

# **Vorschläge der Techniker Krankenkasse, der Kaufmännischen Krankenkasse, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse zum Klassifikationsmodell 2014**

## **Ergänzende Erläuterungen zu den Vorschlägen bzgl. Aufgreifkriterien und Mapping**

Die Vorschläge beziehen sich insbesondere auf die Aufgreif- und Validierungskriterien, die Abgrenzung nach medizinischen Kriterien sowie die Abgrenzung nach Kostenhomogenität. Daher haben wir uns auf die Ebene der DxGruppen beschränkt. Die Bildung der HMG und die Hierarchisierung kann verlässlich nur auf der Basis von GKV-Daten untersucht werden und setzt die Kenntnis aller relevanten bzw. neu gebildeten DxGruppen voraus.

Um eine höhere Kostenhomogenität zu gewährleisten, schlagen wir für einige DxGruppen eine Differenzierung nach Alter vor, da Therapieentscheidungen und -intensitäten bei vielen Krankheiten vom Lebensalter des Betroffenen abhängig sind. Eine Altersdifferenzierung bewirkt dann bei den betroffenen DxGruppen eine höhere Kostenhomogenität. Vergleichbares gilt bei einigen DxGruppen für eine Differenzierung nach Geschlecht.

Aus unserer Sicht sollte eine generelle Prüfung des Klassifikationsystems im Hinblick auf eine Steigerung der Manipulationsresistenz vorgenommen werden. Im Ergebnis gibt es eine Reihe von Diagnosen, die durch das Einführen eines Aufgreifkriteriums nicht nur manipulationsresistenter würden, sondern auch die Schweregraddifferenzierung verbessern könnten. Die Einführung der Aufgreifkriterien ist zwar gelegentlich mit einer Auftrennung der DxGs verbunden, was im Ergebnis aber zu einer höheren Trennschärfe führt.

Bereits im aktuellen Klassifikationsmodell sind für viele DxGruppen Aufgreifkriterien gesetzt. Im Folgenden soll jedoch für jede Kategorie von Aufgreifkriterien bzw. Splits ein Beispiel genannt werden, das die Notwendigkeit der Benennung von Aufgreifkriterien für weitere DxGruppen illustriert bzw. die Notwendigkeit der Überarbeitung der Kriterien für einzelne DxGruppen verdeutlicht. Der vollständige Vorschlag ist der tabellarischen Übersicht zu entnehmen.

- **Arzneimittelvalidierung**

Beispiel DxG 391 Vorhoffarrhythmie.

Vorhofflimmern kommt in der allgemeinen Bevölkerung bei ca. 2% der Sechzigjährigen und 8-10% der Achtzigjährigen vor, mehr als 70% der Patienten mit Vorhofflimmern sind zwischen 65 und 85 Jahre alt. Insgesamt leiden in Deutschland über 800.000 Menschen unter Vorhofflimmern. Das individuelle Risiko, daran zu erkranken, hängt stark vom Lebensalter ab und verdoppelt sich ab dem 50. Lebensjahr etwa mit jeder Altersdekade. Männer sind in den jüngeren Altersstufen häufiger betroffen als Frauen. Durch die höhere Lebenserwartung der Frauen gibt es etwa gleich viele männliche und weibliche Patienten mit Vorhofflimmern. Kommt es zu Vorhofflimmern mit einer Dauer von mehr als 7 Tagen, so wird diese Form als „persistierendes Vorhofflimmern“ bezeichnet. In diesen Fällen kann eine Konversion in den normalen Sinusrhythmus nur mit Hilfe einer medikamentösen Behandlung oder einer elektrischen Kardioversion erreicht werden. Neu aufgetretenes Vorhofflimmern hat eine hohe „Selbstheilungsrate“. Bei mehr als der Hälfte der Patienten endet es innerhalb von 24 Stun-

den spontan (spontane Kardioversion). Deshalb kann sich die Behandlung in dieser Zeit in der Regel auf eine Senkung der Pulsfrequenz medikamentös beschränken.

