

Anhörung zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmen, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2011

**Vorschläge der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer**

I. Grundsätzliche Anmerkungen zu den Prinzipien der Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs für das Ausgleichsjahr 2011

1. Erneut möchten wir (wie zuletzt in unserem Schreiben vom 08.04.2010) darauf aufmerksam machen, dass es nach unserer Auffassung weder sachgerecht noch statthaft ist, Wirkstoffe, die in Deutschland nicht im Handel sind oder für die keine DDD-Festsetzung vorgenommen wurde, in die ATC-Listen aufzunehmen. Ebenso halten wir es nicht für zweckmäßig, Verordnungsausschlüsse gemäß Anlage III der Arzneimittelrichtlinie („Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung durch die Arzneimittel-Richtlinie und aufgrund anderer Vorschriften (§ 34 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 3 SGB V)“) nicht zu berücksichtigen.

Auch wenn das Aufgreifkriterium „Arzneimittelzuordnung“ primär zur Validierung von Diagnosen im vertragsärztlichen Bereich genutzt wird, gibt es doch zunehmend Morbiditätsgruppen, die auf Basis von Medikamentenverordnungen aufgeteilt werden. Bei Mitberücksichtigung von Wirkstoffen, die in Deutschland nicht im Handel sind, für die keine DDD-Festsetzung vorgenommen wurde oder für die Verordnungsausschlüsse existieren, kann es hier zunehmend zu Fehlanreizen kommen.

2. Der Anwendungsbereich der nach Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge mit Wirkung ab 1. Januar 2011 in Kraft tretenden Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) erstreckt sich nicht nur auf den vertragsärztlichen Bereich, sondern auch auf alle anderen ambulanten Leistungserbringer einschließlich der selektivvertraglichen Versorgung. Ein separater Abschnitt der Ambulanten Kodierrichtlinien behandelt die Qualifizierungsmerkmale A, V, G und Z, die verpflichtend und nach bestimmten Regeln verschlüsselt werden müssen. Die in den Festlegungsentwurf für den Jahresausgleich 2011 neu aufgenommene Ausnahmeregel unter 1.1.2. nimmt die §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V bezüglich des Qualifizierungsmerkmals ausdrücklich von diesen Regeln aus. Im Gegensatz zu den Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung werden die Diagnosen in den vorgenannten Bereichen dann auch ohne Qualifizierungsmerkmal

bei der Versichertenklassifikation berücksichtigt. Diese Festlegung wäre aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer verfehlt, weil es für den Anwender weder im vertragsärztlichen Bereich noch in den ambulanten Krankenhausbereichen zweifelsfrei ersichtlich ist, welche Teile der ambulanten Kodierrichtlinien für wen gelten. Die scheinbare Vereinfachung für den Krankenhausbereich wird damit erkauft, dass es zukünftig drei verschiedene Kodier-Regeln für Krankenhausärzte gäbe: die stationären Kodierrichtlinien für stationäre Fälle, die durch die Ausnahmeregelung im Festlegungsentwurf modifizierten Ambulanten Kodierrichtlinien für die Leistungserbringer gemäß §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V und die Ambulanten Kodierrichtlinien ohne Ausnahmen für die Ermächtigten.

Abgesehen von dieser aus vermeintlich praktischen Erwägungen mangelnden Einheitlichkeit des Gültigkeitsbereichs, halten wir eine nicht einheitliche Kodierung im ambulanten Versorgungsbereich für nicht zielführend bezüglich einer möglichst einheitlichen Abbildung der Risikoeinstufung im M-RSA.

