

Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell 2013	
Vorschläge eingebracht durch Institution: BARMER GEK	
Ansprechpartner: Pedro Ballesteros (Tel: 0202 5681 99-1335), Claudia Schulte (DW 99-1569) oder Katja Tebarts (DW 99-4419)	
Ausfüllanleitung: Ein Vorschlag pro Zeile und bei Bedarf weitere Zeilen im entsprechenden Themenblock einfügen.	
1 Allgemeines Aufgreifkriterien	
Vorschlag	Begründung / Problembeschreibung
1.1 Aufnahme des Registrierungskennzeichens zur Organtransplantation in die Datenübermittlung	<p>Im Rahmen der Festlegungen für das Klassifikationsverfahren 2010 hatte das BVA im Jahr 2009 vorgeschlagen, in der Hierarchie 25 „Transplantationen“ jene ICD- Codes, die auf erfolgte Registrierungen zur Organtransplantation hinweisen können (Z75.2 etc.), im Klassifikationsmodell zu berücksichtigen. Daraufhin hatte die BARMER GEK im Rahmen dieses Anhörungsverfahrens auf die grobe Unvollständigkeit und Fehlerhaftigkeit dieser Diagnosen hingewiesen und statt dessen vorgeschlagen, für den vom BVA verfolgten Zweck auf den bei den Kassen dokumentierten mit dem Registrierungsvorgang verbundenen Zahlungsvorgang abzustellen (ähnlich dem Dialysekennzeichen). Das BVA hatte diesen Vorschlag in der Sache begrüßt.</p> <p>Auf erneuten Vorschlag unsererseits im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Festlegung des Klassifikationsverfahrens 2011 hat uns das BVA mitgeteilt, dass dem Vorschlag erst näher getreten werden könne, wenn die notwendige Rechtsgrundlage für die Übermittlung des Kennzeichens geschaffen sei. Da eine entsprechende Änderung von § 30 Abs. 1 RSAV bisher ausgeblieben ist und wir auch von keinem entsprechenden Änderungsentwurf Kenntnis haben, bringen wir unsere Forderung nochmals vor.</p>
1.2 Angleichung der Sonderregeln bei DxGruppen mit Schweregraddifferenzierung durch Arzneimittel und die Berücksichtigung stationärer Diagnosen. Sonderregel ist mit Festlegung 2012 nicht mehr relevant.	<p>Bei der Definition der Sonderregeln in der Festlegung 2011 erfolgte eine unterschiedliche Berücksichtigung der stationären Diagnosen bei der DxGruppe 225 (Hämophilie mit Dauermedikation) auf der einen Seite und der DxGruppen 813, 814, 826, 827, 836 und 840 auf der anderen Seite.</p> <p>Bei der DxGruppe 225 führt auch eine stationäre Diagnose - seit der Festlegung 2012 eine stat. Hauptdiagnose - zu einem Zuschlag, wenn sie zusätzlich das Arzneimittelkriterium erfüllt. Bei den oben aufgeführten DxG der restlichen Sonderregeln führen die stationären Diagnosen ausdrücklich nicht zu einem Zuschlag, auch wenn die Arzneimittelkriterien erfüllt wären. Dies ist mit der Festlegung 2012 aber bereits geschwächt worden, da stat. Nebendiagnosen sehr wohl zu einem Zuschlag führen, nur die Hauptdiagnose nicht.</p> <p>Aus Gründen der Vereinfachung schlagen wir daher vor, auch bei den DxGruppen 813, 814, 826, 827, 836 und 840 eine Zuordnung über stationäre Hauptdiagnosen zuzulassen, wenn zusätzlich die Arzneimittel-Kriterien erfüllt sind.</p>

<p>1.3</p>	<p>Nebendiagnosen beim Kriterium „Arzneimittel obligat, akut-rezidivierend: Auch bei den DxGruppen mit dem Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat, akut-rezidivierendes Krankheitsgeschehen“ werden stationäre Nebendiagnosen den ambulanten Diagnosen gleichgestellt.</p>	<p>In den Festlegungen 2012 wurde vorgesehen, das Gleichsetzen der stationären Nebendiagnosen mit ambulanten Diagnosen für jene DxGs nicht vorzusehen, bei denen die ambulante Zuordnung nach dem Kriterium „Arzneimittel obligat, akut rezidivierend“ erfolgt. Nach dem genannten Zuordnungskriterium reicht zum Auslösen einer DxGruppe das Vorliegen einer quartalsgleichen Verordnung von mindestens 10 DDD eines entsprechenden Arzneimittels. Als Argument wurde vorgetragen, dass der Nachweis einer so geringen Menge Arzneimittel bei einer stationären Nebendiagnose tatsächlich an den stationären Abrechnungsregularien scheitern könnte.</p> <p>Es ist natürlich richtig, dass die stationären Abrechnungsregularien dazu führen können, dass in den in Rede stehenden DxG der Nachweis einer Arzneimittelgabe von 10 DDD bei Vorliegen einer stationären Nebendiagnose nicht erbracht werden kann. Aufgrunddessen aber - wie zur Zeit praktiziert - auf die Gleichsetzung der stationären Nebendiagnosen mit ambulanten Diagnosen zu verzichten, kommt der Entscheidung gleich, eine entsprechende Arzneimittelgabe in 100% der Fälle zu unterstellen. Die Realisierung der Andersbewertung der Nebendiagnosen macht hingegen die Erreichung der DxG nicht unmöglich. Ist die entsprechende Diagnose tatsächlich behandlungsbedürftig, ergibt sich bei einer durchschnittlichen stationären Falldauer von 8 Tagen in den weitaus meisten Fällen noch genügend Gelegenheit für eine immer noch quartalsgleiche ambulante Verordnung.