

Stellungnahme der BARMER zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2021 vom 19.06.2020 und den Korrekturen vom 30.06.2020 für den GKV-SV nach § 8 Abs. 4 RSAV

Stand 14.08.2020

Vorbemerkung

Gemäß § 8 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) jährlich zum 30. September das Versichertenklassifikationsmodell für das folgende Ausgleichsjahr fest. Gegenüber den Vorjahren ist der Entwurf dieses Mal sehr umfangreich, da mit in Kraft treten des GKV-FKG im April dieses Jahres umfangreiche Reformmaßnahmen umzusetzen sind. Mit Datum vom 19.06.2020 hat das BAS den Krankenkassen den Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2020 übermittelt. Korrigierte Dateien wurden am 30.06.2020 zur Verfügung gestellt.

Die BARMER nimmt nachfolgend differenziert zum Festlegungsentwurf Stellung.

Allgemeine Anmerkungen zum Entwurf

Die Umsetzung der Reformkomponenten aus dem GKV-FKG vom 22.03.2020 wird ausdrücklich begrüßt. Auch wenn an einigen Stellen aufgrund der zahlreichen Neuerungen, Änderungen und Anpassungen Umsetzungsfragen offen sind, ist das Vorgehen des BAS auch in diesem Jahr transparent dargestellt.

Auf ein Vorschlagsverfahren wurde in diesem Jahr erneut verzichtet. Aufgrund der umzusetzenden Reformkomponenten ist dieses Vorgehen des BAS für die BARMER nachvollziehbar. Das Vorschlagsverfahren beruht auf keiner gesetzlichen Grundlage. Im Sinne eines lernenden Morbi-RSA, zur Vermeidung von Risikoselektion und Manipulation und eines damit verbundenen fairen Wettbewerbs unter den Kassen, sollten aber alle Beteiligten die Möglichkeit erhalten, Vorschläge für die Weiterentwicklung auch im Vorfeld einreichen zu können. Die BARMER plädiert dafür, im kommenden Jahr wieder ein Vorschlagsverfahren im Vorfeld durchzuführen und dieses langfristig in der RSAV zu etablieren.

Neben der Vermeidung von Risikoselektion und Manipulation muss auch weiter daran gearbeitet werden, die auch nach diesem Festlegungsentwurf nach wie vor sehr hohen Überdeckungen insbesondere älterer und multimorbider Versicherungsgruppen zu reduzieren. Ein Rückgang dieser Überdeckungen kann bereits festgestellt werden. Dennoch müssen die einzelnen Vorschläge und Umsetzungen immer vor diesem Hintergrund transparent und nachvollziehbar bewertet werden.

Anmerkungen zu den Reformkomponenten insgesamt

Die Festlegung für das Jahr 2021 ist aus Sicht der BARMER unvollständig. Durch die Hinzunahme der Elemente Risikopool und Regionalisierung entsteht die Notwendigkeit, die Reihenfolge der Durchführung der einzelnen Berechnungsschritte präziser zu definieren: Auswahl der Regionalvariablen, Aufnahme der Regionalvariablen ins Modell, Behebung von Hierarchieverletzungen, Nullsetzen negativer Zuschläge, Abzug von Risikopoolbeträgen.

Hierzu im Folgenden ein Beispiel für die Punkte Hierarchieverletzungen und Regionalvariablenauswahl:

In der Morbi-RSA-Regression werden Hierarchieverletzungen und negative Koeffizienten durch ggf. mehrmalige Wiederholung der Regression eliminiert. Nun gibt es mit der Auswahl der Regionalvariablen einen weiteren Schritt, so dass die Reihenfolge des Verfahrens nicht mehr eindeutig ist. Nach intensiver Auseinandersetzung sind die Berechnungsschritte aus Sicht der BARMER in der folgenden Reihenfolge durchzuführen.

Festlegungsmodell → erstmalige Hierarchieverletzung → bereinigtes Modell → ... → Regionalvariablenauswahl
bereinigtes Modell mit Regionalvariablen → neue Hierarchieverletzung → ... → finale Ergebnisse

Die BARMER bittet um eine eindeutige Regelung in der Festlegung.

Auch in Bezug auf die Berechnung des Risikopools ergibt sich eine Unklarheit in der Festlegung. Im bisherigen Verfahren werden vor der Regression die Kosten der Hauptleistungsbe-
reiche über die Informationen aus den gelieferten Satzarten 701 angepasst. In der Festlegung ist nicht eindeutig geklärt, ob diese Anpassung beim Schlussausgleich vor oder nach der Berechnung des Risikopools durchgeführt wird.

Damit die Simulationen in den Kassen in der gleichen Reihenfolge durchgeführt werden können wie beim BAS, bittet die BARMER um eine eindeutige Darstellung des Ablaufs der Berechnungsschritte.

Anmerkungen zum Vollmodell

Zum ersten Mal wird ein Vollmodell im Morbi-RSA umgesetzt. Die Einführung wird von der BARMER begrüßt. Die Zielsetzung, die durch medizinische und ökonomische Überlegungen begründete Struktur des Modells beizubehalten, wird von der BARMER ebenso begrüßt wie die Einführung weniger weiterer Hierarchien.

Morbiditätsgruppen hierarchisch in medizinisch zusammenhängende Stränge zusammenzufassen, um die Manipulationsresistenz des RSA zu stärken, erachtet die BARMER für sinnvoll.

Für diesen Zyklus werden erstmals die ICD-Codes D76.4, H35.30, H35.31, H35.38, U07.0!, U07.1!, U07.2! und Z29.22 berücksichtigt. Die Zuordnung der neuen ICD-Codes ist für die BARMER grundsätzlich nachvollziehbar.

HMGs mit ähnlichen Kostenschätzern innerhalb eines Strangs zu fusionieren, wenn dies ohne eine nennenswerte Verschlechterung der Gütemaße des Modells umsetzbar ist, kann die BARMER nachvollziehen. Gleichwohl schlägt die BARMER an einigen Stellen einen anderen Aufbau eines Strangs bzw. einer Hierarchie oder eine andere Zuordnung von ICD-Codes vor. Siehe hierzu die Anmerkungen unter „Hierarchien“.

Das BAS weist darauf hin, dass auf der Grundlage dieses ersten Vollmodells in den kommenden Festlegungszyklen die Überprüfung von Anpassungen zur stärkeren Berücksichtigung von Komorbiditäten sowie bezüglich der Aufgreifkriterien möglich sein wird. Die BARMER erkennt den hohen Aufwand für den Entwurf des vorgelegten Vollmodells an. Dennoch hat es überrascht, dass für die noch nie berücksichtigten neuen DXG in keinem Fall die Aufgreifkriterien „Stationär erforderlich“ oder „Arzneimittelvalidierung“ geprüft wurden. Da die BARMER auch die richtige Zuordnung zu den Aufgreifkriterien als wichtigen Punkt zur Vermeidung von Manipulation erachtet, wird die Zuordnung an einigen Stellen, die im kurzen Zeitraum der Prüfung des Entwurfs aufgefallen sind, vorgeschlagen.

Auch die Umsetzung weiterer Alterssplits und die (mehrfache) Arzneimitteldifferenzierung wurde nach deren Einführung für das Klassifikationsverfahren 2020 nicht fortgeführt, obwohl dafür bereits einige Vorschläge zur weiteren Prüfung eingereicht wurden. Bereits im vergangenen Jahr hatten wir darauf hingewiesen, dass die eingeführten Alterssplits jährlich zu überprüfen sind, damit keine neuen Verzerrungen entstehen. Zumindest diese Prüfung hätte durchgeführt werden müssen. Darüber hinaus schlägt die BARMER selbst Arzneimittelvalidierungen und Arzneimitteldifferenzierungen vor und verweist dabei unter anderem auch auf ältere Vorschläge, die bislang vom BAS nicht untersucht wurden.

Durch die Einführung des Vollmodells werden im Klassifikationsmodell 2021 grundsätzlich alle ICD-Codes berücksichtigt. Ausgeschlossen wurden ca. 1450 dreistellige ICD-Codes, da für diese eine detailliertere Verschlüsselung durch einen vierstelligen ICD-Code erforderlich ist. Zudem wurden weitere ca. 1200 ICD-Codes ausgeschlossen, wenn dadurch Symptome, Zustände oder eine Medikamenteneinnahme kodiert werden. Das Vorgehen ist für die BARMER grundsätzlich nachvollziehbar, es wird jedoch nicht ausreichend dokumentiert bzw. ist in Einzelfällen sogar nicht sachgerecht.

