

Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell 2013

Vorschläge eingebracht durch

Institution:

Ansprechpartner:

GKV-Spitzenverband
Ulrike Haack, Claudia Dietrich, Erich Peters
Ausfüllanleitung: Ein Vorschlag pro Zeile und bei Bedarf weitere Zeilen im entsprechenden Themenblock einfügen.

1 Allgemeines Aufgreifkriterien

Vorschlag

Begründung / Problembeschreibung

1.1	Hauptdiagnosen sollten für eine Gruppierung in DXG mit Schweregraddifferenzierung Arzneimittel zugelassen werden. Die Ausnahmeregelung unter Punkt 1.3.1 dritter Spiegelstrich der Festlegung nach §31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2012 (Zuordnung anhand der bei der Krankenhausentlassung maßgeblichen Hauptdiagnosen) sollte geändert werden. Eine Zuordnung zu den DxG 813, 814, 826, 827, 836, 840, 842, 846, 847 und 848 sollte dann erfolgen, wenn die erforderliche Anzahl an Behandlungstagen/Verordnungen relevanter Arzneimittelwirkstoffe erreicht wurde.	Seit dem Ausgleichsjahr 2012 sind neben ambulanten Diagnosen auch stationäre Nebendiagnosen zu einer Gruppierung in DXG zugelassen, für die das Aufgreifkriterium "Arzneimittel zur Schweregraddifferenzierung" definiert ist. Stationäre Hauptdiagnosen hingegen sind von einer Gruppierung in diese DXG ausgeschlossen (ausgenommen DXG 225, Hämophilie). Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten stationäre Haupt- und Nebendiagnosen bei der Schweregraddifferenzierung durch Arzneimittel gleichwertig behandelt werden.
1.2		
1.3		
1.4		

2 Berechnungsverfahren

Vorschlag

Begründung / Problembeschreibung

2.1		
2.2		
2.3		
2.4		

3 Mapping und spezifische Aufgreifkriterien

MG DXG Vorschlag

Begründung / Problembeschreibung

3.1	047	249	In Folge der Änderungen zur Krankheitsauswahl sollte das Aufgreifkriterium "Arzneimittel obligat" in "stationär erforderlich" geändert werden. Zudem sollte die derzeitige Festlegung der Altersgrenze (1-17 Jahre) überprüft werden. Die DXG 249 sollte der HMG 75 zugeordnet werden, der die übrigen der zur Krankheit 44 <i>Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen</i> gehörenden ICD-Codes zugeordnet sind.	Aufgrund des Wegfalls der Krankheit <i>Demenz</i> entfallen die für die Arzneimittelvalidierung relevanten ICD-Codes; in der DXG ist lediglich der ICD-Code <i>Reye-Syndrom</i> enthalten. Die Behandlung des Reye-Syndroms erfolgt jedoch zwingend stationär. Zudem ist aufgefallen, dass der überwiegende Teil der Versicherten mit Reye-Syndrom älter als das für den ICD-Code G93.7 festgelegte maximale Alter ist. Recherchen haben ergeben, dass das Reye-Syndrom zwar überwiegend in jungen Jahren auftritt, jedoch auch bei Älteren auftreten kann. Vor diesem Hintergrund sollte die Altersbegrenzung für den ICD-Code G93.7 überprüft werden.
3.2	047	250	Die DXG 250 sollte der HMG 75 zugeordnet werden, der die übrigen der zur Krankheit 44 <i>Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen</i> gehörenden ICD-Codes zugeordnet sind.	Aufgrund des Wegfalls der Krankheit <i>Demenz</i> entfallen zahlreiche ICD-Codes der Hierarchie. Für die HMG 47 ergibt sich ein negativer Schätzer. Unter Berücksichtigung der prospektiven Leistungsausgaben und aus inhaltlichen Gründen wird eine Verschiebung der DXG 250 in die HMG 75 vorgeschlagen.
3.3	004	046	Einführung einer arzneimittelbasierten Schweregraddifferenzierung für die DXG 46	Durch eine Schweregraddifferenzierung mit Arzneimitteln lassen sich die kostenintensiveren Fälle in der HMG 4 <i>Myeloische Leukämie</i> selektieren. Die HMG 4 <i>Myeloische Leukämie</i> enthält in der zugeordneten DXG 46 <i>Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien, exkl. chronisch lymphatische Leukämie</i> u.a. Diagnosen der chronischen myeloischen Leukämie (CML). Durch den Einsatz einer Arzneimitteltherapie mit den Tyrosinkinasehemmern Imatinib (L01XE01), Dasatinib (L01XE06), Nilotinib (L01XE08) ist ein Langzeitüberleben mit CML möglich. Eine solche Langzeittherapie ist jedoch mit einem höheren Versorgungsaufwand und entsprechenden Folgekosten für die Behandlung verbunden.
3.4	009 bis 014		Aufgrund der Änderungen in der Krankheitsauswahl müssen der Hierarchie Neubildungen weitere DXG zugeordnet werden. Im Rahmen der Überarbeitung der Hierarchie sollte zudem die derzeitige DXG-HMG-Zuordnung überprüft werden.	Die derzeitige Zuordnung der DXG zu HMG entspricht nicht in allen Fällen den prospektiven Leistungsausgaben auf DXG-Ebene. Insgesamt sind den 6 HMG 39 DXG zugeordnet. Um die Folgekosten zielgenauer abbilden zu können, sollte auch die Einführung weiterer HMG geprüft werden.

