

Stellungnahme der BARMER GEK zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011

– 30. März 2010 –

Vorbemerkung

Das Bundesversicherungsamt hat zuletzt am 30.09.2009 gemäß § 31 Abs. 4 RSAV nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes die (für das Ausgleichsjahr 2010) im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten festgelegt. Gemäß § 31 Abs. 2 Nr. 3 RSAV hat der wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs die getroffene Festlegung in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Im Rahmen dieses Auftrages hat der wissenschaftliche Beirat dem BVA seine Empfehlungen zur Anpassung der Krankheitsauswahl unterbreitet. Die BARMER GEK wertet die gravierenden Änderungen, die sich aus einem veränderten Ansatz zur Bildung von Krankheiten ergeben, kritisch.

I. Gesamtbewertung

Der wissenschaftliche Beirat hat an den wichtigsten Parametern der Krankheitsauswahl, nämlich der Definition der Parameter „kostenintensiv“, „schwerwiegend“ oder „chronisch“ nichts geändert. Stattdessen stellt er die Krankheitsdefinition von einem DxGruppen-Bezug (Diagnosegruppen, ursprünglich entwickelt vom Unternehmen DxCG) auf eine der ICD-Systematik angenäherte Verfahrensweise um und ändert so vor der Prüfung der oben genannten Parameter die Zusammensetzung der Krankheiten grundlegend.

- Klassifikationsverfahren muss stark angepasst werden

Belässt man einen DxGruppen-Bezug bei den Zuschlags-/Morbiditätsgruppen (MG), d.h. dem Gruppierungsalgorithmus im engeren Sinne und verwendet einen ICD-Bezug bei den Krankheiten, wird der Bezug zwischen Krankheit, DxGruppe und MG sehr intransparent. Heute wird eine Krankheit meist in nur einer oder einer sehr begrenzten Anzahl von MG abgebildet und umgekehrt. Dies ändert sich, wenn der ICD-Dreisteller Basis der Krankheitsabgrenzung wird. Das Klassifikationsverfahren muss in der Folge ebenfalls stark angepasst werden. Unter Umständen würde das resultierende Klassifikationsverfahren nicht mehr dem Anspruch genügen, international erprobt zu sein. Es erscheint daher erheblich zielführender, die DxGruppen-Systematik weiterzuentwickeln, als sie durch ein eigenes ICD-basiertes System zu ersetzen.

- Medizinisch kaum Verbesserungen

Aus medizinischer Sicht ist die vorgeschlagene Krankheitsliste in einigen Punkten der aktuell verwendeten Liste überlegen (z.B. Hämophilie), an anderen Stellen weist sie aber erhebliche Mängel

auf (z.B. Schlaganfall, Morbus Bechterew). Auch in Bezug auf die Verringerung von Manipulationsanreizen und die Verbesserung der Zielgenauigkeit stellt der Vorschlag keine Verbesserung dar.

Hinsichtlich des Wegfalls bzw. des Hinzutretens von neuen Krankheiten reflektiert die Liste eher die veränderte Datenlage als die Veränderung der Krankheitsabgrenzung durch den Beirat. Wo die Veränderung der Krankheitsabgrenzung durch den Beirat für einen Wegfall verantwortlich ist (Infektionen durch opportunistische Erreger, Schlaganfall) überzeugt die Veränderung weder medizinisch noch hinsichtlich der statistischen Abbildungsqualität. Bei den Änderungen innerhalb von Krankheiten, die weiterhin im Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (MRSA) berücksichtigt bleiben, ist das Bild weniger negativ, aber gleichwohl durchwachsen.

- Höhere Abbildungsqualität fraglich

Insgesamt bewirkt die Krankheitsliste voraussichtlich keine Verbesserung der Abbildungsqualität des MRSA bezogen auf das Gesamt-R². Eine sichtbare Veränderung der Dichte zugeordneter MG ist eigentlich nur bei den Altersstufen ab ca. 70 Jahren festzustellen. Hier übersteigt diese Dichte aber bereits im Verfahren 2010 die bei den Jüngeren um mehr als das Vierfache. Insbesondere unter wettbewerblichen Aspekten (nur wenige Kassenwechsler gehören den Altersgruppen über 70 Jahre an) erscheint der Ertrag der veränderten Krankheitsabgrenzung im Hinblick auf den sehr erheblichen Aufwand gering.

