

<b>Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell 2013</b>	
<b>Vorschläge eingebracht durch</b>	
Institution: KBS	Ansprechpartner: Dr. Andreas Hoefer
<b>Ausfüllanleitung:</b> Ein Vorschlag pro Zeile und bei Bedarf weitere Zeilen im entsprechenden Themenblock einfügen.	
<b>1 Allgemeines Aufgreifkriterien</b>	
<b>Vorschlag</b>	<b>Begründung / Problembeschreibung</b>
<b>1.1</b> Stationäre Nebendiagnosen sollten für jedes Quartal während der stationären Verweildauer einzeln gewertet werden. Bei zweifacher Wertung im stationären Bereich gilt das M2Q-Kriterium als erfüllt. Bei zweifachem stationärem Aufenthalt in einem Quartal und jeweiliger Kodierung der Nebendiagnose sollte das M2Q-Kriterium als erfüllt gelten.	Die im ambulanten Bereich übliche quartalsweise Abrechnung findet im Krankenhaus nicht statt. Die Zuordnung von Diagnosen zu einem Quartal erscheint des-halb schwierig. Es ist eine spezifische Definition erforderlich, wann und wie häufig eine stationäre Nebendiagnose Berücksichtigung finden soll. Geklärt werden muss hier das Verfahren bei stationärem Aufenthalt über mehrere Quartale oder bei mehreren stationären Aufenthalten in einem Quartal.
<b>1.2</b> Weitere Reduzierung der erforderlichen Behandlungstage mit Arzneimitteln bei chronischem Krankheitsgeschehen, falls die entsprechende Diagnose als stationäre Nebendiagnose auftritt.	Die im letzten Jahr durchgeführte Reduktion um die mittlere Verweildauer bei stationärer Behandlung (von 183 auf 175) erscheint vor dem Hintergrund, dass multimorbide Versicherte eher länger im Krankenhaus verweilen noch nicht sachgerecht genug.
<b>1.3</b>	
<b>1.4</b>	
<b>2 Berechnungsverfahren</b>	
<b>Vorschlag</b>	<b>Begründung / Problembeschreibung</b>
<b>2.1</b> Umsetzung des Beiratsvorschlag zur Verstorbenenregelung: vollständige Annualisierung der Ausgaben Verstorbener	In ihren früheren Stellungnahmen hat die KBS schon auf die Mängel des gegenwärtigen Verfahrens hingewiesen. Der wissenschaftliche Beirat hat in seinem Evaluationsbericht klar die Fehlerhaftigkeit der gegenwärtigen Regelung aufgezeigt. Nachdem die sachliche Diskussion damit abgeschlossen ist, halten wir eine Behebung des gegenwärtigen Methodikfehlers für selbstverständlich.

