



**Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung
von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorith-
mus, Regressionsverfahren und Berechnungs-
verfahren für das
Ausgleichsjahr 2022**

09.08.2021

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

I.	Vorbemerkungen	3
II.	Hierarchieübergreifende Anmerkungen	4
	Darstellung der Modellstruktur	4
	Ko-/Multimorbidität	4
	Regionale Risikogruppen	6
	HMG-Altersdifferenzierung	7
	Hierarchieverletzungen	7
III.	Anpassung der Hierarchien	8
	Hierarchie 01 „Infektionen“	8
	Hierarchie 02 „Neubildungen“	9
	Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“	9
	Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“	10
	Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“	11
	Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“	12
	Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“	13
	Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	14
	Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“	14
	Hierarchie 23 „Verletzungen“	15
	Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“	16
	Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“	16
IV.	Sonstiges	17
	Gesamtbewertung der Anpassung	17
V.	Anmerkungen zur Festlegung	18
	Krankengeld nach § 45 SGB V	18
VI.	Redaktionelle Anmerkungen	18
	Anlage 1	18
	Erläuterungen zum Festlegungsentwurf	18

I. Vorbemerkungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich gemäß § 8 Abs. 4 Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) am 2. Juli 2021 seine Vorschläge für die bis zum 30. September 2021 zu treffenden Anpassungen für das Ausgleichsjahr 2022 vorgelegt.

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) regte im Anhörungsverfahren zum Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2021 an, die Berücksichtigung von Komorbidität systematisch zu analysieren, um das Auftreten mehrerer Krankheiten bei bestimmten Versichertengruppen im Vollmodell möglichst zielgenau abzubilden. Der Wissenschaftliche Beirat beim BAS hat diese Anregung aufgegriffen und sich bei der Überarbeitung der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2022 u.a. darauf konzentriert, die Berücksichtigung von Komorbiditäten innerhalb der Hierarchien zu überprüfen.

Das BAS verfolgt zudem die Zielsetzung durch die getroffenen Anpassungen „die Konsistenz und Übersichtlichkeit des Klassifikationsmodells weiter zu erhöhen“. Dies zeigt sich durch die deutliche Reduktion der Anzahl der unterschiedlichen HMGs, welche im Vergleich zum Ausgangsmodell von 520 auf 390 verringert wird.

Als Folge des GVWG und dem dort festgeschriebenen vollständigen Ausgleich der Kinderkrankengeldausgaben hat das BAS im Festlegungsentwurf in sachlogischer Konsequenz geregelt, dass die Krankengeldausgaben nach § 45 SGB V bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 11 RSAV unberücksichtigt bleiben.

Im Folgenden werden wir zunächst hierarchieübergreifende Anmerkungen in Kapitel II darstellen. Anschließend kommentieren wir die Änderungen in den einzelnen Hierarchien in Kapitel III. Kapitel IV enthält sonstige Hinweise. Anmerkungen zum Inhalt des eigentlichen Dokuments der Festlegung finden sich in Kapitel V. Abschließend haben wir in Kapitel VI redaktionelle Hinweise zusammengefasst.

II. Hierarchieübergreifende Anmerkungen

Darstellung der Modellstruktur

Wir freuen uns, dass das BAS unseren Vorschlag aus dem letzten Anhörungszyklus aufgegriffen und die Übersichtlichkeit der Modellstrukturen verbessert hat. Veränderungen, die sich durch Überarbeitung im Vergleich zur Festlegung 2021 ergeben, werden im Festlegungsentwurf 2022 grafisch hervorgehoben. Zum Teil wurden parallel nebeneinanderstehende Hierarchiestränge zur besseren Übersichtlichkeit nummeriert.

Auch wenn sich die Darstellung im Vergleich zu den vorherigen Stellungnahmeverfahren grundsätzlich verbessert hat, zeigt sich aus unserer Sicht weiteres Optimierungspotential. Während in der Hierarchie 6 im Ausgangsmodell alle 10 Hierarchiestränge durchnummeriert wurden, wurde in der Hierarchie 14 auf eine Nummerierung verzichtet. Eine konsequente und durchgängige Nummerierung aller Hierarchiestränge sowohl im Ausgangsmodell wie auch im Festlegungsentwurf würde die Verständlichkeit der durchgeführten Analyseschritte verbessern und die Übersichtlichkeit der Modellstruktur erhöhen.

Ko-/Multimorbidität

Ein Schwerpunkt bei der diesjährigen Überarbeitung des Klassifikationsmodells durch das BAS lag in der Untersuchung der Auswirkungen des Vollmodells auf die bestehenden Fehldeckungen bei multimorbiden Versicherten. Um das Auftreten mehrerer Krankheiten bei bestimmten Versichertengruppen im Vollmodell möglichst zielgenau abzubilden und fehlerhafte Kodieranreize zu reduzieren, hat das BAS eigenen Angaben zufolge eine systematische Untersuchung aller im Ausgangsmodell 2022 auftretenden HMG-Doppelkombinationen durchgeführt.

