

## Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich

### Anmerkungen zu HMG's und Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer zur Anpassung des Klassifikationsmodells für den Jahresausgleich 2010

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die medizinischen Aspekte der für den Risikostrukturausgleich entwickelten Klassifikationssystematik und des damit verbundenen Klassifikationsmodells. Eine genaue empirische Überprüfung und Analyse der folgenden Hinweise und Vorschläge setzt die versorgungsbereichübergreifenden und versichertenbezogenen Abrechnungs- bzw. versichertenbezogenen Leistungs- und Diagnosedaten voraus, die zwar dem Bundesversicherungsamt, nicht aber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Bundesärztekammer zur Verfügung stehen.

#### 1. Grundsätzliche Anmerkung zur Klassifikationssystematik und dem Klassifikationsmodell

Bestimmte HMG's werden ohne die Zugrundelegung von Kodierregeln nicht einheitlich und systematisch angesteuert. Da es bisher für den ambulanten Bereich keine Kodierrichtlinien gibt, müssen die zur Dokumentation verpflichteten Ärztinnen und Ärzte vor Ort auf die ICD-Regeln zurückgreifen. Bei der Anwendung der ICD-Regeln ist von regionalen und fachgruppenspezifischen Unterschieden auszugehen. Die Klassifikationssystematik leidet bei einigen HMG's an dem grundsätzlichen Problem, dass nicht festgelegt ist, wie bestimmte Krankheiten in der ICD kodiert werden. Demzufolge bleibt die Zuordnung der ICD-Schlüssel zu den Dx-Gruppen und den HMG's teilweise „anfällig“ für Zuordnungsspielräume und damit partiell unsystematisch.

Diese Spielräume entstehen insbesondere im Zusammenhang mit der HMG-Zuordnung folgender Erkrankungen:

- Lymphome und Leukämien (3 HMG's)
- Carcinome (7 HMG's)
- Diabetes (6 HMG's)
- Stoffwechselerkrankungen (5 HMG's)
- Spinalstenosen (1 HMG)
- Suchterkrankungen (3 HMG's)
- Depression (1 HMG)

- Lähmungen (5 HMG's)
- Periphere Gefäßerkrankungen (3 HMG's)
- Asthma-COLD-COPD (3 HMG's)
- Dialyse und Niereninsuffizienz (4 HMG's)

## **2. Anmerkungen und Vorschläge aus medizinischer Sicht bezüglich der Anpassung des Klassifikationsmodells für den Jahresausgleich 2010**

Es gibt Diagnosen, die zuschlagsfrei bleiben, obwohl sie medizinisch, aber auch unter dem Aspekt der erforderlichen Leistungsbedarfshöhe eigentlich zuschlagsrelevant sein müssten. Das BVA wird gebeten, die Begründungen für die Nichtberücksichtigung der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen zu prüfen und ggf. zu revidieren. Die Vorschläge werden in der anschließend aufgeführten Zuordnung auf der Ebene der HMG's konkretisiert:

- Virale Meningitiden und Enzephalitiden
- Melanome, BN Nebenschilddrüse, BN endokrine Drüsen
- BN Lippe, „sonstige“ BN, alle Carcinomata in situ,
- Ausgewählte NB unsicheren Verhaltens
- Retinopathia diabetica
- Darmperforationen
- Arzneimittelinduzierte Osteoporose, Osteoporose durch Malabsorption
- Arzneimittelinduzierte pathologische Fraktur
- Schwerste Intelligenzminderungen
- Aspergersyndrom und Autismus
- Myasthenie
- LZ-Abhängigkeit vom Respirator
- Hämoperikard-Perikarditis-Endokarditis
- TIA
- Dysphasie und Aphasie R470 und neurol. Neglect R295
- Aortenaneurysma-Lungenembolie
- Vogelgrippe J09
- Polycystische Niere
- Schwangerschaft O80
- Decubitus, Fournier Gangrän, venöses Ulcus I83.0 und I83.2, Gangrän R02, Epidermolysis Q81
- S32 Beckenfrakturen
- Komplikationen nach Trauma (Fettembolie, Luftembolie)
- Schlafapnoe
- Frühgeborene
- Intracraniale oder neurologische benigne Neubildungen
- Kniegelenksbinnenschaden

