

**Stellungnahme der BARMER**  
**zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus,**  
**Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2018**  
**11.08.2017**

**Vorbemerkung**

Gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesversicherungsamt (BVA) jährlich zum 30. September das Versichertenklassifikationsmodell für das folgende Ausgleichsjahr fest. Mit Datum vom 10. Juli 2017 hat das BVA den Krankenkassen den Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2018 übermittelt.

Die BARMER nimmt nachfolgend differenziert zum Festlegungsentwurf Stellung.

**Allgemeine Anmerkungen zum Entwurf**

Wie gewöhnlich zeichnen sich die Erläuterungen des BVA auch in diesem Jahr durch ihre gute Verständlichkeit aus. Im Vergleich zu den Vorjahren ist der Entwurf jedoch umfänglich deutlich kleiner ausgefallen. In Anbetracht des parallel zu erstellenden Evaluationsgutachtens ist dies durchaus nachvollziehbar. Allerdings reichen auch in Jahren ohne Sonderaufgaben die Ressourcen nicht, um alle eingegangenen Vorschläge zu bewerten. Der hierdurch entstandene Bearbeitungsstau ist aus unserer Sicht nicht wettbewerbsneutral. Die eingereichten Vorschläge dienen dazu, den RSA präziser und zielgenauer auszugestalten. Die Qualität der Vorschläge zeigt sich beispielsweise darin, dass die wenigen im diesjährigen Entwurf vorgeschlagenen Anpassungen das  $R^2$  um 0,7 % steigern konnten. Die ausbleibende Bearbeitung lässt den RSA hinter seinen Möglichkeiten zurückbleiben und begünstigt so Kassen mit geringer Krankheitslast.

Aktuell liegen dem BVA noch etwa 50 Vorschläge vor. Da in diesem Jahr keine neuen Vorschläge eingereicht werden konnten, ist davon auszugehen, dass bei vielen Kassen weitere Ergänzungen bereits zur Einreichung bereit liegen. Die hier bearbeiteten Vorschläge betreffen die Hierarchien „Hämatologische Erkrankungen“ und „Metabolische Erkrankungen“. Wir möchten daher anregen, wenigstens die Berücksichtigung der Austauschfähigkeit von Arzneimitteln und drei weitere Vorschläge aus diesen Hierarchien, die für die diesjährige Anhörung bereits zugesagt waren, noch durchzuführen:

- 1) Ergänzung der DxGs mit austauschfähigen Wirkstoffen
- 2) DxG 137: Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung unter Berücksichtigung des ATC-Kodes B02AB02 („Prolastin“) Alpha-1-Antitrypsinmangel
- 3) DxG 117: Ausgliederung des ICD-Kodes E32.1 „Abszess des Thymus“ in eine eigene DxG mit Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“
- 4) DxG 232, 233: Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung bei spezifischen oder unspezifischen Thrombozytopenien und Herauslösung des ICD-Kodes D69.3 „Idiopathische thrombozytopenische Purpura“ (ITP)

Besonders positiv hervorheben möchten wir außerdem wieder den dargestellten zusammenfassenden Überblick über die Fallzahlen und Kostenschätzer des Ausgangs- und des Entwurfsmodells. Dieser Überblick hat die Bewertung des Entwurfs deutlich vereinfacht. Wünschenswert wäre weiterhin eine Bereitstellung in Form einer Excel-Datei.

## **Hierarchieübergreifender Anpassungsbedarf**

### **Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln in Anlage 3 der Festlegung**

Bedauerlicherweise wurden nicht alle Vorschläge für austauschfähige Arzneimittel überprüft, obwohl das BVA um weitere Nennungen der Wirkstoffe bat. Die Überprüfung sollte in diesem Anpassungszyklus erfolgen. Wir möchten deshalb kurz an die von uns eingereichten Vorschläge erinnern.

Neben der Fallkonstellation, dass bereits beide austauschfähigen ATC-Kodes im RSA enthalten sind wie bei Methotrexat, gibt es einen weiteren Fall, dass ein austauschfähiger ATC-Kode eines Wirkstoffes im RSA enthalten ist, ein oder mehrere andere austauschfähige ATC-Kodes des gleichen Wirkstoffes jedoch fehlen.

