



Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich Anhörungsverfahren zum Entwurf der Festlegung für das Jahr 2013

BVA AZ VII2 - 5572.11 - 808/2012

Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der KKH-Allianz, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenversicherung

Zu den vom Bundesversicherungsamt beabsichtigten Veränderungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung. Die Gliederung unserer Stellungnahme entspricht dabei der Gliederung in den Erläuterungen des BVA zur Festlegung.

In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf wird in Kapitel I 3 die Methodik erläutert, mit der das Bundesversicherungsamt die eingegangenen Vorschläge geprüft hat. Da es keine anderslautende Erläuterung gibt, gehen wir davon aus, dass die zur Bewertung der Vorschläge durchgeführten Berechnungen wie bisher ohne Annualisierung der Leistungsausgaben verstorbener Versicherter erfolgt sind. Mit der geänderten Berücksichtigung der Leistungsausgaben Verstorbener bzw. der Umstellung der Berechnung auf Pro-Tag-Werte würde die Grundlage für die Diskussion zur Ausgestaltung der Hierarchien allerdings verändert, so dass die Vorschläge insgesamt nicht mehr konsistent sind.

Zu II Anpassung der Aufgreifkriterien

Zu II. 5 Berücksichtigung von Arzneimitteln

Wir weisen darauf hin, dass die als Anlage 3 zur Festlegung vorgesehene ATC-Liste noch ATCs enthält, zu denen keine Arzneimittel auf dem Markt erhältlich sind.

zu III. Anpassung des Klassifikationsmodells

zu III. 9 Hierarchie 04: "Metabolische Erkrankungen"

Wir unterstützen den Vorschlag des BVA, Modell 2 umzusetzen.

Im Hierarchiestrang werden Endokrinopathien und Stoffwechselstörungen berücksichtigt, die eine Adipositas zur Folge haben können. Beispielsweise ist hier das Cushing Syndrom zu nennen. Das Cushing-Syndrom ist ein Symptomenkomplex, der durch das Überangebot von Glukokortikoiden im Organismus gekennzeichnet ist. Eines der Symptome ist die Stammfett-sucht. Die Stammfettsucht ist eine Form der Fettleibigkeit (Adipositas). Aufgrund dessen ist wie vom BVA vorgesehen die Integrierung der Adipositas in Form des Modells 2 die angezeigte Variante.

Zur Verbesserung der Manipulationsresistenz wäre zu prüfen, ob für Adipositas gesonderte Aufgreifkriterien wie etwa die ausschließliche Berücksichtigung von stationären Hauptdiagnosen sinnvoll sind. Diese Prüfung kann nicht allein auf Basis von R^2 , CPM und MAPE erfolgen, da dabei die dynamischen Effekte der Kodierung unberücksichtigt blieben.

zu III. 10 Hierarchie 05: "Erkrankungen der Leber"

Abweichend zum Vorhaben des BVA ist es unverzichtbar, eine hierarchische Beziehung zwischen der HMG 288 Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation und der HMG 287 Ösophagusvarizen herzustellen. Eine chronische Hepatitis B und C geht in ca. 20 bis 30% der Fälle, meist nach jahrelangem Verlauf, in eine Leberzirrhose mit allen medizinischen Folgen über (siehe z.B. Caspary, W. / Leuschner, U. / Zeuzem, S.: Therapie von Leber- und Gallenkrankheiten, Berlin 2000; Schmieg-Kurz, A.K. / Blum H.E: Leberzirrhose - Prävention, in: Der Gastroenterologe 4/2007; Arnold, J.C. / Stremmel, W.: Chronische Hepatitiden - Neue therapeutische Strategien, in: Der Internist 4/2001). Ösophagusvarizen entstehen bei schwergradiger portaler Hypertension, beispielsweise im Rahmen einer Leberzirrhose. Etwa die Hälfte der Betroffenen weisen Ösophagusvarizen auf. Ohne eine Hierarchie zwischen der HMG 288

Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation und der HMG 287 Ösophagusvarizen kann es zu ungerechtfertigten Doppelzuweisungen kommen.

zu III. 12 Hierarchie 07: "Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems"