</p> <p>Ob es richtiger ist, ein Vorliegen der notwendigen Arzneimittelgabe in 100% der Fälle zu unterstellen – wie zur Zeit – oder ob es richtiger wäre, Krankenhaus- Nebendiagnosen auch in DxGruppen mit dem Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat, akut rezidivierend“ nur bei gesondertem Nachweis einer Verordnung wirken zu lassen, ist nicht positiv beweisbar. Einen sehr guten Hinweis gibt jedoch, wie sich Zuschlagshöhe und Zuschlagshäufigkeit bei Verzicht auf die zZ bestehende Sonderregelung entwickeln würden.</p> <p>Ausschließlich aus DxG mit der Zuordnungsregel „Arzneimittel obligat, akut rezidivierend“ bestehen die HMG 005, 152 und 201 (Infektionen durch opportunistische Erreger, Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Infektion der Lunge durch Mykobakterien oder Pilze (inkl. disseminierte Formen)). Gerade in diesen HMG zeigt sich, dass bei Gleichsetzung stationärer Nebendiagnosen mit ambulanten Diagnosen der sehr erhebliche Prävalenzzrückgang fast vollständig oder sogar vollständig von einer entsprechenden Steigerung des Zuschlags aufgefangen wird, das Verteilungsvolumen in der HMG also gleich bleibt. Dies spricht dafür, dass durch Umsetzung der „Abwertung“ der Nebendiagnosen die billigeren „Verdüner“-fälle aus der Klassifikation herausfallen. Dies ist wiederum gleichbedeutend mit der Annahme, dass eine zielgerichtete Arzneimittelbehandlung im Krankenhaus bei Vorliegen der Nebendiagnose nicht unterstellt werden kann. Die Gleichsetzung der stationären Neben- mit ambulanten Diagnosen sollte auch in diesen DxG erfolgen.</p>
-------------------	---	---

1.4	Korrektur bzw. Aussetzung der (AUSAGG-) Zuweisungen für in Ausland wohnhafte Versicherte				In seinem Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im RSA äußert sich der Wissenschaftliche Beirat wie folgt: "Der Wissenschaftliche Beirat fordert den GKV-Spitzenverband als Vertreter der Krankenkassen auf, die Transparenz in diesem Bereich wesentlich zu verbessern. Dies ist die Voraussetzung für Regelungen, die zu zielgenaueren Zuweisungen führen. Der Wissenschaftliche Beirat regt an zu überprüfen, ob als erster Schritt zu zielgenaueren Zuweisungen übergangsweise die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt werden könnten." Aufgrund verschiedenster Probleme scheint die Herstellung der gewünschten Transparenz auch längerfristig nicht möglich. Wegen der erwiesenen Fehlerhaftigkeit der zur Zeit errechneten Zuweisungen, die lt. genanntem Gutachten sechsmal höher als die gebuchten Ausgaben sind, plädiert die Barmer GEK für vorübergehende Nichtberücksichtigung des Kennzeichens, da die daraus resultierende ausschließliche Ermittlung der Zuweisungen nach Alter und Geschlecht eine geringere Fehlschätzung zur Folge hätte.
2 Berechnungsverfahren					
Vorschlag				Begründung / Problembeschreibung	
2.1					
2.2					
2.3					
2.4					
3 Mapping und spezifische Aufgreifkriterien					
	MG	DXG	ICD	Vorschlag	Begründung / Problembeschreibung
3.1	004	046		Bildung einer zusätzlichen HMG004a für Versicherte mit DxG 46 und Arzneimitteln.	Als Anpassung für das Jahr 2012 schlug der AOK-BV im April 2011 vor, zusätzlich zur HMG004 eine HMG004a zu bilden. Diese solle zur besseren Abbildung von Versicherten mit DxG 46 dienen, insofern diesen in mindestens zwei Quartalen Arzneimittel mit ATC L01XE01, L01XE06 oder L01XE08 verordnet wurden. Nach einer Prüfung auf den Daten der Barmer GEK unterstützen wir diesen Vorschlag.
3.2	009, 010, 011, 012, 013, 014			Neuzuordnung der enthaltenen DxG zu den HMG gemäß der durchschnittlichen Kosten und Umbenennung der HMG	In der Hierarchie 2: Neubildungen werden Änderungen aufgrund der Aufnahme der Erkrankungen an weiblichen Genitalorganen und des Tumorlyse-Syndroms notwendig. Wir empfehlen gleichzeitig auch eine grundsätzliche Revision der Zusammensetzung der HMG bei der Abbildung der soliden Tumore.
3.3	250	903	E88.3	Den Vorschlag des BVA die HMG250 Tumorlyse-Syndrom über die HMG004 Myeloische Leukämie und HMG008 Lungenmetastasen u. Metastasen der Verdauungsorgane in der Hierarchie 2: Neubildungen einzuordnen, befürworten wir. Zudem sollte für diese DxG 903 das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" gelten.	Insbesondere bei schnell wachsenden und chemotherapie-empfindlichen Tumoren besteht die Gefahr eines Tumorlyse-Syndroms, z.B. akute myeloische Leukämien, akute lymphatische Leukämie, maligne Lymphome, nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom. Zudem erfolgt die Behandlung des Tumorlyse-Syndroms in der Regel stationär. Daher ist das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" angebracht.
3.4	013	902		Die Ergänzung der HMG013 um die DxG902 ist nachvollziehbar.	
3.5	014	900, 901		Die Ergänzung der HMG014 um die DxG900 und DxG901 ist nachvollziehbar.	

