

Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell 2013

Vorschläge eingebracht durch

Institution:

Ansprechpartner:

AOK-Bundesverband
Herr Dr. Schillinger, Herr Paulus
Ausfüllanleitung: Ein Vorschlag pro Zeile und bei Bedarf weitere Zeilen im entsprechenden Themenblock einfügen.

1 Allgemeines Aufgreifkriterien

Vorschlag

Begründung / Problembeschreibung

- | | | |
|-----|--|--|
| 1.1 | <p>Bildung eigenständiger, Arzneimittelbasierter HMG-Zuschläge zur Scheregraddifferenzierung</p> | <p>BVA-Analysen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells 2012 zeigen, dass die Schweregraddifferenzierung mittels eigener Arzneimittelzuschläge z. T. zu sehr deutlichen Verbesserungen der Modellgüte führt. Zuschlägen durch Arzneimittel werden bislang abgelehnt, da dies zu einem Anreiz für eine Übermedikamentation der Patienten führen könne. Dem ist zu entgegen, dass die Verordnung von Arzneimitteln ausschließlich Vertragsärzten vorbehalten ist, für die durch den Morbi-RSA keinerlei finanzielle Anreize bestehen. Insbesondere bei solchen Medikamenten, die bei schweren Verlaufsformen eingesetzt werden und die aufgrund der potentiellen Nebenwirkungen eine gewissenhafte Indikationsstellung erfordern, ist eine deutliche Verbesserung der Schweregraddifferenzierung möglich, ohne dass ein Risiko für eine nicht indizierte Arzneimitteltherapie besteht. Eine nicht indizierte Verschreibung durch den Arzt müsste hingegen als Körperverletzung gewertet werden. Zugleich ist der verordnende Arzt auch in Bezug auf die Arzneimittelrichtgrößen aus eigenen ökonomischen Interessen bemüht, keine nicht indizierten Arzneimittel zu verordnen (Arzneimittelregresse!). Selbst wenn die Krankenkassen einen Einfluss auf das Arzneimittelverordnungsverhalten von Ärzten hätten, käme es durch die prospektive Ausgestaltung des Morbi-RSA nicht zu einer vollständigen Erstattung der nicht indizierten Medikamente durch den RSA. Deshalb sollen ausdrücklich auch eigene Arzneimittelzuschläge für die Versichertenklassifikation berücksichtigt werden</p> |
|-----|--|--|

1.2	Berücksichtigung von Entgeltschlüsseln, EBM-Ziffern bzw. OPS für das Versichertenklassifikationsmodell	Diese Informationen könnten sinnvoller Weise im Bereich der psychischen Krankheiten für eine Diagnosevalidierung durch eine erfolgte Psychotherapie verwendet werden. Unter Verwendung entsprechende Informationen zusätzlich auch aus dem stationären Bereich können Morbi-RSA relevante Erkrankungen genauer identifiziert werden (z. B. Versorgung von Hämophilie-Patienten, vgl. Frage 17 des GKV-SV-Fragenkatalog. Hier wird eine gesonderte Berücksichtigung im Rahmen der Anpassung der Klassifikationsmodells vorgeschlagen).
1.3	Verwendung der Z-Kodes [sowie ggf. die EBM-Ziffern, s. 1.2] für eine Schweregraddifferenzierung bei Strahlen- und Chemotherapie im Sinne der BVA-Vorschlags im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Klassifikationsmodell 2011.	vgl. BVA-Erläuterungen zur Anhörung Klassifikationsmodell 2011, 30.9.2010, S. 49. Es ist davon auszugehen, dass die Diagnosequalität zwischenzeitlich verbessert ist (vgl. hierzu auch die Ausführungen des BVA im Rahmen der Erläuterungen zur Krankheitsauswahl, 9.3.2012, S. 65, wobei im betrachteten Fall von einer positiven Qualitätsentwicklung der Z-Diagnose ausgegangen wird).
1.4		
2 Berechnungsverfahren Vorschlag Begründung / Problembeschreibung		

