

**Vorschläge der BARMER**  
**zur Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells**  
**im Morbi-RSA für den Jahresausgleich 2010**

– 15. April 2009 –

**Vorbemerkung**

Nach § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt (BVA) das Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2010 bis zum 30. September 2009 festzulegen. Zur Vorbereitung dieser Festlegungen für das Versichertenklassifikationsmodell werden nachfolgend differenzierte Vorschläge zur Gruppierungslogik, zur Anpassung der Gruppierungssystematik und insbesondere zur Verringerung der Manipulationsanfälligkeit unterbreitet. Die Vorschläge unter Nr. 1 sind so gewählt, dass sie in einer Übergangszeit bis zur Implementierung einheitlicher Kodierrichtlinien das Missbrauchsrisiko durch sog. „Right- bzw. Upcoding“-Maßnahmen vermindern und gleichzeitig Zielgenauigkeit und Transparenz des gewählten Basismodells erhöhen oder zumindest nicht beeinträchtigen. Die Vorschläge unter Nr. 2 bis 4 erweitern dies um aus medizinischer Sicht notwendige Anpassungen der Aufgreifkriterien bzw. des Klassifikationsverfahrens.

**1.) Verringerung der Anfälligkeit des morbiditätsorientierten RSA (MRSA) für „Diagnoseoptimierungen“**

**§ Rightcoding und Upcoding**

Die letzten sechs Monate standen sehr stark im Zeichen der Diskussion um von einzelnen Krankenkassen initiierte Maßnahmen zur (ambulanten) Diagnoseoptimierung. Aus Systemsicht sind solche Ansätze, gleichgültig ob es sich um „Right“coding, d.h. den Versuch handelt, insbesondere un- oder fehlcodierte Diagnosefeststellungen zu korrigieren oder „Up“coding, d.h. um die Übertreibung von Diagnosefeststellungen handelt, gleichermaßen schädlich. Denn beide sind darauf gerichtet, die heutige Kodierpraxis nicht insgesamt, sondern gezielt zum eigenen Vorteil zu verschieben.

**§ Grundsatzposition der BARMER zu Rightcoding und Upcoding**

**Die BARMER folgt dem Grundsatz, dass eine dauerhafte und sachdienliche Lösung dieses für die Stabilität des MRSA herausragenden Problems nur in der konsequenten und zeitnahen Einführung einheitlicher Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich liegen kann.**

Diese Kodierrichtlinien werden zur Zeit vom Institut des Bewertungsausschusses (InBa) entwickelt, die Arbeiten stehen nach unserer Kenntnis kurz vor dem Abschluss. Durch ihre Implementierung können formale Fehler bei der Kodierung durch ambulant tätige Ärzte reduziert, Rechtssicherheit hergestellt und Zuwiderhandlungen mit Sanktionen belegt werden. Durch verbindliche Kodierrichtlinien wird si-

chergestellt, dass in allen Bundesländern, bei allen Arztgruppen und für die Versicherten aller Krankenkassen bei gleichem Gesundheitszustand auch identische Diagnosen gestellt werden. Sollte die Einführung innerhalb der Selbstverwaltung nicht fristgerecht erfolgen, fordern wir den Gesetzgeber auf, mittels geeigneter Maßnahmen die Implementierung in jedem Fall sicherzustellen.

## § **Übergangsmaßnahmen zur Stabilisierung des MRSA**

Auch bei optimaler Umsetzung der weiteren Arbeiten zur Umsetzung der Kodierrichtlinien ist deren Einführung nicht vor dem 01.01.2010 vorgesehen. Aufgrund der prospektiven Ausrichtung des bestehenden MRSA sind damit die für das Ausgleichsverfahren 2010 relevanten ambulanten Diagnosen jedoch die des Jahres 2009, für deren Erstellung die zukünftigen Kodierrichtlinien noch keine Wirkung entfalten. Für diese Phase bedarf es aus Sicht der BARMER ergänzender Maßnahmen zur Verminderung der Anreize zu Rightcoding und Upcoding.

