

## Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell 2014

### Vorschläge eingebracht durch

Institution: **GKV-Spitzenverband**

Ansprechpartner: Ulrike Haack, Erich Peters

Überprüfung bereits angekündigter bzw. aus Zeitgründen zurückgestellter Vorschläge zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells.

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass neben den durch die veränderte Krankheitsauswahl notwendigen Änderungen die aus zeitlichen Gründen bisher nicht bearbeiteten Vorschläge Schwerpunkt der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells sein werden. Auf eine erneute Aufführung bereits bekannter Vorschläge zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet.

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

### 1 Allgemeines Aufgreifkriterien

#### Vorschlag

#### Begründung / Problembeschreibung

1.1	Klarstellung zur Berechnung des M2Q-Kriteriums in den Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV.	Zur Klarstellung schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die Formulierung unter Punkt 1.3.2.3 "DxGs ohne Arzneimittelvalidierung" dahingehend zu ergänzen, dass bei der Berechnung des M2Q-Kriteriums Nebendiagnosen, für die die nach Punkt 1.3.2.2 "Ausnahmeregelungen bei der Zuordnung stationärer Nebendiagnosen" gelten, unberücksichtigt bleiben.
1.2	Ausschluss von hömöopathischen/anthropsophischen und pflanzlichen Arzneimittelwirkstoffen zur Arzneimittelvalidierung	Die Arzneimittelvalidierung dient u.a. zur Plausibilisierung von ambulanten Diagnosedaten bzw. zur Identifikation klinisch relevanter Fälle. Zugelassen sind hier u.a. homöopathische/anthroposophische Arzneimittelwirkstoffe. Diese sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes aufgrund ihres unklaren Indikationsgebietes jedoch nicht für die oben genannten Zwecke geeignet. Zudem ist davon auszugehen, dass diese Arzneimittelwirkstoffe in den ihnen zugeordneten DXG ausschließlich therapieunterstützend eingesetzt werden. Auch wenn-wie erste Anlaysen zeigen-hömöopathische/anthroposophische Arzneimittelwirkstoffe aufgrund der stark eingeschränkten Verordnungsfähigkeit nicht in den MRSA-Arzneimitteldaten enthalten sind, sollten sie aus den oben genannten Gründen von der Arzneimittelvalidierung ausgeschlossen werden. Das Gleiche gilt für pflanzliche Arzneimittelwirkstoffe. Betroffen wären hiervon derzeit folgende Arzneimittelwirkstoffgruppen: A10XH, C01AH, C02KH, C03XH, M02AH, N02BH, A10XP, C01AP, C02AP, C02KP, C03XP, M09AP, N02BP, N06AP.

