



**Stellungnahme des IKK e.V.  
zum Entwurf der  
Festlegung von Morbiditätsgruppen,  
Zuordnungsalgorithmus, Regressions-  
verfahren und Berechnungsverfahren  
für das Ausgleichsjahr 2017**

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

# Inhalt

<b>I. Vorbemerkungen .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Methodik.....</b>	<b>5</b>
Verwendung der 30%-Stichprobe .....	5
Methodische Grundsatzfragen der Weiterentwicklung .....	5
Austauschfähigkeit von Arzneimitteln.....	5
Berücksichtigung von Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka .....	6
<b>III. Anpassung des Klassifikationsmodells.....</b>	<b>8</b>
Hierarchie 02 „Neubildungen“ .....	8
Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ .....	8
Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ .....	9
Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ .....	10
Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ .....	10
Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“ .....	10
Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ .....	11
<b>IV. Sonstiges .....</b>	<b>12</b>
Erfassung der Ausgaben für Auslandsversicherte .....	12
<b>V. Redaktionelle Anmerkungen.....</b>	<b>14</b>

## **I. Vorbemerkungen**

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich gemäß § 31 Abs. 4 Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) hat das BVA am 08. Juli 2016 seine Vorschläge für die bis zum 30. September 2016 zu treffenden Anpassungen vorgelegt. Darin enthalten sind die Änderungen der zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus, des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2017 auf Basis der am 29. Februar 2016 festgelegten Krankheitsauswahl.

Wie schon im letzten Anpassungszyklus hatte das BVA auch diesmal nur den GKV-SV als alleinigen Anhörungspartner zur Vorlage von Vorschlägen zur Anpassung des Klassifikationsmodells zugelassen. Auf Basis der Rückmeldungen seiner Mitgliedskassen hatte der GKV-SV mit den Kassen eine Liste mit Änderungs- und Anpassungsvorschlägen abgestimmt und dem BVA übergeben. Das BVA hat diese Vorgehensweise als Verfahrensverbesserung gewürdigt, da bereits zu Beginn der Überarbeitung ein großer Fundus thematisch sinnvoll geordneter Überarbeitungsvorschläge zur Verfügung stünde.

Auch wir halten die Vorgehensweise, alle Anpassungsvorschläge zentral beim GKV-SV zu sammeln und in Form einer in der GKV abgestimmten und kommentierten Liste an das BVA zu übermitteln, für sinnvoll. Das schafft Transparenz für alle Verfahrensbeteiligten.

Die Innungskrankenkassen möchten ausdrücklich darauf hinweisen, dass eine Diskussion um methodische Fragen der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells sich nur um alle in der GKV vorgebrachten Fragestellungen drehen kann. Eine alleinige Diskussion um einzelne Fragen der Arzneimitteldifferenzierung erachten wir als nicht zielführend.

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung setzte sich das BVA vorrangig mit der aufgrund der veränderten Krankheitsauswahl notwendigen Anpassung des Klassifikationsmodells auseinander. Außerdem wurde die Zusammensetzung der Hierarchie Neubildungen auf ihre Kostenhomogenität hin überprüft. Wir honorieren, dass es dem BVA gelungen ist, die Transparenz der Modellrechnungen und die Nachvollziehbarkeit der Modellauswahl weiter zu verbessern. Auch scheint die Güte der 30%-Stichprobe zugenommen zu haben. Dies ist sehr zu begrüßen.