Im Klassifikationsmodell werden damit rund 13.300 ICD-Codes berücksichtigt, die nach der ICD-10-GM Version zu verschlüsseln sind. Für 151 ICD-Codes ist dabei aufgefallen, dass sie im Klassifikationsmodell an bestimmte Altersgrenzen geknüpft sind, die auf der Interseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (früher DIMDI) nicht nachvollzogen werden können, da dort keine Altersbegrenzungen angegeben sind.

ICD	Geschlecht	Alter min.	Alter max.
E100	W/M	0	11
E1001	W/M	0	11
E101	W/M	0	11
E1011	W/M	0	11
E102	W/M	0	11
E1020	W/M	0	11
E1021	W/M	0	11
E103	W/M	0	11

ICD	Geschlecht	Alter min.	Alter max.
E1030	W/M	0	11
E1031	W/M	0	11
E104	W/M	0	11
E1040	W/M	0	11
E1041	W/M	0	11
E105	W/M	0	11
E1050	W/M	0	11
E1051	W/M	0	11
E106	W/M	0	11
E1060	W/M	0	11
E1061	W/M	0	11
E107	W/M	0	11
E1072	W/M	0	11
E1073	W/M	0	11
E1074	W/M	0	11
E1075	W/M	0	11
E108	W/M	0	11
E1080	W/M	0	11
E1081	W/M	0	11
E109	W/M	0	11
E1090	W/M	0	11
E1091	W/M	0	11
F520	W/M	8	124
F521	W/M	8	124
F522	W/M	8	124
F523	W/M	8	124
F526	W/M	8	124
F527	W/M	8	124
F528	W/M	8	124
F529	W/M	8	124
F933	W/M	0	17
F940	W/M	0	17
F948	W/M	0	17
F949	W/M	0	17
G458	W/M	15	124
G4582	W/M	15	124
G4583	W/M	15	124
G4589	W/M	15	124
G459	W/M	15	124
G4592	W/M	15	124
G4593	W/M	15	124
G4599	W/M	15	124
G702	W/M	0	7
I241	W/M	15	124
I510	W/M	15	124
I511	W/M	15	124
I512	W/M	15	124
I516	W/M	15	124
I650	W/M	15	124
I651	W/M	15	124
I652	W/M	15	124
I653	W/M	15	124

ICD	Geschlecht	Alter min.	Alter max.
I658	W/M	15	124
I659	W/M	15	124
I660	W/M	15	124
I661	W/M	15	124
I662	W/M	15	124
I663	W/M	15	124
I664	W/M	15	124
I668	W/M	15	124
I669	W/M	15	124
I672	W/M	15	124
I710	W/M	15	124
I7100	W/M	15	124
I7101	W/M	15	124
I7102	W/M	15	124
I7103	W/M	15	124
I7104	W/M	15	124
I7105	W/M	15	124
I7106	W/M	15	124
I7107	W/M	15	124
I711	W/M	15	124
I712	W/M	15	124
I713	W/M	15	124
I714	W/M	15	124
I715	W/M	15	124
I716	W/M	15	124
I718	W/M	15	124
I719	W/M	15	124
I720	W/M	15	124
I721	W/M	15	124
I723	W/M	15	124
I724	W/M	15	124
I725	W/M	15	124
I726	W/M	15	124
I728	W/M	15	124
I729	W/M	15	124
I790	W/M	15	124
L210	W/M	0	17
P350	W/M	0	1
P351	W/M	0	1
P352	W/M	0	1
P353	W/M	0	1
P358	W/M	0	1
P359	W/M	0	1
Q315	W/M	0	5
Q320	W/M	0	5
Q332	W/M	0	5
Q333	W/M	0	5
Q336	W/M	0	5
Q400	W/M	0	5
Q401	W/M	0	5
Q402	W/M	0	5
Q403	W/M	0	5

ICD	Geschlecht	Alter min.	Alter max.
Q408	W/M	0	5
Q409	W/M	0	5
Q420	W/M	0	5
Q421	W/M	0	5
Q422	W/M	0	5
Q423	W/M	0	5
Q428	W/M	0	5
Q429	W/M	0	5
Q431	W/M	0	5
Q432	W/M	0	5
Q433	W/M	0	5
Q434	W/M	0	5
Q4340	W/M	0	5
Q4341	W/M	0	5
Q4342	W/M	0	5
Q4349	W/M	0	5
Q435	W/M	0	5
Q436	W/M	0	5
Q437	W/M	0	5
Q438	W/M	0	5
Q439	W/M	0	5
Q440	W/M	0	5
Q441	W/M	0	5
Q442	W/M	0	5
Q443	W/M	0	5
Q444	W/M	0	5
Q445	W/M	0	5
Q446	W/M	0	5
Q447	W/M	0	5
Q450	W/M	0	5
Q451	W/M	0	5
Q452	W/M	0	5
Q453	W/M	0	5
Q458	W/M	0	5
Q459	W/M	0	5
Q790	W/M	0	5
Q860	W/M	0	1
Q861	W/M	0	1
Q862	W/M	0	1

So ist z.B. für den ICD-Code L21.0 *Seborrhoea capitis* die Altersbeschränkung 0 – 17 Jahren vorgegeben. Die Daten bei der BARMER haben gezeigt, dass die Diagnose für 30.604 Personen vergeben wurde. In rund 79 % der Fälle allerdings für das Alter > 17 Jahre. Ein weiteres Beispiel stellt der ICD-Code Q86.0 *Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)* dar. Die Diagnose kann zu einem Zuschlag bis zum Alter 1 führen. Die Auswertungen lassen jedoch erkennen, dass diese Diagnose in 99 % der Fälle für Personen gestellt wird, die ein Alter > 1 haben. Insgesamt wird dadurch eine hohe Anzahl an Zuschlägen nicht generiert, obwohl jährlich entsprechende Folgekosten entstehen.

Damit im Klassifikationsverfahren 2021 tatsächlich alle relevanten ICD-Codes unter Erfüllung der jeweiligen Voraussetzungen für alle Altersgruppen zu einem Zuschlag führen, regt die

BARMER die Überprüfung der aktuell nicht berücksichtigten Alterszeitspannen für die oben aufgeführten ICD-Codes an. Fälle, wie die oben genannten, machen zumindest eine Dokumentation der Gründe des Ausschlusses notwendig.

Das Klassifikationsverfahren und insbesondere das Vollmodell wird einem langen Evolutionsprozess unterliegen. Wir regen entgegen dem bisherigen Verfahren des BAS an, ein Regelwerk zu etablieren, nach welchem zukünftig nachvollziehbar die eingereichten Umsetzungsvorschläge abgearbeitet werden.

Weiterhin muss es möglich bleiben, die Zuordnung von Diagnosen zu Krankheiten innerhalb eines Vorschlagsverfahrens für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells diskutieren zu können, da die Krankheitsabgrenzung über das M2Q-Kriterium weiterhin einen starken Einfluss auf die Klassifikation hat.

Der Festlegungsentwurf führt zu einer relativ hohen Anzahl an negativen Kostenschätzern. Diese sind im endgültigen Verfahren auf den Wert „0,00 €“ zu setzen. Wir schlagen vor, diesen Schritt zukünftig bereits im Festlegungsentwurf zu berücksichtigen und die Ergebnisse als weitere Tabelle unter Ziffer 2 auszugeben.

Regionalisierung

Die Einführung der Regionalvariablen wird begrüßt. Die Auswahl der vorgeschlagenen zu berücksichtigenden Variablen orientiert sich am Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vom 28.06.2018. Auch dies wird ausdrücklich begrüßt.

