

**Stellungnahme  
des GKV–Spitzenverbandes  
vom 14.08.2020**

**zum Entwurf der Festlegungen  
des Bundamtes für Soziale Sicherung  
gemäß § 8 Absatz 4 RSAV  
für das Ausgleichsjahr 2021**

**GKV–Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288–0  
Fax 030 206288–88  
[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Vorbemerkung .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien.....</b>	<b>3</b>
<b>III. Hierarchieübergreifende Hinweise .....</b>	<b>8</b>
<b>IV. Ausgestaltung der Hierarchien .....</b>	<b>9</b>
<b>V. Einführung regionaler Risikomerkmale .....</b>	<b>37</b>
<b>VI. Ausschluss hierarchisierter Morbiditätsgruppen.....</b>	<b>41</b>
<b>VII. Weitere Anmerkungen .....</b>	<b>42</b>

## **I. Vorbemerkung**

Gemäß § 8 Absatz 4 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Risikogruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen, die regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2021 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September 2020 fest.

Den Entwurf der entsprechenden Festlegungen inklusive der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf hat das BAS im Rahmen dieses Anhörungsverfahrens am 19. Juni 2020 mit der Bitte um Stellungnahme an den GKV-Spitzenverband übermittelt.

Der vorliegende Entwurf der Festlegungen nach §8 Absatz 4 Satz 1 RSAV für das Ausgleichsjahr 2021 beinhaltet hierbei die durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vorgesehenen umfangreichen Anpassungen am Versichertenklassifikationsmodell sowie am Regressions- und Berechnungsverfahren. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Einführung eines Krankheits-Vollmodells, einer Regionalkomponente sowie eines Risikopools und die Streichung des Kriteriums „Erwerbsminderungsrente“.

Zu den einzelnen Themenbereichen dieses Entwurfes nehmen wir wie folgt Stellung:

## **II. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien**

### **1 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung**

Für die im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Festlegungsentwurfes durchgeführten Analysen werden die Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2017 und die Versichertenstammdaten des Berichtsjahres 2018 verwendet. Die Ausführungen des BAS zur diesbezüglichen Datenaufbereitung und die Beschreibung des verwendeten Datensatzes konnten vom GKV-Spitzenverband nachvollzogen werden.

Aufgrund der Einführung des Risikopools werden die Analysen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells unter Risikopoolbedingungen durchgeführt. Dementsprechend werden Risikopoolausgleichsbeträge versichertenindividuell von den Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) im Regressionsdatensatz in Abzug gebracht. Diese Vorgehensweise ist sachlogisch begründet.

Die beschriebenen Kennzahlen beinhalten den bereits in den Vorjahren eingeführten Kennzahlensatz auf Individual-, Gruppen- und Kassenebene, ergänzt um Kennzahlen auf regionaler Ebene. Diese dienen der Bewertung der regionalen Verteilungswirkungen des RSA im Kontext der Einführung der Regionalmerkmale.

## **2 Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2021**

Das Ausgangsmodell für das Ausgleichsjahr 2021 basiert grundsätzlich auf dem Klassifikationsmodell des Jahres 2020 und berücksichtigt bereits den Wegfall des Kriteriums *Erwerbsminderungsrente*. Dementsprechend entfallen die bisherigen Erwerbsminderungsgruppen (EMGs) sowie die Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMGs). Dies entspricht den rechtlichen Vorgaben.

Zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells 2020 zu einem Krankheitsvollmodell wird dieses zunächst um die Krankheiten ergänzt, die bereits in Vorjahren Teil der Krankheitsauswahl waren. Die entsprechenden Zuordnungen im Klassifikationsmodell aus den Vorjahren werden hierbei übernommen. Des Weiteren erfolgt ein Rückgriff auf die im Rahmen der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats in den Jahren 2017 und 2018 durchgeführten Modellierungen von Morbiditätsgruppen und Hierarchien sowie auf die Zuordnung von ICD-10-GM-Codes zu den RSA-Krankheitsentitäten.

Für die Vervollständigung des Klassifikationsmodells werden alle potentiell zu berücksichtigenden ICD-10-GM-Codes um dreistellige ICD-Codes reduziert, für die eine detaillierte Verschlüsselung durch einen vierstelligen ICD-Code erforderlich ist (ca. 1450 Codes). In einem weiteren Schritt werden von den verbleibenden Codes solche ausgeschlossen, die Symptome, Zustände oder eine Medikamenteneinnahme kodieren (ca. 1200 Codes).

Unter Verwendung der o. g. bereits vorliegenden Zuordnungen und Berücksichtigung anatomischer, physiologischer und ätiologischer Kriterien wurden die ICD-Codes zu Diagnosegruppen (DXGs) zusammengefasst und sodann neu gebildeten Morbiditätsgruppen (HMGs) zugeordnet. Es erfolgte in einem ersten Schritt eine einfache Zuordnung dieser HMGs zu bestehenden bzw. neu gebildeten Hierarchien, d. h. zunächst ohne Hierarchisierung. Die im Rahmen der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats in den Jahren 2017 und 2018 durchgeführten Modellierungen von Morbiditätsgruppen und Hierarchien sowie die Zuordnung von ICD-10-GM-Codes zu den RSA-Krankheitsentitäten wurden hierbei berücksichtigt.

Das BAS beschreibt die sich anschließenden iterativen Schritte zur Konsolidierung des Ausgangsmodells und die hierbei verwendeten Kriterien ausführlich und nachvollziehbar.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die Dokumente zum Festlegungsentwurf eine vollständige Tabelle der verwendeten Zuordnung von ICD-Codes zu Krankheiten enthalten. Zwar ist in der Anlage 1 des Festlegungsentwurfs die Zuordnung von ICD-Codes zu Krankheiten abgebildet, allerdings ist diese begrenzt auf ICD-Codes, die im Gruppierungsverfahren verwendet werden. Vor dem Hintergrund, dass die Zuordnung von ICD-Codes zu Krankheiten bei der Validierung stationärer Nebendiagnosen und Diagnosen aus dem ambulanten Versorgungsbereich entscheidend ist, gehört die Abgrenzung von Krankheiten ebenfalls zum Gruppierungsprozess und ist damit Bestandteil des Anhörungsverfahrens. Zu diskutieren wäre in diesem Zusammenhang auch eine Verschiebung von morbiditätsrelevanten ICD-Codes aus der Ausschlusskategorie 501 in bestehende oder neu abzugrenzende Krankheiten. Dies gilt gleichermaßen für den umgekehrten Fall.

### **3 Schwerpunktsetzung bei der Bearbeitung**

Die bei der Entwicklung des vorgeschlagenen Modells gewählte primäre Zielsetzung, die zu integrierenden ICD-Codes der neuen Krankheiten möglichst bestehenden Hierarchien zuzuordnen sowie durch Zusammenlegung von HMGs mit vergleichbaren Kostenschätzern innerhalb eines Hierarchiestrangs die Anzahl an HMGs möglichst gering zu halten um weiterhin eine Übersichtlichkeit des Modells sicherzustellen, ist für den GKV-Spitzenverband nachvollziehbar. An einigen Stellen geht die Hierarchiekonsolidierung über eine Zusammenlegung von HMGs innerhalb eines Hierarchiestrangs hinaus und es findet aus medizinischen Gründen eine Zusammenlegung ganzer Hierarchiestränge statt. Grund hierfür ist die Berücksichtigung hierarchieinterner Komorbidität. Zudem werden Erkrankungen gemeinsam mit ihren Folgeerkrankungen in einem Hierarchiestrang zusammengefasst.

In einigen Hierarchien besteht diesbezüglich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes Potential zu einer weiteren Verschlankung des Klassifikationsmodells, dessen Umsetzung noch für diesen Anpassungszyklus geprüft werden sollte. Konkrete Vorschläge finden sich in unseren Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien.

Das vorgeschlagene Vollmodell soll in den kommenden Festlegungszyklen hinsichtlich einer stärkeren Berücksichtigung von Komorbidität sowie der Einführung von Aufgreifkriterien überprüft werden. Dieses Vorgehen ist grundsätzlich nachvollziehbar. Mit der Einführung des Vollmodells

bietet sich die Gelegenheit, Komorbidität vollständig über Morbiditätsgruppen abzubilden. Die Berücksichtigung von Komorbidität sollte u. E. systematisch analysiert werden. Ziel sollte es sein, Komorbidität zielgenau abzubilden, ohne falsche Kodieranreize zu setzen und die bestehende Übersichtlichkeit des Modells durch die Einführung einer Vielzahl von hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen zu beeinträchtigen.

Die Absicht, die Prüfung weiterer Aufgreifkriterien auf die kommenden Festlegungszyklen zu verschieben, wird hingegen nicht geteilt. Die bereits in dieser Stellungnahme eingebrachten Vorschläge zur Änderung von Aufgreifkriterien sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes noch für diesen Anpassungszyklus geprüft werden.

#### **4 Differenzierung von unterschiedlichen Krankheitsverläufen**

Durch Vervollständigung des Krankheitsspektrums werden auch solche Krankheiten berücksichtigt, die keine oder nur geringe Folgekosten aufweisen oder die nur in bestimmten Fällen einer medizinischen Intervention bzw. einer Arzneimitteltherapie bedürfen. Es ist daher naheliegend, medizinische Verfahren oder Arzneimittelwirkstoffe zu nutzen, um Krankheitsfälle mit Folgekosten von solchen ohne bzw. mit geringen Folgekosten zu separieren. So ließen sich Versicherte mit einer schweren Fettstoffwechselstörung, die eine LDL/LpA-Apherese benötigen, durch die Verwendung des Kennzeichens extrakorporale Blutreinigung in einer eigenen HMG aufgreifen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist bei folgenden DXGs eine Arzneimittelvalidierung geeignet, die klinisch relevanten Fälle und damit diejenigen Versicherte aufzugreifen, deren Krankheitsverlauf Folgekosten verursacht:

- In der Hierarchie 7 sollten für die
  - DXG 488 *Osteomalazie / Rachitis* (HMG 325) und DXG 798 *Sonstige und n. n. bez. Osteomalazie / Rachitis* (HMG 315) eine Arzneimittelvalidierung *klinische Relevanz* mit folgenden ATC-Codes H05BA, H05BX, und A11CC,
  - DXG 564 *Gicht/Arthritis urica* (HMG315) das Aufgreifkriterium Arzneimittel obligat mit akut-rezidivierendem Verlauf (10BT) mit den ATC-Codes M01AA, M01AB, M01AC, M01AE, M01AG, M01AH, M01AX, M01BP, M01BX, M01CB, M01CC, M01CX, M04AA, M04AB, M04AC, M04AH, M04 AX, L01CC, H02AB und H02BX,

- DXG 807 *N. n. bez. andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels* (HMG315) eine Arzneimittelvalidierung *Arzneimittel obligat mit akut-rezidivierendem Krankheitsverlauf (10 BT)* mit den ATC-Kodes M01AA, M01AB, M01AC, M01AE, M01AG, M01AH, M01AX, M01BP, M01BX, M01CB, M01CC, M01CX, M04AA, M04AB, M04AC sowie M04AH geprüft werden.
- In der Hierarchie 8 sollte für die DXG 686 (HMG 531) und die DXG 1210 (HMG 443) *Sarkoidose, exkl. Lunge* eine Arzneimittelvalidierung *klinische Relevanz* mit den ATC-Codes H02AA, H02AB, H02BX, L04AB, und L04AX geprüft werden.
- In der Hierarchie 14 sollten für die
  - DXG 513 (HMG 418) Migräne-Kopfschmerz das Aufgreifkriterium Arzneimittel obligat mit akut rezidivierendem Verlauf (10 BT) mit den ATC-Codes N02CA, N02CC, N02CH, N02CP und N02CX,
  - DXG 1254 Parkinson-Syndrome das Aufgreifkriterium Arzneimittel obligat mit chronischem Verlauf mit den ATC-Codes N04AA, N04BA, N04BB, N04BC, G02CB, N04BD und N04BXgeprüft werden.
- In der Hierarchie 19 sollte für die DXG 341 *Sarkoidose der Lunge* (HMG 114) die Einführung einer Arzneimittelvalidierung *klinische Relevanz* überprüft werden. Zu berücksichtigen wären die ATC-Codes Codes H02AA, H02AB, H02BX, L04AB, und L04AX.
- In der Hierarchie 22 könnte für die DXG 406 *Herpes Zoster* (HMG 343) die Einführung einer Arzneimittelvalidierung *klinische Relevanz* mit topischen und systemisch wirkenden antiviralen Wirkstoffen (D06BB, J05AB) geprüft werden.