3. Bis auf einige spezifische Ausnahmen (z. B. HMG001 oder HMG219, bei denen die SA500 ausgeschlossen ist) führen stationäre Diagnosen immer in eine HMG. Dies kann bei einigen Diagnosen zu Fehlanreizen führen, zum Beispiel bei der HMG053 schädlicher Gebrauch von Alkohol und Drogen ohne Abhängigkeit. Da die vierte Stelle .0 akuter Rausch in diese HMG führt, erhält eine Krankenkasse für jeden Patient mit einem stationären Kurzaufenthalt wegen einer akuten Alkoholintoxikation den Zuschlag als Zuweisung. Inwieweit eventuell für einzelne DXG oder auch spezifische ICD-Kodes ein sektorübergreifendes m2Q-Kriterium oder eine obligate Medikamentenbedingung unabhängig vom Sektor der Leistungserbringung sinnvoll sein kann, sollte geprüft werden. Die nach unserer Auffassung in diesem Zusammenhang wichtigen Erkrankungen finden sich im Weiteren jeweils unter der entsprechenden HMG (HMG053, HMG091, HMG152, HMG204-205).
4. Für die Zuordnung einiger ICD-Kodes in DXG gilt als Bedingung eine Krankenhausbehandlung (ausschließlich Berücksichtigung der Codes aus der Satzart 500). Nachteil dieser Zuordnungsvorschrift ist in der vorgesehenen aktuellen Neuordnung, dass bei einigen wenigen Erkrankungen die im ambulanten Bereich häufigen Diagnosen (zum Beispiel die I20.0 *instabile Angina pectoris*, die I24.8 *sonstigen Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit*, oder die J81 *Lungenödem*) bei der Versichertenklassifikation vollständig unberücksichtigt blieben, wenn sie ausschließlich im ambulanten Bereich verschlüsselt werden. Die nach unserer Auffassung in diesem Zusammenhang wichtigen Erkrankungen finden sich im Weiteren jeweils unter der entsprechenden HMG (HMG016, HMG081, HMG089, HMG108, HMG146).
5. Für eine sachgerechte Zuweisung ist bei einigen HMG eine zwingend fünfstellige Kodierung Voraussetzung. Dies ist im vertragsärztlichen Bereich nicht gewährleistet, so lange auf eine zwingend fünfstellige Kodierung im hausärztlichen Bereich verzichtet wird. Die in diesem Zusammenhang relevanten Erkrankungen finden sich im Weiteren jeweils unter der entsprechenden HMG (HMG067-069, HMG075, HMG099+104+106, HMG157+200).

6. Versicherte, die in dem dem Berichtsjahr vorangehenden Jahr mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung aufwiesen, werden keiner HMG zugeordnet. Stattdessen werden sie der Kostenerstattergruppe (KEG) zugeordnet. Obwohl bisher nur ein vergleichsweise geringer Teil der Versicherten von dieser gesetzlich verankerten Möglichkeit Gebrauch macht, bleibt vor dem Hintergrund der laufenden politischen Diskussion zu beobachten, ob diese Vorgehensweise bei der Klassifikation einem möglichen Fehlanreiz Vorschub leistet. Der Fehlanreiz könnte darin bestehen, dass Krankenkassen verstärkt denjenigen Patienten die Möglichkeit zur Kostenerstattung nahe legen, die keine oder nur sehr geringe Leistungen in Anspruch nehmen. Dann erhielte eine in dieser Hinsicht „erfolgreiche“ Krankenkasse für die Versicherten mit der Kostenerstattergruppe einen pauschalen Zuschlag zusätzlich zum Zuschlag entsprechend der Alters- und Geschlechtsgruppe, während sie für Versicherte ohne Leistungsausgaben im Sachleistungsprinzip ausschließlich den Zuschlag entsprechend der Alters- und Geschlechtsgruppe erhält.

II. Spezielle Anmerkungen

(H)MG005: Infektionen durch opportunistische Erreger

Alle hier gelisteten DXG obliegen zwingend dem Arzneimittelaufgreifkriterium „rezid.akut“ bis auf die DXG025 *systemische Candida-Infektion mit Resistenz*. Womit ist diese Ausnahme begründet?

(H)MG019: Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen

In dieser HMG enthalten ist die DXG604: *Diabetes mellitus als Schwangerschaftskomplikation*. Mit dieser Zuordnung sind zwei Probleme verbunden:

Die O24.0 *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, primär insulinabhängig [Typ-1-Diabetes]* müsste zusätzlich in die HMG020 führen, denn es handelt sich um einen Typ-1-Diabetes, der einen weiteren Zuschlag auslöst.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob diese Zuordnung nicht zwingend mit einem Medikamentenaufgreifkriterium verknüpft werden müsste, so dass dann die O24.0 besser in die DXG111 verlegt werden sollte.

(H)MG024: Erblich bedingte Störungen des Harnsäurestoffwechsels und sonstige näher bezeichnete Stoffwechselstörungen

Die DXG122 *Porphyrie, Histiozytose, andere näher bezeichnete Stoffwechselerkrankungen* kann umbenannt werden in DXG122 *andere näher bezeichnete Stoffwechselerkrankungen*, da die DXG828 *Porphyrie, Histiozytose* ausgegliedert wurde.