2.1	keine Differenzierung von sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben (vgl. unsere Schreiben vom zuletzt 1.4.2011 und 2.9.2011)	<p>Die 2010 ohne empirische Validierung eingeführte Unterscheidung der sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben von den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im Berechnungsverfahren steht im Widerspruch zu den Vorgaben des § 266 SGB V i. V. m. § 4 RSAV, die eine solche Unterscheidung nicht vorsehen, sondern vielmehr eine einheitliche Berücksichtigung aller Leistungsausgaben mit Ausnahme der Leistungsausgaben für Krankengeld, den auf DMP entfallenden Anteil berücksichtigungsfähiger Leistungsausgaben sowie die Leistungen nach ISchGKVLV (Pandemieausgaben). Diese Ausnahmen hat der Verordnungsgeber entsprechend gesetzlich fixiert. Da eine gesetzliche Fixierung der Abgrenzung der sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben auch im Rahmen der seit September 2009 vorgenommenen Anpassungen an der RSAV nicht nachgeholt wurde, kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die vorgenommene Abgrenzung sich mit Sinn und Zweck der RSAV in Einklang bringen lässt. Das Beispiel der RSAV-Änderung in Verbindung mit den Leistungen des ISchGKVLV zeigt, dass Leistungsausgaben, für die kein Morbiditätsbezug anzunehmen ist bzw. angenommen werden soll, nur über eine entsprechende rechtliche Regelung gesondert im Zuweisungsverfahren berücksichtigt werden können. Es wird daher aufgefordert, auf die Abgrenzung von sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben gänzlich zu verzichten. Für die Entscheidungsfindung bez. Abschaffung der seit 2010 bestehenden Sonderregelung ist die Frage des statistischen Nachweises insofern unerheblich. Aus Sicht des AOK-Systems ist zweifelsfrei nachgewiesen, dass ein Großteil der hier in Rede stehenden Ausgaben einen Morbiditätsbezug aufweist, wenn z. T auch nur indirekt. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere ausführlichen Stellungnahmen zu diesem Thema (vgl. unsere Schreiben vom zuletzt 1.4.2011 und 2.9.2011). Problematisch erachten wir zudem, dass in Teilen die sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben in den Datenmeldungen der Satzart 700 versichertenbezogen enthalten sind. Dies bedeutet, dass diese Ausgaben bereits im Regressionsverfahren berücksichtigt werden. Selbst wenn die Behauptung, dass diese Ausgaben keinerlei Morbiditätsbezug aufwiesen, korrekt wäre, führte dies bereits in der Regression zu einer „Pro-Kopf-Verteilung“ der Ausgaben, so dass die bestehende Regelung eine doppelte „Pro-Kopf-Verteilung“ bedingte. Gewissermaßen würden Ausgaben somit zweifach als „nicht morbiditätsbezogen“ berücksichtigt. Die mit dem bestehenden, nicht mit den rechtlichen Vorgaben übereinstimmenden Verfahren verbundenen Verzerrungen der Zuweisungen müssen dringend beseitigt, zumindest aber reduziert werden. Wir bitten aus diesem Grund, unsere vorgetragenen Vorschläge insbesondere zur Verrechnung der sog. Erstattungsbeträge eingehender zu prüfen (vgl. unsere Schreiben vom zuletzt 1.4.2011 und 2.9.2011). Die Berücksichtigung dieser Vorschläge kann das bestehende Problem allerdings nicht lösen, zumindest aber die Auswirkungen reduzieren.</p>
------------	---	---

