

Mit Schreiben vom 02.07.2021 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) um Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2022 gebeten. Zu den vom Bundesamt für Soziale Sicherung beabsichtigten Anpassungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung.

I Vorbemerkungen

Der zielgenaue Morbi-RSA ist die wichtigste Bedingung im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, damit diese sich um die Gesundheitsversorgung aller Versicherten kümmern. Daher muss der Ausgleichsmechanismus Anreize zur Risikoselektion vollständig ausschließen. Ohne einen zielgenauen Risikostrukturausgleich haben Krankenkassen keine wirtschaftlichen Anreize, Versorgungsangebote für alle Versicherte vorzuhalten und zu verbessern. Wettbewerbsvorteile durch Risikoselektion und der Verzicht auf Investitionen in eine bedarfsgerechte Versorgung aller Versicherten sind gesundheits- und sozialpolitisch kontraproduktiv und führen zu einem unwirtschaftlichen, nicht diskriminierungsfreien Gesundheitswesen. Dies kann und muss durch einen zielgenauen Risikostrukturausgleich dauerhaft verhindert werden.

Es ist wissenschaftlich breit belegt, dass geringes Einkommen, soziale Schutzbedürftigkeit oder Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen mit einem schlechteren Gesundheitszustand und höherem Versorgungsbedarf einhergehen. Zu den vulnerablen Gruppen zählen daher weit überwiegend Menschen mit geringem Einkommen oder einer geringen Rente, Bezieher*innen von Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt oder ALG II, chronisch Kranke, Pflegebedürftige sowie in besonderem Maße Menschen, bei denen mehrere dieser Faktoren zusammenkommen. Bei diesen Versicherten zeigt sich allerdings systematisch, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen nicht decken. Die betroffenen Versicherten sind zudem leicht zu identifizieren. Damit bestehen erhebliche Risikoselektionsanreize besonders zulasten sozialpolitisch schutzbedürftiger und vulnerabler Menschen und Personengruppen. Im Wettbewerb entsteht dadurch zusätzlich ein Problem, weil diese Versichertengruppen ungleich zwischen den Krankenkassen verteilt sind und somit unfaire Ausgangsbedingungen für die Krankenkassen bestehen.

Der Morbi-RSA muss daher in der Perspektive so weiterentwickelt werden, dass durch die Aufnahme geeigneter Parameter auf Versichertenebene ein wirksamer Schutzschirm für vulnerable Versichertengruppen in der GKV gespannt wird. Es sind Parameter auszuwählen, durch welche die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA erhöht wird, die nicht durch Krankenkassen beeinflusst werden können und damit die Manipulationsresistenz gewährleisten. Naheliegende geeignete Parameter für die Bestimmung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen sind in dieser Hinsicht diverse sozioökonomische Merkmale sowie die Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit.

Die seit 2021 vollzogene Streichung der Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner als separates Risikomerkmale bewertet die AOK-Gemeinschaft vor diesem Hintergrund als Fehlentwicklung im Morbi-RSA. Wie vom Wissenschaftlichen Beirat aufgezeigt sind ohne Erwerbsminderungszuschläge die durchschnittlichen Ausgaben für diese Versichertengruppe durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds systematisch unterfinanziert. Die fehlende Berücksichtigung reduziert nicht nur die Erklärungskraft des Morbi-RSA, sondern setzt klare Anreize, diese besonders schutzbedürftigen Menschen durch Risikoselektion zu benachteiligen.

Die AOK-Gemeinschaft sieht zudem Korrekturbedarf am eingeführten Regionalausgleich. In der aktuellen Umsetzungsform ist die sogenannte Regionalkomponente nicht zielkonform, setzt negative Wirtschaftlichkeitsanreize insbesondere zu Lasten der ländlichen Regionen und zementiert auch nach Ausschluss angebotsseitiger Merkmale bestehende Strukturen der Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die AOK-Gemeinschaft plädiert für eine zielgerichtete Weiterentwicklung der Regionalkomponente, damit diese problematischen Effekte verhindert werden. Diese Weiterentwicklung muss im Einklang mit den erforderlichen Maßnahmen zum Schutz vulnerabler Versicherten vor Risikoselektion erfolgen.

Die AOK-Gemeinschaft lehnt zudem die sogenannte Manipulationsbremse grundsätzlich ab, da sie einen gravierenden Eingriff in die Funktionsfähigkeit des Morbi-RSA darstellt. Der Ausschluss der zuweisungsstärksten Morbiditätsgruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten führt zu einer massiven Reduzierung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA. Zuweisungen werden in erheblichem Umfang zu Lasten von versorgungsbedürftigen Versicherten und zu Gunsten von Krankenkassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität umverteilt. Die mit der Einführung des Vollmodells angestrebte Verbesserung der Zielgenauigkeit im RSA wird somit konterkariert und sogar überkompensiert. Durch diesen kollektiven Ansatz werden Manipulationsanreize in keiner Weise adressiert und können somit auch nicht wirksam reduziert werden.

Darüber hinaus ist schon jetzt klar, dass die COVID-19-Pandemie die Versorgungsrealitäten in den Jahren 2020 und 2021 massiv beeinflusst hat und noch beeinflussen wird. Denn neben einem pandemiebedingten Anstieg bestimmter Krankheitsbilder wurden und werden weniger dringende Behandlungen zu großer Zahl vermieden und auf Arztbesuche und Vorsorgeuntersuchungen verzichtet. Ausgerechnet die durch die COVID-19-Pandemie massiv beeinflussten Morbiditätsdaten sollen nun dazu verwendet werden, mechanisch und pauschal vermeintliches Fehlverhalten zu identifizieren. Es besteht die Gefahr, dass gerade solche Krankheiten statistisch auffällig werden und somit unter Manipulationsverdacht geraten, deren Behandlung aufgrund ihrer Dringlichkeit und Schwere eben nicht verschoben werden konnten. Aufgrund dieser erheblichen Verwerfungen ist es dringend erforderlich, zunächst die Wirkmechanismen und Nebeneffekte der sog. „Manipulationsbremse“ durch den Wissenschaftlichen Beirat zu überprüfen. Bis zum Vorliegen gesicherter Erkenntnisse ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft diese Neuregelung auszusetzen.

II Anpassungen des Klassifikationsmodells

II.1 Hierarchieübergreifende Hinweise

II.1.1 Allgemeine Hinweise zur Weiterentwicklung des Modells

Im Rahmen der Modellüberarbeitung werden deutliche Verbesserungen in der Übersichtlichkeit und Handhabbarkeit des Klassifikationsmodells erzielt. Trotz merklicher Verschlinkung des Klassifikationsmodells (105, d.h. über ein Fünftel der HMGs des AJ 2021 entfallen) gelingt eine bessere prospektive Risikoabbildung. Die im Rahmen der letztjährigen Einführung des Vollmodells neu hinzugekommenen Krankheiten waren in den Krankheitshierarchien zunächst häufig parallel zu den bisherigen 80 Auswahlkrankheiten und mit einer sehr hohen Detaillierungstiefe im Klassifikationsmodell berücksichtigt worden. Daraus resultierten viele Morbiditätsgruppen mit nur sehr geringen Besetzungszahlen und/oder niedrigen prospektiven Folgekosten. Daher ist eine Überarbeitung des Modells grundsätzlich angezeigt und zielführend. Die nun vorgesehene Konsolidierung der einzelnen Hierarchiestrukturen insbesondere durch Zusammenlegung von HMGs, stärkere Verflechtung der einzelnen HMG-Stränge und Abbildung niedrig bewerteter Morbiditätsgruppen in einem gemeinsamen unteren Strangende erscheint grundsätzlich geeignet, um eine Komplexitätsreduktion zu erreichen und Fehldeckungen durch Komorbiditäten zu reduzieren.

Allerdings geht dieser Umbau auch mit relevanten Nebenwirkungen einher. So wirkt die neue, deutlich schlankere Modellausgestaltung auf die Problematik der massiven Reduzierung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA für die von der sog. „Manipulationsbremse“ betroffenen Versicherten, auch wenn die Reduzierung der Gesamtzahl an HMGs auch zu weniger im Mechanismus berücksichtigten HMGs führt. Denn die prospektiven Leistungsausgaben, die vor Anwendung des Ausschlussverfahrens nach § 19 RSAV durch die ausgeschlossenen HMGs erklärt wurden, können nach deren Ausschluss nur durch die verbliebenen Risikofaktoren des Versichertenklassifikationsmodells (anteilig) kompensiert werden. Davon gibt es in Zukunft aber deutlich weniger, eine neue Gruppierung findet zudem nicht statt. Erschwerend kommt in diesem Zusammenhang hinzu, dass sich das BAS bei der Modellweiterentwicklung nur an den

Fehldeckungen vor Anwendung der Manipulationsbremse orientieren kann. Die zur Vorbereitung auf die Anhörung seitens des GKV-SV zur Verfügung gestellten Komorbiditätsanalysen zeigen in vielen Bereichen aber deutliche Unterschiede in der Ausgabendeckung in Abhängigkeit davon, ob die Manipulationsbremse zur Anwendung kommt oder nicht. Teilweise werden Überdeckungen durch den HMG-Ausschluss zu Unterdeckungen und umgekehrt.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es zudem problematisch, dass die Ausbildung neuer Dominanzstrukturen häufig rein ökonomisch, d.h. z.T. nur mit den Ergebnissen der Komorbiditätsanalyse und der Verbesserung der Modellkennzahlen begründet ist. Eine rein ökonomisch ausgestaltete Hierarchiestruktur stellt einen Bruch mit dem seit 2009 im Rahmen der Morbi-RSA-Weiterentwicklung angewandten Prinzip zur Ausgestaltung von Hierarchiebeziehungen dar:

„Zur Abbildung des individuellen Schweregrades verwandter MG erfolgt eine Hierarchisierung dieser Morbiditätsgruppen (Hierarchisierte Morbiditätsgruppen, HMG). Verwandte HMG werden in Hierarchien zusammengefasst, in denen die schweren Ausprägungen eines Krankheitsbildes die weniger schweren Ausprägungen dominieren. Erfüllt ein Versicherter zunächst die Kriterien für die Zuordnung zu zwei in einer hierarchischen Beziehung zueinanderstehenden HMG, wird er letztlich nur der in der Hierarchie höherstehenden HMG zugeordnet [...] Nicht miteinander verwandte HMG sollen jeweils eigenständig in die Ausgabenschätzung eingehen“

(s. BAS, Erläuterungen zur Festlegung Ausgleichsjahr 2009 Seite 9f.).

