

DAK-Gesundheit, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

Per Email

An

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Bundesversicherungsamt - Ref. 312

Postanschrift Zentrale
Risikostrukturausgleich
DAK-Gesundheit, Postfach 10 14 44
20009 Hamburg

Telekontakt Telefon: 040 2396-2848
Telefax: 040 2396-4848
E-Mail: tankred.kopp@dak.de

Internet www.dak.de
persönlicher Kontakt Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg

unser Zeichen 0 00-002120-00000-tko
IK 101560000
Datum 24.08.2018

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

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. September fest. Der Entwurf dieser Festlegung für das Ausgleichsjahr 2019 ist vom BVA am 13. Juli 2018 an den GKV-SV zur Anhörung versandt worden. Zu diesem Entwurf nimmt die DAK-Gesundheit wie folgt Stellung:

Allgemeines

Die Schwerpunktsetzung bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für 2019 ist vor dem Hintergrund des Sondergutachtens und des damit verbundenen ausgesetzten Vorschlagsverfahrens weitgehend nachvollziehbar. Auch in diesem Jahr wird eine Verbesserung der Kennzahlen erreicht, die im Wesentlichen mit den bearbeiteten Arzneimittelthemen erklärt werden kann. Wir begrüßen die Priorisierung von Arzneimittelthemen auch in Bezug auf die Empfehlung aus dem Sondergutachten 2017. Von daher hatten wir allerdings in der Hierarchie 08 die Bearbeitung der idiopathischen thrombozytopenischen Purpura (ITP) in einer höheren Priorität erwartet. Zum einen gibt es den Vorschlag bereits seit 2012, zum anderen wird nach unserer Einschätzung im Vergleich zur Anpassung beim von-

Willebrand-Jürgens-Syndrom eine größere Verbesserung erreicht, da sowohl Anzahl als auch Kosten höher sind.

Die Auswirkungen von Arzneimittelvalidierungen stützen einmal mehr die Forderung, dass vor dem Hintergrund zunehmender hochpreisiger Arzneimitteltherapien andere Lösungen etabliert werden sollten, die wesentlich zeitnaher eine Fehlverteilung verhindern.

Im vorgelegten Entwurf für 2019 wird sehr deutlich, dass Verbesserungen gemessen an den Kennzahlen MAPE und R-Quadrat überwiegend einen höheren Stellenwert bei der Beurteilung von Anpassungsmodellen erhalten. So wird zum Beispiel mit der Dominanz von der neuen HMG279 auf die HMG215 ein Doppelzuschlag bei fast 66% der Fälle mit HMG279 verhindert, was sehr deutlich zu einer Verbesserung der Kennzahlen führt. Auf der anderen Seite wird der Doppelzuschlag bei ca. 70% der Fälle mit HMG216 akzeptiert, da die Dominanz auf die HMG215 zu einer Verschlechterung der Kennzahlen führt und offensichtlich die betroffenen Fälle nicht besser abbildet. Die DAK-Gesundheit begrüßt ausdrücklich die konsequente und einheitliche Vorgehensweise. Im Ergebnis sind die Anpassungen damit nachvollziehbarer und das Verfahren gewinnt durch weniger Diskussions- bzw. Erklärungsbedarf.