Laut BAS wurden im Rahmen der Überprüfung für die gemeinsam auftretenden HMGs die Odds Ratios berechnet. Diese Kennzahl soll sicherstellen, „dass HMG-Kombinationen, die nur aufgrund einer jeweils hohen Gesamtprävalenz häufig gemeinsam miteinander auftreten, nicht versehentlich in den Fokus der Betrachtung geraten. Im Gegenzug werden dafür Kombinationen aus HMGs mit eher niedriger Prävalenz adäquat bewertet, sofern zwischen dem gemeinsamen Auftreten der beiden HMGs (im Vergleich zum isolierten Auftreten) ein signifikanter Zusammenhang besteht.“ Wenngleich die Verwendung der Odds Ratios in diesem Zusammenhang nachvollziehbar ist, werden Werte der Kennzahl an keiner Stelle angegeben. So bleiben Entscheidungen, die durch die Odds Ratios begründet werden völlig intransparent. Hier wünschen wir uns die Angabe der konkreten Werte vor und nach Anpassungen, insbesondere wenn konkret auf die Odds Ratio in der Begründung abgestellt wird.

Unter Punkt 10.4 wird eine Strangzusammenlegung aufgrund bestehender Komorbiditäten zwischen HMG0879 und HMG0022 und HMG0023 argumentiert. Die zugehörigen Werte der Odds Ratios werden jedoch nicht dargestellt. Damit kann weder die Identifikation der betreffenden HMGs nachvollzogen werden noch die Veränderung hinsichtlich der Auswirkungen auf die Odds Ratios erkannt werden.

Ausgehend von Analysen, die der GKV-SV auf Basis der Festlegung des Ausgleichsjahres 2021 den Kassen zur Verfügung gestellt hat, lassen sich die dargestellten Überschneidungen zwar anhand des letztjährigen Modells nachvollziehen. Inwieweit die Zusammenlegung jedoch eine Verbesserung darstellt, ist nicht erkennbar. Tabelle 1 zeigt die Komorbiditäten-Ergebnisse seitens des GKV auf Basis der Festlegung AJ 2021.

Tabelle 1: Komorbiditäten in Hierarchie 4 (Auswertungen des GKV-SV auf Basis des AJ 2021)

HMG	HMG	Hierarchie	N	Deckungsbe	Deckungsqu	Gesamtdeckung	OR
HMG0023	HMG0879	04_	115.738	99,33 €	100,88%	11.496.805 €	4,2499
HMG0022	HMG0879	04_	21.044	496,66 €	104,67%	10.451.801 €	3,9186
HMG0007	HMG0879	04_	781	1.193,47 €	111,22%	932.100 €	3,3548
HMG0390	HMG0879	04_	108.937	30,34 €	100,62%	3.305.666 €	2,8574
HMG0544	HMG0879	04_	66.174	198,30 €	103,98%	13.122.181 €	2,5262
HMG0225	HMG0879	04_	1.173	129,65 €	100,63%	152.075 €	1,9248
HMG0286	HMG0879	04_	1.034	3.037,88 €	121,67%	3.141.169 €	1,9221
HMG0282	HMG0879	04_	100	1.003,26 €	100,46%	100.326 €	1,8460
HMG0279	HMG0879	04_	122	1.572,06 €	101,76%	191.791 €	1,2256
HMG0284	HMG0879	04_	30	8.576,44 €	102,21%	257.293 €	1,1892
HMG0285	HMG0879	04_	15	-12.887,53 €	98,17%	-193.313 €	1,1448
HMG0281	HMG0879	04_	34	-6.029,28 €	97,95%	-204.996 €	1,0049
HMG0021	HMG0879	04_	530	1.602,58 €	118,60%	849.369 €	0,9392
HMG0250	HMG0879	04_	17	-10.499,18 €	85,38%	-178.486 €	0,3396

Unter Verwendung der Analyseergebnisse des GKV-SV stellt sich zudem die Frage, nach welchen Grundsätzen das BAS bei der Analyse zu Komorbiditäten gefolgt ist. So bleiben in der Hierarchie 14 die Komorbiditäten gänzlich unberücksichtigt, wenngleich die Odds Ratios Handlungsbedarf nahelegen. Tabelle 2 zeigt nur eine kleine Auswahl der mehr als 800 Komorbiditäten basierend auf der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2021. Komorbiditäten mit einer Deckungsquote von mehr als 101 Prozent, einer Odds Ratio oberhalb von 10 und einer Besetzungszahl von mehr als 10.000 Versicherten sind hervorgehoben (grau eingefärbt).

Tabelle 2: Auswahl der Komorbiditäten in Hierarchie 14 (aus dem KLM2021)

