



## **Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich Anhörungsverfahren zum Entwurf der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2022**

**BAS AZ 316 - 5572.11 - 1849/2021**

### **Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der Handelskrankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse**

Zu den vom Bundesamt für Soziale Sicherung beabsichtigten Veränderungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung.

#### **zu I. Einführung und II. Methodik**

Die Zielsetzung, durch die vorliegenden Anpassungen die Konsistenz und Übersichtlichkeit des Klassifikationsmodells weiter zu erhöhen, wird von uns ausdrücklich unterstützt. Die Gütemaße zeigen, dass auch eine stringenter Hierarchisierung und Zusammenlegung von Morbiditätsgruppen mit ähnlichen Kostenschätzern zu einer verbesserten Modellgüte beitragen kann.

Auch wir halten eine verbesserte Abbildung von Komorbiditäten für erforderlich und unterstützen daher den Ansatz, Analyseergebnisse zu Komorbiditäten als Ausgangspunkt für Hierarchieanpassungen zu nutzen. Dies kann zu einer Verbesserung des Modells ebenso wie zu einer Verringerung von Manipulationsanreizen beitragen.

Allerdings greift ausgehend von den vorliegenden Analyseergebnissen des GKV-Spitzenverbands zu Komorbiditäten und damit einhergehenden Überdeckungen eine Beschränkung auf hierarchieinterne Anpassungen zu kurz. Beispielhaft sei hier die HMG 0252 Chronischer

Schmerz ohne Dauermedikation genannt. Aufgrund der strikten Hierarchisierung innerhalb der Hierarchie 28 ergibt sich nach dieser Logik trotz hoher Komorbiditätswerte / Odds Ratios und bei vielen Kombinationen auch deutlicher finanzieller Überdeckung kein Anpassungsbedarf innerhalb der Hierarchie. Die hierarchieübergreifenden, offenkundigen Verbindungen des Chronischen Schmerzes mit anderen HMG bleiben nach diesem Vorgehen unbeachtet und werden nicht beseitigt. Wir bitten deshalb nachdrücklich darum, in den nächsten Anpassungszyklen die Bearbeitung der identifizierten Komorbiditäten auch auf hierarchieübergreifende Kombinationen auszuweiten.

Im Rahmen der Modellentwicklung für das Ausgleichsjahr 2020 wurde für zehn HMGs eine Altersdifferenzierung näher untersucht und teilweise umgesetzt. Dass aufgrund der Entwicklung des Vollmodells für das Ausgleichsjahr 2021 die Einführung weiterer Altersdifferenzierungen von HMGs zurückgestellt wurde, ist nachvollziehbar. Allerdings sollte - nun unter Vollmodellbedingungen - die Einführung weiterer Altersdifferenzierungen geprüft werden. Im Rahmen der Analysen zu altersbezogenen Über-/Unterdeckungen bei der Modellentwicklung für das Ausgleichsjahr 2020 wies beispielsweise die HMG 091 Hypertonie die höchste Überdeckung aus (siehe Tab. 7.2 in den Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2020), allerdings wurde damals vom BAS mit Verweis auf die medizinische Heterogenität dieser HMG eine inhaltliche Überarbeitung der HMG gegenüber einer Altersdifferenzierung präferiert. Eine Altersdifferenzierung sollte nach den damaligen Ausführungen nur vorgenommen werden, "wenn der diagnosebasierte Differenzierungsansatz erfolglos verläuft" (s. S. 25 der Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2020). Da eine entsprechende diagnosebasierte Differenzierung nicht erfolgen konnte und auch eine strikte Hierarchisierung der HMG 091 unter alle Stränge der Hierarchie 16 beim aktuell zur Anhörung gestellten Modell für 2022 nicht möglich war erscheint eine Altersdifferenzierung der HMG 091 weiterhin sinnvoll.

Auch die Übersichten über Deckungsgrade nach Alter und HMG-Anzahl zeigen - trotz Verbesserungen im Zeitablauf - weiterhin hohe Unterdeckungen bei jungen multimorbiden Versicherten, denen hohe Überdeckungen bei älteren multimorbiden Versicherten gegenüberstehen (siehe Tabelle 5.2 Deckungsquoten nach Alter und HMG-Anzahl, eine entsprechende tabellarische Übersicht über die Fehldeckung in Euro je Versichertenjahr wurde nicht veröffentlicht). Eine systematische Bearbeitung der Altersdifferenzierung ist daher nach wie vor notwendig und sollte im nächsten Anpassungszyklus wieder aufgenommen werden.

## **zu IV. Anpassung der Hierarchien**

### **zu IV.08 Hierarchie 01 Infektionen**

Die vorgenommenen Hierarchieanpassungen sind nachvollziehbar beschrieben. Die auf Basis der Komorbiditätsanalysen vorgesehenen Änderungen tragen zu einem strikteren Hierarchieaufbau bei und werden von uns unterstützt.