Die Notwendigkeit einer regelmäßigen Überprüfung der HMG auf Kostenhomogenität – eine Forderung der DAK-Gesundheit bereits aus den ersten Jahren des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs – resultiert vielfach aus neuen Behandlungsmethoden bzw. Therapieansätzen und damit verbundenen veränderten Kosten. In der Systematik der Weiterentwicklung der Klassifikation ist über die Jahre zu beobachten, dass in HMG zusammengefasste Erkrankungen wenige Jahre später nicht mehr kostenhomogen sind. Eine erneute Überprüfung erfolgt bisher sporadisch oder anlassbezogen durch eine gezielte oder ungezielte Feststellung einer Auffälligkeit. Vor diesem Hintergrund darf die Notwendigkeit einer Zusammenfassung ohne Verbesserung von Systemkennzahlen in Frage gestellt werden. Sich verändernde Kostenschätzer würden mit weniger Zusammenfassungen schneller auffallen. Selbst eine eintretende Hierarchieverletzung zwischen benachbarten HMG wäre ein Hinweis und muss bei Kostenschätzern mit geringem Abstand nicht mit einer HMG-Zusammenfassung vorweggenommen werden. Im Aktuellen Entwurf stehen dementsprechend die HMG043 und HMG048 mit 5.915 Euro und 6.093 Euro eigenständig mit relativ geringem Abstand untereinander. Demgegenüber erfolgt die Zusammenfassung von HMG026 und HMG029 mit relativ größerem Abstand trotz Verschlechterung der Kennzahlen. Ein einheitliches Vorgehen anhand von Kennzahlen sollte den Erklärungs- bzw. Diskussionsbedarf deutlich reduzieren, was letztendlich das Verfahren verschlankt und transparenter macht. Darüber hinaus schlägt die DAK-Gesundheit vor, ein systematisches Vorgehen zur Prüfung auf Kostenhomogenität zu

entwickeln und anzuwenden. Konkret könnten mit überschaubarem Aufwand die Kostenschätzer des Ausgangsmodells mit dem unmittelbaren Vorjahresmodell verglichen werden. So zeigen sich im aktuellen Ausgangsmodell Abweichungen zum Beispiel bei HMG028 mit plus 63% und HMG025 mit minus 17%. Neben möglichen kosteninhomogenen DxG in einer HMG können selbstverständlich auch Diagnosen innerhalb einer DxG Ursache sein und die Notwendigkeit einer Überprüfung anzeigen.

Die Vergabe der HMG-Nummern führt – nach bisherigem Vorgehen durchaus nicht immer vermeidbar – zu gewisser Unübersichtlichkeit. Von daher haben wir aus gegebenen Anlass am Ende unserer Stellungnahme einen Vorschlag für eine Neugestaltung der HMG-Nummern angefügt, zumal die bisherige Struktur mit zukünftigen Veränderungen im Morbi-RSA möglicherweise auch nicht ausreichend sein wird.

Anpassung der Hierarchien

Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Die Arzneimitteldifferenzierung für Versicherte mit Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (ICD-10-GM E88.0 „Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert“), die bereits für das Ausgleichsjahr 2016 gefordert wurde, führt erwartungsgemäß zu einer Verbesserung der Kennzahlen. Allerdings können wir die Gründe für die ebenfalls berücksichtigten COPD-Arzneimittel in der neuen HMG279 „Alpha-1-Antitrypsinmangel“ nicht nachvollziehen. Grundsätzlich geht es nur um die Therapie mit einem Proteaseinhibitor, mit dem nicht alle Erkrankten behandelt werden müssen. Da diese, wenn auch kleinere, aber anzahlmäßig für eine eigene HMG ausreichende Gruppe, erheblich höhere Behandlungskosten aufweist, schlagen wir für die HMG279 nur den ATC-Kode B02AB02 vor. Bei einer COPD-Folgeerkrankung ohne bzw. ohne HMG-relevante Arzneimitteltherapie mit einem Proteaseinhibitor erfolgt die Eingruppierung in die HMG215 „COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation“, sofern die COPD-Arzneimittelkriterien erfüllt sind. Die Notwendigkeit der Ausweitung der gleichen Arzneimittel in der HMG279 sieht die DAK-Gesundheit nicht. Darüber hinaus und unabhängig davon müsste eine Dominanzbeziehung der HMG215 auf die HMG023 diskutiert werden, auch wenn in der dort M2Q-vailidierten E88.0 „Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert“ andere Erkrankungen enthalten sind.

