

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt

Ergänzende Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer

Zu Abschnitt II Änderungen der Aufgreifkriterien

Zu 2: Modellvergleich zur Anpassung der Aufgreifkriterien

Die Entscheidung, das Aufgreifkriterium Arzneimittel an eine quartalsgleiche Diagnosekodierung zu koppeln, erscheint sehr sinnvoll (Modell 2). Wichtig ist, sich dabei auf das Verordnungsdatum und nicht auf das Einlösedatum zu beziehen. Auch die Entscheidung, bei Erreichen der erforderlichen Verordnungsmenge nicht mehr zwingend das M2Q-Kriterium zu fordern, ist plausibel (Modell 4). Beide Anforderungen zu kombinieren, wie derzeit geplant, wirft die Frage auf, ob nicht durch die zwingende quartalsbezogene Verknüpfung von Verordnung mit Kodierung das M2Q-Kriterium bei den chronischen Erkrankungen (= DDD 183) in jedem Fall erfüllt wird. Bei den Akuterkrankungen (= DDD 10) ist es sicher sachgerecht, wenn hier durch die Behandlung schon in einem Quartal die Risikogruppe ausgelöst werden kann.

Zu 3: Bereinigte Behandlungstage mit Arzneimittelverordnung

Die Entscheidung, entsprechend dem Verordnungsdatum bereinigte verordnungsspezifische Behandlungstage zu bewerten, erscheint zunächst sinnvoll. Problematisch kann dabei werden, dass gerade bei Chronikern mit gewissen Überschneidungen der Rezeptierung gerechnet werden muss. Die Ausstellung eines Folge Rezeptes erfolgt relativ häufig aus organisatorischen Gründen vor dem endgültigen Verbrauch der vorhergehenden Verordnung, um eine kontinuierliche Einnahme zu gewährleisten. Dies ist besonders problematisch bei Heimpatienten, Hausbesuchspatienten und älteren Alleinstehenden, bei denen auch längere Überschneidungen möglich sind. Auch in Urlaubszeiten kommt es wegen vergessener Medikamente immer wieder zu Überschneidungen, so dass auch hier Verordnungen durch die bereinigten Behandlungstage der DDD-Berechnung entgehen können. Darüber hinaus ist es für manche Patienten wichtig, die Praxisgebühr in möglichst wenig Quartalen zahlen zu müssen, was unter Umständen eine Bevorratung voraussetzt. Insgesamt kann es also doch relativ häufig zu einer nicht gerechtfertigten Unterschreitung der DDD im Bezug auf die ‚gemessenen‘ bereinigten Behandlungstage kommen. Da die Änderung dieses Aufgreifkriteriums auch zu einer geringfügigen Absenkung des R²-Wertes führt, könnte dieser Punkt noch einmal im Beirat diskutiert werden.

Zu 4 und 5: Änderungen bei der Berücksichtigung von spezifischen ICD-Kodes im Klassifikationsmodell und Änderungen bei der Zuordnung von ICD zu DxGruppen

Wir verweisen hierzu auf unser Schreiben vom 14.08.2009.

Zu 7: Änderungen des Kriteriums „Arzneimitteltherapie erforderlich“

ATC-Stufe 4 ist maßgeblich zur Definition, welche Arzneimittelgruppen und damit auch Wirkstoffe zu berücksichtigen sind – oder auch nicht. Hieraus resultiert, dass Wirkstoffe enthalten sind, die in Deutschland nicht im Handel sind oder für die auch keine DDD-Festsetzung vorgenommen wurde.

Das Verfahren der Auswahl, welche ATC-Codes der Stufe 4 zusätzlich aufgenommen oder aber auch gestrichen werden, erscheint inkonsistent:

- Teilweise wird sehr großzügig verfahren. Beispielsweise bei den DxGruppen 197 und 198, bei denen Untergruppen von M02A (Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen) aufgenommen wurden. Diese sind überwiegend nicht verschreibungspflichtig und damit für Jugendliche ohne Entwicklungsstörungen und Erwachsene nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Die verschreibungspflichtigen Arzneimittel nach Nummer 40 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (Rheumamittel – Analgetika/ Antiphlogistika/ Antirheumatika – zur externen Anwendung) sind generell von der Verordnung ausgeschlossen.
- Daneben findet man auch sehr restriktive Vorgehensweisen, beispielsweise bei den vorgenommenen Streichungen bei der DxGruppe 541.
- Oft wird auf die Arzneimittel-Richtlinie hingewiesen (DxGruppen 536, 537, 538 und 539), andererseits werden aber Verordnungsaußschlüsse (Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie) nicht berücksichtigt (z.B. DxGruppen 197 und 198).

Diese unterschiedlichen Vorgehensweisen können evtl. zu Irritationen führen.

Im Sinne der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der vorliegenden Vorschläge zur zusätzlichen Berücksichtigung oder auch Streichung von ATC-Codes der Stufe 4 wären aussagekräftige Begründungen sehr hilfreich. Einzelne Entscheidungen (s. unten) lassen sich mit den enthaltenen Kurzhinweisen – auch unter Berücksichtigung der dann noch enthaltenen oder neu aufgenommenen ATC-Codes – nicht nachvollziehen.

Zu den DxGruppen:

- **DxGruppen 197 und 198**
Die Neuaufnahmen aus der Gruppe M02A sind insbesondere aus den o. g. Gründen nicht nachvollziehbar. Die Herausnahme der homöopathischen/anthroposophischen sowie pflanzlichen Analgetika und Antipyretika ist nachvollziehbar. Die Gruppe M09AP enthält u. a. Teufelskrallenwurzel, Brennesselblätter, Weidenrinden. Auch hier wird es sich überwiegend um nicht verschreibungspflichtige Präparate handeln, die bei Erwachsenen und Jugendlichen ohne Entwicklungsstörungen nicht verordnungsfähig sind.

