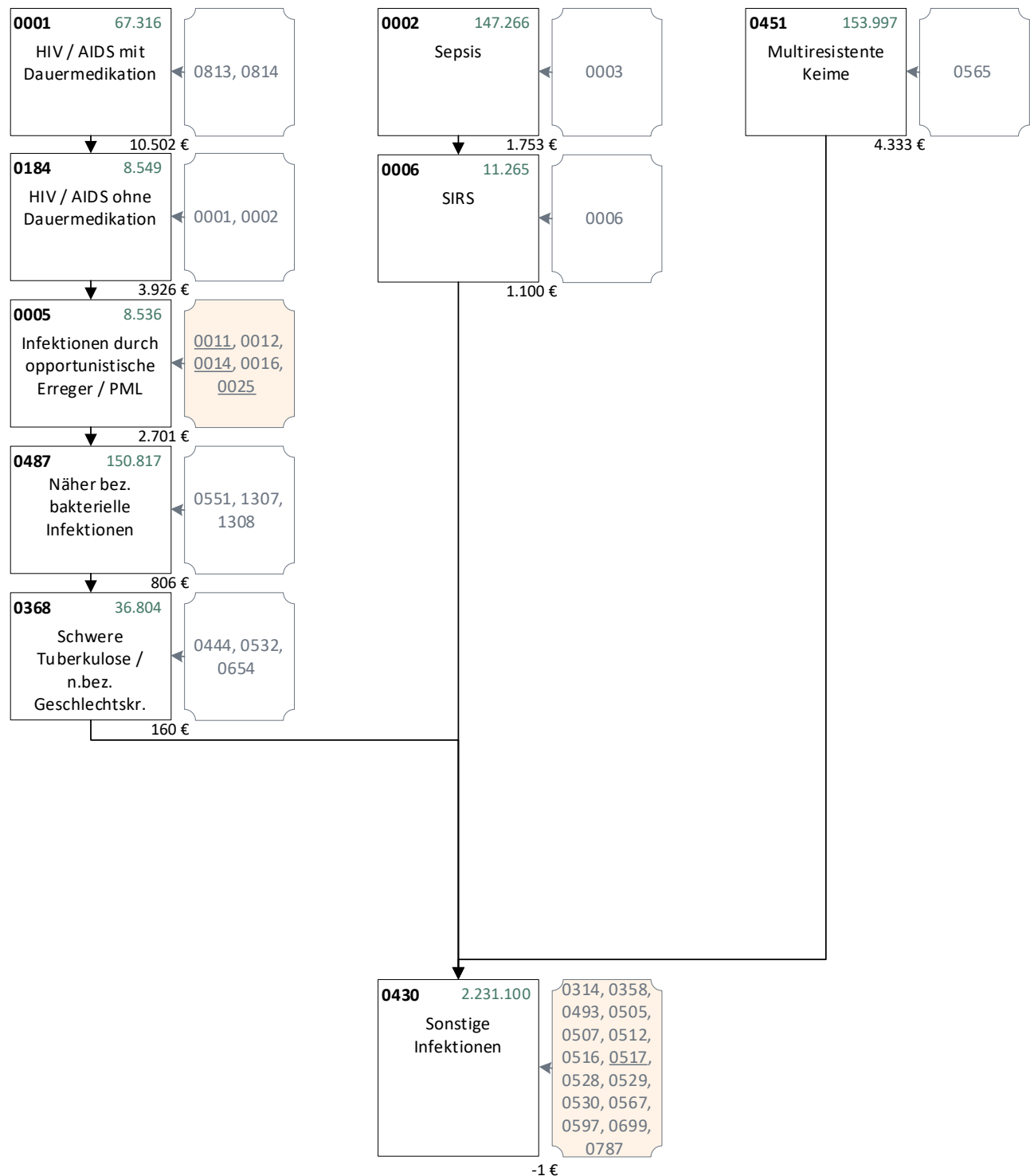
Tabelle 8.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 01 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3198 %	0,0000 PP
	CPM	28,4730 %		28,4730 %	0,0000 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,53 €	-0,0017 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0001	HIV / AIDS mit Dauermedikation	67.316	10.502 €	67.316	10.502 €
HMG0003 (alt)	Infektionen durch opportunistische Erreger	2.898	2.996 €		
HMG0184	HIV / AIDS ohne Dauermedikation	8.546	3.921 €	8.549	3.926 €
HMG0005 (alt)	Infektionen durch Zytomegalieviren / PML	5.641	2.565 €		
HMG0005 (neu)	Infektionen durch opportunistische Erreger / PML			8.536	2.701 €
HMG0487	Näher bez. bakterielle Infektionen	150.817	807 €	150.817	806 €
HMG0368	Schwere Tuberkulose / näher bezeichnete Geschlechtskrankheiten	36.804	160 €	36.804	160 €
Strang 2					
HMG0002	Sepsis	147.266	1.753 €	147.266	1.753 €
HMG0006	SIRS	11.265	1.099 €	11.265	1.100 €
Strang 3					
HMG0451	Multiresistente Keime	153.997	4.333 €	153.997	4.333 €
Gemeinsames Strangende					
HMG0430	Sonstige Infektionen	2.211.327	0 €	2.231.100	-1 €
Freistehende HMG					
HMG0227 (alt)	Scharlach	24.734	-175 €		

Quelle: BAS

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

Abbildung 8.1: Hierarchie 01 „Infektionen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

8.2 Anhörungsverfahren

8.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Im Rahmen des Anhörungsverfahrens ergingen unterschiedliche Stellungnahmen zur Ausgestaltung der Hierarchie 01:

Der GKV-SV weist darauf hin, dass die Zuordnung der Diagnosen der tuberkulösen Arthritis (M01.1*), Arthritis bei Lyme-Krankheit (M01.2*) und postinfektiösen Arthritis bei Syphilis (M01.3*) zur Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ geprüft werden sollte, da dort bereits der überwiegende Teil der infektiösen Arthropathien (M00 bis M03) verortet sei.

TK et al. betonen, dass die Verschiebung der ICD-Kodes U09.9 „Post-COVID-Zustand, n.n. bez.“ in die Hierarchie 14 als medizinisch sinnvolle Änderung anzusehen sei und äußern ihre Unterstützung.

Die DAK-G bittet um Prüfung, ob die Abbildung der HMG0451 „Multiresistente Keime“ hierarchisch über der HMG0002 „Sepsis“ zu einer Verbesserung der Modellgüte führe, da dies die Anzahl der Hierarchiestränge reduzieren würde.

Der IKK e. V. führt aus, dass aufgrund der zwingenden medikamentösen Behandlung der Tuberkulose die DxG0532 „Schwere Tuberkulose“ und die DxG0551 „Knochen-Tuberkulose“ in der HMG0368 „Schwere Tuberkulose / n.n.bez. Geschlechtskrankheiten“ sowie die DxG0358 „Sonstige Tuberkulose“ aus der HMG0430 „Sonstige Infektionen“ durch folgende ATC-Kodes aufgegriffen werden sollten (Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat, akut-rezidivierend, 10 BT“):

- J04AA „Aminosalicylsäure und Derivate“,
- J04AB „Antibiotika“,
- J04AC „Hydrazide“,
- J04AD „Thiocarbamid-Derivate“,
- J04AK „Andere Mittel zur Behandlung der Tuberkulose“,
- J04AM „Kombinationen von Mitteln zur Behandlung der Tuberkulose“.

Zusätzlich solle auch die DxG0444 „Syphilis“ in der HMG0368 „Schwere Tuberkulose / n.n.bez. Geschlechtskrankheiten“ aufgrund der zwingend medikamentösen Behandlung der Syphilis über das Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat, akut-rezidivierend, 10 BT“ mit folgenden ATC-Kodes validiert werden:

- J01AA „Tetracycline“,
- J01CA „Penicilline mit erweitertem Wirkungsspektrum“,
- J01CE „Beta-Lactamase-sensitive Penicilline“,
- J01CG „Beta-Lactamase-Inhibitoren“,
- J01CR „Kombinationen von Penicillinen, inkl. Beta-Lactamase-Inhibitoren“,
- J01DB „Cephalosporine der 1. Generation“,
- J01DC „Cephalosporine der 2. Generation“,
- J01DD „Cephalosporine der 3. Generation“,
- J01DE „Cephalosporine der 4. Generation“,
- J01DH „Carbapeneme“,
- J01DI „Andere Cephalosporine und Peneme“.

Es wird darauf hingewiesen, dass das Vorgehen des BAS, die organspezifischen Erscheinungsformen der Syphilis den jeweiligen Hierarchien zuzuordnen, grundsätzlich richtig und sachgerecht sei. Allerdings müssten in der Konsequenz auch diejenigen DxGs mit Bezug zur Grunderkrankung in den betroffenen HMGs bzw. Hierarchien über die gleichen Arzneimittel validiert werden. Hier seien zusätzlich die nachfolgenden Diagnosen zu berücksichtigen:

Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

- K67.2 „Syphilitische Peritonitis“ (DxG0769 „Peritonitis / Abdominales Kompartmentsyndrom“ aus HMG0032 „Postoperativer Darmverschluss / Gefäßkrankheiten des Darmes / Peritonitis / Sonstige Colitiden / Abdominales Kompartmentsyndrom / Angiodysplasie des Dünndarms“,
- K67.3 „Tuberkulöse Peritonitis“ (DxG0769 / HMG0032).

Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

- M73.1, M73.11 – 16 „Bursitis syphilitica“ (DxG1286 „Sonstige Erkrankungen des Weichteilgewebes“ aus HMG0315 „Sonstige Erkrankungen des Muskel- und Skelett-Systems“).

Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“

- M49.0-* „Tuberkulose der Wirbelsäule“ (DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ aus HMG0296 „Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen / Infektionen der Wirbelsäule“).

Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

- A52.3 „Neurosyphilis, nicht näher bezeichnet“ (DxG0671 „Sonstige nicht virale Infektionen“ aus HMG0362 „Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale intrakranielle Infektionen / intrakranielle / intraspinale Abszesse oder Phlebitis“).

Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und ... Folgezustände ...“

- Diagnosen der konnatalen Frühsyphilis A50.0, A50.1. und A50.2 (DxG1124 „Sonstige Infektionen des Neugeborenen“ aus HMG0405 „Sonstige und nicht näher bez. Probleme in der Perinatalperiode“).

8.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die vom GKV-SV schon im Vorjahr angeregte Prüfung der Zuordnung der Diagnosen der tuberkulösen Arthritis (M01.1*), Arthritis bei Lyme-Krankheit (M01.2*) und postinfektiösen Arthritis bei Syphilis (M01.3*) zur Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ wurde bei Erstellung des Ausgangsmodells übersehen und konnte im weiteren Verlauf der Anpassungen aufgrund des zeitlichen Versatzes der Hierarchiebearbeitungen zwischen den Hierarchien 01 und 07 nicht mehr berücksichtigt werden. Die vorgeschlagene Prüfung wird in Abstimmung der Bearbeitung der beiden betroffenen Hierarchien im nächsten Anpassungszyklus nachgeholt. Auch die Prüfung der Vorschläge zur weitergehenden Berücksichtigung von Arzneimitteln innerhalb der Hierarchie 01 wird für den nächsten Anpassungszyklus vorgemerkt.

Die seitens der DAK-G angeregte Prüfung der geänderten Einsortierung der HMG0451 „Multiresistente Keime“ wurde bereits bei der Erstellung des Festlegungsentwurfs für das AJ 2022 geprüft und hat sich nicht als zielführend erwiesen (vgl. hierzu Bundesamt für Soziale Sicherung 2021a, 66 ff.). Für die aktuelle Festlegung erfolgen in der Hierarchie 01 keine weitergehenden Untersuchungen.

8.3 Festlegung der Hierarchie 01 „Infektionen“

Es ergeben sich keine Veränderungen zum Festlegungsentwurf.

9 Hierarchie 02 „Neubildungen“

9.1 Festlegungsentwurf

Es wurden drei neue DxGs mit Arzneimittel-Aufgreifkriterium gebildet, die jeweils als einzige DxG drei neuen gleichnamigen HMGs zugeordnet wurden. Diese HMGs bilden drei unterschiedliche Wirkstoffgruppen zur Behandlung bösartiger Neubildungen ab und wurden entsprechend ihrer Kostenschätzer an die Spitze des oberen gemeinsamen Strangs in das Dominanzgefüge der Hierarchie 02 eingeordnet. Die einzige bisherige HMG mit Arzneimittel-Aufgreifkriterium wurde aufgelöst. Des Weiteren wurde die HMG0270 „Lungenmetastasen sowie Metastasen der Verdauungsorgane (> 74 Jahre) und sonstiger Lokalisation“ aus dem Unterstrang „Solide Tumore“ in den gemeinsamen oberen Strang aufgenommen und zwei Hierarchieverletzungen durch Zusammenlegung zweier HMGs bzw. Umkehrung der Dominanzbeziehung zweier anderer HMGs behoben. Durch die Bildung der neuen HMGs konnte eine hohe Verbesserung der Modellgüte von ca. 21 € im MAPE erreicht werden.

Tabelle 9.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber. Abbildung 9.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

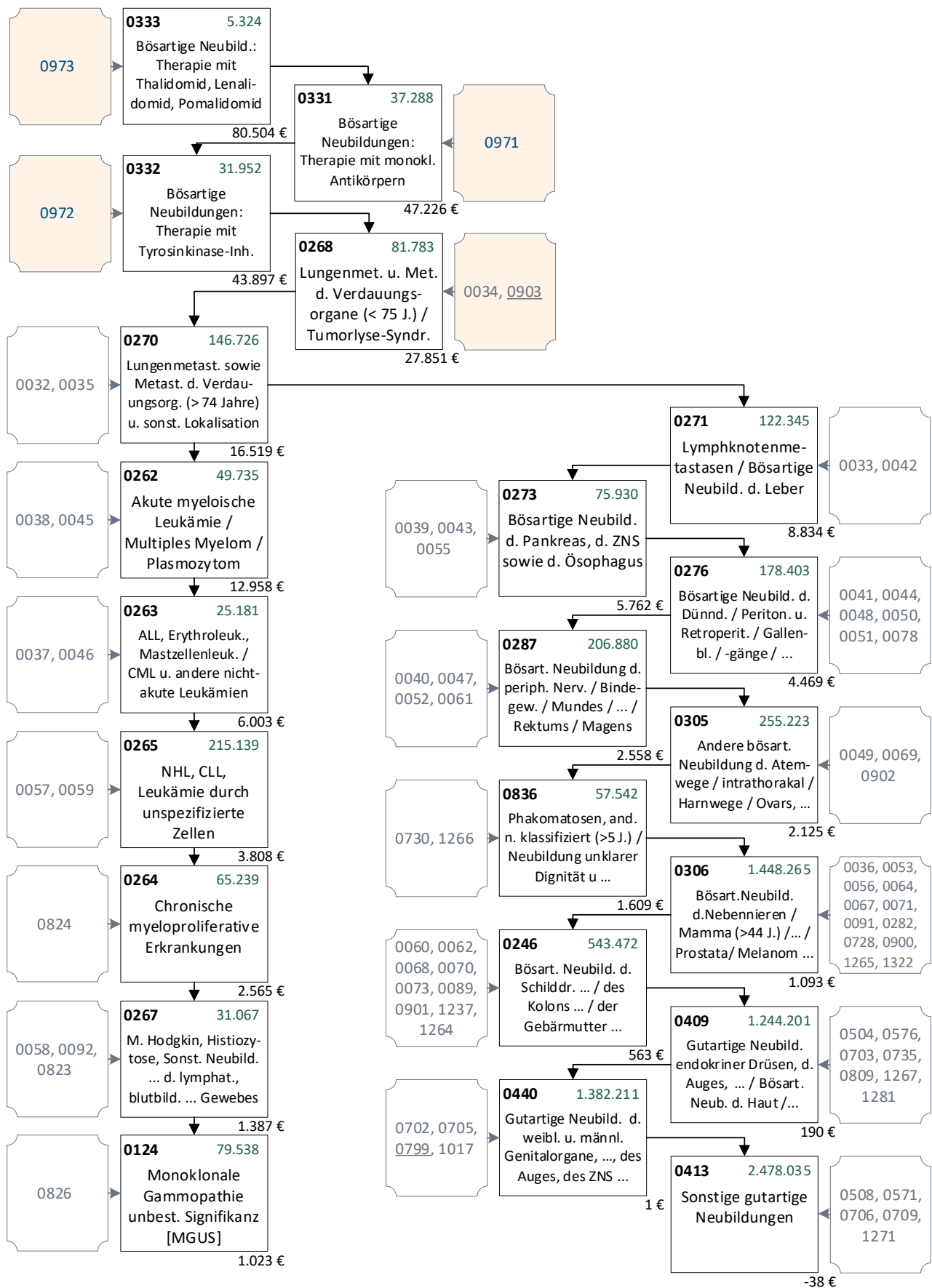
Tabelle 9.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 02 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		59,2785 %	0,9586 PP
	CPM	28,4730 %		29,0774 %	0,6045 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.474,44 €	-21,0901 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsamer oberer Strang					
HMG0333	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid			5.324	80.504 €
HMG0331	Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern			37.288	47.226 €
HMG0332	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren			31.952	43.897 €
HMG0268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane (< 75 Jahre) / Tumorlyse-Syndrom	96.928	32.819 €	81.783	27.851 €
HMG0269	Tumorlyse-Syndrom	794	32.526 €		
HMG0270	Lungenmetastasen sowie Metastasen der Verdauungsorgane (> 74 Jahre) und sonstiger Lokalisation	163.224	19.500 €	146.726	16.519 €
Strang „Hämatologische Neubildungen“					
HMG0261	Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	7.636	30.079 €		
HMG0262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	60.700	20.695 €	49.735	12.958 €
HMG0263	ALL, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / CML und andere nicht-akute Leukämien	25.976	6.515 €	25.181	6.003 €
HMG0265	Non-Hodgkin-Lymphom, Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen	224.302	4.394 €	215.139	3.808 €
HMG0264	Chronische myeloproliferative Erkrankungen	68.714	4.415 €	62.239	2.565 €
HMG0267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	31.565	1.436 €	31.067	1.387 €
HMG0124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	80.505	1.024 €	79.538	1.023 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		59,2785 %	0,9586 PP
	CPM	28,4730 %		29,0774 %	0,6045 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.474,44 €	-21,0901 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang „Solide Tumoren“					
HMG0271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	127.363	10.074 €	122.345	8.834 €
HMG0273	Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus	76.288	5.926 €	75.930	5.762 €
HMG0276	Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge / des Pharynx / des Kehlkopfs / der Luftröhre / der Bronchien / der Lunge / der Pleura / des Knochens / des Gelenkknorpels / Neubildung der Mamma (< 45 Jahre)	183.416	5.510 €	178.403	4.469 €
HMG0287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	208.040	2.704 €	206.880	2.558 €
HMG0305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der Parametrien und Plazenta	256.393	2.265 €	255.223	2.125 €
HMG0836	Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert (> 5 Jahre) / Neubildung unklarer Dignität u. n.n.bez. des respiratorischen Systems	57.688	1.663 €	57.542	1.609 €
HMG0306	Bösartige Neubildung der Nebennieren / der Mamma (> 44 Jahre) / des Auges / der Zervix und sonst. weiblichen Genitalorgane / multipler oder n.n.bez. Lokalisationen / der Prostata / Duktales Karzinoma in situ / Kaposi-Sarkom / Malignes Melanom / Neubildung unklarer Dignität / n.n.bez. Neubildung des Gehirns / des Nervensystems / der Hypophyse / der Pinealis / gutartige Neubildungen des Mittelohres, der Atemwege intrathorakaler Organe	1.457.728	1.231 €	1.448.265	1.093 €
HMG0246	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Paraganglien sowie weiterer endokriner Drüsen / des Kolons / andere, n.n.bez. der Verdauungsorgane / des Peritoneums / der Haut / der männlichen Geschlechtsorgane / der Niere / Nierenbeckens / der Gebärmutter / anderer ungenügend bezeichneter Lokalisation	544.465	612 €	543.472	563 €
HMG0409	Gutartige Neubildungen endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS, des Herzens / Bösartige Neubildungen der Haut / Neubildungen unklarer Dignität unterschiedlicher Lokalisationen	1.246.008	219 €	1.244.201	190 €
HMG0440	Gutartige Neubildungen der weiblichen und männlichen Genitalorgane, Harnorgane, endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS und an sonstigen und n.n.bez. Lokalisationen / Karzinoid-Syndrom / Carcinoma in situ, n.n.bez. / Bösartige Neubildung der Haut, n.n.bez.	1.383.192	10 €	1.382.211	1 €
HMG0413	Sonstige gutartige Neubildungen	2.479.188	-36 €	2.478.035	-38 €

Quelle: BAS

Abbildung 9.1: Hierarchie 02 „Neubildungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)



9.2 Anhörungsverfahren

9.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Für die DAK-G ist die Zuordnung der ICD-Kodes von U69.5-! „Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten“ in die Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)“ nicht nachzuvollziehen.

Die KBV / BÄK halten die Aufnahme der ICD-Kodes E34.0 „Karzinoid-Syndrom“ und E88.3 „Tumorlyse-Syndrom“ in die DxGs 0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“, 0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ für medizinisch nicht ganz nachvollziehbar. Die Codes E34.0 und E88.3 klassieren keine bösartigen Neubildungen per se, sondern „Stoffwechselstörungen“, denen eine bösartige Neubildung oder die (zytostatische) Behandlung einer bösartigen Neubildung zugrunde liegt.

GKV-SV, TK et al. und IKK e. V. sehen die stärkere Arzneimittelvalidierung bzw. -differenzierung in der Hierarchie 02 grundsätzlich als sinnvoll an.

Aus Sicht des GKV-SV sei allerdings durch das BAS zu erläutern, aus welchen Gründen die in der onkologischen Arzneimitteltherapie leitliniengerecht eingesetzten anderen Zytostatika der ATC-Gruppe L01 nicht berücksichtigt werden. Die DAK-G schlägt eine eigene HMG mit allen ATC-Kodes der Gruppe L01 vor. Auch der IKK e. V. hält die Auswahl der Wirkstoffe aus der ATC-Gruppe L01 für zu eingeschränkt.

Dem AOK-BV erscheint eine Berücksichtigung der klassischen Zytostatika auch deshalb nicht erforderlich und nicht versorgungsneutral umsetzbar, weil auch andere klassische Interventionen in der Tumorthherapie (Operation, Bestrahlung) nicht als Aufgreifkriterium berücksichtigt würden. Mit der vorgeschlagenen Differenzierung strebe das BAS sachgerechter Weise nicht an, alle denkbaren Therapieoptionen vollständig abzubilden.

Da die der DxG0973 zugeordneten Arzneimittelwirkstoffe nur für eine geringe Anzahl an Indikationen zugelassen sind und nicht mit Zulassungserweiterungen zu rechnen sei, schlagen der GKV-SV, der AOK-BV und der BKK DV vor, eine eingeschränkte ICD-Abgrenzung für die DxG0973 auf die zugelassenen Anwendungsgebiete (Multiples Myelom, MDS, Mantelzelllymphom, Follikuläres Lymphom) zu prüfen.

Der GKV-SV und die DAK-G führen aus, dass die Dauer der Therapie in Abhängigkeit von der Progression der Erkrankung bzw. von der Verträglichkeit der Therapie erfolge und deshalb nicht regelhaft von einer Therapiedauer von mindestens 183 / 92 Tagen ausgegangen werden könne, wie es für das Aufgreifkriterium Sonderfall 1 erforderlich sei. Zudem variere die Dosierung in Abhängigkeit der behandelten Erkrankung. Analyseergebnisse zeigten, dass sich die Modellkennzahlen gegenüber dem Festlegungsentwurf durch die Anwendung des Sonderfalls 2 (42 / 21 BT) deutlich verbessern würden. Auch der IKK e. V. weist darauf hin, dass gerade bei der Kombination mit der Radiotherapie kürzere Therapiezyklen gewählt würden.

Der IKK e. V. merkt das Fehlen des ATC Kodes V10XX02 „Ibritumomab-Tiuxetan“ als Antikörper-Wirkstoff-Konjugat an. Auch sollte die Verwendung der Sonder-PZN 02567478, 06461015, 06461021 zur Herstellung parenteraler Lösungen mit monoklonalen Antikörpern adäquat berücksichtigt werden. Auf diese Sonder-PZN weist auch der BKK DV hin.

Vor dem Hintergrund der Berücksichtigung des Wirkstoffs Lenalidomid (L04AX) in der DxG0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ fehlt aus Sicht des GKV-SV, des AOK-BV und des BKK DV eine Auseinandersetzung mit der Zuordnung der myelodysplastischen Syndrome (MDS). Die entsprechenden ICD-Kodes seien dem zweiten Strang der Hierarchie 08 Hämatologische Erkrankungen zugeordnet. Dort existiere 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 umfassten. Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-SV eine Verschiebung der genannten ICD-Kodes für die MDS in die neuen Arzneimittel-HMGs vor.

Die DAK-G schlägt vor, die ATC-Kodes L01XX51 und L01XX52 zu berücksichtigen. Eine Aufnahme in die HMG0332 wäre eine mögliche Abbildung.

Der IKK e. V. sieht die untergeordnete HMG0271 „Lymphknotenmetastasen, Bösartige Neubildung der Leber“ mit der DxG0033 „Lymphknotenmetastasen“ als medizinisch eng verwandt mit den dominierenden HMGs 0270 und 0268, die ebenfalls Metastasen enthielten, an. Hier wäre es sachlogisch, die DxG0042 „Bösartige Neubildung der Leber“ in eine andere HMG auszugliedern und die HMG0271 mit der alleinigen DxG0033 in Strang 1 oberhalb der HMG0262 „Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom“ sowie in Strang 2 oberhalb der HMG0273 „Bösartige Neubildungen des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus“ mit den HMGs 0270 und 0268 zusammenzuführen.

Der BKK DV weist darauf hin, dass in Bezug auf die HMGs 0331 und 0332 auch denkbar wäre, die monoklonalen Antikörper mit den Proteinkinase-Inhibitoren aufgrund der naheliegenden Kostenschätzer zusammenzulegen. Er schlägt eine Abbildung der Arzneimitteltherapie gemäß der onkologischen Leitlinien über Arzneimittelsplits vor, welche das gesamte therapeutische Spektrum abbilden.

9.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die Zuordnung der Fünfsteller des ICD-Kodes U69.5-I „Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten“ in die Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)“ in der Anlage 1 ist nicht korrekt und widerspricht auch der Dokumentation in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2023. Die korrekte Zuordnung wird im Folgenden noch einmal dargestellt. Eine Prüfung ist nicht erforderlich bzw. nicht möglich, da es sich um neue ICD-Kodes handelt, für die noch keine Datenmeldungen vorliegen können.

Die kritische Einschätzung der KBV / BÄK bezüglich der Zuordnung der ICD-Kodes E34.0 „Karzinoid-Syndrom“ und E88.3 „Tumorlyse-Syndrom“ in die DxGs 0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“, 0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ wird geteilt. Eine Entfernung dieser ICD-Kodes aus diesen HMGs wird daher im Folgenden genauer geprüft.

In der Hierarchie 02 „Neubildungen“ gibt es sehr viele Diagnosegruppen, die für die Einführung von Arzneimitteln als Aufgreifkriterium in Frage kommen. Hierdurch würde die Anzahl der Diagnosegruppen jedoch deutlich zunehmen und die Komplexität des Modells erhöhen. Des Weiteren zöge die zunehmende Dynamik bei der Entwicklung neuer onkologischer Substanzen einen ständigen Prüfbedarf nach sich (Erläuterungen zum Festlegungsentwurf AJ 2023, Seite 69 (Bundesamt für Soziale Sicherung 2022)).

Das BAS hat daher mit dem Wissenschaftlichen Beirat nach „Ausgestaltungsmöglichkeiten für die Integration von Arzneimitteln in der Hierarchie „Neubildungen“ gesucht, die die Versorgungsrealität besser abbilden, ohne unerwünschte Anreizwirkungen im Hinblick auf das Verordnungsverhalten zu setzen, zugleich jedoch die Komplexität und damit auch die laufende Pflege der Hierarchie 02 „Neubildungen“ auf ein vertretbares Maß zu begrenzen“ (Erläuterungen zum Festlegungsentwurf AJ 2023, Seite 69 (Bundesamt für Soziale Sicherung 2022)).

Der Fokus lag nicht, wie vom GKV-SV vermutet, darauf, Anreizwirkungen zu reduzieren, indem bestimmte Wirkstoffgruppen, insbesondere klassische Zytostatika, nicht berücksichtigt werden. Bisher hat der Wissenschaftliche Beirat „aufgrund bestehender Bedenken hinsichtlich möglicher Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen“ die Bildung unterschiedlicher Arzneimittel-Zuschlagsgruppen innerhalb eines Hierarchiestrangs im Übrigen abgelehnt (Erläuterungen zur Festlegung AJ 2017, Seite 31 (Bundesversicherungsamt 2016)).

Dementsprechend folgt das BAS im Festlegungsentwurf AJ 2023 der Logik, die Verordnung von bestimmten Arzneimitteln als Quelle für ergänzende Informationen zu Diagnosen zu nutzen, wie es in der Vergangenheit auch schon für den Wirkstoff Imatinib erfolgt ist. Die Zuordnung erfolgt also, im Unterschied zur klassischen Chemotherapie mit Zytostatika, angelehnt an den Wirkmechanismus, entsprechend der „targeted therapies“, bei denen verschiedene neuartige Arzneimittelwirkstoffe bestimmte biologische und zytologische Eigenarten des Krebsgewebes ausnutzen.

Aus pragmatischen Gründen, insbesondere um die Zunahme der Diagnosegruppen zu begrenzen und einen ständigen Anpassungsbedarf zu vermeiden, sind die ATC-Kodes nicht getrennt mehreren Dx-Gruppen zugeordnet worden.

Eine Prüfung zur Berücksichtigung auch der anderen Zytostatika der ATC-Gruppe L01 wird derzeit für das AJ2023 abgelehnt. Aus den obigen Ausführungen folgt auch für die vorgeschlagene Reduktion des ICD-Spektrums der DxG0973, dass diese nicht der Logik der Vorgehensweise entsprechen würde. Der Vorschlag wird daher ebenfalls zum jetzigen Zeitpunkt abgelehnt.

Die Wirkstoffe / ATC-Kodes der Gruppe L01XE „Proteinkinase-Inhibitoren“ sind vom WIdO zwischen August und September 2020 in die Gruppe L01E „Proteinkinase-Inhibitoren“ verschoben worden. Die Wirkstoffebene L01XC „Monoklonale Antikörper“ wurde im September 2021 gelöscht und die Wirkstoffe / ATC-Kodes in neuer Struktur in die Ebene L01F „Monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate“ umklassifiziert. Es handelt sich also um dieselben und keine fehlenden Wirkstoffe.

Folgende Vorschläge werden in einem der nächsten Anpassungszyklen geprüft werden:

- Zuordnung des myelodysplastischen Syndroms zur Hierarchie 02,
- Berücksichtigung der ATC-Kodes L01XX51 „Talimogen laherparepvec“ und L01XX52 „Venetoclax“,
- Veränderung der DxG / HMG-Zuordnung und der Hierarchisierung der ICD-Kodes zu Metastasen,
- Prüfung des Sonderfalls (42 / 21 BT) für die Aufgreifkriterien der DxGs 0971, 0972 und 0973,
- Berücksichtigung des ATC-Kodes V10XX02 „Ibritumomab-Tiuxetan“ als Antikörper-Wirkstoff-Konjugat sowie der Sonder-PZN 02567478, 06461015, 06461021 „Individuell hergestellte parenterale Lösungen mit Monoklonalen Antikörpern“ für die Aufgreifkriterien der DxG 0971,
- Zusammenlegung der HMGs 0331 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“ und 0332 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“.

9.3 Zuordnung der neuen ICD-Kodes U69.5- zu einer Krankheit sowie DxGs und HMGs

9.3.1 Hintergrund

Die Zuordnung der fünfstelligen ICD-Kodes von U69.5-! „Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten“ in die Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)“ in der Anlage 1 ist nicht korrekt. Es handelt sich um neue ICD-Kodes des ICD-10-GM 2022, für die noch keine Datenmeldungen vorliegen. Eine Untersuchung kann nicht durchgeführt werden, sodass die Zuordnungen auf Basis medizinischen Sachverstands dargestellt werden.

9.3.2 Ergebnis

Die ICD-Kodes von U69.5-! „Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten“ werden entsprechend Tabelle 9.2 Krankheiten und entsprechend Tabelle 9.3 DxGs und HMGs zugeordnet.

Tabelle 9.2: Einordnung der mit der ICD-10-GM 2022 neu eingeführten ICD-Kodes U69.5-! zu den Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2023

ICD	Bezeichnung	Geschlecht	Alter von	Alter bis	Krankheit	
U69.5-!	Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten	alle	0	124	501	AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)
U69.50!	Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	alle	0	124	035	Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multippler Lokalisation (inkl. Komplikationen)
U69.51!	Intrathorakale Lymphknoten	alle	0	124		
U69.52!	Intraabdominale Lymphknoten	alle	0	124		
U69.53!	Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	alle	0	124		
U69.54!	Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität	alle	0	124		
U69.55!	Intrapelvine Lymphknoten	alle	0	124		

Quelle: BAS

Tabelle 9.3: Einordnung der mit der ICD-10-GM 2022 neu eingeführten ICD-Kodes U69.5-! zu DxGs und HMGs im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2023

ICD	Bezeichnung	DxG	HMG	DxG-Bezeichnung	HMG-Bezeichnung
U69.50!	Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	0033	0271	Lymphknotenmeta- stasen	Lymphknotenmeta- stasen / Bösartige Neubildung der Le- ber
U69.51!	Intrathorakale Lymphknoten				
U69.52!	Intraabdominale Lymphknoten				
U69.53!	Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität				
U69.54!	Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität				
U69.55!	Intrapelvine Lymphknoten				
U69.50!	Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	0971	0331	Bösartige Neubil- dungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern	Bösartige Neubildun- gen: Therapie mit monoklonalen Anti- körpern
U69.51!	Intrathorakale Lymphknoten				
U69.52!	Intraabdominale Lymphknoten				
U69.53!	Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität				
U69.54!	Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität				
U69.55!	Intrapelvine Lymphknoten				
U69.50!	Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	0972	0332	Bösartige Neubil- dungen: Therapie mit Tyrosinkinase- Inhibitoren	Bösartige Neubildun- gen: Therapie mit Ty- rosinkinase-Inhibito- ren
U69.51!	Intrathorakale Lymphknoten				
U69.52!	Intraabdominale Lymphknoten				
U69.53!	Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität				
U69.54!	Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität				
U69.55!	Intrapelvine Lymphknoten				
U69.50!	Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	0973	0333	Bösartige Neubil- dungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Poma- lidomid	Bösartige Neubildun- gen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Poma- lidomid
U69.51!	Intrathorakale Lymphknoten				
U69.52!	Intraabdominale Lymphknoten				
U69.53!	Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität				
U69.54!	Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität				
U69.55!	Intrapelvine Lymphknoten				

Quelle: BAS

9.4 Streichung der ICD-Kodes E34.0 und E88.3 aus den DxGs 0971, 0972 und 0973

9.4.1 Hintergrund


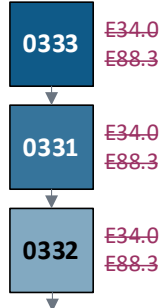
Die von der KBV / BÄK als medizinisch nicht nachvollziehbar bezeichnete Aufnahme der ICD-10-GM-Kodes E34.0 „Karzinoid-Syndrom“ und E88.3 „Tumorlyse-Syndrom“ in die DxGs 0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“, 0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ wird korrigiert. Auch aus Sicht des BAS handelt es sich um Diagnosen zu Folgezuständen von bösartigen Neubildungen.

9.4.2 Untersuchung

In **Modell A01** werden die ICD-Kodes E34.0 „Karzinoid-Syndrom“ und E88.3 „Tumorlyse-Syndrom“ aus den DxGs 0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“, 0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ entfernt.

Tabelle 9.4 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen.

Tabelle 9.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,2785 %	0,9586 PP	59,2784 %	0,9586 PP
	CPM	29,0774 %	0,6045 PP	29,0774 %	0,6045 PP
	MAPE	2.474,44 €	-21,0901 €	2.474,44 €	-21,0895 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsamer oberer Strang					
HMG0333	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid oder Pomalidomid	5.324	80.504 €	5.324	80.504 €
HMG0331	Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern	37.288	47.226 €	37.288	47.226 €
HMG0332	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	31.952	43.897 €	31.951	43.897 €

Quelle: BAS

9.4.3 Ergebnis

Die Entfernung der oben genannten ICD-Kodes führt lediglich zu einer Abnahme der Besetzungszahl in der HMG0332 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ um einen Versicherten. Die Kennzahlen bleiben hierdurch unverändert bzw. das MAPE nahezu unverändert. Der Vorschlag wird angenommen.

9.5 Festlegung der Hierarchie 02 „Neubildungen“

9.5.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

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

Folgende Veränderungen von DxGs werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf vorgenommen:

- Die ICD-Kodes E34.0 „Karzinoid-Syndrom“ und E88.3 „Tumorlyse-Syndrom“ werden aus den DxGs 0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“, 0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ entfernt.

Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ entfernt.

- Die ICD-Kodes U69.50! „Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses“, U69.51! „Intrathorakale Lymphknoten“, U69.52! „Intraabdominale Lymphknoten“, U69.53! „Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität“, U69.54! „Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität“, U69.55! „Intrapelvine Lymphknoten“ werden den DxGs 0033 „Lymphknotenmetastasen“, 0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“, 0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ zugeordnet.

9.5.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 02

Abbildung 9.2 stellt die Festlegung der Hierarchie 02 „Neubildungen“ graphisch dar.

Tabelle 9.5 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 02 „Neubildungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber.

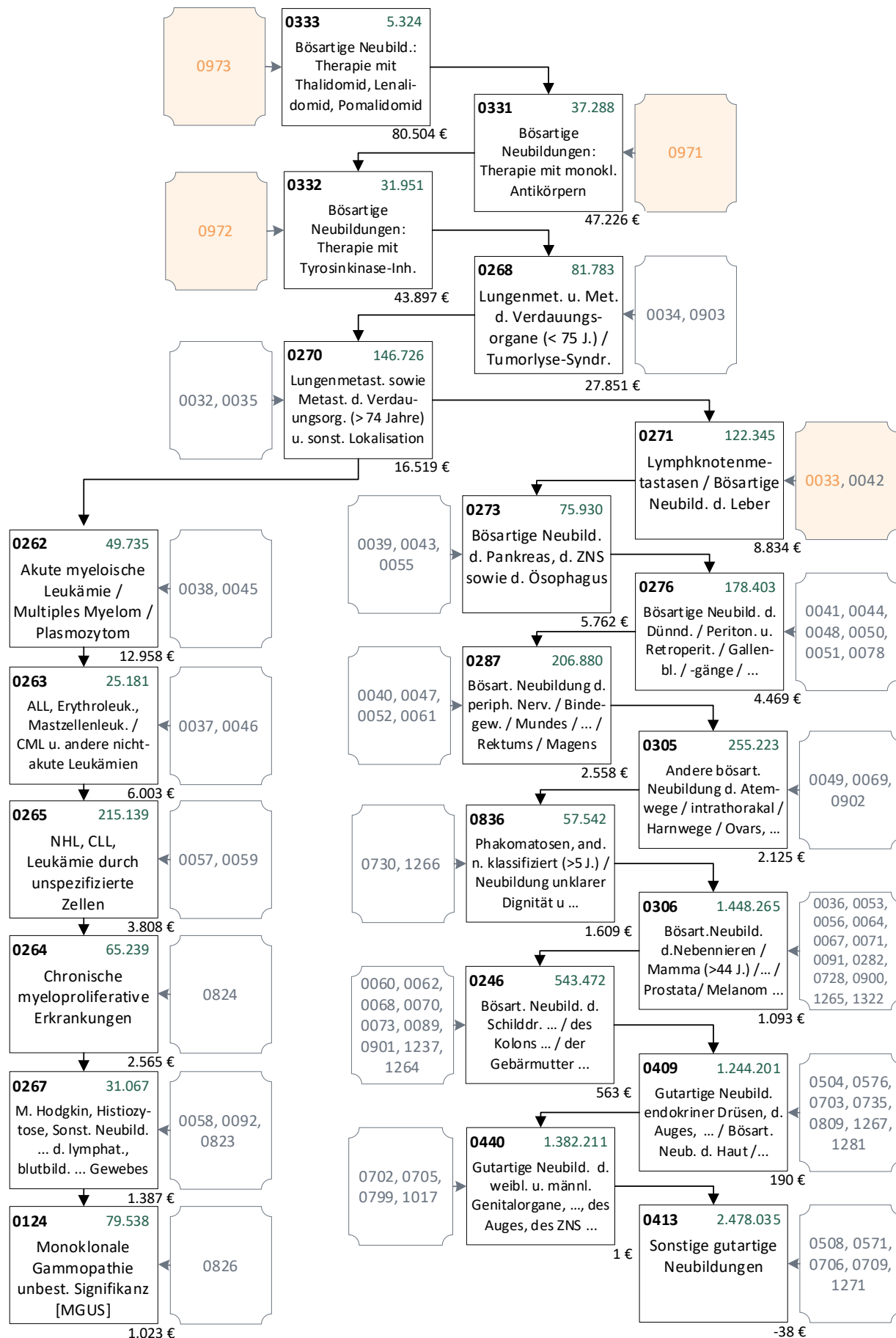
Tabelle 9.5: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 02 für das AJ 2023

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,2785 %	0,9586 PP	59,2784 %	0,9586 PP
	CPM	29,0774 %	0,6045 PP	29,0774 %	0,6045 PP
	MAPE	2.474,44 €	-21,0901 €	2.474,44 €	-21,0895 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsamer oberer Strang					
HMG0333	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid	5.324	80.504 €	5.324	80.504 €
HMG0331	Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern	37.288	47.226 €	37.288	47.226 €
HMG0332	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	31.952	43.897 €	31.951	43.897 €
HMG0268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane (< 75 Jahre) / Tumorlyse-Syndrom	81.783	27.851 €	81.783	27.851 €
HMG0270	Lungenmetastasen sowie Metastasen der Verdauungsorgane (> 74 Jahre) und sonstiger Lokalisation	146.726	16.519 €	146.726	16.519 €
Strang „Hämatologische Neubildungen“					
HMG0262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	49.735	12.958 €	49.735	12.958 €
HMG0263	ALL, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / CML und andere nicht-akute Leukämien	25.181	6.003 €	25.181	6.003 €
HMG0265	Non-Hodgkin-Lymphom, Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen	215.139	3.808 €	215.139	3.808 €
HMG0264	Chronische myeloproliferative Erkrankungen	62.239	2.565 €	62.239	2.565 €
HMG0267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	31.067	1.387 €	31.067	1.387 €
HMG0124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	79.538	1.023 €	79.538	1.023 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,2785 %	0,9586 PP	59,2784 %	0,9586 PP
	CPM	29,0774 %	0,6045 PP	29,0774 %	0,6045 PP
	MAPE	2.474,44 €	-21,0901 €	2.474,44 €	-21,0895 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang „Solide Tumoren“					
HMG0271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	122.345	8.834 €	122.345	8.834 €
HMG0273	Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus	75.930	5.762 €	75.930	5.762 €
HMG0276	Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge / des Pharynx / des Kehlkopfs / der Luftröhre / der Bronchien / der Lunge / der Pleura / des Knochens / des Gelenkknorpels / Neubildung der Mamma (< 45 Jahre)	178.403	4.469 €	178.403	4.469 €
HMG0287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	206.880	2.558 €	206.880	2.558 €
HMG0305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der Parametrien und Plazenta	255.223	2.125 €	255.223	2.125 €
HMG0836	Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert (> 5 Jahre) / Neubildung unklarer Dignität u. n.n.bez. des respiratorischen Systems	57.542	1.609 €	57.542	1.609 €
HMG0306	Bösartige Neubildung der Nebennieren / der Mamma (> 44 Jahre) / des Auges / der Zervix und sonst. weiblichen Genitalorgane / multipler oder n.n.bez. Lokalisationen / der Prostata / Duktales Karzinoma in situ / Kaposi-Sarkom / Malignes Melanom / Neubildung unklarer Dignität / n.n.bez. Neubildung des Gehirns / des Nervensystems / der Hypophyse / der Pinealis / gutartige Neubildungen des Mittelohres, der Atemwege intrathorakaler Organe	1.448.265	1.093 €	1.448.265	1.093 €
HMG0246	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Paraganglien sowie weiterer endokriner Drüsen / des Kolons / andere, n.n.bez. der Verdauungsorgane / des Peritoneums / der Haut / der männlichen Geschlechtsorgane / der Niere / Nierenbeckens / der Gebärmutter / anderer ungenügend bezeichneter Lokalisation	543.472	563 €	543.472	563 €
HMG0409	Gutartige Neubildungen endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS, des Herzens / Bösartige Neubildungen der Haut / Neubildungen unklarer Dignität unterschiedlicher Lokalisationen	1.244.201	190 €	1.244.201	190 €
HMG0440	Gutartige Neubildungen der weiblichen und männlichen Genitalorgane, Harnorgane, endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS und an sonstigen und n.n.bez. Lokalisationen / Karzinoid-Syndrom / Carcinoma in situ, n.n.bez. / Bösartige Neubildung der Haut, n.n.bez.	1.382.211	1 €	1.382.211	1 €
HMG0413	Sonstige gutartige Neubildungen	2.478.035	-38 €	2.478.035	-38 €

Quelle: BAS

Abbildung 9.2: Hierarchie 02 „Neubildungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

10 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

10.1 Festlegungsentwurf

Die Hierarchie 04 hat im Festlegungsentwurf eine umfassende Überarbeitung erfahren. Zum einen wurden Versicherte mit LDL-Apherese über den Sonderfall 4 geprüft und mit der HMG0130 „Dialysestatus“ zur neu gefassten HMG0130 „Dialysestatus / Apherese“ zusammengelegt. Als weiterer Schwerpunkt wurden Diagnose(gruppen), die vom metabolischen Syndrom berührt sein können, überarbeitet. In diesem Kontext wurden

- die Fettstoffwechselstörungen (FSS) mit einer Arzneimittelprüfung versehen,
- die Aufgreifkriterien des Diabetes mellitus stringenter gefasst,
- die Hypoglykämien in die Dominanzstruktur zur sonstigen Adipositas und den FSS eingebunden und
- die HMGs des Diabetes mellitus, der sonstigen Adipositas, der hypertensiven Herzerkrankungen und der Fettstoffwechselstörungen in einer gemeinsamen Dominanzstruktur dargestellt.

Im Zuge der Überarbeitung des Diabetes mellitus wurde die Abgrenzung der Kinder ebenfalls empirisch geprüft und angepasst.

Darüber hinaus wurden Arzneimitteldifferenzierungen für die Porphyrrie, die Akromegalie und die Schilddrüsenerkrankungen geprüft, die Prüfung der Hyperammonämien um einen Wirkstoff erweitert und im Anschluss das Modell konsolidiert.

Tabelle 10.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 10.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 04 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3865 %	0,0666 PP
	CPM	28,4730 %		28,5429 %	0,0699 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.493,09 €	-2,4396 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Metabolische Erkrankungen“					
HMG0285	Mukopolysaccharidose Typ II, Hypophosphatasie mit ERT	125	214.786 €	125	214.796 €
HMG0284	Morbus Pompe, Mukopolysaccharidose Typ IV oder Typ VI mit ERT	346	170.899 €	346	170.916 €
HMG0281	Morbus Gaucher mit ERT / SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose Typ I mit ERT	383	136.724 €	383	136.734 €
HMG0282	Morbus Fabry mit ERT	730	123.180 €	730	123.189 €
HMG0279	Alpha-1-Antitrypsinmangel mit Substitutionstherapie	1.178	82.927 €	1.178	82.943 €
HMG0399 (neu)	Störungen des Harnstoffzyklus mit Phenylbutyrattherapie, PKU / HPA mit BH4-Responsivität, Tyrosinämie mit Nitisinongabe, Hereditäre erythropoetische Porphyrrie mit Bedarfsmedikation, Akromegalie mit Dauermedikation II			1.112	1.112
HMG0410 (neu)	Akromegalie mit Dauermedikation I			986	986
HMG0389 (neu)	Hypopituitarismus mit Somatropingabe, sonstige Porphyrrie mit Bedarfsmedikation			7.232	7.232
HMG0021	PKU / HPA ohne BH4-Responsivität, Morbus Wilson, Gangliosidosen	6.244	7.468 €	6.290	7.571 €
HMG0286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und sonstige Mukopolysaccharidosen (exkl. Typ I) ohne ERT	6.914	5.373 €	6.868	5.288 €
HMG0022	Cushing-Syndrom, Amyloidose, Hypopituitarismus	79.383	2.759 €	78.981	2.595 €
HMG0388 (neu)	Ernährungs- und Stoffwechselstörungen bei a.o. klassifizierten Krankheiten, Porphyrrie ohne Bedarfsmedikation			10.071	1.090 €
HMG0023 (alt)	Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine	412.366	650 €		
HMG0023 (neu)	Lesch-Nyhan-Syndrom, Hyperthyreose, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine, Hyperthyreose			495.166	588 €
HMG0398 (neu)	Sonstige Hypothyreose mit Dauermedikation			2.466.818	248 €
HMG0393	Sonstige endokrine Störungen, sonstige Hypothyreosen ohne Dauermedikation, Laktoseintoleranz, Chronische Thyreoiditis			3.546.337	156 €
HMG0024 (alt)	Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz	12.989.333	-75 €		
HMG0024 (neu)	Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz			7.068.625	-46 €

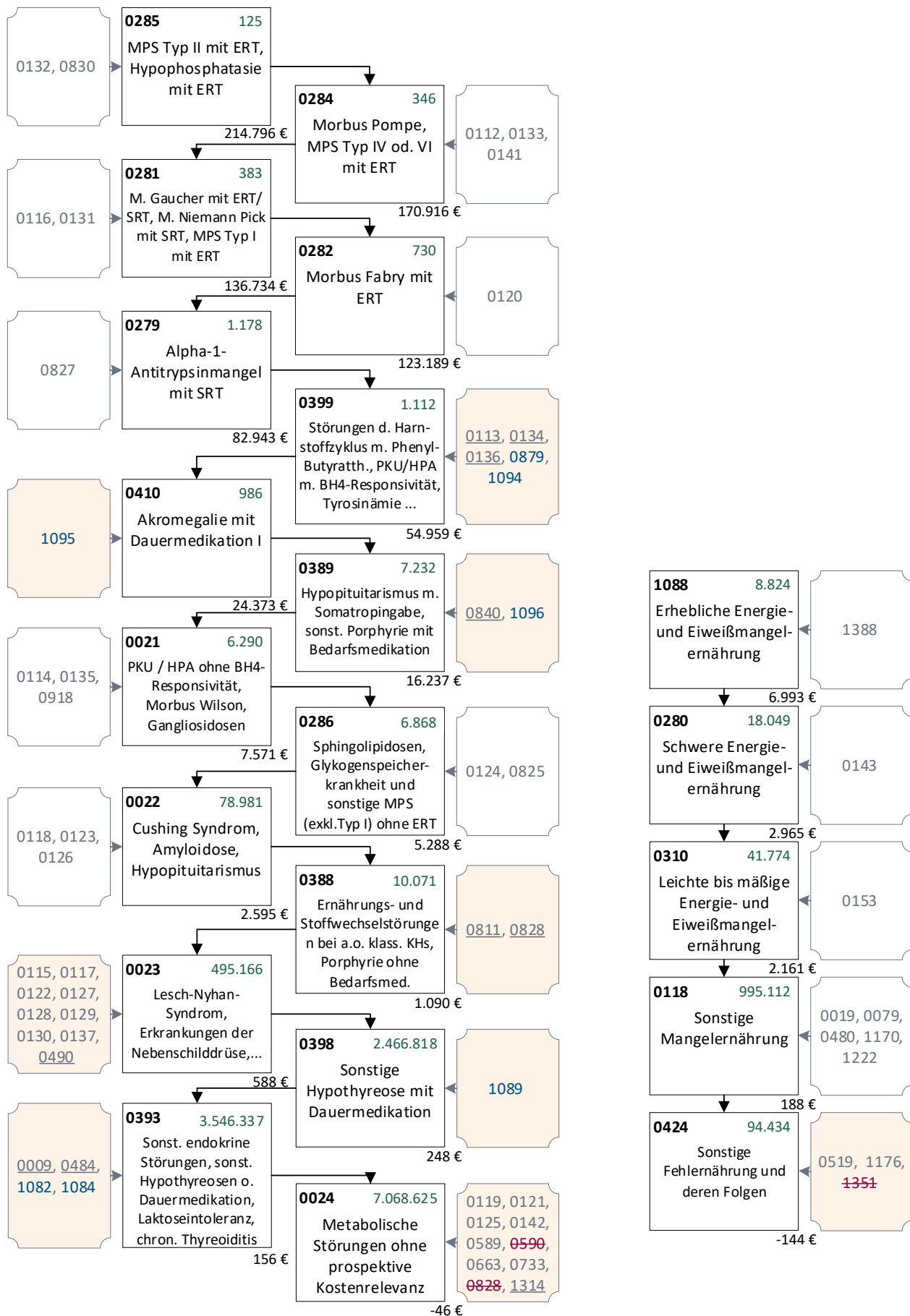
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3865 %	0,0666 PP
	CPM	28,4730 %		28,5429 %	0,0699 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.493,09 €	-2,4396 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2 (neu): „Fehlernährung“ (im AGM Strang 5)					
HMG1088	Erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	8.824	7.041 €	8.824	6.993 €
HMG0280	Schwere Energie- und Eiweißmangelernährung	18.049	2.969 €	18.049	2.965 €
HMG0310	Leichte bis mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	41.774	2.177 €	41.774	2.161 €
HMG0118	Sonstige Mangelernährung	995.112	196 €	995.112	188 €
HMG0424 (alt)	Sonstige Überernährung und deren Folgen	1.385.556	47 €		
HMG0424 (neu)	Sonstige Fehlernährung			94.434	-144 €
Strang 3 (neu): „Fettstoffwechselstörungen“ (im AGM nicht vorhanden)					
HMG0130 (alt)	Dialysestatus	80.150	44.686 €		
HMG0130 (neu)	Dialysestatus / Apherese			82.617	45.155 €
HMG0387 (neu)	Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert			343.108	288 €
Strang 4: „Hypoglykämien“					
HMG0120	Hypoglykämisches Koma	219	3.508 €	219	3.316 €
HMG0509	Hypoglykämien ohne Koma	46.512	587 €	46.512	635 €
Strang 5 (neu): „Diabetes mellitus“ (im AGM Strang 2/3)					
HMG0018 (neu)	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 (< 12 Jahre)			9.887	8.826 €
HMG0018 (alt)	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 unter 12 Jahre	9.898	8.220 €		
HMG0390 (neu)	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 (11 Jahre < Alter < 16 Jahre)			9.693	7.201 €
HMG0020 (neu)	Diabetische Ketoazidose, Koma oder multiple Komplikationen bei Diabetes mellitus Typ 1 bzw. bei sonstigem D. m. mit Insulindauermedikation			695.336	4.323 €
HMG0020 (alt)	Insulintherapie	1.377.485	2.762 €		
HMG0397 (neu)	Augenmanifestationen oder andere näher bezeichnete Krankheitserscheinungen bei Diabetes mellitus Typ 1 bzw. bei sonstigem D. m. mit Insulindauermedikation			199.203	3.728 €
HMG0391 (neu)	Sonstiger Diabetes mellitus Typ 1 oder sonstiger Diabetes mellitus mit Insulindauermedikation			494.332	3.267 €
HMG0015 (alt)	Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, Ketoazidose oder Koma	1.228.254	964.853		
HMG0015 (neu)	Sonstiger Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, Ketoazidose oder Koma			1.387 €	1.390 €
HMG0016 (alt)	D. m. mit Komplikationen der Nieren, Nerven, peripheren Gefäße oder sonstigen näher bez. Kompl.	896.556	333.254		
HMG0016 (neu)	Sonstiger Diabetes mellitus mit anderen Komplikationen			333.254	886 €
HMG0019 (alt)	Diabetes mellitus ohne Komplikationen	4.244.433	351 €		
HMG0019 (neu)	Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen			3.969.417	425 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3865 %	0,0666 PP
	CPM	28,4730 %		28,5429 %	0,0699 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.493,09 €	-2,4396 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 6 (neu): „Adipositas“					
HMG0962	Adipositas Schweregrad III / Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren	1.126.740	550 €	1.126.740	560 €
Externe Dominanz aus/in H16 „Herzerkrankungen“					
HMG0091	Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen	10.522.548	175 €	7.872.185	215 €
Neu: Gemeinsames Strangende „Metabolisches Syndrom“					
HMG0179 (neu)	Sonstige Adipositas, sonstige oder n.n.bez. Stoffwechselstörung			1.779.869	100 €
HMG0384 (neu)	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien ohne Dauermedikation / LDL-Apherese			334.661	-16 €
Freistehend im Ausgangsmodell					
HMG0179 (alt)	Sonstige Adipositas	5.054.044	52 €		
HMG0382 (alt)	Apherese	4.524	26.524 €		

Quelle: BAS

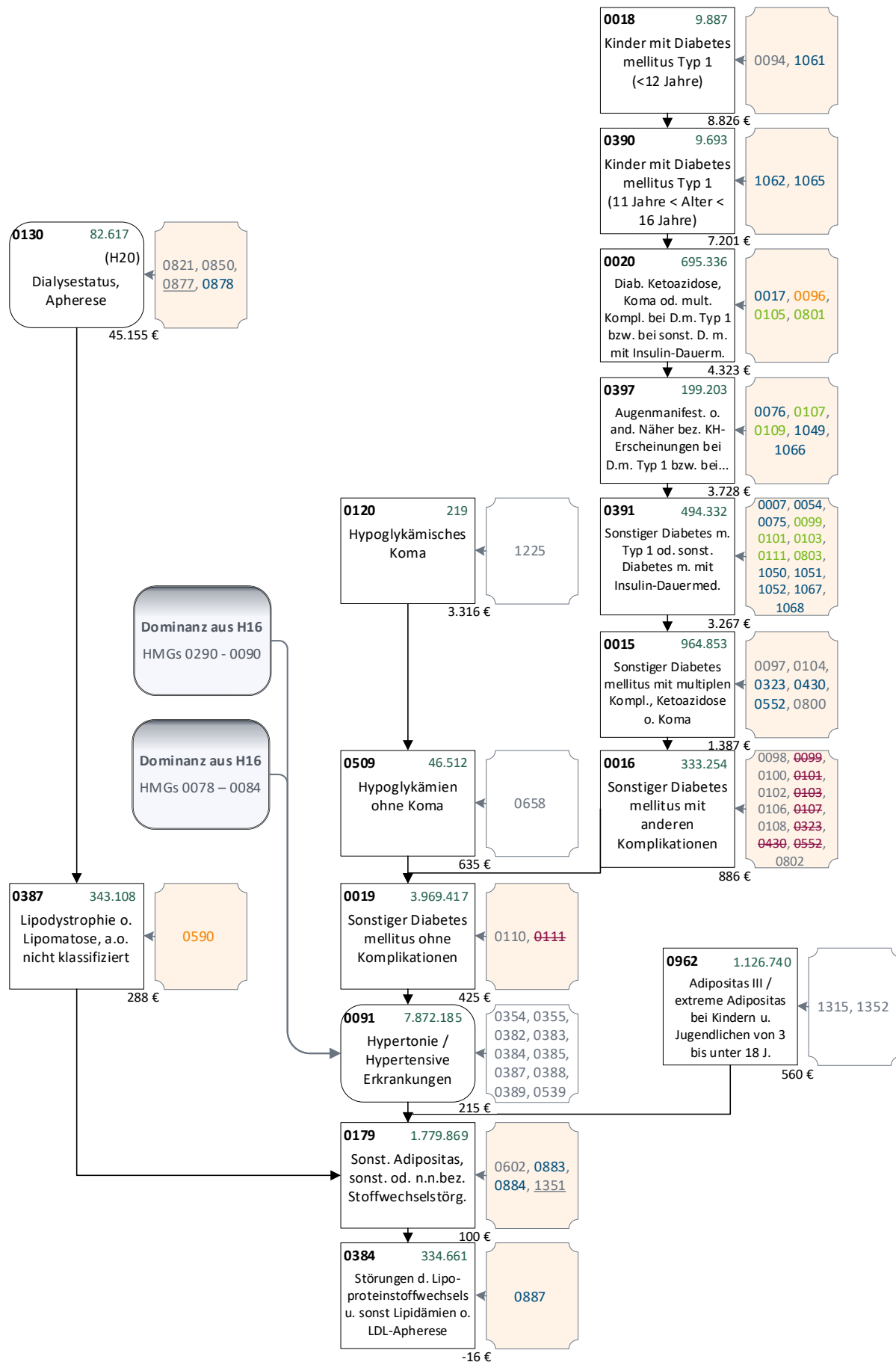
Abbildung 10.1 und Abbildung 10.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 10.1: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 10.2: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

10.2 Anhörungsverfahren

10.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

10.2.1.1 Abgrenzung der LDL-Apherese

Der GKV-SV und der AOK-BV kritisieren, dass bei der ICD-Abgrenzung der neuen DxG0878 „Hypercholesterinämie, gemischte und sonstige Hyperlipidämie, sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels mit Dauermedikation und LDL-Apherese“ der ICD-Kode E78.9 „Störung des Lipoproteinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet“ unberücksichtigt bliebe. Für die Hyperlipoproteinämie (a) als Indikation für die Lipoprotein(a)-Apherese existiere bisher kein spezifischer ICD-Kode, weshalb davon auszugehen sei, dass die Hyperlipoproteinämie (a) mit E78.5 oder E78.9 dokumentiert würde. Dies belegten auch entsprechende Auswertungen zur GOP 13622 „Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese (bei isolierter Lp(a)-Erhöhung)“. Unabhängig davon sei 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 würden. Der AOK-BV ergänzt dazu, dass die Krankenkassen auf eine spezifische Kodierung schwerer Erkrankungen keinen Einfluss hätten und bei vielen seltenen Erkrankungen eine spezifische Kodierung gar nicht möglich sei. Der Antrag für einen eigenen ICD-Kode der Hyperlipoproteinämie (a) sei gerade erst beim BfArM für 2023 gestellt worden.

Der GKV-SV, der AOK-BV und die BARMER weisen im Kontext des Aufgreifkriteriums der DxG0878 darauf hin, dass laut der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschuss, Anlage I, Nummer 1, eine LDL-Apherese auch dann durchgeführt werden könne, wenn unerwünschte Nebenwirkungen zum Absetzen der Lipidsenker geführt hätten oder Kontraindikationen bei der Einnahme bestünden. Diese Versicherten würden bei der jetzigen Ausgestaltung des Modells nicht in der DxG0878 berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund solle untersucht werden, um welchen Umfang es sich hierbei handle. Ggf. solle die Einführung eines weiteren Aufgreifkriteriums Sonderfall 5 „Kennzeichen extrakorporales Blutreinigungsverfahren ohne Arzneimittelvalidierung“ geprüft werden. Der AOK-BV quantifiziert die Größenordnung der auf diese Weise von einem Zuschlag ausgeschlossenen Versicherten auf 20 % der betroffenen Versicherten.

Der IKK e. V. bezeichnet die Abbildung der Apherese für schwere Hyperlipidämien und die Umsetzung der vom Verband geforderten Arzneimitteldifferenzierung für die Hypercholesterinämie und Hyperlipidämie als „insgesamt gelungen“. Allerdings könne die Dominanzbeziehung auf die HMG0387 „Lipodystrophie od. Lipomatose, a. o. nicht klassifiziert“ nicht nachvollzogen werden. Stattdessen wird es als medizinisch sachgerecht erachtet, die Dominanzbeziehung auf die HMG0384 „Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien ohne Apherese“ zu führen. Bei der Lipodystrophie und der Lipomatose handle es sich um Fettverteilungsstörungen, die in einem engen medizinischen Zusammenhang mit dem Lymphödem und der Lymphangitis stünden. Anstelle der Dominanzbeziehung der HMG0130 „Dialysestatus, Apherese“ aus der Hierarchie 20 wird eine externe Dominanzbeziehung der HMG0112 „Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz“ aus der Hierarchie 18 auf die HMG0387 vorgeschlagen.

KBV / BÄK regen an, dass eine Abgrenzung zwischen „Nierenersatzverfahren“ (z.B. Dialysen) und „Blutreinigungsverfahren“ (z.B. Apheresen) medizinisch sinnvoll sei, da sie sich sowohl in der Indikationsstellung als auch in der technischen Durchführung deutlich voneinander unterscheiden. Darüber hinaus

weisen sie darauf hin, dass der ICD-Kode Z51.81 „Apherese“ nicht spezifisch für Lipidapheresen sei und auch aufgrund anderer Apheresen (Plasmapheresen, Zytapheresen) dokumentiert sein könne.

10.2.1.2 Abbildung des metabolischen Syndroms

Der GKV-SV kritisiert, dass notwendige, ergänzende Untersuchungen bzgl. der Entscheidung, die ehemaligen Hierarchien 03 „Diabetes mellitus“, 04 „Metabolische Erkrankungen“ und 30 „Ernährungsbezogene Erkrankungen“ in der Hierarchie 04 zusammenzufassen, unterblieben seien. Kritisiert wird insbesondere die fehlende empirische Analyse vor der Zusammenlegung der Hierarchien 03, 04 und 30. In einem ersten Schritt sei eine Analyse der Deckungssituation von Versicherten mit einem metabolischen Syndrom zu erwarten gewesen. Aufgrund dieser fehlenden Analyse bliebe somit unklar, ob für die Versicherten mit einem metabolischen Syndrom überhaupt eine Überdeckung vorliege und wie viele Versicherte hiervon betroffen seien. Zudem sei eine Vorher- / Nachherbetrachtung erforderlich, welche explizit auch die Auswirkungen auf andere Bereiche des Klassifikationssystems einbeziehe.

Aus seiner Sicht fehlt auch eine medizinisch-inhaltliche Bewertung, da in der HMG0091 neben der Hypertonie ein Großteil Diagnosen enthalten seien, die in keinem medizinischen Zusammenhang mit dem metabolischen Syndrom stünden. Zudem würde nicht dargestellt, wie sich die Einfügung der Dominanzbeziehung im Übergang von Modell 11 auf Modell 12 im Festlegungsentwurf auf die Kostenschätzer der HMGs des zweiten und dritten Hierarchiestrangs der Herzerkrankungen auswirkten. Gleichzeitig wird auf die hohe Komorbidität bzgl. der Adipositas und anderer Herzerkrankungen verwiesen.

BKK DV und TK et al. hingegen begrüßen ausdrücklich die Konsolidierung der Hierarchien 03, 04 und 30. Laut BKK DV reduziert gerade die Aufarbeitung der beiden bisherigen Diabetesstränge in einen soliden Diabetesstrang das Potenzial für Doppelzuweisungen. Laut TK et al. zeigen die Modellergebnisse, dass eine striktere Hierarchisierung das Modell erkennbar verbessert und gleichzeitig Manipulationsanreize verringern kann. Der Weg solle ihres Erachtens weiterverfolgt werden. Der IKK e. V. begrüßt, dass das BAS die früheren Vorschläge des IKK e. V. zur Aufsplittung der DxG0590 sowie die Vorschläge zur Arzneimittelprüfung der Fettstoffwechselstörungen sowie der Schilddrüsenerkrankungen aufgegriffen hat. Auch die empirische Überprüfung der Altersgrenze bei Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1 wird begrüßt. Er kritisiert hingegen, dass in der Restrukturierung der Hierarchie 04 die HMG0962 frei als Strang „Überernährung“ in der Hierarchie stünde.

TK et al. schlagen angesichts der hohen Komorbidität zwischen Adipositas und Diabetes mellitus vor, die HMG0962 „Adipositas Schweregrad III / Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren“ in den Diabetesstrang einzuordnen. Auch eine Aufsplittung der HMG entsprechend der beiden zugeordneten DxGs 1315 „Adipositas mit Krankheitsbezug Schweregrad III (Alter > 17 Jahre)“ und 1352 „Extreme Adipositas mit Krankheitsbezug bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren“ könne sinnvoll sein. In diesem Kontext schlägt die BARMER vor, die HMG0962 auf Basis ihres Kostenschätzers zwischen die HMGs 0019 „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen“ und 0509 „Hypoglykämien ohne Koma“ einzusortieren. Auch wenn die Kostenschätzer der HMGs 0019, 0509 und 0962 relativ nahe beieinanderlägen, sollten diese HMGs aufgrund ihres jeweils deutlich unterschiedlichen Krankheitsbildes weiter getrennt bleiben. Die DAK-G bittet das BAS um Prüfung, ob die Eingliederung der HMG0962 in den Strang „Diabetes mellitus“ „im finalen Festlegungsentwurf“ zu einer weiteren Verbesserung der Modellgüte führe. Der IKK e. V. regt in diesem Kontext an, die HMGs 0019 und 0962 zu einer neuen HMG0019 „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen, Adipositas Grad III, extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis 18 Jahren“ zusammenzulegen, da so eine

Koinzidenz von Adipositas III und Diabetes mellitus Typ 2 beim Metabolischen Syndrom, der den überwiegenden Anteil der Diagnosen in der HMG0019 bilde, besser abgebildet würde und so keine Kodieranreize gesetzt würden.

Auch die Einbindung der beiden Hypoglykämie-HMGs in den Diabetes-Strang solle laut TK et al. erneut geprüft werden. Die entsprechende Prüfung im Rahmen des Festlegungsentwurfs sei zwar durchgeführt worden. Allerdings sei zu berücksichtigen, dass im weiteren Verlauf der Modellentwicklung noch diverse Änderungen in der Hierarchie vorgenommen wurden, sodass unklar bliebe, wie sich die Über- und Unterdeckungen zwischen den Hypoglykämie-HMGs und den Diabetes-HMGs verändert habe.

Der BKK DV begrüßt die Arzneimittelvalidierung der Fettstoffwechselstörungen. Dass die Differenzierung zwischen den DxGs 0883 „Hypertriglyzeridämien“ und 0887 „Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien ohne LDL-Apherese“ nur über die kodierten Diagnosen bei ansonsten gleicher ATC-Auswahl erfolge, wird jedoch als problematisch angesehen. Dies widerspräche dem pyramidalen Aufbau des Klassifikationsmodells. Es wäre zu prüfen, ob in Anbetracht der großen Kostenspanne bei den zugelassenen Arzneimitteln eine pyramidale Ausgestaltung des Modells die Modellgüte weiter verbessern würde.

Der BKK DV kritisiert jedoch, dass nach wie vor Doppelzuweisungen für die Hypoglykämien und den Diabetes mellitus möglich seien. Dies solle durch den Modellversuch Nr. 10 eigentlich behoben werden.

10.2.1.3 Arzneimittelprüfung des Diabetes mellitus

Der GKV-SV, der IKK e. V und TK et al. weisen darauf hin, dass seit Ende Oktober 2021 der Wirkstoff Dapagliflozin (A10BK01) aus der Gruppe der Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren nicht mehr zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 zugelassen sei. Da für den Jahresausgleich des AJ 2023 die Morbiditätsdaten des BJ 2022 verwendet werden, solle der ATC-Code für die Diagnosegruppen des Diabetes mellitus Typ 1 gestrichen werden. Der BKK DV weist darauf hin, dass die für die DxGs 1061 „Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 mit / ohne multiple Komplikationen (< 12 Jahre)“ und 1065 „Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 und multiplen Komplikationen (11 Jahre < Alter < 16 Jahre)“ hinterlegte Arzneimittelgruppe der SGLT2-Inhibitoren (A10BK) nicht für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren zugelassen und daher zu streichen sei.

Der AOK-BV schlägt vor, die ATC-Kodes A10BK und A10BJ für die Arzneimittelprüfung der DxGs, welche den „Sonstigen Diabetes mit Insulin-Dauermedikation“ enthalten, zu ergänzen. Durch ihre Wirkungsweise verbesserten diese Medikamente bei Patienten mit Insulintherapie die Blutzuckereinstellung und führten bei Typ 2-Diabetes zu einer Einsparung an Insulin. Durch die Unterstützung der Insulintherapie mit diesen Substanzen käme es daher zu einer Reduktion der Insulindosis, die zur Folge haben könne, dass die notwendige BT-Grenze nicht mehr erreicht würde. Gleichzeitig verursachten diese Arzneimittel hohe Jahrestherapiekosten. Daher sei es sachgerecht, die mit SGLT2-Inhibitoren und GLP-1-Rezeptoragonisten therapierten Versicherten den HMGs mit Insulintherapie oder ggf. einer eigenständigen HMG zuzuordnen.

10.2.1.4 Arzneimittelprüfung der Schilddrüsenerkrankungen

GKV-SV, BKK DV und TK et al. sehen hinsichtlich der Validierung der DxG1084 „Chronische Thyreoiditis“ Überprüfungsbedarf. Die vorgesehenen ATC-Fünfsteller seien teilweise nicht für den Zugriff der chronischen Thyreoiditis geeignet.

Der BKK DV sieht die Einführung einer Arzneimittelvalidierung bei den Schilddrüsenerkrankungen grundsätzlich positiv.

10.2.1.5 Weitere Arzneimittelprüfungen

Die eingeführten Arzneimitteldifferenzierungen für die Akromegalie und die Porphyrrie werden vom BKK DV begrüßt. Jedoch sollten alle ATC-Kodes, die pflanzliche oder homöopathische / anthroposophische Wirkstoffe abbilden, aus Konsistenzgründen gestrichen werden.

Der AOK-BV schlägt verschiedene neue Formen der Arzneimittelprüfung in der Hierarchie vor. Zum einen regt er an, eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit metabolischen Störungen anhand der ICD-Kodes E77.1 „Defekte beim Glykoproteinabbau“, E72.1 „Störungen des Stoffwechsels schwefelhaltiger Aminosäuren“ und E72.0 „Störungen des Aminosäuretransportes und kostenintensiven Arzneimitteltherapien“ – derzeit in HMG0024 „Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz“ abgebildet – über die ATC-Kodes A16AA04 „Mercaptamin“, A16AA06 „Betain“ und A16AB15 „Valmanase“ zu prüfen. Weiterhin wird vorgeschlagen, eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit dem ICD-Kode E88.1 „Lipodystrophie, anderenorts nicht klassifiziert“ – derzeit in HMG0387 „Lipodystrophie oder Lipomatose, andernorts nicht klassifiziert“ – über den ATC-Kode A16AA07 „Metreleptin“ mittels des Sonderfalls 1 vorzunehmen.

Auch bezüglich des Morbus Sly wird mangels einer spezifischen Kodiermöglichkeit im ICD-10-GM vom AOK-BV vorgeschlagen, diesen über die unspezifischen ICD-Kodes E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ bzw. E76.3 „Mukopolysaccharidose, nicht näher bezeichnet“ in Kombination mit der hoch spezifischen Enzyersatztherapie des Morbus Sly zielgenau zu erfassen. Es wird vorgeschlagen, analog zu anderen schweren Stoffwechselerkrankungen mit ERT, für Versicherte mit Sly-Syndrom und Verwendung des Wirkstoffs Vestronidase alfa (ATC-Kode A16AB18) eine eigene DxG „Mukopolysaccharidosen Typ VII, Sly-Syndrom mit ERT“ abzugrenzen und entsprechend der Folgekosten im Dominanzgefüge einzuordnen.

10.2.1.6 Einbindung neu aufgenommener ICD-Kodes

TK et al. bezeichnen die Einbindung der „Sonstigen Adipositas“ in eine striktere Hierarchisierung als sinnvoll und notwendig. Allerdings sei vor der finalen Berücksichtigung dieser Diagnosen eine empirische Prüfung angezeigt, ob die Berücksichtigung dieser ICD-Kodes in der endgültigen Ausgestaltung des Modells tatsächlich zu einer Modellverbesserung beiträgt.

10.2.1.7 Weitergehende Vorschläge

Der BKK DV schlägt vor, im Zuge der grundlegenden Bearbeitung der Hierarchie auch eine einheitliche Abbildung des Gestationsdiabetes in der Hierarchie 04 oder in der Hierarchie 21 zu verfolgen- aber nicht wie bisher aufgeteilt in zwei Hierarchien. Die ICD-Kodes O24.4 und O24.9 befänden sich demnach in der HMG0790 (DxG0604) der Hierarchie 21, die Diagnosen O24.0 bis 24.3 aber in der Hierarchie 04.

10.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

10.2.2.1 Abgrenzung der LDL-Apherese

Der Hinweis, dass die Hyperlipoproteinämie (a) als Indikation für die Lipoprotein(a)-Apherese keinen spezifischen ICD-Kode aufweist, und daher mit den ICD-Kodes E78.5 oder E78.9 dokumentiert würde, kann in Teilen nachvollzogen werden. Vorauswertungen des BAS auf den Daten des BJ 2018 belegen hier insbesondere die quantitative Bedeutung des ICD-Kodes E78.5 „Hyperlipidämie, nicht näher

bezeichnet“, der mit in die DxG0878 „Hypercholesterinämie, gemischte und sonstige Hyperlipidämie, sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels mit Dauermedikation und LDL-Apherese“ aufgenommen wurde, auch wenn die Kostenverteilung dieser Versicherten nicht denen der anderen Versicherten mit LDL-Apherese entsprach, sondern leicht darunter lag. Die Kodierung des E78.9 schien in diesem Kontext quantitativ nicht bedeutsam zu sein. Der Hinweis zur GOP 13622 kann auf den dem BAS zur Verfügung stehenden Daten nicht geprüft werden. Das BAS bittet den GKV-SV um einen Hinweis, wie viele Versicherte mit dieser GOP in der GKV vorliegen, die über den ICD-Kode E78.5 in dem bestehenden System nicht aufgegriffen werden.

Das Argument des GKV-SV, dass es Versicherte gibt, die mit einer LDL-Apherese als Ersatz für Arzneimittel (z. B. bei Unverträglichkeit) therapiert werden und daher in der aktuellen Ausgestaltung (Sonderfall 4) nicht erfasst werden, ist nachvollziehbar. Die Einführung eines möglichen neuen Sonderfalls wäre aus Sicht des BAS allerdings eine Änderung, die gründlich geprüft und angehört werden sollte. Daher wird die Einführung eines neuen Sonderfalls 5 in einem der nächsten Anpassungszyklen oder gegebenenfalls im Rahmen der Evaluation im Jahr 2024 genauer analysiert.

Dem BAS ist bewusst, dass sich Nierenersatzverfahren und Blutreinigungsverfahren grundsätzlich medizinisch unterscheiden. Da diese jedoch unter dem identischen Kennzeichen zu extrakorporalen Blutreinigungsverfahren in der Satzart 100 hinterlegt sind und darüber hinaus quantitative Überschneidungen zwischen den Versicherten mit den DxGs für die Dialyseverfahren sowie der Apherese identifiziert werden konnten, wurde die Entscheidung zur Vereinigung dieser Gruppe in einer gemeinsamen HMG getroffen.

Der Hinweis des IKK e. V., dass die in DxG0590 „Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert“ enthaltenen ICD-Kodes nicht zwingend in Verbindung zu den Aphereseverfahren stehen, kann nachvollzogen werden und wird in Abschnitt 10.5 geprüft.

10.2.2.2 Abbildung des metabolischen Syndroms

Zur Kritik des GKV-SV an der Methodik zur Zusammenlegung von Hierarchien wird auf die Ausführungen im Kapitel 5 verwiesen.

Im Hinblick auf die Kritik, dass sich aufgrund der gewählten Vorgehensweise nicht beurteilen ließe, welchen Anteil die vorgenommene Hierarchiezusammenlegung an der Verbesserung der Kennzahlen habe, lassen sich folgende Kennzahlveränderungen im MAPE beziffern, die im Zusammenhang der strukturierten Abbildung des metabolischen Syndroms stehen (vgl. S. 98 ff. der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf AJ 2023):

- Abgrenzung und Arzneimittelprüfung der Hypertriglyzeridämien (Modell 04, S. 101): - 7 Cent
- Einbindung der Adipositas, der Hypertriglyzeridämien und des Diabetes in eine gemeinsame Dominanzstruktur (Modell 05, S. 104): - 10 Cent
- Einbindung der Hypertonie in die Struktur der Hypertriglyzeridämien, des Diabetes und der Adipositas (Modell 12 im Vergleich zu Modell 10, S. 124): - 11 Cent

Die Abgrenzung und Arzneimittelprüfung der Hypertriglyzeridämien wäre bspw. ohne die Einbindung der Hypertonie in das gemeinsame Dominanzgefüge mangels eines positiven Schätzers letztendlich nicht umgesetzt worden. Die dargestellten Schritte summieren sich auf eine Verbesserung des MAPE um rund 28 Cent. Somit geht mehr als 50 % der Modellverbesserung zwischen den Modellen 03 und 13 auf Dominanzen zurück, die nur durch die Zusammenlegung dieser Hierarchien erreicht werden konnte.

Auf die Darstellung der Auswirkungen der Einbindung von HMG0091 „Hypertonie / hypertensive Herz-erkrankungen“ im Übergang von Modell 10 auf Modell 11 auf die Kostenschätzer der HMGs des zweiten und dritten Hierarchiestrangs der Herzkrankungen wurde verzichtet, da sich die Versichertengruppenbesetzung in der Hierarchie 16 durch die eingeführte Dominanz nicht verändert hat. Auch die Schätzer in den HMGs der betroffenen Stränge veränderten sich maximal um neun Euro.

Die Anmerkung, dass in der HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen“ neben der Hypertonie ein Großteil Diagnosen enthalten seien, die in keinem medizinischen Zusammenhang mit dem metabolischen Syndrom stehen, kann so nicht nachvollzogen werden. Die HMG0091 enthält überwiegend ICD-Kodes zu Diagnosen von Hypertonien und deren Folgeerkrankungen, insbesondere hypertensiven Herz- und Nierenerkrankungen. Diese können in einem Zusammenhang mit den Risiken eines metabolischen Syndroms stehen. Der Hinweis könnte sich auf die sekundären Hypertonien beziehen (ICD-Kodes I15.-), die aber keinen Großteil der Diagnosen ausmachen. Zudem können auch diese Diagnosen in Hinblick auf ein metabolisches Syndrom relevant sein. Auch in diesen Fällen kann der Risikofaktor „Hypertonie“ im Zusammenspiel mit den anderen Risikofaktoren des metabolischen Syndroms zu einem erhöhten Risiko von Folgeerkrankungen beitragen.

Hinsichtlich der Bemerkung des IKK e. V., die HMG0962 „Adipositas Schweregrad III / Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren“ stünde als Strang „Überernährung“ frei im Modell, ist darauf hinzuweisen, dass die HMG0962 keinesfalls freisteht, sondern die HMGs 0179 „Sonstige Adipositas, sonstige oder n.n.bez. Stoffwechselstörung“ sowie 0384 „Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels und sonstige Lipidämien ohne LDL-Apherese“ dominiert. Alleine die Einführung dieser Dominanz bewirkte eine Zuschlagsreduktion von rund 650.000 Versicherten mit sonstiger Adipositas bzw. rund 670.000 mit sonstiger Überernährung und deren Folgen.

Die geforderte Einbindung der HMG0962 in den Strang der Hypoglykämien und des Diabetes mellitus erscheint zwar zunächst sachlogisch. Sie war während der Ausarbeitung des Klassifikationsentwurfs jedoch aufgrund der hohen zu identifizierenden Unterdeckungssummen zwischen der HMG0962 und den früheren HMGs 0020 „Insulintherapie“ und 0015 „Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, Ketoazidose oder Koma“ nicht weiterverfolgt worden. Die Einbindung der Hypoglykämien hingegen war (ohne eigene graphische Darstellung) in Form einer Einbindung der HMG0509 zwischen der HMG0017 (inzwischen in HMG0016 aufgegangen) und der HMG0019 geprüft und aufgrund der resultierenden Verschlechterung im MAPE von 1,39 Cent verworfen worden.

Die Einbindung der HMG0962 zwischen den HMGs 0016 und 0019 würde zu einer Verschlechterung des MAPE in Höhe von rund 5 Cent führen. Die Einbindung der HMG0962 unterhalb der HMG0509 würde zu einer Verschlechterung des MAPE um rund 4 Cent führen.

Daher werden diese Vorschläge zu Veränderungen der Dominanzstruktur in diesem Festlegungszyklus nicht umgesetzt. Dennoch wird die Fallzahlveränderung in diesen HMGs in den kommenden Jahren weiter beobachtet. Die von TK et al. vorgeschlagene Auftrennung der HMG0962 kann in diesem Anpassungszyklus nicht geprüft werden. Perspektivisch wird dies im Kontext einer stringenteren Einbindung in einem der kommenden Anpassungszyklen erfolgen.

Im Hinblick auf die Kritik des BKK DV zur Abgrenzung der DxGs 0883 „Hypertriglyzeridämien“ und 0887 „Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels und sonstige Lipidämien ohne LDL-Apherese“ ist zu erläutern, dass die Ausgestaltung dieser Gruppen vor dem Hintergrund der Analysen zum metabolischen Syndrom stand. Insbesondere wurde die DxG0883 „Hypertriglyzeridämien“ von den anderen FSS

abgegrenzt, da die Hypertriglyzeridämien einer von mehreren Faktoren des metabolischen Syndroms sein können. Die Hypertriglyzeridämien wurden deshalb als eigene Gruppe gebildet, um kontrolliert beobachten zu können, ob die schrittweise Einbindung der anderen HMGs mit Diagnosen aus dem Bereich des metabolischen Syndroms den Schätzer dieser Versichertengruppe anders beeinflussen würde, als den Schätzer für die Versicherten mit der DxG0887. Eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung war also nicht das Ziel dieser Modellanpassung.

Letztendlich wurde so festgestellt, dass die Versicherten mit Hypertriglyzeridämien nach Einbindung in die gemeinsame Dominanzstruktur aller als relevant identifizierten HMGs einen positiven Schätzer aufwiesen. Die Folgekosten der Versicherten mit den anderen Diagnosen des ICD-Dreistellers E78.- waren weiterhin negativ. Da sich grundsätzlich das Therapiespektrum für Versicherte mit den ICD-Kodes E78.- nicht unterscheidet, ist die identische Arzneimittelauswahl für die DxGs 0883 und 0887 an dieser Stelle sachgerecht.

Ob grundsätzlich über den gewählten Ansatz hinaus eine pyramidale, mehrfache Arzneimitteldifferenzierung wie vom BKK DV vorgeschlagen sachgerecht wäre, kann in einem der kommenden Anpassungszyklen geprüft werden.

10.2.2.3 Arzneimittelprüfung des Diabetes mellitus

Der Hinweis, dass der ATC-Kode A10BK „Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren“ nicht mehr zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 zugelassen sei, ist sachgerecht und wird in Abschnitt 10.3 untersucht. Die Hinweise zur Anwendung dieses ATC-Kodes sowie des ATC-Kodes A10BJ im Kontext des sonstigen Diabetes mellitus können in diesem Anpassungszyklus nicht abschließend bewertet werden.

10.2.2.4 Arzneimittelprüfung der Schilddrüsenerkrankungen

Die Kritik an der Wirkstoffauswahl der DxG1084 „Chronische Thyreoiditis“ ist sachgerecht und wird in Abschnitt 10.4 bearbeitet.

10.2.2.5 Weitere Arzneimittelprüfungen

Die weiteren vorgeschlagenen Arzneimittelprüfungen werden in einem der kommenden Anpassungszyklen bewertet.

10.2.2.6 Einbindung neu aufgenommener ICD-Kodes

Zu der Thematik der Prüfung neu aufgenommener ICD-Kodes wird auf die Ausführungen im Abschnitt 5.2.1.3 verwiesen.

10.2.2.7 Weitergehende Vorschläge

Zu der Thematik des in einer Hierarchie zu berücksichtigenden Gestationsdiabetes sei auf Abschnitt 9.3.5 in den Erläuterungen des Festlegungsentwurfs für das AJ 2023 verwiesen (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2022).

10.3 Arzneimittelprüfung des Diabetes mellitus Typ 1

10.3.1 Hintergrund

Die Ausführung von TK et al., dass der Wirkstoff Dapagliflozin (A10BK01) seit Herbst 2021 nicht mehr für den Diabetes mellitus Typ 1 (D. m. Typ 1) zugelassen sei, ist sachgerecht. Daher wird der ATC-Kode

A10BK aus der Wirkstoffliste für die DxGs 0099, 0101, 0103, 0107, 0109, 0111, 0801, 0803, 1061 und 1065 gestrichen.

10.3.2 Untersuchung

Modell A01 bezeichnet das Modell, in welchem der Wirkstoff A10BK zur Prüfung der arzneimittelgeprüften DxGs mit D. m. Typ 1 gestrichen wird. Tabelle 10.2 fasst die Ergebnisse dieser Maßnahme zusammen.

Es ist eine leichte Verbesserung aller drei Kennzahlen zu beobachten. Die Besetzung der HMGs 0390, 0020, 0397 und 0391 sinkt leicht ab. Die Versichertenzahlen der HMGs 0015, 0016 und 0019 steigen in Folge leicht an. Insgesamt ist festzustellen, dass nicht alle Versicherten wieder aufgefangen werden, welche in den HMGs entfallen, die die Insulinmehrkosten von den HMGs des sonstigen Diabetes mellitus abbilden. 144 Versicherte, welche vorher in den oberen HMGs abgebildet waren, erhalten zukünftig keinen Zuschlag mehr. Die überwiegende Mehrheit der 18.571 Versicherten, welche die HMGs mit Insulindauermedikation nicht mehr erreichen, werden dennoch über die HMGs 0015, 0016 und 0019 aufgefangen. Deren Schätzer erhöhen sich in Folge geringfügig.

Tabelle 10.2: Auswirkungen der Streichung des ATC-Kodes A10BK für den Diabetes mellitus Typ 1

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3865 %	0,0666 PP	58,3871 %	0,0673 PP
	CPM	28,5429 %	0,0699 PP	28,5443 %	0,0714 PP
	MAPE	2.493,09 €	-2,4396 €	2.493,04 €	-2,4894 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 5: „Diabetes mellitus“					
HMG0018	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 (< 12 Jahre)	9.887	8.826 €	9.887	8.826 €
HMG0390	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 (11 Jahre < Alter < 16 Jahre)	9.693	7.201 €	9.692	7.202 €
HMG0020	Diabetische Ketoazidose, Koma oder multiple Komplikationen bei Diabetes mellitus Typ 1 bzw. bei sonst. ...	695.336	4.323 €	693.573	4.329 €
HMG0397	Augenmanifestationen oder andere näher bezeichnete Krankheitserscheinungen bei Diabetes mellitus ...	199.203	3.728 €	195.948	3.758 €
HMG0391	Sonstiger Diabetes mellitus Typ 1 oder sonstiger Diabetes mellitus mit Insulindauermedikation	494.332	3.267 €	480.780	3.315 €
HMG0015	Sonstiger Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, Ketoazidose oder Koma	964.853	1.387 €	976.160	1.392 €
HMG0016	Sonstiger Diabetes mellitus mit anderen Komplikationen	333.254	886 €	335.871	889 €
HMG0019	Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen	3.969.417	425 €	3.973.920	426 €

Quelle: BAS

Modell A01 stellt die Basis für die weiteren Untersuchungen dar.

10.4 Arzneimittelprüfung der chronischen Thyreoiditis

10.4.1 Hintergrund

Der GKV-SV und TK et al. kritisieren, dass die ATC-Fünfsteller, M01AB „Essigsäure-Derivate und verwandte Substanzen“, M01AE „Propionsäure-Derivate“ sowie N02BA „Salicylsäure und Derivate“ unspezifisch für die DxG1084 seien. TK et al. erläutern, dass diese ATC-Kodes, sowie der C07AA „Betablocker“, nur für die Therapie der akuten und subakuten Formen der Thyreoiditis geeignet seien. Auch der BKK DV kritisiert diese Wirkstoffauswahl und ergänzt, dass darüber hinaus auch die Steroide (H02AB) klinisch keinen Stellenwert hätten.

Die Hinweise sind weitestgehend sachgerecht. Die ATC-Kodes C07AA, M01AB, M01AE und N02BA werden für die Arzneimittelprüfung der DxG1084 gestrichen. In seltenen Fällen können in der Therapie auch Steroide eingesetzt werden. Daher wird der entsprechende ATC-Kode H02AB beibehalten.

10.4.2 Untersuchung

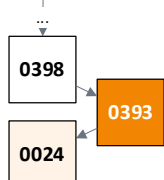
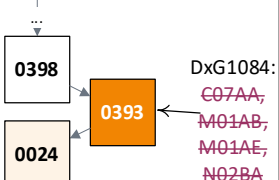
Tabelle 10.3 fasst die Veränderung der zur Plausibilisierung der DxG1084 verwendeten ATC-Kodes in **Modell A02** zusammen. Tabelle 10.4 beschreibt die empirischen Auswirkungen dieser Maßnahme.

Tabelle 10.3: DxG-ATC-Zuordnung der chronischen Thyreoiditis in Modell A02

DxG	DxG-Bezeichnung	ATC
1084	Chronische Thyreoiditis	C07AA H02AB H03AA M01AB M01AE N02BA

Quelle: BAS

Tabelle 10.4: Auswirkung der ATC-Streichung für die DxG1084 „Chronische Thyreoiditis“

		Modell A01		Modell A02	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3871 %	0,0673 PP	58,3871 %	0,0673 PP
	CPM	28,5443 %	0,0714 PP	28,5442 %	0,0712 PP
	MAPE	2.493,04 €	-2,4894 €	2.493,05 €	-2,4859 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Metabolische Erkrankungen“					
HMG0398	Sonstige Hypothyreose mit Dauermedikation	2.466.818	248 €	2.466.818	248 €
HMG0393	Sonstige endokrine Störungen, sonstige Hypothyreosen ohne Dauermedikation, Laktoseintoleranz, ...	3.546.337	156 €	3.524.751	155 €
HMG0024	Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz	7.068.625	-46 €	7.078.564	-45 €

Quelle: BAS

Die Kennzahlen CPM und MAPE verschlechtern sich unwesentlich. Die Besetzung und Schätzer der HMG0393 sinken geringfügig. Modell A02 stellt die Basis für die folgenden Auswertungen dar.

10.5 Veränderte Einbindung der DxG0590 in die Hierarchie 04

10.5.1 Hintergrund

Die Tatsache, dass die HMG0387 „Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert“ in Dominanz zur HMG0130 „Dialysestatus, Apherese“ steht, resultiert noch aus einer Modellstufe, in welcher noch alle FSS in der DxG0590 enthalten waren. Nach Ausgliederung des ICD-Dreistellers E78.- „Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien“ besteht keine zwingende medizinische Begründung mehr, die neu gefasste DxG0590 „Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert“ in eine Dominanzbeziehung mit HMG0130 zu setzen. Da in der HMG0179 mit DxG0883 „Hypertriglyceridämien“ der ICD-Kode E78.2 enthalten ist, welcher sich ebenfalls aufgrund der DxG0878 in der HMG0130 befindet, ist die Dominanz von HMG0130 auf HMG0179 weiterhin erforderlich.

Eine Einbindung der HMG0384 in eine externe Dominanz mit der Hierarchie 18 kann in diesem Anpassungszyklus nicht abschließend bewertet werden. Auf den vorliegenden Daten zeichnen sich jedoch trotz erhöhter ORs Unterdeckungen in Kombination mit der HMG0112 „Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz“ ab. Auf medizinischer Ebene liegt Evidenz für Insulin als Ursache von einer Lipodystrophie bzw. Lipomatose vor (vgl. Radermecker et al. 2007). Daher wird in **Modell A03** die Einstufung der HMG0387 unterhalb der HMG0019 „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen“ geprüft.

10.5.2 Untersuchung

Modell A03 bezeichnet das Modell, in welchem die HMG0387 unterhalb der HMG0019 in das Dominanzgefüge eingeordnet wird. Tabelle 10.5 fasst die Ergebnisse dieses Modells im Vergleich zum Modell A02 zusammen.

Tabelle 10.5: Veränderte Einbindung der HMG0387 in die Dominanzstruktur

		Modell A02		Modell A03	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3871 %	0,0673 PP	58,3872 %	0,0674 PP
	CPM	28,5442 %	0,0712 PP	28,5454 %	0,0724 PP
	MAPE	2.493,05 €	-2,4859 €	2.493,01 €	-2,5264 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 5: „Diabetes mellitus“					
HMG0020	Diabetische Ketoazidose, Koma oder multiple Komplikationen bei D. m. Typ 1 bzw. bei sonstigem D. m. ...	693.573	4.329 €	693.573	4.339 €
HMG0397	Augenmanifestationen oder andere näher bezeichnete Krankheitserscheinungen bei D. m. Typ 1 bzw. ...	195.948	3.758 €	195.948	3.765 €
HMG0391	Sonstiger Diabetes mellitus Typ 1 oder sonstiger Diabetes mellitus mit Insulindauermedikation	480.780	3.315 €	480.780	3.320 €
HMG0015	Sonstiger Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, Ketoazidose oder Koma	976.160	1.392 €	976.160	1.398 €
HMG0016	Sonstiger Diabetes mellitus mit anderen Komplikationen	335.871	889 €	335.871	894 €
HMG0019	Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen	3.973.920	426 €	3.973.920	430 €
Strang 3: „Fettstoffwechselstörungen“					
HMG0387	Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert	343.108	287 €	240.339	474 €
Aus Hierarchie 16					
HMG0091	Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen	7.872.225	215 €	7.802.116	216 €
Gemeinsames Strangende metabolisches Syndrom					
HMG0179	Sonstige Adipositas, sonstige oder n.n.bez. Stoffwechselstörung	1.779.877	100 €	1.779.877	101 €
HMG0384	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien ohne LDL-Apherese	334.665	-16 €	334.665	-15 €

Quelle: BAS

Die Kennzahlen in Modell A03 verbessern sich weiter leicht. Rund ein Drittel der Versicherten aus HMG0387 wird durch diesen Schritt wegdominiert. Der Schätzer für die Versicherten mit HMG0387 steigt um rund 200 € an und erzeugt eine Hierachieverletzung mit HMG0019. Daher werden in **Modell A04** die HMGs 0019 und 0387 zusammengelegt.

Tabelle 10.6: Ergebnisse der Zusammenlegung der HMGs 0019 und 0387

		Modell A03		Modell A04	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3872 %	0,0674 PP	58,3872 %	0,0674 PP
	CPM	28,5454 %	0,0724 PP	28,5452 %	0,0722 PP
	MAPE	2.493,01 €	-2,5264 €	2.493,01 €	-2,5192 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 5: „Diabetes mellitus“					
HMG0016	Sonstiger Diabetes mellitus mit anderen Komplikationen	335.871	894 €	335.871	894 €
HMG0019	Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen	3.973.920	430 €	4.214.259	433 €
HMG0387	Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert	240.339	474 €		

Quelle: BAS

CPM / MAPE verschlechtern sich minimal, das R² bleibt konstant. Im Vergleich zu Modell A02 kann dennoch eine Verbesserung aller Kennzahlen bei gleichzeitiger Reduktion der Modellkomplexität erreicht werden. Modell A04 stellt daher die Festlegung für die Hierarchie 04 dar.

10.6 Festlegung der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

10.6.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

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

Es werden keine neuen DxGs im Vergleich zum Festlegungsentwurf gebildet.