Die früher gebräuchliche Kombination mit Digitalispräparaten wird ebenfalls noch angewandt, ist aber deutlich in den Hintergrund getreten. Als Rezidivprophylaxe wird als erste Stufe zunächst eine medikamentöse Therapie empfohlen. Bei erneutem Vorhofflimmern (Rezidiv) trotz dieser Medikation wird wiederum kardiovertiert, zur Vermeidung von Rezidiven kommen dann spezifische Antiarrhythmika zur Anwendung.

Daher halten wir eine Arzneimittelvalidierung dieser Diagnosen für zielführend.

- **Arzneimittelsplittung**

Beispiel DxG 229 Polycythaemia vera

Die Polycythaemia Vera (PV) gehört zu den chronischen myeloproliferativen Erkrankungen (Chronische myeloproliferative Erkrankungen). Die Polycythaemia vera (PV) ist eine Erkrankung der hämatopoetischen Stammzelle, die zu einer EPO-unabhängigen, irreversiblen und progredienten Erhöhung der Erythrozytenproduktion führt. Zusätzlich findet sich fast immer eine gesteigerte Proliferation der Granulopoese und Megakaryopoese.

Die Erythrozytose steht jedoch im Vordergrund und bestimmt das klinische Bild. Folge der erhöhten Blutviskosität durch die Zunahme des Hämatokrits (Hkt) sind symptomatische Mikrozirkulationsstörungen und ein erhöhtes Risiko für thromboembolische Komplikationen. Die Rate thromboembolischer Komplikationen mit 3 bis 5% pro Jahr nach Diagnose und 20 bis 40% im Gesamtverlauf liegt über dem Risiko der vergleichbaren Bevölkerung. Die Therapieziele sind im mittleren und höheren Lebensalter palliativ und umfassen die Beseitigung oder Linderung von die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen, die Reduktion des Risikos thromboembolischer Ereignisse, die Verlängerung der Lebenserwartung durch Verhinderung der späten Komplikationen, Myelofibrose und MDS/akute Leukämie insbesondere bei jüngeren Patienten.

Im Zentrum der Therapie steht der regelmäßige Aderlass und die Gabe von ASS100, bei schlechter Compliance unter dieser Therapie oder einer Progression der Myeloproliferation sowie hohes Thromboserisiko ist eine zytoreduktive Therapie erforderlich.

Diese Verläufe unterscheiden sich deutlich voneinander. Daher schlagen wir eine Arzneimittelsplittung vor.

- **Aufgreifkriterium Arzneimittel: Umgang mit Anthroposophika, Homöopathika und anderen pflanzlichen Arzneimitteln**

Analysiert man die DxGruppen, die derzeit mit dem Aufgreifkriterium Arzneimittel versehen sind, so ist auffällig, dass es eine Vielzahl an DxGruppen gibt, die über Anthroposophika, Homöopathika oder pflanzliche Arzneimittel validierbar sind.

Homöopathische Medikamente basieren auf natürlichen Stoffen, die durch stufenweises Verschütten mit Alkohol extrem verdünnt werden (potenziert).

Obwohl es viele Befürworter der Homöopathie gibt, existiert bis heute kein wissenschaftlicher Nachweis für ihre Wirksamkeit. So konnte in etwa 100 unabhängigen Studien kein Nachweis für eine Wirksamkeit erbracht werden.

Daher ist es nicht angemessen, dass DxGruppen, die schwere Erkrankungen betreffen, durch Anthroposophika, Homöopathika oder pflanzliche Arzneimittel validiert werden.

Beispiel DxG 821 Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Dialysekennzeichen) und DxG822 Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Dialysekennzeichen)

Eine chronische Niereninsuffizienz (chronisches Nierenversagen) ist ein über Monate und Jahre zunehmender Verlust der Nierenfunktion, sodass die Niere ihre Aufgaben nicht mehr richtig wahrnehmen kann. Fallen die Nieren vollständig aus, spricht man von einer terminalen Niereninsuffizienz.

Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz sind in ihrem täglichen Leben mit massiven Einschränkungen und Problemen konfrontiert, die sich aus der Erkrankung selbst und ihrer Behandlung sowie aus den häufigen Begleitkrankheiten (z. B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) ergeben.

Somit ist nicht verständlich, dass diese DxG822 Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Dialysekennzeichen) alleine durch Schachtelhalmkrautpräparate (ATC C03XP01) validierbar ist.