3.6	017	108	H36.0	<p>Auflösung der Hierarchie 26: Erkrankungen des Auges und der enthaltenen HMG. Zuordnung der ICD H36.0 zur DxG 108, Ergänzung der zugehörigen Arzneimittelliste um die Wirkstoffe S01LA und L01XC.</p>	<p>Nachdem als einzige Augenerkrankung die ICD H36.0 nach der Krankheitsauswahl 2013 Bestandteil des RSA bleibt, gibt es keinen Grund, die Hierarchie beizubehalten. Zur Abbildung der diabetischen Retinopathie steht mit der DxG 108, die z.B. auch die E14: Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen enthält, eine sehr gut geeignete DxG bereits zur Verfügung. Diese DxG unterliegt dem Aufgreifkriterium "obligate Arzneimittelverordnung". Die ICD H36.0: diabetische Retinopathie umfasst auch das diabetische Makulaödem. Dieses wird ua durch Gabe der Wirkstoffe S01LA (Ranibizumab) und L01XC (Bevacizumab) behandelt. Die Wirkstoffe werden zwar auch für nicht diabetische Retinopathien eingesetzt, im Rahmen der Diabetes- Hierarchie - wo das Vorliegen diabetischer Diagnosen vorausgesetzt ist - sind die beiden Wirkstoffe aber gut zur Validierung der DxG 108 geeignet. Die mit der DxG 108 assoziierte Arzneimittelliste sollte daher um die Wirkstoffe S01LA (Ranibizumab) und L01XC (Bevacizumab) ergänzt werden.</p>
3.7	251	904		<p><u>Hauptvorschlag "Adipositas":</u> Die Adipositas sollte mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ abgebildet werden. Da bei diesem Abgrenzungskriterium auch Nebendiagnosen zu Zuordnungen führen (also nicht nur die seit einigen Jahren deutlich zunehmenden bariatrischen Eingriffe), ist der Manipulationsanreiz zwar nicht ausgeschlossen, aber gegenüber allen anderen Aufgreifkriterien stark gemindert. Die Einordnung in die Hierarchie der metabolischen Erkrankungen sollte dann unter Berücksichtigung des erreichten Relativgewichtes untersucht werden.</p>	<p>Adipositas, auch eine solche mit einem BMI > 35 und „Krankheitswert“, zieht ihren Krankheitswert daraus, dass sie einen Risikofaktor für andere Krankheiten darstellt. Kodiert wird die Adipositas bei einer ambulanten Behandlung daher meist im Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit, für die sie als Risikofaktor gilt (Diabetes, Herzkrankheiten, Arthrose, Depression). Da keineswegs jeder krankhaft adipöse Mensch (schon) an einer Adipositas- korrelierten Krankheit leidet, ist die Anzahl der Menschen, für welche entsprechende Kodierungen festzustellen sind und die epidemiologisch festgestellte Verbreitung der krankhaften Adipositas nicht vergleichbar (vgl. Hauner, Marschall, Lex, Wolik, Schwandrau: Adipositaschirurgie: notwendige Therapie oder Lifestyle in: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010 oder Stellungnahme des GKVSV zur Influenzaschutzimpfungsverordnung vom 15.07.2009).</p> <p>Bei einer extrem unterkodierte ambulanten Diagnose ist bei der Einordnung in den Morbi- RSA ein besonderer Wert auf die Manipulationsresistenz zu legen. Es ist sonst mit sehr massiven Maßnahmen seitens einiger Krankenkassen und Leistungserbringer zu rechnen, die Unterkodierung aufgrund des Wunsches nach zusätzlichen Zuschlägen bzw. einer anscheinend höheren Morbidität möglichst schnell abzubauen. Gleichzeitig ziehen unterkodierte Diagnosen ihre statistische Relevanz für die Kosten des Folgejahres häufig gerade aus ihrer Unterkodierung, d.h. aus der Tatsache, dass sie nur in schweren, auffälligen Fällen verschlüsselt werden. Der Abbau der Unterkodierung führt dann zu einem Verlust statistischer Relevanz, so dass die in solche Aktivitäten investierten Beitragsmittel in jeder Hinsicht verschwendet sind.</p> <p>Eine ausreichende Validierung der Adipositas durch Arzneimittel ist nicht möglich, die hierfür zur Verfügung stehenden Arzneimittel Sibutramin und Orlistat sind entweder nicht mehr im Handel oder nicht GKV- erstattungsfähig.</p>

3.8	251	904	<p><u>Alternative zum Hauptvorschlag "Adipositas" (3.5):</u> Die neue DxG 904 ist nur durch eine stationäre Hauptdiagnose zu erreichen.</p>	<p>Die Verwendung des Aufgreifkriteriums "stationär erforderlich" entsprechend Nr. 3.5 mindert die Manipulationsanreize deutlich. Da die Nebendiagnose "Adipositas mit Krankheitswert" jedoch keine DRG- Relevanz besitzt (d.h. die Zahllast der Krankenkasse in keiner DRG erhöht), besteht auch im stationären Sektor ein Anreiz zum zusätzlichen bzw. zum Nachkodieren dieser Nebendiagnose. Ergänzend zu Nr. 3.5 halten wir für die Adipositas daher eine Sonderregelung für sinnvoll, bei der ausschließlich stationäre Hauptdiagnosen zum Zuschlag führen. Auch gesundheitsökonomisch halten wir das für sinnvoll: Wie unter 3.5 ausgeführt, verursacht die Adipositas "nur" indirekte Kosten durch die von ihr (mit) ausgelösten Folgeerkrankungen, die selbst zum weitaus größten Teil bereits Bestandteil des RSA sind. Direkte Kosten verursacht die Adipositas nur dann, wenn sie selbst der Anlass der Behandlung ist. Anlass der Behandlung ist sie nur bei den (zunehmenden) bariatrischen Eingriffen, die nur stationär möglich sind. Diese würden durch die neue Sonderregel ausreichend gut abgebildet.</p>
3.9	021, 022, 023, 024		<p>Neuzuordnung der enthaltenen DxG zu den HMG gemäß der durchschnittlichen Kosten und Umbenennung der HMG</p>	<p>Die HMG024 (DxG122) enthält nur noch die ICD E79.1 und ist sehr schwach besetzt. Zudem spiegelt die aktuelle Zuordnung der DxG zu HMG nicht die unterschiedlichen Behandlungsaufwände wider. Die BARMER GEK hatte in der Anhörung für 2012 den Vorschlag gemacht, die HMG 22 auf die HMG 21 und 23 aufzuteilen. Der AOK-BV hatte vorgeschlagen, die HMG 21 in zwei HMG aufzuteilen. Dieser Vorschlag ist nun die Symbiose der beiden Vorschläge des Vorjahres. Eine Überarbeitung der Hierarchie 4: metabolische Erkrankungen ist aufgrund der Einordnung der Adipositas ohnehin notwendig.</p>