3.5	007	824	Die DXG enthält die Codes C94.6/-60/-61 <i>Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit</i> . Der GKV-SV schlägt vor, die ICD-Codes D76.- <i>Langerhans-Zell-Histiozytose</i> von der DXG 828 in die DXG 824 zu verschieben und damit der HMG 007 <i>Non-Hodgkin-Lymphom, Morbus Hodgkin, chronisch lymphatische Leukämie, chronisch myeloproliferative Krankheit</i> der Hierarchie 2 <i>Neubildungen</i> zuzuordnen.	Im Rahmen der Änderungen bei der Krankheitsauswahl wurden die ICD-Codes D76,- von der Krankheit 52 <i>Schwerwiegende metabolische und endokrine Störungen</i> in die Krankheit 42 <i>Lymphome und Leukämien</i> verschoben, da es sich bei der Langerhans-Zell-Histiozytose um eine Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes handelt. In der Folge sollten die entsprechenden ICD-Codes der Hierarchie <i>Neubildungen</i> zugeordnet werden. Ab der ICD-Version 2011 wird die Langerhans-Zell-Histiozytose mit den ICD-Codes C94.6/-60/-61 <i>Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit</i> verschlüsselt, für die das BVA bereits eine Zuordnung in die DXG 824 <i>Chronisch myeloproliferative Krankheit</i> und die HMG 007 vorschlägt.
3.6	250	903	Für die DXG 903 schlägt der GKV-Spitzenverband vor, das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" zu definieren. Aufgrund der geringen Besetzungszahlen für die neue HMG 250 <i>Tumorlyse-Syndrom</i> ist der Vorschlag des BVA nicht umsetzbar. Alternativ schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die DXG 903 analog der Strahlenproktitis (DXG 763) in die Hierarchie 24 <i>Medizinische Komplikationen</i> einzuordnen.	Das BVA schlägt vor, das Tumorlyse-Syndrom in einer eigenständigen HMG den beiden Hierarchiesträngen in der Hierarchie 2 <i>Neubildungen</i> überzuordnen. Aus medizinisch inhaltlichen Gründen ist dies nachvollziehbar. Da die Besetzungszahl für die HMG 250 jedoch unter der Mindestbesetzungszahl von 100 liegt, ist die vorgesehene Einordnung nicht umsetzbar. Da es sich bei der Tumorlyse um eine Komplikation einer durchgeführten Chemotherapie handelt, wird vorgeschlagen, die DXG 903 in die Hierarchie 24 <i>Medizinische Komplikationen</i> der HMG 165 zuzuordnen. Dies erscheint auch in Anbetracht der prospektiven Leistungsausgaben der DXG 903 passend. Gleichzeitig sollte die DXG-HMG-Zuordnung der Hierarchie 24 überprüft werden (vgl. hierzu Anmerkungen zur Neuordnung der Hierarchie 24 unter Punkt 3.26).
3.7	013	902	Die Ergänzung der HMG 13 um die DXG 902 ist nachvollziehbar.	
3.8	013	900	Die Einordnung der DXG 900 in die HMG 13 sollte geprüft werden.	Aufgrund der prospektiven Leistungsausgaben erscheint die Zuordnung der DXG 900 in die HMG 13 zielführender als in die HMG 14. Dies bestätigen auch erste Regressionsergebnisse.
3.9	014	901	Die Ergänzung der HMG 14 um die DXG 901 ist nachvollziehbar.	