Da die dargestellten Prinzipien notwendige Voraussetzung für eine Berechnung valider Kostenschätzer im Regressionsverfahren sind, ist bei Einführung von Dominanzbeziehungen zwischen medizinisch nicht kausal zusammenhängenden Morbiditätsgruppen bzw. deren Vereinigung stets sorgfältig zu prüfen, inwieweit die neue Hierarchiestruktur zu einer signifikanten Verschlechterung der Zielgenauigkeit bzw. der Modellkennzahlen führt. Im vorliegenden Entwurf ist dies weitestgehend eingehalten, allerdings führen einige nicht medizinisch begründbare Hierarchisierungen auch zu Modellverschlechterungen, die dann ausschließlich mit der angestrebten Modellkonsolidierung begründet werden (vgl.: Hierarchie 6). Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist das Vorgehen in solchen Fällen nicht mehr gerechtfertigt.

In der konkreten Umsetzung führt das o.g. Vorgehen in einigen Hierarchien zu Inkonsistenzen im Vergleich zur bisherigen, medizinisch orientierten Modellausgestaltung und – zumindest aus medizinischer Sicht – an vielen Stellen zu problematischen Hierarchiestrukturen. Beispielsweise wird in Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ eine Hierarchiebeziehung zwischen den Arrhythmien und der Hypertonie/Hypertensiven Herzkrankheit eingeführt. Aufgrund der Komorbiditätsanalysen wird hierbei jedoch nur die HMG 90 „Näher bezeichneten Arrhythmien (Alter 55 bis 79 Jahre)“ in die Dominanzbeziehung zur HMG 91 „Hypertonie/Hypertensive Herzerkrankungen“ mit einbezogen. Alle anderen Arrhythmien im Altersbereich der HMG 92 „Näher bezeichnete Arrhythmien (Alter < 55 bzw. > 79 Jahre)“ bleiben aufgrund von Unterdeckungen aber außen vor. Medizinisch ist dies nicht mehr nachvollziehbar.

Darüber hinaus zieht eine auf Basis von HMG-bezogenen Fehldeckungen orientierte Modellausgestaltung langfristig einen deutlich erhöhten Aufwand für die Modellpflege nach sich. Denn neue Datengrundlagen bzw. Modellanpassungen im Rahmen der regelhaften Weiterentwicklungen in der betreffenden - aber auch in anderen Hierarchien - wirken sich über Komorbiditäten auf die altersbezogenen Über- und Unterdeckungen einer HMG aus. Konsequenterweise müssen rein nach ökonomischen Gesichtspunkten definierte Hierarchiestrukturen auch kontinuierlich überprüft werden. Dabei gilt es zu messen, ob und inwieweit die zu einem bestimmten Zeitpunkt und in einem bestimmten Modell aufgetretenen Fehldeckungen infolge von Komorbiditäten noch Bestand haben bzw. inwieweit neue Fehldeckungen entstanden sind. Aus den gleichen Gründen wäre auch eine regelmäßige Überprüfung der im Ausgleichsjahr 2020 festgelegten individuellen Altersgrenzen der HMG-Altersdifferenzierungen vorzusehen.

In der Gesamtschau ist der eingeschlagene Weg der Modellkonsolidierung in diesem Jahr grundsätzlich gerechtfertigt, insbesondere aufgrund der i.d.R. erzielten Verbesserungen in der

Modellgüte und vor dem Hintergrund der großen Anzahl an HMGs, die mit der ersten Umsetzung des Vollmodells in 2021 aufgenommen wurden. Wünschenswert wäre eine ergänzende Darstellung, in welchem Umfang sich durch die vorgeschlagenen Hierarchieänderungen die ko- und multimorbiditätsbedingten Über- und Unterdeckungen nach Alter und HMG-Anzahl weiter reduzieren.

Für die künftigen Weiterentwicklungsschritte ist es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft aber notwendig, der medizinischen Konsistenz des Klassifikationssystems wieder einen höheren Stellenwert beizumessen und weiterhin z.B. von medizinisch unbegründeten hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen abzusehen. Solche Schritte wären aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nicht zu rechtfertigen.

Zudem greift die alleinige Fokussierung der Modellweiterentwicklung auf die Verringerung von Risikoselektionsanreizen bei Komorbidität und multimorbiden Versichertengruppen perspektivisch zu kurz. Denn die Analysen des BAS zeigen, dass die mit Abstand höchsten Fehldeckungen im Morbi-RSA-Zuweisungsverfahren aus den Überdeckungen von Versicherten ohne HMG-Zuordnungen resultieren. Diese Versicherten sind auch nach Einführung des Vollmodells in nahezu allen Altersgruppen weiterhin systematisch überdeckt. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es für die zukünftige zielorientierte Verbesserung des Modells daher unbedingt erforderlich, Lösungsansätze für einen nachhaltigen Abbau auch dieser bedeutsamen Fehldeckungen zu entwickeln. Diese verstärken sich zudem zusätzlich durch die Anwendung der Manipulationsbremse. Analysen auf AOK-Daten zeigen, dass die richtige Integration von Merkmalen für sozialpolitisch schutzbedürftige Menschen und vulnerable Personengruppen hier einen substantiellen Beitrag leisten kann. Ohne eine entsprechende Weiterentwicklung des Modells in diesem Bereich wird man realistischerweise auch keine bedeutsame Verringerung der weiterhin bestehenden, systematisch zu niedrigen Ausgabendeckung in der Gruppe der Versicherten mit 1-4 HMGs erreichen.

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 2022 Weiterentwicklungen und Anpassungen in folgenden Punkten erforderlich:

II.1.2 Erweiterung des im Morbi-RSA berücksichtigten ICD-Spektrums

Mit der Einführung des krankheitsvollständigen Klassifikationsmodells sollten alle für eine differenzierte Abbildung von Krankheitsschweregraden geeignete ICD-Kodes berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang hat die AOK-Gemeinschaft eine systematische Überprüfung aller derzeit in den Ausschlusskategorien 501 und 502 enthaltenen rund 1200 ICD-Kodes durchgeführt. Darauf basierend wurden Vorschläge für die konkrete zusätzliche Berücksichtigung von rund 230 ICD-Kodes an unterschiedlichen Stellen des Klassifikationsmodells ausgearbeitet, die aus medizinischer und ökonomischer Sicht besonders geeignet sind, schwerwiegende Krankheitsverläufe und prospektive Risiken differenzierter abzubilden und somit eine nachhaltige Erhöhung der Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells zu erreichen. Durch die Integration dieser ICDs in das Morbi-RSA-Klassifikationsmodell konnte auf Basis von Simulationsrechnungen des AOK-BV eine Verbesserung des MAPE gegenüber der Entwurfsfassung um mehr als 4 Euro erreicht werden. Aufgrund der herausragenden Steigerung in der Modellgüte halten wir es für angezeigt, diese substantiellen Verbesserungen in der Modellqualität zeitnah nutzbar zu machen. Entsprechend bitten wir das BAS, unsere konkreten Vorschläge zur Schweregraddifferenzierung dieser ICD-Kodes bereits im Rahmen der Modellfestlegung zu prüfen und die ggf. erforderlichen Modellanpassungen vorzunehmen.

II.1.3 Anpassung der Krankheitsabgrenzung

Wir bitten erneut um Bereitstellung einer Krankheitsabgrenzung (Zuordnung der ICD-Codes zu Krankheiten) als Ergänzung zur Anlage 1 der Festlegung. Durch die letztjährige Einführung des Krankheitsvollmodells fällt die jährliche Krankheitsauswahl weg. Mit einer vollständigen Krankheitsabgrenzung inkl. der ICD-Zuordnungen zu den Ausschlusskategorien wäre es deutlich einfacher nachzuvollziehen, warum bzw. auf Basis welcher Kriterien ICD-Kodes zwischen den Krankheiten oder in die Ausschlusskategorien (Ausschluss: Symptom, Zustand, ...) verschoben werden [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].

