



**Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich
Anhörungsverfahren zum Entwurf der Festlegung für das Jahr 2016**

BVA AZ 312 - 5572.1 - 163/2015

Stellungnahme der Techniker Krankenkasse

Zu den vom Bundesversicherungsamt beabsichtigten Veränderungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung. Die Gliederung unserer Stellungnahme entspricht dabei der Gliederung in den Erläuterungen des BVA zur Festlegung.

Zu II. Allgemeiner Anpassungsbedarf

Das Bundesversicherungsamt hat sich im aktuellen Anpassungszyklus auf die Integration der neu in die Krankheitsauswahl aufgenommenen Krankheiten konzentriert sowie auf Vorschläge, die sich auf die von den neu aufgenommenen Krankheiten betroffenen Hierarchien beziehen. Andere, teilweise seit längerer Zeit vorgeschlagene Anpassungsbedarfe, wurden nicht näher untersucht. Diese Grundsatzentscheidung zum Vorgehen ist zwar aufgrund der Kapazitätsbeschränkungen beim Bundesversicherungsamt nachvollziehbar. Dennoch bedeutet dies, dass offenkundige Problempunkte auch im RSA-Verfahren 2016 nicht beseitigt werden.

Dies betrifft insbesondere den Aufgreifalgorithmus für Kinder bei DxGs mit obligater Arzneimittelzuordnung. Im Rahmen der gesonderten Berücksichtigung von Kindern im Aufgreifalgorithmus ist bei den DxGs mit obligater Arzneimittelzuordnung für Kinder das M2Q-Kriterium vorgesehen. Das M2Q-Kriterium ist jedoch gerade bei rezidivierend-akutem Krankheitsgeschehen kein zielführendes Aufgreifkriterium. So kann bei Erkrankungen wie Pneumonien (bspw. DxG15, DxG464, DxG467, DxG468, DxG471, DxG932) oder bakteriellen Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszesse und anderen lokal begrenzten Hautinfektionen (DxG618) nicht davon ausgegangen werden, dass diese länger als 3 Monate andauern und somit das M2Q-Kriterium erfüllt wird.

Für Kinder sollte daher das Aufgreifkriterium bei DxGs mit obligater Arzneimittelzuordnung für das rezidivierend-akute Krankheitsgeschehen geändert werden in eine Mindestbehandlungsdauer von 5 BT und eine passende Verordnung im selben Quartal. Das Vorgehen wäre dann analog zum Vorgehen bei rezidivierend-akutem Krankheitsgeschehen bei Erwachsenen und würde gleichzeitig der niedrigeren Medikamentendosis bei Kindern Rechnung tragen. Wir verweisen dazu auf unsere Schreiben im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zum Klassifikationsmodell 2014 und 2015.

Unbearbeitet bleibt auch die Bereinigung der ATC-Liste um Anthroposophika, Homöopathika und andere pflanzliche Arzneimittel. Wie bereits vom GKV-SV im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Festlegungen 2014 beschrieben, werden Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka ausschließlich therapieunterstützend eingesetzt und besitzen kein klares Indikationsgebiet. Eine fehlende Berücksichtigung bei der Validierung ist daher nicht mit einer impliziten Bewertung der Therapiemöglichkeiten und einem Eingriff in die Versorgungsneutralität gleichzusetzen.

Das BVA und der Wissenschaftliche Beirat haben zwar zugestimmt, dass Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka nicht zur Validierung von Diagnosen im Klassifikationssystem fungieren sollen, die Beibehaltung der bisherigen Arzneimittelliste incl. Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka jedoch als unschädlich angesehen. Dies halten wir für widersprüchlich und bitten weiterhin um eine Streichung dieser Mittel aus der Anlage 3. Wir verweisen dazu ebenfalls auf unsere Schreiben im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zum Klassifikationsmodell 2014 und 2015.

Ebenso wäre die Verwendung von ATC-Fünfstellern bei der Arzneimittelvalidierung zu überdenken. Beispielsweise wird im Klassifikationssystem über den ATC-Code A01AB (Antifungiva und Antiseptika zur oralen Lokalbehandlung) die DxG 013 (Kandidose der Lunge, des Ösophagus oder disseminierte Kandidose) berücksichtigt, die die ICDs B37.1 Kandidose der Lunge

und die ICD B37.81 Kandida-Ösophagitis enthält. Unter dem oben genannten Fünfsteller befinden sich z.B. die Wirkstoffe Amphotericin B (A01AB04) und Miconazol (A01AB09). Beide Medikamente sind spezifisch zur Behandlung des Soors (Candidainfektion im oberen Gastro-Intestinal-Bereich) zugelassen. Jedoch inkludiert der Fünfsteller A01AB auch den ATC-Code für z.B. das Wasserstoffperoxid. Eine desinfizierende Lösung, die für Läsionen und Wunden vielfältiger Art und Stellen verwendet wird. Der spezifische Bezug zur Candidainfektion fehlt hier gänzlich.

