



Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich Anhörungsverfahren zum Entwurf der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2021

BAS AZ 316 - 5572.11 - 1634/2020

Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der Handelskrankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse

Zu den vom Bundesamt für Soziale Sicherung beabsichtigten Veränderungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung.

zu II. Methodik und VII. Gesamtbewertung der Modellausgestaltung

Die in Folge des FKG vorgenommenen Anpassungen des Klassifikationsmodells entsprechen in ihrer grundsätzlichen Ausrichtung den gesetzlichen Vorgaben. Beim generellen Blick auf die Modellwirkung bleibt jedoch offen, in welchem Ausmaß der in den letzten Jahren angestrebte Rückgang der systematischen Überdeckung älterer multimorbider Versicherter erreicht werden konnte. Die Anhörungsunterlagen zeigen zwar für Versicherte mit 5 und mehr HMGs (gemessen am RSA-Modell 2020, nicht am Vollmodell) einen Rückgang der Überdeckungen. Inwieweit sich dieser Rückgang auf die einzelnen Altersgruppen verteilt, ist aus den Anhörungsunterlagen nicht ersichtlich. Da aus den letzten Ausgleichsjahren bekannt ist, dass den Überdeckungen bei multimorbiden älteren Versicherten deutliche Unterdeckungen in den jüngeren Alters-

gruppen gegenüberstehen, ist eine über die Altersgruppen saldierte Betrachtung hier nicht aussagekräftig. Informationen zu altersabhängigen Über- und Unterdeckungen wären zur besseren Einordnung der Modellwirkung sehr hilfreich und könnten aufzeigen, ob zusätzliche Altersdifferenzierungen erforderlich sind. Es wäre daher hilfreich, diese Kennzahlen standardmäßig in die Erläuterungen der Anhörungsunterlagen aufzunehmen. Auswertungen des GKV-Spitzenverbands zeigen, dass die altersabhängigen Über- und Unterdeckungen im Festlegungsentwurf zwar gegenüber dem Jahresausgleich 2018 etwas zurückgegangen sind, sie sind aber nach wie vor sehr deutlich. Zudem ist unklar, welche Wirkung das Vollmodell auf die Unterdeckung jüngerer Versicherter bzw. die Überdeckung älterer Versicherter mit mehreren HMGs hat. Die stärkere Differenzierung des Klassifikationsmodells nach Altersgruppen, die für das Ausgleichsjahr 2020 begonnen wurde, wurde im vorliegenden Modell nicht weiter ausgebaut. Ob das BAS im Kontext des nun vorliegenden Entwurfs für ein Vollmodell Analysen zur Prüfung der Notwendigkeit weiterer Alterssplits vorgenommen hat ist den Anhörungsunterlagen nicht zu entnehmen.

Im zur Anhörung gestellten Vollmodell bleibt die Hierarchisierung unter dem Niveau aus früheren Ausgleichsjahren. Aus unserer Sicht sollte grundsätzlich so vorgegangen werden, dass die im Klassifikationsmodell 2020 bestehenden Hierarchiebeziehungen übernommen und die neuen Morbiditätsgruppen dann möglichst in das bestehende Gefüge integriert werden. In diversen Hierarchien stehen nun mehrere Stränge ohne Dominanzbeziehung nebeneinander. In einigen Fällen wurden sogar Dominanzbeziehungen aus früheren Jahren nicht übernommen. Diese sollten in der endgültigen Festlegung wieder ergänzt und für die zusätzlichen Morbiditätsgruppen auch weitere sinnvolle Dominanzbeziehungen in das Modell integriert werden. Dieses Vorgehen trägt dazu bei, Anreize zur Kodierbeeinflussung zu verringern und ungerechtfertigte Doppelzuweisungen zu vermeiden.

Ergänzend zu den Hierarchiebeziehungen sollten auch die Aufgreifkriterien für die einzelnen HMGs ausgebaut werden. Für die neu dazugekommenen HMGs wird im Festlegungsentwurf als Aufgreifkriterium vielfach nur das M2Q-Kriterium angesetzt. Hier ist an einigen Stellen eine Anpassung sinnvoll, um das Modell präziser auszugestalten und damit Fehlzugeweisungen zu vermeiden.

Unsere Detailvorschläge zu Hierarchiebeziehungen und Aufgreifkriterien finden sich im Folgenden bei den Ausführungen zu den einzelnen Hierarchien.

zu IV. Ausgestaltung der Hierarchien im Vollmodell

zu IV.06 Hierarchie 06 Gastrointestinale Erkrankungen

Dominanzbeziehungen wiederherstellen

In dieser Hierarchie fällt die strenge Trennung der ersten beiden Hierarchiestränge ohne Etablierung von Dominanzbeziehungen zwischen diesen Strängen auf. Damit werden in früheren Modellen bestehende Dominanzbeziehungen entfernt. In der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2020 dominierte beispielsweise die HMG0034 Sonst. Komplikationen am Verdauungstrakt nach med. Maßnahmen noch die beiden HMGs 0031 Ileus sowie 0063 Peritonitis. Im aktuellen Festlegungsentwurf dagegen sind beide Stränge aufgeteilt und werden jeweils dominiert von der HMG0595 Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen im Gastrointestinaltrakt bzw. HMG0070 Ulkuskrankheit /Divertikelkrankheit mit Perforation. Wir halten daher eine Rückführung des zweiten Stranges unter die Dominanz der HMG0034 für notwendig.

