

DAK-Gesundheit, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

**Per Email**

An

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

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

Zentrale  
Risikostrukturausgleich und Datenqualität  
*Postanschrift* 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* 05.08.2021

**Stellungnahme der DAK-Gesundheit zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regionalmerkmalen, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2022**

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 2022 ist vom BAS am 02. Juli 2021 an den GKV-SV zur Anhörung versandt worden. Zu diesem Entwurf nimmt die DAK-Gesundheit wie folgt Stellung:

Im Entwurf zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2022 werden die Verbesserungen durch das GKV-FKG in der Darstellung der Deckungsbeiträge bzw. Deckungsquoten nach Anzahl HMG und der bekannten Alters-Anzahl-HMG-Matrix gezeigt. Es wird auch hervorgehoben, dass die Gruppe der sogenannten „HMG-Gesunden“ eine deutliche Überdeckung aufweist und mit insgesamt 1,4 Mrd. Euro ein nicht geringes Volumen an Fehldeckung darstellt. Offen bleibt, wie diese Fehldeckung weiter verringert werden kann, um hier Anreize zur Risikoselektion zu reduzieren.

**Klassifikation**

Die Schwerpunkte der Weiterentwicklung für das Ausgleichsjahr 2022 sind Anpassungen bei den ICD-Zuordnungen, die Fortsetzung der Integration des Vollmodells und das Thema Komorbidität.

Die Aufhebung von Alterssplits auf Krankheitsebene und die Anpassung von ICD-spezifischen Altersgrenzen entsprechend des ICD-10-GM sind nachvollziehbar.

Aufgrund weiter zunehmender Komplexität, die durch eine Reduzierung der HMG-Anzahl nur auf den ersten Blick geringer erscheint, möchten wir erneut eine standardisierte und automatisierte Prüfung von Altersdifferenzierungen und auch eine standardisierte und automatisierte Prüfung der HMG-Homogenität anregen. Das Ergebnis soll weitgehend standardisiert und automatisiert Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten bzw. Anpassungsbedarf aufzeigen. Zu weiteren Ausführungen zu diesen beiden Themen möchten wir auf unsere Stellungnahme zum Entwurf 2021 verweisen.

### Arzneimitteldifferenzierung

Mit der Arzneimitteldifferenzierung bei der ITP wird ein zurückliegender Vorschlag umgesetzt. Nach unserer Einschätzung gehören auch Arzneimittel aus der ATC-Gruppe J06BA zur Arzneimitteltherapie und sollten der DxG 962 hinzugefügt werden.

Die Sporotrichose wird auch mit Arzneimitteln aus der ATC-Gruppe ATC D01BA behandelt. Von daher schlagen wir eine entsprechende Anpassung bei den DxG 618 und 619 vor.

Das Thema mehrfache Arzneimitteldifferenzierung wurde beim chronischen Schmerz umgesetzt. Große Unterschiede bei der Arzneimittelbehandlung gibt es auch bei der multiplen Sklerose. Hier möchten wir den Vorschlag erneut einbringen, eine zweistufige Arzneimitteldifferenzierung zu prüfen. Versicherte, die eine Arzneimitteltherapie mit den ATC H02, N07 und L04AA13 erhalten zeigen in unseren Daten erheblich geringere Kosten im Vergleich zu den anderen Arzneimitteln der DxG 846.

### ICD-Zuordnung

In großem Umfang wurde die Zuordnung von Diagnosen zu Hierarchien überarbeitet.

Die Verschiebung der gutartigen Neubildung entspricht unserem Vorschlag und bildet die Neubildungen konsequent in der Hierarchie 02 ab.

Erneut einbringen möchten wir den Vorschlag, die Diagnose D77 „Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ aus der Hierarchie 01 „Infektionen“ in die Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ zu verschieben. Bei der Orientierung einer Zuordnung an dem unter Inklusiva aufgeführten Beispiel der Fibrose der Milz erscheint alternativ eine Zuordnung analog D73 „Krankheiten der Milz“ möglich. Da es sich bei den Inklusiva nur um Beispiele handelt, sollte nach unserer Auffassung daraus jedoch keine finale Zuordnung abgeleitet werden. Es ist eher in Erwägung zu ziehen, die Diagnosen der Milz von der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ in die Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ zu verschieben.

