

Stellungnahme der BARMER zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2019

22.08.2018

Vorbemerkung

Gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesversicherungsamt (BVA) jährlich zum 30. September das Versichertenklassifikationsmodell für das folgende Ausgleichsjahr fest. Mit Datum vom 13. Juli 2018 hat das BVA den Krankenkassen den Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2019 übermittelt.

Die BARMER nimmt nachfolgend differenziert zum Festlegungsentwurf Stellung.

Allgemeine Anmerkungen zum Entwurf

Wie gewöhnlich zeichnen sich die Erläuterungen des BVA auch in diesem Jahr durch ihre gute Verständlichkeit aus. Bedauerlicherweise hat es auch in diesem Jahr im Vorfeld kein Vorschlagsverfahren gegeben. Das ist grundsätzlich wegen der parallelen Erstellung des Gutachtens zu den regionalen Verteilungswirkungen des Morbi-RSA und den zur Verfügung stehenden Ressourcen verständlich, widerspricht aber dem übergeordneten Ziel, durch Verfahrensoptimierungen Risikoselektion zu vermeiden, um einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen.

Aufgrund der Sonderaufgaben des Wissenschaftlichen Beirats und seiner Geschäftsstelle ist der Entwurf gegenüber den Jahren ohne Sonderaufgaben erneut kleiner ausgefallen. Allerdings haben auch in Jahren ohne Sonderaufgaben die Ressourcen nicht ausgereicht, um alle eingegangenen Vorschläge zu bewerten. Der hierdurch entstandene Bearbeitungsstau ist aus unserer Sicht nicht wettbewerbsneutral. Die eingereichten Vorschläge dienen dazu, den RSA präziser, sachgerechter und zielgenauer auszugestalten und nicht systemgerechte Über- und Unterdeckungen zu vermeiden. Die ausbleibende Bearbeitung lässt den RSA hinter seinen Möglichkeiten zurückbleiben. Kassen mit geringer Krankheitslast, aber z.B. auch solche mit vielen multimorbiden Versicherten werden dadurch seit Jahren begünstigt.

Der Fokus liegt in dieser Anhörung aufgrund des zeitlich parallel zu erstellenden Regionalgutachtens im Wesentlichen in der Abarbeitung bereits vorliegender Vorschläge und zwingend notwendiger Überarbeitungen.

Die Überprüfung der vorliegenden Vorschläge zur Austauschbarkeit von Arzneimitteln nach § 129 Abs. 1 SGB V und die konsequentere Berücksichtigung von Arzneimitteln im Aufgreifalgorithmus werden, neben der systematischen Pflege der Aufgreifkriterien und des hierarchischen Ansatzes, ausdrücklich begrüßt. Neben der Verbesserung der Gütemaße R^2 , CPM und MAPE wird dadurch die Manipulationsresistenz des Morbi-RSA erhöht. Insbesondere bei der Berücksichtigung von Arzneimitteln zur Validierung von Diagnosen nicht auf die politischen Entscheidungen infolge des Sondergutachtens zu den Wirkungen des Morbi-RSA zu warten, ist konsequent und sollte auch in den folgenden Jahren unabhängig von einer Morbi-RSA Reform fortgeführt werden.

Besonders positiv hervorheben möchten wir außerdem wieder den dargestellten zusammenfassenden Überblick über die Fallzahlen und Kostenschätzer des Ausgangs- und des Entwurfsmodells. Dieser Überblick vereinfacht die Bewertung des Entwurfs deutlich. Wünschenswert wäre weiterhin eine Bereitstellung in Form einer Excel-Datei.

Hierarchieübergreifender Anpassungsbedarf**Zu 5: Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln in Anlage 3 der Festlegung**

Für die kommende Festlegung haben sich das BVA und der Wissenschaftliche Beirat dazu entschlossen, von den Kassen vorgeschlagene Einzelfälle austauschfähiger Arzneimittel zu untersuchen. Die vom GKV-SV vorgeschlagene systematische ATC-DxG Zuordnung wurde wegen mangelnder Kapazitäten nicht durchgeführt. Eine vollständige Analyse der austauschfähigen Arzneimittel ist sicherlich aufwendig, sollte unabhängig von den vorhandenen Kapazitäten aber dennoch durchgeführt werden, um sämtliche in Betracht zu ziehende Arzneimittel zu berücksichtigen. Selbstverständlich werden wir weiterhin unsere Daten nach zusätzlichen Arzneimitteln analysieren, als Einzelkasse haben wir aufgrund des eingeschränkten Datenvolumens aber nicht die gleichen Möglichkeiten wie das BVA.