3.10	259	913	<p>Für die neue DxG913 sollte zwingend das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" gelten. Die vorgeschlagene Hierarchisierung des BVA hält auf unseren Daten nicht stand. Deshalb empfehlen wir, auf eine Hierarchisierung der Peritonitis zu verzichten. Stattdessen empfehlen wir eine Zusammenlegung der neuen HMG Peritonitis mit der HMG031 Ileus und ggf. auch mit der HMG002 Sepsis.</p>	<p>Hinsichtlich ihrer Behandlung ist die akute Phase der Peritonitis nur operativ mit erheblicher intensivmedizinischer Nachbetreuung behandelbar, daher muss eine Krankenhausdiagnose vorliegen. Darüber hinaus handelt es sich bei einer Peritonitis um einen septischen Vorgang, d.h. eine schwere und komplexe Entzündungsreaktion des Körpers, die in ihrer akuten Phase meist mit einem paralytischen (gelähmten) Ileus verbunden ist. Entsprechend der bei den Krankheiten Ileus und Sepsis vorgenommenen Grundentscheidung zum Umgang mit diesen Krankheitsbildern sollte auch die Peritonitis das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ erhalten. Eine nur ambulant diagnostizierte Peritonitis in mindestens zwei Quartalen ist medizinisch nicht plausibel. Auf Daten der BARMER GEK ergeben sich (entsprechend dem soeben ausgeführten) erhebliche Komorbiditäten zwischen der Peritonitis und dem Ileus sowie der Sepsis und insbesondere im Vergleich zum Ileus sehr ähnliche Folgekosten. Soweit sich dies bestätigt, erscheint aus Vereinfachungsgründen eine Zusammenlegung der Peritonitis- HMG zumindest mit der HMG031 Ileus und ggf. der HMG002 Sepsis sinnvoll.</p> <p>Weiterhin ist die Peritonitis nur selten eine eigenständige Erkrankung. Sie kennzeichnet ein Symptom einer Komplikation dahinterliegender Krankheiten, insbesondere einer schweren Blinddarmentzündung (Appendizitis) oder einer Darmverschlingung (Divertikulitis). Die weiteren im Morbi- RSA berücksichtigten Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa, welche in HMG033: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen abgebildet werden, stellen zwar häufig Ursachen von mechanischen Darmverschlüssen (Ileus) dar. Als eigenständige Ursache einer Peritonitis sind die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen allerdings seltener dokumentiert, eine entsprechende Analyse der Komorbiditäten auf Daten der BARMER GEK war wenig erfolgreich. Eine hierarchische Darstellung der HMG in der gastrointestinalen Hierarchie ist durch den Zutritt der Peritonitis daher sachlich nicht geboten.</p>

3.11	047	249, 250		<p>Für die DXG249 sollte das Aufgreifkriterium "Arzneimittel obligat" in "stationär erforderlich" geändert werden. Zudem sollte die derzeitige Festlegung der Altersgrenze (1-17 Jahre) überprüft werden.</p> <p>Verschiebung der verbliebenen DXG249 und 250 der HMG047: Normativer Hydrozephalus, Morbus Alzheimer in die Hierarchie2: Neurologische Erkrankungen und zusammenfassen mit HMG075. Die Hierarchie 9: Kognitive Erkrankungen wird aufgelöst.</p>	<p>Aufgrund des Wegfalls der Krankheit <i>Demenz</i> entfallen die für die Arzneimittelvalidierung relevanten ICD der DxG249. In der DxG249 ist lediglich das Reye-Syndrom enthalten. Die Behandlung des Reye-Syndrom erfolgt jedoch zwingend stationär. Zudem kann das Reye-Syndrom auch bei älteren Versicherten auftreten, so dass das für den ICD-Code festgelegte maximale Alter im bei der nächsten Krankheitsauswahl geprüft werden sollte.</p> <p>Aus der ehemaligen HMG047 bleiben aufgrund der ausgeschlossenen Krankheit <i>Demenz</i> nur noch die Diagnosen zum Normativen Hydrozephalus übrig. Diese restlichen ICDs gehören zur Krankheit "Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen". Die HMG047 ist dadurch nur noch relativ schwach besetzt, zählt medizinisch im engeren Sinne nicht mehr zu den kognitiven Erkrankungen und löst Anreize zur Kodierbeeinflussung durch Krankenkassen aus. Aus diesem Grund sollten die DXG249 und 250 der HMG047 in die Hierarchie Neurologische Erkrankungen eingruppiert werden und dort der HMG075 zugeordnet werden. Die HMG075 und die HMG047 (Normativer Hydrozephalus) gehören zur gleichen Krankheit.</p>
3.12	052	neue DXG	Z51.83	<p>Zuordnung der ICD Z51.83- Opiatsubstitution zu einer neuen DxG mit Arzneimittelvalidierung. Einordnung dieser DxG in die HMG052 - Alkohol- und Drogenabhängigkeit.</p> <p>Arzneimittelvalidierung mit den Wirkstoffen N07BC01, N07BC02, N07BC51 sowie den PZN 9999086, 2567107, 2567113, 2567136 und 2567656. Da für die Pseudo-PZNs keine DDD zur Verfügung stehen, sollte die Arzneimittelvalidierung über 2 Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen erfolgen.</p>	<p>Entsprechend den Ausführungen der BARMER GEK im Rahmen der Krankheitsauswahl wird die Diagnose Z51.83 in erheblichem Umfang fehlerkodiert, d.h. es ist keine zeitgleiche passende Medikation nachweisbar. Sie erscheint unplausiblerweise in erheblichem Umfang auch ohne Diagnosen aus der Hierarchie Alkohol- und Drogensucht. Durch den Vorschlag wird das hierin liegende Fehlerpotenzial erheblich gemindert. Die ICD Z51.83 kann eine andere DxG aus diesem Hierarchiebereich nur validieren, wenn im selben Jahr zumindest eine weitere "passende" Diagnose vorliegt. Alleine kann die ICD Z51.83 nur dann einen Zuschlag auslösen, wenn entsprechende Arzneimittel nachweisbar sind. Damit geht diese sehr fehlerbehaftete ICD niemals völlig unvalidiert in die Zuschlagsermittlung ein.</p> <p>Die Zuordnung der neuen DxG zur HMG052 erscheint hinsichtlich der Höhe der Folgekosten und auch medizinisch richtig, da eine Substitutionsbehandlung genauso häufig bei Suchtkranken mit und ohne Psychosen, daher absolut häufiger bei solchen ohne Psychosen erfolgt.</p>
3.13	057	905		Wir empfehlen die Einsortierung der Zwangsstörungen gemäß BVA-Vorschlag in die HMG057.	