Es ist nachvollziehbar, dass das BVA zur Erhöhung der Manipulationsresistenz des Modells auf eine Verschiebung der arzneimittelinduzierten Knochennekrosen in die Hierarchie „Komplikationen“ verzichtet. Die vom BVA angeführte Begründung gilt jedoch für viele ICDs der Hierarchie 24 "Medizinische Komplikationen" (und auch einzelne ICDs in anderen Hierarchien). Als notwendige Konsequenz der vom BVA genannten Zielsetzung einer Erhöhung der Manipulationsresistenz sind dann allerdings auch Anpassungen an der Hierarchie 24 erforderlich (siehe unten).

zu III. 14 Hierarchie 10: "Drogen- / Alkoholmissbrauch"

Die von uns im Vorschlagsverfahren vorgesehene Arzneimittelvalidierung mehrerer DXGs sollte dazu führen, dass nur für kostenrelevante Fälle ein Zuschlag ausgelöst wird. Mit der Kodierung von Drogen- / Alkoholmissbrauch ist aber nicht zwangsläufig eine Therapie verbunden. So ist z.B. die Kodierung einer Alkoholabhängigkeit nicht gleichzusetzen mit einer Entgiftung. Die Alkoholabhängigkeit kann auch als Nebendiagnose kodiert werden. Das Klassifikationssystem untergliedert die Hierarchie 10 derzeit nach den suchterzeugenden Stoffen bzw. Substanzgruppen. Alle Schweregrade der Suchterkrankungen sind in einer DxG vereint. Aus unserer Sicht ist diese Vorgehensweise nicht zielführend. Aufgrund dessen empfehlen wir eine medizinisch-inhaltliche Unterteilung nach dem Schweregradprinzip. Wir schlagen deshalb weiterhin eine Unterteilung in vier Gruppen vor:

- **Das Abhängigkeits-/ Entzugssyndrom**

Es umfasst die Merkmale der physischen und psychischen Abhängigkeit. Der Personenkreis, der von einem Abhängigkeitssyndrom betroffen sein kann, ist ziemlich inhomogen, da es sich um abstinent lebende Menschen, Menschen mit ständigem Drogenkonsum und Menschen mit episodenhaftem Drogenkonsum handelt. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf eine Droge, es kann sich aber auch auf eine Stoffgruppe, wie sie bei den verschiedenen Drogentypen genannt werden, beziehen. Prospektiv verursachen Versicherte aufgrund ihrer Abhängigkeit nur dann Kosten, wenn sie sich therapieren lassen, denn die Folgeerkrankungen wie z.B. die alkoholinduzierte Lebererkrankung werden anderweitig im Klassifikationssystem berücksichtigt. Alle ICDs, die das Entzugssyndrom oder das Abhängigkeitssyndrom beinhalten, beschreiben auch die psychischen Verhaltensstörungen, die der Patient im Rahmen seines Abhängigkeits-/ Entzugssyndroms durch entsprechende Substanzen aufweist.

Die Therapie der Alkoholkrankheit, aber auch bei Abhängigkeit anderer suchterzeugender Substanzen, erfolgt in mehreren Stufen: Zunächst wird eine stationäre Entziehung, auch Entgiftung genannt, durchgeführt. Dabei wird dem Patienten das Suchtmittel wie z.B. Alkohol vorenthalten. Dies geschieht unter ärztlicher Kontrolle, da es beim Entzug zu Krampfanfällen oder Psychosen kommen kann, die in der Regel medikamentös behandelt werden müssen. Die zweite Phase der Entwöhnung erfolgt mit psychologischer, sozialer und medikamentöser Unterstützung mit dem Ziel, die Bindung an das Suchtmittel dauerhaft zu lösen.

Für die medikamentös gestützte Entwöhnung vom Alkohol stehen Wirkstoffe zur Verfügung, die das Verlangen nach Alkohol reduzieren sollen. Dazu gehört zum Beispiel Acamprosat-Calcium. Auch Clomethiazoledisilat sowie Antidepressiva wie beispielsweise Doxepin und Antiepileptika wie Carbamazepin oder Diazepam kommen bei der Therapie zum Einsatz. Diese Wirkstoffe sollen die psychischen und körperlichen Entzugserscheinungen mildern. Aus diesen Gründen erscheint eine ATC-Validierung sehr sinnvoll. Alternativ ist eine ATC-Splittung zu diskutieren.