Grundsätzlich wird im Festlegungsentwurf die Aufnahme eines austauschfähigen Arzneimittels durch den ATC 5-Steller dann vorgeschlagen, wenn es Indizien für die Anwendung in zwei Indikationsgebieten gibt. Für die Überprüfung wird der GKV-Arzneimittelindex mit Stand Juni 2017 verwendet. Durch die gewählte Vorgehensweise wird eine jährliche Überprüfung der untersuchten austauschfähigen Arzneimittel erforderlich, da sich die verschiedenen Arzneimittelkombinationen jederzeit verändern können. Die Änderungen können in zwei Richtungen erfolgen. Es können neue austauschfähige Arzneimittel dazukommen und andere wieder wegfallen. Damit keine allzu große Lücke zwischen dem Versorgungsgeschehen und dem Klassifikationsverfahren entsteht, schlagen wir vor, den jeweils aktuellsten zur Verfügung stehenden GKV-Arzneimittelindex, im aktuellen Fall den bereits zur Verfügung stehenden GKV-AI 2018, zu verwenden. Die Verwendung der Morbiditätsdaten aus 2015 und den Versicherteninformationen zu den Leistungsausgaben aus 2016 steht dem nicht entgegen.

Zu 5.3.1: Bromocriptin

Die Ergänzung der DxG 847 um den 5-Steller G02CB befürworten wir.

Zu 5.3.2 Doxazosin

Die Ergänzung der DxG 354, 355, 382, 383, 385, 387, 388, 389, 537, 538 und 539 um den 5-Steller G04CA befürworten wir.

Zu 5.3.3 Duloxetine

Die Begründung für die Nichtannahme des Vorschlags ist nachvollziehbar. Der Vorschlag sollte im nächsten Festlegungsentwurf erneut geprüft werden.

Zu 5.3.4 Sulfasalazin

Die Begründung für die Nichtannahme des Vorschlags ist grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings zeigen die Daten zumindest für die DxG 199 und 204, dass ein zunehmender Austausch der Arzneimittel stattfindet und die Aufnahme des 5-Stellers A07EC in diese beiden DxG sachgerecht wäre. Der Vorschlag sollte im nächsten Festlegungsentwurf erneut geprüft werden.

Zu 5.3.5 Calcium-haltige Monopräparate

Die Begründung für die Nichtannahme des Vorschlags ist nachvollziehbar. Der Vorschlag sollte im nächsten Festlegungsentwurf erneut geprüft werden.

Zu 5.3.6 Topiramate

Die Ergänzung der DxG 262, 263, 265 und 843 im Bereich der psychischen Erkrankungen um den 5-Steller N02CX begrüßen wir.

Die Begründung für die Nichtannahme des Vorschlags bei der DxG 907 ist nachvollziehbar. Der Vorschlag sollte im nächsten Festlegungsentwurf erneut geprüft werden.

Zu 5.3.7 Opioide und andere Migränemittel

Die Ablehnung der Hinzunahme der 5-Steller N02AB, N02AD, N02AF, N02AG und N02AJ kann nicht nachvollzogen werden, da die Arzneimittel in einem nicht unwesentlichen Maße für die Opiatsubstitution verschrieben werden. Wir schlagen daher die Aufnahme der zusätzlichen 5-Steller bereits für den anstehenden Zyklus vor.

Zu 5.3.8 Methotrexat

Die Begründung für die Nichtannahme des Vorschlags ist grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings verweisen wir exemplarisch speziell bei Methotrexat auf die eingangs beschriebene Problematik der Datenaktualität. Es gibt inzwischen eine ganze Reihe an Herstellern, die entsprechende Arzneimittel vertreiben. Die Aufnahme der beiden 5-Steller L01BA und M01CX würde dem derzeitigen Versorgungsgeschehen entsprechen.