Allerdings lässt sich gegenüber den vorherigen Anpassungszyklen auch in diesem Jahr wieder beobachten, dass die mittels Regression berechneten Kostenschätzer mehr oder minder großen Schwankungen unterworfen sind. Kann sich doch alleine schon auf Grundlage einer geänderten Krankheitsauswahl oder einer veränderten Datenbasis die Kostenverteilung charakteristisch verändern, wodurch es zu Hierarchieverletzungen kommen kann. Auch in diesem Anpassungszyklus sind wieder diverse Hierarchieverletzungen, verursacht durch z.T. deutliche Kostenspreizungen innerhalb einzelner HMG, feststellbar. Hierarchieverletzungen eröffnen Anreize, dann auf die Meldung entsprechender Morbiditätsinformationen zu verzichten, wenn sie durch eine Höhergruppierung der Versicherten mit einem Zuweisungsverlust für die Kassen einhergehen. Infolgedessen wird die Morbidität in der Hierarchie nicht mehr korrekt abgebildet. Wie schon mehrfach in unseren Stellungnahmen angeführt, sollte daher die jahres- und meldungsübergreifende Stabilität des Klassifikationsmodells stärker berücksichtigt werden. Im Anhörungsverfahren zum Festlegungsentwurf 2015 hatten wir bereits konkrete Vorschläge dazu unterbreitet. Wir möchten das BVA daher zu einer umfassenden und systematischen Überprüfung der Kostenhomogenität aller Hierarchien ermutigen.

Gelungen sind die in der Beschreibung des Ausgangsmodells farblich dargestellten Änderungen (S. 35). Dies hilft die Auswirkungen der Krankheitsauswahl auf einen Blick zu erfassen. Leider wird die Systematik nicht konsequent für alle Hierarchien umgesetzt. So fehlt beispielsweise im Ausgangsmodell in der Hierarchie 8 (S. 141) eine entsprechende Kennzeichnung.

Positiv wird von uns auch der im Anhang in Kapitel 25 aufgeführte Überblick über die bearbeiteten Vorschläge des GKV-SV bewertet. Wünschenswert wäre noch eine Übersicht über die noch ausstehenden bzw. noch ungeprüften Vorschläge.

## **II. Methodik**

### **Verwendung der 30%-Stichprobe**

Erfreulicherweise haben sich die Differenzen in den Gütemaßen zwischen Vollerhebung und 30%-Stichprobe im Vergleich zum Vorjahr deutlich reduziert. Die Innungskrankenkassen hoffen daher, dass auch das Gesamtmodell deutlich stabiler bleiben wird, als dies in den vergangenen Ausgleichsjahren der Fall war.

### **Methodische Grundsatzfragen der Weiterentwicklung**

Das Bundesversicherungsamt hat dargestellt, dass verschiedene Anpassungsempfehlungen zu Vorschlägen, die eine unterschiedliche Zuschlagshöhe in Abhängigkeit der verschriebenen Arzneimittel vorsehen (Arzneimitteldifferenzierung), erst nach einer grundlegenden methodischen Diskussion, zu der sich der Wissenschaftliche Beirat gerne bereit erklärt, diskutieren möchte.

Eine solche Diskussion um grundlegende methodische Fragen der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells sollte aus Sicht der Innungskrankenkassen auch alle weiteren, seit mittlerweile mehreren Jahren nicht mehr bearbeiteten methodischen Fragen zum Thema haben. Dazu gehören nach unserer Auffassung auch die methodischen Kriterien für Alterssplits, die bereits mehrfach auch vom GKV-SV geforderten Sensitivitätsanalysen sowie grundsätzliche Fragen zur Robustheit und Versorgungsneutralität des Klassifikationsmodells im Hinblick auf Präventionsanreize. Eine singuläre Diskussion einer einzigen methodischen Frage halten wir für nicht zielführend.

### **Austauschfähigkeit von Arzneimitteln**

Das BVA führt korrekterweise aus, dass bei der Frage der Austauschfähigkeit von Arzneimitteln nach § 129 Abs. 1 SGB V eine medizinisch-inhaltliche Einzelbewertung notwendig ist. Damit wird sichergestellt, dass keine ungerechtfertigten Zuschläge ausgelöst werden.