HMG	HMG	Hierarchie	N	Deckungsbeitrag	Deckungsquo	Gesamtdeckung	OR
HMG0299	HMG0307	14_	9	-26.195,88 €	73,70%	-235.763 €	513,5295
HMG0379	HMG0980	14_	489	2.734,16 €	109,75%	1.337.006 €	403,0337
HMG0074	HMG0307	14_	150	-3.370,87 €	89,59%	-505.630 €	274,2978
HMG0302	HMG0980	14_	439	1.352,60 €	103,74%	593.791 €	260,6001
HMG0191	HMG0401	14_	6	12.017,04 €	245,73%	72.102 €	243,3630
HMG0093	HMG0980	14_	555	814,15 €	102,06%	451.852 €	241,1213
HMG0299	HMG0401	14_	8	-44.510,69 €	69,18%	-356.086 €	229,8101
HMG0093	HMG0307	14_	26	-2.249,93 €	92,10%	-58.498 €	209,8396
HMG0302	HMG0297	14_	181	-3.871,37 €	96,19%	-700.717 €	208,8420
HMG0093	HMG0302	14_	306	878,42 €	102,77%	268.796 €	201,8496
HMG0011	HMG0093	14_	94	2.741,93 €	111,44%	257.742 €	191,6613
HMG0093	HMG0299	14_	55	5.338,98 €	117,38%	293.644 €	186,6175
HMG0307	HMG0379	14_	12	-12.557,97 €	63,68%	-150.696 €	175,8803
HMG0299	HMG0075	14_	205	-13.006,14 €	77,97%	-2.666.258 €	120,0045
HMG0076	HMG0075	14_	18.213	267,06 €	101,71%	4.863.946 €	27,8698
HMG0684	HMG0076	14_	15.664	359,26 €	103,72%	5.627.471 €	16,5738
HMG0073	HMG0071	14_	93.587	133,10 €	101,03%	12.456.406 €	14,3185

Diese z.T. sehr inhomogene Interpretation der Odds Ratios im Rahmen der durchgeführten Komorbiditätsanalysen steht im Kontrast zu den vom BAS getroffenen Aussagen wonach als kritisch „auffallend häufig auftretende HMG-Kombinationen einzuschätzen [sind], wenn sich bei ihrem Vorliegen eine deutliche Fehldeckung (in der Regel in Form einer Überdeckung) bei den von der Kombination betroffenen Versicherten ergibt.“

Gerade mit Blick auf die durch die HMG-HMG-Wechselwirkungen bedingten Fehldeckungen und die dadurch entstehenden Fehlanreize halten wir eine strukturierte und systematische Auseinandersetzung des BAS im Rahmen der Komorbiditätsanalyse bei allen Hierarchiekapiteln für zwingend erforderlich. Die transparente Darstellung berechneter Odds Ratios analog zu anderen Gütemaßen erachten wir dabei als essenziell.

Regionale Risikogruppen

Das BAS hat im Festlegungsentwurf für Variablenselektion verwendete Datengrundlagen mit Quellenangaben und Ladedatum gekennzeichnet. Die für die Untersuchungen verwendeten Datengrundlagen wurden nicht veröffentlicht. Es kann nicht gewährleistet werden, dass die vom BAS verwendeten Daten zwischenzeitlich immer noch genauso verfügbar sind oder zwischenzeitlich ggf. schon Aktualisierungen der Datentabellen erfolgt sind. So waren einige INKAR-Daten zum Zeitpunkt der Überprüfung noch nicht über INKAR-online abrufbar. Für die Krankenkassen ist es daher nicht nachvollziehbar, welche Datengrundlagen für die Berechnungen herangezogen werden. Im Sinne einer größtmöglichen Transparenz, die den finanziellen Umverteilungswirkungen durch den RSA ge-

schuldet sein muss, ist es nicht nachvollziehbar, dass alle Beteiligten im Anhörungsverfahren sich selbst jede einzelne Kennzahl ermitteln muss und diese dann dennoch nicht mit den vom BAS verwendeten Kennzahlen abgleichen kann.

Wir erneuern daher unsere Forderung, dass alle vom BAS berücksichtigten Regionalmerkmale als Datei ebenfalls veröffentlicht werden. Hierdurch könnten auch etwaige Übertragungs-/Ermittlungsfehler beim Abzug der Daten aus den Internetportalen vermieden werden. Bereits im letzten Anhörungszyklus bemängelten wir die eingeschränkte Transparenz in dieser Hinsicht.

HMG-Altersdifferenzierung

Die im Rahmen Klassifikationsmodell 2020 begonnene systematische Prüfung der Zusammenhänge von Kostenunterschieden zwischen Alter und HMG wurde im Rahmen der Weiterentwicklung für das AJ 2022 nicht wieder aufgenommen. Dennoch möchten wir das BAS ermutigen im nächsten Weiterentwicklungszyklus die systematische Überprüfung fortzuführen und weitere Alterssplits zu prüfen um systematische Verwerfungen in den Deckungsgraden zu reduzieren und Risikoselektionsanreize zu beseitigen.

Hierarchieverletzungen

In der vorangegangenen Anhörungsverfahren wurde u.a. vom IKK e.V. immer wieder das Fehlen einheitlicher Kriterien für die Prüfung und Vereinigung von HMGs kritisiert. Aus unserer Sicht fehlt es an einer strukturierten und nachvollziehbaren Vorgehensweise, in welchen Fällen Morbiditätsgruppen zusammengeführt werden und in welchen Fällen nicht. Insbesondere bei den Prüfschritten vom Ausgangsmodell zu Festlegungsentwurf ist kein einheitliches Bild erkennbar. So werden in den Teilschritten beispielsweise HMGs vereinigt, deren Kostenschätzer sich z.T. um mehr als 7.700 Euro unterscheiden und deren Fallzahlen sich um das mehr als 100fache übersteigen (z.B. HMG0309, 0595 und 0596). Andernorts unterbleibt die Prüfung einer Zusammenlegung von HMGs, deren Kostengewichte sich weniger als 100 Euro unterscheiden, wie z.B. HMG0135 und HMG0574 in Hierarchie 6.

