

DAK, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

**Per Email**

An

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Bundesversicherungsamt - Ref. 312

Zentrale  
Risikostrukturausgleich  
*Postanschrift* DAK, 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* 07.08.2015

**Stellungnahme der DAK-Gesundheit zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2016**

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 2016 ist vom BVA am 10.07.2015 an den GKV-SV zur Anhörung versandt worden. Zu diesem Entwurf nimmt die DAK-Gesundheit wie folgt Stellung:

**Allgemeines**

Mit dem Entwurf zur Klassifikation für 2016 wurden umfangreiche Analysen und Bewertungen vorgelegt. Ausgehend von den vielen Änderungen in der Krankheitsauswahl waren entsprechende Anpassungen in der Klassifikation notwendig. Darüber hinaus wurden die Vorschläge aus dem aktuellen Vorschlagsverfahren als auch offene Anmerkungen aus der Vergangenheit bearbeitet. Im Ergebnis zeigt das inzwischen bevorzugte Gütemaß MAPE eine leichte Verbesserung im Vergleich zum Ausgangsmodell 2016, allerdings muss eine Verschlechterung im Vergleich zur Klassifikation 2015 hingenommen werden. Unabhängig davon bleibt unverändert festzuhalten, dass trotz intensiver Bemühungen aller Beteiligten keine deutliche Verbesserung im Klassifikationssystem des morbiditätsorientierten

Risikostrukturenausgleichs – gemessen an den Kennzahlen – erreicht werden kann oder zu erreichen ist.

Die Diskussion um Aufgreifkriterien pendelt wiederholt zwischen der Berücksichtigung aller Erkrankten bzw. Behandlungen auf der einen und nur der Berücksichtigung relevanter bzw. kostenintensiver Fälle auf der anderen Seite. Vielfach wird argumentiert, dass Aufgreifkriterien nicht angewendet werden bzw. Vorschläge nicht umgesetzt werden können, weil damit nur ein Teil der Erkrankungs- bzw. Behandlungsfälle einbezogen wird. Beispielhaft sei hier die gastrointestinale Ulkuskrankheit mit der Diskussion über Arzneimitteltherapie oder Blutungen genannt. Genau das Gegenteil ist aber im Klassifikationssystem präsent, und das seit Jahren.

— Dabei stellt sich überhaupt die Frage, ob es das Ziel ist bzw. das Ziel sein muss, alle Erkrankungsfälle aufzugreifen. Das beschriebene Risiko der Einflussnahme auf die Behandlung ist eher theoretisch als real zu erwarten. Bereits jetzt gibt es zahlreiche umgesetzte Varianten, die eine Argumentation pro und contra nahezu unmöglich machen und auch jetzt die Behandlung beeinflussen müssten. Den bekannten Standardkriterien Arzneimittel, M2Q und stationär werden zusätzliche Kriterien ergänzt: Arzneimittelmenge, stationäre Hauptdiagnose plus ambulante Arzneimittel oder Arzneimittel und M2Q als „klinisch relevant“. Hier steht schon im Namen worum es doch eigentlich gehen soll: für eine Morbiditätsgruppe relevante Fälle ermitteln, die in einem Vergütungssystem einen Zuschlag erhalten sollen. Im aktuellen Entwurf wurde das Aufgreifkriterium für Lungenembolie auf stationär geändert. Wenn nur stationäre Behandlungsverläufe einen Zuschlag erhalten sollen, ist das völlig legitim. Die Begründung in den Erläuterungen trifft allerdings nicht zu. Genauso wie sich kleinere gastrointestinale Blutungen in der ambulanten Diagnostik und Therapie befinden können, sind kleinere, rezidivierende und chronische Lungenembolien in ambulanter Folgebehandlung. Letztendlich sollte eine klare Linie erkennbar sein, welche Fallgruppen eine HMG erhalten sollen. Bis dahin wird es immer  
— Diskussionen ohne Konsens geben.