Die im Anhörungsverfahren festgestellte Anzahl der Fälle, bei denen die Konstellationen austauschfähiger ATC-Kodes zutreffen, ist mit mehr als 5.000 Fällen erheblich. Wir sehen die Notwendigkeit einer weitergehenden Prüfung auch in der Zukunft als gegeben,

erkennen jedoch auch die vom BVA benannten Kapazitätsgründe an, die eine vollumfassende Prüfung nicht zulässt. Eine selektive Auswahl und Prüfung einzelner Wirkstoffe, die bereits von einzelnen Krankenkassen (hier BARMER GEK) gemeldet wurden, sehen wir aber kritisch, soweit hierzu kein einheitliches Prüfverfahren seitens des BVA und Beirat für diese Konstellationen der austauschfähigen Arzneimittel vorhanden ist.

Wir schlagen daher vor, dass sich das BVA und der Wissenschaftliche Beirat im Vorfeld vor dem nächsten Klassifikationsmodellauswahlverfahren auf eine oder mehrere zu prüfende Wirkstoffe- bzw. Diagnosegruppen festlegt, die dann im Rahmen des Verfahrens geprüft werden können.

### **Berücksichtigung von Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka**

Die Argumentation des BVA zur Berücksichtigungsfähigkeit von Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka (HAP) wird von uns als nicht stichhaltig angesehen. Das BVA führt aus, dass eine Streichung der HAP aus der Arzneimittelzuordnungstabelle nur geringe Auswirkungen habe, da in Summe nur 236 Versicherte weniger gruppiert würden und deshalb die bisherige Berücksichtigung im Klassifikationsmodell unverändert beibehalten werden kann.

Arzneimittel, deren therapeutischer Nutzen nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht als nachgewiesen bewertet wird, dürfen aber nach unserer Einschätzung zu einer Diagnosevalidierung grundsätzlich nicht herangezogen werden. Im Grundsatz könnte eine solche Argumentation nämlich auch in anderen Zusammenhängen angeführt werden. Gerade bei hochprävalenten Krankheiten wie Diabetes mellitus ist davon auszugehen, dass infolge der Argumentation des BVA „auch nicht (mehr) zugelassene Arzneimittel zur „Plausibilisierung“ von Diagnosen zu verwenden, deutlich mehr Versicherte von größeren Validierungsmöglichkeiten betroffen sind.

Auch wenn nach Ansicht des BVA die Verordnung nicht zugelassener Arzneimittel eine Diagnose „plausibler“ machen kann, dürfen sie nicht zur Diagnosevalidierung herangezogen werden. Dies gilt grundsätzlich auch für alle anderen Arzneimittel mit Wirkstoffen, für die ein Zusatznutzen nach AMNOG nicht nachweisbar ist. Daher halten

wir eine systematische Überprüfung der DxG-ATC-Zuordnungsliste in dieser Richtung für notwendig.

### **III. Anpassung des Klassifikationsmodells**

#### **Hierarchie 02 „Neubildungen“**

Wir begrüßen, dass das BVA unserer Forderung nach einer systematischen Überprüfung der Kostenstruktur der beiden Hierarchiestränge bereits aus dem vorletzten Anpassungszyklus gefolgt ist. Sowohl die Vorschläge zur HMG-Neuordnung und Hierarchisierung zu kostenhomogenen Gruppen als auch die Einrichtung einer Dominanzbeziehung von der HMG269 „Tumorlyse Syndrom“ aus der Hierarchie 2b zur Hierarchie 2a erscheinen sinnvoll.

#### **Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“**

Adipositas ist im Zuge der aktuellen Krankheitsauswahl entfallen. Der Hierarchiestrang wurde entsprechend angepasst. Weiterer Anpassungsbedarf ergab sich aus dem aktuellen Vorschlagsverfahren nicht. Allerdings hat der Wissenschaftliche Beirat noch drei Vorschläge von letztem Jahr aufgegriffen, die im nächsten Anpassungszyklus untersucht werden sollen:

1. Arzneimitteldifferenzierung der DxG137 (ICD E88.0) über den ATC-Kode B02AB02 „Alpha-1-Antitrypsin“
2. Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ und Ausgliederung für ICD E32.1 „Abszess des Thymus“
3. Aufnahme von Elosulfase alfa (A16AB12) in die DxG133

Insbesondere bei Vorschlag 1 möchten wir darauf hinweisen, dass Versicherte mit „Alpha-1-Antitrypsin-Mangel“ der HMG021 „Phenylketonurie ohne BH4-Responsivität, Morbus Wilson, Gangliosidosen, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine“ zuzuordnen sind und nicht wie beschrieben der HMG012 „Degenerative Hirnerkrankungen / Morbus Alzheimer“ (Seite 90).