Ein sog. kalter Entzug ist in der Regel ohne ärztliche Begleitung oder wird bei nicht körperlich abhängig-machenden Substanzen wie z.B. dem Nikotinabusus durchgeführt, da die Rückfallquoten sonst sehr hoch sind.

- **Akute Intoxikation [akuter Rausch]**

Unter dem Konsum psychotroper Substanzen sind Verhaltensstörungen nicht ungewöhnlich. Als akute Intoxikation (Vergiftung) wird ein Zustand bezeichnet, in den Betroffene nach dem Konsum von Drogen geraten. Er beinhaltet Bewusstseinsstörungen, Störungen der Wahrnehmung, der kognitiven Fähigkeiten, der Gefühle und des Verhaltens. Dabei ist wichtig, dass die auftretenden Störungen in einem direkten Zusammenhang mit der Wirkung der Substanz stehen. Die Wirkung lässt mit der Zeit nach, bis sich der ursprüngliche körperliche und geistige Zustand wieder hergestellt hat.

Um zu validieren, dass es sich um einen hohen Schweregrad handelt, schlagen wir die Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich vor. Eine ATC-Validierung ist bei der akuten Intoxikation nicht sinnvoll.

- **Schädlicher Gebrauch von Substanzen**

Sucht entwickelt sich allmählich. Wenn Betroffene noch keine Anzeichen für ein Abhängigkeitssyndrom zeigen, dann wird ein Konsumverhalten von Suchtmitteln, das zu einer Schädigung für die körperliche oder geistige Gesundheit führt, als "schädlicher Gebrauch von Suchtmitteln" bezeichnet. Auch hier ist eine ATC Validierung nicht zielführend.

- **Sonstige und nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen**

Hierbei handelt es sich um eine höchst unspezifische Gruppe, die keinen Rückschluss auf die Ausprägung oder den Schweregrad zulässt. Aufgrund dessen halten wir eine gesonderte Darstellung dieser Gruppe für sinnvoll.

zu III. 15 Hierarchie 11: "Psychische Erkrankungen"

Aufgrund der vom BVA explizit genannten Zielsetzung der Vermeidung von Doppelzuweisungen, weisen wir nochmals auf unsere Stellungnahme zum Festlegungsentwurf für das Jahr 2012 hin. Dort haben wir die Möglichkeit der ungerechtfertigten Doppelzuweisung bei der Depression aufgezeigt, das BVA hat diesen Vorschlag aber unvollständig geprüft. In der HMG 056 befinden sich Diagnosen der Depression. Ein Patient mit einem primär bipolaren Krankheitsgeschehen und einer unspezifischen Kodierung kann im Rahmen einer depressiven Episode durch die Diagnosen der HMG 058 Doppelzuweisungen generieren. Um dies zu vermeiden, ist eine Hierarchiebeziehung zwischen HMG 058 und HMG 056 erforderlich.

zu III. 16 Hierarchie 12: "Entwicklungsstörungen"

Für diese Hierarchie haben wir im Rahmen des Vorschlagsverfahrens eine Umstrukturierung vorgeschlagen, die vom BVA verworfen wurde. Mit der von uns vorgeschlagenen Umstrukturierung war ein Alterssplit bei den Diagnosen F 91.- und F98.- verbunden. Nach unseren Daten ergeben sich nach Anwendung des Alterssplits deutlich unterschiedliche Schätzer. Daher schlagen wir für das vom BVA nun vorgesehene Modell die Prüfung eines Alterssplits vor.

zu III. 18 Hierarchie 14: "Neurologische Erkrankungen"

Die für diese Hierarchie u.a. vorgeschlagene Ausgliederung des Guillain-Barré-Syndroms (ICD G61.0), einer idiopathischen Polyneuritis, in die Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“ wird vom BVA aus medizinischen Gründen verworfen. Hier halten wir eine nochmalige Prüfung für erforderlich.