Unter 8.2 werden Verschiebungen diverser ICD-Kodes beschrieben, die weitestgehend sinnvoll erscheinen. So wird für eine bessere Darstellung des Organbezugs die durch Zytomegalieviren verursachte Pneumonie mit der ICD B25.0 (vormals in der DxG0012) aus der HMG 0005 herausgelöst und in der neu geschaffenen DxG1012 der HMG0110 „Respiratorische Insuffizienzen,...“ in der Hierarchie 19 (Erkrankungen der Lunge) zugeordnet. Auch die Kandidose der Lunge (ICD B31.1; DxG0013) wird in die genannte HMG verschoben. Dahingegen findet die DxG0015 Pneumozystose (Pneumocystis-Pneumonie) keinen Eingang in die entsprechende HMG in der Hierarchie 19. Diese Zuordnung sollte u.E. geprüft und die Verschiebung der DxG gegebenenfalls ergänzend vorgenommen werden.

### **zu IV.09 Hierarchie 02 Neubildungen**

Die Neuordnung der Hierarchie durch Auflösen der beiden Unterhierarchien sowie die Integration freistehender HMGs halten wir für sachgerecht.

Darüber hinausgehend halten wir die Integration zweier DxG in die Hierarchie Neubildungen für sinnvoll.

Dies betrifft zunächst die DxG 247 Anämie bei Neubildungen (bisher zugeordnet der HMG 0047 Anämien bei Neubildungen, HUS ohne Dauermedikation in der Hierarchie 8). Aus medizinischen Erwägungen sollte diese DxG in die Hierarchie 2 verlagert werden, denn die in dieser Gruppe abgebildete spezielle Form einer Anämie tritt stets malignomassoziiert auf und setzt immer eine maligne Grunderkrankung voraus.

Zudem sollte die DxG 644 Pathologische Fraktur bei Neubildungen ebenfalls in die Hierarchie 2 verschoben werden. Bei der pathologischen Fraktur (DxG 644 Pathologische Fraktur, HMG 1047 Pathologische Fraktur bei Neubildungen, Hierarchie 23) handelt es sich um einen Knochenbruch, der in der Regel ohne adäquates Trauma aufgrund einer malignombedingten, pathologischen Veränderung des Knochens auftritt. Pathologische Frakturen bei Neubildungen sind nicht selten die Erstdiagnose einer malignen Grunderkrankung und in der Regel ein sehr ernstes Krankheitsbild. In der Folge stehen im Falle einer Erstdiagnose eines Malignoms umfangreiche diagnostische und therapeutische Maßnahmen an. Bei einem bereits bekannten Malignom spricht eine pathologische Fraktur für ein nicht adäquates Ansprechen der Therapie

oder eine fortgeschrittene, möglicherweise "austherapierte" Erkrankung. Somit muss diese Patientengruppe im Aufwand des therapeutischen Geschehens und des Therapiemanagements deutlich unterschieden werden von nicht malignombedingten pathologischen Frakturen. In der Regel findet deshalb die Therapie malignombedingter pathologischer Frakturen bei Neubildungen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes statt. Aus diesem Grund sollte aus medizinischer und aus Sicht der Kostenhomogenität die DxG 644 (Pathologische Fraktur bei Neubildungen) aus der Hierarchie 23 in die Hierarchie 2 verschoben werden und in eine passende HMG eingegliedert werden.

#### **zu IV Hierarchie 03 Diabetes mellitus**

In dieser Hierarchie sind im Festlegungsentwurf keine Anpassungen vorgesehen. Wir schlagen allerdings bei einigen DxG eine Veränderung der Aufgreifkriterien vor.

Wir halten für die ICD E10.01 " Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet" als auch für die ICD E10.11 " Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet" (jeweils eingeordnet in die DxG 0094 Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1, HMG 0018 Kinder mit Diabetes Mellitus Typ 1 unter 12 Jahren) das Validierungskriterium "stationär erforderlich" für medizinisch geboten, da sich diese Diagnosen ohne eine Krankenhausbehandlung medizinisch nicht vertreten lassen. Wir schlagen hier ein äquivalentes Vorgehen vor, wie es bereits bei den DxGs 104 " Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Ketoazidose oder Koma" und 105 " Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischer Ketoazidose oder Koma" in den Vorjahren umgesetzt wurde.

Bei den danach noch verbleibenden ICD der DxG 0094 Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 (zugehörig zur HMG 0018 Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 unter 12 Jahren) bitten wir aus therapeutischen Gründen um die Prüfung einer Arzneimittelvalidierung analog zur DxG 0096, da ein Diabetes Typ 1 auch im Kindesalter in der Regel mit Insulinen behandelt wird.

#### **zu IV.10 Hierarchie 04 Metabolische Erkrankungen**

Die vorgesehenen Anpassungen entsprechen den Vorstellungen zur weiteren Konsolidierung der Hierarchie und werden unterstützt.