Das betrifft den Wirkstoff Bromocriptin. Bromocriptin wirkt als Dopamin-D2-Agonist – es stimuliert postsynaptisch Dopamin-D2-Rezeptoren im Zentralnervensystem. Der Wirkstoff wird zur Therapie von Morbus Parkinson, der Amenorrhö, der Akromegalie und zur Hemmung der Prolaktinsekretion verordnet. Es gibt bei dem Wirkstoff Bromocriptin zwei untereinander austauschfähige ATC-Kodes N04BC01 und G02CB01. Der ATC-Kode N04BC01 ist über den ATC-5-Steller N04BC Dopamin-Agonisten der DxG 847 „Morbus Parkinson mit Dauermedikation“ zugeordnet. Der ATC-Kode G02CB01 fehlt in der Zuordnung zu DxG 847 und müsste aufgrund der Austauschfähigkeit ergänzt werden.

Für die Prüfung in diesem Anpassungszyklus war ebenfalls der Wirkstoff Doxazosin vorgesehen. Doxazosin gehört der Gruppe der Alphablocker an, die zur Therapie der benignen Prostatahyperplasie und der arteriellen Hypertonie verwendet wird. Doxazosin besitzt die zwei untereinander austauschfähigen ATC-Kodes C02CA04 und G04CA05. Der ATC-Kode C02CA04 ist bereits über den ATC-5-Steller C02CA Alpha-Adrenozeptor-Antagonisten den DxG 354, 355, 382, 383, 385, 387, 388, 389, 537, 538, 539 zugeordnet. Aufgrund der Austauschfähigkeit sollte der ATC-Kode G04CA05 ebenfalls den aufgeführten DxGs hinzugefügt werden.

### **Alterseinschränkungen der Q-Diagnosen**

Weiterhin möchten wir anregen das Thema Alterseinschränkungen aufzugreifen. Speziell geht es uns um die angeborenen Diagnosen aus dem Kapitel XVII Q00 – Q99 „Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“.

Im Vorspann des Kapitels XVII sowie in den DIMDI- Metadaten gibt es keine Hinweise auf Einschränkungen für diese Diagnosen im Hinblick auf das Alter (weder als Kann-, noch als Mussfehler). Die Kodierung richtet sich nur danach, ob eine Fehlbildung als angeboren erkannt wird, über das Alter, in dem die Behandlung vorgenommen wird, sagt sie nichts aus. Ergänzend sind die Hinweise/Inklusiva/Exklusiva der ICD-Kodes zu beachten. Zum Beispiel werden auf der Ebene der ICD-Kategorie I35.- „Nicht-rheumatische Aortenklappenkrankheiten“ einige Codes wie Q22.- und Q23.- als Exklusivum ausgeschlossen. Auch hier fehlt wieder der Hinweis auf eine Alterseinschränkung. Die vorgenommene Einschränkung auf z.B. die Altersstufe 17 in den DxGs 374, 395 und 396 findet daher keinerlei Stütze in den Dokumentationsvorschriften, sondern gilt ausschließlich für Zwecke des Morbi- RSA.

Dabei existiert bei einigen angeborenen Krankheiten sicherlich ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Schwere des Verlaufs. Schwerwiegende Verläufe treten bereits sehr früh auf, leichtere oder sogar symptomlose Verlaufsformen können dagegen erst in späteren Lebensjahren diagnostiziert und ggf. behandelt werden. Gleichwohl handelt es sich um dieselbe Krankheit. Eine Schweregraddifferenzierung durch Altersplits erschiene in diesen Fällen sachgerecht, eine medizinisch nicht begründbare Einführung von Alterseinschränkungen jedoch nicht.

Das hierdurch entstehende Problem verschärft sich zunehmend durch den medizinischen Fortschritt und immer bessere und spezifische diagnostische Verfahren. Diese ermöglichen es immer mehr auch im Erwachsenenalter angeborene Erkrankungen festzustellen, wo sie bisher aufgrund fehlender Symptomatik verborgen bleiben und dann aus einem anderen diagnostischen Grund als Zufallsbefund entdeckt werden und sich als interventionsbedürftig erweisen. Häufig kommt es dann zu einer vorbeugenden Korrektur der angeborenen Fehlbildung um z. B. eine völlig unvermittelte akute Hirnblutung auszuschließen. Dies im MRSA starr mit Alterseingaben einzuschränken, entspricht daher zunehmend nicht der medizinischen Realität.