2.2	Annualisierung der Leistungsausgaben aller Versicherten im Regressionsverfahren (vgl. u. a. unsere Schreiben vom 1.4.2011 sowie 2.9.2011).	Das Festhalten an der im Regressionsverfahren bestehenden Sonderregelung für Leistungsausgaben verstorbener Versicherter ist weiterhin nicht begründet. Die Beibehaltung des Methodenfehlers führt zur Diskriminierung alter und kranker Versicherter. Die Nichtbeseitigung dieses Methodenfehlers steht in Widerspruch zu den Vorgaben des § 266 Abs. 2 Satz 2 SGB V wonach „[...] das Verhältnis der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen zueinander dem Verhältnis der nach § 267 Abs. 3 [SGB V, Anm. d. Verf.] für alle Krankenkassen ermittelten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 [SGB V, Anm. d. Verf.] zueinander entspricht.“ Bei den hier zugrunde gelegten Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 SGB V handelt es sich um die „[...] nach Altersgruppen mit Altersabständen von 5 Jahren [...]“ sowie Geschlecht differenzierten Versichertengruppen. Der Wissenschaftliche Beirat hat im Rahmen seiner Evaluation des Schlussausgleichs 2009 zweifelsfrei belegt, dass die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben der Höhe der durchschnittlichen Leistungsausgaben in diesen Altersklassen gerade nicht - wie durch § 266 Abs. 2 SGB V gefordert – entspricht. Die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben erfolgt daher nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben. GKV-SV und BVA sind daher aufgefordert, eine Änderung des Berechnungsverfahrens durch Beseitigung des Methodenfehlers zur Sicherstellung der Vorgaben des SGB V herbeizuführen. Für ausführlichere Darstellungen und Problembeschreibungen verweisen wir auf unsere vorangegangenen Ausführungen zu diesem Thema (vgl. u. a. unsere Schreiben vom 1.4.2011 sowie 2.9.2011).
2.3		
2.4		
3 Mapping und spezifische Aufgreifkriterien MG DXG Vorschlag Begründung / Problembeschreibung		
3.1	Abbildung der Krankheit 60 "Peritonitis" durch eine DxG und HMG. Als Aufgreifkriterium gilt "stationär erforderlich". Keine Subdominanz der Peritonitis innerhalb der Hierarchie 6	Eine klinisch relevante Peritonitis ist eine akute Erkrankung, die in der Regel eine stationäre Versorgung erfordert. Die Peritonitis ist nur selten eine eigenständige Erkrankung, sondern ein Leit-Symptom. Die häufigsten Ursachen für eine Peritonitis sind die akute Appendizitis, die Divertikulitis, Darmverschlüsse oder Infektionen der weiblichen Genitalorgane. Nach Kodierrichtlinien ist die Peritonitis in diesen Fällen als Nebendiagnose zu kodieren. Daher wird als Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ vorgeschlagen. Eine Subdominanz der neuen Peritonitis-HMG innerhalb der Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ ist nicht angezeigt und soll daher nicht für das Klassifikationsmodell umgesetzt werden.

3.2			Krankheit 22 „Adipositas“: Begrenzung auf Versicherte ab Alter 18 Jahren, Bildung einer Adipositas-HMG und Einordnung als subdominante HMG im Hierarchiestrang 4 „Metabolische Erkrankungen“	Gem. Kodierrichtlinien sind die für Adipositas maßgeblichen ICD-Kodes erst ab einem Alter von 18 Jahre zu lässig
3.3			Krankheit 32 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ und neue Krankheit 31 „Tiefgreifende Entwicklungsstörung“ sollen entsprechend BVA-Vorabvorschlag berücksichtigt werden. Eine Arzneimittelvalidierung soll nicht erfolgen.	Eine Arzneimittelvalidierung ist in der Praxis des Klassifikationsmodells nicht umzusetzen, da es sich bei den betroffenen Patienten i. d. R. um junge Versicherte, häufig jünger als 12 Jahre, handelt.
3.4			Krankheit 39 „Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie“: ICD-Kodes werden in einer HMG zusammengefasst und der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ zugeordnet, ohne dass eine Subdominanzbeziehung zur HMG 75 „Koma, Hirnödem / hypoxische Hirnschäden“ hergestellt wird	Die Bildung einer Subdominanzbeziehung zur HMG 75 „Koma, Hirnödem / hypoxische Hirnschäden“ ist inhaltlich nicht begründbar und wird daher abgelehnt.

