

## **Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich**

### **Anpassung des Modells für den Jahresausgleich 2012**

#### **Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer**

Bezug nehmend auf Ihr Schreiben vom 17. Januar 2011, in dem im Rahmen eines Vorschlagsverfahren die Möglichkeit gegeben wird, das bestehende Versichertenklassifikationsmodell zu kommentieren und neue Vorschläge dazu einzubringen, möchten wir uns ausdrücklich bedanken, dass der Vorlauf dieses Jahr deutlich länger war als in den letzten beiden Jahren. Auch wenn der wissenschaftliche Beirat auf Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit einer umfassenden Evaluation des vergangenen Jahresausgleichs Vorrang zu geben hat vor einer Überprüfung der im kommenden Ausgleichsjahr zu berücksichtigenden Krankheiten, besteht begründeter Anlass für die Ansicht, dass sich die Klassifikationssystematik und das Modell in den nächsten Jahren durch das Vorschlagsverfahren weiter verbessern werden, da einige der von den verschiedensten Seiten eingereichten Vorschläge nach der Prüfung durch das BVA übernommen werden konnten. Diesem „open source“ Verfahren der Verbesserung sollte stets ein - wie in diesem Jahr - angemessenes Zeitfenster eingeräumt werden.

Wie in der Aufforderung erbeten, werden wir unsere Hinweise auf die Zuordnung der ICD-Diagnoseschlüssel zu DxGruppen, deren Gruppierung zu den (hierarchisierten) Morbiditätsgruppen, auf die Hierarchisierungsregelungen sowie die Zuordnung von Arzneimitteln beschränken. Da uns nach wie vor nur eine Teilmenge der in den Risikostrukturausgleich einfließenden Daten zur Verfügung steht, wird sich die Begründung der vorgeschlagenen Anpassungen wie immer auf die medizinische Sicht konzentrieren.

Vorab möchten wir jedoch anregen, dass zukünftig als Grundlage für die Stellungnahmen weitere Instrumente vom BVA zur Verfügung gestellt werden sollten:

- Eine Gegenüberstellung „Jahresausgleich 2010“ gegenüber „Jahresausgleich 2011“ im Excelformat würde die Bearbeitung sehr erleichtern.
- Die 349 in die Prüfung eingegangenen Krankheiten wurden nur mit Stand Februar 2010 mit den jeweils dahinter liegenden ICD-Kodes veröffentlicht. Es wäre hilfreich, wenn diese Tabelle immer mit den jeweiligen Änderungen aktualisiert und auch die DXG-Zuordnung und die verabschiedete HMG-Zuordnung enthalten würde.
- Die Nummerierung der Krankheiten sollte über Verweise eindeutig zuzuordnen sein. Der Wechsel der Nummern in den verschiedenen Übersichten erschwert die Transparenz erheblich.

**I. Grundsätzliche Anmerkungen zu den Prinzipien der Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs für das Ausgleichsjahr 2012**

1. Bereits im August 2010 hatten wir darauf aufmerksam gemacht, dass es problematisch sein kann, jede Krankenhausdiagnose als gesicherte Grundlage für eine Zuweisung zu nehmen: Bis auf einige spezifische Ausnahmen (z. B. HMG001 oder HMG219, bei denen die SA500 ausgeschlossen ist) führen stationäre Diagnosen (sowohl Haupt- als auch Nebendiagnosen) immer in eine HMG. Diese Gewissheit kann bei einigen Diagnosen Fehlanreize auslösen, 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 in diesem Zusammenhang wichtigen Risikogruppen sind nach unserer Auffassung die HMG053, HMG091, HMG152, HMG204-205.
2. Ebenfalls im August 2010 hatten wir unsere Kritik an der Tatsache geäußert, dass Versicherte überhaupt keiner HMG zugeordnet werden, sofern diese Versicherten im dem Berichtsjahr vorangehenden Jahr mindestens 183 Tage Kostenerstattung gewählt haben. Stattdessen werden sie der Kostenerstattergruppe (KEG) zugeordnet. Das BVA sollte diese Versichertengruppe zumindest bezüglich des Alters der Versicherten, ihrer tatsächlichen Kosten und ihrer Verteilung auf die verschiedenen Kassen und Kassenarten besonders beobachten und darüber berichten.

