

DAK-Gesundheit, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

Per Email

An

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Bundesversicherungsamt - Ref. 312

Postanschrift Zentrale
Risikostrukturausgleich
DAK-Gesundheit, Postfach 10 14 44
20009 Hamburg

Telekontakt Telefon: 040 2396-1314
Telefax: 040 2396-3314
joern.laufer@dak.de

Internet www.dak.de
persönlicher Kontakt Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg

unser Zeichen 0 00-002120-00000-La
IK 101560000
Datum 11.08.2016

Stellungnahme der DAK-Gesundheit zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2017

Nach § 31 Abs. 4 RSAV legt das BVA die Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr bis zum 30.09. fest. Der Entwurf dieser Festlegung für das Ausgleichsjahr 2017 ist vom BVA am 08.07.2016 an den GKV-SV zur Anhörung versandt worden. Zu diesem Entwurf nimmt die DAK-Gesundheit wie folgt Stellung:

Allgemeines

Arzneimitteldifferenzierung

Das Thema Arzneimitteldifferenzierung scheint vor dem Hintergrund eines Gesprächsangebotes nicht mehr bearbeitet zu werden. Ursprünglich ging es dabei jedoch ausschließlich um eine systematische Überprüfung von Arzneimitteldifferenzierungen. Dass vor diesem Hintergrund inzwischen konkrete Vorschläge von Arzneimitteldifferenzierungen wie zum Beispiel bei bösartigen Neubildungen oder Lebererkrankungen nicht bearbeitet werden, ist nicht nachvollziehbar. Die DAK-G fordert hier die Bearbeitung konkreter Arzneimittelvorschläge wie in der Vergangenheit. Darüber hinaus sehen wir es als originäre Aufgabe des BVA bzw. des

wissenschaftlichen Beirates, die Thematik einer systematischen Arzneimitteldifferenzierung zu bearbeiten. Über ein Gesprächsangebot an den GKV-SV kann es nach unserer Einschätzung hier zu keiner Lösung kommen.

Austauschfähige Arzneimittel

Die Bedeutung für den RSA ist offensichtlich gering, der Aufwand relativ hoch. Von daher teilen wir das Vorgehen des BVA, kapitelweise dieses Thema abzuarbeiten. Das Beispiel Methotrexat zeigt allerdings, dass die Ausweitung der ATC-Kodes primär nicht zu einer Verbesserung führt. Ursache könnte hier sein, dass Fälle aufgegriffen werden, die doch nicht in die Gruppe gehören. Grundsätzlich muss auch bei diesem Thema abgewogen werden, was mit der Klassifikation erreicht werden soll: Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten, nur eines „relevanten“ Teiles oder die Abhängigkeit von Systemkennzahlen (alle Varianten der Umsetzung sind in der Klassifikation enthalten). Insofern erscheint die Umsetzung bei Methotrexat in der Hierarchie 22 verzichtbar.

Prüfung der Differenzierungsmöglichkeiten je Krankheit nach Medikationstyp

Der eingebrachte Vorschlag wird aus unserer Sicht nicht ausreichend gewürdigt. Die Ausführungen im Kapitel 8.3 in den Erläuterungen zum Entwurf 2017 beschreiben das Problem, auf deren Basis sich zahlreiche Analyseansätze ableiten ließen.

Grundsätzlich geht es darum, dass über die Krankheitsauswahl Morbidität aufgegriffen wird, die über die Klassifikation eingeschränkt wird. Daraus ergibt sich die Situation, dass – in Abhängigkeit der Aufgreifkriterien – nur ein geringer Teil der lt. Krankheitsauswahl im RSA berücksichtigten Krankheit tatsächlich eine HMG-Zuweisung erhalten kann. Selbstverständlich kann das für das System besser sein. Nur kann so auch eine erhebliche Schieflage erzeugt werden, wenn man zum Beispiel bei Arthrose die Ergebnisse der Krankheitsauswahl mit denen der Klassifikation vergleicht. Die Argumentation, dass bei einer Erkrankung immer eine Arzneimitteltherapie erforderlich ist, würde diese Schieflage bei der Krankheitsauswahl theoretisch nicht entstehen lassen. Wenn es auch bei diesen Fällen eine Schieflage zwischen Fallzahl Krankheitsauswahl und Fallzahl Klassifikation gäbe, läge ein Fehler bei der Krankheitsauswahl vor. Diese Krankheit würde unzulässig mit der Krankheitsauswahl aufgegriffen werden können.