3.5	051	<p>Zuordnung des ICD-Kode Z51.83 „Opiatsubstitution“ zu einer HMG, die die HMG51 dominiert. Alternativ: Zuordnung des ICD-Kodes Z51.83 zur HMG51</p>	<p>Die Substitutionstherapie ist für schwerstabhängige Patienten vorgesehen, bei denen gemäß der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschuss eine langjährige Drogenabhängigkeit besteht und bei denen Abstinenzversuche unter ärztlicher Betreuung erfolglos waren oder nicht durchgeführt werden können. Daher wird vorgeschlagen, Z51.83 einer eigenen HMG zuzuordnen, die die HMG 51 „Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose“ dominiert. Diese therapieformbezogene, dominante HMG soll dann ausgelöst werden, wenn entweder der ICD-Kodes Z51.83 oder eine Diamorphintherapie (vgl. Ausführungen zu 2.) nachgewiesen ist. Wenn diesem Vorschlag nicht gefolgt werden sollte, wird vorgeschlagen, diese Diagnose der HMG 51 zuzuordnen.</p>
3.6		<p>Zusammenfassung der ICDs der Krankheit 28 „Chronischer Schmerz“ in einer HMG. Für die HMG-Auslösung ist keine Arzneimittelvalidierung erforderlich (keine Arzneimittelaufgreifkriterien auf DxG-Ebene)</p>	<p>Die Schmerztherapie folgt einem Stufenschema. Auf der untersten Stufe stehen abhängig von der Dosis nicht-verschreibungspflichtige bzw. verschreibungspflichtige Analgetika aus der Gruppe der Nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR). Ob diese Schmerzmittel in den Abrechnungsdaten erscheinen ist somit abhängig von der gewählten Dosierung. Ergänzt werden die NSAR in der nächsten Stufe durch Opiate. Bei neuropathischen Schmerzen erfolgt häufig eine medikamentöse Therapie mit Antikonvulsiva, wobei hier insbesondere bei sehr schweren Schmerzsyndromen wie zum Beispiel bei der Trigeminusneuralgie einzelne dieser Wirkstoffe off-label angewandt werden. Bei der Migräne kommen die Triptane (5-HAT-Antagonisten) zur Anwendung. Das Feld der Medikamente, die bei chronischen Schmerzsyndromen zur Anwendung kommen, ist sehr breit und daher kaum eingrenzbar. So kommen beim Clusterkopfschmerz, der sehr schwere Schmerzsyndrome verursacht, gemäß der Leitlinie der DGN unter anderem zur Anwendung: Triptane, die Inhalation von Sauerstoff, systemische Kortikosteroide, Verapamil, Lithium und Lamotrigin. Eine Arzneimittelbestätigung ist zudem problematisch, da andere, teilweise invasive Verfahren, die vor allem bei sehr schweren Schmerzen zur Anwendung kommen, nicht berücksichtigt werden. Hierzu gehört die Neurostimulationstherapien mit transkutaner elektrischer Nervenstimulation (TENS), vor allem aber invasive Behandlungsmethoden, wie zum Beispiel die perineurale Implantation von Elektroden zur Neurostimulation, von periduralen intraspinalen Elektroden zur Neurostimulation bis hin zur Deep-Brain-Stimulation und Thalamusstimulation. Bei der Therapie mit Opiatpumpen werden durch die zielgerichtete Therapie erheblich niedrigere Dosierungen verwendet, so dass gerade bei diesen Patienten eine Mindest-Jahresdosis nicht erreicht würde. Da somit gerade besonders schwerwiegende und kostenintensive Fälle im Morbi-RSA nicht berücksichtigt würden, ist eine Arzneimittelbestätigung oder -schweregraddifferenzierung bei diesen Diagnosen nicht sinnvoll.</p>

