

Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells  
im Risikostrukturausgleich (RSA)

## **Stellungnahme des BKK Dachverband e.V.**

Anhörung des Bundesamtes für Soziale Sicherung zum Entwurf der  
Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2024

### **Inhalt**

1. Einleitung .....	2
2. Anmerkungen zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens .....	2
2.1. Einführung einer Kurz-, Mittel-, und Langfristplanung .....	2
2.2. Verlängerung bzw. Entzerrung des Anhörungszeitraumes .....	3
2.3. Vorschlagsverfahren .....	4
2.4. Einführung einheitlicher Entscheidungskriterien.....	4
2.5. Erweiterung der Routinekennzahlen .....	6
3. Anmerkungen zum Festlegungsentwurf .....	6
3.1. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationsmodell .....	6
3.2. Arzneimittel- und Altersdifferenzierung zur Verbesserung der Manipulationssicherheit .....	8
3.3. Problematik mehrfach validierender Arzneimittel .....	8
3.4. Anmerkungen zu einzelnen Hierarchien .....	9
4. Zuweisungen für Auslandsversicherte .....	11
4.1. Bewertung der Umsetzung im KLM 2023 und Berücksichtigung der Stellungnahmen .....	11
4.2. Datenbeschreibung und Aufbereitung .....	11
4.3. Bildung der Wohnlandgruppen .....	12
5. Zur Gestaltung der Regionalkomponente .....	13
6. Schlussbemerkung .....	13
7. Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien .....	15

## **1. Einleitung**

Mit dem Festlegungsentwurf zum Versichertenklassifikationsmodells (KLM) vom 09.06.2023 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Vorschläge zur Ausgestaltung für das Jahr 2024 vorgelegt und damit das jährliche Stellungnahmeverfahren eröffnet.

Die Änderungsvorschläge des BAS im Bereich der Hierarchien des Klassifikationsmodells beschränken sich in diesem Jahr, nach eigenen Ausführungen ressourcenbedingt, auf wenige Punkte. Im Wesentlichen werden dabei einige Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes aus dem letzten Jahr aufgegriffen, deren Prüfung und Umsetzung damals vertagt worden war. Darüber hinaus wird die Variablenauswahl im Bereich der Regionalkomponente aktualisiert und die Zusammensetzung der Abkommensstaaten für die Auslandsversicherten angepasst und das Beurteilungskriterium der „geographischen Nähe“ der Wohnlandgruppen gestrichen.

Der Entwurf umfasst daher nur wenig mehr als die absolut notwendigen Festlegungen für die Durchführung des Verfahrens im Ausgleichsjahr 2024. Zahlreiche Vorschläge der letzten Jahre, deren Prüfung das BAS auch schon zugesagt hat, harren jedoch weiter der Bearbeitung. Angesichts des großflächigen Konsolidierungsbedarfs im Nachgang der Einführung des Vollmodells sollte die diesjährige Einschränkung der Anpassungen eine Ausnahme bleiben.

## **2. Anmerkungen zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens**

### **2.1. Einführung einer Kurz-, Mittel-, und Langfristplanung**

Die Beschränkung der Anpassungsvorschläge für das Ausgleichsjahr 2024 durch das BAS auf einige wenige, großteils bereits im Vorjahr durch den GKV-Spitzenverband eingebrachte Punkte, war vorab nicht bekannt und kam daher für die Anhörsungspartner überraschend. Die Einschränkung war bedeutsam, denn umfassten die Erläuterungen zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2023 noch 645 Seiten, waren es in diesem Jahr nur noch 213 Seiten und damit weniger als zu Zeiten der Beschränkung des RSA auf 80 Krankheiten. Ein Großteil der Darstellung entfällt dabei auf allgemeine Erläuterungen zum Verfahren und auf die inzwischen sehr gute Dokumentation des Gesamtmodells.

Die Begründung der Beschränkung mit fehlenden Ressourcen aufgrund der anstehenden Gutachten, ist zunächst nachvollziehbar und als Ausnahme durchaus zu akzeptieren. Allerdings wäre es auch für die Ressourcenplanung der Anhörsungspartner begrüßenswert gewesen, wenn über eine derartige weitreichende Änderung am Umfang des Entwurfs möglichst frühzeitig vorab informiert worden wären, denn auch die Anhörsungspartner halten für den Anhörsungszeitraum Ressourcen frei. Bei

rechtzeitiger Information vorab, wäre hier mehr Effizienz möglich gewesen.

Insgesamt sehen wir, wie bereits in den vergangenen beiden Jahren vorgetragen, in der fehlenden Planbarkeit in Bezug auf inhaltliche Schwerpunktsetzungen für die Anhörsungspartner eine unnötige Belastung. Eine frühzeitige Mitteilung zu den im kommenden Jahr im Fokus stehende Hierarchien, zu besonderen Schwerpunkten wie Komorbiditäten oder Altersdifferenzierungen etc. wäre aus unserer Sicht wünschenswert, z.B. mit Bekanntgabe der Festlegung zum Vorjahr und als Aktualisierung nochmals zu Jahresbeginn. Anpassungen der Planung wären davon unbenommen jederzeit möglich. Allerdings wären sie transparent, sodass sich die Anhörsungspartner darauf einstellen könnten.

Idealerweise wäre eine solche Vorabinformation zum anstehenden Ausgleichjahr eingebettet in eine Mittel- und Langfristplanung. Hier könnte für einige Jahre im Voraus skizziert werden, welche Hierarchien, sinnvollerweise gruppiert nach Komorbiditäten, wann zur Überarbeitung geplant sind. So ließen sich lediglich einzelne, punktuelle Eingriffe, wie in diesem Jahr in Hierarchie 1, die angesichts der zahlreich vorliegenden aber nicht geprüften Vorschläge zu dieser Hierarchie willkürlich wirken, vermeiden. Zudem bleibt leider völlig offen, wann mit der Prüfung dieser unarbeiteten Vorschläge zu rechnen ist. Das Nachhalten der eingebrachten Vorschläge und deren Überführung in eine Mehrjahresplanung würde hier Transparenz schaffen. Die elektronische Übermittlung der Vorschläge in Form einer einheitlichen Tabellenstruktur, wie in diesem Jahr erstmals erbeten, könnte ein erster Schritt in diese Richtung sein – und dabei den entstehenden Verwaltungsaufwand minimieren.

Dass die anstehenden Gutachten die Planung von Ressourcen und Inhalten erschweren bzw. Anpassungen der Planung erfordern, ist nachvollziehbar. Für begründete Änderungen der Planung ist jedoch – insbesondere bei frühzeitiger Mitteilung – sicher allseits Verständnis vorhanden. Ohne weitere Informationen stellt sich mit Blick auf das Ausgleichjahr 2025 aktuell jedoch die Frage, ob im Sommer 2024 wieder mit einem Minimalentwurf zu rechnen ist, da Ende des Jahres erneut Gutachten anstehen. Frühere Informationen, mehr Planbarkeit und Transparenz könnten den Dialog und die Kooperation der Anhörsungspartner verbessern.