Im Übrigen ist die Bezeichnung einer Fehlbildung als angeboren in der Systematik des ICD 10 eine spezifische, zusätzliche Aussage zur Qualifizierung der Fehlbildung als solcher. Die ICD- Codes Q22.-/Q23.- sind spezifischer als I35.-. Dadurch dass die DxG 374 eine Alterseinschränkung besitzt, die DxG 371 aber nicht, wird unspezifisches Codieren, ggf. sogar manipulatives „badcoding“ begünstigt. Dies verstößt gegen Grundsätze, die das BVA ansonsten postuliert und i.d.R. auch beachtet.

### **Verwendung des WIdO- Arzneimittelindex**

Zudem wollen wir noch auf die Veränderungen der DDD-Angaben zwischen den Versionen 06/2016 und 06/2017 des Arzneimittelindex des WIdO eingehen.

Das WIdO stellt den GKV-Arzneimittelindex unter anderem auch für das Klassifikationsverfahren des Morbi-RSA zur Verfügung. Vor allem im Bereich der Hämophiliepräparate haben sich dabei durch den Wechsel der Version 06/2016 zu 06/2017 zuletzt sehr große Unterschiede ergeben.

Die flächendeckende Veränderung von DDD- Bewertungen um die Hälfte und mehr (und das überwiegend als DDD-Absenkung) verändert inhaltlich auch die vom BVA alleine zu verantwortende Klassifikation substantiell. Tatsächlich wäre die Festlegung der DDD- Grenzen in der Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“ in Kenntnis der geänderten DDD- Bewertung voraussichtlich deutlich anders erfolgt. Die Anwendbarkeit dieser Änderungen für den Zweck des Morbi- RSA ist daher ausdrücklich zu prüfen.

Für die aktuellen Ausgleichsjahre 2017 und 2018 stimmen wir dem Vorschlag des GKV-SV grundsätzlich zu. Sollte sich erweisen, dass die neuen DDD- Bewertungen für den Morbi- RSA geeignet sind, sollten die notwendigen Anpassungen (Neukalibrierung) insbesondere an den Grenzen für Dauer- und Bedarfsmedikation in den Festlegungen für den Jahresausgleich 2017 und 2018 vorgenommen werden. Durch die Vorschrift des § 31 Abs. 4 Satz 6 RSAV ist auch eine auf Grundlage von Änderungen der Arzneimittelklassifikation notwendige Änderung der Festlegungen 2017 gedeckt. Wahlweise können die Verzerrungen teilweise vermieden werden, indem z. B. für den Jahresausgleich 2017 statt der DDD-Angaben des WIdO die „amtlichen“-DDD-Angaben dieses Arzneimittelindex verwendet werden. Für den Jahresausgleich 2018 wäre dieses Verfahren jedoch aufgrund der zwischenzeitlichen Aktualisierung der „amtlichen“-DDD-Angaben durch die WIdO-DDD-Angaben nicht mehr möglich.

Der GKV-Arzneimittelindex erweist sich damit als Datengrundlage für den Morbi- RSA, die zu Verzerrungen innerhalb eines Ausgleichsjahres führen kann. Wir schlagen daher vor, die Bereitstellung der Informationen des GKV-Arzneimittelindex auf eine breitere, nicht nur von einem Kassensystem abhängige Basis zu stellen. Die Zuständigkeit dafür liegt unseres Erachtens aufgrund der Bestimmungen der RSAV beim BVA. Das BVA sollte in Abstimmung mit dem GKV-SV und der Rücksprache mit dem BMG neue Regelungen festlegen. Gerne bringen wir unsere Expertise in das zukünftige Verfahren für die Bereitstellung der notwendigen Informationen mit ein.

### **Anpassung der Hierarchien**

#### **Zu 5. Hierarchie 4: „Metabolische Erkrankungen“**

Die Hierarchie 4 wurde in den vergangenen Anpassungszyklen immer wieder überarbeitet mit dem Ziel, besonders kostenintensive Versicherte besser abzubilden. Die aktuelle Anpassung betrifft ebenfalls die Implementierung einer kostenintensiven Erkrankung aus der Gruppe der lysosomalen Speichererkrankungen. Das Arzneimittel „Vimizim“ enthält ein Enzym mit der Bezeichnung Elosulfase alfa, das zu einer Gruppe von Arzneimitteln gehört, die als Enzyersatztherapien bekannt sind. Es ist zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern mit Mukopolysaccharidose vom Typ IVa (Morquio A-Syndrom, MPS IVA) zugelassen. Es ist nachvollziehbar, dass aufgrund einer sehr geringen Fallzahl trotz hoher Kosten die Bildung einer eigenen Morbiditätsgruppe nicht zweckmäßig ist. Die Aufnahme der neuen DxG 141 „Mukopolysaccharidose Typ IV (Morbus Morquio Typ a) mit ERT“ in die HMG284 „Morbus Pompe, Morbus Morquio Typ a mit ERT“ erscheint nachvollziehbar, da dadurch eine Modellverbesserung erreicht wird.