Daher gibt es auch nur geringen Optimierungsbedarf: So werden zum Teil bereits relativ alte Daten für die Bestimmung der Variablen herangezogen. Für den Anteil der Pflegebedürftigen werden z.B. Daten aus 2015 verwendet, weil für zwei Gemeinden keine neueren Zahlen vorlagen. Alternativ könnte man zumindest für alle anderen Gemeinden die Daten aus 2017 verwenden. Es stellt sich die generelle Frage, ob die Variablen aus dem Festlegungsentwurf für das endgültige Klassifikationsverfahren gesetzt sind oder ob das BAS die Variablenauswahl neu durchführt, weil eventuell neuere Daten zur Verfügung stehen. Die Frage stellt sich insbesondere auch deshalb, weil die Variablen an Hand der Deckungsbeiträge des Ausgangsmodells und nicht des Entwurfsmodells ausgewählt wurden.

Die für das Jahr 2021 einmalig geltende Konvergenzregelung zur Reduzierung der finanziellen Wirkungen für jedes Bundesland auf 75% ist im Festlegungsentwurf nicht umgesetzt. Da diese Regelung ausschließlich für das Verfahren 2021 greift, hätte die BARMER dazu eine Diskussion erwartet.

Risikopool

Die Einführung des Risikopools mit einem Schwellenwert von 100.000 € im ersten Jahr bei einem Selbstbehalt von 20% wird begrüßt.

Bezüglich der Umsetzung geht aus dem Festlegungsentwurf nicht hervor, wie mit Kassenwechslern verfahren wird. Dazu ein Beispiel: Ein Versicherter ist ein halbes Jahr bei Kasse A und ein halbes Jahr bei Kasse B. In beiden Kassen verursacht er jeweils 80.000 € Ausgaben, zusammen also 160.000 €. Nach dem Verständnis der BARMER würden die Kosten jetzt nur reduziert in die Regression eingehen, nämlich in Höhe von $100.000 € + 0,2 * 60.000 € = 112.000 €$. Beide Einzelkassen hatten aber weniger als 100.000 € Ausgaben. Erhalten beide Kassen nichts aus dem Risikopool oder jeweils anteilig die Hälfte von $0,8 * 60.000 €$? Die BARMER bittet um Klarstellung in der endgültigen Festlegung.

Wegfall Erwerbsminderungsgruppen (EMG)

Die Streichung der EMG ist ein Bestandteil mehrerer Bausteine des GKV-FKG. Der Wegfall wird konsequent durchgeführt. Dieses Vorgehen wird begrüßt und ist sachgerecht.

Wegfall der Krankengelderwerbsminderungsgruppen (K-EMG)

Der Wegfall der K-EMG ist infolge des in Kraft Tretens der gesetzlichen Bestimmungen durch das GKV-FKG sachgerecht.

Manipulationsbremse

Da die Daten für die Berechnung der Manipulationsbremse erst nach den Datenmeldungen für das Jahr 2020 im Herbst 2021 bekannt sein werden, ist es für die BARMER nachvollziehbar, dass im Festlegungsentwurf nicht näher darauf eingegangen wird.

Die Beschreibung des BAS in den Erläuterungen zur Klassifikation besagt auf Seite 504, dass der Ausschluss der nach § 19 Absatz 2 bis 6 RSV bestimmten Morbiditätsgruppen erfolgt, indem die betroffenen Risikomerkmale bei Durchführung des Jahresausgleichs nicht als erklärende Variablen im Regressionsverfahren nach § 8 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 berücksichtigt werden (Ziffer 2.2.2.4 der Festlegung). Hierdurch werden im weiteren Verlauf des Berechnungsverfahrens für die betroffenen Risikogruppen keine Regressionskoeffizienten und keine Gewichtungsfaktoren ermittelt. Die BARMER interpretiert das Verfahren so, dass im Anschluss an den Ausschluss der Morbiditätsgruppen eine neue Regression durchgeführt wird, jedoch kein neues Grouping. Zur Vermeidung von Fehlinterpretationen bittet die BARMER um eine eindeutige Klarstellung.

Hierarchien

a) Hierarchie 01

Erstmals werden die beiden COVID-19-Diagnosen U07.1 und U07.2 berücksichtigt. Sie werden in die DXG0505, die wiederum Bestandteil der HMG0430 ist, eingeordnet und finden sich am unteren Ende der Hierarchie 01 wieder. Im vorliegenden Entwurf

wird die HMG0430 mit 0€ bewertet. Dies ist zunächst sachlich richtig, da bislang noch keine Folgekosten innerhalb der prospektiven Ausgestaltung des Klassifikationsmodells ermittelt werden können. Gleichwohl lassen erste Studien bereits erkennen, dass die COVID-19 Erkrankung an verschiedenen Organen, insbesondere Lunge, Herz oder Niere, zu Langzeitschäden führen kann. Die BARMER regt daher an, bereits in diesem Festlegungszyklus für die beiden genannten Diagnosen eine eigenständige HMG „COVID-19“ zu bilden und diese ohne Einordnung in einen Strang vorübergehend separat zu führen.

b) Hierarchie 02

Die aufgrund der Einführung des Vollmodells vorgenommenen Anpassungen in der Hierarchie 02 sind für die BARMER nachvollziehbar.

Im vergangenen Jahr hat die BARMER insbesondere für die Berücksichtigung von Arzneimitteln vier Vorschläge unterbreitet:

- 1) So ist es medizinisch sinnvoll, im Strang 02a die HMG0265 um die Arzneimittelwirkstoffe L01XC, L01XX und L04AX04 zu ergänzen.
- 2) Für die HMG0262 *Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom* ist die Berücksichtigung von Arzneimittelgruppen zur Schweregraddifferenzierung schon seit längerem möglich. Für eine (mehrfache) Arzneimitteldifferenzierung sollten die Wirkstoffe Rituximab (L01XC02), Lenalidomid (L04AX04), Bortezomib (L01XX32), Carfilozomib (L01XX45), Ixazomib (ATC L01XX50), Pomalidomid (L04AX06) oder Panobinostat (L01XX42) herangezogen werden.
- 3) Auch in Strang 02b hatte die BARMER eine Arzneimitteldifferenzierung vorgeschlagen. Unter anderem die Bildung einer Diagnosegruppe/Morbiditätsgruppe A *Solider Tumor mit besonderer antineoplastischer Therapie*, die sämtliche ICD-Codes aus den verschiedenen HMGs der Hierarchie enthält. Als berücksichtigungsfähige Arzneimittel sind die ATC-Gruppen L01XC, L01XE sowie L01XX geeignet.
- 4) Weiterhin wurde eine Überprüfung angeregt, ob analog der Hämophilie zwei hierarchisch angesiedelte HMGs einmal mit Dauermedikation und einmal mit Bedarfsmedikation angebracht sind. Die Bestimmung der jeweils erforderlichen Mindestmenge an Behandlungstagen muss dabei empirisch mit den Daten der GKV erfolgen.

Bezüglich der Begründung dieser vier Vorschläge verweisen wir auf unsere letztjährige Stellungnahme zur Festlegung 2020.

Keiner dieser Vorschläge wurde seitens des BAS einer Überprüfung unterzogen, noch wurde eine solche Prüfung in Aussicht gestellt. Als Begründung wurde angeführt, dass für die genannten Diagnosegruppen gegenwärtig weder eine Validierung noch

eine Differenzierung über Arzneimittel stattfindet und damit nicht die Zuordnungsliste ergänzt wird, sondern eine Änderung der Aufgreifkriterien für die entsprechenden DXGs vorgeschlagen wird. Eine Überprüfung würde daher eine größere Überarbeitung der Hierarchie, auch unter dem Aspekt der Diskussion über Anreizwirkungen, nach sich ziehen.