Empfehlung

Insgesamt ist der Wechsel der Krankheitsliste kritisch zu bewerten. Die Übernahme positiver Einzelaspekte ist auch ohne Übernahme der gesamten neuen Abgrenzung möglich und wäre zu begrüßen. Die BARMER GEK spricht sich daher dafür aus, die bislang bestehende Systematik weiterzuentwickeln und dem Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats nicht im Ganzen zu folgen.

II. Differenzierte Bewertungen der Anpassungsempfehlung zur Krankheitsauswahl

1.) Grundsätzliche Ausführungen zur veränderten Gruppierungslogik

Die Anzahl der definierten Krankheiten sinkt von 367 auf 345. Die Anzahl der im MRSA berücksichtigten unterschiedlichen Diagnosen sinkt von 3.866 auf 3.452. Dies liegt daran, dass die Menge der ICD-Codes, die jeweils zu einer Krankheit gehören, im 2011-er Vorschlag bedeutend gleichmäßiger verteilt ist als vorher. Es nimmt sowohl die Anzahl der „Mikro“-Krankheiten mit unter 10 zugeordneten Codes deutlich ab (von 137 auf 92) als auch die der Krankheiten mit über 300 zugeordneten Codes (von 5 auf 2). Dies ist auch eine der eindeutig genannten Intentionen des Beirats. Da die für den MRSA ausgewählten Krankheiten nach wie vor tendenziell zu den größeren Gruppen gehören, sinkt auf diese Weise die Gesamtanzahl.

1.1.) Gruppierungslogik

Bei der ersten Krankheitsliste im Jahr 2008 erfolgte die Abgrenzung der Krankheiten und die spätere Konstruktion der MG „aus einem Guss“. Grundsätzlich war für beide die DxGruppe die kleinste Einheit. Die Beziehung zwischen den MG und den Krankheiten ist daher auch relativ einfach.

Durch die nun vorgeschlagene Krankheitsliste werden aus bisher im Klassifikationsverfahren verwendeten DxGruppen einzelne oder alle ICD entfernt. Hieraus wird erheblicher Anpassungsbedarf auch für das Klassifikationsverfahren entstehen. Manche MG verschwinden, da sie durch keine ICD ausgelöst werden, andere basieren auf geänderten ICD-Zuordnungen. Daher muss zusätzlich geprüft werden, ob die jeweiligen Aufgreifkriterien noch geeignet sind und beispielsweise die verwendeten Listen von Arzneimittelwirkstoffen (ATC-Listen) angepasst werden.

In einer Simulation zur ersten Annäherung an ein solches, angepasstes Klassifikationsverfahren hat die BARMER GEK aus dem bisher verwendeten Klassifikationsalgorithmus alle ICD entfernt, die nicht mehr Bestandteil der Krankheitsauswahl sind. Die neu hinzugekommenen ICD wurden mit medizinischer Expertise und unter Berücksichtigung der Durchschnittsausgaben der Betroffenen entweder bereits existierenden DxGruppen zugeordnet oder es wurden neue DxGruppen und HMG gebildet.

Dieser vorläufige Grouper offenbart zahlreiche Probleme, die durch die geänderte Krankheitsliste in das Klassifikationsverfahren übertragen werden. Als ein Beispiel sei hier die MG 3: „Nicht virale Infektionen des Zentral-Nervensystems“ genannt. Aus dieser Morbiditätsgruppe werden durch die vorgeschlagene Liste alle Diagnosen außer G373: Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems und G374: Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom] entfernt. Die Besetzung der Morbiditätsgruppe sank in einer Simulation auf Daten der BARMER GEK um 95%, so dass nicht sicher gestellt ist, dass der Zuschlag noch valide kalkuliert werden kann.

Jeder erkennbare Effekt bei der Krankheitszusammenstellung kann allerdings sowohl aus dem Handeln des Beirates als auch aus Veränderungen des Datenbestandes resultieren. Im oben genannten Beispiel ist die Ursache mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit die neue Krankheitsabgrenzung.