- **DxGruppe 239**
Streichung ATC-Code N03AG: Es gibt Valproinsäurepräparate (z.B. Ergenyl chrono, Ergenyl Chronosphere, Orfiril), die zur Behandlung von akuten Manien und zur Prophylaxe bipolarer Störungen zugelassen sind. Die komplette Streichung sollte daher überprüft werden.
- **DxGruppen 262 und 263**
Streichung ATC-Code N03AG: Es gibt Valproinsäurepräparate (z.B. Ergenyl chrono, Ergenyl Chronosphere, Orfiril), die zur Behandlung von akuten Manien und zur Prophylaxe bipolarer Störungen zugelassen sind. Die komplette Streichung sollte daher überprüft werden.
- **Streichung ATC-Code N05AL:** z.B. Amisulpridpräparate (Amisulprid TAD, -Stada, -Sandoz etc.) sind zugelassen zur Behandlung von akuten und chronischen schizophrenen Zuständen: produktive Zustände mit Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Denkstörungen etc. Die komplette Streichung sollte daher überprüft werden.
- **DxGruppe 335**
Nicht nachvollziehbar ist die Aufnahme der ATC-Codes A04AA (Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit) und N02CC (Triptane)
- **DxGruppe 354:**
Es wurden Arzneimittel aufgenommen, die nicht den Kriterien einer wirtschaftlichen Verordnungsweise genügen (z. B. C01AP). Zusätzlich entsprechen einige AM nicht einer leitliniengerechten Therapie (z. B. C02KP u. ä.).
- **DxGruppe 356** (Erkr. Lungengefäße, exkl. Lungenembolie; ICD 10: I27, I28):
Die Streichungen von ACE-Hemmern, AT1-Blockern und Renin-Inhibitoren, nicht aber von u. a. β -Blockern, pflanzlichen Diuretika u. m. in dieser Kombination ist nicht nachzuvollziehen,
- **DxGruppen 357 und 358:**
Es wurden Arzneimittel aufgenommen, die nicht den Kriterien einer wirtschaftlichen Verordnungsweise genügen (z. B. C01AP). Zusätzlich entsprechen einige AM nicht einer leitliniengerechten Therapie (z. B. C01AP).
- **DxGruppen 363, 364 und 365:**
Es wurden Arzneimittel aufgenommen, die nicht den Kriterien einer wirtschaftlichen Verordnungsweise genügen (z. B. C10BE). Zusätzlich entsprechen einige AM nicht einer leitliniengerechten Therapie (z. B. C10BE).
- **DxGruppen 382, 383, 385, 387, 388, und 389:**
Es wurden Arzneimittel aufgenommen, die nicht den Kriterien einer wirtschaftlichen Verordnungsweise genügen (z. B. C02AP, C02LA), Zusätzlich entsprechen einige AM nicht einer leitliniengerechten Therapie (z. B. C02LA).
- **DxGruppen 536, 537, 538 und 539:**
Es wurden Arzneimittel aufgenommen, die nicht den Kriterien einer wirtschaftlichen Verordnungsweise genügen (z. B. C02LA) und zusätzlich nicht einer leitliniengerechten Therapie entsprechen.
- **DxGruppen 541 (d), (f), 542:**
Die Unterschiede der aufgenommenen ATC-Codes zwischen den DxGruppen 541 und 542 sind nicht nachvollziehbar, z. B. das Fehlen von C09AA u. folgende in der DxGruppe 542.
In beiden Gruppen wurden auch hier Arzneimittel aufgenommen, die nicht den Kriterien einer wirtschaftlichen Verordnungsweise genügen (z. B. C03XH, C03XP) und zusätzlich nicht einer leitliniengerechten Therapie entsprechen.
- **DxGruppe 618:**
Es wurden Arzneimittel aufgenommen, die nicht den Kriterien einer wirtschaftlichen Verordnungsweise genügen (z. B. D06BA) und zusätzlich nicht einer leitliniengerechten Therapie entsprechen.

Zu Abschnitt III Änderungen des Klassifikationsmodells

Ein Punkt zum Thema dialysepflichtige Niereninsuffizienz sollte eventuell noch einmal diskutiert werden: ab dem IV Quartal 2008 ist die Kodierung der Patienten mit dialysepflichtigen Niereninsuffizienz wesentlich genauer am ICD-10 orientiert als in den Quartalen zuvor. Trotzdem gibt es immer wieder verschiedene Codes aus N00-N19, wobei nicht immer zusätzlich eine Niereninsuffizienz oder ein entsprechender Z49-Kode verschlüsselt wird. Im Gegensatz zu der vom BVA analysierten N19 ist dabei die N18.9 *chronische Niereninsuffizienz, n.n. bezeichnet* relativ häufig, weshalb auch dieser Code ggf. noch einmal auf Relevanz überprüft werden könnte. Mittelfristig wird das Problem der fehlenden spezifischen ICD's durch die Kodierregeln gelöst. Wegen der hohen Kostenrelevanz könnte jedoch eine Gruppierung aller der Patienten in die HMG 130, bei denen unabhängig vom verschlüsselten ICD Dialyse_T0 =1 ist, eine (eventuell nur übergangsweise) pragmatische Lösung des Problems sein.