(H)MG038: Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen

Die Aufnahme des Sjögrensyndroms und die Änderung der Hierarchie zu den *Spinalkanalstenosen* (HMG039) sind sehr zu begrüßen. Zu den bisher schon gerechneten Neuaufteilungen könnte zur Untersuchung auf präzisere Kostenschätzer eventuell folgende Aufgliederung der HMG038 für einen späteren Festlegungsentwurf vom BVA untersucht werden:

- HMG038 A *juveniles Rheuma mit allen Codes des kindlichen Rheumas*
- HMG038 B *restliche Rheumakodes*
- HMG038 C *unspezifische Rheumakodes* (Auswahl einiger Rheumakodes mit der vierten Stelle .9)

(H)MG047: Morbus Alzheimer, normotensiver Hydrozephalus (H)MG049: Sonstige Demenzerkrankungen

In der HMG047 finden sich in der DXG249 *Degenerative Hirnerkrankungen / Morbus Alzheimer* die ICD-Kodes G30.- für den *M. Alzheimer*. Es handelt sich hier allerdings um Kreuz-Kodes, die nach ICD zwingend einen Stern-Code, in diesem Fall die Codes aus F00.-*, nach sich ziehen müssen. Die F00.-* ihrerseits führen über die DXG248 in die HMG049 *sonstige Demenzerkrankungen*. Im Prinzip gibt es durch die Hierarchisierung der HMG047 über die HMG048 kein Problem, da ein lege artis kodierter Alzheimer-Patient nur in die HMG047 fällt. Problematisch ist jedoch ein fehlerkodierter Alzheimer-Patient, bei dem der F00.-Code fehlt und der keine Medikamentenverordnung aufweist. Dieser löst trotz gesicherter Alzheimererkrankung keinen Zuschlag aus. Die Codes G30.- und F00.- müssten aus medizinischen Gründen in eine DXG, wobei evtl. eine DXG mit Aufgreifkriterium „Arzneimittel amb.“ und eine DXG ohne dieses Aufgreifkriterium sinnvoll sein kann.

(H)MG055: Bipolare affektive Störungen, Anorexia nervosa, Bulimie

Der Name der HMG kann geändert werden, da die Anorexia nervosa und die Bulimie in die HMG060 ausgegliedert wurden

(H)MG057: Angststörungen und depressive Episoden

(H)MG058: Depression, posttraumatische Belastungsstörungen, Verhaltensstörungen

Dass die Angststörungen neu aufgenommen wurden, ist besonders zu begrüßen. In einer späteren Analyse sollte geprüft werden, ob die beiden Codes F34.1 *Dysthymie* und F32.0 *leichte Depression* über die DXG818 *sonstige depressive Episoden* besser aus der HMG058 in die HMG057 verlegt werden sollten. Beides sind nach ICD-Beschreibung eher Codes für die „leichten“ Depressionen.

(H)MG060: Anorexia nervosa / Bulimie

Die neue Abgrenzung wirkt präzise und erscheint durch die Auslagerung der F50.9 *Essstörung, n.n.bez.* und der F50.8 *sonstige Essstörungen* in die HMG058 unseres Erachtens nach sachgerechter. Diesbezüglich stellt sich jedoch die Frage, ob die vorgeschlagene strikt lineare Hierarchie hinreichend begründet ist. Der Vorschlag setzt die HMG060 unter die HMG055 aber über die HMG056-HMG058-HMG057, was rein nach den Kostenschätzern plausibel erscheint. Weniger eindeutig ist jedoch, ob nicht ein Wahn bzw. eine Depression unabhängig von einer Essstörung und umgekehrt auftreten kann und dadurch unterschiedliche Kosten verursacht werden könnten.

(H)MG067: Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen

(H)MG068: Querschnittslähmung

(H)MG069: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks

Eine sachgerechte Zuordnung in Morbiditätsgruppen ist nur mit einer zwingend fünfstelligen Kodierung der funktionalen Höhe der Schädigung des Rückenmarks möglich. Ohne diese Vorgabe ist eine einheitliche Abbildung in die HMG 067, 068 und 069 nicht möglich, zumal die Viersteller aus dem ambulanten Bereich nicht verarbeitet werden (die entsprechenden DXG mit Vierstellern sind zwingend an stationäre Diagnosen gebunden).

(H)MG075: Koma, Hirnödem / hypoxische Hirnschäden

Hier ist darauf hinzuweisen, dass das apallische Syndrom zwingend fünfstellig zu verschlüsseln ist, was von den Hausärzten derzeit nicht verlangt wird.

(H)MG073: Morbus Parkinson und Chorea Huntington

Die Entfernung des ATC-Filters N04AH (Homöopathische und anthroposophische Antiparkinsonmittel) in Verbindung mit der DXG335 *Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen* ist aus unserer Sicht zu befürworten.

