

# ANHÖRUNG ZUM ENTWURF DER FESTLEGUNG VON RISIKOGRUPPEN, ZUORDNUNGSALGORITHMUS, REGRESSIONSVERFAHREN UND BERECHNUNGSVERFAHREN FÜR DAS AUSGLEICHSAHR 2023

## ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Die diesjährigen Modellanpassungen zeichnen sich wie bereits im vergangenen Jahr durch komplexe Umstrukturierungen aus. Die Schwerpunktsetzung der Bearbeitung liegt dabei auf der Untersuchung häufig auftretender HMG-Kombinationen mit auffälligen Fehldeckungen. Hierarchieanpassungen bzw. HMG-Zusammenlegungen sind vornehmlich ökonomisch begründet und dienen dazu, Fehldeckungen zu reduzieren oder Doppelzuschläge zu vermeiden. Medizinische Aspekte treten dabei vermehrt in den Hintergrund.

Des Weiteren zeichnen sich die Anpassungen durch eine umfängliche Überarbeitung von Arzneimitteln als Aufgreifkriterium aus. Diese sind jeweils schlüssig argumentiert. Eine detaillierte Prüfung und Einschätzung der umfänglichen Änderungen durch Arzneimittelexperten der KBV sind nicht erfolgt.

Das methodische Vorgehen ist aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer grundsätzlich nachvollziehbar. Im Anhörungsverfahren des letzten Jahres regten sowohl GKV-SV als auch KBV und BÄK eine größtmögliche Transparenz relevanter Zwischenergebnisse an, da ansonsten die darauf aufbauenden Anpassungen willkürlich erscheinen könnten. In den Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen zu 2023 haben wir dies weiterhin vermisst. Wir gehen insofern davon aus, dass dies Bestandteil der nächsten gemeinsamen mündlichen Erörterungen sein wird. Angesichts der teilweise eher ökonomieorientierten Bewertungen durch andere Verbände und Institutionen kommt einer möglichst umfassenden medizinischen Einschätzung nach wie vor eine wesentliche Bedeutung für die Sachgerechtigkeit der weiter geplanten Anpassungen zu.

Eine detaillierte Kommentierung der Zuordnungen aus medizinischer Sicht entnehmen Sie bitte unseren Anmerkungen unter Kapitel III und IV. Im Rahmen der diesjährigen Stellungnahme haben wir nicht zu allen Hierarchien eine detaillierte Einschätzung vornehmen können. Grundsätzlich verweisen wir zur Überarbeitung der Hierarchien auch auf unsere Anmerkungen unter Kapitel II Methodik 5. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationssystem im Anhörungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2022.

## METHODIK (KAP. II 4-5)

### STATISTISCHE BEWERTUNGSKRITERIEN UND DATENBESCHREIBUNG

- **Statistische Bewertungskriterien**

Es wird kurz das Vorgehen vorgestellt, mit Hilfe dessen die statistischen Kennzahlen bestimmt werden. Die grundsätzliche Berechnung durch einen Abgleich der tatsächlichen Kosten mit den durch das Modell vorhergesagten Kosten, die Verwendung eines Risikopools sowie die konkreten Kennzahlen auf Individualebene ( $R^2$ , MAPE, CPM) sind, bei Aktualisierung der Datengrundlage,

analog wie im Vorjahr erläutert. Da diese Kennzahlen sich für die Bewertung der Modellgüte bewährt haben, sieht die KBV diese Herangehensweise als sinnvoll an.

Auch die Berechnung der Kennzahlen auf Krankenkassenebene ist identisch zum Ausgleichsjahr 2022. Hier ist daher aus Sicht der KBV und BÄK anzumerken, dass Kennzahlen auf Ebene der Einzelkassen (ggf. auch aggregiert auf Kassenarten) potentiell weitere Anhaltspunkte zur Weiterentwicklung liefern können, da die Mittelwertbildung über alle Kassen stark durch einzelne Ausreißer beeinflusst werden kann.

