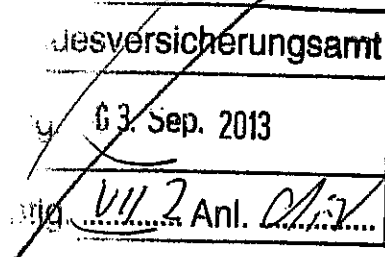


Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kassenärztliche Bundesvereinigung · Vorstand · Postfach 12 02 64 · 10592 Berlin

Bundesversicherungsamt
Herrn Rüdiger Wittmann
Herrn Dr. Dirk Göppfarth
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn



**Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenärztlichen Bundesvereini-
gung**

Dr. Andreas Köhler
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Postfach 12 02 64, 10592 Berlin

Tel.: 030 4005-1001 + 1002
Fax: 030 4005-1090
E-Mail: AKoehler@kbv.de
www.kbv.de

Dr. Kö/Ra/pre
30. August 2013

nachrichtlich: Herrn Dr. Casser
Herrn Dr. Ryll

Ihr Schreiben vom

31.07.2013

Ihr Zeichen

Vll 2- 5572.1 – 1319/2013

Unser Zeichen
(bitte in der Antwort ange-
ben)
§ 87 SGB V

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich (RSA)

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

Sehr geehrter Herr Wittmann,
sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

beigefügt übersenden wir Ihnen die Anmerkungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2014.

Für Rückfragen zu den Anmerkungen steht Ihnen jederzeit Frau Raskop (030 4005 1328; ARaskop@kbv.de) zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Dr. Andreas Köhler

Anlage



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts



Anhörung zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmen, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2014

**Vorschläge der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer**

(Stand 30.08.2013)

Gemäß § 31 Abs. 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesversicherungsamt (BVA) die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge fest.

Der Wissenschaftliche Beirat hat gemäß § 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Aufgabe, einen Vorschlag für die Anpassung des vom BVA ausgewählten Modells zu unterbreiten. Entsprechende Vorschläge hat der Wissenschaftliche Beirat in seinen Sitzungen am 22. April, 3. Juni und 23. Juli 2013 beraten und einstimmig beschlossen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK) nehmen zu den Empfehlungen für die Anpassung der Morbiditätsgruppen, des Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, des Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2014 wie folgt Stellung. Die Stellungnahme ist analog den „Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2014“ (Stand 31. Juli 2013) gegliedert.

I. Allgemeine Anmerkungen

Kapitel I.3.2: Verwendung der 30% Stichprobe und Vollerhebung

Für die Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2014 stehen dem BVA erstmals die Leistungsausgaben aller GKV-Versicherten als Vollerhebung zur Verfügung. Neben den Leistungsausgaben als abhängiger Variable des Klassifikationsmodells liegen dem BVA offenbar auch die Größen als Vollerhebung vor, die in das Modell als unabhängige Variable eingehen, denn im Abschnitt 3.2.3 wird dazu ausgeführt, dass die Vollerhebung „die genauesten Kostenschätzer und Gütemaße liefert“. Jedoch verlängern sich bei Verwendung

der Vollerhebung die Laufzeiten der Berechnungen von verschiedenen Modellen erheblich, weshalb die Anpassungsarbeiten auf der Grundlage einer 30 % Stichprobe vorgenommen werden. In Tabelle 4 auf S. 109 sind dann die Anzahl, die Summe der Leistungsausgaben und der jeweils errechneten Gütemaße des Ausgangsmodells für die Vollerhebung und die Stichprobe gegenübergestellt.

Dazu wäre zukünftig grundsätzlich eine genauere Erläuterung zur Datengrundlage dahingehend wünschenswert, ob es im Rahmen der Qualitätssicherung der übermittelten Daten zu Korrekturen der Datengrundlage gekommen ist, d. h. es stellt sich die Frage, ob die als Vollerhebung bezeichnete Datengrundlage tatsächlich exakt 100 % der GKV-Versicherten umfasst oder ob es beispielsweise zu Ausschlüssen von Datensätzen durch Datenfehler gekommen ist, sodass zwischen der verwendeten Datengrundlage und einer hypothetisch völlig fehlerfreien Vollerhebung eine – vielleicht nur kleine – Differenz besteht, die dazu führen könnte, dass sich die teilweise sehr kleinen (die vierte Stelle hinter dem Komma betreffenden) Unterschiede in den Gütemaßen der Modelle auf Basis der Vollerhebung (vgl. bspw. Kapitel 18.2.1) – und damit auch für die 30 % Stichprobe – verändern könnten und damit einige der Modellanpassungsentscheidungen tangieren könnten.