Hierbei begrüßen wir ausdrücklich die Ankündigung des BVA, gegen entsprechendes Kassenhandeln massiv und finanzwirksam vorzugehen. Es ist dabei selbstverständlich, dass dem Amt für dieses Handeln auch die notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden müssen. Der zur Novelle des AMG vorgeschlagene neue Paragraph 273 SGB V wird daher ebenfalls ausdrücklich begrüßt.

Neben einer solchen natürlich dauerhaften Erhöhung des Aufsichtsdrucks schlagen wir begrenzt auf die Zeit bis zur vollständigen Implementierung einheitlicher Kodierrichtlinien flankierende Maßnahmen zur Verringerung der betriebswirtschaftlichen Anreize zu Rightcoding und Upcoding vor. Hierbei handelt es sich insbesondere um eine zeitweise stärkere Berücksichtigung von Arzneimitteln im MRSA.

Dabei ist zunächst festzustellen, dass die Möglichkeit Morbiditätseinstufungen von nachgewiesenen Arzneimittelverordnungen abhängig zu machen, im bestehenden MRSA nicht übermäßig groß ist, da dieser in der Fassung des WSG auf 80 Krankheiten begrenzt wurde. Diagnosen können Krankheiten zugeordnet werden, eine große Vielzahl von Arzneimitteln hingegen nicht. Arzneimittel lösen bestimmte chemische Prozesse im menschlichen Körper aus, von denen viele zur Behandlung mehrerer Krankheiten geeignet sind. Tatsächlich sind bestehende Arzneimittelgrupper nach Wirkstoffgruppen und nicht etwa nach Indikationsgebieten, Krankheiten o.ä. strukturiert.

Würden in einem arzneimittelbasierten Modell nur solche Arzneimittel verwendet, die einen eindeutigen Rückschluss auf eine Krankheit erlauben, würde die Erklärungskraft des Verfahrens für den ambulanten Bereich um über 90 % zurückgehen. Ergebnis wäre ein Klassifikationsverfahren, das fast ausschließlich stationäre Behandlungsanlässe „bezahlt“ und damit in grober Weise gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot aus § 268 Abs.1 Nr. 4 SGB V verstoßen würde.

Auch übergangsweise scheidet daher eine vollständige oder auch nur sehr weitgehende Umstellung der ambulanten Seite des BVA- Verfahrens auf Arzneimittel aus. Sie ist allerdings auch gar nicht erforderlich. Right- wie Upcoding- Aktivitäten kosten Geld, zumindest Verwaltungsaufwand, häufig ver-

steckte oder offene Kodierhonorare, ggf. auch die Mehrkosten überteuerter Vertragsabschlüsse. Zur Verringerung der Diagnoseoptimierungs- Anreize reicht es daher aus, sichtbar das Risiko zu erhöhen, dass eine Optimierungsmaßnahme deswegen, weil sich bis zu ihrem „Auszahlungsdatum“ das Regelwerk verändert hat, keinen Ertrag erbringt.

Hierzu wiederum kann eine verstärkte Berücksichtigung von Arzneimitteln erheblich beitragen. Ergänzt werden diese Vorschläge noch durch einen Vorschlag zum Umgang mit nachgewiesenen Dialysesachkosten und durch Vorschläge für Maßnahmen zur stärkeren Hierarchisierung.

Auch die Summe der vorgeschlagenen Verfahrensänderungen wird erheblichen Raum für Optimierungsaktivitäten lassen und es wird nicht jeder Ertrag bereits erfolgter Aktivitäten entfallen. Gleichwohl verschlechtert sich die Ausgaben-/Ertragskombination rückwirkend. Das Risiko von Optimierungsaktivitäten erhöht sich erheblich.