#### **zu IV.11 Hierarchie 05 Erkrankungen der Leber**

Die Veränderungen in der Hierarchie sind nachvollziehbar und werden von uns unterstützt.

#### **zu IV.120 Hierarchie 06 Gastrointestinale Erkrankungen**

Die starke Konsolidierung der Hierarchie wird von uns unterstützt.

#### **zu IV.13 Hierarchie 07 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems**

Die Konsolidierung der Hierarchie wird von uns ausdrücklich unterstützt.

#### **zu IV.14 Hierarchie 08 Hämatologische Erkrankungen**

Die vorgesehene Hierarchiekonsolidierung ist sachgerecht und wird von uns unterstützt.

Ergänzend könnte eine Anpassung der HMG 0195 analysiert werden. Da in der DxG 232 / HMG 0195 Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen Diagnosen zusammengefasst sind, die deutlich unterschiedliche Schweregrade bzw. Behandlungsbedarfe mit sich bringen, könnte untersucht werden, ob eine Aufspaltung dieser HMG zu einer weiteren Modellverbesserung führt. Die Diagnosen D65.x könnten dabei in eine eigenständige DxG ausgegliedert und damit von der D68.x und D69.x getrennt werden.

Zudem halten wir eine Aufsplittung der HMG 0637 Sonstige andere und n.n.bez. Erkrankungen des Blutes für sinnvoll. Hier wäre u.E. eine Aufsplittung der DXG und entsprechend der HMG über eine Trennung der ICD D75.9 und der 76.4 von den ICDs D89.0, 89.1, 89.2 erforderlich und anschließend eine Einordnung in dem vorhandenen Hierarchiestrang.

Auch in der ICD Klassifikation werden diese Erkrankungen unterschieden, die ICD D70-D77 bezeichnen sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe und die ICD D80-D90 Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems. Die Behandlungskosten dieser Gruppen unterscheiden sich ebenfalls.

Bei den für die Arzneimittelvalidierung der idiopathischen thrombozytopenischen Purpura vorgeschlagenen ATC-Kodes fällt auf, dass das zur Validierung vorgeschlagene Spektrum auf ATC-Fünfsteller-Ebene sehr breit gewählt ist. Dies wird seitens des BAS damit begründet, dass neben den beiden bisher vorgeschlagenen ATC-Kodes eine Reihe weiterer Medikamente zur Behandlung herangezogen werden kann. Das nun in Tabelle 14.4 des Entwurfs der Erläuterung genannte Spektrum der ATC-Fünfsteller ist jedoch zu weit gefasst, da neben Arzneimitteln mit Zulassung für ITP auch Arzneimittel für völlig andere, schwerwiegende Erkrankungen enthalten sind. Beispielhaft genannt seien hier B02BX Andere systemische Hämostatika. In diesem 5-Steller-ATC ist neben den für die ITP zugelassenen Produkten auch der ATC-7-Steller

B02BX06 enthalten, zu dem das Arzneimittel Hemlibra®/Emicizumab gehört, das ausschließlich für die Behandlung der Hämophilie zugelassen ist. Ein weiteres Beispiel ist L04AX. Dieser 5-Steller enthält außer dem ATC-7-Steller L04AX01 Azathioprin, das u.a. auch für ITP zugelassen ist, ausschließlich ATC-7-Steller die nicht für ITP zugelassen sind. Darunter Arzneimittel für schwerwiegende andere Erkrankungen wie L04AX Cystische Fibrose (Mukoviszidose), L04AX04, -06 für Multiples Myelom, L 04 A X08 ATMP zur Behandlung von Fisteln bei Morbus Crohn, L04AX Stromazellen bei Graft-versus-Host-Erkrankung. Dies zeigt, dass die zur Validierung genannten ATC auf 7-Steller-Ebene geprüft werden müssen und die nicht zur Behandlung der ITP zugelassenen Präparate auszuschließen sind.

#### **zu IV. Hierarchie 09 Kognitive Erkrankungen**

In dieser Hierarchie ist in HMG 0012 Degenerative Hirnerkrankungen, Delire, Enzephalopathie, organisch bedingte psychische Störungen die DxG 0287 Delir bei Demenz enthalten. Delir ist eine lebensbedrohliche Erkrankung und hat unbehandelt eine Letalität von bis zu 25% der Fälle. Die Behandlung erfordert engmaschige Überwachung der Vitalparameter, Bilanzierung, in schweren Fällen auch freiheitsentziehende Maßnahmen (Isolierung / Abschirmung), daher sollte für diese DxG das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ eingeführt werden. Zudem sollten die ICD-Kodes F05.0 Delir ohne Demenz, F05.8 Sonstige Formen des Delirs sowie F05.9 Delir, nicht näher bezeichnet in die DxG 0287 verschoben, die DxG entsprechend umbenannt und ebenfalls mit dem Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" versehen werden.