Die Vorschläge zu bzw. die Kritik an der etablierten Arzneimitteldifferenzierung beruhen auch darauf, dass eigentlich HMG mit Arzneimittelvalidierung vorhanden sind, diese jedoch trotz leitlinienkonformer Therapie nicht erreicht werden können.

In der Klassifikation werden die Aufgreifkriterien nicht einheitlich angewendet. Bei dem inzwischen sehr differenzierten System Bedarf es hier einer klaren Positionierung, um die Richtung von Anpassungen im Klassifikationsmodell vorzugeben (in Klammern nur Beispiele):

- Es werden DxG mit Arzneimittel validiert, obwohl auch andere Therapiemöglichkeiten existieren (Herzrhythmusstörungen)
- Es werden Arzneimittelvalidierungen abgelehnt, weil es Therapien ohne Arzneimittel gibt (Ideopathische thrombozytopenische Purpura)
- Es werden DxG nur stationär berücksichtigt, obwohl auch ambulante (Weiter-) Behandlungen erfolgen (zum Beispiel bei epileptischem Anfall)
- Es werden DxG nur mit einer Auswahl an Arzneimitteln validiert, obwohl andere Arzneimittel für die gleiche Therapie zugelassen sind (HMG261: CML mit Tyrosinkinaseinhibitor)
- Es werden Dominanzbeziehungen auf Nebenhierarchien erstellt, weil (wenige) Diagnose in einer anderen Hierarchie stehen (Arthritis auf Psoriasis)
- Es wird keine Dominanzbeziehung hergestellt, obwohl Folgediagnosen in einer anderen Hierarchie abgebildet sind (Arthritis bei Crohn)
- Es werden Mischzuweisungen erzeugt, deren Krankheiten nichts miteinander gemeinsam haben (kein Zuschlag für Demenz bei gleichzeitiger Leberzirrhose)
- Es werden Dominanzbeziehungen in Richtung Grunderkrankung -> Folge hergestellt (Psoriasis -> Arthritis psoriatica)
- Es werden Dominanzbeziehungen in Richtung Folge -> Grunderkrankung hergestellt (hepatische Enzephalopathie -> Leberzirrhose)
- Es werden Dominanzbeziehungen ohne Beseitigung der Doppelzuweisung hergestellt (Ösophagusvarizen – Leberzirrhose, Tumorlysesyndrom, Psoriasis L40.-)

Die Frage, ob in der Klassifikation alle Therapien zu einer Krankheit zugelassen werden müssen, ist berechtigt. Nach unserer Einschätzung ist diese nicht beantwortet und uneinheitlich umgesetzt.

Dominanzbeziehungen

Im Entwurf 2017 fällt eine Häufung der Bearbeitung von Dominanzbeziehungen auf. Die Begründung einer „ungerechtfertigten Doppelzuweisung“ bei fehlender Dominanzbeziehung ist grundsätzlich in Frage zu stellen. Warum ist ein Zuschlag jeweils für Chronische Hepatitis C und Demenz ungerechtfertigt? Warum ist der Zuschlag für Leberzirrhose, der die Zuschläge bei

gleichzeitig vorliegender Demenz beinhaltet gerechtfertigt? Die eine Gruppe erhält aus der Mischkalkulation zu viel, die andere zu wenig Zuweisung.

Offensichtlich wird versucht, bei nur einer einzigen Erkrankung, die zwei Hierarchien verbindet, eine Dominanzbeziehung herzustellen. So wird im Entwurf für 2017 für Psoriasis eine Dominanzbeziehung zu den Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems hergestellt. Warum fehlt die Dominanzbeziehung zu Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, wo es ebenfalls eine Gelenkbeteiligung gibt? Warum werden die Erkrankungen nicht in die entsprechende Grunderkrankungs-Hierarchie verschoben, wie es bei den Diabetes mellitus Folgeerkrankungen bzw. Komplikationen umgesetzt oder bei Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit in diesem Entwurf begründet wurde? So würde auch verhindert werden, dass nicht erforderliche / nicht notwendige / nicht sinnvolle Dominanzbeziehungen gebildet werden. Nicht nachvollziehbar ist zum Beispiel die Dominanzbeziehung gastrointestinaler Erkrankungen zu Erkrankungen der Leber, bei der die Doppelzuweisung von Ösophagusvarizen und Leberzirrhose nicht verhindert wurde (siehe auch Kapitel „Erkrankungen der Leber“).