10.6.1.2 Neue oder veränderte Aufgreifkriterien im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden keine veränderten Aufgreifkriterien festgelegt.

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

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

- Für die Arzneimittelprüfung der Diabetes mellitus Typ 1-DxGs 0099, 0101, 0103, 0107, 0109, 0111, 0801, 0803, 1061 und 1065 werden nur noch die ATC-Kodes A10AB, A10AC, A10AD, A10AE und A10AF verwendet. Der ATC-Code A10BK wird für diese DxGs gestrichen.
- Für die Arzneimittelprüfung der DxG1084 „Chronische Thyreoiditis“ werden künftig nur noch die ATC-Kodes H02AB und H03AA verwendet. Die ATC-Kodes C07AA, M01AB, M01AE und N02BA werden gestrichen.

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

Folgende veränderte DxG-HMG-Zuordnung wird festgelegt:

- Die DxGs 0110 „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen“ und 0590 „Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert“ bilden zukünftig die HMG0019 „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen, Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert“.

Folgende HMGs werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf aufgelöst:

- Die HMG0387 „Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert“ entfällt.

10.6.1.5 Hierarchisierung:

Durch die Fusion der HMG0387 mit HMG0019 entfällt Strang 3 „Fettstoffwechselstörungen“. Daher erhalten die folgenden Stränge die neue Nummerierung: Strang 3 (neu) besteht aus den „Hypoglykämien“. Der Strang „Diabetes mellitus“ bildet künftig den Strang 4. Der ehemalige Strang 6 „Adipositas“ des Festlegungsentwurfs wird der neue Strang 5.

Die Hierarchisierung erfolgt wie folgt:

- Strang 1: HMG0285 → HMG0284 → HMG0281 → HMG0282 → HMG0279 → HMG0399 → HMG0410 → HMG00389 → HMG0021 → HMG0286 → HMG0022 → HMG0388 → HMG0023 → HMG00398 → HMG0393 → HMG0024,
- Strang 2: HMG1088 → HMG0280 → HMG0310 → HMG0118 → HMG0424,
- Strang 3: HMG0120 → HMG00509 → HMG0019 → HMG0091 (extern aus H16) → HMG0179 → HMG0384,
- Strang 4: HMG0018 → HMG0390 → HMG0020 → HMG0397 → HMG0391 → HMG0015 → HMG0016 → HMG0019 → HMG0091 (extern aus H16) → HMG0179 → HMG0384,
- Strang 5: HMG0962 → HMG0179 → HMG0384.

Die externe HMG0091 stellt einen Teil der gemeinsamen Strangmitte des metabolischen Syndroms dar. Dies bedeutet, dass zum einen alle HMGs der Stränge 3 und 4 ebenfalls die HMG0091 dominieren. Zusätzlich besteht eine externe Dominanz aus der Hierarchie 16 in die Hierarchie 04, da über die HMG0091 deren dominierende HMGs ebenfalls das gemeinsame Strangende dominieren.¹

- Externe Dominanz aus H16 – Teil 1: HMG0290 → HMG0077 → HMG0090 → HMG0091 → HMG0179 → HMG0384.
- Externe Dominanz aus H16 – Teil 2: HMG0078 → HMG0079 → HMG0081 → HMG0082 → HMG0083 → HMG0084 → HMG0091 → HMG0179 → HMG0384.
- Externe Dominanz aus H20: HMG0130 → HMG0179 → HMG0384.

¹ Diese externen Dominanzreihenfolgen enthalten noch nicht mögliche Änderungen, die sich aufgrund der Anpassungen in den jeweiligen Hierarchien ergeben haben (vgl. insbesondere Kapitel 18). Die Dominanzreihenfolge oberhalb der HMG0091 ist dem Abschnitt 18.4 im Kapitel der Hierarchie 16 „Herzkrankungen“ zu entnehmen. Die vollständige Darstellung ist in Abbildung A.3.9: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2) enthalten

10.6.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 01

Tabelle 10.7 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 10.3 und Abbildung 10.4 stellen die Festlegung der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ graphisch dar. Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf sind farblich hervorgehoben. Durch die Veränderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf kann eine weitere Verbesserung aller Kennzahlen erreicht werden.

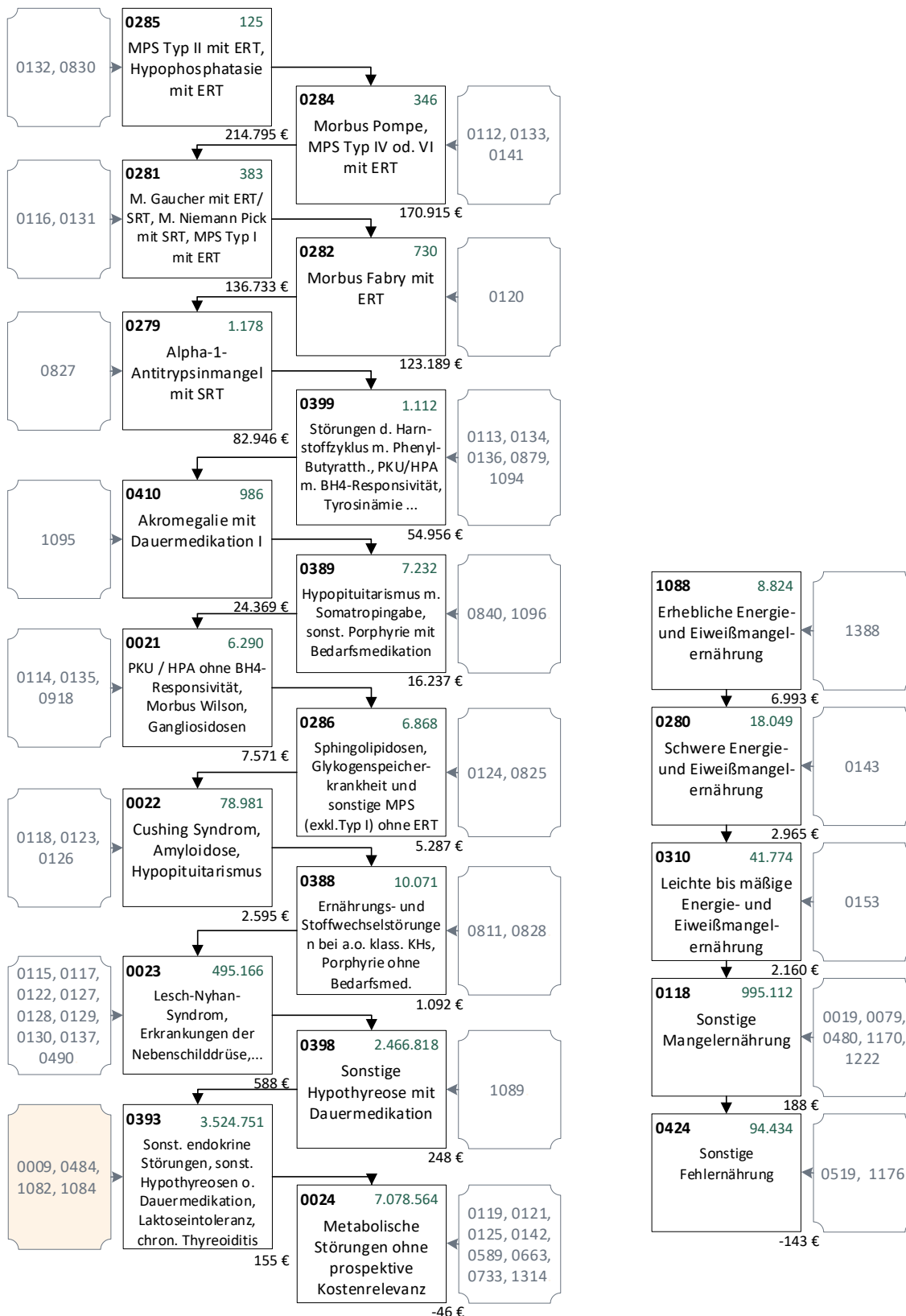
Tabelle 10.7: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 04 für das AJ 2023

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3865 %	0,0666 PP	58,3872 %	0,0674 PP
	CPM	28,5429 %	0,0699 PP	28,5452 %	0,0722 PP
	MAPE	2.493,09 €	-2,4396 €	2.493,01 €	-2,5192 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Metabolische Erkrankungen“					
HMG0285	Mukopolysaccharidose Typ II, Hypophosphatasie mit ERT	125	214.796 €	125	214.795 €
HMG0284	Morbus Pompe, Mukopolysaccharidose Typ IV oder Typ VI mit ERT	346	170.916 €	346	170.915 €
HMG0281	Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose Typ I mit ERT	383	136.734 €	383	136.733 €
HMG0282	Morbus Fabry mit ERT	730	123.189 €	730	123.189 €
HMG0279	Alpha-1-Antitrypsinmangel mit Substitutionstherapie	1.178	82.943 €	1.178	82.946 €
HMG0399	Störungen des Harnstoffzyklus mit Phenylbutyrattherapie, PKU/HPA mit BH4-Responsivität, Tyrosinämie mit Nitisinongabe, Hereditäre erythropoetische Porphyrie mit Bedarfsmedikation, Akromegalie mit Dauermedikation II	1.112	54.959 €	1.112	54.956 €
HMG0410	Akromegalie mit Dauermedikation I	986	24.373 €	986	24.369 €
HMG0389	Hypopituitarismus mit Somatropingabe, sonstige Porphyrie mit Bedarfsmedikation	7.232	16.237 €	7.232	16.237 €
HMG0021	PKU / HPA ohne BH4-Responsivität, Morbus Wilson, Gangliosidosen	6.290	7.571 €	6.290	7.571 €
HMG0286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und sonstige Mukopolysaccharidosen (exkl. Typ I) ohne ERT	6.868	5.288 €	6.868	5.287 €
HMG0022	Cushing-Syndrom, Amyloidose, Hypopituitarismus	78.981	2.595 €	78.981	2.595 €
HMG0388	Ernährungs- und Stoffwechselstörungen bei a.o. klassifizierten Krankheiten, Porphyrie ohne Bedarfsmedikation	10.071	1.090 €	10.071	1.092 €
HMG0023	Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine, Hyperthyreose	495.166	588 €	495.166	588 €
HMG0398	Sonstige Hypothyreose mit Dauermedikation	2.466.818	248 €	2.466.818	248 €
HMG0393	Sonstige endokrine Störungen, sonstige Hypothyreosen ohne Dauermedikation, Laktoseintoleranz, Chronische Thyreoiditis	3.546.337	156 €	3.524.751	155 €
HMG0024	Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz	7.068.625	-46 €	7.078.564	-46 €
Strang 2: „Fehlernährung“					
HMG1088	Erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	8.824	6.993 €	8.824	6.993 €
HMG0280	Schwere Energie- und Eiweißmangelernährung	18.049	2.965 €	18.049	2.965 €
HMG0310	Leichte bis mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	41.774	2.161 €	41.774	2.160 €
HMG0118	Sonstige Mangelernährung	995.112	188 €	995.112	188 €
HMG0424	Sonstige Fehlernährung	94.434	-144 €	94.434	-143 €
Strang 3: „Hypoglykämien“					
HMG0120	Hypoglykämisches Koma	219	3.316 €	219	3.318 €
HMG0509	Hypoglykämien ohne Koma	46.512	635 €	46.512	638 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3865 %	0,0666 PP	58,3872 %	0,0674 PP
	CPM	28,5429 %	0,0699 PP	28,5452 %	0,0722 PP
	MAPE	2.493,09 €	-2,4396 €	2.493,01 €	-2,5192 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 4: „Diabetes mellitus“					
HMG0018	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 (< 12 Jahre)	9.887	8.826 €	9.887	8.827 €
HMG0390	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 (11 Jahre < Alter < 16 Jahre)	9.693	7.201 €	9.692	7.203 €
HMG0020	Diabetische Ketoazidose, Koma oder multiple Komplikationen bei D. m. Typ 1 bzw. bei sonstigem Diabetes mellitus mit Insulindauermedikation	695.336	4.323 €	693.573	4.339 €
HMG0397	Augenmanifestationen oder andere näher bezeichnete Krankheitserscheinungen bei D. m. Typ 1 bzw. bei sonstigem Diabetes mellitus mit Insulindauermedikation	199.203	3.728 €	195.948	3.765 €
HMG0391	Sonstiger Diabetes mellitus Typ 1 oder sonstiger Diabetes mellitus mit Insulindauermedikation	494.332	3.267 €	480.780	3.320 €
HMG0015	Sonstiger Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, Ketoazidose oder Koma	964.853	1.387 €	976.160	1.398 €
HMG0016	Sonstiger Diabetes mellitus mit anderen Komplikationen	333.254	886 €	335.871	894 €
HMG0019 (alt)	Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen	3.969.417	425 €		
HMG0019 (neu)	Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen, Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert			4.214.259	433 €
Strang 5: „Adipositas“					
HMG0962	Adipositas Schweregrad III / Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren	1.126.740	560 €	1.126.740	562 €
Extern aus Hierarchie 16					
HMG0091	Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen	7.872.185	215 €	7.802.116	216 €
Gemeinsames Strangende der Stränge 3, 4 und 5					
HMG0179	Sonstige Adipositas, sonstige oder n.n.bez. Stoffwechselstörung	1.779.869	100 €	1.779.877	100 €
HMG0384	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien ohne LDL-Apherese	334.661	-16 €	334.665	-15 €
Strang 3 (alter Fassung - entfallen):					
HMG0130	Dialysestatus, Apherese	82.617	45.155 €	82.617	45.148 €
HMG0387	Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert	343.108	288 €		

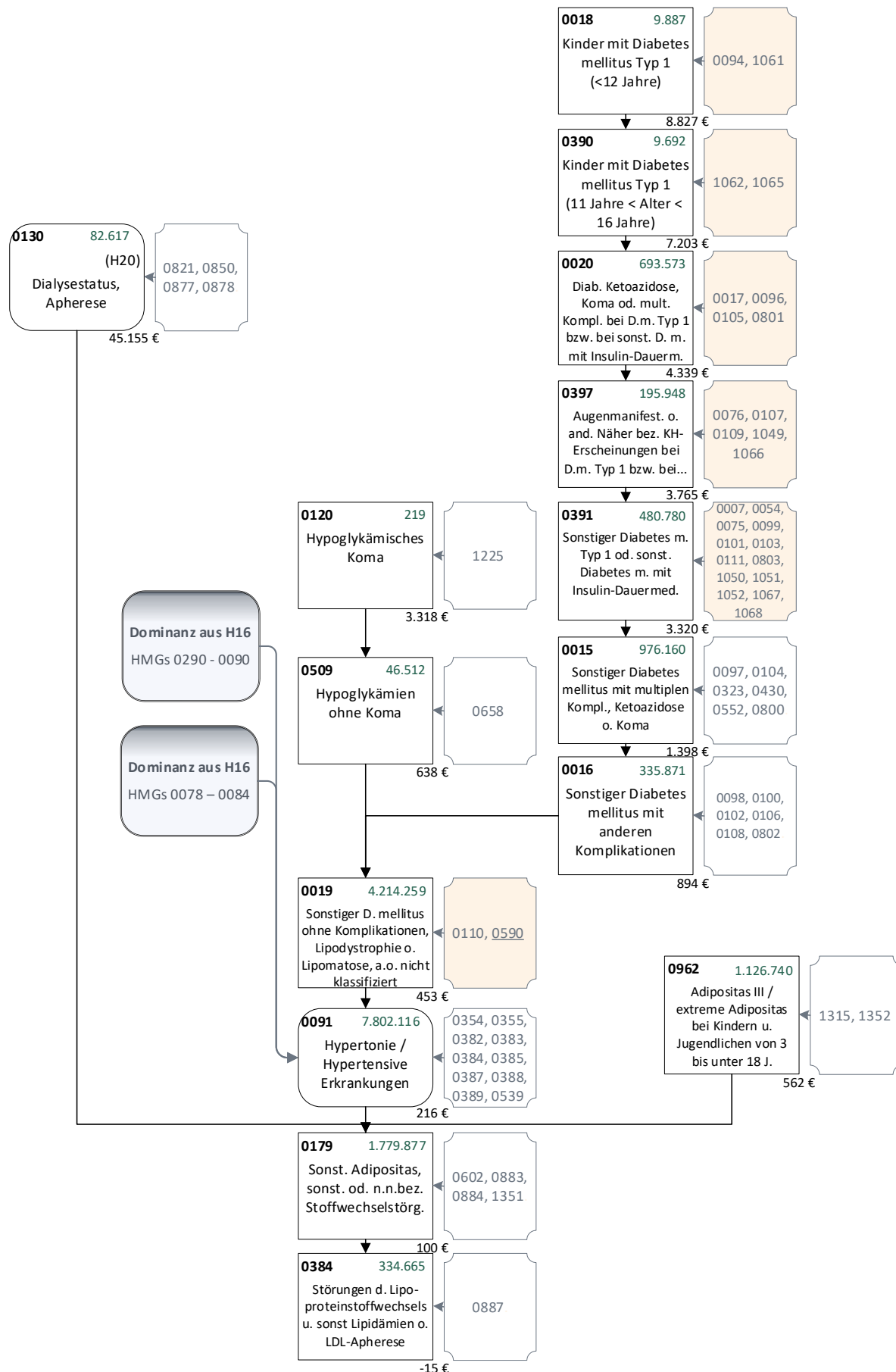
Quelle: BAS

Abbildung 10.3: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 10.4: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

11 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

11.1 Festlegungsentwurf

Im Rahmen der Überarbeitung der Hierarchie 05 wurden die ICD-Kodes B67.6 „Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose] an mehreren und sonstigen Lokalisationen“ und B67.7 „Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose], nicht näher bezeichnet“, die zuvor in der Hierarchie 19 enthalten waren, in die Hierarchie aufgenommen. Sie wurden in die neue DxG0608 „Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose] an mehreren und sonstigen oder n.n.bez. Lokalisationen“ eingeordnet. Diese bildet zusammen mit der DxG0831 „Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation“ und der DxG0833 „Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2“ die neue HMG0173 „Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2, Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose], Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation“.

Da zum ersten Mal Leistungsdaten für die neu eingeführten ICD-Kodes K74.70, K74.71 und K74.72 „Leberzirrhose, Child-Pugh Stadien A bis C“ vorlagen, konnten diese in das Modell integriert werden. Diese ICD-Kodes erhielten die neuen DxGs 0975, 0976 und 0977. Dabei wurde die DxG0975 der neuen HMG0350 „Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh A“ zugeordnet. Die DxG0976 und die DxG0977 wurden gemeinsam der HMG0351 „Leberzirrhose, Stadien Child-Pugh B und C“ zugeordnet.

Weiterhin wurde auf Grund von Hinweisen von Seiten der Krankenkassen die Arzneimittel-Validierung für die chronische Virushepatitis C überprüft. Dazu wurden die neue DxG0978 „Chronische Virushepatitis C mit Dauermedikation“ gebildet, die den ICD-Kode B18.2 enthält. Für diese DxG wurde das Aufgreifkriterium Sonderfall 2 festgelegt, für den die ATC-Kodes J05AA, J05AB, J05AC, J05AD, J05AE, J05AF, J05AG, J05AP, J05AR sowie L03AB verwendet werden. Die neue DxG0978 bildet die neue HMG0354 mit demselben Namen.

Zur Konsolidierung der Hierarchiestruktur wurden schließlich einige HMGs zusammengelegt.

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

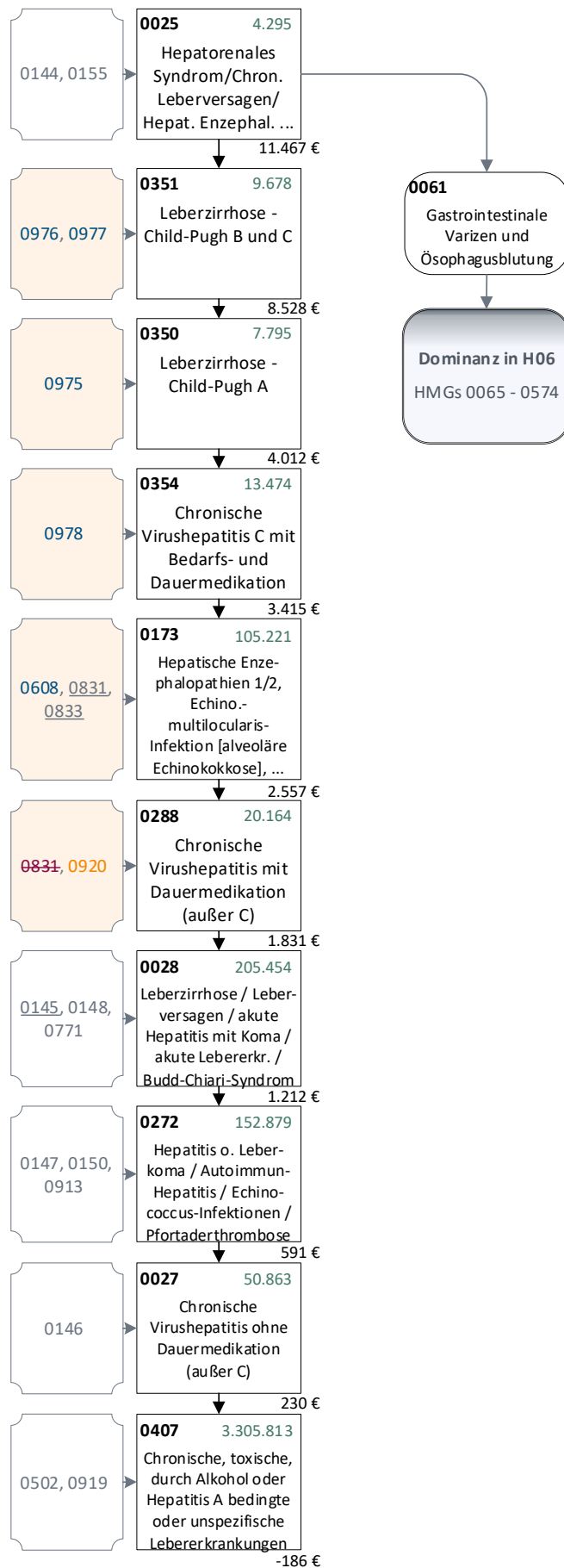
Tabelle 11.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
<i>Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell</i>	R ²	58,3198 %		58,3234 %	0,0036 PP
	CPM	28,4730 %		28,4777 %	0,0047 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,37 €	-0,1650 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
HMG0025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen / Hepatische Enzephalopathien Grad 3 und 4	4.295	11.438 €	4.295	11.467 €
HMG0351 (neu)	Leberzirrhose - Stadien Child-Pugh B und C			9.678	8.528 €
HMG0350 (neu)	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh A			7.795	4.012 €
HMG0354 (neu)	Chronische Virushepatitis C mit Bedarfs- und Dauermedikation			13.474	3.415 €
HMG0173 (alt)	Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose] an mehreren und sonstigen oder n.n.bez. Lokalisationen	314	3.309 €		
HMG0173 (neu)	Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2, Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose], Chronische Hepatitis C ohne Dauermedikation			105.221	2.557 €
HMG0256 (alt)	Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2	8.629	3.742 €		
HMG0288 (alt)	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation / Chronische Hepatitis C mit und ohne Dauermedikation	121.862	2.634 €		
HMG0288 (neu)	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)			20.164	1.831 €
HMG0028 (alt)	Leberversagen / akute Hepatitis mit Koma / akute Lebererkrankung / Budd-Chiari-Syndrom	12.500	1.574 €		
HMG0028 (neu)	Leberzirrhose / Leberversagen / akute Hepatitis mit Koma / akute Lebererkrankung / Budd-Chiari-Syndrom			205.454	1.212 €
HMG0026	Leberzirrhose	208.491	1.418 €		
HMG0272	Hepatitis ohne Leberkoma / Autoimmun-Hepatitis / Echinokokkus-Infektionen / Pfortaderthrombose	156.424	610 €	152.879	591 €
HMG0027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C)	56.789	366 €	50.863	230 €
HMG0407	Chronische, toxische, durch Alkohol oder Hepatitis A bedingte oder unspezifische Lebererkrankungen	3.305.910	-187 €	3.305.813	-186 €

Quelle: BAS

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

Abbildung 11.1: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

11.2 Anhörungsverfahren

11.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Stellungnahmen zum Festlegungsentwurf wurden vom GKV-SV, dem AOK-BV, dem IKK e. V., der KBV / BÄK und TK et al. eingereicht.

Der GKV-SV weist darauf hin, dass bei der Integration der neuen ICD-Kodes zur Stadieneinteilung der Leberzirrhose nach den Child-Pugh-Kriterien medizinisch inhaltliche Aspekte der Kodierpraxis nicht näher einbezogen worden seien. Die Einteilung der Leberzirrhose in die Stadien A bis C gemäß den Child-Pugh-Kriterien sei abhängig von verschiedenen Laborwerten, dem Ausmaß eines Aszites und dem Grad der hepatischen Enzephalopathie. Die Hepatische Enzephalopathie werde jedoch mit einem ICD-Kode der Gruppe K72.7- dokumentiert, deren Stadien 3 und 4 der HMG0025 zugeordnet seien.

Weiterhin merkt der GKV-SV an, dass für die DxG0920 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)“ das Aufgreifkriterium Sonderfall 1 festgelegt sei. Da dieser DxG unter anderem der ICD-Kode B18.0 „Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus“ zugeordnet sei, sollte in der Anlage 3 der Arzneimittelwirkstoff J05AX28 „Bulevirtid“, der zur Behandlung von chronischen Hepatitis-Delta-Virus (HDV)-Infektionen zugelassen sei, 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 die Arzneimittelauswahl hinsichtlich einer leitlinienkonformen Berücksichtigung der Arzneimittel überprüft werden.

Auch der AOK-BV weist darauf hin, dass für die DxG0920 das ATC-Spektrum um den ATC-Kode J05AX28 erweitert werden solle. Dieser werde zur Behandlung von chronischen HDV-Infektionen bei erwachsenen Patienten mit kompensierter Lebererkrankung angewandt, die im Plasma (oder Serum) positiv auf HDV-RNA getestet wurden.

Der IKK e. V. führt aus, dass die HMG0351 „Leberzirrhose – Stadium Child-Pugh B“ und die HMG0353 „Leberzirrhose – Stadium Child-Pugh C“ zusammengelegt wurden, obwohl ihre Schätzer ca. 1.100 € auseinanderlagen und obwohl sich die Gütemaße verschlechterten. Für eine bessere Nachvollziehbarkeit, warum trotz einer schlechteren Prädiktionsgüte eine HMG-Konsolidierung durchgeführt wird, sollten einheitliche Kriterien zur Zusammenlegung von HMGs definiert werden.

Der IKK e. V. möchte weiterhin auf eine grundsätzliche Problematik der Kodierung der Erscheinungsformen der Leberzirrhose in der HMG0028 „Leberzirrhose / Leberversagen / akute Hepatitis mit Koma / akute Lebererkrankung / Budd-Chiari-Syndrom“ und deren Folgen hinweisen. Die ICD-Kodes in der DxG0145 „Leberzirrhose“ wie z. B. K71.7 „Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber“, K70.3 „Alkoholische Leberzirrhose“ und K74.6 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber“ würden nach ätiologischen Gesichtspunkten ihrer Grunderkrankung zugeordnet. Der Kostenschätzer der HMG0028 betrage 1.212 €. Die HMG0350 und die HMG0351 mit der Stadieneinteilung nach Child-Pugh sowie die Spätfolgen der Leberzirrhose in der HMG0025 stünden am oberen Strangende und erhielten Kostenschätzer in Höhe von 4.012 €, 8.528 € bzw. 11.467 € – und damit das 2,5 bis 9-fache der Grunderkrankung. Grundlage für die Einteilung der Stadien der Leberzirrhose nach Child-Pugh seien aber laborchemische Parameter, der Grad der Enzephalopathie sowie des Aszites als Maß für das hepato-renale Syndrom. Daraus entstünden klare Kodieranreize, da bei der fehlenden Angabe jeglichen Stadiums die HMG0028 relevant wäre, bei einer exakten Kodierung der Stadien aber die HMG0350 bzw. die HMG0351. Bei der zusätzlich gesonderten Angabe des Stadiums der hepatischen Enzephalopathie, welche eigentlich in den Child-Pugh-Kriterien enthalten sei, käme es über die HMG0025 zu dem höchsten

Zuschlag. Daher stünde die Zuordnung zu den HMGs in enger Abhängigkeit vom individuellen Kodierverhalten des Arztes bzw. des Krankenhauses. Der IKK e. V. bittet daher um eine Auseinandersetzung mit diesem Tatbestand, um die Gefahr des upcodings weitestgehend auszuschließen.

TK et al. merken an, dass entsprechend der einschlägigen Leitlinien eine Anpassung bzw. Reduzierung der Arzneimittel-Validierung in der DxG0920 und in der DxG0978 der Chronischen Hepatitis auf die ATC-Kodes J05AB, J05AP, L03AB indiziert sei, 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 und J05AR) nicht zur Therapie empfohlen sowie zugelassen seien.

Die KBV / BÄK erläutert, dass eine Leberzirrhose zwar zu einem gewissen Prozentsatz auch ein laparotomischer / laparoskopischer Zufallsbefund sein könne. Angesichts des Umstandes, dass das Stadium A nach Child und Pugh aber bereits bei geringfügigen laborchemischen Veränderungen erreicht werde, erschienen die Fallzahlen aus der neuen HMG0351 „Leberzirrhose – Stadium Child-Pugh B und C“ und der neuen HMG0350 „Leberzirrhose – Stadium Child-Pugh A“ im Vergleich zu der alten HMG0026 „Leberzirrhose“ etwas niedrig. Auch die Differenz der Kostenschätzer zwischen der alten HMG0026 „Leberzirrhose“ und der neuen HMG0350 „Leberzirrhose – Stadium Child-Pugh A“ in Höhe von 2.594 € erscheine ungewöhnlich hoch. KBV / BÄK erläutern weiterhin, dass die hepatische Enzephalopathie ein Kriterium für die Ermittlung des Child-Pugh-Scores sei. Mit Stadium 3 oder 4 einer hepatischen Enzephalopathie sei das Stadium B einer Leberzirrhose bereits hinreichend erfüllt. Bei Kodierung des Stadiums B einer Leberzirrhose würde der Versicherte der HMG0351 zugeordnet. Würde zusätzlich eine hepatische Enzephalopathie im Stadium 3 oder 4 kodiert, würde der Fall der HMG0025 zugeordnet mit einem Unterschied in den Kostenschätzern von knapp 2.939 €.

11.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Mehrere Stellungnahmen gehen auf die Zuordnung der neuen ICD-Kodes der Leberzirrhose mit Einteilung in die Child-Pugh-Stadien ein. Für diese ICD-Kodes lagen in diesem Jahr erstmalig Leistungsdaten vor.

Wie richtigerweise in den Stellungnahmen ausgeführt wird, erfolgt die Einteilung in die Child-Pugh-Stadien auf der Basis mehrerer Parameter. Neben dem Grad der Enzephalopathie fließen weitere laborchemische / sonografische Bewertungen in die Einteilung nach Child-Pugh ein. Die gemessenen Werte werden nicht an das BAS übermittelt. Beim Child-Pugh Score entsprechen 5 und 6 Punkte dem Stadium A, 7 bis 9 Punkte dem Stadium B und Stadium C entspricht 10 bis 15 Punkten. Eine hepatische Enzephalopathie alleine ergibt maximal 3 Punkte (Stadium III bzw. IV) und entspricht daher noch keinem Stadium gemäß Child-Pugh (Herold 2020). Sowohl die hepatische Enzephalopathie als auch die Einteilung in die Child-Pugh-Stadien werden in der ICD-Systematik über Ausrufezeichenkodes, also Sekundärkodes, verschlüsselt.

Die aktuelle Gestaltung der Hierarchie sorgt dafür, dass Versicherte, für die eine hepatische Enzephalopathie kodiert wurde, einen Zuschlag erhalten (HMG0025 für Grade 3 und 4, HMG0173 für Grade 1 und 2). Auch Versicherte, für die ein Child-Pugh-Stadium dokumentiert wurde, erhalten einen Zuschlag (HMG0531 für Stadien B und C, HMG0350 für Stadium A). Wurde für einen Versicherten sowohl eine hepatische Enzephalopathie Grad 3 oder 4 als auch ein Child-Pugh-Stadium dokumentiert, so werden in der aktuellen Einteilung die Zuordnungen zu der HMG0351 und der HMG0350 im Rahmen der Hierarchisierung wegdominiert und es erfolgt nur der höhere Zuschlag für die hepatische Enzephalopathie.

Daraus ergibt sich, dass in der HMG0351 und in der HMG0350 nur Versicherte eingruppiert werden, für die keine hepatische Enzephalopathie Grad 3 oder 4 kodiert wurde. Somit besteht zwar derzeit ein Anreiz bei Vorliegen einer hepatischen Enzephalopathie Grad 3 oder 4 nicht nur die Leberzirrhose mit Stadieneinteilung nach Child-Pugh zu dokumentieren. Allerdings kann wohl davon ausgegangen werden, dass eine hepatische Enzephalopathie Grad 3 oder 4 nur dann kodiert wird, wenn sie auch tatsächlich vorliegt.

Da dieses Jahr zum ersten Mal Leistungsdaten für die Einteilung in die Child-Pugh-Stadien vorlagen, ist es sehr gut möglich, dass sich in den kommenden Jahren infolge einer häufigeren Dokumentation dieser ICD-Kodes eine andere Zuordnung in die HMGs und eine andere Stellung im Hierarchiestrang als sinnvoll erweist. Die Entwicklung wird zukünftig beobachtet. Eine umfassende Analyse, in der der komplette Hierarchiestrang neu aufgebaut wird, ist zu diesem Zeitpunkt der Erstellung der Festlegung nicht umsetzbar und aufgrund der Tatsache, dass erstmalig Daten hierzu vorliegen, auch verfrüht.

Von Seiten des GKV-SV und des AOK-BV wurde angemerkt, dass zur Validierung der DxG0920 zusätzlich der ATC-Kode J04AX28 „Bulevirtid“ verwendet werden solle. TK et al. weisen hingegen darauf hin, dass sowohl für die DxG0920 als auch für die DxG0978 lediglich die ATC-Kodes J05AB, J05AP und L03AB zur Validierung verwendet werden sollten. Eine Überprüfung der zur Validierung heranzuziehenden Kodes kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorgenommen werden und wird auf die Anpassungen in den nächsten Jahren verschoben.

Zu der Anmerkung des IKK e. V. hinsichtlich der Zusammenlegung der HMG0351 „Leberzirrhose – Stadium Child-Pugh B“ und der HMG0353 „Leberzirrhose – Stadium Child-Pugh C“ sei angemerkt, dass diese im Rahmen der Konsolidierung der Hierarchie vorgenommen wurde, da die medizinisch als weniger schwerwiegend anzusehende HMG0351 zuvor einen höheren Kostenschätzer erhielt als die HMG0353, die die schwerwiegendere Form der Leberzirrhose enthält. Bei dieser Zusammenlegung war daher der Abstand zwischen den beiden Kostenschätzern und auch die Verschlechterung der Gütemaße nicht ausschlaggebend.

KBV / BÄK führen aus, dass die Fallzahlen in den neuen HMGs, die die Child-Pugh Stadien enthalten, insbesondere im Vergleich zu den Fallzahlen in der alten HMG0026 als niedrig erscheinen. Dem BAS liegen hierzu keine weiteren Erkenntnisse vor. Da die ICD-Kodes neu eingeführt wurden, sind sie vermutlich noch nicht vollständig in der Versorgung angekommen, insbesondere da es sich um Sekundärkodes handelt. Was die angesprochene Differenz der Kostenschätzer angeht, so haben KBV / BÄK Recht, dass der Unterschied zwischen dem Kostenschätzer der alten HMG0026 in der Fassung des Ausgangsmodells und der neuen HMG0350 in der Fassung des Festlegungsentwurfes der Hierarchie 2.594 € beträgt. Allerdings sind diese beiden Werte nicht direkt miteinander vergleichbar: Stellt man die neue HMG0350 zunächst lediglich neben die HMG0026 (Modell 02 im Festlegungsentwurf), so beträgt der Kostenunterschied lediglich 1.337 €. Erst durch die anschließenden Hochstufungen und Zusammenlegungen ergibt sich die hohe Differenz der Kostenschätzer zwischen dem Ausgangsmodell und dem Festlegungsentwurf. Die Ausführung von KBV / BÄK zu der Erreichung eines Stadiums B der Leberzirrhose bei Vorliegen einer hepatischen Enzephalopathie des Grades 3 oder 4 kann nicht nachvollzogen werden. Um eine Zuordnung zum Child-Pugh Stadium B zu erhalten, muss eine Punktezahl von 7 bis 9 Punkten erreicht werden. Die hepatische Enzephalopathie Grad 3 oder 4 wird im Child-Pugh Score jedoch mit nur 3 Punkten bewertet. Es müssen somit noch weitere Parameter auffällig sein, um eine Zuordnung in das Stadium B zu erreichen.

11.3 Festlegung der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

Die Festlegung der Hierarchie entspricht dem entsprechenden Festlegungsentwurf für das AJ 2023.

12 Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

12.1 Festlegungsentwurf

Im Rahmen des Ausgangsmodells wurden aus der Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ sechs ICD-Kodes zur „Verbrennung oder Verätzung des Ösophagus, sonstiger Teile des Verdauungstraktes oder sonstiger und n.n.bez. innerer Organe“ in die Hierarchie 06 verschoben, da sie sich in dieser Hierarchie-lokalitätsbezogen zielgerichteter zuordnen lassen. Des Weiteren wurden die beiden unteren HMGs im gemeinsamen Strangende der Hierarchie 06 aufgrund nahezu identischer Kostenschätzer zusammengelegt.

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

Tabelle 12.1: Vergleich des Ausgangsmodells mit dem Festlegungsentwurf der Hierarchie 06 für das AJ 2023

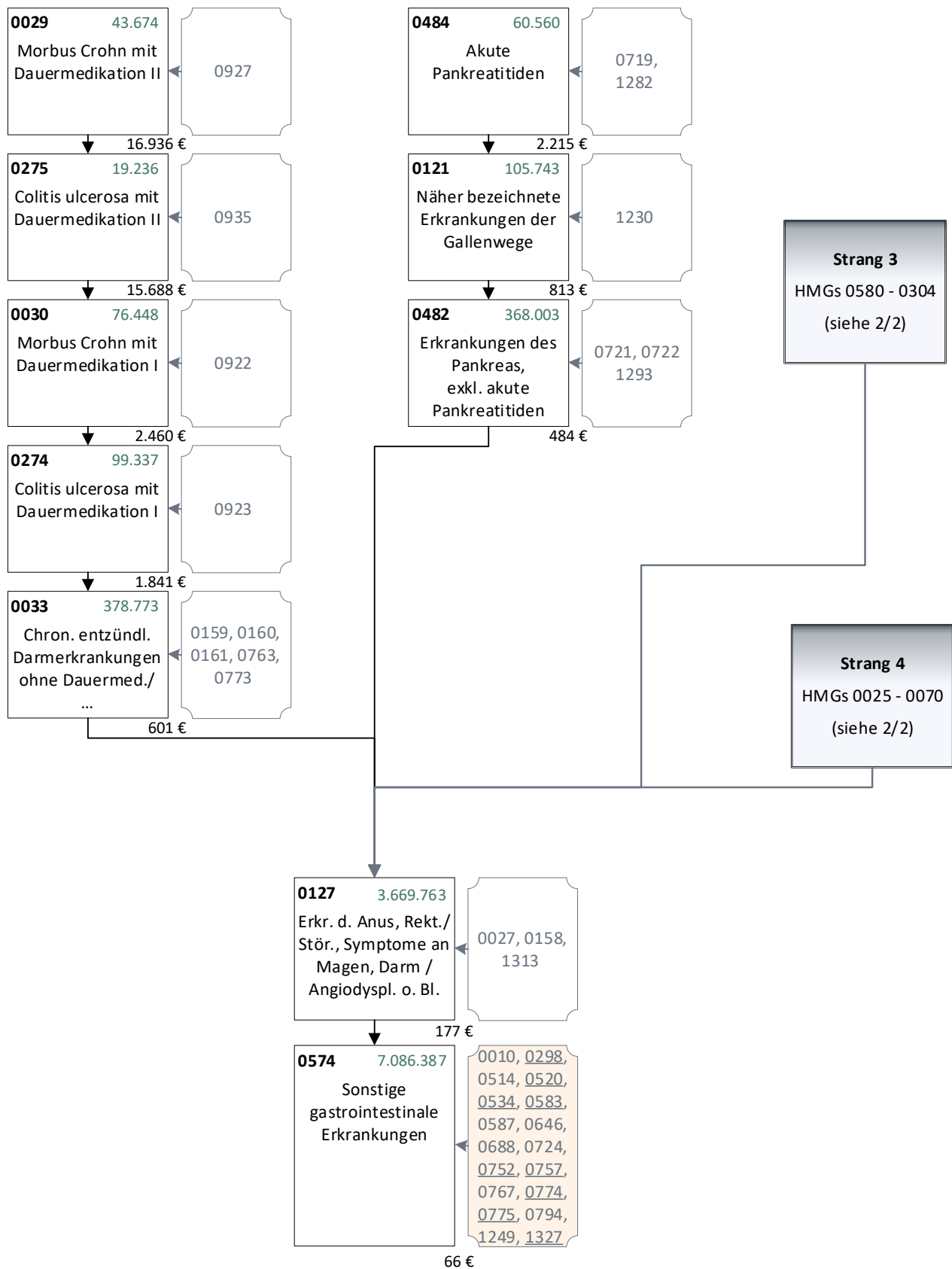
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3198 %	0,0000 PP
	CPM	28,4730 %		28,4730 %	0,0000 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,53 €	-0,0005 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen“					
HMG0029	Morbus Crohn mit Dauermedikation II	43.674	16.936 €	43.674	16.936 €
HMG0275	Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II	19.236	15.688 €	19.236	15.688 €
HMG0030	Morbus Crohn mit Dauermedikation I	76.448	2.460 €	76.448	2.460 €
HMG0274	Colitis ulcerosa mit Dauermedikation I	99.337	1.841 €	99.337	1.841 €
HMG0033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis / Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	378.773	601 €	378.773	601 €
Strang 2: „Erkrankungen des Pankreas und der Gallengänge“					
HMG0484	Akute Pankreatitiden	60.560	2.215 €	60.560	2.215 €
HMG0121	Näher bezeichnete Erkrankungen der Gallenwege	105.743	813 €	105.743	813 €
HMG0482	Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden	368.003	484 €	368.003	484 €
Strang 3: „Erkrankungen des Darms“					
HMG0580 (neu)	Angeborene(s) Fehlen, Atresie oder Stenose im Magen-Darm-Trakt (Alter > 5 Jahre) / Angiodysplasie mit Blutung Fremdkörper im Darm und sonstigen Lokalisationen im Verdauungstrakt / Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt / Verbrennung oder Verätzung sonstiger Teile des Verdauungstraktes oder sonstiger und n.n.bez. innerer Organe			24.899	3.897 €
HMG0580 (alt)	Angeborene(s) Fehlen, Atresie oder Stenose im Magen-Darm-Trakt (Alter > 5 Jahre) / Angiodysplasie mit Blutung Fremdkörper im Darm und sonstigen Lokalisationen im Verdauungstrakt / Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt	24.824	3.902 €		
HMG0031	Ileus	141.503	2.565 €	141.501	2.565 €
HMG1026	Darmabszess, Fistel und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Darms	16.629	2.244 €	16.629	2.245 €
HMG0587	Divertikelkrankheit mit Perforation und / oder Abszess	23.636	1.516 €	23.636	1.516 €
HMG0032	Postoperativer Darmverschluss / Gefäßkrankheiten des Darmes / Peritonitis / Sonstige Colitiden / Abdominales Kompartmentsyndrom / Angiodysplasie des Dünndarms	95.199	1.237 €	95.198	1.238 €
HMG0304	Intestinale Malabsorption / Hernien / Intestinale Infektionen / Lebensmittelvergiftungen / Divertikelkrankheit mit Blutung	1.888.996	304 €	1.888.989	304 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3198 %	0,0000 PP
	CPM	28,4730 %		28,4730 %	0,0000 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,53 €	-0,0005 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 4: „Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltrakts“					
HMG0061	Gastrointestinale Varizen und Ösophagusblutung	39.866	5.275 €	39.866	5.276 €
HMG0065 (neu)	Hämatemesis / Verbrennung oder Verätzung des Ösophagus			21.688	2.735 €
HMG0065 (alt)	Hämatemesis	21.429	2.735 €		
HMG0309	Fremdkörper im Mund, Ösophagus, Magen / Me- läna / Candida-Ösophagitis / Mallory-Weiss-Syn- drom	83.885	1.819 €	83.869	1.822 €
HMG0034	Candida-Stomatitis / Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung / Obstruktion des Py- lorus / des Duodenums / Häorrhagische Gastri- tis / n.n.bez. gastrointestinale Blutung	176.752	915 €	176.745	914 €
HMG0070	Ulkuskrankheit mit Perforation und / oder Blu- tung / Ösophagusatresie / -stenose, andere ange- borene gastrointestinale Anomalien (Alter > 5 Jahre)	346.858	458 €	346.817	459 €
Gemeinsames Strangende					
HMG0127	Erkrankungen des Anus, Rektums / Störungen, Symptome an Magen und/ oder Darm (exkl. Ob- struktion, Ulkus und Blutung) / Angiodysplasien ohne Blutung	3.669.795	177 €	3.669.763	177 €
HMG0574 (neu)	Sonstige gastrointestinale Erkrankungen			7.086.387	66 €
HMG0135 (alt)	Erkrankungen des Ösophagus / Bauchfells / Darms / Gallenblase und -wege / Sonstiger oder n.n.bez. Eingeweidebruch ohne Komplikationen / Sonstige angeborene gastrointestinale Anomalien (> 5 Jahre)	5.180.090	66 €		
HMG0574 (alt)	Sonstige gastrointestinale Erkrankungen	1.906.322	67 €		
Freistehende HMG					
HMG0203	Verbrennung oder Verätzung des Ösophagus, sons- tiger Teile des Verdauungstraktes oder sonstiger und n.n.bez. innerer Organe	507	3.398 €		

Quelle: BAS

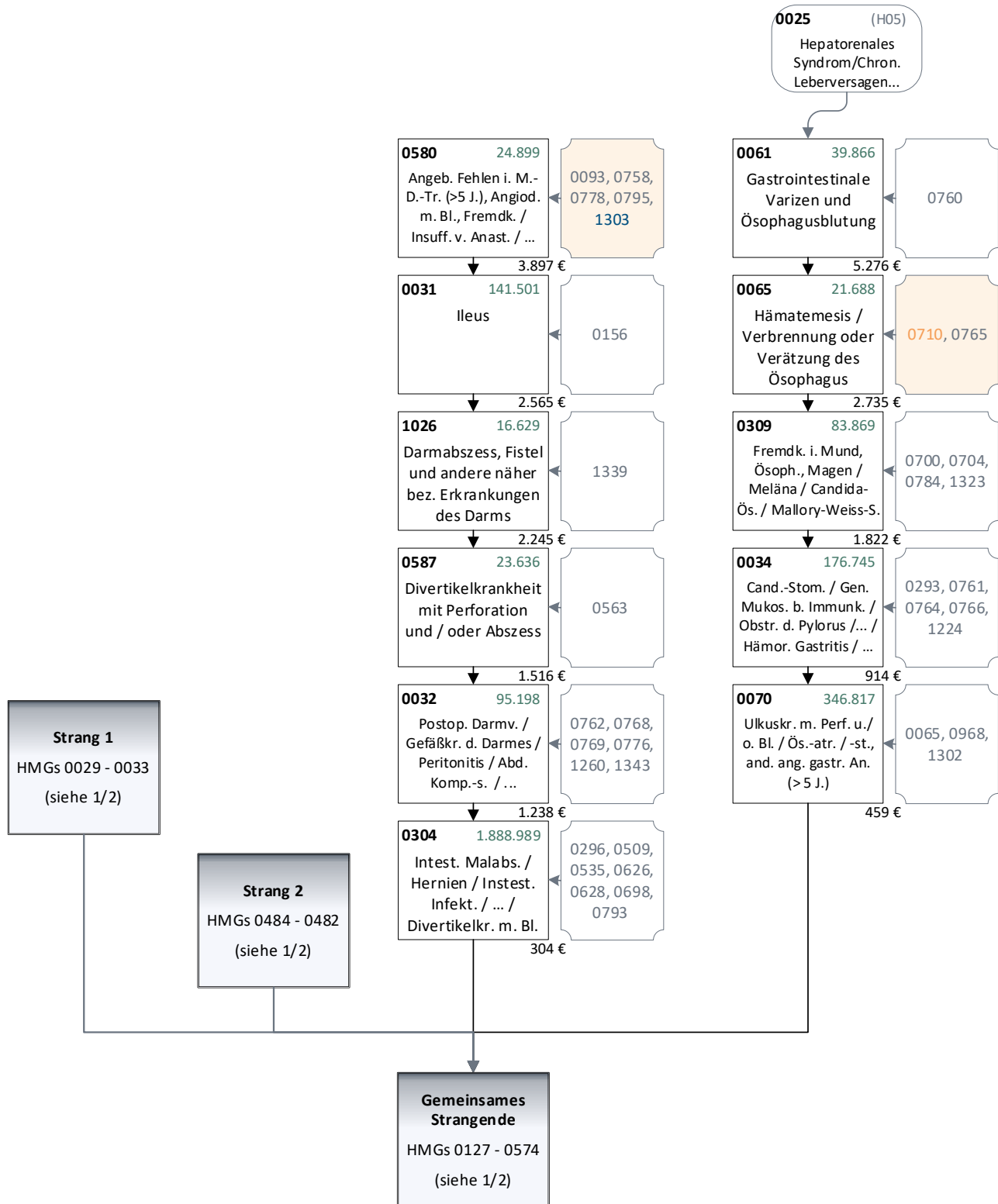
Abbildung 12.1 und Abbildung 12.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 12.1: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Krankheiten“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 12.2: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Krankheiten“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

12.2 Anhörungsverfahren

12.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der GKV-SV weist darauf hin, dass die dem ICD-4-Steller K83.0 „Cholangitis“ zugeordneten ICD-Kodes K83.00, -.01, -.08, -.09 in der Anlage 01_Anlage_1_ICD_Zuordnung_AJ2023_ENTWURF nicht enthalten seien.

Der GKV-SV merkt zudem an, dass in der Hierarchie 06 die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) enthalten seien. Diese würden auf Basis unterschiedlicher Arzneimittelabgrenzungen berücksichtigt. Im Rahmen einer CED könnten sich Gelenkentzündungen entwickeln, welche als Sterndiagnosen der Gruppe M07.4*- „Arthritis psoriatica“ und „Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten“ im Strang der rheumatoiden Erkrankungen der Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems“ ebenfalls mit einer Arzneimitteldifferenzierung berücksichtigt würden. Aufgrund einer fehlenden externen Dominanzbeziehung seien doppelte Zuweisungen aus beiden Hierarchien möglich, da die zugeordneten Arzneimittelwirkstoffe nahezu identisch seien. Das gleiche gelte für die Psoriasis und die Psoriasisarthritis. Der GKV-SV 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.

Den KBV / BÄK erscheint die Verschiebung von ICD-10-GM-Kodes für die Verschlüsselung von Verbrennungen und Verätzungen am Gastrointestinaltrakt aus der Hierarchie 22 in die Hierarchie 06 wegen des Organbezuges medizinisch plausibel. Sie weisen darauf hin, dass die Codes T28.4 und T28.9 Verbrennungen und Verätzungen an inneren Organen verschlüsseln, die gerade nicht der Lokalisation „gastrointestinal“ zugeordnet seien. Aufgrund der geringen Fallzahlen in der zwischenzeitlich gebildeten HMG0334 „Verbrennung oder Verätzung sonstiger Teile des Verdauungstraktes oder sonstiger und nicht näher bezeichneter innerer Organe“ wäre dieser Umstand wahrscheinlich zu vernachlässigen.

Der AOK-BV weist darauf hin, dass aufgrund der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung verschiedene Medikamente gegeneinander substituiert würden. Daher solle für die DxG0935 (Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II) die Aufnahme des ATC-Kodes L04AX „Andere Immunsuppressiva“ (z. B. Azathioprin) geprüft werden.

Aus Sicht des AOK-BV solle, um nur die klinisch relevanten Fälle aufzugreifen, eine Arzneimittelvalidierung der DxGs 0721 „Sonstige Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ und 0722 „N.n.bez. Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ eingeführt werden (ATC: A09AA02, A09AA03, A09AA04 und A09AC01).

12.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die Thematik einer veränderten Hierarchisierung der Diagnosen des rheumatoiden Formenkreises, die sich vorwiegend in den Hierarchien 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“, 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ und 22 „Hauterkrankungen“ finden, wird im Kapitel zur Hierarchie 07 ausführlicher beschrieben (vgl. Kapitel 13). Eine Untersuchung der grundsätzlich nachvollziehbaren Vorschläge kann aufgrund ihres Umfangs zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erfolgen.

Die Ausführungen der KBV / BÄK zu den ICD-Kodes zu Verbrennungen und Verätzungen am Gastrointestinaltrakt bilden das Vorgehen des BAS ab.

Der Vorschlag des AOK-BV zur Aufnahme des ATC-Kodes L04AX in das Arzneimittelkriterium der DxG0935 sollte auch aus Sicht des BAS untersucht werden. Nach erster Sichtung sollten in diesem Rahmen aber noch weitere ATC-Kodes berücksichtigt werden. Deshalb wird die Bearbeitung in einem der nächsten Anpassungszyklen erfolgen.

Auch die Untersuchung der vom AOK-BV vorgeschlagenen Arzneimittelvalidierung der DxGs 0721 „Sonstige Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ und 0722 „N.n.bez. Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“, wird in einem der nächsten Anpassungszyklen erfolgen.

12.3 Aufnahme der ICD-Fünfsteller K83.0- in das Klassifikationssystem

12.3.1 Hintergrund

Wie schon in den Ausführungen zum Ausgangsmodell dokumentiert, sind die zum ICD-Viersteller K83.0 „Cholangitis“ zugehörigen ICD-Fünfsteller K83.0- dem Klassifikationssystem, also einer DxG und HMG, zuzuordnen (vgl. Kapitel 5.2.2.2). Dies war im Rahmen des Festlegungsentwurfs versehentlich noch nicht erfolgt.

12.3.2 Untersuchung

Die ICD-Kodes K83.0- werden der DxG1230 „Näher bezeichnete Erkrankungen der Gallenwege“ zugeordnet, der auch der ICD-Viersteller K83.0 „Cholangitis“ zugehört (vgl. Tabelle 12.2).

Tabelle 12.2: Einordnung der mit der ICD-10-GM 2022 neu eingeführten ICD-Kodes zu K83.0- zu DxGs und HMGs

ICD	Bezeichnung	DxG	HMG	DxG-Bezeichnung	HMG-Bezeichnung
K83.00	Primär sklerosierende Cholangitis	1230	0121	Näher bezeichnete Erkrankungen der Gallenwege	Näher bezeichnete Erkrankungen der Gallenwege
K83.01	Sekundär sklerosierende Cholangitis				
K83.08	Sonstige Cholangitis				
K83.09	Cholangitis, nicht näher bezeichnet				

Quelle: BAS

Weitere Berechnungen sind zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich bzw. erforderlich, da für neue ICD-Kodes noch keine Daten gemeldet wurden.

12.3.3 Ergebnis

Die Zuordnung der neuen ICD-Fünfsteller K83.0- zu einer DxG / HMG stellen die einzige Veränderung der Festlegung zum Festlegungsentwurf in der Hierarchie 06 dar.

12.4 Festlegung der Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

12.4.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

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

Folgende veränderte DxGs werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf gebildet:

- Die ICD-Kodes K80.3, K80.30, K80.31, K83.0, K83.00, K83.01, K83.08, K83.09, K83.1, K83.2, K83.3, K83.4, K83.5, K83.8 und K83.9 bilden die veränderte DxG1230 „Näher bezeichnete Erkrankungen der Gallenwege“.

12.4.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 06

Die Festlegung der Hierarchie 06 entspricht hinsichtlich der Fallzahlen, Kostenschätzer und Kennzahlen zur Modellgüte dem Festlegungsentwurf der Hierarchie für das AJ 2023.

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

13.1 Festlegungsentwurf

Die Überarbeitung der Hierarchie 07 umfasste schwerpunktmäßig die Einbindung von Arzneimitteln beim Aufgreifen bestimmter Versichertengruppen. Im Ergebnis wurden u. a. eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung bei den rheumatoiden Erkrankungen und eine spezifische Abgrenzung von Versicherten mit X-chromosomaler Hypophosphatämie über den Wirkstoff Burosumab eingeführt. Für Versicherte mit rheumatischem Fieber (ohne Herzbeteiligung) wurde eine Arzneimittelvalidierung implementiert, für Versicherte mit Gicht bzw. Arthritis urica eine Differenzierung der Zuschläge über Arzneimittel. Durch eine abschließende Verschiebung einzelner Diagnosegruppen konnte zudem die Kostenhomogenität innerhalb der HMGs der Hierarchie verbessert werden.

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

Tabelle 13.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 07 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,4560 %	0,1361 PP
	CPM	28,4730 %		28,7264 %	0,2534 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.486,69 €	-8,8409 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Infektiöse Erkrankungen“					
HMG0207 (alt)	Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate / Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / Ischämischer Muskelfarkt	27.885	3.567 €		
HMG0207 (neu)	Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate / Ischämischer Muskelfarkt			26.847	3.636 €
HMG0208 (alt)	Osteomyelitis / Nekrotisierende Faszitis	42.262	2.152 €		
HMG0208 (neu)	Osteomyelitis / Nekrotisierende Faszitis / Arzneimittelinduzierte Knochennekrose			43.300	2.146 €
HMG0209 (alt)	(Post)infektiöse Gelenkerkrankungen / Sonstige Knochennekrose	98.369	668 €		
HMG0209 (neu)	(Post)infektiöse Gelenkerkrankungen / Sonstige Knochennekrose			98.849	650 €
Strang 2: „Osteoporose bei Frauen“					
HMG0221	Schwerwiegende Osteoporose bei Frauen	16.985	1.278 €	16.985	1.150 €
HMG0486	Osteoporose bei Frauen	545.774	513 €	545.774	507 €
Strang 3: „Osteoporose bei Männern“					
HMG1030	Schwerwiegende Osteoporose bei Männern	4.540	2.244 €	4.540	2.186 €
HMG0530	Osteoporose bei Männern	60.035	1.280 €	60.035	1.284 €

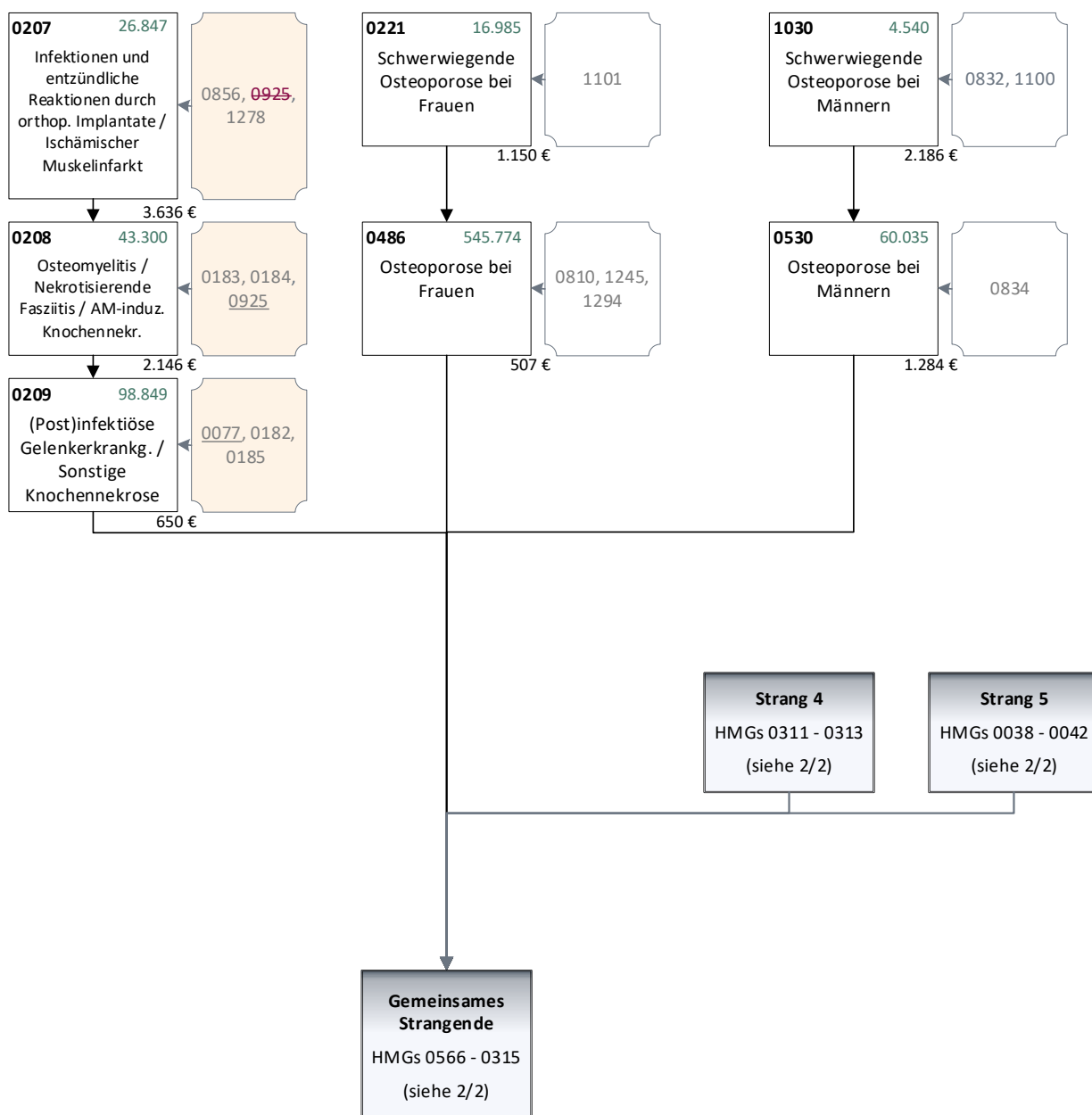
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,4560 %	0,1361 PP
	CPM	28,4730 %		28,7264 %	0,2534 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.486,69 €	-8,8409 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 4: „Rheumatoide Erkrankungen“					
HMG0198 (alt)	Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	21.225	8.758 €		
HMG0199 (alt)	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation	159.064	7.344 €		
HMG0200 (alt)	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	455.526	3.697 €		
HMG0226 (alt)	Juvenile Arthritis	28.437	1.004 €		
HMG0240 (alt)	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung, Erkrankungen der Muskeln	676.507	727 €		
HMG0311 (neu)	Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II			191.554	11.387 €
HMG0312 (neu)	Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation I			444.170	1.671 €
HMG0313 (neu)	Bestimmte rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation			335.790	669 €
Strang 5: „Arthrose / Komplikationen / Andere Erkrankungen“					
HMG0038 (neu)	X-chromosomale Hypophosphatämie			138	124.286 €
HMG0041 (alt)	Angeborene Hüftluxation und mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	86.667	2.183 €		
HMG0041 (neu)	Angeborene Hüftluxation und mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate / Sonstige familiäre hypophosphatämische Rachitis			90.635	2.178 €
HMG0040	Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies / Schwere angeborene Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes / Juvenile Osteochondrose der Hüfte und des Beckens	1.069.022	1.055 €	1.068.808	1.078 €
HMG0042 (alt)	Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems	84.638	706 €		
HMG0042 (neu)	Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems / Näher bezeichnete Erkrankungen der Muskeln			430.144	818 €
Gemeinsames Strangende					
HMG0566	Gelenkerkrankungen / Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	2.538.455	327 €	2.537.761	328 €
HMG0314 (neu)	Andere rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation			1.347.922	207 €
HMG0315 (alt)	Rheumatisches Fieber ohne Herzbeteiligung / Sonstige Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	12.252.024	137 €		
HMG0315 (neu)	Sonstige Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems			11.006.259	130 €
Externe Dominanz in H22					
HMG0219	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II	61.670	7.495 €	85.814	5.301 €
HMG0210	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I	59.607	1.725 €	60.760	1.767 €
HMG0220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation	1.129.356	91 €	1.139.080	111 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,4560 %	0,1361 PP
	CPM	28,4730 %		28,7264 %	0,2534 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.486,69 €	-8,8409 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
<i>Externe Dominanz aus H23</i>					
HMG1024	Pathologische Fraktur bei Neubildungen	6.718	21.703 €	6.718	21.758 €
HMG0159	Erworbene Hüftluxation	3.467	5.563 €	3.467	5.597 €

Quelle: BAS

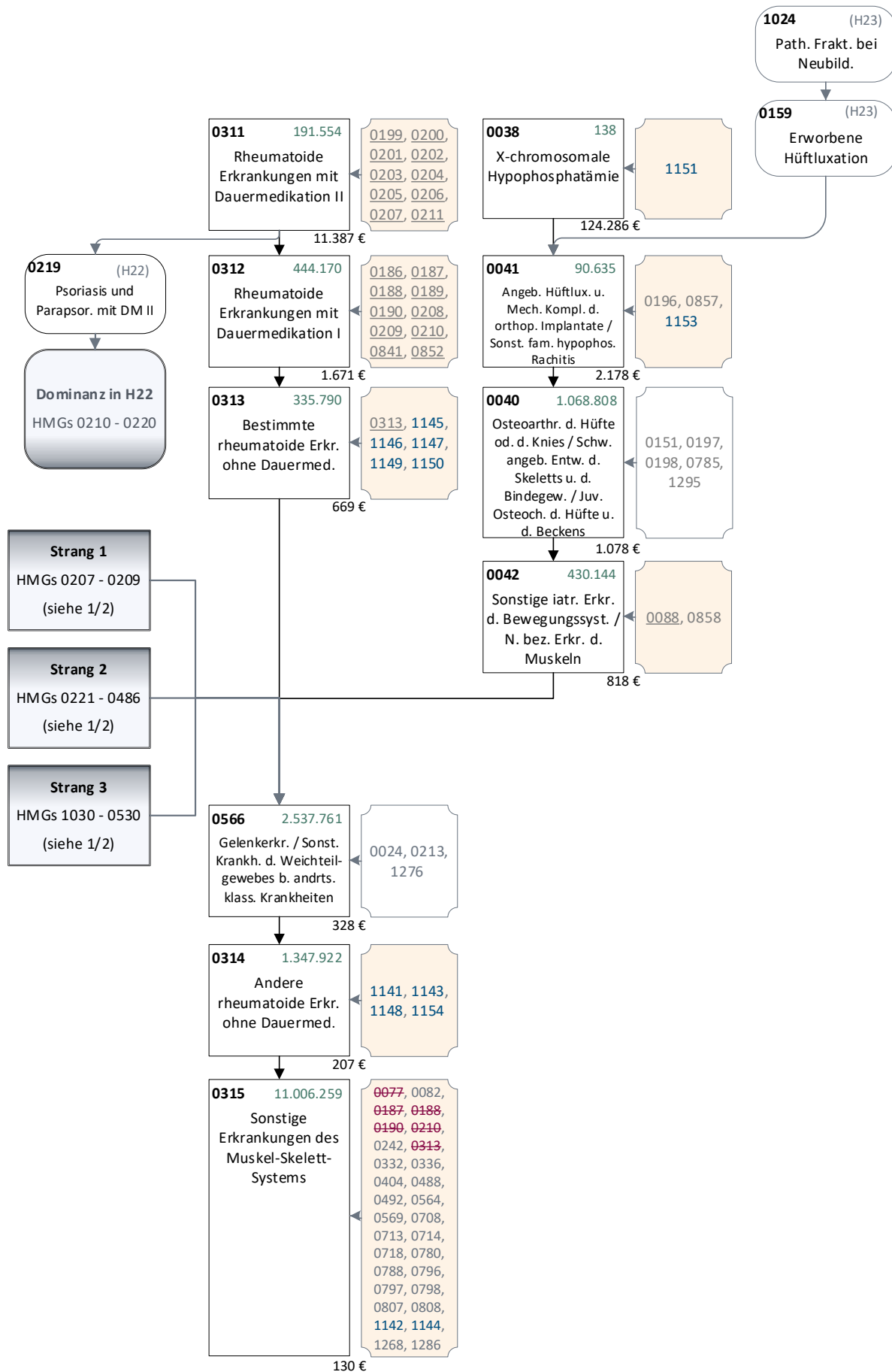
Abbildung 13.1 und Abbildung 13.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 13.1: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 13.2: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

13.2 Anhörungsverfahren

13.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Zu den vorgenommenen Anpassungen der Hierarchie 07 gingen beim BAS Stellungnahmen des GKV-SV, des AOK-BV, des BKK DV, des IKK e. V., der DAK-G, TK et al. und KBV / BÄK ein.

KBV / BÄK fassen in ihrer Stellungnahme die vorgenommenen Änderungen zusammen und bewerten sie als aus medizinischer Sicht sinnvoll.

In ihren allgemeinen Ausführungen zu den (in allen Hierarchien) vorgenommenen Arzneimitteldifferenzierungen bitten GKV-SV und DAK-G das BAS, die von der HMG0311 „Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II“ ausgehende externe Dominanzbeziehung in Hierarchie 22 („Hauterkrankungen“) bereits auf die HMG0119 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III“ (und nicht wie im Festlegungsentwurf vorgesehen auf HMG0219 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II“) wirken zu lassen.

Der AOK-BV weist vor dem Hintergrund der Abbildung von Autoimmunerkrankungen (und der damit verbundenen Zuschlagsgruppen, die mit Immunsuppressiva behandelte Versicherte enthalten) auf typische Komorbiditäten und mögliche Doppelzuschläge der Betroffenen hin. Die Erkrankungen manifestierten sich einerseits im Bereich des Muskel-Skelett-Systems, andererseits aber auch häufig im Bereich der Hauterkrankungen (Psoriasis) und der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Eine mögliche – aber sehr komplexe Lösung bestehe in der Abbildung der genannten Erkrankungen in einer eigenen Hierarchie. Kurzfristige Abhilfe könne eine hierarchieübergreifende Dominanzbeziehung von den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sowohl auf die Psoriasis als auch auf die rheumatischen Erkrankungen des Bewegungssystems schaffen. Perspektivisch könne die Einführung eines gesonderten Zuschlags für Immunsuppressiva eingeführt werden. Der GKV-SV greift den Vorschlag des AOK-BV zur Umgestaltung der (hierarchieübergreifenden) Dominanzstruktur auf und analysiert (in seiner Stellungnahme zu Hierarchie 22) die empirischen Auswirkungen, die ein solches Modell mit sich brächte. Er spricht sich auf dieser Grundlage dafür aus, die HMGs der rheumatoiden Erkrankungen in Hierarchie 07 gemeinsam mit den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und der Psoriasis (jeweils mit Dauermedikation) in einem gemeinsamen Hierarchiestrang abzubilden, der wiederum die übrigen rheumatischen Erkrankungen (ohne Dauermedikation) dominiert.

GKV-SV und AOK-BV führen zu den beiden DxGs 0187 und 0205 „Systemischer Lupus erythematodes / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes mit Dauermedikation I“ bzw. „(...) mit Dauermedikation II“ aus, dass diese den ICD-Code M31.1 „Thrombotische Mikroangiopathie“ enthalten. Für die Behandlung werde der Wirkstoff Caplacizumab (ATC-Kode B01AX07) eingesetzt. Der Wirkstoff solle daher beim Aufgreifen der beiden Diagnosegruppen ebenfalls berücksichtigt werden.

Bezüglich des Aufgreifens der DxG1245 „Sonstige Osteoporose (Frauen)“ bittet der AOK-BV darum, künftig zusätzlich den ATC-Kode G03CX (Andere Estrogene) zu berücksichtigen.

Mit Blick auf die vorgenommene Arzneimitteldifferenzierung der Diagnosegruppen für „Gicht / Arthritis urica“ (DxGs 0564 „Gicht / Arthritis urica“ in HMG0315 und 1154 „Gicht / Arthritis urica mit Bedarfsmedikation“ in HMG0314) sprechen sich BKK DV und IKK e. V. für die Prüfung möglicher Umsetzungsalternativen aus. Der BKK DV votiert dafür, eine Umstellung des Aufgreifkriteriums für die DxG1154 von Sonderfall 2 (Prüfung einer Bedarfsmedikation mit mindestens 42 BT) auf den Sonderfall 1 (Prüfung einer Dauermedikation mit mindestens 183 BT) zu analysieren. Der IKK e. V. spricht sich dagegen für eine

dreistufige Einteilung der Zuschläge aus, die über unterschiedliche Aufgreifkriterien (M2Q, Bedarfs- und Dauermedikation) angesteuert werden solle. Zudem diskutieren beide Verbände übereinstimmend eine Streichung bestimmter Wirkstoffe beim Aufgreifen der DxG1154. So sei die gegenwärtige ATC-Abgrenzung zu breit gefasst, weshalb die ATC-Kodes M01CC (Penicillamin), M01CB (Gold-Verbindungen) und M01CX (Andere spezifische Antirheumatika) künftig nicht mehr in der Wirkstoffzuordnung enthalten sein sollten.

Für die in der (mit etwa 11 Mio. Zuschlägen sehr stark besetzten) HMG0315 „Sonstige Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ verorteten DxGs 0780 „Sonstige und n.n.bez. Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht“, 0788 „Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen der Muskeln“ und 1286 „Sonstige Erkrankungen der Weichteilgewebe“ vermuten TK et al. nach Interpretation des BAS mögliche Überdeckungen. Zumindest sprechen sie sich für eine Herauslösung dieser drei DxGs aus der HMG0315 und deren Abbildung in einer eigenständigen, im Hierarchiegefüge niedriger stehenden Zuschlagsgruppe aus. Zudem weisen sie das BAS auf inhaltliche Überschneidungen der Erkrankungen in der HMG0315 mit den Erkrankungen der HMG0211 „Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens“ in der Hierarchie 13 (Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule) hin, weswegen eine Harmonisierung der beiden HMGs angestrebt werden solle.

Für die DxGs 0488 „Osteomalazie / Rachitis“ und 0798 „Sonstige und n.n.bez. Osteomalazie / Rachitis“ (beide in HMG0315) regt der AOK-BV eine Arzneimittelvalidierung über das Aufgreifkriterium „klinische Relevanz“ mit den Wirkstoffgruppen H05BA, H05BX, M05BB, M05BC und M05BX an. Ein identisches Aufgreifen über den ATC-Kode M05BA solle auch für die DxG0807 „N.n.bez. andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels“ (ebenfalls HMG0315) geprüft werden.

Nach Auffassung des BKK DV sollte eine Verschiebung des ICD-Kodes A54.4 „Gonokokkeninfektion des Muskel-Skelett-Systems“ aus der HMG0209 „(Post)infektiöse Gelenkerkrankungen / Sonstige Knochennekrose“ in die Hierarchie 01 (Infektionen) geprüft werden. Darüber hinaus wird eine Verschiebung des ICD-Kodes M14.2- „Diabetische Arthropathie“ in Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ angeregt.

Der IKK e. V. spricht sich dafür aus, die HMG0038 „X-chromosomale Hypophosphatämie“ gemeinsam mit anderen Diagnosen, die eine Rachitis umschreiben, in Hierarchie 04 zu verschieben. Außerdem sollen bestimmte Codes des ICD-Vierstellers M73.1- „Bursitis syphilitica“ (DxG1286 „Sonstige Erkrankungen der Weichteilgewebe“) in gleicher Weise über Arzneimittel validiert werden wie andere Folgen der Syphilis, die derzeit in den Hierarchien 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“, 14 „Neurologische Erkrankungen“ und 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und Folgezustände im Alter von bis zu fünf Jahren“ abgebildet werden

13.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Der Vorschlag der DAK-G zur Veränderung der von der HMG0311 „Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II“ ausgehenden Dominanz in die Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ wird mit Blick auf den geringen Abstand der betreffenden Kostenschätzer der beiden Risikogruppen nicht umgesetzt. Die darüber hinaus gehenden Vorschläge des GKV-SV und des AOK-BV zur Umgestaltung der Hierarchisierung der rheumatoiden Erkrankungen bzw. eines gesonderten Zuschlags für Versicherte, die dauerhaft mit Immunsuppressiva therapiert werden, nimmt das BAS zur Kenntnis. Eine Untersuchung der grundsätzlich nachvollziehbaren Vorschläge kann aufgrund ihres Umfangs zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erfolgen.

Die Ergänzung des ATC-Kodes B01AX07 „Caplacizumab“ zur Differenzierung der DxGs 0187 „Systemischer Lupus erythematodes / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes mit Dauermedikation I“ und 0205 „Systemischer Lupus erythematodes (SLE) / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes mit Dauermedikation II“ unterbleibt in diesem Anpassungszyklus. Der Wirkstoff dient zwar zur Behandlung der in den DxGs enthaltenen Thrombotischen Mikroangiopathie (ICD-Kode M31.1), allerdings erscheint es sinnvoller, diesen Code im Rahmen der Erstellung des Festlegungsentwurfes für das AJ 2024 zum hämolytisch-urämisches Syndrom zu verschieben.

Die vom AOK-BV angeregte Ergänzung des ATC-Kodes G03CX „Andere Estrogene“ zum Aufgreifen der DxG1245 „Sonstige Osteoporose (Frauen)“ erscheint aus medizinisch-pharmakologischer Sicht sachgerecht. Eine entsprechende Modellanpassung wird geprüft (vgl. Abschnitt 13.3).

Ebenfalls zu diskutieren sind die Vorschläge von BKK DV und IKK e. V. zur Anpassung der Arzneimittelauswahl zur Differenzierung der DxG1154 „Gicht mit Bedarfsmedikation“ (vgl. Abschnitt 13.4).

Die von TK et al. aufgeworfene Frage nach möglichen Über- und Unterdeckungen einzelner DxGs innerhalb der HMG0315 „Sonstige Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ wurde bereits bei Erarbeitung des Festlegungsentwurfes untersucht, allerdings nicht ausführlich dokumentiert. Das BAS hatte dabei erwogen, die HMG durch Aufteilung einzelner Diagnosegruppen weiter zu differenzieren. Für die drei von TK et al. benannten DxGs 0780 „Sonstige und n.n.bez. Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht“, 0788 „Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen der Muskeln“ und 1286 „Sonstige Erkrankungen der Weichteilgewebe“ ergaben sich in der Analyse jedoch (geringfügige) Unterdeckungen, sodass auch die nun vorgeschlagene Abstufung der Diagnosegruppen nicht sinnvoll erschien, weil sich hierdurch die bestehende Unterdeckung vergrößern würde. Eine Verschiebung der Gruppen in die höherstehende HMG0314 „Andere rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation“ wiederum wäre mit Blick auf die eher niedrige Spezifität der in den drei Gruppen enthaltenen Diagnosen problematisch. Zudem würde diese Verschiebung voraussichtlich zu einer weiteren Annäherung der Kostenschätzer der HMGs 0314 (207 €) und 0315 (130 €) führen und somit die Gefahr einer späteren Hierarchieverletzung erhöhen. Unabhängig von dieser Entscheidung stimmt das BAS mit TK et al. darin überein, dass die Abgrenzung der sehr stark besetzten HMG0315 zu einem späteren Zeitpunkt nochmals untersucht und die Gruppe ggf. weiter ausdifferenziert werden kann.

Aus den weiteren Anregungen zur Validierung bzw. Differenzierung anderer Diagnosegruppen, zur Verschiebung einzelner ICD-Kodes in andere Hierarchien und zur Prüfung hierarchieübergreifender Wechselwirkungen zwischen der HMG0315 „Andere rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation“ und der HMG0211 „Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens“ (Hierarchie 13) ergibt sich aus Sicht des BAS kein dringender Anpassungsbedarf. Diese Vorschläge können ebenfalls in einem der folgenden Anpassungsprozesse wieder aufgegriffen werden.

13.3 Anpassung der Wirkstoffauswahl zum Aufgreifen der DxG1245 „Sonstige Osteoporose (Frauen)“

13.3.1 Hintergrund

Der AOK-BV schlägt mit Blick auf die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung die Aufnahme des ATC-Kodes G03CX (Andere Estrogene) zum Aufgreifen der DxG1245 „Sonstige Osteoporose (Frauen)“ vor. Die Aufnahme des Wirkstoffes erscheint aus medizinischer Sicht zielführend. Der ATC-Kode sollte aber nicht nur beim Aufgreifen der DxG1245 (HMG0486 „Osteoporose bei Frauen“) berücksichtigt

werden, sondern auch bei den DxGs 0810 „Postmenopausale Osteoporose“, 1294 „Osteoporose nach Ovariectomie oder sonst. chirurgischem Eingriff (Frauen)“ (beide ebenfalls in HMG0486) und 1101 „Arzneimittelinduzierte Osteoporose (Frauen)“ (HMG0221 „Schwerwiegende Osteoporose bei Frauen“), für die auch in der Vergangenheit eine identische Wirkstoffauswahl angewendet worden ist.

13.3.2 Untersuchung

Mit **Modell A01** wird die Aufnahme des ATC-Fünfstellers in allen vier oben genannten DxGs überprüft. Die sich insgesamt ergebende neue Arzneimittelzuordnung wird in Tabelle 13.2 dargestellt. Die Ergebnisse der Simulationsrechnung finden sich als Gegenüberstellung der Entwurfsfassung und des Modells A01 in Tabelle 13.3.

Tabelle 13.2: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01

DxGs	DxG-Bezeichnung	ATC	ATC-Bezeichnung
0810	Postmenopausale Osteoporose	A11CC	Vitamin D und Analoga
		A12AA	Calcium
		A12AX	Calcium, Kombinationen mit Vitamin D und/oder anderen Mitteln
		A12CD	Fluorid
		A14AB	Estren-Derivate
		G03CA	Natürliche und halbsynthetische Estrogene, rein
1101	Arzneimittelinduzierte Osteoporose (Frauen)	G03CX	Andere Estrogene
		G03DA	Pregnen-4-Derivate
		G03DB	Pregnadien-Derivate
1245	Sonstige Osteoporose (Frauen)	G03DC	Estren-Derivate
		G03FA	Gestagene und Estrogene, fixe Kombinationen
1294	Osteoporose nach Ovariectomie oder sonst. chirurgischem Eingriff (Frauen)	G03FB	Gestagene und Estrogene, Sequenzialpräparate
		G03XC	Selektive Estrogenrezeptor-Modulatoren
		H05AA	Nebenschilddrüsenhormone und Analoga
		H05BA	Calcitonin-haltige Zubereitungen
		M05BA	Bisphosphonate
		M05BB	Bisphosphonate, Kombinationen
		M05BX	Andere Mittel mit Einfluss auf die Knochenstruktur und die Mineralisation

Quelle: BAS

Tabelle 13.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,4560 %	0,1361 PP	58,4560 %	0,1362 PP
	CPM	28,7264 %	0,2534 PP	28,7264 %	0,2534 PP
	MAPE	2.486,69 €	-8,8409 €	2.486,69 €	-8,8410 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2: „Osteoporose“					
HMG0221	Schwerwiegende Osteoporose bei Frauen	16.985	1.150 €	16.995	1.149 €
HMG0486	Osteoporose bei Frauen	545.774	507 €	546.147	508 €
Gemeinsames Strangende					
HMG0566	Gelenkerkrankungen / Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes bei anderenorts...	2.537.761	328 €	2.537.697	328 €
HMG0314	Andere rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation	1.347.922	207 €	1.347.894	207 €
HMG0315	Sonstige Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	11.006.259	130 €	11.006.118	130 €

Quelle: BAS

Durch die Aufnahme des zusätzlichen ATC-Kodes steigen die Besetzungszahlen in den beiden direkt betroffenen HMGs 0221 und 0486 um insgesamt 383 Fälle an. Im Gegenzug sinken die Besetzungszahlen in den darunter stehenden Zuschlagsgruppen geringfügig ab. Auf die Gütemaße des Modells hat die Anpassung nahezu keinen Einfluss.

13.3.3 Zwischenergebnis

Der Vorschlag zur Berücksichtigung anderer Estrogene zum Aufgreifen der DxG1245 „Sonstige Osteoporose (Frauen)“ wird umgesetzt und darüber hinaus auf die drei weiteren DxGs 0810 „Postmenopausale Osteoporose“, 1101 „Arzneimittelinduzierte Osteoporose (Frauen)“ und 1294 „Osteoporose nach Ovariectomie oder sonst. chirurgischem Eingriff (Frauen)“ ausgedehnt.

13.4 Anpassung des Aufgreifkriteriums und der Wirkstoffauswahl für die DxG1154 „Gicht / Arthritis urica mit Bedarfsmedikation“

13.4.1 Hintergrund

Der BKK DV regt in seiner Stellungnahme an, zum Aufgreifen der DxG1154 „Gicht / Arthritis urica mit Bedarfsmedikation“ eine Umstellung des Aufgreifkriteriums auf Sonderfall 1 (Dauermedikation, 183 BT) zu prüfen. Der IKK e. V. thematisiert für die gleiche Gruppe dagegen eine mögliche dreistufige Abbildung der Erkrankung, bei der jeweils eine der drei Zuschlagsgruppen über M2Q, Bedarfsmedikation und Dauermedikation aufgegriffen werden soll. Außerdem, so führen BKK DV und IKK e. V. übereinstimmend

aus, sei die Arzneimittelabgrenzung für die DxG1154 zu breit gefasst. Hinsichtlich der enthaltenen Erkrankungen solle daher die Streichung der drei ATC-Fünfsteller M01CC „Penicillamin und ähnliche Mittel“, M01CB „Gold-Verbindungen“ und M01CX „Andere spezifische Antirheumatika“ erwogen werden.

Der Vorschlag des BKK DV zur Anpassung des Aufgreifkriteriums von der bisherigen Abfrage einer Bedarfsmedikation (mit mindestens 42 BT) auf eine Dauermedikation (mit mindestens 183 BT) umzustellen, wurde vom BAS – aufgrund entsprechender Vorschläge von Kassenseite – bereits für den Festlegungsentwurf in Betracht gezogen. Der Ansatz wurde allerdings verworfen, weil es sich bei der Gicht um eine schubförmig verlaufende Erkrankung handelt, die in vielen Fällen nicht dauerhaft pharmakotherapeutisch begleitet wird und auch Patientinnen und Patienten mit einer entsprechenden Bedarfsmedikation aufgrund eines schwerwiegenderen Verlaufes einer höher stehenden Risikogruppe zugeordnet werden sollten. Bei Umstellung des Aufgreifalgorithmus auf die Prüfung einer Dauermedikation würden diese Versicherten im Modell mit Versicherten ohne spezifische Arzneimitteltherapie gleichgesetzt werden. Ob eine solche Zuordnung der im Festlegungsentwurf gewählten Variante empirisch überlegen wäre, wurde bei Erstellung des Festlegungsentwurfes ebenso wenig geprüft wie die in diesem Zusammenhang vom IKK e. V. angeregte Differenzierung in drei unterschiedliche Personengruppen (Versicherte, die das Kriterium „M2Q“, „Bedarfsmedikation“ oder aber „Dauermedikation“ erfüllen). Die Untersuchung dieser beiden Vorschläge unterbleibt allerdings in diesem Anpassungszyklus, da neben der Umstellung der Aufgreifkriterien voraussichtlich auch noch die Zuordnung der resultierenden DxGs zu den HMGs überprüft und angepasst werden müsste.

Bezüglich der Anregung zur Einschränkung des zum Aufgreifen der DxG1154 verwendeten Wirkungsspektrums kann das BAS dem BKK DV und dem IKK e. V. in Teilen folgen. Sowohl Gold-Verbindungen (M01CB) als auch Penicillamin und ähnliche Mittel (M01CC) sind in der Therapie der Erkrankung nicht indiziert, sie sollten daher aus der Anlage 3 gestrichen werden. Die dritte von den Verbänden genannte Wirkstoffgruppe (M01CX – „Andere spezifische Antirheumatika“) umfasst hingegen u. a. Methotrexat, das nach Auffassung des BAS zum Aufgreifen der Erkrankung weiterhin berücksichtigt werden sollte.

13.4.2 Untersuchung

In **Modell A02** wird die Streichung der beiden ATC-Kodes M01CB und M01CC aus der Wirkstoffliste zum Aufgreifen der DxG1154 umgesetzt. Die hieraus letztlich resultierende Arzneimittelzuordnung für die DxG1154 ergibt sich aus Tabelle 13.4.

Tabelle 13.4: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A02

DxG	DxG-Bezeichnung	ATC	ATC-Bezeichnung
1154	Gicht / Arthritis urica mit Bedarfsmedikation	M01AA	Butylpyrazolidine
		M01AB	Essigsäure-Derivate und verwandte Substanzen
		M01AC	Oxicame
		M01AE	Propionsäure-Derivate
		M01AG	Fenamate
		M01AH	Coxibe
		M01AX	Andere nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika
		M01BP	Andere pflanzliche Antiphlogistika/Antirheumatika in Kombination
		M01BX	Andere Antiphlogistika / Antirheumatika in Kombination mit anderen Mitteln
		M01CB	Gold-Verbindungen
		M01CC	Penicillamin und ähnliche Mittel
		M01CX	Andere spezifische Antirheumatika
		M04AA	Urikostatika
		M04AB	Urikosurika
		M04AC	Gichtmittel ohne Effekt auf den Harnsäuremetabolismus
		M04AX	Andere Gichtmittel
		H02AB	Glucocorticoide

Quelle: BAS

In Tabelle 13.5 wird Modell A02 dem Vormodell A01 gegenübergestellt.

Tabelle 13.5: Ergebnisse des Vergleichs von Modell A01 mit A02

		Modell A01		Modell A02	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,4560 %	0,1362 PP	58,4560 %	0,1362 PP
	CPM	28,7264 %	0,2534 PP	28,7264 %	0,2534 PP
	MAPE	2.486,69 €	-8,8410 €	2.486,69 €	-8,8410 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsames Strangende					
HMG0566	Gelenkerkrankungen / Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes bei anderenorts...	2.537.697	328 €	2.537.697	328 €
HMG0314	Andere rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation	1.347.894	207 €	1.347.889	207 €
HMG0315	Sonstige Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	11.006.118	130 €	11.006.123	130 €

Quelle: BAS

Die Streichung der beiden ATC-Kodes hat nahezu keine Relevanz für das Ergebnis der Klassifikation und die Güte des Schätzmodells. Lediglich fünf Versicherte erhalten durch die engere

Arzneimittelabgrenzung über die HMG0314 „Andere rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation“ keinen Zuschlag mehr. Alle Betroffenen werden aber über die darunter stehende HMG0315 „Sonstige Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ aufgegriffen. Weil die Anpassung aus medizinisch-pharmakologischer Sicht sinnvoll ist, soll sie für die Festlegung dennoch umgesetzt werden.

13.4.3 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden die beiden ATC-Kodes M01CB „Gold-Verbindungen“ und M01CC „Penicillamin und ähnliche Mittel“ nicht mehr zum Aufgreifen der DxG1154 „Gicht / Arthritis urica mit Bedarfsmedikation“ verwendet. Modell A02 stellt die Festlegung der Hierarchie 07 dar.

13.5 Festlegung der Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

13.5.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

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

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

- Für die Arzneimittelprüfung der DxGs 0810 „Postmenopausale Osteoporose“, 1101 „Arzneimittel-induzierte Osteoporose (Frauen)“, 1245 „Sonstige Osteoporose (Frauen)“ und 1294 „Osteoporose nach Ovariectomie oder sonst. chirurgischem Eingriff (Frauen)“ werden die ATC-Kodes A11CC, A12AA, A12AX, A12CD, A14AB, G03CA, G03CX, G03DA, G03DB, G03DC, G03FA, G03FB, G03XC, H05AA, H05BA, M05BA, M05BB und M05BX verwendet.
- Für die Arzneimittelprüfung der DxG1154 „Gicht / Arthritis urica mit Bedarfsmedikation“ werden die ATC-Kodes M01AA, M01AB, M01AC, M01AE, M01AG, M01AH, M01AX, M01BP, M01BX, M01CX, M04AA, M04AB, M04AC, M04AX und H02AB verwendet.

Ergänzender Hinweis zur Anlage 3

Im Übergang vom GKV-Arzneimittelindex (GKV-AI) 06 / 2021 zu 06 / 2022 wird der ATC-4-Steller L01A „Monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate“ mit acht neu definierten Untergruppen eingeführt. Die Gruppe L01XC „Monoklonale Antikörper“ entfällt. Vor diesem Hintergrund wird in der Anlage 3 („Berücksichtigungsfähigkeit von Arzneimitteln je Dx-Gruppe“) der vorliegenden Festlegung in der Version des GKV-Arzneimittelindex mit Stand 06 / 2022 bei den DxGs 0199, 0200, 0201, 0202, 0203, 0204, 0205, 0206, 0207 und 0211 der ATC-Kode L01XC „Monoklonale Antikörper“ durch den neuen ATC-Kode L01FA „CD20 (Cluster of Differentiation 20)-Inhibitoren“ ersetzt. Dies geschieht in Analogie zur technischen Anpassung der Anlage 3 der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2022.

13.5.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 07

Tabelle 13.6 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 13.3 und Abbildung 13.4 stellen die Festlegung der Hierarchie abschließend noch einmal graphisch dar.

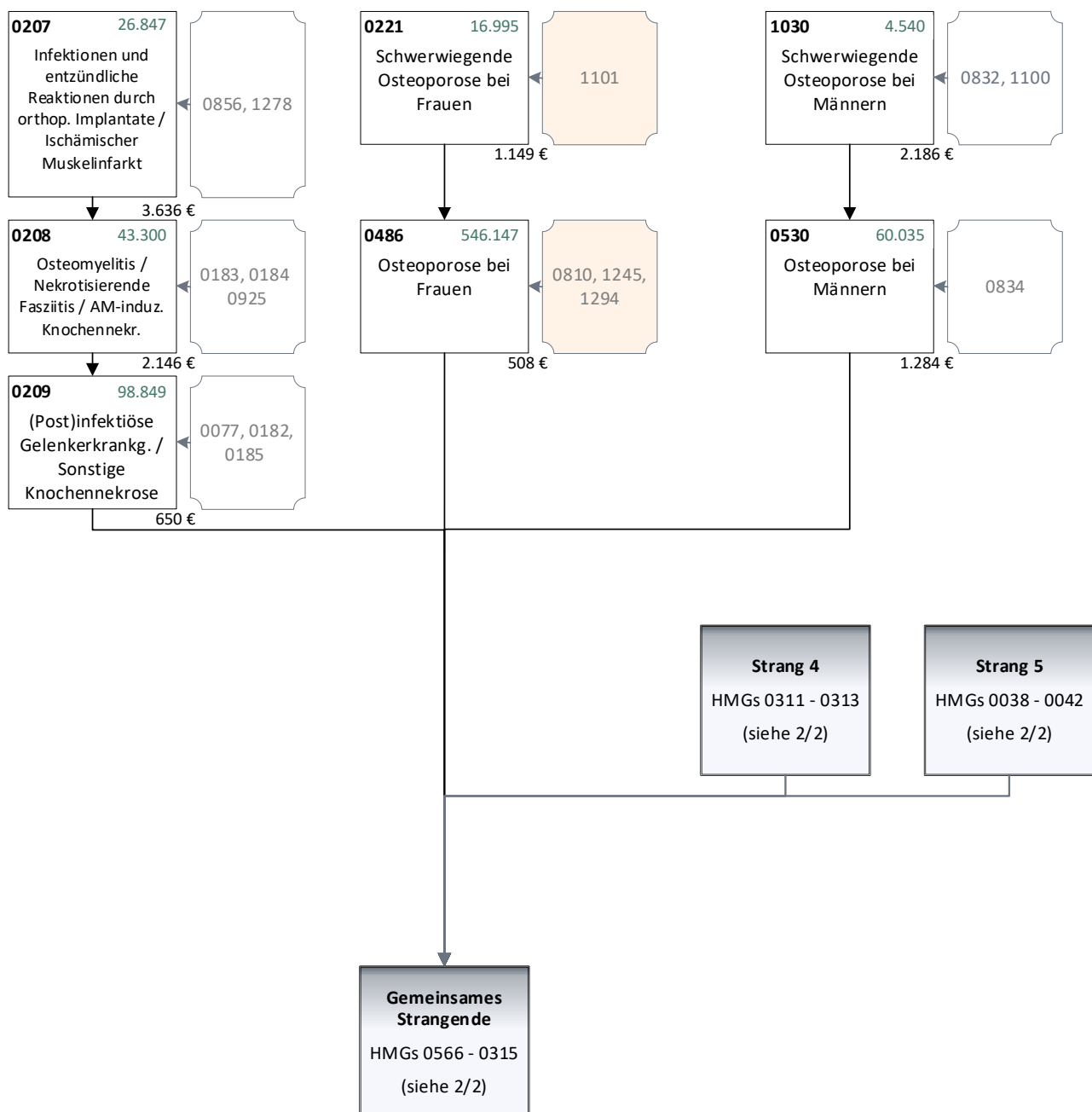
Tabelle 13.6: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 07 für das AJ 2023

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,4560 %	0,1361 PP	58,4560 %	0,1362 PP
	CPM	28,7264 %	0,2534 PP	28,7264 %	0,2534 PP
	MAPE	2.486,69 €	-8,8409 €	2.486,69 €	-8,8410 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Infektiöse Erkrankungen“					
HMG0207	Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate / Ischämischer Muskellinfarkt	26.847	3.636 €	26.847	3.636 €
HMG0208	Osteomyelitis / Nekrotisierende Faszitis / Arzneimittelinduzierte Knochennekrose	43.300	2.146 €	43.300	2.146 €
HMG0209	(Post)infektiöse Gelenkerkrankungen / Sonstige Knochennekrose	98.849	650 €	98.849	650 €
Strang 2: „Osteoporose bei Frauen“					
HMG0221	Schwerwiegende Osteoporose bei Frauen	16.985	1.150 €	16.995	1.149 €
HMG0486	Osteoporose bei Frauen	545.774	507 €	546.147	508 €
Strang 3: „Osteoporose bei Männern“					
HMG1030	Schwerwiegende Osteoporose bei Männern	4.540	2.186 €	4.540	2.186 €
HMG0530	Osteoporose bei Männern	60.035	1.284 €	60.035	1.284 €
Strang 4: „Rheumatoide Erkrankungen“					
HMG0311	Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II	191.554	11.387 €	191.554	11.387 €
HMG0312	Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation I	444.170	1.671 €	444.170	1.671 €
HMG0313	Bestimmte rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation	335.790	669 €	335.790	669 €
Strang 5: „Arthrose / Komplikationen / Andere Erkrankungen“					
HMG0038	X-chromosomale Hypophosphatämie	138	124.286 €	138	124.286 €
HMG0041	Angeborene Hüftluxation und mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate / Sonstige familiäre hypophosphatämische Rachitis	90.635	2.178 €	90.635	2.178 €
HMG0040	Osteoarthrose der Hüfte oder des Knies / Schwere angeborene Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes / Juvenile Osteochondrose der Hüfte und des Beckens	1.068.808	1.078 €	1.068.808	1.078 €
HMG0042	Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems / Näher bezeichnete Erkrankungen der Muskeln	430.144	818 €	430.144	818 €
Gemeinsames Strangende					
HMG0566	Gelenkerkrankungen / Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	2.537.761	328 €	2.537.697	328 €
HMG0314	Andere rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation	1.347.922	207 €	1.347.889	207 €
HMG0315	Sonstige Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	11.006.259	130 €	11.006.123	130 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,4560 %	0,1361 PP	58,4560 %	0,1362 PP
	CPM	28,7264 %	0,2534 PP	28,7264 %	0,2534 PP
	MAPE	2.486,69 €	-8,8409 €	2.486,69 €	-8,8410 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Externe Dominanz in H22					
HMG0219	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II	85.814	5.301 €	85.814	5.301 €
HMG0210	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I	60.760	1.767 €	60.760	1.767 €
HMG0220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation	1.139.080	111 €	1.139.080	111 €
Externe Dominanz aus H23					
HMG1024	Pathologische Fraktur bei Neubildungen	6.718	21.758 €	6.718	21.758 €
HMG0159	Erworbene Hüftluxation	3.467	5.597 €	3.467	5.597 €

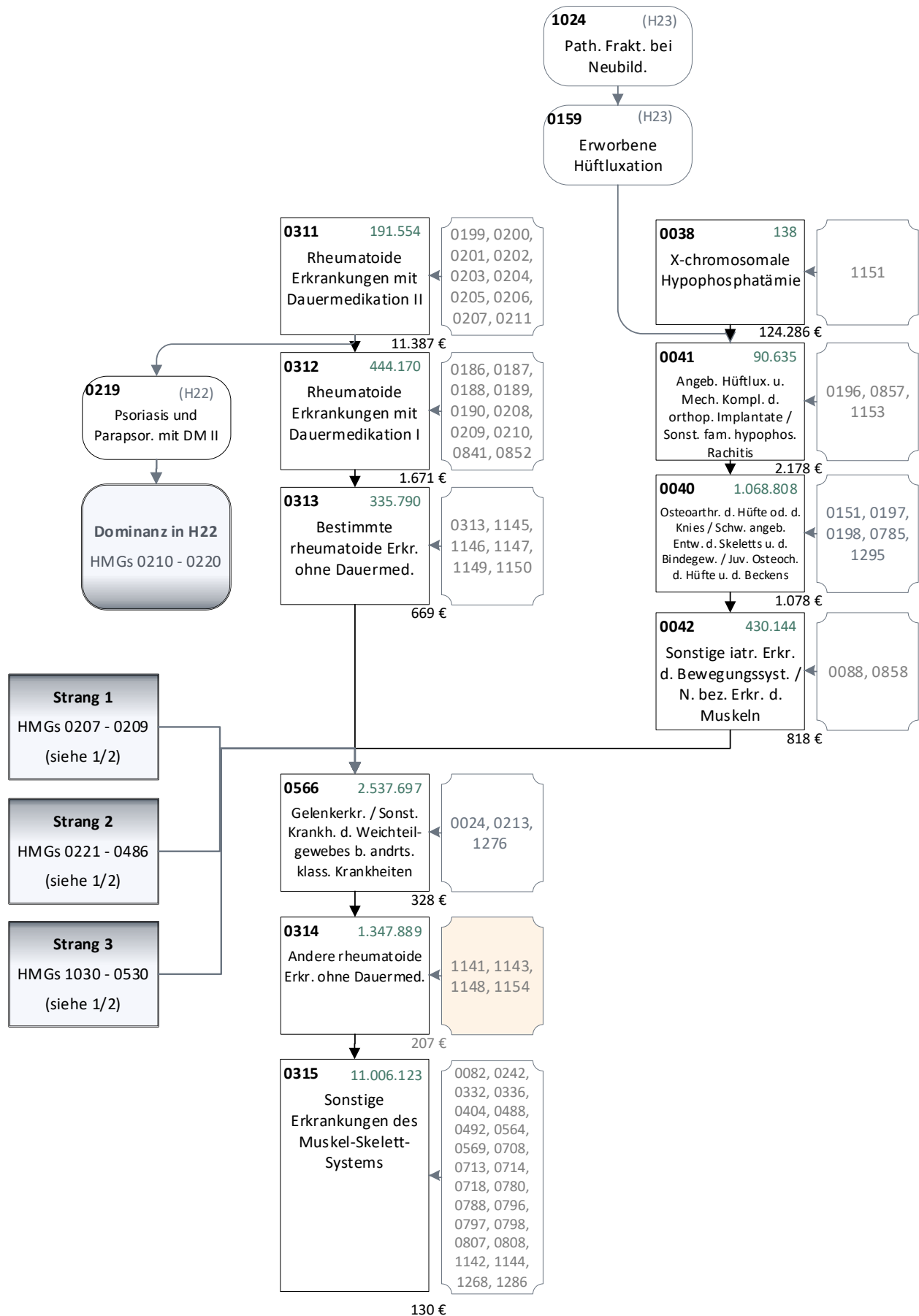
Quelle: BAS

Abbildung 13.3: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 13.4: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



14 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

14.1 Festlegungsentwurf

Der ICD-Kode D77 „Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“, der die DxG0779 bildet, wurde im Ausgangsmodell aus der Hierarchie 01 in die Hierarchie 08 verschoben. In Hierarchie 08 wurde er im Festlegungsentwurf in die HMG0195 „Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen und sonstige Krankheiten des Blutes der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ eingeordnet.