Nicht nachvollziehbar ist, dass die Bearbeitung einer arzneimittelbasierten Schweregraddifferenzierung von Versicherten mit der Diagnose E88.0 „Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts

nicht klassifiziert“, nicht vorgenommen wurde. Spezifisch geht es um jene Versicherten, die wegen eines bestehenden Alpha-1-Antitrypsinmangels in sehr kostenintensiver Weise mit „Prolastin“ (ATC-Kode B02AB02 Alfa1-Antitrypsin) behandelt werden. Die empirische Überprüfung fiel aus Kapazitätsgründen schon letztes Jahr aus. Erneut begründet das BVA die empirische Überprüfung durch fehlende Kapazitäten auszusetzen. Es erscheint uns unverständlich nach welchen Kriterien die Auswahl zu prüfenden Inhalte vor-genommen wird, da die Daten schon seit 2013/2014 zur Verfügung stehen.

Das BVA stufte die Prüfung mit der Festlegung für das RSA-Ausgleichsjahr 2017 als sehr sachgerecht ein und sah „für das Ausgleichsjahr 2018 [ ] bereits eine Analyse des Vorschlages 2016\_3.28 [ ]“ vor.

Vorgemerkt war zudem die Überprüfung der Ausgliederung der Diagnose E32.1 „Abszess des Thymus“ aus der DxG 117 „Erkrankungen des Thymus“ zusammen mit der Prüfung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“, die ebenfalls ausfiel.

## **Zu 6. Hierarchie 5: „Erkrankungen der Leber“**

Erst im letzten Anpassungszyklus wurde die Hierarchie 5 sehr umfangreich überarbeitet. Dabei wurden die hierarchisierten Morbiditätsgruppen auch u.a. aufgrund der Hierarchieverletzung neu geordnet. Wir sind überrascht, dass die bestehende Hierarchieverletzung zwischen HMG026 „Leberzirrhose“ und HMG029 „Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma“ genannt wird, der Versuch sie zu beheben aber unterbleibt. Das Vorgehen des BVAs scheint an dieser Stelle nicht nachvollziehbar, da die technische Behebung der Hierarchieverletzung keine inhaltliche Lösung darstellt.

Mit Sofosbuvir wird eine chronische Hepatitis C behandelt. Diese Behandlung stellt keine Dauertherapie dar. In der Regel dauert die Standardtherapie 12 Wochen und soll eine Heilung bei 90% der betroffenen Patienten erreichen. Durch die Kürze der Behandlung können keine 183 DDD erreicht werden. Demnach kann keine Zuordnung zu der HMG288 erfolgen und die Versicherten bekommen dann wahrscheinlich die HMG251. Dabei fällt im Entwurf relativ geringe Differenz zwischen den Kostenschätzern auf (HMG288: 8.995€, HMG251: 8.690€). Dieser medizinische Erfolg ist in einem prospektiven Verfahren nicht abbildbar. Die Lösung des Problems könnte eher im Rahmen des Evaluationsgutachtens und ganz speziell mit der Einführung eines Risikopools erreicht werden.

## **Zu 7. Hierarchie 8: „Hämatologische Erkrankungen“**

Grundsätzlich begrüßen wir die Neustrukturierung der Hierarchie 8 die nach dem Aspekt der Kostenhomogenität durch die Abbildung der paroxysmalen nächtlichen Hämoglobinurie (PNH) und des atypischen hämolytisch-urämischen Syndroms (aHUS) in der hierarchiedominierenden HMG192 „Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PnH) oder aHUS jeweils mit Dauermedikation“ überprüft wurde. Damit werden kostenintensive Fälle aufgrund der Behandlung mit Eculizumab ATC-Kode L04AA25 aus der Gruppe der Immunsuppressiva besser abgebildet. Die HMG192 setzt sich aus zwei DxGs zusammen. Während die DxG 218 „Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie mit Dauermedikation“ durch unterschiedliche Wirkstoffe validiert wird, enthält die DxG 240 „Atypisches HUS mit Eculizumab“ nur den Siebensteller L04AA25. Demnach können die DxGs nicht auf dem gleichen Kostenniveau liegen. Uns erscheint die Auflistung der unterschiedlichen Immunsuppressiva fragwürdig, da diese, bis auf Eculizumab, nicht zur Behandlung der PNH verordnet werden. Wir bitten um die Überprüfung der aufgelisteten Wirkstoffe.