Bei der Verschiebung bzw. Einsortierung von Diagnosen wird grundsätzlich versucht, diese soweit möglich den Hierarchien zuzuordnen. Das ist nicht immer möglich bzw. sind hier Grenzen gesetzt, woraus möglicherweise auch Nachteile resultieren. Am Beispiel der ICD-Verschiebung bei der Echinokokkose soll das veranschaulicht werden, auch wenn die Relevanz aufgrund der Häufigkeit dieser Erkrankungen vermutlich eher gering ist.

Folgende Tabelle zeigt die Abbildung im Entwurf 2022:

Verschiebung von ICD aus der Hierarchie 01		Zuordnung = X (Krankheit)		
Echinokokkose		Hierarchie: Leber-5 Lunge-19 Mus-Ske.-7		
zystisch	Leber	X (223)		
	Lunge		X (181)	
	Knochen			X (20)
	mehrere/sonstige/nnb	X (20)		
alveolär	Leber	X (223)		
	mehrere/sonstige/nnb		X (20)	
nnb Leber		X (223)		
sonstige/nnb		X (20)		
		HMG	272	216 315

20 - Helminthosen

181 - Pneumonie und andere infektiöse Lungenerkrankungen

223 - Toxische, nicht virale Hepatitis und andere Lebererkrankungen

Im Ergebnis werden auch unspezifische Codes Organen zugeordnet, die eigentlich in der Hierarchie 01 bleiben müssten. Bei den Folgen der Tuberkulose wurden alle Diagnose ohne eindeutige Organzuordnung in der Hierarchie 01 belassen – auch der ICD „Folgezustände einer Tuberkulose der Atmungsorgane und einer nicht näher bezeichneten Tuberkulose“. In jeder Hierarchie gibt es (sowohl für die Echinokokkose als auch die Folgen einer Tuberkulose) eine HMG, die untereinander nicht in Beziehungen stehen. Dem Ziel Doppelzuschläge zu vermeiden und die Manipulationsresistenz zu erhöhen, steht diese Abbildung entgegen. Dafür müssten die unspezifischen Diagnosen bzw. Diagnosen ohne genaue Organzuordnung in eine eigene DxG und der Hierarchie 01 zugeordnet werden, darüber hinaus müssten die spezifischen Diagnosen den unspezifischen hierarchisch übergeordnet werden. Außerdem schlagen wir vor, die Echinokokkose grundsätzlich in einer Krankheit abzubilden.

Inhaltlich können wir die Zuordnung der alveolären Echinokokkose zu den Erkrankungen der Lunge nicht nachvollziehen, da primär und sehr lange ein Leberbefall vorliegt und es im Verlauf zu einer hämatogenen oder lymphogenen Streuung in die Lunge oder das Gehirn kommen kann. In der Gesamtbetrachtung schlagen wir eine Abbildung der Echinokokkose in einer Krankheit, eine Organzuordnung soweit eindeutig möglich, das Herstellen von Dominanzbeziehungen der

spezifischen ICD über den unspezifischen ICD und bei Bedarf weitere Dominanzbeziehungen aus den Ergebnissen der Komorbiditätsanalyse vor.

Bei der Kandidose werden ICD aus den Hierarchien 01 und 06 den Organen zugeordnet. Die Sepsis bleibt in der Hierarchie 01 und die sonstige und nicht näher bezeichnete Kandidose wird folgerichtig in die Hierarchie 01 verschoben. Zum einen fehlt auch hier eine Dominanzbeziehung zwischen den spezifischen und unspezifischen ICD, zum anderen können wir bei der Candida-Ösophagitis die Änderung des Aufgreifkriteriums von einer Arzneimittelprüfung zum M2Q nicht nachvollziehen. Eine Umsetzung einer Dominanz wäre 1:1 zwischen den HMG bzw. DxG entsprechend einer Hierarchie-Matrix möglich und würde Doppelzuschläge vermeiden sowie die Manipulationsresistenz erhöhen. Näheres dazu ist im Abschnitt „Hierarchie-Matrix“ ausgeführt.