**Tabelle 1: Prüf- und Anpassungsvorschläge zu den HMG's des Klassifikationsmodells**

<b>HMG</b>	<b>HMG-Bezeichnung</b>	<b>Frage</b>
3	nicht virale Infektionen des zentralen Nervensystems	Warum entfallen bei der HMG-Bildung die viralen Meningitiden/Enzephalitiden? Es sollte sich dabei sowohl um häufige als auch um aufwändige Erkrankungen handeln.
13 14	sonstige ernste BN andere NB	Die Diagnosezuweisung in beiden Gruppen erscheint sehr inhomogen und ist aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Wie wurden die Diagnosen den Carcinom-HMG's 8 bis 14 zugewiesen? Rein nach Kosten? Warum fehlen die Melanome, die BN Nebenschilddrüsen, die BN endokrine Drüsen, die BN Lippe, die „sonstigen“ BN und die Carcinomata in situ? Warum fehlen die intracranialen und neurologischen GN, die in der Regel den gleichen Behandlungsaufwand wie intracraniale bzw. neurologische maligne NB nach sich ziehen?
15 17 19 20	Diab. mit ren. Man. Diab. mit akuten Kompl. Diab. ohne oder mit n.n.bez. Kompl. Typ I Diab.	Streng nach ICD werden die multiplen Komplikationen des Diabetes mit der 4. Stelle 7 kodiert und dann die Komplikationsdiagnosen differenziert zusätzlich kodiert (dies sind meistens *-Diagnosen). Dieser Tatsache wird die HMG-Einteilung beim Diabetes nicht gerecht, denn die 4. Stelle 7 führt in die HMG 19.  Was ist der Grund, dass der Schwangerschafts-Diabetes nicht in die Diabetes-HMG's führt?  Der Problematik, dass manchmal fälschlich der Typ-I und der Typ-II-Diabetes gleichzeitig kodiert wird, könnte man über verschiedene Groupereinstellungen entgegentreten. Zum Beispiel könnte der Typ-I-Diabetes an ein bestimmtes Alter geknüpft werden. Außerdem könnte beim Typ-I-Diabetes zwingend eine Insulintherapie abgefragt werden.
18	Diab. mit opht. Kompl.	Die Retinopathia diabetica H36.0* ist nicht zuschlagsrelevant. Sollte diese Diagnose nicht in die HMG 18 aufgenommen werden? Denn hier wird oft die Kodierung der entsprechenden Diabetes-Kodes vergessen.

HMG	HMG-Bezeichnung	Frage
16	Diab. mit neurol. oder peripher zirkulatorischen Komplikationen	Warum führt die diabetische Polyneuropathie sowohl in die HMG 16 als auch in die HMG 71? Würde nicht die Zuweisung in eine Gruppe reichen?
21 22	sehr schwere Stoffwechselstörungen andere kostenintensive schwerwiegende endokrine und Stoffwechselstörungen	Insgesamt findet sich hier eine Sammlung von sehr seltenen Erkrankungen, deren einheitliche Kodierung im ICD sehr schwierig ist (gilt ebenfalls für die HMG 24, s. u.)
24	Porphyrie und Histiozytose	Warum bleibt diese HMG zuschlagsfrei?
31	Ileus	Es sollte überlegt werden, ob nicht die Darmperforation in die Ileus-HMG aufgenommen werden sollte. Der Aufwand dürfte praktisch identisch sein. In der jetzigen Zusammenstellung bahnt man nur eine „Kodieroptimierung“ in der Hinsicht, dass bei jeder Darmperforation automatisch der Ileus mit kodiert wird (was in vielen Fällen med. nicht falsch ist).
39	Spinalstenose	Die hier hinterlegten ICD's sind streng genommen radiologische Diagnosen und sagen über den Beschwerdezustand des Patienten wenig aus. Damit ist diese HMG sehr „kodieroptimieranfällig“. Es sollte dringend geprüft werden, welche Diagnosen aus dem ICD-Bereich „Rücken“ noch in die HMG 39 aufgenommen werden sollten (Rückenschmerzen, Spondylolyse, Spondylolisthesis, Diszitis, Bandscheibenschäden, usw.)
40	Osteoarthritis Hüfte und Knie	Warum liegen die sehr unspezifischen Diagnosen M19.- hier? Gab es kalkulatorische Gründe? Könnten die M19.-Diagnosen hier evtl. entfallen?
41	nicht postmenopausale Osteoporose	Warum sind die arzneimittelinduzierte Osteoporose (dürfte mit der cortisoninduzierten Osteoporose relativ häufig sein) und die Osteoporose durch Malabsorption nach chirurgischen Maßnahmen hier nicht inkludiert?
41 42	nicht postmenopausale Osteoporose postmenopausale Osteoporose	Warum werden diese beiden HMG's getrennt? Ist dies auf Grund der Häufigkeit der HMG 42 vollzogen worden? Muss diese Trennung bleiben oder wäre eine Zusammenlegung beider Gruppen möglich?
52 53	Alkohol- und Drogenabhängigkeit schädlicher Gebrauch von Alkohol und Drogen	Die ICD-Regeln zur Abgrenzung „Schädlicher Gebrauch“ und „Sucht“ (siehe auch „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ von Dillinger et al.) sind nicht in allen Fachgruppen bekannt. Dies kann zu einer uneinheitlichen und nicht reproduzierbaren Zuordnung führen.