Selbstverständlich ist der BARMER bewusst, dass die Berücksichtigung und ggf. Differenzierung über die vorgeschlagenen Arzneimittelwirkstoffe eine Überprüfung/Veränderung der Aufgreifkriterien impliziert. Dies aber als Begründung für eine Nichtbearbeitung heranzuziehen hält die BARMER für nicht sachgerecht. Nach erstmaliger Einführung des Vollmodells wird es dringend notwendig sein, sehr viele Zuschlagsgruppen durch Arzneimittel zu validieren, die bisher noch überhaupt nicht im MorbiRSA enthalten waren, um auch dort die Qualität des bisherigen Verfahrens zu erreichen. Die Aufrechterhaltung der oben dargestellten Position des BAS würde die Weiterentwicklung des Vollmodells daher sehr stark behindern. Wir wiederholen daher unsere Vorschläge vom vergangenen Jahr und bitten erneut um eine Prüfung bzw. zumindest um einen Zeithorizont, wann die Prüfung seitens des BAS durchgeführt werden soll.

c) Hierarchie 04

Es wird auf den Vorschlag zur Berücksichtigung von Apheresen in der Hierarchie 20 verwiesen und eine externe Dominanz der dortigen HMG0130 auf die HMG0024 vorgeschlagen.

d) Hierarchie 06

Die Hierarchie 06 ist gegenüber der Festlegung 2020 deutlich gewachsen. Der Vorschlag unterbreitet nun 10 Hierarchiestränge innerhalb der Hierarchie. Die dabei vom BAS vorgenommenen Einfügungen und Anpassungen sind seitens der BARMER überwiegend nachvollziehbar.

Im Rahmen der Diskussion des BAS wurden die Hierarchiestränge 1, 7 und 8 gegenüber dem Ausgangsmodell nicht geprüft. Eine Begründung, weshalb diese drei Hierarchiestränge keiner weiteren Überprüfung unterzogen wurden, wurde nicht formuliert.

Der Strang 7 besteht nur aus den beiden HMGs 0173 und 0593. Die ermittelten Kostenschätzer liegen mit 1399€ und 957€ weit genug auseinander, so dass die nicht erfolgte weitere Untersuchung nachvollziehbar ist.

Bei den beiden Strängen 1 und 8 ergeben sich aber durchaus prüfenswerte Kombinationen, da die Unterschiede bei den Kostenschätzern nicht immer deutlich sind. Die BARMER regt daher an, auch diese beiden Stränge bis zur endgültigen Festlegung einer Überprüfung zu unterziehen.

Der ICD-Code K91.80 *Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung* ist der DXG0764 *Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen* und der gleichnamigen HMG0034 im Strang 1 zugeordnet. Die generalisierte Mukositis tritt als Nebenwirkung einer onkologischen Therapie auf und betrifft neben dem Magen-Darmtrakt auch die Schleimhäute der Mundhöhle. Die BARMER schlägt daher die Prüfung der Verschiebung des genannten ICD-Codes in die DXG0192 der HMG0203 in der Hierarchie 08 vor.

Der ICD-Code K91.2 *Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert* umfasst das Syndrom der blinden Schlinge nach chirurgischem Eingriff und ist der Ausschlusskategorie 501 zugeordnet, während andere unspezifische ICD-Codes der intestinalen Malabsorption der DXG0296 *Intestinale Malabsorption* und damit der gleichnamigen HMG0304 zugeordnet sind. Zu nennen sind hier die ICD-Codes K90.2 *Syndrom der blinden Schlinge, anderenorts nicht klassifiziert*, K90.8 *Sonstige intestinale Malabsorption*, K90.4 *Malabsorption durch Intoleranz, anderenorts nicht klassifiziert*, K90.8 *Sonstige intestinale Malabsorption* sowie K90.9 *Intestinale Malabsorption, nicht näher bezeichnet*. Die BARMER schlägt die Prüfung der Zuordnung des ICD-Codes K91.2 in die DXG0296 vor.

e) Hierarchie 07

Die vorgeschlagene Hierarchie 07 besteht aus 6 Strängen, denen insgesamt 22 HMGs zugeordnet sind.

Für die DXG0183 *Osteomyelitis* ist das Aufgreifkriterium Arzneimittel obligat festgelegt. Die BARMER schlägt vor Fluorchinolone (J01MA) als auch Glycopeptid-Antibiotika (J01XA), die bei der Behandlung einer Osteomyelitis eingesetzt werden, in die Liste der zu berücksichtigenden Arzneimittelwirkstoffe aufzunehmen.

Die DXG0313 enthält als einzigen ICD-Code den ICD I00 *Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung*. Diese Erkrankung muss mit einer Antibiotikatherapie behandelt werden. Aus diesem Grund sollte für die DXG die Einführung einer Arzneimittelvalidierung (Arzneimittel obligat mit akut-rezidivierendem Verlauf) geprüft werden. Zu berücksichtigen sind Antibiotika, insbesondere Penicilline, Makrolide und Clindamycin.

Die der Hierarchie 07 zugeordneten ICD-Codes der Arthrose (M15-M19) befinden sich sowohl im ersten als auch im zweiten Strang der Hierarchie. Während die Diagnosen der Osteoarthrose der Hüfte oder des Knies (M16./M17.-) der HMG0040 des zweiten Hierarchiestrangs zugeordnet sind, sind die ICD-Codes der Polyarthrose (M15.-) auf die HMGs 0566 bzw. 0605 des ersten Hierarchiestrangs aufgeteilt. Die ICD-Codes der Rhizarthrose (M18.-) und die sonstigen Arthrosen befinden sich zum überwiegenden Teil in der HMG0315, die u. a. sowohl von der HMG0040 als auch den HMGs 0566 und 0605 dominiert wird.

Die ICD-Codes der Arthrose sollten aus medizinischen Gründen einem Hierarchiestrang zugeordnet werden. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die den

HMGs 0566 bzw. 0605 zugeordneten ICD-Codes M15.- aus den entsprechenden DXGs auszugliedern und in den zweiten Hierarchiestrang bzw. die HMG0315 zu integrieren.

In der DXG0213 *Bindegewbserkrankungen mit Systembeteiligung* der HMG0209 *Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates* befinden sich zwei ICD-Codes, die aus medizinischen Gründen den Autoimmunerkrankungen zuzuordnen sind. Es wird daher vorgeschlagen, die ICD-Codes M35.4 *Eosinophile Fasziitis* und M35.6 *Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit]* in den entsprechenden Strang 4 zu verschieben.

Die Knochentuberkulose als Erscheinungsform der Tuberkulose wird der Hierarchie 01 *Infektionen* zugeordnet. Die ICD-Codes der *Myositis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten* (M63.0*) und der *Myositis bei anderenorts klassifizierten Protozoen- und Parasiteninfektionen* (M63.1*) werden der Hierarchie 07 zugeordnet, obwohl die korrespondierenden Kreuzdiagnosen den HMG0368 *Syphilis und weitere näher bezeichnete Geschlechtskrankheiten*, HMG0487 *Bakterielle Infektionen* und HMG0430 *Sonstige Infektionen* der Hierarchie 01 zugeordnet sind. Die BARMER schlägt vor, die genannten ICD-Codes in die Hierarchie 01 zu verschieben.

f) Hierarchie 08

Für die Hierarchie 08 werden 4 Stränge mit 35 HMGs vorgeschlagen.

Es wird auf den Vorschlag in der Hierarchie 20 verwiesen, bei der die BARMER eine externe Hierarchie von der HMG0139 auf die HMG0050 in die Hierarchie 08 unterbreitet.

Die vom GKV-SV bereits im vergangenen Zyklus vorgeschlagene Arzneimitteldifferenzierung für die idiopathische thrombozytopenische Purpura bzw. den hereditären Faktor X- Mangel hält die BARMER weiterhin für sinnvoll.

g) Hierarchie 10

Die Hierarchie 10 wurde gegenüber der Festlegung 2020 um die HMG0352 ergänzt. Darüber hinaus gab es keine weiteren Anpassungen.

Verschiedene Untersuchungen aus dem Inland und Ausland zeigen einen Zusammenhang zwischen einer alkoholbedingten Sucht und Depressionen. Denn Alkohol ist eine depressiogene Substanz und führt regelhaft zu depressiven Verstimmungen. Alkohol-kranke Menschen sind demnach einem erhöhten Risiko für Depression, Burnout und weiteren psychischen Krankheiten ausgesetzt.

