

Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell 2014

Vorschläge eingebracht durch

Institution: **BARMER GEK**

Ansprechpartner: Pedro Ballesteros, Katja Tebarts, Claudia Schulte

Ausfüllanleitung: Ein Vorschlag pro Zeile und bei Bedarf weitere Zeilen im entsprechenden Themenblock einfügen.

1 Allgemeines Aufgreifkriterien

Vorschlag	Begründung / Problembeschreibung
<p>1.1 Zur genaueren Abbildung der Folgekosten bestimmter Krankheiten werden gestaffelte (d.h. übereinander hierarchisierte) Dauermedikationszuschläge zugelassen. Konkrete Beispiele unter 3.4., 3.5. und 3.6.</p>	<p>Laut BVA und Beirat muss eine Arzneimitteldifferenzierung einer klinischen Differenzierung entsprechen, d.h. die Gabe der Arzneimittel muss eine klinische Information beinhalten und neben einem höheren Kostenniveau auch einen höheren Schweregrad / eine andere Krankheitsausprägung reflektieren. Durch gestaffelte Arzneimittelzuschläge lässt sich dies mit der notwendigen vollen Ausschöpfung des Gütepotenzials des Klassifikationsverfahrens vereinbaren. Alle klinisch relevanten Arzneimittel werden berücksichtigt und die finanziellen Folgekosten gleichwohl optimal abgebildet. Dies gefährdet in keinem hier vorgeschlagenen Fall die Versorgungsneutralität. D.h. Krankenkassen werden nicht angeregt, die Verordnung von hochpreisigen Arzneimitteln zu fördern, um einen höheren Zuschlag zu erreichen (Anreize zur Leistungsausweitung vgl. Erläuterungen 2013 Nr. 6.3).</p>
	<p>Aus Sicht der BARMER GEK könnte dieser Anreiz nur existieren, wenn der zusätzliche Zuschlag über die zusätzlichen Kosten hinausginge. Bei einer sachgerechten Ausgestaltung der gestaffelten Arzneimittelzuschläge ist dies aber niemals der Fall. Bei Simulationen auf Basis von BARMER GEK- Daten überstieg kein neu eingeführter Zuschlag die notwendigen Kosten, die z.B. bei einer Behandlung von Rheuma mit monoklonalen Antikörpern bis zu 24T€ betragen können. Vielmehr stellt sich im Fall von Tod oder Kassenwechsel sogar ein erheblicher Verlust ein. Selbst wenn es Wege für eine Krankenkasse gäbe, die Verordnung hochpreisiger Arzneimittel in medizinisch nicht indizierten Fällen zu fördern, hätte sie hieraus auch bei gestaffelten Arzneimittelzuschlägen keinen wirtschaftlichen Vorteil.</p>

		In der heutigen Situation ist dies anders. Die Zuschläge auf Grundlage einer breiten Arzneimittelliste erreichen aufgrund der hohen Kosten einzelner teurer Listenpräparate eine erhebliche Höhe (bei den rheumatoiden Krankheiten in der HMG229 ca. 3.800 €). Kann eine Krankenkasse diesen Zuschlag erzielen, aber gleichzeitig z.B. nur die Kosten für eine Corticoid- und Methotrexat- Behandlung (ca. 500-1.000 €) aufwenden, erzielt sie einen erheblichen Gewinn. Trägt die Kasse die Kosten monoklonaler Antikörper, macht sie einen extremen Verlust von bis zu 20T€ (z.B. bei Adalimumab). Zumindest theoretisch löst dies einen erheblichen Anreiz aus, auch in medizinisch ungeeigneten Fällen eine (Rück-)Änderung der Medikation zu forcieren bzw. einen ggf. notwendigen Wechsel auf monoklonale Antikörper zu verhindern.
1.2	Aufnahme des Registrierungskennzeichens zur Organtransplantation in die Datenübermittlung	Die BARMER GEK hält an ihrem Vorschlag aus der Anhörung für das Ausgleichsjahr 2013 fest, vgl. hierzu Punkt 1.1 der Stellungnahme vom 05.04.2012.
1.3	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.	Die BARMER GEK hält an ihrem Vorschlag aus der Anhörung für das Ausgleichsjahr 2013 fest, vgl. hierzu Punkt 1.3 der Stellungnahme vom 05.04.2012.
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	254 ff.	div.	div.	Hierarchie 12 "Entwicklungsstörungen": Prüfung auf Geschlechtssplit; Ablehnung Alterssplit für HMG255 (ADS)	Laut Erläuterungen 2013 wird die Einführung eines Alterssplits für die Hierarchie der Entwicklungsstörungen geprüft. Ein solcher kann grundsätzlich außer für die HMG255 (ADS) sinnvoll sein. Für die ADS ist bei keinem Alterssplit ein ausreichender Unterschied zwischen den erwarteten Folgekosten ein- und ausgeschlossener Versicherter erkennbar. Es ist jedoch zwingend - insbesondere bei der HMG254 - auch die Vorsehung eines Geschlechtssplits zu prüfen. Obwohl Frauen in der Hierarchie Entwicklungsstörungen stark unterrepräsentiert sind, ist ihr Anteil bei den älteren Versicherten in allen HMG sehr viel größer als bei den Männern. Gleichzeitig sind die Folgekosten junger Frauen besonders in der HMG254 erheblich höher als die junger Männer. Eine reine Durchführung eines Alterssplits würde daher die Abbildung der Frauen in der Hierarchie der Entwicklungsstörungen deutlich verschlechtern, wenn sie nicht durch eine gleichzeitige Berücksichtigung der frauenspezifisch höheren Folgekosten kompensiert wird.
3.2	261 ff.	div.	div.	Hierarchie 2a "hämatologische Neubildungen": Erweiterung der ATC-Liste für die HMG261. Neben den in HMG261 bereits berücksichtigten Tyrosinkinasehemmern des ATC- Fünfstellers L01XE werden auch die monoklonalen Antikörper des ATC- Fünfstellers L01XC sowie der ATC- Siebenstellers L04AX04 (Lenalidomid) zugeordnet.	Mit den Festlegungen zum MRSA 2013 wurde für den Bereich der Neubildungen eine HMG (HMG261) mit Arzneimittelvalidierung eingerichtet. Diese enthält Versicherte, bei denen verschiedene Leukämien mit der Behandlung mit Tyrosinkinasehemmern zusammentreffen. Begründet wurde dies damit, dass die Behandlung mit Tyrosinkinasehemmern über die gleichzeitige diagnostische Information hinaus einen besonderen klinischen Schweregrad impliziert und besonders aufwändig ist. Die Änderung wurde von der BARMER GEK begrüßt, sie ist allerdings nicht hinreichend. Für die Behandlung von Non-Hodgkin- Lymphomen oder der chronisch lymphatischen Leukämie mit monoklonalen Antikörpern (L01XC) sowie bei der Behandlung des multiplen Myeloms mit Lenalidomid (L04AX04) gilt dieselbe Argumentation wie die bei den Tyrosinkinasehemmern.