Die HMG0185 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr“ wurde mit der HMG0186 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 b.u. 20 Tage“ in HMG0185 zusammengelegt.

Die DxG0241 wurde aus Kostenhomogenitätsgründen aus der HMG0047 herausgelöst und schlussendlich in die neu gefasste HMG0044 einsortiert.

Zur besseren Abbildung des hereditären Angioödems, das über den ICD-Kode D84.1 kodiert wird, wurden zwei neue HMGs gebildet: die HMG0347 „Defekte im Komplementsystem“ mit der gleichnamigen DxG0181 und die HMG0348 „Defekte im Komplementsystem mit Bedarfsmedikation“ mit der gleichnamigen DxG0998. Die beiden DxGs enthalten jeweils nur den ICD-Kode D84.1. Für die DxG0998 wurde das Aufgreifkriterium „Arzneimittel, Sonderfall 2“ über den ATC-Kode B06AC eingeführt. Die DxG0181 wird über „M2Q“ aufgegriffen.

Schlussendlich wurde eine Konsolidierung der Hierarchie durch Zusammenlegung von HMGs vorgenommen. Dabei entfielen die HMG0050, die HMG0188 und die HMG0224.

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

Tabelle 14.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

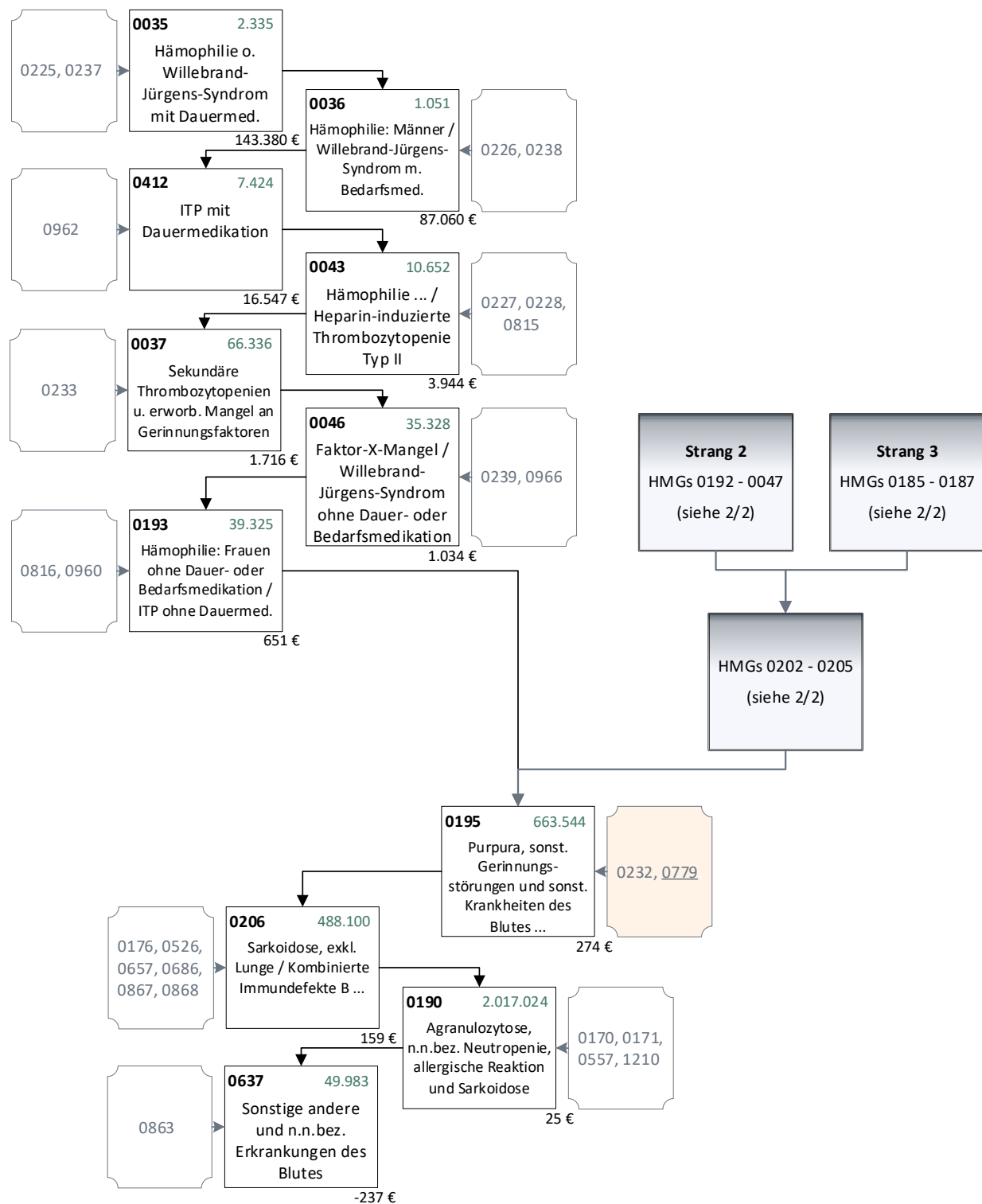
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3768 %	0,0569 PP
	CPM	28,4730 %		28,4958 %	0,0228 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.494,74 €	-0,7955 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.335	143.380 €	2.335	143.380 €
HMG0036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation / Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	1.051	87.061 €	1.051	87.060 €
HMG0412	ITP mit Dauermedikation	7.424	16.544 €	7.424	16.547 €
HMG0043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation / Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	10.652	3.945 €	10.652	3.944 €
HMG0037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	66.336	1.714 €	66.336	1.716 €
HMG0046	Faktor-X-Mangel / Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation	35.328	1.032 €	35.328	1.034 €
HMG0193	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation / ITP ohne Dauermedikation	39.325	652 €	39.325	651 €
HMG0195 (alt)	Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	704.393	297 €		
Strang 2					
HMG0192	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) oder aHUS jeweils mit Dauermedikation	669	126.068 €	669	126.097 €
HMG0348	Defekte im Komplementsystem mit Bedarfsmedikation			381	116.142 €
HMG0194	MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie	6.829	28.801 €	6.829	28.834 €
HMG0045 (alt)	Schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastische Syndrome / Sehr schwere kombinierte Immundefekte	8.752	12.218 €		
HMG0045 (neu)	PNH / Kombinierte Immundefekte D / Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss / Dysplasien			3.043	12.845 €
HMG0047 (alt)	Anämien bei Neubildungen, HUS ohne Dauermedikation	52.995	8.858 €		
HMG0047 (neu)	Anämien bei Neubildungen			51.942	8.944 €
Strang 3					
HMG0185 (alt)	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr	2.219	21.053 €		
HMG0185 (neu)	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Schwere Verlaufsformen			5.531	19.683 €
HMG0186	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 b.u. 20 Tage	3.312	18.899 €		
HMG0187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	21.895	13.278 €	21.895	13.272 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3768 %	0,0569 PP
	CPM	28,4730 %		28,4958 %	0,0228 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.494,74 €	-0,7955 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsame Strangmitte Stränge 2 und 3					
HMG0202	Immundefekte, variabel oder i.V. mit anderen schweren Defekten	10.217	8.154 €	10.248	8.194 €
HMG0506	Hämophagozytäres Syndrom / Histiozytose-Syndrome	868	5.516 €	870	5.557 €
HMG0347	Defekte im Komplementsystem			5.285	4.503 €
HMG0188	Schwere kombinierte Immundefekte und Immunkompromittierung nach Therapie / Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten	45.745	3.810 €		
HMG0044 (alt)	Aplastische Anämie	30.491	3.595 €		
HMG0044 (neu)	Kombinierte Immundefekte C / Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Aplastische Anämie / HUS			77.291	3.780 €
HMG0050	Anämien durch akute Blutungen, hämolytische Anämien, sonstige refraktäre Anämien und myelodysplastische Syndrome	275.253	2.101 €		
HMG0049 (alt)	Sideroblastische / Sideroachrestische Anämien, Polycythaemia vera / Zyklische und sonstige näher bezeichnete Neutropenie	52.849	2.013 €		
HMG0049 (neu)	Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome			328.102	2.097 €
HMG0181	Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten	91.290	1.030 €	91.290	1.038 €
HMG0205	Störungen mit Beteiligung des Immunsystems / Erythrozytose, Polyglobulie und sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	217.710	513 €	217.710	520 €
Gemeinsames Strangende Stränge 1, 2 und 3					
HMG0195 (neu)	Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen und sonstige Krankheiten des Blutes der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten			663.544	274 €
HMG0224	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	762	686 €		
HMG0206	Sarkoidose, exkl. Lunge / Kombinierte Immundefekte B / Sonstige und n.n.bez. hereditäre hämolytische Anämien / Mangelanämien	488.158	160 €	488.100	159 €
HMG0190	Agranulozytose, n.n.bez. Neutropenie, allergische Reaktion und Sarkoidose	2.017.058	25 €	2.017.024	25 €
HMG0637	Sonstige andere und n.n.bez. Erkrankungen des Blutes	50.014	-237 €	49.983	-237 €

Quelle: BAS

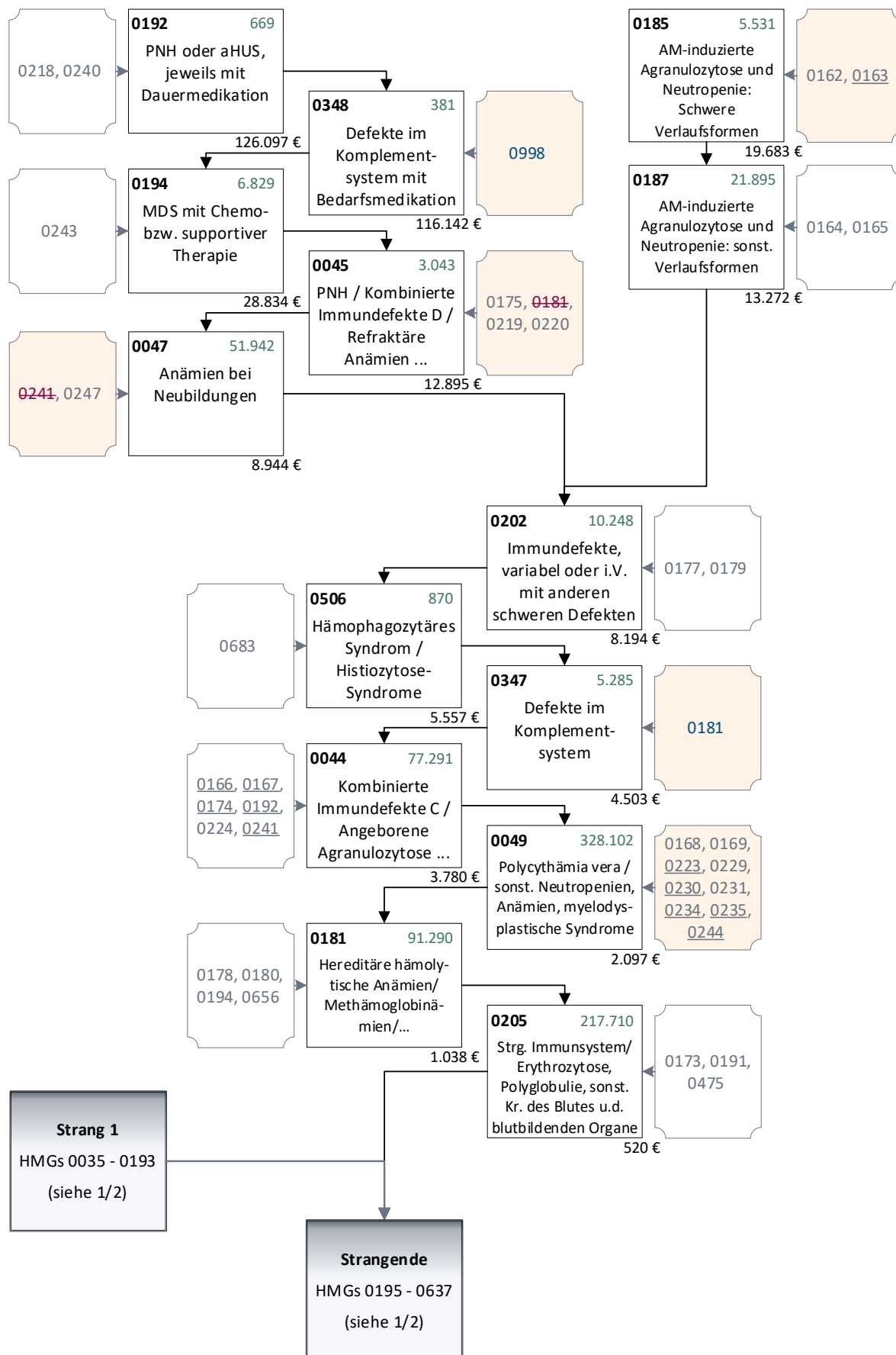
Abbildung 14.1 und Abbildung 14.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 14.1: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 14.2: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

14.2 Anhörungsverfahren

14.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens sind Hinweise vom GKV-SV, dem AOK-BV, der KBV / BÄK und von TK et al. gekommen.

14.2.1.1 Zuordnung der MDS

Der GKV-SV merkt an, dass bei der Bearbeitung der Zuordnung des hereditären Angioödems und der Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung die aus Sicht des GKV-SV fehlerhafte Zuordnung des ICD-Kodes D46.6 „Myelodysplastisches Syndrom mit isolierter del(5q)-Chromosomenanomalie“ nicht berücksichtigt worden sei. Der ICD-Kode D46.6 solle analog den unspezifischen Myelodysplastischen Syndrom (MDS)-Diagnosen der DxG0243 „Sonstige myelodysplastische Syndrome mit Chemo- bzw. supportiver Therapie“ bzw. der DxG0230 „Sonstige myelodysplastische Syndrome“ zugeordnet werden.

Der AOK-BV geht in seiner Stellungnahme ebenfalls auf das MDS ein. Er merkt an, dass die Zuordnung des MDS (ICD D46.-) zu Hierarchie 02 medizinisch sachgerecht sei und dass Patienten, die im Rahmen der Zulassung mit Lenalidomid behandelt würden, der DxG0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ zugeordnet werden sollten. Die derzeit fehlerhafte Zuordnung des ICD-Kodes D46.6 in der Hierarchie 08 sei zu korrigieren (siehe auch die Stellungnahme des GKV-SV).

14.2.1.2 Abbildung der Beta-Thalassämie

Weiterhin führt der AOK-BV aus, dass Versicherte, die an Beta-Thalassämie leiden (ICD-Kode D56.1), sehr hohe Folgekosten aufwiesen. Momentan sei dieser ICD-Kode der DxG0194 „Hereditäre hämolytische Anämien“ der HMG0181 „Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten“ zugeordnet. Die Folgekosten unterschieden sich deutlich von denen der anderen Versicherten in der HMG0181. Deshalb solle eine eigene DxG mit dem Aufgreifkriterium „M2Q“ für diese Versicherten gebildet werden, die in der Hierarchiestruktur einzusortieren wäre.

14.2.1.3 Aufnahme weiterer bisher ausgeschlossener ICD-Kodes

Auch wird die Bildung dreier neuer DxGs, welche ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie abbilden sollen, vom AOK-BV vorgeschlagen. Diese Eingruppierung sollte folgendermaßen erfolgen: ICD Z92.1 „Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese“ in eine DxG für „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“. Diese DxG sollte mit den ATC-Kodes B01AA, B01AE, B01AF (obligate Gabe) validiert werden. Die ICD Kodes D50.0, D50.1, D50.8 und D50.9 (D50: „Eisenmangelanämie“) sollten einer DxG „Eisenmangelanämie“ zugeordnet werden. Und die ICDs D62 „Akute Blutungsanämie“ und D64.9 „Anämie, nicht näher bezeichnet“ könnten in eine DxG „Sonstige Anämien“ eingruppiert werden. Diese beiden letzteren DxGs wären dabei über „M2Q“ aufzugreifen. Die drei DxGs wären entsprechend ihren Kostenschätzern in Strang 1 bzw. Strang 2 der Hierarchie einzuordnen.

14.2.1.4 Abbildung der Sarkoidose im Klassifikationssystem

Der AOK-BV schlägt erneut die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die „Sarkoidose, exkl. Lunge“ (DxG0686 und DxG1210) vor. Als ATC-Code böten sich die Gruppen H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX an.

KBV / BÄK merken zur Sarkoidose an, dass eine zukünftige zeitgleiche Überprüfung der ICD-10-GM Codes sinnvoll erscheine.

14.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

14.2.2.1 Zuordnung der MDS

Der Hinweis des GKV-SV zum MDS deckt sich in weiten Teilen mit dem Hinweis des AOK-BV. Diese beiden Punkte aus dem Stellungnahmeverfahren werden im Folgenden bearbeitet (vgl. Abschnitt 14.3).

14.2.2.2 Diskussion der weiteren Stellungnahmen

Die weiteren Hinweise werden für eine zukünftige Bearbeitung aufgenommen. Wie im Festlegungsentwurf beschrieben, ist eine hierarchieübergreifende Bearbeitung der Sarkoidose einer isolierten Betrachtung in der Hierarchie 08 vorzuziehen, weshalb dieser Punkt erst zukünftig berücksichtigt werden kann.

14.3 Einordnung des Myelodysplastischen Syndroms

14.3.1 Hintergrund

Vor dem Hintergrund der Berücksichtigung des Wirkstoffes Lenalidomid (L04AX) in der DxG0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ weist der GKV-SV in der Hierarchie 02 darauf hin, dass aus seiner Sicht eine Auseinandersetzung mit der Zuordnung des MDS fehle. Die zugehörigen ICD-Kodes D46.6, D46.7 und D46.9 seien dem zweiten Strang der Hierarchie 08 zugeordnet. Der verwandte ICD-Kode C94.6 „Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar“ sei bereits den HMGs 0331, 0332 und 0333 zugeordnet. Da sich aus einem MDS eine Leukämie entwickeln könne, solle die MDS in die hämatologischen Neubildungen der Hierarchie 02 integriert werden.

Sollte keine Verschiebung der MDS-Diagnosen in die Hierarchie 02 erfolgen, so müsse der spezifische ICD-Kode D46.6 „Myelodysplastisches Syndrom mit isolierter del(5q)-Chromosomenanomalie“ in der Hierarchie 08 entsprechend der unspezifischen MDS-Diagnosen zugeordnet werden. Der Wirkstoff Lenalidomid sei spezifisch für die Behandlung myelodysplastischer Syndrome mit 5q-Deletion zugelassen und daher müsse der ICD-Kode D46.6 analog der MDS-Diagnosen D46.7 und D46.9 der DxG0243 „Sonstige myelodysplastische Syndrome mit Chemo- bzw. supportiver Therapie“ in der HMG0194 „MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie“ bzw. der DxG0230 „Sonstige myelodysplastische Syndrome“ in der HMG0049 „Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome“ zugeordnet werden. Die korrigierte Zuordnung habe keinen Einfluss auf die Modellgüte und wirke sich nur geringfügig auf die von Komorbiditäten betroffenen HMGs der Hierarchie 02 aus.

Der AOK-BV führt aus, dass die Zuordnung der MDS in die Hierarchie 02 aus medizinischer Sicht sachgerecht sei. Patienten, die im Rahmen der Zulassung für MDS mit Lenalidomid behandelt würden, sollten dabei der DxG0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ zugeordnet werden. Zusätzlich sei erforderlich, die fehlerhafte Zuordnung des ICD-Kodes D46.6 in der Hierarchie 08 zu korrigieren. Wie auch der GKV-SV, schreibt der AOK-BV, dass der ICD-Kode analog der MDS-Diagnosen D46.7 und D46.9 der DxG0243 bzw. der DxG0230 zuzuordnen sei.

Die Hinweise des GKV-SV und des AOK-BV, dass Lenalidomid zur Behandlung des Myelodysplastischen Syndrom mit isolierter del(5q)-Chromosomenanomalie (D46.6) zugelassen sei, ist korrekt. Eine hierarchieübergreifende Verschiebung und neue Einsortierung aller MDS ICD-Kodes in die Hierarchie 02 bedarf einer größeren Untersuchung, die zu diesem Zeitpunkt nicht stattfinden kann. Auch wäre es im

Rahmen einer solchen Verschiebung notwendig, die Zuordnung der refraktären Anämien (D46.0,-D46.5) zu überprüfen. Allerdings wird die Verschiebung aus klassifikatorischer Sicht nicht als notwendig angesehen, da auch in der Hierarchie 08, wie vom GKV-SV angemerkt, eine Arzneimitteldifferenzierung für den D46.6 vorgenommen werden kann. Daher wird der Vorschlag des GKV-SV, den ICD-Kode D46.6 analog der MDS-Diagnosen D46.7 und D46.9 sowohl der DxG0243 als auch der DxG0230 zuzuordnen, untersucht.

14.3.2 Untersuchung

Aufgrund der beschriebenen Gründe wird in **Modell A01** der ICD-Kode D46.6 aus der DxG0220 „Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss, Mehrlinien-Dysplasien oder isolierter Chromosomenanomalie“ in der HMG0045 „PNH / Kombinierte Immundefekte D / Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss / Dysplasien“ herausgenommen und zum einen in die DxG0243 „Sonstige myelodysplastische Syndrome mit Chemo- bzw. supportiver Therapie“ in der HMG0194 „MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie“ eingeordnet. Die DxG0243 behält das Aufgreifkriterium „Arzneimittel, Sonderfall 2“ mit denselben ATC-Kodes wie im Festlegungsentwurf: B02AA03, B03XA, L01BC07, L03AA02, L03AA10, L03AA13, L04AX und V03AC03. Außerdem wird der ICD-Kode D46.6 der DxG0230 „Sonstige myelodysplastische Syndrome“ in der HMG0049 „Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome“ zugeordnet. Diese wird nach wie vor lediglich über das Kriterium „M2Q“ validiert. Die sich daraus ergebende Veränderung im Mapping wird in Tabelle 14.2 zusammengefasst.

Tabelle 14.2: Veränderte ICD-DXG-Zuordnung des Modells A01 im Vergleich zum Festlegungsentwurf AJ 2023 in der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

DxG FLE	ICD	ICD-Bezeichnung	DxG A01
0220	D46.6	Myelodysplastisches Syndrom mit isolierter del(5q)-Chromosomenanomalie	0243
			0230

Quelle: BAS

Tabelle 14.3 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen.

Tabelle 14.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3768 %	0,0569 PP	58,3771 %	0,0573 PP
	CPM	28,4958 %	0,0228 PP	28,4959 %	0,0230 PP
	MAPE	2.494,74 €	-0,7955 €	2.494,73 €	-0,8013 €
Modellstruktur					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.335	143.380 €	2.335	143.380 €
HMG0036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation / Willebrand-Jürgens-Syndrom mit ...	1.051	87.060 €	1.051	87.060 €
HMG0412	ITP mit Dauermedikation	7.424	16.547 €	7.424	16.552 €
HMG0043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation / ...	10.652	3.944 €	10.652	3.943 €
HMG0037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	66.336	1.716 €	66.336	1.717 €
HMG0046	Faktor-X-Mangel / Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation	35.328	1.034 €	35.328	1.034 €
HMG0193	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation / ITP ohne Dauermedikation	39.325	651 €	39.325	657 €
Strang 2					
HMG0192	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) oder aHUS jeweils mit Dauermedikation	669	126.097 €	669	126.098 €
HMG0348	Defekte im Komplementsystem mit Bedarfsmedikation	381	116.142 €	381	116.142 €
HMG0194	MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie	6.829	28.834 €	6.873	28.911 €
HMG0045	PNH / Kombinierte Immundefekte D / Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss / ...	3.043	12.845 €	2.544	13.273 €
HMG0047	Anämien bei Neubildungen	51.942	8.944 €	51.994	8.955 €
Strang 3					
HMG0185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Schwere Verlaufsformen	5.531	19.683 €	5.531	19.669 €
HMG0187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	21.895	13.272 €	21.895	13.269 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3768 %	0,0569 PP	58,3771 %	0,0573 PP
	CPM	28,4958 %	0,0228 PP	28,4959 %	0,0230 PP
	MAPE	2.494,74 €	-0,7955 €	2.494,73 €	-0,8013 €
Modellstruktur					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsame Strangmitte Stränge 2 und 3					
HMG0202	Immundefekte, variabel oder i.V. mit anderen schweren Defekten	10.248	8.194 €	10.248	8.193 €
HMG0506	Hämophagozytäres Syndrom / Histiozytose-Syn-drome	870	5.557 €	871	5.619 €
HMG0347	Defekte im Komplementsystem	5.285	4.503 €	5.285	4.503 €
HMG0044	Kombinierte Immundefekte C / Angeborene Ag-ranulozytose und Neutropenie / Aplastische ...	77.291	3.780 €	77.329	3.783 €
HMG0049	Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anä-mien, myelodysplastischen Syndrome	328.102	2.097 €	328.464	2.103 €
HMG0181	Hereditäre hämolytische Anämien / Methämo-globinämien / Sonstige Immundefekte z. T. ...	91.290	1.038 €	91.290	1.038 €
HMG0205	Störungen mit Beteiligung des Immunsystems / Erythrozytose, Polyglobulie und sonstige ...	217.710	520 €	217.710	520 €
Gemeinsames Strangende Stränge 1, 2 und 3					
HMG0195	Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen und sonstige Krankheiten des Blutes der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	663.544	274 €	663.544	274 €
HMG0206	Sarkoidose, exkl. Lunge / Kombinierte Immunde-fekte B / Sonstige und n.n.bez. hereditäre ...	488.100	159 €	488.098	159 €
HMG0190	Agranulozytose, n.n.bez. Neutropenie, allergi-sche Reaktion und Sarkoidose	2.017.024	25 €	2.017.024	25 €
HMG0637	Sonstige andere und n.n.bez. Erkrankungen des Blutes	49.983	-237 €	49.983	-237 €

Quelle: BAS

Die Kennzahlen verbessern sich alle leicht. Die HMG0194 hat nun 44 Versicherte mehr und der Schätzer steigt sehr leicht um 78 € an. Die HMG0045 verliert 499 Versicherte und der Schätzer steigt ebenfalls an. Allerdings deutlich stärker, nämlich um 428 €. Die HMG0049 gewinnt 362 Versicherte hinzu, der Schätzer steigt lediglich um 6 €. Davon abgesehen gibt es kleinere durch die Dominanzen bedingte Bewegungen von Versicherten. Da die Versicherten mit der Diagnose D46.6, welche die Arzneimittelkriterien nicht erfüllen, nun abgestuft wurden, steigen in den HMGs 0047, 0506 und die 0044 die Fallzahlen leicht

an. Durch die Hochstufung der Versicherten mit D46.6, welche die Arzneimittelkriterien erfüllen, werden in der HMG0206 zwei Versicherte wegdominiert. Diese Bewegungen haben nur sehr geringe Auswirkungen auf die Schätzer.

14.3.3 Ergebnis

Die Verschiebung des ICD-Kodes D46.6 wird umgesetzt. Die DxG0220 erhält den neuen Namen „Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss oder Mehrlinien-Dysplasien“. Modell A01 zeigt die Hierarchie in der Form der Festlegung.

14.4 Festlegung der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

14.4.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

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

Folgende neue Zusammensetzung der DxGs ergeben sich im Vergleich zum Festlegungsentwurf:

- Die ICD-Kodes D46.2 und D46.5 bilden die neu abgegrenzte DxG0220 „Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss oder Mehrlinien-Dysplasien“.
- Die ICD-Kodes D46.6, D46.7 und D46.9 bilden die neu abgegrenzte DxG0230 „Sonstige myelodysplastische Syndrome“.
- Die ICD-Kodes D46.6, D46.7 und D46.9 bilden die neu abgegrenzte DxG0243 „Sonstige myelodysplastische Syndrome mit Chemo- bzw. supportiver Therapie“.

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

Ergänzender Hinweis zur Anlage 3

Im Übergang vom GKV-Arzneimittelindex 06 / 2021 zu 06 / 2022 wird der ATC-4-Steller L01A „Monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate“ mit acht neu definierten Untergruppeneingeführt. Die Gruppe L01XC „Monoklonale Antikörper“ entfällt. Vor diesem Hintergrund wird in der Anlage 3 („Berücksichtigungsfähigkeit von Arzneimitteln je Dx-Gruppe“) der vorliegenden Festlegung in der Version des GKV-Arzneimittelindexes mit Stand 06 / 2022 bei der DxG0962 der ATC-Kode L01XC „Monoklonale Antikörper“ durch den neuen ATC-Kode L01FA „CD20 (Cluster of Differentiation 20)-Inhibitoren“ ersetzt. Dies geschieht in Analogie zur technischen Anpassung der Anlage 3 der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2022.

14.4.1.3 Neue Hierarchisierung

Die Hierarchisierung erfolgt in drei Strängen mit einer gemeinsamen Strangmitte der Stränge 2 und 3 und einem gemeinsamen Strangende aller Stränge:

- Strang 1: HMG0035 → HMG0036 → HMG0412 → HMG0043 → HMG0037 → HMG0046 → HMG0193 → HMG0195 → HMG0206 → HMG0190 → HMG0637,
- Strang 2: HMG0192 → HMG0348 → HMG0194 → HMG0045 → HMG0047 → HMG0202 → HMG0506 → HMG0347 → HMG0044 → HMG0049 → HMG0181 → HMG0205 → HMG0195 → HMG0206 → HMG0190 → HMG0637,
- Strang 3: HMG0182 → HMG0187 HMG0202 → HMG0506 → HMG0347 → HMG0044 →

HMG0049 → HMG0181 → HMG0205 → HMG0195 → HMG0206 → HMG0190 → HMG0637.

14.4.1.4 Weitere redaktionelle Änderungen:

Aus Gründen der Konsistenz werden die DxG0181 und in Folge die HMG0347 von „Defekte im Komplementsystem“ umbenannt in „Defekte im Komplementsystem ohne Bedarfsmedikation“.

14.4.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 08

Tabelle 14.4 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 14.3 und Abbildung 14.4 stellen die Festlegung der Hierarchie graphisch dar.

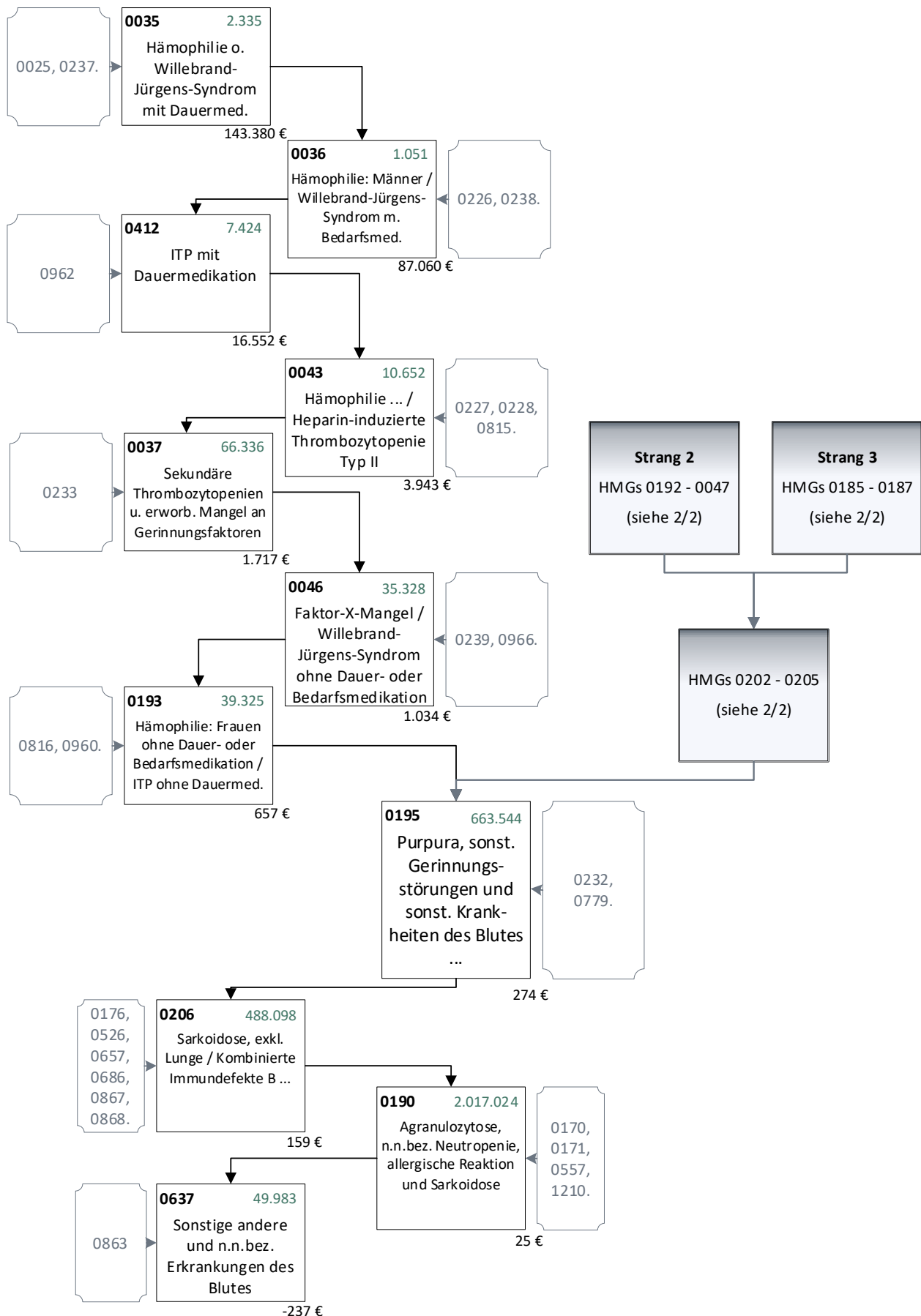
Tabelle 14.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 08 für das AJ 2023

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell		R ²	58,3768 %	0,0569 PP	58,3771 %
		CPM	28,4958 %	0,0228 PP	28,4959 %
		MAPE	2.494,74 €	-0,7955 €	2.494,73 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.335	143.380 €	2.335	143.380
HMG0036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation / Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	1.051	87.060 €	1.051	87.060
HMG0412	ITP mit Dauermedikation	7.424	16.547 €	7.424	16.552
HMG0043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation / Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	10.652	3.944 €	10.652	3.943
HMG0037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	66.336	1.716 €	66.336	1.717
HMG0046	Faktor-X-Mangel / Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation	35.328	1.034 €	35.328	1.034
HMG0193	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation / ITP ohne Dauermedikation	39.325	651 €	39.325	657
Strang 2					
HMG0192	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) oder aHUS jeweils mit Dauermedikation	669	126.097 €	669	126.098 €
HMG0348	Defekte im Komplementsystem mit Bedarfsmedikation	381	116.142 €	381	116.142 €
HMG0194	MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie	6.829	28.834 €	6.873	28.911 €
HMG0045	PNH / Kombinierte Immundefekte D / Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss / Dysplasien	3.043	12.845 €	2.544	13.273 €
HMG0047	Anämien bei Neubildungen	51.942	8.944 €	51.994	8.955 €
Strang 3					
HMG0185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Schwere Verlaufsformen	5.531	19.683 €	5.531	19.669 €
HMG0187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	21.895	13.272 €	21.895	13.269 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3768 %	0,0569 PP	58,3771 %	0,0573 PP
	CPM	28,4958 %	0,0228 PP	28,4959 %	0,0230 PP
	MAPE	2.494,74 €	-0,7955 €	2.494,73 €	-0,8013 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsame Strangmitte Stränge 2 und 3					
HMG0202	Immundefekte, variabel oder i.V. mit anderen schweren Defekten	10.248	8.194 €	10.248	8.193 €
HMG0506	Hämophagozytäres Syndrom / Histiozytose-Syndrome	870	5.557 €	871	5.619 €
HMG0347	Defekte im Komplementsystem ohne Bedarfsmedikation	5.285	4.503 €	5.285	4.503 €
HMG0044	Kombinierte Immundefekte C / Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Aplastische Anämie / HUS	77.291	3.780 €	77.329	3.783 €
HMG0049	Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome	328.102	2.097 €	328.464	2.103 €
HMG0181	Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten	91.290	1.038 €	91.290	1.038 €
HMG0205	Störungen mit Beteiligung des Immunsystems / Erythrozytose, Polyglobulie und sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	217.710	520 €	217.710	520 €
Gemeinsames Strangende Stränge 1, 2 und 3					
HMG0195	Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen und sonstige Krankheiten des Blutes der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	663.544	274 €	663.544	274
HMG0206	Sarkoidose, exkl. Lunge / Kombinierte Immundefekte B / Sonstige und n.n.bez. hereditäre hämolytische Anämien / Mangelanämien	488.100	159 €	488.098	159
HMG0190	Agranulozytose, n.n.bez. Neutropenie, allergische Reaktion und Sarkoidose	2.017.024	25 €	2.017.024	25
HMG0637	Sonstige andere und n.n.bez. Erkrankungen des Blutes	49.983	-237 €	49.983	-237

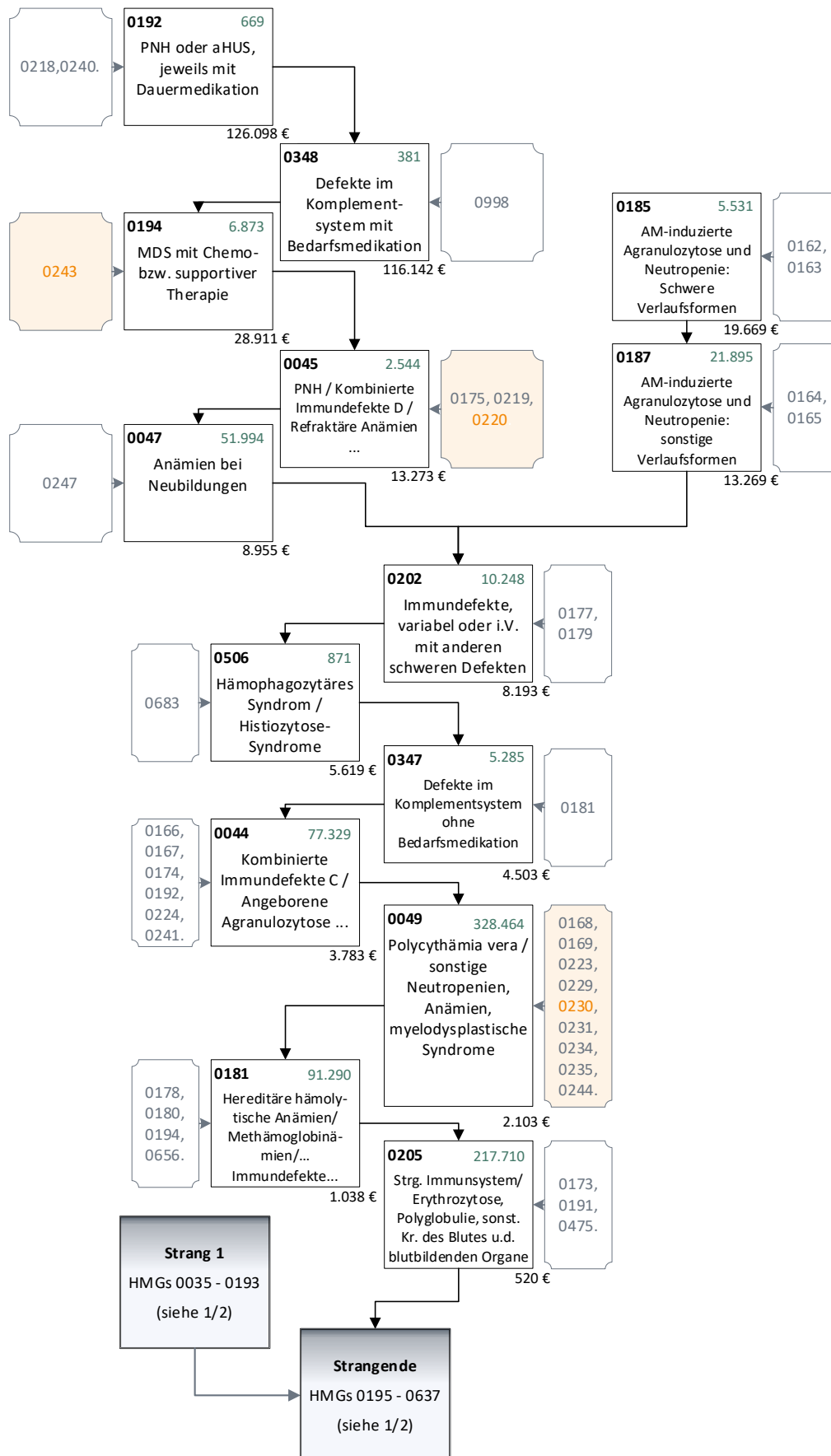
Quelle: BAS

Abbildung 14.3: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 14.4: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

15 Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

15.1 Festlegungsentwurf

Zur besseren Abbildung bestehender Komorbiditäten wurde die Hierarchie 11 überarbeitet. Mehrere Stränge wurden zusammengelegt und komplett neu aufgesetzt. Auf Basis der neuen Dominanzstruktur wurden mehrere HMGs zusammengefasst, um das gesamte Modell zu vereinfachen.

Darüber hinaus wurden im Festlegungsentwurf der Hierarchie 11 für die Arzneimittelprüfung der DxGs 0087 „Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen“ und 0843 „Sonstige manische und bipolare affektive Störungen“ die ATC-Kodes des Wirkstoffes Topiramat gestrichen.

Tabelle 15.1 stellt das Ausgangsmodell der Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ dem Festlegungsentwurf vergleichend gegenüber. Die Strangbenennung folgt in dieser Tabelle abweichend zum sonst üblichen Vorgehen zum besseren Verständnis dem Festlegungsentwurf der Hierarchie. Farblich gekennzeichnet sind HMGs, die in der Strangzuordnung zwischen dem Ausgangsmodell und dem Festlegungsentwurf gewechselt haben. Die Farbe unterstützt die leichtere Zuordnung zwischen Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie. Ebenfalls farblich hervorgehoben sind die HMGs, welche im Festlegungsentwurf in einer anderen HMG aufgegangen sind. Abbildung 15.1 und Abbildung 15.2 stellen den Festlegungsentwurf der Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ graphisch dar.

Tabelle 15.1: Vergleich des Ausgangsmodells mit dem Festlegungsentwurf der Hierarchie 11 für das AJ 2023

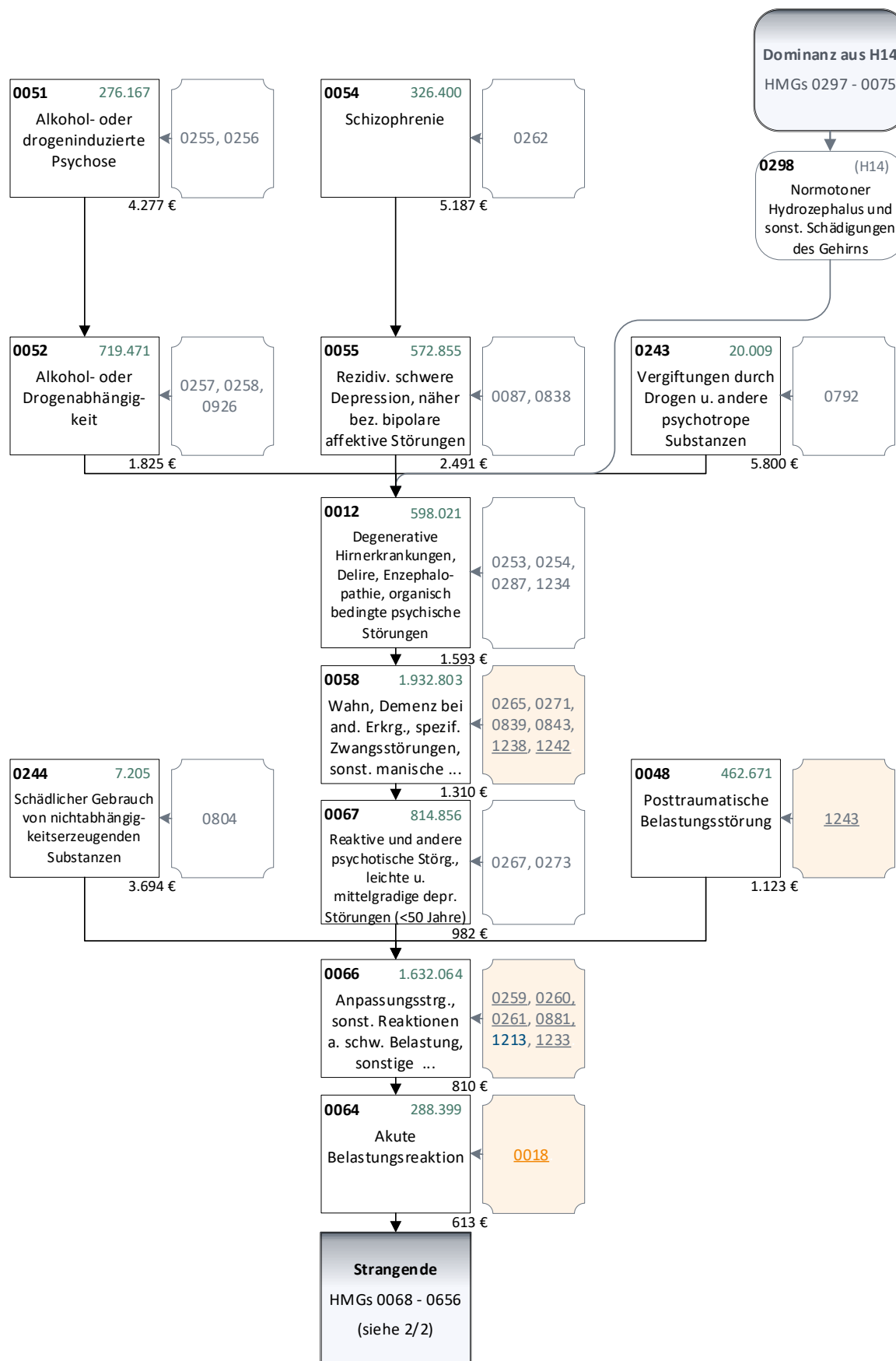
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3265 %	0,0066 PP
	CPM	28,4730 %		28,4975 %	0,0245 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.494,68 €	-0,8557 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1a: „Drogenmissbrauch“ (Im Ausgangsmodell ehemalige Hierarchie 10)					
HMG0051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	276.167	3.871 €	276.167	4.277 €
HMG0052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	719.471	1.482 €	719.471	1.825 €
HMG0053	Schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom	397.376	713 €	vgl. HMG0066	
HMG0352	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	8.714	167 €	vgl. HMG0057	
Strang 1b: „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“					
HMG0244	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen			7.205	3.694 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3265 %	0,0066 PP
	CPM	28,4730 %		28,4975 %	0,0245 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.494,68 €	-0,8557 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2a: „Schizotype, affektive und kognitive Erkrankungen“					
HMG0054	Schizophrenie	326.400	5.151 €	326.400	5.187 €
HMG0055	Rezidivierende schwere Depression, näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	576.153	2.298 €	572.855	2.491 €
HMG0012 (neu)	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen			598.021	1.593 €
HMG0058 (neu)	Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)			1.932.803	1.310 €
HMG0058 (alt)	Wahn, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)	1.358.516	1.186 €		
HMG0067	Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive Störungen (< 50 Jahre)	891.086	817 €	814.856	982 €
Strang 2b: „Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen“					
HMG0243	Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen			20.009	5.800 €
Strang 3 (neu): „Belastungsstörungen“					
HMG0048 (neu)	Posttraumatische Belastungsstörung			462.671	1.123 €
Gemeinsame Strangmitte der Stränge 1a, 1b, 2a, 2b und 3					
HMG0066	Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, sonstige nicht-psychotische organische Störungen, schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssymptom			1.632.064	810 €
HMG0064 (neu)	Akute Belastungsreaktion			288.399	613 €
Strang 4: „Persönlichkeitsstörungen, Sexualstörungen, gestörte Impulskontrolle“					
HMG0517	Störungen der Geschlechtsidentität	29.938	2.494 €	29.938	2.516 €
HMG0014	Störungen der Impulskontrolle	73.093	787 €	73.093	824 €
HMG0230	Persönlichkeitsstörungen, näher bez. nicht-psychotisch organische Störung	865.638	598 €	865.638	630 €
Strang 5: „Dissoziative Störungen (Strang 2 im Ausgangsmodell inkl. Belastungsstörungen)“					
HMG0442	Schwere dissoziative Störungen	30.577	3.458 €	30.577	2.993 €
HMG0645	Sonstige dissoziative Störungen	64.237	866 €	64.237	661 €
HMG0973 (alt)	Akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörungen, Missbrauch von Personen	2.015.273	692 €	vgl. HMGs 0064, 0066, 0057	
HMG0975 (alt)	Panik- und Angststörungen sowie näher bezeichnete Phobien, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, Missbrauch von Personen, n.n.bez., dissoziative Störungen, n.n.bez.	2.486.747	494 €	Vgl. HMGs 0048, 0057, 0066 und 0068	
Strang 6: „Essstörungen“ (Strang 3 im Ausgangsmodell)					
HMG0060	Anorexia nervosa, Bulimie	97.503	2.020 €	97.503	1.973 €
HMG0643	Sonstige Essstörungen	161.812	443 €	161.812	417 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3265 %	0,0066 PP
	CPM	28,4730 %		28,4975 %	0,0245 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.494,68 €	-0,8557 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsame Strangmitte der Stränge 1a, 1b, 2a, 2b und 3, 4 und 5					
HMG0068 (neu)	Rezidivierende depressive Störung (> 54 Jahre), sonstige, n.n.bez. rezidivierende depressive Störungen, Dissoziative Störungen, n.n.bez., sonstige Angst- und anhaltende affektive Störungen			1.957.100	488 €
Gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0068 (alt)	Rezidivierende depressive Störung (> 54 Jahre), sonstige, n.n.bez. rezidivierende depressive Störungen	872.161	401 €		
HMG0057 (neu)	Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), Missbrauch von Personen, sonstige depressive Störungen und Episoden, organische Persönlichkeitsstörung, nicht-psychotisch organische Störung, n.n.bez., sonstige Hirndegeneration, leichte kognitive Störung			2.621.300	380 €
HMG0057 (alt)	Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), sonstige depressive Störungen und Episoden, organische Persönlichkeitsstörung, nicht-psychotisch organische Störung, n.n.bez.	2.919.227	330 €		
HMG0656 (neu)	Andere psychische Störungen			2.875.873	171 €
HMG0656 (alt)	Andere psychische Störungen	2.504.821	164 €		
HMG0654 (alt)	Andere Sexualstörungen, andauernde Persönlichkeitsänderungen, psychische Wochenbettstörungen, phobische Störungen, n.n.bez.	560.159	15 €		
Ehemalige Hierarchie 09					
HMG0012 (alt)	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	671.330	1.120 €		
HMG0974 (alt)	Sonstige Demenzerkrankungen	679.836	789 €		vgl. HMG0058
HMG0972 (alt)	Sonstige nicht-psychotische organische Störungen	144.324	368 €		vgl. HMG0066
HMG0485 (alt)	Sonstige Hirndegenerationen / Leichte kognitive Störung	183.419	219 €		vgl. HMG0057
Freistehend im Ausgangsmodell					
HMG0243	Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen	20.009	5.430 €		
HMG0244	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	7.205	3.577 €		

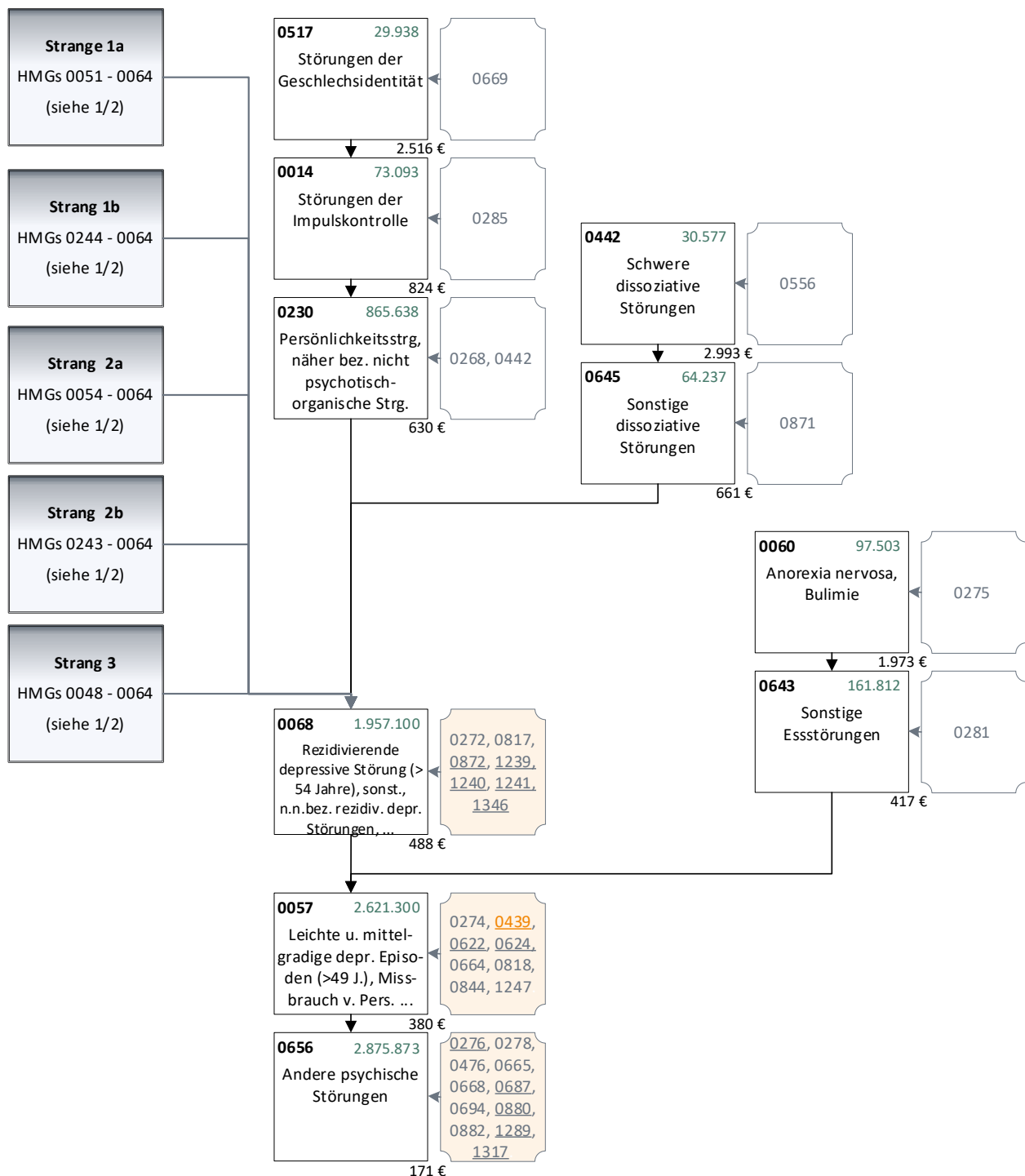
Quelle: BAS

Abbildung 15.1: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 15.2: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

15.2 Anhörungsverfahren

15.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Zur Hierarchie 11 gingen im Rahmen der Anhörung Stellungnahmen vom GKV-SV, vom AOK-BV, vom BKK DV, vom IKK e. V. und von TK et al. ein.

15.2.1.1 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen

Der GKV-SV weist darauf hin, dass in Hierarchie 11 die DxGs 0792 „Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen“ (HMG0243) und 0804 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ (HMG0244) mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ geprüft werden. Für die DxG0804 sei dies medizinisch nicht begründet. Das Aufgreifkriterium solle auf M2Q verändert werden. Der IKK e. V. lehnt das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für beide Diagnosegruppen ab, da es sich bei den betreffenden Stoffen um eine Mischung von Substanzen handele, die im Alltag vorkämen und keiner stationären Behandlung bzw. eines stationären Entzugs bedürften. Die zu erwartende Veränderung des Schätzers bei Umstellung des Aufgreifkriteriums auf M2Q würde eine Einordnung der HMG0244 zwischen der HMG0064 und der HMG0068 begründen. Der entsprechende Strang mit der HMG0244 könne aufgelöst werden.

15.2.1.2 Komorbidität und Dominanzstruktur

Zur Methodik bei der Zusammenlegung der drei Hierarchien verweist der GKV-SV auf die Ausführungen im Vorwort seiner Stellungnahme sowie auf seine weiteren Ausführungen zu Hierarchie 04. Im Vorwort kritisiert der GKV-SV, dass die Zusammenlegung der Stränge 2 und 3 seitens des BAS mit einer durch Komorbidität verursachten deutlichen Überdeckung der Morbiditätsgruppen begründet wurde. Betrachte man jedoch die Veränderungen von Modell 01 zu Modell 02, so fiel auf, dass sich die Besetzungszahlen der einzelnen HMGs nur geringfügig änderten und nahezu sämtliche Kostenschätzer angestiegen seien. Daher könne nicht davon ausgegangen werden, dass mit diesem Schritt die Überdeckungen beseitigt würden und die Komorbidität ursächlich für die beobachteten Überdeckungen sei.

Der IKK e. V. bezeichnet die Zusammenlegung der Hierarchien 09, 10 und 11 hingegen als nachvollziehbar. Die Verflechtung der Stränge sei insgesamt gelungen. Jedoch stünden weiterhin zwei HMGs, nämlich die HMGs 0048 „Posttraumatische Belastungsstörung“ und 0244 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“, mit einer DxG und einem ICD-Kode frei und könnten Doppelzuschläge auslösen. Aus medizinischer Sicht ließen sich beide HMGs in bestehende HMGs integrieren. In Bezug auf die HMG0048 wird vorgeschlagen, diese in die HMG0067 „Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive Störungen (< 50 Jahre)“ zu integrieren, um negativen Kodieranreizen vorzubeugen.

TK et al. unterstützen ausdrücklich den Aufbau der neuen Hierarchie und bezeichnen diesen als sinnvoll. Anpassungsbedarf würde lediglich in Bezug auf die DxGs 0255 „Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol“ und 0265 „Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn“ gesehen (s. u.).

15.2.1.3 Abbildung von Drogen- und Alkoholmissbrauch

Der GKV-SV weist darauf hin, dass in Hierarchie 11 die ICD-Kodes aus der Gruppe T40.- „Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene]“ neu aufgenommen worden sind. Anders als im Kapitel zum Ausgangsmodell beschrieben, sei der ICD-Kode T40.0 „Vergiftung: Opium“ jedoch nicht in der Hierarchie 11, sondern der Hierarchie 23 berücksichtigt worden. Diese Zuordnung sei zu überprüfen.

Der GKV-SV kritisiert, dass bei der Verflechtung der kognitiven und Suchterkrankungen mit dem Strang der affektiven Störungen das Vorliegen von z. T. beträchtlichen Unterdeckungen nicht näher untersucht worden sei. Auch sei nicht abschließend analysiert bzw. dargestellt worden, ob diese Unterdeckungen im Festlegungsentwurf weiterhin bestünden. Da sich die Struktur der besonders betroffenen HMGs 0051

„Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose“ bzw. 0052 „Alkohol- oder Drogenabhängigkeit“ nicht wesentlich vom Ausgangsmodell unterscheidet, sei davon auszugehen, dass die Unterdeckungen weiterhin vorlägen. Aus Sicht des GKV-SV können die vorgefundenen Unterdeckungen daraus resultieren, dass sich bzgl. der DxGs innerhalb dieser HMGs deutliche Unterschiede in den Folgekosten identifizieren ließen. Die Kostenhomogenität auf DxG-Ebene und die ICD-DxG-Zuordnung für diese HMGs sollten daher überprüft werden

Auch der AOK-BV thematisiert die Abbildung des Alkohol- und Drogenmissbrauchs innerhalb der Hierarchie. AOK-interne Analysen belegten, dass die DxGs, die den Drogenmissbrauch abbilden, unterdeckt seien, während DxGs, die den Alkoholmissbrauch abbilden, überdeckt seien. Eine Trennung der beiden Sachverhalte wird angeregt.

Der IKK e. V. ergänzt die Thematik um den Aspekt, dass interne Untersuchungen bei den HMGs 0051 und 0052 erhebliche altersspezifische Fehldeckungen feststellen ließen. Insbesondere Versicherte über 74 Jahren wiesen eine deutliche Unterdeckung auf. Versicherte unter 75 Jahren, gingen mit einer erheblichen Überdeckung einher. Ein entsprechender Alterssplit wird vorgeschlagen.

TK et al. sehen ebenfalls Anpassungsbedarf bei der Zusammensetzung der HMG0051. In der DxG0255, die in diese HMG führt, fänden sich neben den ICD-Kodes F10.5 und F10.7, die der alkoholinduzierten Psychose zuzuordnen seien, auch die ICD-Kodes F10.3, F10.4, F10.6, F10.8 und F10.9, die inhaltlich nicht als Psychosen zu klassifizieren seien. Es sei diesbezüglich zumindest eine Verschiebung der ICD-Kodes F10.3 und F10.4 durch das BAS zu prüfen. Entsprechend der Logik, die Viersteller F1x.5 und F1x.7 (welche die psychotischen Störungen nach Alkohol- und Drogenkonsum bezeichnen) getrennt zu berücksichtigen, sollten auch die ICD-Kodes der DxG0265 (F11.-, F12.-, F13.-, F14.-, F15.-, F16.-, F18.- und F19.-) überprüft werden. Eine Arzneimittelvalidierung sei für diese ICD-Kodes ebenfalls in Betracht zu ziehen, da die Symptomatik einer Alkohol- oder drogeninduzierten Psychose mit der der Schizophrenie vergleichbar sei.

15.2.1.4 Arzneimittelprüfungen

Der GKV-SV und der AOK-BV weisen darauf hin, dass aufgrund eines bestehenden Lieferengpasses für das Arzneimittel „Substitol“ zum 1. Mai 2022 zur Abrechnung des aus Österreich importierten, wirkstoffgleichen Arzneimittels Compensan drei neue Sonder-PZN in die technische Anlage 1 zum Datenaustausch nach § 300 SGB V eingeführt worden seien. Die Arzneimittelauswahl zum Aufgreifen der DxG0926 „Opiatsubstitution“ sei entsprechend um die PZNs 17716636, 17716671, 17716694 zu ergänzen.

Da im Zuge einer schizoaffektiven Störung gemäß der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) unter bestimmten Umständen eine zusätzliche antidepressive Therapie angeboten werden solle, regt der AOK-BV an, die ATC-Kodes der Antidepressiva und Benzodiazepine zur Arzneimittelvalidierung der DxG0262 „Schizophrenie und schizotype Störungen“ zu ergänzen.

Der BKK DV begrüßt den Wegfall bestimmter ATC-Kodes innerhalb der HMGs 0055 und 0058.

15.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

15.2.2.1 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen

Die Kritik von GKV-SV und IKK e. V. an der Verwendung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ zum Aufgreifen der DxG0804 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ kann nachvollzogen werden. Die Anpassung des Aufgreifkriteriums wird in Abschnitt 15.3 behandelt.

15.2.2.2 Komorbidität und Dominanzstruktur

Der GKV-SV wirft die Frage auf, ob durch die mit Modell 02 des Festlegungsentwurfes vorgenommenen Änderungen vorliegende Überdeckungen bei gemeinsamem Auftreten von HMGs des (vormaligen) zweiten und dritten Hierarchiestranges beseitigt werden konnten und ob für diese Überdeckungen Komorbiditätseffekte verantwortlich waren. Auch wenn mit der vom BAS gewählten Analysemethodik keine Ursachenklärung für die vorliegenden Über- bzw. Unterdeckungen geleistet werden kann, ermöglicht sie eine Einschätzung darüber, ob der Wegfall von Doppelzuschlägen zu einer Modellverbesserung führen kann oder nicht.

Der vom GKV-SV angesprochene Anstieg der Kostenschätzer der nach der Modellanpassung in einem Dominanzverhältnis stehenden HMGs ist eine direkte Konsequenz daraus, dass Versicherte, die vormals zwei (oder mehr) Zuschläge in den betroffenen Strängen erhielten, nun nur noch einen Zuschlag erhalten können. Der neu ermittelte Zuschlag deckt für die Gesamtheit der Versicherten in einer HMG, d. h. sowohl für die Versicherten mit nur einer Morbiditätsgruppe, als auch für die mit zwei oder mehr Morbiditätsgruppen, im Durchschnitt die für diese Versichertengruppe zu erwartenden Folgekosten ab. Der Anstieg der Schätzer reflektiert somit, dass für den Anteil der Versicherten in der HMG, die zwei oder mehr Risikomerkmale haben, eine Kompensation für die weggefallenen Zuschläge erfolgt.

Für einen hypothetischen Versicherten mit Diagnosen aus den HMGs 0012 und 0053 im Modell 01 der Hierarchie bedeutet dies konkret, dass dieser im Modell 01 für diese HMGs Zuschläge in Höhe von 1.834 € erhalten hätte, in Modell 02 nur noch einen Zuschlag von 1.251 €. Der Zuschlag für Versicherte mit dieser Risikokombination ist somit um rund 600 € gesunken. Wie dies die Deckungssituation der betroffenen Versicherten berührt, ist in jedem Einzelfall anders. Aus der sich zwischen Modell 01 und Modell 02 ergebenden Verbesserung der Kennzahlen CPM und MAPE lässt sich aber ableiten, dass in Modell 02 die Summe der Fehldeckungen über alle Versicherten – trotz einer Abnahme der Gesamtzuschlagszahl um 126.519 – spürbar sinkt.

Insgesamt lagen im Klassifikationsergebnis des Ausgangsmodells für die HMGs der kognitiven, affektiven und Suchterkrankungen eine Vielzahl von Mehrfach-Zuschlägen vor, die mit einer Gesamtüberdeckung von rund 115 Mio. € einhergingen. Die mit dem Festlegungsentwurf vorgenommene Hierarchisierung konnte die vorliegenden Überdeckungen nahezu vollständig beseitigen.

Die vom IKK e. V. geforderte Einbindung der HMG0244 ist im Zusammenhang mit dem ggf. zu verändernden Aufgreifkriterium der DxG0804 zu untersuchen (vgl. Abschnitt 15.3). Bezüglich der ebenfalls vorgeschlagenen Einbindung der HMG0048 in das Dominanzgefüge mit den affektiven Störungen ist festzuhalten, dass diese bereits bei der Erarbeitung des Festlegungsentwurfes durch das BAS untersucht worden ist. Die Abgrenzung der HMG erfolgte vor dem Hintergrund, dass bei der Einbindung der ehemaligen HMGs 0973 und 0975 Einbrüche der Modellgüte zu beobachten waren, die auf Grundlage der Komorbiditätsanalyse schlecht erklärbar waren. Die HMGs 0973 und 0975 wurden daher aufgesplittet und die neu geschaffenen DxGs / HMGs schrittweise in den gemeinsamen Strang eingebunden. Die

Einbindung aller anderen Risikogruppen führte zu einer Verbesserung des Modells. Nur die Einbindung der HMG0048 hatte in diesem Verfahren zu einem starken Einbruch der Modellgüte geführt und wurde daher nicht umgesetzt. Die Integration der Risikogruppe in den besagten Hierarchiestrang wird jedoch in Abschnitt 15.4 unter Berücksichtigung einer Anpassung bei der HMG0244 nochmals geprüft.

15.2.2.3 Abbildung von Drogen- und Alkoholmissbrauch

Die Hinweise des GKV-SV zur Kostenheterogenität in den HMGs 0051 und 0052 können prinzipiell nachvollzogen werden. Die weiteren eingebrachten Vorschläge können im bestehenden Zeitrahmen nicht vollumfänglich gewürdigt werden. Vor dem Hintergrund der zahlreichen eingebrachten Handlungsansätze, um die Ursache dieses Phänomens zu identifizieren und geeignet abbilden zu können, wird einer umfassenden Prüfung der Thematik in einem der kommenden Anpassungszyklen der Vorzug gegeben.

15.2.2.4 Arzneimittelprüfungen

Der Hinweis zur Aufnahme der drei neuen Sonder-PZNs ist sachgerecht. Die Aufnahme der PZNs 17716636, 17716671, 17716694 zur Validierung der DxG0926 wird umgesetzt. Da die Einführung der Sonder-PZNs in die technische Anlage 1 zum Datenaustausch nach § 300 SGB V Anfang Mai 2022 stattgefunden hat, sind die empirischen Auswirkungen auf den bestehenden Daten noch nicht ersichtlich und erfordern an dieser Stelle keine neue Modellberechnung.

Die Bewertung des Vorschlags, zusätzliche ATC-Kodes zur Arzneimittelvalidierung für die Prüfung der DxG0262 „Schizophrenie und schizotype Störungen“ zu ergänzen, wird in einem der kommenden Anpassungszyklen abschließend geprüft und bewertet.

15.3 Aufgreifkriterium der DxG0804 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“

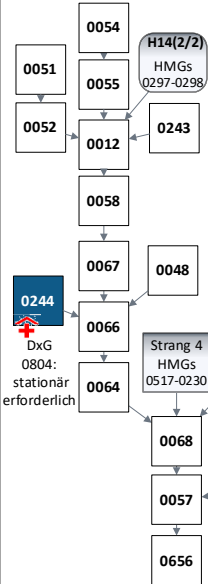
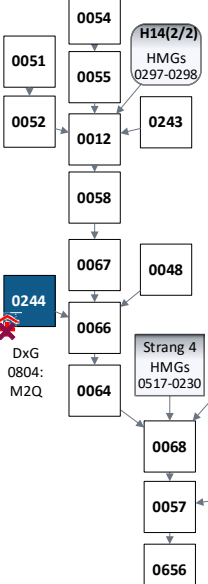
15.3.1 Hintergrund

Der Hinweis zum bislang gewählten Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ der DxG0804 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ ist nachvollziehbar. Eine Umstellung auf das Kriterium „M2Q“ und die geeignete Einordnung in der Dominanzstruktur wird im folgenden Abschnitt untersucht.

15.3.2 Untersuchung

In **Modell A01** wird – ausgehend von der Hierarchiestruktur des Festlegungsentwurfs – das Aufgreifkriterium für die DxG0804 auf M2Q geändert. Tabelle 15.2 fasst die Ergebnisse dieser Anpassung zusammen.

Tabelle 15.2: Auswirkungen der Aufhebung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für DxG0804

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3265 %	0,0066 PP	58,3254 %	0,0055 PP
	CPM	28,4975 %	0,0245 PP	28,4959 %	0,0229 PP
	MAPE	2.494,68 €	-0,8557 €	2.494,73 €	-0,7994 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1a: „Alkohol- und Drogenmissbrauch“					
HMG0051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	276.167	4.277 €	276.167	4.290 €
HMG0052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	719.471	1.825 €	719.471	1.826 €
Strang 1b: „Schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen“					
HMG0244	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	7.205	3.694 €	34.944	379 €
Strang 2b: „Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen“					
HMG0243	Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen	20.009	5.800 €	20.009	5.833 €
Gemeinsame Strangmitte Drogen, Schizophrenie, Wahn, Demenz, Belastungsstörungen					
HMG0066	Anpassungsstörungen	1.632.064	810 €	1.629.810	810 €
HMG0064	Akute Belastungsreaktion	288.399	613 €	288.227	613 €
HMG0068	Rezidivierende depressive Störung (> 54 Jahre), sonstige, n.n.bez. rezidivierende depressive ...	1.957.100	488 €	1.954.587	488 €
Gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0057	Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), Missbrauch von Personen, sonstige...	2.621.300	380 €	2.618.386	379 €
HMG0656	Andere psychische Störungen	2.875.873	171 €	2.874.000	171 €

Quelle: BAS

Es zeigt sich, dass sich im Modell A01 die Besetzung der HMG0244 „Schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen“ fast verfünffacht. Im gleichen Zuge sinkt der Schätzer für den Jahreswert um fast 90 % auf 379 €. Dies legt zunächst eine niedrigere Eingruppierung in die HMG0057 „Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), sonstige depressive Störungen und Episoden, organische Persönlichkeit“ nahe. Da jedoch in dieser Konstellation Dominanzen aus allen Strängen der Hierarchie neu auf die Risikogruppe wirken würden, wird zunächst in **Modell A02** geprüft, ob der Schätzer der HMG0244 an dieser Stelle des Dominanzgefüges stabil bleibt. Die HMG0244 wird daher in

Modell A02 zunächst unterhalb der HMG0057 eingeordnet. Tabelle 15.3 fasst die Ergebnisse dieses Analyseschrittes wieder.



Weniger als ein Drittel der in Modell A02 der HMG0244 zugeordneten Versicherten erhält bei einer Einordnung der HMG0244 unterhalb der HMG0057 weiterhin einen Zuschlag. Es zeigt sich, dass der Schätzer der Risikogruppe hierbei weiter absinkt und sich fast halbiert. Daher wird in **Modell A03** die HMG0244 aufgelöst und die DxG0804 in die HMG0656 „Andere psychische Störungen“ eingegliedert (vgl. Tabelle 15.4).

Tabelle 15.3: Auswirkungen der Abstufung von HMG0244 im Dominanzgefüge

		Modell A01		Modell A02	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3254 %	0,0055 PP	58,3253 %	0,0055 PP
	CPM	28,4959 %	0,0229 PP	28,4959 %	0,0229 PP
	MAPE	2.494,73 €	-0,7994 €	2.494,74 €	-0,7988 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1a: „Alkohol- und Drogenmissbrauch“					
HMG0051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	276.167	4.290 €	276.167	4.292 €
HMG0052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	719.471	1.826 €	719.471	1.828 €
Strang 1b: „Schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen“					
HMG0244	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	34.944	379 €	10.584	143 €
Strang 2b: „Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen“					
HMG0243	Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen	20.009	5.833 €	20.009	5.837 €
Gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0057	Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), Missbrauch von Personen, sonstige ...	2.618.386	379 €	2.621.699	379 €
HMG0656	Andere psychische Störungen	2.874.000	171 €	2.874.000	170 €

Quelle: BAS

Tabelle 15.4: Zusammenlegung der HMGs 0656 und 0244 – Ergebnisse

		Modell A02		Modell A03	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3253 %	0,0055 PP	58,3253 %	0,0055 PP
	CPM	28,4959 %	0,0229 PP	28,4959 %	0,0229 PP
	MAPE	2.494,74 €	-0,7988 €	2.494,74 €	-0,7988 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0057	Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), Missbrauch von Personen, sonstige ...	2.621.300	379 €	2.621.699	379 €
HMG0244	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	10.584	143 €	2.884.584	170 €
HMG0656	Andere psychische Störungen	2.875.873	170 €		

Quelle: BAS

15.3.3 Zwischenergebnis

Durch die Aufhebung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG0804 verschlechtert sich die Modellgüte um 0,12 Prozentpunkte im R², 0,16 Prozentpunkte im CPM und 5,7 Cent im MAPE. Dies ist vor dem Hintergrund, dass sich das Aufgreifkriterium für die DxG0804 medizinisch jedoch nicht begründen lässt, hinzunehmen. Die danach folgenden Anpassungsschritte zeigen keine wesentlichen Auswirkungen mehr auf die Modellgüte. Modell A03 stellt den Ausgangspunkt für weitere Anpassungen dar.

15.4 Einordnung der HMG0048 „Posttraumatische Belastungsstörung“

15.4.1 Hintergrund

Bereits im Rahmen der Erstellung des Festlegungsentwurfs für das AJ 2023 ist ausführlich geprüft worden, inwieweit eine weitergehende Konsolidierung der Zuschlagsgruppen für die affektiven Störungen sowie die Belastungsstörungen stattfinden kann. Dabei kristallisierte sich heraus, dass die Einbindung der ehemaligen HMGs (des Ausgangsmodells) 0973 „Akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörungen, Missbrauch von Personen“ und 0975 „Panik- und Angststörungen sowie näher bezeichnete Phobien, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, Missbrauch von Personen, n.n.bez., dissoziative Störungen, n.n.bez.“ mit Problemen behaftet war. Modell 07 in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf AJ 2023 belegt exemplarisch, dass die Einbindung der beiden HMGs in eine Dominanzbeziehung mit den affektiven Störungen zu einer starken Verschlechterung aller Kennzahlen führte. Die sich daran anschließende Analyse verfolgte das Ziel, jene Gruppe(n) zu identifizieren, welche hauptverantwortlich für diese Beobachtung war. Im Rahmen der Untersuchung konnte die HMG0048 „Posttraumatische Belastungsstörung“ als jene Risikogruppe identifiziert werden, die bei Einbindung in eine Dominanzbeziehung mit den affektiven Störungen den Güteverlust nach sich zog.

Um aber dem Einwand des IKK e. V. zu begegnen, die Belastungsstörungen könnten mit depressiven und / oder psychotischen Symptomen einhergehen und in der gegenwärtigen Einbindung seien negative Kodieranreize vorhanden, soll die Einbindung der HMG0048 in das gemeinsame Dominanzgefüge mit

den affektiven Störungen noch einmal geprüft werden. Schließlich ist die Modellstruktur in der Hierarchie durch die abschließende Umstrukturierung der Alkohol- und Drogenerkrankungen nicht mehr direkt mit der bislang verglichenen Form des Modells 15 in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf vergleichbar.

15.4.2 Untersuchung

In **Modell A04** wird die HMG0048 entsprechend ihres Schätzers oberhalb der HMG0067 „Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, sonstige nicht-psychotische organische Störungen, schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssymptom“ in das Dominanzgefüge eingebaut. Durch diesen Zwischenschritt wird kontrolliert, ob der Schätzer der HMG0048 bei Integration in den Hierarchiestrang in der Höhe unverändert bleibt und ggf. eine anschließende Zusammenlegung mit der HMG0067 zielführend ist. Tabelle 15.5 fasst die Auswirkung dieser Anpassung zusammen.

Es zeigt sich, dass alle Kennzahlen durch diesen Schritt deutlich absinken. Das R^2 sinkt um 0,41 Prozentpunkte, das CPM um 0,8 Prozentpunkte. Das MAPE verschlechtert sich deutlich um rund 28 Cent. Dies belegt, dass – wie bereits in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf festgestellt – die Einbindung der HMG0048 in den Hierarchiestrang zu einer starken Einbuße der Modellgüte führt. Zwar bestehen offensichtlich bei den betroffenen Versicherten häufig Komorbiditäten aus dem Bereich der affektiven Störungen. Dies lässt sich daraus ableiten, dass sich die Besetzung der HMG0048 bei konstantem Schätzer fast halbiert und auch die Besetzung der HMG0067 um rund 30.000 Versicherte abnimmt.

Tabelle 15.5: Auswirkung der Eingliederung der posttraumatischen Belastungsstörung in die affektiven Störungen

		Modell A03		Modell A04	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3253 %	0,0055 PP	58,3212 %	0,0014 PP
	CPM	28,4959 %	0,0229 PP	28,4879 %	0,0149 PP
	MAPE	2.494,74 €	-0,7988 €	2.495,01 €	-0,5194 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2a: „Schizotype, affektive und kognitive Erkrankungen“					
HMG0054	Schizophrenie	326.400	5.188 €	326.400	5.208 €
HMG0055	Rezidivierende schwere Depression, näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	572.855	2.494 €	572.855	2.591 €
HMG0012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Strg.	598.021	1.593 €	598.021	1.602 €
HMG0058	Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und ...	1.932.803	1.311 €	1.932.803	1.362 €
HMG0067	Reaktive u. andere psychotische Störungen, leichte u. mittelgradige depressive Strg. (< 50 Jahre)	814.856	982 €	782.839	988 €
HMG0066	Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, sonstige nicht-psychotische ...	1.632.434	810 €	1.632.434	806 €
Strang 3: „Belastungsstörungen“					
HMG0048	Posttraumatische Belastungsstörung	462.671	1.125 €	266.335	1.117 €

Quelle: BAS

Allerdings deutet die Kennzahlenentwicklung darauf hin, dass die durch die Anpassung resultierende Beseitigung von Doppelzuschlägen an dieser Stelle nicht im Einklang mit der Ausgabenstruktur der betroffenen Personen steht. Offenkundig ist die Möglichkeit, bei Vorliegen zweier entsprechender Risikofaktoren zwei additive Zuschläge erhalten zu können, vor dem Hintergrund der damit einhergehenden höheren Ausgaben sachgerecht. Dies ist ein Beispiel dafür, dass das häufige Vorliegen von bestimmten Komorbiditäten alleine nicht zwingend die Reduzierung von Doppelzuschlägen erfordert.

15.4.3 Ergebnis

Trotz der identifizierten Überschneidungen zwischen der HMG0048 und weiteren HMGs im Strang der affektiven Störungen würde eine Einbindung der HMG0048 in das gemeinsame Dominanzgefüge das Modell deutlich verschlechtern. Modell A04 wird daher **nicht** umgesetzt. Modell A03 stellt somit die Fassung der Hierarchie 11 für die Festlegung des AJ 2023 dar.

15.5 Festlegung der Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

15.5.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

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

Es ergeben sich keine veränderten ICD-DxG-Abgrenzungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

15.5.1.2 Neue oder veränderte Aufgreifkriterien im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Folgende Aufgreifkriterien werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf festgelegt:

- Die DxG0804 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ wird künftig mit dem Kriterium M2Q geprüft.

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

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

- Für die Arzneimittelprüfung der DxG0962 „Opiatsubstitution“ werden zu den bestehenden ATC-Kodes N02AA, N02AC, N07BC, N02CX und V70AA bzw. Sonder-PZNs 2567107, 2567113, 2567136, 2567656, 9999086 die Sonder-PZNs 17716636, 17716671, 17716694 ergänzt.

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

Folgende veränderte DxG-HMG-Zuordnungen werden festgelegt:

- Künftig bilden die DxGs 0276 „Andauernde Persönlichkeitsänderungen“, 0278 „Andere und n.n.bez. Angstzustände“, 0476 „Sonstige oder n.n.bez. affektive oder neurotische Störungen, andere neurotische Störungen“, 0665 „Somatoforme Störungen“, 0668 „Schlafstörungen“, 0687 „Psychische Wochenbettstörungen“, 0694 „Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma, nicht-psycho-tisch organische Störung, n.n.bez.“, 0804 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“, 0880 „Störungen der Sexualpräferenz, der sexuellen Entwicklung, Orientierung od. Funktionsstörungen, nicht organisch verursacht“, 0882 „Reaktionen auf schwere Belastung, n.n.bez.“, 1289 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ und 1317 „Phobische Störungen, n.n.bez.“ die neu gefasste HMG0656 „Andere psychische Störungen“.

Folgende HMGs werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf aufgelöst:

- Die HMG0244 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ entfällt.

15.5.1.5 Hierarchisierung:

Aufgrund des Wegfalls der HMG0244 entfällt der Strang 1b. Daher werden die Stränge neu nummeriert:

1. Strang 1: „Alkohol- und Drogenmissbrauch“,
2. Strang 2: „Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen“,
3. Strang 3: „Schizotypie, affektive und kognitive Erkrankungen“,
4. Strang 4: „Belastungsstörungen“,

5. Strang 5: „Persönlichkeitsstörungen, Sexualstörungen, gestörte Impulskontrolle“,
6. Strang 6: „Dissoziative Störungen“,
7. Strang 7: „Essstörungen“.

Die Hierarchisierung erfolgt ausgehend von der HMG054 in zwei Strängen:

- Strang 1: HMG0051 → HMG0052 → HMG0012 → HMG0058 → HMG0067 → HMG0066 → HMG0064 → HMG0068 → HMG0057 → HMG0656,
- Strang 2: HMG0243 → HMG0012 → HMG0058 → HMG0067 → HMG0066 → HMG0064 → HMG0068 → HMG0057 → HMG0656,
- Strang 3: HMG0054 → HMG0055 → HMG0012 → HMG0058 → HMG0067 → HMG0066 → HMG0064 → HMG0068 → HMG0057 → HMG0656,
- Strang 4: HMG0048 → HMG0066 → HMG0064 → HMG0068 → HMG0057 → HMG0656,
- Strang 5: HMG0517 → HMG0014 → HMG0230 → HMG0068 → HMG0057 → HMG0656,
- Strang 6: HMG0442 → HMG0645 → HMG0068 → HMG0057 → HMG0656,
- Strang 7: HMG0060 → HMG0643 → HMG0057 → HMG0656.

Zusätzlich besteht eine externe Dominanz von der Hierarchie 14 in die Hierarchie 11:

→ Externer Strang: HMG0297 → HMG0980 → HMG0307 → HMG0075 → HMG0298 → HMG0012 → HMG0058 → HMG0067 → HMG0066 → HMG0064 → HMG0068 → HMG0057 → HMG0656.²

15.5.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 11

Tabelle 15.6 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 15.3 und Abbildung 15.4 stellen die Festlegung der Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ für das AJ 2023 graphisch dar.

Tabelle 15.6: Festlegung der Hierarchie 11 für das AJ 2023 im Vergleich zum Festlegungsentwurf

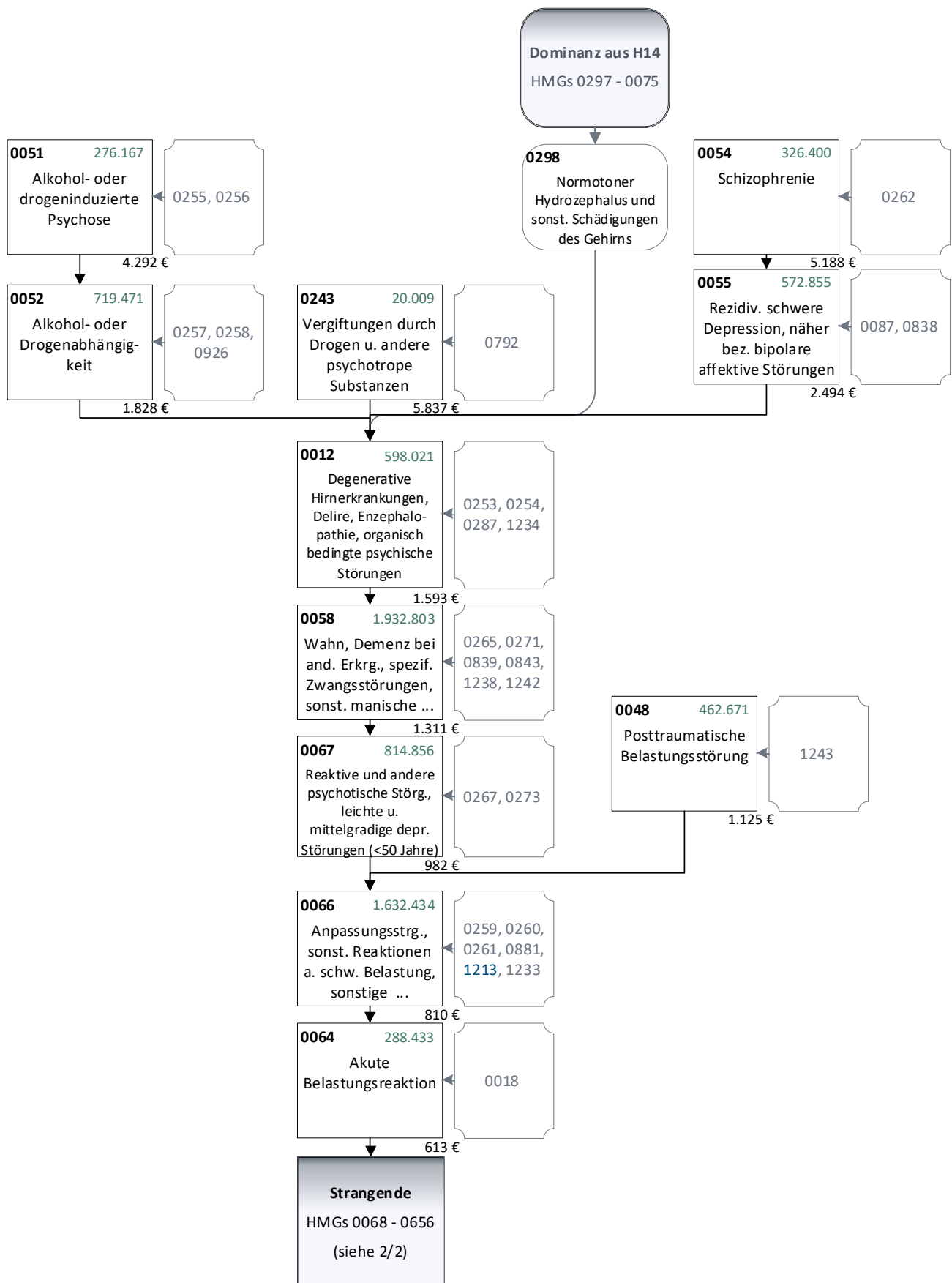
		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3265 %	0,0066 PP	58,3253 %	0,0055 PP
	CPM	28,4975 %	0,0245 PP	28,4959 %	0,0229 PP
	MAPE	2.494,68 €	-0,8557 €	2.494,74 €	-0,7988 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Alkohol- und Drogenmissbrauch“					
HMG0051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	276.167	4.277 €	276.167	4.292 €
HMG0052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	719.471	1.825 €	719.471	1.828 €
Strang 2: „Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen“					
HMG0243	Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen	20.009	5.800 €	20.009	5.837 €
Strang 3: „Schizotyp, affektive und kognitive Erkrankungen“					
HMG0054	Schizophrenie	326.400	5.187 €	326.400	5.188 €
HMG0055	Rezidivierende schwere Depression, näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	572.855	2.491 €	572.855	2.494 €
HMG0012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	598.021	1.593 €	598.021	1.593 €
HMG0058	Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)	1.932.803	1.310 €	1.932.803	1.311 €
HMG0067	Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive Störungen (< 50 Jahre)	814.856	982 €	814.856	982 €
Strang 4: „Belastungsstörungen“					
HMG0048	Posttraumatische Belastungsstörung	462.671	1.123 €	462.671	1.125 €
Gemeinsame Mitte der Stränge 1 - 4					
HMG0066	Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, sonstige nicht-psychotische organische Störungen, schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssymptom	1.632.064	810 €	1.632.434	810 €
HMG0064	Akute Belastungsreaktion	288.399	613 €	288.433	613 €

² Diese Dominanzreihenfolge enthält noch nicht die Änderungen, die sich aufgrund der Anpassungen in Hierarchie 14 ergeben haben (vgl. Kapitel 17). Die Dominanzreihenfolge oberhalb der HMG0012 ist dem Abschnitt 17.5.2 im Kapitel der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ zu entnehmen. Die vollständige Darstellung ist in Abbildung A.3.17: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2) enthalten.

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3265 %	0,0066 PP	58,3253 %	0,0055 PP
	CPM	28,4975 %	0,0245 PP	28,4959 %	0,0229 PP
	MAPE	2.494,68 €	-0,8557 €	2.494,74 €	-0,7988 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 5: „Persönlichkeitsstörungen, Sexualstörungen, gestörte Impulskontrolle“					
HMG0517	Störungen der Geschlechtsidentität	29.938	2.516 €	29.938	2.516 €
HMG0014	Störungen der Impulskontrolle	73.093	824 €	73.093	825 €
HMG0230	Persönlichkeitsstörungen, näher bez. nicht-psychotisch organische Störung	865.638	630 €	865.638	631 €
Strang 6: „Dissoziative Störungen“					
HMG0442	Schwere dissoziative Störungen	30.577	2.993 €	30.577	2.996 €
HMG0645	Sonstige dissoziative Störungen	64.237	661 €	64.237	661 €
Strang 7: „Essstörungen“					
HMG0060	Anorexia nervosa, Bulimie	97.503	1.973 €	97.503	1.982 €
HMG0643	Sonstige Essstörungen	161.812	417 €	161.812	417 €
Gemeinsame Mitte der Stränge 1 - 6					
HMG0068	Rezidivierende depressive Störung (> 54 Jahre), sonstige, n.n.bez. rezidivierende depressive Störungen, dissoziative Störungen, n.n.bez., sonstige Angst- und anhaltende affektive Störungen	1.957.100	488 €	1.957.524	487 €
Gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0057	Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), Missbrauch von Personen, sonstige depressive Störungen und Episoden, organische Persönlichkeitsstörung, nicht-psychotisch organische Störung, n.n.bez., sonstige Hirndegenerationen, leichte kognitive Störung	2.621.300	380 €	2.621.699	379 €
HMG0656 (neu)	Andere psychische Störungen			2.884.584	170 €
HMG0656 (alt)	Andere psychische Störungen	2.875.873	171 €		
Strang 1a im Festlegungsentwurf - entfällt					
HMG0244	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	7.205	3.694 €		

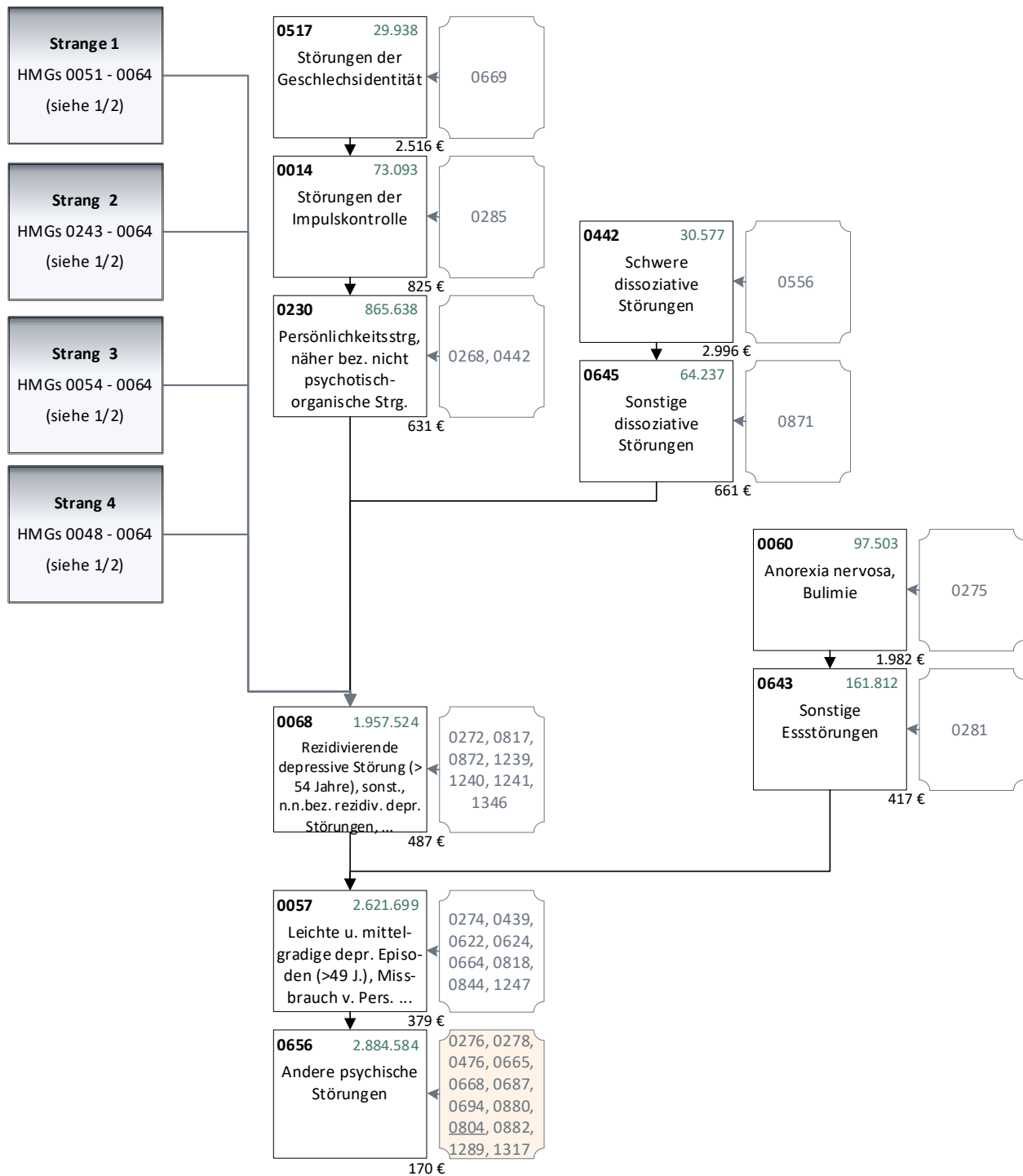
Quelle: BAS

Abbildung 15.3: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 15.4: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

16 Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“

16.1 Festlegungsentwurf

Bei der Überarbeitung der Hierarchie 13 wurden sieben ICD-Kodes aus Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ integriert. Außerdem wurde das Aufgreifen für Versicherte mit angeborener spinaler Muskelatrophie angepasst. Schließlich wurde für entzündliche Wirbelkörpererkrankungen eine Arzneimittelvalidierung eingeführt.