Aus unserer Sicht muss die Transparenz hinsichtlich der Entscheidungen zu Zusammenlegungen von Hierarchien durch weitergehende Erläuterungen erhöht werden.

III. Anpassung der Hierarchien

Hierarchie 01 „Infektionen“

Sowohl bei der Tuberkulose als auch die Syphilis handelt es sich um bakterielle Infektionskrankheiten, die durch entsprechende Antibiotika therapiert werden, wenn die Erkrankung ausbricht. Die Innungskrankenkassen regen daher bei beiden Indikationen die Prüfung einer Arzneimittelvalidierung mit 10 Behandlungstagen (BT) an, um die Folgekosten der klinisch relevanten Fälle adäquat zu berücksichtigen.

Dazu sollten die DxG0532 „Schwere Tuberkulose“, DxG0358 „Sonstige Tuberkulose“ und die DxG0551 „Knochen-Tuberkulose“ durch folgende ATC-Kodes aufgegriffen werden:

- J04AA Aminosalicylsäure und Derivate
- J04AB Antibiotika
- J04AC Hydrazide
- J04AD Thiocarbamid-Derivate
- J04AK Andere Mittel zur Behandlung der Tuberkulose
- J04AM Kombinationen von Mitteln zur Behandlung der Tuberkulose

Für die DxG0444 „Syphilis“ schlagen wir die Arzneimittelvalidierung mit folgenden ATC-Kodes vor:

- J01AA Tetracycline
- J01CA Penicilline mit erweitertem Wirkungsspektrum
- J01CE Beta-Lactamase-sensitive Penicilline
- J01CG Beta-Lactamase-Inhibitoren
- J01CR Kombinationen von Penicillinen, inkl. Beta-Lactamase-Inhibitoren
- J01DB Cephalosporine der 1. Generation
- J01DC Cephalosporine der 2. Generation
- J01DD Cephalosporine der 3. Generation
- J01DE Cephalosporine der 4. Generation
- J01DH Carbapeneme
- J01DI Andere Cephalosporine und Peneme
- J01FA Makrolide
- J01FF Lincosamide

Hierarchie 02 „Neubildungen“

Im Zuge der Überprüfung wurden die freistehenden HMGs zusammengelegt, deren Kostenschätzer sich nach der Konsolidierung verdrei- bis vervierfacht haben. Die Hintergründe für die Zusammenlegung erschließen sich nicht.

Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Im Festlegungsentwurf wurden Vorschläge zur Arzneimitteldifferenzierung untersucht, die bereits in vorangegangenen Anpassungszyklen vorgeschlagen wurden (lysosomalen saure Lipase-Mangels, neuronalen Ceroid-Lipofuszinose Typ 2). Auf die im letzten Jahr vom IKK e.V. vorgebrachte Arzneimittelvalidierung bei den Schilddrüsenerkrankungen wird jedoch nicht eingegangen. Wir hatten angeregt, für die in der HMG0879 „Näher bezeichneten Schilddrüsenerkrankungen“ enthaltenen DxGs0490 und 1314 vor der Zusammenlegung mit den HMGs0544 und 0390 eine Arzneimittelvalidierung anhand der ATC-Kodes H03AA, H03BA, H03BB, H03BC, H03BX, H03CA zu prüfen.

Erhöhte Cholesterinwerte gehören zum metabolischen Syndrom und damit zu einer Volkskrankheit mit hoher Prävalenz, unterschiedlichen Verläufen und unterschiedlichen Folgekosten. Wir empfehlen daher die DxG0590 zu splitten und den ICD-Kode der Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78.X) zu einer neuen DxG mit einer Arzneimittelvalidierung (Dauertherapie/183 BT) anhand folgender ATC-Kodes zusammenzufassen:

C10AA	HMG-CoA-Reduktasehemmer
C10AB	Fibrate
C10AC	Gallensäure bindende Mittel
C10AD	Nicotinsäure und Derivate
C10AX	Andere Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen
C10BA	HMG-CoA-Reduktasehemmer in Kombination mit anderen Mitteln, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen
C10BB	Fibrate in Kombination mit anderen Mitteln, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen
C10BE	Kombinationen von anderen Mitteln, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen
C20BX	HMG-CoA-Reduktasehemmer, andere Kombinationen

Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

In Strang 1 des Ausgangsmodells werden die HMGs 0309 „Fremdkörper im Gastrointestinaltrakt“ (1.674 Euro), 0595 „Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen im Gastrointestinaltrakt“ (8.602 Euro) und 0596 „Nicht näher bezeichnete Fremdkörper im Gastrointestinaltrakt“ (930 Euro) zusammengelegt. Es erschließt sich nicht, auf welcher Grundlage die Zusammenlegung erfolgt. Die Kostenunterschiede betragen rd. 7.700 Euro. Stattdessen werden im ersten Analyseschritt in Strang 1 die HMG0414 „Hernien“ (366 Euro) sowie die HMG0032 „Postoperativer Darmverschluss“ (355 Euro) trotz gleicher Kostenschätzer nicht vereinigt. Dies gilt auch für die HMGs1026 „Darmabszess, Fistel und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Darms“ (1.861 Euro) und 0274 „Colitis Ulcerosa mit Dauermedikation“ (1.699 Euro) in Strang 2.