Des Weiteren könnten einige Diagnosen der Ausschlusskategorie geeignet sein, um unterschiedliche Schweregrade einer Erkrankung zielgenauer abzubilden. Analog der bereits im Klassifikationsverfahren verwendeten Diagnose Z99.2 *Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz* wären dies aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bspw. ICD-Codes, die das Vorhandensein bzw. die Versorgung einer künstlichen Körperöffnung dokumentieren (Z93.-/Z43.-) sowie Diagnosen, mit denen eine langzeitige Abhängigkeit vom Aspirator/Respirator oder Kunstherz (Z99.0/Z99.1/Z99.4) verschlüsselt wird. Die Diagnose Z51.81 *Apherese* könnte gemeinsam mit dem Kennzeichen *extrakorporale Blutreinigung* genutzt werden, um schwerwiegende Fettstoffwechselstörungen zielgenauer abzubilden.

## **5 Gütemaße des Ausgangsmodells**

Etwaige Risikopoolausgleichszahlungen werden bei den Berechnungen bereits durch einen entsprechenden versichertenindividuellen Abzug bei den LAoKG im verwendeten Datensatz bei den Modellierungen berücksichtigt. Dies ergibt sich aus den Vorgaben des § 266 Absatz 3 SGB V.

Für das Ausgangsmodell mit insgesamt 730 Risikofaktoren und vier neuen Hierarchien ergeben sich im Vergleich zum Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2021 erwartungsgemäß deutlich verbesserte Gütemaße  $R^2$ , CPM und MAPE, die sich bei Berücksichtigung des Risikopool-Ist-kosten-Ausgleichs nochmal verbessern. Gleichmaßen wird deutlich, dass sich die bisher im Ausgleichsverfahren gezeigten Überdeckungen Gesunder und von Versicherten, deren Erkrankungen nicht zu den zu den RSA-Auswahlkrankheiten gehörten, reduzieren. Im gleichen Zuge werden beobachtete Überdeckungen bei Auswahlkrankheiten reduziert. Eine Verbesserung der Kennzahlen ergibt sich weiterhin auf Ebene der Krankenkassen sowie auf Regionalebene.

Der GKV-Spitzenverband hat diese Berechnungsergebnisse rechnerisch nachvollziehen können.

Das methodische Vorgehen sowie die Beurteilungskriterien der für den vorliegenden Festlegungsentwurf durchgeführten Analysen werden in den vom BAS übermittelten diesbezüglichen Erläuterungen umfassend beschrieben. Die entsprechenden Berechnungsschritte und Analyseergebnisse sind nachvollziehbar aufbereitet und dokumentiert.

## **III. Hierarchieübergreifende Hinweise**

Zu den hierarchieübergreifenden Hinweisen haben wir folgende Anmerkungen:

### **1 Anpassung an den ICD-10-GM-2020**

Die Änderungen sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes inhaltlich nachvollziehbar.



## IV. Ausgestaltung der Hierarchien

Zu den vom BAS vorgeschlagenen Anpassungen der Hierarchien haben wir folgende Anmerkungen:

### Hierarchie 01: Infektionen

In einem ersten Schritt finden medizinische Anpassungen und Korrekturen des Ausgangsmodells statt. Hierbei werden u. a. die ICD-Codes der HMG 129 *Andere Infektionen* neu aufgeteilt. Dabei werden die ICD-Codes, die Spondylopathien dokumentieren, in einer eigenen DXG/HMG zusammengefasst und aus medizinisch inhaltlichen Gründen in die Hierarchie 7 *Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems* verschoben.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte die DXG 1332 *Bandscheibeninfektion / Spondylitis durch Enterobakterien* der gleichnamigen HMG 143 des Ausgangsmodells aus den gleichen Gründen ebenfalls in die Hierarchie 7 verschoben werden.

Zudem schlagen wir vor, die Anlage 3 der Festlegungen wie folgt zu ergänzen:

Inosin pranobex (J05AX05) ist als Immunstimulanz bei Herpes-simplex-Infektionen, subakut sklerosierender Panenzephalitis (SSPE), Virusinfektionen bei immunsupprimierten Patienten (Herpes-simplex, Varicella zoster, Masern, Zytomegalie und Epstein-Barr-Virusinfektionen) zugelassen. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, in der Anlage 3 des Festlegungsentwurfs für die DXG 12 *Infektion durch Zytomegalieviren, einschließlich Pneumonie* die Wirkstoffgruppe J05AX *Andere antivirale Mittel* zu ergänzen.

Fluconazol aus der Gruppe der Triazolderivate (J02AC) ist zur Behandlung einer Kryptokokkose zugelassen, weshalb die Wirkstoffgruppe für die DXG 14 *Aspergillose/Kryptokokkose* in der Anlage 3 des Festlegungsentwurfs aufgenommen werden sollte. Zudem werden Imidazolderivate bei Kandida-Infektionen eingesetzt, weshalb der ATC-Code J02AB dieser Wirkstoffgruppe für die DXG 25 *(Systemische) Candida-Infektion mit Resistenz* berücksichtigt werden sollte.

### Redaktionelle Hinweise:

- In der Zusammenfassung der vorgenommenen Änderungen wird unter Punkt 1.3.1.2 *Verschiebung von DXGs und HMGs in andere Hierarchien* auf Seite 57 ausgeführt, dass die HMG 0290 und die enthaltene DXG 290 in die Hierarchie 08 *Hämatologische Erkrankungen* verschoben wird. Hier muss es Hierarchie 18 *Gefäß- und Kreislauferkrankungen* heißen.

- Unter 1.3.1.3 *Verschiebung von DXGs innerhalb der Hierarchie* fehlt in der Aufzählung zur HMG 430 die DXG 512.
- Unter Punkt 1.3.1.7 Umbenennung von HMGs wird die HMG 0432 aufgeführt. Diese ist jedoch im Zuge der Hierarchiekonsolidierung entfallen.

#### Hierarchie 02b:

Im Rahmen der Überprüfung der Einträge im Tabellenblatt *Hierarchie Dominanzbez* der Anlage 01 des Festlegungsentwurfs ist aufgefallen, dass die Dominanzbeziehungen des Hierarchiestrangs 2a teilweise der Hierarchie 2b zugeordnet sind. Diese sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes der Hierarchie 2a zugeordnet werden.

#### Hierarchie 03: Diabetes

Die Wirkstoffgruppe A10BK *Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren* ist bisher ausschließlich für DXG, die Diabetes Typ 2 umfassen, als berücksichtigungsfähige Wirkstoffgruppe bei der Prüfung auf Behandlungstage definiert. Dapagliflozin (A10B01) ist jedoch auch bei erwachsenen Patienten zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ-1-Diabetes mellitus in Ergänzung zu Insulin bei Patienten mit einem BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> zugelassen, wenn Insulin allein den Blutzucker trotz optimaler Insulintherapie nicht ausreichend kontrolliert.

Vor diesem Hintergrund ist die Wirkstoffgruppe A10BK *Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren* für folgende DXGs zu ergänzen:

DXG	Bezeichnung
99	Diabetes mellitus Typ 1 mit Nierenbeteiligung
101	Diabetes mellitus Typ 1 mit Krankheitserscheinungen des Nerven- systems
103	Diabetes mellitus Typ 1 mit Krankheitserscheinungen an den peri- pheren Gefäßen
107	Diabetes mellitus Typ 1 mit anderen näher bezeichneten Krank- heitserscheinungen
109	Diabetes mellitus Typ 1 mit Manifestationen am Auge
111	Diabetes mellitus Typ 1 ohne Komplikationen
801	Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen Komplikationen
803	Diabetes mellitus Typ 1 mit nicht näher bezeichneten Komplika- tionen

Redaktionelle Anmerkung:

Es wird vorgeschlagen, die Hierarchiebezeichnung in *Diabetes mellitus* zu ändern.

Hierarchie 04: Metabolische Erkrankungen

Im Anpassungszyklus für das Ausgleichsjahr 2019 wurde die Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung bei Versicherten mit lysosomalem, saurem Lipasemangel anhand des Wirkstoffs Sebelipase alfa (A16AB14) geprüft und konnte aufgrund geringer Fallzahlen im Berichtsjahr 2015 nicht empirisch untersucht werden. Da es sich hierbei um Versicherte mit hohen Folgekosten handelt, hat der GKV-Spitzenverband den Vorschlag, wie bereits im letzten Jahr, auf Basis der aktuell vorliegenden Daten erneut überprüft. Die Analyse zeigt jedoch, dass die Gruppe mit nur 5 Versicherten nach wie vor sehr gering besetzt ist, so dass eine empirische Untersuchung weiterhin nicht möglich ist.

Der DXG 125 *Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen* sind die ICD-Codes E89.4 *Ovarialinsuffizienz nach medizinischen Maßnahmen* und E89.5 *Testikuläre Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen* zugeordnet. Aus medizinischen Gründen sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine Verschiebung in die Hierarchie 31 *Gynäkologische und andrologische Erkrankungen* geprüft werden. Hier könnte der ICD-Codes E89.4 *Ovarialinsuffizienz nach medizinischen Maßnahmen* der DXG 515 *Ovarielle Dysfunktion* und der ICD-Code E89.5 *Testikuläre Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen* der DXG 339 *Testikuläre Dysfunktion* zugeordnet werden.

Die ICD-Codes der Schilddrüsenerkrankungen sind sowohl den DXGs 589 und 733 der HMG 24 als auch der sie dominierenden HMG 879 zugeordnet. Als Aufgreifkriterium ist hier das M2Q-Kriterium festgelegt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes lassen sich die Schweregrade der Erkrankung nur unzureichend über die Diagnoseinformation abbilden. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen zu prüfen, ob sich durch eine Arzneimittelvalidierung (obligat, chronischer Verlauf) der genannten DXG mit den ATC-Codes H03AA, H03BA, H03BB, H03BC, H03BX, H03CA die Folgekosten für die Schilddrüsenerkrankungen zielgenauer in einer gemeinsamen HMG abbilden lassen.

### **Prüfung der Einführung einer Schweregraddifferenzierung bei schweren Fettstoffwechselstörungen**

Schwere Fettstoffwechselstörungen verursachen kardiovaskuläre Erkrankungen und werden in der Regel medikamentös behandelt. Spricht die Therapie über einen längeren Zeitraum nicht an oder muss abgebrochen werden, wird die Erkrankung unter bestimmten Voraussetzungen mittels einer LDL/LPa-Apherese (extrakorporales Blutreinigungsverfahren) behandelt, die regelmäßig (im Schnitt wöchentlich) durchgeführt wird. Die Folgekosten von Versicherten, die eine Apherese erhalten, sind deutlich höher als die von Versicherten mit einer diätetischen oder medikamentös behandelten Fettstoffwechselstörung. Derzeit werden die relevanten ICD-Codes E78.0 *Reine Hypercholesterinämie*, E78.5 *Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet* und E78.9 *Störung des Lipoproteinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet* der HMG 24 *Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevant* zugeordnet, die einen negativen Kostenschätzer aufweist.

