

Mit Schreiben vom 19.06.2020 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) um Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2021 gebeten. Zu den vom Bundesamt für Soziale Sicherung beabsichtigten Anpassungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung.

I Vorbemerkungen

Eine Vielzahl der im Entwurf vorgeschlagenen Anpassungen im Morbi-RSA Versichertenklassifikationsmodells bzw. im Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2021 ergeben sich aus den Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen im Risikostrukturausgleich infolge des GKV-FKG.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist die **Ergänzung des RSA um regionalstatistische Merkmalen** nicht sinnvoll. Darüber hinaus ist die konkrete Umsetzung der Variablenauswahl rechtlich nicht im Sinne der Vorgaben des § 8 Abs. 4 Satz 6 RSAV. Zudem bedarf es für die zu verwendenden Variablen aus verschiedenen Datenquellen klarer Standards für den Umgang mit zum Teil höchst unterschiedlichen Datenständen sowie einer systematischen Prüfung, inwieweit die verfügbaren Daten tatsächlich die dahinter vermuteten Konstrukte abbilden. Für eine ausführliche Erläuterung hierzu sei auf den Abschnitt II dieser Stellungnahme verwiesen.

Die Umsetzung eines **Krankheits-Vollmodells** wird aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich begrüßt. Die Analysen des BAS belegen, dass sich durch die Aufhebung der bisherigen Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Ebene der Versicherten deutlich erhöht. Die bislang beobachteten deutlichen Überdeckungen bei gesunden Versicherten reduzieren sich um mehr als die Hälfte, während sich die Ausgabendeckung für kranke Versicherte merklich verbessert. In der Folge werden Risikoselektionsanreize besonders zu Gunsten gesunder Versicherter und zu Lasten kranker Versicherter, deren Erkrankungen nicht im Morbi-RSA berücksichtigt wurden, maßgeblich reduziert. Die aktuellen Kennzahlenberechnungen des GKV-SV zeigen aber auch, dass durch den Ausschluss hierarchisierter Morbiditätsgruppen aus dem Zuweisungsverfahren die benannten Fehldeckungen wieder erheblich ansteigen und in vielen Bereichen sogar ein höheres Niveau als vor Einführung des Vollmodells erreichen. Die damit einhergehende, drastische Reduzierung der Zielgenauigkeit des Zuweisungsverfahrens ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft überaus kritisch zu sehen und steht im konträren Widerspruch zu der mit der Einführung des Vollmodells angestrebten, verbesserten Risikoabbildung im Modell.

Deutlich zielführender erscheint es, sowohl die Zielgenauigkeit des Zuweisungsverfahrens als auch die Manipulationsresistenz bei den neu hinzukommenden Erkrankungen durch eine stärkere Nutzung von Arzneimittelvalidierungen noch weiter zu verbessern. Konkrete Vorschläge hierzu finden sich in den Hinweisen zu den einzelnen Hierarchien.

Hinsichtlich der vorgeschlagenen Modellausgestaltung ist festzustellen, dass die neu hinzukommenden Krankheiten in vielen Bereichen mit einer sehr hohen Detaillierungstiefe im Klassifikationsmodell berücksichtigt werden – verglichen mit der Detaillierungstiefe des Klassifikationsmodells für die bisherigen 80 Auswahlkrankheiten des Morbi-RSA. Da die neu hinzukommenden Krankheiten aber eine weitaus geringere Bedeutung für das prospektive Kostengeschehen aufweisen, ist im Rahmen der Weiterentwicklung des Vollmodells zu prüfen, ob durch eine stärkere Aggregation derselben nicht eine sachgerechtere und zu den bisherigen Hierarchiestrukturen konsistentere, vergleichbarere Umsetzung erreicht werden kann.

Die **Streichung der Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner** als separates Risikomerkmale ist keine sinnvolle Weiterentwicklung des Morbi-RSA und wird daher weiterhin abgelehnt. Sie führt zu einer Reduzierung der Zielgenauigkeit in Form einer deutlichen Unterdeckung von Erwerbsminderungsrentnern und damit zu neuen Risikoselektionsanreizen im Hinblick auf eine leicht zu identifizierende Versichertengruppe. Die Verwendung des Merkmals bewirkt eine verbesserte Unterscheidung zwischen Morbiditätsrisiken von Versicherten im erwerbsfähigen Alter. Dass Rentnerinnen und Rentnern dieses Merkmal nicht erhalten können stellt keine Ungleichbehandlung dar. Die Umsetzung der EMR-Streichung im vorgelegten Entwurf

durch Verzicht auf die gesonderten Risikogruppen EMG und K-EMG ist im Sinne der Umsetzung der Vorgaben aus dem GKV-FKG allerdings folgerichtig.

Ebenfalls weiter abgelehnt wird die **Einführung eines Hochrisikopools** neben dem RSA. Der RSA soll keine Ausgaben ausgleichen, sondern Unterschiede in den Risikostrukturen und die daraus resultierenden Ausgabenrisiken für die jeweilige Krankenkasse. Daher sind direkte Kostenausgleiche per se nicht zielkonform und setzen negative Wirtschaftlichkeitsanreize, auch wenn sie auf 80 % begrenzt sind. Die Finanzierung der Kosten aus schweren und zufällig auftretenden Akuterkrankungen sind nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht weitestgehend gleichmäßig über die Krankenkassen verteilt und sollten weiterhin dem Versicherungsprinzip unterliegen. Sie stellen keine Wettbewerbsverzerrung dar. Zudem zieht die Administration eines Hochkostenausgleichs einen sehr hohen Verwaltungs- und Prüfaufwand nach sich. Die Entwicklung des Versichertenklassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2021 auf Basis der um die Risikopoolausgleichsbeträge bereinigten Leistungsausgaben ist im Sinne der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben angemessen.

Die **Streichung der Zuweisungen für die HMG-Risikogruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten** führt zu einer massiven Reduzierung der Morbiditätszuweisungen und infolgedessen zu einer erheblichen Reduzierung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA. Zuweisungen werden zugunsten von Krankenkassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität umverteilt und Anreize zur Risikoselektion verstärkt. Da durch diese kollektive Strafmaßnahme Manipulationsanreize nicht wirksam reduziert werden können wird diese Neuregelung weiterhin abgelehnt.¹

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die weitreichenden klassifikatorischen Änderungen in Folge der Umsetzung des GKV-FKG **in der Phase einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite** zu weitreichenden Verwerfungen führen kann, die aktuell noch nicht absehbar sind. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hat sich aufgrund der Covid19-Pandemie seit März 2020 deutlich verändert. Insbesondere das Aussetzen von elektiven stationären Eingriffen aber auch eine verminderte Inanspruchnahme von ambulanten und therapeutischen Behandlungen führt zu einer Verschiebung von Leistungsausgaben. Auch wenn zum aktuellen Zeitpunkt die Auswirkungen auf das Gesamtjahr 2020 kaum abschätzbar sind, ist bereits heute von einer Veränderung der Kostengewichte für das Ausgleichsjahr 2020 und der für das Ausgleichsjahr 2021 relevanten dokumentierten Morbidität auszugehen. Der vorliegende Entwurf bildet diese Sachverhalte noch unzureichend ab.

II Bestimmung der zu berücksichtigenden Regionalmerkmale

Die AOK-Gemeinschaft vertritt weiterhin die Auffassung, dass die mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vorgesehene Aufnahme von regionalen Merkmalen keine sinnvolle Ergänzung des Morbi-RSA darstellt. Sie ist als partieller IST-Kostenausgleich nicht zielkonform, setzt negative Wirtschaftlichkeitsanreize und zementiert auch nach Ausschluss angebotsseitiger Merkmale bestehende Strukturen der Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Umsetzung einer Regionalkomponente daher weiterhin ab. Hier sei auf die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum GKV-FKG mit Stand vom 04.12.2019 verwiesen (Bundestags-Drucksache 19/15662).

Ab dem Ausgleichsjahr 2021 wird ein sehr relevanter Anteil der Gesamtzusweisungen über die Regionalkomponente verteilt. Daher ist es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft notwendig, dass die Verfahren zur Validierung der Daten für die Variablenauswahl hinsichtlich ihrer Qualität und Eignung dieser Bedeutung auch entsprechen. So gehen in den aktuellen Entwurf für die verwendeten Variablen aus verschiedenen Gründen höchst unterschiedliche Datenstände ein. Der Rückgriff auf Daten aus dem Jahr 2015 für die Variable Ambulante Pflege z. B. erscheint vor dem Hintergrund der dargelegten Datenprobleme zwar auf den ersten Blick pragmatisch, entbehrt aber

¹ Siehe auch: Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum GKV-FKG mit Stand vom 04.12.2019 (Bundestags-Drucksache 19/15662).

ohne klare Standards nicht einer gewissen Willkürlichkeit im Umgang mit Problemen im Datenbestand, wie sie auch für die Zukunft immer wieder zu erwarten sind. Ein standardisiertes Verfahren für den Umgang mit künftigen Gebietsreformen ist ebenfalls noch nicht im Entwurf dargelegt. Einzelne Variablen weisen zudem relevante Unschärfen auf. So weist beim Pendlersaldo der datengebende Pendleratlas der Bundesagentur für Arbeit auf die fehlende Erfassung von Pendlern mit Arbeitsort im benachbarten Ausland hin. Somit ist das Pendlersaldo in grenznahen Regionen systematisch untererfasst. Dies führt zu den entsprechenden Konsequenzen im Rahmen der Zuweisungsberechnung für die betroffenen Kreise bzw. Krankenkassen. Daher bedarf es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft künftig einer systematischen Prüfung, inwieweit die verfügbaren Daten tatsächlich die dahinter vermuteten Konstrukte erfassen.