Zudem fallen die erheblichen Steigerungen der Fallzahlen in dieser Hierarchie auf. Hier wäre eine inhaltliche Überprüfung dieser Entwicklung durch das Bundesversicherungsamt wünschenswert.



## **Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“**

Als Ergebnis der Krankheitsauswahl wurde die Krankheit „Akute schwere Lebererkrankung“ erneut als RSA-berücksichtigungsfähig eingestuft. Bei der Einordnung im Klassifikationsmodell ergibt sich eine Hierarchieverletzung durch die HMG027 und 028. In der Folge überprüft das BVA im ersten Schritt die Dominanzbeziehungen.

Die Kostenschätzer der HMGs 026, 028 und 030 in Modell 1 (Tabelle 30) liegen mit 1.244 – 1.418 Euro sehr dicht beieinander. Im Zuge der Überprüfung werden die drei HMGs zunächst gemäß ihren Kostenschätzern isoliert und anschließend neu hierarchisiert. Dabei kommt es in Modell 3 zu einer weiteren Hierarchieverletzung. Der Kostenschätzer der dominierenden HMG028 liegt mit 658 Euro unter der dominierten HMG029 mit 745 Euro. Modell 3 wird deshalb wieder verworfen. Die Überprüfung einer möglichen Konsolidierung dieser beiden HMGs wird nicht verfolgt. Die Hierarchieverletzung wird später durch Vergabe des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG148 und 149 aufgehoben.

Zur Verbesserung der Akzeptanz und Nachvollziehbarkeit des Weiterentwicklungsverfahrens schlagen wir für künftige Weiterentwicklungsverfahren vor, die Überprüfung einer Hierarchie auf Kostenhomogenität grundsätzlich immer erst dann durchzuführen, wenn alle Anpassungs- und Änderungsvorschläge zu der Hierarchie untersucht sind. Hierarchieverletzungen im Ausgangsmodell lösen sich möglicherweise durch Veränderungen in den Aufgreifkriterien auf. Zudem empfehlen wir alle Hierarchien, in denen sich Veränderungen ergeben, systematisch auf die Zusammensetzung ihrer Kostenschätzer hin zu überprüfen. Es sollte darauf geachtet werden, dass dabei eine konsistente Vorgehensweise gewählt wird. Wir empfehlen die Untersuchung der DxG-HMG-Zuordnung durch eine vollständige Aufhebung der Hierarchiestruktur, mit Freistellen aller DxGs und anschließender Zusammenführung ähnlicher Kostenschätzer analog der Vorgehensweise in Hierarchie 2 (Tabelle 19). Zuschlagsgruppen mit negativen Kostenschätzern sind mit dem Wert 0 Euro am Hierarchieende einzubinden. Eine Zusammenlegung mit positiven Zuschlagsgruppen führt zu einer ungerechtfertigten Verwässerung der Kostenschätzer und wird von uns abgelehnt.

### **Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“**

Die Entscheidung des BVA, aus Gründen der Manipulationssicherheit und zur Vermeidung von Doppelzuschlägen trotz des sich leicht verschlechternden MAPE ( $\Delta$  - 0,03 Euro) eine Dominanzbeziehung von der HMG025/288 (Hierarchie 05) zur HMG061 „Gastrointestinale Varizen“ umzusetzen, ist sinnvoll und zielführend.