Die Deutsche Gesellschaft der Neurologen bezeichnet das Guillain-Barré-Syndrom als chronische immunvermittelte Neuropathie/Neuritis. Bezugnehmend auf eine bereits 2004 veröffentlichte Studie (Kieseier BC et al. Advances in understanding and treatment of immune-mediated disorders of the peripheral nervous system. Muscle Nerve 2004; 30:131-156) schreibt das Paul-Ehrlich Institut in der PEI-Studie 'Epidemiologische Untersuchung zum Guillain-Barré-Syndrom/Miller-Fisher-Syndrom': "Die Erkrankung wird wahrscheinlich durch einen

immunpathologischen Mechanismus hervorgerufen. Bei zwei Drittel der Patienten mit GBS lässt sich eine vorausgegangene virale oder bakterielle Infektion nachweisen. Üblicherweise handelt es sich um Infektionen des Gastrointestinal- oder Respirationstraktes. Häufig nachgewiesene Erreger sind z.B. Campylobacter jejuni, Epstein-Barr-Virus, Zytomegalievirus oder das Varizella-Zoster-Virus." Demnach handelt es sich hier um eine parainfektiose Komplikation auf immunologischer Basis, die in die Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“ einzugliedern ist.

Unter Gliederungspunkt III.18.6 hat das BVA die vorgeschlagene Ausgliederung der diabetischen Polyneuropathie aus medizinischen Gründen abgelehnt, um Grunderkrankung und Organmanifestation in jeweils separaten und zueinander komplementären Zuschlagsgruppen abzubilden. Ein solches Vorgehen ist jedoch auch bei anderen Folgeerkrankungen des Diabetes nicht erfolgt. Insofern wäre es aus unserer Sicht auch bei der diabetischen Polyneuropathie sinnvoll, dies aus der Hierarchie 14 auszugrenzen. Dadurch dürfte dann auch die vom BVA festgestellte Hierarchieverletzung verschwinden, da die diabetische Polyneuropathie das Beta in der geprüften HMG 066_neu stark senkt.

zu III. 19 Hierarchie 16: "Herzerkrankungen"

Eine Arzneimittelvalidierung für die DxG391 (Vorhoffarrhythmie) als auch die in der DxG392 (Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie) wurde vom BVA mit dem Hinweis abgelehnt, dass bei den zugehörigen ICD-Kodes nicht zwingend dauerhaft eine Arzneimitteltherapie notwendig sei. Unabhängig davon zeigen sich jedoch bei Berechnungen mit unseren Daten erhebliche Kostenunterschiede zwischen Versicherten mit und ohne Arzneimitteltherapie. Zur Verbesserung der Modellgüte schlagen wir deshalb vor, die Einführung einer Arzneimittelvalidierung oder alternativ eine ATC-Splittung zu überprüfen.

zu III. 20 Hierarchie 19: "Erkrankungen der Lunge"

Das BVA hat bei der Überarbeitung der Hierarchie 19 zwar den Vorschlag aufgegriffen, "spezielle Pneumonien" abzugrenzen und mit einer Arzneimittelvalidierung zu versehen, dabei allerdings ICDs der "viralen Pneumonie" separiert und ohne Arzneimittelvalidierung belassen. Bei diesen ICDs handelt es sich wie vom BVA dargestellt "um viral bedingte Krankheitsbilder (Pneumonien durch das humane Metapneumovirus und das Hantavirus-Lungensyndrom) bzw. um solche, bei denen ein viraler Erreger als Auslöser einer vorliegenden Superinfektion bei einer primären Viruserkrankung nicht ausgeschlossen ist (Varizellen-Pneumonie, Pneumonie bei Masern)."

