

21.08.2015 i.d.F. vom 03.09.2015

Mit Schreiben vom 10.07.2015 hat das Bundesversicherungsamt um Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2016 gebeten. Zu den vom Bundesversicherungsamt beabsichtigten Anpassungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung.

I Zusammenfassende Bewertung der geplanten Anpassungen für das Klassifikationsmodell 2016

Effizienz des Vorschlagsverfahrens verbessern

Nach der Aussetzung des Vorschlagsverfahrens im letzten Jahr hat das BVA für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells 2016 den GKV-SV um eine Liste mit konsentierten Vorschlägen seiner Mitgliedskassen gebeten. Der Fokus der Vorschläge sollte dabei auf Anpassungen infolge der umfangreichen Änderungen der Auswahlkrankheiten und der umfassend geänderten Krankheitsabgrenzung liegen. Wenngleich die vom GKV-SV erstellte Vorschlagsliste eine umfassende und sinnvoll gegliederte Übersicht über die Akzeptanz der in der GKV existierenden Anpassungsbedarfe darstellt, stimmen wir mit dem BVA überein, dass für eine effiziente und zielgerichtete Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells eine stärkere Priorisierung und inhaltliche Bewertung der Vorschläge seitens des GKV-SV unverzichtbar ist. Darüber hinaus sollten nur inhaltlich tragfähige und medizinisch fundierte Anpassungsvorschläge, die nicht im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben des Risikostrukturausgleichs stehen, an das BVA weitergeleitet werden.

Krankheitsauswahlturnus verlängern, aber wichtige Innovationen berücksichtigen

Die Entscheidung des BVA, aufgrund begrenzter Ressourcen die Modellüberarbeitung in diesem Anhörungszyklus auf die aus der Krankheitsauswahl resultierenden Änderungsbedarfe sowie thematisch korrespondierender Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren zu konzentrieren, ist aus Sicht des AOK-Systems vor dem Hintergrund der relativ umfangreichen Änderungen bei der Krankheitsauswahl verständlich. Gleichwohl ist für die Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens eine zeitnahe Prüfung und Umsetzung von Anpassungsbedarfen erforderlich. Dazu zählen aus AOK-Sicht insbesondere die seit mehreren Anpassungszyklen von verschiedener Seite vorgetragenen Vorschläge zu einer weitergehenden Arzneimittelschweregradifferenzierung.

Vor diesem Hintergrund begrüßt das AOK-System den Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats, durch eine Verlängerung des Auswahlturnus der Krankheitsauswahl die vorhandenen Ressourcen zukünftig stärker auf die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells auszurichten. Allerdings ist bei einem Auswahlturnus von drei Jahren zu berücksichtigen, dass kostenintensive Therapieinnovationen, insbesondere im Arzneimittelbereich (Beispiel Sofosbuvir bei Hepatitis C), innerhalb kurzer Zeit enorme Veränderungen im Kostengefüge der Krankheiten nach sich ziehen können. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass solche Sprunginnovationen innerhalb des im Morbi-RSA abgebildeten Krankheitsspektrums stattfinden. Insoweit für das Kostengeschehen in den Krankenkassen bedeutsame Therapieinnovationen in Krankheiten auftreten, die nicht Bestandteil der Krankheitsauswahl sind, müssen diese zielgenau und zeitnah berücksichtigt werden können. Ähnlich bedeutender Anpassungsbedarf entsteht ggf. außerhalb eines dreijährigen Anpassungszyklus, wenn die ICD-Klassifikation wesentlich geändert wird (z.B. Diabetes-Schweregradifferenzierung im Jahr 2009). Daher schlagen wir vor, dass der GKV-SV in den Jahren, für die bei einem dreijährigen Turnus keine Krankheitsauswahl vorgesehen ist, anhand noch zu entwickelnder, geeigneter Kriterien prüft, ob aufgrund von

21.08.2015 i.d.F. vom 03.09.2015

ICD-Katalogänderungen oder kostenrelevanten medizinischen Innovationen eine Anpassung der Krankheitsauswahl durchgeführt werden soll. Die für eine „außerplanmäßige“ Anpassung der Krankheitsauswahl relevanten Aspekte soll der GKV-SV rechtzeitig an den Wissenschaftlichen Beirat beim BVA übermitteln. Soweit auch der Wissenschaftliche Beirat Änderungsbedarf an der Krankheitsauswahl sieht, wird eine außerplanmäßige Krankheitsauswahl durchgeführt. Insoweit sich der Änderungsbedarf nur auf Anpassungen infolge ICD-Katalogänderungen bezieht, kann die Berücksichtigung im Rahmen der Anhörung zum Klassifikationsmodell erfolgen.

Alternativ regen wir an, alle Krankheiten im Morbi-RSA Morbiditätsspektrum zu berücksichtigen. Dadurch wäre die rechtzeitige Abbildung von Verwerfungen in der Kostenstruktur der Krankheiten sichergestellt.

Hochkostentherapien rechtzeitig im Klassifikationsmodell abbilden

In Anbetracht der dynamisch wachsenden Arzneimittelausgaben für die Therapie mit den neuen Hepatitis-C-Präparaten (lt. GamSi-Daten ca. 640 Mio. Euro für Januar bis Mai 2015 im Vergleich zu noch ca. 600 Mio. Euro für das Gesamtjahr 2014) ist eine vorausschauende Berücksichtigung von Hochkostentherapien im Klassifikationsmodell dringend geboten, da andernfalls aufgrund von Hierarchieverletzungen mit einer erheblichen Verschlechterung der Modellgüte und somit der Zielgenauigkeit des Zuweisungsverfahrens zu rechnen ist. Auch im Bereich der Onkologie und Hämatologie kommen vermehrt neuartige, personalisierte Arzneimittel zum Einsatz, bei denen Jahrestherapiekosten zwischen 50.000€ und 130.000€ zu erheblichen Verwerfungen der Kostenstrukturen führen. Da sich auf den bestehenden Morbi-RSA-Datengrundlagen solche Änderungen häufig nur mit Zeitverzug analysieren lassen, sind für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA gegebenenfalls auch sekundäre Datenquellen bzw. Simulationsverfahren zu nutzen. So ist bereits heute erkennbar, dass es im Bereich der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ zu deutlichen Hierarchieverletzungen in Folge der hochpreisigen, neuen Hepatitis-C-Arzneimittel kommen wird. Das bestehende Klassifikationsmodell trägt diesem Umstand aber keine Rechnung, so dass mit einer Verschlechterung der Gütemaße (R^2 etc.) zu rechnen ist, sobald das bestehende Klassifikationsmodell auf die für das Ausgleichsjahr 2016 maßgebliche Datengrundlage angewendet wird. Wir schlagen daher erneut vor, für die chronische Virushepatitis eine eigenständige HMG im Klassifikationsmodell zu bilden (vgl. Kapitel III. 3).