Die Kennzahlen auf regionaler Ebene, einschließlich des Variationskoeffizienten, erscheinen für die KBV und BÄK weiterhin geeignet, die Wirkung der Verteilung des RSA einschätzen zu können.

- **Datensatzaufbereitung und –beschreibung**

In dieser Periode werden die Morbiditätsdaten aus dem Berichtsjahr 2019 und die Leistungsausgaben ohne Krankengeld des Berichtsjahrs 2020 für die knapp 75 Millionen berücksichtigten Versicherten für den RSA verwendet. Das BAS gibt Kennzahlen der Verteilung der Leistungsausgaben an und vergleicht sie mit den entsprechenden Vorjahreswerten. Die Entwicklung der Zahlen in 2020 lassen sich laut BAS u. a. auf die Pandemie zurückführen, was auch plausibel erscheint.

Insgesamt ist die Beschreibung der Datengrundlage, einschließlich Qualitätssicherung und Aggregation, nachvollziehbar.

Im Folgenden werden Ergebnisse aus externen Untersuchungen zitiert, welche zeigen, dass die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen bzw. Krankenhausfälle in 2020 deutlich zurückgegangen sind und andererseits die Anzahl Verstorbener gestiegen ist. Nachfolgend wird weiter gezeigt, dass die Ausgaben der GKV von 2019 auf 2020 mit 1,27 % deutlich geringer anstiegen als in den Vorjahren, wobei dies sich durch die Veränderungen in den untersuchten Hauptleistungsbereichen widerspiegelt.

Anschließend wird untersucht, wie sich das  $R^2$  je nach verwendeter Datengrundlage und Modell im RSA ändert. Es zeigt sich, dass es bei Heranziehen des Berichtsjahrs 2020 einen deutlichen Rückgang des  $R^2$  gibt, wobei zur besseren Vergleichbarkeit die Rechnung für alle Modelle ohne Risikopool durchgeführt wurde. Rückgänge in ähnlicher Größenordnung gab es gleichwohl bereits in der Vergangenheit, ohne dass dies die Weiterentwicklung des Modells behindert hätte. Das CPM verhält sich bei gleicher Betrachtungsweise ähnlich. Berücksichtigt man den Risikopool im RSA, so wird die Wirkung der Datengrundlage auf  $R^2$  bzw. CPM abgeschwächt.

Als weiteren Einfluss, der die Modellgüte beeinflusst, wird eine neu verwendete Satzart genannt, die versichertenbezogene Arzneimittelrabatte beinhaltet. Dessen Auswirkungen sind jedoch laut BAS kleiner als die pandemiebezogenen Auswirkungen.

Als Fazit der genannten Erkenntnisse zieht das BAS, dass die Datengrundlage verwendbar sei. Dem können die KBV und die BÄK für den Kontext des Risikostrukturausgleichs folgen.

## **ENTWICKLUNG DES AUSGANGSMODELLS FÜR DAS AUSGLEICHSJAHR 2023**

- **Anpassungen an die ICD-10-GM**

Die Anpassungen an die ICD-10-GM Version 2022 sind aus unserer Sicht grundlegend sachgerecht. Die erforderlichen Änderungen in den Koduzuordnungen und die daraus resultierenden Berichtigungen in den Bezeichnungen sind nachvollziehbar und schlüssig.

- **Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes**

Entsprechend der nicht näher erläuterten Vorschläge aus dem Anhörungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2022 werden 188 ICD-Kodes neu in das Klassifikationssystem aufgenommen. Dies betrifft insbesondere Adipositas, Vergiftungen und weitere einzelne Diagnosen. Die Aufnahme wird

grundsätzlich begrüßt auch wenn eine genauere Analyse der Aufnahme nicht dargestellt wird (z.B. Modellkennzahlen mit und ohne Berücksichtigung dieser 188 ICD-Kodes). Die sich ergebenden Veränderungen in den HMG sind relativ schwer auszumachen, zumindest in der Hierarchie 04. Für die Bearbeitung wäre es hilfreich, große Tabellen wie Tabelle 5.3, aber auch Tabelle 5.1, in maschinenlesbarer Form vorliegen zu haben oder die entsprechenden ICD-Kodes in der Zuordnungstabelle in einer zusätzlichen Spalte zu markieren.