Daraus leitet sich die speziellere Frage der Sensitivität der Kennwerte für Modelle hinsichtlich der im Rahmen der Qualitätssicherung ggf. durchgeführten Datenkorrekturen ab, d.h. inwiefern ist beispielsweise die Aussage belastbar, dass ein Modell auf der Basis der Vollerhebung, bei dem das adjustierte R^2 um 0,0031 % bzw. der CPM um 0,0014 % steigt und der MAPE um gerundet 4 Cent sinkt (vgl. S. 318), auch dann noch bessere statistische Eigenschaften besitzt, wenn in der Vollerhebungsdatengrundlage (bzw. der Stichprobe) etwaige Datenfehler korrigiert werden mussten.

Kapitel I.3.3: Einführung von Alterssplits für Hierarchisierte Morbiditätsgruppen

Die KBV und die BÄK begrüßen die vom BVA vorgesehene Entwicklung einer Methodik von Alterssplits, da dadurch insbesondere die über das Alter wirkenden impliziten Komorbiditäten berücksichtigt werden können, die aufgrund der beschränkten Anzahl der in das Modell aufgenommenen Krankheiten als altersabhängig erscheinen.

Die Methodik wird bei der Modellanpassung zur Hierarchie 19 (Erkrankungen der Lunge) gleichsam exemplarisch für die Mukoviszidose mit Wirkung auf die HMG218, HMG217 und HMG109 durchgeführt. Dabei stellt sich die Frage, ob neben den globalen Gütemaßen eines Modells als zusätzliches Kriterium die Vorhersagerelation der jeweiligen Gruppen herangezogen werden sollte, um die spezifische Wirkungsrichtung der vorgeschlagenen Anpassung bei der Entscheidung miteinzubeziehen und zugleich die bei der Anpassung mit Alterssplits ggf. ausgelösten Veränderungen der Schätzgüte anderer HMG-Schätzer einer Hierarchie stärker zu beachten.

Kapitel II.5: Berücksichtigung von Arzneimitteln

Die KBV und die BÄK befürworten den Ansatz, Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka zukünftig von der Validierung der Diagnosen im Klassifikationssystem auszuschließen.

Die Bildung unterschiedlicher Arzneimittelzuschlagsgruppen innerhalb eines Hierarchiestrangs wird aufgrund möglicher Anreizwirkungen auf das Verordnungsgeschehen methodisch als besonders kritisch eingeschätzt. Möglichen Änderungen sollten, entsprechend dem Vorschlag des BVA, unbedingt dezidierte methodische Beratungen, u. a. durch den wissenschaftlichen Beirat, vorausgehen. Weitere Anmerkungen finden sich unter den jeweiligen Hierarchien.

Kapitel II.6: Aufgreifalgorithmus

In diesem Jahr erfolgten keine wesentlichen Änderungen der Aufgreifkriterien.

Im Bereich der Hierarchien 04 („Metabolische Erkrankungen“) und 08 („Hämatologische Erkrankungen“) erfolgte eine Umstellung der Sonderfälle von Verordnungsquartalen (Sonderfall 2) auf Behandlungstage (Sonderfall 1). Gleichzeitig wurde der bisherige Sonderfall 1 (Schweregraddifferenzierung über Behandlungstage) ausdifferenziert, um neben einer Dauermedikation auch eine Bedarfsmedikation abbilden zu können. Die Umstellungen erscheinen methodisch konsistent.

II. Spezielle Anmerkungen zu den Anpassungen des Klassifikationsmodells (Kapitel III.7-29)

Hierarchie 01: „Infektionen“

Die Verschiebung des ICD-Kodes A81.2 („Progressive multifokale Leukenzephalopathie“) von der Auswahlkrankheit „Virale Meningitis/Enzephalitis“ in die Auswahlkrankheit „Infektionen durch opportunistische Erreger“ (HMG005) kann aus medizinischer Perspektive nachvollzogen werden. Auch aus Kostenhomogenitätsgründen erscheint eine Zuordnung zur HMG201 sachgerecht. Eine generelle Einordnung in den Formenkreis von HIV wird insofern kritisch gesehen, als auch Fälle von progressiver multifokaler Leukenzephalopathie auftreten, die nicht mit AIDS einhergehen.