## **II. Spezielle Anmerkungen zur Krankheitsabgrenzung der Gesamtliste „Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011“**

### **Krankheiten 26-41 „Malignome“**

Bei der Einteilung der Malignome in insgesamt 16 Krankheiten fällt auf, dass die Gruppen in ihrer medizinischen Zusammensetzung sehr unterschiedlich sind. Auf der einen Seite finden sich Gruppen für ganz spezifische Malignome, zum Beispiel eine Gruppe mit den Melanomen und eine Gruppe für die Malignome der Brustdrüse. Auf der anderen Seite finden sich sehr grobe Zusammenfassungen, zum Beispiel eine Krankheit mit den Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des zentralen Nervensystems inklusive Hypo- und Epiphyse oder auch die Krankheit mit den Neubildungen der Niere, der Harnwege und der Nebenniere. Boxplots zu den verschiedenen Krankheiten wären hier interessant zur Beurteilung der Kostenhomogenität.

Die Zusammenstellung führt dazu, dass erwartungsgemäß bestimmte Krankheiten nicht die Aufgreifkriterien erfüllen und so für 2011 zum Beispiel die Krankheit mit den bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane nicht mehr in die 80 mRSA-Krankheiten aufgenommen werden konnte. Wenn das BVA plant, zukünftig die Zusatzinformationen über die Chemotherapie- und Strahlentherapiekodes systematisch einzubeziehen, müssten aber möglichst alle Malignome in den mRSA aufgenommen werden. Denn nur dann könnte man tatsächlich trennen zwischen Malignomen mit und ohne aufwändige Therapie. Gerade bei den Melanomen und bei den gynäkologischen Tumoren gibt es durch die aktuellen Therapieschemata extrem teure Versicherte, deren Nichtberücksichtigung im mRSA nicht gerechtfertigt erscheint. Umgangen könnte dies werden, indem die Malignome insgesamt in deutlich weniger als 16 Krankheiten aufgeteilt würden. Erst im zweiten Schritt würde dann über verschiedene Zusatzinformationen eine aufwandsgerechte HMG-Einteilung erfolgen.

Darüber hinaus sollte die Krankheit 41 „Carcinoma in situ“ aufgelöst und auf die Malignome verteilt werden. Grund ist, dass die Carcinomata in situ in der Regel identisch wie Malignome behandelt werden. Das Carcinoma in situ der Blase (D09.0) müsste zum Beispiel in die Krankheit 35 verschoben werden, da es nach Standard identisch behandelt wird wie die malignen Blasentumore, die mit C67.- kodiert werden und in die Krankheit 35 fallen. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne die dieser Beurteilung zu Grunde liegenden Quellen<sup>1</sup> und weiteres Material zu.

### **Krankheit 42-46 „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.

---

<sup>1</sup> Bladder Cancer, Kaufmann et al., Lancet 2009; 374: 239–49; Outcome of radical cystectomy for bladder cancer according to the disease type at presentation, Yiou et al., BJU International (2002), 89, 374-378; The management of BCG failure in non-muscle-invasive bladder cancer: an update, Zlotta et al., Can Urol Assoc J 2009;3 (Suppl4):S199-205;

## **Krankheit 58 „Adipositas und sonstige Überernährung“**

Bereits im März 2010 hatten wir vorgeschlagen zu prüfen, ob die unspezifischen Adipositas-Kodes (z.B. Adipositas mit niedrigem BMI, lokalisierte Adipositas) in der Krankheitsabgrenzung belassen werden sollten. Die ICD-10-GM sieht seit 2009 eine differenzierte Kodierung der Adipositas nach Body Mass Index (BMI) vor. Die Krankheitsabgrenzung sollte evt. 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 72 „Erkrankungen des Pankreas“**