### 2 Berechnungsverfahren

#### Vorschlag

#### Begründung / Problembeschreibung

2.1		
2.2		
2.3		
2.4		

3 Mapping und spezifische Aufgreifkriterien					Begründung / Problembeschreibung
MG	DXG	ICD	Vorschlag		
3.1	002	003	A39.1, B37.7, O88.3, P36.-, R57.2	Zuordnung der neu zur Krankheit <i>Sepsis</i> zugeordneten ICD-Codes in die entsprechende DXG/MG	In der Krankheitsfestlegung 2014 wurde die Krankheit <i>Sepsis</i> neu abgegrenzt. Wir schlagen vor, die neu hinzugekommenen ICD-Codes der bestehenden DXG 3 und damit der gleichnamigen MG 2 <i>Sepsis</i> zuzuordnen. Eine Änderung des Aufgreifkriteriums für die DXG 3 ist nicht erforderlich.
3.2	neu	neu	A81.2	Zuordnung des ICD-Codes in eine eigene DXG und Einordnung in den rechten Hierarchiestrang der Hierarchie 1 <i>Infektionen</i> .	Die Krankheit <i>Infektionen durch opportunistische Erreger</i> wurde mit der Krankheitsfestlegung 2014 um den ICD-Code A81.2 progressive multifokale Leukenzephalopathie (PML) ergänzt. Der rechte Hierarchiestrang der Hierarchie Infektionen bildet die Infektionen durch opportunistische Erreger ab. Medizinisch/inhaltlich ist die PLM keiner bestehenden DXG zuzuordnen, weshalb der ICD-Code einer eigenen DXG zugeordnet werden sollte. In Abhängigkeit von den ermittelten Folgekosten sollte diese einer bestehenden oder eigenständigen Morbiditätsgruppe zugeordnet werden. Als Aufgreifkriterium eignet sich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nur das M2Q-Kriterium.
3.3	079	350	I46.9	Zuordnung des neuen ICD-Codes in die DXG 350 <i>Herzstillstand / Schock</i>	Medizinisch-inhaltlich und auch aus therapeutischen Gründen passt der ICD-Code I46.9 in die bereits bestehende DXG 350 <i>Herzstillstand / Schock</i> .
3.4	229, 227	842, neu	M07.4- M07.5-	Zuordnung der neuen ICD-Codes der Vierstellergruppen sowohl in die DXG 841 als auch in die DXG 208	Aus medizinischen und arzneimitteltherapeutischen Gründen schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die neu hinzugekommenen ICD-Codes M07.4- <i>Arthritis bei Crohn-Krankheit</i> und M07.5- <i>Arthritis bei Colitis Ulcerosa</i> analog der Zuordnung der Arthritis bei Psoriasis aus der Gruppe M07.- der bestehenden DXG 842 bzw. DXG 208 zuzuordnen. Hierdurch erfolgt in Abhängigkeit vom Vorliegen einer Dauermedikation eine Zuordnung in der HMG 229 bzw. HMG 227.
3.5	132	543	N14.-	Verschiebung der ICD-Codes des Dreistellers N14.- in die DXG 543	Aufgrund der Verschiebung der ICD-Codes von der Krankheit <i>Nierenfunktionsstörungen</i> in die Krankheit <i>Nephritis</i> bei der Krankheitsauswahl 2014 erscheint aus den gleichen Gründen eine Verschiebung in die DXG 543 <i>Nephritis</i> sinnvoll.

3.6	146	neu	Z36.-	Zuordnung der neuen ICD-Codes Z36.- in eine eigene DXG, Überprüfung einer Zuordnung der DXG in die HMG 146.	Die ICD-Codes des Dreistellers Z36.- dokumentieren das pränatale Screening.
3.7	161	655	T92.6, T93.6	Zuordnung der neuen ICD-Codes in die bestehende DXG 655. Überprüfung der DXG/HMG auf Kostenhomogenität.	Die DXG 655 <i>Traumatische Amputation eines Beins / eines Arms / einer Hand / eines Fußes / eines Zehs, vollständige Replantation</i> beinhaltet eine Vielzahl von ICD-Codes, die die unterschiedlichsten traumatischen Amputationen sowie deren möglichen Komplikationen dokumentieren. Die neuen ICD-Codes beschreiben die Folgen einer Zerquetschung bzw. traumatischen Amputation, weshalb sie der DXG 655 zugeordnet werden können. Betrachtet man die in der DXG zusammengefassten ICD-Codes fällt auf, dass sich diese in der Lokalisation der erfolgten traumatischen Amputation unterscheiden. Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die Kostenhomogenität der DXG 655 zu untersuchen und ggf. die ICD-Codes in Abhängigkeit von den Folgekosten aufzuteilen und entsprechenden neuen Morbiditätsgruppen zuzuordnen.
3.8	158	646	Q65,-, S73,-	Zuordnung der neuen ICD-Codes in die Hierarchie 23 in eigene DXG/MG, Untersuchung einer Altersdifferenzierung	Die Krankheit <i>Luxation des Hüftgelenks</i> war- allerdings mit einer anderen Krankheitsabgrenzung- bereits Bestandteil der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2009. Mit der Krankheitsauswahl 2014 wurden der Hüftluxation neben den bereits 2009 zugeordneten ICD-Codes aus dem Bereich S73.- auch die ICD-Codes der angeborenen Hüftluxation (Q65.-) zugeordnet. Eine Übernahme des damals festgelegten Aufgreifkriteriums "stationär erforderlich" erscheint vor diesem Hintergrund nicht zielführend. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass eine Luxation des Hüftgelenks in Abhängigkeit vom Alters deutlich unterschiedliche Folgekosten aufweist. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte eine Altersdifferenzierung der Hüftluxation bzw. eine Aufteilung der ICD-Codes nach den ICD-Dreistellern S73.- bzw. Q65.- geprüft werden.
3.9	164	685	I97.1	Zuordnung des ICD-Codes I97.1 in die DXG 685	In der DxG 685 ist bereits der ICD-Code I97.0 <i>Postkardiotomie-Syndrom</i> enthalten. Vor diesem Hintergrund kann der ICD-Code I97.1 der DXG 685 zugeordnet werden.
3.10	164	681	T85.81	Zuordnung des ICD-Fünfstellers T85.81 analog dem bereits berücksichtigten ICD-Viersteller	Der entsprechende ICD-Viersteller T85.8- wird bereits in der DXG 681 berücksichtigt, weshalb eine Zuordnung des T85.81 zu dieser Diagnosegruppe naheliegt.