3.10	21-24	122	Eine Verschiebung der DXG in die HMG 22 bzw. 23 sollte überprüft werden. Gleichzeitig sollte die DXG-Zuordnung zu den HMG 21-23 überprüft werden.	Aufgrund der im Rahmen der Krankheitsauswahl durchgeführten Änderungen enthält die DXG 122 nur noch den ICD-Code E79.1 <i>Lesh-Nyhan-Syndrom</i> und ist nach ersten Erkenntnissen mit 26 Versicherten zu schwach besetzt. Im Rahmen einer weitergehenden Analyse ist aufgefallen, dass die aktuelle Zuordnung der DXG zu den HMG 22-23 (24) nicht in jedem Fall die prospektiven Leistungsausgaben widerspiegelt (vgl. hierzu Stellungnahme des GKV-SV vom 11. April 2011)
3.11	251	904	Die HMG 251 sollte in die Hierarchie 4 zwischen der HMG 022 und 023 eingeordnet werden.	Aufgrund der prospektiven Leistungsausgaben erscheint die Zuordnung der HMG 251 zwischen die HMG 22 und 23 zielführender als am Ende der Hierarchie. Es ist zu prüfen, inwieweit durch die Berücksichtigung der Adipositas im MRSA-Verfahren Manipulationsanreize für die Kodierung entsprechender Diagnosen bestehen.
3.12	259	913	Als Aufgreifkriterium sollte für die DXG 913 "stationär erforderlich" definiert werden. Die HMG 259 sollte entweder ohne Hierarchisierung in die Hierarchie 6 oder dominant zur HMG 031 bzw. HMG 033 eingeordnet werden.	Regressionsergebnisse haben ergeben, dass der Schätzer der Peritonitis deutlich über denen der HMG 031 bzw. 033 liegt, weshalb die vom BVA vorgeschlagene Hierarchisierung nicht umzusetzen ist. Aufgrund der empirischen Korrelationen zum Ileus, könnte die Einführung einer Dominanzbeziehung zwischen der HMG 259 und der HMG 031 und evtl. zusätzlich zur HMG 033 zu einer Verbesserung des Modells führen. Diese Modellvarianten sollten überprüft werden.
3.13	209	185	Die der DXG 185 neu zugeordneten ICD-Codes sollten einer eigenen DXG zugeordnet werden, die dann aufgrund der prospektiven Leistungsausgaben der HMG 208 zugeordnet werden sollte.	Die prospektiven Leistungsausgaben der DXG 185 im Status Quo und der neu hinzugekommenen ICD-Codes für arzneimittelinduzierte Knochennekrose unterscheiden sich deutlich voneinander. Vor diesem Hintergrund ist die vom BVA vorgeschlagene Zuordnung der neuen ICD-Codes in die DXG 185 nicht zielführend. Erste Regressionsergebnisse bestätigen eine Zuordnung der neuen ICD-Codes in eine eigene DXG und deren Zuordnung in die HMG 208 (s. Ergebnisse Tabelle 3.13).