II.1.4 Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“

Der an verschiedenen Stellen vorgeschlagene Ausschluss plausibler ambulanter Diagnosekodierungen bei Erkrankungen, die nach einer ggf. erforderlichen initialen stationären Ersttherapie längerdauernde, aufwendige ambulante Nachbehandlungen und Therapieerfordernisse nach sich ziehen (vgl. unsere Argumentation zu DXG 421 „Lungenembolie“ in Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“). Die langfristig entstehenden, erheblichen ambulanten Behandlungskosten beeinflussen hier die Folgekosten häufig weitaus stärker als die Kosten der stationären Ersttherapie und müssen daher im Klassifikationsmodell abgebildet werden. Daher sollte bei den DXGs 421, 672, 673 hier auf das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ verzichtet werden. Zudem ist bei dieser Erkrankung nicht zwingend von einer stationären Behandlung zur Abklärung und initialen stationären Therapie bzw. Krisenintervention auszugehen.

II.1.5 Abbildung der Erkrankung SARS-CoV-2

Im November 2020 wurden durch das BfArM neue ICD-Kodes im Zusammenhang mit COVID-19 publiziert. Entsprechend sind diese ICD-Kodes noch nicht im Klassifikationsmodell 2021 enthalten, konnten aber in 2020 schon dokumentiert werden. Berücksichtigt im Klassifikationsmodell 2021 sind bislang die ICD-Kodes U07.1 und U07.2. Neu hinzugekommen im November 2020 sind:

- U07.3 COVID-19 in der Eigenanamnese
- U07.4 Post-COVID-19-Zustand
- U07.5 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft würde eine ergänzende, rückwirkende Berücksichtigung der ICDs im Modell des Ausgleichsjahres 2021 zu einer verbesserten Abbildung von Folgekosten der COVID-19-Patienten führen. Die genannten ICD-Kodes sollten daher in der Infektionshierarchie des Modells 2021 ergänzend berücksichtigt werden.

Im neuen ICD-Katalog 2021 werden die drei folgenden ICDs hinzugefügt, um eine Infektion bzw. Erkrankung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 abzubilden: U08.9 „COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“, U09.9! „Post-COVID 19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ und U10.9 „Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19“. Diese werden der Krankheit 180 „Influenza ohne Pneumonie“ sowie der DxG 505 „Influenza ohne Pneumonie“ und der HMG 430 „Sonstige Infektionen“ in der Hierarchie 01 „Infektionen“ zugeordnet.

Die vorgeschlagene Zuordnung erachten wir als sachgerecht.

II.1.6 Umgang mit Rezepten, die mehrere Quartale gültig sind (Masernschutzgesetz vom 13.11.2019)

Die mit dem Masernschutzgesetz vom 13.11.2019 zum 1. März 2020 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. Konkret werden Mehrfachverordnungen möglich mit Einführung des E-Rezeptes ab Juli 2021. Wir bitten das BAS, mögliche Implikationen der bevorstehenden Umsetzung dieser Neuregelung auf die bestehenden Aufgreifkriterien des Morbi-RSA (insbesondere die M2Q-Prüfung bei entsprechenden chronischen Erkrankungen) zu beachten und ggf. notwendige Modellanpassungen zeitnah vorzunehmen [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].

II.1.7 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 [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].

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

DxGs	ATC-Ergänzung
1245 (Sonstige Osteoporose (Frauen))	G03CX (Andere Estrogene)
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)
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)

II.1.8 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 und 14.08.2020].

II.1.9 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 [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020]:

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.	687	Psychische Wochenbettstörungen
Geburt, Entbindung etc.	1033	Sonstige Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauterin gravidität
Geburt, Entbindung etc.	1034	Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauterin gravidität, n.n.bezeichnet
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

Bereich	DXG	Bezeichnung
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	Verletzung des Unterarms / Andere offene Wunden
Vergiftungen	338	Vergiftungen durch andere oder n.n.bez. nicht medizinisch verwendete Substanzen
HNO-Erkrankungen	157	Akut eitrige Mittelohrentzündung
HNO-Erkrankungen	517	Scharlach
HNO-Erkrankungen	212	Akute Infektion der Nasen-Rachen-Schleimhäute

II.1.10 HMG-Altersdifferenzierungen

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

In Anbetracht der deutlichen Modellanpassungen und der erheblichen Änderungen infolge der Morbi-RSA-Reform (Krankheitsvollmodell, Wegfall der EMGs, Einführung des Risikopools) wäre eine erneute Überprüfung der bereits im Ausgleichsjahr 2020 eingeführten HMG-Altersdifferenzierungen wünschenswert, da 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 und 20.08.2020].

II.1.11 Anpassung von ICD-spezifischen Altersgrenzen

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die vorgeschlagenen Anpassungen der ICD-Altersgrenzen.

II.2 **Anpassungen der Hierarchien**

II.2.1 Hierarchie 01 „Infektionen“

Aufhebung der externen Dominanzbeziehung von HMG 1 „HIV / AIDS mit Dauermedikation“ auf die Lungenhierarchie

Im Rahmen der Modellanpassung zur Ausgliederung der HMG 451 „Multiresistente Keime“ wird auch eine Verschiebung der externen Dominanzbeziehung zur Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ umgesetzt, diese setzt in Modell 03 nun an HMG 4 „Infektionen durch opportunistische Erreger“ an und führt von dort weiterhin auf die HMG 110 „Respiratorische Insuffizienzen, Lungenabszess, Pneumothorax, Pleuraerguss, Lungenstauung / hypostatische Pneumonie“ sowie weitere HMGs in Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“. Durch diese Verschiebung kommt es zu einer neuen Domianzbeziehung zwischen der HMG 1 „HIV / AIDS mit Dauermedikation“ auf die

entsprechenden HMGs der Lungenhierarchie. Diese neue Dominanzbeziehung ist weder ökonomisch noch medizinisch sachgerecht.

Durch die Entwicklungen in der Behandlung von HIV/AIDS erreicht die Lebenserwartung der Betroffenen mit Dauertherapie inzwischen annähernd die Lebenserwartung von nicht an HIV erkrankten Menschen, was auch mit einem mit der Normalbevölkerung vergleichbaren Risiko für nicht mit HIV/AIDS im Zusammenhang stehenden Krankheiten verbunden ist. Die früher häufig beobachteten Infektionen mit opportunistischen Erregern bei HIV/AIDS-Kranken spielen hingegen heute nur noch eine untergeordnete Rolle. Von mehr als 7.000 Versicherten mit opportunistischen Erregern haben nur 51 HIV/AIDS mit Dauertherapie. Auf der anderen Seite führen immer früher und intensiver durchgeführte immunsuppressive Behandlungen von multipler Sklerose, rheumatischen Erkrankungen und Tumorerkrankungen (intensiver Einsatz des gegen Lymphozyten gerichteten CD20-Antikörpers Rituximab) zu einer Erhöhung des Risikos für Infektionen mit opportunistischen Erregern bei diesen Erkrankungen. Diese einseitige Hierarchisierung von HIV/AIDS auf die HMG003 ohne die Komorbidität der o.g. anderen zahlenmäßig viel bedeutenderen mit Immunsuppression verbundenen Erkrankungen zu untersuchen führt zu einer einseitigen Benachteiligung der sowieso durch Stigmatisierung bedrohten Patienten mit HIV/AIDS.

Zum zweiten führt diese Hierarchisierung dazu, dass Erkrankungen der Lunge für Patienten mit HIV/AIDS überhaupt nicht mehr berücksichtigt werden, obgleich für diese bereits im Ausgleichsjahr 2021 eine relevante Unterdeckung (ca. 3 Mio. Euro) bestand, welche die durch die Hierarchisierung behobene Überdeckung deutlich übersteigt und durch die geplante Hierarchisierung nun noch verstärkt wird. Die schon bestehende Unterdeckung lässt sich medizinisch gut begründen mit dem durch die Immunsuppression erhöhten Risiko für erneute Infektionen.

Die zur Vorbereitung auf die Anhörung seitens des GKV-SV zur Verfügung gestellten Auswertungen zeigen diese Unterdeckung deutlich. Die entsprechend komorbiden Versicherten weisen im Modell des Ausgleichsjahres 2021 relevante Unterdeckungen (in Summe > 3 Mio. Euro) auf.

Abbildung 1: Komorbidität zw. HMG 1 „HIV/AIDS mit Dauermedikation“ und Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Komorbidität zw. HMG 1 "HIV/AIDS mit DM" und den im Entwurf AJ 2022 subdominanten HMGs der Lungenhierarchie				
HMG	GKV			
	Anz. Vers.	DB	DB-Gesamt	DQ
110	622	-2.213 €	-1.376.537 €	93%
113	853	-801 €	-683.620 €	96%
316	667	414 €	276.424 €	103%
114	2.055	-115 €	-237.284 €	99%
212	1.924	-542 €	-1.043.564 €	97%

Die im Entwurf vorgesehene Dominanzbeziehung wirkt verstärkend auf diese Unterdeckungen und wird daher abgelehnt. Stattdessen wird vorgeschlagen, die HMG 1 parallel im Strang zur HMG 3 zu positionieren. Den in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf in Tabelle 8.2 dargestellten Versicherten Zahlen ist zu entnehmen, dass dies lediglich bei 50 der 64.944 HIV/AIDS-Patienten mit Dauermedikation zu einer gleichzeitigen Auslösung des Zuschlags für eine HMG 3 „Infektionen durch opportunistische Erreger“ führen würde. In der Konsequenz dürften deutlich weniger Überdeckungen entstehen als neue Unterdeckungen zwischen HMG 1 „HIV-AIDS“ und den HMGs der Lungenhierarchie verhindert werden.