Das auf Seite 132 dargestellte Endmodell (M14) unterscheidet sich von der ebenfalls in Modell 14 (Seite 126) dargestellten Einführung einer Leberdominanz. Zudem enthält M14 eine Hierarchieverletzung. Der Kostenschätzer der dominierenden HMG065 liegt mit 2.492 Euro deutlich über dem Kostenschätzer der dominierten HMG064 (993 Euro). Im finalen Anpassungsentwurf auf Seite 133 ist die Hierarchieverletzung durch Tausch der beiden vorgenannten HMGs beseitigt. Allerdings fällt am Ende des Hierarchiestranges „Gastrointestinale Varizen“ auf, dass der Abstand der Kostenschätzer zwischen der HMG064 (993 Euro) und der HMG062 (972 Euro) sehr gering ist. Da beide HMGs jeweils nur aus einer DxG mit jeweils einem einzigen ICD-Kode bestehen, sollte die Zusammenlegung beider HMGs geprüft werden.

### **Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“**

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde die Prüfung weiterer Stufen der Dauermedikation für die HMG035 angeregt, um besonders schwerwiegenden Fällen und den daraus resultierenden Kosten gerecht zu werden. Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass das BVA an der bisherigen Logik, keine weitere Ausdifferenzierung durchzuführen, festhält. Dies würde das Verfahren unnötig verkomplizieren und in Richtung Einzelfall- bzw. Ist-Kostenausgleich führen.

### **Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“**

Da zu vermuten ist, dass der Kostenschätzer der DxG287 „Delir bei Demenz“ als Komplikation der Demenz innerhalb der HMG013 deutlich von dem der DxG251 „Demenz bei andern Erkrankungen“ abweicht, hatten einige Kassen eine Überprüfung der Kostenzusammensetzung gefordert. Das BVA hat im Rahmen seiner Untersuchungen die DxG287 in Modell 03 (Seite 161) in die höherwertige HMG012 verschoben. Dies ist nur bedingt nachvollziehbar. Der Kostenschätzer der HMG012 steigt leicht an, so dass sich

die vorgenannte These zu bestätigen scheint. Die Analyse der Kostenschätzer für jede DxG der HMG013 ist im Modell 3 jedoch nicht dokumentiert.

#### **Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“**

Die neu eingeführten ICD-Kodes G23.3 „Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]“ und P91.7 „Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen“ werden den DxG327 „Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen“ und der DxG250 „Normotensiver Hydrozephalus“ zugeordnet. Da für die neu eingeführten Kodes noch keine Daten vorhanden sind, kann eine empirische Einordnung noch nicht erfolgen. Dies sollte nachgeholt werden, sobald Daten dazu vorliegen.

## **IV. Sonstiges**

### **Erfassung der Ausgaben für Auslandsversicherte**

Der Anhörungsentwurf sieht vor, die im Punkt 2.5.7. Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte genannten Konten, die für die Leistungsausgaben für Auslandsversicherte zur Kappung der Zuschläge herangezogen werden, von den Konten 4800 und 4830 auf die Konten 4800 – 4802 und 4830 – 4831 zu ändern. In Verbindung mit dem seit 14.07.2016 vorliegenden Erlassentwurf zur Änderung des Kontenrahmens und der Statistik der GKV wird deutlich, dass mit dieser Änderung versucht wird, den im Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 33 Abs. 4 RSAV aufgezeigte Missstand zu beheben, dass derzeit auch Urlaubsabrechnungen zusammen mit den Kostenabrechnungen für Auslandsversicherte auf die Konten der Kontenart 480 gebucht werden. Durch diese Anpassungen in der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV würden die zu berücksichtigenden Leistungsausgaben für Auslandsversicherte abgesenkt.