Die Abbildung von Versicherten mit der Arzneimittelbehandlung mit Asfotase alfa bei Hypophosphatasie in einer eigenen HMG zeigt bei sehr hohen Jahrestherapiekosten erwartungsgemäß eine Verbesserung der Kennzahlen. Auch die Zusammenfassung mit der HMG285 „Mukopolysaccharidose Typ II oder VI mit ERT, Hypophosphatasie mit ERT“ ist trotz des deutlichen Kostenunterschiedes vor dem Hintergrund der Systemverbesserung sachgerecht.

Die Prüfung einer Ausgliederung von E32.1 „Abszess des Thymus“ und des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ zeigt keine separate Abbildungsmöglichkeit in der Klassifikation für diese Erkrankung. Bei insgesamt sehr geringer Fallzahl stellt sich deswegen die Frage, ob diese Diagnose überhaupt in die Zuweisungssystematik der Klassifikation gehört.

Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

Die Differenzierung der Abbildung der hepatischen Enzephalopathie nach dem Schweregrad der Erkrankung ist nachvollziehbar. Im Ergebnis kommt es zu einer Verbesserung der Kennzahlen.

Die Dominanzbeziehung der HMG061 „Gastrointestinale Varizen“ auf die bisherige HMG256 „Hepatische Enzephalopathien“ geht für Fälle in der neuen HMG257 „Hepatische Enzephalopathien Grad 3 und 4“ verloren. Das Modell „HMG061 dominiert HMG251“ wird wegen Verschlechterung der Kennzahlen verworfen. Es fehlt die durch die Fallverschiebung bedingte Prüfung der Dominanz auf die neue HMG257. Sowohl die HMG257 als auch HMG061 beinhalten Folgen einer Lebererkrankung, letztendlich kann die HMG257 auch die HMG061 dominieren. Alternativ und analog zu der Prüfung der externen Dominanz aus der Hierarchie 25 sollte im Rahmen der Veränderungen in der Hierarchie 05 die Notwendigkeit der Dominanz der HMG061 grundsätzlich überprüft werden. Die Kennzahlen sollten hierbei wie bei allen anderen Dominanz-Prüfungen in diesem Entwurf maßgeblich für die Entscheidung sein.

Die Zusammenlegung der HMG026 „Leberzirrhose“ und HMG029 „Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma“ können wir aufgrund der Verschlechterung der Kennzahlen nicht nachvollziehen. Die Entscheidung von Dominanzbeziehungen und HMG-Zusammenlegungen sollte einheitlich und konsequent erfolgen. Wie an anderer Stelle im Entwurf argumentiert, scheint auch hier die Abbildung in zwei HMG für die unterschiedlichen Krankheitsbilder sachgerechter zu sein. Auch aus einer zukünftigen möglichen Hierarchieverletzung dieser beiden HMG resultiert derzeit kein

Handlungsbedarf. Vielmehr hat der Verzicht auf HMG-Zusammenlegung den Vorteil, sich unterschiedlich entwickelnde Kosten sofort zu erkennen. Im Ergebnis schlägt die DAK-Gesundheit vor, die Zusammenlegung von HMG26 und HMG029 nicht umzusetzen.

Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Die Priorisierung bei der Bearbeitung der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ lässt sich mit den Ausführungen im Entwurf nicht nachvollziehen. So wird der Kostenhomogenität der HMG046 anderen offenen Vorschlägen der Vorrang gegeben. So ist besonders die wiederholte Depriorisierung der idiopathischen thrombozytopenischen Purpura (ITP) aus folgenden Gründen nicht nachvollziehbar:

- Der erste Vorschlag für eine Differenzierung wegen höherer Kosten ist bereits aus dem Ausgleichsjahr 2012
- Die Arzneimittelvalidierung soll lt. Sondergutachten von 2017 einen höheren Stellenwert bekommen, womit die Bearbeitung in Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ auch begründet wird
- Die Wirkung bei der ITP ist im Vergleich zu der Ausgliederung der Fälle mit von-Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauermedikation aufgrund der Kosten und Anzahl bereits dann als höher zu erwarten, sofern alle Versicherten mit einer ITP M2Q-validiert betrachtet werden

Die Ausgliederung von Fällen mit von-Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauermedikation und Hämophilie bei Frauen ohne Dauermedikation zeigt eine Verbesserung der Kennzahlen. Die anschließende Hierarchisierung zeigt eine deutliche Reduzierung des rechnerisch positiven Effektes. Das muss in diesem Fall aus medizinischen Gründen akzeptiert werden, da das Vorliegen von mehr als einer Blutgerinnungsstörung eher keine Systemrelevanz hat. Aus gleichem Grund erscheint es hier unerheblich, dass in jedem Modell zwei Veränderungen vorgenommen werden.