Keine Verschiebung der Echinococcus-Infektionen in die einzelnen Organsysteme

Humane Echinococcus-Infektionen sind parasitäre Erkrankungen und werden überwiegend durch Echinococcus granulosus und Echinococcus multilocularis verursacht. Die Infektionen betreffen meist die Leber, können aber auch primär die Lunge betreffen, bzw. sich auf der Leber benachbarte Organe und auf entfernte Organe (Lunge, Gehirn) ausbreiten (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis>), was dann u.a. durch die Codes B67.3 und B67.6 dokumentiert wird.

Die im Entwurf vorgeschlagene Verschiebung diverser ICD-Kodes der Echinococcus-Infektion in Hierarchien der Organsysteme erscheint daher nicht sachgerecht und kann zu Doppelauslösungen von HMGs führen. Um dies zu vermeiden wird vorgeschlagen, die ICD-Kodes der Echinococcus-Infektionen (B67.-) in der Hierarchie 1 zu belassen.

II.2.2 Hierarchie 02 „Neubildungen“

Arzneimittelzuschlag für innovative Onkologika

Die Personalisierte Medizin und Präzisionstherapie hat in der Onkologie neue Möglichkeiten eröffnet. Die innovativen Medikamente führen zu erheblichen Verlängerungen des Überlebens und werden im Gegensatz zu zytotoxischen Onkologika als Dauertherapie angewendet. Gleichzeitig sind diese Medikamente mit sehr hohen Jahrestherapiekosten verbunden, die deutlich über den Kosten konventioneller Chemotherapie, Strahlentherapie und Operation liegen. Die Anwendung der Medikamente der personalisierten Medizin und Präzisionsmedizin ist beschränkt auf Tumore mit bestimmten Eigenschaften in Biomarkertests. Damit ist es für die Anwendung dieser Medikamente entscheidender, wie das Ergebnis des Biomarkertests ausfällt, als welches Organ befallen ist.

Aufgrund der schnellen Marktdurchdringung der neuartigen Onkologika sollten die Folgekosten von mit monoklonalen Antikörpern und Proteinkinaseinhibitoren behandelten Patienten im Klassifikationsmodell 2022 durch eine eigene HMG im Morbi-RSA abgebildet werden.

Konkret schlagen wir eine eigenständige, nicht hierarchisierte HMG vor, die für alle im Hierarchiestrang 2 abgebildeten, soliden Tumore durch Aufgreifen über die ATC-Gruppen L01XE% und L01XC%, L01XX46, L01XX47, L01XX54 (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 Schweregraddifferenzierung vorzunehmen [vgl. hierzu auch unsere Stellungnahmen vom 11.08.2017, 24.08.2018 sowie 23.08.2019 und 14.08.2020].

II.2.3 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“:

Arzneimitteldifferenzierung für Mukopolysaccharidosen Typ VII, Sly-Syndrom

Das Sly-Syndrom ist eine autosomal rezessive erbliche Erkrankung, die durch einen Beta-Glucuronidasemangel verursacht wird. Für die Behandlung der seltenen lysosomalen

Speicherkrankheit Morbus Sly steht mit der Enzyersatztherapie Vestronidase alfa (Mepsevii®) seit 2018 ein Medikament zur Verfügung, das spezifisch diesen Enzymmangel behebt und dabei sehr hohe prospektive Kosten verursacht. Zugelassen ist Mepsevii zur Behandlung nicht-neurologischer Krankheitsanzeichen der Mukopolysaccharidosen Typ VII, Sly-Syndrom.

Für den Morbus Sly gibt es keine spezifische Kodierung im ICD, die Kodierung erfolgt mit dem unspezifischen Code E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ bzw. E76.3 „Mukopolysaccharidose, nicht näher bezeichnet“. Durch die Verbindung des unspezifischen ICDs mit der hoch spezifischen Enzyersatztherapie wird der Morbus Sly zielgenau erfasst. Es wird vorgeschlagen, analog zu anderen schweren Stoffwechselerkrankungen mit ERT, für Versicherte mit Sly-Syndrom und Verwendung des Wirkstoffs Vestronidase alfa (ATC-Kode A16AB18) eine eigene DXG „Mukopolysaccharidosen Typ VII, Sly-Syndrom mit ERT“ zu bilden und sie damit von den anderen Versicherten der Diagnose E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ und E76.3 „Mukopolysaccharidosen nicht näher bezeichnet“ abzugrenzen. Die DXG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs am oberen Ende des Hierarchiestrangs zuzuordnen.

Abgrenzung von Versicherten mit LDL-Apherese

Aufgrund der deutlich erhöhten prospektiven Folgekosten und mit Verweis auf die entsprechenden Analyseergebnisse des GKV-SV im Anhörungsverfahren letztes Jahr (MAPE -1,89 Euro) schlagen wir erneut die gesonderte Abbildung von Versicherten mit LDL-Apheresezustat über eine eigene HMG vor (vgl. unsere Stellungnahme vom 14.08.2020).

Für die Abbildung der LDL-Apherese im Klassifikationsmodell empfehlen wir konkret eine eigene, freistehende HMG „LDL-Apherese“ in Hierarchie 4. Die Zuordnung der Versicherten zu dieser HMG erfolgt mittels M2Q-Prüfung auf Basis der ICD-Kodes ICD E78.0, E78.5, E78.9 sowie, ergänzend zu unserem Vorschlag aus dem letzten Jahr um auch eine Abbildung der LP(a) Apheresen zu gewährleisten, der ICDs E78.4 und E78.8.

Darüber hinaus schlagen wir vor, auch den ICD Code Z51.81 „Apherese“ (derzeit der Ausschlusskategorie zugeordnet) für den Zugriff zu berücksichtigen.

Gleichzeitig ist auf das Vorliegen des Kennzeichens „extrakorporale Blutreinigung“ zu prüfen. 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 vorgenannten, 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 [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].

II.2.4 Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Keine Modellkonsolidierung unter Verschlechterung der Modellgüte

Im letzten Anpassungsschritt der Hierarchieüberarbeitung wird eine abschließende Modellkonsolidierung in Form einer Zusammenlegung von HMGs innerhalb der HMG-Stränge 3 „Erkrankungen des Darms“ und 4 „Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltrakts“ sowie innerhalb des gemeinsamen unteren Strangs durchgeführt. Aufgrund der bedeutsamen Abstände zwischen den Kostenschätzern und den teilweise sehr hohen Besetzungszahlen in den beteiligten HMGs kommt es hierdurch zu nicht unerheblichen Verschlechterungen in der Modellgüte. Daher ist dieser letzte Anpassungsschritt nicht sachgerecht. Für die Festlegung wird stattdessen empfohlen, die Hierarchiestruktur des Modells 3 umzusetzen.

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 [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].

II.2.5 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 [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].

II.2.6 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) sowie 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 [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].

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 [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].

Zusätzliche Berücksichtigung von ICD-Kodes der Ausschlusskategorien: Anämien und Dauertherapie mit Antikoagulanzen

Die AOK-Gemeinschaft schlägt die Bildung von drei neuen DXGs „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“, „Eisenmangelanämie“ sowie „Sonstige Anämien“ vor, in denen bisher in der Ausschlusskategorie abgebildete ICDs wie folgt zugeordnet sind:

- „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ (enthält ICDs Z92.1)
- „Sonstige Anämien“ (enthält ICDs D62, D64.9)
- „Eisenmangelanämien“ (enthält ICDs D50.0, D50.1, D50.8, D50.9)

Der Aufgriff der DXG „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ erfolgt über obligat, die Arzneimittelvalidierung berücksichtigt die ATCs B01AA, B01AE, B01AF). Bei den beiden anderen DXGs wird eine M2Q-2-Prüfung durchgeführt. Innerhalb der Hierarchie kann die DXG „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ in Abhängigkeit der resultierenden Folgekosten entweder einer eigenständigen HMG oder einer bestehenden HMG des Hierarchiestrangs 1 „Blutgerinnungsstörungen“ zugeordnet werden. Analog erfolgt die Zuordnung der beiden anderen DXGs im Strang 2 „Anämien/Immundefekte“.

II.2.7 Hierarchie 10 „Alkohol- und Drogenmissbrauch“

Zusätzliche Berücksichtigung von ICD-Kodes der Ausschlusskategorien: Vergiftungen und schädlicher Gebrauch diverser Substanzen

Die AOK-Gemeinschaft schlägt die Bildung eines Hierarchiestrangs „Vergiftungen“ vor, in dem bisher in der Ausschlusskategorie abgebildete ICDs über die folgenden 15 DXGs wie folgt abgebildet werden:

- „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ (enthält ICDs F55.%)
- „Vergiftung durch systemisch wirkende Antibiotika“ (enthält ICDs T36.%)
- „Vergiftung durch sonstige systemisch wirkende Antiinfektiva und Antiparasitika“ (enthält ICDs T37.%)
- „Vergiftung durch Hormone und deren synthetische Ersatzstoffe und Antagonisten“ (enthält ICDs T38.%)
- „Vergiftung durch nichtopioidhaltige Analgetika, Antipyretika, Antirheumatika“ (enthält ICDs T39.%)
- „Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika (Halluzinogene)“ (enthält ICDs T40.%)
- „Vergiftung durch Anästhetika und therapeutische Gase“ (enthält ICDs T41.%)
- „Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel“ (enthält ICDs T42.%)
- „Vergiftung durch psychotrope Substanzen, andernorts nicht klassifiziert“ (enthält ICDs T43.%)
- „Vergiftung durch primär auf das autonome Nervensystem wirkende Arzneimittel“ (enthält ICDs T44.%)
- „Vergiftung: Fibrinolytika und Fibrinolyse-Hemmer“ (enthält ICDs T45.%)
- „Vergiftung durch primär auf das Herz-Kreislaufsystem wirkende Mittel“ (enthält ICDs T46.%)
- „Vergiftung durch primär auf den Magen-Darm-Trakt wirkende Mittel“ (enthält ICDs T47.%)
- „Vergiftung durch primär auf die glatte Muskulatur, die Skelettmuskulatur und das Atmungsorgan wirkende Mittel“ (enthält ICDs T48.%)
- „Vergiftung durch primär auf die Haut und Schleimhäute wirkende und in den Augen-, der HNO- und Zahnheilkunde angewendete Mittel zur topischen Anwendung“ (enthält ICDs T49.%)
- „Vergiftung durch Diuretika und sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und aktive Substanzen“ (enthält ICDs T50.%)

Der Zugriff erfolgt über stationär erforderlich. Die genannten DXGs sollten entsprechend ihrer Folgekosten zu neuen HMGs in einem neuen, parallelen Hierarchiestrang zusammengefasst werden.