Merkmale, die sich auf die Angebotsstruktur beziehen, können laut § 8 Abs. 4 Satz 6 RSAV als Ausgleichsmerkmale nicht ausgewählt werden. Gemäß Begründung des GKV-FKG² sollen regionale Merkmale, welche die Preisstruktur medizinischer Leistungen am Wohnort eines Versicherten abbilden, nicht für die Regionalkomponente im RSA berücksichtigt werden, soweit eine mögliche Abbildung von angebotsseitigen Größen nicht ausgeschlossen werden kann. Der vorliegende Entwurf der Festlegungen nach § 8 Abs. 4 RSAV zur Anpassung des RSA-Klassifikationsmodells sieht beim Verfahren zur Auswahl der zu berücksichtigenden Regionalmerkmale allerdings keine Prüfung der potenziellen Variablen nach § 2 Abs. 1 Nummer 4 RSAV auf eine mögliche Abbildung von angebotsseitigen Größen vor. Dem Wortlaut des Gesetzgebers in seiner Begründung folgend ist aber eine solche Prüfung zwingend vorzusehen, da sonst eine mögliche Abbildung von angebotsseitigen Größen nicht ausgeschlossen werden kann. Die AOK-Gemeinschaft spricht sich daher dafür aus, für alle Regionalmerkmale vor Verwendung im Zuweisungsverfahren eine Prüfung auf die Vorgaben des § 8 Abs. 4 Satz 6 RSAV vorzusehen und durchzuführen.

In der konkreten Umsetzung ist die Aufnahme der Variable „Sterbekosten“ aus Sicht der AOK-Gemeinschaft rechtlich nicht im Sinne der Vorgaben des § 8 Abs. 4 Satz 6 RSAV. Regionale Sterbekosten bilden die Preisstruktur medizinischer Leistungen am Wohnort eines Versicherten ab und eine mögliche Abbildung von angebotsseitigen Größen ist zu unterstellen.

So beeinflussen die regional höchst unterschiedlichen Angebotsstrukturen in der palliativmedizinischen Versorgung³ naturgemäß auch die Preisstruktur der Leistungserbringung für Verstorbene maßgeblich. Dies zeigt der Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung z. B. anhand der erheblich variierenden Inanspruchnahme der „Spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung“ (OPS 8-98e) und der „Palliativmedizinischen Komplexbehandlung“ (OPS 8-982) in der stationären Versorgung, als komplementäres Element (fehlender) ambulanter Strukturen:

„Auch bei den Großstädten unterscheiden sich die Häufigkeiten: Während in Berlin wenige Komplexbehandlungen dokumentiert sind, liegt der Anteil in Hamburg im mittleren und in München im hohen Bereich. Dies weist auf unterschiedliche Schwerpunkte in der Palliativversorgung hin. So kann die geringe Zahl an stationären Komplexbehandlungen in Hessen oder in Berlin mit der hohen Zahl an SAPV-Verordnungen (siehe vorigen Abschnitt) zusammenhängen. Insgesamt unterscheiden sich die Häufigkeiten zwischen den Landkreisen um mehr als das 100-Fache (Tabelle 15).“⁴

² In der vom Gesundheitsausschuss geänderten Fassung, B. Besonderer Teil, zu Artikel 6 (Bundestags-Drucksache 19/17155)

³ Melching H (2015): „Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung“, Gütersloh 2015.

⁴ Radbruch L, Andersohn F, Walker J (2015): „Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende“, Gütersloh 2015, Seite 50.

Tabelle 15: Kennziffern zur regionalen Variation – palliativmedizinische Komplexbehandlungen (Prozeduren 8-982 und 8-98e) je 10.000 Einwohner, 2011 bis 2013

Wohnortkreis der Krankenhaufälle, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2013 nach Altersgruppen und Geschlecht	
2011 bis 2013	
Mittelwert	8,4
Median	
Spannweite	0,2–26,4
Extremalquotient	127
Perzentilquotient	8

Quelle: Sonderauswertungen der DRG-Statistik über die vierstelligen OPS-Codes, Bevölkerungsstand zum Jahresende (nach Zensus 2011), eigene Berechnung und Darstellung (IGES 2015). | BertelsmannStiftung

Die höchst unterschiedliche Zusammensetzung der palliativmedizinischen Versorgung allein zwischen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und der Palliativversorgung am Krankenhaus führt also zu regionalen Preisstrukturen, die maßgeblich angebotsseitige Größen abbilden. Und diese Preisstrukturen sind zweifelsfrei eine wichtige Determinante für die durchschnittlichen Sterbekosten in einem Kreis.

Die palliativmedizinischen Angebotsstrukturen haben sich seit dem Untersuchungszeitraum 2011 bis 2013 aus dem Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung zwar weiterentwickelt, die sehr deutlichen Unterschiede auf regionaler Ebene sind aber auch in 2018 weiterhin zu beobachten. So variiert die alters- und geschlechtsstandardisierte Häufigkeit von OPS-Schlüsseln für palliativmedizinische Komplexbehandlungen im Krankenhaus in 2018 auf Kreisebene zwischen 0,8 und 36,0 je 10.000 Einwohner.⁵

Die Prozedurenhäufigkeiten für palliativmedizinische Komplexbehandlungen je 10.000 Einwohner besitzen auch einen Erklärungsgehalt für die Bedeutung des Krankenhauses als Sterbeort. Die Ergebnisse aus dem Faktencheck Gesundheit zeigen darüber hinaus, dass dies auch für das regionale Krankenhaustagevolumen sowohl auf Bundesland- als auch auf Kreisebene gilt. Die Autoren verweisen dazu auf den potenziellen Einfluss angebotsseitiger Faktoren in der stationären Versorgung und den übrigen Leistungsbereichen:

„Ein hohes Krankenhaustagevolumen der Bevölkerung kann Ausdruck überdurchschnittlich ausgebauter Versorgungskapazitäten sein, die zu einer stark ausgeprägten regionalen Wettbewerbssituation (ggf. auch um Patienten in der letzten Lebensphase) mit vergleichsweise geringeren Barrieren für eine Krankenhausaufnahme führen können. Ausschlaggebend für ein regional überdurchschnittliches Krankenhaustagevolumen kann aber u.a. auch eine regional höhere Morbidität und/oder ein höherer Versorgungsanteil der Krankenhäuser an der gesamten medizinisch-pflegerischen Versorgung sein, sofern z. B. die Versorgungsangebote der übrigen Leistungserbringer nicht bedarfsgerecht ausgebaut sind.“⁶

⁵ Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (2020) auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden. Auswertung nach Patientenwohnort und unter Verwendung der 4-stelligen OPS 8-98e („Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“) und OPS 8-982 („Palliativmedizinische Komplexbehandlung“).

Weitere aktuellere Informationen zu den regionalen Unterschieden der Angebotsstrukturen der palliativmedizinischen Versorgung finden sich auch hier:

<https://www.pflegemarkt.com/2017/09/20/hospiz-und-palliativversorgung-in-deutschland/>

⁶ Zich K, Sydow H (2015): „Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren“, Gütersloh 2015, Seite 37.