Tabelle 16.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie einander vergleichend gegenüber.

Tabelle 16.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

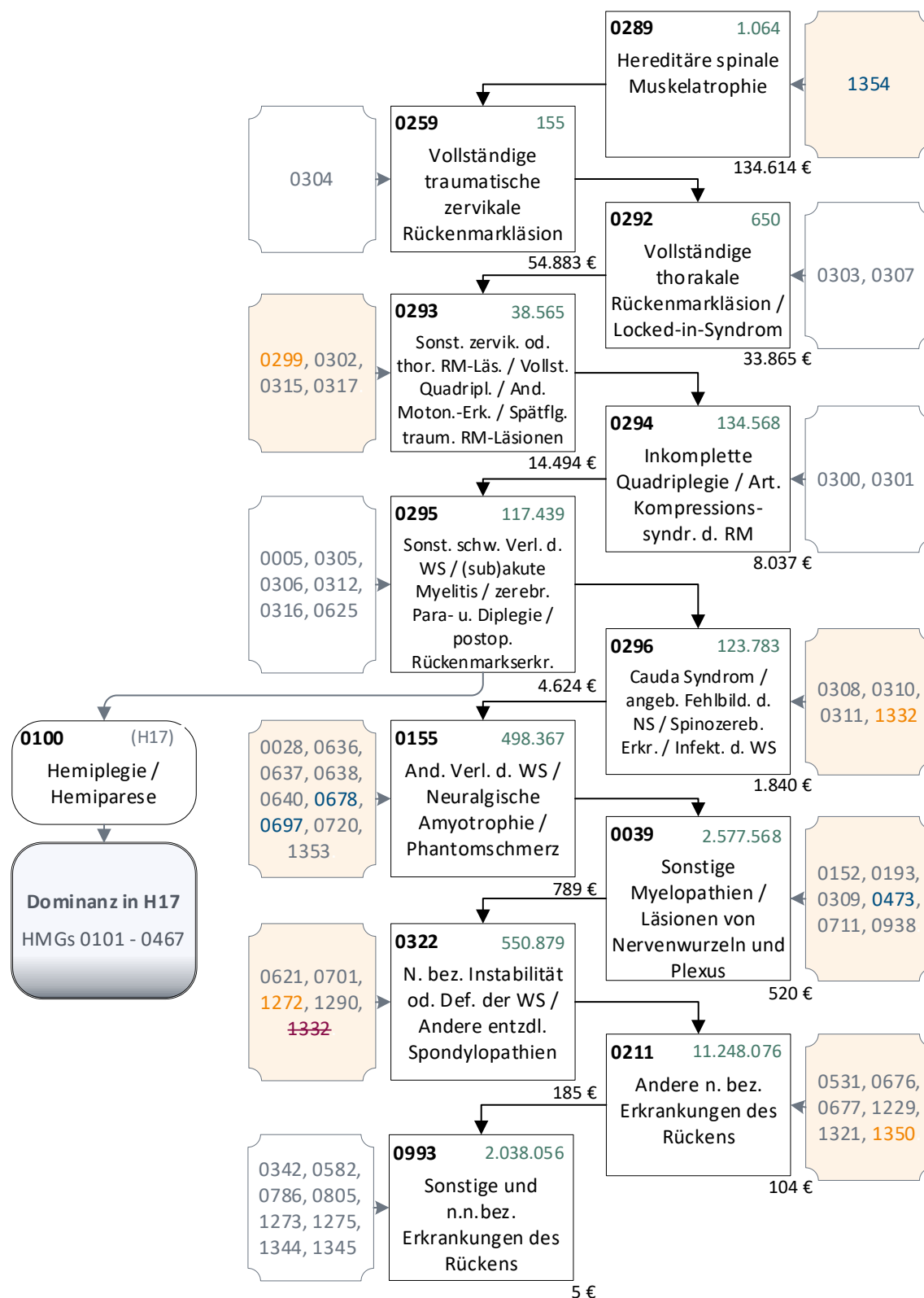
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,5138 %	0,1939 PP
	CPM	28,4730 %		28,5301 %	0,0571 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.493,54 €	-1,9918 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Hauptstrang					
HMG0289	Hereditäre spinale Muskelatrophie			1.064	134.614 €
HMG0259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarkläsion	155	54.837 €	155	54.883 €
HMG0292	Vollständige thorakale Rückenmarkläsion / Locked-in-Syndrom	650	33.973 €	650	33.865 €
HMG0293 (alt)	Sonstige zervikale oder thorakale Rückenmarkläsion / Vollständige Quadriplegie / Motoneuronenerkrankungen / Spätfolgen traumatischer Rückenmarkläsionen	41.329	17.304 €		
HMG0293 (neu)	Sonstige zervikale oder thorakale Rückenmarkläsion / Vollständige Quadriplegie / Andere Motoneuronenerkrankungen / Spätfolgen traumatischer Rückenmarkläsionen			38.565	14.494 €
HMG0294	Inkomplette Quadriplegie / Arterielle Kompressionssyndrome des Rückenmarks	134.387	8.056 €	134.568	8.037 €
HMG0295	Sonstige schwere Verletzungen der Wirbelsäule / (sub)akute Myelitis / zerebrale Para- und Diple-gie / postoperative Rückenmarkserkrankungen	117.338	4.638 €	117.439	4.624 €
HMG0296 (alt)	Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen	110.592	1.836 €		
HMG0296 (neu)	Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen / Infektionen der Wirbelsäule			123.783	1.840 €
HMG0155 (alt)	Andere Verletzungen der Wirbelsäule	474.801	786 €		
HMG0155 (neu)	Andere Verletzungen der Wirbelsäule / Neuralgische Amyotrophie / Phantomglied			498.367	789 €
HMG0039 (alt)	Sonstige Myelopathien / Läsionen der Nervenwurzeln und Plexus	2.554.683	526 €		
HMG0039 (neu)	Sonstige Myelopathien / Läsionen der Nervenwurzeln und Plexus			2.577.568	520 €
HMG0322 (alt)	Näher bezeichnete Instabilität oder Deformität der Wirbelsäule / Entzündliche Spondylopathien	555.476	189 €		
HMG0322 (neu)	Näher bezeichnete Instabilität oder Deformität der Wirbelsäule / Andere entzündliche Spondylopathien			550.879	185 €
HMG0211	Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens	11.285.518	109 €	11.248.076	104 €
HMG0993	Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens	2.039.463	7 €	2.038.056	5 €
Freie HMGs					
HMG0526	Neuralgische Amyotrophie / Phantomglied / Verletzungen von Plexus	26.210	830 €		
HMG0381	Läsionen der Plexus	51.156	352 €		

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,5138 %	0,1939 PP
	CPM	28,4730 %		28,5301 %	0,0571 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.493,54 €	-1,9918 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Externe Dominanz (in H17)					
HMG0100	Hemiplegie / Hemiparese	398.631	2.473 €	398.671	2.463 €
HMG0101	Arteria-carotis-interna-, bilaterale und multiple Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien / Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	123.403	1.448 €	123.467	1.448 €
HMG0103	Aneurysma, Dissektion, Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (> 17 Jahre) / Transiente zerebrale Ischämien, Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik / Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	1.044.330	584 €	1.044.372	578 €
HMG0467	Zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen / Transiente zerebrale Ischämien / Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien	774.758	13 €	774.793	7 €

Quelle: BAS

Abbildung 16.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 16.1: Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

16.2 Anhörungsverfahren

16.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Bezüglich der Überarbeitung der Hierarchie 13 erreichten das BAS Stellungnahmen des GKV-SV, des BKK DV, des IKK e. V., der KBV / BÄK sowie von TK et al.

Die Aufnahme und Zuordnung der neu in die Hierarchie aufgenommenen ICD-Kodes bezeichnen KBV / BÄK als nachvollziehbar.

Hinsichtlich der neu eingeführten Arzneimittelvalidierung der „Infektionen der Wirbelsäule“ (DxG1332 bzw. HMG0296) bitten GKV-SV und BKK DV darum, auch den ICD-Viersteller M46.5- „Sonstige infektiöse Spondylopathien“ zu berücksichtigen. Darüber hinaus solle auch die Zuordnung der beiden Codes M46.8- „Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien“ und M46.9- „Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet“ in die über Arzneimittel validierte Gruppe geprüft werden. Da zudem die in der DxG1332 enthaltenen Diagnosen zumindest zum Teil auch auf Infektionen mit Pilzen oder Tuberkulosebakterien zurückzuführen seien, soll die für die Validierung genutzte Wirkstoffliste nach Auffassung von GKV-SV, BKK DV und IKK e. V. um eine Reihe spezifischer Arzneimittel (sowie die im Rahmen des Festlegungsentwurfes versehentlich nicht berücksichtigten Cephalosporine der 3. Generation) ergänzt werden.

Die vom BAS vorgenommene Abgrenzung über Arzneimittel zum Aufgreifen von Fällen hereditärer spinaler Muskelatrophie erachtet der GKV-SV als pragmatisch. Es solle jedoch untersucht werden, ob Versicherte mit einer entsprechenden Diagnose, die die geforderte Arzneimittelvalidierung nicht erfüllten, unterdeckt seien. Sollte dies der Fall sein, könne für die Betroffenen ggf. eine weitere Diagnosegruppe (sowie eine weitere HMG) geschaffen werden, in der eine Zuordnung über das „M2Q“-Kriterium erfolgt. Der BKK DV begrüßt den Ansatz des BAS zur Abbildung der spinalen Muskelatrophie grundsätzlich, weist aber darauf hin, dass in der bestehenden Modellausgestaltung keine Diagnosegruppe für Patientinnen und Patienten bestehe, die weder eine (dauerhafte) ambulante Arzneimitteltherapie noch einen stationären Aufenthalt aufwiesen. Das BAS versteht diesen Hinweis so, dass auch der BKK DV sich für die Einführung einer weiteren Diagnosegruppe mit dem Aufgreifkriterium „M2Q“ ausspricht. TK et al. halten das vom BAS gewählte Vorgehen für vertretbar, weisen allerdings darauf hin, dass der zum Aufgreifen der Gruppe genutzte ATC-Fünfsteller M09AX (Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems) auch Siebensteller wie (Hyaluronsäure) und M09AX02 (Autologe Chondrozyten) enthalte, die zur Validierung der spinalen Muskelatrophie nicht angemessen seien. Perspektivisch solle zudem der bereits für den Festlegungsentwurf untersuchte Alterssplit der HMG0289 nicht gänzlich verworfen werden. Der AOK-BV bittet in diesem Zusammenhang schließlich um die Prüfung einer Modifikation des Aufgreifkriteriums „Sonderfall 1“ in Form eines Verzichts auf die Arzneimittelprüfung bei Vorliegen einer stationären Diagnose.

16.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die Stellungnahmen zur ICD-Zuordnung zur DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ können grundsätzlich nachvollzogen werden, ebenso einzelne Vorschläge zur Erweiterung der für das Aufgreifen der Diagnosegruppe heranzuziehenden Wirkstoffe. Eine entsprechende Modellanpassung wird daher in Abschnitt 16.3 diskutiert.

Der IKK e. V. thematisiert außerdem die Höhe der Kostenschätzer der HMG0211 „Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens“ und der darüber liegenden HMG0322 „N. bez. Instabilität oder Deformität der

Wirbelsäule / Andere entzündliche Spondylopathien“. Der Abstand der beiden Kostenschätzer betrage lediglich 81 €, weshalb geprüft werden solle, ob eine Vereinigung der beiden Gruppen die Prädiktionsgüte des Modells verbessere. Eine mögliche Zusammenlegung der beiden HMGs wird in Abschnitt 16.4 untersucht.

Die von GKV-SV und BKK DV thematisierte Einführung einer weiteren „M2Q-Zuschlagsgruppe“ für Versicherte mit spinaler Muskelatrophie (aber ohne ausreichende ambulante medikamentöse Therapie bzw. ohne stationären Aufenthalt) kann erst zu einem späteren Zeitpunkt geprüft werden. In diesem Zusammenhang könnte auch nochmals der Effekt einer Altersdifferenzierung analysiert werden. Der Vorschlag des AOK-BV zur Umgestaltung des Aufgreifkriteriums „Sonderfall 1“ betrifft hingegen die generelle Systematik des Zuordnungsalgorithmus. Er ist daher nicht im Rahmen der Überarbeitung dieser Hierarchie zu prüfen. Die von TK et al. angeregte Umstellung des Aufgreifens der DxG1354 „Hereditäre spinale Muskelatrophie“ vom ATC-Fünfsteller auf drei therapierelevante ATC-Siebensteller wird dagegen in Abschnitt 16.5 diskutiert.

Zur DxG1350 „Bandscheibenschaden“ unterbreitet der IKK e. V. außerdem den Vorschlag einer Arzneimitteldifferenzierung über die Wirkstoffe, die auch zum Aufgreifen des chronischen Schmerzes mit Dauermedikation verwendet werden (ATC-Kodes M01AC, M01AE, M01AH, M01AX, N02AA, N02AB, N02AC, N02AD, N02AE, N02AF, N02AG, N02AJ, N02AX, N02BA, N02BB, N02BE, N02BG, N02BH, N02BP, N03AB, N03AF, N03AX, N06AA, N06AB und N06AX). Eine Bewertung dieses Vorschlags durch das BAS kann allerdings in diesem Anpassungszyklus nicht mehr erfolgen.

16.3 Anpassung der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“

16.3.1 Hintergrund

Der GKV-SV und der BKK DV bitten darum, die Aufnahme der ICD-Kodes M46.5-, M46.8- und M46.9- in die DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ zu prüfen. Hinsichtlich der genannten Codes verweist der BKK DV darauf, dass alle drei laut der S2k-Leitlinie (Deutsche Wirbelsäulengesellschaft & Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. 2020) definitorisch den Infektionen der Wirbelsäule zuzuordnen seien.

Bei der Diagnose M46.5- „Sonstige infektiöse Spondylopathien“ handelt es sich der Bezeichnung nach um Entzündungsprozesse an Bandscheiben oder Wirbelkörpern, die auf einen exogenen Erreger zurückzuführen sind. Aus diesem Grund erscheint die Zuordnung auch dieses ICD-Kodes zur DxG1332 angemessen. Dagegen werden mit den beiden anderen Codes 46.8- „Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien“ und M46.9- „Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet“ weniger spezifische Erkrankungen der Wirbelkörper kodiert, die nach dem Verständnis des BAS u. U. eine abweichende Pathogenese aufweisen könnten und bspw. das Resultat einer rheumatischen Erkrankung oder chronisch-degenerativer Prozesse sein könnten. Dies widerspricht nicht der Abgrenzung in der zitierten Leitlinie, die sich zwar inhaltlich auf die Behandlung der infektiösen Formen fokussiert, allerdings grundsätzlich die Gesamtheit der Spondylodiszitiden umfasst. Aus diesem Grund verbleiben die genannten ICD-Schlüssel in ihrer bisherigen Diagnosegruppe (DxG1272 „Sonstige entzündliche Spondylopathien“), die weiterhin über das Kriterium „M2Q“ aufgegriffen wird.

Der GKV-SV spricht sich überdies dafür aus, die Liste der Wirkstoffe zum Aufgreifen der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ zu erweitern. So sollten etwa die Cephalosporine der 3. Generation (J01DD) ergänzt werden. Außerdem sollten die Mittel zur Behandlung der Tuberkulose durch die Zuordnung der

ATC-Kodes J04AA (Aminosalicylsäure und Derivate), J04AC (Hydrazide), J04AD (Thiocarbamid-Derivate) und J04AK (Andere Mittel zur Behandlung der Tuberkulose) vervollständigt werden. Zudem sei zu prüfen, ob weitere systemische Antibiotika (J01AA, J01GB, J01XD) zu ergänzen sind. Da eine Entzündung der Wirbelsäule in seltenen Fällen auch durch eine Pilzinfektion verursacht werden kann, sollte außerdem eine Ergänzung um systemische Antimykotika (J02A*) geprüft werden. Nahezu identische Vorschläge zur Vervollständigung der Wirkstoffliste werden auch von IKK e. V. und BKK DV vorgelegt. Das BAS kann den in den Stellungnahmen vorgetragenen Argumenten grundsätzlich folgen und befürwortet die Erweiterung der Zuordnungsliste um einige der genannten Wirkstoffe. Da aus Zeitgründen allerdings noch keine vollständige Prüfung aller Vorschläge möglich war, umfasst die folgende Untersuchung lediglich die Aufnahme der Cephalosporine der 3. Generation (J01DD) sowie der bislang nicht zugeordneten Wirkstoffe aus dem ATC-Bereich J04A*, also J04AA (Aminosalicylsäure und Derivate), J04AC (Hydrazide), J04AD (Thiocarbamid-Derivate) und J04AK (Andere Mittel zur Behandlung der Tuberkulose). Die Prüfung der Aufnahme weiterer Wirkstoffe wird zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt.

16.3.2 Untersuchung

Beide Anpassungen – die Aufnahme des ICD-Kodes M46.5 „Sonstige infektiöse Spondylopathien“ in die DxG1332 und die Ergänzung der zum Aufgreifen der DxG genutzten Wirkstoffe werden wie folgt gemeinsam untersucht: In **Modell A01** wird der ICD-Viersteller M46.5- aus der DxG0701 „Sonstige infektiöse Spondylopathien“ in die DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ verschoben. Die DxG0701 wird aufgelöst. Zudem wird die Wirkstoffliste zum Aufgreifen der DxG1332 um einige der vom GKV-SV benannten ATC-Kodes erweitert. Die sich daraus ergebenden Veränderungen im Mapping werden in Tabelle 16.2 und Tabelle 16.3 zusammengefasst.

Tabelle 16.2: Veränderte ICD-DxG-Zuordnung des Modells A01 im Vergleich zum Festlegungsentwurf AJ2023 in der Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“

DxG FLE	ICD	ICD-Bezeichnung	DxG A01
1332	M46.2-	Wirbelosteomyelitis	1332
	M46.3-	Bandscheibeninfektion (pyogen)	
	M46.4-	Diszitis, nicht näher bezeichnet	
	M49.0-	Tuberkulose der Wirbelsäule	
	M49.1-	Spondylitis brucellosa	
	M49.2-	Spondylitis durch bakterielle Darminfektion	
0701	M46.5-	Sonstige infektiöse Spondylopathien	
1272	M46.0-	Spinale Enthesopathie	1272
	M46.8-	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien	
	M46.9-	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet	

Quelle: BAS


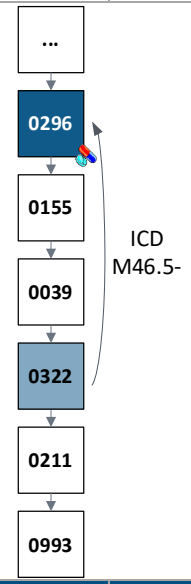
Tabelle 16.3: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01

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

Quelle: BAS

In Tabelle 16.4 wird das Ergebnis der Modellsimulation dem Modell in der Entwurfsfassung der Hierarchie gegenübergestellt.

Tabelle 16.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,5138 %	0,1939 PP	58,5138 %	0,1939 PP
	CPM	28,5301 %	0,0571 PP	28,5301 %	0,0571 PP
	MAPE	2.493,54 €	-1,9918 €	2.493,54 €	-1,9919 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
HMG0296	Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre...	123.783	1.840 €	124.211	1.835 €
HMG0155	Andere Verletzungen der Wirbelsäule / Neuralgische Amyotrophie / Phantomglied	498.367	789 €	498.333	789 €
HMG0039	Sonstige Myelopathien / Läsionen der Nervenwurzeln und Plexus	2.577.568	520 €	2.577.443	520 €
HMG0322	Näher bezeichnete Instabilität oder Deformität der Wirbelsäule / Andere entzündliche...	550.879	185 €	550.457	185 €
HMG0211	Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens	11.248.076	104 €	11.248.174	104 €
HMG0993	Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens	2.038.056	5 €	2.038.070	5 €

Quelle: BAS

Die Modellkennzahlen bleiben in diesem Vergleich nahezu unverändert. Da die Anpassung aus medizinischer Sicht sinnvoll ist, wird sie umgesetzt.

16.3.3 Zwischenergebnis

Die in Modell A01 vorgenommene Verschiebung des ICD-Kodes M46.5- in die DxG1332 und die Ergänzung der Wirkstoffliste zum Aufgreifen der DxG1332 werden in die Festlegung übernommen. Die DxG0701 wird aufgelöst.

16.4 Prüfung einer Vereinigung der HMGs 0322 und 0211

16.4.1 Hintergrund

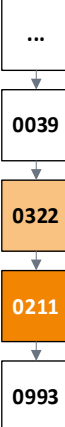

Der IKK e. V. weist auf die Nähe der beiden Kostenschätzer der HMGs 0322 „Näher bezeichnete Instabilität oder Deformität der Wirbelsäule / Andere entzündliche Spondylopathien“ und 0211 „Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens“ hin, die einen Abstand von lediglich 81 € aufweisen. Grundsätzlich kann der Einwurf des IKK e. V. hinsichtlich des absoluten Abstands der beiden Schätzer nachvollzogen werden, wenngleich eine Vereinigung der beiden HMGs aus Sicht des BAS aufgrund ihres relativen Unterschieds

nicht zwingend geboten ist. Andererseits könnte eine Vereinigung der beiden HMGs dazu beitragen, die Modellstruktur weiter zu konsolidieren und somit dessen Einfachheit und Übersichtlichkeit zu verbessern. Der Vorschlag wird daher nachfolgend geprüft.

16.4.2 Untersuchung

In **Modell A02** werden die HMGs 0322 und 0211 vereinigt, indem die in der bisherigen HMG0322 verbliebenen DxGs 0621 „Näher bezeichnete Instabilität der Wirbelkörper“, 1272 „Sonstige entzündliche Spondylopathien“ und 1290 „Angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule“ in die neue HMG0211 verschoben wird. Die Bezeichnung der HMG0211 bleibt unverändert. Die HMG0322 entfällt.

Tabelle 16.5: Ergebnisse des Vergleichs von Modell A01 mit A02

		Modell A01		Modell A02	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,5138 %	0,1939 PP	58,5137 %	0,1939 PP
	CPM	28,5301 %	0,0571 PP	28,5299 %	0,0570 PP
	MAPE	2.493,54 €	-1,9919 €	2.493,55 €	-1,9881 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
HMG0039	Sonstige Myelopathien / Läsionen der Nervenwurzeln und Plexus	2.577.443	520 €	2.577.443	519 €
HMG0322	Näher bezeichnete Instabilität oder Deformität der Wirbelsäule / Andere entzündliche Spondylopathien	550.457	185 €	11.798.631	107 €
HMG0211	Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens	11.248.174	104 €		
HMG0993	Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens	2.038.070	5 €	2.038.070	5 €

Quelle: BAS

Durch die Zusammenlegung der beiden HMGs kommt es nur zu marginalen Veränderungen der Gütemaße. Während das MAPE um 0,004 € steigt, ändert sich das Bestimmtheitsmaß R² nicht. Die beiden Modelle sind somit hinsichtlich ihrer Prognosekraft nahezu ebenbürtig, allerdings erreicht Modell A02 dies mit einem Prädiktor weniger. Modell A02 kann somit aus Gründen der Einfachheit des Algorithmus der Vorzug gegeben werden. Ggf. lässt sich aber die Vorhersagekraft des Modells durch eine erneute Ausdifferenzierung der beiden HMGs 0211 „Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens“ und 0993 „Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens“ in einem späteren Anpassungszyklus weiter steigern.

16.4.3 Zwischenergebnis

Die Vereinigung der beiden HMGs wird umgesetzt, indem die DxGs 0621, 1272 und 1290 in die HMG0211 verschoben werden.

16.5 Begrenzung der Wirkstoffliste zum Aufgreifen der DxG1354 „Hereditäre spinale Muskelatrophie“ auf relevante ATC-Siebensteller

16.5.1 Hintergrund

Die DxG1354 wird in der Fassung des Festlegungsentwurfes über den ATC-Fünfsteller M09AX (Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems) validiert. TK et al. weisen vor diesem Hintergrund darauf hin, dass dieser Fünfsteller bspw. auch Wirkstoffe wie Hyaluronsäure (M09AX01) oder autologe Chondrozyten (M09AX02) umfasse, die zur Validierung der Muskelatrophie nicht angemessen seien.

Das BAS verwendet bei der Validierung von Diagnosegruppen grundsätzlich Arzneimittelabgrenzungen, die auf Ebene der ATC-Fünfsteller abgefragt werden. Im vorliegenden Fall jedoch scheint eine enge(re) Arzneimittelabgrenzung, mittels derer eine mögliche falsche Zuschlagsauslösung (bspw. über Mexiletin [M09AX21]) in Höhe von rd. 135.000 € ausgeschlossen werden kann, tatsächlich sinnvoll zu sein.

16.5.2 Untersuchung

Die Begrenzung der Wirkstoffliste hat auf der verwendeten Datengrundlage keine Auswirkungen. Wird die entsprechende Liste der DxG1354 auf die drei (gegenwärtig) für die Behandlung der X-chromosomalen Hypophosphatämie relevanten ATC-Siebensteller M09AX07 (Nusinersen), M09AX09 (Onasemnogen abeparvovec) und M09AX10 (Risdiplam) beschränkt, bleibt die Risikogruppenzuordnung der HMG0289 „Hereditäre spinale Muskelatrophie“ unverändert. Die Besetzungszahlen und Gütemaße des Modells stimmen mit denen des Modells A02 überein.

16.5.3 Ergebnis

Zum Aufgreifen der DxG1354 „Hereditäre spinale Muskelatrophie“ werden die drei ATC-Kodes M09AX07, M09AX09 und M09AX10 verwendet.

Mit dieser Anpassung ist die Überarbeitung der Hierarchie abgeschlossen.

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

16.6.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

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

Folgende neue DxG wird im Vergleich zum Festlegungsentwurf gebildet:

- Die ICD-Kodes M46.2-, M46.3-, M46.4-, M49.0-, M49.1-, M49.2- und M46.5- bilden die neu abgegrenzte DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“.

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

Folgende DxG-ATC-Zuordnung wird abweichend vom Festlegungsentwurf für die Arzneimittelprüfung festgesetzt:

- Für die Arzneimittelprüfung der DxG1332 „Infektionen der Wirbelsäule“ werden die ATC-Kodes J01CA, J01CE, J01CF, J01CG, J01CR, J01DB, J01DC, J01DD, J01DE, J01DF, J01DH, J01DI, J01FA, J01FF, J01MA, J01XA, J01XX, J04AA, J04AB, J04AC, J04AD, J04AK und J04AM verwendet.

- Für die Arzneimittelprüfung der DxG1354 „Hereditäre spinale Muskelatrophie“ werden die ATC-Kodes M09AX07, M09AX09 und M09AX10 verwendet.

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

Folgende veränderte DxG-HMG-Zuordnung wird festgelegt:

- Die neu abgegrenzte HMG0211 „Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens“ setzt sich zusammen aus
 - der DxG0531 „Näher bezeichnete Skoliose, Kyphose und Lordose der Wirbelsäule“,
 - der DxG0621 „Näher bezeichnete Instabilität der Wirbelkörper“,
 - der DxG0676 „Sonstige Spondylosen mit Radikulopathien“,
 - der DxG0677 „Radikulopathien“,
 - der DxG1229 „Morbus Scheuermann“,
 - der DxG1272 „Sonstige entzündliche Spondylopathien“,
 - der DxG1290 „Angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule“,
 - der DxG1321 „Näher bezeichneter Rückenschmerz und sonstige Krankheiten des Rückens“ und
 - der DxG1350 „Bandscheibenschaden“.

Folgende DxGs und HMGs werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf aufgelöst:

- Die DxG0701 „Sonstige infektiöse Spondylopathien“ entfällt.
- Die HMG0322 „Näher bezeichnete Instabilität oder Deformität der Wirbelsäule / Andere entzündliche Spondylopathien“ entfällt.

16.6.1.4 Hierarchisierung:

Die Hierarchisierung erfolgt ausgehend von der HMG0289 in einem Strang:

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

Zudem besteht eine externe Dominanz von der Hierarchie 13 in die Hierarchie 17:

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

16.6.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 13

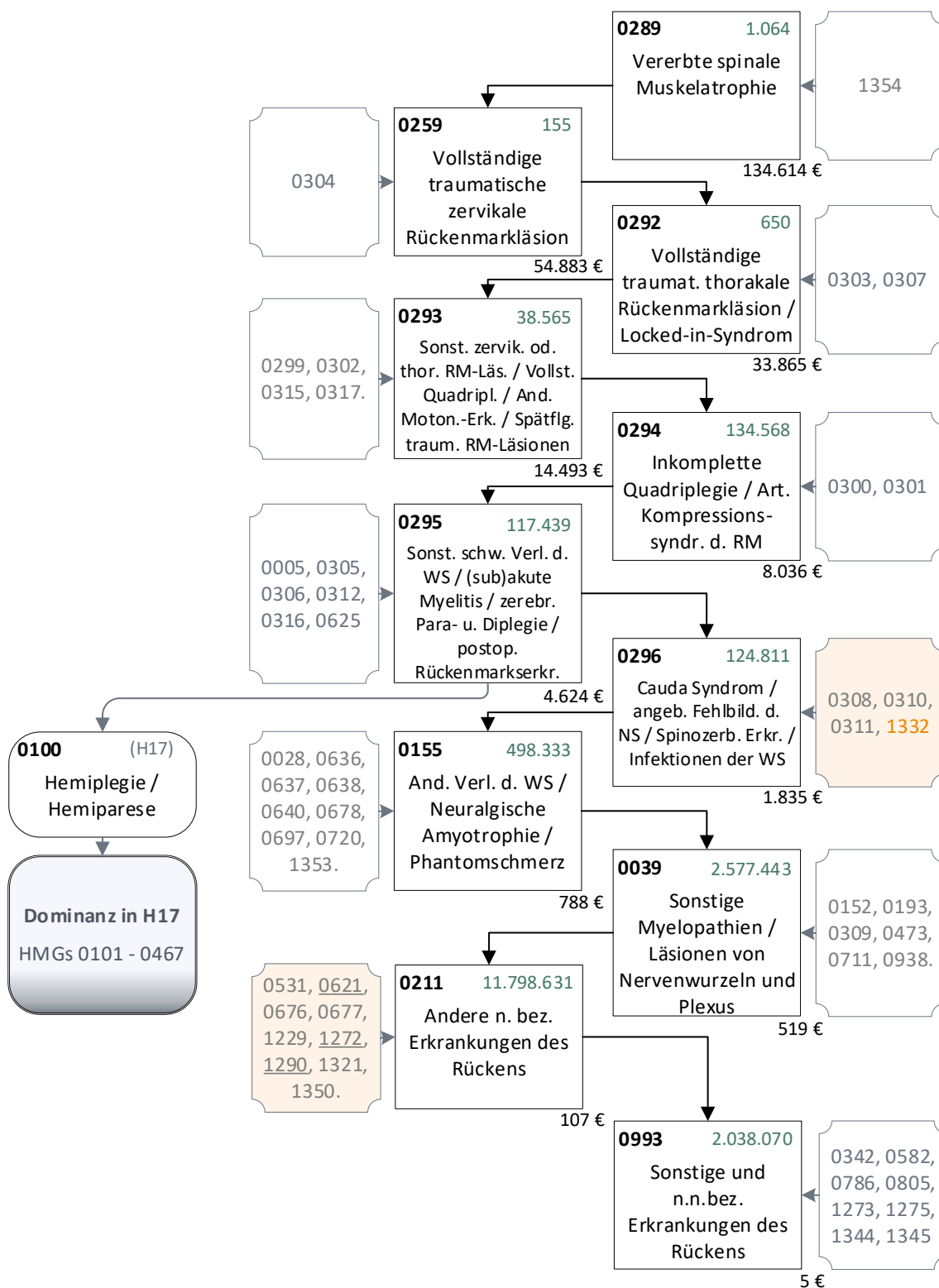
Tabelle 16.6 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 16.2 stellt die Festlegung der Hierarchie graphisch dar.

Tabelle 16.6: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 13 für das AJ 2023

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,5138 %	0,1939 PP	58,5137 %	0,1939 PP
	CPM	28,5301 %	0,0571 PP	28,5299 %	0,0570 PP
	MAPE	2.493,54 €	-1,9918 €	2.493,55 €	-1,9881 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Hauptstrang					
HMG0289	Vererbte spinale Muskelatrophie	1.064	134.614 €	1.064	134.614 €
HMG0259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarkläsion	155	54.883 €	155	54.883 €
HMG0292	Vollständige thorakale Rückenmarkläsion / Locked-in-Syndrom	650	33.865 €	650	33.865 €
HMG0293	Sonstige zervikale oder thorakale Rückenmarkläsion / Vollständige Quadriplegie / Andere Motoneuronenerkrankungen / Spätfolgen traumatischer Rückenmarkläsionen	38.565	14.494 €	38.565	14.493 €
HMG0294	Inkomplette Quadriplegie / Arterielle Kompressionssyndrome des Rückenmarks	134.568	8.037 €	134.568	8.036 €
HMG0295	Sonstige schwere Verletzungen der Wirbelsäule / (sub)akute Myelitis / zerebrale Para- und Diplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen	117.439	4.624 €	117.439	4.624 €
HMG0296	Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen / Infektionen der Wirbelsäule	123.783	1.840 €	124.811	1.835 €
HMG0155	Andere Verletzungen der Wirbelsäule / Neuralgische Amyotrophie / Phantomglied	498.367	789 €	498.333	788 €
HMG0039	Sonstige Myelopathien / Läsionen der Nervenwurzeln und Plexus	2.577.568	520 €	2.577.443	519 €
HMG0322	Näher bezeichnete Instabilität oder Deformität der Wirbelsäule / Andere entzündliche Spondylopathien	550.879	185 €		
HMG0211 (neu)	Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens			11.798.631	107 €
HMG0211 (alt)	Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens	11.248.076	104 €		
HMG0993	Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens	2.038.056	5 €	2.038.070	5 €
Externe Dominanz (in H17)					
HMG0100	Hemiplegie / Hemiparese	398.671	2.463 €	398.671	2.463 €
HMG0101	Arteria-carotis-interna-, bilaterale und multiple Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien/ Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	123.467	1.448 €	123.467	1.448 €
HMG0103	Aneurysma, Dissektion, Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (> 17 Jahre) / Transiente zerebrale Ischämien, Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik/ Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	1.044.372	578 €	1.044.372	578 €
HMG0467	Zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen / Transiente zerebrale Ischämien / Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien	774.793	7 €	774.793	8 €

Quelle: BAS

Abbildung 16.2: Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

17 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

17.1 Festlegungsentwurf

Im Rahmen des Ausgangsmodells wurde das bisher nicht in der Klassifikation verwendete chronische Müdigkeitssyndrom in die Hierarchie 14 aufgenommen. Der Strang „Neuralgische Amyotrophie / Verletzung der Plexus u. a.“ wurde in die Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“ verschoben. Die Hierarchie wurde einer umfassenden Konsolidierung unterzogen, die insbesondere auf Komorbiditätsanalysen basierte. Dabei entstand ein gemeinsamer unterer Strang, der von allen Strängen dominiert wird. Im Rahmen des Schwerpunktthemas „Arzneimittel als Aufgreifkriterium“ wurden eine Reihe von Vorschlägen der Anhörungspartner geprüft und in der Mehrzahl auch als Arzneimittelvalidierung oder -differenzierung in die Hierarchie integriert.

Tabelle 17.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber. Abweichend vom üblichen Vorgehen wird der **Festlegungsentwurf des Gesamtmodells** in Hinblick auf Hierarchie 14 dargestellt, da nur in diesem die Hierarchieverletzung zwischen der HMGs 0069 (Strang 2a) und der HMG0307 (Strang 2c) eingetreten ist. Sämtliche Analysen in der Hierarchie 14 werden daher im Rahmen dieses Kapitels ausnahmsweise auf dem Gesamtmodell durchgeführt werden. Dies ist zwar deutlich aufwändiger. Dieser Aufwand ist jedoch an dieser Stelle erforderlich, um die Auswirkungen der Hierarchieverletzung im Gesamtmodell zu verdeutlichen.

Tabelle 17.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 14 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der H14 im Gesamtmodell	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		59,7905 %	1,4707 %
	CPM	28,4730 %		29,5742 %	1,1012 %
	MAPE	2.495,53 €		2.457,11 €	-38,4205 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Muskeldystrophie u. a.“					
HMG0233	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)	3.590	13.773 €	3.590	11.560 €
HMG0401	Mitochondriale Zytopathie	1.538	9.195 €	1.538	9.317 €
HMG0232 (neu)	Muskeldystrophie (> 17 Jahre) / Myasthenia gravis			43.025	3.645 €
HMG0232 (alt)	Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)	28.356	3.502 €		
HMG0680 (alt)	Erkrankungen der motorischen Endplatte / Myasthenia gravis	32.133	2.030 €		
HMG0977 (neu)	Myopathien, andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems			59.128	1.010 €
HMG0977 (alt)	Myopathien	46.711	1.002 €		
HMG0692 (alt)	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	11.506	865 €		
Strang 2a: „Apallisches Syndrom u. a.“					
HMG0297	Apallisches Syndrom / Reye-Syndrom	6.946	38.623 €	6.946	39.384 €
HMG0234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	124.699	13.737 €	124.700	13.926 €
HMG0980	Hirnödem	14.948	11.932 €	14.896	12.487 €
HMG0069	Polyneuropathie mit Dauermedikation			85.846	5.724 €

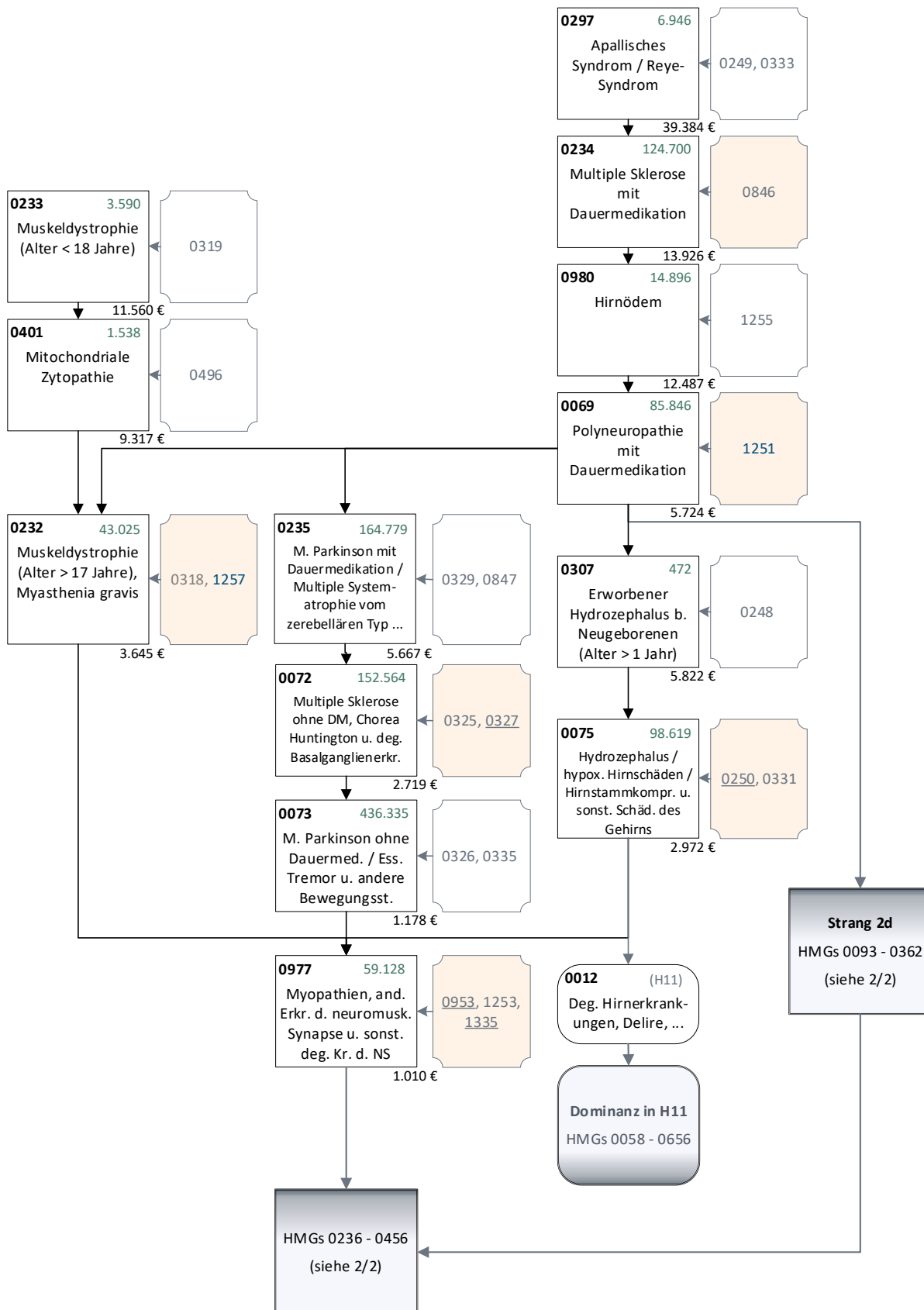
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der H14 im Gesamtmodell	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		59,7905 %	1,4707 %
	CPM	28,4730 %		29,5742 %	1,1012 %
	MAPE	2.495,53 €		2.457,11 €	-38,4205 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Stränge 2b: „Morbus Parkinson, MSA-C u. a.“					
HMG0235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]	164.779	5.688 €	164.779	5.667 €
HMG0072 (neu)	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen			152.564	2719 €
HMG0072 (alt)	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation	140.908	2.653 €		
HMG0097 (alt)	Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen	14.657	3.226 €		
HMG0073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen	449.060	1.020 €	436.335	1.178 €
Stränge 2c „Hydrozephalus u. a.“					
HMG0307	Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)	472	5.801 €	472	5.822 €
HMG0075 (neu)	Hydrozephalus / hypoxische Hirnschäden / Hirnstammkompression und sonstige Schädigungen des Gehirns			98.619	2.972 €
HMG0075 (alt)	Hydrozephalus / hypoxische Hirnschäden / Hirnstammkompression	82.901	2.829 €		
HMG0298 (alt)	Normotoner Hydrozephalus und sonstige Schädigungen des Gehirns	16.390	2.080 €		
HMG0012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	671.330	1.120 €	593.173	1.617 €
Stränge d „Meningitis, Enzephalitis“					
HMG0093	Nicht virale Meningitis / Enzephalitis	12.588	3.618 €	10.960	4.149 €
HMG0362 (neu)	Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale intrakranielle Infektionen / intrakranielle / intraspinale Abszesse oder Phlebitis			20.215	1.249 €
HMG0362 (alt)	Virale Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale intrakranielle Infektionen	14.341	883 €		
HMG0379 (alt)	Meningitis unbekannter Ursache, intrakranielle / intraspinale Abszesse oder Phlebitis	6.887	1.806 €		
Stränge 3: „Guillain-Barre-Syndrom, Neuropathien u. a.“					
HMG0011	Guillain-Barre-Syndrom	3.003	5.640 €	3.003	5.552 €
HMG0191	Refsum-Krankheit / Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie	1.179	1.132 €	1.179	1.223 €
Strang 4: „Epilepsien“					
HMG0299	Status epilepticus (< 18 Jahre)	1.959	16.373 €	1.959	16.286 €
HMG0302	Status epilepticus (> 17 Jahre)	9.468	7.547 €	9.468	7.600 €
HMG0074	Epilepsie (< 18 Jahre)	69.101	5.626 €	69.101	5.612 €
HMG0076	Epilepsie (> 17 Jahre)	791.803	1.208 €	791.803	1.271 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der H14 im Gesamtmodell	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		59,7905 %	1,4707 %
	CPM	28,4730 %		29,5742 %	1,1012 %
	MAPE	2.495,53 €		2.457,11 €	-38,4205 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsames Ende aller Stränge (neu)					
HMG0236 (neu)	Cluster-Kopfschmerz / Spätfolgen von Infektionen des Zentralnervensystems / Rheumatische Chorea / Parkinson-Syndrome			98.472	517 €
HMG0236 (alt)	Cluster-Kopfschmerz / Spätfolgen von Infektionen des Zentralnervensystems	82.884	359 €		
HMG0949 (alt)	Rheumatische Chorea / Parkinson-Syndrome	29.624	437 €		
HMG0080 (neu)	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Chronische Müdigkeitssyndrome, Trigeminusneuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Erkrankungen des ZNS			3.296.867	346 €
HMG0080 (alt)	Anderer Krankheitszustand des Zentralnervensystems / Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie	1.580.313	281 €		
HMG0308 (alt)	Chronische Müdigkeitssyndrome	100.146	117 €		
HMG0167 (alt)	Trigeminusneuralgie und Erkrankungen anderer Hirnnerven und des autonomen Nervensystems	404.783	236 €		
HMG0071 (alt)	Polyneuropathie ohne Dauermedikation	1.506.929	583 €		
HMG0418 (neu)	Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation / N.n.bez. virale Meningitis / Enzephalitis / N.n.bez. neuromuskuläre Krankheit, n.n.bez. degenerative Krankheit des Nervensystems / (Mono)neuropathien / Sonstige Erkrankungen des ZNS			1.876.427	89 €
HMG0418 (alt)	Migräne-Kopfschmerz / N.n.bez. virale Meningitis / Enzephalitis	954.234	142 €		
HMG0681 (alt)	N.n.bez. neuromuskuläre Krankheit, n.n.bez. degenerative Krankheit des Nervensystems	91.087	22 €		
HMG0684 (alt)	Sonstiger / n.n.bez. Krankheitszustand des Zentralnervensystems	105.422	59 €		
HMG0961 (alt)	(Mono)neuropathien	1.218.700	15 €		
HMG0686 (alt)	Sonstige und n.n.bez. (Mono)neuropathien und Erkrankungen der Hirnnerven	72.985	-4 €		
HMG0456	Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome / sonstiger und n.n.bez. Migräne-Kopfschmerz	1.926.902	-78 €	1.448.954	-33 €

Quelle: BAS

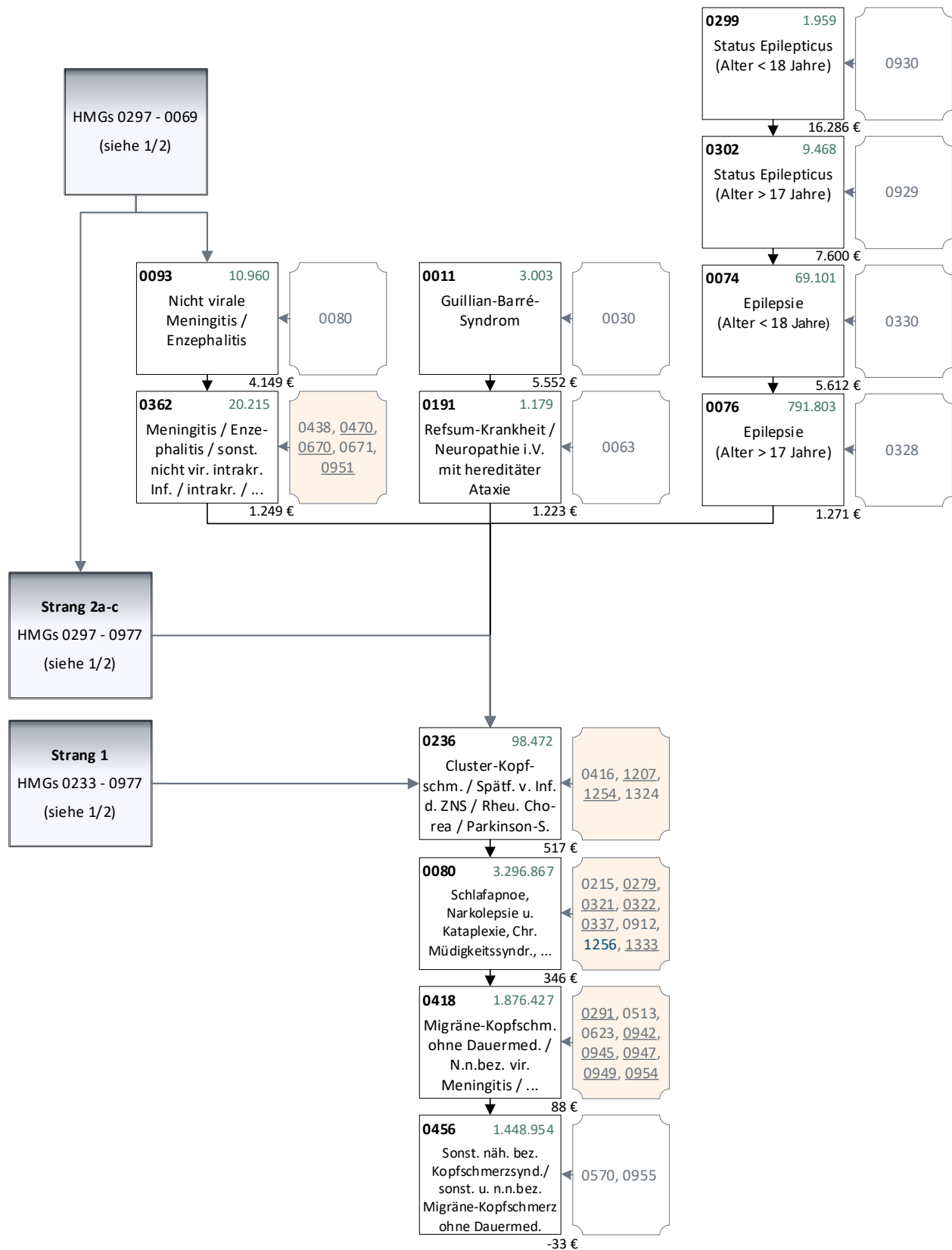
Abbildung 17.1 und Abbildung 17.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs der Hierarchie 14 graphisch zusammen. Die Schätzer und Fallzahlen entsprechen dabei denen des Gesamtmodells, in dem die Änderungen des Festlegungsentwurfs aller Hierarchien abgebildet werden. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 17.1: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 17.2: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (Gesamtmod.) (2/2)



Quelle: BAS

17.2 Anhörungsverfahren

17.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

17.2.1.1 Hierarchieverletzung / Komorbiditäten

Der GKV-SV weist darauf hin, dass es bei den Modellen mit Risikopool zu einer Hierarchieverletzung von der neuen HMG0069 „Polyneuropathie mit Dauermedikation“ mit einem Kostenschätzer in Höhe von 5.723 € zur HMG0307 „Erworbener Hydrozephalus b. Neugeborenen (Alter > 1 Jahr)“ mit einem Kostenschätzer in Höhe von 5.822 € käme. Im Festlegungsentwurf sei der Zuschlag für die HMG0069 immer mit rd. 7.800 € angegeben worden, allerdings weise das BAS selbst darauf hin, dass diese Hierarchieverletzung nach Abschluss der Anhörung im Rahmen der Festlegung noch behoben werde (Seite 349). Zudem näherten sich die Kostenschätzer der HMG0069 und HMG0235 stark an. Dies solle bei der Bearbeitung der Hierarchieverletzung ebenfalls betrachtet werden.

Der BKK DV merkt zur HMG0069 an, dass die Umsetzung des BKK-Vorschlags zur Einführung einer neuen HMG Polyneuropathie mit Dauermedikation begrüßt würde. Bei einer folgenden Anpassung könnte ggf. die Eingrenzung der ICDs enger gefasst und auf schwere Polyneuritiden (G61.1-9) eingegrenzt werden, da eine Anwendung für die anderen hinterlegten ICDs klinisch nicht relevant sei.

Für den GKV-SV ist eine inhaltliche Untersuchung der vorgefundenen Über- bzw. Unterdeckungen angezeigt. Zudem solle die Einführung veränderter Aufgreifkriterien sowie die Kostenhomogenität der betroffenen HMGs betrachtet werden. Zur Verflechtung der Stränge 2 und 3 wird angemerkt, dass die Zusammenlegung der beiden Stränge mit einer durch Komorbidität verursachten deutlichen Überdeckung von Morbiditätsgruppen einhergehen würde. Betrachtete man die Veränderungen von Modell 01 zu Modell 02, in dem die beiden Stränge hierarchisiert zusammengefasst sind, fiel auf, dass sich die Besetzungszahlen der einzelnen HMGs nur geringfügig änderten und sämtliche Kostenschätzer angestiegen seien. Insofern könne nicht davon ausgegangen werden, dass mit diesem Schritt die Überdeckungen beseitigt würden und die Komorbidität ursächlich für die beobachteten Überdeckungen sei. Zu vermuten sei, dass die Überdeckungen eher aus den getroffenen ICD-DxG-HMG-Zuordnungen resultieren, weshalb vorgeschlagen wird, die Kostenhomogenität der HMGs zu untersuchen.

17.2.1.2 ICD-Kodes zu COVID-19

Der GKV-SV und die TK et al. merken zur Eingliederung der ICD-Kodes G93.3 „Chronisches Müdigkeitssyndroms“ und U09.9 „Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ an, dass die beiden ICD-Kodes als einzige ICD-Kodes einer gemeinsamen DxG0279 / HMG0308 „Chronische Müdigkeitssyndrome“ zugeordnet würden, die frei in der Hierarchie stünden. Im Rahmen der Anpassung der Hierarchiestruktur würde 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 sei 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 zielführend.

17.2.1.3 Arzneimittel

Der GKV-SV und der BKK DV weisen zur Arzneimittelauswahl der DxG1257 „Myasthenia gravis“ darauf hin, dass in der Arzneimittelauswahl die intravenösen Immunglobuline (J06BA) fehlten. Diese könnten laut Arzneimittelrichtlinie Anlage VI als Off-Label-Use zur Behandlung der Myasthenia gravis eingesetzt werden. Es wird vorgeschlagen, den ATC-Kode J06BA „Immunglobuline, normal human“ in der Anlage 3 der Festlegungen für die DxG1257 „Myasthenia gravis“ zu ergänzen.

Der GKV-SV merkt zur Überprüfung eines Vorschlags zur Arzneimitteldifferenzierung bei Multipler Sklerose an, das BAS greife den Vorschlag einer geänderten Arzneimitteldifferenzierung nicht auf, da diese in ihrer Ausgestaltung nicht dem zugrundeliegenden Gedanken der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung entspräche. Es wird vorgeschlagen, eine differenzierte Arzneimitteltherapie für die Multiple Sklerose im nächsten Anpassungszyklus zu untersuchen. Es sei davon auszugehen, dass hierdurch die Folgekosten für Versicherte mit Multipler Sklerose in Abhängigkeit ihrer Arzneimitteltherapie zielgenauer abgebildet würden.

Der AOK-BV weist darauf hin, dass aufgrund der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung verschiedene Medikamente gegeneinander substituiert werden könnten. Daher sollte für die DxG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ die Aufnahme des ATC-Kodes L01XC04 „Alemtuzumab“ geprüft werden (siehe Stellungnahme des AOK-BV zum FLE AJ23, Seite 8).

Die DAK-G sieht bei Migräne mit Dauermedikation ebenfalls eine neue Arzneimitteldifferenzierung, die zu einer Verbesserung beitragen könne und damit eine sinnvolle Abbildung darstelle. Der relative Unterschied des Kostenschätzers bei einer hohen Anzahl an Versicherten, die insgesamt eine Steigerung von ca. 3 % von Versicherten mit einem Migräne-Zuschlag beinhalte, rechtfertige diese Abbildung. Hier ließe sich nach Einschätzung der DAK-G mit dem ATC-Kode N02CD aus der Arzneimittelgruppe zur Prophylaxe eine zusätzliche HMG entsprechend dem pyramidalen Ansatz der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung hierarchisch über der HMG0080 abbilden, die bei ausreichender Besetzung ein Vielfaches des Kostenschätzers haben müsste. Die DAK-G bittet das BAS zu prüfen, ob diese mehrfache Arzneimitteldifferenzierung bei Migräne zu einer weiteren Verbesserung führt.

Der BKK DV merkt zur HMG0080 „... Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation ...“ ebenso an, dass die Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung für Migräne prinzipiell begrüßt werde. Die Arzneimittelauswahl für die Dauermedikation jedoch sei sehr umfangreich und auch unspezifisch. Dies betrifft sowohl die Bedarfsmedikation (beispielsweise NSAR) als auch die Prophylaxe (z.B. Betablocker). Eigene Datenanalysen legten nahe, dass beispielsweise Betablocker in der Gesamtbevölkerung ähnlich häufig verordnet würden wie bei Migränapatienten. Die Behandlung und Prophylaxe der mittelschweren bis schweren Migräne erfordere häufig spezifischere Medikamente. Insbesondere die Antikörpertherapie (ATC-Gruppe N02CD) als teure und schnell wachsende Therapiealternative zur Anfallsprophylaxe sei hierbei gesondert zu berücksichtigen. Eine von den Betriebskrankenkassen durchgeführte Neuberechnung anhand von BKK-Daten ergäbe bei Eingrenzung auf diese ATC-Gruppe eine Verbesserung der Gütemaße. So sei auch das Kostengewicht in dieser Gruppe um den Faktor 13 erhöht. Daher erscheine eine Einschränkung auf diese Arzneimittel oder die Einführung einer weiteren HMG mit Eingrenzung auf diese Arzneimittel sinnvoll.

17.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

17.2.2.1 Hierarchieverletzung / Komorbiditäten

In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf AJ 2023 war bereits angekündigt worden, dass die im Gesamtmodell aufgetretene Hierarchieverletzung in der Hierarchie 14 im Rahmen der Festlegung beseitigt werde. Dabei werden auch geeignete HMG-Zusammenlegungen erwogen.

17.2.2.2 ICD-Kodes zu COVID-19

Sobald im Rahmen des prospektiven Modells erste Daten vorliegen, ist es für neue ICD-Kodes, die im Rahmen der jeweiligen ICD-10-GM-Aktualisierungen in das Klassifikationsmodell aufgenommen werden, möglich, die empirischen Daten zu prüfen. Findet eine solche Prüfung statt, so beinhaltet diese eine Analyse, ob die Fallzahl- und Kostenschätzer-Entwicklung Anpassungen im Modell erfordern. Ein „Frei-ins-Modell-Stellen“ neuer ICD-Kodes ohne Kenntnis der Fallzahl- und Kostenschätzer-Entwicklung wird vom BAS nicht als zielführend angesehen.

17.2.2.3 Arzneimittel

Der Vorschlag zum ATC-Kode J06BA „Immunglobuline, normal human“ in das Arzneimittelkriterium der DxG1257 „Myasthenia gravis“ wird aufgegriffen und im Folgenden geprüft.

Das BAS wird die Zweckmäßigkeit der bestehenden Arzneimitteldifferenzierung bei Multipler Sklerose in einem der nächsten Anpassungszyklen erneut prüfen.

In der DxG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ wird der Wirkstoff Alemtuzumab (L04AA34) über den Fünfsteller L04AA „Selektive Immunsuppressiva“ aufgegriffen. Der zweite ATC-Kode für Alemtuzumab, L01XC04, ist im letzten Jahr im Zuge der Aufgliederung der ATC-Gruppe L01XC aus der ATC-Klassifikation entfallen. Fertigarzneimittel mit dem ATC-Kode L01XC04 und der zugehörigen Indikation werden nicht mehr vertrieben.

Im Festlegungsentwurf wurde zur Migräne eine Arzneimitteldifferenzierung vorgestellt, die sowohl die akute, als auch die prophylaktische Arzneimittel-Therapie, berücksichtigt. Durch das breite Symptombild der Migräne ist die Wirkstoff-Auswahl naturgemäß sehr heterogen. Auch wenn z. B. Beta-Blocker bei Migräne-Patienten ähnlich häufig wie in der Gesamtbevölkerung vorkommen, können sie nicht ignoriert werden. Eine Veränderung der einfachen zu einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung durch Bildung einer weiteren Diagnosegruppe, bei der nur der ATC-Kode N02CD „Calcitonin-Gene-Related-Pep-tide (CGRP)-Antagonisten“ berücksichtigt wird, ist für das BAS nicht nachvollziehbar. Bei der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung werden immer kleiner werdende Teilmengen von Arzneimitteln abgegrenzt, die bestimmten Therapiestufen oder Schweregraden entsprechen (sog. Pyramidaler Ansatz). Der hier genannte Vorschlag entspricht in seiner Ausgestaltung nicht dem zugrundeliegenden Gedanken der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung und wird daher nicht aufgegriffen.

17.3 Immunglobuline (J06BA) bei Myasthenia gravis

17.3.1 Hintergrund

Der GKV-SV und der BKK DV haben vorgeschlagen, für das Arzneimittelkriterium der DxG1257 „Myasthenia gravis“ den ATC-Kode J06BA „Immunglobuline, normal human“ zu ergänzen. Das BAS folgt dieser Empfehlung.

17.3.2 Untersuchung

In **Modell A01** wird die Arzneimittel der DxG1257 in Form des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel obligat – chronisch“ um den ATC-Kode J06BA ergänzt. Tabelle 17.2 zeigt die verwendeten ATC-Kodes.

Tabelle 17.2: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01

DxG	DxG-Bezeichnung	ATC	ATC-Bezeichnung
1257	Myasthenia gravis	H02AB	Glucocorticoide
		J06BA	Immunglobuline, normal human
		L01AA	Stickstofflost-Analoga
		L01XC	Monoklonale Antikörper
		L04AA	Selektive Immunsuppressiva
		L04AD	Calcineurin-Inhibitoren
		L04AX	Andere Immunsuppressiva
		N07AA	Cholinesterasehemmer

Quelle: BAS

Tabelle 17.3 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen.

Tabelle 17.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie im Gesamtmodell		Modell A01 im Gesamtmodell	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,7905 %	1,4707 %	59,7906 %	1,4708 PP
	CPM	29,5742 %	1,1012 %	29,5742 %	1,1013 PP
	MAPE	2.457,11 €	-38,4205 €	2.457,11 €	-38,4227 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Muskeldystrophie u. a.“					
HMG0233	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)	3.590	11.560 €	3.590	11.560 €
HMG0401	Mitochondriale Zytopathie	1.538	9.317 €	1.538	9.320 €
Gemeinsamer Strangabschnitt 1 & 2 & 3 & 5 (Ausschnitt)					
HMG0069	Polyneuropathie mit Dauermedikation	85.846	5.724 €	85.846	5.705 €
HMG0232	Muskeldystrophie (> 17 Jahre) / Myasthenia gravis	43.025	3.645 €	43.041	3.662 €
Gemeinsamer unterer Strang (Ausschnitt)					
HMG0977	Myopathien, andere Erkr. d. neuromusk. Synapse u. sonst. degenerativen Krankheiten d. Nervensystems	59.128	1.010 €	59.124	1.005 €

Quelle: BAS

In der HMG0232 „Muskeldystrophie (>17 Jahre) / Myasthenia gravis“ werden durch die Aufnahme des ATC-Kodes J06BA in die Liste der zu verwendenden ATC-Kodes der DxG1257 17 weitere Versicherte klassifiziert. Erwartungsgemäß bleiben hierdurch die Kennzahlen nahezu unverändert.

17.3.3 Zwischenergebnis

Der Vorschlag wird angenommen und bildet die Grundlage für die weiteren Auswertungen.

17.4 Beseitigung der Hierarchieverletzung zwischen HMG0069 und HMG0307

17.4.1 Hintergrund

Obwohl das hierarchiebezogene Modell der Hierarchie 14 einen Abstand von über 2.000 € zwischen den HMGs 0069 „Polyneuropathie mit Dauermedikation“ und der von ihr dominierten HMG0307 „Erworbenes Hydrozephalus bei Neugeborenen (Alter > 1 Jahr)“ aufwies, ist es im Gesamtmodell zum Festlegungsentwurf, in dem alle hierarchiebezogenen Veränderungen eingehen, zu einer Hierarchieverletzung zwischen diesen beiden HMGs gekommen (HMG0069: 5.724 €, HMG0307: 5.822 €). Auch der Schätzer der ebenfalls von der HMG0069 dominierten HMG0235 „Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]“ liegt mit 5.667 € sehr nahe an dem Schätzer der HMG0069.

17.4.2 Untersuchung

Zunächst wird in Tabelle 17.4 der hierarchiebezogene Festlegungsentwurf, in dem alle anderen Hierarchien den Status des Ausgangsmodell hatten, mit dem Festlegungsentwurf im Gesamtmodell verglichen. Dieser Vergleich verdeutlicht die Veränderungen der Schätzer aufgrund der Anpassungen in allen Hierarchien in Hinblick auf die Hierarchie 14.

Tabelle 17.4: Vergleich des hierarchiebezogenen Festlegungsentwurfs mit dem Festlegungsentwurf des Gesamtmodells

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegungsentwurf im Gesamtmodell	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3685 %	0,0486 PP	59,7905 %	1,4707 PP
	CPM	28,4924 %	0,0195 PP	29,5742 %	1,1012 PP
	MAPE	2.494,85 €	-0,6795 €	2.457,11 €	-38,4205 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Muskeldystrophie u. a.“					
HMG0233	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)	3.590	13.800 €	3.590	11.560 €
HMG0401	Mitochondriale Zytopathie	1.538	9.268 €	1.538	9.317 €
Gemeinsamer Kopf Stränge 2 & 3 & 5 & 7					
HMG0297	Apallisches Syndrom / Reye-Syndrom	6.946	38.937 €	6.946	39.384 €
HMG0234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	124.699	13.737 €	124.700	13.926 €
HMG0980	Hirnödem	14.896	12.388 €	14.896	12.487 €
HMG0069	Polyneuropathie mit Dauermedikation	85.846	7.855 €	85.846	5.724 €
Gemeinsamer Strangabschnitt 1 & 2 & 5					
HMG0232	Muskeldystrophie (> 17 Jahre) / Myasthenia gravis	43.025	3.529 €	43.025	3.645 €
Stränge 2: „Multiple Sklerose“ & 3 „Morbus Parkinson u. a.“					
HMG0235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]	164.779	5.688 €	164.779	5.667 €
HMG0072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen	152.565	2.689 €	152.564	2.719 €
HMG0073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen	436.335	1.154 €	436.335	1.178 €
Strang 5: „Apallisches Syndrom, Hydrozephalus u. a.“					
HMG0307	Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)	472	5.806 €	472	5.822 €
HMG0075	Hydrozephalus / hypoxische Hirnschäden / Hirnstammkompression und sonstige Schädigungen des Gehirns	98.619	2.766 €	98.619	2.972 €
Aus Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“					
HMG0012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	665.727	1.169 €	593.173	1.617 €
Gemeinsamer Strangabschnitt 1 & 2 & 3 & 5					
HMG0977	Myopathien, andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	59.128	935 €	59.128	1.010 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegungsentwurf im Gesamtmodell	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3685 %	0,0486 PP	59,7905 %	1,4707 PP
	CPM	28,4924 %	0,0195 PP	29,5742 %	1,1012 PP
	MAPE	2.494,85 €	-0,6795 €	2.457,11 €	-38,4205 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 6: „Meningitis, Enzephalitis“					
HMG0093	Nicht virale Meningitis / Enzephalitis	10.960	4.141 €	10.960	4.149 €
HMG0362	Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale intrakranielle Infektionen / intrakranielle / intraspinale Abszesse oder Phlebitis	20.215	1.355 €	20.215	1.249 €
Strang 4: „Epilepsien“					
HMG0299	Status epilepticus (< 18 Jahre)	1.959	16.393 €	1.959	16.286 €
HMG0302	Status epilepticus (> 17 Jahre)	9.468	7.609 €	9.468	7.600 €
HMG0074	Epilepsie (< 18 Jahre)	69.101	5.637 €	69.101	5.612 €
HMG0076	Epilepsie (> 17 Jahre)	791.803	1.254 €	791.803	1.271 €
Strang 7: „Guillain-Barre-Syndrom u. a.“					
HMG0011	Guillain-Barre-Syndrom	3.003	5.344 €	3.003	5.552 €
HMG0191	Refsum-Krankheit / Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie	1.179	966 €	1.179	1.223 €
Gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0236	Cluster-Kopfschmerz / Spätfolgen von Infektionen des Zentralnervensystems / Rheumatische Chorea / Parkinson-Syndrome	98.472	478 €	98.472	517 €
HMG0080	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Chronische Müdigkeitssyndrome, Trigeminusneuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Erkrankungen des ZNS	3.296.867	314 €	3.296.867	346 €
HMG0418	Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation / N.n.bez. virale Meningitis / Enzephalitis / N.n.bez. neuromuskuläre Krankheit, n.n.bez. degenerative Krankheit des Nervensystems / (Mono)neuropathien / Sonstige Erkrankungen des ZNS	1.876.427	83 €	1.876.427	88 €
HMG0456	Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome / sonstiger und n.n.bez. Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation	1.448.954	-34 €	1.448.954	-33 €

Quelle: BAS

Diese Hierarchieverletzung wird in **Modell A02** durch die Aufhebung der Dominanzbeziehung zwischen HMG0069 und HMG0235 behoben. Die HMG0069 wird in den Strang 2 eingegliedert. Um Folgeprobleme aufgrund veränderter Schätzer zu vermeiden und die Modellstruktur weiter zu verschlanken, erfolgen

auch die Einbindung der HMGs 0235, 0072 und 0977 in die Dominanzstruktur des Strangs 1. Modell A02 wurde in Teilschritten erarbeitet, die nicht gesondert dargestellt werden. Die HMGs 0073 und 0977, welche im Rahmen der schrittweisen Analyse aufgrund der ähnlichen Kostenschätzern identifiziert und als problematisch bewertet wurden, wurden in Modell A02 ebenfalls zusammengelegt. In Tabelle 17.5 wird das Ergebnis in Modell A02 abgebildet.

Tabelle 17.5: Ergebnisse des Vergleichs von Modell A01 mit A02

		Modell A01 im Gesamtmodell		Modell A02 im Gesamtmodell	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,7906 %	1,4708 PP	59,7912 %	1,4714 PP
	CPM	29,5742 %	1,1013 PP	29,5744 %	1,1014 PP
	MAPE	2.457,11 €	-38,4227 €	2.457,10 €	-38,4289 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Muskeldystrophie u. a.“					
HMG0233	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)	3.590	11.560 €	3.590	11.585 €
HMG0401	Mitochondriale Zytopathie	1.538	9.320 €	1.538	9.511 €
Gemeinsamer Kopf Stränge 2 & 3 & 5 & 7					
HMG0297	Apallisches Syndrom / Reye-Syndrom	6.946	39.383 €	6.946	39.387 €
HMG0234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	124.700	13.926 €	124.700	13.927 €
HMG0980	Hirnödem	14.896	12.487 €	14.896	12.487 €
Gemeinsamer Strangabschnitt 1 & 2 & 5					
HMG0232	Muskeldystrophie (> 17 Jahre) / Myasthenia gravis	43.041	3.662 €	44.354	3.697 €
Stränge 2: „Multiple Sklerose“ & 3 „Morbus Parkinson u. a.“					
HMG0235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]	164.779	5.667 €	165.697	5.664 €
HMG0072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington u. degene. Basalganglienerkrankungen	152.564	2.719 €	152.309	2.783 €
Strang 5: „Apallisches Syndrom, Hydrozephalus u. a.“					
HMG0069	Polyneuropathie mit Dauermedikation	85.846	5.705 €		
HMG0307	Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)	472	5.823 €	86.318	5.565 €
HMG0075	Hydrozephalus / hypoxische Hirnschäden / Hirnstammkompression u. sonst. Schädign. d. Gehirns	98.619	2.972 €	98.619	3.036 €
Aus Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“					
HMG0012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	593.173	1.617 €	592.480	1.617 €

		Modell A01 im Gesamtmodell		Modell A02 im Gesamtmodell	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell		R ²	59,7906 % 1,4708 PP	59,7912 % 1,4714 PP	
		CPM	29,5742 % 1,1013 PP	29,5744 % 1,1014 PP	
		MAPE	2.457,11 € -38,4227 €	2.457,10 € -38,4289 €	
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsamer Strangabschnitt 1 & 2 & 3 & 5					
HMG0073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essen- tieller Tremor und andere Bewegungsstörungen	436.335	1.178 €	488.929	1.151 €
HMG0977	Myopathien, and. Erkrankungen der neuromusku- lären Synapse u. sonst. deg. Kh. d. Nervensystems	59.124	1.005 €		
Strang 6: „Meningitis, Enzephalitis“					
HMG0093	Nicht virale Meningitis / Enzephalitis	11.273	4.147 €	11.273	4.142 €
HMG0362	Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale in- trakranielle Infektionen / intrakranielle / ...	20.483	1.237 €	20.483	1.237 €
Strang 4: „Epilepsien“					
HMG0299	Status epilepticus (< 18 Jahre)	1.959	16.286 €	1.959	16.291 €
HMG0302	Status epilepticus (> 17 Jahre)	9.468	7.595 €	9.468	7.599 €
HMG0074	Epilepsie (< 18 Jahre)	69.101	5.613 €	69.101	5.614 €
HMG0076	Epilepsie (> 17 Jahre)	791.803	1.271 €	791.803	1.272 €
Strang 7: „Guillain-Barre-Syndrom u. a.“					
HMG0011	Guillain-Barre-Syndrom	3.003	5.545 €	3.003	5.542 €
HMG0191	Refsum-Krankheit / Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie	1.179	1.224 €	1.179	1.227 €
Gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0236	Cluster-Kopfschmerz / Spätfolgen von Infektionen des Zentralnervensystems / Rheumatische ...	98.472	517 €	98.472	517 €
HMG0080	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Chroni- sche Müdigkeitssyndrome, Trigeminusneuralgie...	3.296.864	346 €	3.296.864	345 €
HMG0418	Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation / N.n.bez. virale Meningitis / Enzephalitis ...S	1.876.423	88 €	1.876.423	88 €
HMG0456	Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyn- drome / sonstiger und n.n.bez. Migräne- ...	1.448.954	-33,39 €	1.448.954	-33 €

Quelle: BAS

Letztendlich zusammengelegt wurden die HMG0069 „Polyneuropathie mit Dauermedikation“ und die HMG0307 „Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)“ zur neu definierten HMG0307 „Polyneuropathie mit Dauermedikation / Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)“.

Desgleichen wurden die HMG0977 „Myopathien, andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“ und die HMG0073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen“ zur neu definierten HMG0073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen / Myopathien / andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse / sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“ zusammengelegt.

17.4.3 Ergebnis

Die Behebung der Hierarchieverletzung geht mit einer nahezu unveränderten Güte der Kennzahlen einher. Alle Kennzahlen verbessern sich minimal. Das Modell A02 entspricht der Festlegung zur Hierarchie 14.

17.5 Festlegung der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

17.5.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

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

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

- Für die Arzneimittelprüfung der DxG1257 „Myasthenia gravis“ wird zu den bestehenden die ATC-Kodes H02AB, L01AA, L01XC, L04AA, L04AD, L04AX sowie N07AA der ATC-Kode J06BA ergänzt.

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

Folgende veränderte DxG-HMG-Zuordnungen werden festgelegt:

- Die DxG1251 „Polyneuropathie mit Dauermedikation“ und die DxG0248 „Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)“ bilden zusammen die neu definierte HMG0307 „Polyneuropathie mit Dauermedikation / Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)“.
- Die DxG0326 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation“, die DxG0335 „Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen“, die DxG0953 „Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“, die DxG1253 „Myopathien“ und die DxG1335 „Andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse“ bilden zusammen die neu definierte HMG0073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen / Myopathien / andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse / sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“.

Folgende HMGs werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf aufgelöst:

- Die HMG0069 „Polyneuropathie mit Dauermedikation“ entfällt.
- Die HMG0977 „Myopathien, andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“ entfällt.

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

Ergänzender Hinweis zur Anlage 3

Im Übergang vom GKV-Arzneimittelindex 06 / 2021 zu 06 / 2022 wird der ATC-4-Steller L01A „Monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate“ mit acht neu definierten Untergruppeneingeführt. Die Gruppe L01XC „Monoklonale Antikörper“ entfällt. Vor diesem Hintergrund wird in der Anlage 3 („Berücksichtigungsfähigkeit von Arzneimitteln je Dx-Gruppe“) der vorliegenden Festlegung in der Version des GKV-Arzneimittelindex mit Stand 06 / 2022 bei den DxGs 1251 und 1257 der ATC-Kode L01XC „Monoklonale Antikörper“ durch den neuen ATC-Kode L01FA „CD20 (Cluster of Differentiation 20)-Inhibitoren“ ersetzt. Dies geschieht in Analogie zur technischen Anpassung der Anlage 3 der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2022.

17.5.1.4 Hierarchisierung:

Die Hierarchisierung erfolgt in fünf Strängen:

- Strang 1: HMG0233 → HMG0401 → HMG0235 → HMG0232 → HMG0072 → HMG0073 → HMG236 → HMG0080 → HMG0418 → HMG0456,
- Strang 2: HMG0297 → HMG0234 → HMG0980 → HMG0307 → HMG0075 → HMG0073 → HMG0236 → HMG0080 → HMG0418 → HMG0456,
- Strang 3: HMG0297 → HMG0234 → HMG0980 → HMG0093 → HMG0362 → HMG0236 → HMG0080 → HMG0418 → HMG0456,
- Strang 4: HMG0011 → HMG0191 → HMG0236 → HMG0080 → HMG0418 → HMG0456,
- Strang 5: HMG0299 → HMG0302 → HMG0074 → HMG0076 → HMG0236 → HMG0080 → HMG0418 → HMG0456.

Zusätzlich besteht eine externe Dominanz von der Hierarchie 14 in die Hierarchie 11:³

- Externer Strang: HMG0297 → HMG0234 → HMG0980 → HMG0307 → HMG0075 → HMG0012 → HMG0974 → HMG0972 → HMG0485.

17.5.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 14

Tabelle 17.6 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber.

Abbildung 17.3 und Abbildung 17.4 stellen die Festlegung der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ graphisch dar.

³ Diese Dominanzreihenfolge enthält noch nicht die Änderungen, die sich aufgrund der Anpassungen in Hierarchie 14 ergeben haben (vgl. Kapitel 17). Die Dominanzreihenfolge oberhalb der HMG0012 ist dem Abschnitt 17.5.1.4 im Kapitel der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ zu entnehmen. Die vollständige Darstellung ist in Abbildung A.3.21 enthalten.

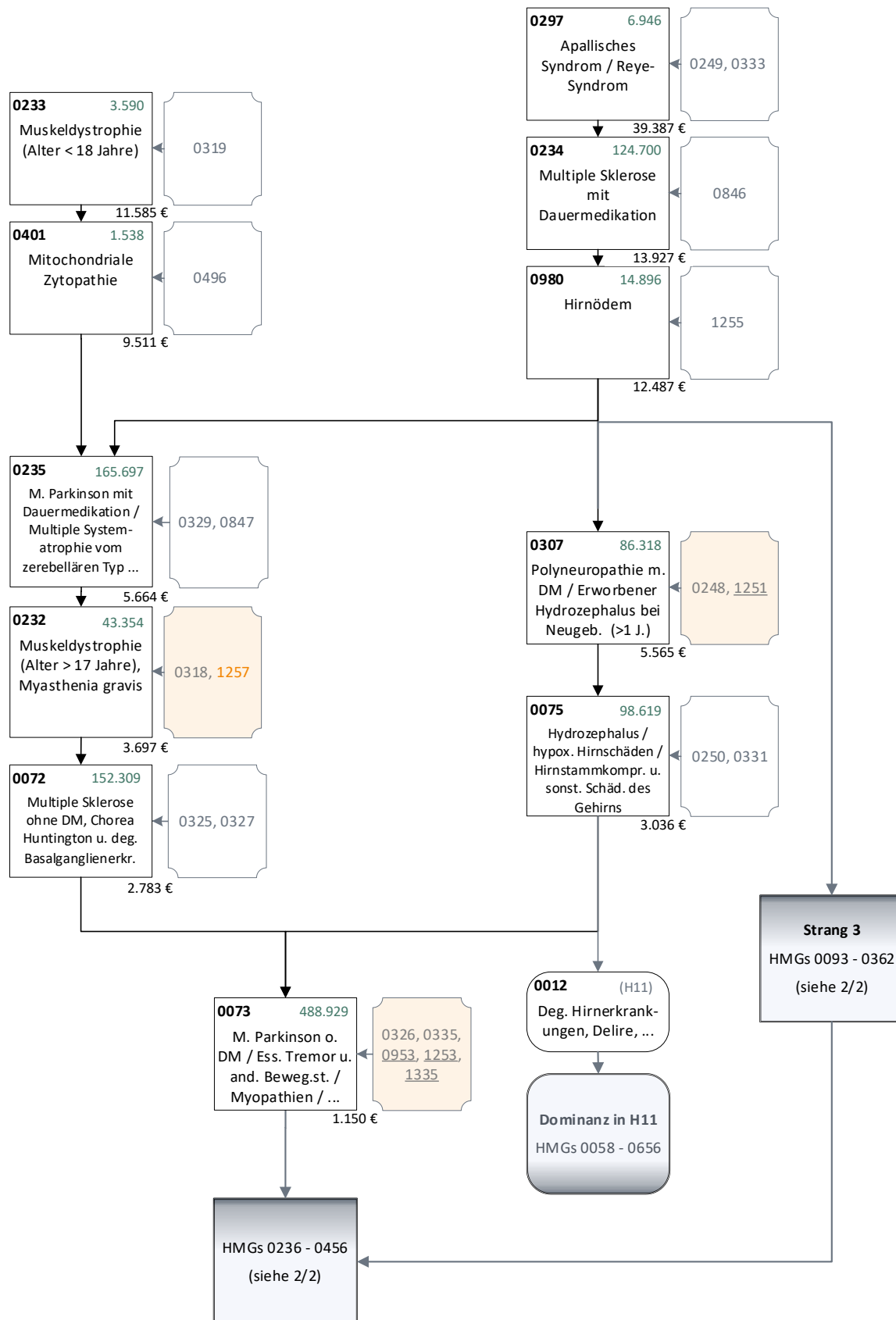
Tabelle 17.6: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2023

		Festlegungsentwurf im Gesamtmodell		Festlegung im Gesamtmodell	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,7905 %	1,4707 %	59,7912 %	1,4714 PP
	CPM	29,5742 %	1,1012 %	29,5744 %	1,1014 PP
	MAPE	2.457,11 €	-38,4205 €	2.457,10 €	-38,4289 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Muskeldystrophie u. a.“					
HMG0233	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)	3.590	11.560 €	3.590	11.585 €
HMG0401	Mitochondriale Zytopathie	1.538	9.317 €	1.538	9.511 €
Gemeinsamer Kopf Stränge 2 & 3 & 5 & 7					
HMG0297	Apallisches Syndrom / Reye-Syndrom	6.946	39.384 €	6.946	39.387 €
HMG0234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	124.700	13.926 €	124.700	13.927 €
HMG0980	Hirnödem	14.896	12.487 €	14.896	12.487 €
Gemeinsamer Strangabschnitt 1 & 2 & 5					
HMG0232	Muskeldystrophie (> 17 Jahre) / Myasthenia gravis	43.041	3.645 €	44.354	3.697 €
Stränge 2: „Multiple Sklerose“ & 3 „Morbus Parkinson u. a.“					
HMG0235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]	164.779	5.667 €	165.697	5.664 €
HMG0072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen	152.564	2.719 €	152.309	2.783 €
Strang 5: „Apallisches Syndrom, Hydrozephalus u. a.“					
HMG0307 (alt)	Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)	472	5.822 €		
HMG0307 (neu)	Polyneuropathie mit Dauermedikation / Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)			86.318	5.565 €
HMG0069	Polyneuropathie mit Dauermedikation	85.846	5.724 €		
HMG0075	Hydrozephalus / hypoxische Hirnschäden / Hirnstammkompression und sonstige Schädigungen des Gehirns	98.619	2.972 €	98.619	3.036 €
Aus Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“					
HMG0012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	593.173	1.617 €	592.480	1.617 €
Gemeinsamer Strangabschnitt 1 & 2 & 3 & 5					
HMG0073 (alt)	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen	436.335	1.178 €		
HMG0073 (neu)	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen / Myopathien, andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems			488.929	1.151 €
HMG0977	Myopathien, andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	59.124	1.010 €		
Strang 6: „Meningitis, Enzephalitis“					
HMG0093	Nicht virale Meningitis / Enzephalitis	10.960	4.149 €	11.273	4.142 €
HMG0362	Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale intrakranielle Infektionen / intrakranielle / intraspinale Abszesse oder Phlebitis	20.215	1.249 €	20.483	1.237 €

		Festlegungsentwurf im Gesamtmodell		Festlegung im Gesamtmodell	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,7905 %	1,4707 %	59,7912 %	1,4714 PP
	CPM	29,5742 %	1,1012 %	29,5744 %	1,1014 PP
	MAPE	2.457,11 €	-38,4205 €	2.457,10 €	-38,4289 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 4: „Epilepsien“					
HMG0299	Status epilepticus (< 18 Jahre)	1.959	16.286 €	1.959	16.291 €
HMG0302	Status epilepticus (> 17 Jahre)	9.468	7.600 €	9.468	7.599 €
HMG0074	Epilepsie (< 18 Jahre)	69.101	5.612 €	69.101	5.614 €
HMG0076	Epilepsie (> 17 Jahre)	791.803	1.271 €	791.803	1.272 €
Strang 7: „Guillain-Barre-Syndrom u. a.“					
HMG0011	Guillain-Barre-Syndrom	3.003	5.552 €	3.003	5.542 €
HMG0191	Refsum-Krankheit / Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie	1.179	1.223 €	1.179	1.227 €
Gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0236	Cluster-Kopfschmerz / Spätfolgen von Infektionen des Zentralnervensystems / Rheumatische Cho- rea / Parkinson-Syndrome	98.472	517 €	98.472	517 €
HMG0080	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Chroni- sche Müdigkeitssyndrome, Trigeminusneuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne- Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Er- krankungen des ZNS	3.296.867	346 €	3.296.864	345 €
HMG0418	Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation / N.n.bez. virale Meningitis / Enzephalitis / N.n.bez. neuromuskuläre Krankheit, n.n.bez. degenerative Krankheit des Nervensystems / (Mono)neuropa- thien / Sonstige Erkrankungen des ZNS	1.876.427	89 €	1.876.423	88 €
HMG0456	Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyn- drome / sonstiger und n.n.bez. Migräne-Kopf- schmerz ohne Dauermedikation	1.448.954	-33 €	1.448.954	-33 €

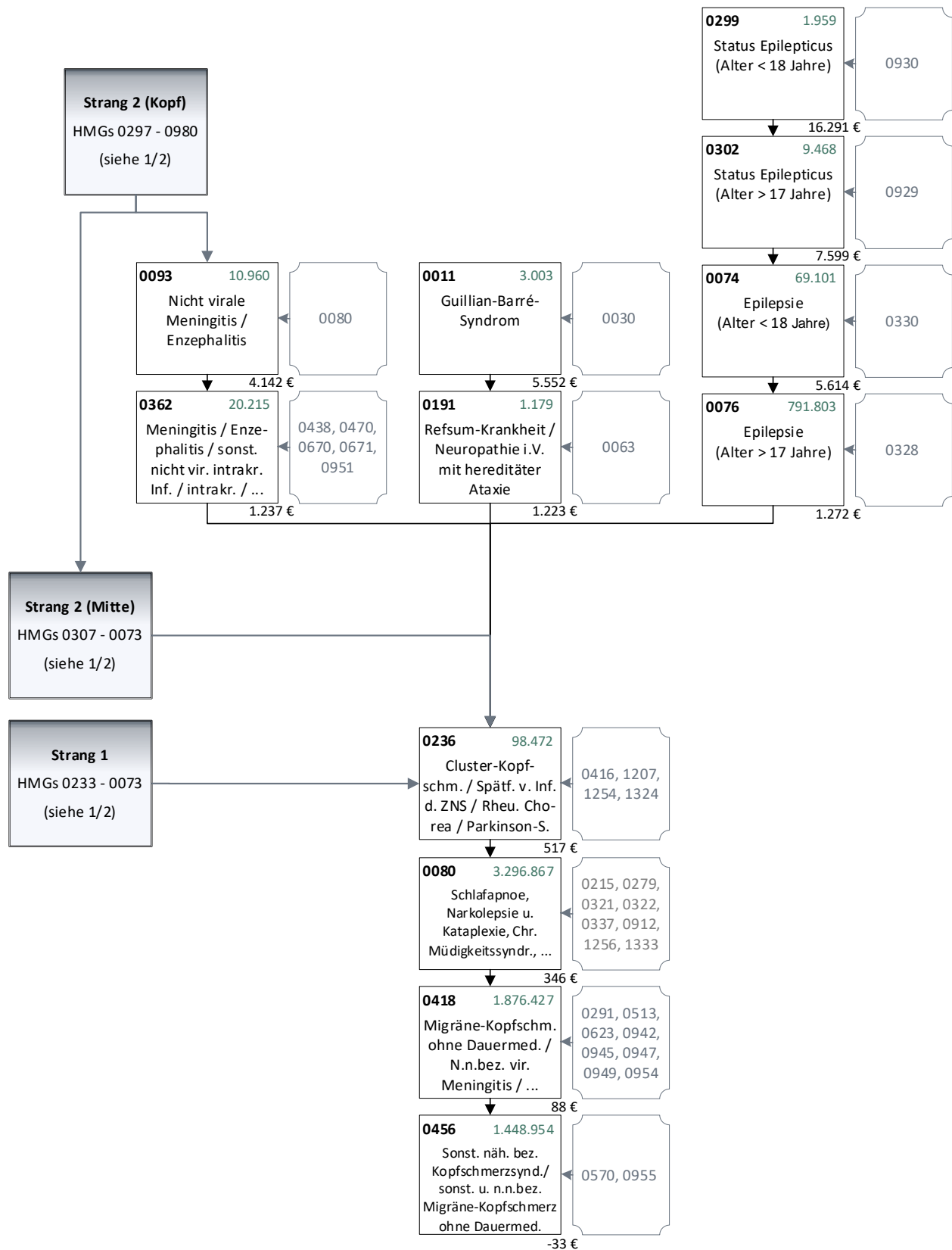
Quelle: BAS

Abbildung 17.3: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 17.4: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

18 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

18.1 Festlegungsentwurf

In der Hierarchie 16 wurden im Ausgangsmodell die ICD-Kodes zu angeborenen Herzfehlern nur noch für Versicherte über fünf Jahren abgebildet. Die hierdurch abgesunkenen Kostenschätzer der betroffenen HMGs zogen einen weiteren Konsolidierungsbedarf in der Hierarchie 16 nach sich. Zudem wurden in der Hierarchie bisher nicht zur Klassifikation verwendete ICD-Kodes zu herzunterstützenden Systemen aufgenommen. Des Weiteren wurde für das Arzneimittelkriterium bei pulmonaler Herzkrankheit auf Arzneimittel zur Behandlung von Begleiterkrankungen verzichtet. Dies ging mit einer deutlichen Verbesserung der Vorhersagegüte des Modells einher.

Tabelle 18.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

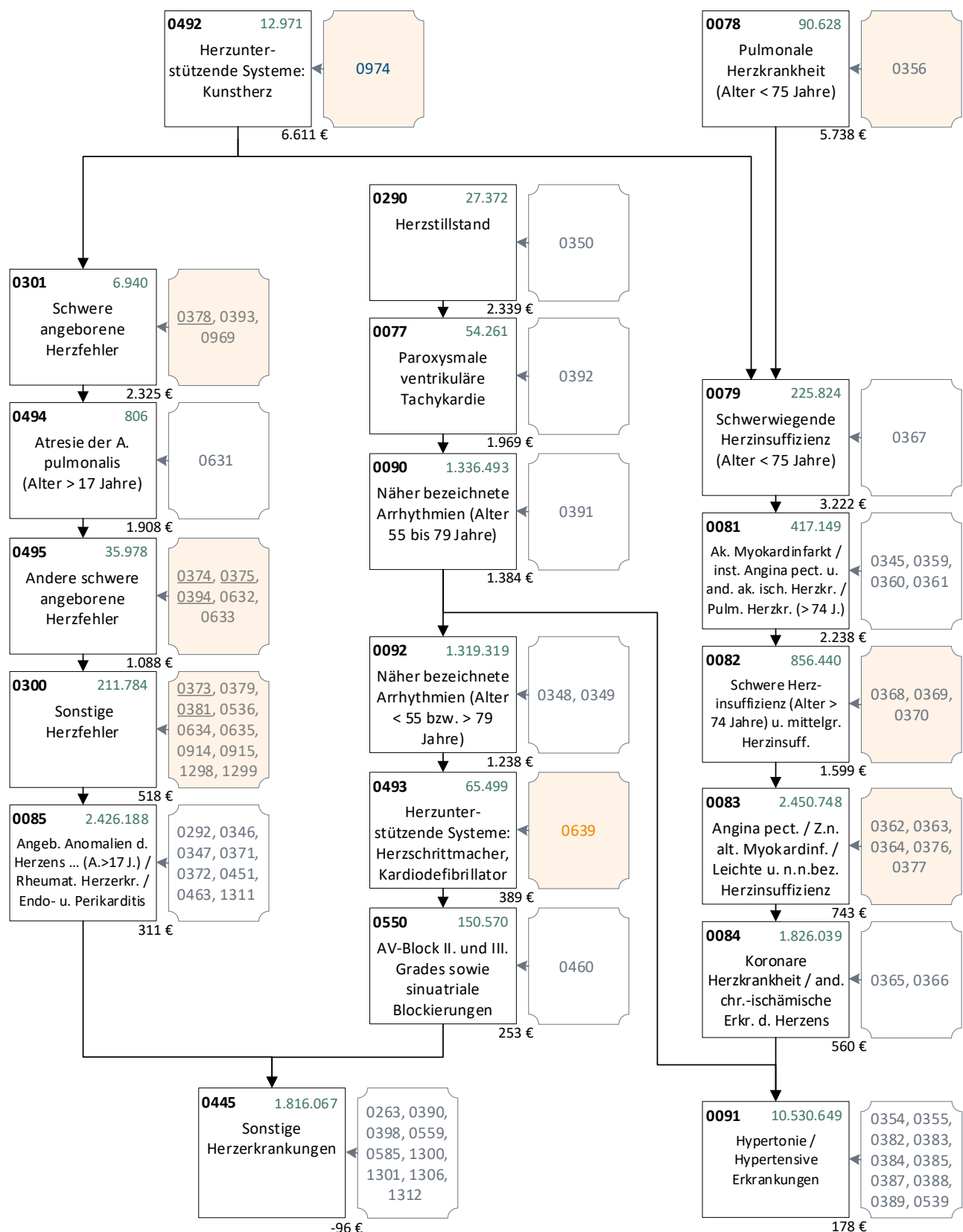
Tabelle 18.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3260 %	0,0062 PP
	CPM	28,4730 %		28,4780 %	0,0050 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,36 €	-0,1744 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
<i>Im Ausgangsmodell freistehend</i>					
HMG0493 (alt)	Herzunterstützende Systeme	161.742	820 €		
<i>Strang 1: „Herzfehler“</i>					
HMG0492	Herzunterstützende Systeme: Kunstherz			12.971	6.611 €
HMG0231 (alt)	Atresie der A. pulmonalis (5 Jahre < Alter < 18 Jahre)	60	4.946 €		
HMG0301 (neu)	Schwere angeborene Herzfehler			6.940	2.325 €
HMG0301 (alt)	Schwere angeborene Herzfehler (5 < Jahre < 18)	6.876	2.313 €		
HMG0494	Atresie der A. pulmonalis (> 17 Jahre)	811	1.801 €	806	1.908 €
HMG1006	Andere angeborene Herzfehler (5 Jahre < Alter < 18 Jahre)	20.415	1.145 €		
HMG0495 (neu)	Andere schwere angeborene Herzfehler			35.978	1.088 €
HMG0495 (alt)	Schwere angeborene Herzfehler (> 17 Jahre)	15.965	1.019 €		
HMG0300	Sonstige Herzfehler	211.426	529 €	211.784	518 €
HMG0087	Elektiv offen belassenes Sternum (> 5 Jahre)	369	405 €		
HMG0085	Angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems (> 17 Jahre) / Rheumatische Herzerkrankungen / Endo- und Perikarditis	2.430.970	307 €	2.426.188	311 €
HMG0445	Sonstige Herzerkrankungen	1.827.838	-98 €	1.816.067	-96 €
<i>Strang 2: „Arrhythmien“</i>					
HMG0290	Herzstillstand	27.372	2.330 €	27.372	2.339 €
HMG0077	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	54.261	1.872 €	54.261	1.969 €
HMG0090	Näher bezeichnete Arrhythmien (55 bis 79 Jahre)	1.336.493	1.358 €	1.336.493	1.384 €
HMG0092	Näher bezeichnete Arrhythmien (< 55 bzw. > 79 Jahre)	1.319.319	1.213 €	1.319.319	1.238 €
HMG0493 (neu)	Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiodefibrillator, Sonstiges			65.499	389 €
HMG0550	AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blockierungen	175.873	113 €	150.570	253 €
<i>Strang 3: „KHK / Herzinsuffizienz“</i>					
HMG0078	Pulmonale Herzkrankheit (< 75 Jahre)	109.580	5.018 €	90.628	5.738 €
HMG0079	Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)	224.276	3.306 €	225.834	3.222 €
HMG0081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten / Pulmonale Herzkrankheit (> 74 Jahre)	452.548	2.124 €	417.149	2.238 €
HMG0082	Schwere Herzinsuffizienz (> 74 Jahre) und mittelgradige Herzinsuffizienz	844.038	1.584 €	856.440	1.599 €
HMG0083	Angina pectoris, Z. n. altem Myokardinfarkt / Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz	2.437.768	735 €	2.450.748	743 €
HMG0084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	1.822.234	554 €	1.826.039	560 €
HMG0091	Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen	10.522.548	175 €	10.530.649	178 €

Quelle: BAS

Abbildung 18.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 18.1: Hierarchie 16 „Herzkrankheiten“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

18.2 Anhörungsverfahren

18.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

18.2.1.1 Aufnahme von ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie

Der GKV-SV, die BARMER und der IKK e. V. merken zur Anpassung der Hierarchie aufgrund des Ausgangsmodells an, dass der Hierarchie 16 bisher nicht zur Klassifikation zugelassene ICD-Kodes zugeordnet würden. Während die ICD-Kodes zu Z45.0- „Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts“ der DxG0639/HMG0493 „Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiodefibrillator, Sonstiges“ zugeordnet würden, erfolge die Zuordnung des ICD-Kodes Z95.80 „Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems“ (unterhalb angegeben u. a. Kunstherz) zur DxG0974 / HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“. Es scheine das Ziel zu sein, die Anpassung und Handhabung sowie das Vorhandensein elektronischer herzunterstützender Systeme im Klassifikationsmodell zu berücksichtigen. Aus Sicht des GKV-SV seien die neu zugeordneten ICD-Kodes jedoch unvollständig, um das Ziel zu erreichen. Um falsche Kodieranreize zu vermeiden, sei es notwendig, den ICD-Kode 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 würde. Aus dem gleichen Grund solle der ICD-Kode Z99.4 „Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz“ in der DxG0974 / HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ berücksichtigt werden. Berechnungen zeigten, 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 führe, könne im Anhörungszeitraum nicht geprüft werden.