Alle Pankreatitiden (B25.2 *Pankreatitis durch Zytomegalieviren*, B26.3 *Mumps-Pankreatitis*; K85.- *akute Pankreatitis*, K86.0 *alkoholinduzierte chronische Pankreatitis*, K86.1 *sonstige chronische Pankreatitis*) sollten in die KH 72 „Erkrankungen des Pankreas“ verlagert werden. Obwohl die KH 72 sämtliche Aufgreifkriterien für den mRSA erfüllt (zumindest nach der Liste „Berechnungsergebnisse Stand 25.02.2011“), findet sich keine entsprechende HMG.

## **Krankheit 91 „Infektiöse Arthropathie“**

Die M01.1-\* *tuberkulöse Arthritis* und die M02.1- *postenteritische Arthritiden* sollten über die DXG182 in die Krankheit 91 aufgenommen werden. Die M01.2-\* *Arthritis bei Lyme-Krankheit* findet sich in dieser Krankheit<sup>2</sup>, ist dann aber letztendlich nicht bei der HMG208 gelistet. Kann es sich dabei um ein Versehen handeln?

## **Krankheit 124 „Agranulocytose und Neutropenie“**

In dieser Krankheit finden sich die aufwändigen Erkrankungen D70.0 *Angeborene Agranulozytose und Neutropenie* und die D70.1- *Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie* neben den im Gegensatz dazu sehr häufigen und eher unspezifischen Kodes D70.3 *Sonstige Agranulozytose* bis D70.7 *Neutropenie, nicht näher bezeichnet*. Es sollte überlegt werden, ob eventuell die D70.0 *Angeborene Agranulozytose und Neutropenie* und die D70.1- *Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie* in die Krankheit 122 „aplastische und sideroplastische Anämie“ verlegt werden könnten. Die KH 122 müsste dann allerdings umbenannt werden.

## **Krankheit 131 „Delir und Enzephalopathie“**

Unter welchen medizinischen Gesichtspunkten welche Enzephalopathien in diese oder andere Krankheiten aufgenommen wurden und welche nicht, lässt sich nur schwer nachvollziehen. Wir hatten im März 2010 empfohlen, eine Krankheit „Enzephalopathien“ aus allen Enzephalopathiekodes der ICD zusammenzustellen und die Berechnungsschritte erneut durchzuführen.

---

<sup>2</sup> 04\_Anhang\_4\_Gegenueberstellung\_Krankheitsabgrenzung\_JA2010\_JA2011\_Stand\_01.03.2010

### **Krankheit 147 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“**

### **Krankheit 156 „Aufmerksamkeitsstörungen“**

Wie schon 2010 angeregt, muss in Frage gestellt werden, ob der unspezifische Kode F90.9 *Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet* dieser Krankheit medizinisch sinnvoll zugeordnet ist. Antwort darauf könnte eine Detailanalyse geben, wie viele der Patienten, die mit diesem Kode verschlüsselt werden, eine spezifische Therapie (also Psychotherapie und/oder z.B. Ritalin) erhalten. Inwiefern die spezifischen hyperkinetischen Störungen nicht besser in die Krankheit 147 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ passen, sollte geprüft werden.

Auch für den Kode F64.0 *Transsexualismus* sollte geprüft werden, ob er in die Krankheit 147 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ bzw. in die DXG268: *Persönlichkeitsstörungen und dissoziative Störungen* passt. Es handelt sich um eine nicht weit verbreitete, aber häufig sehr kostenintensive Erkrankung, bei der vermutlich keinerlei Manipulationsanreize zu befürchten sind.