### **Komorbidität**

Die Berücksichtigung der Komorbidität hat im Wesentlichen zum Ziel, unerwünschte Kodieranreize zu reduzieren und Doppel- oder Mehrfachzuschläge, die zu einer Überdeckung führen, zu verhindern.

In der Analyse werden zu den HMG paarweise Häufigkeit und Deckungsbeitrag berücksichtigt, in der Umsetzung werden HMG zusammengefasst oder auch ganze HMG-Stränge zusammengeführt.

Im Ergebnis kann dabei durch eine bereits vorhandene HMG-Zusammensetzung aus verschiedenen DxG und die strangweise Hierarchisierung die Zielgenauigkeit nachteilig beeinflusst werden. Beides könnte mit der Umstellung auf eine Hierarchie-Matrix mit der Möglichkeit von 1:1-Beziehungen von HMG bzw. DxG umgegangen werden.

Darüber hinaus wird das eigentliche Thema der Überdeckung bei Multimorbidität, gemessen an der Anzahl an HMG-Zuschlägen mit Überdeckung, nicht weiter aufgegriffen. Indirekte Effekte können sich durch die paarweise Betrachtung selbstverständlich auch auf die Überdeckung nach Anzahl HMG auswirken. Ergebnisse dazu sind jedoch den Erläuterungen zum Entwurf nicht zu entnehmen oder möglicherweise in dieser Darstellung auch (noch) nicht zu erkennen.

Die Bearbeitung der Komorbidität mit den daraus resultierenden Erkenntnissen wirft nun die Frage auf, ob die Betrachtung des Deckungsbeitrags bestimmter HMG bzw. HMG-Paare und die unmittelbar daraus gezogene Schlussfolgerung zielführend ist. Die Ergebnisse deuten wesentlich komplexere Zusammenhänge in der Klassifikation an, wenn aus einer moderaten Überdeckung von Versicherten mit HMG A und B nach Zusammenlegung eine deutliche Unterdeckung wird. Insofern muss diskutiert werden, ob mit der aktuellen Abbildung von strangweisen Hierarchien, der Zusammenfassung zu HMG und hierarchieübergreifenden ebenfalls strangweisen Dominanzbeziehungen der aktuelle und steigende Anspruch an das Klassifikationssystem

überhaupt erreicht werden kann oder die Grenzen des Systems bereits erreicht sind. Ein Vorschlag zu einer Neugestaltung der Hierarchisierung wird in einem eigenen Abschnitt erläutert. Da die Verwendung nur der Anzahl an HMG zur Reduzierung der Überdeckung bei Multimorbidität offensichtlich kein zielführender Ansatz ist – zumal die Anzahl auch wenig bis nichts über die vorliegende Morbidität und möglichen Zusammenhänge aussagt – könnten andere Ansätze erfolgsversprechender sein. Neben den HMG-Interaktionstermen, die offensichtlich mangels Lösungspotentials nicht weiterverfolgt werden, könnte der Multimorbidität bzw. Komorbidität mit einem gleichnamigen Score entgegnet werden. Diese Komorbiditäts-Scores gibt es in der Medizin schon sehr lange und wurden inzwischen auch unter ausschließlicher Anwendung des ICD-10 weiterentwickelt. Sicherlich haben diese vorhandenen Scores alle ihren spezifischen Einsatzzweck, es geht hier allerdings auch nur darum, einen Komorbiditäts-Score grundsätzlich in Diskussion zu bringen. Dieser könnte theoretisch analog den RGG als Regressionsvariable integriert werden. Ein weiterer Vorteil wäre, dass im Gegensatz zu den hochverdichteten HMG hier direkt auf die Diagnoseinformation zugegriffen wird. Dabei könnte ein rein „datengetriebener“ Score entwickelt werden, der Diskussionen um eine Bewertung von bestimmten Diagnosen nicht entstehen lässt. Eine grundsätzliche Eignung müsste sich allerdings noch beweisen.