Fremdkörper im Gastrointestinaltrakt

Die HMG0595 Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen im Gastrointestinaltrakt enthält mit der DXG0778 nur die ICD T18.8 Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen des Verdauungstraktes. In dieser medizinischen Konstellation ist in der Regel eine chirurgische Intervention erforderlich, sodass aus medizinischer Sicht das Aufgreifkriterium stationär erforderlich gelten sollte.

Akute Pankreatitis

Eine akute Pankreatitis ist in der Mehrzahl der Fälle biliär (durch die Gallenblase verursacht) und seltener alkoholtoxisch. Am häufigsten sind Gallensteine (Cholelithiasis) ursächlich, die sich vorübergehend oder länger in der Mündung des Gallengangs in den Zwölffingerdarm, die gleichzeitig auch die Mündung des Bauchspeicheldrüsengangs ist, festklemmen. Auf diese Weise wird ein Rückfluss von Duodenalsaft in die Bauchspeicheldrüsengänge ermöglicht, sodass aggressive Gallensäure das Bauchspeicheldrüsengewebe schädigen kann. Aufgrund dieser häufig gemeinsam auftretenden Phänomene plädieren wir aus medizinischer Sicht für eine Eingliederung der HMGs 0121 und 0425 in den Hierarchiestrang Pankreatitis.

Intestinale Malabsorption

In der HMG0304 Intestinale Malabsorption sind Erkrankungen wie Zöliakie, Tropische Sprue und unspezifische ICDs wie K90.8 Sonstige intestinale Malabsorption subsummiert. Der Zöliakie liegt eine zunehmende Atrophie der Darmschleimhaut zugrunde, sie kann autoimmuner Natur sein und stellt ein ernstzunehmendes autonomes Krankheitsbild dar. Die Integration der

ICDs K90.2/4/8/9 in die HMG0304 sollte unter medizinischen Gesichtspunkten überprüft werden. Eine Malabsorption von Nahrungsbestandteilen ist Symptom diverser Krankheiten des Intestinums (auch Autoimmun-Erkrankungen) oder aber Folge von Ernährungsgewohnheiten, übermäßigem Alkoholkonsum etc. und sollte (abgesehen von der Zöliakie/Sprue) nicht in einer HMG geführt werden, um ungerechtfertigte Doppelzuweisungen zu vermeiden. Die genannten ICDs K90.2/4/8/9 sollten in Analogie zur ICD K91.2 Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert in die Ausschlussliste überführt werden oder hilfsweise einer separaten HMG mit hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen zugeordnet werden.

zu IV.07 Hierarchie 07 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

Die HMG0208 Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / infektiöse Knochen- und Gelenkerkrankungen enthält zahlreiche ICDs, die aufgrund bakterieller Infektion einer antibiotischen Therapie bedürfen. Wir halten hier eine Arzneimittelvalidierung durch entsprechende Antibiotika-ATC für erforderlich.

zu IV.09 Hierarchie 09 Kognitive Erkrankungen

Leichte Kognitive Störung

Die ICD F06.7 Leichte kognitive Störung ist charakterisiert durch Gedächtnisstörungen, Lernschwierigkeiten und die verminderte Fähigkeit, sich längere Zeit auf eine Aufgabe zu konzentrieren. Diese Störung kann vor, während oder nach einer Vielzahl von zerebralen oder systemischen Infektionen oder anderen körperlichen Krankheiten auftreten. Abzugrenzen ist sie vom postenzephalitischen Syndrom (F07.1) und vom organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (F07.2) durch ihre andere Ätiologie. Bei dieser Störung handelt es sich um eine Zustandsbeschreibung: Sie ist eine mögliche Folge einer bereits diagnostizierten Grunderkrankung. So zeigt sie sich etwa als Begleiterkrankung neurologischer Erkrankungen wie beispielsweise Multipler Sklerose oder multimorbider Patienten. Der ICD10-GM legt fest, dass die ICD F06.7 nur in Verbindung mit einer Grunderkrankung kodiert werden und bei Vorliegen einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung aus dem Abschnitt F10-F99 nicht verwandt werden soll. Da es sich demnach um einen Zustand handelt, der ein Symptom der Ursprungserkrankung darstellt, ist diese ICD aus systematischen Gründen in die Ausschlussliste aufzunehmen. Alternativ wäre eine hierarchieübergreifende Dominanz zu den psychischen Erkrankungen zu prüfen.

zu IV.11 Hierarchie 11 Psychische Erkrankungen

Dominanzbeziehungen wiederherstellen

Beim Vergleich zu den Vorjahren fällt auf, dass die Hierarchisierung der psychischen Erkrankungen im Festlegungsentwurf deutlich unter dem früheren Niveau zurück bleibt, bisher gültige Hierarchiebeziehungen entfallen sind und dieses nicht durch die zusätzlichen Krankheiten begründet werden kann. Die Umstellung auf das Vollmodell war für eine übersichtliche Darstellung zunächst an den Unterkapiteln des ICD10-GM orientiert. In der Hierarchiekonsolidierung fehlen jedoch die Dominanzen zwischen den einzelnen Hierarchiesträngen. Fehlende Dominanzen sind gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen mit Manipulationsanreizen verbunden.