Bei dem klinischen Bild einer Pneumonie wird eine unspezifische Antibiotikatherapie baldmöglichst begonnen. Liefern die Untersuchungsergebnisse einen eindeutigen Hinweis auf den Erreger, so wird das Antibiotikum entsprechend angepasst. Dieses Vorgehen schließt die Möglichkeit mit ein, dass in manchen Fällen ein Antibiotikum unnötig verschrieben wird. Ist die Lungenentzündung von Viren verursacht, wirken wie vom BVA ausgeführt, Antibiotika nicht. Zunächst müssen allerdings entsprechende Untersuchungen folgen, um den Erreger identifizieren zu können. Das Abwarten mit der Therapie bis zum Ergebnis der Identifikation kann mit erheblichen Komplikationen einhergehen. Aufgrund dessen wird zunächst "blind" therapiert. Des Weiteren kommen Antibiotika im Rahmen bzw. zur Vermeidung einer bakteriellen Superinfektion, bei viralen Pneumonien zum Einsatz. Daher ist auch bei diesen Codes eine Arzneimittelvalidierung sinnvoll. Das Gleiche gilt für die DxG 469 Influenza mit Pneumonie.

Bei der Analyse ist auffällig, dass die DxG 468 Andere und nicht näher bezeichnete Pneumonie nicht ATC validiert wurde. Diese Gruppe beinhaltet Pneumonien bakterieller oder nicht näher bezeichneter Genese. Aus unserer Sicht sollte diese Gruppe ebenfalls mit diesen ATCs validiert werden. Zur Therapie der bakteriell hervorgerufenen Pneumonien ist der Einsatz von Antibiotika sinnvoll. Hierbei ist wichtig auf Grundlage des zu erwartenden Erregers frühzeitig eine breit wirksame kalkulierte Chemotherapie mit den wahrscheinlich wirksamsten Antibiotika einzuleiten. Wird keine Validierung vorgenommen, besteht ein erhöhtes Manipulationsrisiko. Jede akute Bronchitis könnte dann als Pneumonie kodiert werden und ungerechtfertigter Weise Zuschläge generieren.

zu III. 21 Hierarchie 20: "Erkrankungen der Harnwege"

Im Vorschlagsverfahren wurde explizit auf unseren Vorschlag aus dem Jahr 2011 verwiesen. Dieser Vorschlag wurde damals verworfen mit dem Hinweis, dass ICDs, die in der Krankheitsauswahl enthalten seien, nicht durch die (gezielte) Bildung von HMGs mit insignifikantem Schätzer faktisch aus der Klassifikation ausgeschlossen werden sollten. Gleichzeitig wurde in den Erläuterungen zur Festlegung für das Jahr 2012 im Rahmen der nächsten Krankheitsauswahl eine Überarbeitung des ICD-Komplexes HMG 132/HMG 136 avisiert.

Mittlerweile wurde die Diagnose N27.0 Kleine Niere unbekannter Ursache im Rahmen der Krankheitsauswahl ausgeschlossen. Demnach wäre jetzt auch unser Änderungsvorschlag aus dem letztjährigen Verfahren zu prüfen.

zu III. 23 Hierarchie 24: "Medizinische Komplikationen"

In den Erläuterungen zur Hierarchie 24 führt das BVA aus, dass es nicht zielführend erscheint, weitere Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen (z.B. M87.1 Knochennekrose durch Arzneimittel) in die Hierarchie "Medizinische Komplikationen" aufzunehmen. Begründet wird dies mit möglichen doppelten Zuschlagsauslösungen, wenn Kodiervariationen (z.B. M87.1 und M87.9 Knochennekrose nicht näher bezeichnet) in unterschiedlichen Hierarchien Zuschläge auslösen können. Diese Argumentation des BVA wird von uns unterstützt.

Ähnlich gelagerte Beispiele für mögliche Doppelzuweisungen gibt es auch in anderen Hierarchien, so dass auch dort entsprechende Änderungen erforderlich sind, um das Klassifikationsmodell in sich konsistent zu gestalten. Beispiele für eine andere Hierarchie sind die ICDs E74.8 Sonstige näher bezeichnete Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels und E74.9 Störung des Kohlenhydratstoffwechsels, nicht näher bezeichnet, aus der Hierarchie 04 (Metabolische Erkrankungen). Diese ICDs beschreiben eine Störung des Zuckerstoffwechsels. Unter den Aspekten der Manipulation könnte jeder Diabetiker auch diese Diagnose erhalten, denn die Ursache des Diabetes mellitus ist immer ein Ausfall des glucotropen Regelkreises, der durch Störungen an verschiedenen Stellen bedingt sein kann. Somit könnte man parallel Zuweisungen aus der Hierarchie 04 und der Hierarchie 03 generieren. Auch dies ist im Klassifikationsmodell zu bereinigen.