### **Hierarchie-Matrix**

In der aktuellen Systematik werden kostenhomogene Diagnosegruppen in HMG zusammengefasst und überwiegend innerhalb eines Organsystems bzw. einer definierten Gruppe von Erkrankungen entsprechend des Kostenschätzers in einem oder mehreren Hierarchiesträngen angeordnet. Darüber hinaus gibt es Dominanzbeziehungen zwischen den Strängen innerhalb einer Hierarchie oder zu anderen Hierarchien.

Auch bisher zeigt dieses System Grenzen, die eine hierarchische Beziehung nicht ermöglichen oder nicht zu den erwarteten Verbesserungen führen. So kann das eigentliche Ziel der Reduzierung der Kodieranreize und Vermeidung von Doppelzuschlägen nicht konsequent erreicht werden. Es ist möglicherweise auch nicht vorteilhaft, aufgrund einiger gleicher, ähnlicher oder dominierender Diagnosen in einer anderen Hierarchie ganze Hierarchie-Stränge in Beziehung zu setzen, deren überwiegender Teil an Diagnosen dieses Vorgehen nicht rechtfertigt und wie beim Thema Komorbidität aufgezeigt zu einer Unterdeckung führen kann. Mit der vollständigen Berücksichtigung nahezu aller Diagnosen im Vollmodell und der damit verbundenen Komplexität wird es noch schwieriger oder sogar zunehmend unmöglich werden, die Ziele zu erreichen. So kann zum Beispiel allein das Vorliegen von unspezifischer und spezifischer Diagnose zu einem Doppelzuschlag führen.

Direkte 1:1-Dominanzbeziehungen von HMG oder noch detaillierter auf Ebene der DxG könnten eine Weiterentwicklung des Klassifikationssystem sein, um die Anforderungen

- Verbesserung der Manipulationsresistenz
- Vermeidung von Kodieranreizen
- Vermeidung von Doppelzuschlägen
- Reduzierung der Überdeckung bei Komorbidität

zielgenauer zu erfüllen, als es mit den aktuellen Methoden möglich ist.

Dabei würden in einer HMG-Hierarchie-Matrix HMG, die andere HMG dominieren, mit einer 1:1-Zuordnung gekennzeichnet. Analog würde eine DxG-Hierarchie-Matrix eine wesentlich detaillierte Abbildung ermöglichen. Am Beispiel der ICD-Verschiebung bei der Echinokokkose soll dieses Verfahren in der Detaillierungsstufe der DxG grundsätzlich veranschaulicht werden (nur die Hierarchie Leber und Infektion, nur die HMG 26, 27, 272 werden dargestellt). Zuvor ist eine neue DxG mit den nicht eindeutig einer Hierarchie zuzuordnenden Diagnosen notwendig (nähere Ausführungen zur ICD-Verschiebung sind weiter oben beschrieben, es geht hier nicht um die inhaltliche Darstellung der Diagnosen zu einer Hierarchie).

ICD-10-GM	ICD-Bezeichnung	DxG Entwurf 2022	DxG Vorschlag
B67.0	Echinococcus-granulosus-Infektion [zystische Echinokokkose] der Leber	147	147
B67.1	Echinococcus-granulosus-Infektion [zystische Echinokokkose] der Lunge	932	
B67.2	Echinococcus-granulosus-Infektion [zystische Echinokokkose] der Knochen	713	
B67.3	Echinococcus-granulosus-Infektion [zystische Echinokokkose] an mehreren und sonstigen Lokalisationen	147	5000
B67.4	Echinococcus-granulosus-Infektion [zystische Echinokokkose], nicht näher bezeichnet	147	5000
B67.5	Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose] der Leber	147	147
B67.6	Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose] an mehreren und sonstigen Lokalisationen	932	5000
B67.7	Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose], nicht näher bezeichnet	932	5000
B67.8	Nicht näher bezeichnete Echinokokkose der Leber	147	147
B67.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Echinokokkose	147	5000