				Hinsichtlich der Diagnosen wird die HMG261 für alle in Hierarchie 2a enthaltenen hämatologischen Neubildungen geöffnet (bisher nur ICDs der HMG264).	Auch die Behandlung mit diesen Arzneimittelgruppen trägt jeweils eindeutige klinische Informationen sowie Informationen zum Schweregrad in sich. So ist Rituximab (L01XC02, ein monoklonaler Antikörper, der spezifisch gegen das B-Zell-Antigen CD20 gerichtet ist) u.a. in Kombination mit einer Chemotherapie für die Erstbehandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom im Stadium III-IV angezeigt. Es setzt aber ein ausreichendes Vorhandensein des genannten Antigens voraus. Die Anwendung einer Lenalidomid-Therapie (L04AX04) zur Behandlung des multiplen Myeloms ist nur nach mindestens einer vorausgegangenen Therapie indiziert. Darüber hinaus sind umfangreiche Sicherheitsvorkehrungen im Rahmen der Therapie erforderlich (Lenalidomid ist strukturell mit Thalidomid verwandt). Hinsichtlich des Aufwandes liegen die Tagestherapiekosten des ATC- Fünfstellers "L01XC - monoklonale Antikörper" ziemlich genau auf dem Niveau der Tyrosinkinaseinhibitoren. Lenalidomid ist etwa dreimal so teuer.
					Problematisch ist allerdings, dass die Anzahl der mit monoklonalen Antikörpern bzw. mit Lenalidomid behandelten Versicherten im Jahr 2010 (und nur dieses Jahr steht dem BVA als Basis für die Verfahrensanpassungen 2014 zur Verfügung) noch relativ gering ist. Sie steigt seither sprunghaft an. Die Ergebnisse der Berechnungen alleine auf BARMER GEK- Daten sind daher nicht befriedigend. Wir gehen allerdings davon aus, dass sich dieses Problem selbst für 2010 beheben lässt, wenn ein Zuschlag für die HMG261 auch bei Vorliegen von weniger als 183 DDD erfolgt. Dies ist auch medizinisch nachvollziehbar, da die Krebstherapie mit monoklonalen Antikörpern bzw. Lenalidomid i.d.R. in Zyklen von 4 - 6 Wochen unter Einhaltung von Pausen stattfindet. Von einem chronischen Krankheitsverlauf kann daher schon bei weniger als 183 Tagesdosen ausgegangen werden.
3.3	268ff.	div.	div.	Hierarchie 2b "solide Tumore": Einführung einer neuen HMG mit Dauermedikation in die Hierarchie 2b. Der ATC- Liste werden die monoklonalen Antikörper des ICD- Fünfstellers L01XC sowie die Tyrosinkinasehemmer des ICD- Fünfstellers L01XE zugeordnet. Hinsichtlich der Diagnosen wird die HMG261 für alle in Hierarchie 2b enthaltenen soliden Tumore geöffnet.	Auch im Bereich der soliden Tumore beinhaltet der Einsatz von monoklonalen Antikörpern spezifische und über die ICD- Diagnosen hinausgehende klinische Information sowie über den Durchschnitt hinausgehende Therapiekosten. So ist z.B. der Einsatz von Trastuzumab (L01XC03) ausschließlich bei metastasiertem Brustkrebs und gleichzeitiger Überexpression von HER2/neu sinnvoll, das Vorliegen dieser Überexpression wird regelmäßig vor Einsatz von Trastuzumab mehrfach immunhistochemisch untersucht. HER2/neu ist ein Wachstumsfaktorrezeptor, der unkontrolliertes Zellwachstum anregt und die Prognose des Brustkrebs stark verschlechtert. Eine entsprechende ICD- Klassifikation gibt es nicht. Dasselbe gilt für den Einsatz von Cetuximab (L01XC06) bei Darmkrebs, auch hier muss die Überexpression eines bestimmten Wachstumsfaktorrezeptors nachgewiesen sein. Der Einsatz von Panitumumab (L01XC08, Behandlung des metastasierten kolorektalen Karzinom) setzt ebenfalls eine immunhistochemische Charakterisierung (KRAS-Gen/KRAS-Status) zwingend voraus.