Hohe Transparenz bei der Weiterentwicklung aber Inkonsistenzen bei Einzelfestlegungen

Hinsichtlich des vom BVA vorgelegten Anhörungsentwurfs ist auch dieses Jahr wieder die überwiegend gute Nachvollziehbarkeit der Berechnungsschritte und übersichtliche Aufbereitung der Analyseergebnisse positiv hervorzuheben.

Allerdings sind aus Sicht des AOK-Systems die Begründungen des BVA im Zusammenhang mit den in mehreren Hierarchien vorgenommenen Prüfungen des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für bestimmte DX-Gruppen nicht konsistent. Kritisch sehen wir dabei insbesondere, dass die Vergabe dieses Aufgreifkriteriums bei einigen DXGs davon abhängen soll, ob und inwieweit zu Beginn einer Therapie bzw. in der Akutphase eines Krankheitsgeschehens eine stationäre Therapie erforderlich ist.

Seit Einführung des Klassifikationsmodells gilt der Grundsatz, dass für Diagnosegruppen, die aus medizinischer Sicht zwingend einer stationären Behandlung bedürfen, keine ambulanten Diagnosen zugelassen sind (vgl. Erläuterungen zur Festlegung 2009, Seite 5). Sinn und Zweck dieser Regelung ist es, Diagnosedaten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unplausibel sind, bei der Klassifikation außen vor zu lassen. In der Begründung hierzu konsistent erfolgt u. E. die Prüfung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ im Rahmen der Hierarchie 06

21.08.2015 i.d.F. vom 03.09.2015

„Gastrointestinale Erkrankungen“, Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ sowie Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“. Im Rahmen der Prüfung zur Hierarchie 07 stellt das BVA richtigerweise klar, dass für Erkrankungen, für die auch im ambulanten Sektor adäquate Therapiemöglichkeiten bestehen, das Kriterium „stationär erforderlich“ nicht vergeben werden darf.

Nicht sachgerecht ist aus unserer Sicht der Ausschluss plausibler ambulanter Diagnosekodierungen bei Erkrankungen, die nach einer ggf. erforderlichen initialen stationären Ersttherapie längerdauernde, aufwendige ambulante Nachbehandlungen und Therapieerfordernisse nach sich ziehen (vgl. unsere Argumentation zu Guillain-Barré-Syndrom und Critical-Illness-Polyneuropathie in Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“). Die langfristig entstehenden, erheblichen ambulanten Behandlungskosten beeinflussen hier die Folgekosten häufig weitaus stärker als die Kosten der stationären Ersttherapie und müssen daher im Klassifikationsmodell abgebildet werden. Daher sollte bei DXG 320 „Guillan-Barré-Syndrom und Critical-Illness-Polyneuropathie“ auf das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ verzichtet werden. Zudem ist bei dieser Erkrankung nicht zwingend von einer stationäre Behandlung zur Abklärung und initialen stationären Therapie bzw. Krisenintervention auszugehen.

Ebenfalls kritisch sehen wir, dass dieses Aufgreifkriterium auch für die Lungenembolie in Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislaufkrankungen“ vorgesehen ist. Hier kann anhand von Leitlinienempfehlungen zur Therapie der Lungenembolie dargelegt werden, dass eine adäquate Diagnostik und Behandlung dieser Erkrankung im ambulanten Sektor durchaus möglich ist. Dies bestätigen auch Analysen auf AOK-Diagnosedaten (vgl. unsere Argumentation zu Hierarchie 18: „Gefäß- und Kreislaufkrankungen“).

Keine IST-Kostenausgleiche im Morbi-RSA

Die mit dem GKV-FQWG vorgesehenen Anpassungen der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte unter Berücksichtigung der tatsächlichen IST-Ausgaben für Krankengeld bzw. der auf den Konten 480 und 483 gebuchten Auslandsleistungen werden abgelehnt. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass mit IST-Kostenausgleichen Fehlanreize in Bezug auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V) gesetzt werden. Deswegen sind die IST-Kostenausgleich gem. GKV-FQWG als Übergangslösungen bezeichnet. Das AOK-System fordert daher, die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte konsequent als standardisierte Leistungsausgaben und ohne Berücksichtigung von IST-Kosten zu bemessen.

Keine sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben im Morbi-RSA

Wir weisen erneut daraufhin, dass die seit 2010 vorgenommene Abgrenzung der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben aus Sicht des AOK-Systems nicht mit den gesetzlichen Vorgaben nach § 266 SGB V i.V.m. § 4 RSAV vereinbar ist. Es besteht keine Notwendigkeit, durch die getroffene Regelung zur Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA zu reduzieren. Die Analysen des GKV-SV zum Schlussausgleich 2013 zeigen, dass die Abgrenzung der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu Überdeckungen der GKV-Ausgaben von jungen, gesunden Versicherten und einer Unterdeckung der Ausgaben von alten und kranken Versicherten führt. Dies setzt Anreize zur Risikoselektion und steht damit im Widerspruch zu den in § 268 Abs. 1 Nr. 3 SGB V formulierten Zielen des Morbi-RSA. Auch die Analysen des BVA aus dem Jahr 2013 zeigen, dass die Abgrenzung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben nicht sachgerecht ist. Das AOK-System fordert daher, dass das BVA auf die Sonderregelung

21.08.2015 i.d.F. vom 03.09.2015

für sogenannte nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben verzichtet. Die vorgenommene „Pro-Kopf-Zuweisung“ steht im Widerspruch zu den Zielen des Morbi-RSA und führt zu systematischen Über- und Unterdeckungen. Wie bereits verschiedenfach vorgetragen (vgl. unsere Stellungnahme besonders vom 30.08.2013), besteht ein hinreichender Zusammenhang zwischen der Morbidität der Versicherten und den sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben, der zumindest eine altersbezogene Zuweisung dieser Ausgaben zwingend erforderlich macht.