HMG	HMG-Bezeichnung	Frage
55 56 58	bipolare affektive Störungen, Anorexie, Bulimie Psychosen, psychotische und diss. Störungen Depression und wahnhafte Störungen	Die ICD-Regeln zur Depression (siehe auch „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ von Dillinger et al.) sind nicht in allen Fachgruppen bekannt. Dies kann zu einer uneinheitlichen und nicht reproduzierbaren Zuweisung führen. Die HMG 58 erscheint auf den ersten Blick extrem kosteninhomogen. Welche Kostenvarianz liegt hier vor? Evtl. könnte diese bestehende Kostenspreizung schon durch die konsequente Berücksichtigung der ICD-Regeln vermindert werden. Was hat dazu geführt, dass die Essstörungen in der gleichen Gruppe liegen wie die bipolaren affektiven Störungen?
66	Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	Das Aspergersyndrom und der Autismus sind teilweise nur schwer vom ADSH zu unterscheiden. Der Behandlungsaufwand ist erheblich, sollten diese Diagnosen daher nicht besser ebenfalls in die HMG 66 aufgenommen werden (bisher bleiben sie zuschlagsfrei)?
67 68 69 100 101	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen Querschnittslähmungen Erkrankungen/ Verletzungen des Rückenmarkes Hemiplegie/ Hemiparese Diplegie der oberen Extremität, Monoplegie und andere Lähmungen	Es ist extrem schwierig, die Lähmungen ICD-gerecht zu kodieren (Höhe der Ausfälle muss mitkodiert werden, verschiedenste Codes für die unterschiedlichen Genesen, etc.). Insgesamt dürfte die Kodierung derzeit praktisch nicht reliabel sein. Vergleiche im Bezug auf regionale Kodierpraxis und fachgruppenspezifische Kodierpraxis könnten näheren Aufschluss über die Relevanz dieses Problems geben.
70	Muskeldystrophie	Die Myasthenie G70.- bleibt zuschlagsfrei. Warum?
73	Morbus Parkinson und Chorea Huntington	Sollte diese Gruppe nicht um die sehr unspezifischen Codes wie existentieller Tremor, Blepharospasmus, Torticollis etc. bereinigt werden?
81 82	akuter Infarkt instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzerkrankungen	Warum liegt das Infarktrezidiv I22ff. in der HMG 82? Ist Infarkt nicht gleich Infarkt? Warum wurden beide Gruppen getrennt? Da Zuschlag und Bedingungen identisch sind, wäre doch auch eine Zusammenlegung möglich?
83	Angina pectoris, Zustand nach altem Infarkt	Warum findet sich hier der alte Infarkt (I25.22 und I25.29)? Wenn nach dem Infarkt eine KHK, eine Herzinsuff. eine A.p. etc. vorhanden ist, werden automatisch die entsprechenden HMG's angesteuert. Verdünnt ein praktisch symptomloser Zustand nach altem Infarkt diese Gruppe nicht unnötig?