Auf der Basis von Modell 01 hat das BAS die weitere Hierarchiekonsolidierung geprüft. Versuche, hierarchische Strukturen im Hinblick auf pathologisch/ ätiologischer Geschehnisse wie z.B. „Blutungen im Gastrointestinaltrakt“ oder „Angiodysplasien“ zu entwickeln wurden vom BAS verworfen. Die Untersuchungsergebnisse dazu wurden nicht veröffentlicht. Um die Prüfungen des BAS nachvollziehen zu können hätten wir uns weitere Informationen dazu gewünscht.

In Modell 3 (Tabelle 12.4) werden die vier HMGs 1012, 0580, 0600 und 0599 vereinigt. Während die Kosten für die HMGs0580 (3.760 Euro), 0600 (3.787 Euro) und 0599 (3.951 Euro) sehr nah beieinander liegen, beträgt die Kostendifferenz zur HMG1012 „Angiodysplasie mit Blutung“ fast 1.300 Euro.

Des Weiteren wird im Modell 3 (Tabelle 12.6) die HMG0601 „Insuff. von Anastomosen und Nähten n. OP an Pankreas, ...“ (-909 Euro) mit der HMG0574 „Sonstige gastrointestinale Erkrankungen“ (12 Euro) zusammengelegt. Der Kostenschätzer der neuen HMG0574 bleibt bei 12 Euro. Ein einheitliches Vorgehen, wann HMGs zusammengelegt werden fehlt.

Bereits in unserer Stellungnahme aus dem letzten Anhörungsverfahren haben wir darauf hingewiesen, dass der ICD-Kode K 91.80 „Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung“ aus unserer Sicht falsch zugeordnet ist. Im Festlegungsentwurf ist K91.80 in die DxG0764 „Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen“ in der HMG0034 einsortiert. Die generalisierte Mukositis ist eine typische Folge der Hochdosis-Chemotherapie oder anderer onkologischer Therapien. Die Mukositis tritt nicht nur im Magen-Darm-Trakt sondern auch in der Mundhöhle auf. Wir schlagen daher die Ausgliederung von K91.80 aus der DxG0764 und stattdessen eine Integration in die DxG0192 „Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen“ und

die Einordnung in die HMG0188 „Schwere kombinierte Immundefekte und Immunkompromittierung nach Therapie...“ der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen vor.“

In der HMG0034 ist die DxG1224 mit dem alleinigen ICD-Kode B37.0 „Candida Stomatitis“ verblieben. Diese betrifft Erkrankungen der Mundhöhle und sollte folgerichtig der HMG0171 „Erkrankungen der Mundhöhle“ in der Hierarchie 29 zugeordnet werden. Da es sich hier häufig um Begleiterkrankungen von immunkompromittierten Patienten (z.B. unter Chemotherapie, Antikörpertherapie) handelt ist davon auszugehen, dass der Kostenschätzer in dieser HMG durch diese beiden DxG´s beeinflusst wird

Zudem schlagen wir vor, die verbliebene DxG0293 „Obstruktion des Pylorus / des Duodenums“ aus ätiologischen und medizinischen Gründen der darunterliegenden HMG0070, die DxG0761 „gastrointestinale Blutung n.n.bez“ mit dem alleinigen gleichlautenden ICD Code K92.2 und die DxG0766 „akute hämorrhagische Gastritis“ (mit dem alleinigen ICD Code K29.0 der HMG0127 zuzuordnen. Im Ergebnis wäre die HMG0034 aufgelöst.

Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

Gicht ist eine Stoffwechselstörung, bei der sich die Harnsäurekonzentration im Blut erhöht. Gicht kommt in der Bevölkerung relativ häufig vor, ca. 20% der männlichen Bevölkerung sind betroffen. Bei Frauen ist die Erkrankung seltener und tritt v.a. in der Menopause auf. Während akute Gichtanfälle, die häufig durch Nahrungsmittel oder Alkoholexzesse entstehen, bis zum Abklingen der Symptome i.d.R. nur 3 Wochen medikamentös behandelt werden müssen, erfolgt die Behandlung von durch Uratablagerungen bedingter chronischer Gicht mittels Arzneimitteltherapie, wenn eine diätetische Einstellung nicht ausreichend ist.

Daher regen wir an, folgende ICD-Kodes der DxG 0564 zu einer neuen arzneimittelvalidierten DxG zusammenzufassen und mit dem Kennzeichen Dauertherapie/183 BT zu versehen.