Das Zusammenlegen der HMG003 „Sepsis (Blutvergiftung)/Schock beim Neugeborenen“ mit der HMG002 „Sepsis/Schock“ und die Umbenennung der HMG002 in „Sepsis“, da die Diagnosen der Krankheit „Schock“ mit der Krankheitsauswahl entfallen sind, wird positiv bewertet, da es zur Vereinfachung beiträgt und die Stabilität des Systems gegenüber potenziellen Kodiereffekten verbessert.

Der fachliche Hintergrund für die Prüfung einer Zusammenlegung der Hierarchiestränge „Infektionen durch opportunistische Erreger“ und „HIV/AIDS“ ist nachvollziehbar. So wurde vermutet, dass es in diesem Bereich zahlreiche Überschneidungen gäbe. Die empirische Überprüfung zeigte jedoch, dass die Überschneidungen beider Hierarchien eher gering sind und sich die Kennzahlen entsprechend nicht verbessern, wenn diese zusammengelegt werden. Daher wurde, aus nachvollziehbaren Erwägungen, von der Zusammenlegung abgesehen.

Der manifestationsbezogene Aufbau des Klassifikationssystems als Begründung für den Verzicht auf ein Verschieben des Kaposi-Sarkoms (C46.-) in die Hierarchie der Infektionen erscheint schlüssig.

Hierarchie 02a: „Hämatologische Neubildungen“

Prüfgegenstand war die Verschiebung der ICD-Kodes für die unterschiedlichen Formen der Histiozytose von der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ in die Hierarchie der „Hämatologischen Neubildungen“. Da es sich um eine proliferative Erkrankung mit tumorähnlichem Charakter handelt, ist die Zusammenfassung in einer eigenen DxG und die Verschiebung in die HMG267, „Morbus Hodgkin, Histiozytose“, innerhalb der Hierarchie der „Hämatologischen Neubildungen“ aus medizinischer Sicht sachgerecht. Die Kennzahlen der unterschiedlichen Modellvarianten, zeigten keine erheblichen Unterschiede.

Hierarchie 04: „Metabolische Erkrankungen“

Das Aufgreifkriterium für die DxG826 „Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT“ und DxG 827 „Sphingolipidosen mit ERT/SRT“ wird umgestellt von „Verordnungsquartalen“ auf eine Schweregraddifferenzierung über den „Behandlungstage“ (BT) mit der kritischen Grenze von 10 zu erreichenden BT. Da sich die Schätzwerte als Folge der Umstellung verbessern, wird die Umstellung seitens der KBV und der BÄK positiv bewertet. Gleichwohl erscheint die Begründung für das häufige Unterschreiten eines Grenzwerts von 183 Behandlungstagen für die chronischen Erkrankungen dieses Formenkreises nicht ausreichend (defined daily dosis ermittelt unter Annahme eines Körpergewichts von 70 kg). Daher empfehlen KBV und BÄK die weitere Klärung des unerwartet häufigen Unterschreitens des Grenzwerts von 183 Behandlungstagen (bzw. 92 BT bei Kindern).

Das Aufgreifkriterium der DxG840 „Hypopituitarismus mit Somatropingabe“ wird ebenfalls umgestellt auf eine Schweregradifferenzierung über Behandlungstage. Als kritische Grenze werden für Versicherte mit 12 Jahren oder älter 183 Behandlungstage angesetzt, für Versicherte unter 12 Jahren 92 Behandlungstage. Da die Modellgüte als Folge dieser Änderung ebenfalls verbessert werden konnte, erscheint auch diese Anpassung schlüssig.

Die Auftrennung der DxG115 „Erkrankungen der Nebenniere, z. B. Cushing-Syndrom“ gemäß ICD10-GM-3-Stellern, wie durch das BVA vorgeschlagen, ist medizinisch nachvollziehbar. Zudem offenbart die neue Einteilung deutlich unterschiedliche Kostengewichte. Die weitere Zuordnung der insgesamt vier sich daraus ergebenden Diagnosegruppen stellt aus Sicht von KBV und BÄK ebenfalls eine Verbesserung dar.