Anpassung der Hierarchien

Zu 6: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Auch in diesem Anpassungszyklus wurde die Hierarchie 4 mit dem Ziel überarbeitet, besonders kostenintensive Versicherte besser abzubilden. Die aktuelle Anpassung beinhaltet eine Arzneimitteldifferenzierung für Versicherte mit Alpha-1-Antitrypsinmangel und für Versicherte mit Hypophosphatasie. Nicht umgesetzt wird der Vorschlag den ICD-Kode E32.1 „Abszess des Thymus“ aus der DxG 117 auszugliedern.

Aufgrund der niedrigen Besetzungszahlen in der DxG 117 und der geringfügigen Verschlechterung des MAPE kann es nachvollzogen werden, dass letzterer Vorschlag nicht umgesetzt wird.

Ausdrücklich begrüßt wird die Auseinandersetzung um jene Versicherte, die unter einem Alpha-1-Antitrypsinmangel leiden und einen ICD-Kode E88.0 „Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert“ erhalten. Der Vorschlag zielt darauf ab, diese Versicherten, die aufgrund der Erkrankung sehr kostenintensiv mit Prolastin (ATC-Kode B02AB02) behandelt werden, entsprechend in der Hierarchie 4 in einer eigenen HMG279 abzubilden. Da die Behandlung der Patienten sich zunächst nicht von der Standardtherapie der COPD unterscheidet, sieht der Klassifikationsentwurf die Hinzunahme einer ganzen Reihe weiterer ATC 5-Steller (H02AB, R03AC, R03AK, R03AL, R03BA, R03BB, R03CC, R03DA und R03DX) vor. Dabei würde sich ein jährlicher Zuschlag von rund 15.000 € ergeben.

Auch wenn sich die Behandlung zwischen den Versicherten mit einem Alpha-1-Antitrypsinmangel und Versicherten mit COPD zunächst nicht erheblich unterscheiden, so ist für die weitaus teurere Behandlung mit Prolastin zunächst ein entsprechender Gen-Test beim Patienten durchzuführen. Durch die Hinzunahme der oben genannten ATC 5-Steller vergrößert sich die Besetzung der HMG erheblich, mit der vom BVA vorgeschlagenen Arzneimittelzuordnung würden über 80% der Versicherten in der neuen HMG279 nicht mit Sicherheit unter einem Alpha-1-Antitrypsinmangel leiden. Dies entspricht nicht dem Bild einer hinreichenden Validierung und erscheint auch nicht sachgerecht, da sich die Kosten für die beiden unterschiedlichen Krankheiten aufgrund der zu verschreibenden Arzneimittel deutlich unterscheiden. So belaufen sich die jährlichen Kosten für Prolastin auf rund 90.000 €. Wir schlagen daher vor, die Versicherten mit einem Alpha-1-Antitrypsinmangel in eine eigenständige DxG und infolge auch eigene HMG zu verschieben, für die neben dem ICD-Kode E.88.0 ausschließlich der ATC-Kode B02AB02 zugeordnet ist. Die Versicherten mit Alpha-1-Antitrypsinmangel und einer behandlungsbedürftigen COPD werden bereits in der HMG 215 aufgegriffen. Durch die vorgeschlagene Dominanzbeziehung zwischen der neuen HMG 279 und der HMG 215 ist eine doppelte Zuschlagsgewährung ausgeschlossen.

Die Anpassungen für Versicherte mit Hypophosphatasie wird von uns auch trotz der geringen Besetzungszahl ausdrücklich begrüßt, da sich die Modellgüte geringfügig verbessert und die extrem hohen Behandlungskosten sachgerecht dargestellt werden.

Zu 7: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

Die im vergangenen Jahr verschobene Auflösung der Hierarchieverletzung zwischen der HMG256 und der HMG028 wird nach der Verschiebung im vergangenen Jahr nun aufgelöst. Die daraus entstehenden Anpassungen können nachvollzogen werden. Im Ausgangsmodell besteht eine Dominanzbeziehung zwischen der HMG061 Gastrointestinale Varizen und der HMG256 Hepatische Enzephalopathien. Diese Dominanzbeziehung besteht nach dem Umbau nur noch für die Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2 in der neuen HMG256. Aus medizinischen Gründen wird es daher regelmäßig zu doppelten Zuschlägen in den HMG061 und 257 (neu) kommen. Daher regen wir an, eine Dominanzbeziehung zwischen der HMG257 neu und der HMG061 zu prüfen, um dies in Analogie zum Ausgangsmodell auszuschließen.