3.7	25, 27	<p>Einführung Arzneimittelschweregraddifferenzierung bei HMG 27 und Bildung einer dominanten HMG, die die gleichen DxG umfasst wie die HMG 27, wobei zusätzlich eine Arzneimitteltherapie mit ATCs J05AA, J05AB, J05AC, J05AD, J05AE, J05AF, J05AG, J05AR, L93AB (klinisch relevant, DDD 183) nachgewiesen werden muss. Die bestehende HMG 27 wird umbenannt in „Chronische Hepatitis ohne Arzneimittelvalidierung“, die neue, dominante HMG erhält die Bezeichnung „Chronische Hepatitis mit Arzneimittelvalidierung“. Es ist empirisch zu prüfen, ob die bestehende Dominanzbeziehung der HMG 25 auch auf die neue HMG „Chronische Hepatitis mit Arzneimittelvalidierung“ anzuwenden ist. Statt der Bildung einer neuen HMG innerhalb der Hierarchiebeziehung wird alternativ vorgeschlagen, die „Arzneimittelvalidierung“ als separaten, additiv zur HMG 27 zu vergebenden Arzneimittelzuschlag abzubilden. Der additive Zuschlag wird auch dann ausgelöst, wenn die HMG 27 wegen Dominanz der HMG 25 selbst nicht zugeordnet wird (Prüfung auf Vorliegen der MG27, d. h. Versichertenklassifikation vor Hierarchisierung).</p>	<p>Die chronische Hepatitis wird seit etwa 2006 in die chronisch persistierende, chronisch lobuläre und chronisch aktive Hepatitis eingeteilt. Die Therapie der chronischen Hepatitis B und C ist abhängig von der Virusreplikation. Für die inaktive, nicht replikative chronische Hepatitis besteht nach den aktuell gültigen Leitlinien keine Behandlungsempfehlung. Für Patienten mit nachgewiesener Virusreplikation wird eine aktive Therapie mit Interferon und/oder direkten antiviral wirkenden Mitteln empfohlen. Eine solche Therapie muss über viele Jahre weitergeführt werden, um einen patientenrelevanten Nutzen haben zu können. Studien mit HBeAG-negativen Patienten zeigten bei einer kürzeren Therapiedauer enttäuschende Ergebnisse. Dabei ist bei Patienten mit Hepatitis B die Virusreplikation prognostisch bedeutsamer als histologische Veränderungen bei Diagnosestellung. Die Indikation zu einer Therapie mit Interferonen oder antiviralen Wirkstoffen stellt sowohl für die chronische Hepatitis B als auch für die chronische Hepatitis C somit einen sehr guten Marker für schwere behandlungsbedürftige Verläufe dar. Durch die empfohlene lange Therapiedauer korreliert die aktive Therapie mit Interferonen und antiviralen Medikamenten sehr gut mit den prospektiven Kosten.</p>
-----	-----------	--	--

