

DAK, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

Per Email

An

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Bundesversicherungsamt - Ref. VII2

Zentrale
Risikostrukturausgleich
Postanschrift DAK, Postfach 10 14 44
20009 Hamburg
Telekontakt Telefon: 040 2396-2352
Telefax: 040 2396-4352
volker.hartmann@dak.de
Internet www.dak.de
persönlicher Kontakt Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg

unser Zeichen 0 00-002120-00000-Har
IK 101560000
Datum 30.08.2013

**Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen,
Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für
das Ausgleichsjahr 2014**

Nach § 31 Abs. 4 RSAV legt das BVA die Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr bis zum 30.09. fest. Der Entwurf dieser Festlegung für das Ausgleichsjahr 2014 ist vom BVA am 31.07.2013 an den GVS-SV zur Anhörung versandt worden. Zu diesem Entwurf nimmt die DAK wie folgt Stellung:

Allgemeines

Der vorliegende Entwurf der Klassifikation für 2014 beinhaltet zahlreiche zu begrüßende Änderungen und Ansätze. Vielfach führen mit hohem Entwicklungsaufwand verbundene Differenzierungen in der Gesamtbewertung jedoch nur zu geringer Systemverbesserung. Sicherlich ist es schwierig, die Ziele der Verbesserung der Zielgenauigkeit bzw. einer gerechteren Verteilung von Zuweisungen in Morbiditätsgruppen mit der Schaffung einer einfachen, übersichtlichen, stabilen und manipulationsresistenten HMG-Systematik in Einklang zu bringen. Die Abbildung in Zusammenhang mit Arzneimitteln, einem der größten Kostenbereiche, wurde weiter verfeinert, ist jedoch längst noch nicht ausreichend differenziert. Die Entstehung von HMG mit nur einer Diagnose kann auch nicht die Lösung sein. Hier zeigt sich eine extreme Spannweite zu HMG, die zahlreiche Diagnosen enthalten, welche inzwischen

nicht mehr alle an der Namensgebung einer HMG teilhaben können. Selbst wenn hier Kostengruppen eine höhere Priorität als übersichtliche medizinische Fallgruppen haben, geht Transparenz verloren, wie z. B. bei HMG108 Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation, Bronchiektasen (Alter < 45 Jahre) und im nächsten Jahr möglicherweise zusätzlich COPD unter 60 Jahren. Darüber hinaus wird damit der Pflegeaufwand des Systems erhöht, da – wie auch dieser Entwurf wieder zeigt – Homogenitätsprüfungen innerhalb von HMG erforderlich sind und zu Änderungen der Zuordnung führen, weil sich offensichtlich die Kosten in höherem Ausmaß ändern als primär zu erwarten ist. Ein Beispiel dafür ist Hämophilie bei Frauen ohne Dauermedikation, die wiederholt eine Zuordnungsänderung erfahren hat. Die Ursachen sind aber auch hier vielschichtig. Unter Berücksichtigung des Abstandes von Entwicklung und Anwendung – 3 Jahre – scheinen die Vorteile einer umfangreichen Zusammenfassung keine zu sein. Hier würde eine Analyse nach mehrjähriger Systemlaufzeit neue Erkenntnisse bringen, die dann in die Weiterentwicklung einfließen könnten. Im Ergebnis sind beide Sachverhalte vermeidbar: die Zusammenfassung von (Teil-)Gruppen mit unübersichtlicher Namensgebung und deren wiederholte Überprüfung auf Homogenität.

Das oben genannte Hämophilie Beispiel zeigt noch ein weiteres „Problem“ bei der Vergabe von HMG-Nummern, das mit der derzeitigen Verfahrensweise erkaufte wird. Die Überprüfung zum Entwurf für 2014 hätte eine eigenständige HMG für Hämophilie ohne Dauermedikation bei Frauen ergeben können – ein bereits in der Vergangenheit vorgekommener Zustand. Die bekannte Nummer wurde zwischenzeitlich anderweitig vergeben und stünde nicht mehr zur Verfügung. Für eine bessere Übersichtlichkeit der HMG schlagen wir vor, einmal vergebene Nummern nicht erneut mit einem anderen Inhalt wiederzubeleben. Beispiele dafür sind die HMG049, HMG109 und HMG143. Auch ist nicht der Übersichtlichkeit gedient, wenn HMGs ohne Inhaltsänderung eine neue Nummer bekommen. So zu finden bei den bösartigen Neubildungen mit der Festlegung 2013, die zwar übersichtlich zwischen 261 und 267 (hämatologische Neubildungen) bzw. 268 und 280 (solide Neubildungen) aufgereiht wurden, was aber möglicherweise durch zukünftige Anpassungen nur einen vorübergehenden Effekt darstellt. Vorschlag: eine einmal vergebene HMG-Nummer sollte immer annähernd inhaltsgleich bleiben und nur eine wesentliche Inhaltsänderung führt zu einer neuen Nummer.