- **Zusammenlegung von Hierarchien**

Zur Zusammenlegung der bisherigen Hierarchien 03, 04 und 30 zur neuen Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ sowie der Zusammenlegung der bisherigen Hierarchien 09, 10 und 11 zur neuen Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ verweisen wir auf die Kommentare unter den jeweiligen Hierarchien selbst.

- **Verschiebung von ICD-Kodes im Rahmen der Neukonzeption der Hierarchie 27**

Die komplexe Umstrukturierung der Hierarchie nehmen wir zur Kenntnis, ohne eine detaillierte medizinische Einschätzung vornehmen zu können.

- **Gütemaße des Ausgangsmodells**

Insgesamt konnten die Gütemaße im Laufe der Jahre kontinuierlich verbessert werden. Die Gütemaße sowie die Regressionskoeffizienten verschiedener Modellversionen werden in zwei zusätzlichen Dateien berichtet. Dies ist zu begrüßen. Leider geht aus der Tabelle nicht eindeutig hervor, welche Bedeutung die einzelnen Spalten haben, da kein Tabellenblatt existiert, das Abkürzungen erläutert, auch wenn diese meist nachvollziehbar sind (z.B. steht SE-PTW wohl für den Standardfehler des Pro-Tag-Wertes).

## ANPASSUNGEN DER HIERARCHIEN (KAP. III 6-27)

Für Hierarchien, bei denen keine Änderungen zum Vormodell durchgeführt wurden, entfällt eine Kommentierung. Diese werden daher nicht aufgeführt.

### HIERARCHIE 01 „INFEKTIONEN“

Die Kodeverschiebungen innerhalb der Hierarchie 01 und zwischen der Hierarchie 01 und anderen Hierarchien erscheinen aufgrund des Organbezuges medizinisch plausibel und sind schlüssig argumentiert.

### HIERARCHIE 02 „NEUBILDUNGEN“

Die Berücksichtigung weiterer kostenintensiver Arzneimittelbehandlungen für die Weiterentwicklung des Hierarchiemodells kann nachvollzogen werden. Auch die Erweiterung des ICD-Spektrums von ehemals rein hämatologischen Neubildungen auf nun auch solide Tumoren erscheint angesichts des sich weiter entwickelnden Einsatzgebietes von Tyrosinkinaseinhibitoren und monoklonalen Antikörpern plausibel. Medizinisch nicht ganz nachvollziehbar ist jedoch die Aufnahme der ICD-10-GM-Kodes E34.0 und E88.3 in die DxG 0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“, 0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“. Die Codes E34.0 und E88.3 klassieren keine bösartigen Neubildungen per se, sondern „Stoffwechselstörungen“, denen eine bösartige Neubildung oder die (zytostatische) Behandlung einer bösartigen Neubildung zugrunde liegt.

### HIERARCHIE 04 „METABOLISCHE ERKRANKUNGEN“

Die komplexe Umstrukturierung der Hierarchie 04, insbesondere durch Zusammenlegung mehrerer Hierarchien, nehmen wir zur Kenntnis und weisen nur punktuell auf folgende Umstände hin:

Eine Abgrenzung zwischen „Nierenersatzverfahren“ (z.B. Dialysen) und „Blutreinigungsverfahren“ (z.B. Apherese) erscheint zumindest medizinisch sinnvoll, da sie sich sowohl in der Indikationsstellung als auch in der technischen Durchführung deutlich voneinander unterscheiden.

Der ICD-10-GM-Kode Z51.81 ist nicht spezifisch für Lipidapherese und könnte auch die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens aufgrund anderer Apherese (Plasmapherese, Zytapherese etc.) abbilden.