3.14	252, 253	906, 907		<p>Eine Einordnung der HMGs zum Chronischem Schmerz in die Hierarchie "Psychische Erkrankungen" lehnen wir ausdrücklich ab. Der Chronische Schmerz sollte in einer eigenständigen Hierarchie geführt werden.</p> <p>Die Trennung in eine HMG mit und ohne Dauermedikation ist sinnvoll, es sollte eine Dominanzbeziehung zwischen der HMG mit und ohne Arzneimittel bestehen. Zur Arzneimittelvalidierung sollten die ATC N02AA, N02AB, N02AE, N02AG, N02AX herangezogen werden.</p>	<p>Der Chronische Schmerz ist eine eigenständige Erkrankung, um dieser Tatsache gerechnet zu werden, wurde beispielsweise im Jahr 2009 die ICD F45.41 neu in den ICD-Katalog aufgenommen. Der Chronische Schmerz sollte daher auch in einer eigenständigen Hierarchie abgebildet werden.</p> <p>Der Chronische Schmerz hat zudem keine primäre seelische Ursache, in einigen Fällen sind seelische Probleme eine Folge des Chronischen Schmerzes. Der Chronische Schmerz ist demzufolge nicht mit einer Persönlichkeitsstörung gleichzusetzen, wie sie im Hierarchiestrang in den HMG HMG060 - HMG230 - HMG231 abgebildet wird.</p>

					<p>Mit Hilfe einer Arzneimittelvalidierung können kostenintensive Fälle besser identifiziert und abgebildet werden. Dies zeigt sich nach eigenen Berechnungen auch in deutlich unterschiedlichen Regressionskoeffizienten. Für eine bessere Abbildung sollte eine zweistufige Arzneimittelvalidierung (HMG253 - HMG253b - HMG252) überprüft werden. Am relevantesten und teuersten sind die Opioide der Wirkstoffgruppen N02AA, N02AB, N02AE, N02AG, N02AX (WHO-Stufen III und II, vgl. Arzneiverordnungsreport 2011). In einer zweiten HMG253b mit Dauermedikation könnten die Arzneimittel NSAR, Antidepressiva, Antiepileptika abgebildet werden, welche von der HMG253 mit Dauermedikation Opioide dominiert wird. Die HMG252 ohne Dauermedikation wird von den beiden HMGs mit Dauermedikation dominiert.</p>
3.15	257	911		Die Ticstörungen sollten in der Hierarchie 12: Entwicklungsstörungen unterhalb der ADHS angeordnet werden.	<p>Ticstörungen treten überwiegend im Kindes- und frühen Erwachsenenalter auf und gehören daher eher in diese Hierarchie. Ein erheblicher Teil der Betroffenen leidet gleichzeitig unter ADHS, nur in geringerem Maß bestehen Überschneidungen mit den Zwangsstörungen. Eine Zusammenlegung mit der ADHS scheidet aufgrund der unterschiedlich hohen Folgekosten aber aus.</p>
3.16	254, 256, 255	908, 910, 909		Die Anordnung der neuen HMG zu den Entwicklungsstörungen in die neue Hierarchie 12: Entwicklungsstörungen erscheint uns sachgerecht. Wie bereits bei der HMG - Ticstörung erwähnt, empfehlen wir eine Eingruppierung der Ticstörung in diese Hierarchie.	
3.17	067, 068, 069, 157, 203			In der Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks empfehlen wir die Neuordnung der enthaltenen DxG zu den HMG gemäß der durchschnittlichen Kosten und Umbenennung der HMG.	<p>Die genannten HMG beschreiben Lähmungen sowie Verletzungen und Erkrankungen des Rückenmarks. Sie enthalten sowohl progressive Erkrankungen wie ALS als auch traumatische Läsionen. Außerdem sind vollständige und inkomplette Beeinträchtigungen erfasst. Die HMG 203 umfasst sonstige Frakturen. Die Durchschnittskosten der DxGruppen innerhalb der genannten HMG variieren sehr stark. Wir regen daher an, die Zuordnung der beteiligten DxGruppen zu den HMG zu überarbeiten. Dabei sollte der ausgelöste Behandlungsbedarf im Vordergrund stehen. (Für nähere Erläuterungen s. Vorschläge aus 2011)</p>
3.18	075	249, 250		Aufgrund der Änderung in der Krankheitsauswahl wird die Zuordnung der DxG249 und DxG250 in die HMG075 vorgeschlagen.	Vergleiche Anmerkungen zu Punkt 3.11.