In der Festlegung für 2020 etwa dominierte die HMG0054 Schizophrenie sowohl den Strang 1 (Affektive Störungen/Depression) als auch den Strang 2 (Schizophrenie, wahnhaft, psychotische Störungen). Wir halten sowohl die Wiedereinführung der Dominanzbeziehung für Strang 1 und 2 für erforderlich als auch die Prüfung der Dominanz auf den neuen Strang 5 (Dissoziative/Belastungsstörungen) und auf die HMG0014 Störungen der Impulskontrolle. Dieser Logik folgend sollte wieder eine Dominanzbeziehung der HMG0069 N. n. bez. und akute vorübergehende psychotische Störungen in den Strang 1 (Affektive Störungen/Depression) integriert werden. Auf diese Weise können ungerechtfertigte Doppelzuweisungen vermieden werden, insbesondere dann, wenn typische Symptome neurologischer Krankheiten in anderen Strängen der Hierarchie ohne Dominanzbeziehung aufgeführt werden. Als Beispiel seien hier die dissoziativen Störungen angeführt: Das Spektrum an dissoziativen Zuständen ist breit und reicht von harmlosen Alltagserscheinungen bis hin zu pathologischen Formen. Dissoziative Symptome treten dabei nur selten als Einzelstörungen auf, sondern zählen im Allgemeinen zur Symptomatik anderer psychischer Störungen wie Depression, Schizophrenie, PTBS, Phobie oder Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Gerade bei den psychischen Erkrankungen sind einzelne Krankheitsbilder nicht immer scharf voneinander abgrenzbar oder überschneiden sich. Dem sollte im Modell durch Dominanzbeziehungen Rechnung getragen werden. Beispielsweise können sowohl Depressionen als auch Schlafstörungen als Symptom bereits früh auf eine sich entwickelnde Schizophrenie hinweisen. Bei einer schubförmig verlaufenden Schizophrenie kann nach Abklingen einer akuten Krankheitsphase eine vorübergehende depressive Episode folgen (F20.4 postschizophrene Depression).

Störungen der Impulskontrolle

Entsprechend dem Aufbau des ICD10-GM erfolgte auch die Eingliederung der HMG0014 Störungen der Impulskontrolle in den Strang 4 Sexualstörungen/Störungen der Geschlechtsiden-

tität/Persönlichkeitsstörungen (F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Mangelnde Impulskontrollen zeigen sich unter anderem bei dissozialen und emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen, während manischer Episoden (Manie), aber auch bei Demenzpatienten. Insbesondere an frontotemporaler Demenz Erkrankte (Morbus Pick) zeigen mit fortschreitendem Krankheitsverlauf Affektlabilität, aggressives Verhalten und reduzierte Impulskontrolle. Daher sollte eine Hierarchisierung sowohl mit der HMG0055 Rezidivierende schwere Depression, näher bez. bipolare affektive Störungen als auch mit der Hierarchie 09 Kognitive Erkrankungen geprüft werden.

Um die Ätiologie der Impulskontrollstörungen im Modell besser abzubilden, schlagen wir des Weiteren die Einführung eines Alterssplits vor. So könnte den unterschiedlichen Ausprägungen von Impulskontrollstörungen, die sich in Jugend und Erwachsenenalter manifestieren, und solchen, die sich in der Seniorität als Begleitsymptom von anderen Krankheiten entwickeln, Rechnung getragen werden (siehe dazu auch Hierarchie 14 Neurologische Erkrankungen).

Schlafstörungen

Schlafstörungen (nicht-organischer Ursache) treten häufig als Begleitsymptom im Rahmen einer Grunderkrankung auf wie beispielsweise Depression, Morbus Parkinson, Burnout etc.

Die in der DXG0668 betroffenen ICDs F51.- umfassen laut ICD10-GM nur *„Schlafstörungen, bei denen emotionale Ursachen als primärer Faktor aufgefasst werden, und die nicht durch anderenorts klassifizierte körperliche Störungen verursacht werden. In vielen Fällen ist eine Schlafstörung Symptom anderer psychischer oder somatischer Störungen und soll daher nur zusätzlich klassifiziert werden, wenn sie das klinische Bild beherrscht.“* Wir halten es daher unter medizinischen Gesichtspunkten für geboten, die DXG0668 aus dem Strang dissoziative Störungen herauszulösen und unter alle Hierarchiestränge der Psychischen Erkrankungen zu stellen. Weitere Dominanzbeziehungen zu anderen Hierarchien wie Chronischer Schmerz und Neurologische Erkrankungen sind hierbei zu überprüfen.