(H)MG081: Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten

Die neue Zusammenfassung der ICD-Kodes zu einer HMG ist medizinisch konsistent. Wir möchten jedoch darauf aufmerksam machen, dass auch für die DXG361 *instabile Angina pectoris und andere akute Koronarerkrankungen* das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ gilt. Damit blieben die auch in der vertragsärztlichen Versorgung relativ häufigen Codes I20.0 *Instabile Angina pectoris*, I24.0 *Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt*, I24.8 *sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit* und I24.9 *akute ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet* bei der Versichertenklassifikation vollständig unberücksichtigt, wenn sie ausschließlich im ambulanten Bereich verschlüsselt werden. Vermieden werden könnte diese zu weitgehende Nichterfassung, wenn die Codes der DXG361 gleichzeitig über eine zweite DXG mit Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, chronisch“ in die HMG083 führen würde.

(H)MG083: Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt

Bei dieser HMG ist darauf aufmerksam zu machen, dass im vertragsärztlichen Bereich durch die verpflichtend mit anzugebenden Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit in den meisten Fällen statt eines Codes aus I25.2- (*alter Infarkt*) mit dem Zusatzkennzeichen ‚G‘ ein Code aus den Gruppen I21.- oder I22.- (*akute Infarkte*) mit dem Zusatzkennzeichen ‚Z‘ verschlüsselt wird, da beide Kodierungen zulässig sind. Diese Kodierpraxis wird sich frühestens ab 2011 mit Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien ändern. Überlegt werden könnte, ob für einen Übergangszeitraum die Codes aus I21.- und I22.- auch mit dem Diagnosekennzeichen ‚Z‘ für die Klassifikation herangezogen werden könnten.

(H)MG089: Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung oder Enzephalopathie

Die DXG351 *Akutes Lungenödem nicht anderweitig klassifiziert* enthält als einzigen Kode die J81 *Lungenödem* und ist an das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ gebunden. Der Kode J81 ist jedoch auch im ambulanten Bereich relevant. Zu fragen wäre, ob das Aufgreifkriterium entfallen könnte und die entsprechenden ambulanten Diagnosen zugelassen werden könnten.

(H)MG091: Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen

Die neue HMG-Zusammensetzung, die um eine Reihe Kodes aus der alten HMG90 erweitert wurde, erscheint inhaltlich gut begründet. Die Neuaufnahme der DXG398 *Kardiomegalie* mit der einzigen ICD I51.7 birgt allerdings einige Risiken. Es handelt sich bei der Kardiomegalie ggf. um einen echokardiographischen oder radiologischen Zufallsbefund, der sowohl stationär als auch ambulant kodiert werden darf, wenn er diagnostischen oder sonstigen Aufwand verursacht, zum Beispiel über Kontrollen. Der Kode löst bei einer einzelnen Erhebung als stationärer Nebenfund oder bei einer Kodierung in zwei verschiedenen Quartalen ohne weitere Medikamentenvalidierung den Zuschlag der HMG091 aus. Eine Kardiomegalie mit Krankheitswert wird meistens zusätzlich über einen Kode im Herzinsuffizienzbereich verschlüsselt und führt darüber in eine der höher hierarchisierten HMG, der Kode könnte also theoretisch gestrichen werden. Um Fehleinstufungen zu vermeiden, sollte hier zumindest entweder ein zwingendes sektorunabhängiges m2Q-Kriterium eingeführt werden oder sektorunabhängig ein Aufgreifkriterium „Arzneimittel, chronisch“ ergänzt werden.

Von dieser Problematik unabhängig sollte in jedem Fall überprüft werden, ob das Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, chronisch“ ergänzt werden sollte.

(H)MG095: Zerebrale Blutung

(H)MG096: Zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall

Es ist besonders zu begrüßen, dass die Krankheitsabgrenzung des Schlaganfalls doch unverändert belassen wurde und die beiden entsprechenden HMG gebildet werden konnten. Auch wenn das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ erst im letzten Jahr gestrichen wurde, erscheint es nicht hinreichend begründet, dass die DXG401 mit den G46.-*Kodes *zerebrale Gefäßsyndrome bei zerebrovaskulären Krankheiten (I60-I67f)* im Gegensatz zu sämtlichen anderen DXG dieser beiden HMG nicht an das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ geknüpft sind. Zwar handelt es sich hier ausschließlich um Stern-Kodes der ICD, die zwingend einen weiteren Kode aus den I60-I67-Kodes erfordern, es sollte aber auch bei der DXG401 das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ ergänzt werden. Die Diagnostik des Schlaganfalls und der akuten zerebralen Ischämien hat sich in den letzten Jahren erheblich gewandelt, eine initiale stationäre Abklärung ist inzwischen die Regel.