Das Ergebnis in einer Hierarchie-Matrix zeigt folgende Tabelle:

		DxG-A übergeordnet											
		DxG	...	145	146	147	...	150	...	913	...	5000	
DxG-B untergeordnet	...												
	145												
	146		X		X			X		X			
	147		X										
	...												
	150		X										
	...												
	913		X										
	...												
	5000				X								

  

		Hierarchie 05-Leber (Entwurf 2022)	
		HMG	DxG
		...	
		26	
			145
		272	
			147
			150
			913
		27	
			146
		...	

Die Vorteile einer solchen Hierarchie-Matrix sowohl auf HMG als auch auf DxG-Ebene wären:

- Erhöhung der Manipulationsresistenz, Reduzierung von Kodieranreizen
- Vermeidung von Doppelzuweisungen durch spezifische und unspezifische ICD-10-GM oder unterschiedliche Kodierung der gleichen Erkrankung
- präzise Abbildung aller Zuordnungen innerhalb einer Hierarchie als auch zwischen verschiedenen Hierarchien
- Vermeidung primär nicht beabsichtigter Dominanzbeziehungen durch unterschiedliche Diagnosen in einer HMG
- Vermeidung primär nicht beabsichtigter Dominanzbeziehungen durch Verbindung gesamter Hierarchiestränge
- Abbildung der Ergebnisse aus der Komorbiditätsanalyse
- Übersichtliche Darstellung aller hierarchieinternen und hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen in einer Matrix

Eine HMG-Hierarchie-Matrix wäre technisch in der derzeitigen Klassifikation umsetzbar. Bei einer DxG-Hierarchie-Matrix würde eine zusätzliche Ebene von Dominanzbeziehungen entstehen, bei der nachgeordnet die Zusammenfassung in kostenhomogene HMG bestehen bleibt. Der Aufbau einer DxG-Hierarchie-Matrix kann auch schrittweise erfolgen und im Rahmen der Weiterentwicklung der Klassifikation bedarfsweise ausgebaut werden.

### **Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“**

Die Begründung, die Diagnose H28.0 „Diabetische Katarakt“ nicht der Hierarchie 03 „Diabetes mellitus“ zuzuordnen, können wir nicht nachvollziehen. Der Unterschied zur Abbildung der diabetischen Retinopathie, diabetischen Nephropathie und diabetischen Neuropathie in der Hierarchie 03 wird dabei nicht deutlich. Sogar die I79.2 „Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“, bei der die periphere diabetische Angiopathie nur beispielhaft aufgeführt ist, wird in der Hierarchie 03 abgebildet.

Bei der Katarakt-HMG ist eine höhere Doppelzuweisung mit den Diabetes-HMG zu erwarten. Vor dem Hintergrund des Schwerpunktthemas Komorbidität schlagen wir hier eine Prüfung vor. Sollte sich dies bestätigen, könnte auch eine Dominanzbeziehung zwischen den Diabetes-HMG und nur der diabetischen Katarakt entsprechend den Ausführungen zur HMG-Hierarchie-Matrix weiter oben eine alternative Lösung sein.

Die Diagnose I79.2 „Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ müsste der Systematik folgende zu den Gefäß- und Kreislauferkrankungen verschoben werden. Von allen Diabetes-HMG wäre eine Dominanzbeziehung zu prüfen und ggf. über eine direkte Zuordnung von der/den Diabetes-HMG zu dieser Diagnose/DxG/HMG möglich.