Die DAK-G schlägt vor, die Umsetzung, für die sich das BVA bei Diabetes mellitus entschieden hat, konsequent in allen Hierarchien anzuwenden um damit Dominanzbeziehung zwischen Hierarchien zu vermeiden. Auch wenn es bei Diabetes mellitus primär um eine echte Doppelzuweisung ging, wurden hier Folgeerkrankungen, die sogar nicht nur bei Diabetes mellitus auftreten (I79.2 *Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*), der Grunderkrankung zugeordnet. So wie die Nierenerkrankung infolge Diabetes mellitus in der Diabetes-HMG abgebildet ist, sollten dann zum Beispiel auch

- die hepatische Enzephalopathie zu den Lebererkrankungen,
- die Psoriasis-Arthropathie zu den Hauterkrankungen und
- die Arthritis bei Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa zu den gastrointestinalen Erkrankungen

verschoben werden. Analog I79.2 *Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* sollten die Ösophagusvarizen den Lebererkrankungen zugeordnet werden.

Anpassung der Hierarchien

Hierarchie 1 „Infektionen“

Der von der DAK-G eingebrachte Vorschlag diente der Vervollständigung. Die Berechnungen entsprechen hinsichtlich der betroffenen Fälle den Erwartungen. Der Vorschlag wurde umgesetzt.

Hierarchie 2 „Neubildungen“

Die Differenzierung von Arzneimitteln wurde mit dem Verweis auf eine grundlegende Diskussion nicht weiter bearbeitet. Dieses Vorgehen teilen wir nicht, da es sich hier um konkrete Vorschläge handelt, während das zur Diskussion stehende Verfahren eine systematische Überprüfung beinhaltet (weitere Ausführungen siehe Kapitel „Arzneimitteldifferenzierung“ weiter oben).

Bei der DXG-Neuzuordnung sehen wir bei den soliden Tumoren keine Notwendigkeit, die HMG-Anzahl zu reduzieren und so auf eine Differenzierung zu verzichten. Genauso wurde es bei den hämatologischen Neubildungen in den Erläuterungen begründet, DxG nicht weiter zusammenzufassen. Dagegen wurden bei den soliden Tumoren weit größere Abstände der Kostenschätzer zusammengefasst, was ebenfalls nicht erforderlich scheint. So könnte aus dem Modell 9 in Tabelle 20 die HMG276 auch eigenständig vor den zusammenfassenden HMG278, 279 und 291 im System verbleiben, was die DAK-G vorschlägt. Das Modell 10, welches die Stabilität der Kostenschätzer vor der Zusammenfassung zeigen soll, unterstützt diesen Ansatz.

Die gleiche Frage stellt sich im weiteren Vorgehen, bei dem HMGs zusammengefasst werden, deren höchster Kostenschätzer 50% über dem niedrigsten Kostenschätzer liegt. Unser Vorschlag ist hier, aus Modell 11 die HMG277 und HMG280 zusammenzufassen und über den zusammenfassenden HMG287, HMG302, HMG303 und HMG304 anzuordnen.

Die Untersuchungen beim Tumorlysesyndrom zeigen mit den Unterschieden von Vollerhebung, Stichprobe, Standardabweichung und den Erwartungen extrem variabler Kosten die Schwierigkeiten bei der Einsortierung (wie es in diesem Bearbeitungszyklus für 2017 auch bei anderen Komplikations-HMG auffällt). Die HMG269 mit der HMG261 zusammenzufassen, wäre konsequent, aufgrund der schwankenden Kosten bei HMG269 und möglicher Änderungen bei HMG261 jedoch nicht sinnvoll. Grundsätzlich trifft es zu, dass die meisten Fälle mit Tumorlysesyndrom aus der Hierarchie 2b kommen. Die Lösung im Entwurf erreicht die Verhinderung der Doppelzuweisung nicht vollständig, daneben kommt es in der abschließenden Berechnung zu einer Verschlechterung der Kennzahlen. Vor diesem Hintergrund führt die Abbildung des Tumorlysesyndroms in einem separaten Hierarchiestrang (der darüber hinaus auch die Metastasen-HMG enthalten könnte) nach unserer Einschätzung zu einer zielgenaueren Abbildung. Eine Doppelzuweisung soll bei nicht relevanten Manipulationsanreizen die Zielgenauigkeit erhöhen.

Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“

Die Enzyersatztherapie (ERT) ist ein Beispiel für neue Behandlungsmöglichkeiten mit sehr hohen Kosten. Die Systematik des Morbi-RSA ist ungeeignet, zeitnah eine zielgenaue HMG-Zuweisung zu ermöglichen. Es dauert **vier Jahre** (!), bis neue Arzneimittel in den RSA berücksichtigt werden können. Unter Betrachtung der Arzneimittel-Entwicklung in den letzten Jahren und den Erwartungen in den nächsten Jahren muss hier dringend eine Lösung herbeigeführt werden, um einer massiven Ungenauigkeit entgegenzuwirken. **Der RSA soll Risikoselektion verhindern, wird dieser Aufgabe in diesem Punkt jedoch nicht gerecht!**

Redaktionell möchten wir erneut vorschlagen, die Bezeichnung ERT konsequent bei den betroffenen DxG und HMG in die Beschreibung aufzunehmen. Betroffen sind die DxG 131, DxG 132, DxG 133, DxG 112 und HMG285.

Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“

Die Hierarchieverletzung von HMG027 Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation war mit den Kostendaten (ab) 2014 als Folge neuer Arzneimitteltherapien zu erwarten. Die vielfach nicht erreichten Behandlungstage für die HMG mit Dauermedikation werden auch in den Folgejahren dazu führen, dass trotz Arzneimittelbehandlung die arzneimittelrelevante HMG nicht erreicht wird. Es erscheint sogar nicht unwahrscheinlich, dass es zu einer Hierarchieverletzung der HMG mit/ohne Dauermedikation kommen kann. Insofern wäre das ein **weiterer** Systemfehler, bei dem es der Morbi-RSA nicht zulässt, zeitnah eine Problemlösung herbeizuführen. Für 2016 war die eingetretene **Hierarchieverletzung bei den Blutern** vorher zu erwarten.

Die DAK-G schlägt vor, bereits auf der Kalkulationsgrundlage 2013/2014 die HMG027 in Hepatitis C und B zu trennen und entsprechend der Kostenschätzer in die Hierarchie einzusortieren. Eine Überprüfung der HMG288 mit gleichem Ziel erscheint ebenfalls angezeigt.

Die absehbare Hierarchieverletzung von HMG mit/ohne Dauermedikation ist ein weiteres Beispiel, dass die Anpassung im heutigen Morbi-RSA träge und unflexibel auf die medizinische Entwicklung reagiert und zeigt, dass **das Klassifikationsverfahren die Probleme im Risikostrukturausgleich nicht lösen kann.**

Die Dominanzbeziehung von gastrointestinalen Erkrankungen zu Lebererkrankungen soll aufgrund des Ursache-Folge-Prinzips hergestellt werden. Nachdem die Ösophagusvarizen aus der Hierarchie 5 in die Hierarchie 6 verschoben wurden, wird jetzt über eine Dominanzbeziehung versucht, Ursache und Folge wieder zu verbinden. Neben der Verschlechterung der

Systemkennzahlen wird auch die Doppelzuweisung von Leberzirrhose und Ösophagusvarizen nicht verhindert. Darüber hinaus müsste die Dominanzbeziehung umgekehrt aufgebaut werden, sodass die Ösophagusvarizen (Folge/höhere Kosten) die Leberzirrhose dominieren. Im Ergebnis des Entwurfs ist das unmittelbare Ziel der Dominanzbeziehung nicht erreicht und unter systematischen Kriterien ein Verbleib der Ösophagusvarizen in der Hierarchie 5 offensichtlich die bessere Lösung. Die Zuordnung von Folgen zur Grunderkrankung sollte im Hinblick auf die Argumentation bei Demenz (2017) und der Umsetzung bei Diabetes mellitus (2016) systematisch und einheitlich erfolgen. Das trifft auch auf einige andere bearbeitete Hierarchien zu und ist in den jeweiligen Kapiteln und im allgemeinen Teil „Dominanzbeziehungen“ dargelegt.

Die Dominanzbeziehung aller kognitiven Erkrankungen zur Leber soll eigentlich nur die hepatische Enzephalopathie betreffen. Allerdings müsste auch hier die hepatische Enzephalopathie als Folge der Lebererkrankung diese dominieren und nicht umgekehrt. Um die Systematik zu wahren schlägt die DAK-G vor, diese Folge einer Lebererkrankung in die Hierarchie 5 zu verschieben und die Dominanzbeziehung aufzulösen. (weitere Ausführungen siehe Kapitel „Dominanzbeziehungen“)

Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Die Anpassungen bei den gastrointestinalen Erkrankungen sind bis auf die Hierarchisierung nachvollziehbar. Zur Dominanzbeziehung mit den Lebererkrankungen verweisen wir auf unsere Ausführungen zur Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“ und weiter oben im allgemeinen Teil auf das Kapitel „Dominanzbeziehungen“.