Das oben erwähnte Gutachten stellt weiterhin fest, dass die zur Kappung herangezogenen KJ1-Ausgaben für Auslandsversicherte „nur näherungsweise die Ausgaben von Auslandsversicherten darstellen, weil diese durch zwei gegenläufig wirkende Effekte verzerrt sind: Zum einen sind in den verbuchten Ausgaben nicht nur die Ausgaben der Auslandsversicherten, sondern auch die der Personen mit vorübergehendem Aufenthalt im Ausland (insbesondere Urlauber) enthalten und zum anderen sind die im Inland in Anspruch genommenen Leistungen der Auslandsversicherte (z. B. bei Grenzgängern (...)) nicht enthalten. Welcher Effekt dabei überwiegt ist (...) nicht feststellbar.“ (S. 19). Festgehalten wird aber, dass die Inlandsinanspruchnahmen in einem „nicht unerheblichen Maße“ vorliegen (vgl. bspw. S. 11 oder S. 57).

Die Streichung der Urlaubsabrechnungen ist grundsätzlich sachgerecht. Doch ohne eine gleichzeitige Berücksichtigung der Inlandsinanspruchnahmen der Grenzgänger werden Kassen mit einem relativ hohen Anteil an Grenzgängern und Versicherten in Ländern mit relativ hohem Ausgabenniveau zusätzlich belastet. Für die entsprechende Versichertengruppe würde die ohnehin vorliegende Unterdeckung systematisch weiter verstärkt. Daher lehnen wir eine solche einseitige Anpassung der berücksichtigten Leistungsausgaben für Auslandsversicherte ab.

Sollte an den geplanten Anpassungen der berücksichtigten Konten für die Kappungsgrenze festgehalten werden, so sind die bei der Inlandsinanspruchnahme von Auslandsversicherten entstehenden Kosten ebenfalls bei der Ermittlung der Ausgaben für Auslandsversicherte zu berücksichtigen. Diese Ausgaben lassen sich bereits heute näherungsweise aus der SA 700 ermitteln, indem für Versicherte, die mindestens 183 Versichertage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, die kumulierten Ausgaben in den HLB 1-4 und 7 als näherungsweise Ausgaben für die Inlandsleistungen angenommen werden. So werden Ausgaben im Inland aus den Bereichen Ärzte, Zahnärzte, Krankenhaus, Arzneimittel und Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung bereits wirksam abgebildet. Diese sind zu den Ausgaben für Auslandsleistungen der Auslandsversicherten hinzuzurechnen.

Da der Hauptleistungsbereich „Sonstige Leistungen“ auch die Ausgaben für Auslandsleistungen enthält, die bereits über die Konten 4800 – 4802 und 4830 – 4831 abgebildet werden sollen, sollte dieser Bereich nicht für die Abbildung der Inlandskosten berücksichtigt werden, auch wenn so alle sonstigen Ausgaben, die nicht Auslandskosten umfassen, außen vor bleiben. Als pragmatischer Ansatz erscheint dies aber vertretbar, wenn sonst gar keine Inlandskosten Berücksichtigung fänden. Der hier vorgeschlagene Weg der Erfassung und Berücksichtigung der Inlandsausgaben kann als erster Schritt hin zu einer sauberen Erfassung der Inlandsausgaben dienen.

## V. Redaktionelle Anmerkungen

Aus unserer Sicht gibt es notwendige redaktionelle Anpassungen. Diese sind im Folgenden **fett unterstrichen**.

- Seite 66: „Der Kostenschätzer für die HMG**124** in Tabelle 14...“.
- Seite 86: „Es wird eine Neuordnung der Hierarchiestränge 2a und 2b entsprechend dem Modell**5** empfohlen.“
- Seite 102: „Auf Basis des Modells 2 (Tabelle **31**) soll ...“.
- Seite 105: „Hier könnte eine Zusammenlegung der HMGs **030** und ...“.
- Seite 157: „Abbildung **18** stellt die ...“.
- Seite 167: „In Abbildung **20** wird ...“.
- Seite 179: „Die HMGs 259,292,293,294 und 295 aus der **Hierarchie** 13 dominieren ...“.
- Seite 179: „Abbildung **21** zeigt darüber hinaus ...“.
- Seite 184: „Die Tabelle **64** zeigt ...“.