Die Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ wurde umfassend überarbeitet. Die insgesamt neun ICD-Kodes des Dreistellers E89.- wurden in die DxG „Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen“ eingeordnet und der neuen HMG „Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen, Angeborene Anomalien endokriner Drüsen“ zugeordnet. KBV und BÄK begrüßen die neue Zuordnung. Damit wird dem manifestationsbezogenen Aufbau des Klassifikationssystems Rechnung getragen.

Die DxG 117 wird aus medizinischen Gründen in die folgenden neuen drei Diagnosegruppen aufgespalten:

- Diagnosen des Dreistellers E32.- bilden die DxG 117 „Erkrankungen des Thymus“,
- Diagnosen der ICD-Dreisteller E21.- und E22.- werden der DxG129 „Erkrankungen der Nebenschilddrüse“ zugeordnet, und
- die Diagnosen der ICD-Dreisteller E22.- und E23.- werden in die DxG130 „Erkrankungen der Hypophyse, polyglanduläre Dysfunktion“ eingeordnet.

Als Resultat der Umgruppierungen auf Ebene der DxG wurden innerhalb der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ drei HMG neu gebildet. Die neue Zuordnung ist medizinisch sachgerecht.

Hierarchie 06: „Gastrointestinale Erkrankungen“

Auf Vorschlag des Bundesversicherungsamtes wurden ICD-Kodes, die gastrointestinale Erkrankungen verschlüsseln, aus der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ in die Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ verschoben. Unter Berücksichtigung der Kennzahlen wurden schließlich zwei neue HMG ergänzt: HMG032 „Postoperativer Darmverschluss und HMG034 „Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen“. Das Aufgreifkriterium „stationär“ für die HMG032 erscheint sachgerecht. Die Änderungen samt Rationale sind transparent und schlüssig dargestellt.

Seitens einzelner Krankenkassen wurde hier eine Differenzierung der HMG290 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ nach Schweregraden (über Arzneimittel) angeregt (TNF-alpha-Hemmer versus basistherapeutische Ansätze). Da mehrstufige Arzneimittel-Schweregradifferenzierungen derzeit im Klassifikationsmodell nicht vorgenommen werden und die grundsätzliche kritische Auseinandersetzung hierzu noch aussteht, erfolgt keine Umsetzung dieses Vorschlags. Insofern erfolgt auch hier keine Bewertung durch KBV und BÄK.

Hierarchie 07: „Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems“

Die Struktur der Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ ist durch folgende Ergänzungen der Krankheitsauswahl betroffen:

- ICD-Kodes aus dem Formenkreis der Hüftluxationen (Q65.0 bis Q65.2 / S73.0-) sowie

- Arthritiden bei M. Crohn und Colitis ulcerosa (M07.4- / M07.5-).

Die angeborenen und die erworbenen Hüftgelenksluxationen werden, entsprechend ihren unterschiedlichen Folgekosten, in zwei getrennten Zuschlagsgruppen abgebildet.

Die Arthritiden wurden in die bereits bestehende DxG852 („Chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung“) integriert. Eine Schweregradifferenzierung ist in Abhängigkeit einer Dauerbehandlung vorgesehen.

Zudem wurden einzelne Codes der ICD-Dreisteller-Gruppen M96.- („Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen“) und T84.- („Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate“) aus der Hierarchie „Medizinische Komplikationen“ in die Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ aufgenommen. Es erfolgte eine Überleitung der ICD-Codes in drei neue Diagnosegruppen („Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate“, „Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate“ und „Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems“), die jeweils in eine eigenständige, gleichnamige HMG führen.

Die dargestellten Änderungen sind nachvollziehbar begründet und sachgerecht.

Auch hier schlugen einzelne Krankenkassen arzneimittelbezogen eine Differenzierung der Zuschlagsgruppe für rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation (HMG229) vor. Dieser Vorschlag wird aus den oben bereits genannten Gründen nicht umgesetzt.

Hierarchie 08: „Hämatologische Erkrankungen“

Auf Basis der nunmehr vorliegenden Vollerhebung erfolgte eine umfangreiche Prüfung dieser Hierarchie.