Des Weiteren wird vorgeschlagen, den schädlichen Gebrauch diverser, nichtabhängigkeitserzeugender Substanzen im unteren Bereich des bereits bestehenden Hierarchiestrangs - in dem bereits der schädliche Gebrauch abhängigkeits erzeugender Substanzen enthalten ist - in einer neuen DXG (Aufgriff über stationär erforderlich) entsprechend der Folgekosten abzubilden:

- „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ (enthält ICDs F55.%)

II.2.8 Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

Keine Hierarchiebeziehung zwischen Schizophrenie und dissoziativen Störungen (HMG645)

Schizophrenie und Dissoziative Störungen sind sowohl nach der 5. Edition des DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) als auch den für die Definition psychiatrischer Diagnosen in Deutschland maßgeblichen ICD10 explizit distinkte diagnostische Kategorien. Eine Hierarchisierung der Dissoziativen Störungen auf die Schizophrenie ist daher medizinisch nicht gerechtfertigt.

II.2.9 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

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

Der Migräne-Kopfschmerz wird in der DxG 513 „Migräne-Kopfschmerz“ abgebildet, die der HMG 418 „Migräne-Kopfschmerz / N.n.bez. virale Meningitis / Enzephalitis“ zugeordnet ist. Um nur Versicherte mit einer behandlungsbedürftigen Migräne abzugreifen, regen wir eine Arzneimittelvalidierung über die ATCs N02CA, N02CB, 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“ in HMG 949 „Rheumatische Chorea / 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 [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].

Zusätzliche Berücksichtigung von ICD-Kodes der Ausschlusskategorien: Schlafstörungen

Die AOK-Gemeinschaft schlägt – auch mit Blick auf eine verbesserte Abbildung der Folgekosten von Long-COVID Patienten - die Bildung von zwei zusätzlichen DXGs „Schlafstörung“ und „Chronisches Müdigkeitssyndrom“ vor. In der erstgenannten DXG werden die bisher in der Ausschlusskategorie abgebildeten ICDs G47.% für Schlafstörungen, in der anderen DXG der ICD G93.3 „Chronisches Müdigkeitssyndrom (Chronic fatigue syndrome) berücksichtigt (Aufgriff erfolgt über M2Q).

Die DXGs sind entsprechend ihrer Folgekosten bestehenden HMGs im fünften Strang (Schädigungen des Gehirns) der Hierarchie zuzuordnen.

II.2.10 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

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 einen 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) [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].

Zusätzliche Berücksichtigung von ICD-Kodes der Ausschlusskategorien: kardiale Geräte und herzunterstützende Systeme

Die AOK-Gemeinschaft schlägt für eine deutlich genauere Schweregraddifferenzierung insbesondere von Patienten mit Herzinsuffizienz sowie Arrhythmien die Bildung von zwei zusätzlichen DXGs „Anpassung und Handhabung eines kardialen Geräts“ und „Herzunterstützendes System“ vor. In der erstgenannten DXG werden die bisher in der Ausschlusskategorie abgebildeten ICDs Z45.00 „Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers“, Z45.01 „Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators“, Z45.02 „Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems“, Z45.08 „Anpassung und Handhabung von sonstigen kardialen (elektronischen) Geräten“ abgebildet. In der anderen DXG wird der ICD Z95.80 „Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems“ abgebildet. Der Zugriff beider DXGs erfolgt über M2Q. Da davon auszugehen ist, dass die entsprechenden Codes häufig auch nur einmal pro Jahr kodiert werden, wäre die Überführung der genannten ICD-Kodes Z45.% zur bestehenden Krankheit 159 „Ventrikuläre Tachykardie / Arrhythmie, Herzstillstand“ sowie des ICDs Z95.80 zur Krankheit 162 „Herzinsuffizienz“ sachgerecht.

DXG „Anpassung und Handhabung eines kardialen Geräts“ ist entsprechend ihrer Folgekosten im zweiten Strang (Arrhythmien) einer eigenständigen oder bestehenden HMG zuzuordnen. Die DXG „Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems“ ist aufgrund ihrer hohen Folgekosten entsprechend am oberen Ende des Strangs 3 (Herzinsuffizienz) einzuordnen.

II.2.11 Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“

Kriterium „stationär erforderlich“ für DxGs 672 „Arteria-carotis-interna Syndrome“ und 673 „Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien“

Die DxGs 672 und 673 betreffen die ICDs G45 (Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome). Eine solche transitorische Attacke ist zu Beginn nicht von einem Gehirnfarkt zu unterscheiden, sodass durch die S3-Leitlinie die Empfehlung besteht, sofort über 112 den Notarzt zu alarmieren und die Betroffenen in die nächstgelegene Stroke-Unit einzuweisen. Häufig wird dies jedoch durch die Betroffenen versäumt, so dass dann die Abklärung und Behandlung ambulant erfolgt. In den Daten der AOK wurden in 2019 88.886 inzidente Fälle mit G45 dokumentiert (keine G45 im Vorquartal), hiervon wurden 34.993 Fälle stationär und ggf. auch ambulant versorgt, 53.605 Patienten mit inzidentem G45 wurden ausschließlich ambulant behandelt. Die ausschließlich ambulante Behandlung von Patienten mit transitorischer Attacke ist unzweifelhaft eine Unterbehandlung, auf die nicht erfolgte Benachrichtigung des Rettungsdienstes haben die Krankenkassen jedoch keinen Einfluss. Für die ausschließlich ambulant behandelten Patienten besteht jedoch dasselbe prospektive Krankheitsrisiko insbesondere für das Auftreten von Hirnfarkten und damit dasselbe Kostenrisiko wie für stationär behandelte Patienten. Aus diesem Grund ist das Kriterium „stationär erforderlich“ für diese beiden DXGs nicht sachgerecht.

II.2.12 Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

Arzneimittelvalidierung der DxGs 86 „Arterielle Embolie und Thrombose“, 982 „N.n.bez. arterielle Embolie und Thrombose“ und 995 „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 im AJ 2021 neu zugeschnittenen DxG 995 „Hypotonie“ an (wegen klinischer Relevanz, 183 BT), um nur die behandlungsbedürftigen Fälle aufzugreifen. Diese könnte über die ATCs C06AA und C06AH erfolgen [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].

II.2.13 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.

Aufgreifkriterium für DxG 421 „Lungenembolie“

Die Zuordnung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für DxG421 „Lungenembolie“ ist nicht sachgerecht. Während Lungenembolien mit einem kardiogenen Schock oder einer persistierenden arteriellen Hypotension ein Notfall sind, der eine sofortige stationäre Behandlung unumgänglich macht, sind Lungenembolien ohne diese klinischen Zeichen keine Hochrisiko-Fälle (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (2009) Pocket-Leitlinien: Diagnose und Therapie der akuten Lungenembolie). Bei letzteren Patienten wird eine weitere Stratifizierung in ein niedriges bzw. mittleres Risiko in Abhängigkeit von Zeichen einer rechtsventrikulären Dysfunktion und/oder Myokardschädigung empfohlen. Für hämodynamisch stabile Patienten ohne rechtsventrikuläre Dysfunktion empfiehlt sowohl die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie, 2010) als auch die o.g. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, (2009), dass die Behandlung ambulant erfolgen kann. Diese Empfehlung wird auch durch eine randomisierte kontrollierte Studie gestützt, nach der bei akuter, symptomatischer Lungenembolie mit niedrigem Sterberisiko eine ambulante Versorgung sicher und effektiv als Alternative zur stationären Behandlung eingesetzt werden kann (Lancet 2011; 378 (9785): 41-8). Analysen auf AOK-Daten zeigen, dass Lungenembolien nur bei 19% der Betroffenen ausschließlich stationär behandelt werden. In Anbetracht der Leitlinienempfehlungen und der hohen ambulanten Fallzahlen plädieren wir deshalb dafür, das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für DxG421 aufzuheben. Falls eine Arzneimittelvalidierung erfolgen soll, weisen wir daraufhin, dass die Anwendung einer BT-Grenze von 183 DDD hier nicht sachgerecht ist: die Behandlung erfolgt meist nur über sechs Monate, bei Niereninsuffizienz werden bei einigen der Medikamente geringere Dosen gegeben. Ferner besteht insbesondere bei Vitamin-K-Antagonisten in der für die korrekte Antikoagulation notwendigen Dosierung eine sehr große Bandbreite. In Routinedaten der Krankenkassen liegt der Median der Tagesdosis bei 0,73 DDD mit einer sehr großen Streuung. Das 25%-Perzentil liegt bei 0,55 DDD. Daher sollte eine Mindestdosierung von 92 DDD oder ersatzweise 10 DDD festgelegt werden