#### **HIERARCHIE 05 „ERKRANKUNGEN DER LEBER“**

Aufgrund neu zur Verfügung stehender ICD-10-GM-Kodes für die Stadieneinteilung der Leberzirrhose nach Child und Pugh wurden zwei neue HMG's gebildet und in die Hierarchie 05 eingeordnet. Zwar kann zu einem gewissen Prozentsatz eine Leberzirrhose auch ein laparotomischer/laparoskopischer Zufallsbefund sein, angesichts des Umstandes, dass das Stadium A nach Child und Pugh bereits bei geringfügigen laborchemischen Veränderungen erreicht wird, erscheinen die Fallzahlen aus den neuen HMG's 0351 „Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh B und C“ und 0350 „Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh A“ im Vergleich zu der alten HMG0026 „Leberzirrhose“ etwas niedrig. Auch die Differenz im Kostenschätzer HMG 0026 (alt) „Leberzirrhose“ und HMG 0350 (neu) „Leberzirrhose – Stadium Child-Pugh A“ von 2.594 € erscheint ungewöhnlich hoch.

Die hepatische Enzephalopathie ist ein Kriterium für die Ermittlung des Child-Pugh-Scores. Mit Stadium 3 oder 4 einer hepatischen Enzephalopathie wäre das Stadium B einer Leberzirrhose bereits hinreichend erfüllt. Wird das Stadium B einer Leberzirrhose kodiert, würde der Versichertenfall der HMG 0351 zugeordnet. Wird zusätzlich eine hepatische Enzephalopathie im Stadium 3 oder 4 kodiert, würde der Fall der HMG 0025 zugeordnet mit einem Unterschied in den Kostenschätzern von knapp 2.939€.

#### **HIERARCHIE 06 „GASTROINTESTINALE ERKRANKUNGEN“**

Die Verschiebung von ICD-10-GM-Kodes für die Verschlüsselung von Verbrennungen und Verätzungen am Gastrointestinaltrakt aus der Hierarchie 22 in die Hierarchie 06 erscheint wegen des Organbezuges medizinisch plausibel. Wir weisen darauf hin, dass die Codes T28.4 und T28.9 Verbrennungen und Verätzungen an inneren Organen verschlüsseln, die gerade *nicht* der Lokalisation „gastrointestinal“ zugeordnet sind. Aufgrund der geringen Fallzahlen in der zwischenzeitlich gebildeten HMG0334 „Verbrennung oder Verätzung sonstiger Teile des Verdauungstraktes oder sonstiger und Nicht näher bezeichneter innerer Organe“ wäre dieser Umstand wahrscheinlich zu vernachlässigen.

#### **HIERARCHIE 07 „ERKRANKUNGEN DES MUSKEL-SKELETT-SYSTEMS“**

Bei der Überarbeitung der Hierarchie 07 wurden zunächst 13 DxG neu gebildet und diesen unter medizinischen Aspekten eine Reihe von ICD-Kodes vor allem aus dem autoimmunologischen und rheumatoiden Formenkreis zugeordnet.

In weiteren Schritten wurden neue oder veränderte Aufgreifkriterien im Vergleich zum Ausgangsmodell umgesetzt. Hier wurde die Einbindung von Arzneimitteln durch die Kriterien „Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung über 183 Behandlungstage“ und „Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung über 42 Behandlungstage“ definiert. Zudem wurden elf DxGs über das M2Q-Kriterium aufgegriffen.

Beispielhaft für die Anwendung des Sonderfalls 1 als auch des M2Q-Kriteriums sind die neue DxG1142 „Systemischer Lupus erythematoses / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes“ und die neue DxG1143 „Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien“ zu nennen.

Des Weiteren sind Arzneimittelprüfungen im Vergleich zum Ausgangsmodell für mehr als 20 DxG-ATC-Zuordnungen neu festgesetzt worden, wobei dafür sowohl arzneimittelspezifische Kriterien als auch eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung Anwendung fand. Durch die weitreichenden Änderungen konnten wiederum fünf HMGs des Ausgangsmodells entfallen. Die Gesamtzahl der HMGs wurde nicht verändert. Durch weitere Verschiebungen einzelner Diagnosegruppen wurde zudem die Kostenhomogenität innerhalb der HMGs der Hierarchie verbessert. Abschließend erfolgte die Hierarchisierung in fünf Strängen mit einem gemeinsamen Strangende.