(H)MG099: Nicht näher bezeichnete Erkrankungen peripherer Gefäße

(H)MG104: Atherosklerose mit Ulkus oder Gangrän

(H)MG106: Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonstige, nicht näher bezeichneten Krankheiten der Arterien und Arteriolen

Die neue Abgrenzung der HMG099 mit zwei sehr unspezifischen und dennoch wichtigen ICD-Kodes (I73.9 *Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet* und I79.8 *Sonstige Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*) wird unserer Meinung nach die kostengerechte Abgrenzung verbessern können. Auch hier muss erneut beachtet werden, dass eine korrekte Zuweisung nur über eine verpflichtend fünfstellige Kodierung möglich ist, die im hausärztlichen Bereich nicht vorgeschrieben ist. In wie weit die fünfstellige ICD I70.22 *Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen* aus der HMG106 in die die HMG104 verlagert werden könnte, sollte überprüft werden.

(H)MG103: Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen

Hier liegen in der DXG418 *Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, nicht näher bezeichnet* ausschließlich die Codes aus der I69.- *Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit*. Wir machen darauf aufmerksam, dass im vertragsärztlichen Bereich durch die verpflichtend mit anzugebenden Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit in den meisten Fällen statt eines Codes der Gruppe I69.- (*Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit*) mit dem Zusatzkennzeichen ‚G‘ ein Code aus den Gruppen I60-I64 mit dem Zusatzkennzeichen ‚Z‘ verschlüsselt wird, da beide Kodierungen zulässig sind. Dies wird sich frühestens ab 2011 mit Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien ändern. Auch hier könnte überlegt werden, ob für einen Übergangszeitraum die Codes I60-I64 mit dem Diagnosekennzeichen ‚Z‘ in den M-RSA einfließen könnten.

(H)MG108: Status asthmaticus (Alter > 17 Jahre), postinflammatorische Lungenfibrose

Wie bereits im letzten Jahr geben wir erneut zu bedenken, dass es für den ICD-Code J46 *Status asthmaticus* einerseits keine einheitliche medizinische Definition gibt und auf der anderen Seite die ICD diesen Code allgemein für das schwere akute Asthma vorschlägt (siehe ICD alphabetisches Verzeichnis). Es ist demnach nicht von einer einheitlichen Kodierpraxis auszugehen. Hinzu kommt, dass durch das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ die ambulanten Diagnosen auch bei Erfüllung des m2Q-Kriteriums nicht in diese Morbiditätsgruppe fallen. Eine mögliche Lösung wäre, wenn der Code J46 gleichzeitig über eine zweite DXG mit Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, chronisch“ in die HMG109 führen würde.

(H)MG112: Sonstige Pneumonien, Empyem, Lungenabszess, Pleuritis, pulmonale Insuffizienz

Vor einer Beurteilung möchten wir fragen, ob bei der DXG352 *Pulmonale Insuffizienz (nicht kardial bedingt)* evtl. das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ vergessen wurde. Die hier gelisteten Codes J80 *Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]*, J95.1 *Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation*, J95.2 *Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation* und J95.3 *Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation* legen diese Vermutung nahe. Ob ggf. dann die gesamte DXG352 in die HMG111 verlagert werden könnte, müsste geprüft werden.

Ebenfalls zu prüfen wäre unseres Erachtens, ob bei der DXG468 *andere und nicht näher bezeichnete Pneumonie* das Aufgreifkriterium „amb. Arzneimittel, rez.akut“ ergänzt werden muss (hier liegen zum Beispiel die Codes J15.8 *Sonstige bakterielle Pneumonie* und J15.9 *Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet*).

In der Benennung der HMG112 kann die Pleuritis gestrichen werden, da diese entfallen ist.

(H)MG131: Nierenversagen

Der Vollständigkeit halber möchten wir (wie bereits im März 2010 in unserer Stellungnahme zur Krankheitsfestlegung festgestellt) wiederholen, dass es nicht sachgerecht erscheint, die ICD-Kodes N18.80 *einseitige Niereninsuffizienz* und N18.81 *chronische Niereninsuffizienz Stadium I* in diese HMG aufzunehmen.

