

Anhörung zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer

Grundsätzliche Anmerkungen zu den Prinzipien der Ausgestaltung des mRSA-Systems

Vorab werden drei grundsätzliche Probleme angesprochen:

1. Kodierung unspezifischer Codes

Die ICD bietet für Erkrankungen, für die es auch bei ausführlicher Suche keinen spezifischen ICD-Code gibt, so genannte Resteklassen, meist in der vierten Stelle -.9 („nicht näher bezeichnet“). Diese werden vor allem im ambulanten Bereich oft in Unkenntnis der ICD-Regeln genutzt, ohne dass überhaupt nach spezifischen Codes gesucht wurde, denn die unspezifischen Codes sind nicht „falsch“. Die Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien AKR wird dieses Kodierverhalten nach und nach verändern und die Nutzung der unspezifischen Codes wird zurückgehen.

Daneben ist (auch wenn es nicht erwünscht ist) davon auszugehen, dass die Auswahl der ICD-Codes für die mRSA-Krankheitsgruppen zu Änderungen im Kodierverhalten führt. Wenn aber die unspezifischen Codes regelhaft in der mRSA-Krankheitsauswahl berücksichtigt werden, wird eine zeitnahe Spezifizierung der Kodierung hinausgezögert. Die Auswahl der im mRSA berücksichtigten Erkrankungen muss also die Änderungen im Kodierverhalten mit besonderem Augenmerk auf die unspezifischen Codes angemessen berücksichtigen.

2. Medizinisch-klinische Homogenität der Krankheiten

In der aktuellen Überarbeitung der Krankheitsabgrenzungen wurde wesentlich stärker als zuvor auf eine medizinisch-klinische Homogenität der Krankheiten geachtet, die Kostendifferenzierung wird erst über das Klassifikationsmodell selbst erfolgen. Dies ist im Prinzip zu begrüßen. Im Fall der vorliegenden Überarbeitung wurde dabei in der Regel auf die ICD-Systematik auf Ebene der Dreisteller zurückgegriffen. Häufig finden sich jedoch unterhalb der Dreisteller auf Vierstellerebene Erkrankungen, die medizinisch nur sehr grob zusammengehören. In jedem Fall findet sich auf der vierten Stelle immer ein -.9-Code mit den „nicht näher bezeichneten“ Diagnosen, die regelhaft vor Einführung der AKR besonders häufig kodiert werden. Durch die systematische Durchführung der festgelegten Berechnungsschritte zur Chronizität, Schwere der Erkrankung, Prävalenz und tatsächliche bzw. erwartete Kosten können „Verdünnenerkrankungen“ mit hoher Prävalenz folgerichtig zur Nichtberücksichtigung einer ganzen Krankheitsgruppe führen. Es sollte daher vermieden werden, zu umfassende Krankheitsgruppen auszuwählen, was in der aktuellen Bearbeitung schon teilweise durch die Aufteilung von Krankheitsgruppen berücksichtigt wurde.

3. Was treibt die morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben: die Ätiologie oder die Manifestation einer Erkrankung?

Die ICD kennt Codes sowohl für die Ätiologie als auch für die Manifestation einer Erkrankung. Die Frage ist, wie das Klassifikationssystem Ätiologie oder Manifestation zuordnet und so den Einfluss auf den Behandlungsaufwand darstellt. Zu vermuten wäre, dass eher die Manifestation einer Erkrankung die Höhe des Behandlungsbedarfes bestimmt (beispielweise die Hepatitis oder Pankreatitis als Organerkrankung und nicht primär die Infektion mit dem entsprechenden Keim). Die Zuordnung von ICD-Codes zu den Krankheitsgruppen im mRSA ist im Bezug auf Ätiologie und Manifestation sehr unterschiedlich. Insgesamt wäre es zu begrüßen, wenn eine einheitliche Regelung durchgehalten werden könnte, da dies sowohl die Formulierung von Kodierrichtlinien als auch die Kommunikation der mRSA-Systematik für Mediziner deutlich vereinfachen könnte.

Spezielle Anmerkungen

Die nachfolgenden Anmerkungen zu den einzelnen Krankheitsabgrenzungen beziehen sich auf fast alle vom BVA geplanten Änderungen. Darüber hinaus erfolgen Anmerkungen zu einzelnen Krankheitsabgrenzungen entweder aus medizinischer Sicht oder aus dem Umstand heraus, dass die Berechnungsergebnisse einzelner Auswahlkriterien zum RSAV knapp verfehlt wurden.