3.19	258	912		Eine Dominanzbeziehung zwischen der HMG075 und der HMG258 Schlafapnoe scheint nicht erforderlich zu sein.	<p>Die HMG258 - Schlafapnoe weist keine Komorbiditäten zur HMG075 auf. Statt dessen scheinen einige HMG aus der Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge häufige Komorbiditäten der Schlafapnoe zu sein, insb. die HMG 216: respiratorische Insuffizienz und HMG 215 bzw. 237: COPD oder Emphysem mit bzw. ohne Dauermedikation. Darüber hinaus leiden ca. 15% der Versicherten mit Adipositas zusätzlich unter Schlafapnoe.</p>

3.20	234, 72	846, 325		<p>Herauslassung der unspezifischen Glucocorticoide aus dem Arzneimittelkriterium der Multiplen Sklerose mit Dauermedikation <u>oder</u> Vorsehung von zwei hierarchisch verknüpften Arzneimittelzuschlägen (unspezifische Glucocorticoide auf der einen, Betaferon, Glatirameracetat auf der anderen Seite).</p>	<p>Im Rahmen der Festlegung des Klassifikationsmodells 2012 wurde begrüßenswerterweise eine Arzneimitteldifferenzierung für die HMG 72 (Multiple Sklerose) eingeführt. Bereits in der Stellungnahme der BARMER GEK im Rahmen der Anhörung 2012 hatten wir darauf hingewiesen, dass die verwendete Arzneimittelliste nicht nur tatsächlich MS- spezifische Arzneimittel enthält, sondern auch (zwar leitliniengerechte) aber relativ preisgünstige und unspezifische Glucocorticoide zum Einsatz in Schubphasen. Wir hatten vorgeschlagen, das Arzneimittelkriterium zu verschlanken und eine etwas andere Abgrenzung durchzuführen, die DAK hatte zwei hierarchisch übereinander stehende Arzneimitteldifferenzierungen vorgeschlagen. Die ablehnenden Überlegungen unter Ziffer 6.3. der Erläuterung sind uns nicht verständlich.</p> <p>Aus Sicht der BARMER GEK besteht ein normativer Anspruch an das Klassifikationsverfahren – wie unter 6.3. der o.s. Erläuterungen ausgeführt – in dessen Versorgungsneutralität. Das heißt, dass Überlegungen einer Krankenkasse hinsichtlich verschiedener Zuschlagshöhen im Morbi- RSA keine Grundlage bilden sollen, auf die konkrete Behandlung eines Versicherten Einfluss zu nehmen. Relevant für das Handeln einer Krankenkasse ist jedoch nicht die absolute Zuschlagshöhe, sondern die Differenz zwischen dieser Zuschlagshöhe und den aufgewendeten Mitteln. Ist der Erwartungswert dieser Differenz bei zwei Therapien, welche unterschiedliche Aufwendungen verursachen, gleich, ist kein Anreiz für die Krankenkasse gegeben, sich in die Versorgung des Versicherten einzumischen (wie auch immer sie dies bewerkstelligen sollte).</p> <p>Dies hat zur Konsequenz, dass das Ziel der Versorgungsneutralität dann am besten (und nicht am schlechtesten) erreicht ist, wenn Arzneimitteltherapien mit unterschiedlichen Aufwendungen zu unterschiedlichen Zuschlägen führen. Die Überlegung spricht also für und nicht gegen den Vorschlag der DAK. Diese Ausdifferenzierung von Zuschlägen findet ihre natürliche Grenze im Übrigen dort, wo sich durch weitere Differenzierungen keine systematischen und relevanten Unterschiede in den Folgekosten mehr darstellen kann. Bei einer so (relativ) seltenen Krankheit wie der MS dürfte dieses Ergebnis bei zwei unterschiedlichen Arzneimittelzuschlägen bereits erreicht sein. Alternativ halten wir auch unseren Vorschlag aufrecht, da er zumindest eine Diskriminierung der teureren Versorgungsform vermeidet. Der Wunsch auf Sonderregeln zu verzichten wird von uns geteilt, er findet aber seine Grenze, wo Sonderregeln zu einer deutlichen Verbesserung des Verfahrensergebnisses führen.</p>
3.21	088	914, 915		<p>Die Einordnung der DxG914 und 915 in die HMG088 ist nachvollziehbar.</p>	
3.22	089, 091			<p>In Fortführung der Zusammenlegung der Krankheiten 178 und 187 sollten auch die HMG089 und 091 zusammen gelegt werden und an der Stelle der heutigen HMG 91 in der Hierarchie platziert werden.</p>	<p>Seitens des AOK-BV wurde die Anregung vorgebracht, die Krankheiten 178 Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung / Enzephalopathie bzw. Krankheit 187 Hypertonie zusammenzulegen, da es sich hierbei um die Krankheit Hypertonie handele. Laut den Erläuterungen zur Festlegung der Krankheitsauswahl beschreiben die Diagnosen I11.- bis I13.- bzw. I67.4 Folgezustände der Diagnosen I10.- bzw. I15.-. Von daher ist eine Zusammenlegung aus pathogenetischen Gesichtspunkten gerechtfertigt. Dies zeigt sich auch bei der Kodierung: Über 85% der Patienten mit einer Diagnose der Krankheit 178 weisen auch mindestens eine Diagnose aus der Krankheit 187 auf. Bei der Umsetzung im Klassifikationsverfahren bis 2012 führten Diagnosen der Krankheit Hypertonie immer in die HMG 91, Diagnosen der Krankheit 178 in die HMGs 89, 91 und 131 (Nierenversagen). Daher ist es folgerichtig, nun auch die HMG 89 und 91 zusammen zu legen. Die neue HMG sollte von allen anderen HMG der Hierarchie dominiert werden.</p>

3.23	260	916		Durch die Änderung der Krankheitsauswahl gibt es in der Hierarchie 24 neue und weggefallene ICD-Codes. Daher empfehlen wir eine Überprüfung der DxG - HMG Zuordnung. Nach eigenen Berechnungen würden wir folgende Neuordnung vorschlagen: HMG164: DxGs 681 und 684 HMG165: DxGs 683, 685, 689, 763 und die neuen ICDs aus der Krankheit 79, die der DxG686 zugeordnet werden sollten HMG260: DxG686 (alt), DxG916.	
3.24	223	488		Verschiebung des ICD-Codes H36.0 in die DXG108.	Vergleich dazu Anmerkungen zu Punkt 3.6.