Auf die allgemeine Bedeutung der stationären Angebotsstrukturen weisen in diesem Zusammenhang auch Dasch et al. hin:⁷

„Ist die Zahl von Krankenhausbetten eher gering, wie in den ausgewählten ländlichen Regionen zu beobachten, so steigt die Wahrscheinlichkeit im häuslichen Umfeld zu sterben. Nimmt das Angebot an Dauerpflege-, Hospiz- oder Palliativstationsbetten zu, so wird dieses auch in zunehmendem Maße in Anspruch genommen.“

Nicht zuletzt zeigen die Ergebnisse aus dem Faktencheck Gesundheit, dass die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte, die sich auf Palliativmedizin spezialisiert haben, einen deutlichen Einfluss auf den Ort des Versterbens haben: In Regionen, in denen relativ viele ambulant arbeitende Palliativmediziner arbeiten, hat sich der Anteil im Krankenhaus verstorbener Menschen im höheren Alter als besonders niedrig erwiesen.⁸

Der Ort des Versterbens determiniert die Sterbekosten von Versicherten also maßgeblich. Studien verweisen auf Einflussfaktoren wie die Anzahl spezifischer Fachärzte, die Bettendichte sowie die palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen, die allesamt als Angebotsvariablen zu bewerten sind. Interne Analysen zeigen zudem einen signifikanten Zusammenhang zwischen den regionalen Sterbekosten von Versicherten und weiteren Angebotsvariablen wie der Facharztdichte und der Krankenhauserreichbarkeit. Es liegen demnach zahlreiche valide Hinweise vor, dass sich die Variable Sterbekosten wesentlich auf die Angebotsstruktur in den Regionen bezieht. Die Sterbekosten sind also neben dem regionalen Morbiditäts- bzw. Mortalitätsrisiko auch maßgeblich von der Preis- und Angebotsstruktur in der Region abhängig. Eine mögliche Abbildung von angebotsseitigen Größen kann folglich nicht ausgeschlossen werden. Daher wäre die Auswahl der Variable Sterbekosten aus Sicht der AOK-Gemeinschaft rechtlich nicht im Sinne des § 8 Abs. 4 Satz 6 RSAV zu werten.

III Anpassungen des Klassifikationsmodells

III.1 Hierarchieübergreifende Hinweise

Aufbauend auf den ausführlichen Analysen des Wissenschaftlichen Beirats und des BAS sowie eigenen Berechnungsergebnissen sind nach Auffassung der AOK-Gemeinschaft für die Festlegung des Klassifikationsmodells 2021 Weiterentwicklungen und Anpassungen in folgenden Punkten erforderlich:

III.1.1 Fehlende Krankheitsabgrenzung

Durch Einführung des Krankheitsvollmodells fällt die jährliche Krankheitsauswahl weg. Nichtsdestotrotz sollte die Krankheitsabgrenzung (Zuordnung der ICD-Codes zu Krankheiten) weiterhin zur Verfügung gestellt werden. Zum Teil ist es zudem nur schwer nachzuvollziehen, warum bzw. auf Basis welcher Kriterien ICD-Kodes in andere Krankheiten oder in die Ausschlusskategorien (Ausschluss: Symptom, Zustand, ...) verschoben werden.

III.1.2 Abbildung der Erkrankung SARS-CoV-2

Im neuen ICD-Katalog 2020 werden zwei neue ICDs hinzugefügt, um eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 abzubilden: U07.1! „COVID-19, Coronavirus-Krankheit-2019, Virus

⁷ Dasch B, Blum K, Gude P, Bausewein C (2015): „Place of death: trends over the course of a decade—a population-based study of death certificates from the years 2001 and 2011“, Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 496–504.

⁸ Zich K, Sydow H (2015): „Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren“, Gütersloh 2015, Seite 40.

nachgewiesen“ und U07.2! „COVID-19, Virus nicht nachgewiesen“. Diese werden der Krankheit 180 „Influenza ohne Pneumonie“ sowie der DxG 505 „Influenza ohne Pneumonie“ und der HMG 430 „Sonstige Infektionen“ in Hierarchie 01 „Infektionen“ zugeordnet. Diese Zuordnung erachten wir grundsätzlich für sachgerecht.

III.1.3 Umgang mit Rezepten, die mehrere Quartale gültig sind (Masernschutzgesetz vom 13.11.2019)

Die mit dem Masernschutzgesetz vom 13.11.2019 zum 1. März in Kraft getretene gesetzliche Regelung zur Mehrfachverordnung sieht vor, dass Vertragsärzte bei chronischen Erkrankungen eine Dauermedikation so verordnen können, dass mit einem Rezept mehrere Arzneimittelabgaben möglich sind. Apotheker dürften dann das Arzneimittel bis zu vier Mal innerhalb eines Jahres abgeben, ohne dass der Patient erneut zum Arzt geht. Voraussetzung ist eine entsprechende Kennzeichnung des Rezeptes durch den Arzt. Aktuell läuft die Abstimmung der Details zur praktischen Umsetzung dieser Regelung zwischen KBV, dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband, d.h. bis dato ist das Ausstellen von Mehrfachverordnungen für Arzneimittel noch nicht möglich. Dennoch bitten wir das BAS, mögliche Implikationen der bevorstehenden Umsetzung dieser Neuregelung auf die bestehenden Aufgreifkriterien des Morbi-RSA (insbesondere die M2Q-Prüfung bei entsprechenden chronischen Erkrankungen) im Blick zu behalten und ggf. notwendige Modellanpassungen zeitnah vorzunehmen.

III.1.4 Erweiterung der Arzneimittelvalidierung wg. SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung

Im Rahmen der Therapiefreiheit können Ärzte zur Behandlung einer Krankheit auf verschiedene Arzneimitteltherapien zurückgreifen. Die Möglichkeit, die Therapie zu wechseln (z.B. bei Nebenwirkungen), bestand bereits vor der SARS-CoV-2- Arzneimittelversorgungsverordnung. Die Möglichkeiten eines Therapiewechsels sind durch die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung deutlich ausgeweitet worden. Bei pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Medikamenten können nun verschiedene Medikamente nach Rücksprache mit dem Arzt auch ohne erneute Vorstellung in der Praxis gegeneinander substituiert werden.

Nach Prüfung aller arzneimittelvalidierten DxGs auf pharmakologisch-therapeutische Behandlungsalternativen möchten wir um die Aufnahme der folgenden ATCs bzw. ATC-Gruppen bitten:

DxGs	ATC-Ergänzung
99 (Diabetes mellitus Typ 1 mit Nierenbeteiligung); 101 (Diabetes mellitus Typ 1 mit Krankheitserscheinungen des Nervensystems); 103 (Diabetes mellitus Typ 1 mit Krankheitserscheinungen an den peripheren Gefäßen); 107 (Diabetes mellitus Typ 1 mit anderen näher bezeichneten Krankheitserscheinungen); 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 n.n.bez. Komplikationen)	A10BK01 (Dapagliflozin ist bei erwachsenen Patienten zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ-1-Diabetes mellitus in Ergänzung zu Insulin bei Patienten mit einem BMI $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ indiziert, wenn Insulin allein den Blutzucker trotz optimaler Insulintherapie nicht ausreichend kontrolliert.)

541 (Chronische Niereninsuffizienz); 542 (Niereninsuffizienz, n.n.bez.); 821 (Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)); 822 (Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, Alter < 40 Jahre)); 845 (Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, Alter 40-79 Jahre)); 850 (Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)); 851 (Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, Alter < 40 Jahre)); 853 (Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, Alter 40-79 Jahre)); 854 (Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, Alter > 79 Jahre)); 855 (Kodierung einer Dialyse (ohne Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung, Alter > 79 Jahre))	A11DB (Vitamin B1 in Kombination mit Vitamin B6 und/oder Vitamin B12), A11EA (Vitamin-B-Komplex, rein), A11EB (Vitamin-B-Komplex mit Vitamin C). Vitamine auch in Kombination entsprechend der AMRL. Anl. I
1245 (Sonstige Osteoporose (Frauen))	G03CX (Andere Estrogene)
12 (Infektion durch Zytomegalieviren, einschließlich Pneumonie)	J05AX05 (Inosin pranobex) zur Immunstimulation bei Herpes simplex Infektionen, subakut sklerosierender Panenzephalitis (SSPE) und Virusinfektionen bei immunsupprimierten Patienten (Herpes simplex, Varicella zoster, Masern, Zytomegalie und Epstein-Barr
377 (N.n.bez. Kardiomyopathie)	Organische Nitrate (C01DA), Andere bei Herzerkrankungen eingesetzte Vasodilatoren (C01DX), Andere Herzmittel (C01EB) Dihydropyridin-Derivate (C08CA Benzothiazepin-Derivate (C08DB Calciumkanalblocker und Diuretika (C08GA), ACE-Hemmer und Calciumkanalblocker (C09BB), ACE-Hemmer, andere Kombinationen (C09BX)
1297 (Akutes schweres Asthma (Alter < 18)); 23 (Asthma bronchiale (alle Altersgruppen))	R03AA (Alpha- und Beta-Adrenozeptoragonisten) entspricht der Leitlinie Behandlung von Asthma
183 (Osteomyelitis)	J01XA (Glycopeptid-Antibiotika z.B. Teicoplanin) wird zur Behandlung resistenter Keime angewandt, J01MA (Fluorchinolone)
25 ((Systemische) Candida-Infektion mit Resistenz)	J02AB (Imidazol-Derivate) Candida-Stämme gehören zum Wirkspektrum von Miconazol und Ketoconazol
469 (Influenza mit Pneumonie)	J04AA (Aminosalicylsäure und Derivate), J04AC (Hydrazide), J04AD (Thiocarbamid-Derivate)
846 (Multiple Sklerose mit Dauermedikation)	L01XC04 (Alemtuzumab) und N02BG10 (Cannabinoide) waren bzw. sind zur Behandlung von Multiple Sklerose zugelassen
935 (Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II)	L04AX (Andere Immunsuppressiva z.B. Azathioprin)

618 (Infektionen der Haut und des Fettgewebes (Alter > 54 Jahre)), 619 (Infektionen der Haut und des Fettgewebes (Alter < 55 Jahre))	D01BA (Antimykotika zur systemischen Anwendung), D06BB (Antivirale Mittel)
14 (Aspergillose / Kryptokokkose)	J02AB (Imidazol-Derivate) Eine systemische Anwendung der Imidazol-Antimykotika ist aufgrund der Verfügbarkeit besser verträglicher Alternativen obsolet aber grundsätzlich möglich z.B. bei Resistenzen oder Unverträglichkeit gegen andere Mittel.
134 (Phenylketonurie / Hyperphenylalaninämie mit BH4-Responsivität)	A16AB19 (Pegvaliase) Rekombinantes Enzym, dass zur Behandlung der Phenylketonurie (PKU) zugelassen ist. Marktzugang der sehr kostenintensiven Therapie war 07/2019. Sie ist damit für das Ausgleichsjahr 2021 relevant.