Vergleichbare Beispiele lassen sich an verschiedener Stelle des Klassifikationsmodells finden. Aus unserer Sicht ist die Verwendung von ATC-Fünstellern nicht ausreichend zielgenau. Eine Zuordnung der ATCs auf Endsteller-Ebene würde zu einer deutlichen Verbesserung der Modellgüte und einer erheblichen Minderung des Manipulationspotentials führen.

zu III. Anpassung der Hierarchien

Für das Klassifikationsmodell wurden zahlreiche Hierarchien überarbeitet. Die Überarbeitung ist sehr transparent aufbereitet, so dass die Ergebnisse gut nachvollziehbar sind.

zu III. 6 Hierarchie 01: "Infektionen"

Die vom BVA vorgesehene Integration der Diagnosen für SIRS in die Hierarchie 1 sowie die Einführung des Aufgreifkriteriums "stationär erforderlich" ist inhaltlich korrekt und schlüssig. Der Grundsatz, dass keine unspezifischen Diagnosen die spezifischeren dominieren sollen, um Anreize für eine schlechtere Kodierung zu vermeiden, wurde konsequent umgesetzt.

zu III. 7 Hierarchie 02: "Neubildungen"

Die Neustrukturierung der Hierarchie Neubildungen aufgrund des Wegfalls diverser Diagnosen im Rahmen der Krankheitsauswahl ist überzeugend.

Zugleich ist die Einschätzung des BVAs, dass aufgrund der mangelnden Krankheitsspezifität der "klassischen" Chemotherapeutika, im Hinblick auf die einzelnen Krebserkrankungen, eine nachhaltige und sinnvolle Berücksichtigung im Klassifikationssystem erschwert sei und somit von einer Arzneimittelvalidierung durch diese ATCs absieht, zu begrüßen.

zu III. 8 Hierarchie 03: "Diabetes"

Die Neuuzuordnung der Sterndiagnosen, die die organischen Komplikationen bei Diabetes betreffen, in die Hierarchie 3 ist inhaltlich sinnvoll. Die diesjährige Vorgehensweise bei den Manifestationscodes des Diabetes bewirkt eine höhere Zielgenauigkeit und eine Verbesserung der Modellgüte.

Änderungsbedarf sehen wir allerdings hinsichtlich des Aufgreifkriteriums für Diagnosen, die eine Entgleisung des Diabetes beinhalten. Die Argumentation des BVA, dass ein tagesaktueller einmalig sehr hoher bzw. sehr niedriger Blutzuckerspiegel als "entgleist" bezeichnet werden kann, und dass die Kodierung eines einmalig pathologisch veränderten Blutzuckerspiegels unter Umständen z.B. durch einen Augenarzt als Aufforderung zur Verbesserung der diabetischen Einstellung zu verstehen ist, kann nicht nachvollzogen werden.

Nach den deutschen Kodierrichtlinien 2015 gilt für den entgleisten Diabetes, dass weder bei Diabetes mellitus Typ 1 noch bei Diabetes mellitus Typ 2 der Blutzuckerspiegel zum Zeitpunkt der Aufnahme als Kontrollindikator für die Diagnose „entgleister Diabetes mellitus“ zu nehmen ist. Die Einstufung als „entgleist“ oder „nicht entgleist“ wird generell in Kenntnis des gesamten Behandlungsverlaufs vorgenommen (retrospektiv). Der Begriff „entgleist“ bezieht sich dabei auf die Stoffwechsellage.

Ebenso schreibt die Deutsche Diabetes Gesellschaft zur ICD-Kodierung bei Diabetesentgleisungen (März 2012), dass eine akute Stoffwechsel-Dekompensation dann vorliegt, wenn mehrfach täglich Blutzuckerwerte >300 mg/dl ($16,7$ mmol/l) gemessen werden, die unter der üblichen Therapie (nach Therapieplan), d.h. zum Beispiel mit der üblichen Dosis des vorgesehenen Korrekturinsulins, nicht ohne weiteres in den Zielbereich zu bringen sind. Gleichzeitig können klinische Symptome oder Messwerte für eine Exsikkose vorliegen oder es kann eine Ketose mit Urinteststreifen bzw. Blutmessungen nachgewiesen werden. In diesem Fall sind rasch therapeutische Maßnahmen einzuleiten, und da ambulant eine entsprechend engmaschige Betreuung bis zur sicheren Besserung nicht angeboten werden kann, ist in der Regel eine stationäre Einweisung notwendig.