Das typische HUS verbleibt in der DxG 241 „Hämolytisch-urämisches Syndrom“. Es stellt sich die Frage, ob für die DxG 241 das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ wieder eingeführt werden soll. Tatsächlich ist die Erkrankung sehr schwerwiegend, lebensbedrohlich und eine sachgerechte Behandlung bedarf des Einsatzes stationärer Ressourcen.

Die Mehrzahl der Fälle tritt infolge von Infektionen mit enterohämorrhagischen Escherichia coli (EHEC), Shigellen, Streptococcus pneumoniae oder Viren auf. Das Leitsymptom ist in den häufigsten Fällen die Diarrhö. Wird die Erkrankung rechtzeitig diagnostiziert und stehen alle therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung, enden weniger als 5% der akuten Fälle letal. Zu der Therapie des HUS gehört u.a. Flüssigkeitsbilanzierung, engmaschige Kontrolle der Elektrolyte und Kreislaufmonitoring. Beim Nierenversagen muss eine Dialyse durchgeführt werden. Die Therapie des HUS ist besonders schwierig, da keine Standardbehandlung empfohlen werden kann. Individuell muss immer medizinisch abgewogen werden, wann die Gabe von Antibiotika, Glukokortikoiden und Thrombozyten notwendig ist. Diese Maßnahmen können nur stationär erfolgen. Eine ambulante Behandlung ist nicht möglich.

Leider wurde der Vorschlag zu der Therapie der idiopathischen Thrombozytopenie im Zuge der Überarbeitung der Hierarchie 08 nicht überprüft.

Bereits im letzten Festlegungszyklus des Ausgleichsjahres 2017 entstand die Diskussion zu dem Vorschlag die Versorgung der Versicherten mit der idiopathischen thrombozytopenischen Purpura (D69.3) über die Wirkstoffe Romiplostim (ATC-Kode B02BX04) und Eltrombopag (ATC-Kode B02BX05) besser abzubilden. Das BVA sah den Vorschlag als nicht sachgerecht an. Erst als der Vorschlag konkretisiert wurde, konnte er vom BVA nachvollzogen werden. Dennoch wurde die Prüfung nicht durchgeführt, sondern für die diesjährige Anhörung zugesagt. Wir schlagen erneut vor, für die Diagnose D69.3 „Idiopathische thrombozytopenische Purpura“ eine neue HMG zu bilden und diese über die Wirkstoffe Romiplostim und Eltrombopag zu validieren.

#### **Zu 8. Hierarchie 10: „Drogen- / Alkoholmissbrauch“**

Die Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln befürworten wir ausdrücklich. Daher wird die Aufnahme neuer ATC-Codes in der Hierarchie 10 begrüßt.

#### **Zu 9. Hierarchie: „14 Neurologische Erkrankungen“**

Grundsätzlich war der Vorschlag, an Morbus Duchenne erkrankten Versicherten über die Arzneimitteltherapie mit Ataluren aufzugreifen und in zwei HMGs zu differenzieren, sachgerecht. Allerdings wurde das entsprechende Medikament (die Therapie kostet laut Hersteller 350.000 € pro Jahr) von dem Hersteller in 2016 vom Markt genommen. Zwar kann das Medikament über Einzelimport weiterhin auf Kosten der GKV verordnet werden. In den Daten ist aber Ataluren nur als Sonder-PZN 9999117 gekennzeichnet, die als allgemeine Kennziffer für alle Importe nach §73 AMG gilt. Somit wäre das Medikament nicht eindeutig identifizierbar. Auch die Kodierung durch den ICD-Kode G71.0 „Muskeldystrophie“ ist unspezifisch, so dass die eindeutige Identifikation der Fälle nicht möglich ist. Wir stimmen dem BVA zu, dass die Berücksichtigung von Versicherten mit Morbus Duchenne im Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2018 nicht möglich ist.