#### **zu IV. Hierarchie 10 Drogen-/Alkoholmissbrauch**

In dieser Hierarchie sind gem. Anhörungsunterlagen keine Veränderungen vorgesehen. Wir halten allerdings zumindest eine Anpassung in der HMG 0051 Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose für sinnvoll. In der HMG 00051 sollte geprüft werden, ob für die ICD F10.4 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir) aufgrund der stets medizinisch gebotenen stationären Überwachung deliranter alkoholisierter Patienten eine neue DxG gebildet und dafür das Aufgreifkriterium "stat. erforderlich" vergeben werden sollte. Zudem sollte dieses Aufgreifkriterium aus diesen medizinischen Erwägungen auch für die mit einem Entzugssyndrom mit Delir assoziierten ICDs F11.4, F12.4, F13.4, F14.4, F15.4, F16.4, F17.4, F18.4 und F19.4 (den DxG255, DxG256, DxG1289 zugeordnet) geprüft werden.

Insgesamt zeigt sich ein enger medizinischer Zusammenhang zwischen den der Hierarchie 10 und den der Hierarchie 11 zugeordneten ICDs. Dies wurde in der Vergangenheit auch schon

von BKK-Dachverband und Barmer thematisiert und diverse hierarchieübergreifende Dominanzen vorgeschlagen, was wir grundsätzlich für ein geeignetes Vorgehen halten. Aufgrund der hier gegebenen vielfältigen Verflechtungen halten wir aber auch eine Prüfung für sinnvoll, ob die Hierarchie 10 gänzlich den psychischen Erkrankungen, somit der Hierarchie 11 "Psychische Erkrankungen", zugeordnet werden sollte. Die in Hierarchie 10 abgehandelten Krankheitsbilder werden laut ICD-Katalog gänzlich den sogenannten F-Diagnosen zugeordnet und werden ambulant als auch stationär von Ärzten mit großer Erfahrung in der Behandlung von psychischen Erkrankungen, insbesondere suchterkrankten Patienten, betreut. Im stationären Bereich sind diese Einrichtungen in der Regel den psychiatrischen Krankenhäusern zugeordnet.

Zudem bestehen in der Regel zahlreiche medizinische Überschneidungen der in Hierarchie 10 gelisteten Krankheitsbilder mit psychischen und psychiatrischen Krankheitsbildern, die oftmals hinter einer Suchterkrankung stehen. Diese werden in der Hierarchie 11 "Psychische Erkrankungen" abgehandelt. Wir halten deshalb die Prüfung einer Eingliederung der Diagnosen der Hierarchie 10 in die Hierarchie 11 aus medizinischer Perspektive für geboten.

#### **zu IV.15 Hierarchie 11 Psychische Erkrankungen**

Die grundlegende Konsolidierung der Hierarchie wird von uns ausdrücklich unterstützt. Mit der Konsolidierung wurden nun einige vor Einführung des Vollmodells bestehenden Dominanzbeziehungen wiederhergestellt, was zu einer klareren Dominanzstruktur beiträgt und ungerechtfertigte Doppelzuweisungen vermeidet. Die Beseitigung ungewollter Effekte des letztjährigen Vollmodells wird auch mit Blick auf die Modellkennzahlen bestätigt, denn trotz der Verringerung der über die Hierarchie 11 ausgelösten Zuschläge um mehr als 2,4 Millionen Fälle wird eine Verbesserung der Kennzahlen erreicht. Dies kann u.E. als klarer Hinweis dafür gesehen werden, in den folgenden Anpassungszyklen diesen Weg weiter zu verfolgen und auch andere Hierarchien weiter zu konsolidieren.

#### **zu IV.16 Hierarchie 13 Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule**

Auch die in dieser Hierarchie vorgenommene Konsolidierung wird von uns ausdrücklich unterstützt. Auch hier wird eindrucksvoll deutlich, dass eine strikte Hierarchisierung trotz der damit verbundenen Verringerung der Anzahl der ausgelösten Zuschläge das Modell nicht verschlechtert.

Zudem regen wir eine ATC-Validierung der DxG 1332 Infektionen der Wirbelsäule (eingeordnet in die HMG 0322 Näher bezeichnete Instabilität oder Deformation der Wirbelsäule / Entzündliche Spondylopathien) an. Die Validierung sollte über die entsprechenden ATC-Siebensteller

der zu den ATC-Codes J01CA Penicilline mit erweitertem Wirkungsspektrum, J01CE Beta-Lactamase-sensitive Penicilline, J01CF Beta-Lactamase-resistente Penicilline, J01DB Cephalosporine der 1. Generation, J01DD Cephalosporine der 3. Generation, J01DE Cephalosporine der 4. Generation, J01DH Carbapeneme, J01FF Lincosamide, J01MA Fluorchinolone, J01XA Glycopeptid-Antibiotika, J01XX Andere Antibiotika, J04AB Antibiotika sowie J04AM Kombinationen von Mitteln zur Behandlung der Tuberkulose gehörenden Präparate erfolgen.