Des Weiteren regen wir an, für die DXG0668 eine Arzneimittelvalidierung zu prüfen, um die klinische Relevanz sicherzustellen, wenn Schlafstörungen neben der Therapie der Grunderkrankung (z.B. Psychotherapie und Antidepressiva bei Depression, medikamentöse Therapie einer Schizophrenie oder medikamentöse Einstellung eines M. Parkinsons) zusätzlich mit schlafanstoßenden Medikamenten behandelt werden müssen.

zu IV.12 Hierarchie 12 Entwicklungsstörungen

Intelligenzminderungen (HMG0463) treten als Symptom bei zahlreichen in dieser Hierarchie benannten Krankheitsbildern auf, sowohl bei den im 1. Strang benannten als auch bei zahlrei-

chen im 2. Strang aufgeführten Syndromen (z.B. Morbus Down). Wir halten deshalb eine Dominanzbeziehung der HMG0463 mit beiden Strängen der Hierarchie 12 für medizinisch begründet.

zu IV.13 Hierarchie 13 Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks

Die in der HMG0295 enthaltene DXG0312 Postoperative Krankheiten des Nervensystems wird aus den ICDs G97.80 bis G97.84 gebildet. Für die in dieser DXG beschriebenen postoperativen Blutungen und Fisteln ist aus medizinischer Sicht das Aufgreifkriterium stationär erforderlich angebracht, da ein stationärer Aufenthalt zur Beobachtung oder Intervention bei derartig gravierenden neurologischen Ereignissen erforderlich ist.

zu IV.14 Hierarchie 14 Neurologische Erkrankungen

Cluster-Kopfschmerz und Migräne

Cluster-Kopfschmerz und Migräne werden als episodisch oder chronisch eingestuft. Mit der bekannten Schmerzsymptomatik bzw. vielgestaltigen Ausprägung dieser neurologischen Erkrankung sehen wir eine Dominanzbeziehung des chronischen Schmerzes mit Dauermedikation (HMGs 0260, 0255, 0253) über die HMG0348 Cluster-Kopfschmerz für medizinisch gerechtfertigt.

Morbus Parkinson

Bei an Morbus Parkinson erkrankten Patienten treten im Vergleich zur Normalbevölkerung im Rahmen des Krankheitsverlaufes häufiger psychiatrische Auffälligkeiten in Form von Impulskontrollstörungen und zwanghaftem Verhalten auf. Durch die dauerhafte Einnahme von Dopaminagonisten wie Pramipexol und Ropinirol erhöht sich langfristig das Risiko für eine gestörte Impulskontrolle. Verhaltensauffälligkeiten im Sinne von Impulskontrollstörungen wie Kauf-/Spielsucht oder Hypersexualität treten auch verstärkt bei der Therapie des Restless-Legs-Syndrom unter der genannten dopaminergen Medikation auf. Es sollte daher eine Dominanzbeziehung der HMG0014 Störungen der Impulskontrolle (Hierarchie 11 Psychische Erkrankungen) zur HMG0235 M. Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ geprüft werden, da die in der HMG0014 beschriebenen Störungen auf die Parkinsonbehandlung zurückzuführen sind. Hier könnten ungerechtfertigte Doppelzuschläge entstehen.

Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen

In der HMG0307 findet sich die Diagnose P91.7 Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen. Diese Diagnose hat laut DIMDI keine Altersbegrenzung. Aufgrund der Erforderlichkeit eines operativen Eingriffes im Neugeborenenalter bzw. im ersten Lebensjahr und den deshalb bestehenden deutlichen Kostenunterschieden zwischen Säuglingen und Älteren sollte hier ein Alterssplit vorgenommen werden. Die neu zu bildende Gruppe mit Altersbegrenzung bei einem Jahr sollte mit dem Aufgreifkriterium stationär erforderlich versehen werden.

zu IV.15 Hierarchie 16 Herzerkrankungen

Herzstillstand

Der HMG0290 Herzstillstand ist nur die DXG0350 Herzstillstand zugeordnet. Alle in der DXG aufgeführten ICDs erfordern aus kardiologischer Sicht einen stationären Aufenthalt zur Reanimation oder zur Therapie nach erfolgter ambulanter Reanimation. Die Diagnosen sind medizinisch nicht vereinbar mit einer rein ambulanten Behandlung. Wir halten daher das Aufgreifkriterium stationär erforderlich für notwendig.

Hierarchisierung Hypertonie

Wir halten es unter medizinischen Gesichtspunkten für geboten, dass die HMG0091 Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen nicht nur durch die HMGs 0078, 0079, 0081, 0082, 0083 und 0084 des 3. Hierarchiestranges dominiert wird. Die Hypertonie und die durch sie ausgelösten Folgeerkrankungen bedingen direkt oder verschlechtern indirekt eine Vielzahl von kardialen Erkrankungen. Dies gilt sowohl für die im rechten Hierarchiestrang aufgeführten Erkrankungen, aber z.B. auch für angeborene Herzerkrankungen des mittleren Hierarchiestranges sowie die unterschiedlichen Herzarrhythmien des linken Hierarchiestranges. Aus diesem Grund plädieren wir dafür, dass die Hypertonie wie auch in den bisherigen Klassifikationssystemen von den übrigen Strängen der Herzhierarchie (Arrhythmiestrang, Herzfehlerstrang und dem Hierarchiestrang mit pulmonaler Herzkrankheit / Myokardinfarkt / Herzinsuffizienz / KHK) dominiert werden sollte.

zu IV.16 Hierarchie 17 Zerebrovaskuläre Erkrankungen

Arteria-carotis-interna-Syndrome

Die HMG0520 Arteria-carotis-interna-Syndrome enthält ausschließlich die DXG0672 Arteria-carotis-interna-Syndrome, der die ICDs G45.1, G45.12, G45.13, G45.19 angehören. Unter neurologischen Gesichtspunkten ist bei der Abklärung eines Arteria-carotis-interna-Syndroms

stets ein Schlaganfall auszuschließen. Wir halten es deshalb für angemessen, die DXG0672 mit stationär erforderlich zu validieren.

Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien

Der HMG0521 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien ist nur die DXG0673 mit den ICDs ICD G45.2, G45.22, G45.23, G45.29 zugeordnet. Auch hier ist unter neurologischen Gesichtspunkten zur Abklärung multipler und bilateraler Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien stets der neurologische Ausschluss eines Schlaganfalls erforderlich. Wir halten daher das Aufgreifkriterium stationär erforderlich für angemessen.

zu IV.17 Hierarchie 18 Gefäß- und Kreislauferkrankungen

Milz

Den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf ist zu entnehmen, dass organspezifische Infektionen aus der ursprünglichen Hierarchie 01 stets in die organspezifisch passende Hierarchie überführt werden sollen. Die Milz ist ein in den Blutkreislauf integriertes Organ des lymphatischen Systems. Daher ist zunächst die Verschiebung des ICD-Kodes D73.3 Abszess der Milz aus der HMG0129 (Hierarchie 01) in die Hierarchie 18 Gefäß- und Kreislauferkrankungen und Einordnung der DXG0290 Abszess der Milz in die HMG0106 sowie die Integration der DXG0420 bzw. HMG0102 Nichtinfektiöse Erkrankungen der Milz in die Hierarchiestränge der Hierarchie 18 nachvollziehbar. Gleichwohl sollte die HMG0102 dann auch folgerichtig eine Hierarchiebeziehung zu den Erkrankungen des Lymphsystems in Strang 2 erhalten.

Aneurysmen

Aneurysmen (auch Arterienerweiterungen) sind spindel- oder sackförmige, örtlich begrenzte, permanente Erweiterungen des Querschnitts von Arterien (selten von Venen) infolge angeborener oder erworbener Wandveränderungen. Im Festlegungsentwurf sind die HMGs 0358, 0707 und 0719 in einem eigenen Hierarchiestrang zum Aortenaneurysma aufgeführt. Wir halten es aus medizinischen Gesichtspunkten für begründet, diese HMGs mit dem 6. Strang (HMGs 0109, 0722, 0361 und 0734) der übrigen Aneurysmen zusammenzuführen. Die Krankheitsbilder haben eine ähnliche Genese und therapeutisch sind die medizinischen Interventionen ebenfalls vergleichbar. Zudem würden auf diese Weise durch unterschiedliche Kodiergewohnheiten (unspezifische versus spezifische Kodierung) bedingte Doppelzuweisungen durch eine neue Dominanzbeziehung vermieden.

Lymphödeme

Sowohl in Hierarchie 18 (HMG0112), Hierarchie 22 (HMGs 0359 und 0535) und Hierarchie 24 (HMG0166) sind Lymphödeme abgebildet. Hier könnten durch unterschiedliche Kodiergewohnheiten und ggf. unspezifisches Kodieren bei Haus- und Fachärzten Doppelzuweisungen entstehen. Wir halten eine Trennung der sekundären Lymphödeme (nach OP oder Strahlentherapie, tumorbedingt und bei Infektion) von den primären bzw. n.n.bez. Lymphödemem für sinnvoll. Die primären Lymphödeme sind in der Hierarchie 18 zu belassen (HMG0112), die sekundären Lymphödeme (ICD I97.2-) sollten dagegen aus der HMG0112 herausgelöst und in die Hierarchie 24 (HMG0166) einsortiert werden. Die hereditären Lymphödeme sollten aus der Hierarchie 22 in die Hierarchie 18 verschoben werden (HMG 0359 und 0535).

zu IV.18 Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge

Chronisch respiratorische Insuffizienzen

Chronisch respiratorische Insuffizienzen treten vor allem bei chronischen Lungenerkrankungen auf. Hierzu zählen z.B. die Mukoviszidose, Lungenfibrosen aber auch die COPD und das Asthma bronchiale. Diese Erkrankungen sind sehr häufig von einer chronischen Beeinträchtigung der respiratorischen Aktivität betroffen. Wir halten eine Ausgliederung der ICDs J96.1, J96.10, J96.11 und J96.19 (DXG0353) aus der HMG0216 und eine Eingliederung in den 1. Strang für medizinisch geboten und sinnvoll, da gerade die dort zusammengefassten Lungenerkrankungen häufig mit einer chronisch respiratorischen Insuffizienz einhergehen und auf diese Weise ungerechtfertigte Doppelzuschläge durch eine Dominanzbeziehung unterbunden werden könnten.