## **2.2. Verlängerung bzw. Entzerrung des Anhörsungszeitraumes**

Das BAS hat die Frist zur Stellungnahme gegenüber dem vergangenen Jahr um eine Woche verlängert. Dies ist sehr zu begrüßen und angesichts des reduzierten Umfangs des Entwurfs in diesem Jahr auch ausreichend. Allerdings ist nicht klar, ob der verlängerte Anhörsungszeitraum dauerhaft erhalten bleibt oder sich aus der diesjährigen Lage der beweglichen Feiertage (Pfingsten, Fronleichnam und damit verbundene Ferien) ergibt.

Da das Rückmeldeverfahren formell über den GKV-Spitzenverband verläuft, der seinerseits aus den Stellungnahmen der Kassenarten eine konsentierende Fassung erstellt, ist jeder Zeit-

gewinn zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Kassenverbänden zu teilen, sodass jeder Seite, bei gleicher Teilung, nur wenige zusätzliche Tage bleiben. Unter der Annahme, dass der Umfang des Festlegungsentwurfs in diesem Jahr eine Ausnahme darstellt, halten wir daher an unserer Bitte aus dem vergangenen Jahr fest, den Anhörungszeitraum dauerhaft deutlich zu erhöhen und verweisen auf unsere Begründung aus dem vergangenen Jahr.

### **2.3. Vorschlagsverfahren**

Die Betriebskrankenkassen begrüßen sehr die Offenheit des BAS für Anpassungsvorschläge von verschiedenen Seiten und haben Verständnis, dass im Rahmen der engen Fristen der Festlegung des Klassifikationsmodells im Sommer/Herbst jedes Jahres nicht alle Vorschläge im Rahmen des jeweils aktuellen Festlegungsverfahrens zum Klassifikationsmodell geprüft und umgesetzt werden können. Nichtsdestotrotz ist es bedauerlich, wenn Vorschläge als nachvollziehbar und positiv bewertet werden, ihre abschließende Prüfung und/oder Umsetzung aber aus Ressourcengründen verschoben werden muss.

Wir plädieren daher, wie bereits im vergangenen Jahr, dafür, das Vorschlagsverfahren aus dem Festlegungsprozess im Sommer/Herbst herauszulösen und auf die Zeit der entfallenen Krankheitsauswahl im Winter vorzuziehen. Dies würde zum einen das Verfahren im Sommer zeitlich und inhaltlich entlasten und böte zum anderen in Verbindung mit einer Kurz-, Mittel-, und Langfristplanung die Möglichkeit, eines strukturierten und transparenten Vorgehens – einschließlich der transparenten Aussortierung obsolet gewordener Altvorschläge. Die strukturierte Erfassung der Vorschläge durch eine elektronische Tabelle, könnte ein erster Schritt in diese Richtung sein. Eine technische Lösung allein (Vorschlagsdatenbank) reicht aus unserer Sicht jedoch nicht aus.

Eine Einschränkung auf Vorschläge, für die der GKV-Spitzenverband einen Konsens herstellen konnte, lehnen wir strikt ab, da nahezu alle Fragen der Festlegung zum RSA-Klassifikationsmodell von unmittelbarer Wettbewerbsrelevanz sind und ein Konsens daher in vielen Punkten aus wirtschaftlichem Eigeninteresse erfahrungsgemäß nicht zu erzielen ist. Wir verweisen hierzu auf unsere Argumentation aus zum Ausgleichsjahr 2023.

Der Wunsch nach einer Wiederaufnahme des Vorschlagsverfahrens ist weiterhin nicht auf das BKK-System begrenzt. Auch andere Beteiligte (z. B. BARMER) plädieren Jahr für Jahr für eine Wiedereinführung.

### **2.4. Einführung einheitlicher Entscheidungskriterien**

Im Anhörungsverfahren des vergangenen Jahres hat der GKV-Spitzenverband den kassenartenübergreifenden Wunsch nach einem systematischeren und transparenteren, an einheitlichen Kriterien orientierten Vorgehen bei der Modellüberarbeitung an das BAS übermittelt. Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass das BAS in den Erklärungen zum Festlegungsentwurf in diesem Jahr darauf eingeht.

Den allgemeinen Hinweis des BAS auf die versichertenindividuellen Gütemaße als leitendem Entscheidungskriterium können wir im Grundsatz nachvollziehen. Allerdings haben der GKV-SV, zahlreiche Kassenverbände und wir bereits im vergangenen Jahr dargestellt, dass dieses Kriterium allein nicht ausreicht, da die Verbesserung der Gütemaße oft so geringfügig ausfällt, dass ihre alleinige Betrachtung kaum aussagekräftig ist, sodass auch das BAS in Einzelfällen weitere Argumente zur Begründung heranzieht. Ein Beispiel im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2024 ist die Zusammenlegung von HMG0192 und HMG0348 trotz geringfügig schlechterer Gütemaße im Bereich der vierten Nachkommastelle. Zur Begründung heißt es: „Diese minimale Verschlechterung wird in Kauf genommen, um das Modell stabiler und konsistenter zu machen.“

Vor diesem Hintergrund ergibt sich zunächst die Frage nach einheitlichen Schwellenwerten, die bestimmen, wann eine Verbesserung der Kennzahlen so relevant ist, dass sie eine Modellanpassung rechtfertigt – und dabei evtl. auch fachlich-inhaltliche Argumente aussticht. Eine Festlegung seitens des BAS würde hier Transparenz schaffen.

Bei nur marginalen Verbesserungen der Kennzahlen gewinnen fachlich-inhaltliche Argumente naturgemäß an Bedeutung bei der abschließenden Bewertung von Modellalternativen. Bei der Entwicklung der Modellalternativen stehen sie ohnehin im Vordergrund. Die Argumentationen sollten sich nach unserer Auffassung vorrangig nachprüfbar auf allgemein anerkannte Behandlungs-, Arzneimittel- und Kodierrichtlinien stützen.

Wir erneuern daher unsere Empfehlungen einen standardisierten Prozess zur Überarbeitung von Hierarchien zu entwickeln. Insbesondere die systematische Vollständigkeit der Prüfungen sollte bei der Festlegung der Aufgreifkriterien stärker berücksichtigt werden, um die Transparenz des Vorgehens weiter zu erhöhen. Anhand folgende Leitfragen könnte eine geeignete Checkliste für die Überarbeitung der Hierarchien entwickelt werden.

- Gibt es neue Arzneimittel, deren Zulassung im Datenzeitraum liegen und die für eine Validierung in Frage kommen?
- „Welche zugelassenen medikamentösen Therapien werden für die jeweilige Erkrankung in den Leitlinien empfohlen? Welche Leitlinien wurden zugrunde gelegt (mit Quellenangabe)“
- Sind alle hier genannten in der Aufgreifliste enthalten?
- „Werden die, in den Regelwerken (ICD-10 GM, Orphanet) definierten, korrekten Diagnosecodes für das Aufgreifen der Krankheit verwendet?“
- Werden alle hier genannten Diagnosen für das Aufgreifen der Krankheit verwendet?