Die Vorschläge beziehen sich auf die vom Bundesversicherungsamt verwendeten Krankheitsnummern.

Krankheit 3 „Nicht virale Meningitis“

Die Änderung der Krankheitsabgrenzung (Verlagerung B90.0 *Folgezustände einer Tuberkulose des Zentralnervensystems* und G04.1 *Tropische spastische Paraplegie* in andere Krankheiten) ist medizinisch nachvollziehbar.

Krankheit 7 „Infektionen durch opportunistische Erreger“

Die Änderung der Krankheitsabgrenzung durch die Verlagerung der Kandidosen ist medizinisch nachvollziehbar. Insgesamt gibt es auch in dieser Krankheitsgruppe die prinzipielle Problematik, ob Behandlungsbedarf eher durch die Manifestation oder die Ätiologie einer Erkrankung erklärt wird (s.o.). Beispielsweise dürfte bei Pankreatitiden die Ätiologie eine eher untergeordnete Rolle gegenüber der Manifestation spielen, die B25.2 *Pankreatitis durch Zytomegalieviren* könnte daher sicher auch sachgerecht in die KH 55 „Erkrankungen des Pankreas“ verlagert werden. Auch weil die KH 7 „Infektionen durch opportunistische Erreger“ für 2011 nicht mehr in der mRSA-Auswahl inkludiert ist, sollte überlegt werden, ob evtl. die B25.2 aus medizinischen Gründen in die KH 55 verlagert werden kann.

Krankheit 19 bis 24 Infektionen verschiedener Genese

Die neue und sehr systematische Zusammenstellung der verschiedenen Infektionen ist medizinisch nachvollziehbar und macht eine differenzierte Beobachtung möglich, auch wenn weiterhin keine der Krankheiten in die mRSA-Abgrenzung aufgenommen werden kann.

Krankheit 33 „Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane“

Das 72%-Perzentil wird im Analysezeitraum nicht erreicht, weshalb die Krankheit nicht mehr in der mRSA-Auswahl berücksichtigt werden kann. Unabhängig von dieser Tatsache bleibt die Frage, ob aus medizinischen Gründen und in Anbetracht der durchaus vergleichbaren Behandlungsintensität die D39.- Borderlinetumoren der weiblichen Genitalorgane in diese Krankheits-Abgrenzung aufgenommen werden müssen.

Krankheit 38 „Bösartige Neubildungen sekundärer Lokalisation“ und

Krankheit 39 „Bösartige Neubildungen unbekannter Lokalisation“

Diese Krankheiten waren vorher in der Krankheit 35 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation“. Die Aufteilung in zwei Krankheiten ist medizinisch nachvollziehbar.

Krankheiten 42 bis 46 „Gutartige Neubildungen“

Warum eine Erkrankung, die bisher nicht im mRSA berücksichtigt wurde (Krankheit 38 ALT „Gutartige Neubildungen“) jetzt in insgesamt fünf Untergruppen aufgeteilt wurde, ist unter medizinischen Gesichtspunkten nicht ganz klar. Unklar bleibt vor allem, welche Vorteile dies für die mRSA-Systematik bietet.

Krankheit 55 „Erkrankungen des Pankreas“

Krankheit 72 „Hypoglykämien und andere Störungen der inneren Sekretion des Pankreas“

Die Sekretionsstörungen des Pankreas sind jetzt konsequenter Weise alle der KH 72 „Hypoglykämien und andere Störungen der inneren Sekretion des Pankreas“ zugeordnet; in der KH 55 „Erkrankungen des Pankreas“ verbleiben hauptsächlich die Pankreatitiden. Zu überlegen wäre, ob die B25.2 *Pankreatitis durch Zytomegalieviren* aus der KH 7 und die B26.3 *Mumpspankreatitis* aus der KH 17 medizinisch nicht ebenfalls in die KH 55 gehören.