(H)MG133: Neurogene Blase

In Anbetracht der hier abzubildenden aufwändigen Patienten mit neurogener Blase muss diskutiert werden, ob die beiden ICD-Kodes „ohne neurologisches Substrat“ hier ihre Berechtigung haben (N31.81 *Hypo- und Akontraktilität des Blasenmuskels ohne neurologisches Substrat* und N31.82 *Instabile Blase ohne neurologisches Substrat*).

(H)MG136: Nierenfunktionsstörung

Der Vollständigkeit halber möchten wir (wie bereits im März 2010 in unserer Stellungnahme zur Krankheitsfestlegung festgestellt) wiederholen, dass wir es nicht für sachgerecht halten, die ICD-Kodes N27.0 *Kleine Niere unbekannter Ursache, einseitig*, N27.1 *Kleine Niere unbekannter Ursache, beidseitig* und N27.9 *Kleine Niere unbekannter Ursache, nicht näher bezeichnet* hier zu berücksichtigen. Ohne eine begleitende Niereninsuffizienz ist nicht von einem chronischen Krankheitswert auszugehen, oft handelt es sich z. B. um kontrollbedürftige Ultraschallbefunde. Es ist überdies nicht einsichtig, dass der Code für eine kleine Niere einen Zuschlag auslöst, der Code für eine fehlende Niere jedoch keinen Zuschlag auslöst (Z90.5 *Verlust der Niere(n)*).

(H)MG146: Schwangerschaft

Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass dadurch, dass für die DXG579 *Schwangerschaft mit schweren Komplikationen: Nierenkomplikationen / Hochdruck / Eklampsie* das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ gilt, die in der vertragsärztlichen Versorgung relativ häufigen Codes (z. B. O10.0 *Vorher bestehende essentielle Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert*, O12.0 *Schwangerschaftsödeme*, O12.1 *Schwangerschaftsproteinurie*) gänzlich bei der Klassifikation unberücksichtigt wären, wenn sie ausschließlich im ambulanten Bereich verschlüsselt werden. Nach unserer Auffassung sollte das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ entfallen.

Darüber hinaus muss die O24.0 *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, primär insulinabhängig [Typ-1-Diabetes]* auch in die HMG020 führen (vgl. dazu auch die Anmerkung zu (H)MG019).

(H)MG152: Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Hautinfektionen

(H)MG209: Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates

Erneut gibt es Anlass einzuwenden, dass vergleichsweise harmlose Erkrankungen wie die L02.2 *Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf* oder die L04.3 *Akute Lymphadenitis an der unteren Extremität* bei nur einmaligem stationärem Kurzaufenthalt zu einem Zuschlag führen können. Um Fehleinstufungen zu vermeiden, sollte hier entweder ein zwingendes sektorunabhängiges m2Q-Kriterium eingeführt werden und/oder sektorunabhängig das Aufgreifkriterium „Arzneimittel, rez.akut“ ergänzt werden.

Da die DXG184 *Nekrotisierende Faszitis* neu aufgenommen wurde und in die HMG209 führt, könnte überlegt werden, ob die Codes N49.80 *Fournier-Gangrän beim Mann* und N76.80 *Fournier-Gangrän bei der Frau* sinnvoller Weise in die DXG184 und damit in die HMG209 übergeleitet werden sollten. Das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ wäre damit automatisch gesetzt, was bei beiden Erkrankungen sachgerecht ist.

(H)MG157: Wirbelkörperfrakturen (inkl. pathologische)

(H)MG203: Sonstige pathologische Frakturen

Bei diesen HMG sollte beachtet werden, dass eine korrekte Zuweisung nur über eine verpflichtend fünfstellige Kodierung möglich ist, die im hausärztlichen Bereich nicht vorgeschrieben ist. Die vierstelligen Codes (M80.0, M80.1, M80.2, M80.4, M80.5, M80.8 und M80.9) führen in die HMG203, der korrekte Fünfsteller für die Wirbelkörperfrakturen führt in die HMG157.

Da bei den Frakturen die fünfte Stelle -0 *mehrere Lokalisationen* in die HMG203 führt, ergibt sich das Problem, dass pathologische Wirbelsäulenfrakturen gemeinsam mit anderen pathologischen Frakturen in die HMG203 gruppiert werden. Dieses Problem ließe sich unseres Erachtens nur durch eine spezifische Kodierrichtlinie lösen.

Die beiden Codes M84.48 *Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]* und M90.78 *Knochenfraktur bei Neubildungen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]* aus der DXG656 müssten formal in die HMG157 übergeleitet werden.