II Allgemeiner Anpassungsbedarf

II.1 Schweregraddifferenzierungen über Arzneimittel

Zwar ist nachvollziehbar, dass sich die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells auf Hierarchien mit Anpassungsbedarf infolge der Änderungen in Krankheitsauswahl und Zuschnitt der Krankheiten für das Jahr 2016 konzentriert und Analysen zu hierarchieübergreifenden Themengebieten (z. B. Anpassungen der Aufgreifkriterien) zurückgestellt werden, es ist jedoch überraschend, warum in den vom BVA im Entwurf diskutierten Hierarchieanpassungen keine Untersuchung der bereits aus vorangegangenen Anhörungsverfahren vorliegenden Vorschläge zur Schweregraddifferenzierung mit Arzneimitteln vorgenommen wird. Diese wären gerade vor dem Hintergrund der durch die neue Krankheitsauswahl bedingten Änderungen relevant gewesen, um eine zielgenaue und vor allem finalisierte Hierarchieanpassung zu erreichen. Auswertungen auf AOK-Daten zeigen, dass mit Arzneimitteldifferenzierungen der vom Schweregrad des Krankheitsverlaufs abhängige Behandlungsaufwand zielgenau abgebildet werden kann. Daher schlagen wir vor, zumindest diese Vorschläge für die im Rahmen dieses Anhörungszyklus angepassten Hierarchien zu prüfen und in Bezug auf die Verbesserung des Klassifikationsmodells zu bewerten (u.a. in der Hierarchie 02 „Neubildungen“, Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ und Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“).

II.2 Künftige Zuordnung Versicherter unbestimmten Geschlechts nach Änderung des PStG in alters-/geschlechtsabhängige Risikogruppen

Die Zuordnung der Versicherten unbestimmten Geschlechts entsprechend ihres Alters zu den weiblichen AGG/EMG/K-AGG/K-EMG und AusAGG-Gruppen sowie die Berücksichtigung dieser Versicherten in den DXGs 227, 816, 829, 831 und 833 ist sachgerecht.

III Anpassung des Klassifikationsmodells

III.1 Hierarchie 02: „Neubildungen“

In der Onkologie bekommen eine relevante Zahl neuer Medikamente einen Marktzugang, bei denen die Jahrestherapiekosten zwischen 60.000€ und 130.000€ die Aufwände der sonstigen onkologischen Behandlungen sehr stark dominieren. Anders als die zeitlich umschriebene konventionelle Polychemotherapie werden diese Therapien über lange Intervalle durchgeführt, so dass relevante prospektive Kosten entstehen.

In seinen Erläuterungen zum Klassifikationsmodell 2016 führt das Bundesversicherungsamt aus, dass, anders als bei den seltenen Stoffwechselerkrankungen, bei denen spezifische Substanzen eingesetzt würden, bei den Onkologika eine solche Spezifität nicht bestünde.

21.08.2015 i.d.F. vom 03.09.2015

Dem muss widersprochen werden: Die sogenannten personalisierten Medikamente wie Trastuzumab (bei Her2-positivem Brustkrebs), Gefitinib, Erlotinib und Afatinib (bei Nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen (NSCLC) im EGF-Rezeptor, betrifft 12-15% der NSCLC), Vemurafenib (bei Melanomen mit BRAF-Mutation, betrifft 40% der Melanome), Crizotinib (bei ALK-Fusion bei NSCLC, betrifft ca. 3% der NSCLC) sind in ihrer Zulassung beschränkt für die Behandlung von Patienten mit bestimmten Tumoren und nachgewiesenen genetischen Eigenschaften. In den klinischen Studien haben diese Medikamente eine Verlängerung des progressionsfreien Überlebens sowie des Gesamtüberlebens gezeigt und für unter § 35a SGB V fallende Medikamente wurde im AMNOG-Verfahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ein Zusatznutzen gegenüber der bisherigen Standardtherapie festgestellt. Daher kann eine Anwendung bzw. Berücksichtigung dieser Therapien im Klassifikationsverfahren nicht in Frage gestellt werden.

Durch die sehr hohen Jahrestherapiekosten dominieren diese Medikamente alle anderen onkologischen Behandlungen. Nachdem diese neuen Onkologika sich in den ATC-Gruppen L01XE (Proteinkinase-Inhibitoren) und L01XC (Monoklonale Antikörper) befinden, können sie über den ATC-5-Steller aufgegriffen werden. Hierdurch würde der dynamische Verlauf in der Entwicklung und Zulassung neuer Onkologika keinen besonderen Anpassungsbedarf nach sich ziehen.

III.2 Hierarchie 04: „Metabolische Erkrankungen“

Für die DxG 116 „Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann-Pick mit SRT“ sind bislang nur die ATCs A16AB02 (Imiglucerase), A16AB10 (Velaglucerase alfa) und A16AX06 (Miglustat) vorgesehen. Seit dem 01.04.2015 ist mit Cerdelga® (Wirkstoff: Eliglustat, ATC A16AX10) ein weiteres Medikament zur Therapie von Morbus Gaucher zugelassen. Cerdelga® ist bestimmt für die Langzeitbehandlung von erwachsenen Patienten mit Morbus Gaucher Typ 1 (GD1), die in Bezug auf Cytochrom-P450 Typ 2D6 (CYP2D6) langsame Metabolisierer, intermediäre Metabolisierer oder schnelle Metabolisierer sind.

Cerdelga® ist demnach für die Behandlung von Morbus Gaucher indiziert und muss daher in Zukunft bei der Erfassung von Morbus Gaucher mit Bedarfsmedikation berücksichtigt werden. Der ATC A16AX10 sollte für die Arzneimittelbestätigung der DXG 116 „Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann-Pick mit SRT“ ergänzt werden.

III.3 Hierarchie 05: „Erkrankungen der Leber“

Die Anpassungen infolge des Entfalls der Krankheit 221 „Akute schwere Lebererkrankung“ in der Krankheitsauswahl 2016 sowie die Aufnahme der ATC-Kodes für Lactulose und Lactulose-Kombinationen für die Arzneimittelprüfung der DXG 144 „Terminale Lebererkrankung, einschließlich Leberkoma und Leberversagen“ sind sachgerecht.