3.8	033	<p>In der Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ wird für die HMG 33 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ eine Arzneimittelschweregraddifferenzierung wie folgt durchgeführt, wobei für die neuen HMGs die gleichen Diagnosen / DxGs gelten, wie für die HMG 33:</p> <p>HMG033b mit M2Q-Prüfung und Arzneimittelbestätigung (Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren L04AB, Purin-Analoga (u.a.6-Mercaptopurin) L01BB, Immunsuppressiva L04A) dominiert</p> <p>HMG033a mit M2Q-Prüfung und Arzneimittelbestätigung (Intestinale Antiphlogistika llokale Corticosteroide und Minosalcylsäure) A07E, Systemische Corticosteroide H02) dominiert HMG033mit M2Q-Prüfung OHNE Arzneimittelbestätigung</p>	<p>Die Diagnosekodes der Chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zeigen eine hohe Kostenheterogenität. Verursacht wird diese durch die unterschiedlichen Verlaufsformen. So besteht zum Beispiel bei der Colitis ulcerose in 18% der Fälle ein einmaliges Ereignis, die Colitis ulcerose ist zudem durch Hemikolektomie heilbar und bedarf dann keiner aktiven Therapie mehr. Bei einem Teil der Patienten ist somit keine aktive Therapie notwendig. Bei einem Teil der Patienten genügt eine Erhaltungstherapie mit lokalen Therapeutika (intestinale Antiphlogistika, lokale Coricosteroide) und kurzfristige Gabe von systemischen Corticosteroiden, während schwere Verlaufsformen mit sehr teuren systemischen medikamentösen Therapien (TNF-alpha-Hemmer, Immunmodulatoren) behandelt werden.</p> <p>Daher ist es aus Sicht des AOK-Bundesverbandes notwendig, diese drei Patientengruppen zu differenzieren, weil die ICD-Kodierung die Krankheitsverläufe nicht ausreichend gut abbilden kann. Danach sollten in drei hierarchisch gegliederten HMGs zunächst Patienten mit Chronisch entzündlicher Darmerkrankung ohne aktive Medikation zusammengefasst werden, als zweite HMG Patienten mit intestinalen Antiphlogistika und lokaler bzw. systemischer Corticosteroidtherapie und als dritte HMG die Patienten, die mit Immunmodulatoren und anti-TNF-alpha-Hemmern behandelt werden. Es ist zu Erwarten, dass durch diese Differenzierung die Modellgüte verbessert wird.</p>
3.9		<p>In der Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ wird eine Arzneimittelschweregraddifferenzierung im Sinne eines zusätzlichen Zuschlags durchgeführt, der dann ausgelöst wird, wenn neben den erforderlichen Diagnosen auch – und ausschließlich – Immunsuppressiva mit DDD 183, klinisch relevant, (L04A) nachgewiesen sind.</p>	<p>vgl. hierzu unser Schreiben vom 1.4.2011</p>

3.10	051		In der Hierarchie 10 „Drogen-Alkoholmissbrauch“ wird eine Arzneimittelschweregraddifferenzierung eingeführt, wobei eine zusätzlichen HMG anhand der dokumentierten Diamorphintherapie (N02AA09) oder der kodierten Substitutionsbehandlung (ICD-10 Z51.83) gebildet werden, die die bestehende HMG 51 „Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose“ dominiert.	vgl. hierzu unser Schreiben vom 1.4.2011
3.11	004	046	Schweregraddifferenzierung bez. HMG 4 durch Differenzierung der DxG 46 in Patienten mit und ohne Arzneimitteltherapie. Letztere werden durch die ATCs L01XE01, L01XE06 oder L01XE08 identifiziert und einer neuen, eigenen HMG, die die HMG 4 dominiert, zugeordnet.	vgl. hierzu unser Schreiben vom 1.4.2011
3.12	004	038	Zuordnung zur DxG 38 „Akute myeloische Leukämie“ nur dann erfolgen, wenn Chemotherapeutika über ATC L01 bzw. die SOKE-PZN 9999092 oder 9999152 nachgewiesen sind.	vgl. hierzu unser Schreiben vom 1.4.2011
3.13	217		Für die HMG 217 „Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)“ soll eine Schweregraddifferenzierung über die Arzneimittel Tobramycin, Colistin und Dornase alpha im Sinne einer zusätzlichen, nicht hierarchisierten HMG, erfolgen.	Die Hinweise des BVA im Rahmen seiner Erläuterungen vom 5.8.2011 sollen für die Anpassung berücksichtigt werden und die Arzneimittelvalidierung über 183 DDD, klinisch relevant, erfolgen. Das Problem des bestehenden Alterssplits kann dadurch aufgelöst werden, dass die neue HMG additiv zu den altersdifferenzierten HMGs vergeben wird. Die vom BVA vermuteten Anreizwirkungen sollen für ein konkret ausgestaltetes Modell untersucht werden. Nach Analysen des AOK-Bundesverbandes stehen die medikamentösen Therapiekosten nicht in einem Missverhältnis zum erwarteten, zusätzlich ausgelösten Arzneimittel-zuschlag (vgl. hierzu die BVA-Erläuterungen vom 5.8.2011 sowie unser Schreiben vom 1.4.2011).