#### **zu IV.17 Hierarchie 14 Neurologische Erkrankungen**

Die Anpassungen der Hierarchie halten wir für sachgerecht.

#### **zu IV.18 Hierarchie 16 Herzerkrankungen**

Die vorgesehenen Anpassungen halten wir für sinnvoll.

Die Anpassung der Aufgreifkriterien für die DxG 0350 Herzstillstand mit dem Kriterium stationär erforderlich halten wir für medizinisch begründet und unterstützen dies. Auf Seite 286 sollte im ersten Absatz aus diesem Grund noch das Wort "Arzneimittel" gestrichen werden und inhaltlich "DxG 0305" durch "DxG 0350" ersetzt werden. Ebenfalls auf S. 285 im obersten Absatz sollte formal "DxG 0305" durch "DxG 0350" korrigiert werden.

Unter medizinischen Gesichtspunkten sehr zu begrüßen ist auch die in der Hierarchie 16 vorgenommene Wiedereinführung einer Dominanz HMG 0090 Näher bezeichnete Arrhythmien (Alter 55 bis 79 Jahre) auf die am unteren Ende des Strangs KHK / Herzinsuffizienz stehende HMG 0091 Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen.

Zusätzlich schlagen wir bzgl. der HMG 0445 Andere Reizleitungsstörungen / Arrhythmien / Kardiomegalie / n.n.bez. Herzerkrankungen / Sonstige und n.n.bez. rheumatische Herzerkrankungen / Sonstige angeborene Herzfehler (Alter > 17 Jahre) vor, die ICD I52.0 Sonstige Herzkrankheiten bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten und die ICD I52.1 Sonstige Herzkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten (zugeordnet der DxG 1312 N.n.bez. Herzerkrankungen) herauszulösen und in Hierarchie 1 zu überführen. Dies ist aus medizinischer und klassifikatorischer Sicht sinnvoll. Zudem handelt es sich um Sterndiagnosen der beiden Kreuzdiagnosen ICDs A39.5 und B 65.- aus der Hierarchie 1 (Infektionen), sodass diese ohnehin nur zusammen kodiert werden dürfen.

In der HMG 0090 bzw. 0092 Näher bezeichnete Arrhythmien sollte für die DxGs 0391, 0348, 0349 Vorhoffarrhythmie eine Arzneimittelvalidierung eingeführt werden, da bei den zugeordne-



ten ICDs grundsätzlich die Indikation zu einer Antikoagulation (auch nach erfolgter Elektrokardioversion) durch z.B. Substanzen wie Dagibatran, Rivaroxaban, Apixaban ("neue" Antikoagulantien) oder Marcumar besteht.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass zahlreiche HMGs der angeborenen Herzfehler (HMG 0085, 0087, 0231, 0300, 0301, 0445, 0494, 0495, 1006) in diese Hierarchie eingeordnet sind, aber gleichzeitig ein enger medizinischer Zusammenhang mit den HMG der Hierarchie 18 besteht. Zudem treten Herzfehler häufig mit weiteren Gefäßanomalien gemeinsam auf und könnten auch aus diesem Grunde gemeinsam in einer Hierarchie abgebildet werden. Daher könnte aus unserer Sicht perspektivisch überprüft werden, ob eine Zusammenfassung in einer einheitlichen Hierarchie erfolgen könnte, um Herz-Kreislaufkrankungen in einer Hierarchie zu bündeln und diese Hierarchie dann grundlegend neu zu konsolidieren. Eine Analogie zu einer gemeinsamen Hierarchisierung findet sich auch im ICD-Katalog, wo im Kapitel IX Buchstabe I Krankheiten des Kreislaufsystems abgebildet sind.

#### **zu IV.19 Hierarchie 17 Zerebrovaskuläre Erkrankungen**

Die Anpassungen im Bereich der Aufgreifkriterien (DxG 0672 und 0673) halten wir für sachgerecht. Ebenfalls begrüßen wir die weiteren Hierarchieanpassungen vollumfänglich.

Ergänzend sehen wir weitere Anpassungen als sinnvoll an. Die HMG 0095 zerebrale Blutungen aus der Hierarchie 17 weist mögliche Überschneidungen mit der HMG 0161 Traumatisch bedingte intrakranielle Blutungen (Hierarchie 23) aus: Bei den in diesen HMGs enthaltenen ICDs ist nicht ausgeschlossen, dass hier die identische Grunderkrankung (intrakranielle Blutung) kodiert wird. Aus diesem Grunde sollten diese beiden HMGs aus medizinischen Erwägungen hierarchisiert werden.