Ein weiteres Beispiel für die Auswirkungen der geänderten Krankheitsliste auf das Klassifikationsverfahren ist die MG 28: „Leberversagen, akute Lebererkrankung“. Die Diagnosen K700: Akutes und subakutes Leberversagen und K279: Leberversagen, nicht näher bezeichnet werden in der vorgeschlagenen Krankheitsabgrenzung nicht mehr der Krankheit „Akute schwere Lebererkrankung“ zugeordnet, sondern der Krankheit „Leberversagen“. Diese Krankheit erfüllt das Kriterium kostenintensiv nicht, so dass die genannten ICD nicht mehr ausgleichsfähig sind. In der Simulation der BARMER GEK sinkt die Besetzung der MG 28 um über 60 % und die Zuschlagshöhe um über 50 %.

1.2.) Inhaltliche, medizinische Bewertung

Neben den bereits beschriebenen Konsequenzen für das Klassifikationsverfahren ist die neue Krankheitsliste auch aus medizinischer Sicht nicht immer nachvollziehbar. So ist beispielsweise Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) zwar in der juvenilen Form ausgleichsfähig, in der erwachsenen Form allerdings nicht, da beide Diagnosen durch die vorgeschlagene Abgrenzung nicht mehr zur gleichen Krankheit gehören.

Die vorgeschlagene Krankheitsliste ist an einigen Stellen vollständiger als die aktuell verwendete Liste, an vielen Stellen trennt sie aber auch einzelne, schwer abgrenzbare ICD heraus. Die Liste scheint daher nicht geeignet, die Manipulationsresistenz insgesamt zu verbessern. Als Beispiel sei hier die Herausnahme einiger Diagnosen wie der „F412: Angst und depressive Störung, gemischt“ aus der DxGruppe „818: Sonstige, nicht näher bezeichnete affektive Störungen / depressive Episoden“ genannt. Dies erhöht aus unserer Sicht die Manipulationsanfälligkeit des Systems, da eine eindeutige Abgrenzung zu Diagnosen aus den DxGruppen „268: Persönlichkeitsstörungen und dissoziative Störungen“ oder „263: Bipolare affektive Störungen“ nicht gegeben ist. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass unter Aspekten der Manipulationsanfälligkeit die Diagnosen der ADHS in der DxGruppe 268 und damit bei Umsetzung der neuen Krankheitsliste in der neuen Krankheit 147 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ weitergeführt werden sollten. Aufgrund der Ähnlichkeit der Krankheitsbilder ist ansonsten mit „Rightcoding“ von der ADHS weg in die ICD's der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zu rechnen, da es hier noch einen Zuschlag gibt.

Positiv zu bewerten ist die geänderte Krankheitsdefinition bei der Blutgerinnung und deren Störungen: Neben der Hämophilie A (D66) und Hämophilie B (D67) werden der Krankheit „Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen“ auch D680: Willebrand-Jürgens-Syndrom, D681: Hereditärer Faktor-XI-Mangel, D682: Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren und D684: Erworbener Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren zugeordnet. Hierdurch wird der Bereich der Hämostaseologie deutlich besser abgebildet als bisher.

2.) Auswirkungen der neuen Krankheitsabgrenzung

2.1.) Gesamtüberblick

Es sind insgesamt 10 Krankheiten entfallen und fünf hinzugetreten. Dieses Ungleichgewicht rührt daher, dass sich einige bisher schon MRSA-fähige Krankheiten in mehrere nunmehr ebenfalls MRSA-fähige Krankheiten teilen oder bisher MRSA-fähige Krankheiten vereinigt werden. Bei diesen Prozessen werden die bisher schon MRSA-fähigen und MRSA-fähig bleibenden Krankheiten per Saldo um fünf erhöht (so werden z.B. aus den bisherigen Krankheiten 42, 43, 48 und 51 die Krankheiten 34, 42-45, sowie 50 und 53, d.h. drei mehr).

Es sind insgesamt 728 Diagnosen entfallen und 314 hinzugetreten. Von den entfallenen Diagnosen sind 205 nicht mehr erfasst, da die gesamte Krankheit entfallen ist. Der Rest gehört zu Änderungen noch MRSA-fähiger Krankheiten. Von den neuen Diagnosen gehören 166 zu ganz neuen Krankheiten, der Rest zu Veränderungen weiterhin MRSA-fähiger Krankheiten.