Fremdkörper in der Luftröhre

Fremdkörper in der Luftröhre (HMG0737, DXG0029) sind ein akutes, die Atmung beeinträchtigendes Ereignis, das unter medizinischen Gesichtspunkten eine stationäre Behandlung bedingt, um diese Fremdkörper zu entfernen. Somit halten wir das Aufgreifkriterium stationär erforderlich für medizinisch geboten.

zu IV.19 Hierarchie 20 Erkrankungen des Urogenitalsystems

Gefäßerkrankungen der Niere

Das grundsätzliche Vorgehen zur Bildung des Ausgangsmodells erscheint sinnvoll. Allerdings sollte die in den Strang 4 eingeordnete HMG0244 Gefäßerkrankungen der Niere (Embolie, Parenchymblutung, Nierenvenenthrombose, Niereninfarkt) unter klinischen Gesichtspunkten

aus der Hierarchie herausgelöst und in die Hierarchie 18 Gefäß- und Kreislauferkrankungen überführt werden. Dies entspräche dann der Eingliederung der HMG0105 Lungenarterienembolie in den Strang 1 der Hierarchie 18. Wie bereits andernorts beschrieben sind Infarkte und Durchblutungsinsuffizienzen die Folge von Gefäßveränderungen, unterliegen einem multifaktoriellen Geschehen und sollten nicht vom Organ per se abhängig sein. Alternativ könnte eine hierarchieübergreifende Dominanz erwogen werden.

zu IV.20 Hierarchie 21 Schwangerschaft

Entbindung

Der HMG0474 Entbindung ist ausschließlich die DXG591 Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (exkl. Komplikationen) zugeordnet. In dieser DXG befinden sich die ICDs O60.1 Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung, O60.3 Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen, O80 Spontangeburt eines Einlings und O82 Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung. Eine vorzeitige (Schnitt-)Entbindung mit einer Frühgeburt für das Kind (z.B. ICD O60.1 und O60.3) ist als Komplikation zu sehen. Neben den Folgekosten für das Neugeborene ist auch bei der Mutter mit erhöhten Folgekosten durch die längere stationäre Liegedauer (Betreuung, Stillprobleme etc.) zu rechnen. Durch Schnittentbindungen resultieren in der Folge bei der Mutter aber auch erhöhte Raten an z.B. Wundheilungsstörungen, bakt. Wundinfekte, ggf. mögliche Infertilität durch Verwachsungen, Narbenhernien, etc.. Da diese ICDs auf eine Komplikation bei der Entbindung hinweisen, sollten sie aus der DXG herausgelöst, in eine eigenständige DXG überführt und mit dem Aufgreifkriterium stationär erforderlich versehen werden. Hierbei wäre anhand der Kostenschätzer zu prüfen, ob eine Höhergruppierung in der Hierarchie sinnvoll ist.

zu IV.21 Hierarchie 22 Erkrankungen der Haut

Ulcer

Im Festlegungsentwurf befinden sich die HMG0149 Hautulkus ohne Dekubitalulzera und die HMGs 0150, 0154 und 0156 für Dekubitalulzera in zwei separaten Strängen. Hier besteht die Gefahr der Doppelkodierung ein und desselben Hautdefektes, weil gerade initial eher über unspezifische Diagnosen (z.B. L98.4 Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert, DXG0614) kodiert werden könnte, um im Verlauf eine zusätzliche Kodierung über eine spezifische Dekubitus-ICD in einem weiteren Strang zu adressieren. Dies sollte vermieden werden und zur Reduzierung von Manipulationsanreizen Hautulzera und Dekubitalulzera in einem Strang hierarchisiert werden.

Psoriasis

Bei der Psoriasis (DXG0829) ist ein Großteil der zur Validierung herangezogenen ATC 5-Steller auf 7-Steller-Ebene nicht für die beschriebenen Krankheitsbilder zugelassen (z.B. aus der Gruppe der selektiven Immunsuppressiva L04AA04 - Antithymozytäres Immunglobulin, L04AA25 - Eculizumab, L04AA18 - Everolimus, L04AA27 - Fingolimod). Lediglich Apremilast (L04AA32) aus der L04AA besitzt die Zulassung für die Therapie der Psoriasis. Für die Psoriasis zugelassene TNF-alpha-Inhibitoren sind Etanercept L04AB01, Infliximab L04AB02, Adalimumab L04AB04, Certolizumab pegol L04AB05 sowie die Interleukin-Inhibitoren Ustekinumab L04AC05, Secukinumab L04AC010, Ixekizumab L04AC13, Guselkumab L04AC16, Tildrakizumab L04AC17 und Risankizumab L04AC18. Unter den „anderen Immunsuppressiva“ L04AX finden sich die 7-Steller L04AX03 Methotrexat und L04AX07 Dimethylfumarat mit Zulassung für die Psoriasis.

Die grundsätzliche Diskussion über die Sinnhaftigkeit einer Umstellung der in Anlage 3 zur Festlegung genannten ATCs von 5-Stellern auf 7-Steller wurde bereits im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Klassifikationsmodell 2019 geführt. Damals konnte das BAS eine tiefergehende Analyse der Wirkungen einer möglichen Umstellung aus Zeitgründen nicht mehr vornehmen und hat deshalb zunächst an der regelhaften Ausgestaltung mit fünfstelligen ATC-Kodes festgehalten. Wir halten es jedoch perspektivisch für notwendig, die entsprechenden Analysen durchzuführen und eine generelle Umstellung auf 7-Steller vorzunehmen.