Das Problem der Doppelzuweisungen besteht insbesondere in der Hierarchie 24. Zur Vermeidung von Doppelzuweisungen müssen aus der Hierarchie 24 die ICDs der DxG 686 Andere und nicht näher bezeichnete Komplikationen von Eingriffen und medizinischer Versorgung, der DxG 763 Strahlenproktitis/Strahlenkolitis und einzelne ICDs der DxG 934 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen, wie z.B. die ICD M96.0 Pseudarthrose nach Fusion oder Arthrodesen, ausgegliedert und in die anderen Hierarchien des Klassifikationssystems integriert werden.

Die Hierarchie 24 "Medizinische Komplikationen" bilden dann die DxG 681 Mechanische / andere Komplikation durch ein implantiertes Gerät / Implantat / Transplantat, exkl. Komplikationen durch orthopädische Implantate / Transplantate, die DxG 683 Mechanische Komplikationen durch implantiertes orthopädisches Gerät / orthopädisches Implantat / orthopädisches Transplantat, die DxG 684 Infektion / Entzündung durch implantiertes Gerät / Implantat / Transplantat, die DxG 685 Komplikationen am Nervensystem / am Herzen / am respiratorischen System / an der Leber / an der Niere / andere Komplikationen von Eingriffen, die DxG 689 Postoperative Infektion, die DxG 916 Unerwünschte Wirkung von Medikamenten sowie die verbleibenden ICDs der 934 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach medizini-

schen Maßnahmen. Des Weiteren sollten die DxG 916 Unerwünschte Wirkung von Medikamenten und die übrig gebliebenen ICDs der DxG 934 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen ebenfalls mit dem Aufgreifkriterium stationär erforderlich versehen werden.

zu III. 24 Hierarchie 26: "Erkrankungen des Auges"

Durch das vom BVA vorgesehene Verbleiben der ICD H36.0 diabetische Retinopathie als Sterndiagnose führt diese Diagnose bei korrekter Codierung immer zu einer Doppelzuweisung. In der Hierarchie 3 Diabetes sind die verschiedenen Komplikationen des Diabetes ebenfalls berücksichtigt (Diabetes mit ophthalmologischen Komplikationen). Zwar führt die Integration nicht zu einer Modellverbesserung, aber auch nicht zu einer deutlichen Verschlechterung. Zur Vermeidung von Manipulationen und ungerechtfertigter Generierung von Doppelzuweisungen, wie vom BVA bei Hierarchie 7 und 24 explizit gefordert, sollte diese Diagnose in den Hierarchiestrang 3 integriert werden. Analoges gilt für die Diagnosen G63.2 Diabetische Polyneuropathie und G59.0 Diabetische Mononeuropathie. Auch hier handelt es sich um Stern-Diagnosen. Eine alleinige Kodierung ist auch hier nicht möglich, sondern muss mit der entsprechenden Kreuzdiagnose kodiert werden, so dass es beim vorgesehenen Modell zu Doppelzuweisungen kommt.

zu III. 26 Hierarchie 28: "Chronischer Schmerz"

Sowohl bei der HMG 252 als auch bei der HMG 253 besteht bei der Umsetzung des BVA-Vorhabens erhebliches Manipulationspotential, so dass die Entscheidung für eines der vorgeschlagenen und auch vom BVA untersuchten Modelle nicht nur anhand einer komparativ-statistischen Analyse der statistischen Parameter im Vergleich zum BVA-Ausgangsmodell gefällt werden darf.