Die HMG-Nummerierung entspricht nicht dem bisherigen Vorgehen. So wären die ausgegliederten Erkrankungsfälle „von-Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauermedikation“ in einer neuen HMG zu erwarten gewesen. Zu diesem Thema ist am Ende ein eigener Abschnitt mit einem Vorschlag angefügt, der u.a. die Verbesserung der Übersichtlichkeit zum Ziel hat.

Zum Thema Kostenhomogenität fällt in der Hierarchie 08 auf, dass der Kostenschätzer der HMG047 „Anämien bei Neubildungen, HUS ohne Dauermedikation“ im Ausgangsmodell um über 8% im Vergleich zu den Vorjahreskosten gestiegen ist. Insofern zeigt die Veränderung der Kosten einen Überprüfungsbedarf an. Erst im letzten Anpassungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2018 erfolgt eine Zusammenfassung des hämolytisch-urämischen-Syndroms (ohne Dauermedikation) und der Anämie bei Neubildungen in diese HMG. Größere Schwankungen der Kosten beim hämolytisch-urämischen-Syndrom als Erkrankung mit relativ geringer Anzahl und hohen Kosten kommen nicht überraschend, was auch die Standardabweichung bestätigt.

Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

Die Arzneimittelvalidierung bei Depression führt zu deutlich unterschiedlichen Kostenschätzern und zu einer Verbesserung der Kennzahlen. Die fehlende HMG-Zuweisung bei schweren Depressionen ohne HMG-relevante Arzneimittelmenge entspricht der Abbildung bei Diabetes mellitus.

Die Überarbeitung der Hierarchiestruktur wird mit Veränderungen des Kostenschätzers im Vergleich zum Ausgleichsjahr 2012 begründet. Neben der nicht mehr inhaltsgleichen HMG230 – die DxG276 „Andauernde Persönlichkeitsänderungen“ war im Ausgleichsjahr 2012 einer anderen HMG zugeordnet – ist die Änderung bezogen auf einen Zeitraum von sieben Jahren eingetreten. Vergleicht man die HMG230 im Ausgangsmodell mit dem Vorjahr, fällt keine große Veränderung auf. Das bedeutet weder, dass keine bearbeitungsbedürftige Veränderung in den Vorjahren eingetreten ist, noch, dass grundsätzlich kein Überarbeitungsbedarf hinsichtlich der Kostenhomogenität vorliegt. Die DAK-Gesundheit wiederholt die Forderung aus zurückliegenden Anpassungsjahren, die Kostenhomogenität regelmäßig zu überprüfen und verweist auf die Ausführungen im allgemeinen Teil.

Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Die Anpassungen bedingt durch die Überarbeitung der Anlage 3 mit den berücksichtigungsfähigen Arzneimitteln sind nachvollziehbar.

Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Die Anpassungen bedingt durch die Überarbeitung der Anlage 3 mit den berücksichtigungsfähigen Arzneimitteln sind nachvollziehbar.

Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Die Dominanz der HMG216 „Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien“ auf die HMG215 „COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation“ zeigt eine deutliche Verschlechterung der Kennzahlen. In Analogie zu dem Vorgehen in Hierarchie 11 erfolgt hier keine Umsetzung. Die DAK-Gesundheit begrüßt das konsequente und einheitliche Vorgehen.