Krankheit 58 „Adipositas und Überernährung“

Diese Krankheit scheitert knapp mit 70,72% am 72%-Perzentil. Die Frage ist, ob die vielen extrem unspezifischen Codes (z.B. Adipositas mit niedrigem BMI, lokalisierte Adipositas) in der Krankheitsabgrenzung belassen werden sollen. Seit 2009 ist eine differenzierte Kodierung der Adipositas nach Body Mass Index BMI möglich. Die Krankheitsabgrenzung sollte evtl. nur die Fälle mit BMI >35 umfassen (ICD E66.01 und .02, E66.11 und .12, E66.21 und .22, E66.81 und .82), da erst ab einem BMI von über 35 ein eigener spezifischer Krankheitswert der Adipositas vorliegt. Da hinter dieser Kodierung ein eindeutiger Messwert steht, ist garantiert, dass nur Patienten mit relevantem Übergewicht erfasst werden.

Krankheit 81 „Erkrankungen des Ösophagus“

Diese Krankheit scheitert knapp mit 70,42% am 72%-Perzentil. Die Abgrenzung der Krankheit wurde von 2010 auf 2011 geändert, sie ist medizinisch nachvollziehbar wesentlich präziser zusammengestellt. Hinzu kommt, dass es zu den meisten berücksichtigten Krankheiten Regeln in den AKR geben wird (AKR B11.00). Diese werden aller Voraussicht nach dazu führen, dass die Erkrankungen spezifischer, aber auch wahrscheinlich seltener kodiert werden. Die Auswirkungen auf die Ergebnisse der verschiedenen Berechnungsschritte bleiben abzuwarten.

Krankheit 92 „Entzündliche Polyarthropathien“

Krankheit 93 „Systemkrankheiten des Bindegewebes“

Krankheit 94 „Spondylose und assoziierte Erkrankungen (Osteoarthritis der Wirbelsäule)“

Krankheit 110 „Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht“

2010 fanden sich in der Krankheit 84 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten“ extrem viele verschiedene Diagnosen, die jetzt auf die oben genannten verschiedenen Krankheiten aufgeteilt werden. Die Aufteilung ist medizinisch sehr gut nachzuvollziehen. Die Krankheiten 92, 93 und 94 erfüllen die Kriterien zur Aufnahme in den mRSA, die Krankheit 110 „Gelenkerkrankungen-Gelenksteife-Verrenkungen-Gelenkschmerzen“ scheitert wie schon in den Jahren zuvor an der Chronikerbedingung.

Krankheit 121	„Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen“
Krankheit 122	„Aplastische und sideroblastische Anämien“
Krankheit 126	„Erworbene hämolytische Anämien“ und
Krankheit 127	„Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen“

2010 fanden sich in der Krankheit 110 „Schwerwiegende Erkrankungen der Blutbildung und Blutgerinnung“ viele verschiedene ICD-Kodes, die jetzt nach medizinischen Gesichtspunkten neu aufgeteilt wurden. Auch wurden Kodes aus anderen KH-Gruppen wie KH 115 „Disseminierte intravasale Gerinnung und sonstige Koagulopathien“ oder KH 116 „Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung“, KH 117 „Polycythaemia rubra vera“ und KH 118 „Myelofibrose und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes“ neu zugeordnet. Durch die Neuordnung werden wichtige Erkrankungen in die Krankheits-Auswahl aufgenommen, wie zum Beispiel die Polycythämia vera, die Thalassämien, die Sichelzellanämien und andere hereditäre Anämien, was unter medizinischen Gesichtspunkten sehr zu begrüßen ist.

Krankheit 128 „Eisenmangel und sonstige Anämien“

Problematisch ist, dass der unspezifische Code D64.9 *Anämie, n.n.bez.* in die Krankheitsabgrenzung aufgenommen sind. Obwohl diese Krankheit jetzt im mRSA berücksichtigt wird, werden sich bei den Patienten, die mit diesen unspezifischen Codes verschlüsselt wurden, relativ viele „Verdünnerefälle“ finden mit einem eher niedrigen Behandlungsaufwand.

Insgesamt erscheint die Zusammenstellung der Anämien medizinisch nicht konsistent. Ein Teil der Diagnosen bildet Anämien ab, die definitionsgemäß mit einer anderen Erkrankung gemeinsam auftreten (D62 *Akute Blutungsanämie*, D63.0 *Anämie bei Neubildungen*, D63.8 *Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten*, D50.0 *Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)*), deren Behandlungsbedarf also auch über eine andere Erkrankung abgebildet werden kann. Es bleibt die Frage, wie die Berechnungsergebnisse aussähen, wenn man die Anämien entsprechend trennen würde. Interessant wäre auch, welche Streuung der Kosten innerhalb der Patienten in dieser KH-Gruppe vorliegt. Evtl. wird bei der Bildung der Risikoklassen dieses Problem aber abgearbeitet.