## **1.1.) Maßnahmen zur stärkeren Berücksichtigung von Arzneimitteln im MRSA- Verfahren**

### **1.1.1.) Vorschläge**

Wo eine eindeutige Beziehung zwischen dem Arzneimittel und der Morbiditätsgruppe (im folgenden auch HMG) existiert, andere oder auch alle Diagnosen der HMG aber auch mit anderen Arzneimitteln behandelt werden können, schlagen wir vor, die nachweisliche Verordnung von mindestens 183 DDD des eindeutig der Gruppe zuordenbaren Arzneimittels der Erfüllung der bisherigen Voraussetzungen für das ambulante Auslösen der Zuordnung zur Morbiditätsgruppe gleichzustellen.

Die Berücksichtigung stationärer Diagnosen wird nicht geändert.

Bei HMG, die in keine gestuften Hierarchien eingebunden sind, sind z.B. folgende ergänzende Zuordnungen denkbar:

<b>HMG</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Arzneimittel</b>
1	HIV / Aids	Wirkstoffe der HAART- Therapie
67	ALS (u.a.)	Rilutec (Riluzol)

Bei hierarchisch eingebundenen HMG ist die ergänzende Berücksichtigung von Arzneimitteln schwieriger. In jedem Fall kann die ergänzende Berücksichtigung für die jeweils hierarchisch niedrigste Gruppe gelten. In einzelnen Fällen ist auch die Berücksichtigung in einer konkreten höheren Hierarchiegruppe medizinisch zwingend begründbar (z.B. bei Acamprosat, s.u.) und damit auch im Klassifizierungsverfahren möglich. Denkbar sind z.B.:

HMG	Bezeichnung	Arzneimittel
19	Komplikationslose Diabetes	Insuline
21/23	Lysosomale Speicherkrankheiten <sup>1</sup> (u.a.)	Enzymersatztherapie
42	Postmenopausale Osteoporose	Zoledronsäure (Aclasta®) <sup>2</sup>
52 <sup>3</sup>	Alkoholabhängigkeit (u.a.)	Acamprosate

### 1.1.2.) Voraussichtliche Wirkung der Vorschläge

Die Vorschläge unter 1.1.1. erhöhen die Zahl der Versicherten, die einer HMG zugeordnet wird, da eine zusätzliche Möglichkeit geschaffen wird, sich für die Gruppe zu „qualifizieren“. Im Fall des Riluzols z.B. erhöht sich die Besetzung der HMG 66 2007 auf Grundlage der Morbiditätsdaten 2006 um ca. 2 %. Die Durchschnittsausgaben dieser Gruppe in 2007 bleiben bis auf etwa ein Promille gleich. Die über das Kriterium „mindestens 183 DDD Riluzol“ gefundenen zusätzlichen Versicherten sind daher homogen zu den mit dem bisherigen Algorithmus bereits identifizierten. Damit werden die Manipulationsanreize des MRSA vermindert, ohne die Zielgenauigkeit des Verfahrens zu vermindern.

### 1.1.3.) Ergänzung: Einführung eines Arzneimittel- Zuordnungskriteriums für „teure“ HMG

Wir schlagen darüber hinaus vor, dauerhaft auch verschiedene bereits heute mit relativ hohen Zuschlägen verbundene HMG mit einem zusätzlichen Arzneimittel- Zuordnungskriterium zu verbinden, wenn die Therapie mit diesem Arzneimittel von besonderer Wichtigkeit für das von den betroffenen Versicherten ausgehende Kostenrisiko ist, denkbar sind z.B.:

HMG	Bezeichnung	Arzneimittel
43	Hämophilie	Faktor VIII / IX- Präparate
72	Multiple Sklerose	Basistherapie: Immunmodulatoren und Immunsuppressiva Schubtherapie: Glucocorticoide insb. Methylprednisolon

Diese Maßnahme dient nicht nur der kurzfristigen Verminderung von Anreizen zur vorsätzlichen Fehlkodierung, da die zweimalige Angabe der Diagnose zur Zuordnung des Zuschlags nicht mehr ausreicht. Sie erhöht vielmehr insbesondere auch die Zielgenauigkeit des MRSA, wir schlagen ihre Umsetzung daher wie ausgeführt auf Dauer vor.