Die BARMER schlägt eine externe Dominanzbeziehung von der HMG0053 auf die HMG0057 im Strang 1 der Hierarchie 11 vor. Zudem eine externe Dominanz der HMG0053 auf die weiteren Stränge in der Hierarchie 11.

h) Hierarchie 11

Im Strang 4 der Hierarchie ist an vorletzter Stelle die HMG0512 *Organische Persönlichkeitsstörung, nicht-psychotisch organische Störung, n.n.bez.* einsortiert. Sie besteht aus den beiden Diagnosen F07.0 und F07.9. Unter einer organischen Persönlichkeitsstörung wird eine andauernde Veränderung des Verhaltens, Denkens und Fühlens, welches ursächlich organisch bedingt ist, bezeichnet. Dies kann durch verschiedene Ereignisse bzw. Krankheiten verursacht werden. Eine sehr häufige Ursache ist die Demenz. Die BARMER schlägt daher die Prüfung einer externen Dominanz aus der Hierarchie 09 auf die HMG0512 vor.

Die HMG0517 *Störungen der Geschlechtsidentität* beinhaltet ausschließlich die DXG0669 mit dem gleichen Namen. Die Bezeichnung halten wir für die zu dieser HMG zählenden Personen für nicht geeignet. Die BARMER schlägt daher eine Umbenennung der HMG0517 und der DXG0669 in *Geschlechtliche Inkongruenz* vor. Des Weiteren sollte die HMG517 nicht in den Strang der sexuellen Störungen eingegliedert werden, sondern alleine stehen. Zur Begründung zitieren wir die Darstellung der Bundeszentrale für politische Aufklärung: (<https://www.bpb.de/gesellschaft/gender/geschlechtliche-vielfalt-trans/245353/medizinische-einordnung-von-transidentitaet>)

" Im Zuge der Überarbeitung der ICD hat die zuständige Arbeitsgruppe (Working Group on Sexual Disorders and Sexual Health) empfohlen, die Kategorie Transsexualismus (F64.0) als Geschlechtsinkongruenz, d. h. als eine Nichtübereinstimmung der Geschlechtsidentität mit den Geschlechtsmerkmalen des Körpers, im Jugend- und Erwachsenenalter neu zu konzipieren. Auch die Kategorie Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalters (F64.2) soll in Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter umbenannt werden. Darüber hinaus hat die Arbeitsgruppe dafür plädiert, die Geschlechtsinkongruenz nicht länger den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zu zuordnen, sondern stattdessen in einem neuen Kapitel "Probleme/Zustände im Bereich der sexuellen Gesundheit " zu verorten."

Strang 5 beginnt mit den beiden HMG0442 und HMG0645. Die Bezeichnung beider HMGs mit *Dissoziative Störungen, näher bezeichnet* und *Sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen* ist sehr ähnlich. Sämtliche Diagnosen beider HMGs kommen aus der ICD-Gruppe F44.x. Die Kostenschätzer mit einerseits 1.612€ und andererseits mit 1.320€ liegen nicht allzu weit voneinander entfernt. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Unterschiede der beiden vorgeschlagenen HMGs medizinisch nicht sehr bedeutend sind und mit hoher Wahrscheinlichkeit Kodiervarianten darstellen. Die BARMER schlägt daher zur Vereinfachung des Modells und zur Erhöhung der Manipulationsresistenz die Zusammenlegung der HMG0442 und HMG0645 vor.

Unter Hierarchie 10 schlägt die BARMER eine Dominanz der HMG0053 auf die HMG0057 vor. Des Weiteren kommt es auch bei nahezu allen HMGs der Stränge 2 bis 5 häufig zu einem zusätzlichen Auslösen der HMG0057, denen keine Mehrkosten gegenüberstehen. Wir schlagen daher vor, zur Stärkung der Manipulationsresistenz eine Dominanzbeziehung auf die HMG0057 und damit auch die darunter stehende HMG0384 für alle Stränge der Hierarchie 11 einzuführen.

Durch die verschiedenen Vorschläge würden sich die Hierarchie 11 wie folgt gestalten:

Strang 1: HMG0055 → HMG0058 → HMG0066 → HMG0067 → HMG0068 → HMG0053 → HMG0057 → HMG0384

Strang 2: HMG0054 → HMG0056 → HMG0069 → HMG0057 → HMG0384

Strang 3: HMG0060 → HMG0643 → HMG0057 → HMG0384

Strang 4: HMG0517 → HMG0014 → HMG0230 → HMG0512 → HMG0654, zusätzlich: ... → HMG0230 → HMG0057 → HMG0384

Strang 5: HMG442/HMG0645 → HMG0973 → HMG0975 → HMG0656 → HMG0650, zusätzlich ... → HMG0975 → HMG0057 → HMG0384

Externe Dominanz Demenz (Hierarchie 09) zu HMG0512: HMG0012 → HMG0974 → HMG0972 → HMG0485 → HMG0512 → HMG0654

i) Hierarchie 14

In der Hierarchie 14 werden 9 Stränge vorgeschlagen, denen insgesamt 44 HMGs zugeordnet sind.

Die BARMER schlägt die Berücksichtigung des ATC-5-Stellers N02BG für die DXG0846 im Strang 2 vor. Cannabinoide werden zur Verbesserung von Symptomen bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik bei Multipler Sklerose eingesetzt.

Der Hierarchie ist im Strang 3 der Morbus Parkinson zugeordnet. Morbus Parkinson wird grundsätzlich mit Arzneimitteln behandelt. Zu berücksichtigen sind die ATC-5-Steller N04AA, N04BA, N04BB, N04BC, N04BD und N04BX. Die BARMER schlägt daher eine Arzneimittelvalidierung über die genannten Wirkstoffe vor.

Im Zusammenhang mit der Arzneimitteltherapie, insbesondere bei der Gabe von Dopamin-Agonisten, tritt bei nahezu der Hälfte der Erkrankten eine Störung der Impulskontrolle mit zwanghaftem Verhalten auf. Aus diesem Grunde sollte die Komorbidität zu den der Hierarchie 11 *Psychische Erkrankungen* zugeordneten entsprechenden HMGs überprüft werden.

j) Hierarchie 16

Auswertungen auf Daten der Barmer zeigen, dass es bei schweren angeborenen Herzfehlern insb. im ersten Lebensjahr zu sehr hohen Kosten kommt. Daher wird vorgeschlagen, diese Gruppe in der Hierarchie 27 gesondert zu berücksichtigen. (vgl. Ausführungen unter Hierarchie 27)

Des Weiteren zeigt sich, dass die Unterscheidung in schwere angeborene Herzfehler und sonstige Herzfehler bis zum 17. Lebensjahr gerechtfertigt ist. Im Erwachsenenalter sind die Kosten jedoch identisch, sodass wir eine Überprüfung der DXGs 0632 und 0633 (HMG0495) und der DXGs 1300, 1301 und 1306 (HMG0445) vorschlagen.

k) Hierarchie 18

Die Hierarchie 18 besteht im Festlegungsentwurf aus 7 Strängen, denen wiederum 24 HMGs zugeordnet sind.

Strang 4 besteht aus den drei HMGs 0358, 0707 und 0719. Die an der mittleren Position von Strang 4 stehende HMG0707 besteht aus der DXG0031 und die am Ende stehende HMG0719 aus der DXG0980. Die beiden DXGs enthalten Diagnosen zu den Krankheitsbildern Dissektionen und Aneurysmen.

Als Aortendissektion beziehungsweise Aneurysma dissecans aortae bezeichnet man in der Medizin eine Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader (Aorta), meist verursacht durch einen Einriss der inneren Gefäßwand (Tunica intima) mit nachfolgender Einblutung zwischen den Schichten. Sie verursacht in aller Regel plötzliche, heftige Schmerzen und ist unmittelbar lebensbedrohlich, weil sie zu einem Aufplatzen der Hauptschlagader (Aortenruptur) und zu akuten Durchblutungsstörungen verschiedener Organe führen kann.

Das Aneurysma, auch Arterienverweiterung oder umgangssprachlich arterielle Ausbuchtung genannt, ist eine spindel- oder sackförmige, örtlich begrenzte, permanente Erweiterung des Querschnitts von Schlagadern (selten von Venen) infolge angeborener oder erworbener Wandveränderungen.

Die Diagnosen der Dissektion sollten die Diagnosen der Aneurysmen dominieren. Diese Sicht bilden auch die (Folge-)Kosten ab. Die BARMER schlägt daher die Verschiebung der ICD-Codes I71.2 I71.4 und I71.6 von der DXG0031 mit der neuen Bezeichnung Dissektion in die DXG0980 mit der neuen Bezeichnung Aneurysma vor. Die HMGs 0707 und 0719 sind in *Dissektion* und *Aneurysma* umzubenennen.