Eine weitere Änderung regen wir in der HMG 0103 Aneurysma, Dissektion, Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (Alter > 17 Jahre) / Transiente zerebrale Ischämien, Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik/ Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen an. Diese HMG enthält die DxG 0289 Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik. Das Arteria-vertebralis-Syndrom bezeichnet einen zentralnervösen Symptomkomplex in Folge von einer Durchblutungsstörung der Arteria vertebralis. Klinisch entsprechen dabei die in dieser DxG aufgeführten ICDs vertebro-basilären transitorisch ischämischen Attacken. Dabei erfordert die Diagnostik dieser Syndrome aufgrund der unspezifischen Symptomatik eine eingehende anamnestische Erhebung, körperlicher Untersuchung und weitere auch bildgebende Diagnostik zur Ursachenabklärung (MRT-

Darstellung des Neurocraniums sowie Abklärung der Hämodynamik mittels Duplexsonographie oder Angiographie). Differentialdiagnostisch muss insbesondere bei erstmaligem Auftreten der Symptomatik immer auch ein akuter Gefäßverschluss, eine Stenose oder Dissektion in diesem Bereich ausgeschlossen werden. Daher erfordert diese Symptomkonstellation somit eine stat. Abklärung wie bei einem Schlaganfall. Wir halten deshalb das Validierungskriterium "stat. erforderlich" für die DxG 0289 für sinnvoll.

#### **zu IV.20 Hierarchie 18 Gefäß- und Kreislauferkrankungen**

Die Konsolidierung der Hierarchie halten wir für sinnvoll. Auch die Bildung einer neuen HMG 0728 als gemeinsames Strangende halten wir für angebracht.

Die HMG 0106 Sonstige Atherosklerose / n.n.bez. Erkrankungen von Arterien und Abszess der Milz enthält mit der DxG 0290 Abszess der Milz ein Krankheitsbild, das sich deutlich von den Krankheitsbildern in der DxG 0428 und 0820 unterscheidet. Ein Milzabszess ist unbehandelt (Antibiose / chirurgische Intervention) ein Ereignis mit hoher Letalität. Kosten und medizinische Bedeutung differieren stark von den anderen DxGs in der HMG, daher scheint die Bildung einer eigenständigen HMG hier sinnvoll.

Bezüglich der Einordnung der neuen ICD-Kodes I77.80 Penetrierendes Aortenulkus (PAU) und I77.88 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen schlagen wir vor, diese nicht in die HMG 358 Rupturiertes Aortenaneurysma einzugliedern, sondern in eine eigenständige HMG innerhalb des Hierarchiestrangs einzusortieren. Eine Ruptur eines penetrierenden Aortenulkus [PAU] kann zwar durchaus eine mögliche medizinische Komplikation des PAUs sein, dies stellt aber nicht den Regelfall dar.

Wie bereits in den Ausführungen zu Hierarchie 16 dargelegt regen wir eine Überprüfung an, ob wegen der vielfältigen inhaltlichen Verflechtungen der Hierarchie 16 mit der Hierarchie 18 eine Zusammenführung und grundlegende Konsolidierung dieser Hierarchien sinnvoll erscheint.

#### **zu IV.21 Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge**

Die Anpassungen der Hierarchie sind nachvollziehbar.

## **zu IV.22 Hierarchie 20 Erkrankungen des Urogenitalsystems**

Wir unterstützen die Konsolidierung der Hierarchie durch den Wegfall des vierten Stranges und der Zusammenlegung der Strangenden.

## **zu IV.23 Hierarchie 22 Erkrankungen der Haut**

Die vorgenommene Konsolidierung der Hierarchie halten wir für grundsätzlich sinnvoll. Ergänzend zu den bereits vorgesehenen Änderungen halten wir allerdings weitere Anpassungen für erforderlich.

In der vorliegenden Entwurfsfassung befinden sich die HMG 0149 Hautulkus ohne Dekubitalulzera und die HMGs für Dekubitalgeschwüre (HMG 0150, 0154, 0156) weiterhin in zwei separaten Strängen. Aufgrund dieser Konstellation könnte ein Hautdefekt über unspezifische Diagnosen durch z.B. einen Hausarzt (z.B. L98.4 Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert, DxG 0614) kodiert werden und zudem eine spezifische Kodierung über eine Dekubitus-ICD vom einem Facharzt erhalten und so einen weiteren Strang in der Hauthierarchie adressieren. Die klinische und ätiologische Unterscheidung von Hautdefekten und die sich darauf gründende differenzierte Kodierung, lässt im klinischen Alltag Interpretationsspielräume bei der Bewertung eines Hautdefektes zu. Um dieses zu vermeiden halten wir die vom BAS in der Festlegung 2021 aus Gründen der Manipulationsresistenz angekündigte Prüfung einer Konsolidierung der Stränge in einem der nächsten Anpassungszyklen für erforderlich. Hierbei sollten Hautulzera und Dekubitalgeschwüre aus den oben erwähnten Gründen möglichst in einem Hierarchiestrang hierarchisiert werden. Die hohen Odds-Ratio-Werte für diese Morbiditätskombinationen unterstreichen die Notwendigkeit einer Hierarchisierung.