## **Anpassung der Hierarchien**

### **Hierarchie 02 „Neubildungen“**

Die Anpassungen bei den Neubildungen beschränken sich auf die Einarbeitung weggefallener Diagnosen in die Klassifikation und die Prüfung auf Zusammenlegung von HMG bei augenscheinlichen Auffälligkeiten während der Analysen. Eine umfangreiche Überprüfung der HMG-Zusammensetzung sollte bei den Neubildungen jedoch zeitnah durchgeführt werden, da – wie bereits in unserer Stellungnahme zum Entwurf 2015 ausgeführt – durch die Umstellung der

Berechnungsmethode auf Pro-Tag-Werte größere Veränderungen zu erwarten sind, die sich unterschiedlich auf die einzelnen HMG/DxG auswirken. Darüber hinaus muss besonders in dieser Hierarchie davon ausgegangen werden, dass die Leistungsausgaben – bedingt durch den medizinischen Fortschritt bei der Behandlung bösartiger Neubildungen – größeren Änderungen unterworfen sind, was ebenfalls eine erneute Überprüfung in kürzeren Abständen notwendig macht.

Bei der Neuordnung der in der HMG279 verbliebenen Diagnosen fällt auf, dass die in der HMG267 hinzugekommenen Fälle aus der DxG092, die einen Anteil von 2/3 der neuen HMG ausmachen, zu einer deutlichen Reduktion des Kostenschätzers führen, was unter Betrachtung des vorherigen Kostenschätzers bei der erwähnten hohen Anzahl nicht verwundert. Trotz der verbesserten Kennzahlen stellt sich die Frage, ob die DxG092 in einer eigenen HMG eine weitere Verbesserung bedeutet, was in der Gesamtbetrachtung mit den beiden anderen Verschiebungen in die HMG278 und HMG266 – die trotz teilweise hoher Fallzahländerung zum Kostenschätzer des Ausgangsmodell passen – nicht beurteilt werden kann bzw. nicht zu erkennen ist.

### Hierarchie 03 „Diabetes mellitus“

Primär wurde der offene Vorschlag zur Vereinheitlichung der Manifestationskodes bearbeitet. Dabei wurden drei Modelle analysiert (Tabelle 17, Seite 107 im Entwurf):

1. Sternkodes in der Hierarchie für Diabetes mellitus und den Hierarchien der Manifestationskodes
2. Sternkodes nur in den Hierarchien der Manifestationskodes
3. Sternkodes nur in der Hierarchie für Diabetes mellitus

Die Schlussfolgerung zu Modell M3 als das beste Modell sind aus den Kennzahlen nachvollziehbar. Allerdings fällt bei näherer Betrachtung auf, dass es von M1 zu M3 zu einer Fallzahlverschiebung zwischen den HMG016 und HMG017 kommt und beim Vergleich von M1 zu M2 zu einer Fallzahlsteigerung von HMG132. Das ist weder mit den in Tabelle 15 und 16 aufgeführten Aufgreifkriterien erklärbar noch für einen Vergleich geeignet. Im Ergebnis ist eine abschließende Bewertung, welche Zuordnung der Manifestationskodes das bessere Modell ist, aus der vorliegenden Tabelle nicht möglich. Wir bitten das BVA, die Tabelle 17 zu überprüfen und aus den ggf. anzupassenden Modellberechnungen das Modell umzusetzen, welches die beste Systemverbesserung darstellt. Zur Vermeidung von Fehlanreizen bzw. Manipulationen halten wir unverändert die Abbildung der Manifestationskodes in beiden Hierarchien – der Diabetes-Hierarchie und der jeweiligen Manifestations-Hierarchie – für die bessere Lösung. Besonders bei

Komplikationen am Nervensystem führt die Kodierung einer diabetischen Neuropathie und einer nicht näher bezeichneten Neuropathie zu einer Doppelzuweisung. Auch jetzt wird in einem nicht geringen Anteil bei diabetischer Neuropathie nur ein unspezifischer Kode verschlüsselt, was bisher auch in die HMG071 führte, mit dem Entwurf für 2016 jedoch eine andere Bedeutung bekommt.