Der Vorschlag einer Umstellung des Aufgreifkriteriums für die DxG225 (HMG035) „Hämophilie mit Dauermedikation“ von Sonderfall 2 (Verordnungsquartale) auf Sonderfall 1 (Behandlungstage) mit einer Mindestanforderung von 183 Behandlungstagen wird, im Zusammenhang mit der Schaffung einer neuen Diagnosegruppe DxG236 „Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer)“ aus medizinischer Sicht für sinnvoll erachtet. Insgesamt wird die Schätzgenauigkeit des Modells durch die differenziertere Abbildung der Schweregrade der Erkrankung verbessert.

Die analoge Aufnahme des 2010 neu eingeführten ICD-Codes D68.31 „Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen“ in die DxG225 „Hämophilie mit Dauermedikation“ und DxG236 „Hämophilie mit Bedarfsmedikation“ wird seitens der KBV und der BÄK befürwortet.

Für das „Willebrand-Jürgens-Syndrom“ wurde eine analoge Schweregradifferenzierung (Dauer-/Bedarfsmedikation) gewählt. Sie wird medizinisch und aufgrund der verbesserten Schätzwerte ebenfalls begrüßt.

Die Ausgliederung des ICD D59.3 „Hämolytisch-urämisches Syndrom“ aus DxG 223 wird seitens der KBV und der BÄK für sachgerecht befunden. Die Diagnose D59.3 bildet ab sofort die Diagnosegruppe DxG241 (Aufgreifkriterium stationär erforderlich), welche in die neu gebildete HMG044 eingeordnet wird, da die Folgekosten eines Versicherten mit dieser Diagnose deutlich über jenen der weiteren HMG des Hierarchiestrangs liegen.

Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“

Um potenzielle, negative Kodieranreize zu minimieren, erfolgte eine Verschiebung der DxG843, „Nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“, von HMG 056 in HMG058. Die HMG056 wurde umbenannt in „Psychosen, Wahn“ und die HMG058 in „Depression, sonstige nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“. KBV und BÄK empfehlen, die Auswirkungen dieser Anpassung im Verlauf zu beobachten, da

sie sowohl medizinisch, als auch im Hinblick auf die Kennzahlen des Modells, die sich als Folge geringfügig verschlechtert haben, hinterfragt werden können.

Hierarchie 13: „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“

Die ICD-Kodes G97.80 („Postoperative Liquorfistel“) und G97.81 („Postoperativer [zerebellärer] Mutismus“) wurden aus der Hierarchie „Medizinische Komplikationen“ in die Hierarchie „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“ verschoben. Für die beiden ICD-Kodes G97.80 und G97.81 wurde die neue DxG312 mit der Bezeichnung „Postoperative Krankheiten des Nervensystems“ geschaffen, welche über das M2Q-Kriterium validiert und der bestehenden HMG295 zugeordnet wird. KBV und BÄK begrüßen die Anpassungen, da sie eine medizinisch sachgerechte Differenzierung der genannten Komplikationen ermöglicht.

Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“

Hintergrund für die Anpassungen sind zum einen kleinere Änderungen der Krankheitsauswahl und zum anderen das Auftreten einer Hierarchieverletzung bei Verwendung der aktuellen Datenbasis.

Zudem erfolgte eine differenzierte Berücksichtigung der sehr heterogenen herzspezifischen Komplikationen innerhalb der Herzhierarchie. Diese wird für sachgerecht befunden und führt zu einer deutlichen Verbesserung aller Kennzahlen.

Die Arzneimittelvalidierung der HMG077 „Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie“, ebenso wie die geänderte Hierarchisierung zwischen der HMG079 „Herzstillstand/Schock“ und der HMG077 „Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie“ werden aus medizinischer Sicht und aufgrund der verbesserten Modellkennzahlen begrüßt.

Konkret wird für die DxG392 „Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie“ eine obligate Arzneimittelvalidierung für chronisches Krankheitsgeschehen vorgesehen (183 verordnete Behandlungstage sowie zeitgleiche Diagnose). Berücksichtigt werden sollen die folgenden ATC-Fünfsteller:

- C01BB Antiarrhythmika, Klasse 1b
- C01BC Antiarrhythmika, Klasse 1c
- C01BD Antiarrhythmika, Klasse III
- C01BG Andere Antiarrhythmika, Klasse I und III
- C07AA Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten, nichtselektiv
- C07AB Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten, selektiv

Diese sind grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Nicht berücksichtigt wurden die vorgeschlagenen ATC-Gruppen B01AA „Vitamin K Antagonisten“ und B01AC „Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin“. Diese beiden Gruppen wurden zur Bestätigung der Diagnose als zu unspezifisch bewertet. Die Nichtberücksichtigung dieser beiden ATC-Gruppen kann medizinisch nachvollzogen werden.