In Modell 1 werden die oben genannten ICD-Codes zusätzlich zur bisherigen Zuordnung in die HMG 24 der neuen DXG 998 *Schwere Fettstoffwechselstörungen mit LDL-Apherese* und der gleichnamigen HMG 998 zugeordnet; die HMG 998 dominiert die HMG 24. Eine Zuordnung zur DXG 998 erfolgt dann, wenn eine Hauptdiagnose der genannten Diagnosen sowie des Kennzeichens für extrakorporale Blutreinigung vorliegt. Für ambulante bzw. stationäre Nebendiagnosen muss neben dem Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung eine zweite Diagnose der Krankheit aus einem anderen Quartal dokumentiert sein. Für Modell 1 ergeben sich folgende Ergebnisse:

Tabelle 1: Hierarchie 4– Vergleich Modell 1 und Festlegungsentwurf

	Festlegungsentwurf		Modell 1 Einführung einer Differenzierung LDL Apherese, Dominanz HMG 998 auf HMG 24		Differenz	
<b>R<sup>2</sup></b>		53,9284%		53,9435%		0,0151%
<b>CPM</b>		28,2562%		28,2593%		0,0031%
<b>MAPE</b>		2.286,77 €		2.286,67 €		- 0,10 €
<b>Risikofaktor</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>
HMG0285	133	194.896,03 €	133	194.870,15 €	0	- 25,88 €
HMG0284	271	154.568,69 €	271	154.570,48 €	0	1,79 €
HMG0281	368	130.240,17 €	368	130.239,26 €	0	- 0,92 €
HMG0282	590	115.725,95 €	590	115.762,91 €	0	36,96 €
HMG0279	1.110	73.834,88 €	1.110	73.832,51 €	0	- 2,36 €
HMG0250	490	44.407,60 €	490	44.407,60 €	0	- 0,00 €
HMG0225	7.530	15.595,98 €	7.530	15.598,63 €	0	2,65 €
HMG0286	6.221	5.931,08 €	6.221	5.926,00 €	0	- 5,08 €
HMG0021	6.077	4.266,57 €	6.077	4.264,77 €	0	- 1,80 €
HMG0022	72.702	1.935,30 €	72.702	1.935,66 €	0	0,36 €
HMG0007	3.264	948,82 €	3.264	944,72 €	0	- 4,10 €
HMG0023	384.208	618,60 €	384.208	602,44 €	0	- 16,16 €
HMG0544	337.576	202,87 €	337.576	201,52 €	0	- 1,35 €
HMG0390	481.223	107,29 €	481.223	105,46 €	0	- 1,83 €
HMG0998			39.967	6.430,87 €	39.967	6.430,87 €
HMG0024	13.070.977	- 52,49 €	13.052.696	- 61,26 €	-18.281	- 8,76 €
HMG0879	6.450.266	117,02 €	6.450.266	113,61 €	0	- 3,42 €
HMG0130	79.290	43.619,78 €	79.290	40.661,77 €	0	- 2.958,01 €

Die deutliche Verbesserung der Modellkennzahlen in Modell 1 zeigt, dass das Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung geeignet ist, Versicherte mit einer schweren Fettstoffwechselstörung zielgenauer abzubilden. Außerdem wird deutlich, dass nicht nur Versicherte aus der HMG 24 der neuen HMG 998 zugeordnet werden, sondern über die Hälfte der Versicherten aus anderen die HMG 24 dominierenden HMGs stammen müssen. Da das Kennzeichen extrakorporale Blutreinigung auch die Dialyse umfasst, ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Versicherten mit einer dialysepflichtigen Niereninsuffizienz ebenfalls eine Fettstoffwechselstörung aufweisen und aufgrund ihrer dokumentierten Dialyse der HMG 998 zugeordnet werden. Um dies zu vermeiden, wird in Modell 2 die Einführung einer Dominanzbeziehung zwischen der HMG 130 Dialysestatus und der neuen HMG 998 geprüft:

Tabelle 2: Hierarchie 4– Vergleich Modell 2 und Festlegungsentwurf

	Festlegungsentwurf		Modell 2 Dominanz HMG 998 auf HMG 24 und HMG 130 auf HMG 998		Differenz	
<b>R<sup>2</sup></b>		53,92836%		54,0278%		0,0994%
<b>CPM</b>		28,2562%		28,3160%		0,0598%
<b>MAPE</b>		2.286,77 €		2.284,86 €	-	1,90 €
<b>Risikofaktor</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>
HMG0285	133	194.896,03 €	133	194.899,49 €	0	3,46 €
HMG0284	271	154.568,69 €	271	154.582,10 €	0	13,41 €
HMG0281	368	130.240,17 €	368	130.242,79 €	0	2,62 €
HMG0282	590	115.725,95 €	590	115.734,49 €	0	8,54 €
HMG0279	1.110	73.834,88 €	1.110	73.833,39 €	0 -	1,49 €
HMG0250	490	44.407,60 €	490	44.408,83 €	0	1,23 €
HMG0225	7.530	15.595,98 €	7.530	15.596,60 €	0	0,62 €
HMG0286	6.221	5.931,08 €	6.221	5.914,06 €	0 -	17,02 €
HMG0021	6.077	4.266,57 €	6.077	4.267,76 €	0	1,19 €
HMG0022	72.702	1.935,30 €	72.702	1.932,98 €	0 -	2,32 €
HMG0007	3.264	948,82 €	3.264	937,21 €	0 -	11,61 €
HMG0023	384.208	618,60 €	384.208	601,37 €	0 -	17,23 €
HMG0544	337.576	202,87 €	337.576	201,79 €	0 -	1,09 €
HMG0390	481.223	107,29 €	481.223	106,13 €	0 -	1,16 €
HMG0998			2.852	44.972,09 €	2.852	44.972,09 €
HMG0024	13.070.977	- 52,49 €	13.052.696	- 58,27 €	-18.281	- 5,77 €
HMG0879	6.450.266	117,02 €	6.450.266	115,46 €	0 -	1,56 €
HMG0130	79.290	43.619,78 €	79.290	43.678,48 €	0	58,71 €
HMG0134	4.770	9.993,99 €	4.770	10.019,26 €	0	25,26 €
HMG0137	149.375	4.410,43 €	149.375	4.438,34 €	0	27,91 €
HMG0136	221.537	2.495,13 €	221.537	2.491,59 €	0 -	3,54 €
HMG0139	134.037	1.940,62 €	134.037	1.958,35 €	0	17,73 €
HMG0131	2.277.355	549,03 €	2.277.355	545,59 €	0 -	3,43 €
HMG0132	360.187	234,21 €	360.187	217,31 €	0 -	16,89 €
HMG0753	227.880	120,72 €	227.880	119,50 €	0 -	1,22 €
HMG0367	161.913	45,67 €	161.913	45,71 €	0	0,05 €

In Modell 2 zeigt sich eine vergleichbare Verbesserung der Modellkennzahlen. Zudem wird deutlich, dass der Großteil der Versicherten der HMG 998 in Modell 1 auch eine Zuordnung zur HMG 130 aufweisen. Allerdings gibt es eine Hierarchieverletzung zwischen der HMG 130 und der HMG 998. Eine Umkehrung und Erweiterung der Dominanzbeziehung auf den gesamten ersten Hierarchiestrang der Nierenerkrankungen löst die Hierarchieverletzung zwar auf, allerdings werden dann dialysepflichtige Versicherte der HMG 130 mit einer dokumentierten Fettstoffwechselstörung wie in Modell 1 der HMG 998 zugeordnet:

Tabelle 3: Hierarchie 4– Vergleich Modell 3 und Festlegungsentwurf

	Festlegungsentwurf		Modell 3 Dominanz HMG 998 auf HMG 24 und HMG 130 abwärts		Differenz	
<b>R<sup>2</sup></b>		53,92836%		54,0277%		0,0994%
<b>CPM</b>		28,2562%		28,3156%		0,0594%
<b>MAPE</b>		2.286,77 €		2.284,88 €	-	1,89 €
<b>Risikofaktor</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>
HMG0285	133	194.896,03 €	133	194.897,29 €	0	1,26 €
HMG0284	271	154.568,69 €	271	154.581,97 €	0	13,28 €
HMG0281	368	130.240,17 €	368	130.242,93 €	0	2,76 €
HMG0282	590	115.725,95 €	590	115.735,67 €	0	9,72 €
HMG0279	1.110	73.834,88 €	1.110	73.833,64 €	0 -	1,23 €
HMG0250	490	44.407,60 €	490	44.408,93 €	0	1,33 €
HMG0225	7.530	15.595,98 €	7.530	15.596,78 €	0	0,80 €
HMG0286	6.221	5.931,08 €	6.221	5.914,28 €	0 -	16,80 €
HMG0021	6.077	4.266,57 €	6.077	4.267,70 €	0	1,13 €
HMG0022	72.702	1.935,30 €	72.702	1.932,86 €	0 -	2,43 €
HMG0007	3.264	948,82 €	3.264	937,51 €	0 -	11,31 €
HMG0023	384.208	618,60 €	384.208	597,89 €	0 -	20,71 €
HMG0544	337.576	202,87 €	337.576	201,88 €	0 -	1,00 €
HMG0390	481.223	107,29 €	481.223	106,21 €	0 -	1,08 €
HMG0998			39.967	44.006,87 €	39.967	44.006,87 €
HMG0024	13.070.977	- 52,49 €	13.052.696	- 58,01 €	-18.281	- 5,52 €
HMG0879	6.450.266	117,02 €	6.450.266	115,52 €	0 -	1,50 €
HMG0130	79.290	43.619,78 €	42.175	43.503,67 €	-37.115	- 116,11 €
HMG0134	4.770	9.993,99 €	4.770	10.023,91 €	0	29,92 €
HMG0137	149.375	4.410,43 €	149.375	4.442,64 €	0	32,21 €
HMG0136	221.537	2.495,13 €	221.450	2.499,58 €	-87	4,46 €
HMG0139	134.037	1.940,62 €	134.037	1.961,77 €	0	21,15 €
HMG0131	2.277.355	549,03 €	2.276.672	546,26 €	-683	- 2,76 €
HMG0132	360.187	234,21 €	360.019	220,49 €	-168	- 13,71 €
HMG0753	227.880	120,72 €	227.857	119,44 €	-23	- 1,28 €
HMG0367	161.913	45,67 €	161.902	44,85 €	-11	- 0,82 €



Bei nahezu gleichbleibenden Modellkennzahlen verändert sich die Höhe des Zuschlags für die HMGs 130 und 998 trotz einer Änderung der Dominanzbeziehung kaum, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass Versicherte mit einer schweren Fettstoffwechselstörung, die eine LDL-Apherese erhalten, ähnliche Folgekosten aufweisen wie Versicherte mit einer Dialyse.

Bei einer Differenzierungsmöglichkeit der extrakorporalen Blutreinigungsverfahren ließen sich die mit einer LDL-Apherese behandelten schweren Fettstoffwechselstörungen zielgenau im Klassifikationsmodell abbilden. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine Änderung der Datenmeldung. Bis dahin könnte eine Zusammenlegung der HMG 130 und HMG 998 für die Übergangszeit eine geeignete Lösung darstellen, um gravierende Unterdeckungen für Versicherte mit einer schweren Fettstoffwechselstörung, die eine LDL-Apherese erhalten, zu vermeiden.

#### Redaktioneller Hinweis:

Die HMG 879 ist in den beiden Darstellungen auf den Seiten 89 bzw. 599 als *Schilddrüsen-Erkrankungen, exkl. Struma* bezeichnet. In Anlage 1 ist die Bezeichnung der HMG jedoch *Näher bezeichnete Schilddrüsen-Erkrankungen*. Die Bezeichnung sollte vereinheitlicht werden. Der HMG 21 ist in der Darstellung auf Seite 599 der Erläuterungen die DXG 840 zugeordnet. Richtigerweise müssten der HMG 21 aber die DXGs 114, 135 und 918 zugeordnet sein.

#### Hierarchie 05: Erkrankungen der Leber

In der Hierarchie 05 werden fünf neue Diagnosegruppen integriert. Im letzten Schritt der Hierarchiekonsolidierung werden in Modell 3 HMGs mit ähnlichen (HMG 600 und HMG 272) bzw. negativen (HMG 601 und HMG 407) Kostenschätzern zusammengefasst. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5.4 dargestellt (S. 95).

Vergleicht man die Entwicklung der Anzahl an Versicherten von Modell 2 und Modell 3 für die zusammengelegten HMGs, so fällt auf, dass diese in der Summe rückläufig ist. Da die HMGs in Modell 2 in einer strikten Dominanzbeziehung stehen und die gleichen Aufgreifkriterien aufweisen, dürfte sich die Anzahl an Versicherten durch die Zusammenfassung insgesamt nicht ändern.

Die Modellergebnisse von Modell 3 sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes daher zu überprüfen, ggf. sind auch die Werte in Tabelle 5.5: Hierarchie 05 – Gegenüberstellung Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf – zu korrigieren.

#### Hierarchie 06: Gastrointestinale Erkrankungen

Aufgrund der Einführung des Vollmodells werden zahlreiche HMGs in der Hierarchie ergänzt. Zudem werden die gastrointestinalen Infektionen von der Hierarchie 1 in die Hierarchie 6 verschoben. Im Rahmen der Modellkonsolidierung wurden zahlreiche HMGs zusammengefasst. Insgesamt besteht die Hierarchie aus sieben Strängen. Im Vergleich zum Modell für den Jahresausgleich 2020 wurde zudem die strangübergreifende Dominanzbeziehung zwischen der HMG 34 *Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt* und der HMG 63 *Peritonitis* aufgelöst.