					<p>Die Feststellung dieser Sachverhalte setzt eingehende vorherige Untersuchungen voraus, eine Darstellung der Ergebnisse im ICD erfolgt nicht.</p> <p>Ähnliches wie für monoklonale Antikörper gilt bei den Tyrosinkinasehemmern. Der Einsatz von Gefitinib (L01XE02) beim Bronchialkarzinom setzt eine mutationsbedingte Überexpression von Wachstumsfaktoren voraus. Dasselbe gilt für Erlotinib (L01XE03) hinsichtlich des Wachstumsfaktors HER1. Eine Darstellung dieser Sachverhalte im ICD erfolgt ebenfalls nicht.</p>
					<p>Die Behandlung solider Tumore mit monoklonalen Antikörpern bzw. Tyrosinkinasehemmern ist ähnlich aufwändig wie die bereits gesondert berücksichtigte Anwendung von Tyrosinkinasehemmern bei der chronisch myeloischen Leukämie.</p>
					<p>Einsatzgebiete von monoklonalen Antikörpern und von Tyrosinkinasehemmern bei soliden Tumoren sind bspw. Brustkrebs, Lungenkrebs, Darm- (auch Magen- und Prostata-)krebs sowie maligne Tumore der Eierstöcke. Der Einsatz erfolgt häufig bereits nach Vorliegen von Metastasen.</p> <p>Um künstliche Ausgrenzungen zu vermeiden, regen wir die Bildung einer HMG oberhalb der HMG268 mit der Bezeichnung "Besonders schwerwiegende solide Tumore mit Dauermedikation (Tyrosinkinasehemmer/monoklonale Antikörper)" an. Voraussetzung ist die Zuordnung zu einer HMG268 bis HMG280 sowie der Nachweis der Gabe von Arzneimitteln aus den Gruppen L01XC und/oder L01XE.</p>
					<p>Aufgrund der extremen Kosten der eingesetzten Arzneimittel ist es bei Analysen auf BARMER GEK- Daten nicht zu Hierarchieverletzungen gekommen. Das Bestimmtheitsmaß steigt erheblich um ca. 2 Promille (d.h. erste Nachkommastellen) an. Es ist davon auszugehen, dass dieser positive Qualitätseffekt weiter zunimmt, da die verordnete Menge und auch die Varietät zugelassener kostenintensiver Arzneimittel aus den benannten Gruppen ansteigt. Als Beispiel sei auf die Zulassung von Pertuzumab für metastasierten HER2/neu- expressiven Brustkrebs im März 2013 hingewiesen. Die Kosten von Pertuzumab (L01XC13) werden die von Trastuzumab voraussichtlich deutlich überschreiten.</p> <p>Sollten Vorbehalte gegen die Hierarchisierung bestehen, ist alternativ denkbar, einen schweregraddifferenzierenden Zuschlag für Tyrosinkinasehemmer / monoklonale Antikörper zwar vom Vorliegen eines Zuschlags aus den HMG 268 bis 280 abhängig zu machen, jedoch unabhängig von der sonstigen Hierarchie der soliden Tumore (ähnlich Diabetes I).</p>