So sinkt z.B. in der HMG 43: Hämophilie die Gruppenbesetzung um ca. 58 %. Bei zeitgleicher Betrachtung (eine andere ist uns in diesem Fall zur Zeit leider nicht möglich<sup>4</sup>) sinken die von diesen Ver-

<sup>1</sup> Morbus Gaucher und Morbus Fabry gehören zur HMG21, Morbus Pompe noch zur HMG23, obwohl die betriebswirtschaftliche Zuordnung zur hierarchisch höherwertigen HMG21 seit Einführung von Myozyme korrekter wäre (s.u. Nr. 3.2.4).

<sup>2</sup> Dieser Vorschlag ist auch unter Berücksichtigung des medizinisch-pharmakologischen Fortschritts sinnvoll, (s.u. Nr. 4.2).

<sup>3</sup> Acamprosate dient zur Milderung von Entzugserscheinungen bei Alkoholabhängigkeit (sog. „Craving“). Seine Verordnung wäre mit einer Zuordnung zur niedrigsten Gruppe der Hierarchie 10 (Alkohol- und Drogenabhängigkeit ohne Abhängigkeitssyndrom) nicht vereinbar.

sicherten verursachten Gesamtausgaben hingegen nur um 3 % (!). Die Leistungsausgaben derjenigen Menschen, die der HMG 43 „nur“ über ambulante Diagnosen zugeordnet wurden sind mit denen derjenigen Menschen, die die entsprechenden Arzneimittel aufweisen in keiner Weise vergleichbar. Tatsächlich liegen die Durchschnittsausgaben der einen Gruppe beim 27-fachen der anderen. Die Leistungsausgaben der „nur“ über ambulante Diagnosen identifizierten Hämophiliekranken werden durch die anderen für sie auftretenden Zuschläge weitgehend abgedeckt, die Zuordnung des sehr hohen Zuschlages der HMG 43 erscheint völlig überflüssig.

## **1.2.) Berücksichtigung nachgewiesener Dialysesachkosten**

### **1.2.1.) Diagnosen bei der Dialyse – Analyse**

Im bestehenden MRSA- Verfahren wird eine Gruppe von Diagnosen berücksichtigt, die tatsächlich keine Krankheit feststellen, sondern deren Behandlung durch konkrete medizinische Prozeduren beschreibt. Diese steht im Zentrum bekannt gewordener Rightcoding- Aktivitäten. Es handelt sich um die Diagnosen Z49.0 bis Z49.2 (im folgenden Z49.X) sowie Z99.2. Diese Diagnose führt zusammen mit bestimmten Arzneimitteln in die mit über 48.000 € bewertete HMG130 (Dialysestatus, Relativgewichte zum 1. Grundlagenbescheid).

Bei 47 % aller Versicherten, für die ambulante Dialyseleistungen nachweisbar sind, liegt die Zahl der dokumentierten Dialysequartale unterhalb der Zahl der abgerechneten Quartale. Bei über 36 % liegt keine einzige von den oben genannten ambulanten Diagnosen vor.

Da die Betroffenen häufig auch stationär behandelt und damit auch zeitweise stationär dialysiert werden müssen, reduziert sich der Anteil derjenigen, bei denen ausschließlich das Fehlen der Diagnosen Z49.X oder Z99.2 zum Nichterreichen der HMG130 führt, auf etwa 10 % aller ambulant Dialysierten. Gleichwohl ist der Anreiz, die fehlenden Diagnosen „nach zu beschaffen“ extrem hoch, denn die Differenz zwischen der Bewertung der HMG130 und der HMG131 (Nierenversagen), welche die meisten der schlecht dokumentierten Dialysepatienten erreichen, liegt bei ca. 46.700 € p.a.

Es ist zwar davon auszugehen, dass der Zuweisungsbetrag der HMG131 aufgrund der falsch zugeordneten Dialysepatienten überhöht ausgewiesen wird, ein Anreiz diagnoseoptimierende Maßnahmen im Zusammenhang mit der HMG130 zu unterlassen ist dies aber gerade nicht.