Sicherlich haben Homöopathika im therapeutischen Geschehen eine unterstützende Stellung. Sie eignen sich jedoch nicht zur Validierung von Diagnosen im Klassifikationssystem.

Von dieser Problematik ist eine Vielzahl von DxGs betroffen. Die folgende Tabelle zeigt diejenigen DxGs, die derzeit durch Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka validiert werden.

Auflistung der DxGs, die derzeit u.a. mit Homöopathika validiert werden können:

<b>DXG</b>	<b>DXG_Bezeichnung</b>
98	Diabetes mellitus Typ 2 mit Nierenbeteiligung
100	Diabetes mellitus Typ 2 mit Krankheitserscheinungen des Nervensystems
102	Diabetes mellitus Typ 2 mit Krankheitserscheinungen an den peripheren Gefäßen
106	Diabetes mellitus Typ 2 mit anderen näher bezeichneten Krankheitserscheinungen
108	Diabetes mellitus Typ 2 mit Manifestationen am Auge
197	Osteoarthrose der Beckenregion und der Hüfte
198	Osteoarthrose des Knies
263	Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen
323	Diabetische Neuropathie
354	Hypertensive Herzerkrankung, mit Herzinsuffizienz
355	Hypertensive Herz / Nierenerkrankung, mit Herzinsuffizienz
356	Pulmonale Herzkrankheit
357	Kardiomyopathie
358	Herzinsuffizienz
382	Hypertensive Nierenerkrankung, ohne Niereninsuffizienz
383	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung, ohne Herzinsuffizienz oder Niereninsuffizienz
385	Hypertensive Herzerkrankung, ohne Herzinsuffizienz
387	Essentielle Hypertonie
388	Maligne Hypertonie
389	Sekundärer Hypertonus
398	Kardiomegalie
488	Diabetische Retinopathie
537	Hypertensive Nierenerkrankung, mit Niereninsuffizienz
538	Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Niereninsuffizienz
539	Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nierenin- / Herzinsuffizienz
541	Chronische Niereninsuffizienz
542	Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet
800	Diabetes mellitus Typ 2 mit multiplen Komplikationen
802	Diabetes mellitus Typ 2 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
821	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Dialysekennzeichen)
822	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (ohne Dialysekennzeichen)
843	Sonstige manische und bipolare affektive Störungen
850	Dialysestatus (mit Dialysekennzeichen)
851	Kodierung einer Dialyse (ohne Dialyse-Kennzeichen)
907	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation

Für diese DxG sind aus der Auflistung der zur Validierung herangezogenen ATCs diejenigen zu streichen, die Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka betreffen.

- **Aufgreifkriterium Arzneimittel: Umgang mit Vitamin- und Mineralienpräparaten**

#### Beispiel Osteoporose

Jeder Frau, die sich in der postmenopausalen Phase ihres Lebens befindet, wird heute die prophylaktische Einnahme von Calcium und Vitamin-D-Präparaten empfohlen, obwohl keine Osteoporose vorliegt. Durch die Berücksichtigung dieser Medikamente können ungerechtfertigt Zuschläge generiert werden. Eine Frau ohne Osteoporose, die aber prophylaktisch entsprechende Medikamente erhält, könnte im Rahmen von Upcoding-Maßnahmen eine Zuweisung auslösen.

**Tabelle Osteoporose-DXG**

DXG	DXG_Bezeichnung
810	Postmenopausale Osteoporose
829	Osteoporose nach Ovariectomie oder sonst. chirurgischem Eingriff (Frauen)
830	Osteoporose nach chirurgischem Eingriff (Männer)
831	Arzneimittelinduzierte Osteoporose (Frauen)
832	Arzneimittelinduzierte Osteoporose (Männer)
833	Sonstige Osteoporose (Frauen)
834	Sonstige Osteoporose (Männer)

Zur Vermeidung von Manipulationen sollte die ATC-Liste zur Validierung der DxG, die Osteoporose betreffen, um folgende ATC-Codes reduziert werden: A11CC (Vitamin D und Analoga), A12AA (Calcium), A12AX (Calcium, Kombinationen mit Vitamin D und/oder anderen Mitteln), A12CD (Fluorid).