					<p>Auch bei der Behandlung solider Tumore insbesondere mit monoklonalen Antikörpern sollte für die Arzneimittelvalidierung die erforderliche Mindestmenge an Behandlungstagen empirisch geprüft werden. Die Behandlung von monoklonalen Antikörpern erfolgt i.d.R. in Zyklen mit Anwendungspausen. Daher kann von Chronizität bereits bei Gabe von weniger als 183 Tagesdosen ausgegangen werden. Da die Anwendung von monoklonalen Antikörpern bei einzelnen soliden Tumorarten aber bereits 2010 weit verbreitet war, waren die Ergebnisse wie ausgeführt auch bei Anwendung des Sonderfalls I stabil.</p>
3.4	229	842	div.	<p>Hierarchie 7 "Erkrankungen des Muskel und Skelettsystems": Einführung einer doppelten Arzneimittelvalidierung: Aufteilung der HMG229 (Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation) in eine HMG, die den Nachweis einer Dauermedikation der ATC Fünfteller L01XC, L04AA, L04AB und L04AC voraussetzt.</p>	<p>Zur Behandlung rheumatoider Erkrankungen kommen zunehmend monoklonale Antikörper zur Anwendung. Dies gilt für die ATC-Gruppen L04AA bis L04AC (Selektive Immunsuppressiva, TNFalpha-Hemmer, Interleukinhemmer), aber auch für einzelne onkologische Wirkstoffe aus L01XC. Die Behandlung rheumatoider Erkrankungen mit monoklonalen Antikörpern setzt das vorherige Versagen anderer basistherapeutischer Ansätze voraus. So ist der Einsatz von Adalimumab (L04AB04) mit oder ohne Methotrexat nur zulässig, wenn eine Therapie mit Glucocorticoiden oder anderen Immunsuppressiva nachweislich versagt hat. Dies ist keineswegs (nur) auf die erhöhten Therapiekosten, sondern insbesondere auf die erheblichen Nebenwirkungen monoklonaler Antikörper zurückzuführen.</p>
				<p>Die weiteren Wirkstoffe der bisherigen Arzneimittelliste für die HMG229 kommen in eine darunter liegende HMG. Ansonsten bleibt die Hierarchie erhalten. Das Aufgreifkriterium bleibt gleich.</p>	<p>Weiterhin setzt der Einsatz der benannten Arzneimittel eine funktionierende Signalweitergabe im Immunsystem z.B. über die Botenstoffe TNFalpha bzw. Interleukin voraus, da hierauf das Wirkprinzip beruht. Das Versagen oder Ansprechen einer bestimmten Therapie und/oder der Status der Botenstoffe im Körper wird im ICD nicht verschlüsselt. Die Gabe der betroffenen Arzneimittel beinhaltet also eine relevante klinische Information über den Stand der Krankheitsbehandlung. Sie beinhaltet damit auch eine relevante klinische Information über den Schweregrad der Krankheit.</p>
					<p>Der sich für die neue HMG ergebende Zuschlag ist signifikant und verbessert den Grad der Kostendeckung für die Betroffenen erheblich. Er erlaubt jedoch selbst ohne Berücksichtigung von Versterbensfällen KEINE vollständige Refinanzierung eines Behandlungsumstiegs von einer "traditionellen" Therapie mit Glucocorticoiden o.ä. auf monoklonale Antikörper. Dies gilt bereits nicht für den kostengünstigsten verfügbaren Wirkstoff (Infliximab L04AB02) und erst recht nicht für teurere Wirkstoffe wie Adalimumab (L04AB04). Die Auftrennung der bisherigen HMG229 ist daher versorgungsneutral und löst keine Anreize zur Leistungsausweitung aus.</p>

					Bei Simulationen auf Grundlage von BARMER GEK- Daten ergaben sich keine Hinweise auf mögliche Hierarchieverletzungen, auch der für die sonstige Dauermedikation rheumatoider Erkrankungen verbleibende Zuschlag liegt deutlich über dem der juvenilen Arthritis in HMG226. Die Erklärungskraft des Klassifikationsverfahrens verbessert sich deutlich durch die Einführung doppelter Arzneimittelvalidierungen. Das Bestimmtheitsmaß steigt durch Berücksichtigung der Vorschläge 3.4, 3.5 und 3.6 erheblich um ca. 3 Promille (d.h. erste Nachkommastellen) an. Es ist davon auszugehen, dass dieser positive Qualitätseffekt weiter zunimmt, da die verordnete Menge und auch die Varietät zugelassener kostenintensiver Arzneimittel aus den benannten Gruppen ansteigt.
3.5	290	div.	div.	Hierarchie 6 "gastrointestinale Krankheiten": Aufteilung der HMG290 (Chronisch entzündliche Darmkrankheiten mit Dauermedikation) in eine HMG, die den Nachweis einer Dauermedikation des ATC Fünfstellers L04AB voraussetzt. Die weiteren Wirkstoffe der bisherigen Arzneimittelliste für die HMG290 kommen in eine darunter liegende HMG.	Zur Behandlung von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa kommen zunehmend monoklonale Antikörper aus der ICD Gruppe L04AB (TNFalfa- Hemmer) zur Anwendung. Die Behandlung von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa mit TNFalfa- Hemmern setzt das vorherige Versagen anderer basistherapeutischer Ansätze voraus. So ist der Einsatz von Adalimumab bei Morbus Crohn nur zulässig wenn eine übliche Therapie (Glucocorticoide / andere Immunsuppressiva) nicht gewirkt hat oder ein Wirkverlust von Infliximab auftritt, welches wiederum ähnliche Einsatzrestriktionen aufweist. Dies ist keineswegs (nur) auf die erhöhten Therapiekosten, sondern insbesondere auf die erheblichen Nebenwirkungen monoklonaler Antikörper zurückzuführen (vgl. Anwendungseinschränkung für Infliximab 2002).
				Ansonsten bleibt die Hierarchie erhalten. Das Aufgreifkriterium bleibt gleich.	Das Versagen oder Ansprechen einer bestimmten Therapie wird im ICD nicht verschlüsselt, die Gabe der betroffenen Arzneimittel beinhaltet also eine relevante klinische Information über den Stand der Krankheitsbehandlung. Sie beinhaltet damit auch eine relevante klinische Information über den Schweregrad der Krankheit.
					Der sich für die neue HMG ergebende Zuschlag ist signifikant und verbessert den Grad der Kostendeckung für die Betroffenen erheblich. Er erlaubt jedoch selbst ohne Berücksichtigung von Versterbensfällen KEINE vollständige Refinanzierung eines Behandlungsumstiegs von einer "traditionellen" Therapie mit Glucocorticoiden o.ä. auf monoklonale Antikörper. Dies gilt nicht für den kostengünstigsten verfügbaren Wirkstoff (Infliximab L04AB02) und erst recht nicht für teurere Wirkstoffe wie Adalimumab (L04AB04). Die Auftrennung der bisherigen HMG290 ist daher versorgungsneutral und löst keine Anreize zur Leistungsausweitung aus. Bei Simulationen auf Grundlage von BARMER GEK- Daten ergaben sich keine Hinweise auf mögliche Hierarchieverletzungen, auch der für die sonstige Dauermedikation chronisch entzündlicher Darmerkrankungen verbleibende Zuschlag liegt deutlich über dem in der HMG ohne Dauermedikation (HMG033).