Die Änderungen werden im Folgenden insbesondere daraufhin untersucht, ob sie zu einer größeren Kostenhomogenität in der jeweiligen Krankheitsgruppe beitragen. Die Aussage des Beirats, diese Frage könne man dem Klassifikationsverfahren überlassen, ist kritisch zu sehen. Entsteht im Rahmen der Krankheitsfestlegung ein so großes Kostenhomogenitäts-Problem, dass es zum Ausschluss der Krankheit führt, kann dies auf Ebene der Klassifikation nicht mehr „geheilt“ werden.

	Gesamt	Neue KH	Entfallene KH	Geänderte KH
Entfallene Diagnosen	728	-	205	523
Neue Diagnosen	314	166	-	148

2.2.) Entfallene / neu hinzugekommene Krankheiten

2.2.1.) Weggefallen sind:

Nr	JA2010_Kr_Bezeichnung	KMRSA_NR_2010	K_Nr 2010	JA2011_Kr_Bezeichnung	K_Nr 2011
1	ADHS u.ä.	41	145	ADHS u.ä.	156
2	Delir und Enzephalopathie	34	122	Div	131 / 68
3	Erkrankungen des Ösophagus	24	74	Erkrankungen des Ösophagus	81
4	Infektionen durch opp. Erreger	4	8	Infektionen durch opp. Erreger	7
5	Luxation des Hüftgelenks	76	319	Luxation des Hüftgelenks	307
6	Schlaganfall und Komplikationen	61	191	Div.	3 / 193
7	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	10	30	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	33
8	Agranulozytose (...)	31	112	Agranulozytose (...)	124 / 130
9	Angeborene schwere Herzfehler	57	179	Angeborene schwere Herzfehler	185
10	Arteriell Aneurysma	63	201	Arteriell Aneurysma	200

Bei Nr 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 und 10 hat der Wegfall der Krankheit nichts mit der neuen Krankheitsabgrenzung durch den Beirat zu tun. Die Krankheiten haben sich entweder gar nicht geändert (Nr. 1, 5 und 7) oder kaum (Nr. 2, 3, 8, 9 und 10). Der Wegfall ist vielmehr Ergebnis einer geänderten relativen Kostenträchtigkeit der Krankheit aufgrund der Verwendung der neuen Daten. Speziell bei Nr. 8 liegt der Wegfall daran, dass im Gegensatz zu 2008 das Hospitalisierungskriterium nicht erfüllt wird (Chronizität 2008 und 2010 nicht). Insbesondere bei den Erkrankungen des Ösophagus und bei der ADHS ist die Fallzahl extrem gestiegen, ggf. haben sich die Krankheiten durch „Rightcoding“ selbst verwässert.

Bei den Krankheiten Nr. 4 und 6 allerdings sind Auswirkungen der geänderten Krankheitsdefinition deutlich spürbar. Die „alten“ Krankheiten in ihrer bis 2010 gültigen Abgrenzung wurden durch eine große Zahl von ICD weniger teurer Krankheiten verwässert. Die zugetretenen Diagnosen machen ca. 95 bzw. ca. 20 % der neuen Gruppen aus. Der Ausschluss der Krankheit ist daher bei Nr. 4 mit Sicherheit, bei Nr. 6 wahrscheinlich auf die neue Krankheitsabgrenzung durch den Beirat zurückzuführen. Das bereits unter 2.1. angesprochene Risiko einer im Klassifikationsverfahren nicht mehr heilbaren Wirkung der Krankheitsabgrenzung ist hier eingetreten.

Darüber hinaus hält die BARMER GEK eine Krankheitsauswahl, die beispielsweise schwere angeborene Herzfehler und Schlaganfall nicht erfasst, für schwer vermittelbar. Unabhängig von den Ursachen des Ausschlusses wird eine derartige Krankheitsliste sicherlich die Diskussion um das darauf basierende Ausgleichsverfahren erneut anheizen.