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

Die Diagnose M62.2- „Ischämischer Muskelfarkt“ wird mit der Begründung einer nicht zwingenden chirurgischen Therapie nicht weiter auf das Aufgreifkriterium stationär erforderlich geprüft. Das ist insofern nicht nachvollziehbar, da z.B. auch ein kleiner Schlaganfall bereits symptomlos im Krankenhaus aufgenommen werden kann und dennoch die Diagnose aus der CT-Untersuchung gestellt wird. Der Schlaganfall hat das Aufgreifkriterium stationär erforderlich, da eine stationäre Aufnahme in jedem Fall erfolgt und nur diese Fälle im Morbi-RSA aufgegriffen werden sollen. Bei dem ischämischen Muskelfarkt geht die Frage zum Aufgreifkriterium nach unserer Einschätzung in die gleiche Richtung.

## Neue ICD-Zuordnungen

Die neuen ICD-10-GM zu Covid-19 werden in die Klassifikation aufgenommen und der Krankheit und HMG „Influenza ohne Pneumonie“ zugeordnet.

U07.3	COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet; [vor 2020]: Nicht belegte Schlüsselnummer U07.3
U07.4	Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet; [vor 2020]: Nicht belegte Schlüsselnummer U07.4
U07.5	Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet; [vor 2020]: Nicht belegte Schlüsselnummer U07.5
U08.9	COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet
U09.9	Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet
U10.9	Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet

Die ICD U07.3 bis U07.5 sind in der Diagnoseliste für 2021 aufgeführt. Diese Codes wurden durch U08.9 bis U10.9 ersetzt und sollten dort entfernt werden. Darüber hinaus haben wir folgende Anmerkungen bzw. Vorschläge:

1. Verschiebung der anamnestischen Diagnosen „in der Eigenanamnese“ in die Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“
2. Sowohl der Post-COVID-19-Zustand als auch das multisystemische Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19 müssen keine Erkrankungen der Lunge bedeuten. Hier erscheint unter Berücksichtigung des allgemeinen Vorgehens von Diagnose-Zuordnungen eine Abbildung in der Hierarchie 01 „Infektionen“ sinnvoll. Eine Dominanzbeziehung zur Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ oder auch zur Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ wäre bei Bedarf über eine Dominanzbeziehung nach aktuellem Vorgehen oder noch präziser mit einer 1:1 Zuordnung in einer Hierarchie-Matrix möglich.
3. Grundsätzlich wäre ein Vorgehen zu diskutieren, neue ICD-10-GM ohne Bezug zu vorhandenen Diagnosen (wie er bei nur einer ICD-10-GM-Differenzierung vorliegt) zunächst in die Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“ einzuordnen und auf Relevanz zu prüfen, sofern es die Datenlage ermöglicht.



### **Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“**

Erneut möchten wir den Vorschlag aufgreifen, ICD-10-GM aus der Ausschluss-Gruppe auf mögliche Relevanz zu prüfen. Es erscheint aus unserer Sicht möglich, dass die Abbildung von ICD-10-GM wie Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator, Apherese, Versorgung eines Tracheostoma oder auch Eisenmangelanämie in der Klassifikation zu einer Verbesserung beitragen. Die Aufteilung des ICD-10-GM „Adipositas“ in Adipositas mit und ohne Krankheitsbezug und Zuordnung der Adipositas ohne Krankheitsbezug zur Krankheit 501 erscheint in der vorliegenden Systematik nicht gerechtfertigt. Zu näheren Ausführungen verweisen wir auch auf unsere Stellungnahme zum Entwurf 2021.

---

### **Redaktionelle Anmerkung**

Die HMG 288 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation/ Chronische Hepatitis C mit und ohne Dauermedikation“ könnte in „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation / Chronische Hepatitis C ohne Dauermedikation“ umbenannt werden.

Die Hierarchie 03 ist im Inhaltsverzeichnis und bei der Zusammenfassung der Ergebnisse mit „Diabetes“ bezeichnet. Hier schlagen wir einheitlich die Verwendung von Diabetes mellitus vor.

---

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu prüfen und bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells 2022 zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße

gez. Jörn Laufer

---

Leiter des Bereichs  
Risikostrukturausgleich und Datenqualität