Ebenfalls nicht berücksichtigt - aber auch gar nicht angesprochen - wurden Calciumantagonisten wie Verapamil (Nicht-Dihydropyrimidin-Typ: C08DA). KBV und BÄK empfehlen, deren Ergänzung zu prüfen.

Hierarchie 17: „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“

Im Zuge der Überarbeitung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ wurden die ICD-Kodes zu zerebralen und präzerebralen Blutungen in eine neue DxG396 der Hierarchie 17

verschoben. Es erfolgte die Zuordnung zu der HMG095 „Zerebrale Blutung“. Die neue Einordnung in die Hierarchie 17 erscheint medizinisch plausibel.

Hierarchie 18: „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

Im Zuge der Überarbeitung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ wurden ICD-Kodes zu peripheren bzw. nicht näher bezeichneten Erkrankungen des Gefäßsystems zur DxG395_neu zusammengefasst und in die Hierarchie 17 verschoben.

Zudem sind die ICD-Kodes

- T82.3 „Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäß-transplantate“ (DxG985_neu) und
- T82.4 „Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse“ (DxG986_neu),

aus den Komplikationen in die Hierarchie 18 verschoben worden.

Die Zuordnung zu der HMG104 „Atherosklerose mit Ulkus oder Gangrän“ sowie der HMG106 „Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonstige, nicht näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen“ ist aus medizinischer Sicht nicht passgenau, ergibt sich aber aus der Entscheidung, angesichts der geringen Fallzahlen keine neuen HMG zu ergänzen und kann daher nachvollzogen werden.

Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“

Folgende ICD-Kodes wurden aus der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ in die Hierarchie 19 verschoben:

- J95.4 Mendelson-Syndrom,
- J95.5 Subglottische Stenose nach medizinischen Maßnahmen und
- J95.81 Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen.

Der ICD-Kode J95.80 Iatrogenen Pneumothorax wurde ebenfalls neu in die Hierarchie 19 integriert.

Zudem wurden Altersgrenzen für die Erkrankungen Mukoviszidose und Bronchiektasien eingeführt. Dieses Vorgehen erscheint aufgrund des Krankheitsverlaufs und der damit verbundenen veränderten Behandlungsintensität medizinisch sachgerecht. Die Integration der Altersgrenzen führt darüber hinaus zu verbesserten Modellkennzahlen und wird daher prinzipiell seitens der KBV und der BÄK begrüßt. Ergänzende Anmerkungen zur Einführung von Alterssplitts siehe Kommentar unter Kapitel I.3.3.

Schließlich erfolgte die Einordnung der DxG352 „Akute respiratorische Insuffizienz“ in die neue HMG110 „Akute respiratorische Insuffizienzen nach medizinischen Maßnahmen“ (bisher HMG112 „Akute u. n. n. bez. respiratorische Insuffizienz, Lungenabszess“). Die geänderte Klassifizierung erscheint medizinisch nicht ganz passend. Da sich jedoch die Schätzwerte des Modells verbessern, befürworten die KBV und die BÄK die Änderung und regen an, die HMG110 und HMG112 terminologisch zukünftig präziser abzugrenzen.

Die von TK et al. vorgeschlagene Arzneimittelvalidierung bei der Mukoviszidose über die Arzneimittel Tobramycin, Colistin und Dornase alpha (die bereits in der Auswahl für die Arzneimittelvalidierung enthalten sind) wurde abgelehnt. Insofern haben sich bezüglich der Arzneimittel keine Änderungen ergeben.

Hierarchie 20: „Erkrankungen der Harnwege“

Der N14.-Dreisteller wurde aus der DxG554 „Gestörte Nierenfunktion“ in die DxG543 „Nephritis“ verschoben. Dadurch wird aus Sicht von KBV und BÄK die medizinische Kohärenz der Diagnosen innerhalb der DxG verbessert. Einer empirischen Prüfung bedurfte

diese Änderung nicht, da beide DxG zusammen die HMG132 „Nephritis und Nierenfunktionsstörung“ bilden.