2.2.2.) Hinzugekommen sind:

Nr	JA2010_Kr_Bezeichnung	K_Nr_2010	JA2011_Kr_Bezeichnung	K_Nr_2011	KMRSa_Nr_2011
1	Erkrankungen des Pankreas	65	Erkrankungen des Pankreas	72	21
2	Anämie	119	Eisenmangel- und sonstige Anämien	128	32
3	Diverse	232-237	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut	227	68
4	Psoriasis und Parapsoriasis	309	Psoriasis und Parapsoriasis	298	75
5	Diverse	352 u.w.	Fehlbildungen Lunge Magen	333	79

Das Hinzutreten dieser Krankheiten hat wenig mit der neuen Krankheitsabgrenzung durch den Beirat zu tun. Bei den Krankheiten Nr. 1, 3 und 4 ist die relative Kostenträchtigkeit gestiegen, so dass das Kriterium „Kostenintensität“ jetzt erfüllt wird (bei Nr. 3, die auch die Feuchte Makuladegeneration (FMD) enthält, ist diese Annahme auch sehr plausibel). Bei Nr. 2 war bisher das Kriterium „Chronizität“ nicht erfüllt, was unter Zugrundelegung der neuen Daten aber erfolgt.

Bei Nr. 5 wurde die alte Nicht-MRSA-Krankheit 352 „Risikogeburt“ in Diagnosen, die Fehlbildungen beim Neugeborenen beschreiben und jetzt die Krankheit 333 ausmachen und in solche, die „nur“ Schwierigkeiten bei der Geburt beschreiben, geteilt. Dies könnte dazu geführt haben, dass die neu zusammengesetzte Gruppe 333 kostenhomogener geworden ist und deswegen das Kriterium der Kostenintensität erfüllt. Abschließend ist das aber nicht zu bewerten.

2.3.) Veränderungen innerhalb der Krankheiten

Bezüglich der Effekte aus den Veränderungen innerhalb MRSA- fähig bleibender Krankheiten sind die weiteren Feststellungen uneinheitlich:

§ In einigen Fällen scheint die neue Abgrenzung die Kostenhomogenität in der jeweiligen Krankheitsgruppe zu erhöhen. Dies gilt z.B. für die Krankheit „Chronische Hepatitis“ (Krankheit 57

alt, 63 neu), die durch die Herausnahme einzelner ICD- Codes kostenintensiver wird. Dasselbe gilt für die bisherige MRSA-fähige Krankheit 84 „Rheumatoide Arthritis“, die in die neue MRSA-fähige Krankheit 92 „Entzündliche Polyarthropathien“ überführt wurde. Die hierbei entfallenden ICD-Codes wurden zum Teil mit ICD-Codes aus anderen Nicht-MRSA-Krankheiten vermischt und in die neuen Nicht- MRSA-Krankheiten 93 und 94 verbracht. In beiden Fällen sind im Ergebnis weniger Fälle ausgleichsfähig als vorher, was jedoch durch eine erhöhte Kostenhomogenität und damit Abbildungsqualität in den neuen Gruppen kompensiert wird.

- § In anderen Fällen hat sich die Kostenhomogenität zum Teil erheblich verschlechtert. So wurden die ICD-Codes für „Kleine Niere, Schrumpfnieren u.ä.“ aus der Niereninsuffizienz herausgenommen, die Kostenintensität bei der Niereninsuffizienz (alte Krankheitsnummer 265, neue Nummer 263) geht zurück. Die Kostenintensität der aufnehmenden 262 „Andere Erkrankungen der Harnwege“ wird erhöht, sie wird jedoch nicht MRSA-fähig. Dasselbe gilt für die alte Krankheit 301 („Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen“), die in zwei Krankheiten geteilt wird (Krankheit 288 „Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen“ sowie 289 „Hautabszess, Furunkel und Karbunkel“). Beide Krankheiten sind hinsichtlich ihrer Kostenintensität je Fall ähnlich, Krankheit 289 wird jedoch aufgrund der geringeren Besetzung nicht MRSA-fähig, wäre es als Teil der alten Krankheit 301 aber gewesen. Die verringerte Fallzahl wird in diesen beiden Fällen nicht durch eine Verbesserung der Abbildungsqualität kompensiert, bei der Niereninsuffizienz ist sogar das Gegenteil der Fall.