M10.0X	Idiopathische Gicht
M10.2X	Arzneimittelinduzierte Gicht
M10.3X	Gicht durch Nierenfunktionsstörung
M10.4X	Sonstige sekundäre Gicht
M10.9X	Gicht, nicht näher bezeichnet
M14.0X	Gicht-Arthropathie durch Enzymdefekte und sonstige angeborene Krankheiten
M14.1X	Kristall-Arthropathie bei sonstigen Stoffwechselstörungen

Für die Arzneimittelvalidierung schlagen wir folgende ATC-Kodes vor:

M04AA	Urikostatika
M04AB	Urikosurika
M04AC	Gichtmittel ohne Effekt auf den Harnsäuremetabolismus
M04AX	Andere Gichtmittel

Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

Im Stellungnahmeverfahren zum Festlegungsentwurf 2021 nennt der IKK e.V. den Wegfall des ATC-Kodes N02CX bei bipolaren Störungen sachgerecht und weist darauf hin, dass dies ebenso für die DxG0265 „Schizophrenie“ gelte. Das BAS erklärt daraufhin die unbeabsichtigte Nichtberücksichtigung und kommt zu der Entscheidung den ATC-Kode bei den bipolaren Störungen wieder in Anlage 3 aufzunehmen und bei der Schizophrenie in Anlage 3 zu belassen.

Die Untersuchung zeigt, dass die Anpassung kaum Auswirkungen entfaltet und lediglich vier Versicherte einen höheren Zuschlag erhalten. Der ATC-Kode N03AX „Andere Antiepileptika“ kann über Topiramate im Rahmen der Austauschfähigkeit von Arzneimitteln nach § 129 Abs. 1 SGB V durch entsprechende wirkstoffgleiche Präparate mit dem ATC-Kode N02CX (Andere Migränemittel) ergänzt werden. Allerdings liegt dessen Einsatz bei bipolaren Störungen und der Schizophrenie außerhalb der Zulassung.

Darüber hinaus bleibt anzumerken, dass die Indikationsgebiete Epilepsie und psychische Störungen durchaus Überschneidungen aufweisen, sodass unter Beachtung der Manipulationsresistenz diese Komorbidität nicht unterstützt werden sollte, um Doppelzuschläge und damit Kodieranreize zu vermeiden.

Wir sprechen uns daher weiterhin für den sachgerechten Wegfall des ATC-Kode N02CX bei den bipolaren Störungen aus. Außerdem regen wir die Prüfung einer Streichung des ATC-Kodes N02CX sowohl bei den DxGs 0262 „Schizophrenie und schizotype Störungen“ und 0265 „Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn“ als auch eine Streichung des ATC-Kodes N03AX bei allen angesprochenen DxGs an.

Aus medizinischer Sicht erscheint die Umstrukturierung der Hierarchie 11 sachlogisch. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Komorbiditätsanalyse wird die DxG0265 aus der gleichnamigen HMG0056 „Wahn“ in die neue HMG0058 „Wahn, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, ...“ integriert. Damit ist ausgeschlossen, dass es zu Doppelkodierungen und damit zu Mehrfachzuschlägen für die beiden aus medizinischer Sicht eng verwandten Krankheitsbilder mehr kommen kann. Im Anpassungszyklus für das Ausgleichsjahr 2013 wurde der vom IKK e.V. vorgebrachte Vorschlag seinerzeit vom BAS als

nicht sachgerecht verworfen, da eine Verbesserung der Gütemaße nicht festzustellen war. Dieses Beispiel zeigt, dass die Komorbiditätsanalyse ein weiteres wichtiges Instrument bei der RSA-Weiterentwicklung darstellt, um die Manipulationsanfälligkeit des Modells zu verbessern. Daher muss die Untersuchung der Wechselwirkungen von Komorbiditäten systematisch und regelhaft im RSA-Weiterentwicklungsprozess berücksichtigt werden.

Insgesamt betrachtet ist in der Hierarchie 11 aus Sicht der Innungskrankenkassen jedoch ein wesentlicher Konsolidierungsschritt unterblieben. Im Strang 2 und 3 besteht zwischen der HMG0442 „Schwere dissoziative Störungen“ und der HMG0060 „Anorexia nervosa, Bulimie“ ein enger Zusammenhang, der sich in einer Odds Ratio von > 36 ausdrückt. Zudem weist die der HMG0060 untergeordnete HMG0643 „Sonstige Essstörungen“, in der weitgehend unspezifische Diagnosen (z.B. ICD50.4 „Essattacken bei anderen psychischen Erkrankungen“) abgebildet sind, medizinisch enge Zusammenhänge mit der HMG0975, die ebenfalls unspezifische ICD-Kodes (z.B. ICD F43.- „Posttraumatische Belastungsstörung“) enthält, auf. Mit der Zusammenlegung reduziert sich auch das Risiko möglicher Doppelzuschläge. Die Kostenschätzer sind mit 548 Euro bzw. 528 Euro nahezu gleich.

Zur Verringerung möglicher Fehlanreize schlagen wir Folgendes vor:

Die DxG0281 wird in die HMG0975 verschoben und die HMG0643 wird aufgelöst. Die HMG0060 mit der DxG0275 wird in den Strang 2 integriert. Strang 3 ist somit aufgelöst. Der neue Hierarchiestrang 2 sieht dann wie folgt aus:

HMG0442 -> HMG0060 -> HMG0645 -> HMG0973 -> HMG0975

Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“

Das BAS ist unserem Vorschlag aus dem letzten Anhörungszyklus gefolgt und hat die traumatischen Bandscheibenrupturen mit einem stationären Aufgreifkriterium versehen. Die ICD-Kodes S13.0, S23.0 und S33.0 wurden der DxG1353 „Traumatische Bandscheibenruptur“ zugeordnet und zunächst der gleichnamigen HMG0323 zugeordnet und später mit der HMG0960 vereinigt. Wegen Zweifel des BAS an der Zuordnung der DxG1353 zur HMG0960 hat das BAS eine Analyse der Über- und Unterdeckungen der enthaltenen DxGs durchgeführt. Die Versicherten mit der DxG1353 sind gemäß der vorgestellten Auswertungsergebnisse um rd. 2.000 Euro überdeckt, weshalb die DxG1353 dann der mit 814 Euro bewerteten HMG0155 zugeordnet wird.