2.2	<p>Der Morbiditätsbezug von Leistungsausgaben für Schutzimpfungen sollte kritisch überprüft werden. Unseres Erachtens weist ein Großteil der Indikationsimpfungen einen klaren Morbiditätsbezug auf, so dass die damit verbundenen Leistungsausgaben daher auch als solche im Berechnungsverfahren behandelt werden müssen. Dieser Morbiditätsbezug geht einwandfrei aus den Schutzimpfungsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses hervor. Im gegenwärtigen Verfahren hingegen werden die Kosten für Impfungen pauschal auf alle Versicherten unabhängig von deren Alter und Geschlecht verteilt. Dieses Vorgehen ist u.E. nicht sachgemäß. Im Entwurf der Festlegungen für das Klassifikationsmodell 2012 wurde noch ein prozentualer Anteil der Ausgaben von Schutzimpfungen als morbiditätsbezogen erachtet. Mit solchen Lösungen könnte man sich bis zur Ausarbeitung eines detaillierten Konzeptes zumindest übergangsweise behelfen, um die Auswirkungen der Fehlzuzuweisungen im Status Quo abzumildern.</p>			<p>Aus den Schutzimpfungsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses ergibt sich sehr wohl ein Morbiditätsbezug u.a. für die Influenza, die Pneumokokken, die Hepatitis A, Hepatitis B, Meningokokken und Masern. Die Impfungsempfehlungen (vgl:<a href="http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/60/">http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/60/</a>) beziehen sich in der Regel auf konkrete Erkrankungen, wie beispielsweise bei der Hepatitis A und B die Hämophilie, bei der Hepatitis B HIV, oder auf Versicherte ab einer bestimmten Altersgrenze (etwa Influenza für Versicherte ab 60 Jahren). Besonders umfangreich ist die Liste der Erkrankungen für eine Indikationsimpfung bei der Influenza: chronische Erkrankungen der Atmungsorgane (inklusive Asthma und COPD), chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten, Diabetes und andere Stoffwechselkrankheiten, Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben sowie weitere in Schwere vergleichbare chronische neurologische Krankheiten, die zu respiratorischen Einschränkungen führen können, Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, HIV-Infektion. Diese Beispiele unterstreichen, dass eine pauschale Verteilung der Kosten für Impfungen auf alle Versicherten unabhängig von deren Alter und Morbidität nicht angemessen ist.</p>
2.3				
2.4				
<b>3 Mapping und spezifische Aufgreifkriterien</b>				
	<b>MG</b>	<b>DXG</b>	<b>Vorschlag</b>	<b>Begründung / Problembeschreibung</b>
3.1			ICD T81.0 in bisheriger Krankheit belassen / keine Zuordnung zu 501 / Merkmal "stationär erforderlich" vergeben	<p>Alle genannten Diagnosen finden sich häufig als erschwerender Faktor einer Krankenhausbehandlung. Die vermeintlich geringe medizinische Spezifität, welche der Wortlaut suggeriert, ist nicht von Relevanz, da trotzdem eine rege Verwendung in der Kodierung behandlungs,- und kostenrelevanter Krankheitszustände stattfindet.</p>
3.2	164	685	ICD T81.1 in bisheriger Krankheit belassen / keine Zuordnung zu 501 / Merkmal "stationär erforderlich" vergeben	

3.3			ICD T81.2 in bisheriger Krankheit belassen / keine Zuordnung zu 501 / Merkmal "stationär erforderlich" vergeben	
3.4	214	235	ICD D62 in bisheriger Krankheit belassen / keine Zuordnung zu 501 / Merkmal "stationär erforderlich" vergeben	
3.5	164	685	ICD J95.80 in bisheriger Krankheit belassen / keine Zuordnung zu 501 / Merkmal "stationär erforderlich" vergeben	
3.6	028	148	Belassen der ICD K72.0/9 Merkmal "stationär erforderlich" vergeben	Die Diagnosen tauchen gerade im stationären Bereich als komplizierender und kostenträchtiger Faktor z.B. im Rahmen eines Multiorganversagens auf.
3.7	109	460	Belassen der ICD J45.0/1/8/9	Ggf. ist hier auch das Schaffen einer neuen Krankheitsbezeichnung möglich. Vor dem Hintergrund der an anderer Stelle beabsichtigten Änderungen (Zusammenlegung der Krankheiten 36 und 37) erscheint ein Zusammenfassen der Krankheiten 63 und 64 ebenso sachgerecht.
3.8	108	452	Belassen der ICD J46	Ggf. ist hier auch das Schaffen einer neuen Krankheitsbezeichnung möglich. Vor dem Hintergrund der an anderer Stelle beabsichtigten Änderungen (Zusammenlegung der Krankheiten 36 und 37) erscheint ein Zusammenfassen der Krankheiten 63 und 64 ebenso sachgerecht.
3.9	049	div.	Belassen der MG 049	Die Streichung der Demenz ist nicht sachgerecht. Gerade im prinzipiell prospektiven System des RSA sollte an der Berücksichtigung dieser Erkrankung mit steigender Prävalenz festgehalten werden. Hier findet zudem, ähnlich wie bei den allgemeinen Regelungen zu verstorbenen Versicherten, eine Benachteiligung von Kassen mit älterem Versichertenklientel statt. Aus gesundheitspolitischer Sicht (hier ist eine ausdrückliche Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken gefordert) wird hier ein völlig falsches Signal gegeben.
<b>4 Sonstiges</b> Vorschlag				<b>Begründung / Problembeschreibung</b>

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

4.1		
4.2		
4.3		
4.4		