### **Krankheit 227 „Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der Netzhaut“**

In der Krankheit „Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der Netzhaut“ finden sich sehr unspezifische Codes wie zum Beispiel die H35.9 *Affektionen der Netzhaut, nicht näher bezeichnet*. Die wichtige H35.3 *Degeneration der Makula und des hinteren Poles* wurde zwar in die Krankheit 227 verlegt, findet sich dann aber überraschenderweise nicht in einer der HMG's wieder. Die sehr aufwändige feuchte Makuladegeneration wird daher nicht berücksichtigt, ein Kode wie H35.6 *Netzhautblutung*, der auch blande Befunde enthält, wird jedoch berücksichtigt. Es ist dringend erforderlich, die Abgrenzung der ophtalmologischen Krankheiten mit Experten zu überarbeiten. Alle Codes der Krankheit 227 sollten in eine der HMG 222-223-224 führen.

### **Krankheit 328 „Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011“**

Wie im März 2010 empfehlen wir erneut eine Überarbeitung der Zusammenstellung der Codes für die Krankheit „Unerwünschte Wirkungen von Medikamenten“, denn hier sind chronische Probleme und kurzfristige akute Probleme in einer Krankheit kombiniert.

### **Zusatzinfo 349 „Strahlentherapie/Chemotherapie bei bösartigen Neubildungen“**

Trotz der von allen Beteiligten aufgezeigten Probleme bei der Kodierung halten wir die Einführung einer solchen „Beobachtungsgruppe“ mit den Codes Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung*, Z51.1 *Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung* und Z51.82 *Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung* für sinnvoll. Zwar handelt es sich erstmals um eine „Leistungsgruppe“ statt einer Krankheitsgruppe, die eine Novität in der bisherigen Systematik darstellt. Es handelt sich aber zweifellos um eine wichtige Zusatzinformation, die beobachtet werden sollte.

Die Codes Z51.0, Z51.1 und Z51.82 werden allerdings derzeit nicht einheitlich genutzt, im vertragsärztlichen Bereich sind sie weitestgehend unbekannt und im Krankenhaus werden sie überhaupt nicht kodiert (bis 2005 in den Deutschen Kodierrichtlinien sogar expressis verbis ausgeschlossen (DKR0211)). Hinzu kommt, dass zwar die Z51.1 *Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung* heißt, die Z51.0 aber nur *Strahlentherapiesitzung*, ohne dass die Einschränkung auf bösartige Neubildungen getroffen wird. Voraussetzung für

eine Nutzung dieser Zusatzinformation für den Risikostrukturausgleich wäre eine einheitliche und verbindliche Regelung sowohl für Krankenhäuser in den DKR als auch für den ambulanten Bereich in den AKR.

## II. Spezielle Anmerkungen zu den Morbiditätsgruppen

### **(H)MG012: andere schwerwiegende bösartige Neubildungen**

### **(H)MG013: sonstige ernste bösartige Neubildungen**

### **(H)MG014: andere Neubildungen**

Die Trennung in Mammacarcinome bis 44 Jahre (HMG012) und über 44 Jahre (HMG013) ist sehr sinnvoll. Beachtet werden sollte, dass die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) ab 2011 regeln, dass das Mamma-Carcinom unter Hormonblockade (Tamoxifen oder Aromatasehemmer) mit dem Zusatzkennzeichen ‚G‘ kodiert wird. Dies wurde vor 2011 unterschiedlich gehandhabt. Es ist also möglich, dass die Prävalenz des Mammacarcinoms 2011 ansteigen könnte. Dies wäre auf einen AKR-regelrechten Kodiereffekt zurückzuführen.

Da in der HMG013 die C67.- *Blasencarcinom* liegt, sollte der Kode D09.0 *Carcinoma in situ der Blase* ergänzt werden, da die Carcinomata in situ der Blase wie Blasenmalignome behandelt werden müssen. An dieser Stelle möchten wir auch auf unsere eingangs dargestellten Anmerkungen zu den Krankheiten 26-41 „Malignome“ verweisen.