Diese weitreichenden Maßnahmen führten zu einem leichten Anstieg der Anzahl der Zuschläge (+0,5 %). Die Gütemaße des Modells verbesserten sich erfreulicherweise durch diese Anpassungen deutlich.

Die Anpassungen erfolgten in einem medizinisch nachvollziehbaren Kontext.

#### **HIERARCHIE 08 „HÄMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN“**

Die Verschiebung des ICD-10-GM-Kodes D77 in die Hierarchie 08 erscheint medizinisch plausibel, da die zugrundeliegende Ätiologie in Deutschland wahrscheinlich überwiegend keine Helminthose ist. Würden weitere Ätiologien berücksichtigt, ergäben sich zudem Zuordnungen zu verschiedenen Hierarchien. Die Berücksichtigung der Manifestation, die durch D77 verschlüsselt wird, erlaubt die eindeutigere Zuordnung zur Hierarchie 08.

Eine zukünftig geplante zeitgleiche Prüfung aller ICD-10-GM-Kodes für die Sarkoidose, die auf vier unterschiedliche Hierarchien verteilt sind, erscheint sinnvoll.

#### **HIERARCHIE 11 „PSYCHISCHE, KOGNITIVE UND SUCHTERKRANKUNGEN“**

Hinweise aus den Ausgleichsjahren 2019, 2021 und 2022 aufgreifend wurde die Hierarchie 11 auf Basis der Einbeziehung des Kriterium Komorbidität überarbeitet. So wird ein weiterer Schwerpunkt im diesjährigen Anpassungszyklus gesetzt.

Die Komorbiditätsstruktur der beteiligten HMGs erweist sich als so komplex, dass die hieraus resultierenden Überdeckungen nicht mit einer einfachen externen Dominanz zu beheben waren. Daher wurden die drei Hierarchien in der neu gefassten Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ zusammengefasst. Mehrere Stränge werden neu zusammengelegt oder komplett neu aufgesetzt über die Prüfung von 15 stufenweise umgesetzten Modellen mit der Intension, das gesamte Modell dennoch einfach zu halten. Die Maßnahmen scheinen geeignet, die Modellgüte weiter zu verbessern.

Darüber hinaus wurden im Rahmen der Modellanpassung die Ergebnisse von Arzneimittelprüfungen zur DxGs 0087 „Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen“ und 0843 „Sonstige manische und bipolare affektive Störungen“ die ATC-Kodes zum Wirkstoff Topiramat durch Streichung berücksichtigt, auch wenn sich alle Kennzahlen leicht verschlechtern.

#### **HIERARCHIE 13 „ERKRANKUNGEN / VERLETZUNGEN DER WIRBELSÄULE“**

Die neu in die Hierarchie aufgenommen ICD-Kode und deren Verortung sind schlüssig argumentiert und nachvollziehbar.

#### **HIERARCHIE 14 „NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN“**

Im letzten Festlegungsjahr wurde diese Hierarchie durch Maßnahmen wie die medizinisch intendierten Zusammenlegungen von Hierarchiesträngen und die Einführung einer Altersdifferenzierung für HMG0307 mit Bezug zu speziellen Störungen bei Neugeborenen weiterentwickelt.