III.1.5 Sonderfall 1 (Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage) bei Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose

Der Sonderfall 1 (Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage) sieht eine altersübergreifende BT-Prüfung nicht nur für ambulante, sondern auch für stationäre Hauptdiagnosen vor. Dies kann zu vermehrten Nichtzuordnungen von Krankheitsfällen führen, bei denen die Arzneimitteltherapie zu relevanten Anteilen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten erfolgt und betroffene Patienten nur dadurch ggf. die erforderlichen BT-Grenzen nicht erfüllen. Dies betrifft nach Analysen des AOK-BV insbesondere die DxGs der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, arthritischen Gelenkerkrankungen, Multiplen Sklerose sowie des Hämolytisch-urämisches Syndroms.

Wir bitten das BAS zu prüfen, inwieweit sich durch eine Anpassung der Sonderfallprüfung 1 bei diesen Erkrankungen (Verzicht auf eine BT-Prüfung beim Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose) weitere Modellverbesserungen erzielen lassen. Die Prüfung auf Erreichen einer abgesenkten BT-Grenze bei Kindern erscheint sinnvoll und ist daher beizubehalten [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 23.08.2019].

III.1.6 M2Q-Prüfung bei Akuterkrankungen

Für einige der neu hinzukommenden DXGs der bisherigen Nicht-Auswahlkrankheiten (z.B. Fehlgeburt, Entbindung, Offene Wunde am Unterarm, Verstauchungen) ist aus medizinischer Sicht eine Kodierung der Erkrankung in einem weiteren Quartal im Regelfall nicht zu erwarten. Die Anwendung der bestehenden M2Q-Prüfung für Diagnosen der ambulanten Versorgung ist für diese DXGs daher ungeeignet. Für die nachfolgend aufgelisteten DXGs schlagen wir stattdessen vor, auf die Prüfung des M2Q-Kriteriums zu verzichten und eine neue Sonderfallprüfung zu definieren:

Bereich	DXG	Bezeichnung
Geburt, Entbindung etc.	522	Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauterin gravidität, näher bezeichnet
Geburt, Entbindung etc.	591	Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft
Geburt, Entbindung etc.	630	Komplikationen bei Wehen und Entbindung, leichte Geburtsverletzungen
Geburt, Entbindung etc.	630	Komplikationen bei Wehen und Entbindung, leichte Geburtsverletzungen
Geburt, Entbindung etc.	687	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert

Geburt, Entbindung etc.	1033	Sonstige Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauterin gravidität
Geburt, Entbindung etc.	1034	Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauterin gravidität, n.n.bez.
Verletzungen, Frakturen	81	Prellung/oberflächliche Verletzung
Verletzungen, Frakturen	334	Fraktur des Fußes
Verletzungen, Frakturen	402	Fraktur n.n.bez. Knochen
Verletzungen, Frakturen	445	Fraktur der Hand / des Handgelenks / des Unterarms
Verletzungen, Frakturen	641	Offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm
Verletzungen, Frakturen	1063	Sonstige offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm
Verletzungen, Frakturen	1064	N.n.bez. offene Wunde, exkl. am Auge und Unterarm
Verletzungen, Frakturen	1079	Sonstige offene Wunde / Verletzung des Unterarms
Verletzungen, Frakturen	1080	N.n.bez. offene Wunde / Verletzung des Unterarms
Verletzungen, Frakturen	1086	Sonstige Fraktur der Hand / des Handgelenks / des Unterarms
Verletzungen, Frakturen	1087	N.n.bez. Fraktur der Hand / des Handgelenks / des Unterarms
Verletzungen, Frakturen	1235	Geschlossene Rippenfraktur
Verletzungen, Frakturen	1348	Offene Wunde / Verletzung des Unterarms / Sonstige offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm / N.n.bez. offene Wunde, exkl. am Auge und Unterarm
Verletzungen, Frakturen	1348	Offene Wunde / Verletzung des Unterarms / Sonstige offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm / N.n.bez. offene Wunde, exkl. am Auge und Unterarm
Vergiftungen	338	Vergiftungen durch andere oder n.n.bez. nicht medizinisch verwendete Substanzen
HNO-Erkrankungen	157	Mittelohrentzündung, exkl. chronisch-eitrige Formen
HNO-Erkrankungen	517	Streptokokken-Pharyngitis / Scharlach
HNO-Erkrankungen	212	Akute Infektion der Nasen-Rachen-Schleimhäute

III.1.7 HMG-Altersdifferenzierungen

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt, dass von einer Einführung weiterer HMG-Alterssplits bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zu einem Krankheitsvollmodell zunächst abgesehen wird.

Wünschenswert wäre allerdings eine erneute Überprüfung der im letzten Jahr eingeführten HMG-Altersdifferenzierungen gewesen, da aufgrund der umfangreichen Anpassungen in diesem Jahr (Krankheitsvollmodell, Wegfall der EMGs, Einführung des Risikopools) von deutlichen Änderungen in den altersbezogenen Über- und Unterdeckungen ausgegangen werden kann. Zudem sollte untersucht werden, ob sich anstelle von HMG-Altersdifferenzierungen nicht andere, zielgenauere Kriterien finden lassen, mit denen eine deutlich bessere Abbildung der medizinischen Ursachen von altersbezogenen Kostenunterschieden gelingt [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 23.08.2019].

III.2 Anpassungen der Hierarchien

III.2.1 Hierarchie 02 „Neubildungen“

Arzneimittelzuschlag für innovative Onkologika

Aufgrund der schnellen Marktdurchdringung der neuartigen Onkologika sollten die Folgekosten von mit monoklonalen Antikörpern und Proteinkinaseinhibitoren behandelten Patienten im Klassifikationsmodell 2021 durch eine eigene HMG im Morbi-RSA abgebildet werden.

Monoklonale Antikörper und Proteinkinaseinhibitoren waren 2019 mit weitem Abstand die umsatzstärksten Onkologika⁹. Ihr Bruttoumsatz lag bei 3,4 bzw. 2,1 Mrd. Euro. Obwohl ihr Verordnungsvolumen nur knapp 13% des gesamten Onkologika-Verordnungsvolumens ausmachte (32,4 von 247,4 Mio DDDs), entfielen 63% des gesamten Onkologika-Bruttoumsatzes auf diese beide ATC-Gruppen.

Während sich die DDD-Verordnungen aller Onkologika mit 3% von 2018 auf 2019 kaum verändert haben, sind die Proteinkinaseinhibitoren und die monoklonalen Antikörper für fast 50% des Anstiegs des Verordnungsvolumens verantwortlich (von 11,4 auf 13,4 bzw. von 17,2 auf 19,1 Mio DDDs).

Konkret schlagen wir eine eigenständige, nicht hierarchisierte HMG vor, die für alle im Hierarchiestrang 2b abgebildeten soliden Tumore durch Aufgreifen über die ATC-Gruppen L01XE und L01XC (Sonderfall 1 Dauertherapie) die prospektiven Behandlungskosten der neuen Onkologika abbildet. Hierdurch würde der dynamische Verlauf in der Entwicklung und Zulassung innovativer Onkologika keinen besonderen Anpassungsbedarf nach sich ziehen, da die neuen Onkologika der neugebildeten HMG jeweils zugeordnet werden können. Die in der Festlegung 2017 vorgetragenen Bedenken hinsichtlich der Gefahr einer medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitung sind unbegründet, denn die Zulassung der personalisierten Arzneimittel und monoklonalen Antikörper ist eng begrenzt auf Patienten mit bestimmten Tumoren und nachgewiesenen genetischen Eigenschaften.

