

DAK-Gesundheit, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

**Per Email**

An

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)  
- Ref. 316 -

*Postanschrift* Zentrale  
Risikostukturausgleich  
DAK-Gesundheit, Postfach 10 14 44  
20009 Hamburg  
*Telekontakt* Telefon: 040 2364855-2196  
Telefax: 040 33470-158965  
E-Mail: tankred.kopp@dak.de  
*Internet* www.dak.de  
*persönlicher Kontakt* Nagelsweg 27 - 31  
20097 Hamburg

*unser Zeichen* 0 00-002100-00000-tko  
*IK* 105830016  
*Datum* 11.08.2020

## **Stellungnahme der DAK-Gesundheit zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regionalmerkmalen, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2021**

Nach § 8 Abs. 4 RSAV legt das BAS die Risikogruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen, die regionalen Merkmale nach § 2 Abs.1 Satz 2 Nr. 4 RSAV, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr bis zum 30. September fest. Der Entwurf dieser Festlegung für das Ausgleichsjahr 2021 ist vom BAS am 19. Juni 2020 an den GKV-SV zur Anhörung versandt worden. Zu diesem Entwurf nimmt die DAK-Gesundheit wie folgt Stellung:

### **Klassifikation / Vollmodell**

Die Anpassung der Klassifikation für das Ausgleichsjahr 2021 beinhaltet im Wesentlichen die Umsetzung des Vollmodells. Die Implementierung der vielen neuen Diagnosen und Diagnosegruppen ist im Rahmen des zeitlich Möglichen umgesetzt worden. Es zeigt sich, dass die Einhaltung einer Struktur bei der Abbildung in Hierarchien und Hierarchiesträngen aufwändiger und auch schwieriger geworden ist. So finden sich Lebensmittelvergiftungen bei den gastrointestinalen Erkrankungen, Fischvergiftungen bei den ernährungsbedingten Erkrankungen oder die Divertikulose ohne Dominanzbeziehung in drei Hierarchiesträngen innerhalb einer Hierarchie. Weitere Differenzierungen – besonders die Berücksichtigung von Arzneimitteln und die Definition von HMG-Altersgrenzen – werden in den kommenden Anpassungen erarbeitet werden müssen. Insofern können die Anmerkungen und Vorschläge der DAK-Gesundheit sicher

nicht alle für 2021 berücksichtigt bzw. bearbeitet werden. Das Kapitel Klassifikation dieser Stellungsnamen ist in 4 Abschnitte gegliedert:

1. Definition von zulässigen bzw. relevanten Diagnosen im Vollmodell
2. Effizienter Weiterentwicklungsprozess
3. Strukturierter Aufbau in Hierarchien
4. Hierarchiebezogene und hierarchieübergreifende Anpassungsvorschläge

Die Entwicklung der Klassifikation unter Anwendung des Risikopools ist sachgerecht. Ungenauigkeiten im Abschlagsverfahren durch Hierarchieverletzungen ohne Risikopool könnten für einen besseren Jahresausgleich hingenommen werden. Die Tabellen mit Fallzahlen und Kostenschätzer in Kapitel IX.2 in den Erläuterungen zeigen, dass der Risikopool bei ca. 19% der HMG zu einer Veränderung des Kostenschätzers von 20% und mehr führt. Sollten die Risikopoolfälle nur aus bestimmten in einer HMG zusammengefassten DxG kommen, müsste hier eine Überprüfung erfolgen. Dieser Bedarf könnte aus dem im Abschnitt 2 beschriebenen Vorgehen schnell ermittelt werden.

In einem Vollmodell kann die Nicht-Zulässigkeit von negativen Kostenschätzern bei HMG hinterfragt bzw. überprüft werden. Die Nachteile müssen die Vorteile nicht überwiegen. Die Manipulationsanfälligkeit wird dadurch vermutlich nicht erhöht. Eine flexible Überprüfung und Anpassung dieser Gruppen (siehe dazu auch folgenden Abschnitt 1) könnte sich auf die Kostenschätzer auswirken. Die Unberechenbarkeit läge hierbei ähnlich vor wie bei der Wirkung des Risikopools bzw. der Manipulationsbremse erst im Jahresausgleich.