### **(H)MG038: Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen**

Im August 2010 hatten wir vorgeschlagen, zu den bisher schon gerechneten Neuauftellungen zur Untersuchung auf präzisere Kostenschätzer eventuell folgende Aufgliederung der HMG038 für einen späteren Festlegungsentwurf zu untersuchen:

- 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)

Für die DXG 187 *systemischer Lupus erythematoses/Riesenzellarteriitis/andere Erkrankungen des Bindegewebes* sollte eine Medikamentenvalidierung geprüft werden.

### **(H)MG046: sonstige Gerinnungsstörungen**

Problematisch erscheint, dass durch Wegfall der HMG045 „Agranulocytose und andere Störungen des Immunsystems“ die Codes D70.- unter *Agranulocytose und Neutropenie* entfallen sind. Zumindest die D70.0 *Angeborene Agranulozytose und Neutropenie* und die D70.1- *Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie* sollten berücksichtigt werden. Eventuell könnten diese beiden Codes in die HMG211 „aplastische Anämie“ führen.

### **(H)MG049: sonstige Demenzerkrankungen**

Die Frage ist, ob die Codes F06.5 *organische dissoziative Störungen*, F06.6 *Organische emotional labile [asthenische] Störung*, F06.8 *Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit* und F06.9 *Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit* hier richtig zugeordnet sind.

### **(H)MG053: schädlicher Gebrauch von Alkohol und Drogen ohne Abhängigkeit**

Problematisch ist (wie eingangs beschrieben) die Regel, dass auch ein einmalig im Krankenhaus erfasster Kode beim akuten Rausch zu einer Zuweisung dieser Risikoklasse führt. Eventuell kann darüber diskutiert werden, ob die Codes „akuter Rausch“ (vierte Stelle .0) tatsächlich in die Krankheit „schwerwiegender Alkohol- oder Drogenmissbrauch“ führen sollen.

Außerdem entfielen die Codes unter F55.- *schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen*. Damit entfällt auch der Kode F55.0 *schädlicher Gebrauch von Antidepressiva*. Über diesen Aspekt sollte noch einmal beraten werden bzw. die Leistungsausgaben der Patienten mit F55.0 sollten untersucht werden.

### **(H)MG057: Angststörungen und depressive Episoden**

#### **(H)MG058: Depression, posttraumatische Belastungsstörungen, Verhaltensstörungen**

Das BVA hatte angekündigt, dass in einer späteren Analyse unser Vorschlag geprüft werden sollte, 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. Wichtig ist die Aufnahme des Codes Z73 *Burn Out*. Auch wenn die ICD-10-GM hier leider nicht trennscharf ist, bleibt die Z73 der spezifische Kode für das leistungsaufwändige *Burn Out*.

Wie eingangs beschrieben, sollten die Codes F90.0 *Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung* und F90.1 *Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens* in die KH39 und die DXG285 aufgenommen werden. Die beiden Codes würden dann folgerichtig in die HMG058 führen.

### **(H)MG072: Multiple Sklerose**

In Anbetracht der unterschiedlichen Leistungsausgaben sollte überlegt werden, ob auch bei der HMG072 eine Differenzierung zwischen MS-Patienten mit und ohne Medikation (ATC-Auswahl nach Leitlinie) sinnvoll sein könnte.

### **(H)MG079: Herzstillstand/Schock**

Es sollte geprüft werden, ob die Codes R57.0 *kardiogener Schock* und R09.0 *Asphyxie* ebenfalls in diese HMG aufgenommen werden sollten.

### **(H)MG080: Herzinsuffizienz**

Die Codes aus I41.-\* *Myokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* sind hier entfallen. Das ist ein Widerspruch, da die I51.4 *Myokarditis n.n.bez.* weiterhin in der HMG080 gelistet ist. Die Codes aus I41.-\* sollten weiter in der KH 50 und der DXG357 belassen werden. Diese würden dann wie zuvor in die HMG080 führen.