Analysen auf AOK-Daten zeigen, dass die Bildung einer solchen HMG mit einer substantiellen Verbesserung aller Modellgütemaße einhergeht. Auch aufgrund der steigenden Fallzahl der mit den neuen Krebsmedikamenten behandelten Versicherten schlagen wir daher vor, die für die Zielgenauigkeit der Zuweisungen in dieser Hierarchie erforderliche Schweregradifferenzierung vorzunehmen [vgl. hierzu auch unsere Stellungnahmen vom 11.08.2017, 24.08.2018 sowie 23.08.2019].

III.2.2 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Abgrenzung von Versicherten mit LDL-Apherese

Aufgrund deutlich erhöhter prospektiver Folgekosten schlagen wir eine gesonderte Abbildung von Versicherten mit LDL-Apheresestatus über eine eigene HMG vor. Lipid-Apheresen werden als „Ultima Ratio“ bei therapierefraktären Verläufen eingesetzt. Die LDL-Apherese ist zum Beispiel gemäß Richtlinie des G-BA nur bei Patienten durchzuführen, bei denen mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL nicht ausreichend gesenkt werden kann, bei der Lp(a)-Apherese muss zudem eine progrediente kardiovaskuläre Folgeerkrankung nachgewiesen werden und die Indikationsstellung durch eine Kommission der KV bestätigt werden. Bei der Apherese handelt es sich um ein extrakorporales Behandlungsverfahren, mit dem pathologisch erhöhte Lipoproteine und Lipide aus dem Blut von Patienten entfernt werden können. Die Behandlung wird regelmäßig (meist einmal pro Woche)

⁹ GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO)

durchgeführt und dauert 2–4 Stunden, der Blutfluss wird über zwei venöse Zugänge aufrechterhalten.

Der medizinische und finanzielle Aufwand ist höher als der der Nierenersatztherapie durch Dialyse.

Die LDL-Apherese ist auf der Basis der z.Z. im RSA berücksichtigten Daten nur über die allgemeine Grunderkrankung Störungen des Lipoproteinstoffwechsels abzugrenzen. Die entsprechenden Diagnose-Kodes dieser hoch prävalenten Krankheit werden durch das Vollmodell erstmals im RSA berücksichtigt und sind im Entwurf der HMG 24 zugeordnet, die einen negativen Kostenschätzer aufweist. Denn die besondere Schwere dieser Stoffwechselstörung und das Versagen der diätetischen und medikamentösen Therapie bei den wenigen Patienten mit LDL-Apherese-Indikation lässt sich nicht über spezifische Diagnosekodierungen (ICDs) abbilden. Als RSA-fähiges Abgrenzungskriterium kann jedoch auf das Dialysekennzeichen aufgrund des extrakorporalen Behandlungsverfahrens abgestellt werden. Hier besteht lediglich das Problem, dass es keine eindeutige Abgrenzbarkeit zu Patienten mit Dialyse aufgrund von Niereninsuffizienz und den häufig komorbid auftretenden Lipidämien ohne LDL-Apherese - gibt.

Für die Abbildung der LDL-Apherese im Klassifikationsmodell schlagen wir daher eine eigene, freistehende HMG „LDL-Apherese“ in Hierarchie 4 vor. Die Zuordnung der Versicherten zu dieser HMG erfolgt auf Basis der ICD-Kodes ICD E78.0, E78.5 oder E78.9 (M2Q) und dem Vorliegen des Kennzeichens „extrakorporale Blutreinigung“. Von dieser HMG ausgehend wäre eine Hierarchiequerbeziehung in Dominanz zur HMG 130 „Dialysestatus“ in Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“ auszubilden, um ungerechtfertigte Doppelzuweisung für Dialyse-Patienten mit Hypercholesterinämie auszuschließen. Auf eine zusätzliche Berücksichtigung der drei M2Q-validierten Diagnose-Kodes in der HMG 24 (ohne Dialyse-Kennzeichen) kann dann zur Verringerung der Modellkomplexität verzichtet werden.

Verschiebung der ICD-Codes E89.4 und E89.5 in Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“

Die beiden ICD-Codes E89.4 „Ovarialinsuffizienz nach medizinischen Maßnahmen“ und E89.5 „Testikuläre Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen“, die bisher der DxG 125 „Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen“ zugeordnet sind, sollten aus medizinischen Gesichtspunkten in die Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ verschoben werden. Als mögliche DxGs bieten sich z.B. für den E89.4 die DxG 515 „Ovarielle Dysfunktion“ und für den E89.5 die DxG 339 „Testikuläre Dysfunktion“ an.

Abgrenzung von Versicherten mit Hypophosphatasie sowie Cholesterinesterspeicherkrankheit über hochspezifische Arzneimittel

Wir bitten das BAS, wie in den Erläuterungen zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2020 vom 30.09.2019 angekündigt, zu prüfen, ob die Abgrenzung von Versicherten mit einem Mangel an lysosomaler saurer Lipase (LAL-Mangel) verbessert werden kann. Für diese Erkrankung gibt es seit 2015 eine zugelassene Enzyersatztherapie (Wirkstoff Sebelipase alfa, ATC A16AB14, Handelsname: Kanuma). Die Arzneimitteltherapiekosten betragen rund 800.000 Euro pro Jahr.

Beide Formen des LAL-Mangels werden über den ICD-Code E75.5 „Sonstige Störungen der Lipidspeicherung“ abgebildet. Unter diesem unspezifischen Code werden aber auch noch weitere Erkrankungen erfasst (z.B. die Zerebrotendinöse Xanthomatose oder die Dorfman-Chanarin-Krankheit). E75.5 ist derzeit via DxG 119 der HMG 24 „Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz“ zugeordnet. Unter Berücksichtigung der Jahreskosten der hochspezifischen Arzneimitteltherapie bietet sich für diese Patientengruppe eine Zuordnung zu HMG 285 „Mukopolysaccharidosen Typ II oder IV mit ERT“ und Arzneimittelvalidierung über Sonderfall 1 (183/92 BT) und Sebelipase alfa (ATC A16AB14) an [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 23.08.2019].

Arzneimittelbasierte Abgrenzung von Versicherten mit Enzyersatztherapie der neuronalen Ceroid-Lipofuszinose Typ 2 (NCL2)

Cerliponase alfa (Handelsname Brineura) ist seit Mai 2017 in der EU zugelassen zur Enzyersatztherapie der neuronalen Ceroid-Lipofuszinose Typ 2 (NCL2), auch als Tripeptidyl-Peptidase 1 (TPP1)-Mangel bezeichnet. Laut GBA-Nutzenbewertungsdatei betragen die Jahrestherapiekosten 747.057,22 Euro. Wir schlagen zur besseren Abbildung der unterschiedlichen Schweregrade Folgendes vor [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 23.08.2019]:

- Aufgriff der neuronalen Ceroid-Lipofuszinose Typ 2 mit ICD E75.4 „Neuronale Ceroidlipofuszinose“. Diese ICD ist über die DxG 119 zur Zeit der HMG 24 „Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz“ zugeordnet, in der unterschiedliche Stoffwechselerkrankungen mit vergleichsweise geringeren Schweregraden zusammengefasst sind.
- Validierung mit Prüfung der Cerliponase-alfa-Therapie aufgrund klinischer Relevanz (da die Applikation im stationären oder ambulanten / tagesklinischen Setting stattfinden kann und für die stationäre Applikation keine Arzneimitteldaten verfügbar sind). Auf diese Weise würden sowohl stationär behandelte Patienten als auch ambulant behandelte Patienten aufgegriffen.
- Einordnung in HMG 281 „Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose Typ I mit ERT“, der analog auch bereits der ICD-Code E75.2 „Sonstige Sphingolipidosen“ via DXG 116 „Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann-Pick mit SRT“ zugeordnet ist.

III.2.3 Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Arzneimittelvalidierung der DxGs 721 „Sonstige Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ und 722 „N.n.bez. Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“

Um nur die klinisch relevanten Fälle aufzugreifen, sollte unseres Erachtens eine Arzneimittelvalidierung der DxGs 721 „Sonstige Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ und 722 „N.n.bez. Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ eingeführt werden. Als ATCs schlagen wir dazu A09AA02, A09AA03, A09AA04 und A09AC01 vor.

III.2.4 Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

Arzneimittelvalidierung der DxGs 313 „Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung“, 564 „Gicht / Arthritis urica“, 488 „Osteomalazie / Rachitis“, 798 „Sonstige und n.n.bez. Osteomalazie / Rachitis“ und 807 „N.n.bez. andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels“

Die DxG 313 umfasst das „Rheumatische Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung“. Da ein rheumatisches Fieber antibiotisch behandelt werden muss, schlagen wir eine Arzneimittelvalidierung der DxG über 10 BT vor. Dazu eignen sich die ATC-Gruppen J01AA, J01BA, J01CA, J01CE, J01CF, J01CG, J01CR, J01DB, J01DC, J01DD, J01DE, J01DF, J01DH, J01DI, J01EA, J01EC, J01EE, J01FA, J01FF, J01FG, J01GA, J01GB, J01MA, J01MB, J01RA, J01XA, J01XB, J01XD, J01XE und J01XX.