3.11	165	685	<b>G97.80, J95.80, N99.8</b>	Zuordnung der neuen ICD-Codes in die DXG 685	In der DxG 685 <i>Komplikationen am Nervensystem / am Herzen / am respiratorischen System / an der Leber / an der Niere / andere Komplikationen von Eingriffen</i> sind bereits vergleichbare ICD-Codes enthalten.
3.12	165	934	<b>H59.8, H95.1, T80.0, T80.1, T80.6, T81.3</b>	Zuordnung der neuen ICD-Codes in die DXG 934	In der DxG 934 <i>Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen</i> sind bereits vergleichbare ICD-Codes enthalten.
3.13	035	225	<b>D68.23, D68.24, D68.26</b>	Die mit der ICD-Version 2013 neu hinzugekommenen ICD-Codes werden der DXG 225 zugeordnet, wenn für die Versicherten gleichzeitig eine entsprechende Menge an Faktorpräparaten dokumentiert ist.	Im ICD-Katalog 2013 werden die Faktor-Mangel Erkrankungen weiter differenziert. Hieraus ergeben sich für die Abbildung eines hederetären Faktor-VII-, Faktor-X- oder Faktor-XIII-Mangels Verbesserungsmöglichkeiten für das Klassifikationsmodell, denn Versicherte mit den drei genannten Faktor-Mangel Erkrankungen werden ebenso wie an Hämophilie A/B Erkrankte dauerhaft mit entsprechenden Gerinnungsfaktoren behandelt. Wir schlagen daher vor, den hederetären Faktor-VII-, Faktor-X- und Faktor-XIII-Mangel analog der Hämophilie mit bzw. ohne Dauermedikation abzubilden. In Abhängigkeit von den geschätzten Folgekosten wäre eine Zuordnung zur DXG 225 voraussichtlich zielführend. Dies setzt eine Ergänzung der berücksichtigungsfähigen ATC-Codes für die DXG 225 um folgende ATC-Gruppen voraus: Gerinnungsfaktor VII (B02BD05), Gerinnungsfaktor XIII (B02BD07). Versicherte mit Faktor-VII-, Faktor-X- oder Faktor-XIII-Mangel ohne Dauermedikation sollten hingegen der DXG 232 "Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen" und damit der HMG046 zugeordnet werden (vgl. Punkt 3.14).
3.14	046	232	<b>D68.20, D68.21, D68.22, D68.23, D68.24, D68.25, D68.26, D68.28</b>	Die mit der ICD-Version 2013 neu hinzugekommenen ICD-Codes werden der DXG 232 zugeordnet.	Die mit der ICD-Version 2013 neu hinzugekommenen ICD-Codes werden analog des Vierstellers D68.2 der DXG 232 bzw. MG 46 zugeordnet. Diagnosen, die einen Faktor VII-, Faktor-X bzw. Faktor XIII Mangel dokumentieren, werden zusätzlich der DXG 225 zugeordnet (vgl. Punkt 3.13).