Aufgrund des deutlichen Anstiegs in den Fallzahlen der mit den neuen Hepatitis-C-Präparaten im Jahr 2015 behandelten Versicherten (im Zeitraum Januar bis Mai 2015 wurden bereits mehr für diese Arzneimittel ausgegeben als im Gesamtjahr 2014) halten wir eine Berücksichtigung dieser Kostenrisiken im Klassifikationsmodell 2016 für dringend erforderlich. Das im Februar 2014 zugelassene Sofosbuvir und die nachfolgenden Marktzulassungen von spezifischen Medikamenten zur Behandlung von Hepatitis C wie Ledipasvir/Sofosbuvir (63.000€ bei 12-wöchiger Therapie, 126.000€ bei 24-wöchiger Therapie), Ombitasavir/Paritaprevir/Ritonavir (50.000€ bzw. 110.000€), die mit der Virusfreiheit innerhalb von 12 bis 24 Wochen Behandlung das Korrelat einer Heilung

21.08.2015 i.d.F. vom 03.09.2015

erzielen, dominieren in ihren Behandlungskosten erheblich die prospektiven Kosten der Therapie von Hepatitis B und sonstigen viralen chronischen Hepatitiden. Simulationsanalysen auf AOK-Daten zeigen, dass die ab 2014 extrem ansteigenden Therapiekosten für Hepatitis C zu einem starken Anstieg des Kostenschätzers der HMG 027 „Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation“ führen. Infolge dessen kommt es zu Hierarchieverletzungen mit allen drei im linken Hierarchiestrang oberhalb von HMG 027 stehenden HMGs (HMG028 „Ösophagusvarizen“, HMG030 „Schwere chronische Lebererkrankung ohne Dauermedikation“ und HMG025 „Schwere chronische Lebererkrankung mit Dauermedikation“). Dies beeinträchtigt deutlich die Zielgenauigkeit der Zuweisungen im Bereich der Lebererkrankungen und führt im Ergebnis zu einer erheblichen Verschlechterung der Modellkennzahlen.

Die hohen Behandlungskosten für die neuen Therapieoptionen im Bereich von Hepatitis C, GKV-weit etwa 600 Mio. Euro im Jahr 2014, lassen sich erstmalig mit den Kostendaten der im August 2015 an das BVA gemeldeten Erstmeldung 2014 abbilden. Aufgrund des hohen Volumens dieser Versorgungskosten und der beschriebenen Relevanz dieser Kosten für die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für die chronischen und viralen Lebererkrankungen wird das BVA - abweichend zum regulären Verfahren – gebeten, die Analysen zu Vorschlag 3.30 des Vorschlagsverfahrens auf Basis von Diagnosedaten 2013 und Kostendaten 2014 durchzuführen. Alternativ könnte auf den verwendeten Daten 2012/2013 ein Anstieg der Versorgungskosten für Hepatitis-C-Patienten simuliert werden. Hierzu müssten bei einem zufällig ausgewählten Teil der Hepatitis-C-Patienten aus 2012 die Kosten im Jahr 2013 entsprechend erhöht und anschließend die Zuschlagsberechnung neu durchgeführt werden.

Für eine angemessene Abbildung der Hepatitis-C im Klassifikationsmodell und Vermeidung von Hierarchieverletzungen im gesamten oberen Hierarchiebereich wird die Bildung einer eigenen Hepatitis-C HMG vorgeschlagen. Da die Behandlung mit den neuen Medikamenten sowohl Patienten nach Vorbehandlung umfasst als auch therapienaive Patienten, erscheint hierbei keine Trennung zwischen Patienten mit Dauermedikation und Patienten ohne Dauertmedikation notwendig. Zudem ist nach einer Arzneimitteltherapie mit den neuen Hepatitis-C Präparaten regelmäßig davon auszugehen, dass für die erhebliche Mehrzahl der Patienten im Folgejahr keine oder nur geringe Folgekosten anfallen, weshalb im prospektiv ausgestalteten Klassifikationsmodell im Morbi-RSA keine gesonderte Abbildung der spezifischen Arzneimittelkosten möglich erscheint.

Die neue Hepatitis-C HMG sollte in der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ als dominant zur HMG 026 „Leberzirrhose“ eingeordnet werden und wird selbst von keiner HMG dieser Hierarchie dominiert.

III.4 Hierarchie 14: „Neurologische Erkrankungen“

Das Aufgreifen der in die neu gebildete DXG 320 zugeordneten ICDs G61.0 (Guillain-Barre-Syndrom/GBS) und G62.80 (Critical-Illness-Polyneuropathie/CIP) über das Kriterium „stationär erforderlich“ halten wir für nicht angemessen. Zum einen handelt es sich hier um Erkrankungen, die häufig lange andauernde, ambulante Nachbehandlungsphasen erfordern. Die hierbei entstehenden, aufgrund der Therapiedauer teilweise erheblichen ambulanten Behandlungskosten bestimmen hier wesentlich die Folgekosten und müssen daher im Klassifikationsmodell abgebildet werden. Darüber hinaus ist unseres Erachtens nicht sichergestellt, dass beim GBS bzw. der CIP in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle tatsächlich ein stationärer Aufenthalt erfolgt. Eine Analyse der stationären und ambulanten AOK-Diagnosedaten zeigt, dass das CIP/GBS bei 57% der betroffenen Patienten

21.08.2015 i.d.F. vom 03.09.2015

ausschließlich ambulant und nur bei 31% der Betroffenen ausschließlich stationär behandelt wird.