Die KBV / BÄK erläutern, dass aus ihrer Sicht die Versichertenzahlen beim Aufsplitten der HMG0493 „Herzunterstützende Systeme“ nicht nachvollziehbar seien: Mit den fünf ICD-10-GM-Kodes der Tabelle 17.3 (Z45.00, Z45.01, Z45.02, Z45.08, Z95.80) würde im Ausgangsmodell die HMG0493 gebildet. Dieser HMG seien 161.742 Versicherte zugeordnet. Anschließend erfolge ein Split der o.g. fünf ICD-10-GM-Kodes. Die Codes Z45.02 und Z95.80 bildeten die HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“, der 12.971 Versicherte zugeordnet würden. Die drei Codes Z45.00, Z45.01 und Z45.08 verblieben in der HMG0493, die in „Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiodefibrillator, Sonstiges“ umbenannt würde und der 65.499 Versicherte zugeordnet würden. Da die durch den Split gebildeten HMGs zusammen eine Versichertenzahl von 78.470 hätten und vor dem Split die ehemalige HMG0493 161.742 Versicherte aufgewiesen hätte, stelle sich die Frage, wohin die restlichen 83.002 Versicherten abgewandert wären und warum.

Darüber hinaus erscheint der KBV / BÄK die Anzahl der Versicherten in der HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ mit 12.971 Versicherten hoch. Es sei nicht davon auszugehen, dass es in Deutschland knapp 13.000 Kunstherzträger gäbe. Laut InEK-Datenbrowser seien in 2020 vier Fälle mit Implantation eines „Kunstherzens“ (OPS: 5-376.60) identifizierbar. Wenn diejenigen Verfahren berücksichtigt würden, die keine Kurzzeitbehandlung während eines stationären Aufenthaltes umfassten und bei denen eine ambulante Weiterbetreuung aufgrund des herzunterstützenden Systems und damit Folgekosten vorstellbar seien, käme man auf etwa 830 Implantationen. Die Zahl von 12.971 sei erst

plausibel, wenn alle herzunterstützenden Systeme in der Klassierung des OPS-Kataloges, inklusive temporärer Verfahren wie beispielsweise (minimalisierte) Herz-Lungen-Maschine, ECMO mit Herzunterstützung oder intraaortale Gegenpulsation, berücksichtigt würden.

Der IKK e. V. fordert für die HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ mit der DxG0974 und dem ICD Kode Z45.02 „Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems“ das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“. Die Implantation des Kunstherzes müsse auf jeden Fall unter stationären Bedingungen erfolgen.

TK et al. merken an, dass zur Aufnahme der bisher nicht berücksichtigten ICD-Kodes in die Hierarchie 06 gemäß Festlegungsentwurf (Z45.00, Z45.01, Z45.02, Z45.08 sowie Z95.80) weder eine medizinisch-inhaltliche Herleitung zu entnehmen sei noch geprüft werde, wie sich das Modell durch die Berücksichtigung dieser ICDs verändere. Erst wenn eine 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.

18.2.1.2 Arzneimittel

TK et al. sehen hinsichtlich der Arzneimittelvalidierung der DxGs 0370 „Näher bezeichnete Kardiomyopathie“ sowie 0345 „Pulmonale Herzkrankheit (> 74 Jahre)“ Anpassungsbedarf. Bei der Überarbeitung der Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ würde vom BAS richtigerweise eine Bereinigung der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel in der Anlage 3 vorgenommen, in welcher ATC-Kodes gestrichen würden, die pflanzliche und homöopathische Wirkstoffe abbildeten. Auch bezüglich der DxG0995 „Hypotonie“ in der Hierarchie 18 würde vom BAS eine Berücksichtigung von homöopathischen und anthroposophischen Antihypotonika zur Validierung abgelehnt. Entsprechend sei daher auch in der Hierarchie 16 zu verfahren. Für die Arzneimittelprüfung der DxGs 0370 „Näher bezeichnete Kardiomyopathie“ und 0377 „N.n.bez. Kardiomyopathie“ seien 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)“ seien analog die ATC-Kodes C01AH, C03XH und C03XP zu streichen.

Der AOK-BV weist darauf hin, dass aufgrund der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung verschiedene Medikamente gegeneinander substituiert werden können. Daher solle für die DxG0377 „N.n.bez. Kardiomyopathie“ die Aufnahme der ATC-Kodes der organische Nitrate (C01DA), der anderen bei Herzerkrankungen eingesetzte Vasodilatoren (C01DX), der andere Herzmittel (C01EB), sowie der Dihydropyridin-Derivate (C08CA) geprüft werden.

Der GKV-SV merkt zur Arzneimittelauswahl bei Diagnosegruppen, die eine Herz- bzw. Niereninsuffizienz abbilden, an, dass die Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren (A10BK) neben der Behandlung für Diabetes mellitus Typ 2 auch für die Behandlung von Herzinsuffizienz und chronischer Niereninsuffizienz zugelassen seien. Daher wird vorgeschlagen, die Aufnahme des ATC-Kodes A10BK in die Anlage 3 für die DxGs 0354 „Hypertensive Herzerkrankung, mit Herzinsuffizienz“, 0355 „Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung, mit Herzinsuffizienz“, 0376 „Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz“, 0539 „Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz“ zu prüfen.

Auch der AOK-BV weist darauf hin, dass im November 2020 mit Dapagliflozin erstmals ein Natrium-Glucose-Cotransporter 2 (SGLT2)-Inhibitor für Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz unabhängig vom

Vorliegen von Diabetes mellitus zugelassen worden seien und im weiteren zeitlichen Verlauf auch weiteren SGLT-2-Inhibitoren die Zulassung für die Behandlung von Herzinsuffizienz ohne Diabetes mellitus erteilt worden sei. Es wird daher vorgeschlagen SGLT-2-Inhibitoren (ATC A10BK) in die Arzneimittelzuordnung der DxGs 0367 „Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)“, 0368 „Schwerwiegende Herzinsuffizienz (> 74 Jahre)“ und 0369 „Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz“ aufzunehmen.

18.2.1.3 Herzfehler

TK et al. merken an, dass die ICD M96.80 „Elektiv offen belassenes Sternum“ im Festlegungsentwurf in die HMG0300 integriert würde. Der Kostenschätzer für die neu gebildete HMG sei nach Ausgliederung der Versicherten unter 6 Jahren so stark gesunken, dass zur Vermeidung einer Hierarchieverletzung eine Integration in die HMG „Sonstige Herzfehler“ notwendig erschiene. Allerdings ließe der unerwartet niedrige Zuschlag für die DxG0973 darauf schließen, dass die betroffenen Versicherten auch Zuschläge an anderer Stelle für das identische medizinische Problem erhielten. Dies deute auf eine Inkonsistenz des Modells hin. Um Überprüfung dieses Sachverhalts wird daher gebeten.

TK et al. weisen zudem darauf hin, dass zahlreiche HMGs der angeborenen Herzfehler einen engen medizinischen Zusammenhang mit HMGs aufwiesen, die der Hierarchie 18 zugeordnet seien. Zudem träten Herzfehler mit weiteren Gefäßanomalien gemeinsam auf. Daher sollte überprüft werden, inwieweit eine Zusammenfassung in einer einheitlichen und konsolidierten Hierarchie zu einer Verbesserung des Klassifikationsmodells führen würde.

18.2.1.4 Sonstige Anmerkungen

TK et al. befürworten unter medizinischen Aspekten die neu eingeführte externe Dominanz aus und in die Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“, da im klinischen Alltag eine Verquickung von Hypertonie, Adipositas und Diabetes mellitus häufig anzutreffen sei.

18.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

18.2.2.1 Aufnahme von ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie

Die Hinweise des GKV-SV, der BARMER und des IKK e. V. auf weitere ICD-Kodes, die in Hinblick auf die Hierarchie 16 aus der Ausschlusskategorie aufgenommen werden könnten, werden als untersuchungswürdig angesehen. Da diese Aufnahmen jedoch in einem Ausgangsmodell u. a. durch Krankheits-Zuordnungen vorbereitet werden müssen, werden diese Untersuchungen in einem der nächsten Anpassungszyklen erfolgen.

Der Hinweis der KBV / BÄK darauf, dass es sich bei den mit den ICD-Kodes der DxG0974 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ nicht nur um Kunstherzen halten könne, sondern vermutlich auch Verfahren wie beispielsweise (minimalisierte) Herz-Lungen-Maschine und ECMO umfasst werden, wird zusammen mit dem diesbezüglichen Hinweis des IKK e. V. zur Veranlassung genommen, für die DxG0974 das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zu prüfen.

Die von der KBV / BÄK beschriebene Abnahme der Versichertenanzahl um ca. 83.000 Versicherte in der HMG0493 „Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiodefibrillator, Sonstiges“ erklärt sich durch die Einordnung dieser HMG in das Dominanzgefüge. Der Rückgang ist darauf zurückzuführen, dass diese Versicherten die Zuordnungskriterien in den dominieren HMGs erfüllen und deshalb nicht mehr in der HMG0493 klassifiziert werden.

Bezüglich der Anmerkung von TK et al., dass hinsichtlich der Aufnahme von ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie keine medizinische Begründung erfolge und nicht geprüft würde, wie sich das Modell durch die Berücksichtigung dieser ICD-Kodes veränderte, wird auf die Ausführungen zum Ausgangsmodell verwiesen (vgl. Kapitel 4.1).

18.2.2.2 Arzneimittel

Die pflanzlichen und homöopathischen / anthroposophischen Wirkstoffe werden sukzessive in den folgenden Anpassungszyklen gestrichen.

Aus medizinisch-pharmazeutischer Sicht kann der Vorschlag zur Kardiomyopathie nicht nachvollzogen werden und wird daher abgelehnt.

Der Vorschlag des GKV-SV sowie des AOK-BV, die ATC-Auswahl der Herz- und Niereninsuffizienz-DxGs um die Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren zu erweitern, erscheint sachgerecht. Aufgrund des Umfangs bedarf er jedoch einer gründlichen Prüfung. Aus Kapazitätsgründen wird dieser Vorschlag daher erst in einem der nächsten Anpassungszyklen analysiert.

18.2.2.3 Herzfehler

Aus Sicht des BAS war es zu erwarten, dass der Kostenschätzer für die ICD M96.80 „Elektiv offen belastetes Sternum“ nach Beschränkung auf ein Alter über fünf Jahren stark absinkt. Da dieses operative Vorgehen bei Kindern bzw. Säuglingen in einem Alter von deutlich unter sechs Jahren erfolgt, werden hier nur noch ggf. auftretende Folgekosten in späteren Lebensjahren abgebildet.

Der Hinweis, dass zahlreiche HMGs der angeborenen Herzfehler einen engen medizinischen Zusammenhang mit HMGs aufweisen, die der Hierarchie 18 zugeordnet sind, erscheint sachgerecht. Das BAS wird dies bei den zukünftigen Überlegungen zu weiteren Hierarchie-Zusammenlegungen bzw. hierarchieübergreifenden Maßnahmen zu Komorbiditäten berücksichtigen.

18.3 Anpassung der ATC-Kodes des Arzneimittelkriteriums der DxG0539

18.3.1 Hintergrund

Bei der Bearbeitung der Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ wurden für das Arzneimittelkriterium der DxG0539 „Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz“ die verwendeten ATC-Kodes angepasst (siehe S. 429 ff. der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf AJ 2023 (Bundesamt für Soziale Sicherung 2022)). Diese DxG wird sowohl in der Hierarchie 20 als auch in der Hierarchie 16 einer HMG zugeordnet. In Hierarchie 20 wurden im Rahmen des Festlegungsentwurfs die dieser DxG zur Arzneimittelprüfung zugeordneten ATC-Kodes überarbeitet. Tabelle 18.2 fasst die Ergänzungen (blau) und Streichungen (rot) zusammen. Die Auswirkungen dieser Anpassung auf die Zuordnung in Hierarchie 16 wird im Folgenden untersucht.

Tabelle 18.2: Veränderungen von ATC-Kodes bei der DxG0539

DxGs	ATC	ATC-Bezeichnung
0539	C08CA	Dihydropyridin-Derivate
	C08DA	Phenylalkylamin-Derivate
	C08DB	Benzothiazepin-Derivate
	C08EA	Phenylalkylamin-Derivate
	C08GA	Calciumkanalblocker und Diuretika
	C01AH	Homöopathische und anthroposophische Zubereitungen mit Herzglykosiden
	C01AP	Andere pflanzliche Zubereitungen mit Herzglykosiden
	C02AP	Pflanzliche antiadrenerge Mittel, zentral wirkend
	C02KH	Homöopathische und anthroposophische Antihypertensiva
	C02KP	Pflanzliche Antihypertensiva
	C03CC	Aryloxyessigsäure-Derivate
	C03XH	Andere homöopathische und anthroposophische Diuretika
	C03XP	Pflanzliche Diuretika

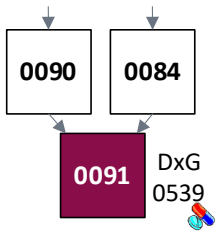
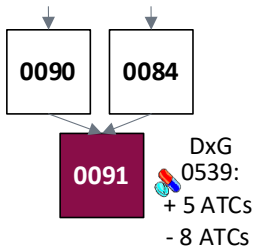
Quelle: BAS

18.3.2 Untersuchung

In **Modell A01** werden die in Tabelle 18.2 Auswirkungen der veränderten Arzneimittelauswahl, die der Prüfung für die DxG0539 „Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz“ zugrunde liegt, auf die HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen“ dokumentiert.

Tabelle 18.3 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen. Die Besetzung der HMG0091 verändert sich unwesentlich. Letztendlich erhalten zusätzlich 20 Versicherte diese HMG. Auch die Kennzahlen bleiben im Wesentlichen unverändert.

Tabelle 18.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3260 %	0,0062 PP	58,3260 %	0,0062 PP
	CPM	28,4780 %	0,0050 PP	28,4780 %	0,0050 PP
	MAPE	2.495,36 €	-0,1744 €	2.495,36 €	-0,1743 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2: „Arrhythmien“					
HMG0090	Näher bezeichnete Arrhythmien (55 bis 79 Jahre)	1.336.493	1.384 €	1.336.493	1.384 €
Strang 3: „KHK / Herzinsuffizienz“					
HMG0084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	1.826.039	560 €	1.826.039	560 €
HMG0091	Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen	10.530.649	178 €	10.530.701	178 €

Quelle: BAS

18.3.3 Zwischenergebnis

Das Modell A01 bildet die Grundlage für die weiteren Untersuchungen.

18.4 DxG0974 / HMG0492 stationär erforderlich

18.4.1 Hintergrund

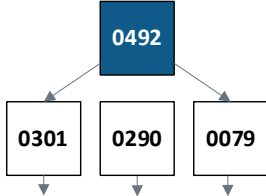
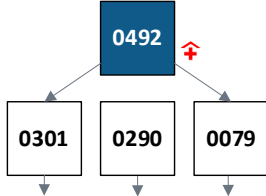
Die DxG0974 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“, die als einzige DxG der gleichnamigen HMG0492 zugeordnet ist, war im Festlegungsentwurf mit dem Aufgreifkriterium M2Q versehen worden. Die Hinweise der KBV / BÄK und des IKK e. V. veranlassen das BAS zu untersuchen, welche Auswirkung eine Umstellung des Aufgreifkriteriums für die DxG0974 auf „stationär erforderlich“ hat. Der Einsatz von Kunstherzen bzw. Herz-ersetzenden Verfahren erfordern zwingend stationäre Aufenthalte bzw. werden vorwiegend in intensivmedizinischen Situationen verwendet.

18.4.2 Untersuchung

In **Modell A02** erhält die DxG0974 erhält das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.

Tabelle 18.4 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen. Der Kostenschätzer der HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ steigt erheblich von 6.611 € auf 24.356 €. Die Besetzungszahl sinkt stark von 12.971 auf 2.660 Versicherte ab. Die Kennzahlen zur Modellgüte verbessern sich deutlich. Das MAPE verbessert sich um 33 Cent, das R^2 steigt um 0,011 PP, und das CPM um 0,0095 PP.

Tabelle 18.4: Ergebnisse des Vergleichs von Modell A01 mit A02

		Modell A01		Modell A02	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	58,3260 %	0,0062 PP	58,3370 %	0,0172 PP
	CPM	28,4780 %	0,0050 PP	28,4874 %	0,0145 PP
	MAPE	2.495,36 €	-0,1743 €	2.495,03 €	-0,5043 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Herzfehler“					
HMG0492	Herzunterstützende Systeme: Kunstherz	12.971	6.611 €	2.660	24.356 €
HMG0301	Schwere angeborene Herzfehler	6.940	2.325 €	6.942	2.331 €
Strang 2: „Arrhythmien“					
HMG0290	Herzstillstand	27.372	2.339 €	27.372	2.201 €
Strang 3: „KHK / Herzinsuffizienz“					
HMG0079	Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)	225.834	3.222 €	226.885	3.249 €

Quelle: BAS

Da der Kostenschätzer der HMG0492 stark angestiegen ist, erscheint die erneute Untersuchung einer Dominanz auf den Strang „Arrhythmien“ sinnvoll. Daher wird in **Modell A03** eine Dominanz von der HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ auf die oberste HMG0290 „Herzstillstand“ im Strang „Arrhythmien“ untersucht.

Tabelle 18.5 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen. Die Modellgüte bleibt nahezu unverändert. Das MAPE verliert lediglich 0,16 Cent.

Tabelle 18.5: Ergebnisse des Vergleichs von Modell A02 mit A03

		Modell A02		Modell A03	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3370 %	0,0172 PP	58,3370 %	0,0172 PP
	CPM	28,4874 %	0,0145 PP	28,4874 %	0,0144 PP
	MAPE	2.495,03 €	-0,5043 €	2.495,03 €	-0,5027 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2: „Arrhythmien“					
HMG0492	Herzunterstützende Systeme: Kunstherz	2.660	24.356 €	2.660	25.230 €
HMG0290	Herzstillstand	27.372	2.201 €	27.085	2.295 €
HMG0077	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	54.261	1.923 €	53.974	1.885 €

Quelle: BAS

18.4.3 Ergebnis

Die Änderung wird angenommen. Modell A03 bildet das Festlegungsmodell für die Hierarchie 16.

18.5 Festlegung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

18.5.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

18.5.1.1 Neue oder veränderte Aufgreifkriterien im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Folgende Aufgreifkriterien werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf festgelegt:

- Die DxG0974 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ wird mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ versehen.

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

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

- Für die Arzneimittelprüfung der DxG539 „Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz“ werden die ATC A02AH, A11CC, B01AB, B03AA, B03AB, B03AC, B03AD, B03AE, B03BA, B03BB, B03XA, B05BC, B05DA, B05DB, B05ZA, B05ZB, C01AA, C01AC, C01CX, C02AB, C02AC, C02CA, C02DB, C02DC, C02DD, C02LA, C02LB, C02LC, C02LE, C02LF, C03AA, C03BA, C03BX, C03CA, C03DA, C03EA, C03EB, C03EC, C03ED, C07AA, C07AB, C07AG, C07BA, C07BB, C07CA, C07CB, C07DA, C07FB, C07FX, C09AA, C09BA, C09BB, C09BX, C09CA, C09DA, C09DB, C09DX, C09XA, H05BX, V03AE, C08CA, C08DA, C08DB, C08EA sowie C08GA verwendet.

18.5.1.3 Hierarchisierung:

Die Hierarchisierung erfolgt in drei Strängen, wobei die HMG0492 die Stränge 1 und 2 vollständig, sowie Strang 3 in Teilen dominiert und die HMGs 0290, 0077 und 0090 ebenfalls die HMG0091 in Strang 3 dominieren:

- Strang 1: HMG0492 → HMG0301 → HMG0494 → HMG0495 → HMG0300 → HMG0085 → HMG0445,
- Strang 2a: HMG0492 → HMG0290 → HMG0077 → HMG0090 → HMG0092 → HMG0493 → HMG0550 → HMG0445,
- Strang 2b HMG0492 → HMG0290 → HMG0077 → HMG0090 → HMG0091,
- Strang 3a: HMG0492 → HMG0079 → HMG0081 → HMG0082 → HMG0083 → HMG0084 → HMG0091,
- Strang 3b: HMG0078 → HMG0079 → HMG0081 → HMG0082 → HMG0083 → HMG0084 → HMG0091.

18.5.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 01

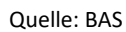
Tabelle 18.6 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 18.2 stellt die Festlegung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ graphisch dar.

Tabelle 18.6: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2023

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3260 %	0,0062 PP	58,3370 %	0,0172 PP
	CPM	28,4780 %	0,0050 PP	28,4874 %	0,0144 PP
	MAPE	2.495,36 €	-0,1744 €	2.495,03 €	-0,5027 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Herzfehler“					
HMG0492	Herzunterstützende Systeme: Kunstherz	12.971	6.611 €	2.660	25.230 €
HMG0301	Schwere angeborene Herzfehler	6.940	2.325 €	6.942	2.331 €
HMG0494	Atresie der A. pulmonalis (> 17 Jahre)	806	1.908 €	812	1.894 €
HMG0495	Andere schwere angeborene Herzfehler	35.978	1.088 €	36.003	1.093 €
HMG0300	Sonstige Herzerkrankungen	211.784	518 €	211.979	525 €
HMG0085	Angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems (> 17 Jahre) / Rheumatische Herzerkrankungen / Endo- und Perikarditis	2.426.188	311 €	2.429.931	313 €
HMG0445	Sonstige Herzerkrankungen	1.816.067	-96 €	1.816.869	-96 €
Strang 2: „Arrhythmien“					
HMG0290	Herzstillstand	27.372	2.339 €	27.085	2.295 €
HMG0077	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	54.261	1.969 €	53.974	1.885 €
HMG0090	Näher bezeichnete Arrhythmien (55 bis 79 Jahre)	1.336.493	1.384 €	1.335.872	1.385 €
HMG0092	Näher bezeichnete Arrhythmien (< 55 bzw. > 79 Jahre)	1.319.319	1.238 €	1.319.109	1.242 €
HMG0493	Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiofibrillator, Sonstiges	65.499	389 €	65.394	397 €
HMG0550	AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blockierungen	150.570	253 €	150.540	269 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3260 %	0,0062 PP	58,3370 %	0,0172 PP
	CPM	28,4780 %	0,0050 PP	28,4874 %	0,0144 PP
	MAPE	2.495,36 €	-0,1744 €	2.495,03 €	-0,5027 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 3: „KHK / Herzinsuffizienz“					
HMG0078	Pulmonale Herzkrankheit (< 75 Jahre)	90.628	5.738 €	90.628	5.605 €
HMG0079	Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)	225.834	3.222 €	226.885	3.249 €
HMG0081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten / Pulmonale Herzkrankheit (> 74 Jahre)	417.149	2.238 €	417.890	2.244 €
HMG0082	Schwere Herzinsuffizienz (> 74 Jahre) und mittelgradige Herzinsuffizienz	856.440	1.599 €	859.049	1.604 €
HMG0083	Angina pectoris, Z. n. altem Myokardinfarkt / Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz	2.450.748	743 €	2.453.648	740 €
HMG0084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	1.826.039	560 €	1.827.480	556 €
HMG0091	Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen	10.530.649	178 €	10.531.190	176 €

Quelle: BAS



19 Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“

19.1 Festlegungsentwurf

Von der Hierarchie 17 ausgehend wurde im Festlegungsentwurf eine externe Dominanzbeziehung in die Hierarchie 23 „Verletzungen / Vergiftungen“ hinein eingeführt. Die HMG0095 „Zerebrale Blutung“ und die HMG0096 „Akute zerebrale Ischämie oder akuter n.n.bez. Schlaganfall / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (< 18 Jahre)“ aus der Hierarchie 17 dominieren nun die HMG0161 „Diffuse Hirnverletzungen / Traumatisch bedingte intrakranielle Blutungen“ und die darunter liegenden HMGs in der Hierarchie 23. Weiterhin wurde das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die DxG0289 „Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik“ und auch für die DxG0674 „Transiente zerebrale Ischämien“ eingeführt. Für die DxG0418 „Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, n.n.bez.“ wurde eine Arzneimittelvalidierung eingeführt. Hierzu wurde über den Vorschlag der Krankenkassen, den ATC-Kode B01AC „Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin“ zur Validierung zu verwenden, hinausgegangen und die Validierung auch über die ATC-Kodes B01AA „Vitamin-K-Antagonisten“, B01AE „Direkte Thrombin-Inhibitoren“ und B01AF „Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren“ vorgenommen, da auch diese Wirkstoffklassen zur Behandlung zugelassen sind.

Tabelle 19.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

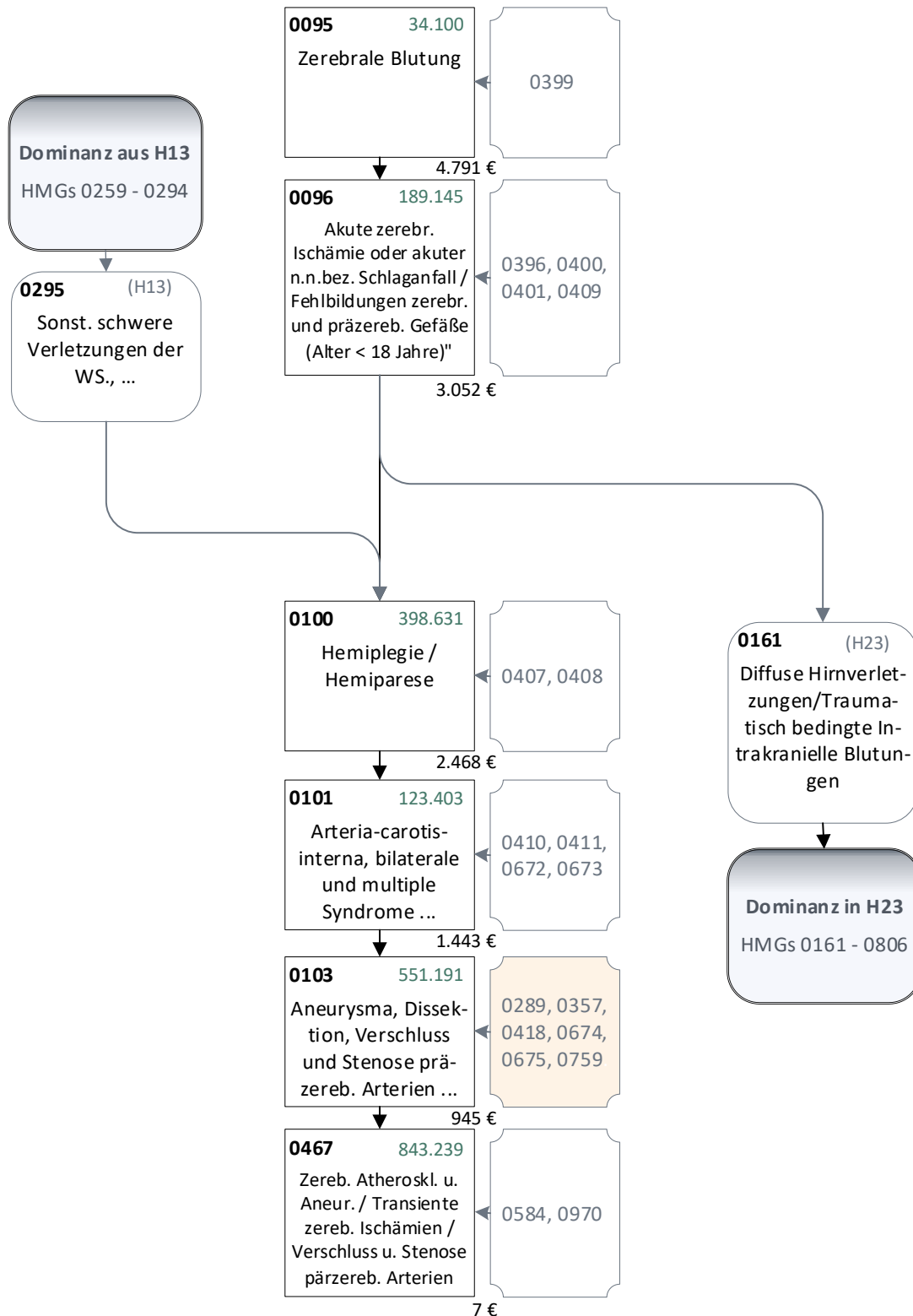
Tabelle 19.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3219 %	0,0020 PP
	CPM	28,4730 %		28,4770 %	0,0040 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,39 €	-0,1403 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
HMG0095	Zerebrale Blutung	34.100	4.480 €	34.100	4.791 €
HMG0096	Akute zerebrale Ischämie oder akuter n.n.bez. Schlaganfall / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (< 18 Jahre)	189.145	2.941 €	189.145	3.052 €
HMG0100	Hemiplegie / Hemiparese	398.631	2.473 €	398.631	2.468 €
HMG0101	Arteria-carotis-interna-, bilaterale und multiple Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien / Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	123.403	1.448 €	123.403	1.443 €
HMG0103	Aneurysma, Dissektion, Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (> 17 Jahre) / Transiente zerebrale Ischämien, Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik / Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	1.044.330	584 €	551.191	945 €
HMG0467	Zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen / Transiente zerebrale Ischämien / Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien	774.758	13 €	843.239	7 €

Quelle: BAS

Abbildung 19.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 19.1: Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

19.2 Anhörungsverfahren

19.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens sind für Hierarchie 17 Anmerkungen vom GKV-SV, AOK-BV, BKK DV und TK et al. beim BAS eingegangen.

Der GKV-SV und der AOK-BV merken an, dass die Verwendung des Aufgreifkriteriums Arzneimittel obligat für die DxG0418 „Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, n.n.bez.“ nicht für alle in der DxG enthaltenen ICD-Kodes sinnvoll sei. Eine Herauslösung der betreffenden ICD-Kodes aus der DxG wird vorgeschlagen.

TK et al. weisen darauf hin, dass die Einführung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG0289 und die DxG0674 medizinisch sinnvoll sei und zu einer Modellverbesserung führe. Allerdings sei aufgefallen, dass es eine heterogene Interpretation der Aufgreifkriterien bei Kreuz- / Sterndiagnosen gebe. Als Beispiel wird der ICD-Kode I66.0 „Verschluss und Stenose der A. cerebri media“ (Kreuzkode) angeführt, der mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ versehen sei, wohingegen der ICD-Kode G46.0 „Arteria-cerebri-media-Syndrom“ (Sternkode) nicht mit diesem Kriterium versehen sei.

19.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Der Hinweis von TK et al. wurde aufgenommen und wird bei einer Überarbeitung der Kreuz- / Sternproblematik aufgegriffen.

Die Hinweise des GKV-SV und des AOK-BV werden im Folgenden eingehender geprüft.

19.3 Vorschlag Hämorrhagische Schlaganfälle

19.3.1 Hintergrund

Der GKV-SV merkt an, dass die DxG0418 „Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, n.n.bez.“ mit dem Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat mit chronischem Verlauf“ geprüft werde. Allerdings seien dieser DxG ICD-Kodes zugeordnet, bei denen eine Behandlung mit den zur Validierung verwendeten antithrombotischen Mitteln kontraindiziert sei. Es handele sich hierbei um die ICD-Kodes I69.0 „Folgen einer Subarachnoidalblutung“, I69.1 „Folgen einer intrazerebralen Blutung“ und I69.2 „Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung“. Der GKV-SV macht den Vorschlag, diese ICD-Kodes in eine eigene DxG zu stellen, die mit dem Aufgreifkriterium „M2Q“ geprüft werden solle und diese DxG in die Hierarchie zu integrieren.

Auch der AOK-BV geht auf diesen Punkt ein und führt aus, dass eine medikamentöse Therapie mit gerinnungshemmenden Wirkstoffen bei diesen als hämorrhagisch zu bezeichnenden Schlaganfällen medizinisch nicht angezeigt sei.

Aus medizinischer und pharmakologischer Sicht sind die Hinweise gerechtfertigt, weshalb die vorgeschlagenen Änderungen empirisch analysiert werden.

19.3.2 Untersuchung

In **Modell A01** werden die ICD-Kodes I69.0, I69.1 und I69.2 aus der DxG0418 herausgelöst und in eine eigene neue DxG1160 mit dem Namen „Folgen einer Subarachnoidal-, einer intrazerebralen oder einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung“ gestellt. Tabelle 19.2 stellt die veränderte Zuordnung dar.

Tabelle 19.2: Veränderte ICD-DxG-Zuordnung des Modells A01 im Vergleich zum Festlegungsentwurf AJ 2023 in der Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“

DxG FLE	ICD	ICD-Bezeichnung	DxG A01
0418	I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung	1160
	I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung	
	I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung	
	I69.3	Folgen eines Hirninfarktes	0418
	I69.4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	
	I69.8	Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten	

Quelle: BAS

Die neue DxG1160 wird mit dem Aufgreifkriterium „M2Q“ belegt und in die HMG0103 „Aneurysma, Dissektion, Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (> 17 Jahre) / Transiente zerebrale Ischämien, Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik/ Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen“ eingegliedert, in der auch die DxG0418 enthalten ist. Für die DxG0418 wird das Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat“ beibehalten (siehe Tabelle 19.3). Die ATC-Zuordnung wird nicht verändert.



Tabelle 19.3: Definition von Aufgreifkriterien in Modell A01

DxG	DxG-Bezeichnung	Aufgreifkriterium	BT
0418	Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, n.n.bez.	Arzneimittel obligat	183
1160	Folgen einer Subarachnoidal-, einer intrazerebralen oder einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung	M2Q	--

Quelle: BAS

Tabelle 19.4 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen.

Tabelle 19.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3219 %	0,0020 PP	58,3218 %	0,0019 PP
	CPM	28,4770 %	0,0040 PP	28,4767 %	0,0037 PP
	MAPE	2.495,39 €	-0,1403 €	2.495,40 €	-0,1297 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0095	Zerebrale Blutung	34.100	4.791 €	34.100	4.792 €
HMG0096	Akute zerebrale Ischämie oder akuter n.n.bez. Schlaganfall / Fehlbildungen zerebraler und...	189.145	3.052 €	189.145	3.052 €
HMG0100	Hemiplegie / Hemiparese	398.631	2.468 €	398.631	2.470 €
HMG0101	Arteria-carotis-interna-, bilaterale und multiple Syndr. der extrazerebralen hirnversorgenden ...	123.403	1.443 €	123.403	1.444 €
HMG0103	Aneurysma, Dissektion, Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien / Fehlbildungen ...	551.191	945 €	591.562	906 €
HMG0467	Zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen / Transiente zerebrale Ischämien / Verschluss ...	843.239	7 €	838.397	6 €

Quelle: BAS

Die HMG0103 enthält nun ca. 40.000 Versicherte mehr, wohingegen in der HMG0467 ca. 4.800 Versicherte wegdominiert werden. Der Schätzer der HMG0103 sinkt um knapp 40 €. Der Schätzer der HMG0467 sinkt um einen Euro. R² und CPM verschlechtern sich auf der vierten Nachkommastelle, das MAPE um etwas über einen Cent.

Da die Änderungen auf Grund medizinischer Überlegungen vorgenommen wurden, wird das Modell übernommen, auch wenn sich die Kennzahlen sehr leicht verschlechtern.

19.3.3 Ergebnis

Modell A01 wird für die Festlegung übernommen.

19.4 Festlegung der Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“

19.4.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

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

Folgende neue DxGs werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf gebildet:

- Die ICD-Kodes I69.0, I69.1 und I69.2 werden aus der DxG0418 herausgelöst und bilden die neue DxG1160 „Folgen einer Subarachnoidal-, einer intrazerebralen oder einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung“.

- Die DxG0418 „Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, n.n.bez.“ setzt sich nun aus den ICD-Kodes I69.3, I69.4 und I69.8 zusammen.

19.4.1.2 Neue oder veränderte Aufgreifkriterien im Vergleich zum Festlegungsentwurf

Folgende Aufgreifkriterien werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf festgelegt:

- Die neue DxG1160 „Folgen einer Subarachnoidal-, einer intrazerebralen oder einer sonstigen nicht-traumatischen intrakraniellen Blutung“ wird mit dem Aufgreifkriterium M2Q geprüft.

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

Folgende veränderte DxG-HMG-Zuordnungen werden festgelegt:

- Die DxG0289 „Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik“, die DxG0357 „Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (> 17 Jahre)“, die DxG0418 „Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, n.n.bez.“, die DxG0674 „Transiente zerebrale Ischämien“, die DxG0675 „Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien“, die DxG0759 „Aneurysma und Dissektion präzerebraler Arterien“ und die DxG1160 „Folgen einer Subarachnoidal-, einer intrazerebralen oder einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung“ bilden zusammen die neu definierte HMG0103 „Aneurysma, Dissektion, Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (> 17 Jahre) / Transiente zerebrale Ischämien, Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik/ Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen“.

19.4.1.4 Hierarchisierung:

Die Hierarchisierung erfolgt in einem Strang:

→ Strang 1: HMG0095 → HMG0096 → HMG0100 → HMG0101 → HMG0103 → HMG0467

Zusätzlich besteht eine externe Dominanz von der Hierarchie 17 in die Hierarchie 23 und eine weitere von der Hierarchie 13 in die Hierarchie 17:

→ Externer Strang: HMG0095 → HMG0096 → HMG0161 → HMG0801 → HMG0802 → HMG0803 → HMG0804 → HMG0805 → HMG0806.

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

19.4.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 17

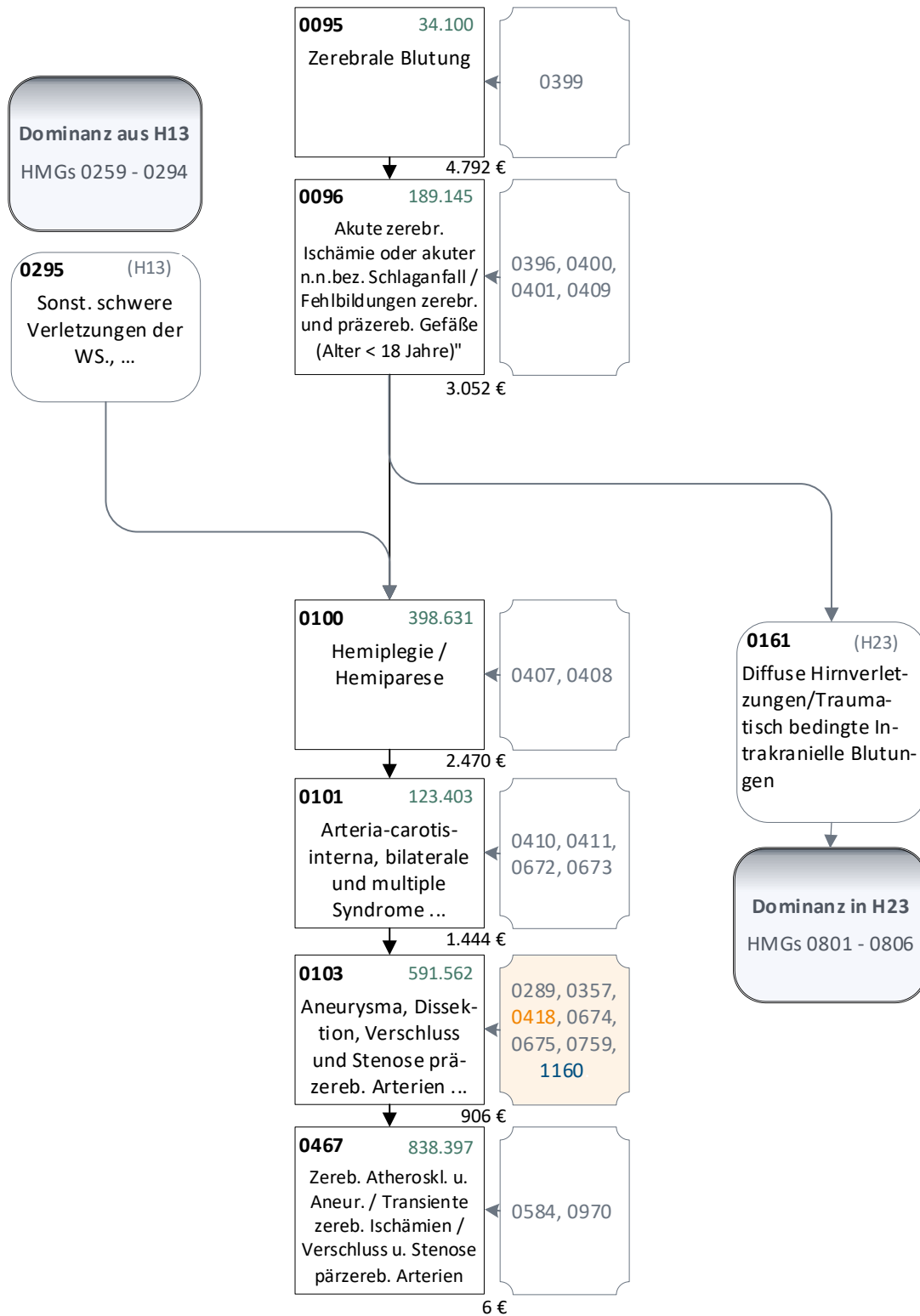
Tabelle 19.5 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 19.2 stellt die Festlegung der Hierarchie graphisch dar.

Tabelle 19.5: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 17 für das AJ 2023

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3219 %	0,0020 PP	58,3218 %	0,0019 PP
	CPM	28,4770 %	0,0040 PP	28,4767 %	0,0037 PP
	MAPE	2.495,39 €	-0,1403 €	2.495,40 €	-0,1297 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0095	Zerebrale Blutung	34.100	4.791 €	34.100	4.792 €
HMG0096	Akute zerebrale Ischämie oder akuter n.n.bez. Schlag-anfall / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (< 18 Jahre)	189.145	3.052 €	189.145	3.052 €
HMG0100	Hemiplegie / Hemiparese	398.631	2.468 €	398.631	2.470 €
HMG0101	Arteria-carotis-interna-, bilaterale und multiple Syndrome der extrazerebralen hirnersorgenden Arterien/ Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	123.403	1.443 €	123.403	1.444 €
HMG0103	Aneurysma, Dissektion, Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (> 17 Jahre) / Transiente zerebrale Ischämien, Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik/ Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	551.191	945 €	591.562	906 €
HMG0467	Zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen / Transiente zerebrale Ischämien / Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien	843.239	7 €	838.397	6 €

Quelle: BAS

Abbildung 19.2: Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

20 Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

20.1 Festlegungsentwurf

Im Zuge der Neukonzeption der Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ wurden ICD-Kodes der Gefäß- und Milzfehlbildungen für Versicherte unter sechs Jahren aus der Hierarchie 18 in die Hierarchie 27 verschoben.

Im Festlegungsentwurf werden neue HMGs in die Hierarchie eingeordnet, eine Arzneimittelvalidierung für DxGs der arteriellen Embolie und Thrombose ergänzt und die Hierarchie durch Zusammenlegung von Strängen konsolidiert.

Tabelle 20.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 20.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

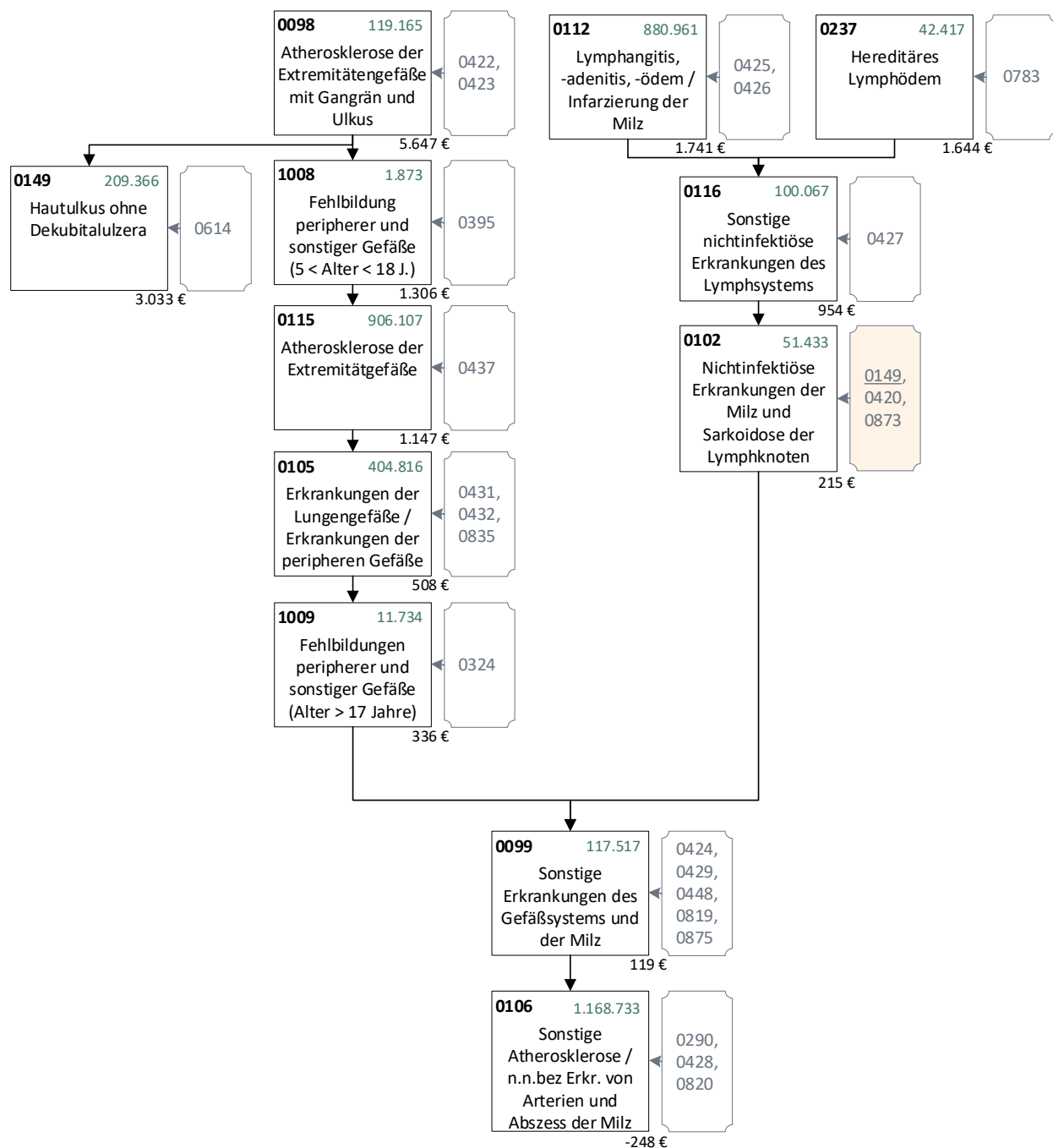
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3206 %	0,0008 PP
	CPM	28,4730 %		28,4742 %	0,0013 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,49 €	-0,0440 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1a					
HMG0098	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän und Ulkus	119.165	5.691 €	119.165	5.647 €
HMG1008	Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße (5 < Jahre < 18)	1.873	1.308 €	1.873	1.306 €
HMG0115	Atherosklerose der Extremitätengefäße	906.107	1.159 €	906.107	1.147 €
HMG0105	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	404.816	507 €	404.816	508 €
HMG1009	Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße (> 17 Jahre)	11.734	338 €	11.734	336 €
Strang 1b					
HMG0149	Hautulkus ohne Dekubitalulzera	209.366	3.031 €	209.366	3.033 €
Strang 2a					
HMG0112	Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz	880.961	1.742 €	880.961	1.741 €
HMG0116	Sonstige nichtinfektiöse Erkrankungen des Lymphsystems	100.872	953 €	100.067	954 €
HMG0102 (alt)	Nichtinfektiöse Erkrankungen der Milz	44.448	218 €		
HMG0102 (neu)	Nichtinfektiöse Erkrankungen der Milz und Sarkoidose der Lymphknoten			51.433	215 €
Strang 2b					
HMG0237 (neu)	Hereditäres Lymphödem			42.417	1.644 €
Gemeinsames Ende der Stränge 1 und 2					
HMG0099	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Milz	117.859	119 €	117.517	119 €
HMG0106	Sonstige Atherosklerose / n.n.bez. Erkrankungen von Arterien und Abszess der Milz	1.169.883	-249 €	1.168.733	-248 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3206 %	0,0008 PP
	CPM	28,4730 %		28,4742 %	0,0013 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,49 €	-0,0440 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 3					
HMG0358 (alt)	Rupturiertes Aortenaneurysma	1.828	850 €		
HMG0182 (alt)	Aortenaneurysma ohne Erwähnung einer Ruptur / Schock / Störungen des Herz-Kreislaufsystems bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	298.372	933 €		
HMG0182 (neu)	Aortenaneurysma / Schock / Störungen des Herz-Kreislaufsystems bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten			289.989	939 €
HMG0719 (alt)	N.n.bez. Aortenaneurysma, ohne Erwähnung einer Ruptur / Sonstige und n.n.bez. Schäden durch äußere Ursachen	253.961	123 €		
Strang 4					
HMG0248	Lungenembolie	58.994	2.098 €	58.994	2.100 €
HMG0336	Tiefe Venenthrombose und Thrombophlebitis, exkl. tiefere Venen	398.480	730 €	398.480	734 €
HMG0338	Sonstige näher und n.n.bez. Venenerkrankungen, Postthrombotisches Syndrom (chron. venöse Insuffizienz)	1.613.568	310 €	1.613.568	311 €
HMG0454	Varizen, näher bezeichnet	3.029.790	66 €	3.029.790	67 €
Strang 5					
HMG0109	Arteriell Aneurysma (exkl. d. Aorta), Arterielle Embolie und Thrombose	91.428	901 €	64.318	1.651 €
HMG0722	Sonstiges und n.n.bez. arterielles Aneurysma (exkl. der Aorta)	51.044	433 €	45.349	438 €
HMG0361 (alt)	Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose	231.172	128 €		
HMG0361 (neu)	Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose / n.n.bez. Aortenaneurysma ohne Ruptur / Sonstige Schäden durch äußere Ursachen			462.806	131 €
Gemeinsames Ende der Stränge 3, 4 und 5					
HMG0728	Sonstige und n.n.bez. Venenerkrankungen und Krankheiten des Kreislaufsystems / Varizen sonstiger Lokalisationen / Hypotonie / Sonstige und n.n.bez. Schäden durch äußere Ursachen	911.598	-16 €	912.915	-16 €
Freistehende HMGs					
HMG0170 (alt)	Sarkoidose der Lymphknoten	7.375	233 €		
HMG0237 (alt)	Hereditäres Lymphödem	42.417	1.630 €		

Quelle: BAS

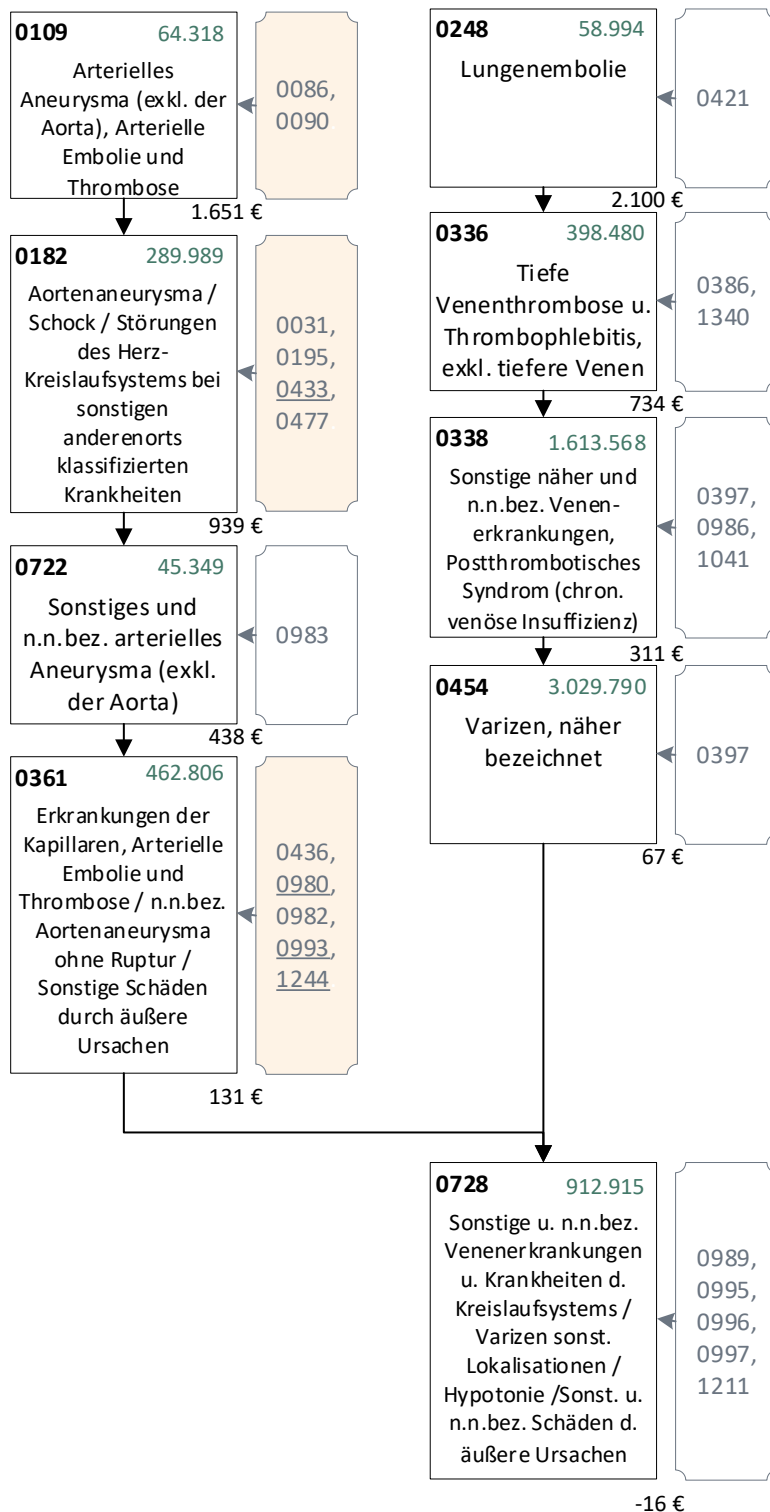
Abbildung 20.1 und Abbildung 20.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 20.1: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 20.2: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

20.2 Anhörungsverfahren

20.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

TK et al. schlagen wegen der engen medizinischen Zusammenhänge eine Zusammenlegung der Hierarchie 18 mit der Hierarchie 16 „Herzkrankungen“ vor.

GKV-SV, TK et al., KBV und BÄK schlagen wegen der schwierigen Abgrenzung und der ähnlichen Therapie von Lymphödemen und hereditären Lymphödemen die Umsetzung der im Festlegungsentwurf geprüften Zusammenlegung der HMG0112 „Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz“ und HMG0237 „Hereditäres Lymphödem“ vor.

Nach der im Festlegungsentwurf erfolgten Aufnahme des ATC-Kodes B01AC „Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin“ zur Arzneimittelvalidierung der DxG0086 „Arterielle Embolie und Thrombose“ (in HMG0109 „Arteriell Aneurysma (exkl. der Aorta), Arterielle Embolie und Thrombose“) und der DxG0982 „N.n.bez. arterielle Embolie und Thrombose“ (in HMG0361 „Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose / n.n.bez. Aortenaneurysma ohne Ruptur / Sonstige Schäden durch äußere Ursachen“) schlagen GKV-SV, BKK DV und AOK-BV eine Ausweitung der berücksichtigten ATC-Kodes vor:

- BKK DV: Ergänzung der ATC-Kodes B01AA und B01AB,
- GKV-SV: Ergänzung der ATC-Kodes B01AA, B01AB, B01AF und B01AX,
- AOK-BV: Ergänzung der ATC-Kodes B01AA, B01AB, B01AD, B01AE, B01AF, B01AX und B01AY.

20.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Eine Bewertung und etwaige Überprüfung des Vorschlags zur Zusammenlegung der Hierarchien 16 und 18 kann erst in einem späteren Anpassungszyklus erfolgen.

Bezüglich der arteriellen Embolie und Thrombose erfolgt eine Neubewertung insbesondere aus medizinisch-pharmakologischer Sicht. Eine Erweiterung der den beiden DxGs 0086 und 0982 zugeordneten Arzneimittel wird daher in Abschnitt 20.3 geprüft.

Die Argumentation von GKV-SV, TK et al., KBV und BÄK bezüglich der Vereinigung der Lymphödeme in einer einzelnen HMG kann nachvollzogen werden. Der Vorschlag zur Zusammenlegung der HMGs 0112 und 0237 wird daher insbesondere im Hinblick auf die vom GKV-SV erwähnten Besetzungszahlen in Abschnitt 20.4 geprüft.

20.3 Erweiterung ATC-Spektrum bei arterieller Embolie und Thrombose

20.3.1 Hintergrund

Im Festlegungsentwurf hat das BAS den Fokus auf die Behandlung und Prophylaxe einer arteriellen Verschlusskrankheit gelegt. Bei arterieller Verschlusskrankheit als Ursache der Embolie ist der Einsatz von Thrombozytenaggregationshemmern (ATC-Kode B01AC) indiziert. Allerdings ist ein akuter Arterienverschluss im Bereich der Extremitäten zu über 70 % durch arterielle Embolien bedingt, die wiederum zu bis zu 90 % aus dem Herzen stammen (Schumann et al. 2007). Zur ursächlichen Behandlung, insbesondere rezidivierender Embolien, werden hier Antikoagulantien (ATC-Kodes B01AE „Direkte Thrombin-Inhibitoren“ und B01AF „Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren“) verabreicht. Bei einer Lysetherapie im Rahmen einer akuten Rekanalisation kommen Fibrinolytika (ATC-Kode B01AD „Enzyme“, B01AY „Enzyme zur lokalen Anwendung“) zum Einsatz. Als Sofortmaßnahme ist zur Verhinderung von Appositionsthromben auch eine Gabe von Heparin (ATC-Gruppe B01AB) indiziert. Letztendlich können auch die ATC-Kodes B01AA „Vitamin-K-Antagonisten“ und B01AX „Andere thrombotische Mittel“ im Sinne eines „breiten Arzneimittel-Ansatzes“ nicht ausgeschlossen werden.

20.3.2 Untersuchung

Aufgrund der beschriebenen Gründe wird in **Modell A01** die Ergänzung der ATC-Kodes B01AA, B01AB, B01AD, B01AE, B01AF, B01AX und B01AY (gemäß dem umfassendsten Vorschlag des AOK-BV) für die Arzneimittelvalidierung der DxG0086 „Arterielle Embolie und Thrombose“ in der HMG0109 „Arteriell Aneurysma (exkl. d. Aorta), Arterielle Embolie und Thrombose“ und der DxG0982 „N.n.bez. arterielle Embolie und Thrombose“ in der HMG0361 „Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose / n.n.bez. Aortenaneurysma ohne Ruptur / Sonstige Schäden durch äußere Ursachen“ geprüft. Die ATC-Abgrenzung der DxGs 0086 und 0982 ist in Tabelle 20.2 dargestellt.

Tabelle 20.2: ATC-Abgrenzung der DxGs 0086 und 0982 in Modell A01

ATC	ATC-Bezeichnung
B01AA	Vitamin-K-Antagonisten
B01AB	HeparinGruppe
B01AC	Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin
B01AD	Enzyme
B01AE	Direkte Thrombin-Inhibitoren
B01AF	Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren
B01AX	Andere antithrombotische Mittel
B01AY	Enzyme zur lokalen Anwendung

Quelle: BAS

Tabelle 19.4 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen.

Tabelle 20.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3206 %	0,0008 PP	58,3210 %	0,0012 PP
	CPM	28,4742 %	0,0013 PP	28,4749 %	0,0019 PP
	MAPE	2.495,49 €	-0,0440 €	2.495,47 €	-0,0661 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 3					
HMG0109	Arteriell Aneurysma (exkl. der Aorta), Arterielle Embolie und Thrombose	64.318	1.651 €	86.921	1.583 €
HMG0182	Aortenaneurysma / Schock / Störungen des Herz-Kreislaufsystems bei sonstigen anderenorts ...	289.989	939 €	288.653	940 €
HMG0722	Sonstiges und n.n.bez. arterielles Aneurysma (exkl. der Aorta)	45.349	438 €	45.149	438 €
HMG0361	Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose / n.n.bez. Aortenaneurysma ...	462.806	131 €	469.798	140 €
HMG0728	Sonstige u. n.n.bez. Venenerkrankungen u. Krankheiten d. Kreislaufsystems / Varizen sonst. ...	912.915	-16 €	912.078	-16 €

Quelle: BAS

20.3.3 Ergebnis

Die Anzahl der den HMGs 0109 und 0361 zugeordneten Versicherten steigt jeweils an, insbesondere bei HMG0109 (von 64.318 auf 86.921 Versicherte). Die Kostenschätzer bleiben weitestgehend stabil, während sich alle Kennzahlen des Modells verbessern. Die Änderungen werden umgesetzt.

20.4 Vorschlag Zusammenlegung Lymphödeme

20.4.1 Hintergrund

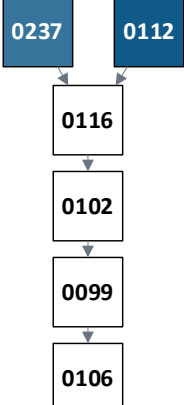

Im Festlegungsentwurf wurde die Zusammenlegung der HMG0112 „Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz“ und HMG0237 „Hereditäres Lymphödem“ nicht umgesetzt, da dies mit einer Verschlechterung der Kennzahlen einherging. GKV-SV, TK et al., KBV und BÄK halten diese Verschlechterung für vertretbar, unter anderem, da die Therapie der Lymphödeme jeweils identisch sei.

20.4.2 Untersuchung

In **Modell A02** wird daher die Integration der HMG0237 in die HMG0112 im Vergleich zu Modell A01 untersucht.

Tabelle 20.4 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen.

Tabelle 20.4: Ergebnisse des Vergleichs von Modell A01 mit A02

		Modell A01		Modell A02	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3210 %	0,0012 PP	58,3205 %	0,0006 PP
	CPM	28,4749 %	0,0019 PP	28,4731 %	0,0002 PP
	MAPE	2.495,47 €	-0,0661 €	2.495,53 €	-0,0063 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2					
HMG0237	Hereditäres Lymphödem	42.417	1.644 €		
HMG0112	Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz	880.961	1.741 €	904.788	1.774 €
HMG0116	Sonstige nichtinfektiöse Erkrankungen des Lymphsystems	100.067	953 €	100.067	954 €
HMG0102	Nichtinfektiöse Erkrankungen der Milz und Sarkoidose der Lymphknoten	51.433	215 €	51.433	215 €
HMG0099	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Milz	117.517	118 €	117.517	118 €
HMG0106	Sonstige Atherosklerose / n.n.bez. Erkr. von Arterien und Abszess der Milz	1.168.733	-248 €	1.168.733	-248 €

Quelle: BAS

20.4.3 Ergebnis

Die Gesamtzahl der Zuschläge nimmt, wie in der Stellungnahme des GKV-SV beschrieben, ab. Von den 42.417 Versicherten, welche in Modell A01 der HMG0237 zugeordnet sind, werden in Modell A02 mehr als 40 % nicht der HMG0112 zugeordnet. In Verbindung mit der medizinischen Bewertung der Zusammenlegung und der deutlichen Reduktion von Mehrfachzuschlägen wird die bereits im Festlegungsentwurf festgestellte negative Veränderung der Kennzahlen akzeptiert.

Modell A02 bildet das Modell der Festlegung.

20.5 Festlegung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

20.5.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

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

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

- Für die DxG0086 „Arterielle Embolie und Thrombose“ werden zusätzlich zum bestehenden ATC-Kode B01AC die ATC-Kodes B01AA, B01AB, B01AD, B01AE, B01AF, B01AX und B01AY verwendet.
- Für die DxG0982 „N.n.bez. arterielle Embolie und Thrombose“ werden zusätzlich zum bestehenden ATC-Kode B01AC die ATC-Kodes B01AA, B01AB, B01AD, B01AE, B01AF, B01AX und B01AY verwendet.

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

Folgende veränderte DxG-HMG-Zuordnungen werden festgelegt:

- Die DxG0426 „Lymphangitis, -adenitis, -ödem“, die DxG0425 „Infarzierung der Milz“ und die DxG0783 „Hereditäres Lymphödem“ bilden zusammen HMG0112 „Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz“.

Folgende HMGs werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf aufgelöst:

- Die HMG0237 „Hereditäres Lymphödem“ entfällt.

20.5.1.3 Hierarchisierung:

Die Hierarchisierung erfolgt in vier Strängen:

- Strang 1a: HMG0098 → HMG1008 → HMG0115 → HMG0105 → HMG1009 → HMG0099 → HMG0106,
- Strang 1b: HMG0098 → HMG0149,
- Strang 2: HMG0112 → HMG0116 → HMG0102 → HMG0099 → HMG0106,
- Strang 3: HMG0109 → HMG0182 → HMG0722 → HMG0361 → HMG0728,
- Strang 4: HMG0248 → HMG0336 → HMG0338 → HMG0454 → HMG0728.

20.5.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 18

Tabelle 20.5 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 20.3 und Abbildung 20.4 stellen die Festlegung der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ graphisch dar.

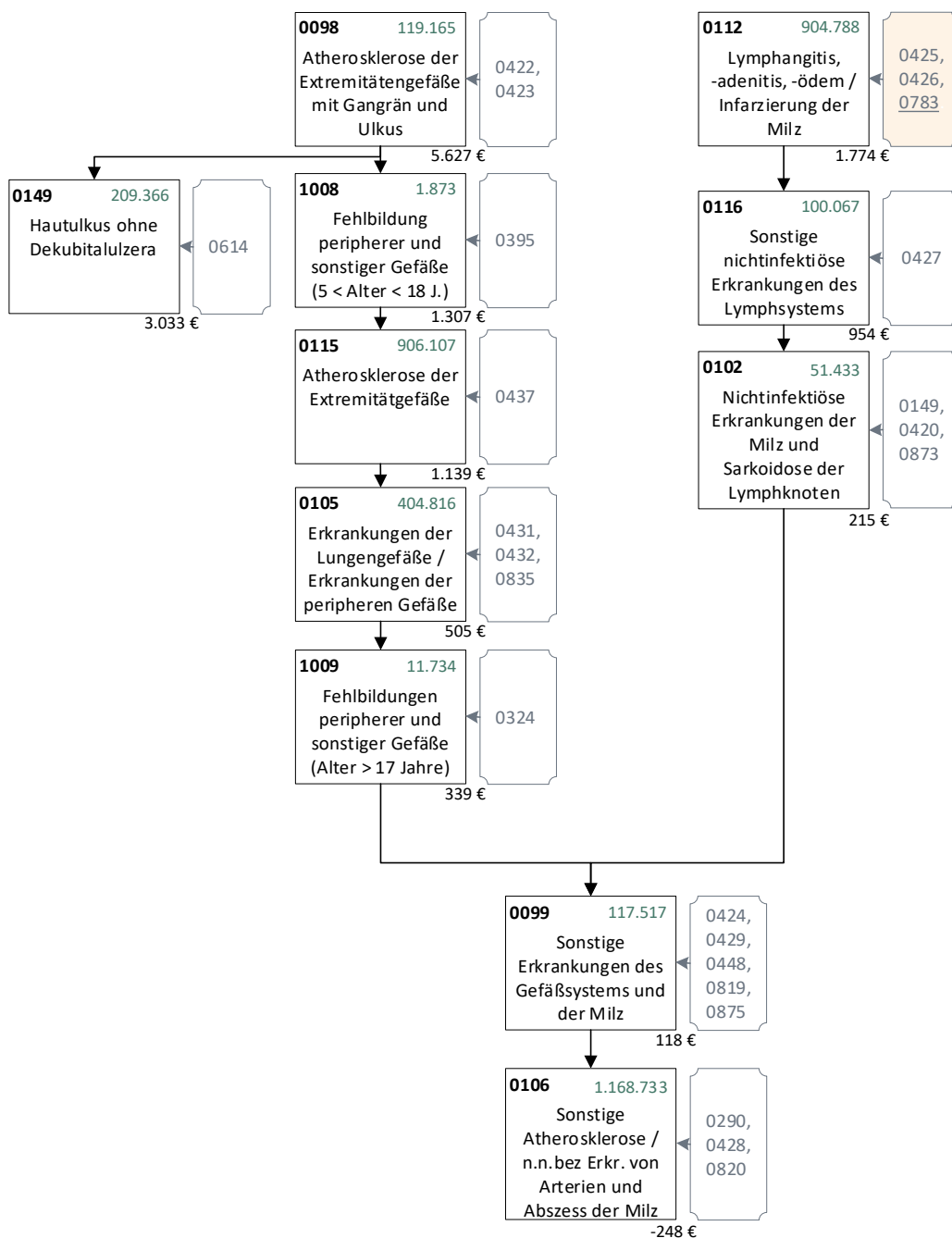
Tabelle 20.5: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 18 für das AJ 2023

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3206 %	0,0008 PP	58,3205 %	0,0006 PP
	CPM	28,4742 %	0,0013 PP	28,4731 %	0,0002 PP
	MAPE	2.495,49 €	-0,0440 €	2.495,53 €	-0,0063 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1a					
HMG0098	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän und Ulkus	119.165	5.647 €	119.165	5.627 €
HMG1008	Fehlbildung peripherer und sonstiger Gefäße (5 < Alter < 18 J.)	1.873	1.306 €	1.873	1.307 €
HMG0115	Atherosklerose der Extremitätengefäße	906.107	1.147 €	906.107	1.139 €
HMG0105	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen der peripheren Gefäße	404.816	508 €	404.816	505 €
HMG1009	Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße (Alter > 17 Jahre)	11.734	336 €	11.734	339 €
Strang 1b					
HMG0149	Hautulkus ohne Dekubitalulzera	209.366	3.033 €	209.366	3.033 €
Strang 2					
HMG0237 (alt)	Hereditäres Lymphödem	42.417	1.644 €		
HMG0012 (neu)	Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz			904.788	1.774 €
HMG0112 (alt)	Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz	880.961	1.741		
HMG0116	Sonstige nichtinfektiöse Erkrankungen des Lymphsystems	100.067	954 €	100.067	954 €
HMG0102	Nichtinfektiöse Erkrankungen der Milz und Sarkoidose der Lymphknoten	51.433	215 €	51.433	215 €
Gemeinsames Ende der Stränge 1 & 2					
HMG0099	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Milz	117.517	119 €	117.517	118 €
HMG0106	Sonstige Atherosklerose / n.n.bez. Erkr. von Arterien und Abszess der Milz	1.168.733	-248 €	1.168.733	-248 €
Strang 3					
HMG0109	Arteriell Aneurysma (exkl. der Aorta), Arterielle Embolie und Thrombose	91.428	901 €	86.921	1.582 €
HMG0182	Aortenaneurysma / Schock / Störungen des Herzkreislaufsystems bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	289.989	939 €	288.653	939 €
HMG0722	Sonstiges und n.n.bez. arterielles Aneurysma (exkl. der Aorta)	45.349	438 €	45.149	437 €
HMG0361	Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose / n.n.bez. Aortenaneurysma ohne Ruptur / Sonstige Schäden durch äußere Ursachen	462.806	131 €	469.798	140 €
Strang 4					
HMG0248	Lungenembolie	58.994	2.100 €	58.994	2.085 €
HMG0336	Tiefe Venenthrombose u. Thrombophlebitis, exkl. tiefe Venen	398.480	734 €	398.480	725 €
HMG0338	Sonstige näher und n.n.bez. Venenerkrankungen, Postthrombotisches Syndrom (chron. venöse Insuffizienz)	1.613.568	311 €	1.613.568	310 €
HMG0454	Varizen, näher bezeichnet	3.029.790	67 €	3.029.790	67 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3206 %	0,0008 PP	58,3205 %	0,0006 PP
	CPM	28,4742 %	0,0013 PP	28,4731 %	0,0002 PP
	MAPE	2.495,49 €	-0,0440 €	2.495,53 €	-0,0063 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsames Ende der Stränge 3 & 4					
HMG0728	Sonstige u. n.n.bez. Venenerkrankungen u. Krankheiten d. Kreislaufsystems / Varizen sonst. Lokalisationen / Hypotonie / Sonst. u. n.n.bez. Schäden d. äußere Ursachen	912.915	-16 €	912.078	-16 €

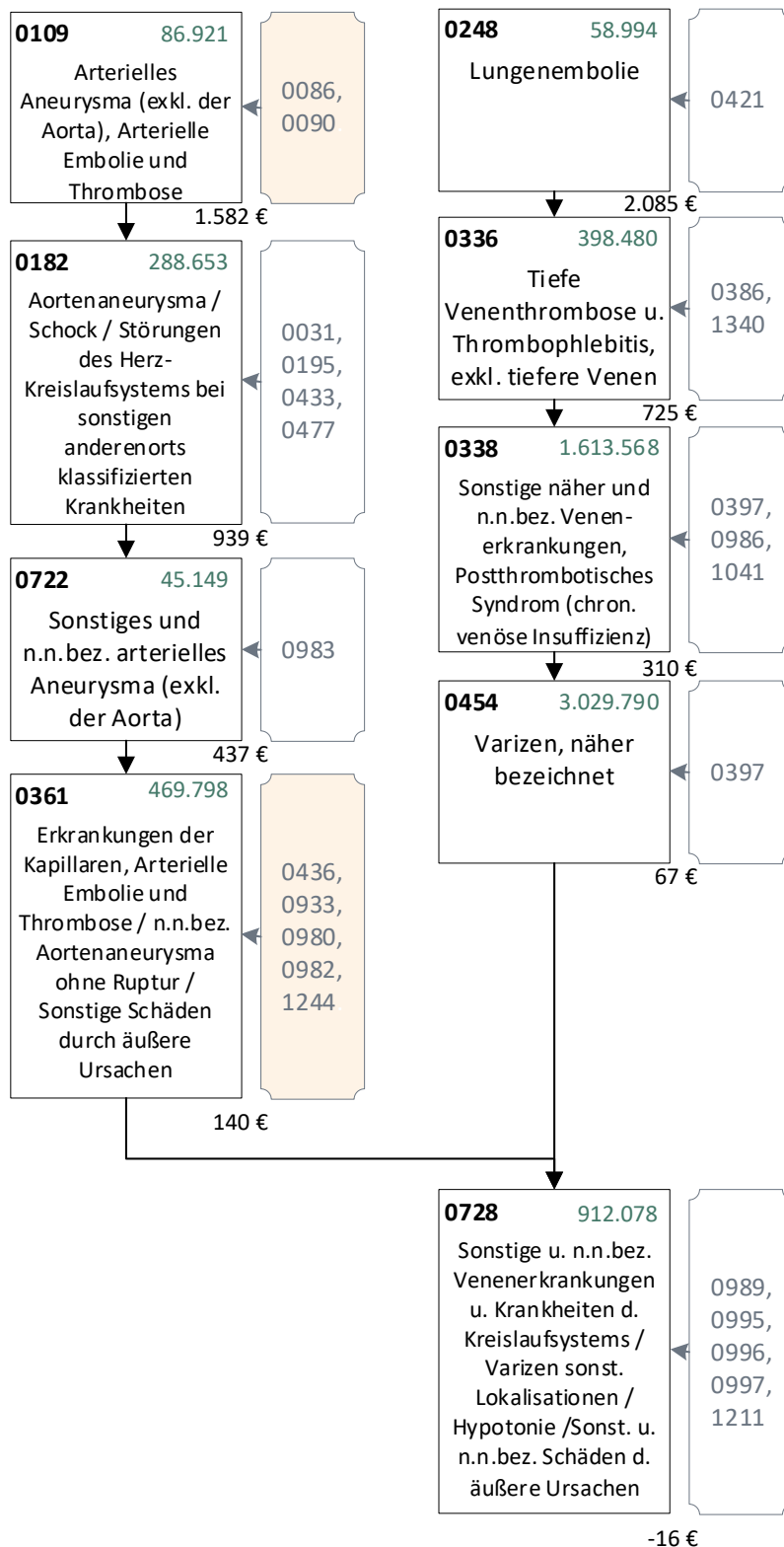
Quelle: BAS

Abbildung 20.3: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 20.4: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

21 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

21.1 Festlegungsentwurf

Im Rahmen der Festlegung zum Ausgleichsjahr 2022 wurde für die Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ ein weitergehender Bereinigungsbedarf festgestellt, welcher bis auf die Ebene der ICD-DxG-Zuordnungen zurückreichte. Im aktuellen Bearbeitungszyklus erfolgte daher zunächst eine tiefergehende Analyse dieser Zuordnungen. Anpassungen, welche insbesondere Verschiebungen von ICD-Kodes oder auch ganzer Risikogruppen zwischen der Hierarchie 19 und anderen Hierarchien betreffen, wurden – soweit möglich – schon bei der Erstellung des Ausgangsmodells berücksichtigt. Zusätzlich wurden ICD-Kodes berücksichtigt, welche bisher nicht für die Klassifikation verwendet wurden und im Rahmen einer Überprüfung bisher nicht berücksichtigter Kodes vor Erstellung des Ausgangsmodells der Hierarchie 19 neu zugeordnet wurden. Im weiteren Bearbeitungsverlauf wurde die bestehende Hierarchiestruktur zunächst differenziert und analysiert, darauf aufbauend erfolgte eine grundlegende Neugliederung der Hierarchiestruktur. Die vorgenommene Neugliederung bildet die Grundlage für weitergehende Überarbeitungen in den nachfolgenden Anpassungszyklen, welche dann insbesondere Schwerpunkte auf die Überprüfung von Arzneimittelzuordnungen und -differenzierungen sowie die Analyse der Komorbiditäten innerhalb der Hierarchie setzen werden. Tabelle 21.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 21.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3206 %	0,0008 PP
	CPM	28,4730 %		28,4822 %	0,0093 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,21 €	-0,3228 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0217	Mukoviszidose (> 11 Jahre)	5.627	55.004 €	5.627	55.082 €
HMG0218	Mukoviszidose (< 12 Jahre)	2.011	31.508 €	2.011	31.513 €
HMG0108 (alt)	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation / Angeborene Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems (> 5 Jahre)	55.691	4.790 €		
HMG0108 (neu)	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation			53.888	4.914 €
HMG0737 (alt)	Fremdkörper in der Luftröhre / im Bronchus / in der Lunge	4.436	4.363 €		
HMG0215 (alt)	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation, akutes schweres Asthma (> 17 Jahre), andere angeborene Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems (> 5 Jahre), sonstige andere Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems	1.421.484	1.657 €		
HMG0215 (neu)	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation, akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)			1.419.414	1.764 €
HMG0423 (alt)	Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen	69.299	1.228 €		

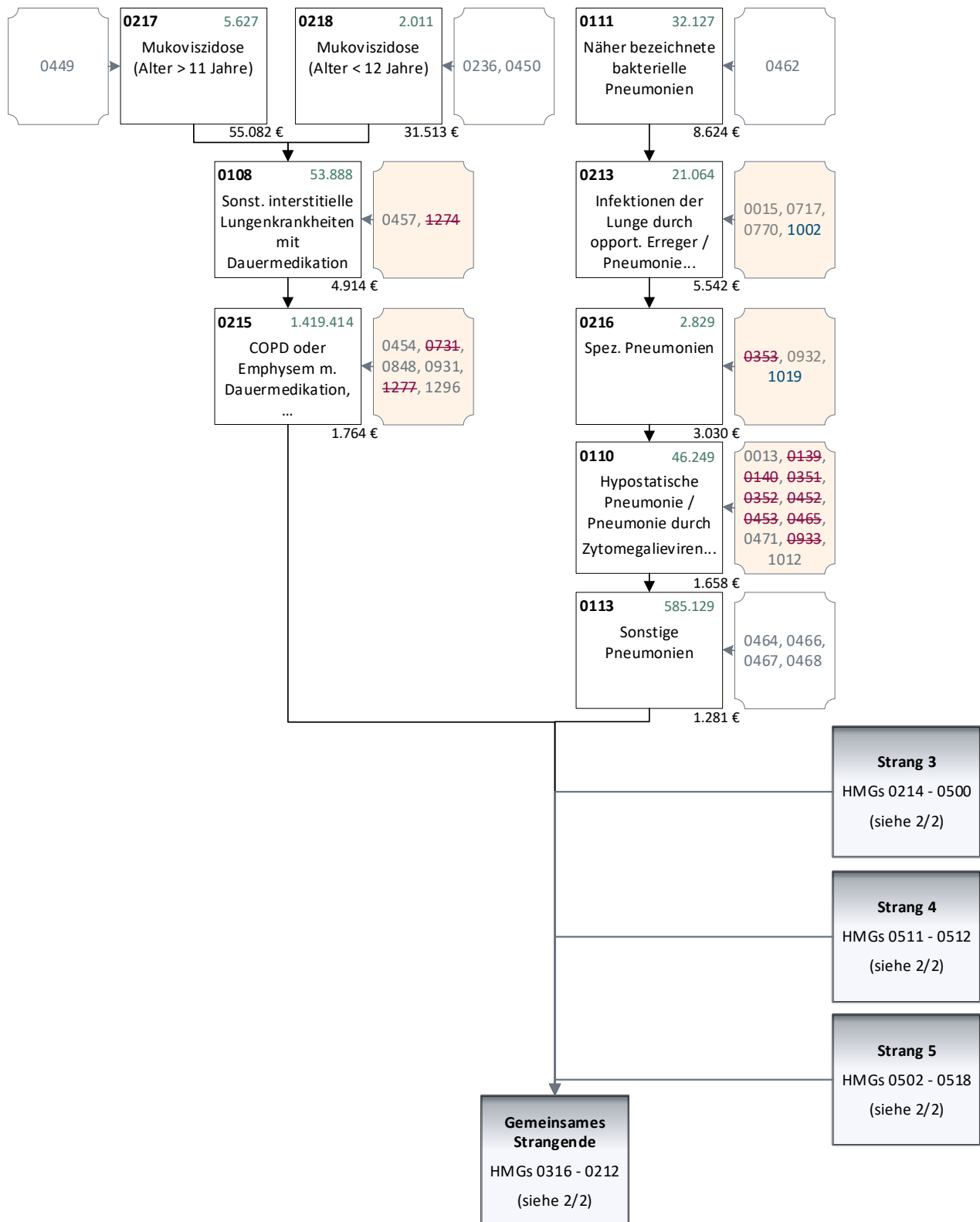
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell		R ²	58,3198 %	58,3206 %	0,0008 PP
		CPM	28,4730 %	28,4822 %	0,0093 PP
		MAPE	2.495,53 €	2.495,21 €	-0,3228 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2					
HMG0111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	32.127	10.814 €	32.127	8.624 €
HMG0213 (neu)	Infektionen der Lunge durch opportunistische Erreger, Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen			21.064	5.542 €
HMG0216 (alt)	Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien	293.264	3.247 €		
HMG0216 (neu)	Spezielle Pneumonien			2.829	3.030 €
HMG0110 (alt)	Respiratorische Insuffizienzen, Lungenabszess, Pneumothorax, Pleuraerguss, Lungenstauung / hypostatische Pneumonie / Pneumonie durch Zytomegalieviren / Kandidose der Lunge	663.628	2.895 €		
HMG0110 (neu)	Hypostatische Pneumonie / Pneumonie durch Zytomegalieviren / Kandidose der Lunge			46.249	1.658 €
HMG0113	Sonstige Pneumonien	411.694	1.321 €	585.129	1.281 €
Strang 3					
HMG0214 (neu)	Aspirator / Respirator			68.175	12.414 €
HMG0501 (neu)	Akute respiratorische Insuffizienz			464.647	2.332 €
HMG0500 (neu)	Chronische und n.n.bez. respiratorische Insuffizienz			277.585	1.819 €
Strang 4					
HMG0511 (neu)	Angeborene Anomalien (> 5Jahre) und näher bez. Verletzungen der Lunge / des respiratorischen Systems			12.407	3.956 €
HMG0512 (neu)	Andere ang. Anomalien (> 5 Jahre) und Verbrennungen oder Verätzungen der Lunge oder des respiratorischen Systems			1.543	1.395 €
Strang 5					
HMG0502 (neu)	Sonstige näher bez. Krankheiten der Atemwege			1.510	11.372 €
HMG0148 (neu)	Sonstige und n.n.bez. Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen			2.847	4.152 €
HMG0516 (neu)	Pneumothorax			28.031	3.368 €
HMG0518 (neu)	Pleuraerguss, Pleuraempyem, Lungenödem und Lungenabszess			279.103	2.214 €
Gemeinsames Strangende					
HMG0316	Asthma bronchiale (alle Altersgruppen), Akutes schweres Asthma (< 18 Jahre)	1.013.676	641 €	1.015.674	649 €
HMG0114	Sonstige Erkrankungen der Pleura / COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation / Influenza mit Pneumonie / Sarkoidose der Lunge	1.599.239	227 €	1.608.082	231 €
HMG0212	Sonstige Erkrankungen der Lunge	1.718.702	98 €	1.751.066	97 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
<i>Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell</i>	R ²	58,3198 %		58,3206 %	0,0008 PP
	CPM	28,4730 %		28,4822 %	0,0093 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,21 €	-0,3228 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
<i>Freistehende HMGs</i>					
HMG0148 (alt)	Sonstige und n.n.bez. Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	2.897	4.155 €		
HMG0189 (alt)	Verbrennung oder Verätzung der Atemwege	246	1.497 €		
HMG0213 (alt)	Infektionen der Lunge durch opportunistische Erreger	5.252	4.123 €		
HMG0214 (alt)	Aspirator / Respirator	68.175	10.672 €		

Quelle: BAS

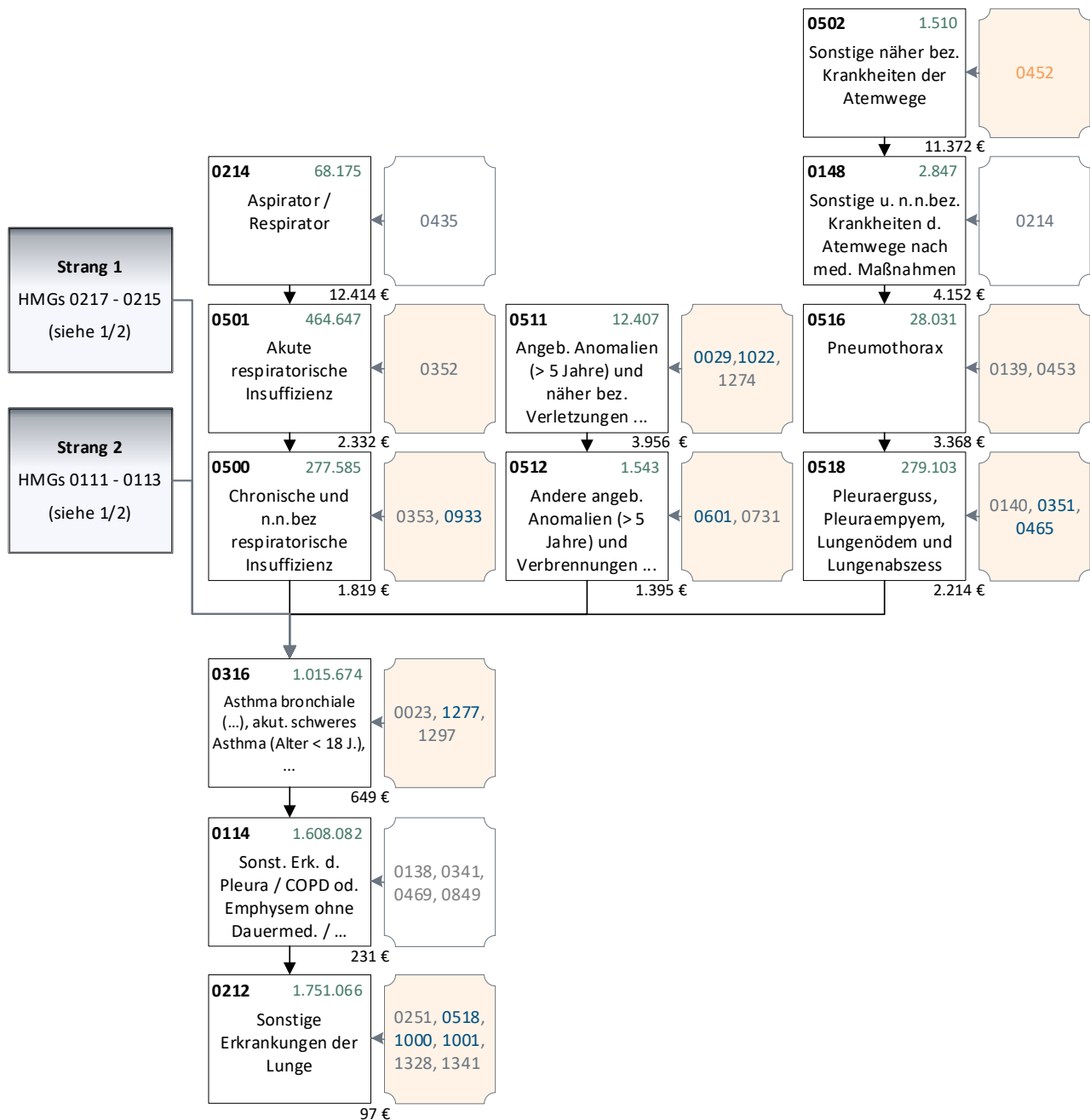
Abbildung 21.1 und Abbildung 21.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 21.1: Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 21.2: Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

21.2 Anhörungsverfahren

21.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Im Rahmen des Anhörungsverfahrens ergingen unterschiedliche Stellungnahmen zur Ausgestaltung der Hierarchie 19:

TK et al. merken an, dass die Wirkung der Eingliederung bisher explizit ausgeschlossener ICD-Kodes nicht umfassend untersucht bzw. dokumentiert worden sei. Dabei wird insbesondere für die in der neu gebildeten HMG0214 „Aspirator / Respirator“ aufgenommenen neuen ICD-Kodes Z99.0 „Abhängigkeit (langzeitig) vom Aspirator“ und Z99.1 „Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator“ darauf hingewiesen, dass

mögliche Dominanzen auf andere Hierarchiestränge geprüft werden sollten. Zusätzlich wird angeregt eine Arzneimittelvalidierung der DxG1002 „Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen“ zu prüfen.

Der AOK-BV regt an, analog zu den DxGs 0686 „Sarkoidose, exkl. Lunge“ und 1210 „N.n.bez. Sarkoidose, exkl. Lunge“ der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ auch für die DxG0341 „Sarkoidose der Lunge“ in Hierarchie 19 die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums wegen klinischer Relevanz mit den ATC-Kodes H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX zu prüfen. Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die DxG0421 „Lungenembolie“ aus Sicht des AOK-BVs nicht sachgerecht sei.

Die DAK-G bittet darum, die Einführung einer neuen HMG „Mukoviszidose mit Medikation“ über der bisherigen HMG0217 „Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)“ zu prüfen. Diese neue HMG solle mit dem ATC-Kode R07AX geprüft werden.

Der BKK DV weist darauf hin, dass bereits bei der Bildung neuer Hierarchiestränge mögliche Über- und Unterdeckungen durch Komorbiditäten überprüft werden sollten.

21.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Wie bereits im Festlegungsentwurf beschrieben, stellen die in diesem Anpassungszyklus vorgenommenen Bearbeitungen den ersten Überarbeitungsschritt einer umfangreichen Umgestaltung der Hierarchie 19 dar, deren Schwerpunkt in diesem Jahr auf der Analyse und Anpassung der ICD-DxG-HMG-Zuordnung lag. Schon die dabei vorgenommenen Bearbeitungen führten zu einer deutlichen Verbesserung der Modellabbildung. Im nächsten Schritt wird der Bearbeitungsschwerpunkt auf der Überprüfung der Aufgreifkriterien (insbesondere der Arzneimittelzuordnungen) und der hierarchieinternen Komorbiditäten liegen. Die im Anhörungsverfahren vorgebrachten Anmerkungen und Vorschläge (welche sich mehrheitlich auf diese dann zu prüfenden Themenschwerpunkte beziehen) werden – neben weiteren Vorschlägen aus den Vorjahren – bei diesen Analysen berücksichtigt. Im aktuellen Anpassungszyklus erfolgen keine weitergehenden Untersuchungen und Anpassungen der Hierarchie 19.

21.3 Festlegung der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Es ergeben sich keine Veränderungen zum Festlegungsentwurf.

22 Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“

22.1 Festlegungsentwurf

Um medizinische Inkonsistenzen auszuräumen, wurde ein ICD-Kode aus der Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ in die Hierarchie 20 verschoben und innerhalb dieser neu zugeordnet.

Die verschiedenen Stadien der Niereninsuffizienz (Strang 1) wurden in Bezug auf die Arzneimittel-Zuordnungen vollständig überarbeitet. Für die HMG0340 „Niereninfektion“ wurde das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ eingeführt und die „Fistel“-Diagnosen aus der HMG0538 „Andere Erkrankungen der Harnwege“ in eine eigene DxG / HMG separiert.

Nach Konsolidierung durch Aufhebung von entstandenen Hierarchieverletzungen und Zusammenlegungen von HMGs mit ähnlichen Kostenschätzern besteht die Hierarchie weiterhin aus den drei Strängen „Verschiedene Stadien der Niereninsuffizienz“, „Infektionen der Niere, Harnröhre und -blase“ und „Erkrankungen / Komplikationen des Harntrakts“, mit einem gemeinsamen Strangende und einem gemeinsamen Stranganfang des ersten und zweiten Strangs.

Tabelle 22.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 22.1: Vergleich des Ausgangsmodells mit dem Festlegungsentwurf der Hierarchie 20 für das AJ 2023

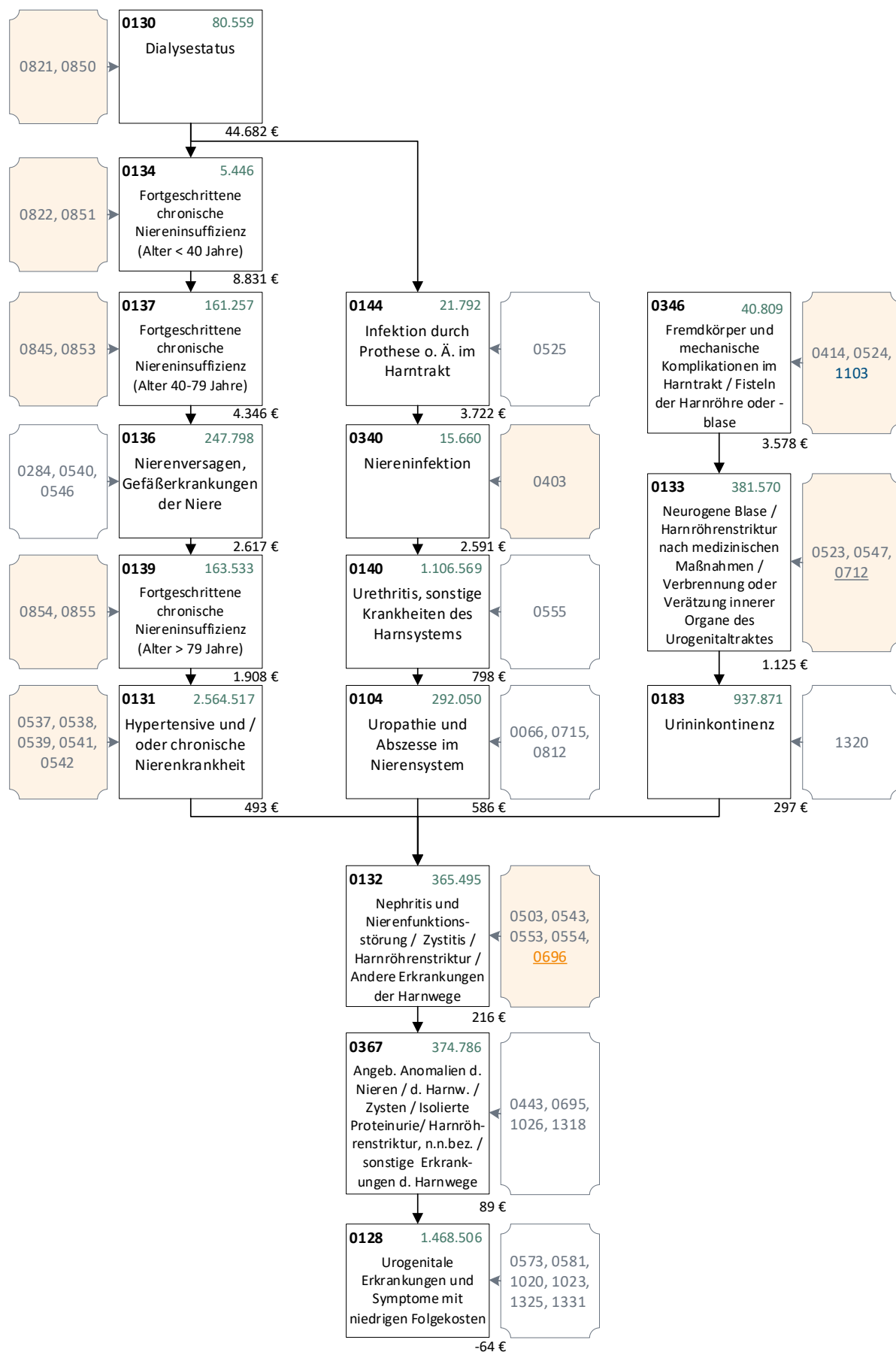
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3259 %	0,0061 PP
	CPM	28,4730 %		28,4793 %	0,0064 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,31 €	-0,2223 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Verschiedene Stadien der Niereninsuffizienz“					
HMG0130	Dialysestatus	80.150	44.686 €	80.559	44.682 €
HMG0134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (< 40 Jahre)	5.065	9.101 €	5.446	8.831 €
HMG0137	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (40-79 Jahre)	152.893	4.434 €	161.257	4.346 €
HMG0136	Nierenversagen und Gefäßerkrankungen der Niere	249.088	2.637 €	247.798	2.617 €
HMG0139	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (> 79 Jahre)	156.416	1.963 €	163.533	1.908 €
HMG0131	Hypertensive und / oder chronische Nierenkrankheit	2.380.513	514 €	2.564.517	493 €
Strang 2: „Infektionen der Niere, Harnröhre und -blase“					
HMG0144	Infektion durch Prothese o. Ä. im Harntrakt	21.797	3.752 €	21.792	3.722 €
HMG0340	Niereninfektion	11.673	2.473 €	15.660	2.591 €
HMG0140	Urethritis, sonstige Krankheiten des Harnsystems	1.108.514	805 €	1.106.569	798 €
HMG0104	Uropathie und Abszesse im Nierensystem	293.095	597 €	292.050	586 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3259 %	0,0061 PP
	CPM	28,4730 %		28,4793 %	0,0064 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,31 €	-0,2223 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 3: „Erkrankungen / Komplikationen des Harntrakts“					
HMG0346 (alt)	Fremdkörper und mechanische Komplikationen im Harntrakt	26.140	3.729 €		
HMG0346 (neu)	Fremdkörper und mechanische Komplikationen im Harntrakt / Fisteln der Harnröhre oder-blase			40.809	3.578 €
HMG0133 (alt)	Neurogene Blase / Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	384.968	1.159 €		
HMG0133 (neu)	Neurogene Blase / Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen / Verbrennung ...			381.570	1.125 €
HMG0538	Andere Erkrankungen der Harnwege	75.511	506 €		
HMG0183	Urininkontinenz	930.397	301 €	937.871	297 €
Gemeinsames Strangende					
HMG0132 (alt)	Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Zystitis / Harnröhrenstriktur	338.684	238 €		
HMG0132 (neu)	Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Zystitis / Harnröhrenstriktur / Andere Erkrankungen der Harnwege			365.495	216 €
HMG0367	Angeborene Anomalien der Nieren / der Harnwege / Zysten / Isolierte Proteinurie / Harnröhrenstriktur, n.n.bez. / sonstige Erkrankungen der Harnwege	380.55	86 €	374.786	89 €
HMG0128	Urogenitale Erkrankungen und Symptome mit niedrigen Folgekosten	1.488.481	-66 €	1.468.506	-64 €
Freistehende Morbiditätsgruppe					
HMG0204	Verbrennung oder Verätzung innerer Organe des Urogenitaltraktes	49	1.457 €		

Quelle: BAS

Abbildung 22.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 22.1: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

22.2 Anhörungsverfahren

22.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Im Anhörungsverfahren gingen zur Hierarchie „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ Stellungnahmen von GKV-SV, TK et al., AOK-BV und BKK DV ein. Die Stellungnahmen beziehen sich zu meist auf Arzneimittel.