HMG	HMG-Bezeichnung	Frage
87 88	schwere angeborene Herzfehler andere angeborene Herzfehler	Nach Aussage von Kinderkardiologen ist die Schwere eines Herzfehlers nicht an der ICD festzumachen (z.B. kann die Persistenz der li. V. Cava sup. völlig blande verlaufen oder ein schwerstes Krankheitsbild verursachen). Bildet die Kostenspreizung die hier getätigte HMG-Aufteilung ab? Ansonsten kann es sein, dass eine Zusammenlegung der Gruppen „gerechter“ ist.
92	näher bezeichnete Arrhythmien	Die Gruppe erscheint sehr inhomogen. Wie ist hier die Kostenspreizung? Es erscheint med. schwierig, z.B. das Vorhofflimmern und die ventrikuläre Tachycardie in einer Gruppe zu sehen.
96	zerebrale Ischämie oder n.n.bez. Schlaganfall	Sollte die TIA bei stat. Aufenthalt nicht auch in die HMG 96 führen? Erst seit 2008 gibt es in der ICD die Klarstellung, dass eine TIA, die mit einem morphologischen Substrat einhergeht (also Nachweis in den bildgebenden Verfahren) als Schlaganfall kodiert werden muss. Da die Diagnostik der TIA inzwischen gleich aufwändig wie die des Hirninfarktes geworden ist und die TIA nach dem stationären Aufenthalt wie ein Z.n. Hirninfarkt behandelt wird, wäre eine Aufnahme in diese HMG evtl. sinnvoll.
102	Aphasie	Warum fehlen hier die häufigen Diagnosen R47.0 Dysphasie und Aphasie und die R29.5 neurologischer Neglect (beides klassische Diagnosen nach Schlaganfall, im Gegensatz zur F90.3, die eine absolute Rarität sein dürfte, allerdings im alphabetischen ICD gelistet ist)?
104 105 106	Artherosklerose mit Ulcus oder Gangrän Gefäßerkrankungen Artherosklerose	Die HMG 104 erscheint nur mit den durchblutungsbedingten Ulcera sehr knapp gefasst. Die gesamten „großen“ Gefäßerkrankungen wie Lungenembolie I26ff., Embolie und Thrombose der Aorta I74.0 etc. fehlen hier. Außerdem könnte auch die R02 Gangrän in Kombination mit der AVK n.n.bez. in diese Gruppe führen. Überprüft werden sollte, dass ausschließlich eine fünfstellige Kodierung in diese HMG führt, die im hausärztlichen Bereich nicht verpflichtend ist. Es ist nicht ganz plausibel, warum die sehr unspezifischen Globalkodes wie die I77.8 (sonstige n.bez. Krankheiten der Arterien und Arteriolen), die I77.9 (n.n.bez. Krankheiten der Arterien und Arteriolen) und die I73.9 (periphere Gefäßkrankheit, n.n.bez.) in die HMG 105 führen; sie gehören doch eigentlich eher in die niedrigere HMG 106.