Der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) und die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) erweitert die aufgeführten Kriterien in Ihrer Kodierempfehlung (erstellt im August 2008, aktualisiert im Januar 2015). Durch die Notwendigkeit und Durchführung einer Hypoglykämiebehandlung mit parenteraler Glukosegabe oder parenterale Therapie mittels mehrfacher Bolusapplikation oder durch kontinuierliche Insulingabe ist eine engmaschige Betreuung der betroffenen Patienten unabdingbar. Diese konsequente therapeutische Maßnahme ist nicht im ambulanten Bereich anzusiedeln.

Wir halten daher daran fest, dass die betreffenden Diagnosen aus medizinischen Gründen mit dem Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" versehen werden sollten.

zu III. 9 Hierarchie 05: "Erkrankungen der Leber"

Die Einführung von Lactulose und Lactulosekombinationen in die Liste der Arzneimittelwirkstoffe ist nicht nachvollziehbar.

Lactulose wird bei Verstopfung angewendet, die sich durch ballaststoffreiche Kost und andere allgemeine Maßnahmen (ausreichende Flüssigkeitszufuhr, ausgewogene Ernährung etc.) nicht ausreichend verbessern lässt. Der Wirkstoff wird zudem in Situationen gegeben, die einen erleichterten Stuhlgang erfordern, wie etwa nach Operationen im Bereich des Enddarms oder bei Enddarm-Geschwüren. Weiterhin wird Lactulose in der Vorbeugung und Behandlung der sogenannten „portokavalen Enzephalopathie“ eingesetzt, einer Lebererkrankung, bei der es zu erhöhten Ammoniak-Blutspiegeln kommt.

Im Hinblick auf die Argumentation des BVA bezüglich der Spezifität der Arzneimittelwirkung in Hierarchie 02 Neubildungen ist dieses Procedere nicht verständlich. In der Arzneimittelliste sind bereits ATCs (A07AA06 Paromomycin), die eine zielgenauere Zuordnung für die Indikation zur Therapie und Prophylaxe der portosystemischen Enzephalopathie ermöglichen, enthalten. Das Anwendungsgebiet der Lactulose und deren Kombinationen ist dagegen sehr breit gefächert und somit nicht ausreichend spezifisch.

Zur Verminderung der Manipulationsanfälligkeit halten wir es für unabdingbar, auf die Aufnahme dieser Medikamente in die Arzneimittelliste für DxG 144 zu verzichten.

zu III. 10 Hierarchie 06: "Gastrointestinale Erkrankungen"

Die Neuuzuordnung der hinzugekommenen Diagnosen aus der Krankheitsauswahl mit entsprechenden Aufgreifkriterien und die Umgestaltung der Hierarchiestruktur ist höchst transparent und nachvollziehbar.

zu III. 11 Hierarchie 07: "Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems"

Der Umgang mit den neu hinzugekommenen Diagnosen aus der Krankheitsauswahl analog der bestehenden Hierarchiestruktur ist plausibel.

zu III. 12 Hierarchie 08: "Hämatologische Erkrankungen"

Wir begrüßen die Vorgehensweise des BVA.

Die vom BVA avisierte Überprüfung einer stringenteren Abgrenzung der DxGs 232 Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen und DxG 233 Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren im nächsten Anpassungszyklus halten wir für sinnvoll.

zu III. 13 Hierarchie 09: "Kognitive Erkrankungen"

Der Umgang mit den neu hinzugekommenen Diagnosen aus der Krankheitsauswahl und die Veränderungen dieser Hierarchie sind plausibel.

zu III. 14 Hierarchie 10: "Drogen- und Alkoholmissbrauch"

Die Neuordnung der ICD-Kodes U69.- ist inhaltlich plausibel.

Des Weiteren befürworten wir die vom BVA geplante Überprüfung einer Schweregraddifferenzierung auf Ebene der vierten Stelle der ICD-Codes unter Berücksichtigung möglicher Manipulationsanreize im nächsten Anpassungszyklus.

zu III. 15 Hierarchie 11: "Psychische Erkrankungen"

Die Veränderungen dieser Hierarchie sind plausibel und nachvollziehbar.

zu III. 16 Hierarchie 12: "Entwicklungsstörungen"

Die Veränderungen dieser Hierarchie sind plausibel.

zu III. 17 Hierarchie 13: "Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks"

Die Überarbeitung dieser Hierarchie ist im vollen Umfang äußerst transparent und methodisch sowie medizinisch-inhaltlich plausibel.

zu III. 18 Hierarchie 14: "Neurologische Erkrankungen"

Wir halten die vom BVA vorgesehenen Veränderungen für fachlich überzeugend.

zu III. 19 Hierarchie 16: "Herzerkrankungen"

Das Herauslösen der DxG351 Akutes Lungenödem nicht anderweitig klassifiziert ist sowohl medizinisch-inhaltlich als auch im Sinne der Modellgüte als zielführend zu bezeichnen. Wir unterstützen die zielgerichtete organbezogene Zuordnung der ICDs in die dazugehörige Hierarchie. Das Vorgehen in Hierarchie 16 ist analog zum Vorgehen in Hierarchie 3 und daher konsequent.