Krankheit 131 „Delir und Enzephalopathie“

Die Krankheit scheitert deutlich am 72%-Perzentil, was eventuell an der Verlagerung der hepatischen Enzephalopathien in die Krankheit 68 „Leberversagen“ liegt. Unter welchen medizinischen Gesichtspunkten welche Enzephalopathien in diese oder andere Krankheiten aufgenommen wurden und welche nicht, lässt sich nur schwer nachvollziehen. Es wäre evtl. hilfreich, eine Krankheit „Enzephalopathien“ aus allen Enzephalopathiekodes der ICD zusammenzustellen und die Berechnungsschritte erneut durchzuführen. Auch hier besteht das Problem, ob die Ätiologie oder die Manifestation vorrangig den Behandlungsbedarf beeinflusst. Zu vermuten wäre auch hier, dass häufiger die Manifestation den ausschlaggebenden Einfluss auf den Behandlungsbedarf hat.

Krankheit 133 „Nicht-psychotisch organische Störung“

Krankheit 140 „Depression“

Die neue Zuordnung spezifischer organisch bedingter psychischer Störungen zur Krankheitsgruppe 133 statt vorher in die Krankheit Demenz ist sehr zu begrüßen. Ebenso die Bereinigung der Krankheitsgruppe Depression um die Codes für affektive Störungen.

Nicht nur die Behandlung der psychischen Erkrankungen, sondern auch die Kodierung ist anspruchsvoll und in der ICD sehr komplex geregelt. Dies betrifft auch alle anderen psychischen Erkrankungen (siehe im Weiteren), deren geänderte Zuordnungen eine deutliche Verbesserung darstellen. Die Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien wird auf die Kodierung dieser Erkrankungen Einfluss haben, so dass hier jedes Jahr Anpassungsbedarf bestehen wird. Eventuell ist für die medizinisch sinnvolle Zuordnung der Codes der psychischen Erkrankungen (gesamtes F-Kapitel in der ICD) in Krankheitsgruppen psychiatrische und psychotherapeutische Kompetenz nötig.

Krankheit 135 „Sonstige KH des Gehirns“

Diese Krankheit scheitert mit 68,99% am 72%-Perzentil. Auch wenn es in der Anlage 5 nicht erwähnt wird, ist die Krankheit 135 eine neue Zusammenstellung aus Codes der alten Krankheitsgruppen 123, 125 und 156. Durch diese Verlagerung fallen jetzt bestimmte Codes zum Beispiel aus der weiter im mRSA enthaltenen Krankheit 132 „Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)“ heraus, wie zum Beispiel das Reye-Syndrom und die Hydrozephalus unterschiedlicher Genese. Dieser Umstand sollte noch einmal überdacht werden.

Kritisch ist sicher auch die Verlagerung des apallischen Syndroms in diese sehr unspezifische Sammelgruppe. Selbstverständlich ist die Abbildung des immensen Behandlungsbedarfes beim apallischen Syndrom meist auch über andere Komorbiditäten möglich. Ohne eine bundesweit verbindliche Kodierregel wird jedoch der einzige einheitliche (weil für Mediziner offensichtliche) Kode die G93.80 *apallisches Syndrom* bleiben. Dieser Kode ist relativ häufig, weshalb es kritisch sein kann, sollte er unbewertet in der KH 135 „verschwinden“. Die Nachteile für kleine Kassen können erheblich sein (siehe auch unter Extrakategorie 346).

Krankheit 136	„Myelopathien“
Krankheit 157	„Ausgeprägte schwere Lähmungen“
Krankheit 158	„Verletzungen des Rückenmarkes“
Krankheit 159	„Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen“
Krankheit 160	„Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“
Krankheit 161	„Erkrankungen im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels“
Krankheit 162	„Erkrankungen des autonomen Nervensystems“

Diese Krankheiten werden für 2011 unter medizinischen Gesichtspunkten völlig neu und sehr gut nachvollziehbar zugeordnet. Außer der Krankheit 162 „Erkrankungen des autonomen Nervensystems“, in der sich relativ unspezifische Codes finden, werden alle Krankheiten im mRSA berücksichtigt.