HMG	HMG-Bezeichnung	Frage
108	Status asthmaticus (Alter >17), postinflammatorische Lungenfibrose	Medizinisch gibt es keine einheitliche Definition für den Status asthmaticus, was die einheitliche Zuweisung von Patienten zu dieser Gruppe praktisch unmöglich macht. Dies gilt ebenso für die HMG 109. Es sollte überlegt werden, ob die Diagnose „Status asthmaticus“ als Zuweisungskriterium entbehrlich sein könnte.
130	Dialyse	Was war der Grund für die Aufnahme der Diagnose Z49.0 Vorbereitung zur Dialyse – Shuntanlage? Der Shunt wird wenn möglich ca. 12 Monate vor Beginn der Dialyse gelegt. Die Codes Z49.1, Z49.2 und Z99.2 sind relativ unbekannt, auch unter Nephrologen ist die Kodierung der terminalen Niereninsuffizienz plus die Gebührenordnungsposition für die Dialyse gebräuchlicher. Könnte der Grouper an diese Tatsache angepasst werden?
131	Nierenversagen	Gab es einen Grund, weshalb die Niereninsuff. Stadium I und II in dieser Gruppe liegt statt in der HMG 136 Nierenfunktionsstörung? Warum liegt hier zwar die Q61.1 autosomal rezessive polyzystische Niere, nicht aber die Q61.2 autosomal dominante polycystische Niere und die Q61.3 polycystische Niere, n.n.bez.? Alle Erkrankungen führen zu einer terminalen Niereninsuffizienz, manche nur später (ggf. kann man diese Erkrankungen komplett herausnehmen, da die Funktionsstörung der Niere extra kodiert wird und selbstständig die HMG ansteuert).
146	Schwangerschaft	Warum führt die O80 in keine HMG? Ist es beabsichtigt, dass die O09.0 SS < 5 Wochen und die O09.1 SS 5. Woche bis 13. Woche in diese SS-HMG führt? Handelt es sich dabei nicht einfach um Frühaborte?
149	Hautulkus ohne Dekubitalulkus	Warum ist ausgerechnet das aufwändige Dekubitalulkus hier herausgenommen worden und überhaupt nicht zuschlagsberechtigt? Warum ist die L97 Ulcus cruris n.n. bez. in dieser Gruppe enthalten, aber die spezifischeren Diagnosen I83.0 Varizen der unteren Extremität mit Ulzeration und die I83.2 Varizen der unteren Extremität mit Ulzeration und Entzündung sind nicht zuschlagsberechtigt?

HMG	HMG-Bezeichnung	Frage
152	schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes	Fehlen hier nicht die N76.80 Fournier-Gangrän bei der Frau und N49.80 Fournier-Gangrän beim Mann (schwerwiegendere Infektionen der Haut gibt es nicht)? Warum bleibt die R02 Gangrän zuschlagsfrei? Sollte sie sich nicht hier oder in der HMG 152 wiederfinden? Warum finden sich hier die Karbunkel-Furunkel-ICD's? Führen diese „Bagatellerkrankungen“ nicht zu einer unnötigen Kostenspreizung? Könnte in diese HMG nicht der Dekubitus aufgenommen werden (wenn er nicht in die HMG 149 soll)?
159	pathologische Fraktur des Humerus, der Tibia oder Fibula	Warum fehlt in dieser Gruppe die M80.4- (arzneimittelinduzierte pathologische Frakturen)? Diese Diagnosen bleiben zuschlagsfrei.
161	Traumatische Amputation	Warum sind hier die Finger- und Zehenamputationen inkludiert? Führt die Aufnahme dieser Diagnosen nicht zu einer starken Kostenspreizung?
162	Femur- und Beckenfraktur, andere path. Frakturen	Warum fehlen in dieser Gruppe die S32.-Diagnosen (Fraktur Becken)? Die Diagnosen bleiben zuschlagsfrei.
164	schwerwiegende Zwischenfälle bei Patienten während chir. und med. Behandlung, Implantatversagen	Sollte die K91.0 (Erbrechen nach gastrointestinalem Eingriff) nicht besser aus dieser Gruppe entfernt werden? Es handelt sich um eine häufig kodierte Komplikation im Krankenhaus, die für den weiteren Verlauf völlig irrelevant ist und nichts über die Fallschwere aussagt. Warum liegt hier die T83.3 Komplikation nach Intrauterinpeissar? Warum fehlen die schwerwiegenden Komplikationen nach Traumata (T79.-)?
165	andere iatrogene Komplikationen	Evtl. ist es praktischer, diese Stoffwechselstörungen nach med. Maßnahmen in die entsprechenden Stoffwechselgruppen (HMG 19, 22, 24) zu sortieren. Das ist sicher auch deshalb sinnvoll, weil eine ICD-gerechte Kodierung nicht ganz trivial ist. Die Unterscheidung dürfte keine wirkliche Kostenrelevanz haben.
174 175	Transplantation eines wichtigen Organs, Status des Empfängers Komplikationen des Organersatzes, andere Organersatz	Wie ist hier die Kostenspreizung? Warum liegen manche Komplikationen in der HMG 174 und andere in der HMG175? Wurde die Aufteilung rein nach Kosten vorgenommen? Würde es evtl. Sinn machen, für die doch deutlich einfachere Nierentransplantation eine eigene HMG festzulegen?