Da die Kostenschätzer der so neu gebildeten HMG0719 und der HMG0722 aus Strang 4 nah beieinanderliegen, wird darüber hinaus die Zusammenlegung dieser beiden HMGs im Strang 2 unter der HMG0719 vorgeschlagen.

Aus medizinischer Sicht ist es nicht nachvollziehbar warum es in der Hierarchie drei HMGs gibt, in denen Thrombosen und Hypotonien vorkommen. Auch scheint es unlogisch, weshalb nicht alle Diagnosen für Thrombosen im Strang 5 verortet werden. Sachgerecht erscheint eine Bündelung der Hypotonie und Thrombose. Thrombose sollte hierbei in den Hierarchiestrang der Venenerkrankungen eingeordnet werden. Die Hypotonie hat einen begrenzten Krankheitswert und kann im Strang der Aneurysmen bleiben. Die Erkrankung der Kapillaren ist ebenfalls von begrenzter Krankheitswirkung (durchgezogene Leberflecken, sichtbare Gefäße, Raynaud-Syndrom) und sollte den Varizen zugeordnet und aufgrund eines negativen Schätzer aufgelöst werden.

Die BARMER schlägt daher die Verschiebung der DXG0510 aus der HMG0361 in die HMG0734 vor. Darüber hinaus soll die DXG0982 von der HMG0361 in die HMG0338 verschoben werden. Die HMG0361 ist in *Erkrankungen der Kapillaren*, die HMG0734 in *Hypotonie* und die HMG0338 in *Thrombosen* umzubenennen. Darüber hinaus soll die HMG0728 in der neu gebildeten HMG0361 aufgehen.

I) Hierarchie 20

Im Strang 1 der Hierarchie 20 stehen die HMG0130, HMG0134, HMG0137, HMG0136 und HMG0139 hierarchisiert untereinander. Die HMGs sind aufgrund der Höhe der einzelnen Kostenschätzer gut voneinander abgegrenzt. Analysen auf den Daten der BARMER haben gezeigt, dass Versicherte mit einer der oben genannten HMGs mit hoher Wahrscheinlichkeit auch eine Anämie haben. Bei der regelmäßigen Blutreinigung werden nebenbei auch giftige Stoffwechselschlacken entfernt. Zudem geht beim Dialyseprozess auch Blut verloren. Dies kann zu einer zunehmenden Anämie führen.

Für eine sachgerechtere Darstellung dieses medizinischen Zusammenhangs schlägt die BARMER eine externe Dominanz von der HMG0139 auf die HMG0050 in die Hierarchie 08 vor.

Im mittleren Strang der Hierarchie stehen die HMG0340 und die HMG0140 an zweiter und dritter Stelle. Beide HMGs bestehen aus jeweils einer DXG. Für die HMG0340 ist es die DXG403, die wiederum aus den ICD-Codes N15.11, N13.6, N15.10 und N15.1 bestehen. Die der HMG0140 zugeordnete DXG0555 enthält die ICD-Codes N39.0, N37.0, N34.3, N34.2 und N34.0

Beide DXG beinhalten damit Diagnosen für Abszesse. Die Abszesse können dabei in der Nierenkapsel oder an der Harnröhre auftreten. Analysen bei der BARMER haben dabei ergeben, dass Patienten eine Überdeckung aufweisen. Für eine bessere Abbildung der Kostenstruktur schlägt die BARMER daher die Einführung einer neuen HMG und deren Einordnung in den mittleren Zweig vor, die aus genau einer DXG mit den ICD-Codes N15.10, N15.1, N15.11 und N34.0 besteht.

Die HMG0538 im Strang 3 der Hierarchie besteht aus der DXG0696, die wiederum 13 ICD-Codes beinhaltet. Dazu zählen mit den ICD-Codes N32.2, N32.1 und N36.0 auch Fisteln. Versicherte mit Urogenitalfisteln sind gegenüber den anderen Diagnosen in der HMG0538 deutlich unterdeckt. Die BARMER schlägt daher die Erweiterung der Hierarchie um eine neue HMG *Urogenitalfisteln* mit einer neuen DXG *Urogenitalfisteln* vor, in der die ICD-Codes N32.2, N32.1 und N36.0 einsortiert werden.

Weiterhin ist die Abbildung der HMG0130 bzw. die Verwendung des Kennzeichens „extrakorporale Blutreinigung“ ausschließlich für die sachgerechte Schweregradifferenzierung von Nierenkrankheiten nach Einführung des Vollmodells nicht mehr vertretbar.

Bereits seit Einführung des „alten“ Risikopools im Jahr 2002 ist bekannt, dass Verfahren zur extrakorporalen Blutreinigung keineswegs nur in Fällen des Ausfalls der natürlichen Nierenfunktion zum Einsatz kommen.

Das bekannteste weitere extrakorporale Blutreinigungsverfahren ist die Lipoproteina-pherese/Lipidapherese (früher „LDL- Apherese“) sowie weitere Apheresen. Bereits bei Einführung des alten Risikopools wurde klargestellt, dass diese Verfahren der klassischen Dialyse hinsichtlich ihrer „Ausgleichsfähigkeit“ im Risikopool gleichstehen. Diese Festlegung wurde in die Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V übernommen. So ist z.B. der Entgeltschlüssel „85140011 (Teilstationäre LDL Apherese)“ in der Liste derjenigen Entgeltschlüssel, die zur Ableitung der Kontierung „466“ (Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen) berechtigen, enthalten.

Durch diese jahrelange Zuordnungspraxis ist die Abdeckung derjenigen Versicherten mit einer Diagnose Z51.81 *Apherese* durch das Kennzeichen extrakorporale Blutreinigung etwa dieselbe, wie die der Diagnosen Z49.X bzw. Z99.2 *Prozedurdiagnosen Dialyse* durch dieses Kennzeichen. Tatsächlich ist die Identifikationskraft beider Kombinationen dieselbe. Die zeitgleichen Kosten und die Folgekosten beider Gruppen sind sehr vergleichbar. Die Deckungsbeiträge sind es nicht. Sie liegen um ca. 40.000 Euro und damit um die durchschnittlichen Jahreskosten einer extrakorporalen Blutreinigung auseinander.

Insofern wurden die Apheresen bereits seit 2009 beim Kennzeichen extrakorporale Blutreinigung berücksichtigt, trotz ähnlicher Folgekosten jedoch nicht bei der HMG0130 *Dialysestatus*. Dies war nachvollziehbar, denn die Krankheiten, welche (im Extremfall) die weitaus meisten Apheresen notwendig machen (über 95%), sind weitverbreitet und waren bis zum Vollmodell nicht Teil des Krankheitsfilters.

Krankheitsbezeichnung	Code
Familiäre Hypercholesterinämie	E78.0/E78.4*
Lp(a)-Hyperlipoproteinämie	E78.6*
Hypertriglyzeridämie	E78.1/E78.2/E78.3*

*Da alle näher bezeichneten Hyperlipidämien zu einer Apherese- Behandlung führen können, ist auch der Code E78.5 „Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet“ zu berücksichtigen.

Nur in sehr seltenen Fällen sind Apheresen auf Krankheiten zurückzuführen, die schon vor 2021 Teil des Krankheitsfilters waren:

Rheumatoide Arthritis	M05-M09
Hämochromatose	E83.1
Chron. Polyneuritis, Guillain-Barré-Syndrom	G61.0/G61.8

Daher war ein Zuordnungskriterium nach Muster der DXG0821 *Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz* (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung) mangels zulässiger Krankheit gar nicht möglich. Ein Zuordnungskriterium nach Muster der

DXG0850 *Dialysestatus* (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung) war allerdings auch nicht möglich, da eine Apherese nicht zu einem Zuschlag führen darf, wenn die dahinterstehende Krankheit aller Voraussicht nicht Teil des Krankheitsfilters ist.