Einführung von Alterssplits für Hierarchisierte Morbiditätsgruppen

Das Thema systematische Abbildung bzw. Berücksichtigung von unterschiedlichen Krankheitskosten in Abhängigkeit vom Alter – welches wir im Vorschlagsverfahren für die Klassifikation 2012 allgemein gefordert haben – begrüßen wir. Es ist nachvollziehbar, dass die

spezifischen Vorschläge aufgrund der Entwicklung eines systematischen und standardisierten Vorgehens zur Altersdifferenzierung zunächst zurückgestellt wurden.

Für den Modellvorschlag zur Berechnung wurden in der Hierarchie „Erkrankungen der Lunge“ mit Mukoviszidose ein bereits vorhandener Alterssplit, der auf diesem Wege überprüft werden sollte, und mit Bronchiektasien ein neuer Alterssplit ausgewählt. In beiden Fällen handelt es sich um Erkrankungen mit besonderen Verläufen bei Kindern bzw. in jungen Jahren. Hier kann eine Differenzierung nach Alter sinnvoll sein. Die Ergebnisse zeigen – was auch aus medizinischer Sicht zu erwarten ist – dass die höheren Kosten bei jüngeren Patienten auftreten. Bei der Mukoviszidose besteht darüber hinaus die Besonderheit, dass es sich hier um eine Erkrankung mit deutlich eingeschränkter Lebenserwartung handelt, was in den Erläuterungen zum Entwurf auch ausgeführt wird.

Zur Bewertung der Methode fehlen typische chronische Erkrankungen, die mit zunehmendem Alter auftreten und im Krankheitsverlauf einen Kostenunterschied aufzeigen können. Dazu gehören beispielsweise Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, COPD, Arthrose, Osteoporose oder rheumatische Erkrankungen. Ob eine Altersdifferenzierung innerhalb der HMG-Systematik gerechtfertigt ist, muss die Methode bzw. Analyse zeigen. Es kann theoretisch auch sein, dass steigende Kosten z. B. beim Diabetes mellitus (nicht Folgeerkrankungen) über das Berechnungsverfahren nicht direkt in den Diabetes HMG wiederzufinden oder nicht relevant sind. In unseren Daten ist aber selbst bei den Diabetes mellitus Komplikations-HMGs mit zunehmendem Alter eine Steigerung der Kosten über das Regressionsverfahren zu erkennen, obwohl die dort benannten Komplikationen in eigenen HMGs abgebildet sind.

Weiterhin sehen wir die Anwendung der Deckungsbeiträge zur Identifizierung von Altersplits in der zur Diskussion gestellten Methode so nicht umsetzbar. Die aus der Darstellung gezogenen Schlussfolgerungen müssen nicht unmittelbar mit dieser HMG in Zusammenhang stehen, auch wenn eine Simulation den Schluss zulassen könnte. So gibt es Effekte, die möglicherweise durch eine überdurchschnittlich häufige Kombination einer gleichzeitig vorliegenden anderen HMG bzw. Erkrankung verursacht werden, z. B. denkbar bei Kaposi-Sarkom und HIV oder Bluter, HIV und Hepatitis oder bösartige Neubildungen und Anämie bei bösartigen Neubildungen. Darüber hinaus kommen Effekte aus dem AGG-Anteil, der neben den neuen und akuten Krankheitskosten auch noch die nicht-HMG-Morbidität enthält. Trotz aller

Komplexität favorisieren wir eine Orientierung an den Kosten der medizinischen Behandlung einer Erkrankung. So könnten punktuell und zielgerichtet Alterssplits entstehen.