Erneut wollen wir an dieser Stelle auf eine Besonderheit hinweisen. Mit Sofosbuvir wird eine chronische Hepatitis C behandelt. Diese Behandlung stellt keine Dauertherapie dar. In der Regel dauert die Standardtherapie 12 Wochen und bringt eine Heilung bei rund 90% der betroffenen Patienten. Durch die Kürze der Behandlung können keine 183 DDD erreicht werden. Demnach kann keine Zuordnung zu der HMG288 erfolgen und die Versicherten bekommen wahrscheinlich die HMG251 zugeordnet. Die Kostenschätzer der beiden HMG liegen zwar nicht weit auseinander, die hohen Therapiekosten durch den Einsatz von Sofosbuvir werden aber nicht abgebildet.

Zudem ist dieser medizinische Erfolg in einem prospektiven Verfahren nicht abbildbar. Auch das vorliegende Sondergutachten zu den Wirkungen des Morbi-RSA bietet keine Lösung an. In Zukunft werden durch unterschiedlichste Therapieformen auch andere Krankheiten zumindest soweit heilbar sein, dass der prospektive Ansatz des Morbi-RSA hier keinen Lösungsansatz darstellt. Wir regen daher eine rechtzeitige Diskussion über den Umgang mit diesen Fällen an.

Zu 8: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Zu Beginn werden die Auswirkungen der deutlichen Unterschiede zwischen den GKV-AI Versionen 2016 und 2017 im Bereich des ATC B02BD diskutiert. Für die Bewertungen im Festlegungsentwurf hat sich das BVA entschieden, den GKV-AI 2016 einzusetzen, auch wenn der GKV-AI für 2017 bereits vorliegt. Das für die Anhörung bei der Hierarchie 8 der AI 06/2016 herangezogen wird und nicht der aktuellere AI 06/2017 – mit korrigierten DDD – kann nicht nachvollzogen werden. Dies geschieht lediglich in einer gesonderten Auswertung außerhalb der Anhörung, deren Ergebnisse aber nicht nachvollziehbar dokumentiert sind. Als Begründung wird auf den einheitlichen Entscheidungsmaßstab für alle Hierarchien des Klassifikationssystems verwiesen, der bei Verwendung des AI 06/17 nicht mehr sichergestellt wäre. Allerdings wird bei der Bewertung der austauschfähigen Arzneimittel nach § 129 SGB V der aktuellere AI 06/17 herangezogen, da sich die Austauschfähigkeit im aktuelleren AI besser feststellen lässt.

Vor diesem Hintergrund hätte die Überprüfung der Hierarchie 8 mit den korrigierten DDD im AI 06/17 innerhalb des Entwurfes stattfinden sollen. So hätten auch die vorgenommenen Änderungen der Hierarchie 8 und die Hierarchieverletzung überprüft werden können. Um bei einem einheitlichen Entscheidungsmaßstab zu bleiben, hätte am Ende eine Gegenüberstellung des Entwurfs auf Basis des AI 06/17 und AI 06/16 erfolgen können. Eine Überprüfung der festgelegten Mindestbehandlungstage im nächsten Jahr ist zwingend erforderlich.

Leider wurde der Vorschlag zu der Therapie der idiopathischen Thrombozytopenie im Zuge der Überarbeitung der Hierarchie 08 auch in diesem Jahr nicht überprüft.

Bereits im Festlegungszyklus des Ausgleichsjahres 2017 entstand die Diskussion zu dem Vorschlag die Versorgung der Idiopathischen Thrombozytopenischen Purpura (D69.3, im folgenden „ITP“) über die Wirkstoffe Romiplostim (ATC B02BX04) und Eltrombopag (ATC B02BX05) besser abzubilden. Das BVA sah den Vorschlag als nicht sachgerecht an. Erst mit der Konkretisierung, den ICD-Kode D69.3 ITP aus der DxG 232 mit anschließender Arzneimittelprüfung herauszulösen, konnte diese Variante vom BVA nachvollzogen werden. Die Prüfung wird nun aufgrund der begrenzten Ressourcen wieder nicht durchgeführt und auf einen späteren, inzwischen unbestimmten Zeitpunkt verschoben.