Krankheit 142 „Angsterkrankungen“

Durch die Zuordnung des gemischten ICD-Kodes F41.2 *Angst und depressive Störung, gemischt* erfüllt die Krankheit jetzt die Kriterien für die mRSA-Auswahl, was in Anbetracht der Relevanz der Angststörungen und der stetig zunehmenden Inzidenz zu begrüßen ist. Eventuell können hier die Fachgesellschaften weiterhelfen, ob weitere für die Psychotherapie und Psychiatrie relevante ICD-Kodes aus rein fachlicher Sicht noch fehlen und aufgenommen werden sollten (siehe Kommentar unter KH 133 und KH 140). Die Frage ist, ob die Diagnosen F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung, F62.0 *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung* und F62.1 *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit* medizinisch in diese Krankheitsgruppe gehören oder evtl. besser in die KH 146 „Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen“ oder in die KH 147 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“.

Krankheit 145 „Anorexia nervosa und Bulimia nervosa“

Medizinisch sinnvoll wird die Krankheit erweitert um die restlichen F5-Kodes. Nachteil dieser Erweiterung ist, dass nun auch der unspezifische Code F50.9 *Essstörung nicht näher bezeichnet* aufgenommen wird. Dies ist gerade in der Allgemeinmedizin ein sehr häufiger Code, hinter dem oft nicht die unter dieser Überschrift gemeinten Erkrankungen stehen. Die Aufnahme der F50.9 sollte daher noch einmal überprüft werden.

Krankheit 147 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“

Hier wurde eine medizinisch nachvollziehbare geänderte Zuordnung verschiedener ICD-Kodes vorgenommen. Schwierig ist, dass der sehr unspezifische Kode F68.9 *Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung* in diese Krankheitsabgrenzung fällt. Vor Einführung der AKR werden sich hier sehr verschiedene Patienten finden, da es keine verbindlichen Regeln für die Vergabe dieses Kodes gibt.

Krankheit 149 „Schwerer oder schwerster Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung“

In Anbetracht der Tatsache, dass sich hier ausschließlich schwere Intelligenzminderungen finden, sollte der Titel der Krankheit vielleicht in „Schwerer oder schwerster Entwicklungsrückstand / Intelligenzminderung“ geändert werden..

Krankheit 151 „Leichter / nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung“

Die Frage ist, ob der gesamte Bereich F84.- tief greifende Entwicklungsstörungen hier sinnvoll zugeordnet ist. Diagnosen wie die F84.0 *frühkindlicher Autismus*, die F84.1 *atypischer Autismus*, die F84.4 *überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien* und die F84.5 *Aspergersyndrom* passen nur wenig zu den anderen Diagnosen und zum Krankheitstitel. Eventuell wäre zu diskutieren, ob die F85.-Kodes unter medizinischen Gesichtspunkten in die Krankheit 156 oder 152 aufgenommen werden könnten.

Krankheit 152 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit“

Diese Krankheit scheitert mit 47,26% an der Chronikerbedingung. Es muss leider in Frage gestellt werden, ob die Tic-Störungen F95.-, die (medizinisch folgerichtig) neu in diese KH-Abgrenzung fallen, tatsächlich im Sinne des ICD kodiert werden. Im alphabetischen Verzeichnis der ICD steht unter „nervöser Tic“ die F95.8, in diesem Sinne wird der Kode wahrscheinlich am häufigsten genutzt. Bevor nicht eine Kodierregel zu den Tic-Erkrankungen vorliegt, muss mit der Zuordnung der Ticstörungen in spezifische Krankheitsgruppen vorsichtig umgegangen werden.

Krankheit 153 „Umschriebene Entwicklungsstörung“

Diese Krankheit bleibt unverändert in der Krankheitsabgrenzung und würde wegen gestiegener Kosten und gestiegener Prävalenz mRSA-relevant. Die Krankheit scheitert knapp am Schwellenwert. Die Frage ist, ob die Diagnose F98.5 *Stottern* und die Diagnose F98.6 *Poltern* dieser Krankheit richtig zugeordnet sind.

Eventuell macht es aus medizinischer Sicht Sinn, die Krankheiten 152 „Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit“, 153 „Umschriebene Entwicklungsstörung“ und 156 „Aufmerksamkeitsdefizitstörung“ in einer Krankheitsgruppe zusammenzuschließen, dabei aber darauf zu achten, dass unspezifische Codes nicht aufgenommen werden. Alle drei Krankheitsgruppen werden sich vornehmlich bei Kindern finden, aufgeteilt in verschiedene Krankheitsgruppen könnte es immer wieder über die Jahre „Oszillationen“ geben, wann die Krankheitsgruppen berücksichtigt werden und wann nicht. Evtl. kann eine Zusammenfassung hier mehr Stabilität in die Systematik bringen.