Unklar ist im Entwurf 2014 außerdem, in welcher Form die Methode dann systematisch über alle HMG angewendet wird. Darüber hinaus fehlen Erläuterungen bzw. Herleitungen der weiteren Kriterien: Kostendifferenz zwischen den neuen Gruppen, maximales Alter und Anzahl der Gruppen.

Im Ergebnis sehen wir am vorgeschlagenen Modell erheblichen Anpassungsbedarf und viele klärungsbedürftige Sachverhalte, so dass wir auch die beiden mit dem Modell vorgeschlagenen Alterssplits nicht befürworten. Die medizinische Begründung resultiert aus dem Behandlungsaufwand bzw. aus der klinischen Relevanz einer (Begleit-)Erkrankung und hat damit letztendlich einen unmittelbaren Zusammenhang zu den Behandlungskosten. Das sollte maßgeblich sein, eine Simulation muss dieses dann als Systemverbesserung bestätigen.

Anpassung des Klassifikationsmodells

Hierarchie 01: „Infektionen“

Die Sepsis und Sepsis beim Neugeborenen werden im Entwurf 2014 in HMG002 Sepsis zusammengefasst. Der Begründung mit den besseren statistischen Kennzahlen der Zusammenfassung vs. Hierarchisierung sind – neben den eher als sehr gering zu bewertenden statistischen Unterschieden – die kleine Gruppe mit den aus unterschiedlichen Krankheitsverläufen resultierenden sehr variablen Kosten und die damit verbundene zukünftig zu wiederholende Prüfung auf Homogenität der beiden DxG in der HMG002 entgegenzuhalten.

So sind in unseren Daten 2012 die Kostenunterschiede der beiden DxG deutlich größer und unterscheiden sich damit von den Daten 2011. Unter Berücksichtigung dieser Sachverhalte halten wir eine Abbildung in zwei HMG und Hierarchie (Modell M01A) für die bessere Lösung. Eine zukünftige Überprüfung der HMG (Homogenität der DxG) ist hinfällig, über die Hierarchie wird eine doppelte Zuweisung vermieden. Selbst eine nicht hierarchisierte Abbildung ist denkbar, da ein möglicher Doppelkodiereffekt für unter Einjährige keine relevanten Ausmaße annehmen kann.

Hierarchie 06: „Gastrointestinale Erkrankungen“

Die DxG 763 Strahlenproktitis/Strahlenkolitis ist mit den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ohne Dauermedikation in der HMG033 zusammengefasst. Wir halten hier

aufgrund der deutlich unterschiedlichen Kosten eine separate HMG Strahlenproktitis/Strahlenkolitis für gerechtfertigt, nebenbei wird es übersichtlicher. Darüber hinaus entfällt eine zukünftige Überprüfung auf Homogenität der im Entwurf 2014 vorgeschlagenen HMG033. In der vorhandenen Hierarchie würde die Einordnung der eigenständigen HMG Strahlenproktitis/Strahlenkolitis oberhalb der HMG033 erfolgen, alternativ in der Komplikationshierarchie unterhalb der HMG034, wenn auch die im folgenden Absatz beschriebene Anpassung erfolgt.

Dem postoperativen Darmverschluss das Aufgreifkriterium „stationär“ zuzuordnen, erscheint unter dem Aspekt der Behandlungsrelevanz sinnvoll. Die Abbildung in der Hierarchie unterhalb der HMG031 Ileus ist aus dem Blickwinkel der medizinischen Inhalte denkbar. Als Alternative bietet sich auch hier die Komplikationshierarchie mit HMG034 und Strahlenproktitis/Strahlenkolitis an. Der Manipulationsanreiz bzw. die Tatsache einer Doppelkodierung ist eher theoretisch als real zu erwarten. Wenn die eindeutige Kodiervorgabe im ICD-10 missachtet wird, wären zwei Ansätze zu diskutieren: die zusätzliche Kodierung eines postoperativen Darmverschlusses und die zusätzliche Kodierung eines Ileus bei postoperativem Darmverschluss. Letzterer Ansatz wäre bei Unterstellung manipulativen Handelns auch vor der jetzt denkbaren eigenen HMG für den postoperativen Darmverschluss bereits möglich und damit in den Daten enthalten. Die Einflussnahme auf die Kodierung einer Komplikation durch einen Leistungserbringer in größerem Ausmaß ohne dass sie vorliegt ist schwer vorstellbar, wenn man die Bedeutung der Verschlüsselung und Verwendungen in Diagnosestatistiken und Qualitätssicherung berücksichtigt.