### **1.2.2.) Diagnosen bei der Dialyse – Vorschlag**

Die Abrechnung der Dialysesachleistungen findet in der Regel über den Einzelfallnachweis der kassenärztlichen Vereinigungen statt. Seit ihrer Berücksichtigung im Risikopool erfolgt ein separater Ausweis.

---

<sup>4</sup> Faktor VIII / IX-I Präparate werden bei der BARMER erst seit 2007 vollständig mit der zugehörigen Handels- PZN statt mit einer sog. Pseudo- PZN erfasst.

Wir schlagen vor, eine Zuordnung zur HMG130 – neben dem Vorliegen einer stationären Diagnose nach heutigem Muster – dann vorzunehmen, wenn Dialysesachleistungen in mindestens zwei Quartalen nachgewiesen werden können, ambulante Diagnosen bleiben außer Betracht. Das Kennzeichen „extrakorporale Blutreinigungsverfahren“ in der Satzart 100 wäre entsprechend anzupassen. Zur Vermeidung von Verwässerung sollte die Arzneimittelhürde zur DXG 536 erhalten bleiben.

Die hierdurch zusätzlich in die HMG130 aufgenommenen Versicherten sind hinsichtlich ihrer prospektiven Leistungsausgaben mit dem bisherigen Bestand völlig vergleichbar, der Vorschlag vermindert daher die Manipulationsanreize im MRSA ohne die Zielgenauigkeit des Verfahrens zu vermindern.

### **1.3.) Maßnahmen zur stärkeren Hierarchisierung im MRSA- Verfahren**

#### **1.3.1.) Analyse**

Im bestehenden RSA wird die Relation zwischen prospektiv ermittelten Zuweisungen und tatsächlichen Leistungsausgaben bei steigender Anzahl zugerechneter HMG schlechter. Sie sinkt jedoch erst beim morbidesten Promille der Versicherten sehr deutlich unter 90 %. Insgesamt unterschätzt die additive Zuordnung von Zuschlägen im MRSA das tatsächliche Kostenrisiko, jedoch in einem insbesondere im Verhältnis zum RSA vor 2009 vertretbaren Rahmen.

Was insgesamt gilt, gilt jedoch nicht zwangsläufig auch für jede einzelne der in 25 Hierarchien angeordneten 106 HMG. In der mit sechs verschiedenen Strängen (und damit maximal sechs gleichzeitig zugeordneten Zuschlägen) besonders breiten Hierarchie der Herzerkrankungen haben wir hingegen festgestellt, dass einzelne Arzneimittel zwar eigentlich nur für die Krankheitszustände aus einzelnen Hierarchiesträngen taugen (Digitoxin z.B. für Herzinsuffizienz und Arrhythmien (HMG80 bzw. HMG92)), gerade diese Gruppen jedoch in vielen Fällen gar nicht angegeben sind, sondern andere Gruppen aus der genannten Gesamthierarchie (beim Digitoxin ca. 20 %). Dabei ist durchaus nicht von einer Fehlkodierung auszugehen, sondern davon, dass in einem so engen anatomischen Raum die Dokumentation weiterer – klinisch durchaus unterschiedlicher - Krankheiten unterlassen wird, wenn das Grundproblem „Herzkrankheit“ bereits in einer anderen Diagnose erfasst ist.

Tatsächlich dreht sich der für den Gesamt- MRSA ermittelte Effekt im Bereich der Herzkrankheiten genau um, d.h. Versicherte mit mehr als einer Zuordnung im Bereich Herz verursachen im Regelfall höhere Kosten im Folgejahr als solche mit nur einer Zuordnung, die Mehrkosten sind jedoch deutlich geringer als die aufgrund der Mehrfachzuweisung erhöhten Zuschläge.

Im Bereich „Herz“ gibt es daher ein erhöhtes Potenzial von Unterkodierung, das sich durch diagnoseoptimierende Maßnahmen, welche auf eine beschränkte Anzahl von (Fach-)ärzten begrenzt werden können, kassenindividuell nutzen lässt.