3.14	051 bis 053	256, 258, 259	Einführung einer neuen DXG bzw. HMG Opiatsubstitution zur Schweregraddifferenzierung. Neben den Diagnosen der DXG 256, 258 und 259 sollten dieser DXG auch der neue ICD-Code Z51.83 Opiatsubstitution zugeordnet werden. Als Aufgreifkriterium sollte für die neue DXG 2 Verordnungen berücksichtigungsfähiger Arzneimittel aus unterschiedlichen Quartalen definiert werden.	In der Hierarchie 10 erfolgt die Zusammenfassung von ICD-Codes zu DXGs unabhängig von der suchtauslösenden Substanz. Das Ausmaß gesundheitlicher Schäden wie auch therapeutischer Maßnahmen ist jedoch durchaus von der suchtauslösenden Substanz abhängig. Vor diesem Hintergrund sollten Versicherte, die neben einer Diagnose aus der Gruppe F11.- <i>Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode</i> bzw. F19.- <i>Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen</i> zusätzlich mindestens 2 relevante Verordnungen Substitutionarzneimittel aus unterschiedlichen Quartalen aufweisen, einen anderen Zuschlag erhalten als Versicherte ohne entsprechende Substitutionsbehandlung. Die Ergebnisse des Vorschlags sind in Tabelle 3.14 dargestellt. Aufgrund der Notwendigkeit, Sonderkennzeichen der Technischen Anlage 1 zum DTA nach § 300 verwenden zu müssen, ist es nicht möglich, die verordnete Mindestmenge Arzneimittel als Behandlungstage festzulegen.
3.15	057	905	Die DXG 905 sollte der HMG 57 zugeordnet werden.	Aufgrund der prospektiven Leistungsausgaben ist die DXG 905 eher in die HMG 57 als in die HMG 231 einzuordnen. Dies bestätigen auch Regressionsergebnisse (s. Ergebnisse Tabelle 3.15).

3.16	252, 253	906, 907	Der Chronische Schmerz sollte als eigenständiger Hierarchiestrang geführt werden. Zudem sollten Versicherte mit Opioid-Dauermedikation einen anderen Zuschlag erhalten als Versicherte ohne Opioid-Dauermedikation.	Erste Ergebnisse zeigen, dass Arzneimittelwirkstoffe im Bereich des chronischen Schmerzes dazu geeignet sind, kostenintensivere Fälle zu identifizieren. In Abhängigkeit der berücksichtigten Arzneimittelwirkstoffe (jeweils 183 DDD unabhängig vom Alter) ergeben sich deutlich unterschiedliche Regressionskoeffizienten. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3.16 dargestellt. In den Modellen sind die HMG wie folgt hierarchisiert: HMG 253=>253a/b=>252. Aufgrund der Ergebnisse ergeben sich u.E. folgende zu prüfende Alternativen: Zum einen die Umsetzung von Modell 2. Um Manipulationsansreizen entgegenzuwirken, wäre jedoch auch ein drittes Modell denkbar, in dem die HMG 253 mit Dauermedikation Opioide die HMG 253b mit obligater Arzneimittelvalidierung (NSAR, Antidepressiva, Antiepileptika) dominiert. In diesem Fall würden die stationären Hauptdiagnosen, die in Modell 1/2 bisher der HMG 252 zugeordnet werden, in die HMG 253b führen. Diese dritte Variante sollte aus unserer Sicht im Vergleich mit Modell 2 vom BVA überprüft werden.
3.17	257	911	Die DXG 911 Ticstörungen sollte der HMG 255 und damit der Hierarchie 12 Entwicklungsstörungen zugeordnet werden.	Empirische Ergebnisse zeigen, dass eine deutliche Korrelation zu den der Hierarchie 12 zugeordneten DXGs besteht und nur eine marginale zu DXGs der Hierarchie 11. Vor diesem Hintergrund sollte die DXG 911 in die Hierarchie 12 eingegliedert werden. Aufgrund der Kostenstrukturen schlagen wir vor, die DXG 911 der HMG 255 zuzuordnen und diese entsprechend umzubenennen (s. Ergebnisse Tabelle 3.17).
3.18	254	908	Die Vorschläge des BVA zur Ausgestaltung der neuen Hierarchie 12 <i>Entwicklungsstörungen</i> sind nachvollziehbar. Die HMG 255 sollte jedoch um die DXG 911 <i>Ticstörungen</i> ergänzt werden.	
3.19	256	910	Die Vorschläge des BVA zur Ausgestaltung der neuen Hierarchie 12 <i>Entwicklungsstörungen</i> sind nachvollziehbar. Die HMG 255 sollte jedoch um die DXG 911 <i>Ticstörungen</i> ergänzt werden.	