					Die Erklärungskraft des Klassifikationsverfahrens verbessert sich deutlich durch die Einführung doppelter Arzneimittelvalidierungen. Das Bestimmtheitsmaß steigt durch Berücksichtigung der Vorschläge 3.4, 3.5 und 3.6 erheblich um ca. 3 Promille (d.h. erste Nachkommastellen) an. Es ist davon auszugehen, dass dieser positive Qualitätseffekt weiter zunimmt, da die verordnete Menge und auch die Varietät zugelassener kostenintensiver Arzneimittel aus den benannten Gruppen ansteigt.
3.6	234	846	div.	Hierarchie 14 "neurologische Krankheiten": Aufteilung der HMG234 "Multiple Sklerose (MS) mit Dauermedikation" in eine hierarchisch höhere HMG "Schubförmig verlaufende multiple Sklerose mit Dauermedikation (L03AB, L03AX, L04AA)" und einer darunterliegenden HMG, die den Rest der Dauermedikation abbildet. Beide HMG dominieren weiterhin die HMG072.	Die MS verläuft zu 80% schubförmig. Ein Schub bedeutet dabei eine plötzliche Zunahme krankheitsbedingter Dysfunktionen, die sich danach ganz oder teilweise zurückbilden. Während eines Schubs kommen in der Regel Glucocorticoide zum Einsatz um die entzündlichen Prozesse zu dämpfen. Zwischen den Schüben wird eine Basistherapie (seltener eine Eskalationstherapie) durchgeführt um die Menge und die Gravierendheit der Schübe zu begrenzen. Davon abzugrenzen ist der progredient chronische Verlauf, bei dem i.d.R. keine Basistherapie zum Einsatz kommt. Die Verordnung von über 183DDD Glucocorticoiden ODER Basistherapeutika trägt daher - zusammen mit der Diagnose MS - die klinische Definition der Schwerwiegendheit in sich. Die Verordnung von Basistherapeutika vermittelt aber darüber hinaus die Information des Vorhandenseins eines schubförmigen Verlaufs. Auch innerhalb aller MS- Kranken mit Dauermedikation ist der schubförmige Verlauf die Regel. Diese Regel ist aufgrund der notwendigen Basisherapeutika erheblich aufwändiger als die Ausnahme des progredient chronischen Verlaufs.
					Nach den für die Tyrosinkinaseinhibitoren für das Verfahren 2013 entwickelten Grundsätzen ist eine Aufteilung der bisherigen HMG234 daher folgerichtig. Der sich auf Basis von BARMER GEK Daten ergebende Zuschlag für die neue HMG "Schubförmig verlaufende multiple Sklerose mit Dauermedikation (L03AB, L03AX, L04AA)" ist signifikant. Hierarchieverletzungen zwischen der bisherigen HMG234 und der HMG072 entstehen nicht, der Zuschlag der HMG234 bleibt erheblich höher. Der Zuschlag der neuen HMG verbessert die Kostendeckung für die betroffenen Versicherten. Die Differenz zwischen ihm und der veränderten HMG234 erlaubt jedoch selbst ohne Berücksichtigung von Verstärkungsfällen KEINE vollständige Refinanzierung einer Basis- (oder Eskalations-) therapie. Dies gilt für alle denkbaren Wirkstoffe (Betaferon, Glatirameracetat, monoklonale Antikörper u.s.w.). Die Auftrennung der bisherigen HMG234 ist daher versorgungsneutral und löst keine Anreize zur Leistungsausweitung aus.