Zusätzliche Berücksichtigung von ICD-Kodes der Ausschlusskategorien: Langzeitabhängigkeit vom Aspirator/Respirator

Die AOK-Gemeinschaft schlägt die Berücksichtigung der ICDs Z99.0 „Abhängigkeit (langzeitig) vom Aspirator“ sowie Z99.1 „Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator“ vor. Über die genannten Diagnosen können Patientengruppen mit deutlich erhöhten Kostenrisiken zielgenauer abgebildet werden. Über den ICD Z99.1 werden u.a. Patienten mit Heimbeatmung, über den ICD Z99.0 Patienten, bei denen eine dauerhafte Absaugung (z.B. Wachkomapatienten) erforderlich ist, differenziert. Die beiden bisher in der Ausschlusskategorie abgebildeten ICDs sollten über das

Aufgreifkriterium M2Q in einer gemeinsamen DXG abgebildet werden. Analysen der AOK-Gemeinschaft zeigen, dass die Abbildung in einer zusätzlichen, freistehenden HMG zu einer deutlich besseren Prädiktion der prospektiven Kostenrisiken führt, als eine Einordnung der HMG in den rechten Strang der Lungenerkrankungen.

II.2.14 Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“

Herabsetzung der BT-Grenze im Rahmen der Sonderfall-4-Prüfung für DXG 821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ und DXG 850 „Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“

Für die Festlegung des Klassifikationsmodells 2021 hatte die AOK eine Herabsetzung der Behandlungstage für die Hämodialyse gefordert. Die notwendigen Medikamente werden häufig auch während der Dialyse verabreicht und dann nicht über Muster 16 verordnet. Renal eliminierte Medikamente werden zudem bei dialysepflichtigen Patienten deutlich niedriger dosiert. Das BAS hatte diese Forderung mit folgender Begründung abgelehnt:

„Die Forderung des AOK-BV, die Grenze der geforderten Behandlungstage bei Dialyse herabzusetzen, kann nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden. Während der im Gegensatz zur Bauchfelldialyse weiter verbreiteten Hämodialyse werden tatsächlich einige Medikamente, wie Erythropoetin, Eisen und Vitamin D, verabreicht. Zuhause müssen die Patienten dennoch z. B. zum Essen Phosphatbinder und blutdrucksenkende Wirkstoffe einnehmen. Da sie diese dauerhaft nehmen, erscheint es realistisch, 183 Behandlungstage erreichen zu können. Insofern wird von einer Überprüfung abgesehen.“

Diese Einschätzung ist nicht schlüssig, und lässt sich auch mit den Daten der AOK-Versicherten widerlegen:

Relevante Wirkstoffe für Phosphatbinder:

- Aluminiumchloridhydroxid (V03AE17)
- Calciumacetat (V03AE04, A12AA05)
- Calciumcarbonat (V03AE16, A12AA04)
- Lanthancarboxylat (V03AE03)
- Magnesiumcarbonat (verschiedene ATC-Kodes)
- Sevelamer (V03AE02)

Die ATC-Gruppe V03AE ist für die HMG130 berücksichtigungsfähig.

Eine gesunde Niere scheidet ca. 60 – 70 % unseres mit der Nahrung aufgenommenen Phosphats aus. Mit der Dialyse gelingt es leider meistens nicht, Phosphat vollständig aus dem Körper zu eliminieren. Man versucht deshalb medikamentös bereits die Phosphataufnahme im Darm mittels Phosphatbinder zu blockieren. Phosphatbinder müssen meistens mehrmals täglich, abgesehen von wenigen Ausnahmen, zusammen mit den Mahlzeiten eingenommen werden.

Nach einer Auswertung der Versicherten mit Kennzeichen EKBR in 2017 wurde nur ca. 65% der Versicherten in 2017 ein Phosphatbinder verordnet. Bei den restlichen 35% war die Verordnung eines Phosphatbinders augenscheinlich nicht notwendig oder wurde nicht über Muster 16 verordnet.

Bei der analogen Auswertung der Versicherten mit Kennzeichen EKBR in 2018 zeigte sich ein ähnliches Bild. Hier wurde nur ca. 66% der Versicherten in 2018 ein Phosphatbinder verordnet. Bei den restlichen 34% war die Verordnung eines Phosphatbinders nicht notwendig oder wurde nicht über Muster 16 verordnet.

Daher schlagen wir für die Sonderfall-4-Prüfung bei einem Alter > 11 erneut 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 und 14.08.2020].

Erweiterung der ATC-Abgrenzung für DXG 821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ und DXG 850 „Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“

Im Rahmen der Arzneimittelvalidierung der HMG 130 „Dialysestatus“ (DXGs 821, 850) wird vorgeschlagen zukünftig auch die ATCs A11BA (Multivitamine, rein), B05XC (Vitamine) und V06CX (Andere Diätetika als Säuglingsnahrung) mit zu berücksichtigen. Hintergrund ist, dass das für die Arzneimittelbestätigung im Modell vorgesehene Standardpräparat Dreisavit® (ATC A11EB) seit längerer Zeit nicht lieferbar ist und die betroffenen Versicherten ersatzweise mit den anderen Vitaminen versorgt werden (z.B. Vitarenal, Carenal, Renavit, Multovitan). Gemäß einer Stellungnahme des MDK Sachsen-Anhalt zum „Supplementieren wasserlöslicher Vitamine bei Dialysepatienten“ sind diese Präparate zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Zudem sind folgende OTC-Präparate bei Dialyse-Patienten verordnungsfähig und sollten daher aufgrund der Nichtlieferbarkeit von Dreisavit auch in der Arzneimittelzuordnung der DXG821, HMG130 Berücksichtigung finden:

OTC-Übersicht Nr. 43¹

„Wasserlösliche Vitamine auch in Kombinationen nur bei der Dialyse.“

→ Folgende ATC-Kodes sollten ergänzt werden:

- A11EX Vitamin-B-Komplex, andere Kombinationen
- A11HA Andere Vitaminpräparate, rein
- B05XC Vitamine

OTC-Übersicht Nr. 45

„Zinkverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.“

→ Folgender ATC-Kode sollte ergänzt werden:

- A12CB Zink

Daneben fehlen in der Zuordnung einige Arzneimittel, die bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz berücksichtigt werden müssen:

Calcium

Calcium wird u.a. bei Hyperphosphatämien bei dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten eingesetzt. Calciumpräparate, insbesondere Calciumcarbonat und Calciumacetat, die ausschließlich zur Behandlung eines pathologischen Serumphosphatspiegels eingesetzt werden, werden nach der ATC-Klassifikation mit V03AE07 eingeordnet und damit im Klassifikationsmodell 2022 berücksichtigt. Calciumpräparate, die hingegen auch zur Behandlung eines pathologischen Phosphatspiegels eingesetzt werden, werden dem ATC-Code A12AA zugeordnet. In der Behandlung von Menschen mit Dialyse werden jedoch auch Calciumpräparate verwendet, die in der ATC-Klassifikation nach A12AA klassifiziert werden wie zum Beispiel Calcilac mono 500mg, das laut Fachinformation neben anderen Indikationen auch zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei Dialyse eingesetzt wird.

→ Daher müssen auch Calciumpräparate, die der ATC A12AA zugeordnet werden, in gleicher Weise berücksichtigt werden wie Präparate, die mit V03AE kodiert werden.

¹ (https://www.g-ba.de/downloads/83-691-654/AM-RL-I-OTC_2021-04-15.pdf)

Antihypertensiva

Antihypertensiva bilden zusammen mit den Lebensstiländerungen die Grundlage der antihypertensiven Therapie und spielen insbesondere auch in der Dialysetherapie eine wichtige Rolle.

Dialysestandard der Dt. Gesell. für Nephrologie (Fassung vom 11.03.2020):

„In der modernen Dialysetherapie wird die Blutdruckkontrolle nicht allein durch Ultrafiltration und Kochsalzrestriktion erreicht, sondern auch durch Antihypertensiva mit kardioprotektiver Wirkung (z.B. RAAS-Blocker). Zusätzlich sind bei vielen Patienten Antiarrhythmika wie Betablocker und Digitalispräparate erforderlich.“

Für die DXG821 HMG130 werden die am Renin-Angiotensin-System angreifenden Antihypertensiva, also ACE-Hemmer, Renininhibitoren und Sartane berücksichtigt:

C03AA, C03BA, C03BX, C03CA, C03DA, C03EA, C03EB, C03EC, C03ED, C03XH, C03XP, C09AA, C09BA, C09BB, C09BX, C09CA, C09DA, C09DB, C09DX, C09XA

Diuretika

Ferner werden Diuretika berücksichtigt.

Die Gruppe der Antihypertensiva umfasst jedoch weitere Substanzklassen, die bei dialysepflichtigen Patienten eingesetzt werden und keine Berücksichtigung finden:

- Beta-Blocker (C07)
- Kalziumantagonisten (C08)
- Alpha-Rezeptorenblocker
- Antisymphotonika
- Vasodilatoren (C04)

Nach einer Auswertung der Versicherten mit Kennzeichen EKBR in 2017 wurde nur ca. 85% der Versicherten ein Antihypertensivum aus der Gruppe C03/C09 verordnet. Bei den Versicherten, bei denen kein Antihypertensivum aus der Gruppe C03/C09 verordnet wurde, wurde jedoch bei 63% ein Antihypertensivum aus der Gruppe C07/C08 verordnet.