In der DxG 564 „Gicht / Arthritis urica“ werden verschiedene ICD-Codes zur Gicht zusammengefasst. Im Klassifikationsmodell sollten nur die behandlungsbedürftigen Fälle berücksichtigt werden, daher schlagen wir eine Arzneimittelvalidierung über 10 BT vor. Die folgenden ATCs sollten dafür genutzt werden: M01AA, M01AB, M01AC, M01AE, M01AG, M01AH, M01AX, M01BP, M01BX, M01CB, M01CC, M01CX, M04AA, M04AB, M04AC, M04AH sowie H02AB.

Wir regen zudem an, eine Arzneimittelvalidierung (wegen klinischer Relevanz) der Osteomalazie / Rachitis zu überprüfen (DxGs 488 und 798). Als ATCs bieten sich hierfür H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC und M05BX an.

Ebenso könnte unseres Erachtens eine Arzneimittelvalidierung (wegen klinischer Relevanz) der DxG 807 „N.n.bez. andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels“ umgesetzt werden. Relevante ATCs wären hier H05BA und M05BA.

III.2.5 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Abgrenzung von Versicherten mit Beta-Thalassämie

Beta-Thalassämie (auch „Mittelmeeranämie“ genannt) ist eine seltene, durch Genmutation verursachte und so vererbte Erkrankung. Sie ist gekennzeichnet durch eine Störung der Bildung von Bestandteilen der roten Blutzellen. Schwere Thalassämien verlaufen unbehandelt tödlich. Als Therapieoptionen stehen eine Stammzelltransplantation, lebenslange Bluttransfusionen alle zwei bis vier Wochen (kostenintensiv) und seit neuestem auch eine Gentherapie (Stammzellenmodifikation, EMA-Zulassung 11/2019) für Patienten >12 Jahre mit transfusionsabhängiger Beta-Thalassämie ohne geeigneten Stammzellenspender (Therapiekosten: ca. 1,6 Mio. Euro) zur Verfügung.

Beta-Thalassämie wird über den ICD-Code D56.1 abgebildet, der derzeit im Klassifikationsmodell der DxG 194 „Hereditäre hämolytische Anämien“ bzw. der HMG 181 „Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien“ zugeordnet ist. Patienten mit Beta-Thalassämie haben allerdings aufgrund der lebenslang benötigten Bluttransfusionen deutlich höhere Folgekosten als die anderen Patienten der HMG 181. Wir regen daher an, eine eigenständige DxG für Beta-Thalassämie zu bilden (Aufgriff über M2Q) und diese anhand des Kostenschätzers in die Hierarchiestruktur einzusortieren.

Aufnahme Faktor-X-Mangel in DXG 225 und DXG 226

Für das Ausgleichsjahr 2021 schlagen wir erneut vor, weitere Blutgerinnungsfaktormangelerkrankungen neben dem Faktor-VIII-Mangel zu berücksichtigen. Mit der Zulassung von Coagadex® (ATC-Code B02BD13) steht seit März 2016 eine erste spezifische Gerinnungs-Ersatztherapie bei Faktor-X-Mangel zur Verfügung. Ein Faktor-X-Mangel hat eine vergleichbare Krankheitsausprägung, -schwere und -folge wie ein Faktor-VIII-Mangel. Genauso wie bei Faktor-VIII-Mangel gibt es schwere und leichte Verläufe. Bei schweren Verläufen ist eine Dauertherapie notwendig.

Die Kosten für Coagadex® sind bei den ersten beobachteten Fällen mit Dauertherapie noch deutlich höher als die Kosten für Faktor-VIII-Mangel mit Dauertherapie.

Faktor-X-Mangel wird mit D68.24 kodiert. Die Gabe von Coagadex® ist hoch spezifisch für einen Faktor-X-Mangel. Analog zum letztjährigen Anhörungsverfahren schlagen wir daher vor, die DxG 225 „Hämophilie mit Dauermedikation“ und DxG 226 „Hämophilie Männer mit Bedarfsmedikation“ um D68.24 zu ergänzen und in die Arzneimittelzuordnung den ATC-Code B02BD13 aufzunehmen. Aufgrund der Lokalisation des Gens auf Chromosom 13 sollten in der DxG 226 auch Frauen mit ICD D68.24 und ATC-Code B02BD13 berücksichtigt werden. Die Bezeichnung der HMGs wäre dann jeweils um den Zusatz „...oder Faktor X-Mangel“ zu ergänzen (vgl. Stellungnahme vom 11.08.2017, 24.08.2018 sowie 23.08.2019).

Auswirkungen der DDD-Änderungen auf die BT-Grenzen prüfen

In Anbetracht der tiefgreifenden DDD-Änderungen bei den Blutgerinnungsfaktoren zwischen GKV-AI Stand Juni 2016 und Juni 2017 halten wir es weiterhin für erforderlich zu prüfen, ob und inwieweit eine noch bessere Differenzierung der Hämophilie-Patienten mit Dauer- und Bedarfsmedikation durch eine Anpassung der im Anhörungsverfahren des Ausgleichsjahres 2015 auf den bestehenden DDD-Werten definierten BT-Grenzen möglich ist. Entsprechend bitten wir den

Wissenschaftlichen Beirat und das BAS, die festgesetzten BT-Grenzen auf Basis der Ausgabendeckung sowie der Verteilung der betroffenen Versicherten nach Behandlungstagen und Leistungsausgaben (vgl. Analysen im Anhörungsverfahren 2015) zu prüfen und mögliche Modellverbesserungen umzusetzen.

Analysen auf AOK-Daten zeigen zudem, dass Versicherte mit Hämophilieerkrankungen trotz der Berücksichtigung im Morbi-RSA aufgrund z.T. sehr hoher prospektiver Folgekosten häufig sehr hohe, persistente Unterdeckungen aufweisen. Um auch für diese Versicherten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen wird vorgeschlagen, Möglichkeiten einer mehrfachen Arzneimittel-schweredifferenzierung auf Basis der verordneten Wirkstoffe zu untersuchen.

Arzneimittelvalidierung der DxGs 686 „Sarkoidose, exkl. Lunge“ und 1210 „N.n.bez. Sarkoidose, exkl. Lunge“

Wir regen an, die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die „Sarkoidose, exkl. Lunge“ (DxGs 686 und 1210) zu überprüfen (wegen klinischer Relevanz). Als ATCs bieten sich die Gruppen H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX an.

Berücksichtigung der hereditären spinalen Muskelatrophie mit Mutationen im SMN1-Gen und Therapie mit Nusinersen (Spinraza®)

Die erbliche spinale Muskelatrophie ist ein sehr schwerer muskulärer autosomal-rezessiv vererbter Stoffwechseldefekt. Ursächlich ist eine Mutation im SMN1-Gen, wodurch zu wenig SMN1-Protein gebildet wird, das die Motoneuronen im Rückenmark schützt. Die Ausprägung der Erkrankung ist abhängig von der Zahl der Kopien des SMN2-Gens, das jedoch überwiegend durch alternatives splicing so abgelesen wird, dass kein funktionsfähiges SMN1-Protein gebildet wird. Unterschieden werden Typ 1, der in den ersten sechs Lebensmonaten auftritt und eine mittlere Überlebenszeit von sechs bis sieben Monaten aufweist. Die betroffenen Kinder müssen bald beatmet werden, da auch die Atemmuskulatur betroffen ist. Typ 2 tritt im Durchschnitt im achten Lebensmonat auf, die Kinder können sitzen aber nicht frei gehen und überleben meist bis ins Erwachsenenalter. Typ 3 beginnt spätestens mit drei Jahren, der Verlauf ist milde und die Lebenserwartung nur wenig reduziert.

Mit Nusinersen wurde zum 01.07.2017 ein Medikament zugelassen, das dazu führt, dass die SMN2-Genkopien mehr funktionsfähiges SMN-Protein erzeugen.

Nusinersen muss intrathekal (intraspinal in den Liquor cerebrospinalis) appliziert werden. Dies erfolgt entweder stationär oder in einer ambulanten Tagesklinik. Laut Fachinformation beträgt die Dosierung 12 mg bzw. 5 ml Nusinersen je Applikation, in der Aufdosierungsphase werden die Dosen 1 bis 3 mit je 14 Tagen Abstand gegeben, Dosis 4 nach weiteren 30 Tagen. Anschließend erfolgt eine Erhaltungstherapie alle vier Monate. Bei Kosten von 98.269,14 € AVP pro Injektion (entspricht 92.665,78 € netto für die GKV) ergeben sich Kosten über 555.994,68 € im ersten Jahr und 277.997,34 € in den Folgejahren (Stand 01.08.2018, Lauer-Taxe).