Weiterer Anpassungsbedarf wird unter Verweis auf die Überprüfung im letzten Anpassungszyklus nicht gesehen. Grundsätzlich kann unter den derzeitigen Voraussetzungen nachvollzogen werden, dass aufgrund des Umfanges der Klassifikation nicht jedes Jahr alle Vorschläge zu allen Hierarchien bearbeitet werden können. Dazu hatten wir in der Vergangenheit Lösungsvorschläge unterbreitet. Allerdings halten wir die Argumentation in diesem Fall für nicht gerechtfertigt. Der konkrete Vorschlag zur Neuordnung der HMG015 und HMG016 resultiert bereits aus dem Anhörungsverfahren zum Entwurf für 2015. Da unser Vorschlag in den Erläuterungen zur Festlegung der Klassifikation 2015 nicht aufgegriffen wurde, handelt es sich um einen noch offenen Vorschlag. Insofern trifft die Aussage, dass „eine Überprüfung im letzten Anpassungszyklus stattgefunden hat“, in dem Umfang nicht zu, da nicht alle eingegangen oder noch offenen Vorschläge abgearbeitet wurden.

Letztendlich wurde eine Überprüfung aufgrund der Anpassungen durch die Manifestationskodes durchgeführt. Die im Modell II.M1 abgebildete Kostenverteilung für HMG015 und HMG016 führt exakt zu unserem letztjährigen Vorschlag, Koma und Ketoazidose mit deutlich höheren Kosten vor multiple, renale und vaskulären Komplikationen mit ähnlichem Kostenschätzer einzuordnen. Die Begründung, Koma/Ketoazidose als Ausnahme nicht hierarchisch aller anderen Komplikation übergeordnet aufzustellen, ist nicht nachvollziehbar:

1. Die stationäre Versorgung führt offensichtlich zu deutlich (!) höheren Folgekosten, die in diesem prospektiven Modell zu erkennen sind und damit auch berücksichtigt werden können
2. Die multiplen Komplikationen sind aus Sicht der Diabetes-Erkrankung als höchste Stufe einer chronischen Erkrankung eher als Organkomplikationen zu verstehen, wie durch den Diabetes mellitus verursachte Schäden z. B. an Niere, Gefäß, Nerv und Auge. Ein Koma bzw. eine Ketoazidose ist eine dekompensierte Stoffwechsellage der primären Erkrankung Diabetes mellitus und ist unabhängig von der Anzahl an manifesten durch den Diabetes hervorgerufener Organkomplikationen zu bewerten. Von daher sind diese beiden Diagnosen/„Komplikationen“ anders einzuordnen als typische Organkomplikationen.

3. Die Vermeidung von Manipulationsanreizen, das explizit als Ziel bei einer Neuordnung hervorgehoben wird, wäre mit einer eigene HMG Koma/Ketoazidose mit stationärem Aufgreifkriterium nicht gefährdet

Nicht nachzuvollziehen ist auch, warum aus dem Modell II.M1 heraus nicht diskutiert wird, die vaskulären Komplikationen z.B. mit den renalen Komplikationen zusammenzufassen und ggf. hinter die multiplen Komplikationen zu stellen. Diese beiden Kostenschätzer passen besser zusammen als Niere und multiple Komplikationen, dennoch scheinen Niere und multiple Komplikation in allen Modellen gesetzt zu sein. Die Nierenkomplikationen sollen offensichtlich auch die Komplikationen mit den höchsten Kosten darstellen. Dabei ist zu beachten, dass es zu einer unvermeidbaren Doppelzuweisung durch die Nierenerkrankung selbst z.B. bei Niereninsuffizienz bzw. Dialyse – sofern diese vorliegen – kommt, womit sich der schwere Komplikationsgrad des Diabetes mellitus auch in den HMG niederschlägt.

Aus Gründen der Manipulation sollen unspezifische ICD nicht höher bewertet werden als spezifische ICD. Folgt man der Anwendung des ICD-10-GM ist dem bei der Zuordnung von „*Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen*“ Folge geleistet. Dennoch stellt sich die Frage, ob es sinnvoller wäre, diese Codes unterhalb der ICD-Schlüsselnummern „Komplikationen am Auge“ einzuordnen.

Zusammengefasst haben wir zur Hierarchie 03 folgende Anmerkungen bzw. Vorschläge:

1. Überprüfung der Modellberechnungen der Tabelle 17 zu Manifestationskodes
2. Vermeidung von Manipulationen durch Zuordnung der Manifestationskodes in beide Hierarchien
3. Neuordnung der Hierarchie: Koma/Ketoazidose in eine eigene HMG
4. Vermeidung von Manipulationen durch die Neuordnung: sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen sollten in die unterste der Komplikations-HMG
5. Vorschlag für eine Neuordnung: [Koma/Ketoazidose] > [multiple Komplikationen] > [renale/vaskuläre/neurologische Komplikationen] > [Augen-/sonstige/nicht näher bezeichnete Komplikationen] > [ohne Komplikationen]