In der HMG 252 können Zuweisungen ohne ATC-Validierung generiert werden. Auch das für diese HMG geltende M2Q-Kriterium kann Fehlzweisungen nicht eindämmen. Über eine Kodierung als unspezifische Diagnose können im Rahmen der Krankheitsauswahl nicht berücksichtigte Krankheiten wie etwa 105 Migräne (dann kodiert als R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz) letztlich doch Zuweisungen auslösen. Gleiches gilt für die Krankheiten 106 Cluster-Kopfschmerz, Krankheit 107 Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome, Krankheit 255 Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht und die Krankheit 263 Nicht näher bezeichneter Rückenschmerz und andere Schmerzzustände / Erkrankungen des Rückens / Nackens. Nur durch eine geeignete enge ATC-Validierung können

Versicherte, die die medizinischen Kriterien für chronischen Schmerz erfüllen, abgegrenzt werden.

Auch in der HMG 253 besteht Manipulationspotenzial. Die zur Validierung zugelassenen ATCs sind nicht eng genug auf den chronischen Schmerz ausgerichtet, um die Validierung fälschlicherweise dokumentierter ICDs zu verhindern. Antiepileptika und Antidepressiva können keine sinnvolle Validierung des chronischen Schmerzes darstellen, da diese Medikamente bereits für andere spezifische Krankheitsbilder als ATC-Validierung zugelassen sind. Im Rahmen eines Upcodings ist es möglich durch Falschkodierung weitere Zuschläge zu generieren. Zudem sind zur Validierung homöopathische und anthroposophische Mittel zugelassen, die für eine Validierung des Chronischen Schmerzes ungeeignet sind (z.B. ATC-Code N02CP02: ätherische Öle zur Migränebehandlung, ATC-Code N02CH: eine Vielzahl an Homöopathischen Migränemitteln; ATC-Code N02BH: homöopathische und anthroposophische Analgetika und Antipyretika).

Über diesen Weg kann dann wiederum die im Rahmen der Krankheitsauswahl nicht berücksichtigte Krankheit 105 Migräne in Form einer unspezifischen Diagnose (z.B. R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz) und die Verordnung eines dieser Migränemittel doch zu einer Zuweisung führen. Letztlich wird damit der Ausschluss von Krankheiten bei der Krankheitsauswahl durch die Ausgestaltung des Klassifikationsmodells unterlaufen. Wie bereits für die HMG 252 angeführt gilt dies analog für die Krankheiten 106 Cluster-Kopfschmerz, Krankheit 107 Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome, Krankheit 255 Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht und die Krankheit 263 Nicht näher bezeichneter Rückenschmerz und andere Schmerzzustände / Erkrankungen des Rückens / Nackens. Wir halten daher an unserem Vorschlag fest, nur die Opiode zur Validierung zuzulassen (N02A-Gruppe).

Zudem ist unverständlich, dass über die Sonderregel bei den Aufgreifkriterien für die HMG 253 / DXG 907 das M2Q-Kriterium außer Kraft gesetzt wird, sondern lediglich eine Diagnose und eine Verordnung eines zugeordneten Arzneimittels (mit entsprechender Zahl an Behandlungstagen) ausreichend ist. Der chronische Schmerz wird definiert über mindestens drei Monate andauernde und immer wiederkehrende Schmerzzustände. Da also erst nach einem dreimonatigen Krankheitsgeschehen chronischer Schmerz vorliegt, ist die Gültigkeit des M2Q-Kriteriums zu Validierung unverzichtbar. Insgesamt ist es daher erforderlich, als Aufgreifkriterium "Ja, wegen klinischer Relevanz" (also mind. 1 zeitgleiche Verordnung und M2Q) zu setzen.

zu IV. Änderung des Berechnungsverfahrens

zu IV. 27 Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden

In den Erläuterungen zum Klassifikationssystem 2009 hat das BVA ausgeführt, dass die Ausgaben Verstorbener nicht annualisiert werden, da es ansonsten zu einer Überschätzung der von ihnen verursachten Ausgaben käme. Nun sieht das Bundesversicherungsamt vor, beim Regressionsverfahren als abhängige Variable nicht mehr die Jahresausgaben der Versicherten anzusetzen, sondern Pro-Tag-Werte heranzuziehen. Damit entfällt zwar methodisch die Annualisierung, rechnerisch werden aber dieselben Ergebnisse erzielt. Die in der Diskussion zur Annualisierung geltenden Argumente bleiben daher im Grundsatz weiter bestehen.