In den Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das BVA AJ2014 wurde aufgrund einer unbefriedigenden Zuordnung von Herzspezifischen Diagnosen mit medizinischen Komplikationen zu ihren spezifischen Hierarchien weiterer Analysebedarf für die Umsetzung festgestellt. Diese Analysen wurden bisher leider nicht durchgeführt.

Bereits in der Vergangenheit führt das BVA mehrfach aus, dass es nicht zielführend erscheint, weitere Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen in die Hierarchie "Medizinische Komplikationen" aufzunehmen, sondern eher eine Umverteilung der Schlüssel mit spezifischen Organbezug in die passende Hierarchie vorzunehmen. Begründet wird dies mit möglichen doppelten Zuschlagsauslösungen, wenn Kodiervariationen in unterschiedlichen Hierarchien Zuschläge auslösen können. Die Analyse auf der Vollerhebung im Rahmen des Festlegungsentwurfs zeigte bereits für das AJ2014, dass das Modell zu einer deutlichen Verbesserung aller Kennzahlen und somit zu einer Steigerung der Zielgenauigkeit beiträgt. Diese Argumentation des BVA wird von uns unterstützt. Dennoch befindet sich in der Hierarchie 24 "Medizinische Komplikationen" eine Vielzahl von Diagnosen, die einen Organbezug aufweisen. Wir fordern das BVA auf, die Analysen bezüglich der organspezifischen Diagnosen nachzuholen.

Die Zusammenlegung der HMG089 (Hypertensive Herz und Nierenerkrankung, Enzephalopathie oder akutes Lungenödem) mit der HMG091 (Hypertonie und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen) ist medizinisch-inhaltlich sowie methodisch nachvollziehbar.

zu III. 20 Hierarchie 18: "Gefäß- und Kreislauferkrankungen"

Wir begrüßen den Umgang und die Neuordnung der Diagnosekodes mit I70.2- (Atherosklerose der Extremitätenarterien) sowie die Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich für die DxG421 Lungenembolie.

Die Position des BVA, dass ab dem Berichtsjahr 2015 eine separate Anlage 1 erstellt werden muss, ist zu befürworten. Eine Berücksichtigung von Jahresüberliegern darf für die betroffenen

Diagnosen in dieser Zuordnung nicht erfolgen, um Fehl- bzw. Doppelzuordnungen zu vermeiden.

zu III. 21 Hierarchie 19: "Erkrankungen der Lunge"

Die Neuordnung der Hierarchie wird von uns in vollem Umfang unterstützt.

zu III. 22 Hierarchie 20: "Erkrankungen des Urogenitalsystems"

Die vom BVA vorgesehenen Änderungen halten wir für sinnvoll.

zu III. 23 Hierarchie 23: "Verletzungen"

Wir unterstützen die vom BVA vorgesehenen Veränderungen.

zu III. 24 Hierarchie 25: "Transplantationen"

Wir unterstützen die vom BVA vorgesehenen Veränderungen.

zu III. 25 Hierarchie 27: "Erkrankungen des Neugeborenen"

Die vom BVA vorgesehene Anpassung der Hierarchie wird von uns unterstützt.

zu IV. Sonstiges

zu IV. 26 Künftige Zuordnung Versicherter unbestimmten Geschlechts nach Änderung des PStG in alters-/geschlechtsabhängige Risikogruppen

Der Vorschlag des BVA ist angemessen und wird von uns unterstützt.

zu IV. 28 Turnus Krankheitsauswahl

In Anbetracht der sich allein aufgrund einer aktualisierten Datenbasis ergebenden Änderungen der Krankheitsauswahl halten wir den vom Beirat vorgeschlagenen Auswahlturnus für nicht ausreichend.

Schon die notwendige Einordnung neu eingeführter ICD-Codes macht eine jährliche Neuberechnung unverzichtbar. Auch die Auswirkung medizinischer Innovationen, vor allem bei Orphan Diseases, aber auch neue Medikamente können zu drastischen Verschiebungen der Kostenstrukturen führen, die sich entsprechend in der Krankheitsauswahl niederschlagen müssen.

Vorstellbar wäre allerdings, auf eine jährliche Überarbeitung und Diskussion der Abgrenzung der einzelnen Krankheiten zu verzichten und dies nur noch alle 3 Jahre durchzuführen. Die Notwendigkeit einer jährlichen Neuberechnung auf Basis der jeweils aktuellsten GKV-Daten bleibt davon unberührt. Die jährliche Überarbeitung könnte sich damit auf die Integration neu eingeführter ICD-Codes und die Aktualisierung des Modells auf der aktuellsten Datenbasis (ohne sonstige inhaltliche Untersuchungen) beschränken.