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

Die aus der Krankheitsauswahl hinzugekommenen Diagnosen der Krankheit 55 „*Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutung und/oder Perforation*“ wurden umfangreich analysiert. Dabei fällt

zunächst auf, dass bei grundsätzlich vergleichbarer Systematik im ICD-10-GM durch die Zuordnung bei der Krankheitsauswahl einige Diagnosen in der Klassifikation „fehlen“. So sind z. B. alle Codes bei Divertikulose des Dün- und Dickdarms mit Perforation bzw. Abszess enthalten, während das bei Divertikulose nur des Dünndarms oder Dickdarms mit Perforation bzw. Abszess nicht so ist. Das ist aus medizinischen Gründen, die für die Krankheitsauswahl maßgeblichen sein sollen, nicht nachvollziehbar, da es z. B. bei Sigma-Perforation aufgrund einer Divertikulose irrelevant sein kann, ob auch eine Dünndarmdivertikulose vorliegt oder nicht. Besonders problematisch ist allerdings, dass alle „nicht näher bezeichneten“ Codes (K57.8-) berücksichtigt werden. Im Ergebnis wird eine unspezifische Kodierung besser gestellt (=überhaupt berücksichtigt) als eine spezifische Kodierung. Auch aus Gründen der Manipulation sollte dieser Sachverhalt in der Krankheitsauswahl für 2017 dringend vereinheitlicht bzw. nachgebessert werden. Ein ähnliches Problem ist für die Angiodysplasie von Magen und Darm festzustellen, deren sechs ICD-10-Codes auf vier Krankheiten verteilt sind – was weder sinnvoll noch nach den Kriterien der Krankheitsauswahl nachvollziehbar ist. So kommt es, dass Blutungen bei Angiodysplasie von Magen und Kolon enthalten sind, die des Dünndarms jedoch nicht. Auch hier ist eine Überarbeitung bei der Krankheitsauswahl für 2017 angezeigt.

Für die Einsortierung der neuen Diagnosen wurden zunächst differenzierte Gruppen gebildet und analysiert, um in weiteren Schritten eine Zusammenlegungen nach Kennzahlen zwecks Übersichtlichkeit als auch eine Manipulationsresistenz zu erreichen. Die Zusammenfassung von zunächst getrennten Magen- bzw. Darmerkrankungen lässt sich aus den Kennzahlen gut nachvollziehen. Allerdings scheint uns die Einsortierung einiger Blutungen in parallelen Hierarchien innerhalb der Hierarchie 06 keine gute Lösung zu sein. Unabhängig der unterschiedlichen Aufgreifkriterien – die bei diesem Sachverhalt keine Rolle spielen – sind hier

- a. zwei HMG für ein und dieselbe Erkrankung möglich und
- b. wird eine unspezifische Kodierung bzw. ein Symptom einer spezifischen Kodierung höher gestellt.

Das betrifft die DxG760, die neben spezifischer Diagnosen mit „Hämatemesis“ (K92.0) und „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ (K92.2) eher ein Sammeltopf unspezifischer gastrointestinaler Erkrankungen enthält. Hämatemesis ist ein Symptom und ein „Opfer“ nicht stringenter Zuordnung im ICD-10-GM. Von daher müssen wir eine Zuordnung im Organkapitel anstatt im Symptomkapitel „R“ hinnehmen (was auch auf einige andere Schlüsselnummern zutrifft). Hinter einer „Gastrointestinalen Blutung, nicht näher bezeichnet“ sollte sich in den meisten Fällen eine Blutung, die auch näher bezeichnet werden kann, verbergen. Von daher sollten diese beiden – aus den gleichen Gründen aber auch allen anderen – Diagnosen der DxG760 in den rechten Hierarchiestrang einsortiert werden. Darüber hinaus sollten Symptome

und unspezifischen Kodes den spezifischen Kodes höchstens gleichgestellt werden. Analog zu „Meläna“ (K92.1) – was genaugenommen auch ein Symptom und keine Diagnose darstellt (und eine stationäre Diagnostik nach sich zieht) – sollte Hämatemesis ebenfalls der HMG062 zugeordnet werden. Gleiches gilt für die „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ als unspezifische Kodierung. Die unterschiedlichen Aufgreifkriterien wirken der Manipulationsmöglichkeit nicht ausreichend entgegen. Vielmehr ist die Notwendigkeit unterschiedlicher Aufgreifkriterien bei den Blutungsdiagnosen zu diskutieren.