Durch die aktuellen Entscheidungen mit Einbeziehung von Komorbiditätsanalysen in einen neu eingeführten unteren Strang und von Arzneimittelvalidierungen bzw. –differenzierungen wie die Berücksichtigung des ATC-Kodes „Cannabinoide“ für die DXG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ konnte eine weitere Konsolidierung dieser Hierarchie erreicht werden. Die Aufnahme der bisher nicht für die Klassifikation genutzten ICD-Kodes G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom und U09.9 Post-COVID-19-Zustand zu Erkrankungen „Spätfolgen von Infektionen des Zentralnervensystems“ in die DxG0279 der gleichnamigen, freistehenden HMG0308 „Chronische Müdigkeitssyndrome“ einerseits und die hierarchieübergreifender Verschiebung von zwei Morbiditätsgruppen mit sieben ICD-Kodes aus dieser Hierarchie in die Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen der Wirbelsäule“ andererseits adressiert zudem den aktuellen Stand der Medizin und verbessert damit die komplexe Struktur der Hierarchie 14 für neurologische Erkrankungsgruppen. Im Ergebnis der Umsetzung einer Reihe von mehrstufigen Analysen

konnten nachvollziehbar Über- bzw. Unterdeckungen ausgeschaltet werden, so dass die Modellgüte geringfügig verbessert wurde.

## **HIERARCHIE 16 „HERZERKRANKUNGEN“**

Die Einbeziehung von Codes für die Angabe von herzunterstützenden Systemen erscheint plausibel. Allerdings sollte beachtet werden, dass diese ICD-Kodes nicht die jeweiligen operativen Maßnahmen abbilden, sondern Anlässe für eine Inanspruchnahme des Gesundheitswesens aufgrund des Vorhandenseins von herzunterstützenden Systemen.

Folgende Versichertenzahlen erscheinen nicht nachvollziehbar: Mit den fünf ICD-10-GM-Kodes der Tabelle 17.3 (Z45.00, Z45.01, Z45.02, Z45.08, Z95.80) wird im Ausgangsmodell die HMG0493 „Herzunterstützende Systeme“ gebildet. Dieser HMG werden 161.742 Versicherte zugeordnet. Anschließend erfolgt ein Splitt der o.g. fünf ICD-10-GM-Kodes. Die Codes Z45.02 und Z95.80 bilden die HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“, der 12.971 Versicherte zugeordnet werden. Die drei Codes Z45.00, Z45.01 und Z45.08 verbleiben in der HMG0493, die in „Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiodenibrillator, Sonstiges“ umbenannt wird und der 65.499 Versicherte zugeordnet werden. Die durch den Splitt gebildeten beiden HMG's haben zusammen eine Versichertenzahl von 78.470 versus 161.742 vor dem Splitt. In welche HMG sind die restlichen 83.002 Versicherten abgewandert und warum?

Redaktionell könnte der Bereich Z45.- auf Z45.0- eingeschränkt werden.

Die Anzahl der Versicherten in der HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ von 12.971 erscheint zunächst etwas hoch. Es ist nicht davon auszugehen, dass es in Deutschland knapp 13.000 Kunstherzträger gibt. Laut InEK-Datenbrowser gab es in 2020 vier Fälle mit Implantation eines „Kunstherzens“ (OPS: 5-376.60). Wenn diejenigen Verfahren berücksichtigt würden, die keine Kurzzeitbehandlung während eines stationären Aufenthaltes umfassen und bei denen eine ambulante Weiterbetreuung aufgrund des herzunterstützenden Systems und damit Folgekosten vorstellbar sind, kommt man auf etwa 830 Implantationen. Die Zahl von 12.971 wird erst plausibel, wenn alle herzunterstützenden Systeme in der Klassierung des OPS-Kataloges, inklusive temporärer Verfahren wie beispielsweise (minimalisierte) Herz-Lungen-Maschine, ECMO mit Herzunterstützung oder intraaortale Gegenpulsation, berücksichtigt würden.