Herpes zoster

Der Herpes zoster (DXG0406 Herpes zoster (Gürtelrose), exkl. neurologische Komplikationen) ist eine Viruserkrankung verursacht durch das Varizella-Zoster-Virus, die hauptsächlich durch einen schmerzhaften, streifenförmigen Hautausschlag mit Blasen bzw. Hautbläschen auf einer Körperseite in Erscheinung tritt. Der Bläschenausschlag entsteht durch das Übergreifen einer Entzündung von einem Nerv (z. B. eines Ganglions) auf das umliegende Dermatom. Neben einer symptomatischen topischen Therapie erfolgt in der Regel eine antivirale und z.T. auch schmerzmodulatorische, analgetische Therapie. Wir halten aus diesen therapeutischen Erwägungen eine Arzneimittelvalidierung für geboten, da bei klinischer Relevanz hier stets eine orale oder systemische antivirale Therapie zur Behandlung des Krankheitsbildes erfolgt. Hierfür kommen die ATCs J05AB01 Aciclovir, J05AB09 Famciclovir, J05AB11 Valaciclovir und J05AB15 Brivudin mit Zulassung für die Therapie von Herpes zoster in Betracht.

Blasenbildende Erkrankungen

Die in der DXG1261 Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten abgehandelten blasenbildenden Hauterkrankungen werden klinisch in aller Regel neben topischen Präparaten auch systemisch immunmodulierend behandelt. Wir halten deshalb eine Arzneimittelvalidierung dieser DXG für erforderlich. Hierbei kommen sowohl topische Präparate als auch systemische Immunmodulatoren in Betracht.

Atopisches Ekzem (Neurodermitis)

Das atopische Ekzem, auch Neurodermitis genannt, ist eine chronische, nicht ansteckende Hautkrankheit, die zu den atopischen Erkrankungen gehört. Leitkriterien des klinischen Bildes sind rote, schuppige, manchmal auch nässende Ekzeme auf der Haut und ein starker Juckreiz. Das atopische Ekzem gilt als nicht heilbar, ist aber behandelbar. Neben der Bekämpfung der charakteristischen Hauttrockenheit über Basispflege besteht die Therapie in der äußerlichen Anwendung von entzündungshemmenden Wirkstoffen. Bei schweren Verlaufsformen des atopischen Ekzems (ICD L20.0, DXGs 0440, 2056; HMGs 0228, 0458) etablieren sich zunehmend systemische, immunmodulierende Therapien (z.B. ATC D11AH05 Dupilumab), die sich auch in den Kosten deutlich von der Behandlung leichterer Verlaufsformen unterscheiden. Wir halten deshalb eine Differenzierung von Patienten mit 1. systemischen Therapien (z.B. ATC Dupilumab D11AH05 etc.), 2. mit rein topischer Therapie (Kortikosteroide, Tacrolimus/Pimecrolimus) und 3. ohne entzündungshemmende Therapie (reine Basispflegemaßnahmen) in Anlehnung an die Arzneimitteldifferenzierung wie bei der Psoriasis für medizinisch geboten.

zu IV.26 Hierarchie 27 Erkrankungen der Neugeborenen

Schwere Risikogeburt

Die neue Aufspaltung der DXG1342 in die HMGs 0845, 0168 und 0843 ist grundsätzlich zu begrüßen. Sie geht jedoch unserer Ansicht nach noch nicht weit genug, da die ICDs in der HMG0168 Schwere Risikogeburt, näher bezeichnet immer noch eine hohe Heterogenität aufweisen. Die HMG enthält u.a. Frühgeborene und Neugeborene mit einem Geburtsgewicht < 1000 g (ICD P07.0), Neugeborene mit unreifebedingten Hirnblutungen Grad I - III (ICD P52), Neugeborene mit Hirnblutungen durch Geburtstraumata (ICD P10) sowie Neugeborene mit hypoxisch bedingten Hirnschädigungen (ICD P91). Es kann davon ausgegangen werden, dass Frühgeburten ohne Hirnschädigungen deutlich weniger kompliziert verlaufen und geringere Folgeschäden aufweisen als Frühgeburten mit Hirnschädigungen. Hier wäre ein weiterer Split hinsichtlich Kostenhomogenität sinnvoll. Es könnten die Hirnblutungen und der hypoxische Hirnschaden aus der HMG0168 ausgegliedert und in eine neue HMG "Komplikationen der schweren Risikogeburt" überführt werden.

zu IV.27 Hierarchie 28 Chronischer Schmerz

Dominanzbeziehungen beim chronischen Schmerz

Beim chronischen Schmerz handelt es sich um ein Symptom, das auf eine Ursprungserkrankung zurückgeführt werden kann. Fehlende Hierarchiebeziehungen zu möglichen Ursprungserkrankungen haben die Prävalenz in den letzten Jahren deutlich ansteigen lassen. Die Berechnungen zur Manipulationsbremse des GKV-Spitzenverbands vom 11.03.2020 zeigen die möglichen Manipulationsanreize bei diesen HMGs. Aus unserer Sicht sollte daher geprüft werden, inwiefern hierarchieübergreifende Dominanzen zu den Ursprungserkrankungen dieser Problematik gerecht werden können.

So sollte bspw. eine Dominanz mit der HMG0167 Trigeminusneuralgie und Erkrankungen anderer Hirnnerven und des autonomen Nervensystems (Hierarchie 14) geprüft werden. Zum typischen Verlauf dieser Erkrankung gehören dauerhafte Schmerzen und Funktionseinschränkungen. So befinden sich in dieser HMG in der DXG1333 Erkrankungen des autonomen Nervensystems u.a. die seit 2019 durch das DIMDI in den ICD-10-GM aufgenommenen neuen ICDs:

- G90.5 Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I,
- G90.6 Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ II und
- G90.7 Komplexes regionales Schmerzsyndrom, sonstiger und nicht näher bezeichneter Typ.