Das GBS ist eine akut oder subakut verlaufende, häufig postinfektiös auftretende Polyneuritis mit multifokaler Demyelinisierung und/oder axonaler Schädigung im Bereich der Rückenmarkswurzeln und der peripheren Nerven (s. S-1 Leitlinie „Guillain-Barre-Syndrom im Kindes- und Jugendalter“, Stand 7/2012). Die am häufigsten vorkommenden GBS-Varianten beginnen mit symmetrischen, aufsteigenden Paresen mit abgeschwächten oder erloschenen Muskeleigenreflexen. Im Verlauf entwickeln 35-50% der Patienten eine Hirnnervenbeteiligung, bei 15-20% treten eine Ateminsuffizienz und/oder vegetative Symptome auf. Nach einer Plateauphase von mehreren Wochen setzt eine allmähliche Erholung ein. Die Diagnostik der Erkrankung basiert auf drei notwendigen Kriterien (fortschreitende Schwäche mehr als einer Extremität über maximal 4 Wochen, Verlust mindestens der distalen Muskeleigenreflexe sowie Ausschluss einer alternativen Ursache), die laut Leitlinie in erster Linie durch die Anamnese, die klinische Untersuchung und einfache Zusatzuntersuchungen (primär elektrophysiologische Diagnostik und Liquordiagnostik) erfolgt. Die GBS-Diagnostik kann somit durchaus ambulant erfolgen. Das gilt prinzipiell auch für die Therapie, die primär mit hochdosierter intravenöser 7S-Immunglobulingabe erfolgt. Bei einem schweren GBS ist ein stationärer Aufenthalt aufgrund von Muskellähmungen und einer drohenden Ateminsuffizienz zweifellos erforderlich, aber leichtere GBS-Formen, bei denen z.B. nur eine Schwäche der unteren Extremitäten besteht, können in Anbetracht der gerade bei Kindern häufig guten Prognose prinzipiell auch ambulant behandelt werden.

Die Critical-Illness-Polyneuropathie (CIP) ist eine häufige Komplikation bei schweren Erkrankungen, wie Sepsis oder Multiorganversagen. Hauptsymptome sind eine muskuläre Schwäche und Probleme bei der Entwöhnung von der Beatmung. CIP führen zu verlängerten Beatmungszeiten sowie längeren Aufenthalten in Klinik- und Rehabilitationseinrichtungen. Da eine schwere und stationärbehandlungspflichtige Grunderkrankung der Auslöser der CIP ist, ist nachvollziehbar, dass die meisten CIP-Diagnosen noch im stationären Bereich als Neben- oder Folgediagnose dieser schweren Grunderkrankung vergeben werden. Allerdings ist die Diagnostik der CIP relativ schwierig, weshalb das Krankheitsbild auch lange Zeit als Folge der krankheitsbedingten Immobilisierung und Inaktivitätsatrophie des Muskelgewebes fehlgedeutet wurde. Heute gelten elektrophysiologische Untersuchungen als Goldstandard der CIP-Diagnostik (Elektroneurographie/ENG, Elektromyographie/EMG). Allerdings entwickeln sich die Zeichen der akuten Denervierung im EMG frühestens 14 Tage nach dem akuten axonalen Nervenschaden. Im Mittel zeigt sich eine pathologische Spontanaktivität im EMG erst 21 Tage nach Beginn des Intensivaufenthaltes (Grimm et al. 2012). Daher ist anzunehmen, dass nicht jede CIP bereits parallel zur stationären Behandlung der ursächlichen schweren Grunderkrankung diagnostiziert wird, sondern dass die Diagnose teilweise auch erst später, beispielsweise im Rahmen einer poststationären Rehabilitationsphase gestellt wird.

Beide Erkrankungen, sowohl das GBS als auch die CIP, können mit lang anhaltenden funktionellen Beeinträchtigungen einhergehen, die lange ambulante Nachbehandlungsphasen erfordern. So hat die Mehrheit der Überlebenden mit einer CIP persistierende funktionelle Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens bis zu einem Jahr nach Beginn der Erkrankung (z.B. Paresen, allgemeine Muskelschwäche und verminderte Leistungsfähigkeit, s. Grimm et al. 2012). Zudem treten auch im späteren Krankheitsverlauf noch neuropathische Missempfindungen und Schmerzen auf und die Patienten haben eine erhöhte Gesamtmortalität. Darüber hinaus wurden bei über 90% der „Langlieger“ von Intensivstationen noch bis zu fünf Jahre nach der Entlassung Symptome einer CIP-bedingten chronischen Denervierung nachgewiesen (Fletcher et al. 2003).

21.08.2015 i.d.F. vom 03.09.2015

Von den an GBS erkrankten Kindern klagen mindestens 2 Jahre nach der akuten Erkrankungsphase immer noch 27% über subjektive Beschwerden, wie Erschöpfbarkeit, Schmerzen und Koordinationsstörungen. Objektiv war bei 15% die Sensibilität vermindert und bei 23% bestand noch eine Muskelschwäche (S-1 Leitlinie „Guillain-Barre-Syndrom im Kindes- und Jugendalter“, Stand 7/2012). Auch Rezidive und der Übergang in eine chronische Verlaufsform des GBS sind bei unter 5% der betroffenen Kinder noch nach Jahren möglich. Bei Erwachsenen bilden sich Behinderungen und Einschränkungen der Lebensqualität aufgrund eines GBS, im Gegensatz zu Kindern, häufig unvollständig zurück. So fühlten sich nach einem Jahr nur 33% der Erwachsenen mit GBS vollständig geheilt, während 49% noch über erhebliche Beschwerden klagten (Bernsen et al. 2005).

Nicht zuletzt ist auch bei anderen Diagnosen, die in DxG 322 belassen wurden, davon auszugehen, dass häufig, aber eben nicht zwangsläufig eine stationäre Behandlung zur Abklärung und initiale stationäre Therapie bzw. Krisenintervention im Rahmen der Erkrankung erfolgt.

Aus den oben genannten Gründen ist das Aufgreifen der ICDs G61.0 (Guillain-Barre-Syndrom/GBS) und G62.80 (Critical-Illness-Polyneuropathie/CIP) in DxG 320 über das Kriterium „stationär erforderlich“ nicht sachgerecht und widerspricht der medizinischen Praxis. Die Ausgliederung der ICDs G61.0 (Guillain-Barre-Syndrom/GBS) und G62.80 (Critical-Illness-Polyneuropathie/CIP) aus der DxG322 in eine übergeordnete DxG320 und HMG ist aufgrund der vergleichsweise hohen Folgekosten dieser Erkrankungen sachgerecht.