Hierarchie 08: „Hämatologische Erkrankungen“

Die Umstellung der Aufgreifkriterien von zwei Verordnungsquartalen auf DDD bei Hämophilie und die separate Abbildung des Willebrand-Jürgen-Syndrom begrüßen wir. Allerdings fehlt eine Methode zur Ermittlung der Grenzen für Dauer- bzw. Bedarfsmedikation. Dass die 183-DDD-Grenze nicht für alle Bluter mit Dauermedikation als Aufgreifkriterium geeignet ist, zeigt die Gruppe mit Hemmkörper-Hämophilie. Während die neue Diagnose richtigerweise der HMG035 zugeordnet ist, kommen viele Fälle mit extrem hohen Kosten nicht in der HMG035 an, da trotz des hohen Arzneimittelbedarfs die 183 DDD nicht erreicht werden bzw. aufgrund der DDD-Systematik nicht erreicht werden können. Zumindest für diese Gruppe schlagen wir eine Absenkung der DDD-Menge auf 90 vor.

Die Liste der aufzugreifenden Faktorpräparate von

- DxG 225 (*Echte*) *Hämophilie (angeborener Faktor VIII oder Faktor IX-Mangel) mit Dauermedikation*
- DxG 236 *Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer)*

muss um den ATC B02BD05 Gerinnungsfaktor VII, der vielfach bei der Hemmkörper-Hämophilie substituiert wird, ergänzt werden.

Bei der HMG036 Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer) ist die Abstufung der DDD-Menge bei einem Alter unter 12 Jahren sinnvoll. Bei der Analyse zu dieser HMG wurde im Entwurf jedoch ein Modell nicht beachtet, welches Bedarfsmedikation und Frauen einschließt. Die Modellrechnungen mit Frauen erfolgten mit dem Aufgreifkriterium „Arzneimittel, obligat“, bei denen die unter 12jährigen über das M2Q-Kriterium aufgegriffen werden. Hierbei ist nachvollziehbar, dass Frauen mit geringen Kosten die HMG verwässern. Mit der Umstellung auf Bedarfsmedikation auch für Frauen sehen wir diesen Sachverhalt behoben, da die Arzneimittel entscheidend sind.

Das Willebrand-Jürgen-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation ist im Entwurf 2014 in der HMG046 Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen), Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen über das M2Q-Aufgreifkriterium verblieben. Auch hier ist analog zur Hämophilie eine eigene HMG Willebrand-Jürgen-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation gerechtfertigt. Die hierarchische Einordnung wäre unmittelbar über der HMG046.

Die DxG 816 Hämophilie (Frauen) ohne Dauermedikation wurde im Rahmen der Prüfung auf Homogenität innerhalb einer HMG wiederholt verschoben. Wir schlagen vor, eine eigene HMG Hämophilie (Frauen) ohne Dauermedikation zu schaffen. Damit ist diese Prüfung zukünftig verzichtbar und der Übersichtlichkeit der HMG gedient: jeweils eine HMG für Hämophilie mit Dauermedikation, mit Bedarfsmedikation, ohne Dauermedikation (Frauen) und ohne Dauermedikation (Männer).

Zusammengefasst schlagen wir für die Hierarchie „Hämatologische Erkrankungen“ die Überprüfung folgender Änderungen vor:

- HMG036 Hämophilie mit Bedarfsmedikation mit Frauen und Männern
- Eigene HMG für Willebrand-Jürgen-Syndrom ohne Dauermedikation
- Absenkung der DDD-Menge auf 90 für HMG035 bei Hemmkörper-Hämophilie
- DDD-Grenze für Dauer- und Bedarfsmedikation
- Aufnahme ATC B02BD05 in DxG 225 und DxG 236
- Eigene HMG für Hämophilie (Frauen) ohne Dauermedikation

Die Berechnungen auf Basis der Vollerhebung zeigen nun einen Effekt durch Kostenaureißer, der bisher im Schlussausgleich „untergeht“. Der durch diese teilweise extremen Kostenfälle sichtbare Einfluss auf die Zuweisungshöhe muss nicht zu einer zielgenaueren Verteilung führen. Bei Einzelfallkosten in Millionenhöhe sind HMGs kein geeignetes Mittel, im Gegenteil beeinflussen derartige Einzelfälle den Deckungsbeitrag zum Nachteil derer, bei denen diese kostenintensiven Fälle vorkommen. Hier ist der Risikopool das bessere Instrument.

Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“

Bei der HMG077 Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie wird im Entwurf für 2014 das Aufgreifkriterium ‚M2Q‘ durch ‚Arzneimittel, obligat‘ ersetzt. Mit der Einführung dieser Arzneimittelvalidierung für die HMG077 werden nicht nur Behandlungsfälle, die nicht bzw. noch nicht die Arzneimittelmenge von 183 DDD erreichen, ausgeschlossen, sondern auch andere medizinische Behandlungen bei diesen Herzrhythmusstörungen, wie die Implantation eines Defibrillators oder Ablationsmaßnahmen, einer Morbiditätszuweisung entzogen. Vorrangig aus letzterem Grund und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass es sich durchaus auch um längere Behandlungsverläufe handeln kann, halten wir die Schaffung einer eigenen HMG Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie ohne Dauermedikation mit Aufgreifkriterium M2Q, hierarchisch unter der vorhanden HMG077 Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie – dann mit dem Zusatz mit Dauermedikation für angezeigt.

In die Hierarchie „Herzerkrankungen“ wurden im Rahmen der Umgestaltung der Hierarchie „Medizinische Komplikationen“ folgende ICD10-Kodes verschoben:

ICD-10-GM 2013		Entwurf 2014	
ICD10	Beschreibung	HMG	Beschreibung
I97.0	Postkardiotomie-Syndrom	HMG078	Pulmonale Herzkrankheit
I97.1	Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff	HMG091	Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen
T82.2	Mechanische Komplikation durch Koronararterien-Bypass und Klappentransplantate		
T82.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese		
T82.0	Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese	HMG301	Schwere angeborene Herzfehler
T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	HMG079	Herzstillstand / Schock
T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	HMG318	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	HMG320	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen

Die Komplikationen nach thoraxchirurgischen Eingriffen

- M96.80 *Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff*
- M96.81 *Instabiler Thorax nach thoraxchirurgischem Eingriff*

wurden in die Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ verschoben, was unter dem maßgeblichen Kriterium des unmittelbar betroffenen Organsystems unabhängig von der Ursache nachvollzogen werden kann.

Grundsätzlich ist die Vorgehensweise der Zuordnung der einzelnen ICD-Kodes zu vorhandenen oder neuen HMG in der Hierarchie „Herzerkrankungen“ nachvollziehbar. Es zeigt sich jedoch, dass eine Angliederung in einen vorhandenen Hierarchiestrang nicht alle Sachverhalte der Anwendung der Codes berücksichtigt bzw. berücksichtigen kann. So gehören

- T82.7 *Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen* (HMG320) und
- T82.5 *Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen* (HMG318)

inhaltlich auch in den Hierarchiestrang der angeborenen Herzfehler, T82.5 darüber hinaus in die Hierarchie „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (wie T82.3 Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate und T82.4 Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse). Bei der Analyse fällt zudem eine nicht unerheblich Fallzahl-Überschneidung von HMG086 und HMG318 auf, wobei die mechanischen Komplikationen der Diagnosen aus der HMG086 in der HMG301 (T82.0) zu erwarten wären. Offensichtlich wird der ICD10-Kode T82.5 wie T82.0 angewendet bzw. trifft der ICD10-Kode T82.5 genauso auf den oder einen zu beschreibenden Sachverhalt zu wie T82.0. Um hier durch Doppelkodierung eines möglicherweise gleichen Sachverhaltes zwei HMG-Zuweisungen zu vermeiden, müssten die HMG318 und HMG320 zusätzlich in den Hierarchiestrang zwischen HMG301 und HMG087 eingefügt werden.