- Sind die Scherpunktsetzungen und ICD-Abgrenzungen (der Hierarchien, HMG, DxG) vor dem Hintergrund der ICD-Systematik nachvollziehbar? Dies ist vielfach nicht der Fall. So finden sich beispielsweise die ICD-Endsteller der Syphilis in drei verschiedenen Hierarchien.
- Gibt es statistisch auffällige HMG-Kombinationen mit Über- oder Unterdeckungen?
- Wenn ja: Liegen medizinische Gründe für die auffälligen HMG-Kombinationen vor?
- Ist eine Zusammenlegung machbar oder müssen Dominanzbeziehungen neu oder anders gesetzt werden?

## 2.5. Erweiterung der Routinekennzahlen

Zur Verbesserung der Transparenz bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells schlagen die Betriebskrankenkassen eine Erweiterung der Routinekennzahlen in zwei Punkten vor:

- **Matrix zu Über- und Unterdeckungen** Um die Transparenz der Modellanpassungen in Bezug auf die Über- und Unterdeckung von multimorbiden Versicherten zu verbessern, erneuern wir unsere Bitte, die Erläuterungen künftig regelmäßig durch Darstellungen der AGG-Anzahl-HMG-Matrix zu ergänzen. Sie ermöglicht eine differenziertere Bewertung als der Blick auf die globalen RSA-Kennzahlen allein.
- **Ergänzung der Fallzahlen und Kostenschätzer** Die Transparenz des Verfahrens ließe sich weiter erhöhen, wenn die Kostenschätzer auch unter Berücksichtigung von Hierarchieverletzungen und der Nullsetzung negativer Werte in elektronischer Form (Excel-Datei) dokumentiert würden. Dies ist die Voraussetzung, um die Modelle über die Jahre hinweg rechnerisch exakt zu vergleichen und dies ist wiederum die Grundlage für eine abschließende Bewertung. Mit den bisher veröffentlichten Zahlen ist dies leider nicht möglich. Die Betriebskrankenkassen erneuern daher ihre diesbezügliche Bitte aus den vergangenen Jahren.

## 3. Anmerkungen zum Festlegungsentwurf

Die nachfolgende Darstellung ausgewählter Anmerkungen soll größere Zusammenhänge und Schwerpunkte hervorheben. Unsere vollständigen Einzelschlüsse zu den Hierarchien werden in tabellarischer Form übermittelt, als Excel-Datei sowie als Text-Anhang zu dieser Stellungnahme.

### 3.1. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationsmodell

Der im vergangenen Jahr durch das BAS eingeschlagene Weg, breite Komorbiditäten zwischen den Hierarchien durch die Zusammenlegung von Hierarchien aufzuarbeiten

ist richtig und sollte unbedingt fortgesetzt werden. Gerade in diesem Bereich ist es besonders bedauerlich, dass dies infolge der erforderlichen Priorisierungen in diesem Jahr nicht möglich war. Schließlich hat der GKV-Spitzenverband seine Berechnungen zur Identifikation von Komorbiditäten in diesem Jahr aktualisiert. Die ersten Berechnungen des GKV-SV hierzu, aus dem Jahr 2021, haben maßgeblich dazu beigetragen, dass die Problematik erkannt und angegangen wurde. Die Neuberechnungen hätte nun eine Bewertung erlaubt, wie sich die Situation nach den ersten Anpassungen des Klassifikationsmodells darstellt. Wir bitten daher dringend darum, die Berechnungen im kommenden Jahr, seitens des BAS oder des GKV-Spitzenverbandes zu aktualisieren und auf dieser Basis dann aktuell zu bewerten, wie sich die erfolgten Hierarchiezusammenlegungen ausgewirkt haben und wo noch Handlungsbedarf besteht. Auf keinen Fall darf die Problematik nach der Aussetzung in diesem Jahr ad acta gelegt werden.

Die weiteren Forderungen des GKV-SV zur Zusammenlegung von Hierarchien im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2023 unterstützen wir ausdrücklich.

Bereits in unserer Stellungnahme zum Festlegungsentwurf 2023 wiesen wir darauf hin, dass durch die umfassende Überarbeitung der Hierarchie 19 neue Über- und Unterdeckungen innerhalb dieser Hierarchie entstanden sein könnten. Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes bestätigen dies. Bei der neuerlich umfassenden Überarbeitung der Hierarchie 19 im aktuellen Festlegungsentwurf hätte sich die Berücksichtigung angeboten. Auf eine ähnliche Problematik in der Hierarchie 11, bei der Zusammenlegung der Stränge 2 und 3, wies der GKV-Spitzenverband ebenfalls in seiner Stellungnahme aus dem vergangenen Jahr hin.

Noch immer existieren korrelierende HMG mit hohen Überdeckungen, wie die nachfolgenden Beispiele zeigen:

HMG0214 (Aspirator / Respirator – Hierarchie 19) mit der HMG0080 (Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Chronische Müdigkeitssyndrome, Trigeminusneuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Erkrankungen des ZNS – Hierarchie 14)

HMG0311 (Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II – Hierarchie 7) mit der HMG0119 (Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III – Hierarchie 22)

HMG0024 (Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz – Hierarchie 04) mit zahlreichen anderen HMGs hierarchieintern und -extern

Die Hierarchie 21 Schwangerschaft wurde trotz der Möglichkeit einer einfachen Umsetzung nicht aufgegriffen.

In den vergangenen Jahren schlugen wir Interaktionsterme als Möglichkeit vor, Krankheitsbilder, die mit einer Vielzahl anderer Hierarchien interagieren, abzubilden. Ein Beispiel dafür sind die HMGs der Hierarchie 28 chronischer Schmerz mit zahlreichen HMGs der Hierarchie 7 Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems oder Hierarchie 13 Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks.



### **3.2. Arzneimittel- und Altersdifferenzierung zur Verbesserung der Manipulationssicherheit**

Die Arzneimittel- und Altersdifferenzierung ist aus unserer Sicht auch ein gutes und wichtiges Instrument zur Verbesserung der Manipulationssicherheit des RSA. Die Erfahrungen aus den bisherigen Beurteilungen zur Ermittlung der auszuschließenden Morbiditätsgruppen (vgl. § 19 Absatz 6 RSAV) zeigen auf, dass nicht immer zweifelsfrei ein plausibler medizinischer und/oder diagnostischer Grund festgestellt werden kann. Ebenso erscheinen bestimmte Morbiditätsgruppen immer wieder auf der Ausschlussliste und die Recherchen im Zusammenhang mit der Plausibilitätsprüfung lassen den Rückschluss zu, dass das Potential zur Sicherstellung der Manipulationssicherheit in den Aufgreifkriterien noch lange nicht ausgeschöpft ist.

So kann beispielsweise bei der HMG Entwicklungsstörungen (HMG0008) relativ simpel eine Altersgrenze/ Alterssplit auf 17 Jahre eingeführt werden, da Entwicklungsstörungen wie Dyskalkulie oder Legasthenie usw. insbesondere im Kindes- und Jugendalter kostenrelevant sind. In der aktuellen Klassifikation ist die maximale Altersgrenze aber bei 124.