Aus der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ wurden insgesamt 15 ICD-Kodes in die Hierarchie 20 überführt. Diese stammen aus den Diagnose-Komplexen, der folgenden beiden Dreisteller:

- N99.- „Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht näher spezifiziert“ und
- T83.- „Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt“

Die Zuordnung der ICD-Kodes erfolgte nach folgender Systematik:

Im ersten Schritt erfolgte eine DxGruppen-Zerlegung und Zuordnung von ICD-Kodes aus medizinischer Perspektive, bei der ebenfalls das Thema Aufgreifkriterien behandelt wurde. Im zweiten Schritt wurden die DxGruppen unter Kostengesichtspunkten sortiert bzw. zusammengelegt und anschließend hierarchisiert.

Die organbezogene Einordnung in fünf neue HMG und die Bildung zweier neuer Hierarchie-Stränge „Harntrakt“ und „Unterbauch/Genitalbereich“ sind aus Sicht von KBV und BÄK folgerichtig. Bezogen auf den Hierarchiestrang „Unterbauch/Genitalbereich“ ist allerdings anzumerken, dass eine Hierarchisierung, wie sie in Modell 5c vorgesehen ist, aus medizinischer Perspektive grundsätzlich nicht nachvollziehbar ist und KBV und BÄK daher das Modell 5b ohne Hierarchisierung für die Umsetzung empfehlen. Das Modell 5b weist zudem die besseren Modellkennzahlen auf.

In diesem Zusammenhang wurde zudem die HMG136 mit der Bezeichnung „Nierenversagen“, ergänzt, wohingegen die HMG131 – vormals „Nierenversagen“ – umbenannt wurde in „Hypertensive und/oder chronische Nierenkrankheit“. Die Anpassung ist aus Sicht von KBV und BÄK medizinisch sachgerecht.

Hierarchie 21: „Schwangerschaft“

Die ICD-Kodes Z36.- zum „pränatalen Screening“ wurden in eine eigene DxG eingegliedert.

Zudem wurde ein hierarchisiertes Modell mit der neuen Zuschlagsgruppe für HMG147 „Mehrlingsschwangerschaft“ und der HMG146 „Schwangerschaft“ gebildet. Die Ergänzung erscheint medizinisch sinnvoll, obgleich sie zu einer lediglich geringfügigen Verbesserung der Kennzahlen führt.

Hierarchie 23: „Verletzungen“

Die Neugliederung und Dreiteilung der früheren DxG655 „Traumatische Amputation“ kann im Wesentlichen nachvollzogen werden. Allerdings wird aus Sicht der KBV und der BÄK nicht klar, warum die neuen ICD-Kodes T92.6 und T93.6 in die DxG655_neu übergeleitet werden, da es sich bei den „Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation“ auch um Komplikationen handeln könnte. Hier wäre eine Darstellung der Kostengewichte von Interesse gewesen, um eine – medizinisch ebenfalls begründbare – Überleitung in die DxG660, die ICD-Kodes zu Komplikationen am Amputationsstumpf enthält, prüfen zu können.

Die Umstrukturierungen der HMG157 und HMG203 (Frakturen) durch eine Verschiebung der DxG643 („Pathologische Hüftfraktur“), der DxG647 („Pathologische Fraktur des Humerus / der Schulter“) und der DxG648 („Pathologische Fraktur der Tibia oder Fibula“) aus der HMG203 in die HMG157 ist medizinisch nachvollziehbar. Die HMG157 wurde umbenannt in „Traumatische Wirbelkörperfrakturen / Schwerwiegende pathologische Frakturen“. Die Modellgüte verbessert sich durch die Änderungen lediglich geringfügig.

Die HMG158 wurde ohne die Definition weiterer Dominanzbeziehungen von der Hierarchie „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ in die Hierarchie „Verletzungen“ verschoben. Aus medizinischer Sicht ist diese Anpassung sachgerecht.

Hierarchie 24: „Komplikationen“

Insgesamt wurden 64 ICD-Kodes in organsystembezogene Hierarchien ausgegliedert. Die Stellungnahme erfolgte dementsprechend organbezogen. Die Kommentierungen finden sich unter den Anmerkungen zu den jeweiligen Hierarchien (siehe Abschnitt II der Stellungnahme).