Krankheit 156 „Aufmerksamkeitsdefizitstörung“

Diese Krankheit scheitert am Schwellenwert. Zwei Punkte sollten hier berücksichtigt werden:

Wie auch schon in den vorherigen Anhörungen von verschiedenen Seiten eingebracht muss in Frage gestellt werden, ob der unspezifische Code F90.9 *Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet* dieser KH medizinisch sinnvoll zugeordnet ist. Antwort darauf könnte eine Detailanalyse geben, wie viele der Patienten, die mit diesem Code verschlüsselt werden, eine spezifische Therapie (also Psychotherapie und/oder Ritalin) erhalten. Da uns die vollständigen Kostendaten nicht vorliegen, sind nur dem BVA diese Analysen möglich.

Eine Kodierregel zu dieser derzeit gesellschaftlich wichtigen Erkrankung, in der festgelegt wird, wann welcher Code zu vergeben ist, könnte die Problematik entschärfen.

Darüber hinaus ergibt sich das Problem, dass die Kosten der Krankheit 156 (und übrigens auch 152 und 153) nicht nur im Gesundheitswesen anfallen. Zum Beispiel werden viele Sozialpädiatrischen Zentren nur teilweise über die Krankenkassen finanziert. Hier findet aus der Not heraus eine zusätzliche Finanzierung aus regional sehr unterschiedlichen Quellen statt, obwohl es sich eindeutig um eine Krankenkassenaufgabe handelt. Diese „Mischversorgung“ wird durch die bisherigen ausschließlich über die historischen Krankenkassenkosten getriggerten Aufgreifkriterien zementiert.

Krankheit 171 „Trigeminusneuralgie, Erkrankungen des Nervus facialis und anderer Hirnnerven“

Krankheit 174 „Mononeuropathien“

Die Zusammenfassung der alten Krankheiten 160, 161 und 162 und der alten Krankheiten 164, 166 und 167 in jeweils eine neue zusammenfassende Krankheit ist medizinisch nachvollziehbar und vereinfacht die Gesamtsystematik.

**Krankheit 188 „Atriale und ventrikuläre Tachykardie (Arrhythmie),
Herzstillstand“**

Diese Krankheit ist aus verschiedenen KH-Gruppen medizinisch konsistent zusammengelegt worden. Inwieweit die ICD's zum Vorhofflattern und Vorhofflimmern eventuell besser in die Krankheit 189 „AV-Block II. und III. Grades sowie sinoatriale Blockierungen“ passen (der KH-Name müsste entsprechend geändert werden), könnte evtl. noch einmal diskutiert werden.

Krankheit 193 „Schlaganfall und Komplikationen“

Diese Krankheit scheitert (durch eine neue KH-Abgrenzung) sehr knapp mit 71,3% am 72%-Perzentil. Zur Unterschreitung des 72%-Perzentil hat wahrscheinlich geführt, dass die Codes I67.8- (nicht endständiger Viersteller) und I67.88 *sonstige näher bez. zerebrovaskuläre Erkrankungen* in diese Krankheit aufgenommen wurden. Diese Zuordnung ist hochkritisch, da es sich um Codes handelt, die in der konkreten Versorgung des Schlaganfalls und seiner Komplikationen keine Bedeutung haben. Der Schlaganfall selbst wird nach ICD-10-GM sehr spezifisch verschlüsselt, der Zustand nach Schlaganfall in der Regel mit dem Zusatzkennzeichen Z und den entsprechenden Folgeerscheinungen. Da der Schlaganfall mit ca. 200.000 Neuerkrankungen jedes Jahr und ca. 1 Mio. Patienten mit Folgeschäden in Deutschland eine der zentralen chronischen Erkrankungen ist, halten wir es für kritisch, wenn diese Krankheitsgruppe nicht mehr im mRSA berücksichtigt werden könnte.