Wir schlagen daher erneut vor, noch in diesem Anpassungszyklus für die Diagnose D69.3 Idiopathische Thrombozytopenische Purpura eine neue HMG zu bilden und diese mit dem Kriterium Arzneimittel über die Wirkstoffe Romiplostim und Eltrombopag zu ergänzen.

Zu 8.2. Untersuchung der Kostenhomogenität zur HMG046 „Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen“

Die Aufteilung der bisherigen HMG046 in die neuen HMG046 „Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation“, HMG193 „Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation“ und HMG195 „Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen“ ist aufgrund der differenzierteren Darstellung der Versicherten und der Verbesserung der Modellgüte bei allen Kennzahlen nachvollziehbar.

Zu 9: Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

Die Überarbeitung der Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ nimmt im aktuellen Festlegungsentwurf den größten Umfang ein.

Die Aufnahme des Arzneimittels Topiramate mit dem ATC 5-Steller N02CX für die DxG 262, 263, 265 und 843 und die Beibehaltung der bisherigen Regeln für die Arzneimittelvalidierung sind sachlich richtig.

Darüber hinaus wird umfangreich eine Arzneimittelvalidierung für die schwere Depression und eine Hierarchiekonsolidierung geprüft. Infolgedessen werden die ICD-Kodes F33.2, F33.3, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1 und 33.4 der bisherigen DxG264 auch unter Berücksichtigung der S3-Leitlinie in die neuen DxG838, DxG839 und DxG842 einsortiert. Die DxG838 „rezidivierende schwere Depression“ und DxG839 „schwere Depression ohne Rezidiv“ werden mit den ATC-Kodes N05AN, N06AA, N06AB, N06AF, N06AG und N06AX geprüft.

Wir schlagen vor, diese Liste mindestens um die beiden ATC 5-Steller NH5AH und NH5BA zu ergänzen. Dabei handelt es sich um Neuroleptika, die für über 10% der betroffenen Versicherten verordnet werden. Grundsätzlich sind diese Arzneimittel nicht primär für die Therapie der schweren Depression gedacht, durch die Berücksichtigung der ICD-Kodes F33.3 und F32.3 (Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) besteht aber ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Diagnosen und Therapie, so dass die Berücksichtigung sachgerecht erscheint. Weitere Ergänzungen der Validierungsliste sollten geprüft werden.

Darüber hinaus schlagen wir vor, die ICD-Kodes F33.2, F33.3, F32.2, F32.3 zusätzlich parallel auch ohne Arzneimittelvalidierung zu berücksichtigen. Die Dauer einer schweren depressiven Episode beträgt in vielen Fällen unter 6 Monaten, so dass die erforderliche DDD-Grenze nicht zwingend erreicht wird. Wir schlagen vor, eine Zusammenlegung der HMG066 und der HMG067 zu prüfen und in diese HMG eine neue DxG „schwere depressive Episoden ohne Dauermedikation“ zu integrieren.

Zu 10: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Die Berücksichtigung von nach § 129 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln – hier Bromocriptin (G02CB01) als ATC-5-Steller G02CB für die DxG847 „Morbus Parkinson mit Dauermedikation“ begrüßen wir.

Zu 11: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Die Berücksichtigung von nach § 129 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln – hier Doxazosin (G04CA05) als ATC-5-Steller G04CA für die DxGs der HMG 91 „Hypertonie, hypertensive Erkrankungen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen“ begrüßen wir.

Zu 12: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Nach 2015 wird die Hierarchie 19 erneut untersucht. Zunächst wird eine Dominanz von der HMG216 auf die HMG215 geprüft. Bei der Prüfung der Dominanzbeziehung kommt es im Ergebnis zu widersprüchlichen Effekten bei den statistischen Maßen. Während das R^2 in relevanter Größenordnung steigt, verschlechtern sich CPM und MAPE. Eine Entscheidung rein auf Grund der Prognosegüte ist damit nicht möglich. Eine weitere Diskussion erfolgt nicht. Warum letztendlich keine Umsetzung erfolgt, wird nicht erläutert. Es wird alternativ vorgeschlagen die HMG237 mit der HMG114 zusammenzulegen, die im Ergebnis von der HMG216 dominiert werden.