Der wissenschaftliche Beirat hat im Evaluationsbericht zum RSA 2009 dargestellt, dass der Morbi-RSA zielgerichteter wirkt als das vorherige RSA-System. Gleichzeitig hat der Beirat dargestellt, dass an einigen Stellen im RSA noch Unschärfen bestehen. Dazu gehört entsprechend dem Beiratsbericht die vielfach diskutierte alternative Berücksichtigung der Leistungsausgaben verstorbener Versicherter, aber auch die Berücksichtigung von Auslandsversicherten sowie die Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld. Wissenschaftlich untermauerte Lösungsvorschläge, die der Gesamtsystematik des RSA gerecht werden, liegen jedoch noch nicht vor. Eine isolierte Umsetzung des Vorschlags zu Verstorbenen ist daher systematisch nicht sinnvoll und wird von uns klar abgelehnt.

Auch die finanziellen Auswirkungen der geplanten Veränderung, die der wissenschaftliche Beirat in seiner Evaluation des RSA 2009 bereits aufgezeigt hat, sprechen gegen die Umsetzung des BVA-Vorhabens. Im Evaluationsbericht wurde u.a. dargestellt, dass die geplante Neuregelung bei Kassen mit sehr schlechtem Deckungsgrad zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzsituation führt, die für diese Kassen letztlich zu existenziellen Problemen führt. Dieser Effekt kann nicht gewollt sein. Auch wenn mittlerweile eine oder mehrere der betroffenen Kassen durch Fusion nicht mehr bestehen und der Effekt für diese Kassen nicht mehr isoliert sichtbar ist, ändert das nichts am kontraintuitiven Ergebnis, das der Beirat festgestellt hat. Insgesamt sprechen wir uns daher klar gegen das Vorhaben des Bundesversicherungsamtes aus, die Berechnung auf Pro-Tag-Werte umzustellen. Das bisherige Verfahren sollte beibehalten werden.

zu IV. 31 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Wir teilen die Bewertung des BVA, wonach die gesonderte Behandlung von nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben geboten ist und auch mit den Vorgaben der RSAV in Einklang steht.

Mit Vorliegen der Vollerhebung der Satzart 700 kann der Sachverhalt zwar theoretisch erneut geprüft werden. Allerdings lässt sich aus der auf Hauptleistungsbereiche bezogenen Meldung der Satzart 700 nicht entnehmen, zu welchem Anteil die Ausgaben auf den als nicht morbiditätsbezogen klassifizierten Konten mittlerweile versichertenbezogen vorliegen. Z.B. kann die weiterhin bestehende versichertenbezogene Untererfassung auf den Konten 5186-5188 auch mit der Vollerhebung nicht erkannt werden. Zur Methode, die das BVA im Rahmen des Festlegungsprozesses für das Jahr 2012 zu Überprüfung des Morbiditätsbezugs angewandt hat, haben wir bereits im damaligen Festlegungsprozess kritisch Stellung genommen. Nach wie vor gehen wir davon aus, dass mit der damals angewandten Methode allenfalls Scheinkorrelationen aufgezeigt werden können.

zu IV. 32 Geänderte Berücksichtigung von DMP-Ausgaben im Regressionsverfahren

Das vom BVA vorgeschlagene Verfahren, auf den DMP-Konten gebuchte Leistungsausgaben im Rahmen der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes als nicht berücksichtigungsfähig einzustufen, wäre zwar grundsätzlich möglich. Allerdings ist es zielführender, im Berechnungsverfahren den Leistungsausgaben-Anteil an der DMP-Pauschale von den versichertenbezogenen Leistungsausgaben der DMP-Teilnehmer abzuziehen. So kann gewährleistet werden, dass insgesamt die Summe der über DMP-Pauschalen zugewiesenen Leistungsausgaben und die Abzugsbeträge vor Regression identisch sind. Wir halten daher die Umsetzung des Vorschlags des BKK-BV für sinnvoll.