III.5 Hierarchie 18: „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

Die Zuordnung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für DxG421 „Lungenembolie“ ist nicht sachgerecht. Während Lungenembolien mit einem kardiogenen Schock oder einer persistierenden arteriellen Hypotension ein Notfall sind, der eine sofortige stationäre Behandlung unumgänglich macht, sind Lungenembolien ohne diese klinischen Zeichen keine Hochrisiko-Fälle (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (2009) Pocket-Leitlinien: Diagnose und Therapie der akuten Lungenembolie). Bei letzteren Patienten wird eine weitere Stratifizierung in ein niedriges bzw. mittleres Risiko in Abhängigkeit von Zeichen einer rechtsventrikulären Dysfunktion und/oder Myokardschädigung empfohlen. Für hämodynamisch stabile Patienten ohne rechtsventrikuläre Dysfunktion empfiehlt sowohl die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie, 2010) als auch die o.g. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, (2009), dass die Behandlung ambulant erfolgen kann. Diese Empfehlung wird auch durch eine randomisierte kontrollierte Studie gestützt, nach der bei akuter, symptomatischer Lungenembolie mit niedrigem Sterberisiko eine ambulante Versorgung sicher und effektiv als Alternative zur stationären Behandlung eingesetzt werden kann (Lancet 2011; 378 (9785): 41-8). Analysen auf AOK-Daten zeigen, dass Lungenembolien bei 63% der betroffenen Patienten ausschließlich ambulant und nur bei 19% der betroffenen ausschließlich stationär behandelt werden. In Anbetracht der Leitlinienempfehlungen und der hohen ambulanten Fallzahlen plädieren wir deshalb dafür, das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für DxG421 aufzuheben. Die DXG kann weiter der HMG 115 „Atherosklerose der Extremitätengefäße und Lungenembolie“ zugeordnet werden.

21.08.2015 i.d.F. vom 03.09.2015

IV Änderung des Turnus der Krankheitsauswahl

Das AOK-System hält den Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats, den Auswahlturnus zu verlängern für sachgerecht. Hierdurch wird der mit der Krankheitsauswahl verbundene Aufwand reduziert und eine stärkere Fokussierung der Weiterentwicklung des Morbi-RSA auf das Klassifikationsverfahren ermöglicht. Ohne Berücksichtigung der Korrektur des Berechnungsfehlers waren in der jüngeren Vergangenheit regelmäßig nur geringfügige Änderungen in der Zusammensetzung der 80 Auswahlkrankheiten zu beobachten.

Ein Auswahlturnus von drei Jahren muss jedoch sicherstellen, dass für den Fall, dass kostenrelevante Therapieinnovationen in Krankheiten auftreten, die nicht Bestandteil der Krankheitsauswahl sind, diese zielgenau und zeitnah berücksichtigt werden können. Auch sind Änderungen in der ICD-Klassifikation in Hinblick auf mögliche Auswirkungen auf die Krankheitsauswahl zu prüfen. Daher ist in den Jahren, in denen keine neue Krankheitsauswahl vorgesehen ist, auf Vorschlag des GKV-SV eine neue Krankheitsauswahl durchzuführen, insoweit der GKV-SV dies aufgrund deutlicher Veränderungen im Kostengefüge der Krankheiten bzw. durch maßgebliche Änderungen der ICD-Klassifikation für erforderlich erachtet. Für die Entscheidung, ob eine „außerplanmäßige“ Anpassung der Krankheitsauswahl erforderlich ist, sind geeignete Kriterien zu entwickeln. Insoweit eine außerordentliche Anpassung der Krankheitsauswahl erforderlich ist, soll der GKV-SV den Wissenschaftlichen Beirat beim BVA hierüber rechtzeitig informieren.

Soweit auch der Wissenschaftliche Beirat Änderungsbedarf an der Krankheitsauswahl sieht, wird eine außerplanmäßige Krankheitsauswahl durchgeführt. Insoweit sich der Änderungsbedarf nur auf Anpassungen infolge ICD-Katalogänderungen bezieht, kann die Berücksichtigung im Rahmen der Anhörung zum Klassifikationsmodell erfolgen.

Bereits auf der Grundlage der Evaluation des ersten Morbi-RSA-Jahresausgleichs hat der Wissenschaftliche Beirat eine Verlängerung des Turnus der Krankheitsauswahl angeregt und zugleich festgehalten, dass die normative Begrenzung des Morbi-RSA auf lediglich 80 Krankheiten im Vergleich zu einer vollständigen Berücksichtigung des Krankheitsspektrums keine – wie zur Einführung des Morbi-RSA noch angenommen – erheblichen finanziellen Auswirkungen besitzt (vgl. Drösler et al. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, S. 22 und S. 123ff). Da spätestens mit dem Vorliegen des Evaluationsberichts bekannt ist, dass die Vervollständigung der Krankheitsauswahl die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA weiter erhöht ohne aber die Zuweisungen zwischen den Krankenkassen wesentlich zu verändern, empfiehlt das AOK-System die Begrenzung des Morbi-RSA auf 80 Krankheiten aufzuheben. Mit der Vervollständigung der Krankheitsauswahl werden nicht nur neue Anreize für das Versorgungsmanagement gesetzt sondern auch der – im Rahmen der diesjährigen Anhörung erneut zur Diskussion gestellte – Aufwand einer regelmäßigen Krankheitsauswahl reduziert. Darüber hinaus wäre die rechtzeitige Abbildung von Veränderungen in der Kostenstruktur in der Patientenversorgung über das Versichertenklassifikationsmodell selbst sichergestellt.

V Änderung des Berechnungsverfahrens

Keine IST-Kostenausgleiche im Morbi-RSA

Die mit dem GKV-FQWG vorgesehenen Anpassungen der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte unter Berücksichtigung der tatsächlichen IST-Ausgaben für Krankengeld bzw. Auslandsleistungen der Konten 480 und 483 werden vom AOK-System

21.08.2015 i.d.F. vom 03.09.2015

abgelehnt. Im Rahmen der Begründung zum GKV-FQWG wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass mit IST-Kostenausgleichen Fehlanreize in Bezug auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V) gesetzt werden.

„[...] ein Ist-Kosten-Ausgleich der grundsätzlichen RSA-Systematik mit ihrer Orientierung an den jeweiligen Durchschnittskosten widerspricht und tendenziell mit negativen Wirtschaftlichkeitsanreizen für die Krankenkassen verbunden ist, [...]“ (BT-Drucksache 18/1307, S. 60).

Deshalb lehnt das AOK-System weiterhin die Ist-Kostenausgleiche für Krankengeld- und Auslandsversichertenzuweisungen ab – auch für die Festlegung 2016.