Wie bereits in den vergangenen Jahren thematisiert halten wir die Arzneimittelvalidierung für überarbeitungsbedürftig und sehen die Notwendigkeit, grundsätzlich statt auf ATC-Fünfsteller-Ebene auf ATC-Siebensteller-Ebene zu validieren. Im Anhörungsverfahren zur Festlegung für das Jahr 2021 wurde die Überarbeitung der Arzneimittelvalidierung mit Verweis auf die Entwicklung des Vollmodells auf die Folgejahre verschoben. Wir bitten daher nochmals, diesen Themenblock aufzugreifen. Am Beispiel der Psoriasis wird deutlich, dass eine Validierung auf Fünfsteller-Ebene unzureichend ist. Bei der Psoriasis vulgaris (ICD L40.0, DxG 0836 / HMG 0219) ist ein Großteil der derzeit für die Validierung verwendeten ATC 7-Steller nicht für die beschriebenen Krankheitsbilder zugelassen und indiziert (z.B. L04AA04 - Antithymozytäres Immunglobulin, L04AA25 -Eculizumab, L04AA18 - Everolimus, L04AA27 - Fingolimod). Lediglich Tofacitinib (L04AA29) aus der Gruppe der selektiven Immunsuppressiva (L04AA) besitzt die Zulassung für die aktivierte Psoriasis-Arthritis. Wir schlagen deshalb eine feingliedrigere ATC-

Validierung auf 7-Steller Ebene für diese DxG vor und bitten perspektivisch um eine entsprechende grundlegende Überarbeitung der Arzneimittelvalidierung.

Hinsichtlich der ICD-Zuordnung in die HMGs der Hierarchie 22 regen wir folgende Verschiebungen an: Die ICD T27.x Verbrennung oder Verätzung der Atemwege sind derzeit in die DxG 1262 Verbrennungen moderaten Schweregrads und damit in die HMG 0266 Urtikaria und Erythem / Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel / Hauteruptionen durch Drogen oder Arzneimittel / Verbrennungen moderaten Schweregrads eingeordnet. Wir bitten um Prüfung, ob eine Verschiebung dieser DxG z.B. in die Hierarchie 29 Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen bzw. Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge erfolgen sollte, da diese ausschließlich nicht dermatologische Krankheitsbilder aus dem Bereich des Kehlkopfes und der Atemwege enthält. Ein entsprechendes Vorgehen scheint bei den ICDs T28.x Verbrennung oder Verätzung sonstiger innerer Organe (DxG1262 Verbrennungen moderaten Schweregrads, HMG 266 Urtikaria und Erythem / Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel / Hauteruptionen durch Drogen oder Arzneimittel / Verbrennungen moderaten Schweregrads sinnvoll. Die ICD Q83.x Angeborene Fehlbildungen der Mamma aus den DxG 1039 und 0691 / HMG 0359 und 0535 sollte in die Hierarchie 31 Gynäkologische und andrologische Erkrankungen verschoben werden, da es sich nicht um hautbezogene ICDs handelt.

#### **zu IV.24 Hierarchie 23 Verletzungen**

Die grundlegende Konsolidierung der Hierarchie halten wir für sinnvoll, eine hohe Zahl an ungerechtfertigten Doppelzuweisungen wird dadurch vermieden.

Auch die aus Zeitgründen noch offenen Anregungen des BKK-Dachverbands zur Einführung des Aufgreifkriteriums "stationär erforderlich" werden von uns unterstützt. Ergänzend dazu schlagen wir das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" auch für die DxG 0655 Traumatische Amputation (ohne Finger und Zehen) sowie die DxG 0662 Traumatische Amputation von Fingern oder Zehen vor.

#### **zu IV.25 Hierarchie 26 Erkrankungen des Auges**

Die vorgesehenen Anpassungen halten wir für sachgerecht.

#### **zu IV.26 Hierarchie 27 Erkrankungen der Neugeborenen**

Wir unterstützen die Überarbeitung dieser Hierarchie. Die Aufsplittung der ehemaligen HMG 0168 (schwere Risikogeburt, jetzt HMGs 0850/47/48/45) und der HMG 0843 (Risikogeburt, näher bezeichnet) ist zu begrüßen, ebenso wie die Aufsplittung nach dem Geburtsgewicht.