Krankheit 200 „Arteriell Aneurysma, exkl. der Aorta“

Trotz einer medizinisch sinnvollen Aufnahme der Nierenarterienaneurysmen in diese KH-Gruppe wird das 72%-Perzentil nicht mehr erreicht. Die Frage ist, weshalb die ICD-Kodes I28.1 *Aneurysma der Pulmonalis*, Q28.00 *Angeborenes arteriovenöses Aneurysma der präzerebralen Gefäße*, Q28.10 *Angeborenes Aneurysma der präzerebralen Gefäße* Q28.20 *Angeborenes arteriovenöses Aneurysma der zerebralen Gefäße* Q28.30 *Angeborenes Aneurysma der zerebralen Gefäße* und I67.1- *Zerebrales Aneurysma und zerebrale arteriovenöse Fistel* hier nicht berücksichtigt sind. Dabei sind die zerebralen Aneurysmen in die Krankheit 195 gruppiert, die Q-Diagnosen in die Krankheit 186. Beide Krankheiten werden im mRSA nicht berücksichtigt.

Darüber hinaus ist auch hier wieder kritisch, dass der unspezifische Kode I72.9 *Aneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation* eingeschlossen ist.

Insgesamt ließe sich die Zusammenstellung der ICD's in dieser Erkrankung unter medizinischen Gesichtspunkten noch weiter verbessern.

Krankheit 227 „Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut“

Der sehr unspezifischen Kodes H35.9 *Affektionen der Netzhaut, nicht näher bezeichnet* wurde neu in die Krankheitsabgrenzung aufgenommen. Insgesamt ist sehr zu begrüßen, dass diese Krankheitsgruppe durch Erreichen der Schwellenwerte im mRSA berücksichtigt wird, vor allem unter dem Gesichtspunkt, dass die intravitrealen Injektionen voraussichtlich in die Regelversorgung aufgenommen werden (derzeit hauptsächlich über Sonderverträge finanziert). Allerdings sollte mittelfristig überprüft werden, ob der unspezifische Kode tatsächlich in diese Krankheitsgruppe gehört. Bei Patienten mit aufwändigen Therapien steht in der Regel durch die zwingend vorher durchgeführte ausführliche Diagnostik ein spezifischer Kode zur Verfügung.

Krankheit 288 Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen

Überraschenderweise finden sich die (zugegebenermaßen extrem seltenen) Fournier-Gangrän beim Mann und bei der Frau nicht mehr in dieser Krankheitsgruppe sondern in den entsprechenden geschlechtsspezifischen Krankheitsgruppen 277 und 271. Unklar bleibt der Grund für diese neue Zuordnung. Medizinisch ist sie nicht nachvollziehbar.

Krankheit 298 „Psoriasis und Parapsoriasis“

Es ist sehr zu begrüßen, dass diese Krankheit im mRSA berücksichtigt wird. Dass seit 2008 die Balneophototherapie erstattungsfähig ist (GKV-Leistung) und in 2010 neu in den EBM aufgenommen wird, findet so eine reale Abbildung im mRSA.

Krankheit 328 „Unerwünschte Wirkungen von Medikamenten“

Diese Krankheit scheitert mit 47,6% knapp an der Chronikerbedingung. Die Kodes, die hier zu einer Krankheit zusammengestellt sind, sind medizinisch nicht wirklich in sich kongruent. Man könnte zum Beispiel unterscheiden zwischen Medikamentennebenwirkungen, die langfristig die Gesundheit beeinträchtigen, und solchen, die dies „nur“ kurzfristig tun. In dieser Krankheitsgruppe finden sich allerdings extreme Gegensätze. Beispielsweise wird es sich bei der Diagnose T88.2 *Schock durch Anästhesie* zwar um ein dramatisches Ereignis, in der Regel aber (wenn überlebt) um eine langfristig die Kosten nur in einigen Fällen beeinflussende Erkrankung handeln (der Kode wäre unseres Erachtens in jedem Fall sinnvoller der KH 329 *Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung* zuzuordnen). Auch für die Kodes T88.0 *Infektion nach Impfung [Immunisierung]* und T88.1 *Sonstige Komplikationen nach Impfung [Immunisierung], anderenorts nicht klassifiziert* ist zu vermuten, dass es sich um akute und einfach behandelbare Erkrankungen handelt. Eine differenzierte Analyse der Patienten mit diesen Diagnosen würde den Sachverhalt klären. Es ist medizinisch auch nicht nachvollziehbar, warum die Vergiftungen der Ausschlusskategorie 346 zugeordnet werden, aber die maligne Hyperthermie durch Anästhesie der Krankheit 328.