Die Angiodysplasie mit sehr unterschiedlichen und teilweise extrem kostenintensiven Behandlungsverläufen, findet sich so in dem Entwurf nicht wieder. Die Vermengung mit den anderen gastrointestinalen Blutungen lässt diese Kostenintensität nicht erkennen. Darüber hinaus führt die Doppelabbildung in der HMG062 und DxG760 zum Absenken des Kostenschätzers für die Angiodysplasie.

Besonders unverständlich ist die Zuordnung der DxG760 zur HMG031 vor dem Hintergrund der Verschlechterung der Kennzahlen.

Zusammengefasst schlagen wir aus Gründen der Übersichtlichkeit, Manipulationsresistenz, Vermeidung von Doppelzuweisungen und Verbesserung der Kennzahlen vor,

1. K92.0 „Hämatemesis“ und K92.2 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ in die HMG062,
2. K31.82 „Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung“ und K55.22 „Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung“ in die HMG063 und
3. K29.0 „Akute hämorrhagische Gastritis“ und K22.6 „Mallory-Weiss-Syndrom“ entsprechend ihrem Kostenschätzer ebenfalls in den rechten Hierarchiestrang zu verschieben.

Bei der Modellberechnung M4 zu M5 (Seite 144) fällt auf, dass die Fallzahl der DxG765 wieder stark ansteigt und fast den Wert von M3 ohne Hierarchie erreicht. Nach den Erläuterungen dürfte sich die Fallzahl jedoch nicht ändern. Wir bitten um eine Überprüfung.

## Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Bereits im Anhörungsverfahren für 2015 wurden die Auswirkungen des Arzneimittelindex mit Stand 6/2014 diskutiert und analysiert. Die Auswirkungen auf die Hierarchie konnten verfahrensbedingt nicht bzw. noch nicht eingearbeitet werden. Erst auf der Basis der Morbidität 2013 und der Leistungsausgaben 2014 wird dieses angepasst werden können. Auch wenn es aufgrund der zeitlichen Voraussetzungen nicht möglich ist, die gesamte Klassifikation für 2016 auf dieser Basis zu prüfen bzw. kurzfristig anzupassen, schlagen wir vor, mit den im September 2016 vorliegenden Daten 2013/2014 nur diese zu erwartende Hierarchieverletzung von HMG036 und HMG038 bereits für die Klassifikation 2016 zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Bei der Neuordnung der Hierarchie 08 ist die in Tabelle 54 gezeigte Verschlechterung von Modell II.M11 – unter Betrachtung des Modell II.M6 als das dargestellte Vormodell – nicht überraschend, auch nicht, dass Modell II.M12 besser ist als II.M11. Vielmehr stellt sich aus Modell II.M6 die Frage, warum die hohe Anzahl der DxG242 mit einer kleinen Gruppe mit ca. 50% höherem Kostenschätzer zusammengefasst wurde. Aus dem Modell II.M6 schlagen wir vor, die DxG245/239/240 in eine HMG und DxG242/232/246 in eine weitere HMG zusammenzufassen, was dem Modell II.M12 mit Verschiebung der DxG424 entspricht. Alternativ ist bei den hohen Fallzahlen und den deutlich unterschiedlichen Kostenschätzern von DxG242 und DxG246 zu erwarten, dass die DxG242 in einer eigenen HMG zwischen DxG245/239/240 und DxG232/246 zu einer weiteren Verbesserung der Kennzahlen führt.

## Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“

Die Anpassungen bei der Krankheitsauswahl führten zur Wiederaufnahme dieser Hierarchie aus dem Jahr 2010. Inzwischen wurde unser Zuordnungsvorschlag für Delir bei Demenz in der Krankheitsauswahl umgesetzt, was dazu geführt hat, das Delir bei Demenz der HMG011 anstatt der HMG013 zugeordnet wurde. Das ist insofern sachgerecht, da in unserer Begründung das Delir im Vordergrund der Behandlung geführt wird. Darüber hinaus ist zu beachten, dass nach dem ICD-10-GM die Demenz mit einer weiteren Schlüsselnummer zu erwarten ist. Da sich das Delir bei Demenz im Verlauf einer Demenz entwickelt, müsste diese Diagnose vergleichbar mit dem Vorgehen bei Komplikationen in den gleichen Hierarchiestrang einsortiert werden. Darüber hinaus wird die Manipulationsresistenz erhöht. Aus diesen drei Gründen schlagen wir vor, die HMG011 in den linken Hierarchiestrang einzugliedern und nach den Kostenschätzern mit der HMG012 zusammenzufassen. Ein Herauslösen nur von Delir bei Demenz aus der HMG011 wäre keine Lösung, da damit das Problem auf das Delir verlagert wird, dass in parallelen Hierarchien



abgebildet wäre und in Abhängigkeit von der Kodierung zu Doppelzuweisungen führen könnte (auch wenn es im Ausgleichsjahr 2010 so war).

### **Sonstiger Anpassungsbedarf**

#### **Künftige Zuordnung Versicherter unbestimmten Geschlechts nach Änderung des PStG in alters-/geschlechtsabhängige Risikogruppen**

Die DAK-Gesundheit stimmt dem Vorschlag des BVA zur Zuordnung von Versicherten unbestimmten Geschlechts im Klassifikationsmodell 2016 zu. Die Abwägung der jeweiligen Vor- und Nachteile der beschriebenen Zuordnungsansätze ist nachvollziehbar und schlüssig.

Bei Vorliegen einer belastbaren Datenbasis sollte die „Übergangslösung“ überprüft und ggf. weiterentwickelt bzw. angepasst werden.

#### **Anpassungen der Altergrenzen der Kostenerstattergruppen (KEGs)**

Die DAK-Gesundheit unterstützt ausdrücklich die – in einem gesonderten Verfahren zur Herbeiführung eines Einvernehmens mit dem GKV-SV nach § 31 Abs. 5 S. 3 SGB V – vom BVA vorgeschlagene Differenzierung der Kostenerstattergruppen im Morbi-RSA-Verfahren.

Die Notwendigkeit einer Differenzierung der Kostenerstattergruppen ist bereits seit dem Vorschlagsverfahren zum Klassifikationsmodell 2012 anerkannt, letztendlich scheiterte bisher eine konkrete Umsetzung an bestehenden Bedenken des BVA hinsichtlich der Stabilität der Untersuchungsergebnisse im Zeitablauf.

Das vom BVA und dem wissenschaftlichen Beirat nunmehr favorisierte Modell Ib findet die ausdrückliche Zustimmung der DAK-Gesundheit, da dieses Modell eine sehr gute Modellverbesserung bei geringer Komplexität bewirkt. Eine entsprechende Berücksichtigung in den Festlegungen der Klassifikation des Ausgleichsjahres 2016 ist zwingend erforderlich.

## **Turnus Krankheitsauswahl**

Die DAK-Gesundheit kann die Argumentation des Wissenschaftlichen Beirats bezüglich einer Verlängerung der Abstände zwischen den Anpassungen der Krankheitsauswahl nachvollziehen. Unter der Voraussetzung, dass datengetriebene Veränderungen in der Krankheitsauswahl auch weiterhin jährlich umgesetzt werden stimmt die DAK-Gesundheit dem Vorschlag eines Turnus von drei Jahren zu.

Die dadurch frei werdenden Ressourcen sollten jedoch nicht nur für die kleinteilige Weiterentwicklung des bereits umfassend bearbeiteten Klassifikationsmodells im engeren Sinne, sondern für systematische Analysen mit dem Ziel einer generellen und drastischen Systemverbesserung eingesetzt werden. Die prospektive Ausgestaltung des Morbi-RSA verhindert maßgeblich deutlich zielgenauere Zuweisungen und muss dringend einer Überprüfung unterzogen werden. Gleiches gilt für die Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Erkrankungen.

### **Redaktionelle Anmerkungen**

Die HMG 284 „Morbus Pompe“ sollte in „Morbus Pompe mit ERT“ umbenannt werden.  
Die Hierarchie 03 „Diabetes“ sollte wieder in „Diabetes mellitus“ umbenannt werden.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu prüfen und bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells 2016 zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße  
gez. Dieter Kaske

Leiter Finanzplanung und -steuerung