Bei der Überprüfung der Kostenhomogenität bei den Pneumonien schlägt die DAK-Gesundheit vor, auch die DxG932 „Spezielle Pneumonien“ aus der HMG216 einzubeziehen. Zum einen hat sich der Kostenschätzer der HMG216 „Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien“ im Ausgangsmodell für 2019 im Vergleich zum Vorjahr um über 9% reduziert, zum anderen hatten sich bei der Verschiebung der DxG932 von der HMG112 zur HMG216 im Ausgleichsjahr 2013 das MAPE nur minimal und das R-Quadrat nicht verbessert. Eine separate Prüfung der Kosten der DxG932 erfolgte zum damaligen Zeitpunkt nicht.

Hierarchie 20 „Urologische Erkrankungen“

Die Anpassungen bedingt durch die Überarbeitung der Anlage 3 mit den berücksichtigungsfähigen Arzneimitteln sind nachvollziehbar.

Die umfangreichen Arbeiten an der Hierarchie 20 führen letztendlich zu keiner Verbesserung beim R-Quadrat und sogar zu einer Verschlechterung beim MAPE. Von daher schlägt die DAK-Gesundheit unter konsequenter Bemessung der Ergebnisse an den Kennzahlen vor, keine der berechneten Modelle umzusetzen. Nachdem der Ansatz mit einer Trennung in „Nieren-Strang“ und „Harntrakt-Strang“ offensichtlich nicht zu einer Verbesserung führt, kann man auch einen „Komplikations-Strang“ analysieren. Unabhängig davon wirkt der bekannte und hier noch einmal vor Augen geführte Sachverhalt, dass Komplikationen enthalten sind, Erkrankungen dieses Organsystems jedoch nicht, etwas unstimmig in einem morbiditätsorientierten Ausgleich.

Neue Kodes des ICD-10-GM 2018

Die von der DIMDI-Überleitung abweichende Zuordnung von neuen Diagnosen zu bestehenden Krankheiten ist bei Darmvarizen (ICD-10-GM I86.80,.81,.82) aufgrund der Krankheitsbezeichnung „Gastrointestinale Blutungen und gastrointestinale Varizen“ inhaltlich nachvollziehbar.

Die Begründung für die Verschiebung der Diagnose M14.0- „Gicht-Arthropathie durch Enzymdefekte und sonstige angeborene Krankheiten“ von der Krankheit 255 „Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht“ in die Krankheit 249 „Gicht / Arthritis urica“ „entsprechend der Zuordnung der neuen Fünfsteller“ ist erklärungsbedürftig. Die Ergänzung mit der 5-Stelle beinhaltet die Lokalisation, die bereits für zahlreiche andere Schlüsselnummern in Kapitel VIII des ICD-10-GM Anwendung findet. Eine Verschiebung von M14.0- von der Krankheit 255 in die Krankheit 249 gehört in das Verfahren zur Festlegung der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten, welches für das Ausgleichsjahr 2019 nicht durchgeführt wurde.

Vorschlag zur Neugestaltung der HMG-Nummerierung

Die HMG-Nummer im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird in der Form von „HMG“ gefolgt von einer Ziffer im Bereich von 001 bis 999 vergeben. Bei neuen HMG wird versucht, thematisch bestimmte Reihen zu belegen, z.B. für Neubildungen 261 bis 280. Die regelmäßige Überarbeitung führt unausweichlich zu Abweichungen, wenn anliegende Nummern bereits vergeben wurden, z.B. bei Neubildungen HMG124, HMG305, HMG306, HMG313.

Gleiche Nummern innerhalb aufeinanderfolgender Jahre oder auch grundsätzlich mit anderen Inhalten im Sinne von anderen Hierarchien zu besetzen, erscheint unübersichtlich, z.B. HMG251 bis Ausgleichsjahr 2016 „Adipositas“, ab Ausgleichsjahr 2017 „Chronische Hepatitis C ohne Dauermedikation“ oder HMG279 bis Ausgleichsjahr 2015 „Bösartige Neubildung ...“, ab Ausgleichsjahr 2019 „Alpha-1-Antitrypsinmangel“. Eine Systematik ist mit dem etablierten Vorgehen nicht, schwierig und nur begrenzt möglich.