(H)MG161: Traumatische Amputation vollständige Replantation

Zu fragen wäre, warum für die DXG655: *Traumatische Amputation eines Beins / eines Arms / einer Hand / eines Fußes / eines Zehs* nicht das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ gesetzt ist. Große traumatische Amputationen und traumatische Amputationen mit Replantationen werden regelhaft stationär behandelt. Die S98.1 *Traumatische Amputation einer einzelnen Zehe* könnte dabei mangels Relevanz entfallen.

(H)MG165: Andere iatrogene Komplikationen

Die DXG686 *Andere und nicht näher bezeichnete Komplikationen von Eingriffen und medizinischer Versorgung* enthält ausschließlich endokrine oder Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen. Die Frage ist, warum die DXG689 *Postoperative Infektion* mit der einzigen Diagnose T81.4 *Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert* hier aufgenommen wurde.

(H)MG169: Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1000 g (ELBW) und / oder schwerwiegenden Problemen in der Perinatalperiode

(H)MG170: Andere Probleme des Neugeborenen während der Perinatalperiode

(H)MG171: Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500 g (VLBW) und/oder Asphyxie unter der Geburt

Wiederum ist zu fragen, warum bei den hier gelisteten DXG das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ fehlt. Es handelt sich um akute Erkrankungen des Neugeborenen (per definitionem bis zum 28. Lebenstag), bei denen das m2Q-Kriterium theoretisch nicht erreicht werden kann.

(H)MG174: Transplantation von Lunge, Graft-versus-host-Krankheit

Warum fehlt bei der DXG748 *Graft-versus-host-Krankheit* das Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, chron.“?

(H)MG177: Transplantation sonstiger Organe

Warum fehlt bei der DXG751 *Status nach Transplantation des Knochenmarks und anderer Organe* das Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, chron.“? Gerade bei den sehr unspezifischen Codes wie die Z94.5 *Zustand nach Hauttransplantation*, Z94.6 *Zustand nach Knochen transplantation*, Z94.7 *Zustand nach Keratoplastik* und Z94.9 *Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation*, nicht näher bezeichnet halten wir das Fehlen des Arzneimittelkriteriums für problematisch. Es könnte auch hier sinnvoll sein, sektorunabhängig ein Aufgreifkriterium „Arzneimittel, chronisch“ zu ergänzen.

(H)MG180: Strahlentherapie

(H)MG181: Chemotherapie

Beide HMG werden sinnvoller Weise nur ausgelöst, wenn zeitgleich die HMG004 oder HMG006 bis HMG014 ausgelöst werden. Ist in dieser Liste eventuell die neue (H)MG213 *Myelodysplastische Syndrome* zu ergänzen?

(H)MG202: Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen mit ERT/SRT

Für die DXG826 *Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT* wurde die ATC-Gruppe A16AX (Sonstige Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel) aufgenommen. Hierin sind Wirkstoffe enthalten, die nicht verschreibungspflichtig sind und auch nicht auf der sogenannten OTC-Ausnahmeliste erscheinen (z. B. Alpha-Liponsäure), die also auch nicht zu Lasten der GKV verordnet werden können. Dies ist weder sachgerecht noch statthaft.

(H)MG204: Osteoporose bei Frauen

(H)MG205: Osteoporose bei Männern

Dass bereits eine einmalige Kodierung einer Osteoporose als Nebendiagnose im stationären Bereich zu einem Zuschlag führt, halten wir für angesichts der bei den anderen Erkrankungen zugrunde gelegten Validitätskriterien für nicht gerechtfertigt. Um mögliche Fehleinstufungen zu verringern, sollte entweder ein zwingendes sektorunabhängiges m2Q-Kriterium eingeführt werden oder sektorunabhängig das Aufgreifkriterium „Arzneimittel, chronisch“ ergänzt werden.

(H)MG219: Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation

(H)MG220: Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation

Die ICD L40.0 *Psoriasis vulgaris* führt (mit Medikation) nur in die HMG219 und fehlt in der HMG220. Das ist problematisch, weil Patienten mit *Psoriasis vulgaris* und ohne Medikation aber z. B. mit Balneophototherapie nicht zuschlagsrelevant sind.

Für die Psoriasis wurden die ATC-Gruppen D05BB (Retinoide), D05BX (Andere Antipsoriatika zur systemischen Behandlung) und L04AB (TNF-alpha-Inhibitoren) aufgenommen. Hierzu ist anzumerken:

Nicht alle Wirkstoffe aus der Gruppe L04AB sind für die Behandlung der Psoriasis zugelassen (z. B. Certolizumab pegol [RA]) und nicht alle befinden sich in Deutschland im Handel (z. B. Afelimumab). Diese Einschränkungen bestehen auch in anderen Gruppen und im Abschnitt I wurde darauf hingewiesen, dass die Einbeziehung dieser ATC-Gruppen weder sachgerecht noch statthaft erscheint.