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

Bei dieser HMG ist - wie zuletzt im August 2010 - darauf aufmerksam zu machen, dass im vertragsärztlichen Bereich bis zur Einführung der AKR prinzipiell zwei Kodiermöglichkeiten zulässig sind. Durch die verpflichtend mit anzugebenden Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit wird bislang 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. 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. Dies hatte das BVA abgelehnt mit der Begründung, dass nur behandlungsrelevante Diagnosen erfasst werden sollen, was jedoch auch für diese mit ‚Z‘ kodierten Diagnosen gilt. Die Problematik entsteht nur durch die Tatsache, dass ausschließlich in Deutschland für den kodierenden Arzt beide Möglichkeiten der Kodierung bestehen. Der Patient als solcher ist in beiden „Kodierungen“ gleich krank.

### **(H)MG099: Nicht näher bezeichnete Erkrankungen peripherer Gefäße**

### **(H)MG104: Atherosklerose mit Ulkus oder Gangrän**

### **(H)MG105: Lungenembolie/periphere Gefäßkrankheit**

### **(H)MG106: Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonst bezeichneten Krankheiten der Arterien und Arteriolen**

Nach wie vor erscheint die vorgenommene Abgrenzung problematisch. Wir würden dafür plädieren, die verschiedenen peripheren Gefäßkrankheiten streng nach Leistungsausgaben in verschiedene HMG zu trennen und die Lungenembolien einer eigenen HMG zuzuweisen.

Der neuaufgenommene Code I73.8 *sonstige näher bezeichnete Gefäßkrankheit* (z.B. Akrocyanose) sollte mangels Krankheitsrelevanz entfallen.

Problematisch beurteilen wir das Entfallen der Codes aus I72.- periphere Aneurysmata, die über die DXG437 weiter in die HMG106 hätten führen können.

### **(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*. Wie im August 2010 machen wir erneut 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 AKR ändern. Auch hier könnte überlegt werden, ob für einen Übergangszeitraum die Codes I60-I64 mit dem Diagnosekennzeichen ‚Z‘ in die Klassifikation des Risikostrukturausgleichs einfließen könnten. Dies hatte das BVA abgelehnt mit der Begründung, dass nur behandlungsrelevante Diagnosen erfasst werden sollen, jedoch gilt dies auch für die mit ‚Z‘ kodierten Diagnosen. Die Problematik entsteht nur durch die Tatsache, dass ausschließlich in Deutschland für den kodierenden Arzt beide Möglichkeiten der Kodierung bestehen. Der Patient als solcher ist in beiden „Kodierungen“ gleich krank.

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

Erneut halten wir es für geboten, darauf hinzuweisen, dass es für den ICD-Code J46 *Status asthmaticus* keine einheitliche medizinische Definition gibt. Erschwerend kommt hinzu, dass im Thesaurus des DIMDI der Code J46 generell für das schwere akute Asthma genannt wird (siehe ICD alphabetisches Verzeichnis). Es ist demnach nicht von einer einheitlichen Kodierpraxis auszugehen. Das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ verhindert eine Berücksichtigung der ambulanten Diagnosen selbst bei Erfüllung des m2Q-Kriteriums. Patienten, die völlig sachgerecht mit „Asthma, schwer akut“ über die J46 kodiert werden und nur im ambulanten Bereich behandelt werden, erhalten also keinen Risikozuschlag. Eine mögliche Lösung wäre, wenn der Code J46 gleichzeitig über eine zweite DXG mit Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, chronisch“ in die HMG109 führen würde. Das BVA hatte 2010 eine Diskussion zu diesem Thema in Aussicht gestellt.