3.25	169, 170			Da die Risikogeburt nicht mehr zu den ausgleichsfähigen Krankheiten zählt, kommt es zu Änderungen in der Hierarchie 27: Erkrankungen des Neugeborenen. Die HMG170 verbleibt mit wenigen kostenintensiven Versicherten. Dies führt nach unseren Berechnungen zu einer Hierarchieverletzung mit der HMG169. Wir befürworten daher eine Zusammenlegung der HMG169 mit der HMG170.	
4 Sonstiges					
Vorschlag			Begründung / Problembeschreibung		
4.1	Verwendung der Vollerhebung zur differenzierteren Bildung von Kostenerstattergruppen			Auf Basis der Stichprobe ließen sich durch das BVA keine validen alters- und geschlechtsdifferenzierten Zuschläge zur besseren Abbildung der Kostenerstatter bilden. Wir gehen davon aus, dass das BVA nach Erhalt der ersten Vollerhebung im August 2012 die Bildung alters- und geschlechtsabhängiger Zuschläge erneut prüfen wird.	
4.2	Einführung eines Hochrisikopools			Trotz der hohen Zielgenauigkeit des MRSA stehen den Kosten insbesondere für sehr teure Versicherte keine vergleichbaren Zuweisungen gegenüber. In Simulationen auf Daten der BARMER GEK sind z.B. die Kosten der 100 teuersten Versicherten auch durch das Klassifikationsverfahren 2011 nur zu ca. 9% gedeckt, die der 1000 Teuersten zu ca. 16%. Andere Kassen berichten von vergleichbaren Werten. Zur Behebung dieses Mangels sollte dem Klassifikationsverfahren ein Verfahren ergänzend zur Seite gestellt werden, das den Deckungsgrad der Ausgaben für Extremfälle verbessert. Ein geeignetes Verfahren ist die Bildung eines Hochrisikopools. Mehrfach haben wir bereits darauf hingewiesen, dass sich das R ² durch die Einführung eines Hochrisikopools sehr stark verbessert. Darüber hinaus ist ein ergänzender Spitzenausgleich internationaler Standard und wird beispielsweise auch in den Niederlanden praktiziert. Für nähere Erläuterungen verweisen wir auf frühere Stellungnahmen.	
4.3	Eindeutige und belastbare Festlegung der Regeln zur Zuordnung von teilstationären Dialyse-Behandlungen zur Kontenart 466 auf Grundlage der Regelungen zur Vereinbarung nach § 301 SGB V. Neben dem gemeldeten Entgeltsschlüssel ist der Krankenhausaufnahmegrund zu berücksichtigen. Dieser muss mit "03" (teilstationär) beginnen.			Das Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung speist sich aus Buchungen auf verschiedenen Kontenarten. Mit ca. 95 % hat dabei die ambulante Dialyse auf der Kontenart 402 das größte Gewicht. Von erheblicher Bedeutung ist insbesondere im Zusammenhang mit den im Klassifikationsverfahren 2012 vorgenommenen Änderungen aber auch die Kontenart 466 (teilstationäre Dialyse).	

		<p>Eine in einem Krankenhaus durchgeführte Dialyse ist nach dem Kontenrahmen nur dann auf 466 zu buchen, wenn sie NICHT im Zusammenhang mit einem stationären Krankenhausaufenthalt steht. Stationäre Dialyseentgelte sind hingegen auf Kontenart 460 zu buchen. Hinsichtlich der verwendeten Entgeltschlüssel ist dabei festzustellen, dass dieselben Schlüssel zunehmend für Dialysen im Rahmen stationärer wie teilstationärer Krankenhausaufenthalte verwendet werden. Um die Vorgabe des Kontenrahmens (und damit die des Morbi- RSA) korrekt zu erfüllen, ist es daher notwendig, bei Zuordnung von Meldungen im Rahmen des Datenaustauschs nach § 301 SGB V neben dem gemeldeten Entgeltschlüssel auch den Krankenhausaufnahmegrund zu berücksichtigen. Dieser muss teilstationär (erste beiden Stellen = „03“) sein. Das Buchungsvolumen je Versicherten ist zwischen den Kassen und Kassenarten sehr unterschiedlich und in vielen Fällen nicht mit einer unterschiedlichen Anzahl von Dialysepflichtigen zu erklären. Es besteht daher der Verdacht einer unterschiedlichen Handhabung.</p> <p>Diese Feststellung ist finanziell von erheblicher Relevanz. Durch die Veränderungen im Klassifikationsverfahren 2012 wurden Fälle grundsätzlich von der Berücksichtigungsfähigkeit beim Zuschlag der HMG 130 Dialysestatus ausgeschlossen, bei denen eine oder wenige stationäre Dialysen aus anderen Gründen als einer dauerhaften terminalen Niereninsuffizienz erfolgen. Anlässe hierfür sind z.B. Vergiftungen, welche die Blutreinigungsfähigkeit der gesunden Niere zeitweise überfordern. Nach überstandener Vergiftung finden keine weiteren ambulanten, stationären oder sonstwie gearteten Dialysen mehr statt. In diesen Fällen wird die Dialyse- Verrichtungsdiagnose (Z49.X bzw. Z99.2) als Haupt-, häufig auch als Nebendiagnose gemeldet, die Verbuchung erfolgt auf der Kontenart 460, das Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung wird nicht gesetzt. Die Kombination aus der Gleichsetzung der stationären Neben- mit ambulanten Diagnosen und obligatorischer Vorsehung des Dialysekennzeichens macht eine Auslösung der HMG 130 unmöglich. Da diese Fälle mit viel geringeren Folgekosten einhergehen als ein dauerhafter Dialysestatus war diese Änderung auch folgerichtig.</p> <p>Durch eine Buchung stationärer Dialysen auf der Kontenart 466 wird dieser Ausschluss umgangen. In ca. einem Drittel der betroffenen Fälle bewirkt schon die Fehlbuchung alleine die fehlerhafte Zuweisung der HMG 130 (Z49.X bzw. Z99.2 wird als Hauptdiagnose gemeldet). In allen anderen Fällen bewirkt die Fehlbuchung einen erheblichen Manipulationsanreiz zum Austausch einer Nebendiagnose Z49.X bzw. Z99.2 gegen die Hauptdiagnose. Die in den meisten Fällen erhöhte Fallschwere bleibt in ihrer Bedeutung weit hinter einem zusätzlichen Zuschlag der HMG 130 zurück. Durch eine eindeutige Festlegung für die Buchung der Kontenart 466 wird dem ein wirksamer Riegel vorgeschoben.</p>