Auch wenn die Ergebnisse aus der Dominanzprüfung nicht einheitlich sind und sich CPM und MAPE leicht verschlechtern, plädieren wir für die Einführung der Dominanzbeziehung. Die Einführung würde einen weiteren Beitrag zur Erhöhung der Manipulationsresistenz des Morbi-RSA bedeuten. Eine leichte Verschlechterung der Gütemaße CPM und MAPE erscheint an dieser Stelle hinnehmbar. In diesem Sinne hatte das BVA bereits für das Ausgleichsjahr 2012 entschieden und die Krankenhaus- Nebendiagnosen trotz einer geringfügigen Verschlechterung der Gütemaße aus Gründen der Manipulationsabwehr „abgewertet“.

Hinsichtlich der Begründung, warum wir in dieser Dominanzbeziehung einen Beitrag zur Manipulationsabwehr sehen, verweisen wir auf das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu den Wirkungen des Morbi-RSA 2017 unter Punkt 5.2.3.1 und weiterführend 5.2.13:

„Die Krankheit 190 „Asthma“, die auch eine DMP-Indikation darstellt, war zuletzt im Ausgleichsjahr 2012 eine Auswahlkrankheit. Von der Überlegung ausgehend, dass Folgeerkrankungen des Asthmas auch über ICD-Kodes einer anderen Auswahlkrankheit kodiert werden können, wurde die Hypothese aufgestellt, dass zumindest schwere Fälle von Asthma ggf. auch als „Chronische respiratorische Insuffizienz“ kodiert werden könnten und daher analysiert werden sollten. [...] Diese Hypothese wird auch durch ein an ein Hausarzt gerichtetes Merkblatt einer Krankenkasse unterstützt, das dem BVA vorliegt. Darin heißt es, dass bei Vorliegen und Behandlung einer Lungenerkrankung mit chronisch respiratorischer Insuffizienz die chronische respiratorische Insuffizienz immer zusätzlich zur Lungenerkrankung dokumentiert werden sollte, bspw. chronische respiratorische Insuffizienz (J96.19 G) zusätzlich zu Asthma (J45.- G), COPD (J44.- G), Emphysem (J43.- G), chronischer Bronchitis (J41.- G, J42.- G) usw.“

Die Einführung einer Dominanzbeziehung würde dazu führen, dass eine in dieser Weise an Ärzte herantretende Kasse im Ergebnis den zumindest in vielen Fällen bereits vorliegenden Zuschlag der HMG215 verliert, um den Zuschlag für die respiratorische Insuffizienz zu erhalten. Der Ertrag für solche Aktivitäten bleibt bestehen, wird aber deutlich vermindert. Wir weisen darauf hin, dass genau diese Verminderung von Manipulationserträgen dem wissenschaftlichen Beirat im o.g. Gutachten ausreicht um die Einführung eines Vollmodells als Maßnahme gegen Diagnosemanipulationen vorzuschlagen, da hierdurch alle Morbiditätszuschläge leicht sinken.

Ergänzend empfehlen wir eine Dominanzbeziehung zwischen der HMG110 Respiratorische Insuffizienzen, Lungenabszess, Pneumothorax auf die HMG215 zu prüfen als Alternative zur Dominanz zu einer Dominanz zwischen HMG216 und HMG215.

Die weiteren Änderungen in der Hierarchie 19 sind für uns nachvollziehbar.

Zu 13: Hierarchie 20: „Erkrankungen des Urogenitalsystems“

Die Trennung des bisher bestehenden Nieren-Harn-Strangs in einen isolierten Nierenstrang und einen isolierten Harnstrang und die daraus folgende Reorganisation der Hierarchie 20 ist für uns nachvollziehbar und sachgerecht.

Die Berücksichtigung von nach § 129 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln – hier Doxazosin (G04CA05) als ATC-5-Steller G04CA für die DxG537, DxG538, DxG539 der HMG 131 begrüßen wir.