## **1. Zulässige bzw. relevante Diagnosen in der Klassifikation**

Im Vollmodell werden alle Diagnosen aus den Krankheiten mit Ausnahme der Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“ abgebildet. Es wird erneut diskutiert werden müssen, nach welchen Kriterien Diagnosen bzw. ICD-10-GM-Schlüsselnummern dieser Gruppe zugeordnet werden. Einerseits haben wir ein Vollmodell, andererseits eine Ausschlussgruppe mit gültigen Diagnosen.

So erscheinen Schlüsselnummern aus der Ausschluss-Krankheit 501 wie zum Beispiel Tracheostoma, Abhängigkeit vom Respirator oder Apherese außerordentlich als Kostentrenner geeignet. Eine relativ kleine mit hohen Kosten verbundene Untergruppe könnte zielgenauer abgebildet werden, womit eine Systemverbesserung im Sinne der Kennzahlen und eine sachgerechte Zuweisung verbunden wäre.

Die Diskussionen und der Aufwand um die Einordnung der Schlüsselnummern zu Covid-19 stehen in keinem Verhältnis zum klassifikatorischen Nutzen. Zum einen gibt es keine kalkulatorische Grundlage für eine sachgerechte Abbildung, zum anderen erscheint eine Einordnung dieser sekundären Codes nicht erforderlich, da die eigentliche(n) Erkrankung(en) durch vorhandene Diagnosen bzw. Schlüsselnummern abgebildet sind. Der Unterschied im Besonderen ist die Definition der beiden Schlüsselnummern im ICD-10-GM als Zusatzschlüsselnummern. Das bedeutet, dass diese Schlüsselnummern nicht allein benutzt werden dürfen, vielmehr wird eine vorliegende Erkrankung dadurch spezifiziert. Ob diese zusätzliche Information im Risikostrukturausgleich klassifikatorische Relevanz hat, könnte bei entsprechender Datenlage geprüft werden. Die DAK-G schlägt vor, die Covid-19-Schlüsselnummern bis zu einer Prüfung auf mögliche Relevanz in der Ausschluss-Krankheit 501 oder einer neuen Krankheitsgruppe (vorübergehend) zuzuordnen und bei Bedarf zu reaktivieren.

Vor dem Hintergrund einer zumeist sehr hohen Besetzung von HMG mit negativem Kostenschätzer kann davon ausgegangen werden, dass es hier auch im Jahresausgleich bei einem negativen Kostenschätzer bleibt. Insofern kommen diese Diagnosen einem rechnerischen Ausschluss gleich und könnten aus Gründen der Übersichtlichkeit auch genauso behandelt werden. Wie zuvor bei Covid-19-Schlüsselnummern vorgeschlagen, könnten diese Diagnosen wegen fehlender Relevanz aus der Klassifikation (vorübergehend) herausgenommen werden. Eine jährliche Überprüfung und ggf. Wiederaufnahme in die Klassifikation – wie im folgenden Abschnitt beschrieben – muss bei einem solchen Verfahren allerdings zwingend erfolgen.

## **2. Effizienter Weiterentwicklungsprozess**

Die vergangenen Anpassungszyklen haben gezeigt, welcher Aufwand mit der Überarbeitung einer einzelnen Veränderung oder einer gesamten Hierarchie verbunden ist. Im Vollmodell ist die Anzahl an Diagnosen, DxG und HMG deutlich gestiegen. Mit den zusätzlichen Differenzierungen in den kommenden Anpassungszyklen – Diagnosen, Arzneimittelsplits, HMG-Alterssplits – kann davon ausgegangen werden, dass es wie in den vergangenen Jahren zu einem kontinuierlichen Anstieg der HMG kommt. Darüber hinaus wird es wie bisher erforderlich sein, bestehende Hierarchien grundsätzlich zu überprüfen. Die hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen sind ebenfalls immer zu berücksichtigen. Ein Vorschlag zu einer grundsätzlichen Änderung bei der Abbildung von Dominanzbeziehungen ist im Abschnitt Hierarchien beschrieben. Die Zusammenfassung einer hohen Anzahl in HMG mit negativem Kostenschätzer wird auch regelmäßig überprüft werden müssen.