## **HIERARCHIE 17 „ZEREBROVASKULÄRE ERKRANKUNGEN“**

Nachdem im vorangegangenen Festlegungsjahr für diese Hierarchie eine Umstrukturierung und Reduzierung der Hierarchiestränge unter Berücksichtigung des eingeführten Kriteriums der Komorbidität im Klassifikationsmodell erfolgte, wurden in der diesjährigen Anpassung keine wesentlichen Änderungen im Ausgangsmodell umgesetzt. Allerdings wurden neue oder veränderte Aufgreifkriterien im Vergleich zum Ausgangsmodell für mehrere DxGs angepasst, das Kriterium „stationär erforderlich“ für die DxG0289 „Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik“ und die DxG0674 „Transiente zerebrale Ischämien“ festgelegt. Zudem wurde über eine externe Dominanzbeziehung die Hierarchie 23 „Verletzungen“ mit der Hierarchie 17 nachvollziehbar verknüpft, um Doppelzuschläge im Bereich intrakranieller Blutungen zu vermeiden.

## **HIERARCHIE 18 „GEFÄSS- UND KREISLAUFERKRANKUNGEN“**

Die Verschiebung der Codes aus Q82.0- Hereditäres Lymphödem in die Hierarchie 18, in der bereits die Lymphödeme anderer Genese verortet sind, erscheint medizinisch plausibel, da sich – unabhängig von der Genese – dieselben therapeutischen Konsequenzen ergeben. Eine Prüfung der Zusammenlegung der HMG's 0237 und 0112 hat zwar zu einer Verschlechterung des Modells geführt und wurde daher verworfen, ggf. könnte dennoch die Zusammenlegung aller Codes für das Lymphödem in einer HMG geprüft werden. Wir weisen darauf hin, dass für eine Verordnung von Heilmitteln bei langfristigem Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V das Stadium des Lymphödems (II oder III) spezifisch kodiert werden muss. Ggf. ergeben sich daraus Kostenunterschiede im Vergleich zu ICD-10-GM-Kodes, die ein anderes oder ein nicht näher bezeichnetes Stadium des Lymphödems verschlüsseln.

## **HIERARCHIE 19 „ERKRANKUNGEN DER LUNGE“**

Die umfangreichen Kodeverschiebungen aus anderen Hierarchien in die Hierarchie 19 erscheinen aufgrund des Organbezuges medizinisch plausibel und sind schlüssig argumentiert.

## **HIERARCHIE 20 „ERKRANKUNGEN DER NIERE UND DER ABLEITENDEN HARNWEGE“**

Die neu in die Hierarchie aufgenommen ICD-Kode und deren Verortung sind schlüssig argumentiert und nachvollziehbar.

## **HIERARCHIE 22 „ERKRANKUNGEN DER HAUT“**

Medizinisch intendiert wurden die ICD-Kodes D86.3 „Sarkoidose der Haut“ und T78.3 „Angioneurotisches Ödem“ in die Hierarchie 22 überführt. Zudem gelang es durch stufenweise Veränderungen des Modells eine Reduzierung der Komplexität der Hierarchie zu erreichen. Beispielhaft sind die Zusammenlegung von HMGs im Strang „Entzündliche und erythematöse Erkrankungen der Haut“, von HMGs im Strang „Infektionen der Haut“ und von HMGs im Strang „Blasenbildende Erkrankungen und angeborene Anomalien der Haut“ zu nennen.

Zudem werden aus der Hierarchie 23 „Verletzungen“ drei HMGs zu Verbrennungen, die einen Strang bilden, in die Hierarchie 22 integriert. Eine Verschlechterung der Gütemaße des Modells war wie im vorherigen Ausgleichsjahr nicht festzustellen, die Kennzahlen blieben stabil.

## **HIERARCHIE 23 „VERLETZUNGEN“**

Die komplexe Umstrukturierung der Hierarchie nehmen wir zur Kenntnis, ohne eine detaillierte medizinische Einschätzung vornehmen zu können.

## **HIERARCHIE 26 „ERKRANKUNGEN DES AUGES“**

Für das Ausgleichsjahr 2023 erfolgten nur wenige Anpassungen der Hierarchie 26. Nach medizinischer Prüfung des Ausgangsmodells wurden verschiedene ICD-Kodes aus verschiedenen DxG-Gruppen der HMG0430 „Sonstige Infektionen“ der neugebildeten DxG0772 „Weitere Infektionen des Auges“ zugeordnet. Diese DxG0772 ist der gleichnamigen, ebenfalls neuen HMG0222 zugeordnet, die zunächst freistehend in der Hierarchie berücksichtigt wurde. Diese Anpassungen sind schlüssig argumentiert und haben praktisch keine Auswirkungen auf die Kennzahlen und Gütemaße des Modells.