22.2.1.1 Erweiterung der ATC-Abgrenzung bei Niereninsuffizienz-DxGs

Sowohl der GKV-SV, als auch der AOK-BV weisen darauf hin, dass im Rahmen der Überarbeitung der ATC-Auswahl für Niereninsuffizienz-DxGs auch die Gruppe der Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren (A10BK) zu berücksichtigen sei, da sie bei Nieren- und Herzinsuffizienz zugelassen sei. Zusätzlich seien die Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren für die Herzinsuffizienz-DxGs in der Hierarchie 16 zu berücksichtigen.

22.2.1.2 Aufgreifkriterium für die DxG0812 „Abszesse in der Niere oder den ableitenden Harnwegen“

Der BKK DV regt an, das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die DxG0812 „Abszesse in der Niere oder den ableitenden Harnwegen“ zu prüfen, da dies (analog der Einführung des Aufgreifkriteriums für die DxG0406 „Niereninfektion“) klinisch sinnvoll sei.

22.2.1.3 Analyse Komorbiditäten der HMGs 0091 und 0131 durch Doppelzuordnung der DxG0539

TK et al. sehen dringenden Änderungsbedarf bezüglich der Doppelzuordnung der DxG0539 im Klassifikationsmodell (HMG0091/H16 und HMG0131/H20). Die Komorbiditätsanalyse auf Basis des alten Modells habe einen deutlichen Zusammenhang der beiden betroffenen HMGs gezeigt, zudem entstehe GKV-weit für Versicherte mit der Kombination dieser beiden HMGs eine deutliche Überdeckung. Sofern dem BAS eine Einzelzuordnung der DxG nicht sachgerecht erscheine, sollte zur Vermeidung ungerechtfertigter Doppelzuweisungen eine hierarchieübergreifende Dominanzbeziehung etabliert werden.

22.2.1.4 Erweiterung der ATC-Abgrenzung bei Dialyse: Wasserlösliche Vitamine

Der AOK-BV begrüßt die Ausweitung des ATC-Spektrums für die DxGs 0821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ und 0850 „Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ in der HMG0130 „Dialysestatus“ und schlägt vor, das Spektrum um die Codes A11DA „Vitamin B1, rein“ und A11GA „Ascorbinsäure (Vitamin C), rein“ zu erweitern. Begründet sei dies im Dialysestandard: „Wegen des Verlustes von wasserlöslichen Vitaminen bei der Dialysebehandlung und diätetischen Einschränkungen bei Vitamin-reichen Nahrungsmitteln (z.B. Zitrusfrüchte) ist eine regelmäßige Substitution mit Multivitaminpräparaten, insbesondere mit wasserlöslichen Vitaminen, zu empfehlen.“ (vgl. Deutsche Gesellschaft für Nephrologie et al. 2022, S. 65).

22.2.1.5 ATC-Kodes für pflanzliche und homöopathische Wirkstoffe

TK et al. und der BKK DV begrüßen die Streichung der ATC-Kodes für pflanzliche und homöopathische / anthroposophische Wirkstoffe innerhalb der Hierarchie 20. Dieses Vorgehen sollte in den folgenden Anpassungszyklen weitergeführt und in allen anderen Hierarchien umgesetzt werden.

22.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

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

22.2.2.1 Erweiterung der ATC-Abgrenzung bei Niereninsuffizienz-DxGs

Der Vorschlag des GKV-SV sowie des AOK-BV, die ATC-Auswahl der Herz- und Niereninsuffizienz-DxGs um die Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren zu erweitern, erscheint sachgerecht. Aufgrund des Umfangs bedarf er jedoch einer gründlichen Prüfung. Aus Kapazitätsgründen wird dieser Vorschlag daher erst in einem der nächsten Anpassungszyklen analysiert.

22.2.2.2 Aufgreifkriterium für die DxG0812 „Abszesse in der Niere oder den ableitenden Harnwegen“

Auch der Vorschlag des BKK DV, die DxG0812 „Abszesse in der Niere oder den ableitenden Harnwegen“ über das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zu validieren, wird in einem der nächsten Anpassungszyklen untersucht.

22.2.2.3 Analyse Komorbiditäten der HMGs 0091 und 0131 durch Doppelzuordnung der DxG0539

Der von TK et al. unterbreitete Vorschlag, die doppelte Zuordnung der DxG0539 zu zwei verschiedenen HMGs (HMG0091 in H16 und HMG0131 in H20) aufzulösen, bedarf einer eingehenden Prüfung und macht aus Sicht des BAS auch eine Anhörung erforderlich. Daher wird dieser Vorschlag in einem der nächsten Anpassungszyklen analysiert.

22.2.2.4 Erweiterung der ATC-Abgrenzung bei Dialyse: Wasserlösliche Vitamine

Der Einwand des AOK-BV, die ATC-Auswahl für die DxGs 0821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ und 0850 „Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ gemäß dem Dialysestandard der DGfN anzupassen, ist sachgerecht. Da die DxGs 0851 „Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, < 40 Jahre)“, 0853 „Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, 40-79 Jahre)“ und 0855 „Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, > 79 Jahre)“ ebenso ein Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung bzw. die Kodierung einer Dialyse enthalten, sollten die vorgeschlagenen ATC-Kodes A11DA „Vitamin B1, rein“ und A11GA „Ascorbinsäure (Vitamin C), rein“ auch für diese Diagnosegruppen berücksichtigt werden. Aus Gründen der Konsistenz sollte auch der ATC-Kode A11GB „Ascorbinsäure (Vitamin C), Kombinationen“ aufgenommen werden. Der Vorschlag wird im Folgenden genauer geprüft.

22.2.2.5 ATC-Kodes für pflanzliche und homöopathische Wirkstoffe

Die pflanzlichen und homöopathischen / anthroposophischen Wirkstoffe werden in den kommenden Anpassungszyklen sukzessive gestrichen.

22.3 Erweiterung der ATC-Abgrenzung bei Dialyse: Wasserlösliche Vitamine

22.3.1 Hintergrund

Die Supplementierung von wasserlöslichen Vitaminen während einer Dialysebehandlung ist empfehlenswert, um etwaigen Mangelzuständen durch den Verlust wasserlöslicher Vitamine bzw. diätetischer Maßnahmen entgegenzuwirken.

22.3.2 Untersuchung

Aufgrund der beschriebenen Gründe werden in **Modell A01** die ATC-Kodes A11DA, A11GA und A11GB zur bestehenden ATC-Auswahl der DxGs 0821, 0850, 0851, 0853 und 0855 hinzugefügt. Die sich daraus ergebenden Veränderungen im Mapping werden in Tabelle 22.2 zusammengefasst.

Tabelle 22.2: DxG-ATC-Zuordnung in Modell A01

DxG	DxG-Bezeichnung	ATC-Kodes
0821	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)	A02AH A11BA A11CC A11DB A11EA A11EB A11EX A11HA A12AA A12CB B01AB B03AA B03AB B03AC B03AD B03AE B03BA B03BB B03XA B05BC B05DA B05DB B05XC B05ZA B05ZB C03AA C03BA C03BX C03CA C03DA C03EA C03EB C03EC C03ED C03XH C03XP C07AA C07AB C07AG C07BA C07BB C07CA C07CB C07DA C07FB C07FX C08CA C08DA C08DB C08EA C08GA C09AA C09BA C09BB C09BX C09CA C09DA C09DB C09DX C09XA H05BX V03AE V06CX V06DX A11DA A11GA A11GB
0850	Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)	A02AH A11BA A11CC A11DB A11EA A11EB A11EX A11HA A12AA A12CB B01AB B03AA B03AB B03AC B03AD B03AE B03BA B03BB B03XA B05BC B05DA B05DB B05XC B05ZA B05ZB C03AA C03BA C03BX C03CA C03DA C03EA C03EB C03EC C03ED C03XH C03XP C07AA C07AB C07AG C07BA C07BB C07CA C07CB C07DA C07FB C07FX C08CA C08DA C08DB C08EA C08GA C09AA C09BA C09BB C09BX C09CA C09DA C09DB C09DX C09XA H05BX V03AE V06CX V06DX A11DA A11GA A11GB
0851	Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, < 40 Jahre)	A02AH A11BA A11CC A11DB A11EA A11EB A11EX A11HA A12AA A12CB B01AB B03AA B03AB B03AC B03AD B03AE B03BA B03BB B03XA B05BC B05DA B05DB B05XC B05ZA B05ZB C03AA C03BA C03BX C03CA C03DA C03EA C03EB C03EC C03ED C03XH C03XP C07AA C07AB C07AG C07BA C07BB C07CA C07CB C07DA C07FB C07FX C08CA C08DA C08DB C08EA C08GA C09AA C09BA C09BB C09BX C09CA C09DA C09DB C09DX C09XA H05BX V03AE V06CX V06DX A11DA A11GA A11GB
0853	Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, 40 - 79 Jahre)	A02AH A11BA A11CC A11DB A11EA A11EB A11EX A11HA A12AA A12CB B01AB B03AA B03AB B03AC B03AD B03AE B03BA B03BB B03XA B05BC B05DA B05DB B05XC B05ZA B05ZB C03AA C03BA C03BX C03CA C03DA C03EA C03EB C03EC C03ED C03XH C03XP C07AA C07AB C07AG C07BA C07BB C07CA C07CB C07DA C07FB C07FX C08CA C08DA C08DB C08EA C08GA C09AA C09BA C09BB C09BX C09CA C09DA C09DB C09DX C09XA H05BX V03AE V06CX V06DX A11DA A11GA A11GB
0855	Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, > 79 Jahre)	A02AH A11BA A11CC A11DB A11EA A11EB A11EX A11HA A12AA A12CB B01AB B03AA B03AB B03AC B03AD B03AE B03BA B03BB B03XA B05BC B05DA B05DB B05XC B05ZA B05ZB C03AA C03BA C03BX C03CA C03DA C03EA C03EB C03EC C03ED C03XH C03XP C07AA C07AB C07AG C07BA C07BB C07CA C07CB C07DA C07FB C07FX C08CA C08DA C08DB C08EA C08GA C09AA C09BA C09BB C09BX C09CA C09DA C09DB C09DX C09XA H05BX V03AE V06CX V06DX A11DA A11GA A11GB

Quelle: BAS

Tabelle 22.3 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen.

Tabelle 22.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3259 %	0,0061 PP	58,3260 %	0,0061 PP
	CPM	28,4793 %	0,0064 PP	28,4794 %	0,0064 PP
	MAPE	2.495,31 €	-0,2223 €	2.495,31 €	-0,2232 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Verschiedene Stadien der Niereninsuffizienz“					
HMG0130	Dialysestatus	80.559	44.682 €	80.561	44.682 €
HMG0134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (< 40 Jahre)	5.446	8.831 €	5.446	8.831 €
HMG0137	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (40-79 Jahre)	161.257	4.346 €	161.257	4.346 €
HMG0136	Nierenversagen und Gefäßerkrankungen der Niere	247.798	2.617 €	247.798	2.617 €
HMG0139	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (> 79 Jahre)	163.533	1.908 €	163.533	1.908 €
HMG0131	Hypertensive und / oder chronische Nierenkrankheit	2.564.517	493 €	2.564.517	493 €
Strang 2: „Infektionen der Niere, Harnröhre und -blase“					
HMG0144	Infektion durch Prothese o. Ä. im Harntrakt	21.792	3.722 €	21.792	3.723 €
HMG0340	Niereninfektion	15.660	2.591 €	15.660	2.591 €
HMG0140	Urethritis, sonstige Krankheiten des Harnsystems	1.106.569	798 €	1.106.569	798 €
HMG0104	Uropathie und Abszesse im Nierensystem	292.050	586 €	292.050	586 €
Strang 3: „Erkrankungen / Komplikationen des Harntrakts“					
HMG0346	Fremdkörper und mechanische Komplikationen im Harntrakt / Fisteln der Harnröhre oder -blase	40.809	3.578 €	40.809	3.578 €
HMG0133	Neurogene Blase / Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen / Verbrennung oder ...	381.570	1.125 €	381.570	1.125 €
HMG0183	Urininkontinenz	937.871	297 €	937.871	297 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3259 %	0,0061 PP	58,3260 %	0,0061 PP
	CPM	28,4793 %	0,0064 PP	28,4794 %	0,0064 PP
	MAPE	2.495,31 €	-0,2223 €	2.495,31 €	-0,2232 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsames Strangende					
HMG0132	Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Zystitis / Harnröhrenstriktur / Andere Erkrankungen ...	365.495	216 €	365.494	216 €
HMG0367	Angeborene Anomalien der Nieren / der Harnwege / Zysten / Isolierte Proteinurie / ...	374.786	89 €	374.786	89 €
HMG0128	Urogenitale Erkrankungen und Symptome mit niedrigen Folgekosten	1.468.506	-64 €	1.468.506	-64 €

Quelle: BAS

22.3.3 Ergebnis

Durch die Ausweitung der ATC-Auswahl um die drei ATC-Kodes A11DA, A11GA und A11GB verbessert sich das MAPE geringfügig auf der dritten Nachkommastelle. Auch die Besetzungszahlen verändern sich nur marginal. Im ersten Strang werden in der HMG0130 „Dialysestatus“ zwei zusätzliche Versicherte aufgegriffen, während sich die Besetzungszahl der HMG0132 „Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Zystitis / Harnröhrenstriktur / Andere Erkrankungen der Harnwege“ im gemeinsamen Strangende um eine/n Versicherte/n verringert. Die Kostenschätzer bleiben unverändert. Der vom AOK-BV eingegangene Vorschlag wird angenommen. Modell A01 stellt die Festlegung der Hierarchie 20 dar.

22.4 Festlegung der Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“

22.4.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf

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

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

- Für die Arzneimittelprüfung der DxG0821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ werden zusätzlich zur bisher bestehenden ATC-Auswahl die ATC-Kodes A11DA, A11GA sowie A11GB verwendet.
- Für die Arzneimittelprüfung der DxG0850 „Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ werden zusätzlich zur bisher bestehenden ATC-Auswahl die ATC-Kodes A11DA, A11GA sowie A11GB verwendet.
- Für die Arzneimittelprüfung der DxG0851 „Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, < 40 Jahre)“ werden zusätzlich zur bisher bestehenden ATC-Auswahl die ATC-Kodes A11DA, A11GA sowie A11GB verwendet.
- Für die Arzneimittelprüfung der DxG0853 „Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, 40-79 Jahre)“ werden zusätzlich zur bisher bestehenden ATC-Auswahl die ATC-Kodes A11DA, A11GA sowie A11GB verwendet.
- Für die Arzneimittelprüfung der DxG0855 „Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, > 79 Jahre)“ werden zusätzlich zur bisher bestehenden ATC-Auswahl die ATC-Kodes A11DA, A11GA sowie A11GB verwendet.

22.4.1.2 Hierarchisierung:

Die Hierarchisierung erfolgt in drei Strängen:

- Strang 1: HMG0130 → HMG0134 → HMG0137 → HMG0136 → HMG0139 → HMG0131 → HMG0132 → HMG0367 → HMG0128,
- Strang 2: HMG0130 → HMG0144 → HMG0340 → HMG0140 → HMG0104 → HMG0132 → HMG0367 → HMG0128,
- Strang 3: HMG0346 → HMG0133 → HMG0183 → HMG0132 → HMG0367 → HMG0128.

22.4.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 20

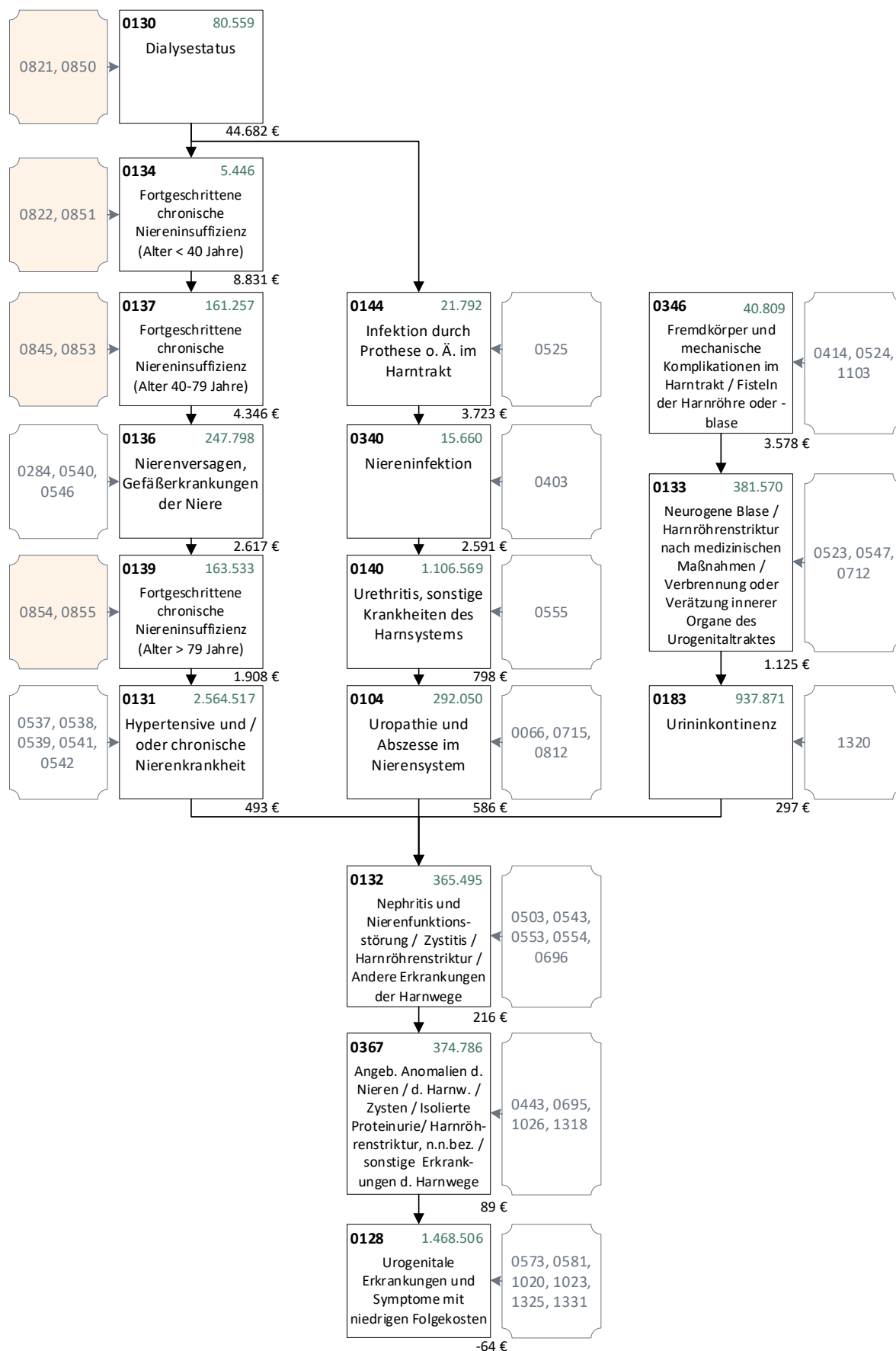
Tabelle 22.4 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 22.1 stellt die Festlegung der Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ graphisch dar.

Tabelle 22.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 20 für das AJ 2023

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3259 %	0,0061 PP	58,3260 %	0,0061 PP
	CPM	28,4793 %	0,0064 PP	28,4794 %	0,0064 PP
	MAPE	2.495,31 €	-0,2223 €	2.495,31 €	-0,2232 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Verschiedene Stadien der Niereninsuffizienz“					
HMG0130	Dialysestatus	80.559	44.682 €	80.561	44.682 €
HMG0134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (< 40 Jahre)	5.446	8.831 €	5.446	8.831 €
HMG0137	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (40-79 Jahre)	161.257	4.346 €	161.257	4.346 €
HMG0136	Nierenversagen und Gefäßerkrankungen der Niere	247.798	2.617 €	247.798	2.617 €
HMG0139	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (> 79 Jahre)	163.533	1.908 €	163.533	1.908 €
HMG0131	Hypertensive und / oder chronische Nierenkrankheit	2.564.517	493 €	2.564.517	493 €
Strang 2: „Infektionen der Niere, Harnröhre und -blase“					
HMG0144	Infektion durch Prothese o. Ä. im Harntrakt	21.792	3.722 €	21.792	3.723 €
HMG0340	Niereninfektion	15.660	2.591 €	15.660	2.591 €
HMG0140	Urethritis, sonstige Krankheiten des Harnsystems	1.106.569	798 €	1.106.569	798 €
HMG0104	Uropathie und Abszesse im Nierensystem	292.050	586 €	292.050	586 €
Strang 3: „Erkrankungen / Komplikationen des Harntrakts“					
HMG0346	Fremdkörper und mechanische Komplikationen im Harntrakt / Fisteln der Harnröhre oder -blase	40.809	3.578 €	40.809	3.578 €
HMG0133	Neurogene Blase / Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen / Verbrennung oder Verätzung innerer Organe des Urogenitaltraktes	381.570	1.125 €	381.570	1.125 €
HMG0183	Urininkontinenz	937.871	297 €	937.871	297 €
Gemeinsames Strangende					
HMG0132	Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Zystitis / Harnröhrenstriktur / Andere Erkrankungen ...	365.495	216 €	365.494	216 €
HMG0367	Angeborene Anomalien der Nieren / der Harnwege / Zysten / Isolierte Proteinurie / Harnröhrenstriktur, n.n.bez. / sonstige Erkrankungen der Harnwege	374.786	89 €	374.786	89 €
HMG0128	Urogenitale Erkrankungen und Symptome mit niedrigen Folgekosten	1.468.506	-64 €	1.468.506	-64 €

Quelle: BAS

Abbildung 22.2: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

23 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

23.1 Festlegungsentwurf

Im Rahmen des Ausgangsmodells wurden Verbrennungen und Verätzungen sowie angeborene Anomalien der Haut, die in Bezug auf ihre Lokalität zielgenauer in anderen Hierarchien abgebildet werden können, in diese verschoben. Die HMG0149 „Hautulkus ohne Dekubitalulzera“ wurde in die Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ verschoben, wodurch die externe Dominanzbeziehung aus der Hierarchie 18 auf diese HMG entfällt. Im Rahmen des Schwerpunktthemas „Arzneimittel als Aufgreifkriterium“ wurden eine Reihe von Vorschlägen der Spitzenorganisationen der Krankenkassen geprüft und in der Mehrzahl auch als Arzneimittelvalidierung oder -differenzierung umgesetzt. Abschließend wurde die Konsolidierung des Vorjahres fortgesetzt. Dabei entstand ein gemeinsamer unterer Strang, der von allen drei Strängen dominiert wird.

Tabelle 23.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

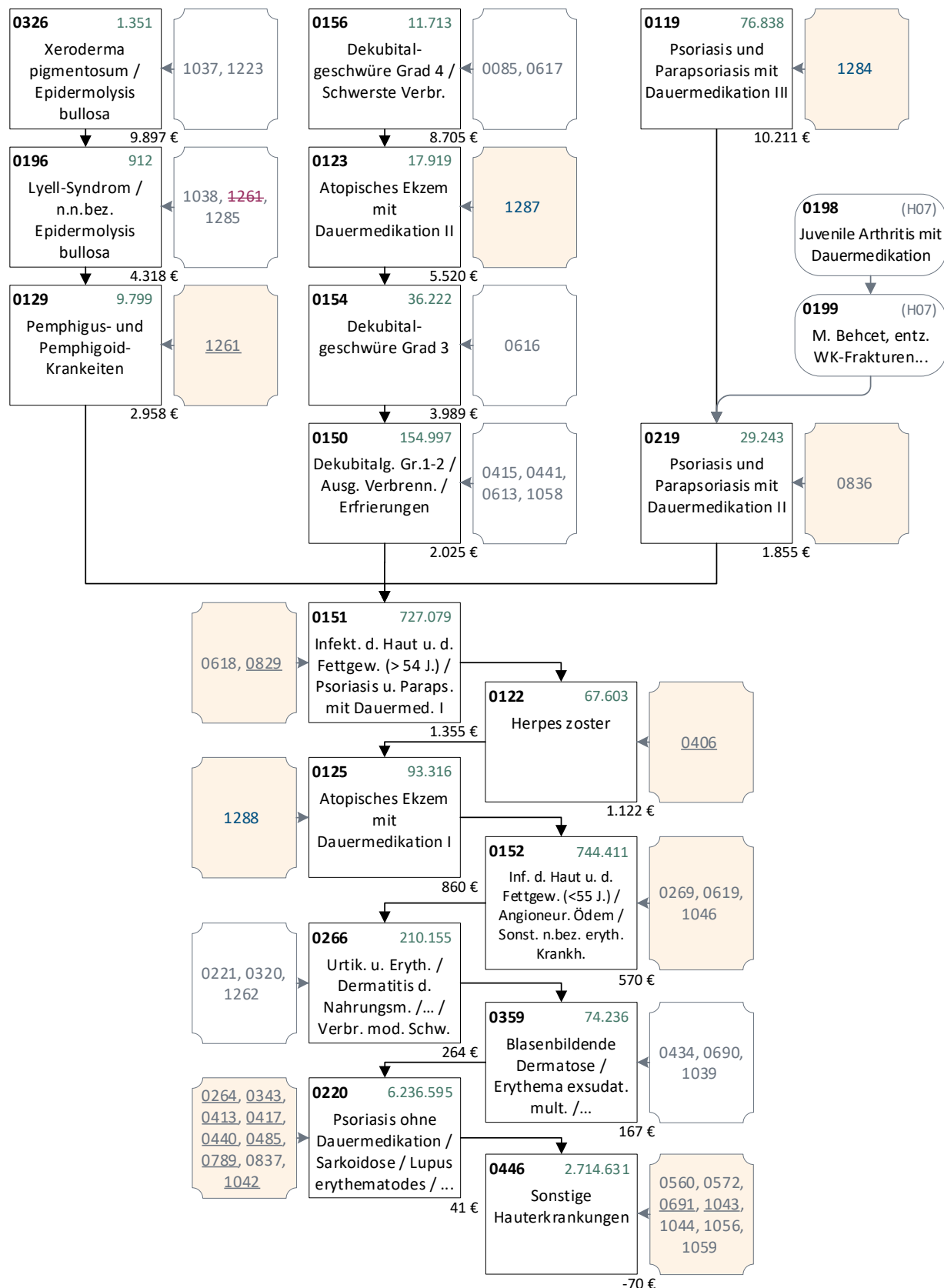
Tabelle 23.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 22 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3738 %	0,0539 PP
	CPM	28,4730 %		28,5805 %	0,1075 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.491,78 €	-3,7517 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Blasenbildende Hauterkrankungen“					
HMG0326	Xeroderma pigmentosum / Epidermolysis bullosa	1.351	9.840 €	1.351	9.897 €
HMG0196 (neu)	Lyell-Syndrom / n.n.bez. Epidermolysis bullosa			912	4.318 €
HMG0196 (alt)	Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten / Lyell-Syndrom / n.n.bez. Epidermolysis bullosa	17.140	1.791 €		
HMG0129	Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten			9.799	2.958 €
Strang 2: „Infektion / Entzündung der Haut“					
HMG0156	Dekubitalgeschwüre Grad 4 / Schwerste Verbrennungen	11.713	8.706 €	11.713	8.705 €
HMG0123	Atopisches Ekzem mit Dauermedikation II			17.919	5.520 €
HMG0154	Dekubitalgeschwüre Grad 3	36.233	3.980 €	36.222	3.989 €
HMG0150	Dekubitalgeschwüre Grad 1-2 oder n.n.bez. / Ausgedehnte Verbrennungen / Erfrierungen	155.041	2.014 €	154.997	2.025 €
Strang 3: „Psoriasis“					
HMG0119	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III			76.838	10.211 €
HMG0219	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II	61.670	7.495 €	29.243	1.855 €
Gemeinsames Ende aller drei Stränge					
HMG0151 (neu)	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I			727.079	1.355 €
HMG0151 (alt)	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre)	593.222	1.373 €		
HMG0122	Herpes zoster			67.603	1.122 €
HMG0125	Atopisches Ekzem mit Dauermedikation I			93.316	860 €
HMG0152	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (< 55 Jahre) / Angioneurotisches Ödem / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten	756.339	602 €	744.411	570 €
HMG0266	Urtikaria und Erythem / Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel / Hauteruptionen durch Drogen oder Arzneimittel / Verbrennungen moderaten Schweregrads	217.735	289 €	210.155	264 €
HMG0359	Blasenbildende Dermatose exkl. Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten / Erythema exsudativum multiforme, exkl. Lyell-Syndrom / Sonstige und n.n.bez. sonstige angeborene Anomalien der Haut	79.384	152 €	74.236	167 €
HMG0220 (neu)	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation / Sarkoidose / Lupus erythematodes / Nagelerkrankungen / Dermatitis durch sonstige aufgenommene Substanzen / Andere Hauterkrankungen / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten / Herpes zoster und simplex / Parasitenbefall der Haut			6.236.595	41 €
HMG0220 (alt)	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation	1.129.356	91 €		
HMG0446	Sonstige Hauterkrankungen	2.813.147	-69 €	2.714.631	-70 €

Quelle: BAS

Abbildung 23.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 23.1: Hierarchie 22 „Hautkrankheiten“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

23.2 Anhörungsverfahren

23.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

23.2.1.1 Arzneimittel

Im Kontext der im folgenden dargestellten hierarchieübergreifenden Thematik wird auch auf den Abschnitt Zusammenfassung der Stellungnahmen im Kapitel zur Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ verwiesen (vgl. Abschnitt 13.2.1).

Der GKV-SV erläutert, dass in der Hierarchie 22 die mehrfache Arzneimitteldifferenzierung der Psoriasis angepasst wird, indem eine zusätzliche HMG0119 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III“ eingeführt werde. Allerdings werde dabei die bestehende Dominanzbeziehung zwischen der Hierarchie 07 und 22 nicht entsprechend angepasst. Sie bestehe nun zwischen der neuen HMG0311 „Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II“ (Hierarchie 07) und der HMG0219 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II“. Dies führe aufgrund der nahezu identischen Arzneimittelauswahl der DxGs der HMG0311 und HMG0119 dazu, dass Versicherte mit einer Psoriasis, die der HMG0119 zugeordnet werden und gleichzeitig eine Psoriasis-Arthropathie aufweisen, einen zusätzlichen Zuschlag aus der HMG0311 „Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II“ erhielten. Das gleiche gelte für Versicherte in den HMGs 0312 „Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation I“ und 0219 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II“. Durch die Einführung einer zusätzlichen Dominanz zwischen der HMG0311 zur HMG0119 lasse sich das Problem jedoch nur eingeschränkt lösen.

Die DAK-G merkt ähnlich an, dass Arzneimitteldifferenzierungen bei Psoriasis-Diagnosen sowohl in der Hierarchie 07, als auch in der Hierarchie 22 zu neuen HMGs führten. Aufgrund der bestehenden externen Dominanzbeziehung werde dabei die HMG0311 (Hierarchie 07) entsprechend des Kostenschätzers über die HMG0219 in der Hierarchie 22 gestellt. Nach der Anpassung der Hierarchie 22 müsse die HMG0311 allerdings über die HMG0119 einsortiert werden. Die DAK-G bittet das BAS dies zu prüfen.

Der BKK DV begrüßt ausdrücklich die Arzneimitteldifferenzierung der Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation nach einem pyramidalen System (HMG0119 / HMG0219 / HMG0151). Psoriasis und Psoriasis-Arthropathie seien Krankheitsbilder, die im Versorgungsalltag ineinander übergingen und teilweise schwer voneinander abzugrenzen seien. Um alle hochpreisigen systemisch wirksamen Therapien entsprechend abzubilden, solle geprüft werden, ob der ATC-Kode L01XC „Monoklonale Antikörper“ neben der Psoriasis-Arthropathie auch bei Psoriasis und Parapsoriasis ergänzt werden könne. Da sich in der HMG0119 (Dauermedikation III) ansonsten nur hochpreisige Arzneimittel befänden, läge es nahe, dass die ATC-Gruppe D05BA „Psoralene“ versehentlich -neben der Dauermedikation I und II- auch in dieser Gruppe aufgeführt ist. Es wird um eine Überprüfung und ggf. Anpassung gebeten.

Der AOK-BV weist darauf hin, dass aufgrund der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung verschiedene Medikamente gegeneinander substituiert werden könnten. Daher solle für die DxGs 0618 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (Alter > 54 Jahre)“ und 0619 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (Alter < 55 Jahre)“ die Aufnahme des ATC-Kodes D06BB „Antivirale Mittel“ geprüft werden.

Der BKK DV begrüßt die Arzneimitteldifferenzierung beim atopischen Ekzem mit Dauermedikation nach einem pyramidalen System. Es erscheine sachgerecht, dass nur höherpreisige systemisch wirksame Arzneimittel in der HMG0123 „Atopisches Ekzem mit Dauermedikation II“ hinterlegt werden. In der ATC-Gruppe D11AH seien allerdings auch topische Arzneimittel wie Pimecrolimus und Tacrolimus enthalten. Deshalb wird eine Streichung der ATC-Gruppe D11AH und stattdessen eine Hinterlegung des

endstelligen ATC-Kodes D11AH05 für Dupilumab empfohlen. Systemisch wirksame Calcineurinhinhibitoren seien weiterhin über die ATC-Gruppe L04AD in dieser HMG enthalten.

23.2.1.2 Sonstiges

TK et al. bewerten die Verschiebung der HMG0149 „Hautulkus ohne Dekubitalulzera“ (L97, L98.4) in die Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ ausdrücklich positiv. Dadurch könne die externe Hierarchisierung auf diese HMG entfallen. Allerdings würden im Festlegungsentwurf Dekubitalulzera weiterhin in der Hierarchie 22 geführt (HMGs 0150, 0154, 0156). Eine Doppelzuweisung von Dekubitalulzera (HMGs 0150, 0154, 0156) in Hierarchie 22 mit Ulzera, die auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit zurückgehen (I70.2ff) sowie einem Ulcus cruris (L97) bliebe weiterhin möglich, wenn die Genese des Hautdefektes im Versorgungsalltag bei der Kodierung nicht klar berücksichtigt werde. Eine Hierarchisierung dieser verschiedenen Hautdefekte solle wie bereits in der letztjährigen Stellungnahme ausgeführt, angestrebt werden. Auf Basis der alten Komorbiditätsanalyse hätten sich hier hohe Überdeckungen gezeigt, sodass eine Prüfung und Hierarchisierung weiterhin erforderlich erscheine.

Der AOK-BV schlägt für eine Vervollständigung des berücksichtigten Krankheitsspektrums die Aufnahme der Ausschluss-ICDs R02.0- „Nekrosen der Haut und Unterhaut“ sowie R02.8 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert“ vor. Über die genannten Diagnosen könnten Patientengruppen mit deutlich erhöhten Kostenrisiken zielgenauer abgebildet werden. Die Abbildung könne z.B. über eine zusätzliche, freistehende HMG (M2Q) erfolgen.

Die DGfW führt aus: Da eine der Primärläsionen der Abszess sei, werde die „Hidradenitis suppurativa“ (L73.2) häufig als „Abszess“ (L02) fehldiagnostiziert. Die Verschiebung des ICD-Kodes L73.2 aus der HMG0220 in die HMGs 0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I“ und 0152 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (< 55 Jahre) / Angioneurotisches Ödem / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten“ solle daher geprüft werden.

23.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

23.2.2.1 Arzneimittel

Für die Bewertung der Stellungnahmen bezüglich der hierarchieübergreifenden Zusammenhänge wird ergänzend auf den entsprechenden Abschnitt im Kapitel der Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ verwiesen: „Der Vorschlag der DAK-G zur Veränderung der von der HMG0311 „Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II“ ausgehenden Dominanz in die Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ wird mit Blick auf den geringen Abstand der betreffenden Kostenschätzer der beiden Risikogruppen nicht umgesetzt (vgl. Abschnitt 13.2.2). Die darüber hinaus gehenden Vorschläge des GKV-SV und des AOK-BV zur Umgestaltung der Hierarchisierung der rheumatoiden Erkrankungen bzw. eines gesonderten Zuschlags für Versicherte, die dauerhaft mit Immunsuppressiva therapiert werden, nimmt das BAS zur Kenntnis. Eine Untersuchung der grundsätzlich nachvollziehbaren Vorschläge kann aufgrund ihres Umfangs zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht untersucht werden.“

Eine mögliche Prüfung, ob der ATC-Kode L01XC „Monoklonale Antikörper“ (bzw. nach Umklassifizierung im Herbst 2021 entsprechende neue ATC-Kodes) neben der Psoriasis-Arthropathie auch bei Psoriasis und Parapsoriasis ergänzt werden sollte, steht im Zusammenhang der oben genannten Thematik und kann in einem der nächsten Anpassungszyklen erfolgen.

Die ATC-Gruppe D05BA „Psoralene“ ist nicht versehentlich auch der höchsten Zuschlagsgruppe (HMG0119, Dauermedikation III) zugeordnet. Psoralene werden leitliniengerecht bei schweren Verläufen eingesetzt. Das Ziel der Differenzierung anhand von verordneten Arzneimitteln war nie primär die Kostendifferenzierung, sondern die Abbildung eines schweren Krankheitsgrades (der in aller Regel auch mit höheren Folgekosten assoziiert ist). Insofern ist allerdings der Preis der mit den entsprechenden ATC-Kodes bzw. Wirkstoffen auf dem Markt verfügbaren Fertigarzneimittel bei der Gruppenbildung irrelevant.

Derselbe Sachverhalt trifft auch auf die Anmerkungen zur mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung beim atopischen Ekzem zu. Zum Hinweis, den ATC-Fünfsteller D11AH durch den ATC-Siebensteller D11AH05 zu ersetzen, weist das BAS darauf hin, dass grundsätzlich fünfstellige ATC-Kodes bevorzugt werden, wenn es technisch und pharmazeutisch möglich ist. Dem BAS ist bewusst, dass die hier nach Schweregrad aufgeteilten fünfstelligen ATC-Kodes im Ergebnis aus pharmakologischer Sicht keine eindeutige Zuordnung zur Folge haben können und damit eine Unschärfe erzeugen. Allerdings zeigen die Berechnungen mit Siebenstellern einerseits und Fünfstellern andererseits nur marginale Unterschiede.

Aus medizinisch-pharmazeutischer Sicht kann der Vorschlag zu den Infektionen der Haut und des Fettgewebes (Aufnahme des ATC-Kodes D06BB „Antivirale Mittel“) nicht nachvollzogen werden und wird deshalb abgelehnt.

23.2.2.2 Sonstiges

Die Ergebnisse von Untersuchungen von Dominanzbeziehungen zwischen der HMG0149 „Hautulkus ohne Dekubitalulzera“ und den HMGs zu Dekubitalulzera in den Vorjahren hatten sich nicht als zielführend erwiesen. Derzeit würden entsprechende Hierarchiebeziehungen auch zu externen Dominanzbeziehungen führen, die aufgrund der Komplexitätssteigerung des Modells nur mit Zurückhaltung verwendet werden sollten. Diese Thematik sollte aber zur Vermeidung von Doppelzuschlägen in zukünftigen Anpassungszyklen ggf. erneut untersucht werden.

Die vom AOK-BV vorgeschlagene Aufnahme der ICD-Kodes R02.0- „Nekrosen der Haut und Unterhaut“ sowie R02.8 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert“ in die Klassifikation sollte untersucht werden. Da dies jedoch im Ausgangsmodell u. a. durch Krankheits-Zuordnungen vorbereitet werden muss, erfolgen diese Untersuchungen in einem der nächsten Anpassungszyklen.

Die von der DGfW vorgeschlagene Verschiebung des ICD-Kodes L73.2 „Hidradenitis suppurativa“ aus der HMG0220 in die HMG0151 wird in einem der nächsten Anpassungszyklen untersucht werden.

23.3 Festlegung der Hierarchie 22 „Hauterkrankungen“

Die Festlegung der Hierarchie 22 entspricht dem Festlegungsentwurf der Hierarchie für das AJ 2023.

Ergänzender Hinweis zur Anlage 3

Im Übergang vom GKV-Arzneimittelindex 06 / 2021 zu 06 / 2022 wird der ATC-4-Steller L01A „Monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate“ mit acht neu definierten Untergruppeneingeführt. Die Gruppe L01XC „Monoklonale Antikörper“ entfällt. Vor diesem Hintergrund wird in der Anlage 3 („Berücksichtigungsfähigkeit von Arzneimitteln je Dx-Gruppe“) der vorliegenden Festlegung in der Version des GKV-AI mit Stand 06 / 2022 bei der DxG1261 der ATC-Kode L01XC „Monoklonale Antikörper“ durch den neuen ATC-Kode L01FA „CD20 (Cluster of Differentiation 20)-Inhibitoren“ ersetzt. Dies geschieht in Analogie zur technischen Anpassung der Anlage 3 der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2022.

24 Hierarchie 23 „Verletzungen“

24.1 Festlegungsentwurf

Die Hierarchie wurde über eine externe Dominanzbeziehung mit der Hierarchie 17 verknüpft, um Doppelzuschläge im Bereich intrakranieller Blutungen zu vermeiden. Einige ICD-Kodes zur Verschlüsselung von traumatischen Amputationen, die bislang im RSA nicht berücksichtigt worden sind, wurden in das Hierarchiegefüge integriert. Im Hierarchiestrang untergebracht wurden zudem Diagnosen aus dem Bereich der Vergiftungen, die zuvor teilweise nicht im RSA berücksichtigungsfähig, teilweise der (inzwischen aufgelösten) Hierarchie 30 „Ernährungsbezogene Erkrankungen“ zugeordnet waren. Für die ICD-Kodes einiger schwerwiegender Frakturen erfolgte zudem eine Umordnung in neue Diagnosegruppen, die künftig über das Kriterium „stationär erforderlich“ aufgegriffen werden. Die Hierarchie 23 wurde im Zuge der Anpassungen umbenannt in „Verletzungen / Vergiftungen“.

Tabelle 24.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 24.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 23 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3189 %	-0,0009 PP
	CPM	28,4730 %		28,4709 %	-0,0020 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,60 €	0,0712 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Frakturen & Luxationen“					
HMG1024	Pathologische Fraktur bei Neubildungen	6.718	21.703 €	6.718	21.703 €
HMG0159	Erworbene Hüftluxation	3.467	5.563 €	3.467	5.551 €
externe Dominanz in H07 (Ausschnitt)					
HMG0041	Angeborene Hüftluxation und mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	86.667	2.183 €	86.667	2.175 €
HMG0040	Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies / Schwere angeborene Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes / Juvenile Osteochondrose der Hüfte und des Beckens	1.069.022	1.055 €	1.069.022	1.054 €
externe Dominanz aus H17 (neu)					
HMG0095	Zerebrale Blutung	34.100	4.480 €	34.100	4.788 €
HMG0096	Akute zerebrale Ischämie oder akuter n.n.bez. Schlaganfall / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (< 18 Jahre)	189.145	2.941 €	189.145	3.051 €
Strang 2: „Schädel-Hirn-Trauma & Nervenverletzungen“					
HMG0158	Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit ohne Rückkehr zum vorherigen Bewusstseinsgrad	318	19.255 €	318	19.217 €
HMG0161	Diffuse Hirnverletzungen / Traumatisch bedingte intrakranielle Blutungen	33.742	1.835 €	28.610	2.251 €
Strang 3: „Amputation“					
HMG0431 (neu)	Traumatische Majoramputation			390	11.867 €
HMG0160	Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	16.000	3.443 €	15.905	5.300 €
HMG0436 (neu)	Verlust eines Körperteils			67.376	3.453 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3189 %	-0,0009 PP
	CPM	28,4730 %		28,4709 %	-0,0020 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,60 €	0,0712 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 4: „Wunden, Prellungen, Quetschungen“					
HMG1018	Schwerwiegende offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm	19.490	2.374 €	19.490	2.328 €
HMG0498	Offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm	106.790	1.457 €	106.790	1.454 €
Strang 5: „Vergiftungen“					
HMG0241	Vergiftungen durch Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen			26.789	3.139 €
Gemeinsames Strangende					
HMG0801 (alt)	Becken- und Femurfraktur / Komplikationen durch replantierte Körperteile	169.929	1.342 €		
HMG0801 (neu)	Frakturen des Rumpfes und des Femurs / Komplikationen durch replantierte Körperteile			164.426	1.385 €
HMG0802 (alt)	Andere SHT / Andere offene Wunden / Frühe Komplikationen durch Trauma	385.282	1.024 €		
HMG0802 (neu)	Andere SHT, offene Wunden, schwerwiegende Frakturen und traumatische Amputation / Frühe Komplikationen durch Trauma			418.909	975 €
HMG0803	Andere schwere Verletzungen und Verletzungsfolgen	1.112.092	619 €	1.069.057	632 €
HMG0804	Andere Verletzungen und Verletzungsfolgen mittlerer Schwere	1.043.457	493 €	1.031.352	488 €
HMG0805 (alt)	Distale Frakturen / Leichtere Verletzungen	1.164.990	210 €		
HMG0805 (neu)	Distale Frakturen / Leichtere Verletzungen / Andere Vergiftungen			1.343.112	211 €
HMG0806	Sonstige Verletzungen	1.212.011	42 €	1.198.144	45 €
Freie HMGs des Ausgangsmodells					
HMG0241	Vergiftungen durch Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	26.789	3.008 €		
HMG0318	Vergiftungen durch andere oder n.n.bez. nicht medizinisch verwendete Substanzen	228.071	259 €		
HMG0168	Traumatische Amputation einer Extremität / eines Teils des Thorax	78.600	2.912 €		

Quelle: BAS

Abbildung 24.1 und Abbildung 24.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

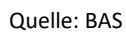
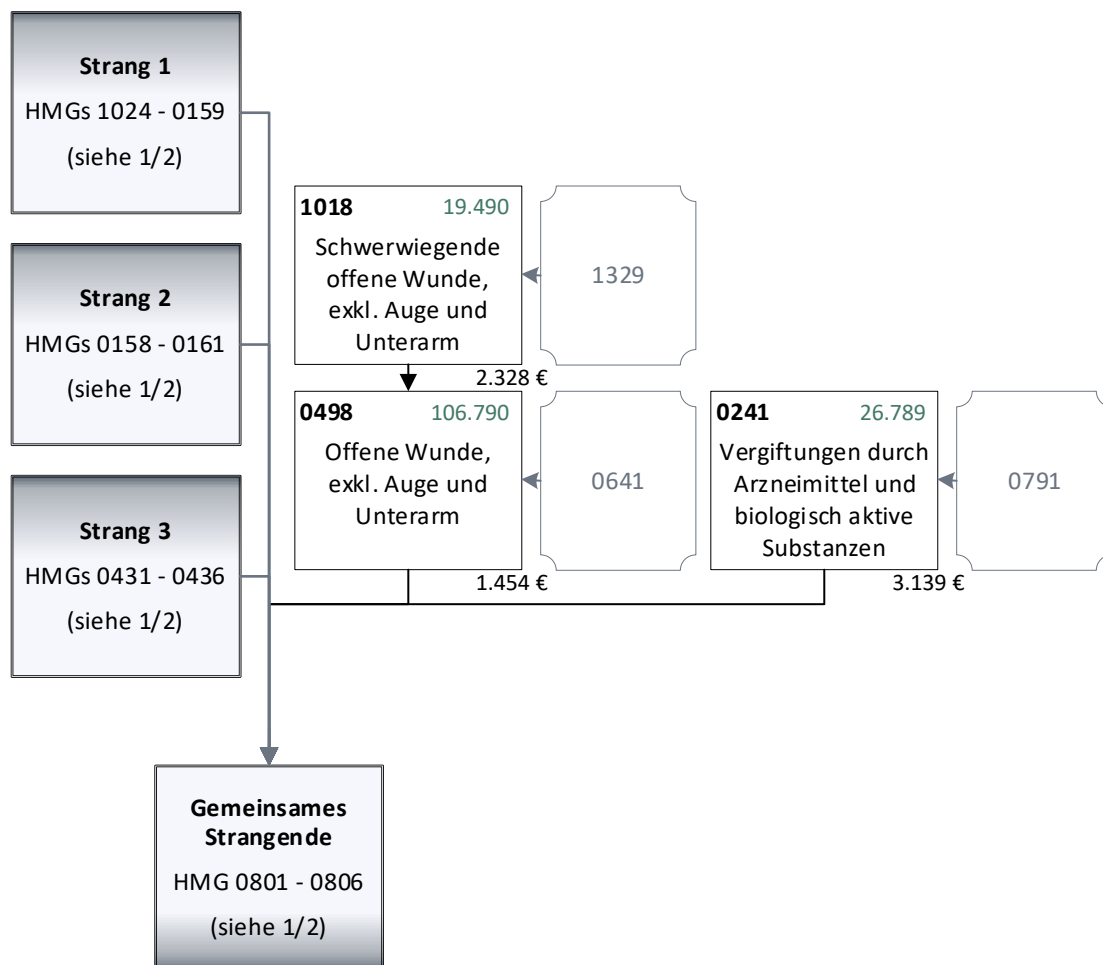


Abbildung 24.2: Hierarchie 23 „Verletzungen / Vergiftungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

24.2 Anhörungsverfahren

24.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der GKV-SV bittet um eine Überprüfung der Kostenhomogenität der HMGs 0801 und 0802 auf Ebene der darin enthaltenen Diagnosegruppen.

In ihrer Stellungnahme heben TK et al. hervor, dass lediglich in den Erläuterungen zur Überarbeitung der Hierarchie 23 dargestellt worden sei, inwiefern die Aufnahme von Diagnosen, die zuvor nicht in der Klassifikation verwendet worden sind, zur Verbesserung der Modellgüte beigetragen haben. Ähnliche Analysen werden auch für andere Hierarchien gewünscht.

24.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Der Wunsch des GKV-SV zu einer erneuten Überprüfung der Kostenhomogenität in den HMGs 0801 „Frakturen des Rumpfes und des Femurs / Komplikationen durch replantierte Körperteile“ und 0802 „Andere SHT, offene Wunden, schwerwiegende Frakturen und traumatische Amputation / Frühe Komplikationen durch Trauma“ kann angesichts des Umfangs der vorgenommenen Anpassungen nachvollzogen werden. Zudem bietet sich eine Prüfung dieses Hierarchieabschnitts an, weil die HMG0801 in der Modellfassung des Festlegungsentwurfs einen Schätzer von 1.385 € aufweist, der nur geringfügig

unterhalb der Folgekosten der sie dominierenden HMG0498 „Offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm“ (1.454 €) liegt und eine künftige Hierarchieverletzung zwischen den beiden Gruppen nicht ausgeschlossen werden kann. Der Vorschlag des GKV-SV zur Überprüfung der Zusammenstellung der HMGs 0801 und 0802 (sowie der HMGs 0498 und 0803) wird daher im Folgenden untersucht.

Die gesonderte Darstellung der Modellverbesserung durch die Aufnahme neuer ICD-Kodes erfolgte in den Erläuterungen zur Hierarchie 23 insbesondere deshalb, weil die Integration der neuen ICD-Schlüssel bzw. der übergeordneten DxGs die Modellgüte gegenüber dem Ausgangsmodell verschlechtert hat. Mit der vorgelegten Analyse eines Modells, in dem die neuen Gruppen gänzlich ausgeschlossen worden sind, sollte lediglich kargestellt werden, dass trotz der sich ergebenden Verschlechterung der Prädiktionsgüte das Modell nach wie vor besser ist als in einem Modell, in dem diese Kodes gar nicht erst aufgenommen werden. Für weitere Ausführungen zur Aufnahme der neuen ICD-Kodes wird auf Kapitel 5.2.2.3 verwiesen.

24.3 DxG-Zuordnung zu den HMGs 0498, 0801, 0802 und 0803

24.3.1 Hintergrund

Die HMG0498 „Offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm“ beinhaltet eine einzelne Diagnosegruppe, die gleichnamige DxG0641. Die HMG0498 weist einen Kostenschätzer in Höhe von 1.454 € auf, der nur etwa 70 € oberhalb des Zuschlagswertes der HMG0801 „Frakturen des Rumpfes und des Femurs / Komplikationen durch replantierte Körperteile“ liegt. Die HMG0801 beinhaltet vier Diagnosegruppen, von denen zwei (DxG0661 „Komplikationen durch replantierte Körperteile“ und DxG1171 „Schwerwiegende Frakturen des Rumpfes“) verhältnismäßig hohe Überdeckungen aufweisen. Zwei der dreizehn Diagnosegruppen der HMG0802 (DxG0649 „Umschriebene Hirnverletzungen“ und die DxG1174 „Offene Frakturen der unteren Extremität“), die im Strang wiederum unter der HMG0801 steht, sind dagegen mit größeren Unterdeckungen assoziiert.

24.3.2 Untersuchung

Um eine künftige Hierarchieverletzung zwischen der HMG0498 und der HMG0801 zu vermeiden, wird die DxG0641 „Offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm“ aus der HMG0498 in die HMG0801 verschoben, selbst wenn hierdurch eine partielle Verschlechterung der Prädiktionsgüte zu erwarten ist. Die HMG0498 entfällt in Folge der DxG-Verschiebung.

Für die Versicherten mit der DxG0661 „Komplikationen durch replantierte Körperteile“ ergibt sich in der Modellfassung des Festlegungsentwurfes eine Überdeckung in Höhe von rund 750 €, was eine niedrigere Einordnung im Strang nahelegt. Die DxG0661 wird daher von der HMG0801 in die HMG0803 verschoben. Noch deutlich höher fällt die Überdeckung der Versicherten mit der DxG1171 „Schwerwiegende Frakturen des Rumpfes“ aus (ca. 1.400 €). Damit wäre die DxG eigentlich an das Strangende (HMG0806, Kostenschätzer i. H. v. 45 €) zu verorten. Allerdings umfasst die DxG1171 spezifische, eher schwerwiegende Diagnosen, die verschiedene Frakturen des Thorax (unter Beteiligung des Beckens oder der Lumbosakralgegend) bezeichnen. Eine Einordnung unterhalb der HMG0803 „Andere schwere Verletzungen und Verletzungsfolgen“ wäre nicht sinnvoll, da diese sowohl leichtere als auch weniger spezifische Diagnosen zu anderen Frakturen des Thorax enthält. Die DxG1171 wird daher in die HMG0803 verschoben. Die beiden anderen DxGs der HMG0801 weisen einen ausgewogeneren Deckungsgrad auf und verbleiben daher in dieser Gruppe.

Die HMG0802 enthält zwei Diagnosegruppen mit nennenswerten Unterdeckungen. Betroffen sind die DxG0649 „Umschriebene Hirnverletzungen“ und die DxG1174 „Offene Frakturen der unteren Extremität“ (beide ca. -800 €). Beide Diagnosegruppen werden in die HMG0801 hochgestuft. Bei den übrigen Diagnosegruppen der HMG0802 sind die mittleren Über- und Unterdeckungen deutlich geringer, weshalb auch diese in der HMG0802 verbleiben.

Die Bezeichnungen der HMGs 0801 und 0802 sind aufgrund der vorgenommenen Verschiebungen anzupassen:

- Die HMG0801 wird umbenannt in „Schwere Frakturen des Beckens und der unteren Extremität / Schwerwiegende offene Wunden / Umschriebene Hirnverletzungen“
- Die HMG0802 wird umbenannt in „Andere SHT / Andere offene Wunden / Schwerwiegende Frakturen und traumatische Amputation / Frühe Komplikationen durch Trauma“.

Die oben vorgestellten Anpassungen werden in Tabelle 24.2 als **Modell A01** dem Festlegungsentwurf gegenübergestellt.

Tabelle 24.2: Hierarchie 23 - Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3187 %	-0,0011 PP	58,3186 %	-0,0012 PP
	CPM	28,4709 %	-0,0021 PP	28,4710 %	-0,0019 PP
	MAPE	2.495,61 €	0,0720 €	2.495,60 €	0,0673 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 4: „Wunden, Prellungen, Quetschungen“					
HMG1018	Schwerwiegende offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm	19.490	2.328 €	19.490	2.321 €
HMG0498	Offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm	106.790	1.454 €		
Gemeinsames Strangende				268.272	1.413 €
HMG0801	Frakturen des Rumpfes und des Femurs / Komplikationen durch replantierte Körperteile	164.426	1.385 €		
HMG0802	Andere SHT, offene Wunden, schwerwiegende Frakturen und traumatische Amputation / ...	418.909	975 €	415.707	968 €
HMG0803	Andere schwere Verletzungen und Verletzungsfolgen	1.069.057	632 €	1.069.712	632 €
HMG0804	Andere Verletzungen und Verletzungsfolgen mittlerer Schwere	1.031.352	488 €	1.031.352	488 €
HMG0805	Distale Frakturen / Leichtere Verletzungen / Andere Vergiftungen	1.343.112	211 €	1.343.112	211 €
HMG0806	Sonstige Verletzungen	1.198.144	45 €	1.198.144	45 €

Quelle: BAS

Mit der Verschiebung der DxG0641 und der Streichung der HMG0498 wird einer möglichen Hierarchieverletzung zuvorgekommen. Mit der zusätzlich vorgenommenen Verschiebung von vier weiteren Diagnosegruppen und der damit einhergehenden Verbesserung der Kostenhomogenität in den HMGs 0801 und 0802 ergibt sich insgesamt keine Verschlechterung der Vorhersagekraft des Modells. Trotz der Streichung einer HMG verändern sich R², CPM und MAPE im Vergleich zur Fassung des Festlegungsentwurfes nur geringfügig. Die Anpassung wird daher umgesetzt.

24.3.3 Ergebnis

Die in Modell A01 geprüfte Anpassung wird für die endgültige Festlegung übernommen.

24.4 Festlegung der Hierarchie 23 „Verletzungen / Vergiftungen“

24.4.1 Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen im Festlegungsentwurf

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

Folgende veränderte DxG-HMG-Zuordnungen werden festgelegt:

- Die neu abgegrenzte HMG0801 „Schwere Frakturen des Beckens und der unteren Extremität / Schwerwiegende offene Wunden / Umschriebene Hirnverletzungen“ setzt sich zusammen aus
 - der DxG0294 „Beckenfraktur“,
 - der DxG0641 „Offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm“,
 - der DxG0645 „Femurfraktur“,
 - der DxG0649 „Umschriebene Hirnverletzungen“ und
 - der DxG1174 „Offene Frakturen der unteren Extremität“.
- Die neu abgegrenzte HMG0802 „Andere SHT / Andere offene Wunden / Schwerwiegende Frakturen und traumatische Amputation / Frühe Komplikationen durch Trauma“ setzt sich zusammen aus
 - der DxGs 0083 „Frühe Komplikationen durch Trauma“,
 - der DxG0266 „Mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma“,
 - der DxG0482 „Leichtes Schädel-Hirn-Trauma“,
 - der DxG 0650 „Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma mit Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad“,
 - der DxG1063 „Sonstige offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm“,
 - der DxG1064 „N.n.bez. offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm“,
 - der DxG1165 „Sonstige Traumatische Amputation“,
 - der DxG1172 „Weichteilschäden aufgrund offener Frakturen oder Luxationen an der oberen Extremität“,
 - der DxG1173 „Multiple Frakturen der oberen Extremität“,
 - der DxG1175 „Zerquetschung des Schädels“ und
 - der DxG1348 „Verletzung des Unterarms / Andere offene Wunden“.
- Die die neu abgegrenzte HMG0803 „Andere schwere Verletzungen und Verletzungsfolgen“ setzt sich zusammen aus
 - der DxG0154 „Spätfolgen von Verletzungen“,
 - der DxG0217 „Andere Frakturen der Patella, Tibia, Fibula / andere multiple Frakturen der oberen oder unteren Extremität“,
 - der DxG0245 „Frakturen des Schlüsselbeins, des Schulterblatts und des Humerus“,
 - der DxG0280 „Andere Frakturen des Thorax oder des Halses“,
 - der DxG0642 „Pathologische Frakturen bei Osteoporose“,
 - der DxG0643 „Pathologische Fraktur ohne nähere Angabe“,
 - der DxG0661 „Komplikationen durch replantierte Körperteile“,
 - der DxG1079 „Sonstige offene Wunde / Verletzung des Unterarms“,

- der DxG1080 „n.n.bez. offene Wunde / Verletzung des Unterarms“,
- der DxG1171 „Schwerwiegende Frakturen des Rumpfes“ und
- der DxG1235 „Geschlossene Rippenfraktur“ bilden die neu abgegrenzte HMG0803 „Andere schwere Verletzungen und Verletzungsfolgen“.

Folgende HMGs werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf aufgelöst:

- Die HMG0498 „Offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm“ entfällt.

24.4.1.2 Hierarchisierung:

Die Hierarchisierung erfolgt in fünf Strängen mit einem gemeinsamen Strangende:

- Strang 1: HMG1024 → HMG0159 → HMG0801 → HMG0802 → HMG0803 → HMG0804 → HMG0805 → HMG0806,
- Strang 2: HMG0158 → HMG0161 → HMG0801 → HMG0802 → HMG0803 → HMG0804 → HMG0805 → HMG0806,
- Strang 3: HMG0431 → HMG0160 → HMG0436 → HMG0801 → HMG0802 → HMG0803 → HMG0804 → HMG0805 → HMG0806,
- Strang 4: HMG1018 → HMG0801 → HMG0802 → HMG0803 → HMG0804 → HMG0805 → HMG0806 und
- Strang 5: HMG0241 → HMG0801 → HMG0802 → HMG0803 → HMG0804 → HMG0805 → HMG0806.

Es besteht eine externe Dominanzbeziehung aus der Hierarchie 23 in die Hierarchie 07:

- Externer Strang: HMG1024 → HMG0159 → HMG0041 (H07) → HMG0040 (H07) → HMG0042 (H07) → HMG0566 (H07) → HMG0314 (H07) → HMG0315 (H07).

Es besteht eine externe Dominanzbeziehung aus der Hierarchie 17 in die Hierarchie 23:

- Externer Strang: HMG0095 (H17) → HMG0096 (H17) → HMG0161 → HMG0801 → HMG0802 → HMG0803 → HMG0804 → HMG0318 → HMG0805 → HMG0806.

24.4.2 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 23

Tabelle 20.5 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 23 „Verletzungen / Vergiftungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 24.3 stellt die Struktur der Hierarchie und die Veränderungen gegenüber der Entwurfsfassung abschließend noch einmal graphisch dar.

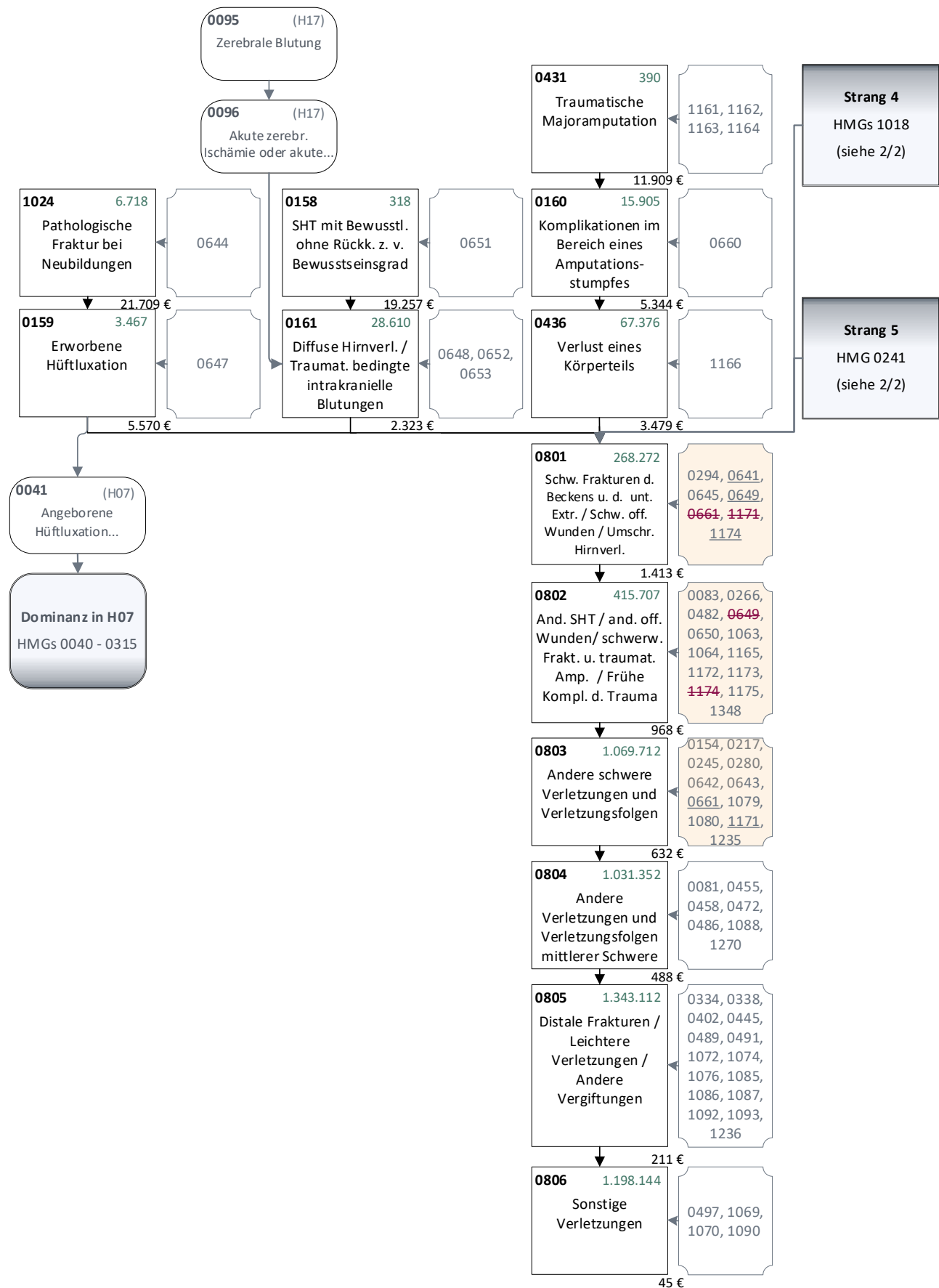
Tabelle 24.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2023

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3189 %	-0,0009 PP	58,3186 %	-0,0012 PP
	CPM	28,4709 %	-0,0020 PP	28,4710 %	-0,0019 PP
	MAPE	2.495,60 €	0,0712 €	2.495,60 €	0,0673 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Frakturen & Luxationen“					
HMG1024	Pathologische Fraktur bei Neubildungen	6.718	21.703 €	6.718	21.709 €
HMG0159	Erworbene Hüftluxation	3.467	5.551 €	3.467	5.570 €
externe Dominanz in H07 (Ausschnitt)					
HMG0041	Angeborene Hüftluxation und mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	86.667	2.175 €	86.667	2.172 €
HMG0040	Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies / Schwere angeborene Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes / Juvenile Osteochondrose der Hüfte und des Beckens	1.069.022	1.054 €	1.069.022	1.054 €
externe Dominanz aus H17 (Ausschnitt)					
HMG0095	Zerebrale Blutung	34.100	4.788 €	34.100	4.806 €
HMG0096	Akute zerebrale Ischämie oder akuter n.n.bez. Schlag-anfall / Fehlbildungen zerebraler und prä-zerebraler Gefäße (< 18 Jahre)	189.145	3.051 €	189.145	3.059 €
Strang 2: „Schädel-Hirn-Trauma & Nervenverletzungen“					
HMG0158	Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit ohne Rückkehr zum vorherigen Bewusstseinsgrad	318	19.217 €	318	19.257 €
HMG0161	Diffuse Hirnverletzungen / Traumatisch bedingte intrakranielle Blutungen	28.610	2.251 €	28.610	2.323 €
Strang 3: „Amputation“					
HMG0431	Traumatische Majoramputation	390	11.867 €	390	11.909 €
HMG0160	Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	15.905	5.300 €	15.905	5.344 €
HMG0436	Verlust eines Körperteils	67.376	3.453 €	67.376	3.479 €
Strang 4: „Wunden, Prellungen, Quetschungen“					
HMG1018	Schwerwiegende offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm	19.490	2.328 €	19.490	2.321 €
HMG0498	Offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm	106.790	1.454 €		
Strang 5: „Vergiftungen“					
HMG0241	Vergiftungen durch Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	26.789	3.139 €	26.789	3.158 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3189 %	-0,0009 PP	58,3186 %	-0,0012 PP
	CPM	28,4709 %	-0,0020 PP	28,4710 %	-0,0019 PP
	MAPE	2.495,60 €	0,0712 €	2.495,60 €	0,0673 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsames Strangende					
HMG0801 (alt)	Frakturen des Rumpfes und des Femurs / Komplikationen durch replantierte Körperteile	164.426	1.385 €		
HMG0801 (neu)	Schwere Frakturen des Beckens, und der unteren Extremität / Schwerwiegende offene Wunden / Umschriebene Hirnverletzungen			268.272	1.413 €
HMG0802 (alt)	Andere SHT, offene Wunden, schwerwiegende Frakturen und traumatische Amputation / Frühe Komplikationen durch Trauma	418.909	975 €		
HMG0802 (neu)	Andere SHT / Andere offene Wunden / Schwerwiegende Frakturen und traumatische Amputation / Frühe Komplikationen durch Trauma			415.707	968 €
HMG0803	Andere schwere Verletzungen und Verletzungsfolgen	1.069.057	632 €	1.069.712	632 €
HMG0804	Andere Verletzungen und Verletzungsfolgen mittlerer Schwere	1.031.352	488 €	1.031.352	488 €
HMG0805	Distale Frakturen / Leichtere Verletzungen / Andere Vergiftungen	1.343.112	211 €	1.343.112	211 €
HMG0806	Sonstige Verletzungen	1.198.144	45 €	1.198.144	45 €

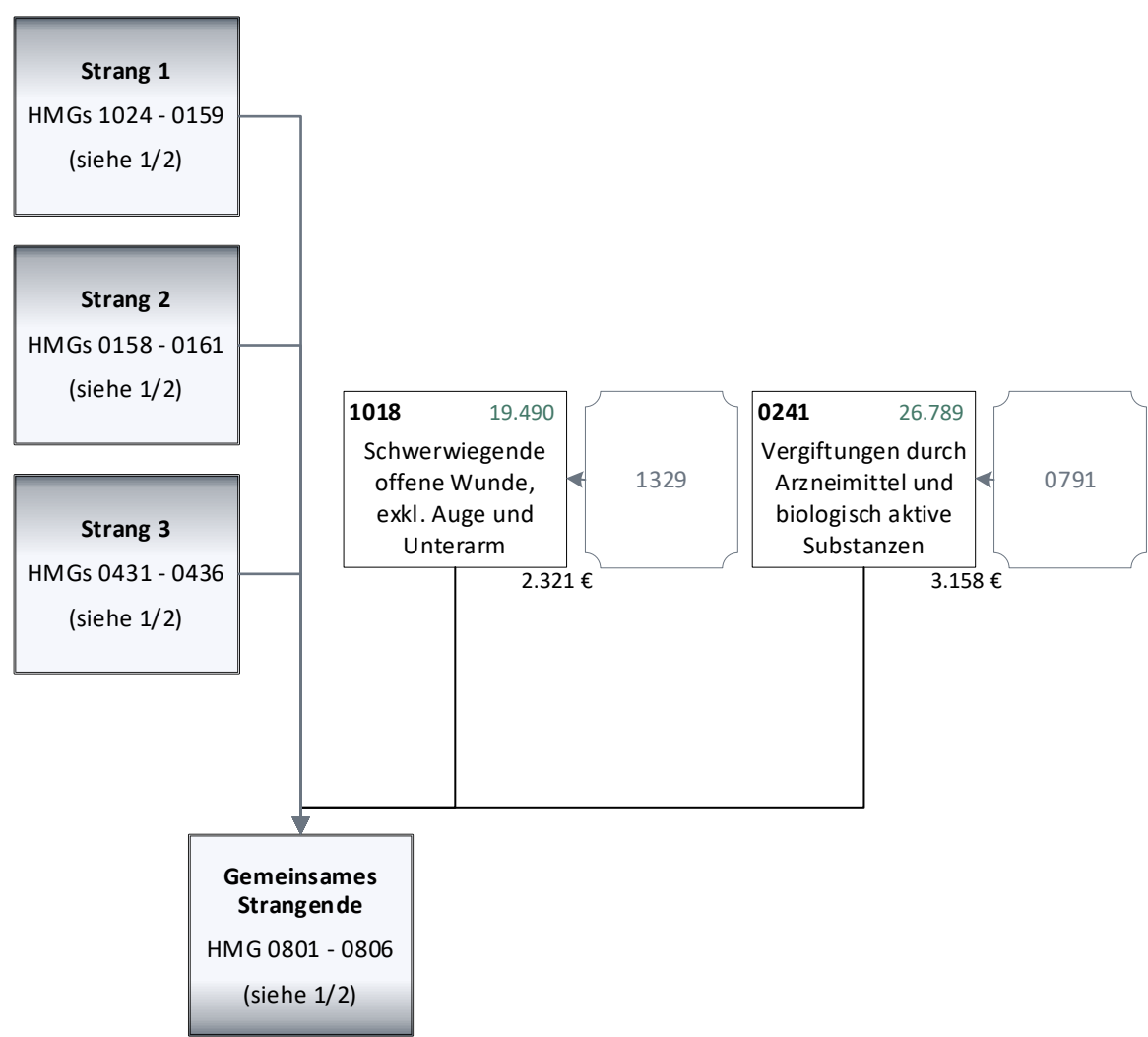
Quelle: BAS

Abbildung 24.3: Hierarchie 23 „Verletzungen / Vergiftungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 24.4: Hierarchie 23 „Verletzungen / Vergiftungen“ in der Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

25 Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“

25.1 Festlegungsentwurf

Der Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ wurden im Ausgangsmodell neue Codes zugeordnet, welche aus der Hierarchie 01 „Infektionen“ in die Hierarchie 26 verschoben wurden. Diese neu zugeordneten Codes wurden im Festlegungsentwurf in die Hierarchiestruktur einsortiert, weitere Änderungen wurden für das Ausgleichsjahr 2023 nicht vorgenommen.

Tabelle 25.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

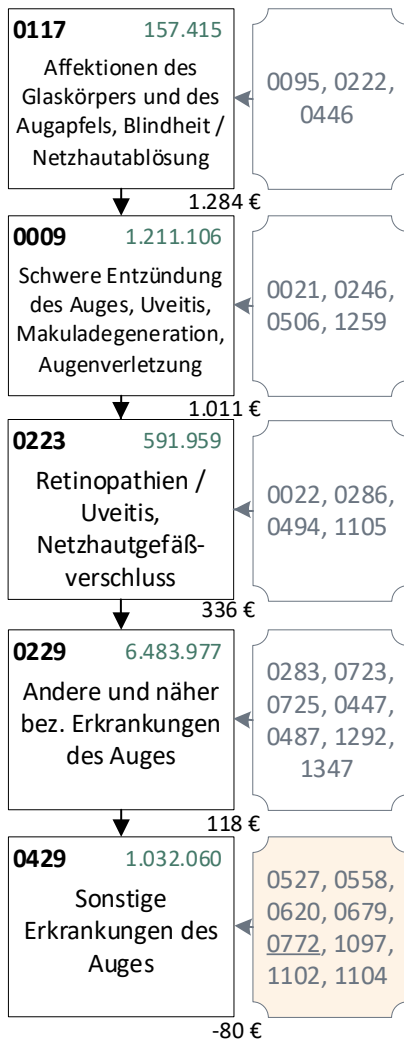
Tabelle 25.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 26 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3198 %	0,0000 PP
	CPM	28,4730 %		28,4730 %	0,0000 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,53 €	0,0002 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0117	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels, Blindheit / Netzhautablösung	157.415	1.284 €	157.415	1.284 €
HMG0009	Schwere Entzündung des Auges, Uveitis, Makuladegeneration, Augenverletzung	1.211.106	1.011 €	1.211.106	1.011 €
HMG0223	Retinopathien / Uveitis, Netzhautgefäßverschluss	591.959	336 €	591.959	336 €
HMG0229 (alt)	Fehlsichtigkeiten / Erkrankungen der Retina, des N. opticus und der Sehbahn / Glaukom / n.n.bez. Augenerkrankungen, Augenverletzungen durch Verbrennung / Verätzung, Amaurosis fugax	6.483.977	118 €		
HMG0229 (neu)	Andere und näher bez. Erkrankungen des Auges			6.483.977	118 €
HMG0429 (alt)	Katarakt / andere n.n.bez. Netzhauterkrankungen und -verletzungen / Sehverlust / Retinablutung	1.024.367	-79 €		
HMG0429 (neu)	Sonstige Erkrankungen des Auges			1.032.060	-80 €
Freistehende HMG					
HMG0222 (alt)	Weitere Infektionen des Auges	15.002	-62 €		

Quelle: BAS

Abbildung 25.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 25.1: Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

25.2 Anhörungsverfahren

25.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der BKK DV weist darauf hin, dass eine Verschiebung des in der HMG0429 „Sonstige Erkrankungen des Auges“ enthaltenen ICD-Kodes H28.0* „Diabetische Katarakt“ in die neu zusammengestellte Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ geprüft werden sollte.

25.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die Prüfung des Vorschlages wird für zukünftige Bearbeitungen der Hierarchie 26 vorgemerkt, für das Ausgleichsjahr 2023 erfolgen keine weitergehenden Untersuchungen.

25.3 Festlegung der Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“

Es ergeben sich keine Veränderungen zum Festlegungsentwurf.

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

26.1 Festlegungsentwurf

In der Hierarchie 27 wurden im Festlegungsentwurf die neu aufgenommenen Diagnosen / Diagnosegruppen aus anderen Hierarchien für Versicherte unter sechs Jahren integriert. Die neu aufgenommenen Diagnosegruppen wurden in Teilen umfassend überarbeitet. Die Hierarchie wurde letztendlich in die folgenden drei Stränge strukturiert:

1. „Probleme in der Perinatalperiode“,
2. „Fehlbildungen des Herzens und der Gefäße“,
3. „Andere Fehlbildungen“.

Tabelle 26.1 stellt das Ausgangsmodell der Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“ dem Festlegungsentwurf vergleichend gegenüber. Die Reihenfolge der Stränge von oben nach unten reflektiert die Reihenfolge der Stränge im Festlegungsentwurf. Aufgrund der veränderten Strangnummerierung zwischen Festlegungsentwurf und Ausgangsmodell wird auf eine Nummerierung der Stränge in der Tabelle jedoch verzichtet.

Abbildung 26.1 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ graphisch dar.

Tabelle 26.1: Vergleich des Ausgangsmodells mit dem Festlegungsentwurf der Hierarchie 27 für das AJ 2023

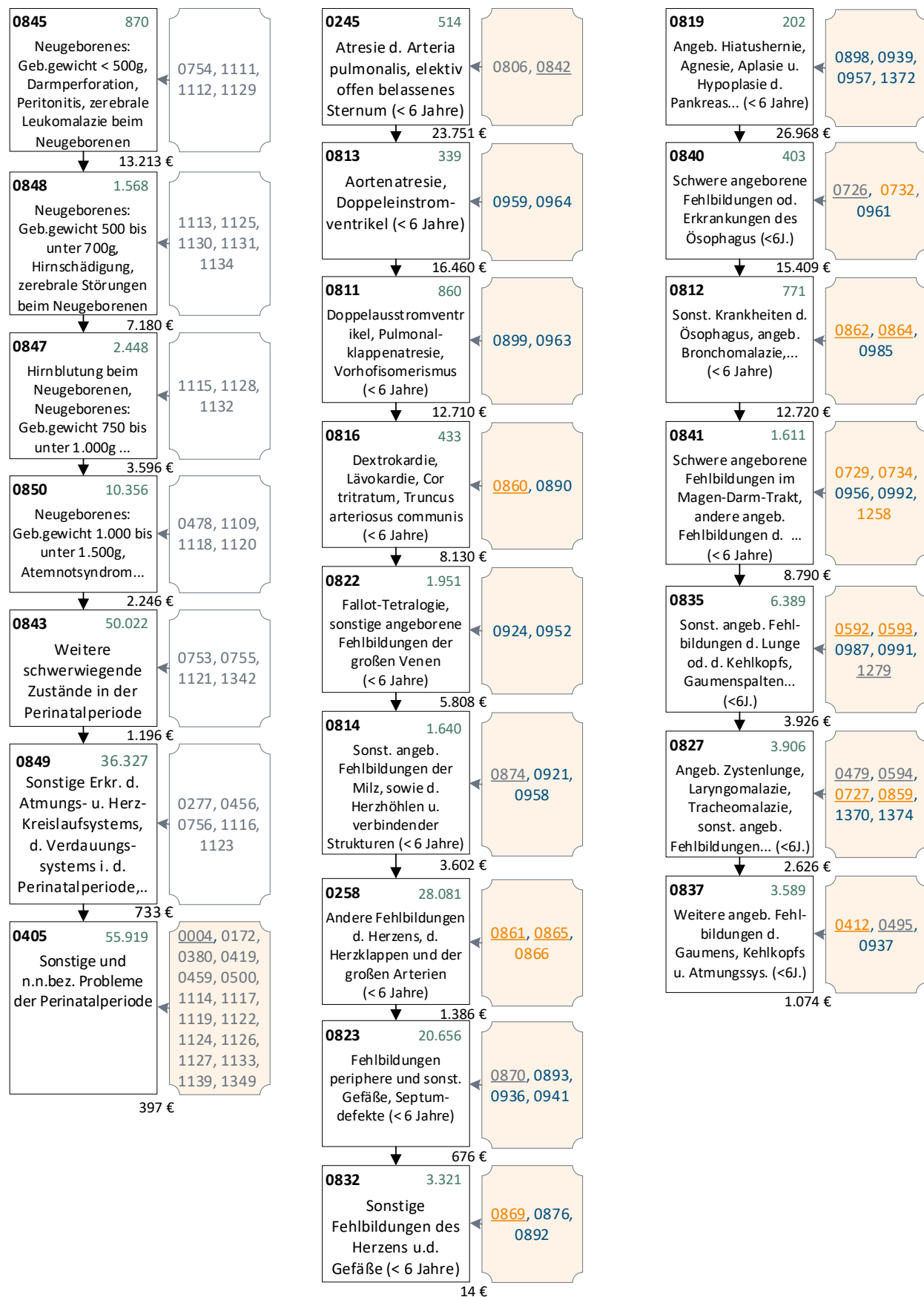
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %	58,3222 %	0,0024 PP	
	CPM	28,4730 %	28,4754 %	0,0024 PP	
	MAPE	2.495,53 €	2.495,45 €	-0,0848 €	
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang „Probleme in der Perinatalperiode“					
HMG0845	Neugeborenes: Geburtsgewicht unter 500 Gramm, Darmperforation, Peritonitis, zerebrale Leukomalazie beim Neugeborenen	870	13.041 €	870	13.213 €
HMG0848	Neugeborenes: Geburtsgewicht 500 bis unter 750 Gramm, Hirnschädigung, zerebrale Störungen beim Neugeborenen	1.568	7.056 €	1.568	7.180 €
HMG0847	Hirnblutung beim Neugeborenen, Neugeborenes: Geburtsgewicht 750 bis unter 1000 Gramm oder mit extrem niedrigem Geburtsgewicht	2.448	3.533 €	2.448	3.596 €
HMG0850	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1000 bis unter 1500 Gramm, Atemnotsyndrom des Neugeborenen, bronchopulmonale Dysplasie in der Perinatalperiode, Neugeborenen-Hypothyreose (Kretinismus)	10.356	2.206 €	10.356	2.246 €
HMG0843	Weitere schwerwiegende Zustände in der Perinatalperiode	50.022	1.189 €	50.022	1.196 €
HMG0849	Sonstige Erkrankungen des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, des Verdauungssystems in der Perinatalperiode, andere näher bez. Probleme in der Perinatalperiode	36.327	726 €	36.327	733 €
HMG0405 (alt)	Sonstige und n.n.bez. Probleme in der Perinatalperiode	54.906	403 €		
HMG0405 (neu)	Sonstige und n.n.bez. Probleme in der Perinatalperiode			55.919	397 €
Strang „Fehlbildungen des Herzens und der Gefäße“					
HMG0245 (alt)	Atresie der A. pulmonalis (< 6 Jahre)	221	24.641 €		
HMG0245 (neu)	Atresie der A. pulmonalis, elektiv offen belassenes Sternum (< 6 Jahre)			514	23.751 €
HMG0249	Elektiv offen belassenes Sternum (< 6 Jahre)	293	22.382 €		
HMG0813	Aortenatresie, Doppeleinstromventrikel (< 6 Jahre)			339	16.460 €
HMG0811	Doppelausstromventrikel, Pulmonalklappenatresie, Vorhofisomerismus (< 6 Jahre)			860	12.710 €
HMG0816	Dextrokardie, Lävokardie, Cor triatriatum, Truncus arteriosus communis (< 6 Jahre)			433	8.130 €
HMG0822	Fallot-Tetralogie, sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Venen (< 6 Jahre)			1.951	5.808 €
HMG0251	Schwere angeborene Herzfehler (< 6 Jahre)	6.336	5.418 €		
HMG0814	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Milz, sowie d. Herzhöhlen u. verbindender Strukturen (< 6 Jahre)			1.640	3.602 €
HMG0258 (neu)	Andere Fehlbildungen des Herzens, der Herzklappen und der großen Arterien (< 6 Jahre)			28.081	1.386 €
HMG0823	Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße, Septumdefekte (< 6 Jahre)			20.656	676 €
HMG0257	Andere angeborene Herzfehler (< 6 Jahre)	27.834	1.386 €		
HMG0258 (alt)	Sonstige Herzfehler (< 6 Jahre)	21.733	658 €		
HMG0832	Sonstige Fehlbildungen des Herzens und der Gefäße (< 6 Jahre)			3.321	14 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3222 %	0,0024 PP
	CPM	28,4730 %		28,4754 %	0,0024 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,45 €	-0,0848 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang „Andere Fehlbildungen“					
HMG0819	Angeb. Hiatushernie, Agnesie, Aplasie und Hypoplasie des Pankreas, Atresie der Gallengänge, zystische Leberkrankheit, angeb. subglottische Stenose, Hypoplasie des Kehlkopfes (< 6 Jahre)			202	26.968 €
HMG0169	Schwere angeborene Fehlbildungen der Atmungsorgane (< 6 Jahre)	366	15.588 €		
HMG0840 (neu)	Schwere angeborene Fehlbildungen oder Erkrankungen der Atmungsorgane, des Ösophagus, oder des Verdauungssystems (< 6 Jahre)			403	15.409 €
HMG0840 (alt)	Schwere angeborene Fehlbildungen oder Erkrankungen des Ösophagus (< 6 Jahre)	458	13.073 €		
HMG0812	Sonstige Krankheiten des Ösophagus, angeborene Bronchomalazie, sonstige angeborene Fehlbildungen der Trachea (< 6 Jahre)			771	12.720 €
HMG0841 (alt)	Schwere angeborene Fehlbildungen im Magen-Darm-Trakt, Andere angeborene Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems (< 6 Jahre)	1.813	10.276 €		
HMG0841 (neu)	Schwere angeborene Fehlbildungen im Magen-Darm-Trakt, andere angeb. Fehlbildungen des Atmungssystems (< 6 Jahre)			1.611	8.790 €
HMG0835	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Lunge od. des Kehlkopfs, Gaumenspalten, angeb. Zwerchfellhernie, Phakomatosen, a.o. nicht klassifiziert (< 6 Jahre)			6.389	3.926 €
HMG0238	Angeborene Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems / Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells und der Verdauungsorgane (< 6 Jahre)	3.770	3.781 €		
HMG0999	Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert (< 6 Jahre)	1.610	3.625 €		
HMG0827	Angeborene Zystenlunge, Laryngomalazie, Tracheomalazie, sonstige angeb. Fehlbildungen d. oberen Verdauungstraktes od. des Darmes, Sonstige Lippen- / Gaumenspalten (< 6 Jahre)			3.906	2.626 €
HMG0400	Schädigung des Neugeborenen durch Alkohol / Drogen, einschließlich Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)	2.212	323 €		
HMG0837	Weitere angeborene Fehlbildungen des Gaumens, Kehlkopfs und Atmungssystems (< 6 Jahre), Schädigung des Neugeborenen durch Alkohol / Drogen, einschließlich Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)			3.589	1.074 €
Strang „Fehlbildungen von Lippen und Gaumen“					
HMG0142	Spalten des harten und des weichen Gaumens (< 6 Jahre)	4.288	4.243 €		
HMG0143	Lippenspalten und sonstige Gaumenspalten	2.013	2.486 €		

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3222 %	0,0024 PP
	CPM	28,4730 %		28,4754 %	0,0024 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,45 €	-0,0848 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
<i>Freistehende HMGs im Ausgangsmodell</i>					
HMG0153	Weitere angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems (< 6 Jahre)	728	3.032 €		
HMG0283	Sepsis beim Neugeborenen	4.880	584 €		
HMG0277	Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße (< 6 Jahre)	2.032	2.234 €		
HMG0278	Angeborene Fehlbildungen der Milz (< 6 Jahre)	190	6.356 €		

Quelle: BAS

Abbildung 26.1: Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

26.2 Anhörungsverfahren

26.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Zum Festlegungsentwurf der Hierarchie 27 gingen Stellungnahmen vom IKK e. V., der KBV / BÄK und von TK et al. ein.

TK et al. bezeichnen die Neukonzeption der Hierarchie 27 als fachlich dezidiert und sinnvoll aufgebaut. Die Einordnung von Diagnosen, deren Behandlung in den ersten fünf Lebensjahren einen besonderen Behandlungsbedarf nach sich ziehen, trage in der Hierarchie 27 zu einer klaren Modellverbesserung bei.

Die KBV / BÄK nimmt die Umstrukturierung ohne eine detaillierte medizinische Einschätzung zur Kenntnis.

Der IKK e. V. begrüßt das gewählte Vorgehen ausdrücklich, da es doch einer anhaltenden Forderung des IKK-Systems nach einer strukturierten Überprüfung bestehender Deckungsunterschiede für jüngere und ältere Versichertengruppen entspreche.

Analog zur besseren Abbildung der Schilddrüsenerkrankungen in der Hierarchie 04 hält der IKK e. V. es für erforderlich, auch bei Kindern mit angeborener Hypothyreose eine Arzneimittelvalidierung umzusetzen. Außerdem weist er darauf hin, dass schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforationen bei Kindern unter fünf Jahren zu deutlichen Unterdeckungen führen. Daher wird eine Altersdifferenzierung der DxGs 0297 „Schwerwiegende Entzündungen des Ohres“ und 1018 „Trommelfellperforation“ vorgeschlagen, wobei die Gruppen für Versicherte unter sechs Jahren in Hierarchie 27 eingeordnet werden sollten.

26.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die Vorschläge des IKK e. V. erfordern tiefergehende Analysen, die im Rahmen dieser Festlegung nicht geleistet werden können. Eine Prüfung kann in einem der folgenden Anpassungszyklen erfolgen.

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

Die Festlegung der Hierarchie 27 entspricht dem entsprechenden Festlegungsentwurf der Hierarchie für das AJ 2023.

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

27.1 Festlegungsentwurf

In der Erstellung des Festlegungsentwurfs der Hierarchie 29 wurden die neu in die Hierarchie verschobenen ICD-Kodes in die Hierarchiestruktur aufgenommen. Des Weiteren erfolgte eine Neuordnung der Zahn- und Kiefer-ICD-Kodes.

Tabelle 27.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

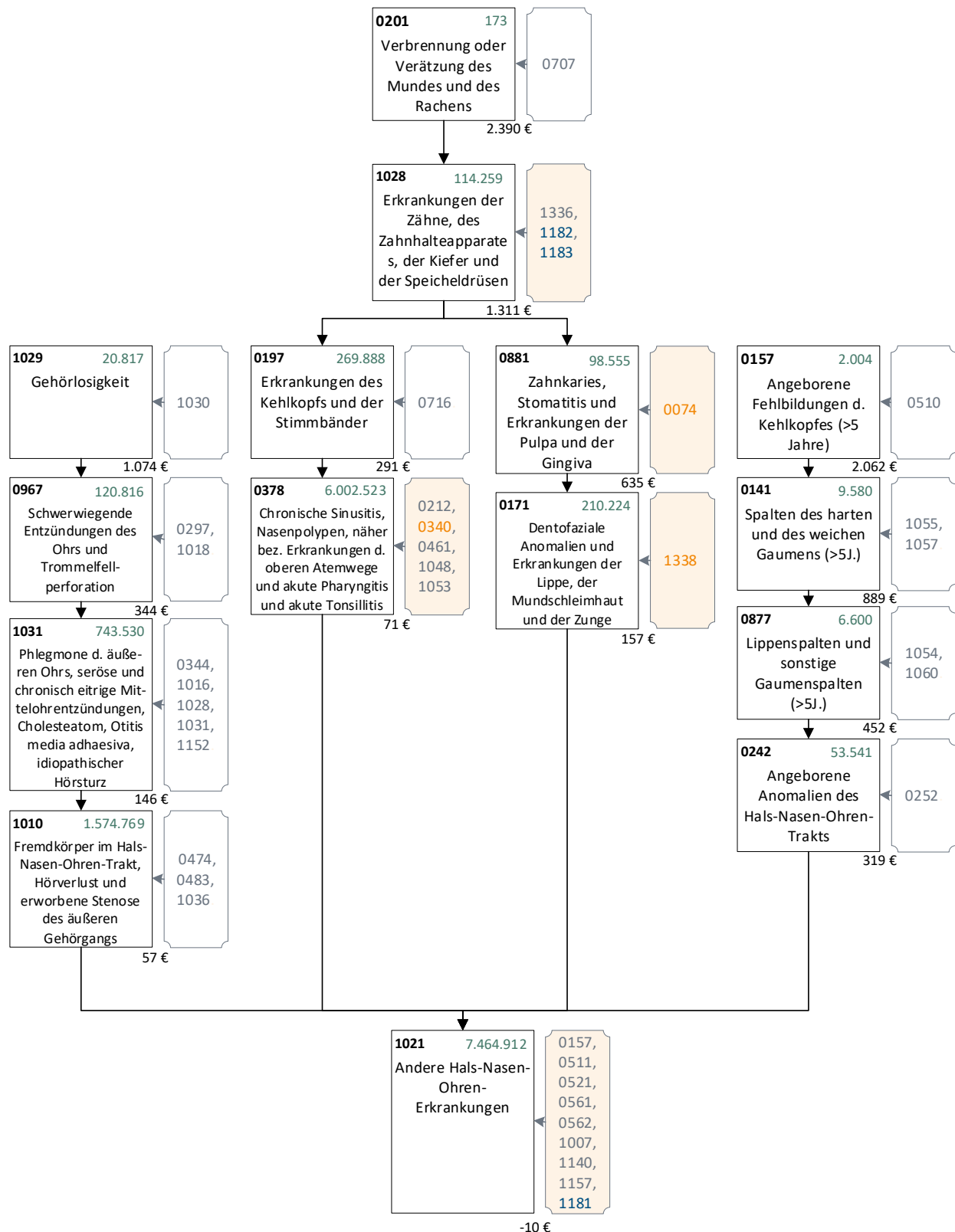
Tabelle 27.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3224 %	0,0026 PP
	CPM	28,4730 %		28,4738 %	0,0009 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,50 €	-0,0305 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG1029	Gehörlosigkeit	20.772	1.074 €	20.817	1.074 €
HMG0967	Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation	120.398	348 €	120.816	344 €
HMG1031	Phlegmone des äußeren Ohrs, seröse und chronisch eitrige Mittelohrentzündungen, Cholesteatom, Otitis media adhesiva und idiopathischer Hörsturz	741.893	146 €	743.530	146 €
HMG1010	Fremdkörper im Hals-Nasen-Ohren-Trakt, Hörverlust und erworbene Stenose des äußeren Gehörgangs	1.569.290	59 €	1.574.769	57 €
Strang 2					
HMG0197	Erkrankungen des Kehlkopfs und der Stimmbänder	270.494	307 €	269.888	291 €
HMG0378	Chronische Sinusitis, Nasenpolypen, näher bezeichneter Erkrankungen der oberen Atemwege und akute Pharyngitis und akute Tonsillitis	6.015.525	73 €	6.002.523	71 €
Strang 3					
HMG0201 (neu)	Verbrennung oder Verätzung des Mundes und des Rachens			173	2.390 €
HMG1028 (alt)	Erkrankungen der Speicheldrüsen	55.506	1.102 €		
HMG1028 (neu)	Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, der Kiefer und der Speicheldrüsen			114.259	1.311 €
HMG0881 (alt)	Erkrankungen der Zähne, des Zahnfleisches und des Kiefers	317.181	443 €		
HMG0881 (neu)	Zahnkaries, Stomatitis und Erkrankungen der Pulpa und der Gingiva			98.555	635 €
HMG0171 (alt)	Andere Erkrankungen der Mundhöhle, der Zunge und des Kiefers	134.911	280 €		
HMG0171 (neu)	Dentofaziale Anomalien und Erkrankungen der Lippe, der Mundschleimhaut und der Zunge			210.224	157 €
Strang 4					
HMG0157 (neu)	Angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes (> 5 Jahre)			2.004	2.062 €
HMG0141	Spalten des harten und des weichen Gaumens (> 5 Jahre)	9.588	896 €	9.580	889 €
HMG0877	Lippenspalten und sonstige Gaumenspalten (> 5 Jahre)	6.608	474 €	6.600	452 €
HMG0242	Angeborene Anomalien des Hals-Nasen-Ohren-Trakts	53.608	319 €	53.541	319 €
Gemeinsames Ende der Stränge 1-4					
HMG1021	Andere Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen	7.412.648	-10 €	7.464.912	-10 €
Freistehende HMGs					
HMG0201 (alt)	Verbrennung oder Verätzung des Mundes und des Rachens	173	2.352 €		
HMG0157 (alt)	Angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes (> 5 Jahre)	2.004	2.097 €		

Quelle: BAS

Abbildung 27.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 27.1: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

27.2 Anhörungsverfahren

27.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

TK et al. regen an, die im Festlegungsentwurf weggefallene Dominanzbeziehungen zwischen HMG1028 „Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, der Kiefer und der Speicheldrüsen“ und HMG1029 „Gehörlosigkeit“ nach den vorgenommenen Änderungen erneut zu überprüfen und Komorbiditäten zwischen Strang 4 und den HMGs 0881 „Zahnkaries, Stomatitis und Erkrankungen der Pulpa und der Gingiva“, 0171 „Dentofaziale Anomalien und Erkrankungen der Lippe, der Mundschleimhaut und der Zunge“ und 1031 „Phlegmone d. äußeren Ohrs, seröse und chronisch eitrige Mittelohrentzündungen, Cholesteatom, Otitis media adhaesiva, idiopathischer Hörsturz“ zu prüfen.