Aufgrund der sehr hohen Folgekosten wird vorgeschlagen, Nusinersen bereits im Ausgleichsjahr 2021 zu berücksichtigen. Da die Applikation stationär und ambulant erfolgen kann und für die stationäre Applikation keine Arzneimittelabrechnungsdaten vorliegen, wird vorgeschlagen die erbliche spinale Muskelatrophie durch die ICD-Codes G12.0 „Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]“ und G12.1 „Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie“ aufzugreifen und mit einer Prüfung der Nusinersen-Therapie aufgrund von klinischer Relevanz zu versehen. Auf diese Weise würden sowohl stationär behandelte Patienten als auch ambulant behandelte Patienten aufgegriffen. Da es sich um eine Stoffwechselerkrankung handelt, bei der durch die Antisense-Behandlung wirksames Protein substituiert wird und aufgrund der Höhe der Kosten im zweiten Behandlungsjahr sollten die ICDs G12.0 und G12.1 zunächst der HMG 281 „Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose mit ERT“ in Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ zugeordnet werden (vgl. Stellungnahme vom 11.08.2017, 24.08.2018 sowie 23.08.2019).

III.2.6 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Arzneimittelvalidierung der DxGs 513 „Migräne-Kopfschmerz“ und 1254 „Parkinson-Syndrome“

Der Migräne-Kopfschmerz wird in der DxG 513 abgebildet, die der gleichnamigen HMG 418 zugeordnet ist. Um nur Versicherte mit einer behandlungsbedürftigen Migräne abzugreifen, regen wir eine Arzneimittelvalidierung über die ATCs N02CA, N02CC, N02CH, N02CP und N02CX an. Da es sich um ein akut auftretendes Krankheitsgeschehen handelt, sollten 10 BT ausreichen.

Für die DxG 1254 „Parkinson-Syndrome“ ist ebenfalls eine Arzneimittelvalidierung medizinisch angezeigt (obligat, 183 BT). Wir schlagen hierzu die folgenden ATCs vor: N04AA, N04BA, N04BB, N04BC, N04BD und N04BX.

III.2.7 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Ausgliederung der ischämischen Herzerkrankungen aus dem dritten Hierarchiestrang

Im Zuge der umfangreichen Überarbeitung der Hierarchie erfolgte eine Zusammenlegung der beiden Stränge „ischämische Herzerkrankungen“ und „Herzinsuffizienz“. Dies wird damit begründet, dass die Erkrankungen in einem engen medizinischen Zusammenhang stehen. Dabei wird insbesondere hervorgehoben, dass die ischämische Herzkrankheit eine häufige Ursache für die Herzinsuffizienz sei. Hierbei werden jedoch alle anderen relevanten Ursachen der Herzinsuffizienz ausgeblendet: Die Herzinsuffizienz wird eingeteilt in systolische Ventrikelfunktionsstörung, diastolische Ventrikelfunktionsstörung sowie rhythmogene Herzinsuffizienz. Lediglich bei der systolischen Ventrikelfunktionsstörung besteht eine häufige Ursächlichkeit durch koronare Herzerkrankungen, daneben führen Kardiomyopathien, Myokarditiden, Vitien, die arterielle Hypertonie sowie die pulmonale Hypertonie zu systolischen Ventrikelfunktionsstörungen. Diastolische Ventrikelfunktionsstörungen werden überwiegend verursacht durch arterielle Hypertonie, konstriktive Perikarditis, restriktive Kardiomyopathie und Herzbeuteltamponade; die rhythmogene Herzinsuffizienz durch bradikarde und tachykarde Rhythmusstörungen unterschiedlicher Ätiologie. Eine einseitige Einordnung in die Hierarchie der ischämischen Herzerkrankung ist daher nicht sachgerecht.

Herzinsuffizienz kann somit zu einem relevanten Anteil der Betroffenen unabhängig von einer ischämischen Herzkrankheit auftreten und umgekehrt. Dies sollte sich unseres Erachtens auch im Klassifikationsmodell widerspiegeln. Daher regt die AOK-Gemeinschaft an, die DxGs der ischämischen Herzerkrankungen 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365 und 366 wieder in einen eigenen Strang auszugliedern. Beide Stränge sollten weiterhin die HMG 91 „Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen“ dominieren.

Auftrennung und Arzneimittelvalidierung der DxG 463 „Akute Endokarditis / Myokarditis“

Die AOK-Gemeinschaft regt an, die DxG 463 „Akute Endokarditis / Myokarditis“ in zwei DxGs aufzutrennen: Eine DxG sollte die akute Endokarditis umfassen (ICD-Codes B37.6 „Candida-Endokarditis“, I33.0 „Akute und subakute infektiöse Endokarditis“ und I33.9 „Akute Endokarditis, nicht näher bezeichnet“), die zweite DxG sollte die restlichen ICDs der DxG 463 zur Myokarditis enthalten. Da die akute Endokarditis eine schnelle antibiotische bzw. antimykotische Therapie erfordert, schlagen wir eine Arzneimittelvalidierung der neu gebildeten Endokarditis-DxG über die ATC-Gruppen J01AA, J01BA, J01CA, J01CE, J01CF, J01CG, J01CR, J01DB, J01DC, J01DD, J01DE, J01DF, J01DH, J01DI, J01EA, J01EC, J01EE, J01FA, J01FF, J01FG, J01GA, J01GB, J01MA, J01MB, J01RA, J01XA, J01XB, J01XD, J02AA, J02AB, J02AC und J02AX vor (10 BT).

Die Myokarditis erfordert eine antiarrhythmische Therapie sowie eine herzentlastende Behandlung, sodass wir für die Myokarditis-DxG eine Arzneimittelaufgriff über die ATC-Gruppen C01BA, C01BB, C01BC, C01BD, C01BG, C03AA, C03AB, C03AH, C03BA, C03BB, C03BC, C03BD, C03BK, C03C, C03D, C03E, C07 und C09 empfehlen (ebenfalls 10 BT).

III.2.8 Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

Arzneimittelvalidierung der DxGs 86 „Arterielle Embolie und Thrombose“, 982 „N.n.bez. arterielle Embolie und Thrombose“ und 510 „Hypotonie“

Für die „Arterielle Embolie und Thrombose“ (DxGs 86 und 982) ist eine antithrombotische Therapie mit Arzneimitteln angezeigt, um weitere Thrombosen bzw. Embolien zu vermeiden. Wir regen daher an, für diese DxG ein Arzneimittelaufgreifkriterium (obligat, 183 BT) zu setzen. Als ATCs bieten sich die folgenden antithrombotischen Mittel an: B01AA, B01AB, B01AC, B01AD, B01AE, B01AF, B01AX und B01AY.

Zudem bietet sich eine Arzneimittelvalidierung der DxG 510 „Hypotonie“ an (wegen klinischer Relevanz, 183 BT), um nur die behandlungsbedürftigen Fälle aufzugreifen. Diese könnte über die ATCs C06AA und C06AH erfolgen.

Zusammenlegung der HMGs 361 „Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose und Hypotonie“ und 734 „N.n.bez. Hypotonie“

Die HMG 734 „N.n.bez. Hypotonie“ enthält nur den ICD I95.9 „Hypotonie, nicht näher bezeichnet“. Der verwandte ICD-Code I95.8 „Sonstige Hypotonie“ ist dagegen der darüberstehenden HMG 361 zugeordnet. Die separate Abbildung des ICD I95.9 erscheint medizinisch weniger sinnvoll, da in der Kodierpraxis nicht immer zwingend zwischen den ICD-Codes I95.8 und I95.9 differenziert wird. Vor dem Hintergrund der Manipulationsresistenz bitten wir das BAS, die Zusammenlegung der beiden HMGs zu überprüfen.

III.2.9 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Arzneimittelvalidierung der DxG 341 „Sarkoidose der Lunge“

Wir regen analog zu den DxGs 686 und 1210 der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ an, die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die DxG 341 „Sarkoidose der Lunge“ zu überprüfen (wegen klinischer Relevanz). Als ATCs bieten sich auch hier die Codes H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX an.

III.2.10 Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“

Anpassung der Arzneimittelvalidierung für die DxG 821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ und DxG 850 „Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“

Für die Zuordnung der DxG 821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ und DXG 850 „Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ wird gemäß der Sonderregel nach Ziffer 1.3.3.4 (Sonderfall 4) eine Diagnosevalidierung anhand des Dialyse-Kennzeichens aus SA100 durchgeführt. Der Sonderfall 4 sieht zusätzlich eine BT-Prüfung für Alter > 11 Jahre für ambulante Diagnosen vor. Ein Teil der in Anlage 3 aufgeführten Arzneimittel wird aufgrund der Besonderheiten der dialysepflichtigen Niereninsuffizienz ausschließlich während der Dialyse verabreicht und über Medikamentenpauschalen abgerechnet. Entsprechend wird in Krankheitsfällen, die aufgrund dauerhafter Dialysebehandlung deutlich erhöhte Folgekosten aufweisen, wegen der teilweise fehlenden Verordnungen in den Arzneimittelabrechnungsdaten nicht die erforderliche BT-Grenze erreicht und keine HMG 130 „Dialysestatus“ zugeordnet. Daher schlagen wir für die Sonderfall-4-Prüfung bei einem Alter > 11 vor, die BT-Grenze von 183 Behandlungstagen auf 42 Behandlungstage (oder 35 Behandlungstage bei Vorliegen mindestens einer stationären Nebendiagnose) abzusenken [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 23.08.2019].