Im Übrigen werden nicht alle relevanten ATC-Gruppen berücksichtigt. So fehlt die Gruppe D05A (Antipsoriatika zu topischen Anwendung) komplett. Außerdem fehlt die Gruppe D05BA (Psoralene zur systemischen Anwendung). Darüber hinaus fehlen Wirkstoffe, die neben anderen Indikationen auch bei der Behandlung der Psoriasis eingesetzt werden (z. B. Methotrexat, Betamethasondipropionat).

(H)MG208: Knochen- und Gelenkerkrankungen mit Infektion

In der DXG182 (*Post*)infektiöse Gelenkerkrankungen finden sich praktisch alle postinfektiösen Gelenkerkrankungen wie die M00.0 *Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken*, die M00.1 *Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken*, die M00.2 *Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken* usw. Es bleibt, wie schon in den Jahren vorher, unklar, warum ausgerechnet einige postinfektiöse Gelenkerkrankungen wie die M01.1-* *tuberkulöse Arthritis* und die M01.2-* *Arthritis bei Lyme-Krankheit* unberücksichtigt bleiben, während die M01.0-* *Arthritis durch Meningokokken* und die M01.4-* *Arthritis bei Röteln* aufgeführt sind. Welche Auswertungen und Überlegungen stehen hinter dieser Zusammenstellung?

(H)MG210: Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung

(H)MG214: Polycythaemia vera / sonstige näher bezeichnete Anämien

Kritisch, weil qualitativ wenig belastbar, könnte in der DXG233 (HMG210) der sehr häufig genutzte aber völlig unspezifische Kode D69.6 *Thrombozytopenie*, nicht näher bezeichnet mit seinen beiden fünfstelligen Unterkodes sein. Nicht auszuschließen ist, dass es sich dabei ggf. um einen Zufallsbefund handeln kann, der regelmäßig kontrolliert wird, und damit sowohl im Krankenhaus als auch im ambulanten Sektor eine Kodierung begründet, deren Berücksichtigung im Klassifikationsmodell jedoch nicht gerechtfertigt erscheint. Um Fehleinstufungen zu verringern sollte abgewogen werden, inwieweit dieser Kode für die Abbildung der relevanten Gerinnungsstörungen bedeutsam ist. Der Kode D64.9 *Anämie, n.n.bez.* wurde aus ähnlichen Gründen aus der DXG235 (HMG214) entfernt.

(H)MG215: Bronchiektasen

Aus medizinischer Sicht erscheint es geboten, für die DXG454 *Bronchiektasen* das Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, rezid.akut“ zu ergänzen.

(H)MG216: Respiratorische Insuffizienz

In der DXG353 *Respiratorische Insuffizienz* finden sich wichtige, wenn auch relativ unspezifische ICD-Kodes (J96.0 *Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert*, J96.1 *Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert*, J96.9 *Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet*). Bisher ist die HMG216 nur unterhalb der HMG111 hierarchisiert und über die HMG112. Es sollte geprüft werden, in wie weit nicht auch Hierarchiebeziehungen zu den HMG 218 und 217 (*Mukoviszidose*), zu den HMG 108-109-110 (*Asthma und COLD*) und zur HMG215 *Bronchiektasen* bestehen. In der jetzt vorliegenden Hierarchie sind mehrfache Zuschläge möglich.

(H)MG217: Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)

(H)MG218: Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)

Bei der Bildung dieser Morbiditätsgruppen wurden die ATC-Gruppen A09AA (Enzymhaltige Zubereitungen), J01DI (andere Cephalosporine), R05CB (Mukolytika) und C03DB (andere Kalium sparende Mittel) neu aufgenommen.

Problematisch ist die ATC-Gruppe C03DB: die Substanz Amilorid ist in Deutschland nicht als Monosubstanz im Handel, darüber hinaus handelt es sich bei der Verordnung im Fall der Mukoviszidose (inhalative Anwendung) um einen Off-Label-Use.

Nicht aufgeführt sind die fettlöslichen Vitamine aus der ATC-Obergruppe A11. Die fettlöslichen Vitamine A, D, K werden bei Pankreasinsuffizienz substituiert, Vitamin E wird bei fast allen Mukoviszidosepatienten substituiert.

Bei den einzelnen Gruppen sind auch immer wieder Wirkstoffe beinhaltet, die bei Mukoviszidose nicht angewendet werden.