3.20	255	909	Die Vorschläge des BVA zur Ausgestaltung der neuen Hierarchie 12 <i>Entwicklungsstörungen</i> sind nachvollziehbar. Die HMG 255 sollte jedoch um die DXG 911 <i>Ticstörungen</i> ergänzt werden.	
3.21	258	912	Die Einordnung der HMG 258 in die Hierarchie 14 <i>Neurologische Erkrankungen</i> ist nachvollziehbar. Die vom BVA vorgeschlagene Dominanzbeziehung zur HMG 75 ist hingegen nicht begründbar.	Zwischen der HMG 75 und der neu eingeführten HMG 258 findet sich weder ein inhaltlicher noch ein empirisch belegbarer Zusammenhang. Vor diesem Hintergrund sollte die HMG 258 ohne Dominanzbeziehung der Hierarchie 14 zugeordnet werden.
3.22	075	249, 250	Aufgrund der Änderungen in der Krankheitsauswahl wird vorgeschlagen, die DXG 249 und 250 der HMG 075 der Hierarchie 14 zuzuordnen.	vgl. hierzu die Anmerkungen zur HMG 047 der Hierarchie 9 unter Punkt 3.1 und 3.2. . Die Ergebnisse sind in Tabelle 3.22 dargestellt.
3.23	088	914, 915	Die Einordnung der DXG 913 und 914 ist nachvollziehbar.	Die neuen ICD-Codes der DXG 914/915 weisen Korrelationen zu den anderen der HMG 088 zugeordneten DXG auf. Auch die prospektiven Leistungsausgaben der DXG 913/914 sind mit den der HMG 088 zugeordneten DXG vergleichbar.
3.24	170	726	Zusammenlegung der HMG 170 mit der HMG 169	Aufgrund der Änderungen der Krankheitsauswahl entfallen neben der DXG 731 eine Reihe weiterer ICD-Codes der DXG 726 in der HMG 170. Die HMG ist daher nur noch mit 7 Versicherten besetzt. Erste Regressionsergebnisse zeigen, dass sich der Schätzer der HMG 169 durch die Zusammenlegung geringfügig erhöht.
3.25	223	488	Im Vergleich zum Status Quo sollte eine Verschiebung des ICD-Codes H36.0 <i>Diabetische Retinopathie</i> in die DXG 108 ebenso überprüft werden wie eine obligate Arzneimittelvalidierung der DXG 488_neu mit den ATC-Codes S01LA und L01XC.	Als Folge der Änderungen zur Krankheitsauswahl entfallen bis auf den ICD-Code H36.0 alle der Hierarchie 26 <i>Erkrankungen des Auges</i> zugeordneten ICD-Codes. Dies legt eine Verschiebung des ICD-Codes H36.0 in die DXG 108 nahe. Die diabetische Retinopathie wird u.a. mit den Arzneimittelwirkstoffen Ranibizumab und Bevacizumab aus den ATC-Gruppen S01LA und L01XC behandelt. Es ist davon auszugehen, dass die ATC-Codes S01LA und L01XC geeignet sind, kostenintensivere Fälle zu identifizieren. Vor diesem Hintergrund sollte eine obligate Arzneimittelvalidierung der DXG 488 geprüft werden, die dann um die ICD-Codes der DXG 108 und DXG 109 zu ergänzen wären. Gleichzeitig müsste die DXG 108 um den ICD-Code H36.0 ergänzt werden.

3.26	164 bis 260	<p>Aufgrund der Änderungen der Krankheitsauswahl entfallen einige ICD-Codes der Hierarchie 24 und neue ICD-Codes kommen hinzu. Dies macht eine Überprüfung der DXG-HMG-Zuordnung notwendig. Wir schlagen folgende Neuordnung vor:</p> <p>HMG 164: DXGs 681, 684 und 903</p> <p>HMG 165: DXGs 683, 685, 689, 763 und die neuen ICD-Codes der Krankheit 79, die neu der DXG 686_sq zugeordnet wurden.</p> <p>HMG 260: DXG 686_sq und DXG 916.</p>	<p>Die vorgeschlagene Neuordnung basiert auf den durchschnittlichen Leistungsausgaben auf DXG-Ebene sowie Regressionsergebnissen. (s. Ergebnisse Tabelle 3.26).</p>
4 Sonstiges Vorschlag			
4.1	<p>Darstellung des MRSA-Korrekturverfahrens in Anlage 4 - Verfahrensbeschreibung -</p>	Begründung / Problembeschreibung <p>Das Verfahren zur Korrektur des Jahresausgleiches im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ist analog zur Verfahrensbeschreibung in Anlage 4 der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV zu definieren. Wir verweisen diesbezüglich auf unsere Stellungnahme vom 6. September 2011.</p>	
4.2			
4.3			
4.4			