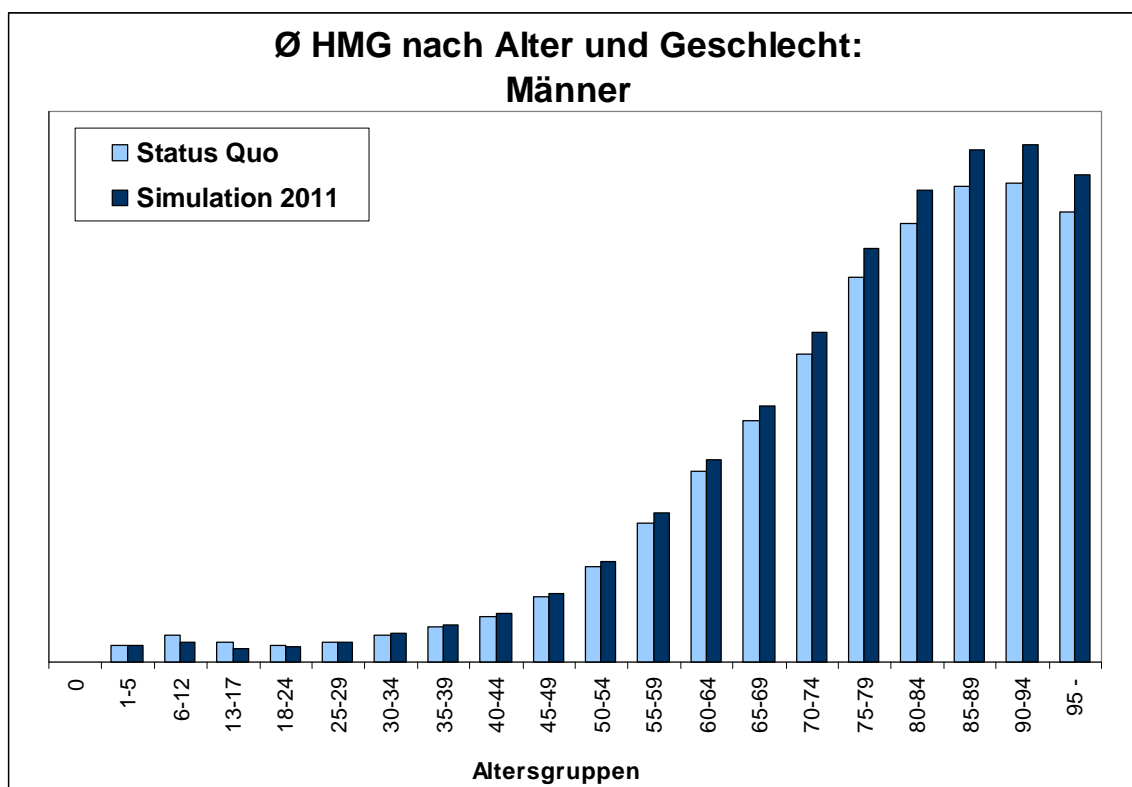
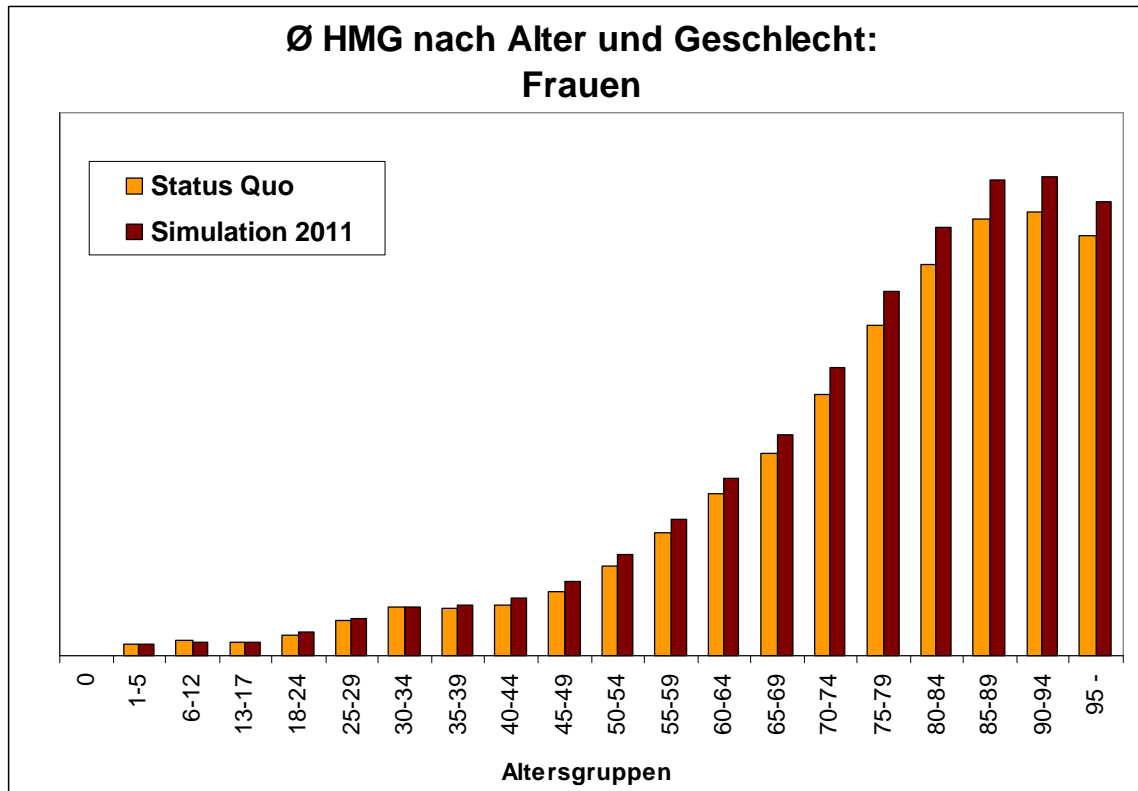
Aufgrund der großen Zahl an Änderungen und deren uneinheitlicher Wirkung erscheint es gegenüber einer weiteren Auflistung von Einzelwirkungen sinnvoller, eine Gesamtschau der Ergebnisse auf Grundlage des aus der Krankheitsliste selbst abgeleiteten Klassifikationsverfahrens / Groupers (s.o. 1.1.) vorzunehmen.