Wir weisen darauf hin, dass der gem. Festlegungsentwurf vorgesehene IST-Kostenausgleich bei Auslandsversicherten zudem im Widerspruch zu den gesetzlichen Regelungen gem. GKV-FQWG steht, da auch die Grundpauschale bei Auslandsversicherten durch den IST-Kostenausgleich verändert wird, während hingegen die gesetzliche Vorgabe ausschließlich die Anpassung der Zuschläge vorsieht (vgl. hierzu besonders unsere Stellungnahme vom 18.09.2014).

Bereits der Gesetzgeber hat die IST-Kostenausgleiche als Übergangslösung zeitlich begrenzt. Aus diesem Grund wird nicht nur die rückwirkende Durchführung der in Rede stehenden IST-Kostenausgleiche ab 2013 (zur rechtlichen Bewertung der rückwirkenden Durchführung von IST-Kostenausgleichen vgl. besonders unsere Stellungnahme vom 18.09.2014), sondern auch deren verlängerte Anwendung für 2016 abgelehnt. Gem. Festlegungsentwurf 2016 würde dies einer praktischen Anwendung in vier Ausgleichsjahren entsprechen, was mit der Vorgabe einer „Übergangslösung“ nicht mehr in Einklang steht. Dies gilt umso mehr, da bereits in wenigen Monaten – und damit deutlich vor dem Jahresausgleich 2016, der im November 2017 durchgeführt wird - die gutachterlichen Ergebnisse nach § 269 Abs. 3 SGB V vorliegen werden. Das AOK-System fordert daher, die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte konsequent als standardisierte Leistungsausgaben und ohne Berücksichtigung von IST-Kosten zu bemessen und das bis 2012 angewendete Berechnungsverfahren umzusetzen. Wir verweisen auf unsere Stellungnahmen vom 29.08.2014 und 18.09.2014.

Keine sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben

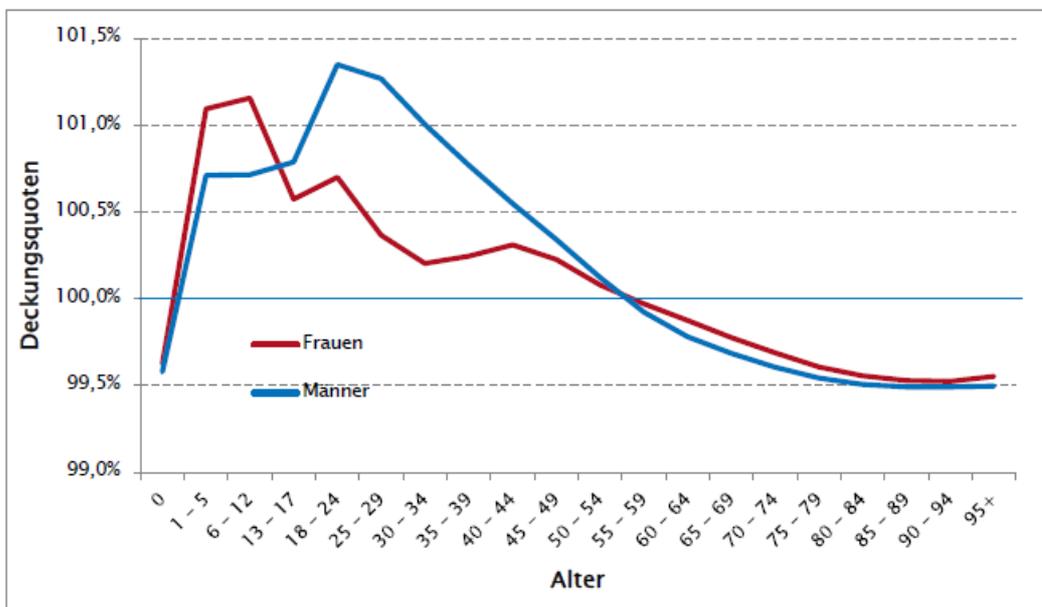
Seit dem Klassifikationsmodell 2010 schließt das BVA bei der Berechnung der Zuweisungen die sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben von den Morbi-RSA-Zuweisungen aus. Stattdessen wird für die so bezeichneten Leistungsausgaben die Zuweisungshöhe als Pro-Kopf-Betrag festgelegt. Das AOK-System hat regelmäßig darauf hingewiesen, dass die Ausgrenzung der sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben aus dem System des Morbi-RSA weder rechtlich noch inhaltlich begründet werden kann (vgl. hierzu detailliert auch unsere Stellungnahmen vom 02.09.2011, 18.03.2013, 30.08.2013 und 29.08.2014). Zwar hat das BMG mit Schreiben vom 01.07.2014 bestätigt, dass eine gesonderte Form der Standardisierung einzelner Ausgabenbereiche durch die in § 31 Abs. 4 RSAV geschaffene Regelungskompetenz des BVA gedeckt sei und die getroffenen Regelungen als sachgerecht gewertet, allerdings hat das BVA weder bei der Festlegung des Klassifikationsmodells noch im Vorfeld der Anfrage an das BMG dargelegt, dass diese Regelung zu einer Verbesserung des Klassifikationsmodells führt oder erörtert, inwieweit diese Regelung geeignet ist, die mit dem Morbi-RSA verbundenen Ziele zu erreichen. Im Gegenteil: Die Ergebnisse der empirischen Analysen, die das BVA für die Detailfrage der Kontenabgrenzung von sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben vorgenommen hat, wurden nicht für die

21.08.2015 i.d.F. vom 03.09.2015

Festlegungen nach § 31 RSAV berücksichtigt. Dies ist umso kritischer, da Analysen des AOK-Bundesverbandes – die im Stellungnahmeverfahren entsprechend vorgetragen wurden – eindeutig zeigen, dass das vom BVA festgelegte Verfahren die Zielgenauigkeit der Zuweisungen beeinträchtigt (vgl. ausführlich unsere Darstellung vom 30.08.2013). Ein Zusammenhang zwischen den sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben und dem Alter und der Morbidität der Versicherten besteht, wie sich eindrucksvoll durch die altersspezifischen Empfehlungen und Regelungen zur Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen belegen lässt.