Insgesamt resultieren alle genannten Punkte in einem erheblich gestiegenen Aufwand für die Pflege und Weiterentwicklung der Klassifikation. Aus diesem Grund möchten wir den bereits in der Vergangenheit eingebrachten Vorschlag aufgreifen, in der Klassifikation eine Basisanalyse automatisiert jährlich durchzuführen. In einem Standard-Analyse-Set sollen verschiedene Ergebnisse zur Verfügung stehen, um daraus Überarbeitungsbedarf zu identifizieren und den Anpassungsprozess effizient voranzubringen. Diese Analyse könnte folgende Inhalte abbilden:

- Kostenschätzer zu jeder DxG (ohne HMG-Zusammenfassung und ohne Hierarchie)
- Kostenhomogenität jeder DxG
- Kostenhomogenität jeder HMG
- Alterssplits für jede DxG, zum Beispiel bei den Altersgrenzen 30, 50 und 70 Jahren

In erster Linie könnten die Ergebnisse mit dem Vorjahreswerten verglichen werden. Eine größere Abweichung würde den Überarbeitungsbedarf anzeigen. Vor dem Hintergrund der aktuell möglichen Umsetzung des Vollmodells könnten sich so auch bisher aus verschiedensten Gründen nicht identifizierte Differenzierungsansätze zeigen. Auch Diagnosen in der Ausschluss-Krankheit 501 bzw. Diagnosegruppen, die entsprechend dem Vorschlag im Abschnitt 1 vorübergehend aus der Klassifikation herausgenommen wurden, müssten in diesem Verfahren jährlich überprüft werden.

Hinsichtlich der Implementierung von HMG-Alterssplits erscheint es auch während oder am Ende der Bearbeitung einer Hierarchie zielführend, Standard-Alterssplits für die bearbeitete oder alle HMG automatisiert berechnen zu lassen. Durch diese Automatisierung wäre die bisherige eigenständige Bedarfsanalyse nicht mehr erforderlich.

### **3. Strukturierter Aufbau in Hierarchien**

Im Vollmodell werden bedingt durch die deutlich erhöhte Anzahl von Diagnosen, DxG, HMG und Hierarchiesträngen die Hierarchien und besonders die hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen unübersichtlich und wesentlich pflegeaufwändiger. Außerdem werden bisher hierarchieübergreifende Dominanzen nur teilweise und in unterschiedlicher Richtung (medizinisch) abgebildet. Zusätzlich resultieren auch aufgrund der Komplexität fehlende Hierarchiebeziehungen innerhalb einer Hierarchie zwischen den Strängen. Die DAK-G schlägt vor:

1. einheitlich die Ätiologie-Folge-Kette zu prüfen und vorrangig abzubilden,
2. alle betreffenden Diagnosen gleichermaßen zu berücksichtigen und
3. nur die unmittelbar betroffenen Diagnosen in Beziehung zu setzen (das kann auch ein Hierarchie-Strang sein)

Im Ergebnis entsteht eine Matrix (aktuell aus 495x495 HMG) aus der hervorgeht, welche HMG mit welcher HMG wie in Beziehung steht. Damit sollen Beziehungen zwischen Erkrankungen auf einfache Weise abgebildet werden. Darüber hinaus würden Doppelzuweisungen besonders vor dem Hintergrund des Vollmodells mit vielen Diagnosen und nicht immer möglichen eindeutigen Zuordnung zu einer Hierarchie vermieden bzw. reduziert werden.

Das Verfahren wäre hierarchieübergreifend genauso geeignet wie innerhalb einer Hierarchie zwischen den einzelnen Strängen. Beispiele für letzteres wären im Entwurf die Abbildung von Magenulcera in 2 Hierarchie-Strängen und der Divertikulose in 3 Hierarchie-Strängen (nähere Erläuterungen siehe Ausführungen zur Hierarchie 06 im Abschnitt 4).