### **1.3.2.) Vorschlag**

Um solchen Optimierungsmaßnahmen den Boden zu entziehen, schlagen wir vor, für jede der 25 Hierarchien mit mehr als einem Strang und nicht völlig voneinander unterschiedlichen Krankheitsbildern den Zusammenhang zwischen der Anzahl der HMG- Zuordnungen und der Abdeckung der Leistungsausgaben des Folgejahres durch die Zuschläge zu untersuchen.

Wo sich feststellen lässt, dass eine Mehrzahl von hierarchieinternen Zuordnungen tendenziell den Deckungsgrad des Folgejahres verbessert, sollte geprüft werden, Hierarchiestränge miteinander zu vereinigen, im Fall der Hierarchie der Herzkrankheiten z.B. die HMG86, HMG80 und HMG92 als ergänzende Komplikation in die verbleibenden Hierarchieebenen einzubringen. Die Abbildung einer größeren Zahl von Morbiditätsgruppen ist dann zwar immer noch lohnend, aber nur noch in Höhe der voraussichtlich deutlich geringeren Bewertungsdifferenz innerhalb der neuen Hierarchie.

## **2.) Weitere Änderungen an den Aufgreifkriterien aus medizinischer Sicht**

### **2.1.) DxG 332 und DxG 401**

Bei folgenden DxG empfiehlt sich eine Änderung der Aufgreifkriterien:

DxG 332: Koma, nicht-traumatisch

Diese Erkrankung erfordert zwingend eine stationäre Behandlung. Sie sollte daher ausschließlich durch Vorliegen einer stationären Diagnose ausgelöst werden können.

DxG 401: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht näher bezeichnet

Diese Erkrankung erfordert nicht zwingend eine stationäre Behandlung. Sie wird häufig und unter hohen Folgekosten ambulant behandelt. Sie sollte daher auch bei alleinigem Vorliegen ambulanter Diagnosen berücksichtigt werden.

### **2.2.) DxG 569 und DxG 201**

Bei der DxG 569: Bei Erkrankungen der Menopause und Postmenopause werden nur Versicherte mit postmenopausaler Osteoporose erfasst. Die erforderlichen Arzneimittel beschränken sich auf Medikamente der Hormonersatztherapie. Wir empfehlen, die Arzneimittel, die bei der DxG 201: Osteoporose genannt sind, für die DxG 569 zu übernehmen, da die verkürzte Liste der DxG 569 nicht den Behandlungsleitlinien entspricht.

### **2.3.) DxG 244, DxG 245, DxG 248 und DxG 249**

Die HMG 049: „Demenzerkrankungen“ erfordert in den DxG 244: Unkomplizierte / nicht näher bezeichnete Demenz, DxG 245: Demenz mit Delir, DxG 248: Demenz bei anderen Erkrankungen und

bei hirnorganischem Psychosyndrom und DxG 249: Degenerative Hirnerkrankungen / Morbus Alzheimer die Verordnung von 183 Tagesdosen Antidementiva. Diese Anforderung ist nicht sachgerecht. Die Behandlung erfolgt mit Cholinesterasehemmern oder nicht- cholinergen Therapieansätzen wie Memantine. Bei beiden Therapieoptionen zwingen die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und das Nebenwirkungsspektrum häufig zu einem Therapieabbruch. Darüber hinaus ist ein Erfolg der antidementiven Therapie nicht in jedem Fall gegeben. Zeigt sich nach 3 Monaten antidementiver Therapie keine wesentliche Wirksamkeit für Patienten, sollte nach aktuellem Wissensstand die Therapie beendet werden. Außerdem ist nachgewiesen, dass die Medikamente in der Regel etwa fünf bis zehn Monate lang das Fortschreiten der Erkrankung verzögern können. Nach dieser Zeit nimmt die geistige Leistungsfähigkeit in ähnlicher Weise ab wie bei unbehandelten Patienten, so dass auch in diesem Fall die Therapie unter Umständen beendet werden kann.