Ein weiteres Beispiel ist die Trigeminusneuralgie oder das komplexe regionale Schmerzsyndrom/ CPRS (im AJ 2022 in der HMG0167 und aktuell in der HMG0080). Beide Krankheitsbilder werden in erster Linie schmerztherapeutisch behandelt. Eine Validierung über Arzneimittel wäre auch hier somit ein probates und einfaches Instrument, um die Manipulationssicherheit zu verbessern. Dies trifft im Übrigen auf alle Neuralgien zu, die mit Arzneimitteln behandelt werden. Aus diesem Grunde empfehlen wir das Thema Neuralgien in den kommenden Zyklen nochmal genauer zu prüfen.

### **3.3. Problematik mehrfach validierender Arzneimittel**

Wir begrüßen prinzipiell die Validierung von bestimmten Krankheitsbildern mit Arzneimitteln als Aufgreifkriterium, da dies die tatsächliche Versorgung abbildet und somit das System des Klassifikationsmodells weniger manipulationsanfällig macht. Darüber hinaus bietet die Arzneimitteldifferenzierung nach einem pyramidalen System mit der Abgrenzung immer kleiner werdender Subgruppen ein gutes Mittel zur Abbildung verschiedener Therapieansätze und/oder Schweregrade.

In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass bestimmte Arzneimittel mit sehr breitem Anwendungsgebiet zur Validierung verschiedener Krankheiten hinterlegt sind, was dazu führen kann, dass das selbe - unspezifische und breit eingesetzte - Medikament zur Zuweisung für verschiedene Krankheitsbilder führen kann. So kann beispielweise die Verordnung eines NSARS zu einer gleichzeitigen Zuweisung bei Osteoarthritis (DxG 197/198 mit der HMG0040), Gicht/Arthritis urica mit Bedarfsmedikation (DxG1154 mit der HMG0314), sowie Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation (DxG1256 mit der HMG0080). Ein ähnliches Bild zeigt sich u.a.



bei der Arzneimittelgruppe der Betablocker. Wir bitten dies zu überprüfen und beispielsweise durch eine Ausweitung des pyramidalen Systems auf weitere Krankheitsbilder anzupassen.

Des Weiteren gibt es andere Krankheitsbilder, die im Versorgungsalltag eine Diagnosehinterlegung verschiedener ICDs ermöglichen. Dies kann wiederum dazu führen, dass das selbe Krankheitsbild (je nach Ausprägung) beim selben Patienten aufgrund der Arzneimittelverordnung (für dieselbe Symptomatik) zu einer parallelen Zuweisung über verschiedene HMGs führt. Dies könnte u.a. durch eine entsprechende Anpassung der Hierarchisierung oder aber der Zusammenlegung verschiedener DxGs aus verschiedenen Hierarchien in eine HMG behoben werden. Ein Beispiel hierfür wäre Psoriasis (ICD L40 ohne L40.5) und Psoriasis-Athrophathie (ICD L40.5) die in unterschiedliche Hierarchien (Hierarchie 22 und 7) münden.

### **3.4. Anmerkungen zu einzelnen Hierarchien**

Auch wenn der Fokus im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2024 nicht spezifisch auf Arzneimittel lag, möchten wir gerne zu einzelnen Hierarchien und HMGs folgende Anmerkungen und Vorschläge machen:

#### ***Hierarchie 02 - Neubildungen***

Wie bereits in unserer Stellungnahme zum Festlegungsentwurf 2023 ausgeführt, regen wir eine Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung für alle Diagnosen im onkologischen Spektrum an, die nicht nur spezifische „zielgerichtete“ Therapien wie z.B. Proteinkinase-Inhibitoren oder monoklonale Antikörper umfassen sollte, sondern auch die „konventionellen“ Zytostatika, die nach wie vor eine der Hauptsäulen in der medikamentösen Tumorthherapie darstellen bzw. in Kombination mit zielgerichteten Therapien Anwendung finden.

Bei den „zielgerichteten Therapien“ sollte eine regelmäßige Überprüfung der Arzneimittelgruppen erfolgen: so sollten im aktuellen Modell die ATC-Gruppen L01XG (Proteasom-Inhibitoren), L01XH (Histon-Deacetylase (HDAC)-Inhibitoren), L01XJ (Hedgehog-Signalweg-Inhibitoren), L01XK (PARPP-Inhibitoren) sowie L01XX (KRAS-Inhibitoren) ergänzt werden.

#### ***Hierarchie 04 - metabolische Erkrankungen***

Hier möchten wir erneut auf die Notwendigkeit der Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung von einzelnen Erkrankungen hinweisen, die aktuell der HMG 24 zugeordnet sind, für die aber z.T. schon seit mehreren Jahren spezifische – und extrem hochpreisige – Therapien verfügbar sind. Beispielhaft sei hier Lumasiran (A16AX19) für die primäre Hyperoxalurie Typ I oder Cerliponase alfa (A16AB17) bei der neuronalen Ceroid-Lipofuszinose genannt. Für weitere Vorschläge zum Arzneimittelaufgriff, auch in anderen Hierarchien, verweisen wir auf die Tabelle mit den Einzelvorschlägen.

Vor diesem Hintergrund möchten wir gerne darauf hinweisen, dass die HMG0024 je nach Krankheitsbild starke Über- und Unterdeckungen aufweist und würden deshalb um eine grundlegende Überprüfung dieser HMG bitten.

Bei mittlerweile 4 zugelassenen Medikamenten für die hereditären Amyloidosen (E85.-) in der HMG0022 sollte für diese Erkrankungen zwingend eine Arzneimittelvalidierung umgesetzt werden.

***Hierarchie 16 - Herzerkrankungen bzw. Hierarchie 20 - Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege***

SGLT-2-Inhibitoren sollten gemäß ihrer (erweiterten) Zulassung auch für die entsprechenden DxGs Herzinsuffizienz und chron. Niereninsuffizienz als Aufgreifkriterium ergänzt werden.

***Hierarchie 22 - Erkrankungen der Haut***

Die Vereinigung der beiden HMGs HMG0219 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II“ und HMG0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I“ unter dem neuen Namen HMG0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I und II“ ist, aufgrund der Hierarchieverletzung im Ausgangsmodell, durchaus nachvollziehbar.

Allerdings haben sich die Mengen- als auch Kostenschätzerwerte der betroffenen HMGs im Ausgangsmodell 2024 gegenüber dem Klassifikationsmodell 2023 deutlich verändert. Dies erscheint auf den ersten Blick wenig nachvollziehbar und wirft u.a. die Frage auf, ob die ausdifferenzierenden ATC-Codes weiterhin sachgerecht zugeordnet sind.