### **(H)MG131: Nierenversagen**

Auch bezüglich der folgenden Zuordnung ist unseres Erachtens die Wiederholung der Auffassung angebracht (wie im März und August 2010 in unserer Stellungnahme zur Krankheitsfestlegung festgestellt), dass es nicht sachgerecht erscheint, die ICD-Kodes N18.80 *einseitige Niereninsuffizienz* und N18.81 *chronische Niereninsuffizienz Stadium I* in diese HMG aufzunehmen. Die chronische Niereninsuffizienz im Stadium I beschreibt eine nicht eingeschränkte GFR bei z.B. isolierter Albuminurie oder Proteinurie.

### **(H)MG136: Nierenfunktionsstörung**

Ebenfalls wiederholen möchten wir die Feststellung (vgl. unsere Stellungnahme zur Krankheitsfestlegung vom März bzw. August 2010), dass es nicht sachgerecht erscheint, den ICD-Code N27.0 *Kleine Niere unbekannter Ursache, einseitig*, 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 nicht (Z90.5 *Verlust der Niere(n)*).

### **(H)MG146: Schwangerschaft**

Aufgefallen ist, dass bestimmte Codes vollständig entfallen sind: O32.0 *Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Feten*, O33.- *Betreuung der Mutter bei festgestelltem oder vermutetem Missverhältnis zwischen Fetus und Becken*, O60.- *Vorzeitige Wehen und Entbindung*, O61.- *Misslungene Geburtseinleitung*, O88.- *Embolie während der Gestationsperiode*, O94.- *Folgen von Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*, O98.- *Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*, O99.- *Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*. Auch wenn häufig davon auszugehen ist, dass bei diesen Erkrankungen weitere Schwangerschaftskodes angegeben sind, ist uns nicht verständlich, warum diese Codes aktuell nicht mehr berücksichtigt werden.

#### **(H)MG149: Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)**

Hier sollten die Codes I83.0 *Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration* und I83.2 *Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung* ergänzt werden.

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

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

Nach wie vor halten wir es nicht für sachgerecht, dass die Codes aus L02.- *Hautabszess, Furunkel und Karbunkel* in die HMG152 führen. Gleichzeitig führen aber keinerlei Dekubitalulzera in Risikoklassen, dies ist nicht sachgerecht. Zumindest die L89.4- *Dekubitus IV. Grades* müsste in die HMG152 führen (DXG618 und KH73). Es handelt sich immer um aufwändige, chronische Erkrankungen mit einem hohen Behandlungsbedarf, der zwar mit einer hohen Komorbidität vergesellschaftet ist, aber durch keine anderen Erkrankungen erklärt wird.

#### **(H)MG161: Traumatische Amputation vollständige Replantation**

Die S98.1 *Traumatische Amputation einer einzelnen Zehe* könnte mangels Relevanz entfallen.

#### **(H)MG164: schwerwiegende Komplikationen**

Problematisch erscheint hier die Zuordnung von relativ vielen unspezifischen Codes. Die Codes N99.1 *Harnröhrenstriktur nach med. Maßnahmen*, N99.2 *Postoperative Adhäsionen der Vagina*, N99.3 *Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie*, N99.4 *Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Maßnahmen*, N99.8 *Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen Inkl.: Residual ovary syndrome*, N99.9 *Krankheit des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet* sind relativ häufige Codes, deren Aufwand nicht zu vergleichen sein dürfte mit Erkrankungen wie der N99.0 *Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen*. Auch wenn diese Codes nur im Falle eines stationären Aufenthaltes zuschlagsberechtigt sind, dürften Fälle mit niedrigen Kosten im Folgejahr relativ häufig sein (z.B. Folgejahr nach laparoskopischer Adhäsiolektomie, nach kleineren Harnröhreneingriffen, usw.). Eine Analyse dieser Patienten wäre wichtig.

Außerdem fehlt hier der Code K22.3 *Perforation des Ösophagus*, die in der Regel (bis auf das Boerhaave-Syndrom) iatrogen erfolgt.