#### **Zu 10. Hierarchie 20: „Erkrankungen des Urogenitalsystems“**

In der Hierarchie 20 findet eine Hierarchieverletzung statt. Diese betrifft die HMG131 „Hypertensive und / oder chronische Nierenkrankheit/Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt“ und die HMG138 „Peritoneale Adhäsionen mit Becken nach medizinischen Maßnahmen und mechanische Komplikationen im Genitaltrakt“. Das BVA akzeptiert die Hierarchieverletzung und verschiebt die Überprüfung auf die nächste Anpassungsperiode. Da diese Differenz sehr gering ist, ist die technische Anpassung an dieser Stelle nachvollziehbar. Der Einsatz der personellen Ressourcen muss nach Wichtigkeit des Sachverhaltes erfolgen.

#### **Hierarchie 18: „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“; Negativer Kostenschätzer HMG106**

Die HMG106 wird aufgrund des negativen Kostenschätzers auf 0 € gesetzt. Die Erkrankung hat aber bei der Krankheitsauswahl seit Jahren eine hinreichende Relevanz für die Aufnahme in die Liste der 80 berücksichtigungsfähigen Krankheiten.

Die Ausgestaltung des Klassifikationsverfahrens sollte daher grundsätzlich zum Ziel haben, die ausgewählten Krankheiten auch adäquat abzubilden. Hierzu ist aber die Bildung von HMGs auf Basis der Vorzeichen der Schätzer der zugrunde liegenden DxG nicht geeignet. Die Zusammenlegung einer negativ bewerteten DxG mit einer positiv bewerteten DxG soll im Rahmen der empirischen Datenanalyse erfolgen. Kommen mehrere Konstellationen in Frage, soll diejenige gewählt werden, die zur Verbesserung der Modellgüte beiträgt,

Eine andere Möglichkeit stellt die Validierung mit dem Arzneimittelkriterium „wegen klinischer Relevanz“ dar. Dieser Sonderfall war schon in der Festlegung für 2009 für die HMGs mit den ansonsten niedrigsten Zuschlägen eingeführt worden. Die medikamentöse Behandlung der Atherosklerose kann u.a. mit Thrombozytenfunktionshemmern, ggf. Vasoaktiva oder Prostaglandinen erfolgen und wird in der Regel in einem fortgeschrittenen Stadium empfohlen, wenn die alleinige Behandlung von Risikofaktoren wie Rauchen, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und Hypertonie nicht mehr ausreichend ist. Die medikamentöse Behandlung wird fortgesetzt, auch wenn weitere operative Interventionen, die die



Durchblutung herstellen sollen, notwendig sind. Die entsprechenden Wirkstoffe zur Abgrenzung zu wählen, würde daher den Sinn des Arzneimittelkriteriums „wegen klinischer Relevanz“ erfüllen und wäre gegenüber einem schlichten Wegfall der gesamten HMG das mildere und dem gegebenen System deutlich mehr entsprechende Mittel.

Zur Lösung schlägt die BARMER eine der Varianten „Zusammenlegung mit anderer HMG“ oder Verwendung des Arzneimittelkriteriums „wegen klinischer Relevanz“ vor.

#### **Zu 11. Hierarchie 27: „Erkrankungen des Neugeborenen“**

Keine Anmerkungen.

#### **Zu 12. Neue Kodes des ICD-10-GM 2017 für die Auswahlkrankheiten**

##### **12.1 Hierarchie 2b: „Solide Tumoren“ (Hierarchie 2 „Neubildungen“)**

Die Einsortierung der neu eingeführten Diagnosen mit dem ICD-10-GM 2017 in der Hierarchie 2b erscheint sachgerecht.

##### **12.2 Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“**

Die Einsortierung der neu eingeführten Diagnosen mit dem ICD-10-GM 2017 in der Hierarchie 16 erscheint sachgerecht.

##### **12.3 Hierarchie 21: „Schwangerschaft“**

Die Einsortierung der neu eingeführten Diagnosen mit dem ICD-10-GM 2017 in der Hierarchie 21 erscheint sachgerecht.

##### **12.4 Hierarchie 13: „Rückenmark“**

Die Einsortierung der neu eingeführten Diagnosen mit dem ICD-10-GM 2017 in der Hierarchie 13 erscheint sachgerecht.

#### **Redaktionelle Hinweise zum Dokument**

In der Darstellung für den Sonderfall 1 und Sonderfall 2 fehlt die Auflistung der DxGs, die als Sonderfall 1 bzw. 2 gelten im Dokument. Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2018 auf S. 73 und 74.