2.4.) Ergebniseffekte in der Gesamtschau

Hierbei stellt sich heraus, dass die vorgeschlagene Liste bezogen auf den Gesamtbestand eher geringe Effekte hat. Die Anzahl der durch die neuen Krankheiten aufgegriffenen Versicherten bleibt im Bestand der BARMER GEK ebenso konstant wie der durch diese Personen repräsentierte Anteil an den Kosten des Folgejahres.

Sichtbar ist allerdings, dass die Liste noch stärker auf geriatrische Erkrankungen fokussiert. Die Anzahl der durchschnittlich ausgelösten HMG je Versicherten steigt durch die neue Krankheitsabgrenzung ab ca. 70 Jahren deutlich um bis zu 0,3 HMG je Versicherten an, bis zu den 70-Jährigen jedoch kaum. Die Zielgenauigkeit des Gesamtsystems verändert sich hingegen nicht. Eine Anwendung des oben beschriebenen Grouper-Erstentwurfs ergab insgesamt eine geringfügige Verschlechterung des R^2 von 22,03 % gegenüber der Erklärungskraft des Verfahrens 2010 (22,23 %, jeweils Daten und Regression auf BARMER GEK-Daten 2007/2008). Bei einer sich insgesamt kaum verändernden Erklärungskraft erscheint eine ausschließliche Erhöhung der Erklärungskraft bei den

älteren Versicherten wenig zielführend. Denn wie unten stehende Grafik zeigt, erreicht schon das bestehende Verfahren in den höheren Altersgruppen eine völlig zufriedenstellende Dichte von Morbiditätszuordnungen und damit der Zielgenauigkeit. Die Anzahl der je Versicherten durchschnittlich ausgelösten MG übersteigt bei den ab 70- Jährigen die Anzahl bei den Jüngeren um das vierfache.



Ein derart drastischer Wechsel der verwendeten Krankheitsliste, wie aktuell vom wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagen, ist nach Meinung der BARMER GEK nur bei einer auch insgesamt deutlichen Verbesserung der Erklärungskraft zu rechtfertigen. Bisher gehen wir nur von einer weiteren Verstärkung der Morbiditätsabbildung in einem Altersbereich aus, der ohnehin schon gut abgebildet wird. Da sich die Erklärungskraft insgesamt nicht verbessert, geht dies gedanklich zwingend sogar zu Lasten der Morbiditätsabbildung bei den Jüngeren.