3.15	092	391	I48.2, I48.3, I48.4, I48.9	Die mit der ICD-Version 2013 neu hinzugekommenen ICD-Codes werden analog der bereits zugeordneten I48,- Diagnosen der DXG 391 zugeordnet.	Die mit der ICD-Version 2013 neu hinzugekommenen ICD-Codes beschreiben das Krankheitsgeschehen eines Vorhofflatterns bzw. Vorhofflimmerns in unterschiedlichen Ausprägungen. Analog der bereits zugeordneten ICD-Codes des Bereichs I48,- schlagen wir eine Zuordnung zur DXG 391 <i>Vorhoffarrhythmie</i> vor.
3.16	165	685	K91.81, K91.82, K91.83	Die mit der ICD-Version 2013 neu hinzugekommenen ICD-Codes werden der DXG 934 zugeordnet.	Die ICD-Codes beschreiben Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, die anderenorts nicht klassifiziert sind. Denkbar wäre eine Eingruppierung in die DXG 934 oder 685, die beide der HMG 165 zugeordnet sind. Da es sich bei den durch die ICD-Codes beschriebenen Ereignisse um Komplikationen eines medizinischen Eingriffs handelt, die zwingend einer stationären Behandlung bedürfen, schlagen wir eine Zuordnung in die DXG 685 <i>Komplikationen am Nervensystem / am Herzen / am respiratorischen System / an der Leber / an der Niere / andere Komplikationen von Eingriffen</i> vor. Für die DXG 685 ist das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" bereits festgelegt.
3.17	268 bis 280	div.		Prüfung einer Arzneimitteldifferenzierung	Im derzeitigen Klassifikationsmodell wird eine Differenzierung der soliden Tumore ausschließlich über Diagnoseinformationen vorgenommen. Auf Basis von Diagnoseinformationen kann jedoch vielfach das Ausmaß einer Erkrankung nicht unterschieden werden. Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-Spitzenverband vor zu überprüfen, inwieweit Arzneimittelinformationen geeignet sind, um unterschiedliche Krankheitsausprägungen zu differenzieren. Denkbar wäre die Bildung einer Diagnosegruppe/Morbiditätsgruppe A "solider Tumor mit Chemotherapie", der sämtliche der MG 268 bis 280 zugeordneten ICD-Codes zugeordnet werden. Als berücksichtigungsfähige Arzneimittel kommen aus Sicht des GKV Spitzenverbandes Wirkstoffe aus den ATC-Gruppen Antineoplastische Mittel (L01), Hormonantagonisten und verwandte Mittel (L02) sowie Immunsuppressiva (L04) in Frage. Die Bestimmung der erforderlichen Mindestmenge an Behandlungstagen sollte empirisch erfolgen, da die bisher festgelegte Mindestanzahl an Behandlungstagen von 10 bzw. 183/92 in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf auf die Behandlung solider Tumore nicht übertragbar sind.
3.18	21, 22, 23	div.		Überprüfung der Kostenhomogenität der den Morbiditätsgruppen zugeordneten DXG und ggf. deren Neuordnung	Es gibt Hinweise darauf, dass zwischen den DXG der genannten Morbiditätsgruppen der Hierarchie 4 <i>Metabolische Erkrankungen</i> große Unterschiede hinsichtlich der Folgekosten bestehen. Wir schlagen eine Analyse der Folgekosten auf Ebene der Diagnosegruppen sowie ggf. deren Neuordnung in Abhängigkeit der ermittelten Folgekosten vor.