3.14	021	124, 825	In der Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“ sollen die Diagnosen der DxG 124 „Sphingolipidosen“ und 825 „Glykogenspeicherkrankheit und Mukopolysaccharidose, Typ II“ in eine neue HMG, die der bestehenden HMG 21 übergeordnet ist (Dominanzbeziehung), zugeordnet werden.	vgl. hierzu unser Schreiben vom 1.4.2011
3.15	079	350	Formulierung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG 350 „Herzstillstand/Schock“	Der Wissenschaftliche Beirat und das BVA haben die Formulierung des entsprechenden Aufgreifkriteriums im Rahmen des Anhörungsverfahrens für das Klassifikationsmodell 2012 abgelehnt, da durchaus auch eine ambulante Diagnostik möglich ist (vgl. BVA-Erläuterungen vom 5.8.2011). Verschiedenfach wurde im Rahmen des Anhörungsverfahrens darauf hingewiesen, dass die ICD-Kodes I46.0 und I49.0 als Nebendiagnose zu kodieren sind. Aufgrund der Neuregelung der Berücksichtigung der Krankenhausnebendiagnosen wird nun in vielen schwerwiegenden Fällen, die zur Krankenhausbehandlung führen, kein Zuschlag mehr ausgelöst. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, die Formulierung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die DxG 350 „Herzstillstand/Schock“ erneut zu prüfen.
3.16	19, 20		Zuordnung des ICD-Kode O24.0, zur HMG 20 „Typ I Diabetes mellitus“ und nicht wie bisher zur HMG 19 „Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen“	Der ICD-Kode O24.0 bezeichnet einen TYP I-Diabetes (vgl. hierzu unser Schreiben vom 5.9.2011).
3.17	161	655	Formulierung des Aufgreifkriteriums "stationär erforderlich" für die DxG 655 „Traumatische Amputation eines Beins / eines Arms / einer Hand / eines Fußes / eines Zehs, vollständige Replantation“	Diese Diagnosen erfordern eine stationäre Behandlung

3.18	112, 216	352, 353	Verschiebung des ICD J95.3 „chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation“ von der DXG 352 in die DXG 353 und damit von HMG 112 in HMG 215	ICD J95.3 ist derzeit der DxG 352 „Pulmonale Insuffizienz (nicht kardial bedingt)“ (HMG 112 „Sonstige Pneumonien, Empyem, Lungenabszess, Pleuritis, pulmonale Insuffizienz“) zugeordnet, für die das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ formuliert ist. Eine erforderliche stationäre Behandlung wird in Bezug auf J95.3 nicht erkannt. Es wird eine Verschiebung des ICD-Kodes J95.3 in die DxG 353 „Respiratorische Insuffizienz“ und damit in die HMG 216 „Respiratorische Insuffizienz“ vorgeschlagen. Damit wird eine analoge Berücksichtigung von J95.3 und J96.1 „Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert“ erreicht.
3.19	67, 68, 69	307, 316, 317	In der Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“ sollen die DxGs 307, 316 und 317 von der HMG 68 bzw. 69 in die HMG 67 verschoben werden.	innerhalb der HMGs 68 und 69 bestehen in Bezug auf die Versorgungsbedarfe der Patientengruppe erhebliche Inhomogenitäten, die sich medizinisch erklären lassen. Um medizinisch und versorgungsbedarfsbezogen homogene HMGs zu bilden, werden die nebenstehenden Verschiebungen vorgeschlagen. Komplette Querschnittsverletzungen des thorakalen Rückenmarks (ICD S24.11, DxG 307), traumatische Rückenmarksläsionen ohne Wirbelkörperfraktur (DxG 316) und schwere zervikale/thorakale Rückenmarksläsionen ohne Wirbelkörperfrakturen (DxG 317) spiegeln das akute Geschehen schwerer neurologischer Verletzungen wider. Diese schweren Rückenmarksverletzungen sind in der akuten Phase mit langjährigen aufwändigen Behandlungen verbunden, die die hohen prospektiven Kosten erklären.
4 Sonstiges Vorschlag				
Begründung / Problembeschreibung				