					Die Erklärungskraft des Klassifikationsverfahrens verbessert sich deutlich durch die Einführung doppelter Arzneimittelvalidierungen. Das Bestimmtheitsmaß steigt durch Berücksichtigung der Vorschläge 3.4, 3.5 und 3.6 erheblich um ca. 3 Promille (d.h. erste Nachkommastellen) an. Es ist davon auszugehen, dass dieser positive Qualitätseffekt weiter zunimmt, da die verordnete Menge und auch die Varietät zugelassener kostenintensiver Arzneimittel aus den benannten Gruppen ansteigt. Hinzuweisen ist z.B. auf die Zulassung von Fingolimod (L04AA27) im Jahr 2011, das damit in der Austauschmeldung 2010, die den Ermittlungen zum Klassifikationsverfahren 2014 zugrunde liegt, noch nicht enthalten sein kann.
3.7	002	003	A39.1, B37.7, O88.3, P36.-, R57.2	Einsortierung der ICD A39.1, B37.7, O88.3, P36.- und R57.2 in die bestehende DxG003 (Sepsis (Blutvergiftung) / Schock)	Die Krankheit "Sepsis" wird in der Krankheitsfestlegung 2014 neu abgegrenzt und mit relevanten ICDs aus der Ausschluss-Kategorie vervollständigt. Die ICDs sollten in die bestehende DxG003 Sepsis einsortiert werden. Das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" bleibt bestehen.
3.8	201	neu	A81.2	Einsortierung der ICD A81.2 in eine neue DxG mit Aufgreifkriterium M2Q. Zuordnung dieser DxG zur HMG201, Umbenennung der HMG201 in "Infektion der Lunge durch Mykobakterien oder Pilze (inkl. disseminierte Formen) und progressive multifokale Leukenzephalopathie (PML)"	Die progressive multifokale Leukenzephalopathie (PML) passt aus Gründen der Kostenhomogenität in die HMG201, es existiert aber keine Arzneimitteltherapie, daher ist keine Arzneimittelvalidierung möglich bzw. erforderlich.
3.9	079	350	I46.9	Zuordnung der neuen ICD I46.9 In bestehende DxG350 Herzstillstand / Schock	Eine DXG Herzstillstand / Schock existiert bereits, daher wird die Einsortung der I46.9 in die DxG350 empfohlen.

3.10	226 sowie 229	841 sowie 842	M09.1- M09.2- M07.4- M07.5- M09.0-	Krankheit 58 - CED und Krankheit 63 - Psoriasis: Beibehaltung der Zuordnung in DxG841 und HMG226 ohne Dauermedikation sowie in DxG842 und HMG229 mit Dauermedikation; Ggf. Umbenennung der beiden DxGs und HMGs.	Die nebenstehenden Diagnosen sind im Rahmen der Krankheitsfestlegung 2014 aus ätiologischen Gründen den Erkrankungen "Chronisch entzündliche Darmerkrankungen" sowie "Psoriasis und Parapsoriasis (inkl. Gelenkbeteiligung)" zugeordnet worden. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zum Klassifikationsverfahrens 2014 befürworten wir weiterhin die Einsortierung in die Hierarchie 7: Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems (Hierarchiestrang der Rheumatologischen Erkrankungen). Die ICDs M09.1- (Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit), M09.2- (Juvenile Arthritis bei Colitis Ulcerosa) und M09.0- (Juvenile Arthritis bei Psoriasis) sollten weiterhin in die DxG841 (ohne Dauermedikation) bzw. DxG842 (mit Dauermedikation) und damit in die HMG226 (ohne Dauermedikation) bzw. HMG229 (mit Dauermedikation) einsortiert werden. Die neu aufgenommenen ICDs M07.4- und M07.5- (Arthritis bei Crohn-Krankheit bzw. Colitis Ulcerosa) sollten ebenfalls in die bestehende DxG842 einsortiert werden. Die Arzneimitteltherapie entspricht bei diesem Krankheitsbild dem der Juvenilen Arthritis, so dass eine Arzneimitteldifferenzierung über die DxG842 angebracht erscheint.
3.11	229	842	M09.1- M09.2- M07.4- M07.5- M09.0-	mit Dauermedikation ...	siehe Punkt 3.10.
3.12	132	543	N14.-	ICDs aus Niereninsuffizienz wurden in die Krankheit "Nephritis" verschoben; analoge Verschiebung in bestehende DxG Nephritis.	Die ICDs N14.- führen bislang in die DxG554, die ebenfalls zur HMG132 gehört. Die Verschiebung aus der Krankheitsauswahl sollte im Klassifikationsverfahren analog vorgenommen werden, zur Begründung vgl. Anhang_1_Erläuterungen_Krankheitsabgrenzung_Entwurf.pdf, Seiten 12 und 13.
3.13	146	neu	Z36.-	Eingliederung der neuen ICDs Z36.- der Krankheit "Bestehende Schwangerschaft" in eigene DxG mit dem Aufgreifkriterium M2Q. Diese führt in bestehende HMG 146.	Die ICDs Z36.- bilden das pränatale Screening ab und passen inhaltlich nicht in die bestehenden DxG.
3.14	161	655	T92.6, T93.6	Einsortierung der neuen ICD T92.6 und T93.6 der Krankheit "Traumatische Amputation einer Extremität" in bestehende DxG655.	Die ICDs dienen der Abbildung der Folgen einer traumatischen Amputation oder Zerquetschung von Extremitäten und vervollständigen die DxG 655 "Traumatische Amputation eines Beins / eines Arms / einer Hand / eines Fußes / eines Zehs, vollständige Replantation".