3.19	211, 212, 213, 214	div.	Überprüfung der Kostenhomogenität der den Morbiditätsgruppen zugeordneten DXG	Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedarf der rechte Hierarchiestrang der Hierarchie 8 <i>Hämatologische Erkrankungen</i> einer Überarbeitung. Einerseits besteht eine Hierachieverletzung zwischen der HMG 212 und 213, zum anderen unterscheiden sich die Folgekosten zwischen der HMG 213 und HMG 211 nur geringfügig. Auch eine Neuuzuordnung der ICD-Codes zu Diagnosegruppen sollte in die Analyse einbezogen werden. So ließe sich beispielsweise das mit hohen Folgekosten verbundene HUS-Syndrom (D59.3) aus der DXG 223 ausgliedern und mit dem Aufgreifkriterium stationär erforderlich versehen. Auch eine Unterteilung der dann in der DXG 223 verbleibenden erworbenen hämolytischen Anämien bzw. deren obligate Arzneimittelvalidierung könnte eine geeignete Maßnahme darstellen, um die Kostenhomogenität und die Zielgenauigkeit des Modells zu verbessern.
3.20	157, 203	643, 647, 648	Überprüfung der Kostenhomogenität der den Morbiditätsgruppen zugeordneten DXG und ggf. deren Neuordnung	Es gibt Hinweise darauf, dass zwischen den DXG der genannten Morbiditätsgruppen der Hierarchie 23 <i>Verletzungen</i> große Unterschiede hinsichtlich der Folgekosten bestehen. Wir schlagen eine Analyse der Folgekosten auf Ebene der Diagnosegruppen sowie ggf. deren Neuordnung in Abhängigkeit der ermittelten Folgekosten vor.
3.21	164, 165, 260	div.	Überprüfung einer Verschiebung von ICD-Codes in verwandte Hierarchien	In den Festlegungen zum Klassifikationsmodell 2013 hat das BVA die Frage aufgeworfen, ob nicht ein Großteil der der Hierarchie 24 zugeordneten ICD-Codes anderen Hierarchien zugeordnet werden sollten, wenn zu ihnen eine Verbindung hergestellt werden kann. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes dann sinnvoll, wenn es unter therapeutischen Gesichtspunkten sinnvoll erscheint. So könnten die ICD-Codes des Dreistellers E89,- <i>Endokrine und Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</i> in die Hierarchie 4 <i>Metabolische Erkrankungen</i> verschoben werden. Hier befinden sich u.a. die endokrinen Störungen, die auf andere Ursachen zurückzuführen sind. Eine Therapie erfolgt jedoch unabhängig von der Ursache. Des Weiteren ließe sich der G97.81 <i>Postoperativer (zerebellärer) Mutismus</i> der Hierarchie 12 <i>Entwicklungsstörungen</i> und der DXG 928 <i>Störungen des Sozialverhaltens</i> zuordnen. Generell ist bei einer Verschiebung von ICD-Codes jedoch darauf zu achten, dass hierdurch keine Anreize zur unspezifischen Kodierung gesetzt werden: ließe sich ein spezifischer ICD-Code einer anderen Hierarchie zuordnen, ein vergleichbarer unspezifischer jedoch nicht, sollte keine Verschiebung vorgenommen werden.
3.22	177	751	Aufteilung der DXG 751 nach Schweregraden	In der DXG 751 sind eine Vielzahl von ICD-Codes zusammengefasst, die sich hinsichtlich des Schweregrades und Art des Krankheitsgeschehens deutlich unterscheiden: zum einen beschreiben die ICD-Codes unterschiedliche Stadien der akuten Graft-versus-Host-Krankheit, die zwingend einer stationären Behandlung bedürfen. Des weiteren dokumentieren die ICD-Codes einen Zustand nach Organ- bzw. Gewebetransplantationen, die zwingend einer dauerhaften immunsuppressiven Arzneimitteltherapie bedürfen. Der GKV-Spitzenverband schlägt eine Analyse der Kostenhomogenität der HMG 177 auf Ebene von ICD-Codes und ggf. Verschiebung/Neuzuordnung vor, um die Zielgenauigkeit des Modells zu verbessern.

4	<b>Sonstiges Vorschlag</b>	<b>Begründung / Problembeschreibung</b>
4.1	Prüfung der differenzierten Bildung von Kostenerstattergruppen auf Basis der Vollerhebung der Ausgabendaten (SA700).	Im Rahmen der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 hat das BVA angekündigt, eine Überprüfung der differenzierten Bildung von Kostenerstattergruppen, wie sie durch § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV ermöglicht wird, auf Basis der Vollerhebung der SA700 für das Ausgleichsjahr 2014 durchzuführen. Wir gehen davon aus, dass diese Prüfung nunmehr stattfinden wird und verweisen diesbezüglich auf unsere Stellungnahme vom 27. August 2012.
4.2	Überprüfung der Abgrenzung der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben auf Grundlage der Vollerhebung der Ausgabendaten (SA700).	Das BVA hat im Jahr 2012 angekündigt, die Prüfung diesbezüglicher Abgrenzungsvorschläge auf Grundlage der Vollerhebung der Ausgabenedaten durchzuführen. Wir gehen davon aus, dass eine entsprechend methodisch fundierte und sachlogisch nachvollziehbare Prüfung im Rahmen der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2014 nunmehr erfolgt und verweisen diesbezüglich auf unsere Stellungnahme vom 27. August 2012.
4.3	Bestimmung des Korrekturverfahrens im M-RSA	Im Rahmen der 24. RSAV-Änderungsverordnung wurde mit § 41 Abs. 5 Satz 2 RSAV eine Regelung zur Bestimmung des Korrekturverfahrens im M-RSA eingeführt. In der entsprechenden Begründung zur RSAV-ÄndV führt das BMG aus, dass die Bestimmung des Verfahrens zur Berechnung des Jahresausgleichs im Zusammenhang mit den Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV sachgerecht ist. Dementsprechend gehen wir davon aus, dass zeitgleich zu den Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2014 eine entsprechende Bestimmung zu erarbeiten ist. Mit Stellungnahme vom 6. September 2011 hat der GKV-Spitzenverband bereits eine entsprechende Verfahrensbeschreibung an das BVA übermittelt.