Aus gegebenem Anlass mit der „neuen“ HMG046 „Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation“ und der HMG279 „Alpha-1-Antitrypsinmangel“ möchte die DAK-Gesundheit einen Vorschlag einbringen, der eine Systematik in der HMG-Nummer abbildet. Das Ziel ist es, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich an dieser Stelle zu verbessern, in

dem mehr Informationen in die HMG-Nummer eingebracht werden und gleichzeitig die Übersichtlichkeit zu erhöhen, zumal die HMG-Beschreibung ein Länge bis 249 Zeichen belegt.

„Vorgabe“ bzw. primäres Ziel ist, die alphanumerische Variable mit 6 Zeichen zu erhalten. Auch der Beginn mit „HMG“ kann erhalten bleiben. Die folgende Stelle wird mit A bis Z belegt und soll die Hierarchie angeben. Die bisherigen 28 Hierarchien lassen sich auf 26 reduzieren. So ist Hierarchie 15 „Herz- und Kreislaufstillstand“ derzeit nicht besetzt oder kann ggf. zu Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ verschoben werden. Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ und 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“ können zu 21a und 21b zusammengefasst werden. Sollte zukünftig eine größere Anzahl an Hierarchien erforderlich werden, wäre eine Ausdehnung auf die Stellen 3 und 4 der HMG-Nummer denkbar.

Für die eigentliche HMG-Nummer steht jetzt in jeder Hierarchie ein Bereich von 01 bis 99 zur Verfügung. Hier ließen sich weitere Nummernkreise reservieren, z.B. nach Aufgreifkriterium.

Beispiele: aus HMG001 wird HMGA01, aus HMG184 wird HMGA51, aus HMG005 wird HMGA31

Folgende Vorteile dieser HMG-Nummer lassen sich zusammengefasst erreichen:

- Verbesserung der Übersichtlichkeit durch Zuordnung zu Hierarchien
- Verbesserung der Übersichtlichkeit durch Erkennen von Aufgreifkriterien
- Höhere Anzahl an HMG bis 99 pro Hierarchie
- Keine technischen Anpassungen bei der elektronischen Verarbeitung erforderlich

Redaktionelle Anmerkungen

Seite 35, Abbildung 4: es muss HMG282 anstatt HMG0282 heißen; in der Nebenhierarchie ist die HMG237 noch aufgeführt, im Entwurf für 2019 jedoch nicht mehr vorhanden; lt. Anlage 1 besteht auch keine Dominanz oberhalb der HMG279 auf die HMG215 und darunter, was kenntlich gemacht werden sollte

Seite 149: auch hier sollte die fehlende Dominanz wie zuvor beschrieben kenntlich gemacht werden, oder ist es ein Fehler der Hierarchien in der Anlage 1?

Seite 164: die externe Dominanz über HMG215 beinhaltet lt. Anlage 1 nur die HMG279 während in der schematischen Darstellung auch alle HMG über der HMG279 aufgeführt sind, oder ist es ein Fehler in der Anlage 1?

Anlage1: bei den Hierarchien ist die HMG237 unter der HMG279 aufgeführt, die HMG237 gibt es im Entwurf für 2019 nicht mehr

Die Diagnosetexte in Anlage 1 beinhalten für alle ICD-Jahre dem Anschein nach die Texte von 2018 sofern der ICD-Kode gültig ist und ggf. geänderte Bezeichnungen aus den Vorjahren. Da die vier Diagnose-Jahre zu einem Ausgleichsjahr wieder separat in Anlage 1 abgelegt sind, was aus Gründen der Übersichtlichkeit zu begrüßen ist, schlägt die DAK-Gesundheit vor, nur die gültigen Texte des jeweiligen Jahres entsprechend des ICD-10-GM anzugeben.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu prüfen und bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells 2019 zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße
gez. Ulrike Heddier

Leiterin der Abteilung Finanzplanung und Rechnungswesen