Folgende Tabelle zeigt in ausgewählten hierarchieübergreifenden Beispielen den IST-Zustand und den dazugehörigen Anpassungsvorschlag (Die Darstellung z.B. 240>220 bedeutet, die HMG0240 ist hierarchisch über der HMG0220 angeordnet):

Diagnose	Hierarchie / HMG	Ätiologie: Hierarchie/HMG	Dominanzbeziehung	HMG-Hierarchie-Anpassungsvorschlag
M07.0- Arthritis psoriatica, L40.5 Psoriasis-Arthropathie	07 / 199, 240	22 / 210,219,220	Nur mit Dauermedikation: alle ab HMG0199 über alle Psoriasis-HMG	- <u>nur</u> 199 über alle Psoriasis-HMG - 240>220
M09.1- Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit	07 / 198, 226	06 / 29,30	keine	- 29>198 - 198>30 - 29>226 - 30>226
M09.2- Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa	07 / 198, 226	06 / 33,274,275	keine	- 275>198 - 198>274, 198>33 - 226>33
H36.0 Diabetische Retinopathie	03 / 17	identisch	Keine, Manifestation in Ätiologie-Hierarchie	(- Verschiebung in H26 und Dominanz zu 03)
Hepatische Enzephalopathie	05 / 257	05 / Lebererkr.	Alle ab HMG257 über alle H06 / HMG0061 und darunter	- 061>288 und abwärts

Das Vorgehen wendet die übliche Einsortierung in einer Hierarchie hierarchieübergreifend an und könnte in allen Fällen angewendet werden, bei denen die Diagnoseabbildung in der Ätiologie-HMG aus verschiedensten Gründen nicht geeignet erscheint. Dabei wäre vorher nur für diese Diagnosen zu prüfen, ob der Kostenschätzer der Folgeerkrankung bei konsequenter Abbildung der Ätiologie-Folge-Kette zu einem höheren Kostenschätzer führt. Ggf. müssten dazu die zu

prüfenden Erkrankungen auch aus einer zusammengefassten HMG herausgelöst werden. Eine Einsortierung und Zusammenfassung ergibt sich wie bisher aus den ermittelten Kostenschätzern.

So ist es grundsätzlich richtig, zum Beispiel die Arthropathie als Komplikation bzw. mögliche Folge einer Psoriasis hierarchisch über die Grunderkrankung in Beziehung zu setzen. Aufgrund der Abbildung der Psoriasis in einem eigenen Strang ist dieses unkompliziert und unauffällig möglich. Allerdings ist diese Dominanz der Arthropathie nur im Zusammenhang mit einer Arzneimitteltherapie umgesetzt bzw. nach bisherigem Vorgehen möglich. Die Psoriasis-Arthropathie ohne Arzneimitteltherapie in HMG0240 ist ohne Dominanzbeziehung zur Hierarchie 22. Eine Doppel-HMG-Zuweisung bei Psoriasis wird nicht vollständig verhindert, ließe sich mit dem Vorschlag aus der Tabelle jedoch einfach umsetzen.

Im Gegensatz zur Psoriasis stellt sich die Sachlage bei der hepatischen Enzephalopathie etwas komplizierter dar. Hier sind aktuell die hepatische Enzephalopathie und Ösophagusvarizen als Folgen von Leberkrankungen in Beziehung gesetzt, ohne dass eine direkte Kausalkette vorliegt. Durch das Einhängen in einen gesamten Hierarchiestrang werden aber auch Magengeschwüre bestimmten Leber(folge)erkrankungen untergeordnet. Mit der vorgeschlagenen Hierarchisierung kann dieses umgangen werden. Die aktuelle Hierarchie mit der hepatischen Enzephalopathie über den Ösophagusvarizen entspricht bereits teilweise dem beschriebenen Vorschlag, da die Folgen selbst in eine Hierarchie gebracht werden. Zusätzlich müssten die Ösophagusvarizen vom Kostenschätzer über alle Lebererkrankungen HMG0288 und abwärts angeordnet werden, sofern eine Prüfung keine höhere Einsortierung ergibt. Im Ergebnis wären dann alle Ätiologie-Folge-Diagnosen in hierarchischer Beziehung über 3 Hierarchien.