Das Zuordnungsprinzip einzelner Diagnosen ausschließlich nach deren momentanen Kostenschätzer führt teilweise zu medizinisch ungewöhnlichen Gruppen. So finden sich die mechanischen Komplikationen einer Herzklappenprothese in der HMG für angeborene Herzfehler wieder, deren Bezeichnung den neuen Inhalt nicht wiedergibt. Neben den teilweise geringen medizinischen Zusammenhängen entsteht so eine Unübersichtlichkeit in den HMGs. Darüber hinaus lässt sich auch die Zuordnung der T82.0 zur HMG301 nicht nachvollziehen und wäre nach unserer Einschätzung besser in der HMG088 aufgehoben.

Bei Betrachtung der einzelnen Codes scheint es unglücklich, dass eine „sonstige“ Kodierung hoch bewertet sehr weit oben in der Hierarchie steht und eine Infektion einer Herzklappenprothese in der Hierarchie unterhalb der zugrunde liegenden Herzklappenerkrankung abgebildet ist, auch wenn es rechnerisch nachvollzogen werden kann.

Unter Berücksichtigung oben aufgeführter Argumente, der Häufigkeit und der Tatsache, dass es sich bei Komplikationen nicht selten um individuelle Verläufe mit unterschiedlichen und extrem schwankenden Kosten handelt, schlagen wir eine Abbildung in zwei HMG in einer

eigenständigen Hierarchie innerhalb der Hierarchie „Herzerkrankungen“, vor. Auch wenn eine doppelte Zuweisung von Komplikation und zugrunde liegender Krankheit möglich ist, was im Übrigen nicht ungerecht sein muss, scheint so auch eine etwas undifferenziertere Variante Vorteile zu bieten:

- zusammenhängende Abbildung von Krankheiten und den Komplikationen (nach Manifestation)
- Vereinfachung des Systems ohne auf wesentliche Differenzierung zu verzichten
- Vermeidung von HMGs mit nur einer Diagnose
- Vermeidung einer zukünftigen Überprüfung von ICD/DxG auf Homogenität innerhalb einer HMG
- Vermeidung von inhaltlich „nicht gut passender“ HMG-Zusammensetzung
- Vermeidung von unvollständigen oder unübersichtlichen HMG-Beschreibungen
- Verbesserung der Übersichtlichkeit der HMG-Systematik

Die HMG 320 würde vereinfacht alle Infektionskomplikationen, die HMG318 alle mechanischen und sonstigen Komplikation enthalten, die HMG320 ist hierarchisch über der HMG318, Aufgreifkriterien der DxG wie im Entwurf, die DxG lassen sich zusammenfassen:

		ICD10-GM	
HMG	Beschreibung	ICD10	Beschreibung
HMG320	Infektion und entzündliche Komplikation durch Implantate, Transplantate und Eingriffe am Herzen	I97.0	Postkardiotomie-Syndrom
		T82.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese
		T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
HMG318	Mechanische und sonstige Komplikation durch Geräte und Implantate im Herzen	I97.1	Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff
		T82.0	Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese
		T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
		T82.2	Mechanische Komplikation durch Koronararterien-Bypass und Klappentransplantate
		T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen

Alternativ ist auch die Abbildung in einer Hierarchie „Komplikationen an Herz und Gefäßen“ zu diskutieren, da mit dem ICD10-Kode T82.5 Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen eine eindeutige Abgrenzung von Herz und (peripheren) Gefäßen nicht möglich ist. Auch diese Schlüsselnummer zeigt die Probleme einer Verteilung der Komplikationens-ICD auf vorhandene Krankheitshierarchien.

Änderung des Berechnungsverfahrens

Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden

Seit dem Vorjahr hat es bei dieser Thematik keine neuen inhaltlichen Argumente gegeben. Die DAK wertet das Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 04. Juli 2013 (auch wenn es noch nicht rechtskräftig ist) allerdings als starken Hinweis, dass die derzeitige Regelung nicht nur fachlich, sondern sogar rechtlich nicht mehr haltbar ist. Deshalb fordern wir das BVA auf, die Berechnung der Gewichtungsfaktoren umzustellen und künftig als abhängige Variable für alle Versicherten die Leistungsausgaben je Kalendertag (Pro-Tag-Werte) zu verwenden wie der Wissenschaftliche Beirat vorschlägt.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu prüfen und bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells 2014 zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße

gez. Dieter Kaske

Leiter Finanzplanung und -steuerung