TK et al. und GKV-SV bitten um eine Neuordnung der ICD-Kodes K02.8 „Sonstige Zahnkaries“ (in HMG0881 „Zahnkaries, Stomatitis und Erkrankungen der Pulpa und der Gingiva“) und K02.9 „Zahnkaries, nicht näher bezeichnet“ (in HMG1021 „Andere Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“).

Der IKK e. V. schlägt die Einführung mehrerer Alterssplits vor, diese betreffen folgende DxGs mit den jeweils vorgeschlagenen Altersgrenzen:

- DxG1883 „Dentofaziale Anomalien und Erkrankungen der Lippe, der Mundschleimhaut und der Zunge“ (in HMG0171 „Dentofaziale Anomalien und Erkrankungen der Lippe, der Mundschleimhaut und der Zunge“): größer 18 Jahre und kleiner 19 Jahre
- DxG0074 „Zahnkaries, Stomatitis und Erkrankungen der Pulpa und der Gingiva“ (in HMG0881 „Zahnkaries, Stomatitis und Erkrankungen der Pulpa und der Gingiva“): größer 24 Jahre und kleiner 25 Jahre
- DxG0297 „Schwerwiegende Entzündung des Ohrs“ (in HMG0967 „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation“): größer fünf Jahre und kleiner sechs Jahre
- DxG1018 „Trommelfellperforation“ (in HMG0967 „Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation“): größer fünf Jahre und kleiner sechs Jahre

Zu den Alterssplits bei fünf / sechs Jahren schlägt der IKK e. V. zudem eine Verschiebung der entsprechenden DxGs in die Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ vor.

27.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Nach den im Festlegungsentwurf erfolgten Überarbeitungen der Hierarchie ist eine Dominanzbeziehung zwischen den HMGs 1028 und 1029 medizinisch nicht begründbar. Eine Untersuchung der in der Hierarchie noch vorhandenen Komorbiditäten wird in einem der folgenden Anpassungszyklen durchgeführt.

Die ICD-Kodes K02.8 und K02.9 sind sowohl aus medizinischer als auch aus ökonomischer Sicht in den HMGs 0881, bzw. 1021 sinnvoll eingeordnet. Analysen haben gezeigt, dass sich eine Verschiebung im Hinblick auf die Kostenschätzer nicht begründen lässt.

Die Einführung von Alterssplits in der Hierarchie wird in einem der folgenden Anpassungszyklen geprüft.

Es erfolgen keine weitergehenden Untersuchungen.

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

Es ergeben sich keine Veränderungen zum Festlegungsentwurf.

28 Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“

28.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurden aufgrund hierarchieübergreifender Verschiebungen ICD-Kodes neu in die Hierarchie eingeordnet und in die Stränge integriert.

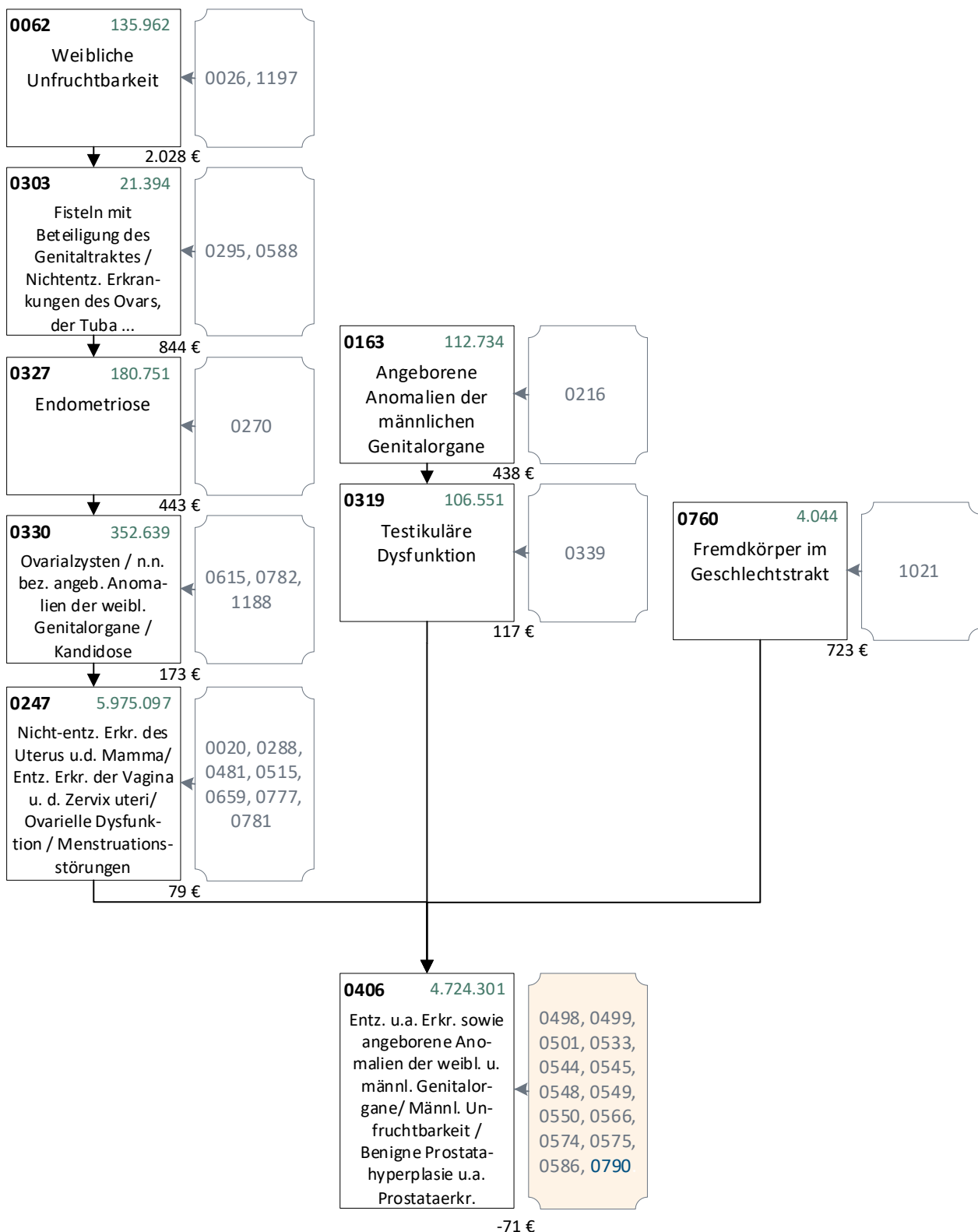
Tabelle 28.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 28.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 31 – Vergleich der Kennzahlen und Schätzer

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	58,3198 %		58,3198 %	0,0000 PP
	CPM	28,4730 %		28,4730 %	0,0000 PP
	MAPE	2.495,53 €		2.495,53 €	-0,0001 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0062	Weibliche Unfruchtbarkeit	135.962	2.028 €	135.962	2.028 €
HMG0303	Fisteln mit Beteiligung des Genitaltraktes / Nichtentzündliche Erkrankungen des Ovars, der Tuba uterina und des Ligamentum latum uteri	21.394	844 €	21.394	844 €
HMG0327	Endometriose	180.751	444 €	180.751	443 €
HMG0330	Ovarialzysten / n.n.bez. angeb. Anomalien der weibl. Genitalorgane / Kandidose	352.639	173 €	352.639	173 €
HMG0247	Nicht-entzündliche und andere Erkrankungen des Uterus und der Mamma / Entzündliche Erkrankungen der Vagina und der Zervix uteri / Ovarielle Dysfunktion / Menstruationsstörungen	5.975.097	80 €	5.975.097	79 €
Strang 2					
HMG0163	Angeborene Anomalien der männlichen Genitalorgane	112.734	438 €	112.734	438 €
HMG0319	Testikuläre Dysfunktion	106.551	117 €	106.551	117 €
Strang 3					
HMG0760	Fremdkörper im Geschlechtstrakt	4.044	724 €	4.044	723 €
Gemeinsames Strangende					
HMG0406 (alt)	Entzündliche und andere Erkrankungen sowie angeborene Anomalien der weiblichen und männlichen Genitalorgane / Männliche Unfruchtbarkeit / Benigne Prostatahyperplasie und andere Prostataerkrankungen	4.715.395	-71 €		
HMG0406 (neu)	Entzündliche und andere Erkrankungen sowie angeborene Anomalien der weiblichen und männlichen Genitalorgane / Männliche Unfruchtbarkeit / Benigne Prostatahyperplasie und andere Prostataerkrankungen			4.724.301	-71 €
HMG0239	Angeborene Fehlbildungen der Mamma [Brustdrüse]	27.970	-157 €		

Quelle: BAS

Abbildung 28.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 28.1: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf
AJ 2023 (1/1)

Quelle: BAS

28.2 Anhörungsverfahren

28.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Im Rahmen des Anhörungsverfahrens wurden für die Hierarchie 31 zwei Punkte aufgeführt. Der GKV-SV und die BARMER haben angemerkt, dass die Zuordnung der ICD-Kodes E89.4 und E89.5 in der Zuordnungstabelle der Anlage 1 zu überprüfen sei.

Der BKK Dachverband regt an, im Hinblick auf die HMG0062 „Weibliche Unfruchtbarkeit“ den Vorschlag einer Arzneimitteldifferenzierung über 10 DDDs erneut aufzugreifen, wenn dieser Sonderfall für andere Krankheitsbilder in der RSA-Systematik aufgenommen werden sollte.

28.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Im Rahmen der Überarbeitung der Hierarchie wurde eine Verschiebung der 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 in der gleichnamigen HMG0319 „Testikuläre Dysfunktion“ bzw. in die DxG0515 „Ovarielle Dysfunktion“ in der HMG0247 „Nicht-entzündliche und andere Erkrankungen des Uterus und der Mamma / Entzündliche Erkrankungen der Vagina und der Zervix uteri / Ovarielle Dysfunktion / Menstruationsstörungen“ in der Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ untersucht. Diese Verschiebung wurde nicht umgesetzt.

In Anlage 1 des Festlegungsentwurfs sind die beiden ICD-Kodes allerdings sowohl der Hierarchie 04 als auch (falsch) der Hierarchie 31 zugeordnet. Der Hinweis des GKV-SV und der BARMER ist korrekt. Die Zuordnung der ICD-Kodes E89.4 und E89.5 zur Hierarchie 31 wird entfernt.

Der Hinweis des BKK Dachverbandes wird in einem der nächsten Anpassungszyklen überprüft.

28.3 Festlegung der Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergibt sich die Änderung, dass die Zuordnung der ICD-Kodes E89.4 und E89.5 zur Hierarchie 31 in Anlage 1 gestrichen wird.

IV Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens

29 Regionale Risikogruppen

29.1 Festlegungsentwurf

Anhand einer aktualisierten Datenbasis wurde die Auswahl der Variablen zur Definition der regionalen Risikogruppen (RGGs) überprüft und angepasst. Im Ergebnis wurden insgesamt neun regionalstatistische Merkmale für die Ausgestaltung der Regionalkomponente im Ausgleichsjahr 2023 ausgewählt. Wie bereits im Vorjahr wurden die Sterbekosten, die Höhe der RSA-Zuweisungen, der Anteil der ambulanten Pflege, der Anteil der stationären Pflege, der Anteil der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen, der Anteil kleiner und mittlerer Unternehmen (KMU) und der Gesamtwanderungssaldo aufgegriffen. Als neue Größen kamen die mittlere Wohnfläche je 10.000 Einwohner und die Anzahl der Pflegebedürftigen je 10.000 Einwohner hinzu.

29.2 Anhörungsverfahren

29.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der GKV-SV, BARMER, IKK e. V. können das Verfahren der Variablenselektion nachvollziehen. TK et al. bezeichnen das Vorgehen als angemessen und sinnvoll. BKK DV und AOK-BV bewerten die Aktualisierung der Datenbasis und die erneute Durchführung der Variablenselektion als positiv. Aus Sicht der KBV hat sich die Regionalkomponente als geeignet erwiesen, die regional unterschiedlichen Ausgabenstrukturen zu erfassen und diese auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte bzw. auf Ebene der Krankenkassen zielgenauer auszugleichen.

Der AOK-BV begrüßt, dass das BAS im Zuge der Aktualisierung der Indikatoren auch auf Daten der Regionaldatenbank Deutschland zurückgegriffen und einzelne Indikatoren z. T. selbst ermittelt hat. Dies sei der Verwendung älterer Daten vorzuziehen. Allerdings sei mit Blick auf die Variable „Wohnfläche“ mit dem Wechsel der Datenquelle eine definitorische Änderung des Indikators eingetreten. Die Wohnfläche werde nunmehr exklusive der Fläche leerstehender Wohnungen berechnet. Hierauf solle das BAS im Rahmen der Erläuterungen zur Festlegung hinweisen.

Hinsichtlich der anstehenden Evaluation der Regionalkomponente wird einerseits auf Schwankungen in der Relevanz einzelner Regionalvariablen (AOK-BV) und andererseits auf eine starke Änderung der letztlich resultierenden RGG-Kostenschätzer (BKK DV) hingewiesen. Aus Sicht des BKK DV sollte das Modell künftig robuster gegen die beobachtete Volatilität ausgestaltet werden. Der AOK-BV spricht sich darüber hinaus erneut dafür aus, die Auswahlvariablen kontinuierlich daraufhin zu prüfen, inwieweit diese in inhaltlichem Zusammenhang zu den beobachteten Ausgaben- bzw. Deckungsunterschieden stehen. Perspektivisch, so der AOK-BV, solle zudem geprüft werden, welche Informationen, die gegenwärtig in Form von regionalen Indikatoren in das Modell eingehen, auch auf Versichertenebene vorliegen und direkt im Klassifikationsmodell verwendet werden könnten.

29.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Der Hinweis des AOK-BV bezüglich der abweichenden Definition der „Wohnfläche“, die sich durch den Umstieg von den INKAR-Daten auf die Regionaldatenbank ergibt, trifft zu. Das Bundesinstitut für Bau-,

Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung ermittelt den Indikator, indem es die gesamte Wohnfläche in Wohn- und Nichtwohngebäuden in einem Landkreis bzw. einer kreisfreien Stadt addiert und diese durch die Anzahl der Einwohner teilt. Die vom Statistischen Bundesamt über die Regionaldatenbank bereitgestellte „Wohnfläche“ je Kreis bezieht sich dagegen nur auf Wohngebäude. Unberücksichtigt bleiben dabei etwaige Wohnflächen in sog. Nichtwohngebäuden wie Anstalts-, Büro-, Verwaltungs- und landwirtschaftlichen Betriebsgebäude, Fabriken oder Hotels.

Die weiteren Anmerkungen von AOK-BV und BKK DV nimmt das BAS zur Kenntnis. Ggf. können die von den Verbänden aufgeworfenen Fragen zu einem späteren Zeitpunkt, bspw. im Rahmen der Evaluation der Regionalkomponente, näher untersucht werden.

29.3 Festlegung der Regionalen Risikogruppen

Es ergeben sich keine Veränderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

30 Auslandsversicherte

30.1 Festlegungsentwurf

Die bis zum Ausgleichsjahr 2022 für die Auslandsversicherten gebildeten alters- und geschlechtsbezogenen Risikogruppen (AusAGGs) wurden durch 24 neue Wohnlandgruppen (WLGs) ersetzt. Die Zuordnung der Versicherten zu den WLGs soll künftig auf Grundlage des Länderkennzeichens erfolgen, für das die jeweilige Krankenkasse entsprechende Auslandsversichertenzeiten gemeldet hat.

Für Länder, auf die eine hohe Anzahl an Versichertenzeiten entfällt, wurde jeweils eine eigenständige WLG gebildet. Länder, auf die dagegen weniger als 1.000 Versichertenjahre (VJ) entfallen, wurden mit anderen Ländern zusammengefasst, um gemeinsam mit diesen eine WLG zu bilden.

Für die Zusammenfassung der WLGs berücksichtigte das BAS insbesondere die Höhe der durchschnittlichen Ausgaben der Versicherten in einem Wohnland, die aus den hierfür explizit vorgesehenen Datenmeldungen (SA 150 und SA 703) und den Ausgabedaten aus dem Folgegutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte (EsFoMed et al. 2019; Wasem et al. 2016) ermittelt wurden. Als Nebenkriterium zur Zusammenfassung einzelner Wohnländer zu WLGs zog das BAS zudem die geographische Nähe dieser Länder heran. Für die Zuordnung der Versicherten wurde mit der neuen Anlage 5 eine Zuordnungsliste der versichertenbezogen gemeldeten Länderkennzeichen zu den WLGs erstellt. Außerdem wurde im Festlegungsdokument das neue Verfahren zur Berechnung der Gewichtungsfaktoren, der Zu- und Abschläge sowie der Zuweisungen für die Auslandsversicherten definiert.

30.2 Anhörungsverfahren

30.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Zur Anpassung des Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte beziehen der GKV-SV, der BKK DV, der IKK e. V., TK et al., der AOK-BV, die BARMER sowie KBV / BÄK Stellung. Hierbei betonen der GKV-SV AOK-BV, BKK DV, TK et al. und KBV / BÄK eine im Grundsatz nachvollziehbare, sinnvolle und rechtskonforme Verfahrensausgestaltung durch das BAS. Allerdings werden in einzelnen Stellungnahmen auch Detailfragen aufgeworfen, die sich wie folgt thematisch zusammenfassen lassen.

30.2.1.1 Verwendung von Ausgabeninformationen aus dem Folgegutachten

Da dem BAS für die Bestimmung der mittleren Ausgaben je Wohnland die Verwendung einer einzelnen offiziellen Datenmeldung (nur für das Berichtsjahr 2020) zu instabil erschien, wurden stattdessen gewichtete Mittelwerte aus den Datenmeldungen (Satzarten 150 und 703) und den im Folgegutachten zu den Auslandsversicherten (EsFoMed et al. 2019; Wasem et al. 2016) für das Berichtsjahr 2017 veröffentlichten Werten gebildet.

Für die ersten Jahre halten es TK et al. angesichts der Schwankungen in den Daten der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) für sinnvoll, die Werte aus dem Gutachten bei der Zusammenstellung der WLGs mit zu berücksichtigen. Perspektivisch solle aber auf eine alleinige Beurteilung der DVKA-Ausgaben abgestellt werden. Der BKK-BV bezeichnet die vorgenommene Mittelwertbildung (trotz gewisser Unwägbarkeiten) als pragmatisch und angemessen, spricht sich aber ebenfalls dafür aus, in kommenden Anpassungszyklen – soweit möglich – allein die Daten der DVKA-Abrechnungen bei den Analysen zu nutzen.

30.2.1.2 Mindestfallzahl der WLGs

Das BAS hat sich dazu entschlossen, einzelne Staaten zu Wohnlandgruppen zusammenzufassen, sofern die Summen der dem Wohnland zuzurechnenden Versichertenzeiten weniger als 1.000 VJ betragen. Ausgenommen hiervon ist lediglich Großbritannien: Versicherte in Großbritannien werden (trotz niedriger Fallzahl) aufgrund der nicht absehbaren Folgen des EU-Austritts einer eigenständigen WLG zugeordnet.

Den Entschluss des BAS, für die zu bildenden WLGs eine Mindestgröße von 1.000 VJ anzusetzen, halten BKK DV und TK et al. für tragfähig und sinnvoll. Der AOK-BV kann die in diesem Zusammenhang getroffene Sonderregelung für Großbritannien nachvollziehen, regt aber an, diese zu beenden, sofern sich die länderspezifischen Rechnungssummen der DVKA im Zeitverlauf als stabil erweisen.

Der GKV-SV und IKK e. V. bitten das BAS dagegen um eine Erklärung für die Höhe der gewählten Grenze. Aus Sicht des IKK e. V. würde eine geringere Mindestgröße die Deckungsquote für die Versicherten in einigen Ländern erhöhen.

30.2.1.3 Kriterien der WLG-Bildung

Ein wichtiges Kriterium bei der Zusammenfassung von Ländern mit wenigen Versichertenzeiten in eine gemeinsame WLG hat das BAS insbesondere die Höhe der mittleren Ausgaben der in den Ländern sesshaften Versicherten bewertet. Darüber hinaus hat das BAS auch die geographische Lage der Länder berücksichtigt und Staaten mit niedrigen Versichertenzeiten mit räumlich nahegelegenen Staaten zusammengefasst.

KBV / BÄK halten die vom BAS für die Abgrenzung herangezogenen Kriterien für sachgerecht. Auch TK et al. bezeichnen die Bildung von länderübergreifenden Gruppen anhand der Homogenität der Ausgaben und der geographischen Nähe für sinnvoll.

Aus Sicht des GKV-SV folgen die vom BAS für die Bildung der WLGs herangezogenen Kriterien grundsätzlich den gesetzlichen Vorgaben; hinsichtlich des Kriteriums der geographischen Nähe bitten GKV-SV und IKK e. V. allerdings um eine Klarstellung, inwiefern dieses sich mit den Zielen des § 8 Absatz 6 RSAV deckt. IKK e. V. und BKK DV bitten das BAS darüber hinaus um eine Erläuterung zur jeweiligen Gewichtung der beiden Kriterien. Beide Verbände sprechen sich für eine insgesamt höhere Gewichtung der Homogenität der Ausgaben und eine niedrigere Relevanz der geographischen Nähe der Länder einer Wohnlandgruppe aus.

30.2.1.4 Alternatives Verfahren

Aus Sicht der BARMER ist es unverständlich, dass das BAS – wie zuvor schon die Autoren des Folgegutachtens zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte (EsFoMed et al. 2019) – bei der Abbildung des Ausgabenrisikos der Auslandsversicherten lediglich auf das Wohnland der Betroffenen, nicht mehr aber auf deren (im bisherigen AusAGG-Verfahren berücksichtigten) Alter zurückgreife, obwohl ältere Versicherte auch im Ausland ein höheres Ausgabenrisiko trügen und die Altersverteilung der Auslandsversicherten zwischen den Krankenkassen differiere.

Die BARMER regt vor diesem Hintergrund an, jede Wohnlandgruppe in 40 Alters- und Geschlechtsgruppen auszdifferenzieren und für diese Subgruppen – einerseits auf Grundlage der alters- und wohnlandspezifischen Inlandsausgaben der SA 703 und andererseits (für die Auslandsabrechnungen der DVKA) mittels des Altersausgabenprofils der Inlandsversicherten – jeweils eigene Zuschläge zu ermitteln.

30.2.1.5 Bildung einer zusätzlichen WLГ

Der GKV-SV bittet das BAS um Klarstellung, welchen WLГs Auslandsversicherte zuzuordnen sind, bei denen es sich um Kassenwechsler handelt. Insbesondere sei hierbei zu klären, inwieweit dabei das Kennzeichen „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ zu verwenden sei. Sollte auch unter Berücksichtigung dieses Kennzeichens keine eindeutige Zuordnung zu einer WLГ möglich sein, sei zu prüfen, inwieweit eine zusätzliche Wohnlandgruppe (analog zu der RGG0000 in der Regionalkomponente) implementiert werden könne.

30.2.1.6 Darstellung der WLГs in der Festlegung

Der GKV-SV weist darauf hin, dass mit Ausnahme der HMGs bislang alle Risikogruppen in der Festlegung in tabellarischer Form dargestellt worden seien. Vor diesem Hintergrund fehle unter Punkt 1.8 der Festlegung (Zuordnung der Auslandsversicherten zu den Wohnlandgruppen) eine entsprechende Darstellung für die WLГs.

30.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Wie bereits in den Erläuterungen zur Festlegung angedeutet, lässt sich das konkrete Vorgehen des BAS bei der erstmaligen Bildung der WLГs vor allen Dingen auf eine noch recht instabile Datenbasis zurückführen. Das betrifft sowohl den Einbezug weiterer Daten aus dem Folgegutachten als auch die Wahl der Grenze für eine Mindestbesetzung oder die Nutzung der „geografischen Nähe“ der Länder bei der Abgrenzung der WLГs. Hierauf sowie auf die Vorschläge der BARMER zur Prüfung eines altersdifferenzierten Verfahrens und des GKV-SV zur Einführung einer zusätzlichen WLГ wird in den folgenden Abschnitten näher eingegangen.

30.2.2.1 Verwendung von Ausgabeninformationen aus dem Folgegutachten

Die Betrachtung der Ausgabenwerte aus dem Folgegutachten stellt auch aus Sicht des BAS nur eine Übergangslösung dar. Mit dem Vorliegen von Datenmeldungen aus weiteren Berichtsjahren wird das BAS auf deren Grundlage Zeitreihen bilden und auf den Einbezug der Gutachtenwerte verzichten können.

30.2.2.2 Mindestfallzahl der WLГs

Da sich das BAS bei der Bildung der WLГs an den mittleren länderspezifischen Ausgabenniveaus orientierte, zu deren Berechnung nur die Werte zweier Berichtsjahre (2017 und 2020) herangezogen werden konnten, erschien es sinnvoll, zwecks stabilerer Abgrenzung der WLГs im ersten Festlegungsjahr eine relativ hohe Mindestbesetzung je WLГ von 1.000 VJ festzusetzen. Denn die länderspezifischen Ausgaben schwanken innerhalb der Länder zum Teil sehr stark. So zeigt sich z. B. für Schweden mit 895 VJ (im Berichtsjahr 2020) ein Ausgabenniveau i. H. v. 4.571 €/VJ im Jahr 2017, hingegen im Berichtsjahr 2020 nur ein Ausgabenniveau i. H. v. 1.403 €/VJ. Wenn dem BAS in nachfolgenden Festlegungsjahren mehr Datenpunkte als Berechnungsgrundlage für die Ausgabenmittelwerte zur Verfügung stehen, kann ggf. eine niedrigere Mindestbesetzung zur Abgrenzung der WLГs ins Auge gefasst werden.

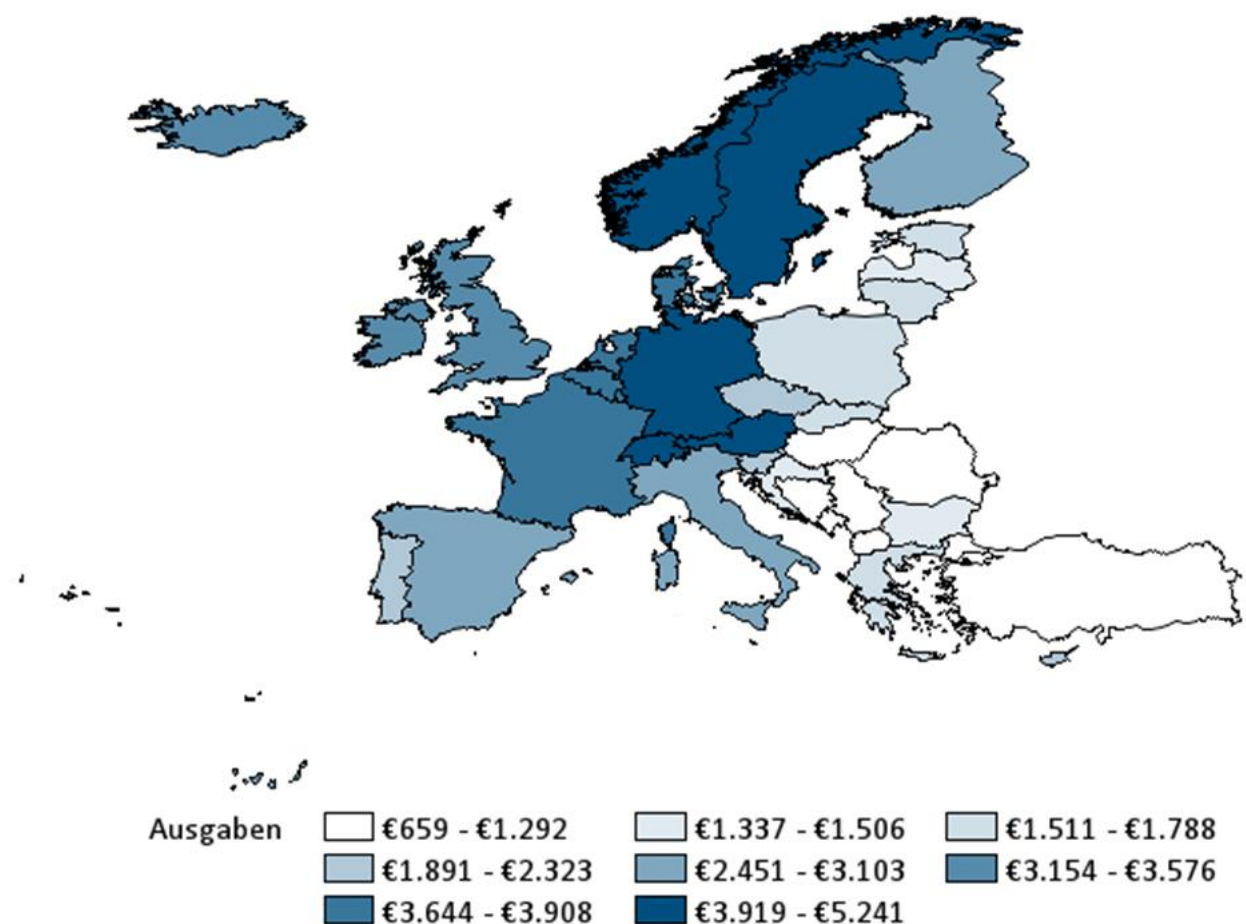
Das Argument, dass eine niedrigere Mindestbesetzung die Deckungsquote einiger Länder verbessern würde, ist hingegen nur bedingt tragfähig. Die Berechnung der länderbezogenen Deckungsquoten legt nur die Ausgabenwerte eines Berichtsjahres (2020) zugrunde, wohingegen für die Bildung der WLГs die Ausgabenmittelwerte über die beiden vorliegenden Berichtsjahre maßgeblich sind. Diese beiden Größen können sich aufgrund der oben genannten Schwankungen der Ausgabenniveaus über die Berichtsjahre

erheblich voneinander unterscheiden. Eine Berechnung der Deckungsquoten für das Berichtsjahr 2017 hätte z. T. deutlich andere Werte für die einzelnen Länder ergeben. Somit sind die Deckungsquoten als Maß für die Zielgenauigkeit der vom BAS gebildeten WLGs in diesem Zusammenhang nicht zwingend aussagekräftig, sie wurden aber – ebenso wie das MAPE auf Länderebene – zur Erhöhung der Transparenz in den Erläuterungen des Festlegungsentwurfes mit abgebildet, weil sie hinsichtlich ihrer Gesamtentwicklung zumindest einen ungefähren Vergleich der unterschiedlichen Modellsystematiken (AusAGG und WLG) zulassen.

30.2.2.3 Kriterien der WLG-Bildung

Als Leitkriterium für die Bildung länderübergreifender WLGs hat das BAS bei der Erarbeitung des Festlegungsentwurfes die mittleren Ausgaben der Versicherten innerhalb eines Wohnstaates ermittelt, um auf dieser Grundlage möglichst (ausgaben-)homogene Risikogruppen abzubilden. Informationen zu den länderspezifischen Ausgaben liegen dem BAS allerdings erst aus der DVKA-Datenmeldung vor (sowie für ein weiteres Berichtsjahr durch die Übersicht aus dem Folgegutachten). Weil insbesondere die DVKA-Abrechnungen im Zeitverlauf größeren Schwankungen unterliegen, ist die Validität der gegenwärtig verfügbaren Daten noch eingeschränkt. Aus diesem Grund hat das BAS als zusätzliche Hilfsgröße auf die geographische Nähe der einzelnen Länder, die zu einer WLG zusammengefasst werden sollten, abgestellt. Das Kriterium der geographischen Nähe dient dabei als Hilfskonstrukt, über das ebenfalls näherungsweise das Niveau der Gesundheitsausgaben der Länder abgebildet werden soll. Dies erfolgt unter der Annahme, dass aufgrund ähnlicher Sozialversicherungssysteme, einer ähnlichen Wirtschaftskraft und ähnlicher Lebensverhältnisse in Staaten mit räumlicher Nähe auch die Gesundheitsausgaben in diesen Ländern nicht weit voneinander abweichen. Tatsächlich zeigen sich im Vergleich der durchschnittlichen Gesundheitsausgaben der Staaten in Europa staatenübergreifende regionale Cluster (vgl. Abbildung 30.1).

Abbildung 30.1: Gesundheitsausgaben je Einwohner in Europa (2019)



Quelle: OECD/European Union 2020, S. 159; eigene Darstellung

Die geographische Nähe soll allerdings nicht dauerhaft bei der Bildung ausgabenhomogener WLGs berücksichtigt werden. Auf mittlere Sicht – bei Vorliegen länderspezifischer Ausgabedaten über mehrere Berichtsjahre – wird dieses Hilfskriterium bei der Gruppenabgrenzung voraussichtlich nicht mehr herangezogen werden müssen.

30.2.2.4 Alternatives Verfahren

Der von der BARMER vorgelegte Vorschlag zur weiteren alters- und geschlechtsspezifischen Ausdifferenzierung der WLGs wird nicht weiterverfolgt.

§ 269 Absatz 3 Satz 1 SGB V sieht für die Auslandsversicherten die Ermittlung von nach dem Wohnstaat der Betroffenen differenzierten Risikozuschlägen vor. § 8 Absatz 6 Satz 1 RSAV eröffnet dem BAS darüber hinaus die Möglichkeit zur Bildung länderübergreifender Risikogruppen. Eine Ermächtigung für weitergehende Differenzierungen (wie etwa in § 8 Absatz 5 Satz 2 RSAV im Bereich der Versicherten mit Kostenerstattung) existiert für den Zuweisungsbereich der Auslandsversicherten nicht. Der Vorschlag ist daher schon mangels entsprechender Rechtsgrundlage nicht umsetzbar.

Bei der Einführung des neuen Zuweisungsverfahrens folgten Gesetz- und Verordnungsgeber dem pragmatischen Ansatz des Folgegutachtens zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte, über den sichergestellt wird, dass das Zuweisungsverfahren mit überschaubarem Aufwand für die betreffende

Versichertenpopulation (aber auch für die Krankenkassen) deutlich zielgenauer wirkt als das bisherige AusAGG-Modell.

Zwar ist die Frage nach weiteren Optimierungsmöglichkeiten des Verfahrens durch eine zusätzliche Ausdifferenzierung der Risikogruppen legitim, allerdings wurde sie bereits im Folgegutachten ausführlich beantwortet. Die Gutachter führten diesbezüglich aus, dass ein zusätzlich nach Alter differenziertes Modell sowohl auf Ebene der Krankenkassen als auch auf Ebene der Wohnländer etwas zielgenauer wirkt als ein Modell ohne Altersdifferenzierung. Sie relativierten diese Beobachtung allerdings mit Blick auf erhebliche praktische Hindernisse und dem damit einhergehenden Mehraufwand bei der Weiterentwicklung und Durchführung des Verfahrens. Auf Grundlage dieser Erwägungen wurde – für das BAS nachvollziehbar – eine Altersklassenbildung nicht empfohlen (vgl. EsFoMed et al. 2019, 6f.). Bezüglich des nun konkret vorgelegten Differenzierungsvorschlages ist zudem anzumerken, dass dieser (bei einem Festhalten an den 24 WLGs des Festlegungsentwurfes) zu einer Bildung von insgesamt 960 Risikogruppen für etwa 350.000 Versicherte führen würde und damit noch deutlich kleinteiliger ausfallen würde als das von den Gutachtern untersuchte Modell mit jeweils drei Altersgruppen. Hieraus ergäbe sich nach Einschätzung des BAS gegenüber dem Gutachtermodell ein nochmals deutlich erhöhter Anpassungsaufwand bei der kontinuierlichen Pflege dieses Verfahrensbestandteils. Außerdem käme es zur Bildung von vielen Gruppen mit einer extrem niedrigen (oder gänzlich ohne) Besetzung.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die angeregte Übertragung der Altersausgabenprofile inländischer Versicherter auf die DVKA-Ausgaben ohne eine weitergehende Adjustierung auch aus inhaltlicher Sicht zu hinterfragen wäre, führte sie doch in der Vergangenheit im AusAGG-Modell dazu, dass gerade ältere Auslandsversicherte deutliche Überdeckungen, jüngere dagegen deutliche Unterdeckungen aufwiesen (vgl. EsFoMed et al. 2019, 70f.).

30.2.2.5 Bildung einer zusätzlichen WLG

Grundsätzlich werden die Versicherten mit dauerhaftem Auslandsaufenthalt auf Grundlage des Länderkennzeichens einer WLG zugeordnet. Maßgeblich für die Meldung des Kennzeichens durch die Krankenkassen (aber auch für die Zuordnung durch das BAS) ist das für das dem Ausgleichsjahr vorangegangene Jahr zuletzt bekannte Wohnland der Versicherten.

Der GKV-SV merkt vor diesem Hintergrund zu Recht an, dass es im Zuordnungsverfahren für bestimmte Kassenwechsler-zu Konstellationen kommen kann, für die eine Restegruppe („Sonstige“) sinnvoll erscheint. Daher bildet das BAS im Rahmen der Festlegung für das AJ2023 eine zusätzliche WLG0000 „Sonstige“ für Kassenwechsler, die nicht eindeutig einer WLG zugeordnet werden können. Dies stellt sicher, dass die Krankenkassen für derartige Fälle die Grundpauschale und einen risikoadjustierten Zu- oder Abschlag erhalten.

Das Nähere zur Zuordnung der Auslandsversicherten zu dieser WLG – sowie auch zu den anderen WLGs – wird im Rahmen der Verfahrensbestimmung nach § 16 Absatz 3 Satz 5 RSAV und § 18 Absatz 5 Satz 3 RSAV für die Zuweisungen im Ausgleichsjahr geregelt.

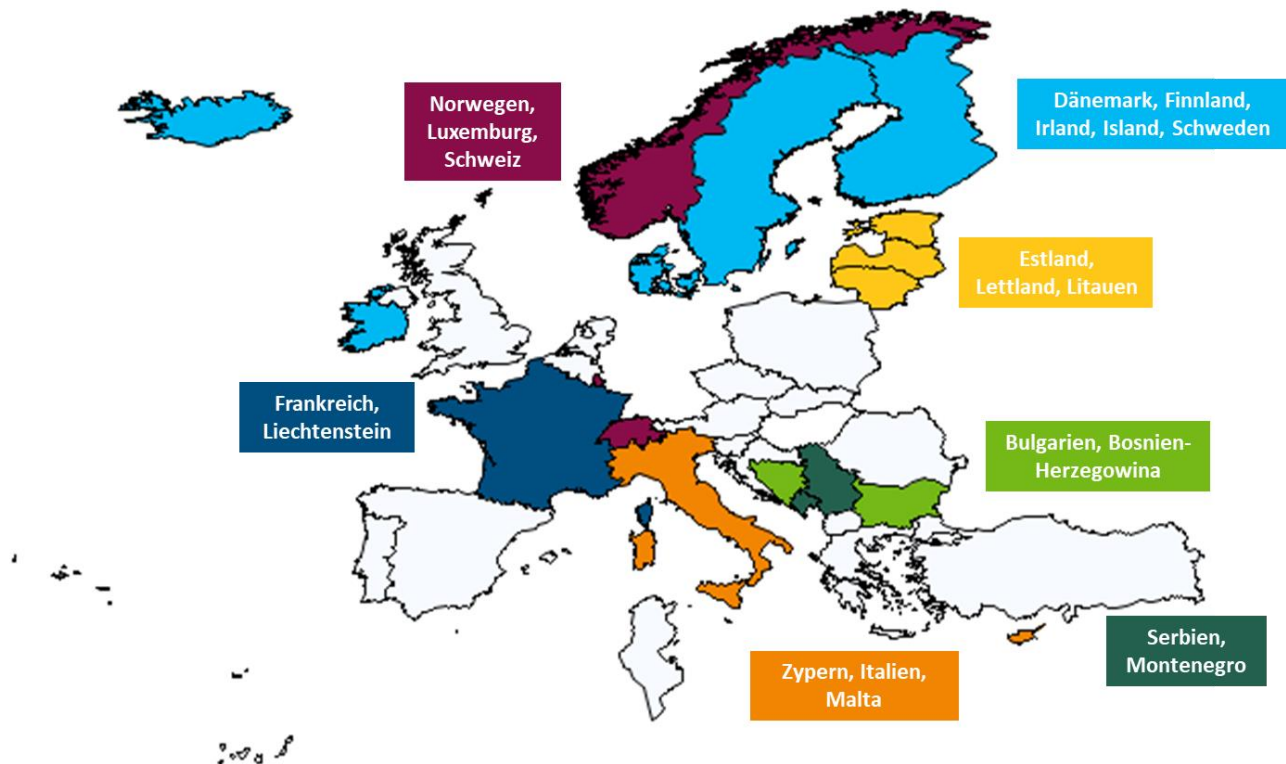
30.2.2.6 Auflistung der WLGs in der Festlegung

Die vom GKV-SV gewünschte Darstellung der Zuordnung der Länderkennzeichen zu den WLGs kann unter Punkt 1.8 der Festlegung integriert werden.

30.3 Festlegung

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden Norwegen, Luxemburg und die Schweiz gemeinsam der WLG0017 zugeordnet. Liechtenstein bildet abweichend vom Festlegungsentwurf gemeinsam mit Frankreich die WLG0002. Für bestimmte Konstellationen, in denen eine eindeutige Zuordnung der Versicherten nicht möglich ist, wird zudem eine WLG0000 „Sonstige“ eingeführt.

Abbildung 30.2: Bildung länderübergreifender WLGs in der Festlegung für das AJ 2023



Quelle: BAS

Die für die Festlegung gewählte Neuabgrenzung wird auch in Tabelle 30.2 aufgegriffen. Dabei zeigt sich insbesondere für die neu zugeordneten Länder gegenüber dem Festlegungsentwurf eine weitere Verbesserung der Deckungsquoten für das Berichtsjahr 2020. So sinkt bspw. die Deckungsquote für Versicherte aus Liechtenstein auf 94 % ab (Entwurf: 177 %) oder steigt für Versicherte aus Luxemburg auf 97 % an (Entwurf: 55 %).

Tabelle 30.2: Übersicht über die WLGs im AJ 2023

Modell: 25 Wohnlandgruppen (inkl. WLG0000)							
WLG	Länderkennzeichen / Wohnland		VJ	Gesamtausgaben	Zuweisung je VJ	DQ AusAGG	DQ WLG
0000	-	Sonstige	-	-	-	-	-
0001	PL	Polen	72.266	41.423.548 €	573 €	180 %	100 %
0002	FL	Liechtenstein	49.888	123.963.704 €	2.485 €	97 %	94 %
	F	Frankreich				56 %	100 %
0003	CZ	Tschechische Republik	36.499	39.534.696 €	1.083 €	96 %	100 %
0004	TR	Türkei	33.223	29.532.517 €	889 €	311 %	100 %
0005	A	Österreich	22.707	106.939.277 €	4.710 €	40 %	100 %
0006	HR	Kroatien	15.535	25.988.015 €	1.673 €	165 %	100 %
0007	E	Spanien	14.715	51.427.637 €	3.495 €	89 %	100 %
0008	M	Malta	14.504	19.034.075 €	1.312 €	214 %	97 %
	I	Italien				216 %	100 %
	CY	Zypern				131 %	68 %
0009	NL	Niederlande	11.500	39.695.043 €	3.452 €	44 %	100 %
0010	GR	Griechenland	11.145	56.822.450 €	5.099 €	56 %	100 %
0011	H	Ungarn	10.951	13.320.753 €	1.216 €	134 %	100 %
0012	BIH	Bosnien-Herzegowina	11.172	2.588.355 €	232 €	1476 %	123 %
	BG	Bulgarien				224 %	24 %
0013	B	Belgien	9.821	21.742.673 €	2.214 €	64 %	100 %
0014	SK	Slowakei	6.579	6.302.685 €	958 €	111 %	100 %
0015	SRB	Serbien	6.366	2.524.041 €	397 €	700 %	97 %
	MNE	Montenegro				3657 %	488 %
0016	P	Portugal	3.877	6.516.701 €	1.681 €	181 %	100 %
0017	N	Norwegen	4.051	25.676.237 €	6.338 €	65 %	154 %
	L	Luxemburg				29 %	97 %
	CH	Schweiz				29 %	99 %
0018	MK	Nordmazedonien	2.648	397.610 €	150 €	1830 %	100 %
0019	RO	Rumänien	2.359	943.743 €	400 €	350 %	100 %
0020	SLO	Slowenien	1.932	6.207.059 €	3.213 €	80 %	100 %
0021	LV	Lettland	1.672	1.041.156 €	623 €	545 %	202 %
	LT	Litauen				209 %	98 %
	EST	Estland				200 %	56 %
0022	TN	Tunesien	1.011	194.577 €	192 €	1067 %	100 %
0023	GB	Großbritannien	431	1.999.365 €	4.636 €	53 %	100 %
0024	S	Schweden	1.790	4.020.421 €	2.246 €	187 %	160 %
	IS	Island				-	-
	IRL	Irland				108 %	90 %
	FIN	Finnland				82 %	67 %
	DK	Dänemark				61 %	69 %
Insgesamt			346.642	627.836.337 €	1.811 €	100 %	100 %

Quelle: BAS; keine Werte für die WLG0000, weil die Zuordnungsregeln für diese Gruppe in der Verfahrensbestimmung erst noch zu regeln sind

Das gewichtete länderspezifische MAPE verbessert sich durch die vorgenommene Neuabgrenzung weiter und fällt gegenüber dem AusAGG-Modell (1.167 €) und dem WLG-Modell in der Entwurfsfassung (18 €) nun auf 9 € ab (vgl. Tabelle 30.3).

Tabelle 30.3: Vergleich der Länder-MAPes des AusAGG-Modells und des WLG-Modells in Festlegungsentwurf und Festlegung für das AJ 2023

	MAPEs der Modelle			Differenzen zum AusAGG-Modell	
Kennzahl	AusAGGs	WLGs			
		Entwurf AJ 23	Festlegung AJ 23	Entwurf AJ 23	Festlegung AJ 23
ungew. MAPE _{Land}	1.469 €	400 €	287 €	-1.070 €	-1.182 €
gew. MAPE _{Land}	1.167 €	18 €	9 €	-1.149 €	-1.158 €

Quelle: BAS; Kennzahlen des Modells „Festlegung AJ 2023“ ohne Berücksichtigung der WLG0000

V Gesamtbewertung der Modellausgestaltung

31 Kennzahlen der Festlegung

In Tabelle 31.1 werden die aggregierten Gütemaße auf der Individualebene sowie die regionalen und krankenkassenbezogenen Kennzahlen des endgültigen Klassifikationsmodells zum Stand der Festlegung im Vergleich zu den Modellen des Festlegungsentwurfs und des Ausgangsmodells dargestellt. Zusätzlich werden die Kennzahlen für die Vorjahresmodelle der Ausgleichsjahre 2020 bis 2022 ausgewiesen. Als **einheitliche Datenbasis** für den Vergleich dient für alle dargestellten Modelle die Vollerhebung des Meldejahres 2021, welche die Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2019 mit den Leistungsausgaben des Berichtsjahres 2020 verknüpft.

Tabelle 31.1: Gesamtbewertung der Festlegung für das AJ 2023

AJ	2020	2021		2022		2023					
Modell	Festlegung	Festlegung		Festlegung		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf		Festlegung	
Vollmodell	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RGG	nein	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Risikopool	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
EMG	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Risikofaktoren	284	542	623	437	508	471	542	450	541	443	534
Individuelle Kennzahlen											
R ²	24,7935 %	58,1501 %	58,1577 %	58,1784 %	58,1858 %	58,3198 %	58,3272 %	59,7905 %	59,7985 %	59,8014 %	59,8094 %
CPM	24,3671 %	28,3411 %	28,3504 %	28,3913 %	28,4016 %	28,4730 %	28,4833 %	29,5742 %	29,5815 %	29,5828 %	29,5901 %
MAPE	2.621,50 €	2.500,14 €	2.499,81 €	2.498,38 €	2.498,02 €	2.495,53 €	2.495,17 €	2.457,11 €	2.456,86 €	2.456,81 €	2.456,56 €
Regionale Kennzahlen											
MAPE _{KK_abs}	93,19 €	90,22 €	63,58 €	90,20 €	63,48 €	90,60 €	63,85 €	87,88 €	52,06 €	87,74 €	51,87 €
gew. MAPE _{Kreis_abs}	91,96 €	86,65 €	48,86 €	86,65 €	49,68 €	87,22 €	49,94 €	85,42 €	42,05 €	85,31 €	41,93 €
Krankenkassenbezogene Kennzahlen											
MAPE _{KK_abs}	54,37 €	50,28 €	41,21 €	50,32 €	42,81 €	49,93 €	42,11 €	47,02 €	36,44 €	46,89 €	36,40 €
gew MAPE _{KK_abs}	30,19 €	24,65 €	21,87 €	24,76 €	22,25 €	25,54 €	21,43 €	24,49 €	20,67 €	24,43 €	20,65 €

Quelle: BAS

Tabelle 31.2 stellt die Kennzahlen für die bereits oben gezeigten Modelle der einzelnen Ausgleichsjahre ohne Berücksichtigung des Risikopools dar. Relevant sind diese Modellvarianten ausschließlich im monatlichen Abschlagsverfahren. Sowohl der laufenden Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells als auch dem jeweiligen Jahresausgleich und der Korrektur des Jahresausgleichs im Folgejahr, mit der ein Ausgleichsjahr abschließt, liegen Modelle **mit** Berücksichtigung des Risikopools zugrunde.

Tabelle 31.2: Kennzahlen Abschlagsverfahren ohne Risikopool

AJ	2020	2021	2022	2023		
Modell	Festlegung	Festlegung	Festlegung	Ausgangsmodell	Festlegungsentwurf	Festlegung
Vollmodell	nein	ja	ja	ja	ja	ja
RGG	nein	ja	ja	ja	ja	ja
Risikopool	nein	nein	nein	nein	nein	nein
EMG	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Risikofaktoren	284	623	508	542	541	534
Individuelle Kennzahlen						
R ²	24,7935 %	26,0128 %	26,0389 %	26,3286 %	29,4692 %	29,4898 %
CPM	24,3671 %	25,2097 %	25,2715 %	25,3443 %	26,5843 %	26,5952 %
MAPE	2.621,50 €	2.609,39 €	2.607,23 €	2.604,69 €	2.561,43 €	2.561,05 €
Regionale Kennzahlen						
MAPE _{KK_abs}	93,19 €	67,53 €	67,39 €	67,97 €	54,35 €	54,18 €
gew. MAPE _{Kreis_abs}	91,96 €	51,46 €	52,33 €	53,03 €	43,95 €	43,85 €
Krankenkassenbezogene Kennzahlen						
MAPE _{KK_abs}	54,37 €	44,53 €	46,78 €	45,58 €	39,42 €	39,33 €
gew MAPE _{KK_abs}	30,19 €	22,55 €	22,85 €	21,50 €	21,31 €	21,32 €

Quelle: BAS

Die Regressionskoeffizienten des Ausgangsmodells, sowie die Regressionskoeffizienten der verschiedenen Varianten des Festlegungsentwurfes und der Festlegung werden diesen Erläuterungen in Form einer gesonderten Datei (06a_Anlage_Erläuterungen_Regressionskoeffizienten_AJ2023.xlsx) beigefügt.

VI Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2021a) „*Erläuterungen zur Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2022*“, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [14.09.2022].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2021b) „*Festlegungsentwurf nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2022*“, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [29.04.2022].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2022) „*Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2023*“, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [13.09.2022].
- Bundesversicherungsamt (Hg.) (2016) „*Erläuterungen zur Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2017*“, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/archiv-festlegungen/> [13.09.2022].
- Deutsche Gesellschaft für Nephrologie, Verband Deutscher Nierenzentren e. V. & Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (Hg.) (2022) „*Dialysestandard*“, <https://www.dgfn.eu/dialyse-standard.html> [07.09.2022].
- Deutsche Wirbelsäulengesellschaft & Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (Hg.) (2020) „*Diagnostik und Therapie der Spondylodiszitis – S2k-Leitlinie*“, AWMF-Register 151-001, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/151-001l_S2k_Diagnostik-Therapie-Spondylodiszitis_2020-10.pdf [24.08.2022].
- EsFoMed, Universität Duisburg-Essen & WIG 2 (Hg.) (2019) „*Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3c SGB V i. V. m. § 33a Abs. 4 RSAV – Endbericht*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/20200331Folgegutachten_Auslandsversicherte.pdf [25.04.2022].
- GKV-Spitzenverband (2020) „*Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.08.2020 – zum Entwurf der Festlegungen des Bundamtes für Soziale Sicherung gemäß § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2021*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/2021/02_Klassifikation_AJ2021_Stellungnahmen.zip [19.05.2022].
- Herold, G. (2020) „*Innere Medizin 2020*“, Berlin, Boston, De Gruyter.
- OECD/European Union (2020) „*Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*“, OECD Publishing, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1662718205&id=id&accname=guest&checksum=AA846AF45287E325DA218251C04DF07B> [09.09.2022].
- Radermecker, R. P., Piérard, G. E. & Scheen, A. J. (2007) „*Lipodystrophy Reactions to Insulin – Effects of Continuous Insulin Infusion and New Insulin Analogs*“, *American Journal of Clinical Dermatology*, Vol. 8 (1), S. 21–28.

- Schumann, R., Rieger, J. & Ludwig, M. (2007) „Akute periphere arterielle Verschlusskrankheit“, *Medizinische Klinik*, Vol. 102 (6), 457-71.
- Wasem, J., Lux, G. & Schillo, S. (2016) „Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 4 RSAV – Endbericht“, Universität Duisburg-Essen, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/20160124_Gutachten_Zuweisungen_Auslandsversicherte_final_1.pdf [30.09.2021].

A Anhang

A.1 Erläuterung zu den Anlagen

Anlage 1 zur Festlegung beschreibt die Zuordnung von ICD-Diagnosen zu DxGs, MGs und Krankheiten für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahrs 2023. Bei der Anlage 1 werden jahresspezifische Zuordnungslisten für die einzelnen Morbiditätsjahre erstellt. Grund hierfür ist eine veränderte Definition von ICD-Kodes: Neue ICD-Kodes können hinzukommen, bestehende wegfallen. Manchmal erhalten ICD-Kodes u. U. eine neue Bedeutung, während die ursprüngliche Bedeutung einem anderen (neuen) ICD-Kode zugewiesen wird. Einzelne ICD-Kodes können daher in verschiedenen Jahren eine unterschiedliche Bedeutung haben. Die Anlage 1 wird im Rahmen dieser Festlegung für alle für das Ausgleichsjahr 2023 relevanten Morbiditätsjahre (2019 bis 2022) bekannt gegeben. Anlage 1 enthält ebenfalls die Regeln zur Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen.

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

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

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

Die Anlage 3 wird im Rahmen dieser Festlegung für die Morbiditätsjahre 2019 bis 2021 (d. h. auf Grundlage der GKV-Arzneimittelindizes 6 / 2020 bis 6 / 2022) bekannt gegeben. Die Festlegung für das Morbiditätsjahr 2021 (auf Grundlage des zum Zeitpunkt der Bekanntgabe der Festlegungen noch nicht vorliegenden GKV-Arzneimittelindex 6 / 2022) erfolgt im Jahr 2023 im Rahmen einer technischen Anpassung nach § 8 Absatz 4 Satz 9 RSAV für das Ausgleichsjahr 2023.

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

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

Tabelle A.1 gibt einen Überblick über die Verwendung der einzelnen Zuordnungstabellen in Abhängigkeit von den Datenmeldungen (Morbiditätsjahr) für das Ausgleichsjahr 2023.

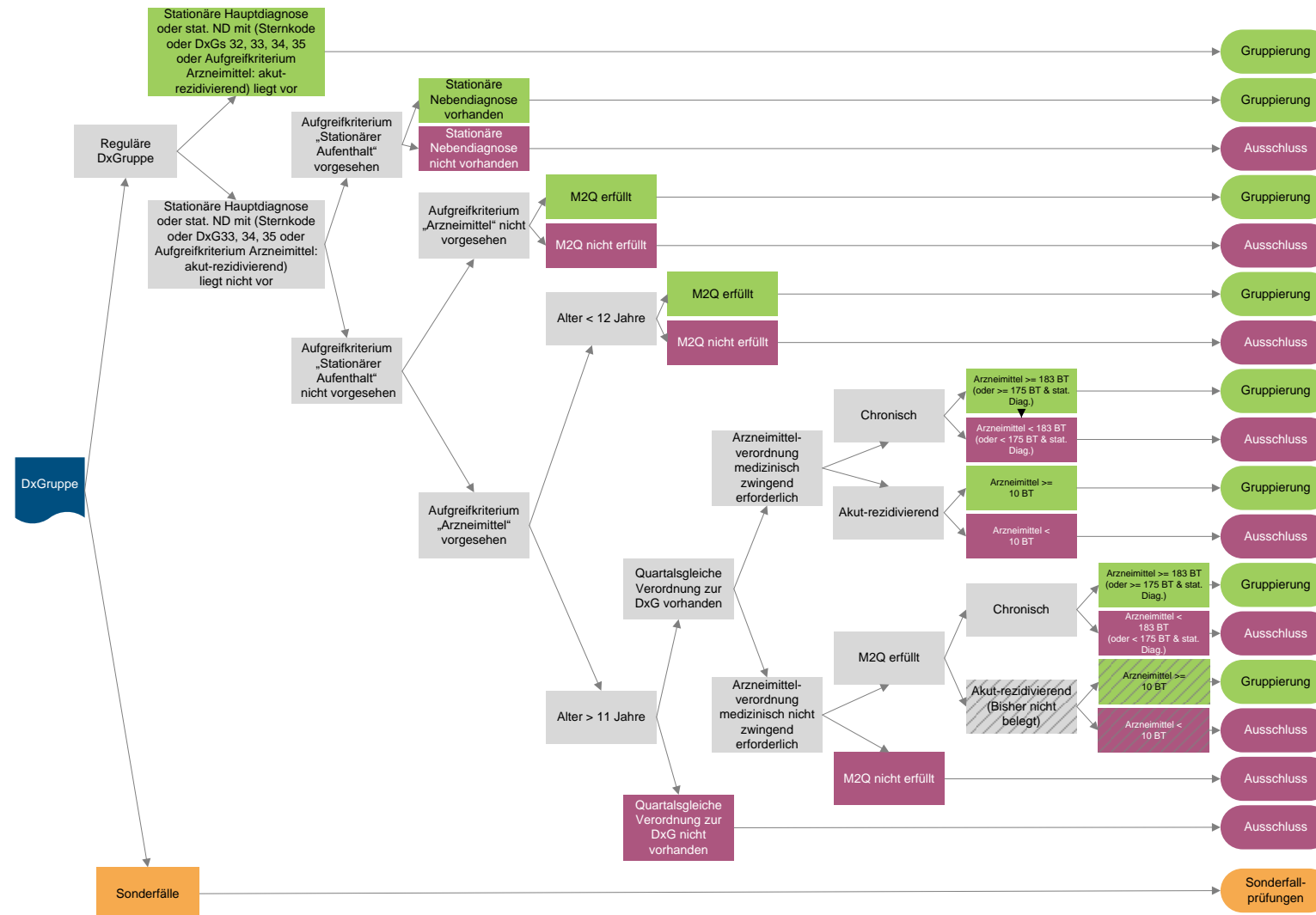
Tabelle A.1: Verwendung der Anlagen 1 bis 5 in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im Ausgleichsjahr 2023

Verwendungskontext	Anlage 1	Anlage 3	Anlage 4	Anlage 5	GKV-AI
Festlegung	2019	2019	2020	2019	6 / 2020
Gewichtungsfaktoren Abschlagsverfahren	2020	2020	2021	2020	6 / 2021
GLB I	2021	2021	2022	2021	6 / 2022
GLB II	2021	2021	2022	2021	6 / 2022
GLB III	2022	2022	2023	2022	6 / 2023
Gewichtungsfaktoren GLB IV	2021	2021	2022	2021	6 / 2022
GLB IV	2022	2022	2023	2022	6 / 2023
Gewichtungsfaktoren Jahresausgleich	2022	2022	2023	2022	6 / 2023
Jahresausgleich	2022	2022	2023	2022	6 / 2023

Quelle: BAS

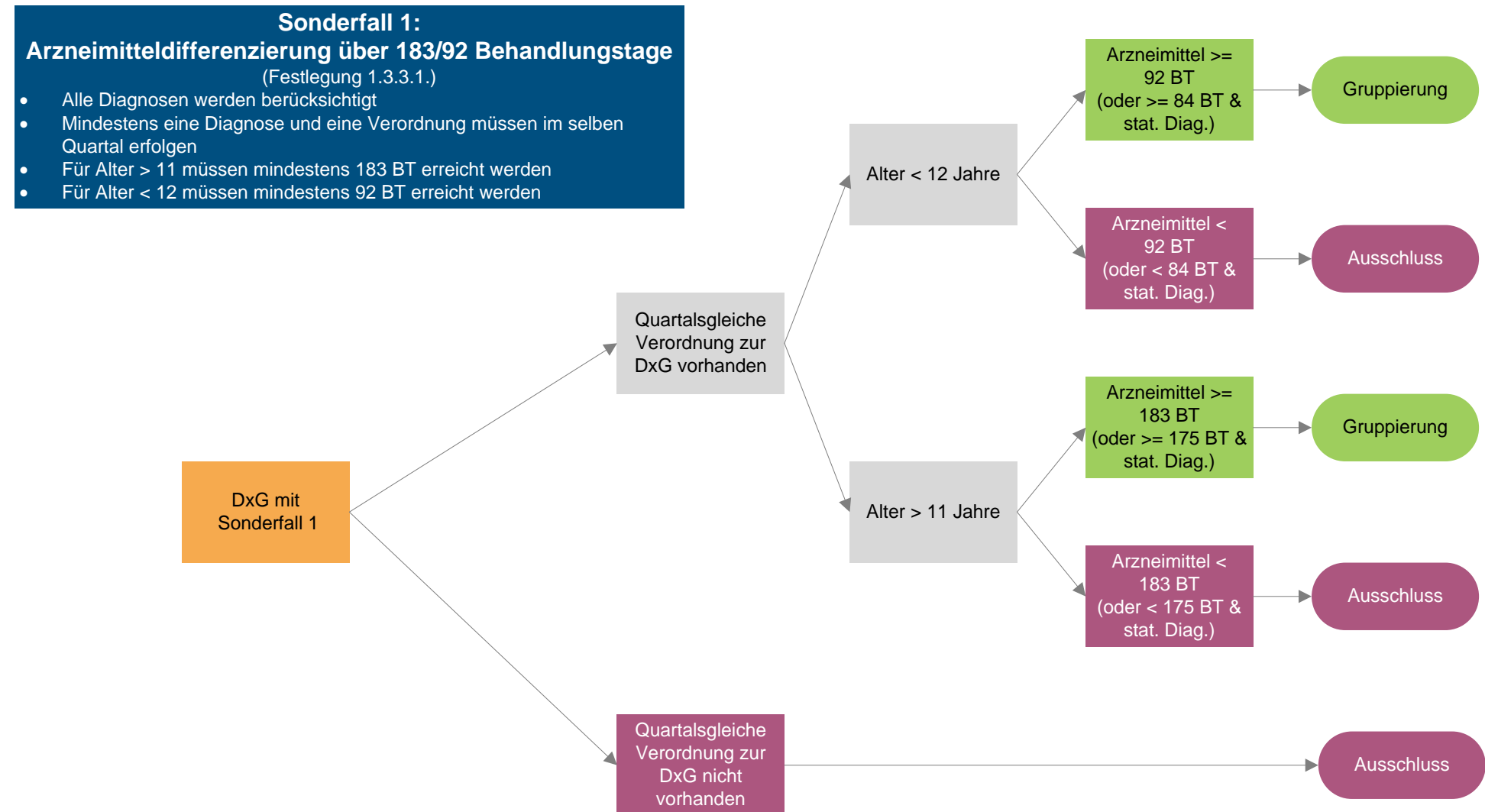
A.2 Darstellung des Aufgreifalgorithmus

Abbildung A.2.1: Standardalgorithmus für das Ausgleichsjahr 2023



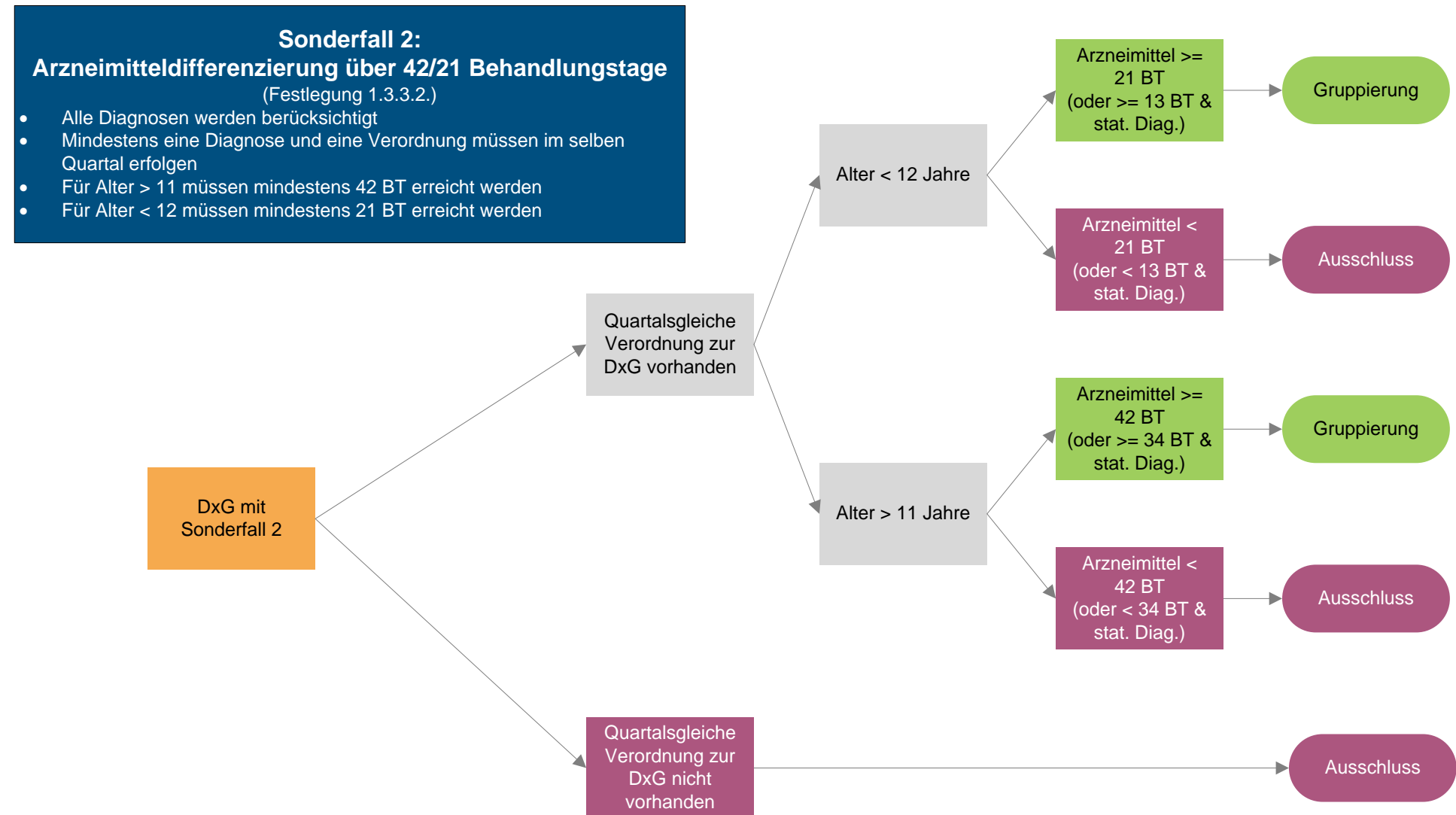
Quelle: BAS

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



Quelle: BAS

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



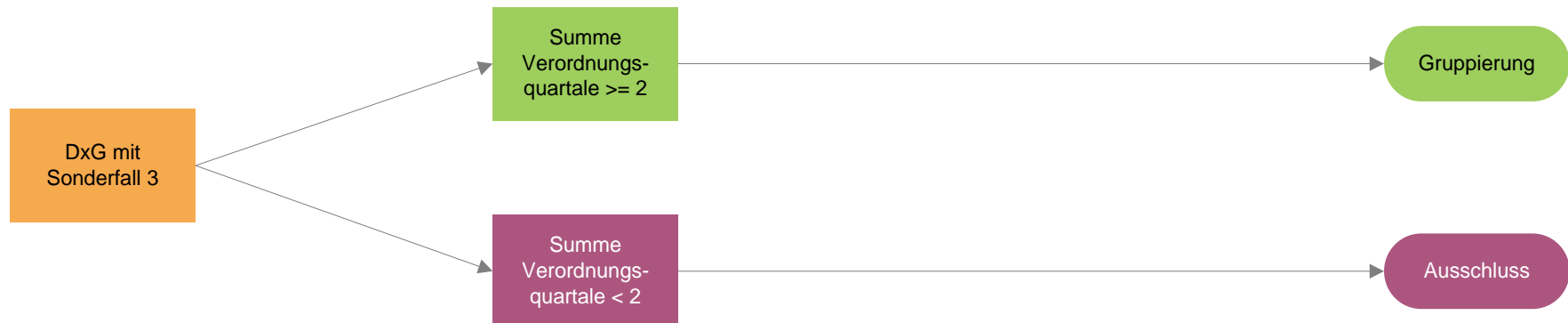
Quelle: BAS

Abbildung A.2.4: Sonderfall 3: Diagnosevalidierung nach Verordnungsquartalen

**Sonderfall 3:
Diagnosevalidierung nach Verordnungsquartalen**

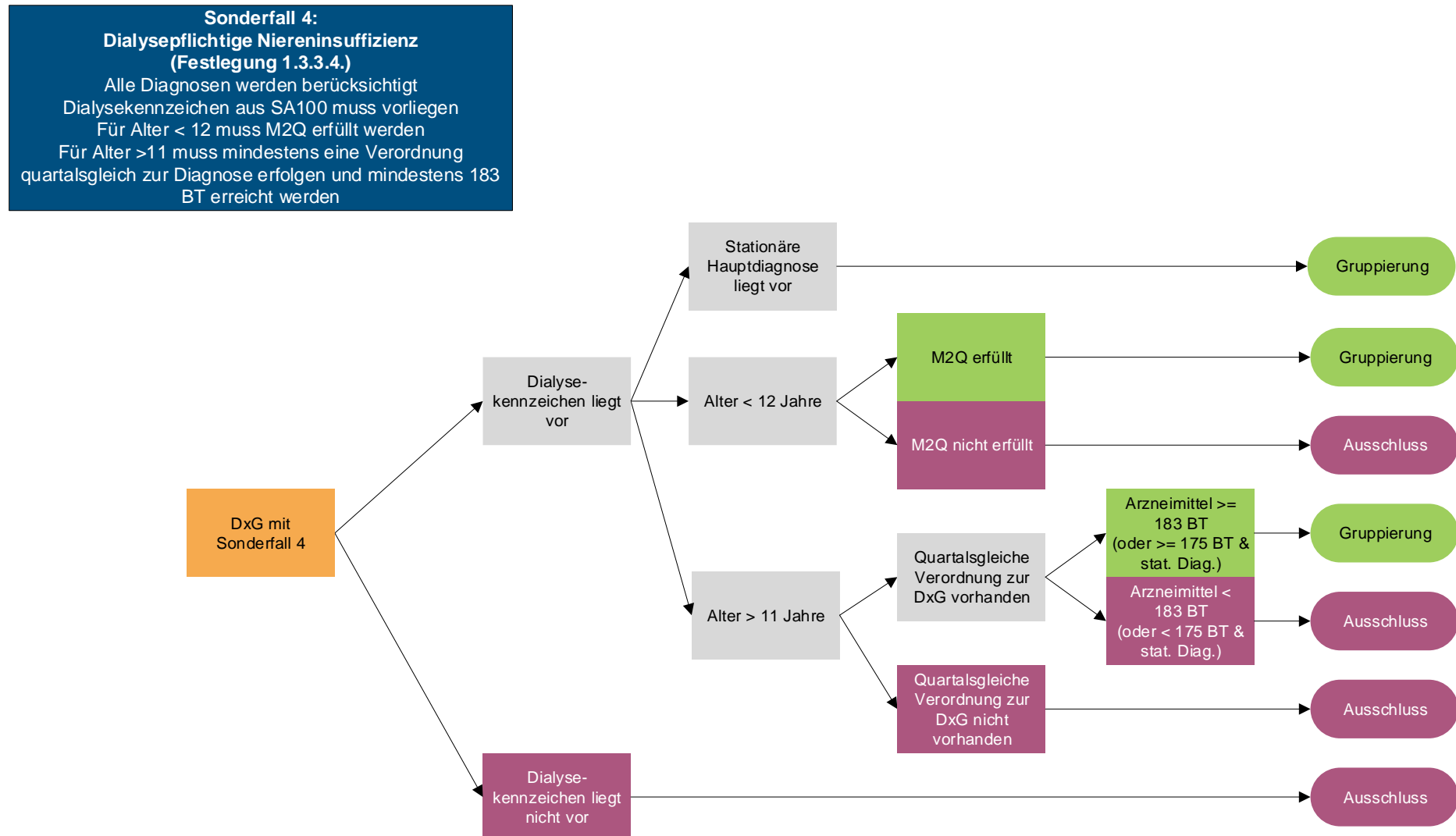
(Festlegung 1.3.3.3.)

- Alle Diagnosen werden berücksichtigt
- Mindestens zwei Verordnungen aus unterschiedlichen Quartalen müssen vorliegen



Quelle: BAS

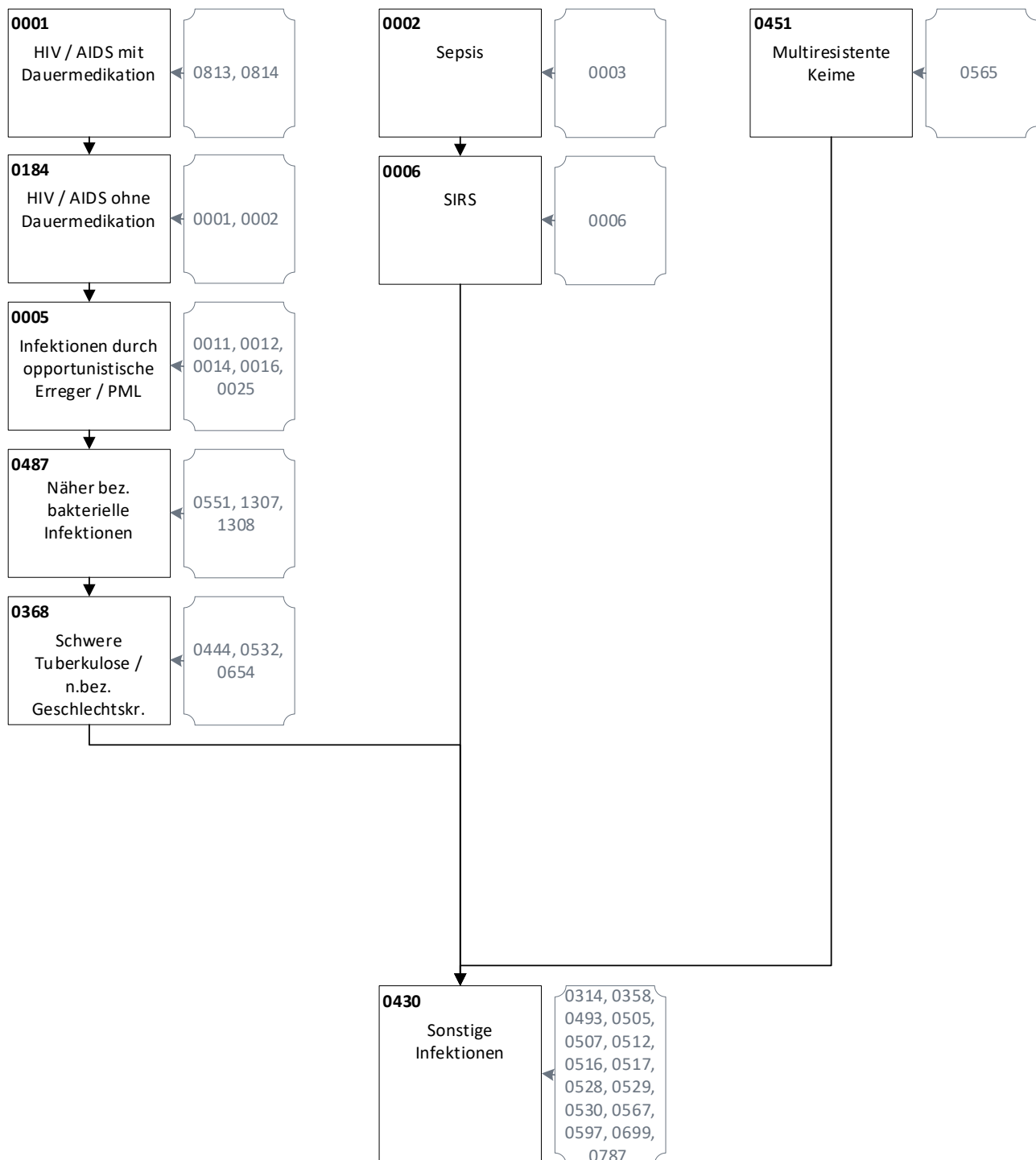
Abbildung A.2.5: Sonderfall 4: Diagnosevalidierung anhand des Kennzeichens Extrakorporale Blutreinigung



Quelle: BAS

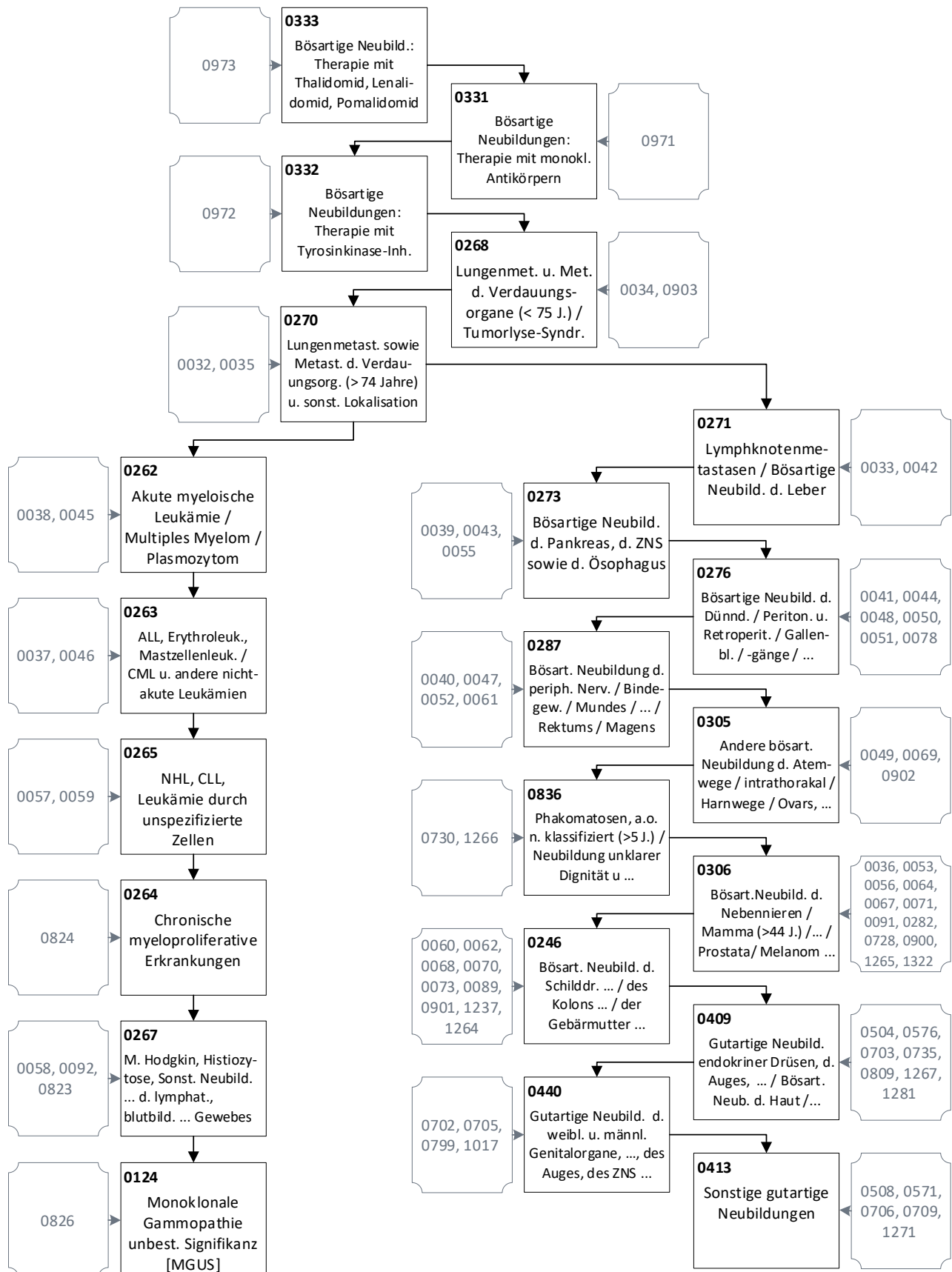
A.3 Übersicht der Hierarchien

Abbildung A.3.6: Hierarchie 01 „Infektionen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.7: Hierarchie 02 „Neubildungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.8: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)

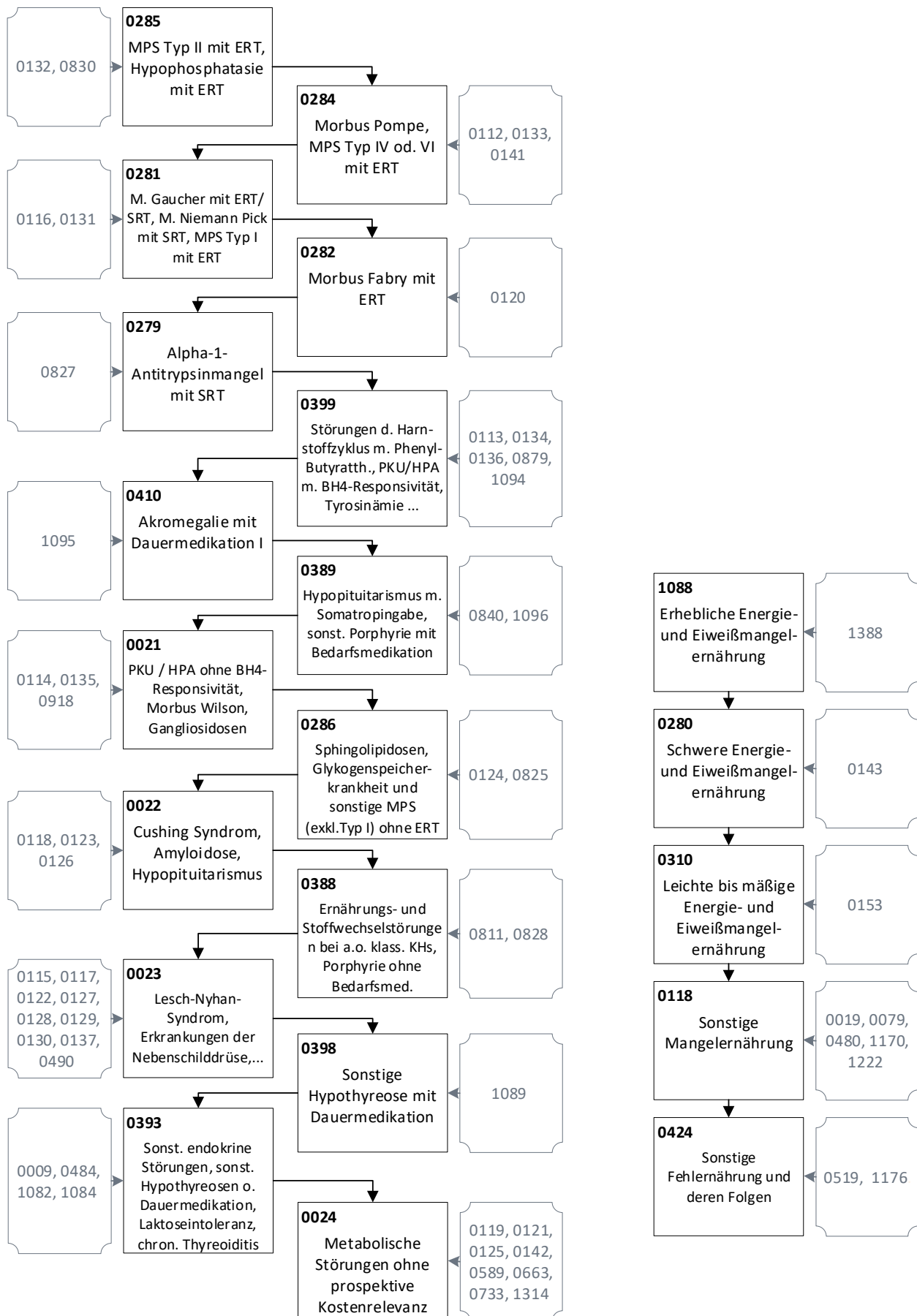


Abbildung A.3.9: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)

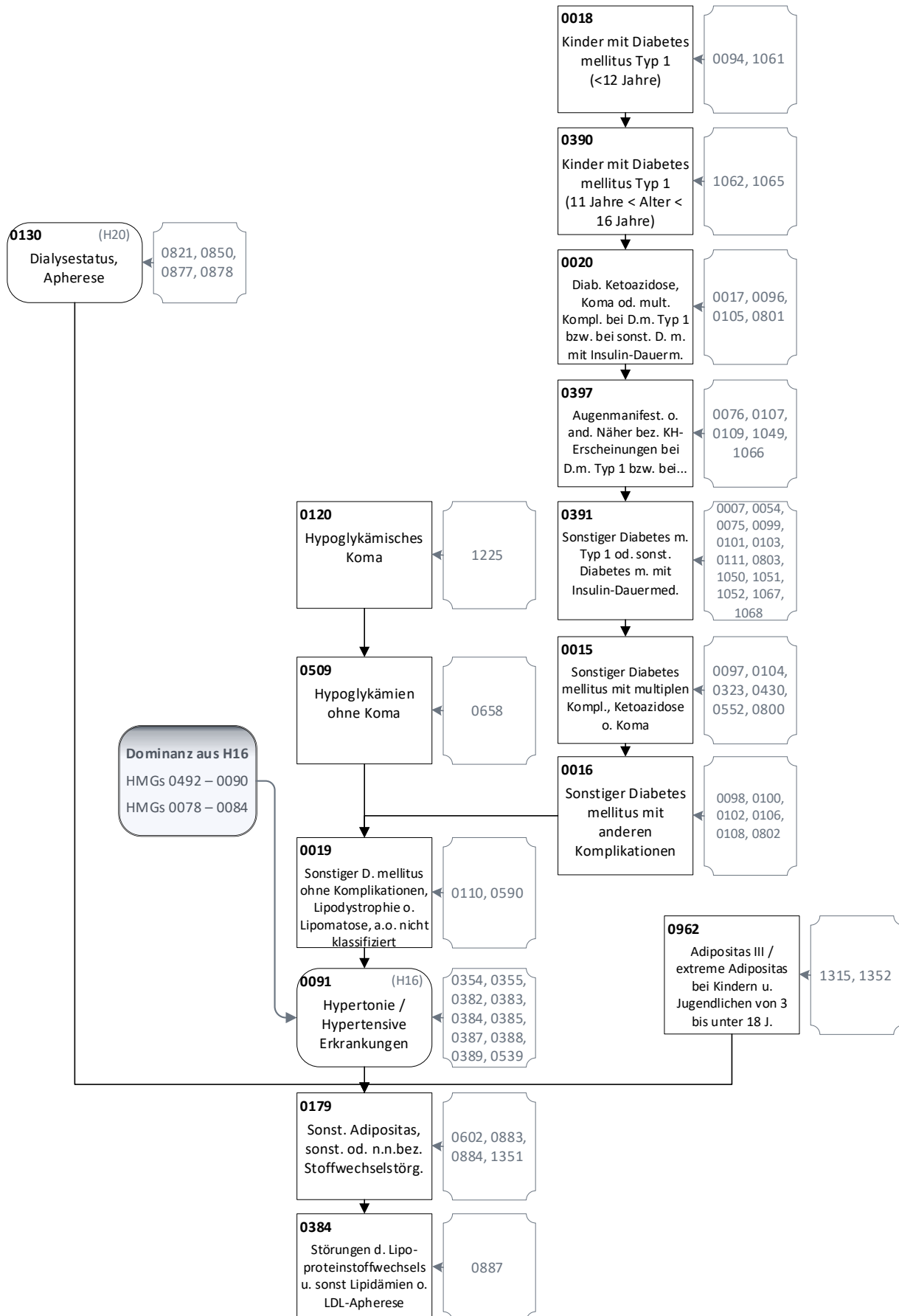
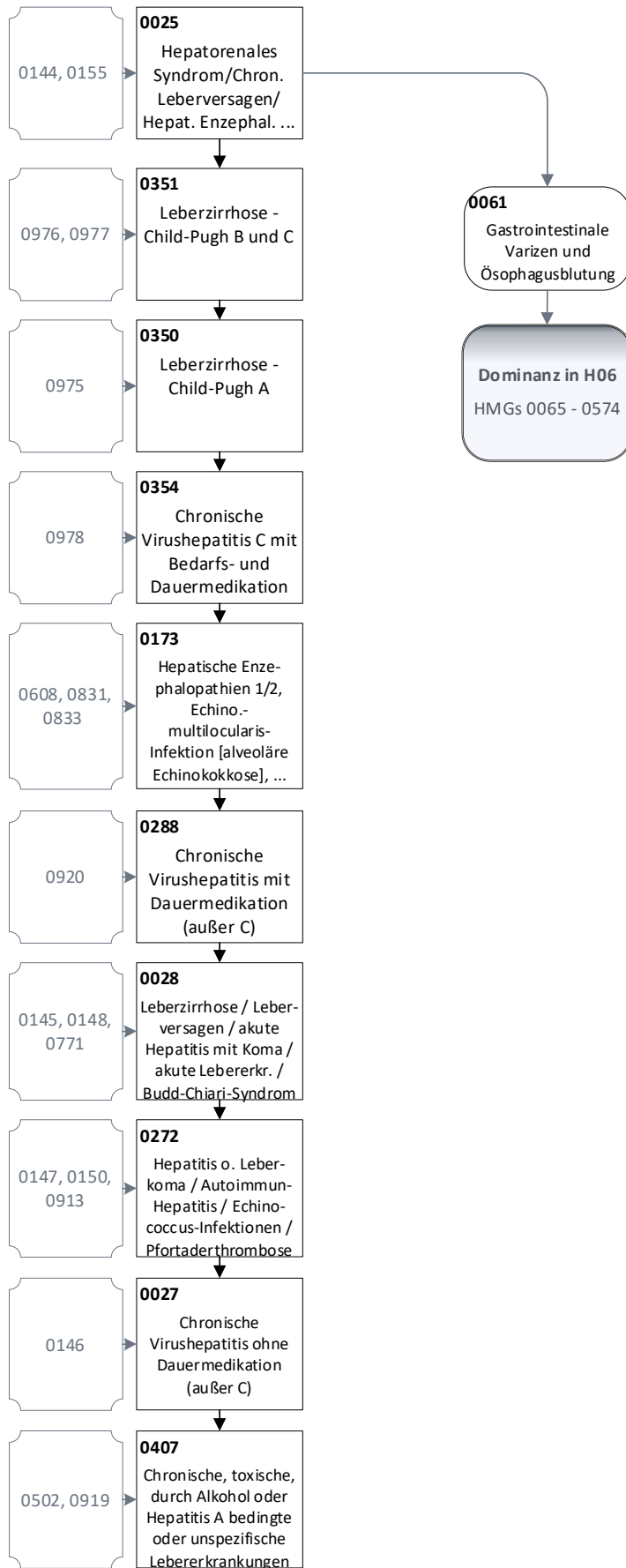
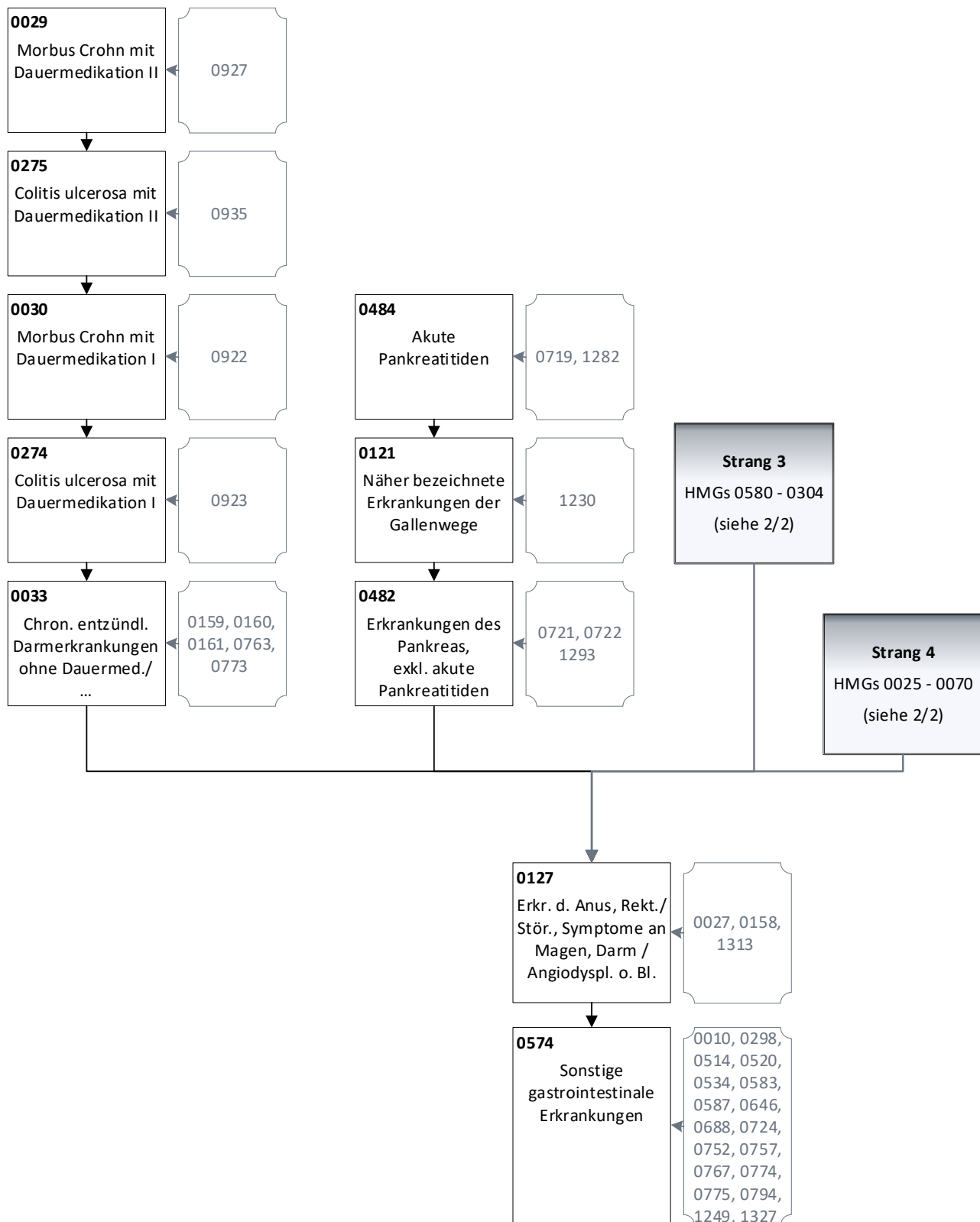