Am einfachsten zeigt die Arthritis bei Morbus Crohn bzw. Arthritis bei Colitis ulcerosa das Verfahren, die dann nur den entsprechenden HMG Morbus Crohn bzw. Colitis ulcerosa hierarchisch übergeordnet wären. Hier kann die Zuordnung wesentlich detaillierter erfolgen.

Die diabetische Retinopathie ist entgegen allen anderen Beispielen in der Ätiologie-Hierarchie abgebildet. Bei einem einheitlichen Vorgehen müsste diese Diagnose in die Hierarchie 26 verschoben werden und entsprechend der Kostenschätzer eine Beziehung zur Hierarchie 03 aufgebaut werden – nur mit dieser Diagnose.

Die Dokumentation dieser Dominanzbeziehungen könnte zusätzlich erkrankungsbezogen erfolgen, bei diesen Beispielen für Psoriasis, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Lebererkrankungen und Diabetes mellitus.

#### 4. Hierarchiebezogene und hierarchieübergreifende Anpassungsvorschläge

Zusammenfassung der wesentlichen Änderungsvorschläge für 2021:

- Hierarchie 01: Verschiebung der D77 zu den hämatologischen Erkrankungen (Hierarchie 08)
- Hierarchie 06: Verschiebung der Lebensmittelvergiftungen (DxG 54) zu den Vergiftungen bei den ernährungsbezogenen Krankheiten (Hierarchie 30) und Erstellung einer hierarchieübergreifenden Dominanz zu Hierarchie 06
- Hierarchie 06: die HMG Magenulcera (aktuell 2 Stränge) in eine hierarchische Beziehung setzen: 70>499, 70>500
- Hierarchie 06: die HMG für Divertikulose (aktuell 3 Stränge) in eine hierarchische Beziehung setzen: 70>499, 70>533, 449>499, 449>533, 499>553
- Hierarchie 07: Verschiebung der diabetischen Arthropathie in die DxG 102 und HMG0016
- Hierarchie 26: Verschiebung des diabetischen Katarakts in die DxG 97 und HMG0017
- Hierarchie 26: Verschiebung des Hämangioms am Auge zu den Hämangiomen (Hierarchie 02)
- Hierarchie 29: Verschiebung der gutartigen Neubildungen D13.-, D14.- (Ohr, NNH, Atmungsorgane, Herz, ...) in die Hierarchie 02
- Hierarchie 30: Änderung des Aufgreifkriteriums beim hypoglykämischen Koma in stationär
- Hierarchie 30: Verschiebung der Vergiftung in Hierarchie 23
  
- Hierarchie 03, 06, 30: Neustrukturierung von Diabetes mellitus/(nichtdiabetischen) Hypoglykämien/Pankreaserkrankungen bzw. ernährungsbezogenen, metabolischen und endokrinen Erkrankungen

##### Hierarchie 01 „Infektionen“

Die DAK-G schlägt aufgrund aller in dieser Schlüsselnummern enthaltenen Erkrankungen vor, die Diagnose D77 *Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* in die Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ zu verschieben.

##### Endokrine und exokrine Erkrankungen in

##### Hierarchie 03 „Diabetes“,

##### Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“,

##### Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“,

Hierarchie 30 „Ernährungsbezogene Erkrankungen“

Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“

Die aktuelle und bisherige Abbildung stellt sich wie folgt dar:

Erkrankung	Hierarchie
Pankreas, Diabetes mellitus	03
Pankreas, Hypoglykämien	30, eigener Strang
Pankreas exokrin	06, Strang Pankreas
Schilddrüse,	04, eigener Strang
Nebenschilddrüse, Hypophyse, Nebenniere, sonstige endokrine Erkrankungen	04
Ovarielle und testikuläre Störungen	31

Die Tabelle zeigt eine Zuordnung nach Organ und nach Störung nebeneinander ohne hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen. Auch wenn die Diagnosen nicht immer trennscharf zuzuordnen sind, ließen sich diese Erkrankungen dennoch in den beiden Varianten – die Abbildung nach dem Organ bzw. nach der Störung – einheitlicher strukturieren. Bei Bedarf kann eine hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehung ergänzt werden.