Der erste Hierarchiestrang der gastrointestinalen Erkrankungen wird an oberster Stelle um die HMG 0595 *Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen im Gastrointestinaltrakt* mit der gleichnamigen DXG 0778 ergänzt. Für die DXG ist als Aufgreifkriterium *M2Q* vorgesehen. Die DXG enthält ausschließlich den ICD–Code T18.8 *Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen des Verdauungstraktes*. Aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes ist hier eine stationäre Behandlung notwendig, weshalb das Aufgreifkriterium in *stationär erforderlich* geändert werden sollte.

Zudem besteht aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes für die Hierarchie weiteres Potential zur Konsolidierung. Zum einen erscheint es aus medizinischen Gründen sinnvoll, die im Modell des Ausgleichsjahrs 2020 bestehende Dominanzbeziehung zwischen dem ersten und zweiten Hierarchiestrang wieder ein zu führen. Dominieren die HMGs 595 und 34 auch den zweiten Hierarchiestrang (HMG 70 abwärts) und wird für die HMG 595 das Aufgreifkriterium in *stationär erforderlich* geändert, ergibt sich folgendes Ergebnis:

Tabelle 4: Hierarchie 6 – Vergleich Modell 1 und Festlegungsentwurf

	Festlegungsentwurf		Modell 1 HMG0595 stat. erf., Dominanz Strang 1/2		Differenz	
<b>R<sup>2</sup></b>		53,92836%		53,9282%		-0,0001%
<b>CPM</b>		28,2562%		28,2562%		0,0000%
<b>MAPE</b>		2.286,77 €		2.286,77 €		0,00 €
<b>Risikofaktor</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>
<b>Strang 1</b>						
HMG0595	419	7.949 €	405	8.077 €	-14	127,94 €
HMG0034	12.916	2.255 €	12.910	2.814 €	-6	558,89 €
HMG0031	144.130	2.186 €	144.121	2.187 €	-9	0,95 €
HMG0309	7.896	1.643 €	7.913	1.671 €	17	28,80 €
HMG0596	902	920 €	907	949 €	5	29,57 €
HMG0032	4.683	428 €	4.682	433 €	-1	5,42 €
HMG0414	168.277	353 €	168.271	353 €	-6	0,40 €
HMG0574	1.722.925	- 78 €	1.722.927	- 79 €	2	0,02 €
<b>Strang 2</b>						
HMG0070	14.952	1.819 €	13.606	1.646 €	-1.346	- 173,06 €
HMG0063	31.624	982 €	27.376	982 €	-4.248	- 0,18 €
HMG0449	19.824	920 €	19.342	955 €	-482	34,31 €
HMG0436	219.720	66 €	219.377	66 €	-343	- 0,04 €
HMG0476	59.447	- 139 €	59.428	- 140 €	-19	- 0,88 €
<b>Strang 5/6</b>						
HMG0484	43.534	1.986 €	43.534	1.983 €	0	- 2,86 €
HMG0561	17.681	1.725 €	17.681	1.728 €	0	2,95 €
HMG0121	84.189	982 €	84.189	980 €	0	- 1,67 €
HMG0482	329.432	424 €	329.432	424 €	0	- 0,35 €
HMG0425	1.879.976	- 38 €	1.879.976	- 39 €	0	- 0,05 €
HMG0564	39.430	- 229 €	39.430	- 229 €	0	- 0,22 €

Zum anderen ließen sich die Erkrankungen der Gallenblase/-wege des fünften Hierarchiestrangs in den Hierarchiestrang der akuten Pankreaserkrankungen (Strang 6) integrieren. Erkrankungen der Gallenblase/-wege sind Hauptursache für akute Pankreatiden, weshalb die Integration auch aus medizinischen Gründen sinnvoll ist. Werden im Vergleich zum Festlegungsmodell die HMGs

des fünften Hierarchiestrangs anhand ihrer Kostenschätzer in den sechsten Strang integriert (484->561->121->482->425->564) und für die HMG 595 das Aufgreifkriterium stationär erforderlich festgelegt, ergeben sich bei nahezu gleichbleibenden Modellkennzahlen für Modell 2 folgende Werte:

Tabelle 5: Hierarchie 6 – Vergleich Modell 2 und Festlegungsentwurf

	Festlegungsentwurf		Modell 2 HMG0595 stat. erf., Integration Strang 5/6		Differenz	
<b>R<sup>2</sup></b>		53,9284%		53,9282%		-0,0001%
<b>CPM</b>		28,2562%		28,2562%		0,0000%
<b>MAPE</b>		2.286,77 €		2.286,77 €		0,00 €
<b>Risikofaktor</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>
<b>Strang 1</b>						
HMG0595	419	7.949 €	405	8.020 €	-14	70,34 €
HMG0034	12.916	2.255 €	12.910	2.267 €	-6	11,65 €
HMG0031	144.130	2.186 €	144.121	2.186 €	-9	0,69 €
HMG0309	7.896	1.643 €	7.913	1.671 €	17	28,36 €
HMG0596	902	920 €	907	949 €	5	29,58 €
HMG0032	4.683	428 €	4.682	428 €	-1	0,51 €
HMG0414	168.277	353 €	168.271	353 €	-6	0,11 €
HMG0574	1.722.925	- 78 €	1.722.927	- 79 €	2	0,40 €
<b>Strang 5/6</b>						
HMG0484	43.534	1.986 €	43.534	2.050 €	0	64,18 €
HMG0561	17.681	1.725 €	17.681	1.829 €	0	103,32 €
HMG0121	84.189	982 €	78.581	1.023 €	-5.608	41,68 €
HMG0425	1.879.976	- 38 €	1.826.624	- 17 €	-53.352	21,30 €
HMG0564	39.430	- 229 €	33.995	- 203 €	- 5.435	26,32 €

Werden die Änderungen von Modell 1 und 2 kombiniert umgesetzt, ergibt sich folgendes Ergebnis:

Tabelle 6: Hierarchie 6 – Vergleich Modell 3 und Festlegungsentwurf

	Festlegungsentwurf		Modell 3 HMG0595 stat. erf., Dominanz Strang 1/2, Integration Strang 5/6		Differenz	
<b>R<sup>2</sup></b>		53,92836%		53,9281%		-0,0003%
<b>CPM</b>		28,2562%		28,2562%		0,0000%
<b>MAPE</b>		2.286,77 €		2.286,77 €		0,00 €
<b>Risikofaktor</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>
<b>Strang 1</b>						
HMG0595	419	7.949 €	405	8.082 €	14	132,56 €
HMG0034	12.916	2.255 €	12.910	2.816 €	6	560,69 €
HMG0031	144.130	2.186 €	144.121	2.187 €	9	0,25 €
HMG0309	7.896	1.643 €	7.913	1.671 €	-17	28,71 €
HMG0596	902	920 €	907	949 €	-5	29,47 €
HMG0032	4.683	428 €	4.682	432 €	1	4,76 €
HMG0414	168.277	353 €	168.271	353 €	6	0,01 €
HMG0574	1.722.925	- 78 €	1.722.927	- 79 €	-2	0,41 €
<b>Strang 2</b>						
HMG0070	14.952	1.819 €	13.606	1.645 €	1.346	- 173,39 €
HMG0063	31.624	982 €	27.376	981 €	4.248	- 0,72 €
HMG0449	19.824	920 €	19.342	955 €	482	34,13 €
HMG0436	219.720	66 €	219.377	66 €	343	- 0,20 €
HMG0476	59.447	- 139 €	59.428	- 140 €	19	- 1,76 €
<b>Strang 5/6</b>						
HMG0484	43.534	1.986 €	43.534	2.051 €	0	65,10 €
HMG0561	17.681	1.725 €	17.681	1.833 €	0	107,13 €
HMG0121	84.189	982 €	78.581	1.023 €	5.608	41,08 €
HMG0482	329.432	424 €	322.938	409 €	6.494	- 15,10 €
HMG0425	1.879.976	- 38 €	1.826.624	- 17 €	53.352	21,28 €
HMG0564	39.430	- 229 €	33.995	- 202,69 €	5.435	26,44 €

Modell 3 sollte durch die Zusammenlegung von HMG mit ähnlichen Kostenschätzern weiter konsolidiert werden. Zu prüfen wäre zusätzlich, ob sich durch eine Arzneimittelvalidierung (klinische Relevanz) der den beiden untersten HMGs des sechsten Strangs zugeordneten DXGs 721 und 722, die die nicht näher bezeichneten bzw. sonstigen Erkrankungen des Pankreas enthalten, zu

einer Verbesserung der Modellgüte führen. Mit den ATC-Codes der Wirkstoffgruppe der enzymhaltigen Zubereitungen (ATC-Codes A09AA) lassen sich vermutlich die Krankheitsfälle mit höheren Folgekosten separieren.

#### **Vorschläge zur Verschiebung von ICD-Codes in andere Hierarchien:**

Der ICD-Code K91.80 *Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung* ist der DXG 764 *Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen* und der gleichnamigen HMG 34 zugeordnet. Die generalisierte Mykosis tritt als Nebenwirkung einer onkologischen Therapie auf und betrifft neben dem Magen-Darmtrakt auch die Schleimhäute der Mundhöhle.

Aus den oben genannten Gründen schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die Verschiebung des ICD-Codes K91.80 *Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung* in die DXG 192 *Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen* und damit in die HMG 203 *Schwere kombinierte Immundefekte und Immunkompromittierung nach Therapie* der Hierarchie 08 *Hämatologische Erkrankungen* zu prüfen.

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 DXG 296 *Intestinale Malabsorption* und damit der gleichnamigen HMG 304 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*.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte die Zuordnung der oben genannten ICD-Codes zur DXG 296 überprüft werden.

#### Redaktioneller Hinweis:

Die Bezeichnung der HMG 595 in den Darstellungen auf den Seiten 113 und 601 der Erläuterungen stimmt nicht mit der in der Anlage 1 überein. Die Bezeichnung sollte vereinheitlicht werden.

#### Hierarchie 07: Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems

In der Hierarchie 7 werden zunächst ICD-Codes der Hierarchie 1 integriert sowie vier HMGs in die Hierarchie 13 *Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks* verschoben. Abschließend findet eine Konsolidierung der Hierarchie statt. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband folgende Anmerkungen:

#### **Hinweise zur Arzneimittelvalidierung:**

Für die DXG 183 *Osteomyelitis* ist das Aufgreifkriterium *AM obligat* festgelegt. Da sowohl Fluorchinolone (J01MA) als auch Glycopeptid-Antibiotika (J01XA) bei der Behandlung einer Osteomyelitis eingesetzt werden, wird vorgeschlagen, die berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffe für die DXG 183 *Osteomyelitis* um die entsprechenden ATC-Codes zu ergänzen.

#### **Für folgende DXG wird die Prüfung einer Arzneimittelvalidierung angeregt:**

Die DXG 313 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.

#### **Prüfung von Vorschlägen zur Verschiebung von ICD-Codes innerhalb der Hierarchie 7:**

Die der Hierarchie 7 zugeordneten ICD-Codes der Arthrose (M15–M19) befinden sich sowohl im ersten als auch im zweiten Hierarchiestrang der Hierarchie. Während die Diagnosen der Osteoarthrose der Hüfte oder des Knies (M16.–/M17.–) der HMG 40 des sechsten Hierarchiestrangs zugeordnet sind, sind die ICD-Codes der Polyarthrose (M15.–) auf die HMGs 566 bzw. 605 des vierten Hierarchiestrangs aufgeteilt. Die ICD-Codes der Rhizarthrose (M18.–) und die sonstigen Arthrosen befinden sich zum überwiegenden Teil in der HMG 315, die u. a. sowohl von der HMG 40 als auch den HMGs 566 und 605 dominiert wird.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die der Hierarchie 7 zugeordneten ICD-Codes der Arthrose aus medizinischen Gründen einem Hierarchiestrang zugeordnet werden. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die den HMGs 566 bzw. 605 zugeordneten ICD-Codes M15.– aus den entsprechenden DXGs der HMG auszugliedern und in den zweiten Hierarchiestrang bzw. der HMG 315 zu integrieren.

In der DXG 213 *Bindegewbserkrankungen mit Systembeteiligung* der HMG 209 *Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates* befinden sich zwei ICD-Codes, die aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes 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 Hierarchiestrang (HMG 198 abwärts) zu verschieben.

Nach dem Eindringen eines Fremdkörpers ins Weichteilgewebe kann durch entzündliche Prozesse ein Fremdkörpergranulom (M60.2\*) entstehen. Da es sich hierbei nicht um eine Autoimmunerkrankung handelt, wird vorgeschlagen, den ICD-Code in den ersten Hierarchiestrang (207 abwärts) zu verschieben, dem Infektionen und entzündliche Reaktionen durch Fremdkörper zugeordnet sind.