Abbildung A.3.10: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



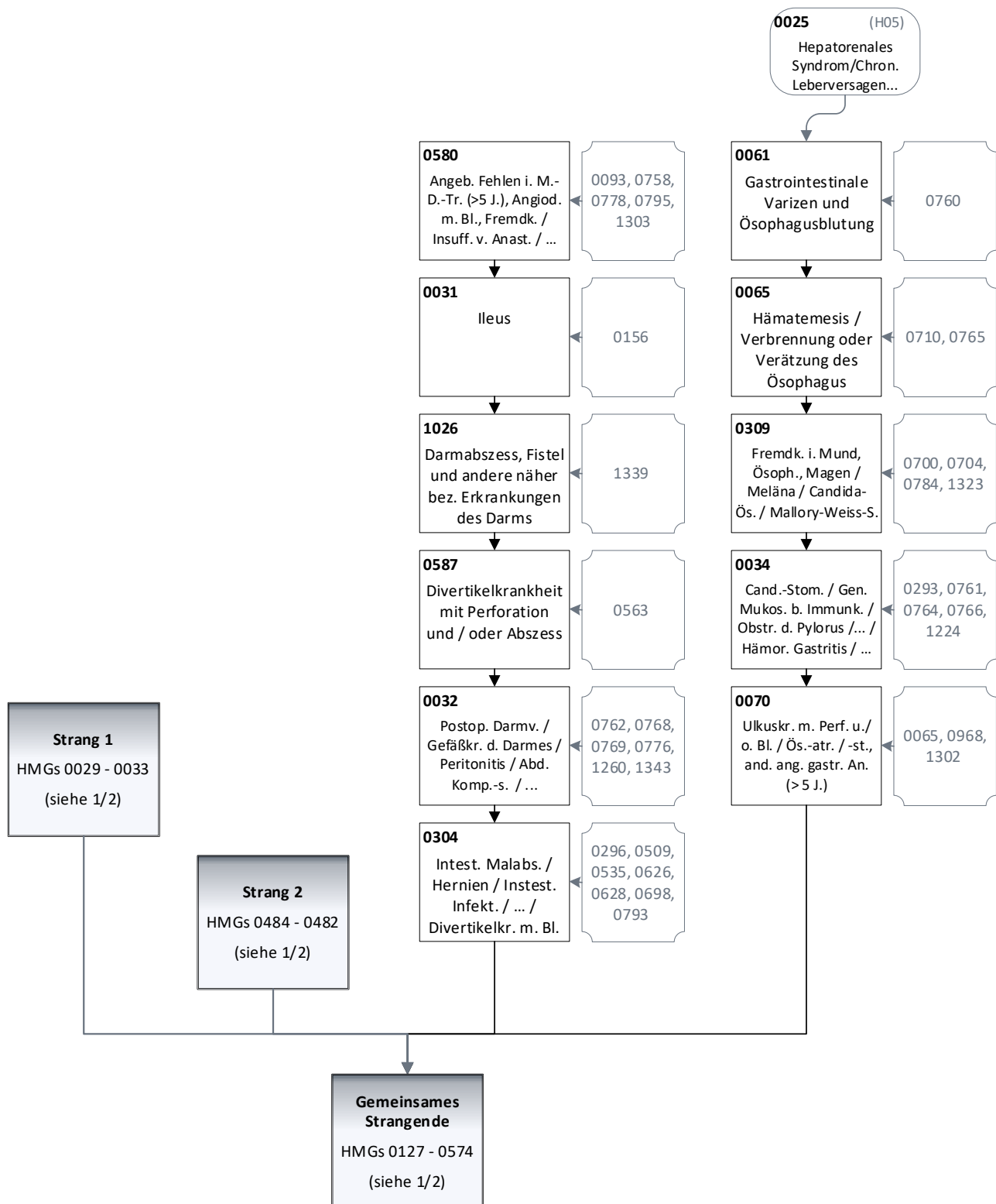
Quelle: BAS

Abbildung A.3.11: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



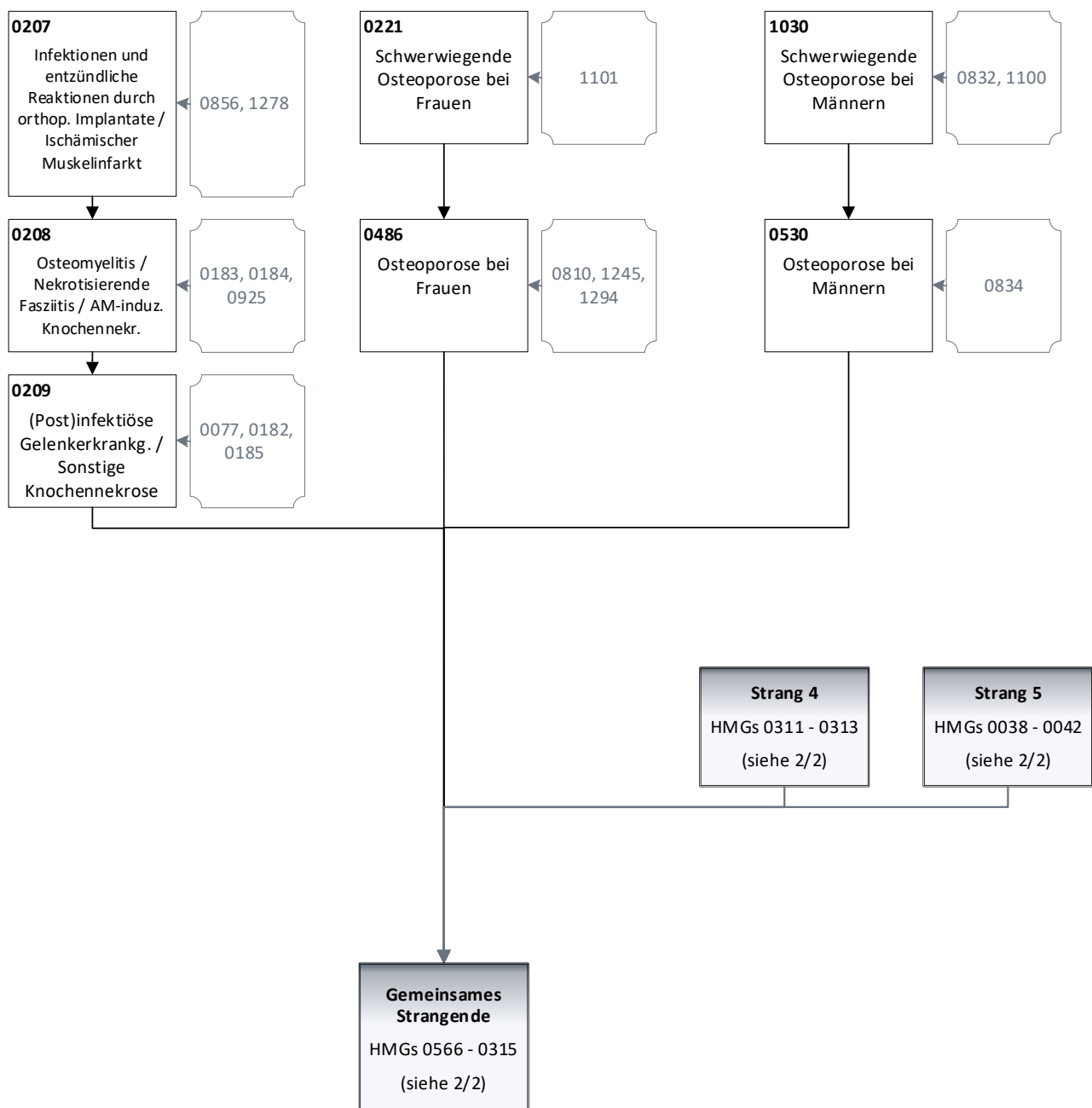
Quelle: BAS

Abbildung A.3.12: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.13: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.14: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)

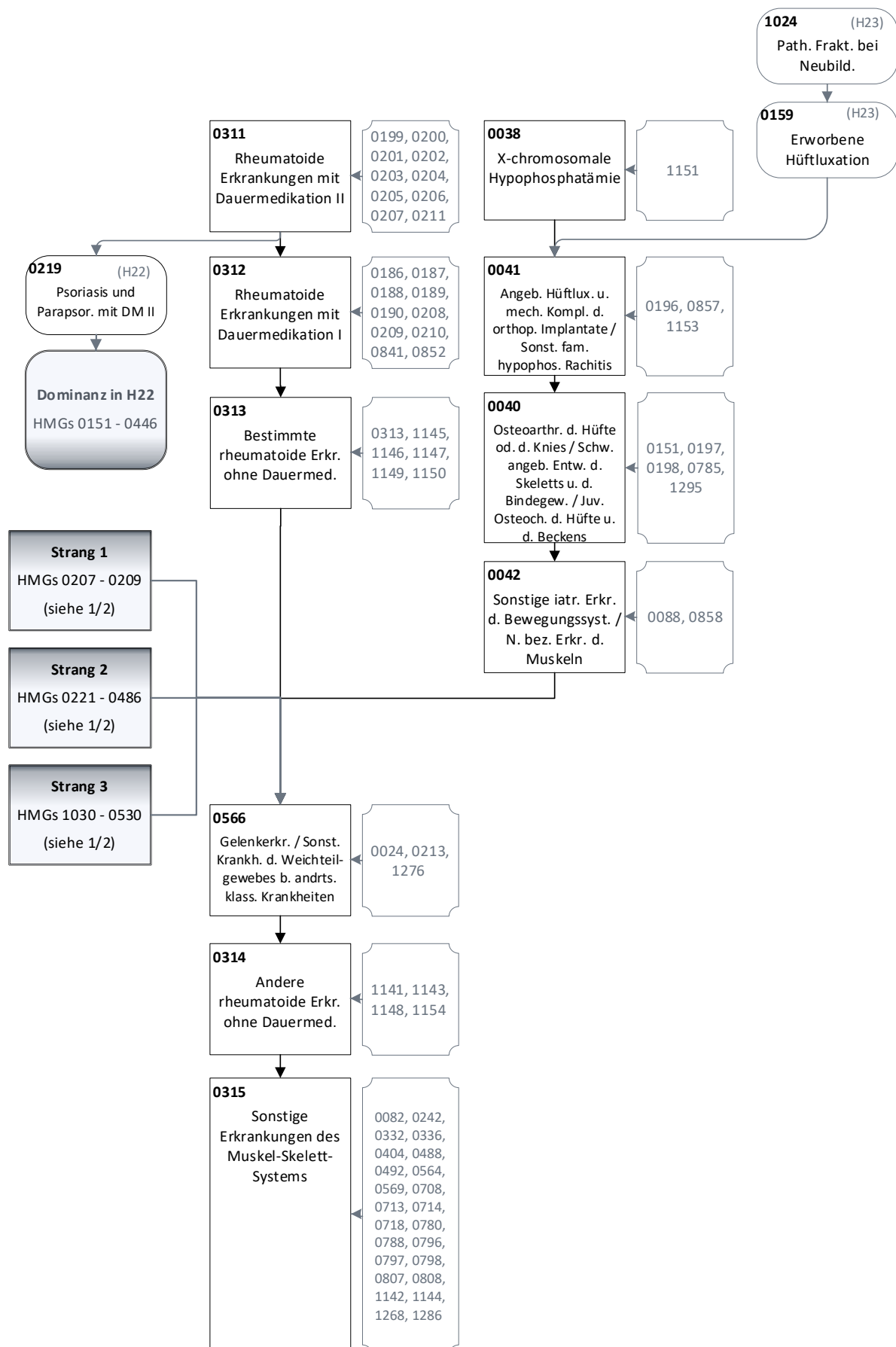
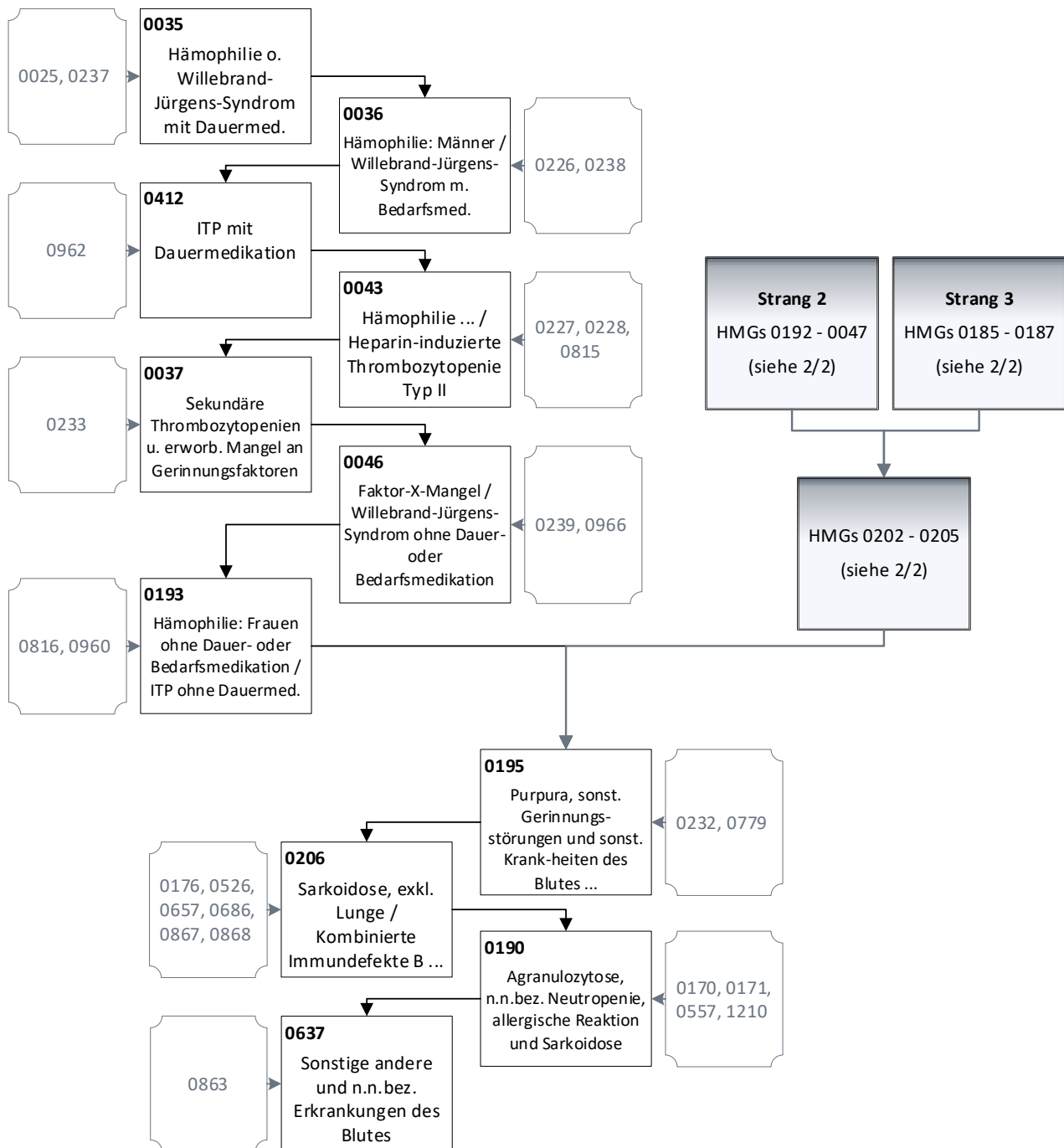
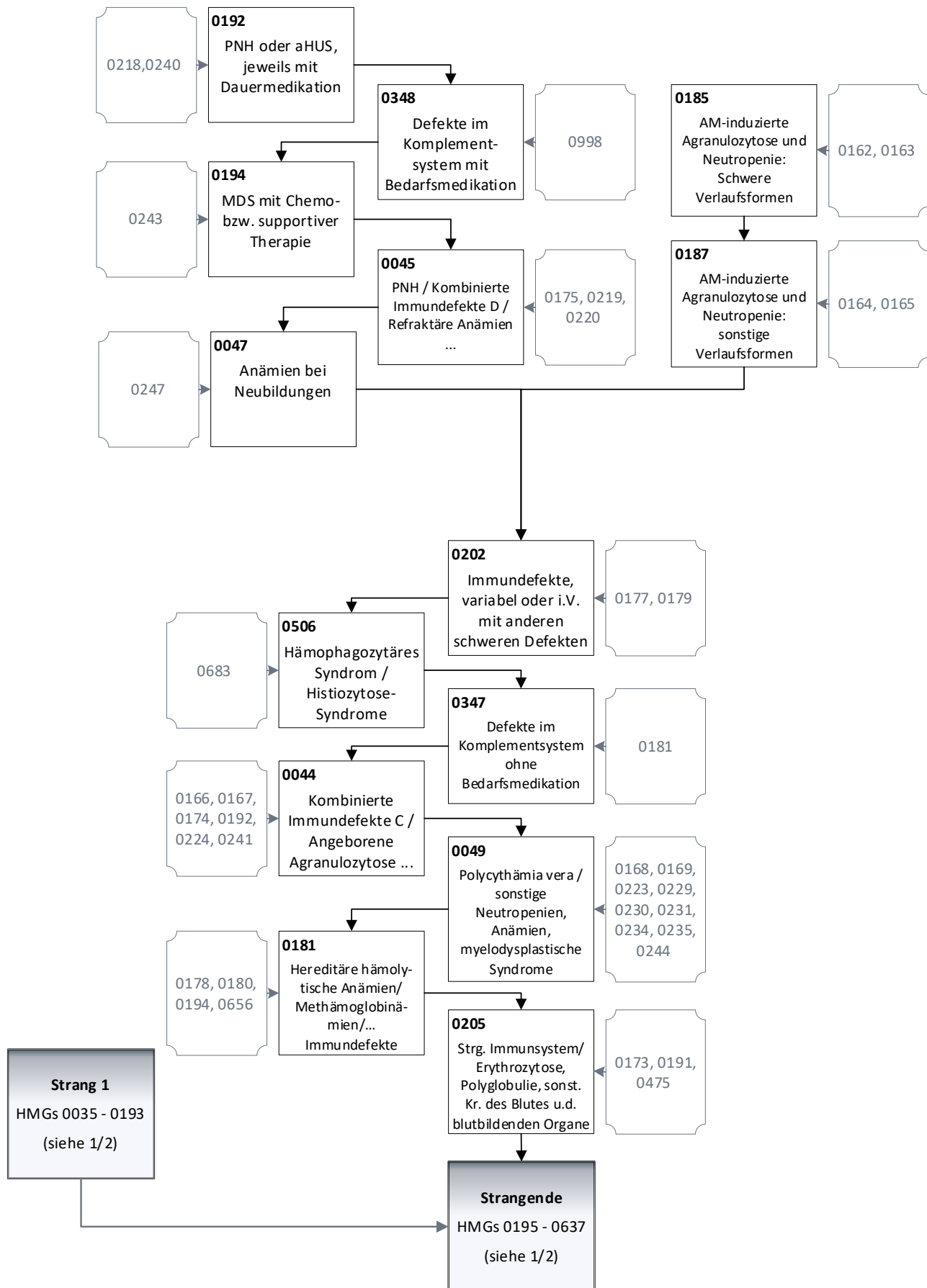


Abbildung A.3.15: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.16: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.17: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)

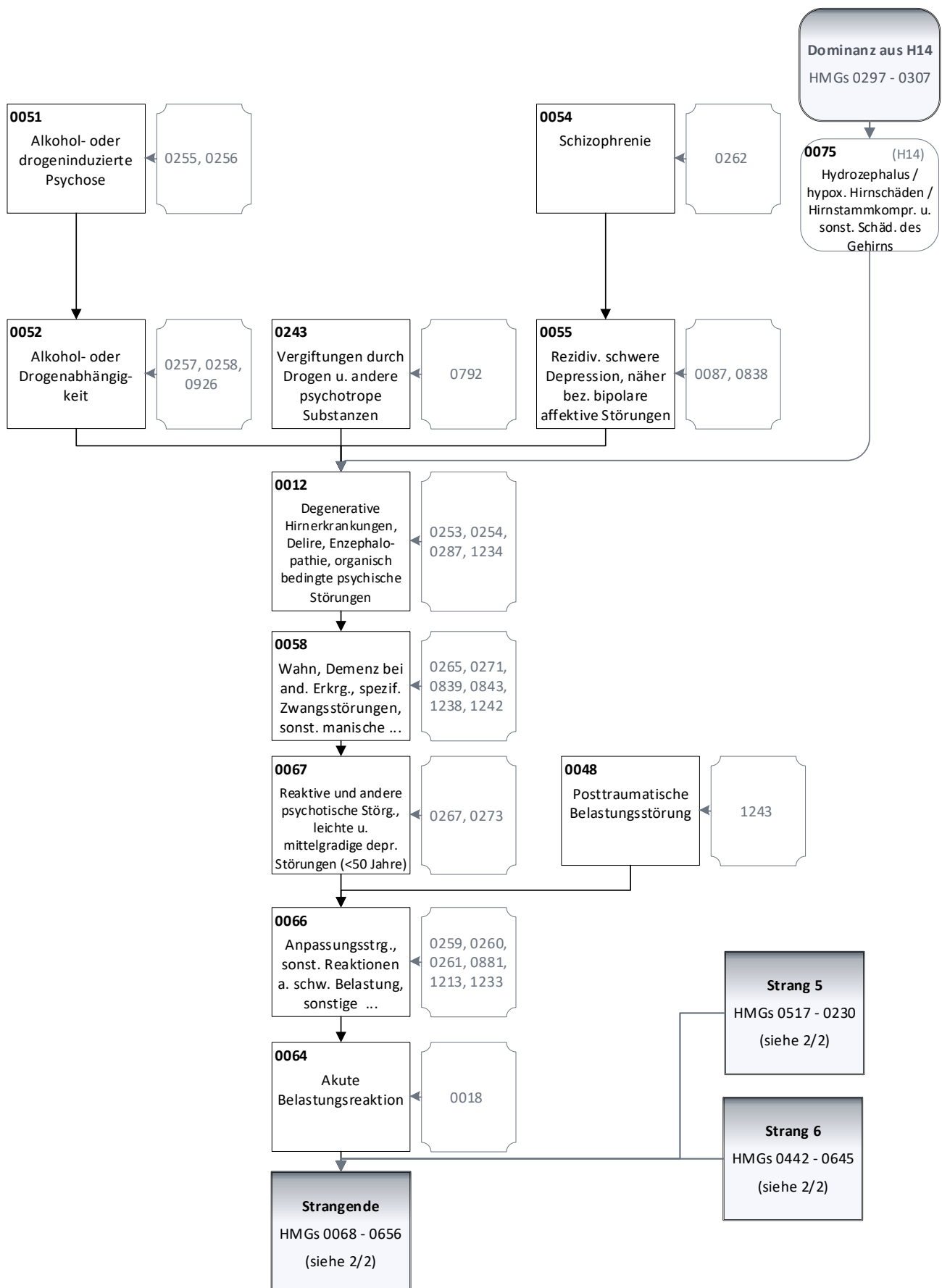
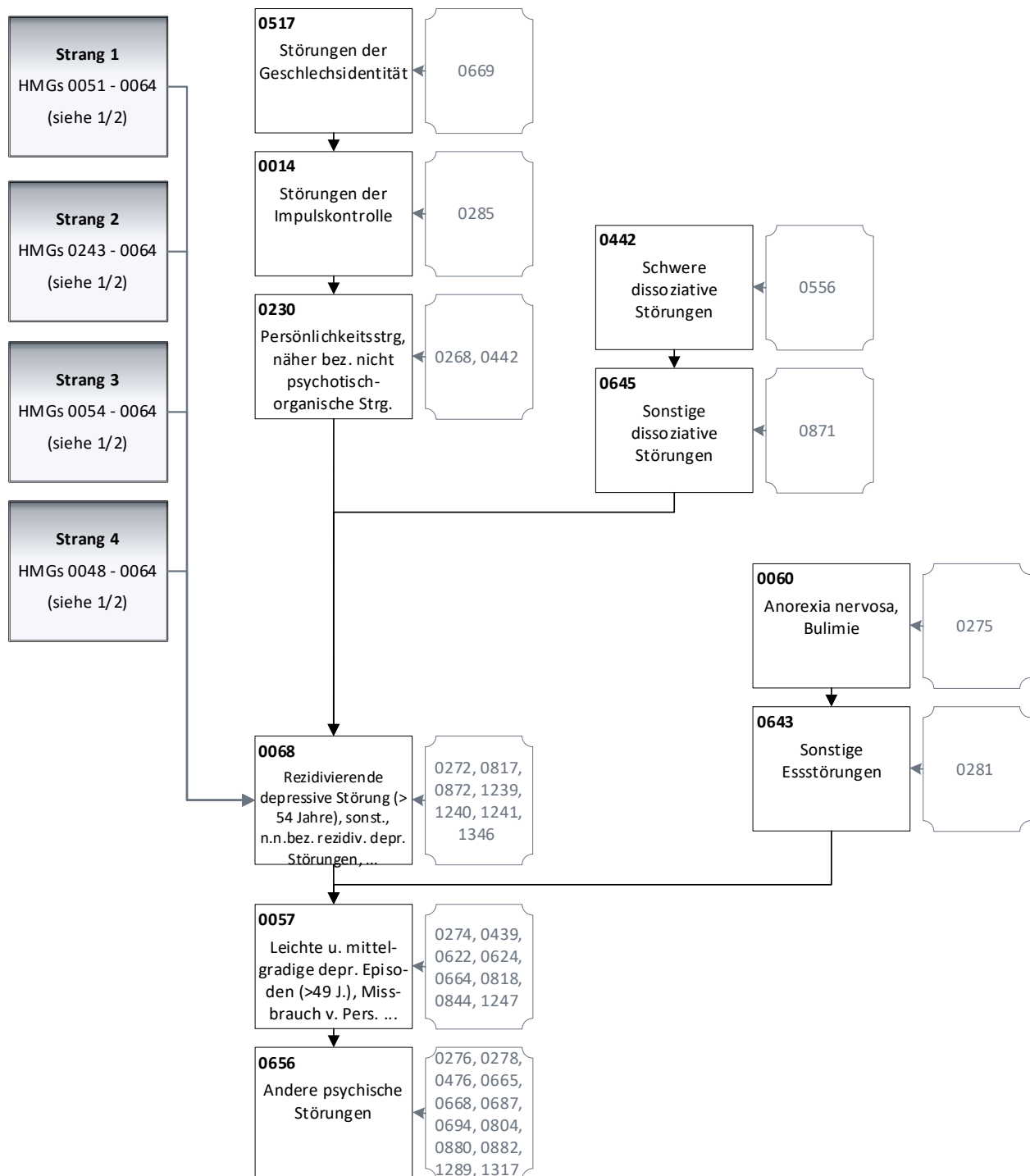
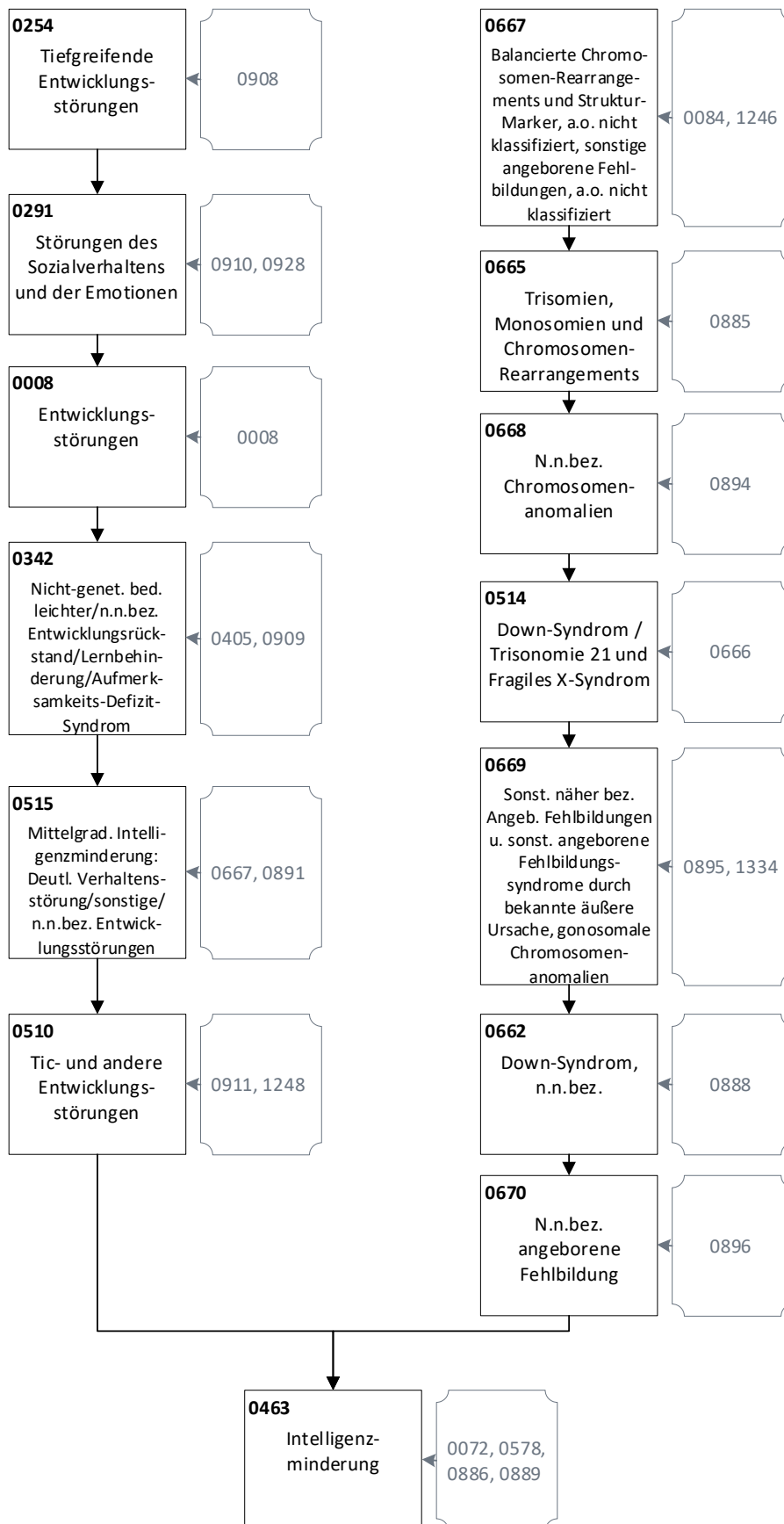


Abbildung A.3.18: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



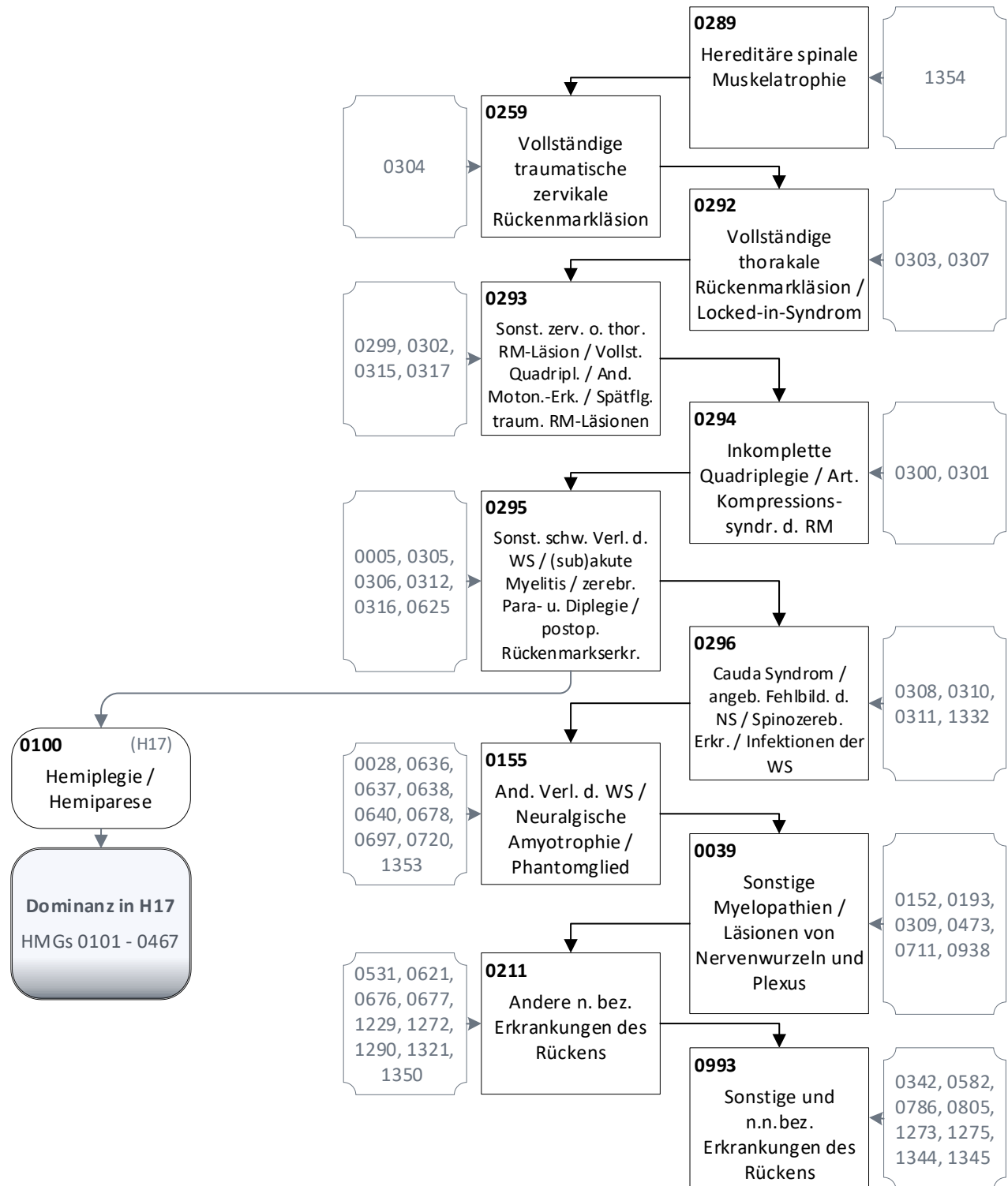
Quelle: BAS

Abbildung A.3.19: Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



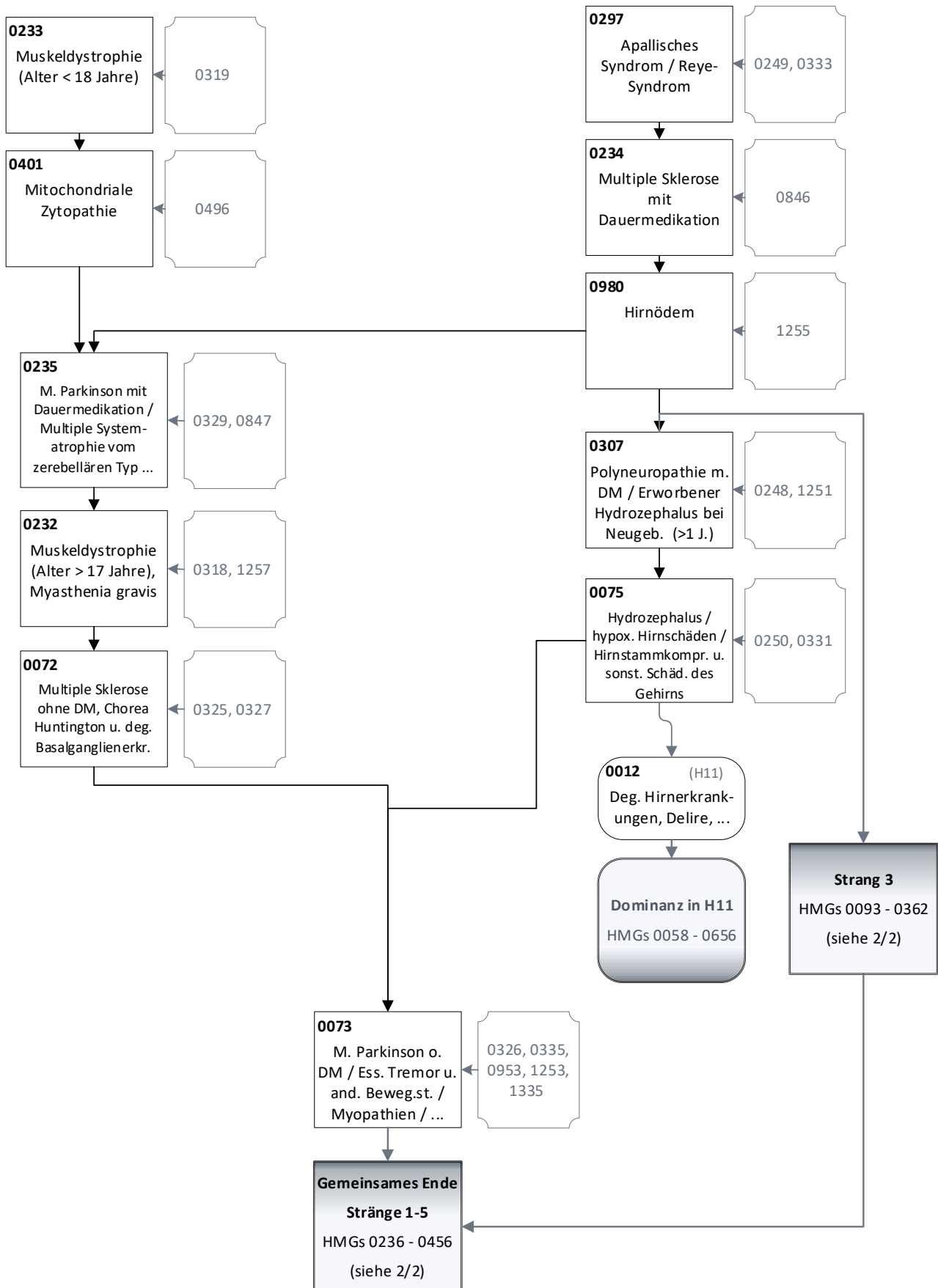
Quelle: BAS

Abbildung A.3.20: Hierarchie 13 „Erkrankungen des Rückenmarks“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



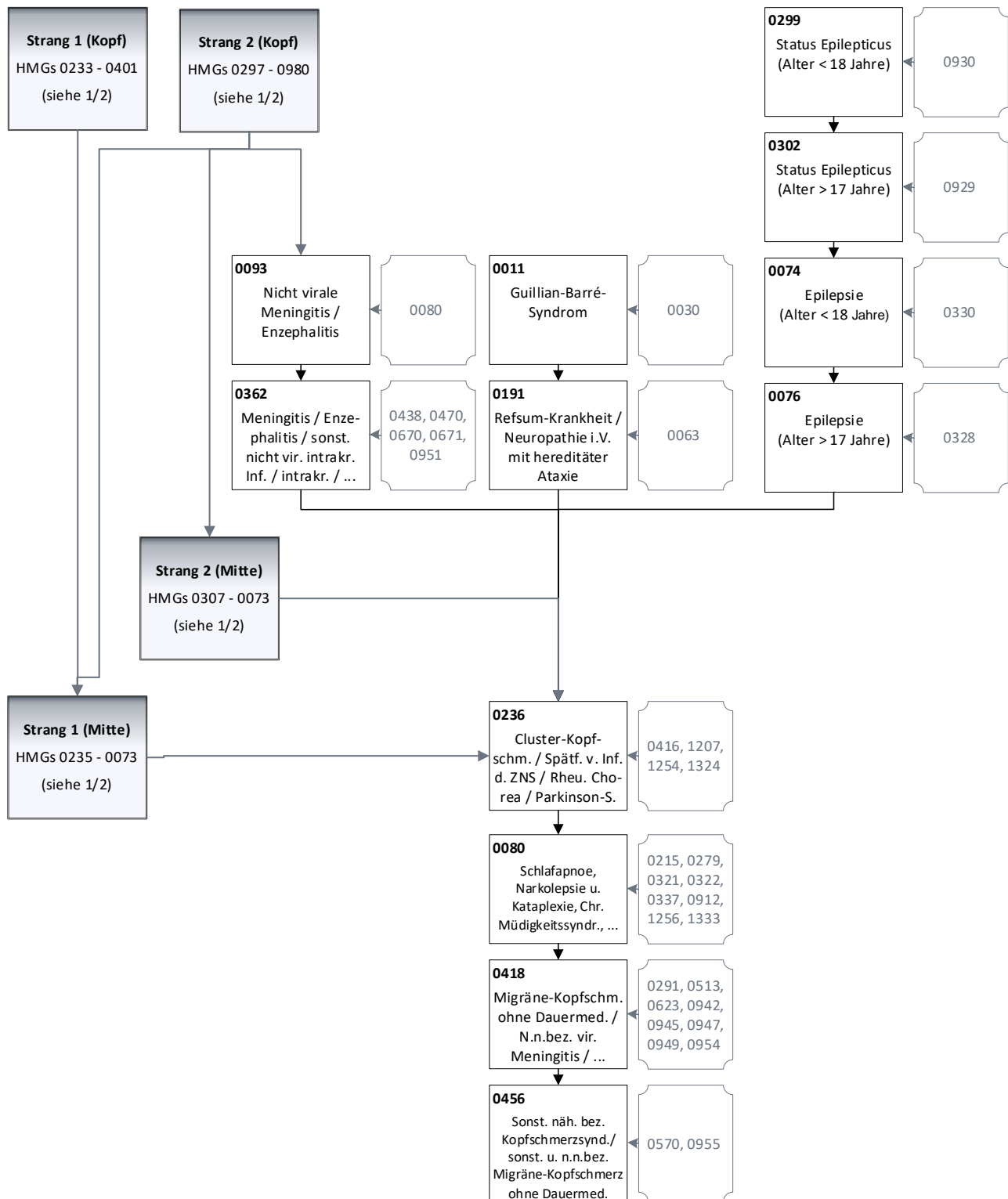
Quelle: BAS

Abbildung A.3.21: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



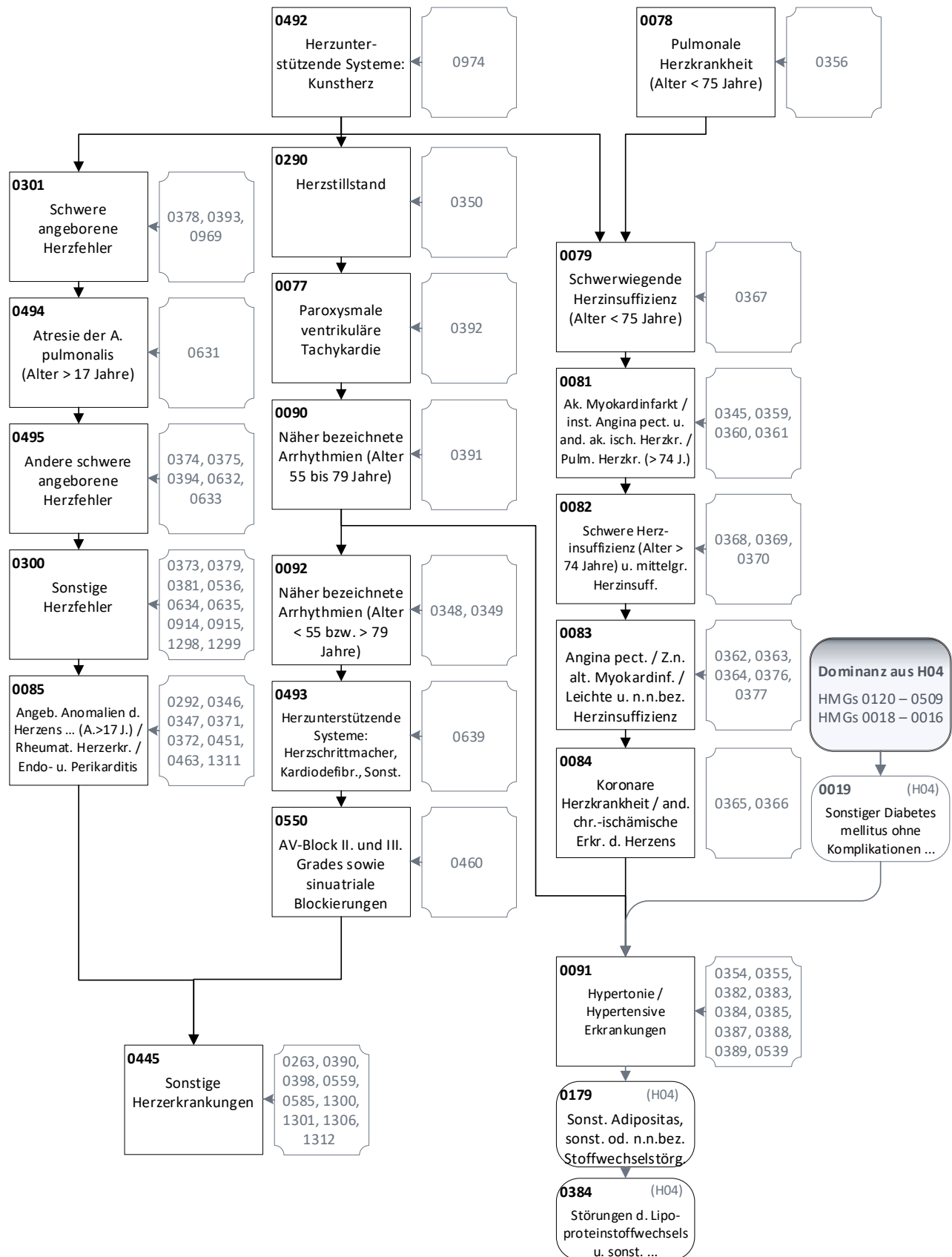
Quelle: BAS

Abbildung A.3.22: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



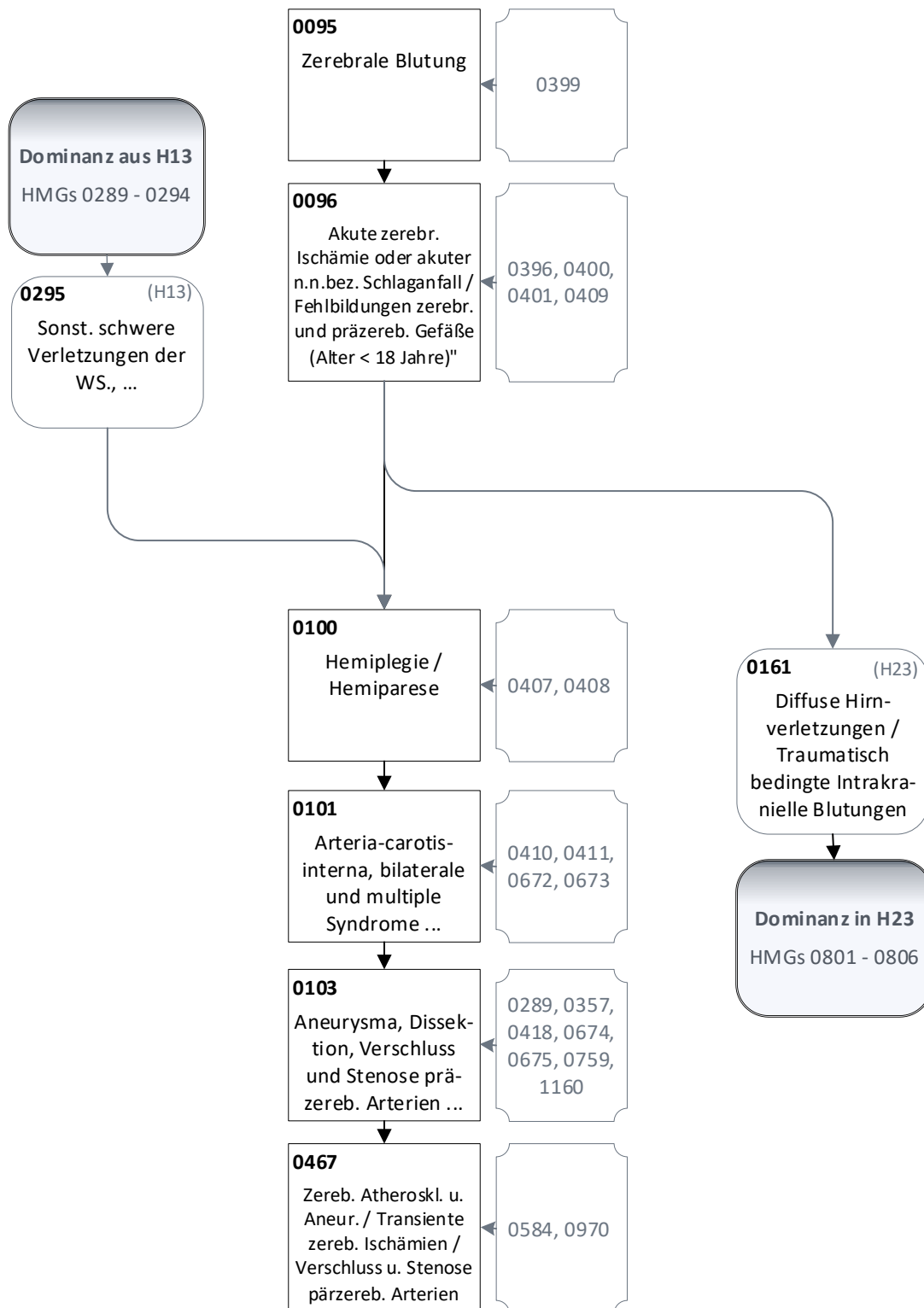
Quelle: BAS

Abbildung A.3.23: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



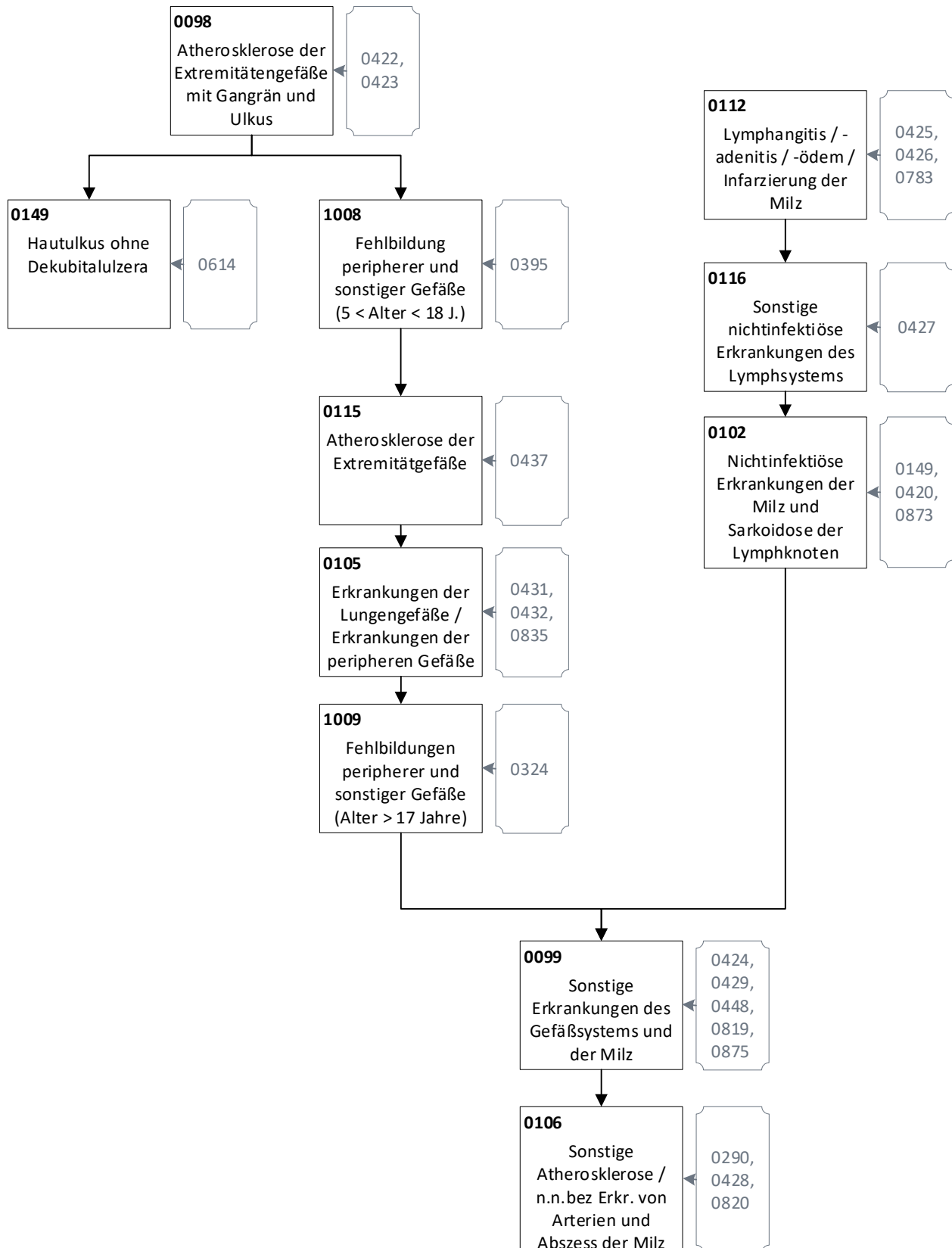
Quelle: BAS

Abbildung A.3.24: Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



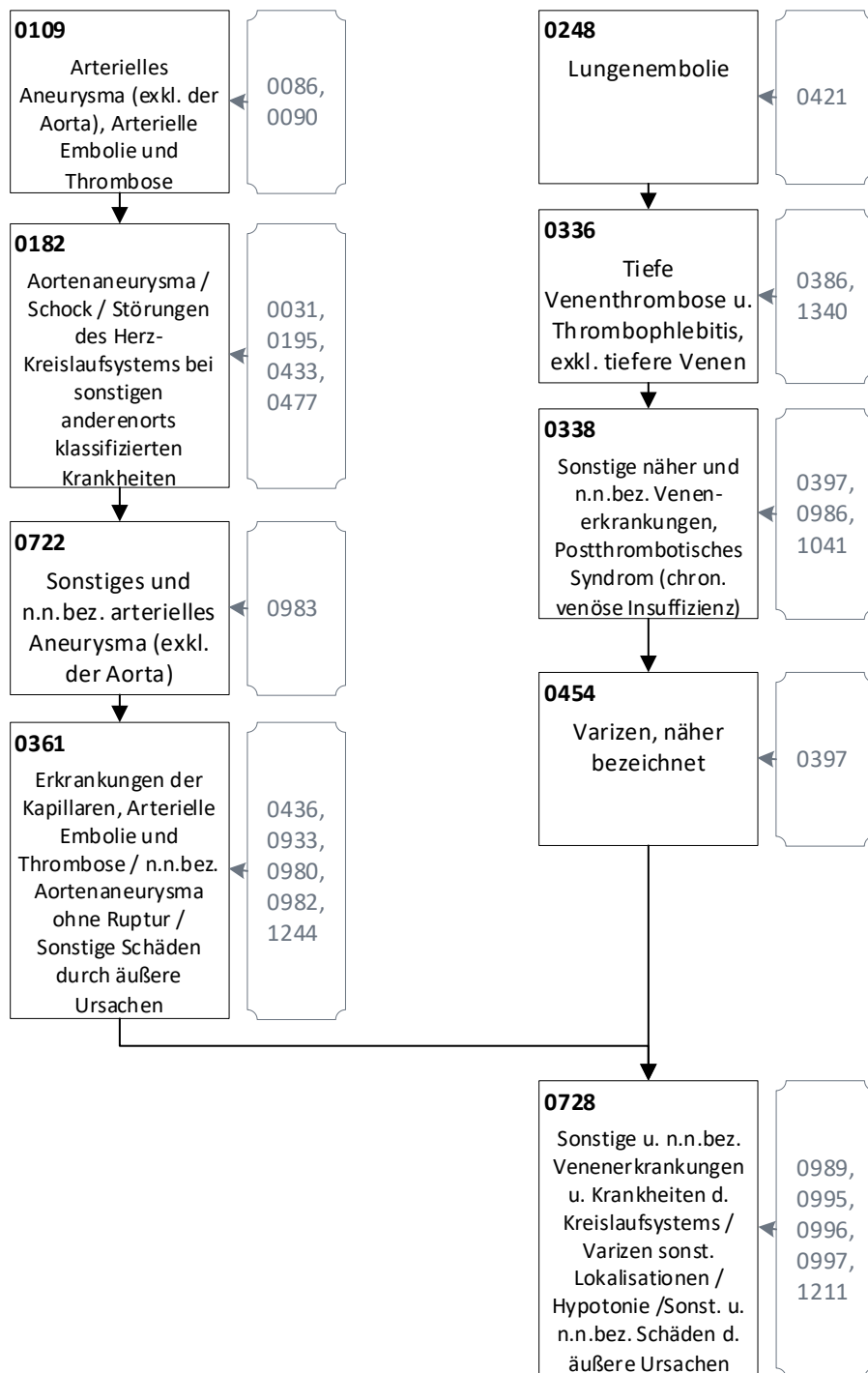
Quelle: BAS

Abbildung A.3.25: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



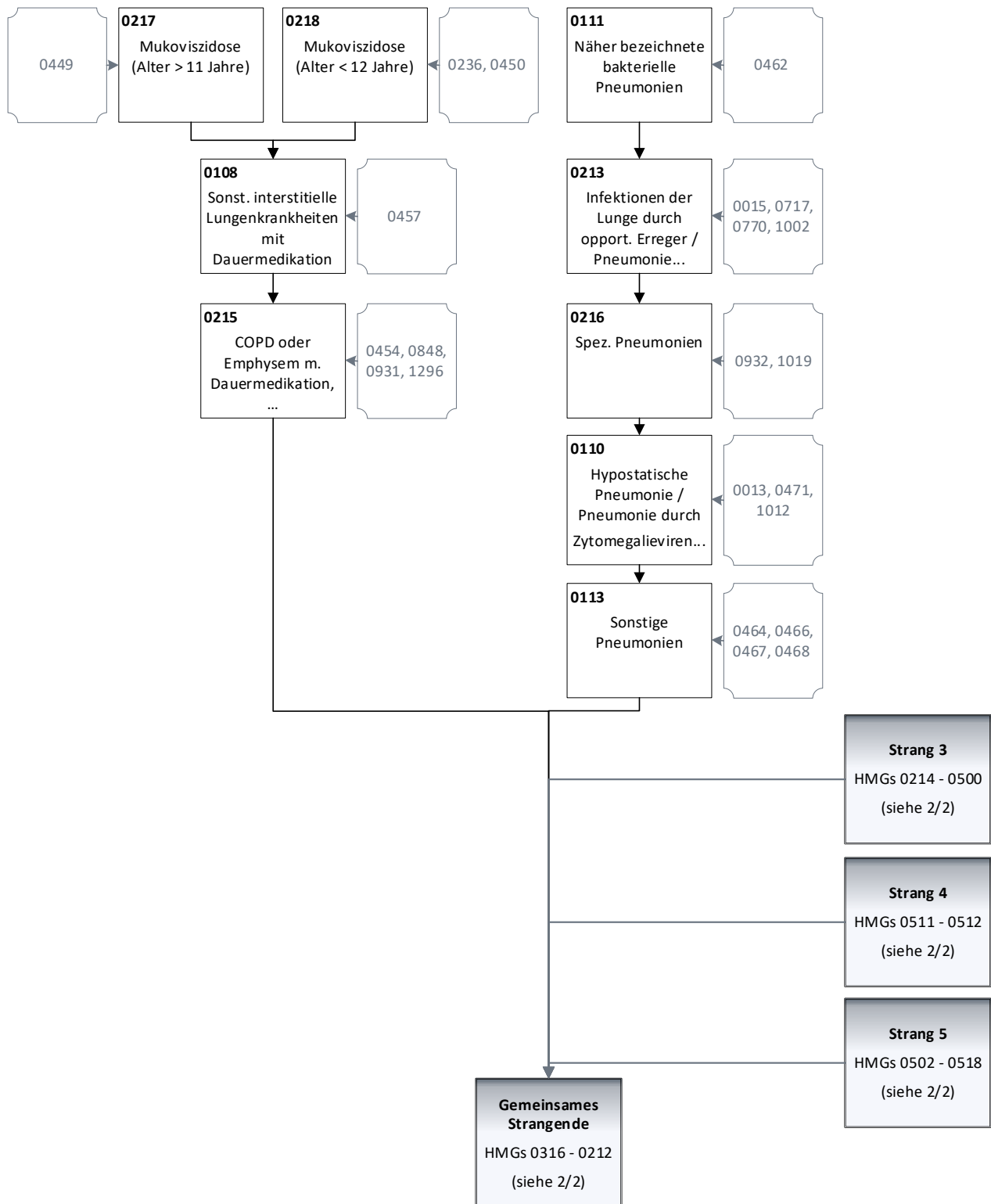
Quelle: BAS

Abbildung A.3.26: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



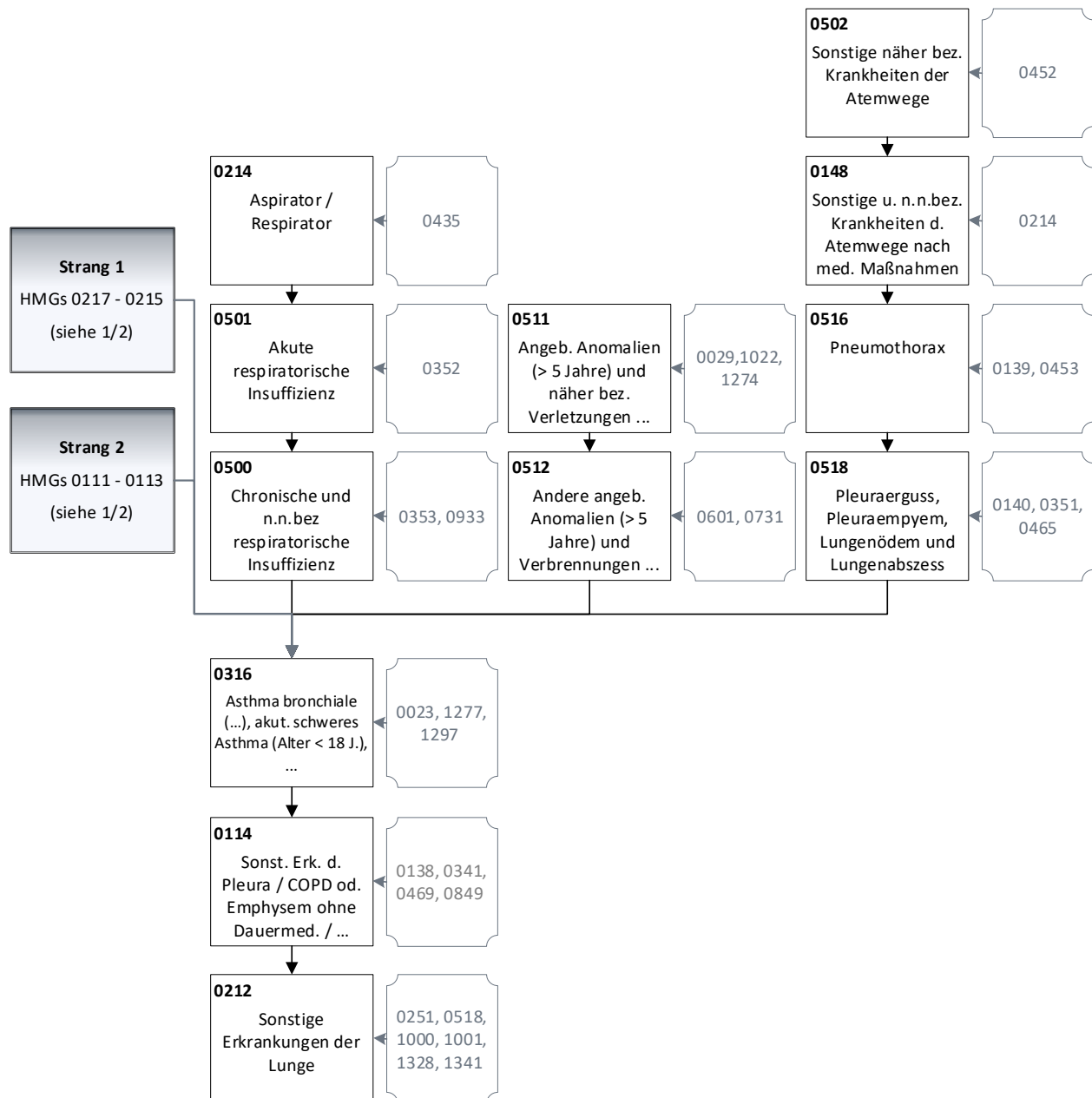
Quelle: BAS

Abbildung A.3.27: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.28: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.29: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)

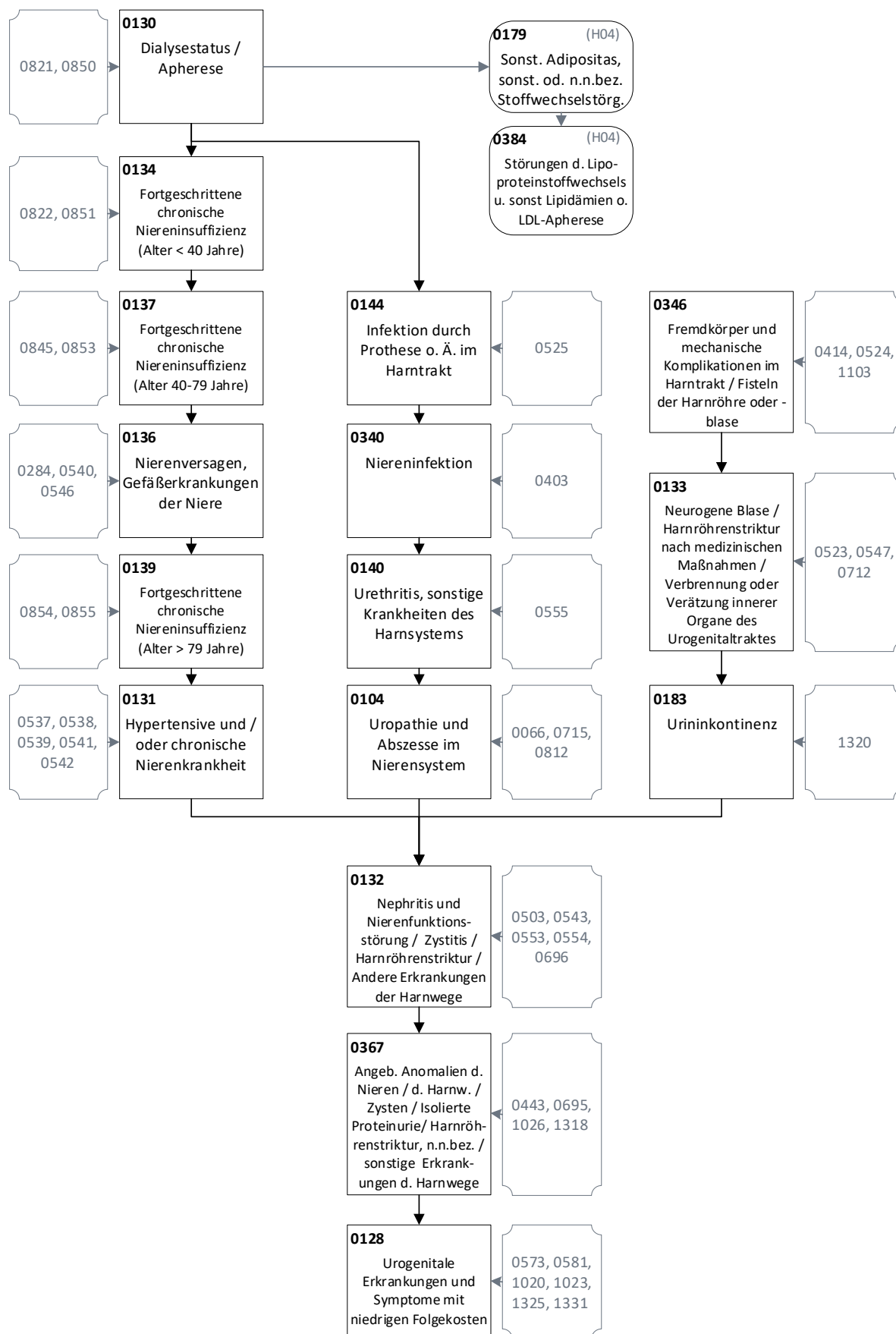
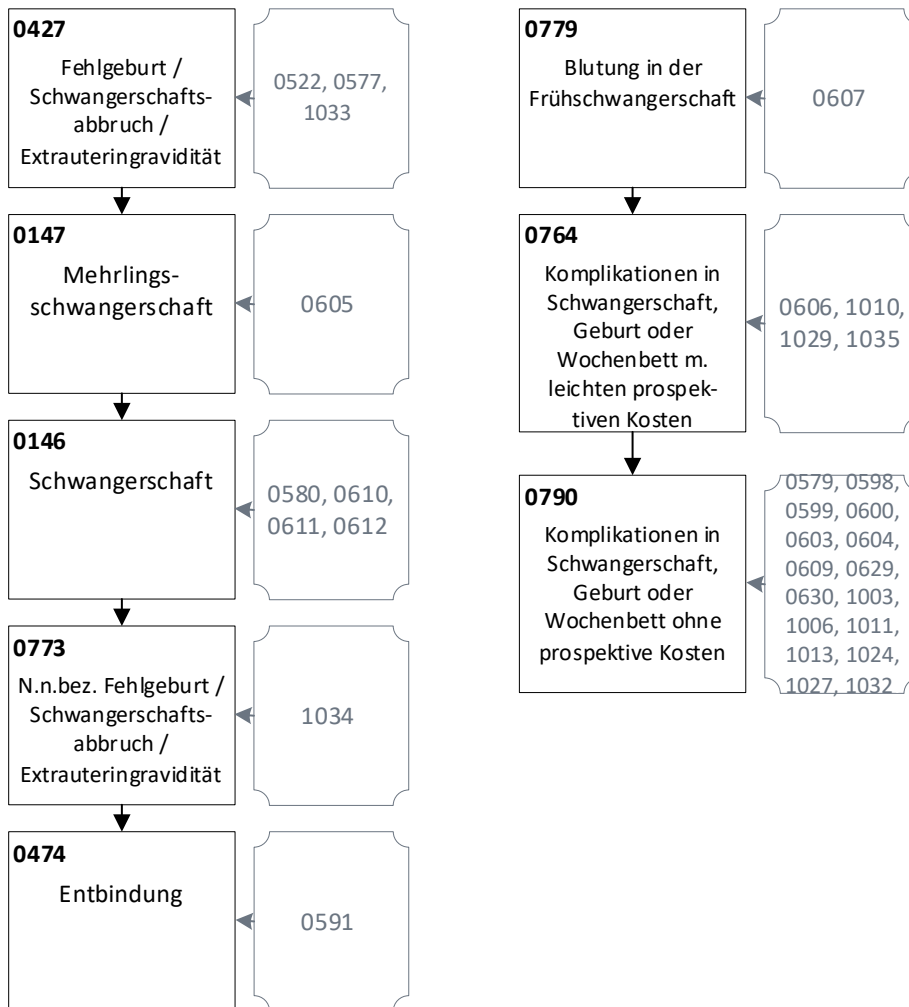
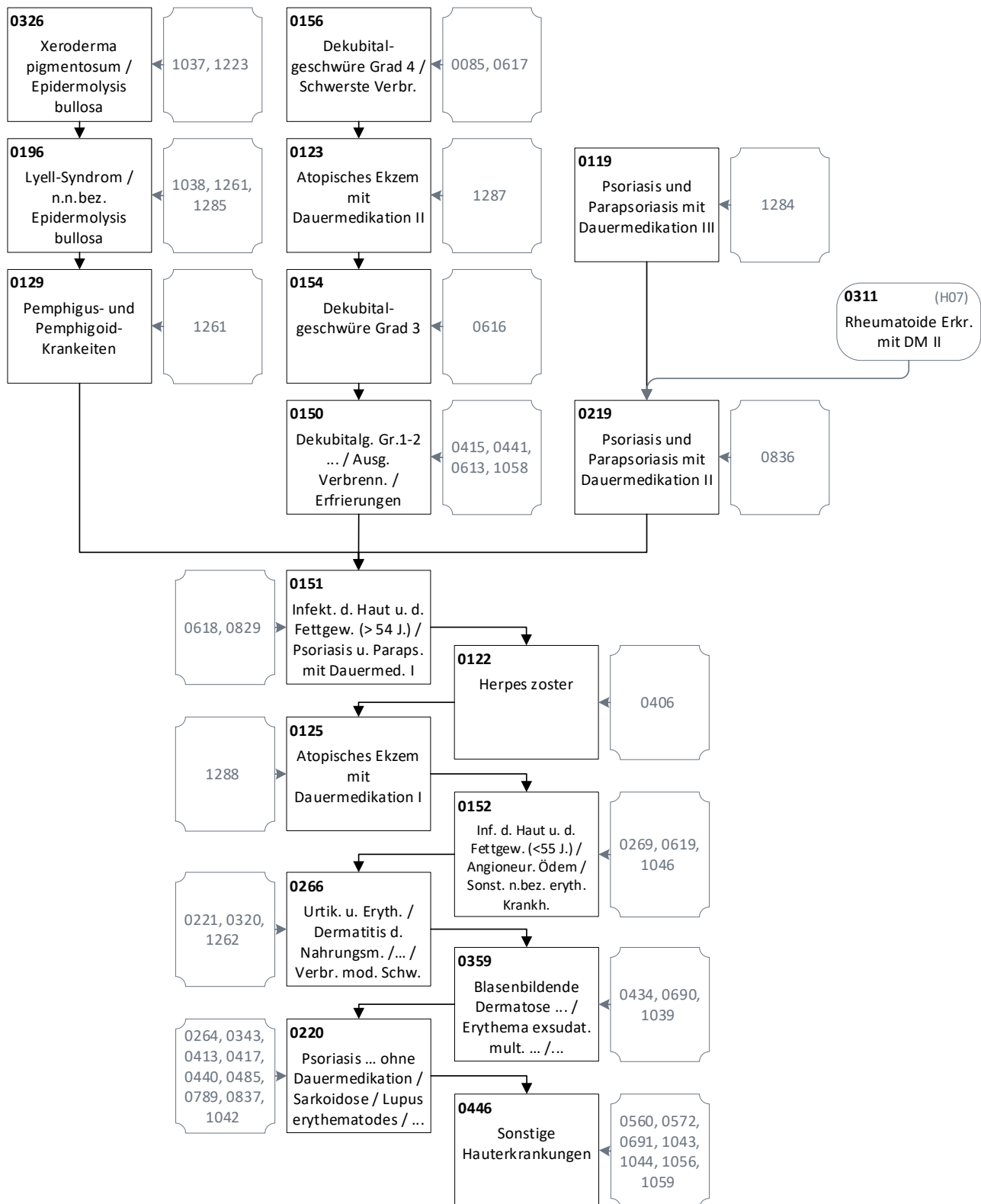


Abbildung A.3.30: Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



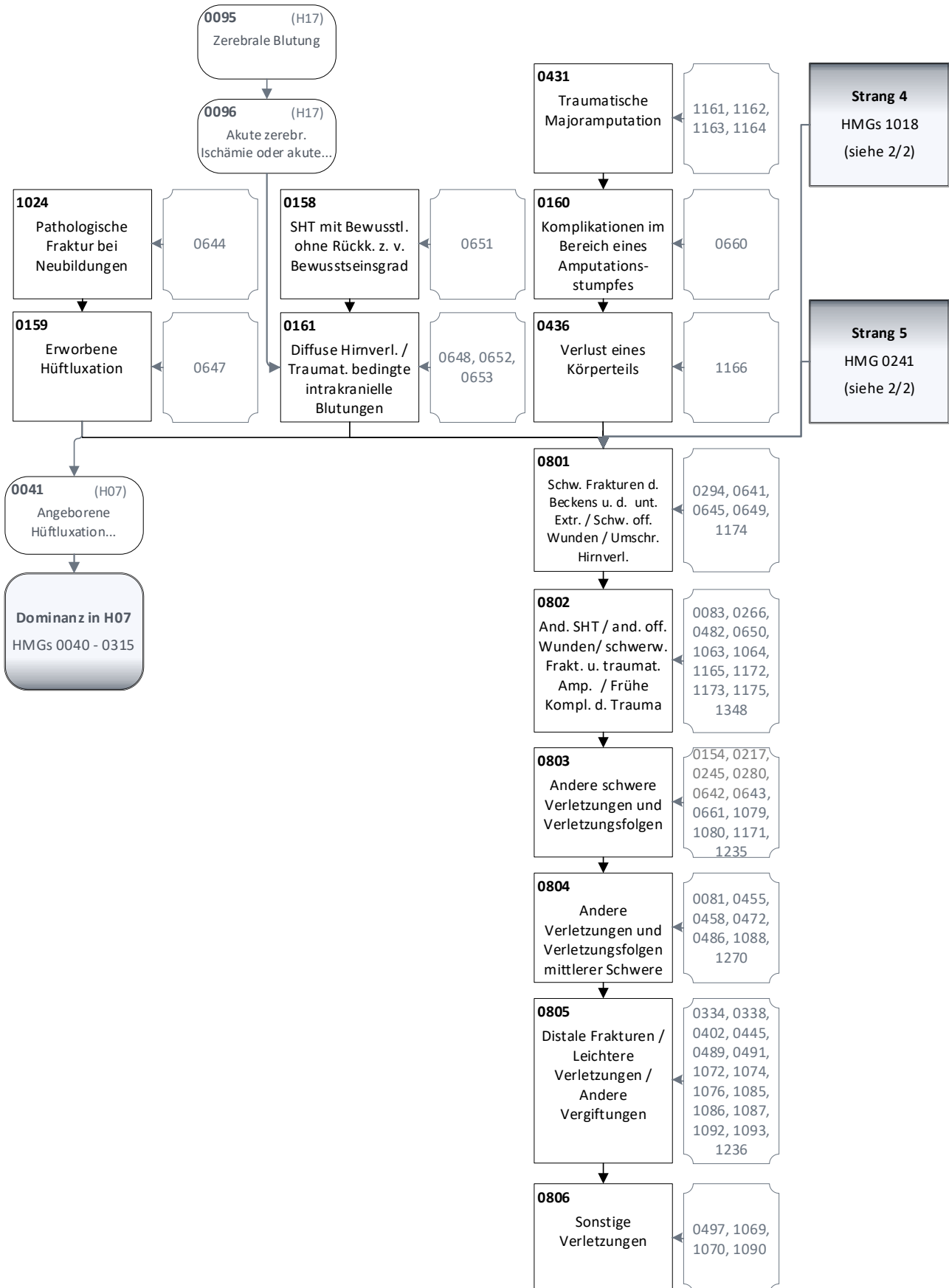
Quelle: BAS

Abbildung A.3.31: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



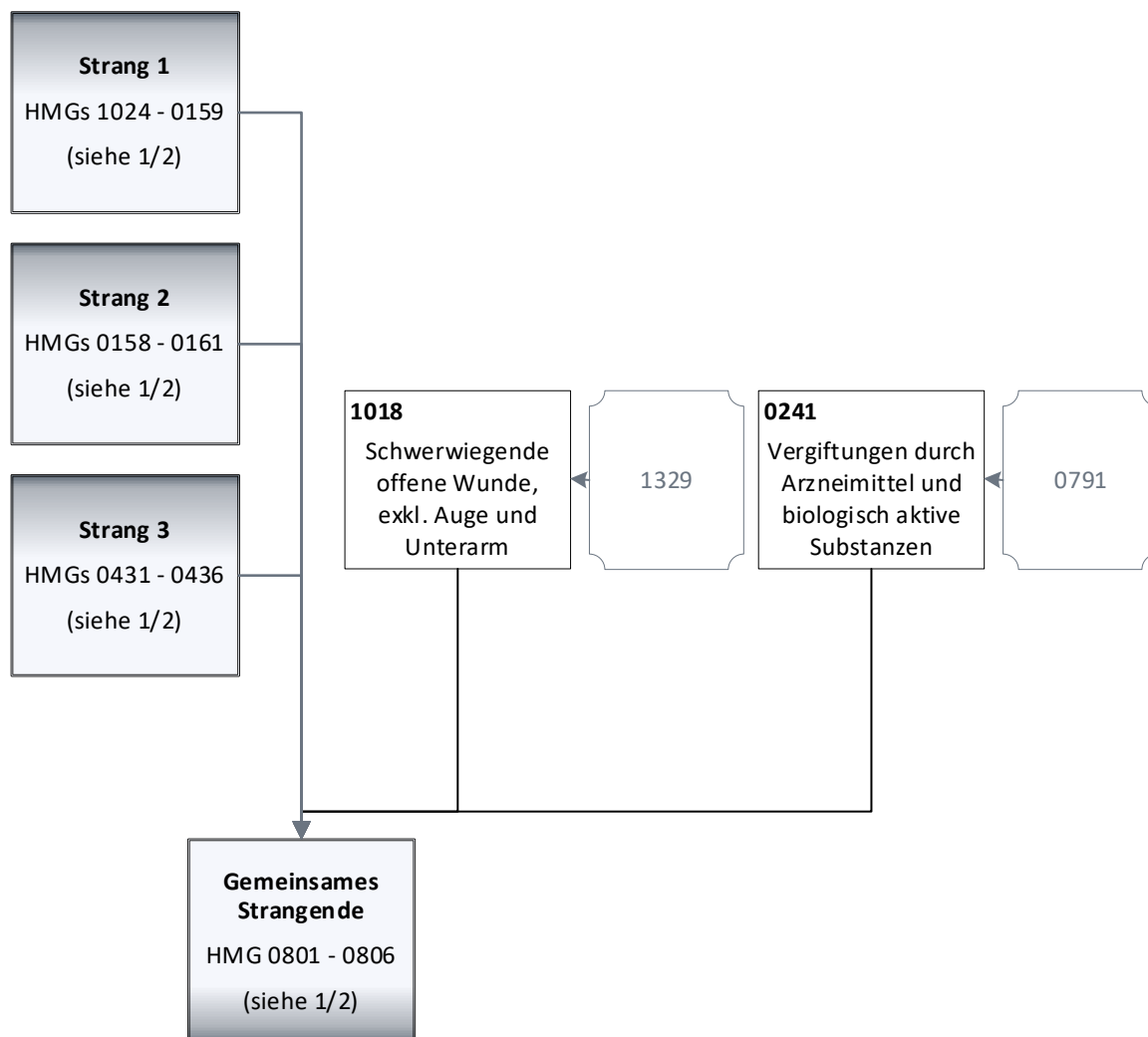
Quelle: BAS

Abbildung A.3.32: Hierarchie 23 „Verletzungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/2)



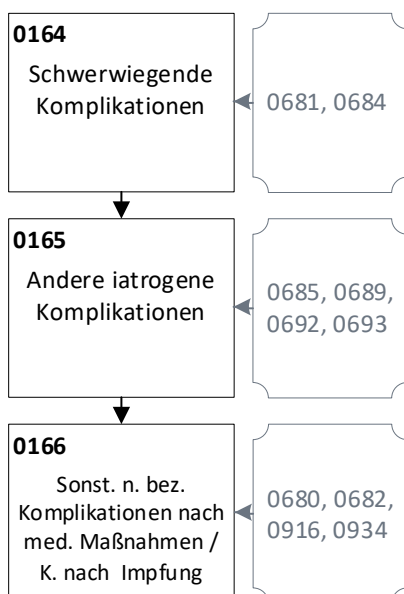
Quelle: BAS

Abbildung A.3.33: Hierarchie 23 „Verletzungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (2/2)



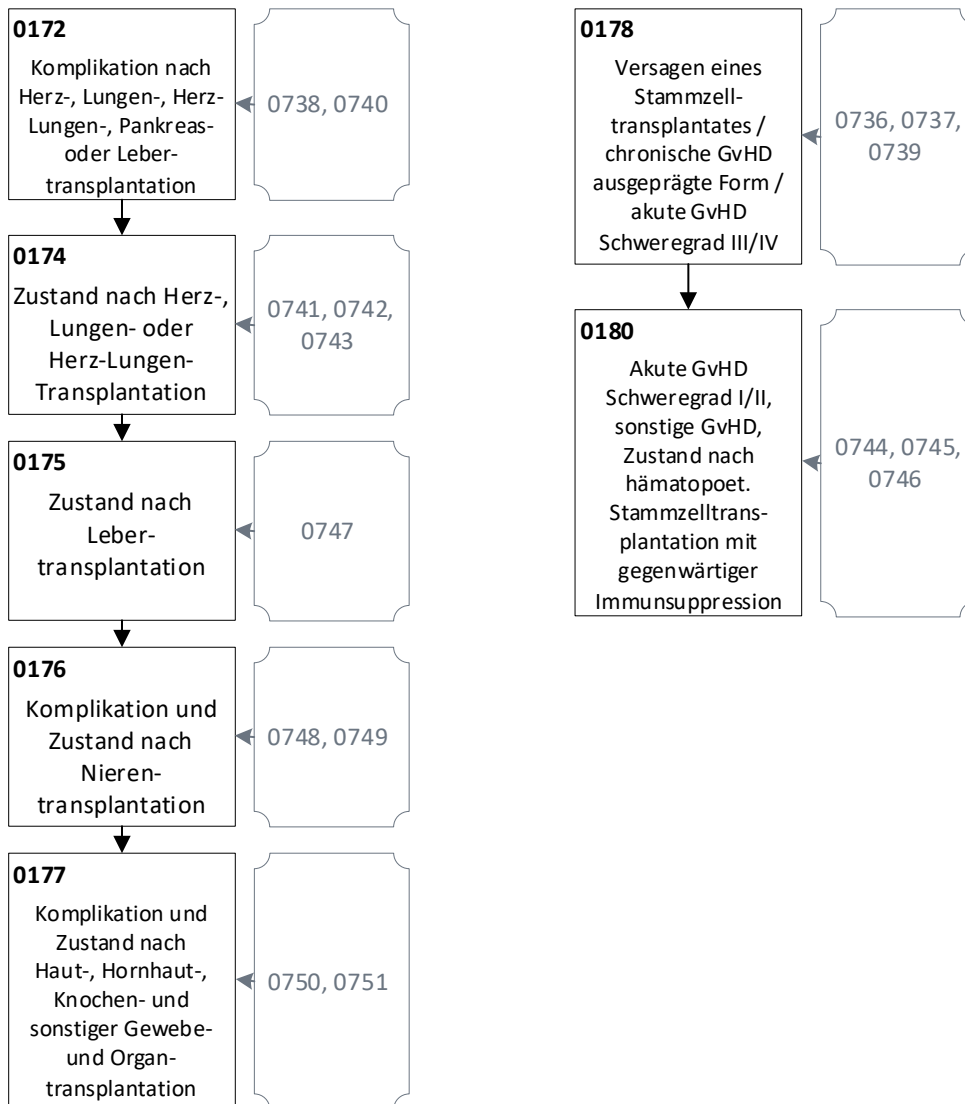
Quelle: BAS

Abbildung A.3.34: Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



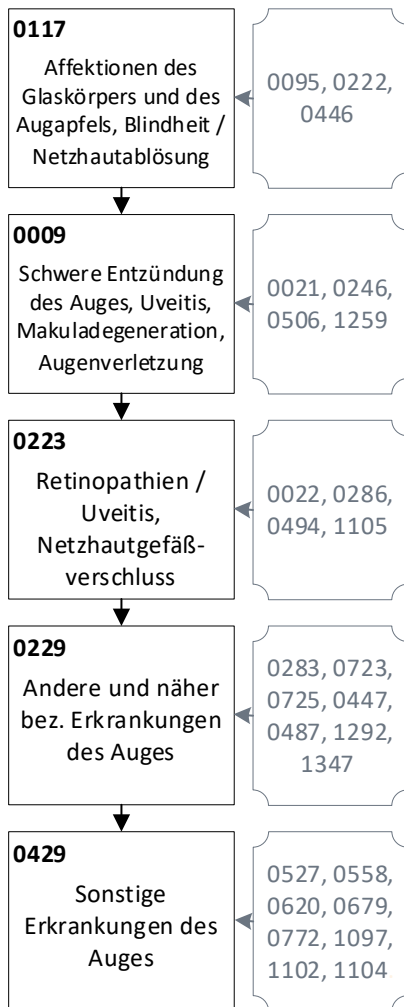
Quelle: BAS

Abbildung A.3.35: Hierarchie 25 „Transplantationen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.36: Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.37: Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)

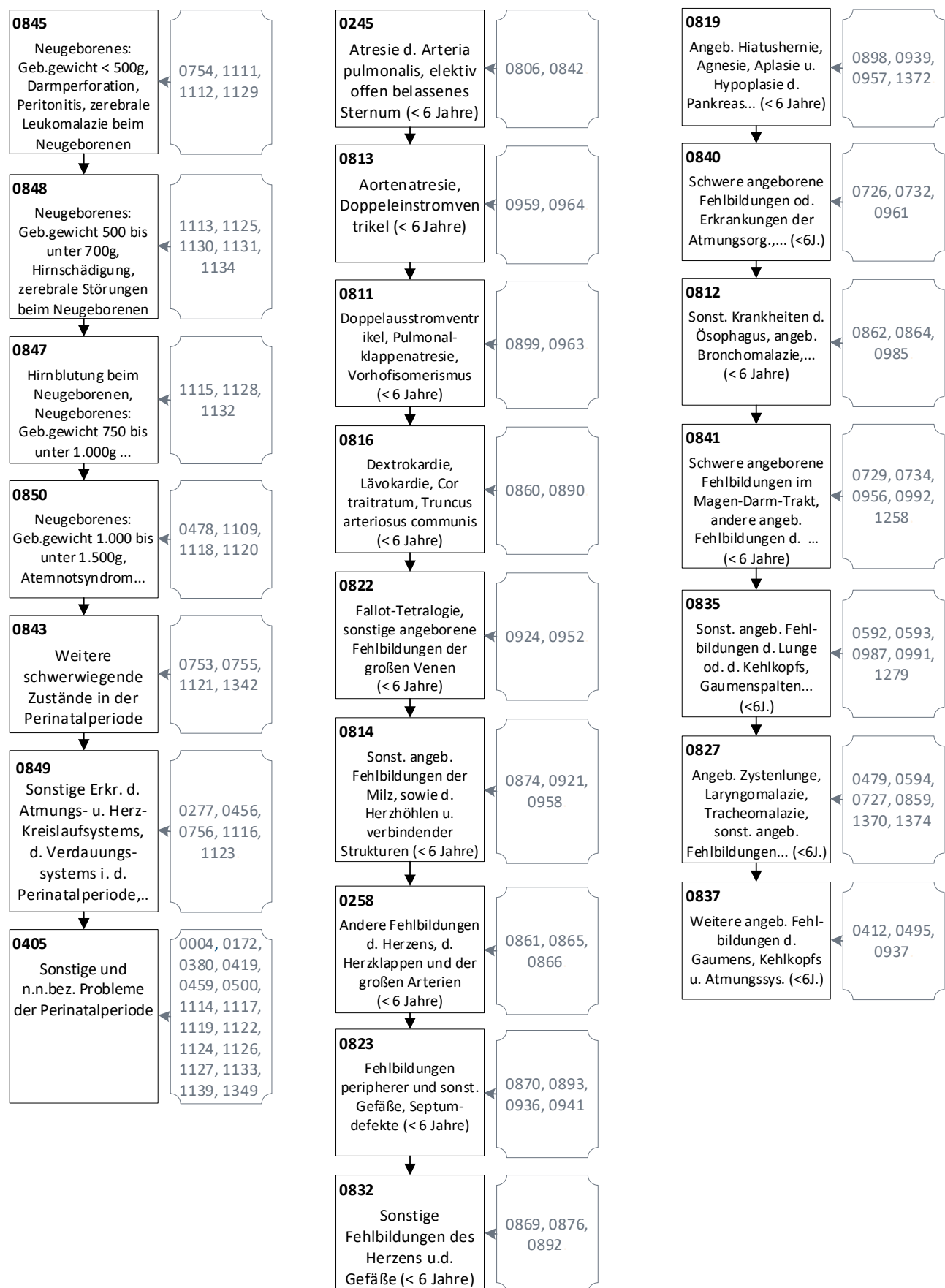
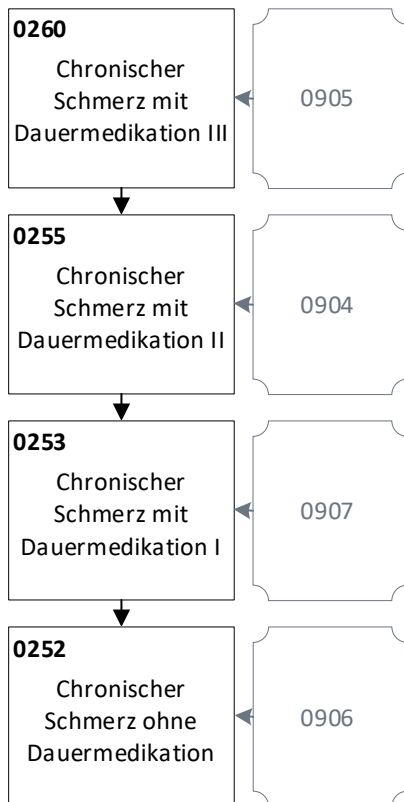
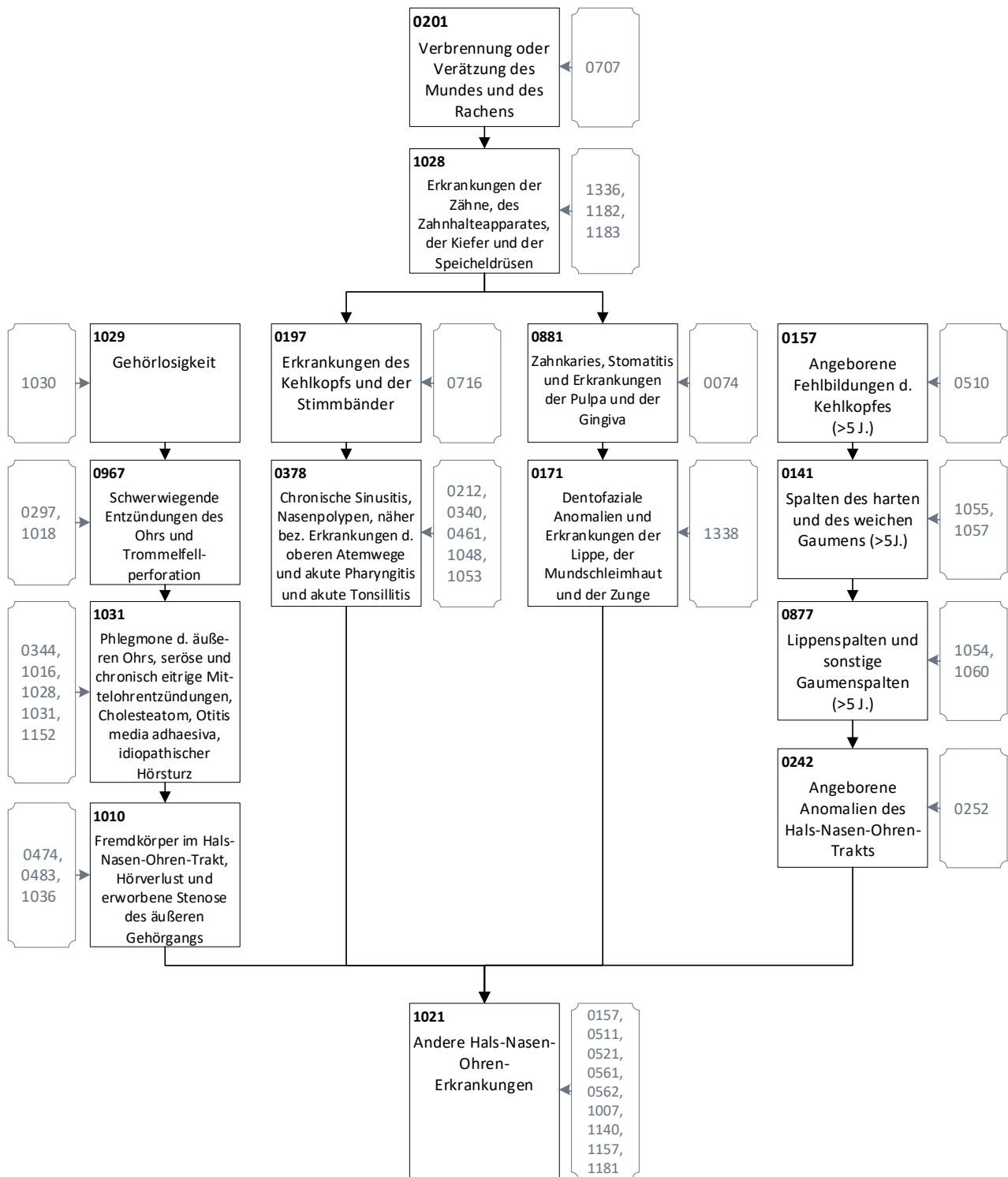


Abbildung A.3.38: Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



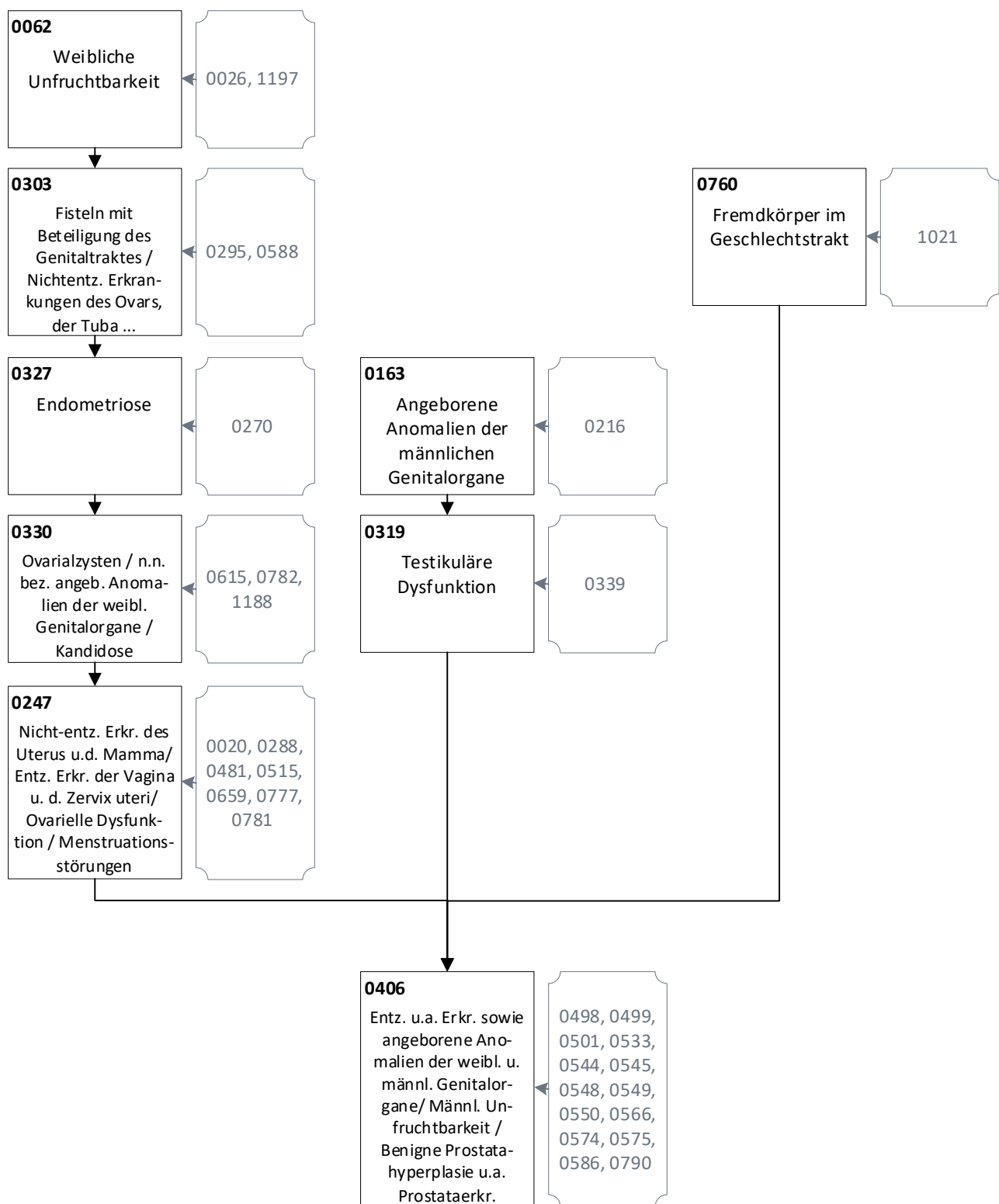
Quelle: BAS

Abbildung A.3.39: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.40: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ gemäß Festlegung für das AJ 2023 (1/1)



Quelle: BAS