Auch die Integration des erworbenen Hydrozephalus bei Neugeborenen halten wir für sinnvoll. Ergänzend zu den vorgesehenen Änderungen könnte eine Aufspaltung der HMG 0841 Schwere angeborene Fehlbildungen im Magen-Darm-Trakt, andere angeborene Anomalien der Lunge (<6 Jahre) erwogen werden, da diese HMG medizinisch sehr inhomogen ist. Diese HMG wurde im Klassifikationsmodell 2021 neu zusammengefasst, der Zuschlagsunterschied betrug ca. 500 Euro. Da diese Gruppe nun gem. Analysen des GKV-SV unterdeckt ist stellt sich die Frage, ob eine Splittung in die Ursprungs-HMGs geprüft werden sollte.

Für die DxG 459 Neugeborenenikterus (HMG 405 Sonstige und nicht näher bez. Probleme der Perinatalperiode) ist als Aufgreifkriterium M2Q vorgesehen. Dieses ist aus unserer Sicht nicht sinnvoll, da sich der Neugeborenenikterus ausschließlich auf die ersten beiden Lebenswochen bezieht. Daher wäre u.E. das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" angebracht.

#### **zu IV Hierarchie 28 Chronischer Schmerz**

Bei einer Analyse von Komorbiditäten zeigt sich, dass die HMGs der Hierarchie 28 vielfältige Verbindungen mit HMGs aus anderen Hierarchien aufweisen. Um diese Verbindungen adäquat abzubilden und ungerechtfertigte Doppelzuweisungen und teilweise sehr hohe Überdeckungen zu vermeiden wäre dementsprechend eine Vielzahl hierarchieübergreifender Dominanzbeziehungen einzuführen oder ein anderer Weg zu finden, diese Komorbiditäten adäquat abzubilden.

Den HMGs der Hierarchie 28 sind ICD-Kodes zugeordnet, die mit chronischen Schmerzen verbunden sind. Auf Seite 17 der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf des Jahres 2021 wird allerdings ausgeführt, dass im Klassifikationssystem ICD-Kodes ausgeschlossen werden, die "Symptome, Zustände oder eine Medikamenteneinnahme kodieren". Entsprechend könnte bei den Diagnosen R52.1 ("Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz") und R52.2 ("Sonstiger chronischer Schmerz") geschlossen werden, dass es sich insbesondere um derartige Symptome handelt, denn in der Regel bildet die zum chronischen Schmerz führende Diagnose das Krankheitsbild in allen seinen medizinischen Aspekten (auch der ggf. dem Krankheitsbild zugehörigen Schmerzsituation) bereits vollumfänglich ab. Dazu gehört auch eine ggf. bestehende Schmerzsituation und die erforderliche schmerzmodulierende Begleittherapie. In der Konsequenz sollten diese Symptome von einer eigenständigen Klassifikation ausgeschlossen werden. So weisen auch nur weniger als 1% der in eine der HMGs aus der Hierarchie Chronischer Schmerz eingruppierten Versicherten keine weitere Komorbidität auf. Daher könnte der Ausschluss der Diagnosen R52.1 und R52.2 geprüft werden.

#### **zu IV.29 Hierarchie 29 Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen**

Die vorgesehenen Anpassungen und die Konsolidierung der Hierarchie halten wir für sinnvoll.

#### **zu IV.28 Hierarchie 30 Ernährungsbezogene Erkrankungen**

Die medizinische Überarbeitung sowie die Verschlankung der Hierarchie halten wir für angemessen.

#### **zu IV.29 Hierarchie 31 Gynäkologische und andrologische Erkrankungen**

Die Anpassungen der Hierarchie halten wir für sachgerecht.

### **zu V. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens**

#### **zu V.30 Regionale Risikogruppen**

Die Umsetzung der Regionalkomponente im Festlegungsentwurf orientiert sich weiterhin am Vorgehen, das der Wissenschaftliche Beirat in seinem Regionalgutachten aus 2018 vorgeschlagen hat. Die vom BAS vorgenommene Aktualisierung der Datengrundlagen unter Beibehaltung des grundsätzlichen Verfahrens halten wir für sinnvoll und angemessen.

#### **zu V.33 Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben**

Die vorgesehene Festlegung ist sachgerecht.

### **Zu VI Gesamtbewertung der Modellausgestaltung**

Die Gegenüberstellung der Modellkennzahlen für das Ausgleichsjahr 2022 halten wir für aussagekräftig und übersichtlich dargestellt. Ergänzend könnte mit den Werten aus dem Festlegungsentwurf auch die Entwicklung der Deckungsquoten dargestellt werden (analog zu den in Kapitel 5.2.1 gezeigten Abbildungen und Tabellen, in denen im Übrigen auch die Fehldeckung in Euro je Versicherten ausgewiesen werden sollte, denn bislang wird nur die Veränderung der Fehldeckung gezeigt, deren Höhe ohne Kenntnis des Ausgangswerts in Euro schlecht einzuordnen ist). Dies würde die mit den Anpassungen im Modell 2022 erreichbaren Wirkungen noch deutlicher herausstellen.