Mit dem Jahresausgleich 2013 liegen nun erstmals Ergebnisse des GKV-Spitzenverbandes vor, die die AOK-Analysen bestätigen. Im Rahmen der Analyse der altersspezifischen Deckungsgrade stellt der GKV-SV fest, dass trotz der Korrektur des Berechnungsfehlers weiterhin Überdeckungen bei jüngeren Versicherten und Unterdeckungen bei älteren Versicherten bestehen. Die Über- und besonders die Unterdeckungen im hohen Alter wurden zwar deutlich reduziert, dass gemäß GKV-Spitzenverband bei Versicherten unter 35 Jahren weiterhin eine Überdeckung von mehr als 1 Prozent besteht, ist ausschließlich darauf zurückzuführen, dass eine Sonderregelung für die Pro-Kopf-Verteilung der Zuweisungen für die sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben besteht. Würde diese Sonderregelung – wie vom AOK-System seit langem gefordert – abgeschafft oder die Verteilung zumindest entsprechend der altersbezogenen Zuschläge (AGG) erfolgen, sind die vom GKV-Spitzenverband ermittelten Verzerrungen der Zuweisungen nicht zu beobachten. Dies hat bereits der Wissenschaftliche Beirat im Rahmen seiner Analysen zu den Deckungsquoten nach Alter und Geschlecht festgestellt: Ohne Berechnungsfehler und ohne sog. nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben sind so gut wie keine Abweichungen von der altersbezogenen 100%-Deckung zu beobachten. Eine systematische Über- und Unterdeckung, wie sie die Analysen des GKV-Spitzenverbandes zeigen, besteht nicht (Drösler, S. et al. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, S. 145).

Deckungsquoten nach Alter und Geschlecht im Jahresausgleich 2013



Quelle: GKV-Spitzenverband (Datenbasis: SA100/SA700 2013 EM, SA100/SA400/SA500/SA600 2012 KM)

Quelle: GKV-Spitzenverband, Rundschreiben 2015-47, Seite 111.

21.08.2015 i.d.F. vom 03.09.2015

Die Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben führt also dazu, dass der Zielsetzung des § 266 SGB V nicht ausreichend entsprochen wird: Denn § 266 SGB V sieht vor, dass für die Gesundheitsfondszuweisungen ein Risikostrukturausgleich durchgeführt wird, der die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Risiken von Versicherten zwischen den Krankenkassen ausgleicht. Dieses Ziel wird im bestehenden Verfahren nicht sichergestellt. Soweit die getroffene Festlegung im Rahmen der Regelungskompetenz des BVA liegt, ist das BVA verpflichtet, die Auswirkungen der Sonderregel vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben zu prüfen und Korrekturen vorzunehmen, wenn – wie im Fall der sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben – die Sonderregelung dem gesetzlichen Ziel Risikoselektion zu verringern widerspricht.

Das AOK-System fordert daher mit Nachdruck, die Abgrenzung von sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu beenden. Soweit diesem Vorschlag aus unzulässigen wettbewerblichen Interessen innerhalb der GKV widersprochen wird,

- (a) muss das Verfahren der Standardisierung wenigstens den Vorgaben des § 266 SGB V angenähert werden, indem die sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben nach AGG-Gewichten verteilt werden,
- (b) müssen die Ergebnisse der BVA-Analysen des Anhörungsverfahrens 2011 und 2014 umgesetzt werden (die Kontenarten 467 (ab 2013: Konten 5283 bis 5285), 482, 514, 590 und Konto 5155 werden nicht mehr den sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zugeordnet!) und
- (c) müssen die Erstattungen auch von den sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben in Abzug gebracht werden.

VI Anpassung der Verfahrensbestimmung

Mit Blick auf die Verfahrensbestimmung für das Abschlagsverfahren und den Jahresausgleich 2016 ist es aus Sicht des AOK-Systems erforderlich, die Verfahrensbestimmung um Ausführungen zur Umsetzung der Vorgaben des § 30 Abs. 4 Satz 4 RSAV zu ergänzen. Dies gilt besonders für den Fall, dass im Jahresausgleich die erforderlichen Daten nicht oder nur fehlerhaft zur Verfügung stehen und Zuweisungsschätzungen erforderlich sind. Die Bestimmung ist u.E. um geeignete Regelungen zu ergänzen, die verhindern, dass das Gesamtzuweisungsvolumen durch fehlerhafte Datenmeldungen bedingte Zuweisungsschätzungen zeitweilig überschritten wird und im Rahmen des Korrekturverfahrens zurückgeführt werden muss.

VII Redaktionelle Anmerkungen

- Anlage 00 „Festlegung Klassifikation AJ 2016 Entwurf“, Seite 12: Im Abschnitt 1.7 „Zuordnung zu den Kostenerstattungsgruppen“ der Festlegung sollte eine Präzisierung dahingehend erfolgen, welche Versicherten keiner HMG zugeordnet werden. Je nach Auslegung könnte es sein, dass hier Versicherte, die für KEG nach § 13 und § 53 zusammen mindestens 183 Tage Kostenerstattung aufweisen, keine HMG erhalten. Daher schlagen wir vor, in der zweiten Zeile des Abschnitts nach „oder“ einzufügen: „mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach“.

21.08.2015 i.d.F. vom 03.09.2015

- Anlage 04 „Erläuterungen Festlegungsentwurf AJ 2016“, Seite 82: In der Hierarchieübersicht der Hierarchie 01 „Infektionen“ ist die Hierarchiebeziehung des rechten Hierarchiestranges in die Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ nicht korrekt aufgeführt. Die Aktualisierung der Hierarchie 19 bleibt unberücksichtigt.
- Anlage 04 „Erläuterungen Festlegungsentwurf AJ 2016“, Seite 106,107: In den Tabellen 15 und 16 erfolgt die Zuordnung des ICD-Kodes I79.2 „periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ nicht konsistent. In Tabelle 15 und 16 wird der ICD-Kode I79.2 der HMG 017 zugeordnet, in Tabelle 17 jedoch - wie auch im späteren Entwurf - der HMG 016. Auch die Prävalenzänderung in den HMGs 016 und 017 zwischen den Ergebnissen der Modelle M1 und M3 in Tabelle 17 ist aus den gegebenen Informationen nicht nachvollziehbar.
- Anlage 04 „Erläuterungen Festlegungsentwurf AJ 2016“, Seite 220, 231, 346: In den Hierarchieübersichten der Hierarchie 16 „Herzkrankungen“ fehlt bei den zur HMG087 führenden DxGs jeweils die DxG 373. Hier ist lediglich die DxG 378 aufgeführt.