### **3.) Änderungen an der Zuordnung von DxG zu HMG aus medizinischer Sicht**

#### **3.1.) Multiple Komplikationen bei Diabetes**

In der HMG 19: Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen werden DxG, die einen zur Zeit noch komplikationsfreien Diabetes mellitus beschreiben und DxG, die ein Erkrankungsstadium mit bereits multiplen Komplikationen abbilden, zusammengefasst. Der Diabetes mellitus ist eine Erkrankung, bei der mit zunehmender Erkrankungsdauer nicht nur die erforderliche Medikation zunimmt, sondern auch die Anzahl der Komplikationen. Auch bei bewusster Lebensführung und optimaler medizinischer Betreuung sind Komplikationen im Sinne von Begleiterkrankungen nicht auszuschließen.

Die Versicherten in den DxG 112 und 113: Diabetes mellitus Typ 1 und 2 mit multiplen und nicht näher bezeichneten Komplikationen zeichnen sich dabei durch wesentlich höhere Durchschnittskosten aus, die im derzeitigen Klassifikationsmodell nicht ausreichend abgebildet werden. Die Analyse der Versicherten und ihrer Durchschnittskosten zeigt, dass es sich nicht um unspezifische Kodierung handelt. Wir empfehlen daher, die DxG 112 und 113 zu einer neuen HMG zusammenzufassen.

Alternative: Innerhalb der DxG 112 und 113 befinden sich Diagnosen, die auf .7 (Hinweis auf multiple Komplikationen) enden und solche, die auf .8 enden (Hinweis auf nicht näher bezeichnete Komplikationen). Sinnvoll scheint eine Prüfung, beide DxG nach der letzten Stelle zu trennen und die Versicherten mit multiplen Komplikationen einer eigenen HMG zuzuordnen.

#### **3.2.) Weitere Ergebnisse der Analyse der Durchschnittskosten je DxG:**

##### **3.2.1.) HMG 044: Myelodysplastisches Syndrom und andere schwerwiegende hämatologische Erkrankungen**



Die Versicherten in der DxG 224: Aplastische Anämie weisen wesentlich höhere Durchschnittskosten auf als die Versicherten der drei anderen, beteiligten DxG. Die kostenintensive allogene Stammzelltransplantation stellt derzeit die effektivste Therapie bei dieser Anämieform dar. Sie ist aber keine Behandlungsoption bei den beiden anderen DxG. Wir schlagen daher die Bildung einer neuen HMG, bestehend aus der DxG 224 vor.

### **3.2.2.) HMG 055: Bipolare affektive Störungen, Anorexia nervosa, Bulimie**

Die Zusammenfassung der Erkrankungen DxG 263: Bipolare affektive Störungen und DxG 275: Anorexia nervosa bzw. Bulimie zu einer HMG scheint aus medizinischer Sicht nicht zielführend. Zu den affektiven Störungen zählen auch die bipolaren Formen. Die Essstörungen stellen aber eine eigene Entität von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren dar. Essstörungen begleiten bipolare Erkrankungen als Komorbidität, sind aber eigenständige Erkrankungen. Da sich außerdem die Durchschnittskosten erheblich unterscheiden, empfehlen wir eine Trennung in zwei HMG.

### **3.2.3.) HMG 067, 068 und 069**

Die oben genannten HMG beschreiben Lähmungen, Rückenmarkverletzungen und Rückenmarkserkrankungen. Sie enthalten sowohl progressive Erkrankungen wie ALS, als auch traumatische Läsionen. Außerdem sind vollständige und inkomplette Beeinträchtigungen erfasst. Die Durchschnittskosten der DxG innerhalb jeder der drei HMG variieren sehr stark um bis zu 600%. Wir regen daher an, die beteiligten DxG neu zu HMG zusammenzufassen. Dabei sollte der ausgelöste Behandlungsbedarf im Vordergrund stehen.