- **Aufgreifkriterium stationär erforderlich:**

#### Beispiel DxG 223\_alt (erworbene hämolytische Anämie)

Im Jahr 2011 erfuhr das hämolytisch-urämische Syndrom (Abkürzung HUS, auch Gasser-Syndrom) im Rahmen der EHEC-Pandemie hohe mediale Präsenz.

Etwa einer von zehn mit EHEC infizierten Patienten entwickelt das hämolytisch-urämische Syndrom. HUS ist eine Erkrankung mit der charakteristischen Trias aus mikroangiopathischer hämolytischer Anämie, Thrombozytopenie und akutem Nierenversagen mit Urämie. Nach dem Infektionsschutzgesetz ist die Krankheit meldepflichtig. Die Patienten sind schwer krank und müssen stationär behandelt werden. Eine kausale Therapie ist derzeit nicht etabliert (2011). Es erfolgt eine supportive, bei Bedarf intensivmedizinische Therapie.

Bei richtiger Kodierung wurden diese Patienten mit der Aufnahme Diagnose A04.3 (Darminfektion durch enterohämorrhagische Escherichia coli) kodiert. Das hämolytisch-urämische Syndrom (D59.3) ist eine Komplikation und wird in der Regel als Nebendiagnose kodiert. Nach der Therapie im stationären Bereich erhält der Versicherte die Diagnose für das hämolytisch-urämische Syndrom mit dem Kennzeichen Z für Zustand nach. Bei eventuell vorhan-

denen Residuen dieser Erkrankung wie z.B. eine persistierende Niereninsuffizienz werden diese dann mit dem Kennzeichen G für gesichert kodiert.

Das HUS ist ambulant nicht therapierbar, sondern bedarf aus medizinischer Sicht zwingend einer stationären Behandlung. Daher ist die Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich hier unabdingbar.

- **Alterssplit einzelner DxGruppen**

Beispiel DxG 305 Angeborene / kindliche Diplegie / Paraplegie

Die DxG 305 Angeborene / kindliche Diplegie / Paraplegie beinhaltet die ICD G80.1 Spastische diplegische Zerebralparese. Spastische Zerebralparesen sind bleibende neurologische Störungen, die als Folge zerebraler Schädigung in frühen Entwicklungsphasen, während der Schwangerschaft, während der Geburt oder in der ersten Lebenszeit entstehen. Diese Störung ist gekennzeichnet durch schlechte Muskelkontrolle, Spastik, Lähmungen, Intelligenzminderung, Anfälle, Teilleistungsschwächen und Verhaltensauffälligkeiten.

Die Zerebralparese betrifft 3 - 4 von 1.000 Säuglingen, kommt aber bei Frühgeborenen zehnmal so häufig vor und ist bei Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht besonders häufig. Viele verschiedene Verletzungen können eine Zerebralparese verursachen. Meist bleibt die Ursache jedoch unbekannt. Verletzungen während der Geburt sowie eine mangelhafte Sauerstoffversorgung des Gehirns vor, während und unmittelbar nach der Geburt sind für 10 - 15% der Fälle verantwortlich. Frühgeborene sind besonders anfällig für diese Störung, vielleicht zum Teil deswegen, weil die Blutgefäße in ihrem Gehirn unterentwickelt sind und leicht bluten oder das Gehirn nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgen. Hohe Bilirubinspiegel, wie sie bei Neugeborenen typisch sind, können einen Hirnschaden verursachen. Die durch hohe Bilirubinspiegel bedingte Gelbsucht beim Neugeborenen lässt sich jedoch problemlos behandeln. Während der ersten Lebensjahre können schwere Erkrankungen wie Hirnhautentzündung, Blutvergiftung, Schädel-Hirn-Verletzungen oder starke Austrocknung eine Zerebralparese verursachen. Eine Zerebralparese lässt sich in der frühen Kindheit meist noch nicht feststellen.

Bei Muskelstörungen wie einer unterentwickelten Muskulatur, Muskelschwäche, Spastik oder Koordinationsstörungen wird das Kind ärztlich überwacht, um festzustellen, ob eine Zerebralparese oder eine andere fortschreitende Erkrankung vorliegt, die behandelbar ist. Die speziellen Formen der Zerebralparese können nicht vor dem 19. Lebensmonat festgestellt werden. Mit Hilfe von Laboruntersuchungen lässt sich die Zerebralparese nicht nachweisen. Doch um andere Störungen auszuschließen, können gegebenenfalls Blutuntersuchungen, Elektromyographie, Muskelbiopsien, Computer- (CT) und/oder Kernspintomographie (MRT) des Gehirns vorgenommen werden.