Bei Versicherten mit Kennzeichen EKBR in 2018 wurde nur ca. 84% der Versicherten ein Antihypertensivum aus der Gruppe C03/C09 verordnet. Bei den restlichen 16%, bei denen kein Antihypertensivum aus der Gruppe C03/C09 verordnet wurde, wurde jedoch bei 61% ein Antihypertensivum aus der Gruppe C07/C08 verordnet.

→ Daher sollte das Spektrum der berücksichtigungsfähigen ATC-Gruppen um die Gruppen C07/C08 erweitert werden.

II.2.15 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Abbildung von Verbrennungen/Erfröhrungen und Dekubitus

Im Rahmen der Konsolidierung wurden in der Hierarchie 22 zunächst Strang 2 „Infektionen der Haut“ und Strang 4 „Dekubitus“ zusammengelegt. Dies erscheint medizinisch schlüssig. Im weiteren Verlauf wurde in den neu geschaffenen Strang der Strang 6 „Verbrennungen/Erfröhrungen“ integriert mit der Begründung, dass „bei der Behandlung von Verbrennungen und Erfröhrungen (Strang 6) [...] die medizinische Versorgung insbesondere einer Prävention und Behandlung von Infektionen“ dient (Erläuterungen zum Festlegungsentwurf 2022, BAS, S. 352).

Dies ist nicht sachgerecht. Die primäre Versorgung von schweren Verbrennungen ist hochkomplex. Neben der Infektionsprophylaxe zählen zu den Grundpfeilern der Behandlung von schweren Verbrennungen die intensivmedizinische Behandlung zur Abwendung der Lebensgefahr, das Flüssigkeitsvolumenmanagement, das Debridement (Entfernung von nekrotischem Gewebe), Schmerztherapie sowie Hauttransplantationen. Im weiteren Verlauf sind meist weitere chirurgische Eingriffe notwendig, u.a. zur Behandlung von Narbenstrikturen. Durch die Immobilisierung besteht auch bei Patientinnen und Patienten mit schweren Verbrennungen das Risiko der Entstehung von Dekubitus, was den Verlauf zusätzlich verschlimmert und prospektive Kosten verursacht.

II.2.16 Hierarchie 23 „Verletzungen“

Zusätzliche Berücksichtigung von ICD-Kodes der Ausschlusskategorien: Verlust von Körperteilen

Die AOK-Gemeinschaft schlägt die Bildung von drei DXGs vor, in denen jeweils bisher in der Ausschlusskategorie abgebildeten ICDs wie folgt abgebildet werden:

- „Traumatische Amputationen eines Teils der Thorax“ (enthält ICD S28.1)
- „Verlust von Extremitäten ohne Kniebeteiligung“ (enthält ICDs Z89.3/Z89.4/Z89.5)
- „Verlust von Extremitäten mit Kniebeteiligung“, (enthält die ICDs Z89.6/Z89.7/Z.89.8)

Aufgriff erfolgt über M2Q. Die genannten DXGs sind nach Kostenschätzern entweder bestehenden oder neuen HMGs im Hierarchiestrang 3 „Amputationen“ zuzuordnen.

II.2.17 Hierarchie 24 „Schwerwiegende Komplikationen“

Zusätzliche Berücksichtigung von ICD-Kodes der Ausschlusskategorien: Dysphagie und Stomaversorgung

Die AOK-Gemeinschaft schlägt die Abbildung von Diagnosen aus dem Bereich „Stomaversorgung“ vor. Bei Stomas handelt es sich um künstliche Verbindungen zwischen einem Hohlorgan und der Körperoberfläche, also künstlich angelegte Körperöffnungen. Während ein Gastrostoma (Magen-Stoma) der künstlichen Ernährung dient, ermöglicht das Enterostoma (künstlicher Darmausgang) die Stuhlausscheidung bzw. das Urostoma (künstlicher Blasenausgang) die Harnausscheidung. Stomas werden z.B. dann gelegt, wenn aufgrund einer Grunderkrankung die natürliche Entleerung oder Nahrungsaufnahme infolge von medizinischen Eingriffen (z.B. Entfernung der Blase oder des Darmes bei Krebserkrankungen) nicht mehr möglich ist bzw. eine schwerwiegende Funktionsstörung der betreffenden Organe vorliegt. Daher sind die ICD-Kodes der Stomaversorgung auch sehr gut geeignet um innerhalb von Krankheitsgruppen besonders schwerwiegende Krankheitsverläufe zu identifizieren.

Da es sich überwiegend auch um Erkrankungen/Folgen von medizinischen Eingriffen handelt, schlägt die AOK-Gemeinschaft die Aufnahme von Diagnosen aus dem Bereich „Stomaversorgung“ vor, in dem die bisher in der Ausschlusskategorie abgebildeten ICDs über die folgenden 3 DXGs wie folgt abgebildet werden:

- „Tracheostoma, Thorakostoma, Dysphagie“ (enthält ICD J95.0, R13.0, R13.1, Z43.0, Z93.0, Z93.80)
- „Kolostoma, Gastrostoma, Ileostoma, künstliche Körperöffnungen“ (enthält ICDs Z43.1, Z43.2, Z43.4, Z43.8, Z43.88, Z43.9, Z93.1, Z93.2, Z93.4, Z93.8, Z93.88, Z93.9)
- „Zytostoma, künstliche Körperöffnung Harntrakt, -wege, künstliche Vagina“, (enthält die ICDs Z43.6, Z43.7, Z93.5, Z93.6)

Der Aufgriff erfolgt über M2Q. Die genannten DXGs sind nach Kostenschätzern in z.B. drei HMGs zusammenzufassen und in einem neuen, separaten Hierarchiestrang abzubilden.

II.2.18 Hierarchie 25 „Transplantationen“

Zusätzliche Berücksichtigung von ICD-Kodes der Ausschlusskategorien: Registrierung zur Transplantation

Versicherte, die für Organtransplantationen registriert sind, dominieren in ihren Folgekosten z.T. erheblich die prospektiven Kosten der bereits im Morbi-RSA berücksichtigten Versicherten mit Zustand nach Transplantationen oder Komplikationen infolge von Transplantationen. Entsprechend halten wir eine Berücksichtigung dieser Versichertengruppe im Vollmodell für dringend erforderlich. Die AOK-Gemeinschaft schlägt konkret die Bildung von fünf DXGs für die bisher in der Ausschlusskategorie zugeordneten Registrierungen für Transplantationen vor. Um eine sachgerechte M2Q-Prüfung auf Krankheitsebene zu gewährleisten, wird außerdem die Überführung der ICDs in die Krankheit 361 „Status nach Organtransplantation (inkl. Komplikationen)“ vorgeschlagen. Die neuen DXGs können zusätzlich im bereits bestehenden Hierarchiestrang mit den „Zustand nach Transplantationen“ bzw. ICDs für Komplikationen nach Transplantationen wie folgt abgebildet werden.

Drei DXGs (Aufgriff über M2Q) mit den ICDs für „Registrierungen zur Organtransplantation für Herz-/Lungen- und Lebertransplantationen“ sind nach Dringlichkeitsstufe wie folgt zu berücksichtigen:

- „Registrierung zur Transplantation ohne Dringlichkeitsstufe (Herz, Lunge, Leber):
Enthält U55.1 „Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation“, U55.10 „Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation ohne Dringlichkeitsstufe“, U55.2 „Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation“, U55.20 „Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation ohne Dringlichkeitsstufe“, U55.3 „Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungentransplantation“, U55.30 „Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungentransplantation ohne Dringlichkeitsstufe U oder HU“, Z75.67% „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU: Leber“
- „Registrierung zur Transplantation mit Dringlichkeitsstufe (Herz, Lunge):
Enthält U55.11 „Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation mit Dringlichkeitsstufe U“, U55.21 „Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation mit Dringlichkeitsstufe U“, U55.31 „Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungentransplantation mit Dringlichkeitsstufe U“
- „Registrierung zur Transplantation mit hoher Dringlichkeitsstufe (Herz, Lunge, Leber):
Enthält U55.12 „Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU“, U55.22 „Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU“, U55.32 „Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungentransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU“, Z75.77% „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU: Leber“

Diese DXGs sind im oberen und mittleren Bereich des bestehenden Hierarchiestrangs „Zustand nach Transplantationen/Komplikationen nach Transplantationen“ gemäß ihrer eher hohen Folgekosten abzubilden.

Zwei DXGs (Aufgriff über M2Q) mit den ICDs für „Registrierungen zur Organtransplantation für sonstige Organe“ werden nach Dringlichkeitsstufe wie folgt berücksichtigt:

- „Registrierung zur Transplantation ohne Dringlichkeitsstufe (sonstige Organe):

Enthält Z75.6 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU“, Z75.60 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU: Niere“, Z75.64 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU: Niere-Pankreas“, Z75.65 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU: Pankreas“, Z75.66 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU: Dünndarm“, Z75.68 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU: sonstige Organe“, Z75.69 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU: nicht näher bezeichnetes Organ“

- „Registrierung zur Transplantation mit Dringlichkeitsstufe (sonstige Organe):

Enthält Z75.7 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU“, Z75.70 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU: Niere“, Z75.74 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU: Niere-Pankreas“, Z75.75 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU: Pankreas“, Z75.76 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU: Dünndarm“, Z75.78 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU: sonstige Organe“, Z75.79 „Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU: nicht näher bezeichnetes Organ“

Aufgrund der vergleichsweise etwas geringeren Folgekosten bietet sich eine Einordnung bzw. Zuordnungen der beiden neuen DXGs für Registrierungen zu Transplantationen für sonstige Organe im mittleren bzw. unteren Bereich des bestehenden Hierarchiestrangs an.