Diese Vorgehensweise erschließt sich uns nicht, da das Kostengewicht der isolierten DxG1353 im Modell 3 noch mit 2.365 Euro bewertet wurde

Bereits im letzten Anpassungszyklus hat der IKK e.V. eine Arzneimitteldifferenzierung für die DxGs 1350 „Bandscheibenerkrankungen“ und 0786 „N.n.bez. Rückenschmerz und andere Schmerzzustände / Erkrankungen des Rückens / Nackens“ zur Unterscheidung der klinisch relevanten Fälle mit hohen Folgekosten vorgeschlagen. Unsere Anregung wurde vom BAS leider noch nicht geprüft. Wir möchten unseren Vorschlag daher erneuern. Die Arzneimitteldifferenzierung für die DxGs 1350 und 0786 sollte analog der ATC-Kodes für die DxG0907 „Chronischer Schmerz mit Dauermedikation I“ erfolgen.

Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Die Zahl der Komorbiditäten ist im Vergleich zur Festlegung AJ 2021 von über 800 auf 467 Komorbiditäten zurückgegangen. Der Effekt resultiert im Wesentlichen aus der Verschiebung von 35 ICD-Kodes aus der Hierarchie 14 in die Hierarchie 13.

Die Gründe für die Aufteilung der ICD-Kodes zu Verletzungen und Läsionen des Plexus im Ausgangsmodell und die damit verbundene Verschiebung einiger ICD-Kodes in die Hierarchie 13 werden vom BAS nicht dargelegt. Zudem erschließt sich uns nicht, warum die DxG0607 „Verletzungen des Plexus“ mit den ICD-Kodes S14.3 „Verletzung des Plexus brachialis“ und S34.4 „Verletzung des Plexus lumbosacralis“ nicht ebenfalls in die Hierarchie 13 verschoben worden ist.

Eine strukturierte Auseinandersetzung mit den durch Komorbiditäten bedingten negativen Kodieranreizen fehlt. Im Besonderen sehen wir die Gefahr, dass es durch die Aufteilung der ICD-Kodes zu Verletzungen und Läsionen des Plexus im Ausgangsmodell und die damit verbundene Verschiebung von ICD-Kodes in die Hierarchie 13 ein steigendes Risiko von hierarchieübergreifenden Doppelzuschlägen kommt. Aus unserer Sicht reicht es daher nicht aus, nur hierarchieinterne Wechselwirkungen zu untersuchen. Zudem müssen negative Anreize, die durch hierarchieübergreifende Komorbiditäten entstehen identifiziert und eliminiert werden.

Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

Im Strang 4 ist die DxG0421 (Lungenembolie) in der obersten HMG0248 „Lungenembolie“ neu mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ versehen worden. Dieses Aufgreifkriterium sehen wir kritisch, da leichtere Fälle durchaus ambulant behandelt werden können, jedoch alle Patienten mit Lungenembolie im Nachgang eine mindestens dreimonatige Arzneimitteltherapie als initiale Antikoagulation benötigen. Danach erfolgt eine Risikostratifizierung hinsichtlich einer Dauertherapie (Quelle: S2k Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der tiefen Beinvenenthrombose und Lungenembolie, Deutsche Gesellschaft für Angiologie, 2017.).

Wir schlagen daher als zielgenaueres Kriterium eine Validierung über Arzneimittel (183 BT) zu prüfen, da sich so die Folgekosten in schwere und leichte Verläufe besser trennen lassen.

Folgende ATC Codes sind zu berücksichtigen

B01AA	Vitamin-K-Antagonisten
B01AB	Heparin-Gruppe
B01AE	Direkte Thrombininhibitoren
B01AF	Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren
B01AX	Andere Antithrombotische Mittel

Zwischen Strang 3 und Strang 5 mit Diagnosen, die alle das arterielle System (Aneurysmen, Thrombosen, Embolien...) betreffen, bestehen enge medizinische Zusammenhänge, die sich auch in den Komorbiditätsanalysen wiederfinden. Die Odds Ratio beträgt rund 33. Die Kostenschätzer in den betreffenden HMGs liegen nahe beieinander. Eine Zusammenlegung der HMG0361 „Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose“ mit der HMG0719 „N.n.bez. Aortenaneurysma ohne Ruptur ...“ ist medizinisch sinnvoll.

Wir schlagen daher Folgendes vor:

- Die DxGs 0086 und 0090 werden in die HMG0182 verschoben.
- Die DxGs 0436 und 0982 werden in die HMG0719 einsortiert.
- Die HMG0722 wird im 3. Hierarchiestrang unterhalb der HMG0722 eingeordnet

Der neue Hierarchiestrang 3 sieht dann wie folgt aus:

HMG0358 -> HMG0182 (neu) -> HMG0722 -> HMG0719 (neu)

Der Hierarchiestrang 5 ist aufgelöst.