### **3.2.4.) HMG 021**

In der HMG 021: Sehr schwere Stoffwechselstörungen sind die DxG 124: Näher bezeichnete Sphingolipidosen, DxG 137: Andere und nicht näher bezeichnete Störungen des Stoffwechsel der Plasmaproteine und DxG 118: Hypopituitarismus inkl. hypophysärem Kleinwuchs zusammengefasst. Die DxG 124 enthält unter Anderem Versicherte mit Morbus Gaucher und Morbus Fabry, deren Durchschnittskosten die der Versicherten in der anderen DxG um ein Vielfaches überschreiten. Um adäquate Zuweisungen für diese Betroffenen zu gewährleisten, empfehlen wir aus der DxG 124 eine gesonderte HMG zu bilden. Seit der Einführung von Myozyme würde auch Morbus Pompe, gegenwärtig in HMG 23, betriebswirtschaftlich besser in diese neu gebildete HMG passen.

## **4.) Weitere Änderungen am Klassifikationssystem**

### **4.1.) Unzureichende Abbildung von Langzeit-Krankenhauspatienten**

Eine Untersuchung der Versicherten, deren Leistungsausgaben ihre Zuweisungen in sehr hohem Maß überschreiten, offenbart ein Problem, das dann auftritt, wenn Versicherte für sehr lange Zeit Krankenhauspatienten sind.

Hierzu ein Beispiel:

Eine Versicherte wurde vom 1.11.2005 bis zum 28.2.2007 mit der Diagnose Komplette Querschnittsverletzung des zervikalen Rückenmarkes stationär behandelt. Aufgrund des stationären Aufenthalts in ganz 2006 hat die Versicherte in diesem Jahr keine ambulanten Diagnosen, die stationären Diagnosen gelten für das Jahr 2007 und lösen einen Zuschlag in 2008 in Höhe von 11.500 Euro aus. In 2007 erhält die Krankenkasse für die Versicherte keinen Morbiditätszuschlag, hat allerdings Kosten der 16-monatigen Behandlung zu tragen.

Wir bitten daher um eine Prüfung, ob bei Patienten, die beispielsweise mehr als 365 Tage stationär behandelt wurden, eine Sonderregelung eingeführt werden kann, die es erlaubt, Krankenhausdiagnosen für mehr als ein Kalenderjahr zu berücksichtigen.

#### **4.2.) Abbildung medizinisch- pharmakologischen Fortschritts**

Die GKV-Versicherten sollen kontinuierlich am medizinisch- technischen und medizinisch-pharmakologischen Fortschritt teilhaben. Das Klassifikationsmodell sieht zur Validierung das Vorhandensein von mindestens zwei Diagnosequartalen der jeweiligen chronischen Krankheit vor. Zunehmend werden von der Pharmaindustrie jedoch Depot-Medikamente entwickelt, die ihre Wirkung nach einer einmaligen Einnahme lang anhaltend (bis zu einem Jahr) entfalten, so dass bei Therapieerfolg in der Zwischenzeit keine Behandlungsnotwendigkeit besteht.

So stellt beispielsweise die an komplizierte Einnahmenvorschriften gebundene tägliche, wöchentliche oder monatliche Einnahme von Bisphosphonaten in Tablettenform für die Patientinnen einer postmenopausalen Osteoporose (DxG 569, HMG 42) eine besondere Herausforderung dar. Vor diesem Hintergrund ist das lang anhaltende Depot-Medikament Aclasta®, das nur einmal jährlich infundiert werden muss, ein großer Fortschritt für die Patienten. Bei der Anwendung von Aclasta® kann jedoch in vielen Fällen das M2Q- Kriterium nicht erfüllt werden, so dass der Zuschlag entfällt.

Neben dem unter 1.1.1 dargestellten Vorschlag, die Gabe von Aclasta® dem Vorhandensein von zwei Diagnosequartalen gleichzustellen schlägt die BARMER daher vor, dieses Verfahren auch für weitere Depot-Medikamente zu prüfen.