

<b>Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell 2013</b>		
<b>Vorschläge eingebracht durch</b>		
Institution: Bundespsychotherapeutenkammer		Ansprechpartner: Timo Harfst
<b>Ausfüllanleitung:</b> Ein Vorschlag pro Zeile und bei Bedarf weitere Zeilen im entsprechenden Themenblock einfügen.		
<b>1 Allgemeine Aufgreifkriterien</b>		
	<b>Vorschlag</b>	<b>Begründung / Problembeschreibung</b>
1.1	Das bislang verwendete "All-encounter"-Modell sollte beibehalten werden.	Fehlanreize in Richtung einer Hospitalisierung und Medikalisierung sollten vermieden werden. Die Grundzüge des bisherigen Klassifikationsmodells, einschließlich seiner Weiterentwicklungen, haben sich bewährt.
1.2		
1.3		
1.4		
<b>2 Berechnungsverfahren</b>		
	<b>Vorschlag</b>	<b>Begründung / Problembeschreibung</b>
2.1		
2.2		
2.3		
2.4		
<b>3 Mapping und spezifische Aufgreifkriterien</b>		
	<b>MG DXG Vorschlag</b>	<b>Begründung / Problembeschreibung</b>

<b>3.1</b>	<b>057</b>	<b>905</b>	DxG905 aufteilen in zwei DxG, Entnahme der ICD-10-Codes F42.8 und F42.9 aus DxG905 und Zuordnung zu einer eigenen DxG neu "unspezifische Zwangsstörungen". Die verbleibende DxG905 sollte in "spezifische Zwangsstörungen" umbenannt und der HMG231 zugeordnet werden.	Zur Verbesserung der Kostenhomogenität sollten die unspezifischen Diagnosecodes der Zwangsstörungen analog den unspezifischen depressiven Störungen und den unspezifischen Angststörungen in eine eigene DxG ausgelagert werden. Diese neue DxG kann dann weiterhin der HMG057 zugeordnet werden, während für die DxG905 "spezifische Zwangsstörungen" eine Zuordnung zur HMG231 geprüft werden sollte. Eine Validierung der Diagnose oder eine Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel ist bei den Diagnosecodes der Zwangsstörungen nicht sinnvoll, unter anderem weil gemäß evidenzbasierter Leitlinien bei diesen Störungen psychotherapeutische Verfahren als mindestens gleichwertige Behandlungsalternativen empfohlen werden.
<b>3.2</b>	<b>252</b>	<b>906</b>	Es sollte geprüft werden, ob die Arzneimittelvalidierung bei der Erkrankung "Chronischer Schmerz" tatsächlich zur Bestimmung unterschiedlich kostenintensiver Morbiditätsgruppen geeignet ist. Auf eine Einordnung in den Hierarchiestrang HMG060 - HMG230 - HMG231 sollte verzichtet werden.	Die Ätiopathogenese chronischer Schmerzen unterscheidet sich so deutlich von den Erkrankungen der genannten Morbiditätsgruppen, dass auf eine Einordnung der HMG252 und HMG253 in die Hierarchie der Psychischen Erkrankungen verzichtet werden kann.
<b>3.3</b>	<b>254</b>	<b>908</b>	Es sollte geprüft werden, ob eine Zuordnung der Diagnosecodes F94.0 "Elektiver Mutismus" und F95.2 "Tourette-Syndrom" zu der DxG908 und damit der HMG254 auch unter Gesichtspunkten der Kostenhomogenität sinnvoll ist.	Bei beiden spezifischen Entwicklungsstörungen handelt es sich um Störungen mit einer starken Tendenz zur Chronifizierung und Beeinträchtigung umfangreicher Aspekte der psychosozialen Entwicklung, die hinsichtlich des ätiopathogenischen Musters vergleichbar den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen erscheint. Wegen der regelhaft erforderlichen, länger andauernden Behandlungen sollte auch unter der Perspektive der Kostenhomogenität die Zurordnung dieser Diagnosecodes zur HMG254 geprüft werden.

<b>3.4</b>	<b>256</b>	<b>910</b>	Die Diagnosecodes F91.0 - F92.9, F94.1 - F94.9 sollten in einer eigenen DxG neu "Störungen des Sozialverhaltens" zusammengefasst werden. Die Hierarchie 12 sollte anschließend noch einmal geprüft werden.	Die Störungen des Sozialverhaltens stellen eine gut abgrenzbare Diagnosegruppe dar, die durch eine starke Tendenz zur Chronifizierung und nachhaltigen Beeinträchtigung in den verschiedenen Entwicklungsbereichen gekennzeichnet ist, während sich viele Diagnosen der Diagnosegruppe der "anderen Entwicklungsstörungen" überwiegend durch einen passageren und weniger beeinträchtigenden Verlauf auszeichnen. Darüber hinaus sind auch die bei dieser Gruppe von Störungen des Sozialverhaltens indizierten Behandlungsansätze gut vergleichbar. Durch die Auftrennung der DxG910 und Zuordnung der ICD-Codes der Störungen des Sozialverhaltens könnten die mit diesen Störungen assoziierten prospektiven Kosten zielgenauer abgebildet werden. Mit der Entnahme der Diagnosecodes der Störungen des Sozialverhaltens könnte sich die Kostenintensität der bisher angedachten HMG910 "andere Entwicklungsstörungen" erheblich verringern und damit auch eine Umgestaltung der Hierarchie 12 zur Folge haben, ggf. mit der Konsequenz, dass diese neu definierte HMG910 auch von der HMG255 "Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom" dominiert werden könnte.
<b>3.5</b>	<b>257</b>	<b>911</b>	Der Diagnosecode F95.2 sollte der DxG908 zugeordnet werden. Darüber hinaus sollte die Einordnung der Ticstörungen lediglich in der Hierarchie 12 "Entwicklungsstörungen" erfolgen.	Ticstörungen entwickeln sich typischerweise in der Kindheit bzw. Jugend und sind vor allem im Kontext anderer Entwicklungsstörungen zu betrachten. Parallel dazu auftretende, andere psychische Erkrankungen jenseits der Entwicklungsstörungen weisen in der Regel keinen spezifischen ätiologischen Bezug zu den Ticstörungen auf und sollten von daher auch zusätzliche Zuschläge auslösen können. Eine zusätzliche Einordnung der Ticstörungen in die Hierarchie 11 "Psychische Erkrankungen" ist daher verzichtbar.
<b>4 Sonstiges</b>				
<b>Vorschlag</b>			<b>Begründung / Problembeschreibung</b>	
<b>4.1</b>				
<b>4.2</b>				