III Bestimmung der zu berücksichtigenden Regionalmerkmale

Die AOK-Gemeinschaft bewertet die erneute Durchführung des Selektionsverfahrens für die Regionalvariablen im vorliegenden Entwurf positiv. Die Ergebnisse zeigen, dass gegenüber dem Vorjahr eine von zehn Variablen aufgrund geänderter statistischer Erklärungskraft im gesamten Variablenstet ausgetauscht werden musste. Die Veränderungen zwischen dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats aus 2018 und der Festlegung gem. § 8 Abs. 4 RSAV vom 30.09.2020 für das Jahr 2021 zeigen zudem eindrücklich die kumulative Veränderung in der Relevanz von Regionalvariablen für die Erklärung von regionalen Deckungsunterschieden über einen längeren Betrachtungszeitraum. Ab dem Ausgleichsjahr 2021 wird ein sehr relevanter Anteil der Gesamtzuweisungen über die Regionalkomponente zwischen den Krankenkassen verteilt, und die konkret verwendeten Variablen sind in diesem Verfahren von entscheidender Bedeutung. Auch für die Zukunft ist eine veränderte Bedeutung von Variablen in diesem Kontext in ähnlichem Umfang zu erwarten. Vor diesem Hintergrund spricht sich die AOK-Gemeinschaft dafür aus, die Variablenauswahl auch künftig grundsätzlich jährlich durchzuführen. Dies entspräche auch den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats in seinem Gutachten aus 2018. In den kommenden Jahren der Weiterentwicklung können die dann aktuellsten Daten allerdings maßgeblich von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein. Somit bedarf es einer sorgfältigen Prüfung und Abwägung vor deren Verwendung bei der Modellanpassung. Dies gilt selbstverständlich nicht nur für die Regionalkomponente, sondern für jedwede Änderung am Klassifikationsmodell.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es notwendig, dass auch die Verfahren zur Validierung der Daten hinsichtlich ihrer Qualität und Eignung dieser Bedeutung entsprechen. Daher bedarf es einer kontinuierlichen und systematischen Prüfung, inwieweit die verfügbaren Daten tatsächlich die dahinter vermuteten inhaltlichen Konstrukte erfassen. Zudem spricht sich die AOK-Gemeinschaft weiterhin dafür aus, Regionalmerkmale vor Verwendung im Zuweisungsverfahren grundsätzlich auf die Vorgaben des § 8 Abs. 4 Satz 6 RSAV zu prüfen.

Bezüglich der Aktualität der verwendeten Daten gehen auch in den aktuellen Entwurf aus verschiedenen Gründen Variablen mit unterschiedlichen Datenständen ein. Die im vorliegenden

Entwurf angewendeten Konzepte zum Füllen von bzw. im Umgang mit (regionalen) Datenlücken in den öffentlich verfügbaren Datenbeständen zur Säuglingssterblichkeit und zum Anteil ambulanter Pflege sind zielkonform und im Ergebnis der Alternative einer Verwendung älterer Datenstände vorzuziehen. Allerdings gehen nicht nur aus diesem Grund Variablenwerte auf Kreisebene in das Verfahren ein, die öffentlich gar nicht bzw. zum Zeitpunkt der Anhörung noch nicht öffentlich verfügbar sind: Einige Daten waren innerhalb der Stellungnahmefrist nicht über INKAR onlineverfügbar. Vor dem Hintergrund der Relevanz der Regionalvariablen im Verfahren ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft eine entsprechende Transparenz über die konkret verwendeten Werte auf Kreisebene angemessen und notwendig. Nur so kann insbesondere die Zuordnung der Kreise zu den Regionalgruppen nachvollzogen werden. Daher sollten für alle untersuchten und verwendeten Regionalvariablen künftig die entsprechenden zu Grunde gelegten Werte vom BAS veröffentlicht werden.

Für die perspektivische Weiterentwicklung des Zuweisungsverfahrens sollte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft geprüft werden, welche Informationen, die aktuell in Form von Regionalvariablen eingehen, auf Versichertenebene in den Kassen vorliegen und künftig direkt und versichertenindividuell im Morbi-RSA berücksichtigt werden können, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Versichertenebene zu erhöhen.

IV Änderung des Berechnungsverfahrens

IV.1 Keine IST-Kostenausgleiche im Morbi-RSA (→KG-und Ausland)

Die AOK-Gemeinschaft lehnt IST-Kostenausgleiche im RSA grundsätzlich ab, da sie per se nicht zielkonform sind und negative Wirtschaftlichkeitsanreize setzen (vgl. hierzu zuletzt unsere Stellungnahme vom 14.08.2020). Im speziellen Sonderfall Kinderkrankengeld sind die Möglichkeiten eines prospektiven und standardisierten Verfahrens allerdings deutlich begrenzt. Vor diesem Hintergrund, den fehlenden Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen und dem geringen Ausgabenvolumen ist die vorgesehene Umsetzung für Kinderkrankengeld sachgerecht. Sie entspricht zudem ebenfalls dem Vorschlag der Folgegutachter.

IV.2 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 (BT-Drs. 19/15662).

IV.3 Keine sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben

Zwar wurde das BAS mit GKV-FKG über den neuen §8 Abs. 4 Satz 8 RSAV ermächtigt, nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben im Berechnungsverfahren gesondert zu berücksichtigen. Die AOK-Gemeinschaft vertritt aber weiterhin die Auffassung, dass die vorgenommene Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben inhaltlich unbegründet ist und im Ergebnis nicht den in § 266 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V formulierten Zielsetzungen des Morbi-RSA entspricht. Daher fordern wir weiterhin mit Nachdruck, die Abgrenzung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu beenden. (vgl. hierzu detailliert auch zuletzt unsere Stellungnahme vom 14.08.2020).

IV.4 Anpassung des Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der Krankengeldzuschläge

Durch die Einführung des IST-Kostenausgleichs für das Kinderkrankengeld sind diese nicht mehr bei der Berechnung der Zuschläge für das Krankengeld zu berücksichtigen. Die Einschränkung auf die Ausgaben für den Krankengeldbezug nach § 44 SGB V ist sachgerecht.

V Redaktionelle Anmerkungen

Anlagen:

- Die Anlagen 1 bis 4 werden aktuell sowohl als PDF als auch als Excel-Datei mit mehreren Reitern ausgeliefert. Die AOK-Gemeinschaft würde die ergänzende Auslieferung in einem normalisierten maschinenlesbaren Format (z.B. normalisierte Daten über mehrere CSV-Dateien) zur Vermeidung von Dateninkonsistenzen begrüßen und unterstützen bei Bedarf gern mit einem Vorschlag für eine technische Spezifikation.
- Die AOK-Gemeinschaft begrüßt ausdrücklich die Bereitstellung der neuen Anlage 5a mit den Regressionskoeffizienten und Versichertentagen für die einzelnen Risikomerkmale der jeweiligen BAS-Modellberechnungen im XLS-Format.

Erläuterungen zum Festlegungsentwurf:

- S. 112: Die externe Dominanzbeziehung zu Hierarchie 6 sollte von HMG 65 bis 574 gehen. HMG 1012 – 500 sind im Entwurf 2022 entfallen und der Strang 4 befindet sich nun in 2/2, nicht mehr in 2/3.
- S. 150: Erwähnt wird Hierarchie 7 (Erkrankungen der Leber), richtig wäre Hierarchie 5.
- S. 150 & 155 & 513: Es wird eine externe Beziehung zu Hierarchie 5 mit HMG 25 und HMG 257 angeführt und im Hierarchiebaum illustriert. Im Entwurf 2022 existiert HMG 257 aber nicht mehr, sie wurde mit HMG0025 zusammengelegt.
- S. 254: Die Fallzahl für die HMG 54 „Schizophrenie“ ist fehlerhaft.
- S. 266: Bei der externen Dominanz aus der Hierarchie 17 fehlt die letzte Dominanz, wonach die HMG103 die HMG467 dominiert
- S. 269 & 522: Die externe Dominanz zu Hierarchie 17 sollte von HMGs 101 bis 467 gehen, nicht nur bis 103.
- S. 286: Bei der DxG 305 „Herzstillstand“ hat sich ein Fehler eingeschlichen, die korrekte Bezeichnung lautet DxG 350.
- S. 288: In der Abbildung wurde bei DxG 350 und HMG 290 das neue Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ nicht gekennzeichnet.
- S. 333: Bei der Darstellung der Dominanzbeziehung zu Hierarchie 1 wird HMG 451 mit aufgeführt. Im Entwurf 2022 ist diese jedoch nicht mehr Teil der Dominanz, sondern nur noch die HMGs 1 und 3.
- S. 384: Tippfehler: Die Hierarchisierung erfolgt in 4 und nicht in 5 Strängen.
- Seite 526: HMG0295 ist hier falsch bezeichnet, da sie neu bezeichnet wurde.