Das hat sich geändert und die BARMER schlägt daher die Einrichtung einer DXG nach Muster der DXG0850 für die ICD Z51.81 *Apherese* (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung) vor. Da die zugrunde liegenden Krankheiten, die überwiegend mit E78 kodiert werden, häufig sind, schlägt die BARMER darüber hinaus als Arzneimittelvalidierung eine Mindestmenge von 183 DDD der ATC-5-Steller C10AA, C10AB, C10AC, C10AD, C10AP, C10AX, C10BA, C10BB, C10BE, C10BP und C10BX vor.

Die Leitlinien zur Lipoproteinapherese sehen ausdrücklich eine laufende Arzneimitteltherapie ergänzend zur Apherese vor. Aufgrund der voraussichtlich sehr ähnlichen Zuschlagshöhe und der engen technischen Verwandtschaft sollte die DXG unter Ausschluss zufälliger Mehrfachnennungen in die bereits existierende HMG0130 führen. Von ihr geht eine externe Dominanzbeziehung zur HMG0024 in der Hierarchie 04 aus.

Durch den Vorschlag werden über 95% der Menschen mit einer Apherese sachgerecht zugeordnet. Der verbleibende Teil ist bei der BARMER sehr gering und deutet auf GKVweit unter 100 Fälle hin. Soweit der verbleibende Teil auf Ebene der GKV wider Erwarten erheblich höher sein sollte, schlagen wir zusätzlich vor:

Die Einrichtung einer weiteren DXG nach Muster der bisherigen DXG0821, d. h. mit ätiologischem Krankheitsbezug. Notwendig ist das Vorliegen der Diagnosen M05-M09, E83.1, G61.0 oder G61.8 zusammen mit dem Kennzeichen „extrakorporale Blutreinigung“. Eine weitere Validierung mit Arzneimitteln halten wir hier in Anbetracht der bereits sehr engen Validierung über das Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung nicht für notwendig. Eine doppelte Validierung über Diagnosen durch den Code Z51.81 erscheint denkbar. Für die HMG-Zuordnung gilt das bereits ausgeführte. In diesem Fall sollten externe Dominanzbeziehungen in den entsprechenden Hierarchien erfolgen. Die Berücksichtigung der Patienten mit Apheresen aufgrund Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstigen Lipidämien ist für die BARMER aber deutlich prioritär.

m) Hierarchie 21

In der Hierarchie 21 wird der ICD-Code O00.8 *Sonstige Extrauterin gravidität* in die DXG1033 und der ICD-Code O00.9 *Extrauterin gravidität, nicht näher bezeichnet* in die DXG1034 einsortiert. Die DXG1033 ist in die HMG0427 einsortiert und steht an der ersten Stelle des Strangs 1. Die DXG1034 ist in die HMG0773 einsortiert und steht an der vorletzten Stelle des Strangs 1.

Die Extrauterin gravidität bezeichnet die Implantation einer Blastozyste außerhalb des Cavum uteri. Sie ist auch unter dem Begriff der Eileiterschwangerschaft bekannt. Neben der anamnestisch abdominalen Schmerzsymptomatik und der sekundären Amenorrhö ist grundsätzlich eine klinische Untersuchung angezeigt. Lediglich in wenigen Fällen, wenn die Extrauterin gravidität sehr früh erkannt wird, kommt eine konservative, medikamentöse Therapie in Betracht.

Die BARMER schlägt daher vor, die beiden ICD-Codes O00.8 und O00.9 zu einer eigenständigen DXG und HMG zusammenzulegen und das Aufgreifkriterium stationär erforderlich zu vergeben. Je nach Kostenstruktur ist die neue HMG in den Strang 1 einzusortieren.

n) Hierarchie 22

Bereits im vergangenen Jahr hat die BARMER eine andere Arzneimitteldifferenzierung für die HMG0219 und HMG0210 im Strang 3 der Hierarchie vorgeschlagen. Auf die Begründung der BARMER vom vergangenen Jahr wird verwiesen. Die BARMER schlägt erneut vor, in der bisherigen Arzneimittelliste die Immuntherapeutika von den klassischen systemischen Wirkstoffen zu trennen und aus den bestehenden zwei HMGs zukünftig eine Arzneimitteldifferenzierung über drei HMGs auszugestalten. Die Auswertung der Daten zeigt, dass topische bzw. systemische Wirkstoffe auf verschiedene Schweregrade der Psoriasis hinweisen. Deutlich kostenintensiver sind Immuntherapeutika und die klassischen systemischen Wirkstoffe. Eine Therapie mit Wirkstoffen der Gruppe L04A wird erst begonnen, wenn die topische und klassisch medikamentöse Therapie zuvor gescheitert waren.

o) Hierarchie 23

Für die Hierarchie 23 wurden 7 Stränge vorgeschlagen. Im Strang 1 steht die HMG1024 über der HMG0153. Die HMG0153 besteht aus den DXG0294 und DXG0645. Beide DXG haben das Aufgreifkriterium stationär erforderlich.

Die darüberstehende HMG1024 besteht aus der DXG0644 *Pathologische Fraktur bei Neubildungen*. Das Aufgreifkriterium stationär erforderlich wurde nicht gesetzt. Die Zahl der verschiedenen Krebserkrankungen nimmt stetig zu. Damit einhergehend steigt auch die Zahl der pathologischen Frakturen. Pathologische Frakturen sind daher relativ häufig und betreffen vornehmlich die Wirbelsäule, das Becken, Femurknochen und den Humerus. Art und Ausmaß der operativen Therapie richten sich unter anderem nach der Entität, dem Zeitpunkt des Auftretens der Metastasen, dem Erkrankungsstadium und der Lokalisation der Fraktur. Sie findet überwiegend stationär statt. Die BARMER schlägt daher vor, für die DXG0644 das Aufgreifkriterium stationär erforderlich zu vergeben.

p) Hierarchie 27

Das BAS schlägt für die Hierarchie 27 zwei Stränge mit insgesamt 15 HMGs vor. Im Strang 1 werden die möglichen Schädigungen des Säuglings an den verschiedenen Organen hierarchisiert. Auffällig ist dabei, dass die HMGs zu Herzfehlern bei Neugeborenen nicht in der Hierarchie 27 integriert werden. Vielmehr werden diese HMGs durch Alterssplits in der Hierarchie 16 verortet.

Dieses Vorgehen ist für die BARMER nach Einführung des Vollmodells nicht nachvollziehbar. Die BARMER schlägt vor, sämtliche Krankheiten eines Neugeborenen bis zur Vollendung zumindest des 1. Lebensjahres in die Hierarchie 27 zu verschieben.

Für die Herzkrankheiten eines Neugeborenen betrifft das die HMG0231 mit der DXG0378, die HMG0301 mit den DXG 0969 und 0393 sowie die HMG1006 mit den DXG 0374, 0375, 0381 und 0394. Die HMGs sollen in den 1. Strang integriert werden.

Das BAS hat die HMG0169, *Risikogeburt näher bezeichnet*, in drei neue Morbiditätsgruppen zerlegt. Hierbei ist eine Schweregraddifferenzierung erfolgt, welche dazu geführt hat, dass die neue HMG0168 *Risikogeburt*, HMG0239 *Sonstige Erkrankungen des Verdauungssystems in der Perinatalperiode* und HMG0333 *Transitorische endokrine Störungen des Neugeborenen, sonstige Risikogeburt* aufgrund von medizinischer Heterogenität neu zusammengesetzt wurden. Die Barmer hat den Eindruck gewonnen, dass bei der Neusortierung der Diagnosen die Schweregraddifferenzierung nicht mehr beachtet wurde und dass hierdurch kostenheterogene Krankheitsbilder in gleiche HMGs eingeordnet wurden. Nachfolgend wird eine nicht abschließende Anzahl an Beispielen dargelegt, welche den Eindruck untermauern:

- 1) Übergewichtige Neugeborene, P08.0, sind in der höchsten HMG für schwere Risikogeburt, HMG0168, eingeordnet. Hierbei handelt es sich um Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von 4500 Gramm und mehr. Gleichwohl derartig schwere Föten häufig mit einem Kaiserschnitt auf die Welt kommen und diese Menschen in ihrem Leben eine erhöhte Prävalenz für Asthma, bestimmte Hirntumoren und Depressionen aufweisen, sind im Allgemeinen keine gesonderten einjährig-prospektiven Folgekosten im Sinne des Morbi-RSA vorhanden. Die Einordnung in die schwerste Kategorie für Risikogeburt führt daher zu einer deutlichen Überdeckung der Versicherten.
- 2) Die P0.3 *Sonstige vor dem Termin Geborene* haben ein Gestationsalter von 28 oder mehr vollendeten Wochen, jedoch weniger als 37 vollendeten Wochen (196 bis 259 vollendete Tage) und bilden damit eine sehr heterogene Gruppe der Frühchen. Frühchen nach P07.3 haben in ca. 50% der Fälle eine Kodiagnose P07.12, Geburtsgewicht 1500 bis unter 2500 Gramm. Da es sich bei der P07.12 um das wesentlich zielgerichtete Maß für eine Risikogeburt handelt, ist es erstaunlich, dass die P07.12 und sogar die viel schwerwiegendere P07.11 (unter 1500 Gramm) in die HMG0843 führt, während die P07.3 hingegen in die HMG0168 führt. In der Folge sind die schwerwiegenden Fälle mit sehr leichten Neugeborenen (P07.11 oder P07.12) finanziell unterdeckt. Die leichteren Fälle mit zu zeitig Geborenen führen hingegen in die HMG0168 und sind finanziell überdeckt.
- 3) Die HMG0843 beinhaltet die Diagnosen P22.0 *Atemnotsyndrom*, P28.0 *primäre Atelektase* und P27.1 *Bronchopulmonale Dysplasie*. Es handelt sich um sehr schwere Lungenfunktionsstörungen, vor allem bei frühgeborenen Kindern mit häufiger Todesfolge und hohem Leistungsaufwand. Die Einordnung in die HMG0843 an Stelle der HMG0168 ist nicht nachvollziehbar.

Die Barmer regt an, die Zuordnung der Diagnosen in die Gruppe der Risikogeburten zu überprüfen und hierbei insbesondere die Gruppe der schweren Risikogeburten, HMG0168, auf Kostenhomogenität zu überprüfen.

q) Hierarchie 29

Die Hierarchie 29 wird für die Festlegung 2021 aufgrund der Einführung des Vollmodells erstmalig umgesetzt. Sie besteht aus vier Strängen mit insgesamt 16 HMGs.

Im Strang 1 finden sich an den beiden letzten Plätzen die HMG1010 mit den DXG 0157, 0474 und 0483 sowie die HMG0416 mit den DXG 0511, 0561, 0562, 0957, 1150, 1151, 1152 und 1157.

In der DXG0483 und in der DXG1157 finden sich Diagnosen für einen Hörverlust. Die DXG1157 enthält dabei nur die Diagnose H91.9 *Hörverlust, nicht näher bezeichnet*. Alle anderen Diagnosen zum Hörverlust befinden sich in der DXG0483. Aus medizinischer Sicht sollten alle Diagnosen in einer DXG zusammengefasst werden. Die BARMER schlägt vor, die DXG0483 aus der HMG1010 und die DXG1157 aus der HMG0416 herauszulösen und eine neue HMG *Hörverlust* mit den DXG0483 und DXG1157 zu bilden und in den Strang 1 zu integrieren.

Strang 2 besteht aus den HMGs 0197, 0378, 0059 und 0426. Die HMG0426 *Nasendpolypen, allergische Rhinitis, sonst. chron. Sinusitis, Streptokokken- Pharyngitis, Scharlach und n.n.bez. andere Erkrankungen der oberen Atemwege* umfasst leichtere Erkrankungen und hat einen negativen Kostenschätzer.

In der HMG0426 bilden die ICD-Codes J32.9 *Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet* und J32.8 *Sonstige chronische Sinusitis* die DXG1154 *Sonstige chronische Sinusitis*. Die zugehörigen Versicherten sind deutlich unterdeckt. Der Kostenschätzer der HMG0378 liegt um rund 150 Euro höher als für die HMG0426. Die BARMER schlägt daher vor, die DXG1154 in die HMG0378 zu verschieben.

Auch die DXGs 0521 und 1007 sind deutlich unterdeckt. Die BARMER schlägt daher vor, die HMG0426 nur noch mit der DXG0517 zu besetzen. Für die beiden DXG0521 und DXG1007 ist eine eigenständige HMG *Nasendpolypen / Allergische Rhinitis / N.n.bez. andere Erkrankungen der oberen Atemwege* zu bilden und in den Strang 2 zu integrieren.

Strang 4 der Hierarchie besteht aus den HMG0141 und HMG0877. Beide HMGs beziehen sich auf Krankheiten der Lippen- bzw. Gaumenspalte. Bei einer Gaumenspalte wird wenige Tage nach der Geburt eine Gaumenplatte angefertigt, um Mund und Nase zu trennen. Während des Wachstums des Säuglings muss diese Platte regelmäßig kontrolliert, angepasst und ggf. erneuert werden. Bei Spaltung des weichen Gaumens folgt ab dem 3. Monat eine HNO-Behandlung zur Kontrolle des Hörvermögens. Im 1. Lebensjahr wird die Spalte an den Lippen, dem Oberkiefer und dem weichen Gaumen operativ verschlossen. Die Behandlung der Gaumenspalte am harten Gaumen verursacht deutlich höhere Kosten als die Behandlung am weichen Gaumen.

Die BARMER schlägt daher vor die ICD-Codes Q37.3, Q37.2, Q37.5, Q35.3, Q36.0, Q35.1, Q36.1 und Q35.7 von der DXG1330 in die DXG1135 der HMG0877 zu verschieben. Darüber regen wir eine Überprüfung an, ob ein Alterssplit bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres die Gütemaße verbessert und die HMG für das Alter 0-1 in die Hierarchie 27 verschoben werden sollte.

r) Hierarchie 30

Die Hierarchie 30 ist neu. Sie besteht aus vier Strängen mit insgesamt 11 HMGs.

Im Strang 1 finden sich die HMG0120 mit der DXG1225 und die HMG0509 mit der DXG0658 und betreffen die Hypoglykämie, mit und ohne Koma. Ein Aufgreifkriterium wurde für beide HMGs nicht vergeben.

Von einer Hypoglykämie wird gesprochen, wenn die Konzentration an Blutzucker auf Werte unter 50 Milligramm pro Deziliter sinkt. Normalerweise sorgen bei gesunden Menschen verschiedene Hormone dafür, dass die Glukosekonzentration im Blut innerhalb eines bestimmten Bereichs bleibt. Im nüchternen Zustand liegt sie etwa zwischen 70 und 100 mg/dl. Sinkt der Blutzucker zu weit ab, treten verschiedene Symptome auf wie Unruhe, Heißhunger, Zittern und Herzrasen, später auch Verwirrtheit und schließlich Koma.

Diabetiker leiden häufiger an einer Hypoglykämie. Schuld daran sind meistens Behandlungsfehler, indem sich der Patient zu viel Insulin verabreicht und deswegen in eine Unterzuckerung fällt. Auch die zu hohe Dosierung von oralen Antidiabetika aus der Gruppe der Sulfonylharnstoffe und die Glinide können zu einer Unterzuckerung führen. Eine Hypoglykämie ohne die fehlerhafte Anwendung von Arzneimitteln kommt daher nur extrem selten vor.

Auch wenn die Logik der Arzneimittelvalidierung darin besteht, dass die Arzneimittel die Behandlung einer Diagnose reflektieren und nicht erst deren Auftreten bewirken, ist die Validierung gleichwohl zielgenau. Die BARMER schlägt daher eine Arzneimittelvalidierung für die DXG1225 und DXG0658 vor, um Manipulationen zu verhindern und eine mögliche Fehlkodierung nicht mit einem Zuschlag zu belohnen. Die zu berücksichtigenden ATC-5-Steller sind A10AB, A10AC, A10AD, A10AE, A10AF, A10BB und A10BX.

Redaktionelle Anmerkungen zur Erläuterung der Klassifikation

- Das auf Seite 5 genannte Ausgabenvolumen von 9,54 Mrd. €, das für Risikopoolfälle ausgeglichen werden soll, kann in dieser Höhe nicht stimmen.
- Die Inhalte der Seiten 615 und 616 sind identisch. Somit werden für die Hierarchie 14 nicht alle Hierarchiestränge aufgeführt.