## **HIERARCHIE 27 „ERKRANKUNGEN DES NEUGEBORENEN UND SCHWERWIEGENDE FOLGEZUSTÄNDE IM ALTER BIS ZU FÜNF JAHREN“**

Die komplexe Umstrukturierung der Hierarchie nehmen wir zur Kenntnis, ohne eine detaillierte medizinische Einschätzung vornehmen zu können.

## **HIERARCHIE 29 „HALS-NASEN-OHREN-ERKRANKUNGEN“**

Die neu in die Hierarchie aufgenommen ICD-Kode und deren Verortung sind schlüssig argumentiert und nachvollziehbar.

## **HIERARCHIE 31 „GYNÄKOLOGISCHE UND ANDROLOGISCHE ERKRANKUNGEN“**

Die neu in die Hierarchie aufgenommen ICD-Kode und deren Verortung sind schlüssig argumentiert und nachvollziehbar.

# ANPASSUNG WEITERER BEREICHE DES KLASSIFIKATIONSSYSTEMS UND DES BERECHNUNGSVERFAHRENS (KAP. IV 28-29)

## REGIONALE RISIKOGRUPPEN

Auf Grundlage eines aktualisierten Datenbestandes erfolgte auch in diesem Ausgleichsjahr ein Ausgleich regionaler Deckungsunterschiede mit Hilfe von Regionalen Risikogruppen. Die Auswahl der Variablen für die Regionalkomponente wird auch in diesem Jahr nicht normativ festgelegt und ist somit nicht konstant zum Vorjahr. Stattdessen werden solche Variablen ausgewählt, die einen hohen statistischen Einfluss zur Aufklärung der Deckungsbeiträge auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte haben.

Im Vergleich zum Vorjahr (71 Variablen) enthält das diesjährige Ausgangsmodell 91 Regionale Risikogruppen. Durch diese verbessert sich die Vorhersagekraft des Modells hinsichtlich des regionalen MAPE. Die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede reduzieren sich in Höhe von 50 % (im Vorjahr ca. 43 %).

Die Regionalkomponente hat sich auch für das Ausgleichsjahr 2023 aus Sicht der KBV als geeignet erwiesen. Insbesondere die Verbesserung hinsichtlich der mittleren Fehlzurweisung auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte sowie der Krankenkassen verdeutlicht die Wichtigkeit der Berücksichtigung unterschiedlicher Ausgabenstrukturen der Region.

## AUSLANDSVERSICHERTE

Für das Ausgleichsjahr 2023 werden aufgrund des GVWG erstmalig länderbezogene Risikogruppen zur Berechnung der Zuweisungen für Auslandsversicherte, sog. Wohnlandgruppen, eingeführt. Das BAS kann zeigen, dass sich mit dem bisherigen Verfahren auf Basis von Alter und Geschlecht erhebliche Über- und Unterdeckungen auf Ebene der Wohnländer der Auslandsversicherten ergeben. Die Leistungsausgaben für Auslandsversicherte scheinen stärker von deren Wohnländern abzuhängen als vom Alter und Geschlecht der Auslandsversicherten. Mit der Einführung der Wohnlandgruppen verbessert sich die Genauigkeit der Zuweisungen für alle Wohnländer bis auf wenige Ausnahmen. Auch das gewichtete länderspezifische MAPE sinkt durch Einführung der Wohnlandgruppen von 1.167 € auf 18 €.

Auch die Zusammenfassung der 37 Länder zu 24 Wohnlandgruppen aufgrund teils geringer Versichertenzahlen in einigen Ländern kann die KBV nachvollziehen. Die hierbei verwendeten Kriterien erscheinen sinnvoll.