3.15	neu	neu		Aufgreifkriterium: M2Q-Kriterium, Einsortierung in Hierarchie 23 "Verletzungen" ohne Hierarchisierung	Mit der Krankheitsfestlegung 2014 ist die "Luxation des Hüftgelenks" wieder RSA-Krankheit. Im Vergleich zu früher wurde die Erkrankung um die Diagnosen zur "Angeborenen Luxation des Hüftgelenks" (Q65.0, Q65.1 und Q65.2) erweitert. Die Luxation der Hüfte wird überwiegend ambulant behandelt. Daher empfehlen wir keinesfalls das Aufgreifkriterium aus dem Ausgleichsjahr 2010 (stationär erforderlich) zu übernehmen, sondern das Aufgreifkriterium "M2Q-Kriterium" zur Validierung der Versicherten heranzuziehen.
3.16	164	681	T85.81	neue ICD T85.81 in Krankheit 79: Einsortierung in bestehende DxG681	In der DxG681 "Mechanische / andere Komplikation durch ein implantiertes Gerät / Implantat / Transplantat, exkl. Komplikationen durch orthopädische Implantate / Transplantate" werden bereits vergleichbare ICD abgebildet.
3.17	165	685	I97.1, J95.80, N99.8	neue ICHS in Krankheit 79: Einsortierung in bestehende DxG685	In der DxG685 "Komplikationen am Nervensystem / am Herzen / am respiratorischen System / an der Leber / an der Niere / andere Komplikationen von Eingriffen" werden bereits vergleichbare ICD abgebildet.
3.18	165	934	H59.8, H95.1, T80.0, T80.1, T80.6, T81.3	neue ICHS in Krankheit 79: Einsortierung in bestehende DxG934	In der DxG934 "Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen" werden bereits vergleichbare ICD abgebildet.

3.19	260	686	G97.80	neue ICD G97.80 in Krankheit 79: Einsortierung in bestehende DxG686	In der DxG686 "Andere und nicht näher bezeichnete Komplikationen von Eingriffen und medizinischer Versorgung" wird bereits eine vergleichbare ICD abgebildet.
3.20	21, 22, 23	div.		Neuzuordnung der enthaltenen DxG zu den HMG gemäß der durchschnittlichen Kosten je DxG und Umbenennung der HMG.	Zwischen den einzelnen DxG der genannten HMG bestehen weiterhin sehr unterschiedliche Folgekosten. Wir regen an, eine Neuordnung der DxG zu prüfen und dabei den ausgelösten Behandlungsbedarf als Abgrenzungskriterium heranzuziehen, eine Vorgehensweise, die analog für die alten HMG 67 bis 69 in der Anhörung für 2013 erfolgt ist.
3.21	211, 212, 213, 214	div.		Neuzuordnung der enthaltenen DxG zu den HMG gemäß der durchschnittlichen Kosten je DxG und Umbenennung der HMG.	Zwischen den DxG der HMG214 bestehen sehr unterschiedliche Folgekosten, während sich die Folgekosten der HMG211 bis HMG213 kaum unterscheiden. Zwischen den HMG212 und HMG213 kam es außerdem zu einer Hierarchieverletzung. Wir regen an, eine Neuordnung der DxG zu prüfen und dabei den ausgelösten Behandlungsbedarf als Abgrenzungskriterium heranzuziehen, eine Vorgehensweise, die analog für die HMG 67 bis 69 in der Anhörung für 2013 erfolgt ist.
3.22	157, 203	643, 647, 648		Verschiebung der DxG643, DxG647, DxG648 von der HMG203 in die HMG157.	Auf Basis einer Analyse der Folgekosten vermutet die BARMER GEK, dass die genannte Verschiebung die Zielgenauigkeit erhöhen wird.
3.23	035	225	D68.23, D68.24, D68.26	Einsortierung in die DxG225 - Hämophilie mit Dauermedikation; ggf. Umbenennung der DxG; Aufnahme entsprechender ATC bspw. B02BD05, B02BD07, B02BD08	Durch die weitere Differenzierung der Faktor-Mangel-Erkrankungen im ICD-Katalog 2013 lassen sich Versicherte mit Faktor-VII-, Faktor-X- oder Faktor-XIII-Mangel im Klassifikationsverfahren besser abbilden, als bisher möglich. Bei allen drei genannten Faktor-Mangel-Erkrankungen werden die Patienten regelmäßig mit entsprechenden Gerinnungsfaktorenkonzentraten versorgt. Versicherte mit diesen Faktoren-Mangel weisen ähnlich hohe Kostenstrukturen auf wie Hämophilie- A/B- Versorgungen. Daher empfehlen wir den Faktor-VII-, Faktor-X- und Faktor-XIII-Mangel analog der Hämophilie mit Dauermedikation abzubilden. Die ATC-Liste der DxG225 müsste um die entsprechenden Faktorenpräparate ergänzt werden. Versicherte mit Faktor-VII-, Faktor-X- oder Faktor-XIII-Mangel ohne Dauermedikation werden in der DxG232 "Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen" und damit der HMG046 zugeordnet.
3.24	046	232	D68.20, D68.21, D68.22, D68.25	Einsortierung der neu eingeführten ICDs D68.20, D68.21, D68.22 und D68.25 aus dem ICD-Katalog 2013 der Krankheit 19 "Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen" in die bestehende DxG232.	Der DxG232 "Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen" ist bereits der Viersteller ICD D68.2 zugeordnet.