--	--	---

<p>4.3</p>	<p>Gleichsetzung aller teilstationären Diagnosen mit ambulanten Diagnosen. Veränderung der zeitlichen Zuordnung (die Diagnosen aus teilstationären Zwischenabrechnungen werden jedem Quartal der teilstationären Behandlung zugeordnet). Die Zuordnung von Zuschlägen erfolgt bei teilstationären Diagnosen ausschließlich nach dem Kriterium M2Q. Die Zuordnung zu HMG mit dem Kriterium stationär erforderlich ist ausgeschlossen.</p>	<p>Die teilstationäre Krankenhausbehandlung unterscheidet sich von der stationären dadurch, dass sie stundenweise, im Sinne einer Tagesklinik oder ausschließlich nachts stattfindet, ein durchgehender stationärer Aufenthalt erfolgt nicht. Diesbezüglich unterscheidet sich die teilstationäre Krankenhausbehandlung kaum von ambulanter Krankenhausbehandlung, sondern stellt ein deutsches Spezifikum dar (Näheres hierzu: http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_SpaeV_Rechtsformen_39.gkvnet, abgerufen am 27.03.2012). Diesem Spezifikum wird die Darstellung der Diagnosen aus teilstationärer Behandlung im Morbi-RSA nicht gerecht. Bei teilstationären Behandlungen handelt es sich i.d.R. um die laufende tagesklinische Behandlung psychisch/geriatrisch Kranker (90 % aller Anlässe), die intervallmäßige Dialyse oder Chemotherapie sowie die Behandlung in Schlaflaboren. Da teilstationäre Behandlungen im Klassifikationsverfahren vollstationären Behandlungen gleichgesetzt werden, werden für die Satzart 500 ausschließlich die Diagnosen der Entlassdiagnose zum Entlasszeitpunkt herangezogen.</p> <p>Der Entlasszeitpunkt ist bei einer teilstationären Behandlung im Gegensatz zu einer vollstationären nicht physisch feststellbar. Vielmehr ist in der technischen Anlage (TA) 5 - Durchführungshinweise zum § 301 SGB V unter Punkt 1.2.1. (Aufnahmesatz) geregelt, dass dem Krankenhaus bei teilstationären Fällen „die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden“ das Recht offensteht, jedes Quartal eine Schlussrechnung mit Entlassmitteilung zu erstellen oder den Fall nach Erteilung einer Zwischenrechnung fortzuführen.</p> <p>Die Anzahl der teilstationären Fälle, im Rahmen derer im Jahr 2010 Behandlungen vorgenommen und Rechnungen erstellt wurden, liegt daher um ca. 10 % höher als die der Fälle, die tatsächlich in die Satzart 500 aufgenommen wurden. Dies liegt um etwa das zehnfache höher als die bekannte „Überliegerproblematik“ bei vollstationären Fällen. Da tatsächlich physische Entlassungen in mehr als einem Jahr stattgefunden haben, verringert die erstgenannte Feststellung unzulässigerweise die Bedeutung der teilstationär gemeldeten Hauptdiagnosen.</p> <p>Feststellbar ist auch, dass sich im Durchschnitt aller teilstationären Fälle eine durchschnittliche „Falldauer“ (gerechnet von Aufnahme- bis Entlassdatum) von über 100 Tagen ergibt, was bei mehr als dem Zwölffachen der vollstationären Vergleichszahl liegt. Dies vermindert gleichzeitig die Bedeutung der teilstationär gemeldeten Nebendiagnosen (Verhältnis Neben- zu Hauptdiagnosen teilstationär etwa 2:1). Teilstationäre (Serien-) behandlung verdrängt typischerweise eine gleichzeitige ambulante Behandlung, wodurch die Diagnosen in den durch Fallfortführung „überbrückten“ Quartalen fehlen. Damit haben Nebendiagnosen aus teilstationärer Behandlung eine geringere Wahrscheinlichkeit DxGruppen mit dem Aufgreifkriterium M2Q auszulösen als ambulante Diagnosen. Das Problem wird bei DxGruppen mit zusätzlicher Arzneimittelvalidierung noch verschärft, da bei teil- (wie voll-) stationärer Behandlung das Krankenhaus die Arzneimittelversorgung zu übernehmen hat.</p>
-------------------	--	---

		<p>Dies hat negative Auswirkungen auf die Versorgungsneutralität des Morbi- RSA. Im Gegensatz zu vollstationären Anlässen, wo die Behandlungsdauer ein physisch prüfbarer Sachverhalt ist, ist die lange Falldauer teilstationärer Fälle Folge einer technischen Abrechnungsregelung. Sie ist daher mit erheblichen Anreizen für Krankenkassen verbunden, Krankenhäuser durch Geldzahlungen oder den Verzicht auf notwendige Prüfungen zu einer rechtzeitigen „Stückelung“ ihrer teilstationären Fälle zu veranlassen. Eine Gleichbehandlung von Haupt- und Nebendiagnosen bei teilstationären Behandlungen löst dieses Problem nur sehr unzureichend, da das Problem der großen Anzahl von künstlich über den Jahreswechsel verlängerter Fälle erhalten bleibt.</p>
4.4	Zur besseren Darstellung und Bearbeitung der Vorschläge für den Punkt 3: Mapping und spezifische Aufgreifkriterien möchten wir um die zusätzliche Einführung einer Spalte "Hierarchie" und "ICD" bitten.	