Krankheit 333 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes“

Die neue Zusammenstellung der Kodes unter medizinischen Gesichtspunkten ist sehr zu begrüßen. Die Zuordnung zum Beispiel zu mit der Schwangerschaft assoziierten Krankheitsgruppen war in der Vorversion nur schwer nachzuvollziehen.

Manche Kodes sind allerdings auch in der neuen Zuordnung überraschend: z.B. wirkt der Kode P04.0 *Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Anästhesie und Analgesie bei der Mutter während Schwangerschaft, Wehen und Entbindung* zum mindestens auf den ersten Blick eher medizinisch nicht kongruent mit den anderen Diagnosen. Inwieweit Diagnosen wie Q45.1 *Pancreas anulare* und Q45.2 *angeborene Pankreascyste* tatsächlich einen Krankheitswert haben, lässt sich nur anhand der Gesamtdaten klären.

Extrakategorie 346 „Ausschlusskategorie“

Selbstverständlich wird es eine solche Ausschlusskategorie mit den verschiedensten Symptom- oder Informationskodes immer geben müssen. Es finden sich jedoch einige wenige Kodes, die durchaus zu diskutieren sind:

Q43.0 *Meckelsches Divertikel* wäre medizinisch eindeutiger der Krankheit 79 „Appendizitis“ zugeordnet.

Die Vergiftungen sollten sämtlich einer eigenen Krankheitsgruppe zugeordnet bleiben oder in die Krankheitsgruppe 331 „Zwischenfälle bei Patienten während chirurgischer und medizinischer Behandlung“ oder in die Krankheit 328 „Unerwünschte Wirkungen von Medikamenten“ aufgenommen werden. Auch wenn es in der Regel natürlich weitere Komorbiditäten gibt, haben Vergiftungen eine spezifische Krankheitsrelevanz.

Die Kodes T80.- Komplikationen nach Infusionen, Transfusionen oder Injektionen zu therapeutischen Zwecken und T88.-sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen wären in der Krankheitsgruppe 331 „Zwischenfälle bei Patienten während chirurgischer und medizinischer Behandlung“ medizinisch besser zugeordnet.

Die Kodes zur Registrierung zur Organtransplantation liegen wie in den Vorversionen in dieser Extrakategorie. Ursprünglich war 2009 geplant, eine entsprechende eigene Gruppe mit diesen Kodes auszugliedern, damit man die Auswirkungen besser beobachten kann. Es ist nicht erklärt, warum auf diese Zuordnung verzichtet wurde.

Die Kombination aus der Tatsache, dass die Z99.1 *LZ-Abhängigkeit vom Respirator* in dieser Extrakategorie liegt und dass der Kode G93.80 *apallisches Syndrom* der Krankheit 135 „sonstige KH des Gehirns“ zugewiesen wird (siehe dort), hat zur Folge, dass die extrem kostenintensiven langzeitbeatmeten Patienten mit apallischem Syndrom nicht gut identifiziert werden können. Da die G93.80 *apallisches Syndrom* keine ganz seltene Diagnose ist, sind gerade kleine Kassen auf eine entsprechend sachgerechte Mittelzuweisung angewiesen. Die Ursache des apallischen Syndroms kann meist nur mit dem Zusatzkennzeichen Z kodiert werden, es gibt also keine weitere den Leistungsbedarf ausreichend erklärende ICD.

Extrakategorie 349 „Zusatzinfo: Strahlentherapie/Chemotherapie bei bösartigen Neubildungen“

Die Einführung einer solchen „Beobachtungsgruppe“ mit den Codes Z51.0 und Z51.1 ist sehr zu begrüßen. Zwar handelt es sich erstmals um eine „Leistungsgruppe“ statt einer Krankheitsgruppe, was eine echte Novität in der Systematik darstellt. Es handelt sich aber zweifellos um eine wichtige Zusatzinformation, die beobachtet werden sollte.

Die Codes Z51.0 und Z51.1 werden allerdings derzeit hauptsächlich im Krankenhaus genutzt, im niedergelassenen Bereich sind sie weitestgehend unbekannt. Hinzu kommt, dass zwar die Z51.1 *Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung* heißt, die Z51.0 aber nur *Strahlentherapiesitzung*, ohne dass expressis verbis die Einschränkung auf bösartige Neubildungen getroffen wird. Es muss also eine entsprechende Ambulante Kodierrichtlinie geben, damit beide Codes sektorübergreifend einheitlich in Deutschland genutzt werden.