Vor diesem Hintergrund würden wir es begrüßen, wenn die HMG0219 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II“ und die HMG0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I“, analog der Festlegung 2023 bzw. des Ausgangsmodells 2024, im Festlegungszyklus für das Klassifikationsmodell 2025 wieder Berücksichtigung finden würden. Zudem erachten wir eine Überprüfung der Zuordnung der differenzierenden ATC-Codes als zielführend.

## **4. Zuweisungen für Auslandsversicherte**

### **4.1. Bewertung der Umsetzung im KLM 2023 und Berücksichtigung der Stellungnahmen**

Auf die Herausforderung auch für Versicherte mit überwiegendem Aufenthalt im Ausland eine zielgenaue Deckungssituation zu erreichen, reagierte das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) im Ausgleichsjahr 2023 mit der Einführung von Wohnlandgruppen, die sich **einerseits** aus den versichertenindividuellen Zuordnungen der Auslandsversichertenzeiten und Abkommensstaaten gewinnen lassen. Andererseits werden die Ausgaben aus den Ausgabenmeldungen der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA), den versichertenbezogenen Ausgaben der Satzart 703 und einmal mehr aus den Ausgabedaten des Folgegutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte (EsFoMed et al. 2019) verwendet.

Bereits in der Stellungnahme zum Entwurf des Klassifikationsmodells 2023 stellten die Betriebskrankenkassen fest, dass das BAS den Anforderungen des Gesetzgebers, die dem BAS einen weitgehenden Spielraum einräumen, mit dem vorliegenden Verfahrensvorschlag umfassend in sachgerechter Art und Weise nachkommt.

In Reaktion auf ergänzende Vorschläge, die im Rahmen der Anhörung vorgetragen wurden, griff das BAS die Vorschläge der Anhörungspartner, etwa zur Einführung einer Sondergruppe für Konstellationen, in denen eine eindeutige Zuordnung der Auslandsversicherten nicht möglich ist, ebenso auf, wie den Vorschlag einer Neuordnung des Landes Luxemburg zu einer neuen Hochkostengruppe, bestehend aus Norwegen, Luxemburg und der Schweiz.

Diese Anpassungen begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich, auch weil diese Beispiele – sowie die Erläuterungen zu anderen, nicht umgesetzten Vorschlägen Anderer – zeigen, dass das Anhörungsverfahren geeignet ist sinnvolle Anpassungen vorzunehmen bzw. durch Begründungen aufzuzeigen weshalb auch einige Vorschläge nicht aufgegriffen wurden.

### **4.2. Datenbeschreibung und Aufbereitung**

Die verwendeten Daten zur Bestimmung der relevanten Einflussgrößen werden größtenteils in nachvollziehbarer Art beschrieben. Dies gilt insbesondere für die Verteilung von Inlands- und Auslandskosten, die nach Ländern ausgewiesen werden bzw. auch für die Abkommensstaaten zu denen keine Ausgabensummen vorliegen.

Hinsichtlich der nicht eindeutig zuordenbaren Wohnländer, dies betrifft 500 Versicherte bzw. 434 Versichertenjahre wäre allerdings eine konkrete Beschreibung der Hintergründe dienlich. Gleiches gilt für den Umfang der Versicherten, deren Ausgaben

zumindest anteilig via Risikopool ausgeglichen werden.

### **4.3. Bildung der Wohnlandgruppen**

Bereits im Vorjahr stützten die Betriebskrankenkassen die grundsätzlichen Vorstellungen des BAS zur Bildung und Abgrenzung der Wohnlandgruppen.

Einerseits darf dabei die gesonderte Behandlung Großbritanniens erwähnt werden welches letztlich aufgrund der möglicherweise instabilen Ausgabensituation im Zuge des EU-Austritts kaum prognostizierbar, aber mit Blick auf die geringe Belegung (2021: 470 Versicherte bzw. 461 Versichertenjahre) auch nicht in besonderem Maße kritisch ist. Andererseits wurde angeregt die Abgrenzung von Kostenhomogenität und geographischer Nähe zu prüfen bzw. die Homogenität der Ausgabenmittelwerte höher zu gewichten, als die geographische Nähe der Länder einer Wohnlandgruppe. Das Argument, dass die geographische Nähe auf ähnliche Sozialversicherungssysteme, einer ähnlichen Wirtschaftskraft und ähnlicher Lebensverhältnisse hindeutet, mag stimmen.

Im letztjährigen Anhörungsverfahren wurde an verschiedenen Beispielen verdeutlicht, dass dieser Aspekt nicht per se trägt und die Frage platziert, ob dieses Merkmal zu Gunsten einer Ausgabenbetrachtung zurückgebaut oder in eine Rangfolge gesetzt werden sollte.

Das BAS geht im Festlegungsentwurf dergestalt darauf ein, dass nunmehr auf das Kriterium „geographische Nähe“ verzichtet wird. Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vom BAS vorgenommene Fokussierung auf das Beurteilungskriterium „mittlere gewichtete Ausgaben je Wohnstaat“ und die damit verbundene Vernachlässigung der „geographischen Nähe“ der Länder zueinander.

Die Beibehaltung der Beurteilungsschwelle von 1.000 Versichertenjahren je Abkommensstaat ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen zwar willkürlich gewählt, allerdings ist dieses Vorgehen einerseits durch die rechtlichen Vorgaben gedeckt und andererseits resultieren aus diesem Vorgehen keine erkennbaren Verfahrensunsicherheiten bzw. sachliche Widersprüche und ist insofern nicht zu beanstanden, dies auch, weil der „Sonderfall Großbritannien“ aus guten Gründen abweichend behandelt wird.

Positiv hervorzuheben ist zudem, dass durch diese Beurteilungsschwelle ein angemessener Grad aus zielgenauem und praktischem Verfahren erreicht wird. So werden über 99 % aller betroffenen Auslandsversichertenjahre gar nicht über die abweichende Methodik der Zusammenlegung erfasst, sondern vielmehr direkt zugeordnet. Die bereits oben erläuterte abweichende Behandlung Großbritanniens halten die Betriebskrankenkassen indes für sachgerecht.

## **5. Zur Gestaltung der Regionalkomponente**

Die Auswahl der Regionalvariablen wurde erneut anhand des aus den vergangenen Ausgleichsjahren bekannten Algorithmus überprüft. Im Vergleich zum Ausgleichsjahr 2023 kommen die Regionalvariablen „Pendlersaldo“ und „Ausländeranteil“ neu dazu, die Variablen „Gesamtwanderungssaldo“, „Wohnfläche“ und „Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“ entfallen. Auch an der neuen Variablenauswahl lassen sich die Auffälligkeiten der vorherigen Jahre beobachten. Einige Variablen weisen sehr geringe Abstände der Dezil-Grenzen auf, zudem ergeben sich weiterhin auffallend nicht-monotone Verläufe der Zuschlagswerte über die einzelnen Dezile. Von den neu ausgewählten Variablen sind hier insbesondere der „Ausländeranteil“ sowie der „Pendlersaldo“ auffällig, wobei die Zu- und Abschlüsse betragsmäßig vergleichsweise gering sind.