3.) Vorschläge

Die BARMER GEK spricht sich daher dafür aus, die bestehende Systematik weiterzuentwickeln und dem Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats nicht im Ganzen zu folgen. Einige offensichtliche Verbesserungen sollten jedoch übernommen werden. Hier sind neben der bereits genannten Verbesserung der Abgrenzung der Hämophilie, die aufgrund der extremen einzelfallbezogenen Kosten dieser Krankheit sehr hoch einzuschätzen ist, folgende Krankheiten zu nennen, die in der Simulation überzeugen konnten:

- Die Diagnosen der jetzt berücksichtigten Krankheit „Angststörungen“ wurden in der Simulation zur einer neuen DxGruppe zusammengefasst, die dann einzige DxGruppe in einer ebenfalls neuen MG ist. Der resultierende Zuschlag ist signifikant. Die aktuell verwendete Krankheitsabgrenzung und der vorliegende Vorschlag definieren die Angsterkrankungen nahezu gleich, so dass zu erwarten ist, dass auch bei einem Fortführen der alten Systematik die Krankheit nun das Kriterium „chronisch“ erfüllt und damit in die Liste der ausgleichsfähigen Krankheiten aufgenommen wird.
- Zur Erhöhung der Manipulationsresistenz sollten die Diagnosen der ADHS mit den ICD' s F6X.X, die heute die DxGruppe 268 bilden, zusammengeführt werden. Aufgrund der Ähnlichkeit der Krankheitsbilder ist ansonsten mit erheblichem „Rightcoding“ von der ADHS weg in die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen hinein zu rechnen.
- Die ICDs C945: Akute Myelofibrose und C9450: Akute Myelofibrose: Ohne Angabe einer Remission wurden in der DxGruppe 38: Akute myeloische Leukämie aufgenommen. Signifikanz, Besetzung und Zuschlagshöhe der MG 4: Myeloische Leukämie konnten dadurch erhöht werden.
- Die Diagnosen F 504: Essattacken bei anderen psychischen Störungen, F 505: Erbrechen bei anderen psychischen Störungen, F 508: Sonstige Essstörungen und F 509: Essstörung, nicht näher bezeichnet vervollständigen die DxGruppe 275: Anorexia nervosa / Bulimia nervosa. Der sich ergebende Zuschlag ist signifikant.
- Die mit L beginnenden Diagnosen der Krankheit Psoriasis wurden der DxG 618: Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen zugeordnet. Der Zuschlag ist signifikant und leicht höher als zuvor. Die aktuell verwendete Krankheitsabgrenzung und der vorliegende Vorschlag definieren die Psoriasis und Parapsoriasis (inkl. Gelenkbeteiligung) gleich, so dass zu erwarten ist, dass auch bei

einem Fortführen der alten Systematik die Krankheit nun das Kriterium „kostenintensiv“ erfüllt und damit in die Liste der ausgleichsfähigen Krankheiten aufgenommen wird.

- Die neu aufgenommenen ICDs T812, T813, T815, T816, T818 und T819 sind in der Simulation Bestandteil der DxGruppen 687: Blutung / Hämatom / Serom als Komplikation eines Eingriffs bzw. 689: Postoperative Infektion geworden. Der sich ergebende Zuschlag der MG 165: Andere iatrogene Komplikationen ist signifikant und gegenüber dem aktuell verwendeten Modell leicht erhöht. Es empfiehlt sich, die Diagnosen in die bestehende Krankheit Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung aufzunehmen und im Klassifikationsverfahren auch für ambulante Operationen zuzulassen.
- Die Diagnosen der Krankheit Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut wurden in zwei DxGruppen Ablösungen der Netzhaut und Störungen der Netzhaut geteilt. Ferner wurden zwei neue MG konstruiert, die jeweils nur eine der genannten DxGruppen enthielt. Beide Zuschläge sind signifikant. Es empfiehlt sich, die bestehende Krankheitsliste an dieser Stelle zu überarbeiten.