Für das Pankreas (aktuell in 3 Hierarchien - ohne die Sonderstellung bei bösartigen Erkrankungen) würden alle Diagnosen entweder in einen Hierarchiestrang kommen oder über hierarchieübergreifende Dominanzbeziehung abgebildet werden können. Unter dem aktuellen Gesamteindruck aller Hierarchien erscheint es im Vollmodell weder notwendig noch gerechtfertigt, Diabetes mellitus in einer eigenen Hierarchie abzubilden.

Daraus resultieren zwei Möglichkeiten einer Abbildung:

*a) Alle endo- und exokrinen Erkrankungen in einer Hierarchie*

1. Verschieben der beiden Hypoglykämie-HMG aus Hierarchie 30 in Hierarchie 03. Damit erscheint die arzneimittelinduzierte Hypoglykämie auch nicht mehr bei den „Ernährungsbezogenen Erkrankungen“.
2. Änderung des Aufgreifkriteriums beim hypoglykämischen Koma in stationär, da eine stationäre Behandlung erforderlich ist.
3. Prüfung einer Einsortierung der beiden Hypoglykämie-HMG in den Strang „Diabetes mellitus“ unter der Überschrift „Endokrine und exokrine Erkrankungen“



4. Verschiebung der anderen exokrinen Erkrankungen des Pankreas aus der Hierarchie 06 in die Hierarchie 03

Im Zwischenergebnis wären das alle endo- und exokrinen Erkrankungen des Pankreas.

5. Verschiebung der neuen Diagnosen ovarielle und testikuläre Störungen von der Hierarchie 31 in die Hierarchie 03
6. Verschiebung aller bisher in der Hierarchie 04 abgebildeten anderen endokrinen Erkrankungen
7. Herstellen von hierarchieübergreifenden Beziehungen zum Pankreas (06) und zu gynäkologischen und andrologischen Erkrankungen (31)

—  
b) *Abbildung nach Organen:*

1. Beide Hypoglykämie-HMG werden aus der Hierarchie 30 in die Hierarchie 06 zum Strang Pankreas verschoben
2. Änderung des Aufgreifkriteriums Koma wie oben begründet in stationär
3. Verschieben der Hierarchie 03 „Diabetes mellitus“ in die Hierarchie 06 in den vorhandenen  
— Strang Pankreaserkrankungen und Einsortierung entsprechend der Kostenschätzer

Damit wären alle Erkrankungen des Pankreas in einem Hierarchie-Strang abgebildet.

Entsprechend der bisherigen Abbildung in Hierarchien und aus Gründen der Übersichtlichkeit – Vermeidung von hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen – erscheint die Abbildung nach Organen, also Variante b) besser geeignet.

—  
Sofern die Systematik nach endo/exokrinen Störungen analog zu den vorhandenen Hierarchien 04 und 30 für metabolische und ernährungsbezogene Erkrankungen verfolgt wird, wäre auch eine Zusammenfassung aller drei Hierarchien eine mögliche Variante, zumal Diabetes mellitus bei ernährungsbezogenen Erkrankungen nicht unpassend zugeordnet wäre. Zumindest erscheint es nicht besser oder schlechter als die arzneimittelinduzierte Hypoglykämie bei den ernährungsbezogenen Erkrankungen abzubilden. Wie bereits ausgeführt wird es immer Unschärfen bei der Zuordnung von Diagnosen geben, die Kompromisse erfordern. Im Kern geht es um eine grobe strukturierte Linie.

In der Gesamtbetrachtung erscheint Variante b), die Zuordnung zu Organen soweit möglich, und Zusammenfassung aller weiteren endokrinen, metabolischen und ernährungsbezogenen

Erkrankungen in einer Hierarchie mit drei unterschiedlichen Strängen ein tragfähiger Kompromiss.