Auf Ebene einzelner Landkreise kommt es erneut zu starken Änderungen der RGG-Zuweisungen im Vergleich zum Klassifikationsmodell 2023, dies lässt sich anhand vergangener Berechnungen des GKV-SV auch für die gleiche Datenbasis des Jahresausgleichs 2021 nachvollziehen. Die Neu-Zuordnung zu anderen Dezilen mit deutlich höheren/niedrigeren Zuschlägen als im Vorjahr erklärt diese Auffälligkeit nicht. Der Effekt tritt auch in Kreisen mit im Vergleich zum Vorjahr relativ „stabilen“ RGG-Zuordnungen auf.

Zu den möglichen Ursachen verweisen wir auf die Ausführungen in der letztjährigen Stellungnahme. Nach mittlerweile drei Anpassungszyklen zeichnet sich ab, dass regional stark schwankende RGG-Zuweisungen offenbar unabhängig von der konkreten Anzahl und Gestalt der ausgewählten Regionalvariablen auftreten. Auf Basis der Daten der Betriebskrankenkasse lässt sich nachvollziehen, dass sich auch für überregional tätige Kassen eine stärkere Volatilität der RGG-Zuweisungen beobachten lässt als bspw. für die HMG-Zuweisungen, obwohl das Zuweisungsvolumen für HMGs betragsmäßig erheblich (ca. Faktor 8) höher ist. Dabei können sowohl Wechsel der Datengrundlage (etwa im Verlaufe des Abschlagsverfahrens) als auch Modellwechsel (Wechsel des Ausgleichsjahres bei gleicher Datenbasis) zu den Schwankungen führen.

Ein Fokus bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells sollte daher sein, die Ursachen der beobachteten Schwankungen zu untersuchen und, insbesondere unter Rückgriff auf die Erkenntnisse des anstehenden Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats zur Regionalkomponente, das Modell robuster gegen die beobachtete Volatilität zwischen den einzelnen Jahren zu machen.

## **6. Schlussbemerkung**

Die Betriebskrankenkassen akzeptieren die starken Einschränkungen des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2024 mit Blick auf die anstehenden Gutachten. Mit Blick auf den immer noch anstehenden Konsolidierungsbedarf am Modell und die zahlreichen offenen Vorschläge von Kassenseite sollte im nächsten Jahr die Arbeit am

Modell jedoch wieder intensiviert werden.

In jedem Fall würden wir eine möglichst frühe Information durch das BAS zu den geplanten Schwerpunktsetzungen im Ausgleichsjahr 2024 begrüßen. Vielleicht können die Spielräume, die in diesem Jahr gewonnen wurden, auch genutzt werden, um die Vorschläge zur Gestaltung des Verfahrens und zur Methodik bei der Überarbeitung der Hierarchien aus diesem und dem letzten Jahr aufzugreifen. Wir sehen hierin erhebliches Potenzial zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Anhörungspartner und der fachlichen Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

**Für weitere Informationen:**

Dr. Thomas Schepp, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 702

Dr. Andreas Binder, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 706

Fabian Joost, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 707

Martin Richter, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 708

## Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

### 7. Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund	Vorschlag
4	Aufgreifkriterium	E85.-	123	22	N07XX08, N07XX12, N07XX18,N07XX15,	zur spezifischen Therapie der hereditären Amyloidosen stehen mittlerweile 4 zugelassene Arzneimittel (Tafamidis, Patisira, Vutrisiran und Inotersen) zur Verfügung mit Jahrestherapiekosten von ca. 300 - 500.000 €	Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung und Herauslösen aus HMG022
4	Aufgreifkriterium	E75.5		24	A16AB14	spezifische Therapie mit Sebelipase alfa der Lysosomalen saure Lipase Mangel (Sonstige Störungen der Lipidspeicherung)	Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung und Herauslösen aus HMG24
4	Aufgreifkriterium	E77.1		24	A16AB15	Enzymersatztherapie bei $\alpha$ -Mannosidose	Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung und Herauslösen aus HMG24
4	Aufgreifkriterium	E75.4	119	24	A16AB17	Neuronale Ceroid-Lipofuszinose Typ 2 mit spezifischer Therapie. Vorschlag zur Arzneimittelvalidierung aus Vorjahren	Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung der Neuronale Ceroid-Lipofuszinose Typ 2
4	Aufgreifkriterium	E74.8	119	24	A16AX18	Lumasiran: kausale Therapie der primäre Hyperoxalurie Typ I	Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung der prim. Hyperoxalurie
4	Aufgreifkriterium	E78.3		24	C10AX16	Familiäres Chylomikronämie Syndrom	Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung und Herauslösen aus HMG24
4	Aufgreifkriterium	E75.2	116	281	A16AB25	M. Niemann-Pick - weitere Zulassung Olipudase alfa	Ergänzung von A16AB25 zur bestehenden ATC-Liste
4	Aufgreifkriterium	E75.2	120	282	A16AB20	Neuzulassung Therapie M. Fabry	Ergänzung von A16AB20 zur bestehenden ATC-Liste
4	Aufgreifkriterium	E80.0	879	399	D02BB02	Afamelatonid zur Behandlung der hereditären erythropoetischen Porphyrie	Ergänzung von D02BB02 zu der bestehenden ATC-Liste



## Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund	Vorschlag
7	Aufgreifkriterium	M30.1	205,187	311,312	R03DX09	Mepolizumab zugelassen bei eosinophiler Granulomatose mit Polyangiitis (Churg-Strauss-Syndrom)	Ergänzung R03DX09 in bestehende ATC-Liste
7	Aufgreifkriterium		1154	314		Durch die Arzneimittel-Validierung als Bedarfsmedikation mit z.T. sehr unspezifischen ATCs mit breitem Anwendungsgebiet werden häufige Gichtanfälle bzw. chronische Gicht im Vergleich zu gelegentlichen und leicht beherrschbaren Gichtanfällen nicht angemessen abgebildet. Eine Berechnung auf BKK-Daten ergab bei einer Validierung als Dauermedikation eine Verbesserung der Gütemaße. Auch bei anderen anfalls- oder schubartig verlaufenden Krankheitsbildern ist im aktuellen Klassifikationsmodell eine Validierung mit Dauermedikation statt Bedarfsmedikation vorgesehen. Beispiele dafür sind Asthma bronchiale (alle Altersgruppen), DxG 23) und atopisches Ekzem mit Dauermedikation I und II, DxG 1288 und 1287).	Wir bitten um empirische Überprüfung der Arzneimittelvalidierung mit Dauermedikation (183 Behandlungstage) statt Bedarfsmedikation (42/21 Behandlungstage)
8	Aufgreifkriterium	D56.1	194	181	B03XA06	Luspatercept für beta-Thalassämie.	Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung der Thalassämie
11	Aufgreifkriterium		87262,8 38,839	54,55,58	N01AX14	Esketamin mit Zulassung für schwere Depression	Ergänzung des ATC-Codes N01AX14
12	Altersgrenze		8	8		Die HMG0008 umschreibt Entwicklungsstörungen, die insbesondere im Kindes- und Jugendalter kostenrelevant sind. In der Klassifikation ist die maximale Altersgrenze bei 124.	Änderung der Altersgrenze auf 17 Jahre

## Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund	Vorschlag
13	ICD Abgrenzung	M46.8-M46.89 und M46.9-M49.99	1272	211		Wir empfehlen eine Durchsicht der Diagnosen in der Klassifikation, die laut Leitlinien und Kodierrichtlinien ebenfalls zu den WS-Infektionen gehören. Neben der M46.5 (Sonstige infektiöse Spondylopathien) fehlt (DxG0701 Sonstige infektiöse Spondylopathien). Hier ist ebenfalls eine Infektion (Infektionserreger sind zusätzlich zu kodieren aus ICD B95-B98) die Ursache und die Diagnose gehört nomenklatorisch ebenfalls zu den Infektionen der Wirbelsäule. Laut Leitlinie ( <a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/151-001I_S2k_Diagnostik-Therapie-Spondylodiszitis_2020-10.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/151-001I_S2k_Diagnostik-Therapie-Spondylodiszitis_2020-10.pdf</a> ) zählen auch die M46.8 und M46.9 zu den WS-Infektionen (siehe dazu Seite 22-24).	Verschiebung der M46.8* und M46.9* in die DXG1332/ HMG0296
14	Aufgreifkriterium	G90.5 bis G90.7	1333	80	H02AB, M03AX, M05BA, M05BB, N01AX, N01BB, N01BX, N02AA, N02AB, N02AC, N02AD, N02AE, N02AF, N02AG, N02AJ, N02AX, N02BF, N03AF, N06AA, N06AX, N06DX	Die Diagnosen G90.5 bis G90.7 (DxG1333) umfassen das komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS), welches nach Verletzungen oder operativen Eingriffen an den oberen oder unteren Extremitäten auftreten kann. Es äußert sich durch Schmerzen, Schwellungen, Rötungen, Überwärmung und Funktionsverlust der Gliedmaßen, ohne dass eine Infektion vorliegt. Maßgebliches Kriterium für die Diagnosestellung ist ein anhaltender Schmerz. Als Therapie empfiehlt die Leitlinie neben der T. der medikamentöse Therapie chronischer (neuropathischer) Schmerzen auch Bisphosphonate, Glucocorticoide, Antikonvulsiva sowie bei Therapieresistenz auch Ketamin/ Memantine	Herauslösung der Diagnosen G90.5 bis G90.7 aus der HMG0080 und Prüfung einer AM Validierung mit H02AB, M03AX, M05BA, M05BB, N01AX, N01BB, N01BX, N02AA, N02AB, N02AC, N02AD, N02AE, N02AF, N02AG, N02AJ, N02AX, N02BF, N03AF, N06AA, N06AX, N06DX

## Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund	Vorschlag
14	Aufgreifkriterium	G50.0	337	80		Die Diagnose G50.0 umschreibt die Trigeminusneuralgie, die in erster Linie medikamentös behandelt wird.	Prüfung einer AM Validierung
14	Aufgreifkriterium		1256	80		<p>Die Auswahl der ATCs für Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation ist sehr umfangreich und z.T. unspezifisch. Für eine angemessene Berücksichtigung schwererer Krankheitsverläufe und der damit verbundenen Kostengewichte wäre u. E. die Therapie mit Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Antagonisten (ATC-Gruppe N02CD) gesondert zu berücksichtigen. Hiermit würde eine kleiner werdende Teilmenge von Arzneimitteln (N02CD) abgegrenzt. Dieser pyramidale Ansatz ist im aktuellen Klassifikationsmodell auch bei anderen Krankheitsbilder so hinterlegt, wodurch bestimmte Therapiestufen oder Schweregraden abgebildet werden. Ein Beispiel: dafür sind die Rheumatoiden Erkrankungen mit Dauermedikation I (HMG 312) und II, (HMG311). Hierbei finden sich spezifische teurere Arzneimittel (L01FA, L04AA, L04AB, L04AC) in der dominierenden HMG 311.</p> <p>Eine von den Betriebskrankenkassen durchgeführte Neuberechnung anhand von BKK-Daten ergab bei Einführung einer weiteren dominierenden HMG für Migräne mit Dauermedikation mit Eingrenzung auf die ATC-Gruppe N02CD eine Verbesserung der Gütemaße.</p>	<p>Wir bitten um die Überprüfung der Einführung eines "pyramidalen Systems" mit der Einführung einer weiteren HMG mit Eingrenzung auf die ATC-Gruppe N02CD.</p> <p>Zu den bereits bestehenden DxGs Migränekopfschmerz ohne Dauermedikation (DxG 513) und Sonstiger und Sonstiger und n.n.bez. Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation (DxG 955) und Migränekopfschmerz mit Dauermedikation (DxG 1256), würde dann eine weitere - die anderen 3 DxGs dominierende- HMG hinzukommen. Diese zusätzliche dominierende HMG würde dann nur mit der ATC-Gruppe N02CD als Dauermedikation validiert.</p>

## Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund	Vorschlag
14	Aufgreifkriterium		1251	307		Die validierenden ATCs für die DxG 1251 (Polyneuropathie mit Dauermedikation) sind nur für schwere Polyneuritiden (G61.1-9) klinisch relevant, nicht aber für die anderen ICDs in dieser DxG.	Wir empfehlen die Eingrenzung der ICDs in der DxG 1254 auf schwere Polyneuritiden (G61.1-9)
16	Aufgreifkriterium		354,355,367,368,369,376,385,539	79,82,83,91,131	A10BK	SGLT2-Inhibitoren mit Zulassungserweiterung für Herzinsuffizienz. Sehr pos. Bewertung in früher Nutzenbewertung nach §35, Aufnahme Leitlinien etc.	Ergänzung des ATC-Codes A10BK zur schon bestehenden ATC-Liste
16	Aufgreifkriterium		354,355,367,368,369,376,385,539	79,82,83,91,131	C01DX22	Vericiguat mit Zulassung für Herzinsuffizienz	Ergänzung des ATC-Codes C01Dx zur schon bestehenden ATC-Liste
19	Aufgreifkriterium		23,1296,1297	215,316	D11AH05	Zulassung Dupilumab für Asthma bronchiale ab 6 Jahre	Ergänzung des ATC-Codes D11AH05 zur schon bestehenden ATC-Liste
19	Aufgreifkriterium	J46	1296/1297	215/316		Der Status asthmaticus ist ein akuter, lebensbedrohlicher und trotz Therapie über 24 Stunden anhaltender Asthma-bronchiale-Anfall. Es handelt sich hier somit um einen intensivmedizinischen Notfall, der aufgrund der Dauer des Anfalls immer einer stationären Behandlung bedarf.	Änderung des Aufgreifkriteriums von obligater AM Validierung auf stationär erforderlich
19	Aufgreifkriterium				L01XG	Carfilzomib, Ixazomib etc. Zulassung zur zielgerichteten Therapie u.a. Multiples Myelom	Überprüfung der Aufnahme von Proteasom-Inhibitoren
19	Aufgreifkriterium				L01XH	Zielgerichtete Tumorthherapie	Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung
19	Aufgreifkriterium				L01XJ	Zielgerichtete Tumorthherapie	Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung

## Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund	Vorschlag
19	Aufgreifkriterium				L01XK	Spezifische Therapie mit Proteasom-Inhibitoren, z.B. Olaparib, Rucaparib, Niraparib etc. mit Zulassung für diverse solide Tumoren	Überprüfung der Aufnahme von PARPP-Inhibitoren
19	Aufgreifkriterium				L01XX	Zielgerichtete Tumorthherapie (z.B. Sotarasib)	Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung
20	Aufgreifkriterium	N15.1-N15.11 und N34.0	812	104		Aus unserer Sicht sollte die DxG 812 (Abszesse in der Niere oder den ableitenden Harnwegen) durch das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" validiert werden, da es sich klinisch um weitgehend gleiche Krankheitsbilder mit z.T. sogar schwereren Verläufen handelt (z.B. N15.1 Nierenabszess und perinephritischer Abszess).	Änderung des Aufgreifkriteriums von M2Q auf stationär erforderlich
20	Aufgreifkriterium		821,85	130	V03AX04	Difelikefalin. Erste zugelassene Therapie für CKD-assoziierten Pruritus. Leitlinienempfehlung	Ergänzung V03AX04 zur bestehenden ATC-Liste
20	Aufgreifkriterium		854,845, 541,537, 538,539, 542,821, 822,851		A10BK	SGLT2-Inhibitoren mit Zulassungserweiterung für chron. Niereninsuffizienz. Sehr pos. Bewertung in früher Nutzenbewertung nach §35, Aufnahme Leitlinien etc.	Ergänzung des ATC-Codes A10BK zur schon bestehenden ATC-Liste
21	Komorbidität			0146 + 0179 / 0779		Die Kombinationen verursachen hohe Überdeckungen.	

## Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund	Vorschlag
22	Aufgreifkriterium			123		<p>Es erscheint sachgerecht, dass nur höherpreisige systemisch wirksame Arzneimittel zur Validierung der HMG 123 (Atopisches Ekzem mit Dauermedikation II) hinterlegt werden. In der ATC-Gruppe D11AH sind jedoch u.a. auch topische Arzneimittel wie Pimecrolimus und Tacrolimus enthalten.</p> <p>Auch bei anderen Erkrankungen mit pyramidalen Ausdifferenzierung der Arzneimittel wird über die Abgrenzung spezifischerer und teurerer Arzneimittel die Abbildung bestimmter Therapiestufen oder Schweregrade entsprechend zielgenau umgesetzt (s. auch unser Hinweis zur DxG 1256)</p>	Wir empfehlen eine Streichung der ATC-Gruppe D11AH und stattdessen eine Hinterlegung des endstelligen ATC-Codes D11AH05 für Dupilumab bei der HMG 123.
22	Aufgreifkriterium	L28.1	440	220	D11AH05	Dupilumab für Prurigo nodularis zugelassen	Überprüfung einer Arzneimittelvalidierung für Prurigo nodularis
22	Aufgreifkriterium			151, 119		Die Arthritis psoriatica ist im Versorgungsalltag mitunter schwer von der Psoriasis abzugrenzen. Um alle hochpreisigen systemisch wirksamen Therapien entsprechend abzubilden, sollte geprüft werden, ob der ATC-Code L01FA bei den DxGs für Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I-III (829, 836, 1284) ergänzt werden kann.	Wir empfehlen die Überprüfung der Ergänzung der ATC-Gruppe L01FA

## Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund	Vorschlag
31	Aufgreifkriterium			62		Die Betriebskrankenkassen regen erneut an, den Vorschlag mit einer Arzneimitteldifferenzierung mit der ATC-Gruppe G03GA (Gonadotropine) und einer Mindestmenge von 10 DDD zu überprüfen	Arzneimitteldifferenzierung mit der ATC-Gruppe G03GA mit 10 DDDs
1 und 14	ICD Abgrenzung	A52.1 bis A52.3	671	362		alle ICD aus dem Bereich Syphilis (alle anderen A52 befinden sich bereits dort) sollte in die Hierarchie 1 verschoben werden	Verschiebung in DxG0444/ HMG0004 der Hierarchie 1
1 und 22	ICD Abgrenzung	A20.1	618/619	151/152		alle ICD aus dem Bereich Hautpest (der A20.0 sich bereits dort) sollte in die Hierarchie 1 verschoben werden oder aber A20.0 und A20.1 in die Hierarchie 22 als Hautinfektion	Verschiebung in DxG1308/ HMG0487 der Hierarchie 1
1 und 6	ICD Abgrenzung	K67.2	769	32		alle ICD aus dem Bereich Syphilis sollten in die Hierarchie 1 verschoben werden (hier befindet sich auch die Kardiovaskuläre Syphilis)	Verschiebung in DxG0444/ HMG0004 der Hierarchie 1
1 und 7	ICD Abgrenzung	A54.4	182	209		alle ICD aus dem Bereich der Gonokokkeninfektion (alle anderen A54 befinden sich bereits dort) sollte in die Hierarchie 1 verschoben werden	Verschiebung in DxG0314/ HMG0430 der Hierarchie 1
1 und 7	ICD Abgrenzung	M73.1-M73.19	1286	315		alle ICD aus dem Bereich Syphilis sollten in die Hierarchie 1 verschoben werden (hier befindet sich auch die Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis)	Verschiebung in DxG0444/ HMG0004 der Hierarchie 1
14 + 19	Komorbidität			0080 + 0214		Trotz weniger Versicherter 30.843 sehr hohe Überdeckung mit 203.245.692,14 € (DQ 134,73 %)	
26 und 4	ICD Abgrenzung	H28.0	558	429		alle ICD aus dem Bereich Diabetes sollten in der Hierarchie 4 abgebildet werden.	Verschiebung in die HMG0015 und HMG0391 der Hierarchie 4



## Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund	Vorschlag
4 + diverse	Komorbidität			0024 + diverse		In Zusammenhang mit der HMG0024 führen zahlreiche HMGs zu Über- / Unterdeckungen.	
7 + 22	Komorbidität			0311 + 0119		Trotz weniger Versicherter 55.097 sehr hohe Überdeckung mit 183.597.487,13 € (DQ 118,34 %)	
7 und 4	ICD Abgrenzung	M14.2-M14.29	24/780	315/566		alle ICD aus dem Bereich Diabetes sollten in der Hierarchie 4 abgebildet werden. Die ICD M14.29 ist sogar in einer anderen HMG als die anderen M14.2*	Verschiebung in die HMG0015 und HMG0391 der Hierarchie 4
7 und 8	ICD Abgrenzung	M36.2	24	566		Analog der Verschiebung der thrombotische Mikroangiopathie (M31.1) sollte auch die Arthritis bei Hämophilie (M36.2) konsequenterweise in die Hierarchie 8 verschoben werden	Verschiebung in die Hierarchie 8