Bei der HMG034 ist es nicht nachvollziehbar, dass eine Hierarchiebeziehung in einem Jahr wegen betroffener Fälle in allen Hierarchiesträngen begründet wird und im nächsten Jahr wegen einer Hierarchieverletzung einfach wieder aufgelöst wird. Üblicherweise wäre eine Zusammenfassung zu erwarten, die allerdings auch nach unserer Einschätzung hier nicht sinnvoll ist. Insofern greifen wir unseren Vorschlag aus zurückliegenden Jahren auf, als bei der Verschiebung aus der Komplikationshierarchie die Alternative vorgeschlagen wurde, die Komplikations-HMG als eigenen Hierarchiestrang bei den jeweiligen Erkrankungen abzubilden. Auch damals hatte die DAK-G auf stark schwankende Kosten – sehr unterschiedliche medizinische Verläufe bei eher geringer Fallzahl – hingewiesen bzw. als Argument erwähnt, was eine Einordnung erschwert und in der Folge zum Problem führen kann. Die Manipulationsmöglichkeit bei stationärer(!) Komplikations-HMG die parallel zu allen primären Erkrankungen zugewiesen würde, schätzen wir als nicht relevant ein. Darüber hinaus ist eine Verbesserung der Kennzahlen zu erwarten.

Zur Bewertung der Arzneimitteldifferenzierung verweisen wir auf unsere Ausführungen im eigenen Kapitel zu dem Thema weiter oben.

In der Diskussion um die Diagnose K92.2 Gastrointestinale Blutung nicht näher bezeichnet kann in den Erläuterungen zum Entwurf 2017 der Eindruck entstehen, dass diese Diagnose lt. Vorschlag der DAK-G nicht stationär aufgegriffen werden soll. Das hat die DAK-G nicht vorgeschlagen.

Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

Zu den Austauschpräparaten verweisen wir auf das eigene Kapitel weiter oben.

Die Dominanzbeziehung zu Erkrankungen der Haut ist in Abschnitt zur Hierarchie 22 und weiter oben im eigenen Kapitel „Dominanzbeziehung“ aufgegriffen.

Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“

Zur Abbildung der Agranulozytose sind die einzelnen Diagnosen in Tabelle 51 differenziert aufgeführt. Auf dieser Basis kann in den Erläuterungen nicht nachvollzogen werden, warum die Diagnose D71 (6.360 Euro) mit D70.0 (3.874 Euro) zusammengefasst und unterhalb der neuen HMG187 einsortiert wird. Unter Betrachtung der Kostenschätzer scheint die D71 besser in der HMG187 abgebildet zu sein, was die DAK-G vorschlägt. Dabei ist sogar zu erwarten, dass der Kostenschätzer für die HMG187 angehoben und für HMG188 abgesenkt wird.

Aus dem Vorschlag zur Arzneimittelvalidierung bei der Thrombozytopenie könnte die für die Indikationsbeschränkung zutreffende Diagnose D69.3 *Ideopathische thrombozytopenische Purpura (ITP)* herausgelöst werden, um aus der zutreffenden Begründung des BVA einen alternativen Lösungsansatz abzuleiten. Diesen Vorschlag zur Arzneimittelvalidierung der ITP hat die DAK-G bereits 2012 und erneut 2013 eingebracht, ohne dass eine abschließende Bearbeitung erfolgte! Der Argumentation, dass die Therapie der ITP mit Thrombozytentransfusionen nicht aufgegriffen wird, ist entgegenzuhalten, dass auch in etablierten HMG mit Arzneimittelvalidierung nicht alle Behandlungsmöglichkeiten aufgegriffen werden.

Bei der Beseitigung der Hierarchieverletzung von HMG036 und HMG038 stellt sich die Frage, warum bei der Differenz von mehr als 30.000 Euro (75% der HMG038) das Standardverfahren bei einer Hierarchieverletzung (Zusammenlegung beider HMG) überhaupt in Erwägung gezogen wird, wenn ein zielgenaues Klassifikationssystem erreicht werden soll. Auf der Basis der

Kostenschätzer muss bereits theoretisch klar sein, dass eine Zusammenfassung zu einer Verschlechterung der Kennzahlen führen muss. Das Ergebnis mit der Einsortierung der HMG036 und HMG038 entsprechend ihres Kostenschätzers wäre hier die primär anzustrebende Lösung.