#### **Vorschläge zur Verschiebung von ICD-Codes in andere Hierarchien:**

Während die Knochentuberkulose als Erscheinungsform der Tuberkulose der Hierarchie 1 *Infektionen* zugeordnet wird, werden die ICD-Codes der *Myositis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten* (M63.0\*) und der *Myositis bei anderenorts klassifizierten Protozoen- und Parasiteninfektionen* (M63.1\*) der Hierarchie 7 zugeordnet, obwohl die korrespondierenden Kreuzdiagnosen den HMG 368 *Syphilis*, HMG 487 *Lepra* und HMG 430 *Parasiten und Protozoeninfektionen* der Hierarchie 1 zugeordnet sind. Vor diesem Hintergrund regt der GKV-Spitzenverband an, eine Verschiebung der oben genannten ICD-Codes in die Hierarchie 1 zu prüfen.

Im Rahmen der Hierarchiebearbeitung werden vier HMGs in die Hierarchie 13 *Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks* verschoben. Der GKV-Spitzenverband regt an, die Verschiebung folgender ICD-Codes in die Hierarchie 13 zu überprüfen:

In der Folge von Lähmungen treten Muskelatrophien oder Kontrakturen (M62.3\*) sowie eine Kalzifikation und Ossifikation von Muskeln (M61.2\*) auf. Diese der DXG 88/HMG 240 zugeordneten ICD-Codes weisen einen starken Bezug zu den Diagnosen der HMG 0293/HMG 0294/HMG 0295 der Hierarchie 13 auf. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, aus medizinischen Gründen eine Integration der genannten ICD-Codes in die Hierarchie 13 zu überprüfen.

#### **Redaktionelle Anmerkungen:**

In der Abbildung 7.7 der Erläuterungen auf S. 137 entspricht die Bezeichnung der HMG 40 nicht der in Anlage 1 des Festlegungsentwurfs *Osteoarthrose der Hüfte oder des Knies*.



#### Hierarchie 08: Hämatologische Erkrankungen

Auch in Hierarchie 8 werden aufgrund der Vervollständigung des Krankheitsspektrums neue HMGs integriert. Im Anschluss werden im Rahmen der Hierarchiekonsolidierung HMGs mit vergleichbaren Kostenschätzern zusammengelegt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ließe sich durch eine Zusammenlegung der HMG 185 und HMG 186 die Hierarchie weiter konsolidieren. Da sich die den HMGs zugeordneten ICD-Codes lediglich in der Behandlungsdauer unterscheiden, ist eine Zusammenfassung der HMGs auch aus kodierpraktischen Erwägungen sinnvoll.

Zudem ist aufgefallen, dass die ICD-Kodes D86.8 *Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen* und D86.9 *Sarkoidose, nicht näher bezeichnet* unterschiedlichen HMGs zugeordnet sind: Während der ICD-Kode D86.8 der HMG 0531 *Sarkoidose, exkl. Lunge* mit einem Kostenschätzer von 98 Euro zugeordnet ist, gehört der ICD-Kode D86.9 zur HMG 0443 *N. n. bez. allergische Reaktion; n. n. bez. Sarkoidose, exkl. Lunge* mit einem negativen Kostenschätzer. Um Fehlanreize in der Kodierung zu vermeiden, schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die beiden ICD-Codes einer gemeinsamen DXG/HMG zuzuordnen.

Zudem halten wir die Prüfung einer Arzneimitteldifferenzierung für die idiopathische thrombozytopenische Purpura bzw. den hederetären Faktor X- Mangel weiterhin für notwendig und verweisen diesbezüglich auf unsere Stellungnahme zum Entwurf der Festlegungen des Bundesversicherungsamtes gemäß § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2020 vom 23. August 2019.

#### Redaktioneller Hinweis:

In der Hierarchie 8 werden zunächst medizinische Anpassungen vorgenommen. Es wird u. a. ausgeführt, dass der aus der HMG 531 und HMG 952 bestehende Strang aus der Hierarchie 32 in Hierarchie 8 verschoben und an das Ende des vierten Stranges unter HMG 201 gestellt wird. Die unterste HMG des vierten Strangs ist jedoch die HMG 206. Das gleiche gilt für die Ausführung unter Punkt 8.2.2.3 Modellkonsolidierung des Stranges 4 auf Seite 145. Zudem fehlt die Zuordnung der DXG 656 zur HMG 181 in der grafischen Darstellung des Festlegungsentwurfs für die Hierarchie 8. Diese sollte ergänzt werden.

#### Hierarchie 10: Drogen- / Alkoholmissbrauch

In der Hierarchie 10 wird die Krankheit *Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak* ergänzt. Dies sollte aus der Bezeichnung der Hierarchie hervorgehen. Es wird vorgeschlagen die Bezeichnung der Hierarchie 10 in *Drogen-, Alkohol- und Tabakmissbrauch* zu ändern.

#### Hierarchie 11: Psychische Erkrankungen

Aufgrund der Vervollständigung des Krankheitsspektrums wird die Hierarchie 11 um zahlreiche HMGs ergänzt. Dabei handelt es sich teilweise um Krankheiten, die bereits in den Vorjahren Bestandteil der Krankheitsauswahl waren. Diese ehemaligen RSA-Krankheiten wurden in die Hierarchie integriert, die in den Vorjahren bestehenden Dominanzbeziehungen zwischen den unterschiedlichen Strängen wurden jedoch nicht übernommen. Zudem wurde die ICD-DXG-HMG-Zuordnung überprüft und stärker an den Unterkapiteln der ICD-10-GM Klassifikation ausgerichtet sowie der ICD-Code der Wochenbettdepression integriert. Außerdem werden die Sexualstörungen neu abgrenzt, was zu einer deutlichen Verbesserung des Modells führt. Dieses Modell bildet die Basis für die Hierarchiekonsolidierung, in der HMGs mit ähnlichen Kostenschätzern zusammengelegt werden.

Die Auflösung der hierarchieinternen Dominanzbeziehungen sowie die Orientierung an den Unterkapiteln bei der Überprüfung der ICD-DXG-HMG-Zuordnung zur Schaffung eines Basismodells zur Hierarchiekonsolidierung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zunächst nachvollziehbar. Bei der anschließenden Hierarchiekonsolidierung wird die Notwendigkeit einer Wiedereinführung von hierarchieinternen Dominanzbeziehungen jedoch weder erörtert noch geprüft. Vielmehr beschränkt sich die Hierarchiekonsolidierung ausschließlich auf die Zusammenfassung von HMGs mit ähnlichen Kostenschätzern. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht nachvollziehbar. Psychische Erkrankungen sind vielfach nicht klar untereinander abgrenzbar, außerdem treten sie in vielen Fällen gemeinsam auf. Als Beispiel sei Anorexia nervosa genannt: In einer Vielzahl der Fälle liegt neben einer Anorexia nervosa zusätzlich eine Depression (30%) , Angststörung (65%), Zwangserkrankung oder Persönlichkeitsstörung (50%) vor.<sup>1</sup>

Vor diesem Hintergrund sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine Eingliederung der Essstörungen (HMG 60->643) in den fünften Strang der Hierarchie (HMG 442 abwärts) geprüft werden. Eigene Berechnungen kommen zu folgendem Ergebnis:

---

<sup>1</sup> [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitli-nien/051-0261\\_S3\\_Esstoeerung-Diagnostik-Therapie\\_2020-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitli-nien/051-0261_S3_Esstoeerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf), S. 67; Stand 13.07.2020

Tabelle 7: Hierarchie 11 – Vergleich Modell 1 und Festlegungsentwurf

	Festlegungsentwurf		Modell 1 Integration Strang 3/5		Differenz	
<b>R<sup>2</sup></b>		53,9284%		53,9276%		-0,0008%
<b>CPM</b>		28,2562%		28,2549%		-0,0013%
<b>MAPE</b>		2.286,77 €		2.286,81 €		0,04 €
<b>Risikofaktor</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>
<b>Strang 1</b>						
HMG0055	567.680	2.479 €	567.680	2.485,98 €	0	7,02 €
HMG0058	515.298	1.434 €	515.298	1.437,38 €	0	3,76 €
HMG0066	777.026	1.088 €	777.026	1.094,23 €	0	5,76 €
HMG0067	817.567	794 €	817.567	796,01 €	0	1,64 €
HMG0068	844.950	359 €	844.950	361,17 €	0	1,94 €
HMG0057	4.176.799	285 €	4.176.799	285,27 €	0	0,71 €
HMG0384	2.545.490	108 €	2.545.490	108,87 €	0	0,60 €
<b>Strang 2</b>						
HMG0054	323.588	4.606 €	323.588	4.605,15 €	0	- 0,35 €
HMG0056	57.828	1.383 €	57.828	1.383,22 €	0	0,45 €
HMG0069	127.400	800 €	127.400	801,44 €	0	1,36 €
<b>Strang 3/5</b>						
HMG0060	102.732	1.813 €	102.732	2.010,50 €	0	197,67 €
HMG0442	82.455	1.614 €	80.658	1.546,74 €	-1.797	- 67,32 €
HMG0645	7.369	1.317 €	7.124	1.280,60 €	-245	- 36,65 €
HMG0973	1.827.861	556 €	1.814.735	560,14 €	-13.126	3,79 €
HMG0643	150.248	478 €	128.691	573,22 €	-21.557	95,56 €
HMG0975	2.320.291	412 €	2.266.138	404,13 €	-54.153	- 8,12 €
HMG0656	1.028.560	65 €	1.017.712	67,46 €	-10.848	2,20 €
HMG0650	14.948	- 35 €	14.865	- 23,88 €	-83	11,36 €

Durch die vorgenommene Änderung verschlechtern sich die Modellkennzahlen, zudem besteht eine Hierarchieverletzung zwischen der HMG 973 und HMG 643. Für diese beiden HMGs lagen die Kostenschätzer bereits im Modell des Festlegungsentwurfs nah beieinander. Durch eine Zusammenlegung der beiden HMGs ergeben sich keine Änderungen der Modellkennzahlen.

Des Weiteren wird angeregt, zu überprüfen, ob sich durch die Einführung von hierarchieinternen Dominanzbeziehungen zwischen dem ersten und zweiten Strang analog des Klassifikationsmodells des Ausgleichjahres 2020 die Zielgenauigkeit des Modells verbessern lässt. Dies legen eigene Berechnungen nahe:

Tabelle 8: Hierarchie 11 – Vergleich Modell 2 und Festlegungsentwurf

	Festlegungsentwurf		Modell 2 Dominanz Strang 1/2- HMG 54->Strang 1; HMG 56 und 69 dominieren HMG 57 und 384 von Strang 1		Differenz	
<b>R<sup>2</sup></b>		53,92836%		53,9293%		0,0009%
<b>CPM</b>		28,2562%		28,2594%		0,0032%
<b>MAPE</b>		2.286,77 €		2.286,67 €	-	0,10 €
<b>Risikofaktor</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>
<b>Strang 1</b>						
HMG0055	567.680	2.479 €	530.795	2.548,85 €	-36.885	69,89 €
HMG0058	515.298	1.434 €	503.662	1.454,24 €	-11.636	20,62 €
HMG0066	777.026	1.088 €	758.057	1.105,75 €	-18.969	17,28 €
HMG0067	817.567	794 €	808.555	800,26 €	-9.012	5,89 €
HMG0068	844.950	359 €	837.977	377,70 €	-6.973	18,47 €
HMG0057	4.176.799	285 €	4.089.136	305,81 €	-87.663	21,25 €
HMG0384	2.545.490	108 €	2.516.119	112,19 €	-29.371	3,93 €
<b>Strang 2</b>						
HMG0054	323.588	4.606 €	323.588	5.086,33 €	0	480,82 €
HMG0056	57.828	1.383 €	57.828	1.446,99 €	0	64,23 €
HMG0069	127.400	800 €	127.400	869,73 €	0	69,65 €
<b>Strang 3/5</b>						
HMG0060	102.732	1.813 €	102.732	1.810,67 €	0	- 2,16 €
HMG0442	82.455	1.614 €	82.455	1.617,03 €	0	2,96 €
HMG0645	7.369	1.317 €	7.369	1.319,91 €	0	2,66 €
HMG0973	1.827.861	556 €	1.827.861	552,15 €	0	- 4,20 €
HMG0643	150.248	478 €	150.248	475,67 €	0	- 1,98 €
HMG0975	2.320.291	412 €	2.320.291	407,68 €	0	- 4,57 €
HMG0656	1.028.560	65 €	1.028.560	61,74 €	0	- 3,52 €
HMG0650	14.948	- 35 €	14.948	- 40,40 €	0	- 5,16 €