#### Hierarchie 03 „Diabetes“

Die „sonstigen“ Komplikationen in HMG0016 sollten aus klassifikatorischer Sicht grundsätzlich nicht höherwertiger abgebildet werden als eine spezifische Dokumentation.

#### Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Die Zuordnung der neuen Diagnosen und die Verschiebung aus der Hierarchie 01 „Infektionen“ zeigen die Schwierigkeiten und Grenzen einer strukturierten Abbildung auf. Vor dem Hintergrund einer primär organbezogenen Zuordnung von Diagnosen ist die Verschiebung aus der Hierarchie 01 nachvollziehbar.

Die Diagnose Peritonitis ist in 4 Hierarchien zu finden. Es erscheint nahezu unmöglich, hier eine Zuordnung ohne Unschärfen zu erreichen. Die Appendizitis würde man bei den Entzündungen des Darms in einem anderen Strang erwarten, aufgrund der möglichen Peritonitis wird die Appendizitis im Peritonitis-Strang abgebildet – möglicherweise ist das auch nicht relevant. Die akute Peritonitis ist meist eine Komplikation mit verschiedensten Ursachen, so dass diese Diagnose(n) übergeordnet über allen bzw. den meisten Darmerkrankungen angeordnet werden könnte(n).

Im Ansatz für diese Struktur ist Appendizitis als Organ zusammengefasst und die Peritonitis übergeordnet und auch die Peritonitis infolge eines perforierten Magenulkus ist in diesem Strang abgebildet. Allerdings fehlt hier die Hierarchie zu allen anderen Magenulcera. Eine Lösung wäre eine zusätzliche Dominanz der HMG0070 über die HMG0499 und abwärts.

Auch bei der Divertikulose schlägt die DAK-G bei der HMG-Hierarchisierung eine Anpassung vor. Die Divertikulose ist in drei Strängen abgebildet. Die Dominanzbeziehung könnte ohne Überarbeitung der gesamten Hierarchien (vorübergehend) entsprechend unserem grundsätzlichen Vorschlag zur Hierarchisierung (siehe Abschnitt 3) wie folgt nur zu den unmittelbar betroffenen HMG erfolgen: 70>499, 70>533, 449>499, 449>533, 499>553.

Die DAK-G schlägt auch aufgrund des Umfangs der hinzugekommen Diagnosen vor, die wichtigen Anpassungen – wie die zusätzliche Dominanz beim Magenulkus und bei der Divertikulose für 2021 – und für alles andere eine Überarbeitung einem der folgenden Anpassungszyklen vorzunehmen.

#### Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

Entsprechend der Zuordnung der diabetischen Retinopathie (H36.0) schlägt die DAK-G vor, die Diagnose M14.2 *Diabetische Arthropathie* in DxG 102 und HMG0016 zu verschieben.

Bei den Diagnosen für eine Gelenkbeteiligung bei Psoriasis (M07.0-, L40.5) gibt es für die DxG mit Dauermedikation eine Hierarchie zur Psoriasis, ohne Dauermedikation nicht. Es wäre in der Systematik konsequent, auch die Erkrankung ohne Dauermedikation in eine Hierarchie zur Psoriasis zu bringen. Durch die Trennung der Diagnosen zum Organ sind die Ätiologie-Diagnosen in der Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“, die Folgeerkrankung in der Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“. Eine Lösung nach bisherigem Vorgehen wäre eine weitere Nebenhierarchie von der HMG0240 zur HMG0220.

Die Diagnosen der Gelenkbeteiligung bei Morbus Crohn bzw. Colitis ulcerosa müssten analog abgebildet werden. Mit dem bisherigen Verfahren der Einbindung gesamter Hierarchie- bzw. Nebenhierarchiestränge erscheint eine vollumfängliche Abbildung schwierig bis unmöglich. Darüber hinaus würde die Darstellung sehr unübersichtlich und Dominanzbeziehungen für Erkrankungen hergestellt werden, die weder erforderlich noch beabsichtigt sind. Mit dem Vorschlag zu Dominanzbeziehungen aus dem Abschnitt 3 (weitere Ausführungen siehe dort) würden nur die zusammengehörenden Erkrankungen in Beziehungen gebracht werden. Die Einsortierung der Diagnosen innerhalb des aktuellen Hierarchiestrangs müsste nach einer Prüfung der Dominanz erfolgen. Dabei müsste immer versucht werden, die Folgeerkrankung über der Ursache einzuordnen. Blieben die aktuellen HMG so einsortiert würden nur folgende HMG-Dominanzbeziehungen aufgebaut werden: 29>198, 198>30, 29>226, 30>226 und 275>198, 198>274, 198>33, 226>33.

#### Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“

Die gutartigen Neubildungen wurden bisher der Hierarchie 02 „Neubildungen“ zugeordnet. Um in dieser Struktur zu bleiben, schlägt die DAK-G vor, die Diagnosen D18.06 *Hämangiom: Auge und Orbita* wie alle anderen Diagnosen D18 *Hämangiom und Lymphangiom* in die Hierarchie 02 zu verschieben.

Entsprechend der Zuordnung der diabetischen Retinopathie (H36.0) schlägt die DAK-G vor, auch die Diagnose H28.0 *Diabetische Katarakt* in DxG 97 und HMG0017 zu verschieben.

### Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen“

Die gutartigen Neubildungen wurden bisher der Hierarchie 02 „Neubildungen“ zugeordnet. Um in dieser Struktur zu bleiben, schlägt die DAK-G vor, die Diagnosen D14.- *Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems* und D15.- *Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe* in die Hierarchie 02 zu verschieben.

Sollte abweichend vom bisherigen Vorgehen für die gutartigen Neubildungen eine Zuordnung zum Organ verfolgt werden, müssten die gutartigen Neubildungen von Herz und Lunge in die entsprechenden Hierarchien verschoben werden. Darüber hinaus müsste mit den anderen gutartigen Neubildungen in der Hierarchie 02 „Neubildungen“ entsprechend verfahren werden.

### Hierarchie 30 „Ernährungsbezogene Krankheiten“

Zu der neuen Hierarchie schlägt die DAK-G folgende Anpassungen vor:

- Änderung des Aufgreifkriteriums beim hypoglykämischen Koma in stationär, da eine stationäre Behandlung erforderlich ist.
- Verschiebung der (nichtdiabetischen) Hypoglykämie-HMG0120 und HMG0509 zu den Erkrankungen des Pankreas, da dieses der Abbildung zum Organ (Ausnahme Hierarchie 02 „Neubildungen“) folgt. Alternative Vorschläge bzw. nähere Erläuterungen siehe Ausführungen weiter oben zu den endokrinen/exokrinen, Ernährungs- und metabolischen Erkrankungen.
- Verschiebung des Strangs „Vergiftungen“ in die Hierarchie 23 „Verletzungen“ und Umbenennung der Hierarchie in „Verletzungen und Vergiftungen“, da die Diagnosen in der Gesamtbetrachtung besser dorthin passen.
- Auflösung der Klassifizierung von Adipositas mit/ohne Krankheitsbezug durch den BMI über/unter 35. Es erscheint fraglich, warum ein BMI zwischen 30 und 35 (5.Stelle 0) bzw. über dem BMI-Grenzwert des 97,0-Perzentils bei einem Alter unter 18 Jahren (5.Stelle 4) keinen Krankheitsbezug haben sollen. Außerdem ist Adipositas bereits als Diagnose und Erkrankung von der WHO definiert. Insofern stellt die Definition „Adipositas ohne Krankheitsbezug“ einen Widerspruch dar.

### **Redaktionelle Anmerkungen**

Die Hierarchie 03 „Diabetes“ sollte umbenannt werden in „Diabetes mellitus“.

Die Hierarchie 30 „Ernährungsbezogene Krankheiten“ sollte umbenannt werden in „Ernährungsbezogene Erkrankungen“.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu prüfen und bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells 2021 zu berücksichtigen.

— Freundliche Grüße  
gez. Jörn Laufer

Leiter des Bereichs Risikostrukturausgleich

—

—