4.1	Ausschluss von Morbiditätsinformationen, insbesondere Arzneimitteln (häufig OTC-Präparate), die im Rahmen erweiterter Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V erstattet werden, von der Berücksichtigung im Morbi-RSA	Mit dem GKV-VStG wurde durch § 11 Abs. 6 SGB V den Krankenkassen die Möglichkeit zu erweiterten Satzungsleistungen gegeben, die neben anderen Leistungen auch die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln vorsehen können. Diese Leistungen sind in der Rechnungslegung gesondert auszuweisen. Im Klassifikationsmodell des Morbi-RSA muss Sorge dafür getragen werden, dass diese Leistungen nicht über die Arzneimittelbestätigung im Morbi-RSA zur Zuordnung von HMGs führen, da ansonsten eine Refinanzierung dieser Satzungsleistungen über den Morbi-RSA aus dem Gesundheitsfonds erfolgen würde. Dies steht im direkten Widerspruch mit den gesetzlichen Vorgaben des § 266 SGB V, wonach die über den Morbi-RSA ermittelten risikoadjustierten Zu- und Abschläge nur auf standardisierte Leistungsausgaben anzuwenden sind. Für Satzungs- und Ermessensleistungen hingegen erhalten die Krankenkassen Zuweisungen, die als einheitliche Pro-Kopf-Werte bemessen sind (vgl. § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V i. V. m. § 37 Abs. 4 RSAV). In Bezug auf die erweiterten Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V gilt darüber hinaus, dass diese gänzlich aus der Finanzierung über den Gesundheitsfonds ausgeschlossen sind (vgl. § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V).
		Durch die Definition der Medikamente auf einer aggregierten Ebene der ATC-Klassifikation befinden sich im augenblicklich gültigen Klassifikationsmodell einige nicht-verschreibungspflichtige Medikamente in den ATC-DxG-Zuordnungstabellen. So sind zum Beispiel für die DxGs der Hypertonie ATC C02KH (Homöopathische und anthroposophische Antihypertonika), ATC C02KP (Pflanzliche Antihypertonika) und ATC C03XP (pflanzliche Diuretika) vorgesehen, zu denen ein Vielzahl nicht verschreibungspflichtiger Medikamente gehören, darunter Viscum album, Olivenblätter, Mistelkraut, Schachtelhalmkraut, Birkenblätter und Wachholderbeeren. Gleiches gilt für Magnesiumpyridoxal-5-Phosphatglutamat, Beta-Sitosterin und Phospholipide bei der Zuordnung zu DxG 365 „Koronarsklerose und andere chronisch-ischämische Koronarerkrankungen“, DxG 364 „Angina pectoris“. Calcium wird zur Bestätigung der postmenopausalen Osteoporose (DxG 810 „Postmenopausale Osteoporose“) zugelassen, ist aber nach der OTC-Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschuss nur in Kombination mit Vitamin D zur Behandlung der manifesten Osteoporose verschreibungs- und erstattungsfähig.

		<p>Angesichts der mit § 11 Abs. 6 SGB V eröffneten Möglichkeiten ist es aus Sicht des AOK-Systems notwendig, nicht verschreibungspflichtige Medikamente aus der ATC-DxG-Zuordnung auszuschließen. Für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente, die gemäß der OTC-Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschuss für bestimmte Indikationen erstattungsfähig sind, muss deren Zuordnung auf die in der OTC-Ausnahmeliste genannten Indikationen beschränkt werden.</p>
--	--	---