Werden beide Vorschläge kombiniert umgesetzt, ergibt sich folgendes Ergebnis:

Tabelle 9: Hierarchie 11 – Vergleich Modell 3 und Festlegungsentwurf

	Festlegungsentwurf		Modell 3 Dominanz Strang 1/2, Integration Strang 3/5 und Zusammenlegung HMG973+643		Differenz	
<b>R<sup>2</sup></b>		53,92836%		53,9285%		0,0001%
<b>CPM</b>		28,2562%		28,2580%		0,0018%
<b>MAPE</b>		2.286,77 €		2.286,71 €	-	0,06 €
<b>Risikofaktor</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>	<b>Versicherte</b>	<b>Jahreswert</b>
<b>Strang 1</b>						
HMG0055	567.680	2.479 €	530.795	2.556 €	-36.885	77,07 €
HMG0058	515.298	1.434 €	503.662	1.458 €	-11.636	24,34 €
HMG0066	777.026	1.088 €	758.057	1.112 €	-18.969	23,17 €
HMG0067	817.567	794 €	808.555	802 €	-9.012	7,54 €
HMG0068	844.950	359 €	837.977	380 €	-6.973	20,41 €
HMG0057	4.176.799	285 €	4.089.136	307 €	-87.663	21,95 €
HMG0384	2.545.490	108 €	2.516.119	113 €	-29.371	4,51 €
<b>Strang 2</b>						
HMG0054	323.588	4.606 €	323.588	5.088 €	0	482,00 €
HMG0056	57.828	1.383 €	57.828	1.448 €	0	64,85 €
HMG0069	127.400	800 €	127.400	871 €	0	71,21 €
<b>Strang 3/5</b>						
HMG0060	102.732	1.813 €	102.732	2.007 €	0	193,75 €
HMG0442	82.455	1.614 €	80.658	1.549 €	-1.797	- 64,91 €
HMG0645	7.369	1.317 €	7.124	1.282 €	-245	- 34,84 €
HMG0973	1.827.861	556 €	1.943.426	557 €	115.565	0,42 €
HMG0643	150.248	478 €	0	- €	-150.248	- 477,65 €
HMG0975	2.320.291	412 €	2.266.138	399 €	-54.153	- 12,79 €
HMG0656	1.028.560	65 €	1.017.712	64 €	-10.848	- 1,36 €
HMG0650	14.948	- 35 €	14.865	- 29 €	-83	6,17 €

Durch die kombinierte Umsetzung beider Vorschläge ergibt sich im Vergleich zum Festlegungsmodell insgesamt eine Verbesserung der Modellgüte, die jedoch hinter der von Modell 2 zurückbleibt. Hier ist zu prüfen, ob die geringere Modellverbesserung hinzunehmen ist, die durch die Integration der Essstörungen in den fünften Hierarchiestrang begründet ist.

#### Redaktionelle Hinweise:

Die Aufnahme weiterer DXGs/HMGs in die Hierarchie aufgrund der Einführung des Vollmodells wird zum Anlass genommen, die Zuordnung von ICD-Codes zu DXGs bzw. HMGs zu überprüfen. Im Zuge der Überprüfung wird u. a. die HMG 366 in drei DXGs/HMGs aufgeteilt. Die neue Zuordnung wird in Tabelle 11.2 dargestellt. Hier sind die Überschriften der ersten beiden Spalten (DXG/HMG) vertauscht. Zudem ist laut Tabelle 11.9 der ICD-Code F07.2 der DXG 650 zugeordnet, gemäß Tabelle 11.2 und der Anlage 1 des Festlegungsentwurfs ist dieser der DXG 694 zugeordnet.

#### Hierarchie 12: Entwicklungsstörungen

In der HMG 463 *Intelligenzminderung* sind die ICD-Codes der Intelligenzminderungen zugeordnet. Diese HMG weist einen negativen Kostenschätzer auf und wird von den HMGs des ersten Hierarchiestrangs dominiert. Auch im zweiten Hierarchiestrang befinden sich zahlreiche Erkrankungen, die mit einer Intelligenzminderung einhergehen, weshalb die Einführung einer Dominanz der HMG des zweiten Stranges auf die HMG 463 zu einer Verbesserung der Modellgüte führen könnte. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu prüfen.

#### Hierarchie 13: Erkrankungen/ Verletzungen des Rückenmarks

In einigen DXG der Hierarchie befinden sich ICD-Codes, die zwingend einer stationären Behandlung bedürfen. Dies gilt für sämtliche ICD-Codes der DXG 312 *Postoperative Krankheiten des Nervensystems*, die der HMG 295 *Angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / Sonstige traumatische Rückenmarksläsionen / (sub)akute Myelitis / Paraplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen* zugeordnet sind.

Die traumatische Ruptur einer thorakalen bzw. lumbalen Bandscheibe (S23.0, S33.0) der DXG 1350 *Bandscheibenerkrankungen* muss ebenfalls stationär behandelt werden, weshalb diese ICD-Codes aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes einer eigenen DXG/HMG mit dem Aufgreifkriterium *stationär erforderlich* zugeordnet und in Abhängigkeit vom Kostenschätzer in den Hierarchiestrang integriert werden sollten. Das Gleiche gilt für den ICD-Code S13.0 *Traumatische Ruptur einer zervikalen Bandscheibe*, der der DXG 0342 *Wirbelkörperluxation Subluxation* und damit der HMG 322 *Näher bezeichnete Instabilität oder Deformität der Wirbelsäule / Sonstige entzündliche Spondylopathien / Näher bezeichneter Rückenschmerz* zugeordnet ist.

Redaktioneller Hinweis:

In der Abbildung der Hierarchie 13 ist auf Seite 613f. die Hierarchiebezeichnung nicht vollständig. Hier müsste es *Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks* heißen.

Hierarchie 14 Neurologische Erkrankungen

Cannabinoide werden zur Verbesserung von Symptomen bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik bei Multipler Sklerose eingesetzt, weshalb aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine Ergänzung des ATC Codes N02BG10 für die DXG 846 *Multiple Sklerose mit Dauermedikation* in der Anlage 3 des Festlegungsentwurfs geprüft werden sollte.

Im Zusammenhang mit der Arzneimitteltherapie bei Morbus Parkinson, 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.

Zudem ist aufgefallen, dass die Metadatei des DIMDI für den ICD-Code P91.7 *Erworbener Hydrozephalus* keine Altersbegrenzung vorsieht. Dieser ist alleinig der gleichnamigen DXG 248/HMG 307 zugeordnet. Die Erkrankung macht einen operativen Eingriff im ersten Lebensjahr notwendig. Daher ist anzunehmen, dass sich die Folgekosten zwischen Kindern im ersten Lebensjahr und älteren deutlich unterscheiden. Aus diesem Grund könnte die Einführung einer Altersdifferenzierung bei einem Jahr sowie die Einführung des Aufgreifkriteriums *stationär erforderlich* für die Gruppe der unter Einjährigen die Zielgenauigkeit des Modells verbessern.

Redaktioneller Hinweis:

In der Abbildung der Hierarchie 14 *Neurologische Erkrankungen* fehlt auf Seite 616 der siebte Strang, dem die unterschiedlichen Kopfschmerzkrankungen zugeordnet sind (HMG 348 abwärts). Zudem ist der Strang der Epilepsie (HMG 299 abwärts) in den Darstellungen doppelt enthalten.

### Hierarchie 16 Herzerkrankungen

Die Hierarchie 16 wurde im Rahmen der Vervollständigung des Krankheitsspektrums vollumfänglich überarbeitet. Hierbei wurden ähnlich wie bei der Hierarchie 11 der psychischen Erkrankungen zunächst hierarchieinterne Dominanzbeziehungen aufgelöst sowie die Zuordnung von DXGs zu HMGs überprüft und geändert, um einen Ausgangspunkt für die abschließende Hierarchiekonsolidierung zu schaffen.

Bluthochdruck steht im Zusammenhang mit dem überwiegenden Teil der in der Hierarchie befindlichen Krankheiten, entweder als deren Ursache oder als Folgeerkrankung. Aus diesem Grund wurde die HMG 91, die u. a. die ICD-Codes der Hypertonie enthält, im Ausgangsmodell von allen HMGs der Hierarchie dominiert. Im Rahmen weiterer Anpassungsschritte wurde die Zusammensetzung der HMG 91 hinsichtlich der Kostenhomogenität der ihr zugordneten DXGs als auch unter medizinischen Aspekten überprüft. Im Modell des Festlegungsentwurfs enthält sie nur noch Diagnosen hypertensiver Erkrankungen und wird ausschließlich von den HMG der Herzinsuffizienz und den HMGs der ischämischen Herzerkrankungen dominiert.

Wie oben bereits beschrieben besteht auch zwischen den Erkrankungen der anderen beiden Hierarchiestränge ein medizinischer Zusammenhang zu hypertensiven Erkrankungen, der bei einer weitergehenden Hierarchiekonsolidierung, z. B. durch Einführung hierarchieinterner Dominanzbeziehungen, berücksichtigt werden sollte.

Zudem ist aufgefallen, dass die Diagnosen der Gruppe *Sonstige angeborene Fehlbildungen des peripheren Gefäßsystems* (Q27.-) in Abhängigkeit vom Alter der Hierarchie 16 *Herzerkrankungen* oder Hierarchie 18 *Gefäß- und Kreislauferkrankungen* zugeordnet sind. Die unterschiedliche Zuordnung sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes erläutert werden.

### **Ergänzung berücksichtigungsfähiger Arzneimittelwirkstoffe:**

Der Hierarchie 16 sind u. a. die Kardiomyopathien (DXG 370 und 377) zugeordnet, für die das Aufgreifkriterium *Arzneimittel erforderlich* mit chronischem Krankheitsverlauf festgelegt ist. Da in der Therapie der Erkrankung u. a. herzwirksame Calciumkanalblocker, Diuretika und ACE-Hemmer eingesetzt werden, sollten auch die ATC-Codes für deren Kombinationen bei der Arzneimittelprüfung berücksichtigt werden. Dementsprechend sollten in der Anlage 3 die ATC-Codes C08DB *Benzothiazepin-Derivate*, C08GA *Calciumkanalblocker und Diuretika*, C09BB *ACE-Hemmer und Calciumkanalblocker* und C09BX *ACE-Hemmer, andere Kombinationen* für die oben genannten DXG der Kardiomyopathien ergänzt werden.



#### **Prüfung Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich:**

Die DXG 350 *Herzstillstand* enthält ausschließlich die ICD-Codes *Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung/Herzstillstand, nicht näher bezeichnet* sowie *Kammerflattern und-flimmern*, die zwingend stationär behandelt werden müssen. Für die DXG 350 Herzstillstand sollte daher die Einführung des Aufgreifkriteriums *stationär erforderlich* geprüft werden.

#### Redaktioneller Hinweis:

In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf wird auf Seite 260 ausgeführt, dass die HMG 300 die Bezeichnung *Sonstige Herzfehler* erhalten soll. Dies ist in der Anlage 1 nicht umgesetzt.

#### Hierarchie 18 Gefäß- und Kreislauferkrankungen

Durch die Einführung des Vollmodells wird die Hierarchie zunächst um 22 HMGs sowie um ICD-Codes aus anderen Hierarchien ergänzt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte eine weitere Hierarchiekonsolidierung geprüft werden.

Aortenaneurysmen werden im Festlegungsentwurf in einem eigenen Strang getrennt von den anderen arteriellen Aneurysmen der Hierarchie abgebildet. Hier bietet sich die Prüfung einer Zusammenlegung der beiden Stränge an, da Ursache und Interventionen vergleichbar sind.

Zudem ist aufgefallen, dass die ICD-Codes I95.9 *Hypotonie, nicht näher bezeichnet* und I95.8 *Sonstige Hypotonie* unterschiedlichen DXGs/HMGs zugeordnet sind. So ist ICD-Code I95.9 als alleiniger ICD-Code der HMG 734 *N. n. bez. Hypotonie* mit negativem Kostenschätzer zugeordnet, während der ICD-Code I95.8 der darüberstehenden HMG 361 *Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose und Hypotonie* mit einem Kostenschätzer von ca. 100 € zugeordnet ist. Um Fehlanreize in der Kodierpraxis zu vermeiden, sollten die ICD-Codes einer gemeinsamen DXG/HMG zugeordnet werden.

#### Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge

Aufgrund der Einführung des Vollmodells wird die Hierarchie um zahlreiche HMGs erweitert. Zudem werden ICD-Codes aus anderen Hierarchien integriert oder in diese verschoben.

Da inhalative Sympathomimetika zur Behandlung des Asthma bronchiale eingesetzt werden, wird vorgeschlagen, die Ergänzung der Anlage 3 um den ATC-Code R03AA *Alpha- und Beta-Adrenozeptoragonisten* für die DXG 1296/1297 *Akutes schweres Asthma (Alter >17 Jahre) / (Alter < 18 Jahre)* und 23 *Asthma bronchiale (alle Altersgruppen)* zu prüfen.

Ebenfalls neu in der Hierarchie ist die HMG 737 *Fremdkörper in der Luftröhre / im Bronchus / in der Lunge*, die ausschließlich die gleichnamige DXG 29 enthält. Fremdkörper in den Atemwegen werden in der Regel stationär behandelt, weshalb die Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich für die DXG 29 geprüft werden sollte.

#### Redaktionelle Hinweise:

Unter *18.3.1.5 Definition einer zusätzlichen DxG* wird ausgeführt, dass die DxG 731 der HMG 212 zugeordnet wird. Richtig ist die in der Anlage 1 umgesetzte Zuordnung zur HMG 215.

Die Änderung der Bezeichnung der HMG 212 in *Sonstige Erkrankungen der Lunge* wurde in der Anlage 1 des Festlegungsentwurfs nicht umgesetzt.

#### Hierarchie 20 Erkrankungen des Urogenitalbereichs

Die Hierarchie 16 wird um zahlreiche HMGs ergänzt und konsolidiert. Zu prüfen ist aus medizinischen Gründen eine Verschiebung der HMG 244 *Gefäßerkrankungen der Niere* in die Hierarchie 18 *Gefäß- und Kreislauferkrankungen*, der auch Gefäßerkrankungen, die andere Organe betreffen, zugeordnet sind. Als Beispiel sei hier die Zuordnung der Erkrankungen der Lungengefäße in die HMG 105 der Hierarchie 18 genannt.

Im Rahmen einer Dialysebehandlung kann es zu Vitaminmangelzuständen kommen, die mit entsprechenden Arzneimitteln ergänzt werden. Laut Anlage 1 der Arzneimittelrichtlinie sind wasserlösliche Vitamine und deren Kombination bei Dialyse verordnungsfähig. Vor diesem Hintergrund sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes für Diagnosegruppen, die den ICD-Code N 18.5 *Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5* oder einen ICD-Code der Gruppe Z.49.– *Dialysebehandlung* enthalten, die Ergänzung der folgenden Wirkstoffgruppen in der Anlage 3 des Festlegungsentwurfs geprüft werden:

- A11DB (Vitamin B1 in Kombination mit Vitamin B6 und/oder Vitamin B12)
- A11EA (Vitamin-B-Komplex, rein),
- A11EB (Vitamin-B-Komplex mit Vitamin C)

#### Hierarchie 21: Schwangerschaft

Die in *Tabelle 20.12 Hierarchie 21 – ICD DxG-Zuordnung für HMG 427 „Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauterin gravidität“* aufgeführte Bezeichnung für die DXG 577 entspricht nicht der in der Anlage 1 des Festlegungsentwurfs.

#### Hierarchie 22 Erkrankungen der Haut

In der *Abbildung 21.3: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ im Festlegungsentwurf 2021 (1/2)* wurde die Streichung der HMG 104 aus Hierarchie 18 nicht berücksichtigt (S. 357/625).

#### Hierarchie 27 Erkrankungen der Neugeborenen

Die Hierarchie wird aufgrund der Einführung des Vollmodells um zahlreiche HMGs ergänzt. Im Rahmen der Hierarchieanpassung werden u. a. die der DXG 1342 *Risikogeburt, näher bezeichnet* im Ausgangsmodell zugeordneten ICD-Codes aus medizinischen Gründen auf drei neue HMGs aufgeteilt, die ihnen zugeordneten DXGs erhalten das Aufgreifkriterium stationär erforderlich. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ließen sich die ICD-Codes der neu abgegrenzten DXG 1342 weiter aufteilen: es ist davon auszugehen, dass Neugeborene mit einer Hirnblutung oder einem hypoxischen Hirnschaden höhere Folgekosten aufweisen als der Rest der Gruppe. Daher wird vorgeschlagen, die Ausgliederung von ICD-Codes, die einen hypoxischen Hirnschaden bzw. eine Hirnblutung dokumentieren, in eine eigene DXG/HMG und deren Integration in den Hierarchiestrang zu prüfen.

#### Redaktionelle Hinweise:

Die Bezeichnungen für die DXG 726, 732 sowie der HMG 405 in der Anlage 1 und den Erläuterungen des Festlegungsentwurfs stimmen nicht überein.

#### Hierarchie 29 Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen

Die Vervollständigung des Krankheitsspektrums führt zur Einführung einer Hierarchie für die Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen. Im Rahmen des Anpassungsprozesses des Ausgangsmodells wird die Anzahl der HMGs durch Zusammenlegung von HMGs mit ähnlichen Kostenschätzern reduziert. Nicht untersucht wird, ob zwischen den einzelnen Hierarchiesträngen ein medizinischer Zusammenhang besteht. So ist die Ursache einer Mittelohrentzündung (Strang1) häufig eine chronische Sinusitis, die dem zweiten Hierarchiestrang zugeordnet ist. Der GKV-Spitzenverband

schlägt vor, zu untersuchen, inwieweit medizinische Zusammenhänge zwischen den einzelnen Strängen bestehen. Diese Erkenntnisse sollten für eine weitere Hierarchiekonsolidierung genutzt werden.

#### Hierarchie 30: Ernährungsbezogene Erkrankungen

Ebenfalls neu ist die Hierarchie 30, die ernährungsbezogene Erkrankungen umfasst. Ihr zugeordnet werden u. a. Erkrankungen, die bisher der Hierarchie 4 *Metabolische Erkrankungen* zugeordnet waren.

Dem ersten Strang der Hierarchie ist einzig das Hypoglykämische Koma der gleichnamigen DXG 1225/ HMG 120 zugeordnet. Die Behandlung eines hypoglykämischen Komats erfolgt stationär, weshalb für die DXG 1225 *Hypoglykämisches Koma* das Aufgreifkriterium *stationär erforderlich* geprüft werden sollte.

#### Hierarchie 31 Gynäkologische und andrologische Erkrankungen

Die Änderung der Bezeichnung für die HMG 435 in Erkrankungen der männlichen Genitalorgane / Benigne Prostatahyperplasie und andere Prostata-Erkrankungen wurde in der Anlage 1 des Festlegungsentwurfs nicht umgesetzt.

## V. Einführung regionaler Risikomerkmale

Die Einführung der RSA-Regionalkomponente im vorliegenden Festlegungsentwurf basiert auf den rechtlichen Vorgaben des § 266 Absatz 2 SGB V i. V. m. § 8 Absatz 4 RSAV. Für das Ausgleichsjahr 2021 werden die finanziellen Umverteilungswirkungen der Regionalkomponente gemäß § 266 Absatz 12 SGB V auf Länderebene einmalig auf 75 % begrenzt.

Das BAS orientiert sich bei der Implementierung der Regionalkomponente an den Vorarbeiten des „Gutachtens zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ aus dem Jahre 2018.

### 1. Datengrundlage

Nach den Vorgaben des § 8 Absatz 4 Satz 5 RSAV sind als Datengrundlage der regionalen Merkmale im RSA öffentlich zugängliche, aktuelle, amtliche Daten sowie die versichertenbezogenen jährlichen RSA-Datenmeldungen nach § 7 Absatz 1 RSAV zu verwenden.

Das BAS beschreibt ausführlich die zur Auswahl der zu berücksichtigenden Regionalmerkmale herangezogenen Daten bzw. deren Quellen und begründet den etwaigen Wegfall bzw. die Nicht-Berücksichtigung von Daten im Auswahlprozess (z. B. Deprivationsindex) nachvollziehbar. Gleichmaßen nachvollziehbar wird die Verwendung der RSA-Daten bzw. die Berechnung der verwendeten Kennzahlen auf Grundlage der RSA-Daten (Sterberate, Sterbekosten, GKV-Marktanteil) bzw. des Ausgangsmodells 2021 (Zuweisungen in Euro je Versichertenjahr und je Kreis) dargelegt.

Die Ausführungen des BAS stellen die derzeit bestehenden Einschränkungen bei der Speicherung bzw. Selektion des Wohnortes eines Versicherten durch die Krankenkassen zutreffend dar. Da der jeweils in Form des amtlichen Gemeindeschlüssels (AGS) gemeldete Wohnort eines Versicherten den Krankenkassen nicht in historisierter Form vorliegt, handelt es sich bei der Meldung des AGS jeweils um den der Krankenkasse bekannten aktuellen AGS des Wohnortes des jeweiligen Versicherten. Somit scheidet in diesem Fall eine prospektive Zuordnung von Leistungsausgaben zum AGS aus. Die zeitgleiche Nutzung des AGS und der Leistungsausgaben aus dem gleichen Berichtsjahr im Verfahren ist daher u. E. nachvollziehbar und erlaubt, wie auch vom BAS ausgeführt wird, ebenso die Einbeziehung von Neugeborenen und GKV-Neuzugängen in das Verfahren, insbesondere im Jahresausgleich. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass im monatlichen Abschlagsverfahren durch Rückgriff auf die aktuellste SA100 diese Effekte nicht eintreten. So liegen im Ausgleichsjahr 2021 ausschließlich die SA100 der Berichtsjahre 2019 bzw. 2020 vor.

## 2. Auswahl der zu berücksichtigenden Regionalmerkmale

Die Methodik zur Auswahl der zu berücksichtigenden Regionalmerkmale entspricht der im Regionalgutachten aus dem Jahre 2018 verwendeten Methodik. Wie bereits oben beschrieben, erfolgt eine Aktualisierung der hierin einbezogenen Variablen auf den aktuellen Datenstand bzw. auf die Verfügbarkeit der Variablen. Die Vorgaben des § 8 Absatz 4 Satz 5 RSAV sind zu berücksichtigen, nach denen regionale Merkmale, die sich auf die Angebotsstruktur beziehen, nicht auszuwählen sind. Variablen, die sich auf das Angebot medizinischer Leistungen beziehen, werden durch das BAS jedoch analog zur Verfahrensweise des Regionalgutachtens in den Auswahlprozess einbezogen, um deren Einfluss auf die Über- und Unterdeckungen zu berücksichtigen. Dieses ist aus statistischer Sicht sachgerecht.

Dementsprechend werden unter Verwendung einer linearen Regression (zu erklärende Variable: Deckungsbetrag je Kreis) die zuvor dargestellten Variablen als erklärende Variablen auf Multikollinearität überprüft. Zur Bewertung dieser wird der Varianzinflationsfaktor (VIF) herangezogen. In einem iterativen Prozess werden alle Variablen mit einem  $VIF > 10$  ausgeschlossen. Hieraus ergibt sich schließlich das finale Variablenset, aus welchem mittels einer Regression analog zur Vorgehensweise im Regionalgutachten die 10 Variablen mit der höchsten statistischen Signifikanz ausgewählt werden. Dieses Variablenset wird um die Variablen *Facharztdichte* und *Überversorgung* reduziert, um den Vorgaben des § 8 Absatz 4 Satz 6 RSAV zu entsprechen. Wir regen an, klarzustellen, dass eine diesbezügliche Prüfung für das gesamte Variablenset durchgeführt wurde.

## 3. Einbezug der regionalen Merkmale in das RSA-Verfahren

Die Integration der Regionalmerkmale in das RSA-Verfahren erfolgt in Form der im Regionalgutachten verwendeten Methodik, indem für jedes der Regionalmerkmale zehn neue Dummy-Variablen erstellt werden, die jeweils den Dezilen der Merkmalsausprägungen des Versichertenwohnortes entsprechen. Zusätzlich wird eine Dummy-Variable für Versicherte mit unbekanntem Wohnsitz bzw. mit Wohnsitz im Ausland, die nicht den Auslandsversicherten zugeordnet werden können, gebildet. Die sich somit bei acht ausgewählten Variablen plus einer Zusatzvariablen ergebenden 81 Dummy-Variablen werden in die Gruppierung und das Regressionsverfahren als RGGs einbezogen. Durch Addition der RGG-Zu- und Abschläge ergeben sich die regionalen Zuweisungen eines Versicherten.