Hierarchie 9 „Kognitive Erkrankungen“

Die Demenz bei anderen Grunderkrankungen diesen zuzuordnen, ist konsequent – wie zum Beispiel auch umgesetzt bei Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus. Leider findet sich diese Anwendung nicht systematisch in der Klassifikation wieder und wird teilweise durch Dominanzbeziehungen zwischen Hierarchien gelöst, was eher Probleme bei der Zuordnung von Diagnosen bereitet als das System verbessert. Nähere Ausführungen dazu siehe auch im Kapitel „Dominanzbeziehungen“ weiter oben.

Die Zusammenfassung von HMG011/HMG012 und die Verschiebung der Diagnose Delir bei Demenz entsprechen einschließlich der Begründung unserem Vorschlag aus dem letzten Anpassungsverfahren.

Hierarchie 13 „Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks“

Für die Neuzuordnung von DxG zu HMG zeigt Tabelle 61 die unterschiedlichen Kostenschätzer. Aus dieser Tabelle lassen sich einige andere Zusammenlegungen interpretieren bzw. ableiten. So stellt sich auch hier die grundsätzliche und wiederkehrende Frage, warum hohe Kostenschätzer nicht enger abgegrenzt werden. Gerade weil die Fallzahl gering ist, bieten sich eigenständige HMG an, damit z.B. die Zuweisung für DxG 307 nicht ein Drittel ihrer eigentlichen Kosten verliert. Auch eine eigene HMG aus der DxG 315 erscheint ausreichend abgegrenzt und damit sinnvoll.

Die DAK-G schlägt vor, die DxG 307 und DxG 317 aus der HMG293 in eine eigene HMG zusammenzufassen. Darüber hinaus sollte das Herauslösen der DxG 315 aus der HMG294 zu einer weiteren Verbesserung des Klassifikationssystems führen. Die Einsortierung in die Hierarchie ergibt sich aus den Berechnungen und ist jeweils über der bisherigen HMG zu erwarten.

Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Die Psoriasis aufgrund der Arthritis psoriatica als Folge bzw. Komplikation in eine Dominanzbeziehung zur Hierarchie 7 zu bringen, ist eine Möglichkeit, um Doppelzuweisungen zu vermeiden. Allerdings wird auch hier das Ziel nicht vollständig erreicht, da eine Doppelzuweisung von Psoriasis und Psoriasis-Arthropathie (L40.5) mit HMG219/220 und HMG227 möglich ist. Darüber hinaus werden zahlreiche andere Diagnosen in eine Dominanzbeziehung gebracht, was weder sinnvoll noch erforderlich ist. Der Systematik folgend – analog Diabetes mellitus und Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung – schlagen wir eine Verschiebung dieser Diagnoseschlüssel in die Hierarchie 22 vor. Die Berechnung der zunächst frei in die Hierarchie gestellten Diagnosen wird dann zeigen, wo die Einsortierung erfolgt.

Redaktionelle Anmerkungen

Die Kopfzeile „Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)“ sollte wieder auf allen Seiten abgedruckt werden (fehlt ab Kapitel III)

Die Bezeichnung von DxG und HMG sollte einheitlich sein und bei folgenden Gruppen um ERT ergänzt werden:

- HMG281: DxG 131 Mukopolysaccharidose Typ I **mit ERT**
- HMG285: DxG 132 Mukopolysaccharidose Typ II **mit ERT**
- HMG285: DxG 133 Mukopolysaccharidose Typ VI **mit ERT**
- HMG285 Morbus Pompe **mit ERT**, DxG 112 Morbus Pompe **mit ERT**

In Tabelle 43, Modell 14 sind in der Grafik HMG064 und HMG065 vertauscht.

In Tabelle 78 muss es Entwicklung der Modellgüte ... **2016** heißen.

In Tabelle 56, Modell 03: statt HMG287 muss dort **DxG 287** angegeben werden

In Abbildung 19 sind die HMG-Bezeichnung für HMG012 und HMG013 nicht angepasst, im Anhang S. 258 ist das richtig.

In Tabelle 59, DxG-Hierarchisierung muss die Richtung der Hierarchie in Grafik 299->302 korrigiert werden.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu prüfen und bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells 2017 zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße
gez. Dieter Kaske

Leiter Finanzplanung und -steuerung