Eine Heilung gibt es nicht, die Probleme bleiben ein Leben lang bestehen. Mit einer Reihe von Maßnahmen kann das Kind aber trotz seiner Behinderung eine größtmögliche Unabhängigkeit erreichen. Mit Physiotherapie, Beschäftigungstherapie, medikamentöser Behandlung wie z. B. Baclofen, Stützbehandlung und operativen Verfahren lassen sich die Muskelkontrolle und der Gang verbessern. Durch eine Sprachtherapie wird die Sprache deutlicher, auch die Probleme beim Essen werden geringer. Krampfanfällen wird mit Mitteln gegen Epilepsie vorgebeugt.

Viele Kinder mit Zerebralparese wachsen normal auf und besuchen die Regelschule, wenn nicht schwere intellektuelle oder körperliche Beeinträchtigungen sie daran hindern. Andere Kinder bedürfen einer umfangreichen Physiotherapie und Sonderförderung und sind in ihren Alltagsverrichtungen so sehr eingeschränkt, dass sie ein Leben lang auf besondere Betreuung und Hilfe angewiesen sind. Aber selbst Schwerstbehinderte können von spezieller Förderung und Therapie profitieren. Der Fokus bei der Therapie im Kindesalter liegt darauf, so viele Funktionen wie möglich zu erlangen. Im Erwachsenenalter ist die Stabilisierung des Zustan-

des von zentraler Bedeutung. Die Prognose hängt im Allgemeinen von der Form und vom Schweregrad der Zerebralparese ab. Mehr als 90% der betroffenen Kinder überleben bis ins Erwachsenenalter. Lediglich die schwerstbehinderten Patienten haben eine deutlich verkürzte Lebenserwartung.

Aus Gründen der Kostenhomogenität schlagen wir deshalb eine Alterssplittung dieser DxG vor (z.B. eine Gruppe für Versicherte bis 17 Jahre und eine Gruppe für Versicherte ab 18 Jahren).

- **Differenzierung einzelner DxGruppen nach Geschlecht**

Beispiel pathologische Frakturen

Das Klassifikationssystem differenziert bei der Osteoporose nach den Geschlechtern. Diese Vorgehensweise ist medizinisch-inhaltlich und aus Kostensicht absolut nachvollziehbar. Dennoch besteht eine weitere Diskrepanz bei den Folgeerkrankungen der Osteoporose.

**Tabelle pathologische Frakturen**

<b>DxG</b>	<b>DxG_Bezeichnung</b>
641	Pathologische Wirbelkörperfraktur /
643	Wirbelkörperkompressionsfraktur / Trümmerfraktur Pathologische Hüftfraktur
647	Pathologische Fraktur des Humerus / der Schulter
648	Pathologische Fraktur der Tibia oder Fibula
656	Sonstige, nicht näher bezeichnete pathologische Frakturen
657	Pathologische Frakturen des distalen Radius und der Ulna

Die DxGs 641 Pathologische Wirbelkörperfraktur / Wirbelkörperkompressionsfraktur / Trümmerfraktur, 643 Pathologische Hüftfraktur, 647 Pathologische Fraktur des Humerus / der Schulter, 648 Pathologische Fraktur der Tibia oder Fibula, 656 Sonstige, nicht näher bezeichnete pathologische Frakturen und 657 Pathologische Frakturen des distalen Radius und der Ulna enthalten Diagnosen, die u.a. die pathologische Fraktur bei Osteoporose betreffen.

Bei der pathologischen Fraktur aufgrund von Osteoporose sind die Diagnosen weder nach Geschlecht getrennt noch arzneimittelvalidiert, obwohl die Osteoporose selbst diesen Kriterien unterliegt. Diese Vorgehensweise ist nicht nachvollziehbar. Aus unserer Sicht sollten diese Diagnosen aus der DxG herausgetrennt und sowohl nach Geschlecht unterschieden als auch arzneimittelvalidiert werden.