III.2.11 Hierarchie 30 „Ernährungsbezogene Erkrankungen“

Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für DxG 1225 „Hypoglykämisches Koma“

Die DxG 1225 „Hypoglykämisches Koma“, die der HMG 120 „Hypoglykämisches Koma“ in Hierarchie 30 „Ernährungsbezogene Erkrankungen“ zugeordnet ist, enthält als einzigen ICD-Code den E15 „Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch“. Da ein hypoglykämisches Koma ein lebensbedrohendes Ereignis darstellt und eine stationäre Behandlung erfordert, regen wir an, für die DxG 1225 das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zu setzen.

IV Änderung des Berechnungsverfahrens

IV.1 Negative AGG-Zuschläge in Folge der Regionalkomponente

Aus Tabelle 2.3 des Kapitels IX der Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2021 geht hervor, dass es in der ersten Stufe der Regression zu negativen Koeffizienten für die AGGs 2, 3, 25, 26 und 27 kommt. Gemäß Ziffer 2.2.2.6 der Festlegung würden diese AGGs in der zweiten Stufe der Regression nicht mehr berücksichtigt, der Zuschlag wäre also 0.

Hintergrund der negativen Regressionskoeffizienten für die AGGs ist die Wahl der in der Regression nicht berücksichtigten Dezile der Regionalmerkmale. Das BAS hat sich hier dazu entschieden, das 10. Dezil des Regionalmerkmals „Sterbekosten“ (RGG0110) nicht auf 0 zu setzen, stattdessen wurde die RGG0000 auf 0 gesetzt. Eine andere Auswahl der in der Regression nicht berücksichtigten RGGs könnte zu ausschließlich positiven AGG-Regressionskoeffizienten führen. Damit hat die Entscheidung der Auswahl der auf 0 gesetzten RGGs Folgen für die Verteilung der Zuweisungen auf die Krankenkassen, zugleich wird jedoch weder in der RSAV noch in der Festlegung geregelt, welche RGGs den Zuschlag 0 erhalten sollen (ausgenommen RGG0000).

Um zu vermeiden, dass die Auswahl der auf 0 gesetzten RGGs Folgen für die Verteilung der Zuweisungen haben, ergeben sich zwei Lösungsmöglichkeiten:

a) Zulassen negativer AGG-Zuschläge

Satz 2 der Ziffer 2.2.2.6 der Festlegung wird wie folgt gefasst: Für die AGGs gemäß Ziffer 1.5 und die RGGs gemäß Ziffer 1.7 sind negative Regressionskoeffizienten zulässig.

b) Anpassung der Auswahl der auf 0 gesetzten RGG-Zuschläge

Darüber hinaus sollte Ziffer 2.2.2.5 neben der Festschreibung der Nullsetzung der RGG0000 auch die weiteren auf 0 gesetzten Regionalgruppen explizit mit aufnehmen.

IV.2 Keine IST-Kostenausgleiche im Morbi-RSA (→KG-und Ausland)

Die mit dem GKV-FQWG vorgesehenen Anpassungen der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte unter Berücksichtigung der tatsächlichen IST-Ausgaben für Krankengeld bzw. Auslandsleistungen der Kontenarten 480 und 483 werden von der AOK-Gemeinschaft weiterhin abgelehnt (vgl. hierzu unsere Stellungnahmen z.B. vom 29.07.2016, 11.08.2017, 24.08.2018 sowie 23.08.2019).

IV.3 Keine IST-Kostenausgleiche im Morbi-RSA (→ Risikopool)

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Einführung von partiellen Ist-Kostenausgleichen im Morbi-RSA ab und fordert stattdessen, die Zuweisungen über den bewährten, standardisierten Ausgleich von prospektiven Folgekosten zu bemessen. Nur so werden die notwendigen Anreize gesetzt,

Risikoselektion zu vermeiden, die Versichertenversorgung vorausschauend kosteneffektiv zu gestalten sowie in Prävention zu investieren. Hier sei auf die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum GKV-FKG mit Stand vom 04.12.2019 verwiesen (Bundestags-Drucksache 19/15662).

IV.4 Keine sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben

Die AOK-Gemeinschaft vertritt weiterhin die Auffassung, dass die vorgenommene Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben inhaltlich unbegründet ist und nicht durch die Vorgaben des § 266 SGB V i. V. m. § 4 RSAV gedeckt ist (vgl. hierzu detailliert auch unsere Stellungnahmen vom 02.09.2011, 18.03.2013, 30.08.2013, 29.08.2014, 03.09.2015, 28.07.2016, 11.08.2017, 24.08.2018 sowie 23.08.2019).

V Redaktionelle Anmerkungen

Anlagen

- Die Anlagen 1 bis 4 werden aktuell sowohl als PDF als auch als Excel-Datei mit mehreren Reitern ausgeliefert. Wir würden die ergänzende Auslieferung in einem normalisierten maschinenlesbaren Format (z.B. normalisierte Daten über mehrere CSV-Dateien) zur Vermeidung von Dateninkonsistenzen begrüßen. Gern können wir bei Bedarf eine genaue technische Spezifikation zur Verfügung stellen.
- Anlage 1: Die Bezeichnung der HMG 24 ist fehlerhaft: „Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevant“. Korrekt wäre „Kostenrelevanz“.
- Anlage 1: Die Bezeichnung der DxG 250 ist fehlerhaft: „Normotensiver Hydrozephalus und sonstige Schädigungn des Gehirns“. Hier fehlt ein e bei „Schädigungen“.

Festlegungsentwurf

- S. 13/14: In Kapitel 2.2.2.1 und 2.2.3 müssten von den Leistungsausgaben ohne Krankengeld auch die über den Risikopool ausgeglichenen Ausgaben abgezogen werden.

Erläuterungen zum Festlegungsentwurf

- S. 89/599: Die HMG 879 heißt in beiden Darstellungen „Schilddrüsen- Erkrankungen, exkl. Struma“. In Anlage 1 ist die Bezeichnung der HMG jedoch „Näher bezeichnete Schilddrüsen-Erkrankungen“.
- S. 113/601: Die HMG 595 heißt in beiden Darstellungen „Sonstige Fremdkörper im Gastrointestinaltrakt“. In Anlage 1 ist die Bezeichnung der HMG jedoch „Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen im Gastrointestinaltrakt“.
- S. 160/609 und Anlage 1: Die Bezeichnung der Hierarchie 10 „Drogen-/ Alkoholmissbrauch“ sollte angepasst werden, um auch die neu aufgenommene Krankheit 78 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“, die der neu hinzugefügten untenstehenden HMG 352 zugeordnet wurde, abzubilden. Als neuer Name bietet sich z.B. „Drogen-, Alkohol- und Tabakmissbrauch“ an.
- S. 357/625: Bei der Darstellung der Hierarchie 22 wurde die Streichung der HMG 104 aus Hierarchie 18 nicht berücksichtigt.
- S. 568/587: Das 10. Dezil der Sterbekosten weist einen Standardfehler von 0 Euro auf. Das ist unplausibel. Zudem wird für die Kategorie „Ausland / unbekannt“ ebenfalls ein Standardfehler von 0 Euro gezeigt. Bei den anderen auf 0 gesetzten Regionalvariablen (jeweils 10. Dezil von Zuweisungen, Ambulanter Pflege etc.) ist dagegen ein Punkt für den Standardfehler ausgewiesen.

- S. 599: Der HMG 21 ist in der Darstellung die DxG 840 zugeordnet. Richtigerweise müssten der HMG 21 aber die DxGs 114, 135 und 918 zugeordnet werden.
- S. 613: Der Name der Hierarchie lautet hier nur verkürzt „Erkrankung des Rückenmarks“. Richtig wäre „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“
- S. 616: Die Seite ist identisch zur Seite 615. Korrekterweise sollte hier der dritte Teil der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ abgebildet.
- S. 394/395/627/628: Bei der Darstellung der Hierarchie 23 „Verletzungen“ sind die Verweise auf die jeweils nicht abgebildeten Stränge nicht korrekt. Im ersten Teil 1/2 wird bei Strang 4 und 5 auf HMG 159 (und aufwärts) verwiesen und bei Strang 6 und 7 auf HMG 162. Im zweiten Teil 2/2 wird bei Strang 1, 2 und 3 auf HMG 159 verwiesen.