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

#### **(H)MG177: Transplantation sonstiger Organe**

Im August 2010 wurde angemerkt, dass es nicht plausibel erscheint, warum bei der DXG748 *Graft-versus-host-Krankheit* und bei der DXG751 *Status nach Transplantation des Knochenmarks und anderer Organe* das Aufgreifkriterium „ambulante Arzneimittel, chron.“ fehlt. Gerade bei den sehr unspezifischen Codes wie der Z94.5 *Zustand nach Hauttransplantation*, Z94.6 *Zustand nach Knochentransplantation*, Z94.7 *Zustand nach Keratoplastik* und Z94.9 *Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation, nicht näher bezeichnet* halten wir das Fehlen des Arzneimittelkriteriums für nicht vertretbar.

### **(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 weiterhin unklar, warum ausgerechnet einige postinfektiöse Gelenkerkrankungen wie die M01.1-\* *tuberkulöse Arthritis* und die M01.2-\* *Arthritis bei Lyme-Krankheit* unberücksichtigt bleiben. Wie auch eingangs unter KH91 beschrieben, könnte dies bei der Lyme arthritis ein Versehen sein, da diese in der KH-Auswahl von März 2010 in der KH91 gelistet ist. Die M01.1-\* und auch die M02.1- *postenteritische Arthritiden* sollten ebenfalls über die DXG182 in die KH91 und die HMG208 übergeleitet werden.

### **(H)MG210 Purpura / Thrombozytenfunktionsstörung /Blutungsneigung**

Das BVA wollte ggf. die pathologische Wertigkeit des ICD-Kodes D69.6 *Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet*, der bislang über die DxG233 in die HMG210 gruppiert werden soll, überprüfen.

### **(H)MG211: Aplastische Anämie**

Unserer Meinung nach sollten die D70.0 *Angeborene Agranulozytose und Neutropenie* und die D70.1- *Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie* auf Grund des entstehenden Aufwandes in die HMG211 übergeleitet werden. Diese müsste dann umbenannt werden in „Aplastische Anämien und Agranulocytosen“.

### **(H)MG215: Bronchiektasen**

Eventuell müsste hier der Kode Q33.4 *angeborene Bronchiektasen* ergänzt werden.

Außerdem hatte das BVA in Aussicht gestellt, den Vorschlag zu prüfen, hier evt. eine spezifische Arzneimitteltherapie einzuführen.

### **(H)MG216: Respiratorische Insuffizienz**

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

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

Das BVA wollte zu einem späteren Zeitpunkt die sehr komplexe Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ erneut überprüfen.

Insgesamt erscheint es perspektivisch geboten, das Kodierverhalten bezüglich der Diagnosen J96.- zu überwachen.

**(H)MG222: Netzhautblutung und andere schwere Netzhauterkrankungen**

**(H)MG223: diabetische Retinopathie**

**(H)MG224: andere vaskuläre Retinopathien und Netzhauterkrankungen**

In der Krankheit 227 „Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut“ finden sich sehr unspezifische Kodes wie zum Beispiel die H35.9 *Affektionen der Netzhaut, nicht näher bezeichnet*. Weder die H35.9 noch der wesentlich wichtigere Kode H35.3 *Degeneration der Makula und des hinteren Poles* finden sich dann aber in einer der HMG's wieder. Die sehr aufwändige feuchte Makuladegeneration wird daher nicht berücksichtigt (denn unabhängig von der Zulassung von Lucentis gab es auch vor 2011 bundesweit verschiedene Sonderverträge zur intravitrealen Injektion). Ein Kode wie H35.6 *Netzhautblutung*, der auch blande Befunde enthält, wird jedoch berücksichtigt. Wie eingangs schon unter der Krankheit 227 erläutert, ist es dringend erforderlich, die Abgrenzung der ophtalmologischen Krankheiten mit Experten zu überarbeiten.