Als Ergebnis der Berechnungen des BAS ist festzuhalten, dass sich die Kennzahlen auf Versichertenebene lediglich marginal verbessern, während ein Vergleich der regionalen Deckungsbeträge mit und ohne Regionalkomponente deutliche Effekte zeigt. So sinkt der größte negative Deckungsbetrag je Kreis von –275 Euro auf –180 Euro. Die Spannen der Deckungsbeträge und Deckungsquoten vermindern sich. Die Modellkennzahlen auf regionaler Ebene verbessern sich erheblich. Diese Ergebnisse sind nachvollziehbar, da die Höhe der Zuweisungen der Regionalmerkmale mit denen der Alters- und Geschlechtsgruppen in Beziehung steht. Hierdurch ergeben sich die auf Versichertenebene beobachteten geringen Auswirkungen.

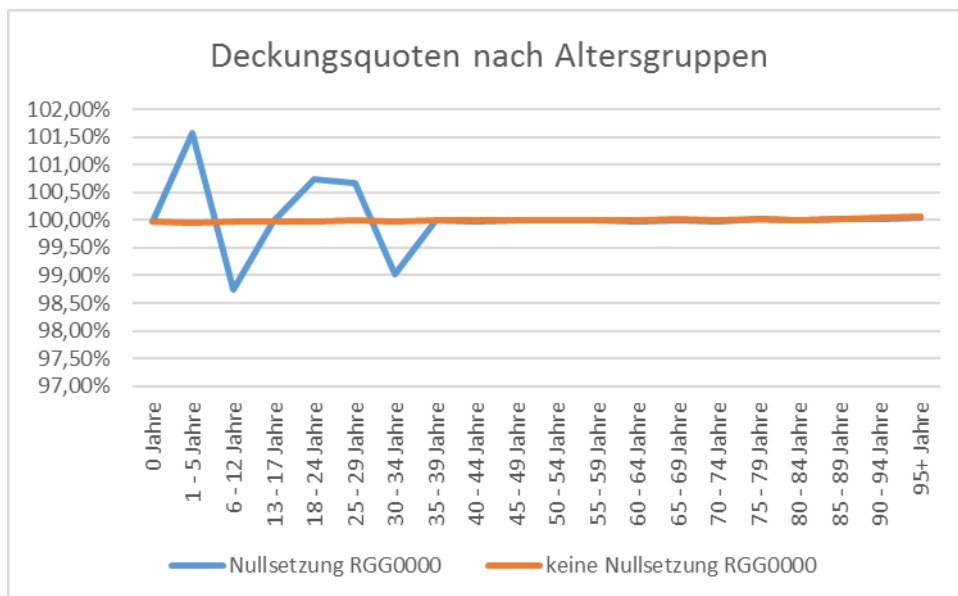
Aus der Darstellung der Berechnungsergebnisse in den Tabellen 2.3 und 2.4 des Kapitels IX der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf ergibt sich, dass die o. g. Wirkung der Regionalmerkmale auf die Alters- und Geschlechtsgruppen dazu führt, dass sich für vereinzelte AGGs negative Kostenschätzer ergeben. Dementsprechend erfolgt in einem anschließenden, zweiten Regressionsverfahren eine Nullsetzung des jeweiligen AGG-Zuschlages.

Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes führt ein solcher Eingriff in das Regressionsverfahren zu Verzerrungen der Zuweisungen, die vermeidbar sind. Eine Nullsetzung des Regionalmerkmals RGG0000 ist nicht zwingend erforderlich. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben der diesem Regionalmerkmal zugeordneten Versicherten mit rund 580 Euro liegen deutlich unter den Durchschnittsausgaben eines Versicherten von rund 2.800 Euro jährlich. Ohne die Nullsetzung des Regionalmerkmals RGG0000 ist davon auszugehen, dass sich für die RGG0000 ein negativer Zuschlag ergäbe. Die Festlegung des Zuschlages für die RGG0000 auf 0 Euro führt letztlich dazu, dass das Regressionsverfahren die „Erhöhung“ dieses Zuschlages an anderer Stelle kompensiert. Dieses geschieht im vorliegenden Fall durch eine Verringerung aller AGG-Zuschläge bei gleichzeitiger Erhöhung aller 10 Dummy-Variablen der Regionalvariable 1 betragsmäßig um den Wert, der eigentlich ohne die technische Festlegung der RGG0000 auf 0 durch die Regression berechnet werden würde.

Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes bestätigen diesen Effekt. Ohne eine Nullsetzung der RGG0000 ergeben sich keine negativen AGG-Zuschläge. Es ist festzustellen, dass alle Dummy-Variablen des 10. Dezils aller Regionalvariablen durch Linearkombination aus AGGs und RGGs der jeweiligen Regionalvariable gebildet werden können. Daher werden diese Variablen durch die Statistiksoftware mit einem Zuschlag von 0 Euro versehen. Sie tragen nicht zur Erklärung des Modells bei. Der Zuschlag zur RGG0000 wird, wie vermutet, negativ.

Es ergibt sich somit zwar ein negativer Regressionsanteil für die RGGs. Da alle Versicherten mit einer AGG aber mindestens eine Zuordnung zu einer RGG aufweisen, sind die Regressionsanteile für AGG und RGG im weiteren Zuweisungsverfahren zusammen zu betrachten.

Wir weisen zudem darauf hin, dass die o. g. Nullsetzung der AGGs in einem zweiten Regressions-schritt Auswirkungen auf die Deckungsquoten der betreffenden Alters-/Geschlechtsgruppen hat. Der vom GKV Spitzenverband vorgeschlagene Verzicht auf die Nullsetzung der RGG0000 führt auch hier dazu, dass dieser Effekt unterbleibt (siehe nachfolgende Abbildung).





#### **4. Einmalige Begrenzung der finanziellen Auswirkungen auf Länderebene im Jahresausgleich des Ausgleichsjahres 2021**

§ 266 Absatz 12 SGB V sieht die einmalige Begrenzung der finanziellen Auswirkungen der Bildung von Risikogruppen anhand von regionalen Merkmalen im Ausgleichsjahr 2021 auf Ebene der Bundesländer auf 75 % vor. Gemäß § 8 Absatz 4 Satz 12 RSAV erfolgt die Umsetzung dieser Begrenzung im Jahresausgleich.

Die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe führt das BAS in Form einer Differenzbetrachtung der Berechnung der RSA-Zuweisungen mit und ohne regionale Risikogruppen durch. Durch Berechnung der versichertenbezogenen Zuweisungen auf Bundeslandebene werden entsprechende Differenzbeträge ermittelt und mit dem Faktor  $-0,25$  multipliziert. Hier werden die im Jahresausgleich 2021 zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge je Versichertentag und Bundesland berechnet. Richtigerweise verweist das BAS abschließend auf die Notwendigkeit der Einbeziehung der Zuweisungsänderungen für Versicherte mit Wohnort im Ausland bzw. unbekanntem Wohnort.

Das vom BAS beabsichtigte Verfahren stellt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine sachgerechte Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben dar.

## **VI. Ausschluss hierarchisierter Morbiditätsgruppen**

Gemäß den Vorgaben des § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV i. V. m. § 19 RSAV sind im Jahresausgleich die HMGs mit den höchsten Steigerungsraten der Versichertentage auszuschließen. Das entsprechende Verfahren hierzu ergibt sich aus § 19 Absatz 2 bis 6 RSAV und ist nicht Teil der Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV, die der vorliegende Festlegungsentwurf thematisiert. Vielmehr hat eine Festlegung des entsprechenden Verfahrens im Rahmen der Bestimmung nach § 18 Absatz 5 Satz 3 RSAV zu erfolgen. Jedoch ist es im Rahmen der Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV erforderlich, die gemäß den o. g. Vorgaben ausgeschlossenen HMGs gleichermaßen aus dem Regressionsverfahren zu entfernen. Die Ausführungen in Abschnitt VI der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf stellen dies, ergänzend zu Abschnitt 2.2.2.4 des Festlegungsentwurfes, klar.

## VII. Weitere Anmerkungen

Durch die Implementierung des Risikopools im RSA-Jahresausgleich ergeben sich deutliche Abweichungen der Zuweisungen an die Krankenkassen im Rahmen des Abschlagsverfahrens im Vergleich zum Jahresausgleich. Seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wurden verfahrenstechnische Optimierungen des monatlichen Abschlagsverfahrens zur Annäherung an die Ergebnisse des Jahresausgleichs vorgenommen. Diesbezüglich weisen wir darauf hin, dass innerhalb unserer Mitgliedskassen ein Konsens dahingehend besteht, dass auch für den Ausgleich der finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle durch den Risikopool eine Berücksichtigung im monatlichen Abschlagsverfahrens anzustreben ist.

In diesem Zusammenhang möchten wir zudem anmerken, dass im Zuge der Implementierung des Risikopools Fragestellungen zur Berücksichtigung der Leistungsausgaben bzw. Erstattungen im Rahmen spezifischer Vertragsgestaltungen, insbesondere der sog. „pay-for-Performance“-Modelle, aufgetreten sind, die durch eine verfahrenstechnische Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs bzw. Risikopool-Ausgleichsmechanismus nicht zu lösen sind. Diesbezüglich regen wir eine vertiefte Diskussion des Sachverhaltes zwischen Vertretern des BAS und des BMG sowie der GKV an.

### Anmerkungen zur Entwurfsfassung der Festlegungsdokumente für das Ausgleichsjahr 2021:

#### Entwurf der Festlegung für das AJ 2021:

- Im zweiten Absatz in 2.1.1 *Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben* ist beschrieben, dass die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben bei der Ermittlung der risiko-adjustierten Zu- und Abschläge nicht zu berücksichtigen sind. Es ist zu prüfen, ob die Beschreibung an dieser Stelle ausreichend ist, oder ob die Ergänzung einer entsprechenden Formulierung in 2.2.2.1. *Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag* und 2.2.2.3 *Ermittlung der Regressionskoeffizienten* zu einer verbesserten Verständlichkeit führt.
- Unter Punkt 2.6.1 *Zuweisungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld* müsste anstelle auf 2.5.8 auf 2.5.7 *Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte* verwiesen werden.

Entwurf der Anlage 1 des Festlegungsentwurfs für das AJ 2021:

- Die Bezeichnungen der DXG 250 und der HMG 24 sollten überprüft werden.
- Für die ICD-Kodes *Weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese* sowie *Sonstige Fisteln des weiblichen Genitaltraktes* ist in der Spalte *Geschlecht* der Eintrag von *W/M* auf *W* zu ändern. Dies betrifft die ICD-Codes Z91.7, Z91.70, Z91.71, Z91.72, Z91.73, Z91.74, sowie N82.80, N82.8 und N82.88.

Entwurf der Anlage 2 des Festlegungsentwurfs für das AJ 2021:

In der Spalte *Verlauf* sollte der Eintrag *Rezidivierend-akutes Krankheitsgeschehen* an den in der Festlegung verwendeten Begriff *Akut-rezidivierendes Krankheitsgeschehen* angepasst werden.

Erläuterungen zum Festlegungsentwurf für das AJ 2021:

Auf Seite fünf der Erläuterungen wird ausgeführt, dass das Ausgabenvolumen, das im Rahmen der folgenden Berechnungen über Risikopoolausgleichsbeträge ausgeglichen wird und somit in der Regression nicht zur Geltung kommt, rund 9,54 Mrd. € beträgt. Hier sollte die Höhe des genannten Ausgabenvolumens überprüft werden.

Bisher orientierten sich die Bezeichnungen von DXG und HMG an medizinischen Sachverhalten. Dies sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes beibehalten werden. Aus diesem Grund sollte die Bezeichnung der folgenden HMG entsprechend geändert werden:

- HMG 24 *Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevant*
- HMG 128 *Urogenitale Erkrankungen und Symptome mit niedrigen Folgekosten*
- HMG 369 *Sonstige Verletzungen mit mäßigen Folgekosten*
- HMG 764 *Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett mit leichten prospektiven Kosten*
- HMG 790 *Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett ohne prospektive Kosten*
- HMG 835 *Sonstige Verletzungen ohne Folgekosten*