3.25	092	391	I48.2, I48.3, I48.4, I48.9	Einsortierung der neuen ICDs aus dem ICD-Katalog 2013 der Krankheit 50 in die bestehende DxG391.	Der DxG391 "Vorhoffarrhythmie" ist bereits der Viersteller ICD I48.1 "Vorhofflimmern" zugeordnet. Eine Einsortierung der durch den ICD-Katalog 2013 neu eingeführten Diagnosen I48.2, I48.3, I48.4 und I48.9 in die DxG391 wird daher empfohlen.
3.26	164	685	K91.81, K91.82, K92.83	Einsortierung der neuen ICDs zu Anastomoseninsuffizienzen aus dem ICD-Katalog 2013 der Krankheit 79 in die bestehende DxG685.	Anastomoseninsuffizienzen können operationstechnische Ursachen haben oder bakteriell bedingt sein (z.B. nach Operationen am Magen-Darm-Trakt). In den meisten Fällen ist eine rasche operative Revision erforderlich. In seltenen Fällen kann bei einer Anastomoseninsuffizienz auch abwartend vorgegangen werden. Dies ist jedoch vom klinischen Zustand des Patienten abhängig. Aus diesem Grund empfehlen wir als Aufgreifkriterium "stationär erforderlich". Die Diagnosen K91.81, K91.82 und K91.83 zur "Insuffizienzen von Anastomosen ..." können daher der bestehenden DxG685 "Komplikationen am Nervensystem / am Herzen / am respiratorischen System / an der Leber / an der Niere / andere Komplikationen von Eingriffen" mit diesem Aufgreifkriterium zugeordnet werden. Eine Überprüfung dieser Einsortierung sollte bei Vorliegen entsprechender Daten für das Jahr 2013 erneut erfolgen.
3.27	177	751		Aufteilung der DXG751 nach Schweregraden	In der DXG751 sind eine Vielzahl von ICD-Codes zusammengefasst, die sich hinsichtlich des Schweregrades und Art des Krankheitsgeschehens deutlich unterscheiden. Die ICD-Codes beschreiben beispielsweise unterschiedliche Stadien der akuten Graft-versus-Host-Krankheit, die zwingend einer stationären Behandlung bedürfen. Wir schlagen eine Analyse der Kostenhomogenität der HMG177 auf Ebene von ICD-Codes und ggf. Verschiebung/Neuzuordnung vor, um die Zielgenauigkeit des Modells zu verbessern.
4 Sonstiges					
			Vorschlag		Begründung / Problembeschreibung
4.1	Verwendung der Vollerhebung zur differenzierteren Bildung von Kostenerstattergruppen			Die Änderungen im Rahmen der Festlegung 2014 können vom BVA auf Grundlage der Vollerhebung analysiert werden. (Spätestens) hierdurch wird eine alters- und geschlechtsspezifische Ermittlung des Kostenerstatter- Zuschlags möglich. Eine alters- und geschlechtsspezifische Ermittlung der Zuschläge war im letzten Jahr am Einspruch des GKV-SV gescheitert. Dieser hatte aber ausgeführt, dass sich dieses Ergebnis bei Vorliegen überzeugender Ergebnisse durch die Vollerhebung ändern könne. Wir bitten darum, die notwendigen Analysen auf Basis der Vollerhebung durchzuführen, damit auf deren Basis ein Einvernehmen zwischen BVA und GKV-SV erzielt werden kann.	

4.2	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 einer HMG mit dem Kriterium "stationär erforderlich" ist ausgeschlossen.	Die BARMER GEK hält an ihrem Vorschlag aus der Anhörung für das Ausgleichsjahr 2013 fest, vgl. hierzu Punkt 4.3 der Stellungnahme vom 05.04.2012.