Hierarchie 23 „Verletzungen“

Die Kostenschätzer der HMGs 0803 „Andere schwere Verletzungen und Verletzungsfolgen“ (592 Euro) und 0804 „Andere Verletzungen und Verletzungsfolgen mittlerer Schwere“ (489 Euro) liegen sehr nahe beieinander bei ähnlichen Fallzahlen. Wir schlagen die Zusammenlegung der beiden HMGs zur neuen HMG „Andere mittelschwere bis schwere Verletzungen und Verletzungsfolgen“ vor.

Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“

Die Altersbegrenzung bei den Anomalien und Fehlbildungen im linken Hierarchiestrang liegt bei 5 Jahren und jünger. Wir schlagen die Umbenennung der Hierarchie in „Erkrankungen des Neugeborenen und des frühen Kindesalters“ vor.

Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“

Der 3. Hierarchiestrang enthält Diagnosen, die im Regelfall von Zahnärzten aber in seltenen Fällen von Kieferchirurgen behandelt werden können. Kinderärzte und Hausärzte können diese Diagnosen kodieren, sofern ihnen die Informationen vorliegen. Besonders betroffen hiervon sind die ICD-Kodes K02.- bis K10.- (Zahnschmelz, Karies, Parodontitis, Parodontose etc.). Auffällig ist, dass die Kostenschätzer für die beiden HMGs0881 „Erkrankungen der Zähne und des Zahnfleischs und des Kiefers“ und 0171 „Andere Erkrankungen der Mundhöhle, der Zunge und des Kiefers“ mit 462 Euro und 204 Euro ungewöhnlich hoch sind. Auf den ersten Blick erschließen sich uns die Gründe hierfür nicht. Es ist davon auszugehen, dass es hier aufgrund von regionalen Unterschieden oder Gewohnheiten in der Kodierung zu Fehlanreizen kommen kann. Da Diagnosen aus den zahnärztlichen Abrechnungen für den Morbi-RSA nicht verwendet werden dürfen, ist zu prüfen ob diese Diagnosen aus dem Verfahren ausgeschlossen werden sollten.

IV. Sonstiges

Gesamtbewertung der Anpassung

Die Modellkennzahlen im Festlegungsentwurf haben sich im Vergleich zum Modell 2021 geringfügig verbessert. R^2 verbessert sich um 0,02%, CPM um 0,04%. MAPE sinkt um 1,42 Euro. Diese Entwicklung muss jedoch vor dem Hintergrund der deutlichen Reduktion der Gesamtzahl der HMGs gesehen werden.

Für die kommenden Festlegungszyklen ist es aus unserer Sicht daher unerlässlich, die Qualität des Klassifikationsmodells weiter kontinuierlich zu erhöhen. Wir fordern dafür ausdrücklich, die im Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2020 begonnene Einführung von Altersinteraktionstermen und Arzneimitteldifferenzierungen ab dem nächsten Anpassungszyklus weiterzuführen und auf mehr HMGs auszuweiten.

Zudem halten wir eine strukturierte und systematische Überprüfung der Kostenzusammensetzung auf Ebene aller Diagnosegruppen innerhalb einer Morbiditätsgruppe in jeder Hierarchie für zwingend geboten. Nur dadurch können systematisch bedingte Über- und Unterdeckungen abgebaut und Fehlanreize reduziert werden.

V. Anmerkungen zur Festlegung

Krankengeld nach § 45 SGB V

Als Folge des GVWG und dem dort festgeschriebenen vollständigen Ausgleich der Kinderkrankengeldausgaben ab dem Ausgleichsjahr 2021 hat das BAS im Festlegungsentwurf in sachlogischer Konsequenz umgesetzt, dass die Krankengeldausgaben nach § 45 SGB V bei der Ermittlung der Zuschläge für die Krankengeldgruppen und der Berechnung der Leistungsausgaben ohne Krankengeld unberücksichtigt bleiben.

VI. Redaktionelle Anmerkungen

Anlage 1

Schreibweise für Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildungen des respiratorischen Systems und des Magen-Darm-Trakts“ unterscheidet sich von Schreibweise auf Seite 26 im Erläuterungsdokument „Angeborene Fehlbildungen des respiratorischen Systems und des Magen-Darm-Traktes“

Erläuterungen zum Festlegungsentwurf

- An diversen Stellen im Dokument sind falsche Jahreszahlen angegeben, z.B.
 - Seite 254 - Abbildung 15.8
 - Seite 305 – Abbildung 19.2
 - Seite 481 – Abbildung 29.2
- Auf folgenden Seiten ist der Fußnotenverweis nicht korrekt dargestellt
 - Seite 58 – Abschnitt 8.1.2
 - Seite 66 – Abschnitt 8.3.1
- Auf Seite 482 – Abschnitt 30.2.1 fehlt vor dem Jahr 2021 ein „Leerzeichen“
- Auf Seite 150 – Abschnitt 12.7.1.3 muss „Hierarchie 07 (Erkrankungen der Leber) geändert werden in „Hierarchie 05 (Erkrankungen der Leber)“.
- Auf Seite 90 – Abbildung 9.3 fehlt die Zuordnung der DxG0735 zur HMG0409