Auch die Schmerzen, die bei der Trigeminusneuralgie (DXG0337) auftreten, weisen chronischen Charakter auf, weshalb eine Dominanzbeziehung zwischen chronischem Schmerz und der HMG0167 ins Modell eingeführt werden sollte.

Die HMG0122 Kompression von Nervenwurzeln / Plexus enthält die ICD-4-Steller G55.*. Diese beschreiben das Wurzelkompressionssyndrom, die mechanische Reizung einer Nervenwurzel im Bereich der Wirbelsäule. Leitsymptom sind der charakteristische Rückenschmerz (z. B. Lumboischialgie) mit Ausstrahlung in das Dermatom der betroffenen Nervenwurzel, ein positives Lasègue-Zeichen bei lumbaler Wurzelkompression, eventuell schlaffe Paresen und abgeschwächte Muskeleigenreflexe. Diese Stern-Diagnosen werden zusätzlich zu den auslösenden Grunderkrankungen kodiert. Die vordergründige Schmerzsymptomatik könnte allerdings die gleichzeitige Kodierung in der Hierarchie 28 verursachen und zu ungerechtfertigten Doppelzuweisungen führen. Eine Dominanzbeziehung der HMG0122 zur Hierarchie Chronischer Schmerz sollte daher ebenfalls überprüft werden.

Weitere medizinisch begründete Dominanzbeziehungen ergeben sich aus der Radikulopathie in der HMG0524 Sonstige Spondylosen mit Radikulopathien und HMG0525 Radikulopathien

oder auch bei der HMG0211 Andere und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens, hier insbesondere der DXG1350 Bandscheibenerkrankungen.

zu IV.28 Hierarchie 29 Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen

Konsolidierung der Hierarchiestränge

Die Hierarchisierung und beschriebene Konsolidierung der neu etablierten Hierarchie 29 sind zunächst medizinisch nachvollziehbar. Wir halten allerdings eine weitere Konsolidierung der ersten beiden Hierarchiestränge für angezeigt. Es sollte eine Dominanzbeziehung der HMG0378 Chronische Sinusitis auf die HMG1010 Mittelohrentzündung, exkl. chronisch-eitrige Formen, Fremdkörper im Hals-Nasen-Ohren-Trakt und Hörverlust, eingeführt werden. Die HMG1010 wiederum sollte die HMG0059 dominieren, da die der HMG0059 zugeordnete Nasennebenhöhlenentzündung leicht in eine schmerzhafte Mittelohrentzündung münden kann. Oberhalb der HMG0378 verzweigt sich die Hierarchie in zwei Stränge (mit einerseits HMG0324, HMG0242 und HMG0967 und andererseits der HMG0197).

Des Weiteren könnte eine Dominanz der HMGs 0141 und 0877 Lippen- und Gaumenspalte auf den Strang 3 geprüft werden, der größtenteils Erkrankungen des Kiefers und der Mundhöhle umfasst. Das Krankheitsbild Lippen-Kiefer-Gaumenspalte ist eine der häufigsten angeborenen Fehlbildungen: Betroffene Kinder weisen bereits in der Embryonalphase eine Störung bei der Ausbildung des Oberkiefers auf, die durch eine Kombination aus erblichen und äußeren Faktoren verursacht wird. Eine Konsolidierung dieser beiden Stränge wäre medizinisch sinnvoll und würde Doppelzuschläge und Manipulationsanreize verringern.

zu IV.29 Hierarchie 30 Ernährungsbezogene Erkrankungen

Hypoglykämien

Hypoglykämien treten im Allgemeinen akzidentell bei der Arzneimitteltherapie von Diabetikern mit insulinotropen Antidiabetika (insbesondere Sulfonylharnstoffen) bzw. Insulin auf. Im Strang Hypoglykämien wird jedoch nichtdiabetisches Geschehen abgebildet, so dass hier Fälle aufgegriffen werden, die auf Hyperinsulinismus oder (unerwünschte) Arzneimittelwirkungen zurückzuführen sind bzw. die durch Insulinome (NET) schwere Leberkrankungen oder Insuffizienz der Nebennierenrinde verursacht werden können. Eine ernährungsbezogene Komponente bei Hypoglykämien stellt unseres Erachtens keine eigenständige RSA-relevante Morbidität dar.

Wir halten es aus medizinischer Sicht daher für sinnvoll, Dominanzbeziehungen zu den Hierarchien Metabolische Erkrankungen, Neubildungen und eventuell weiteren auf den Hierarchiestrang der HMGs 0120 bzw. 0509 zu überprüfen.

Außerdem erscheint eine Validierung für die DXG1225 Hypoglykämisches Koma in der HMG0120 über das Aufgreifkriterium stationär erforderlich medizinisch sinnvoll und sollte daher eingeführt werden.

Adipositas

Die Einordnung der Adipositas in die Hierarchie 30 Ernährungsbedingte Krankheiten sollte überprüft werden. Auch wenn die Bezeichnung der ICDs teilweise („durch übermäßige Kalorienzufuhr“) auf einen Ernährungsbezug hinweist, handelt es sich bei dem Krankheitsbild, insbesondere bei den ausgewählten Typen der extremen Adipositas (Grad II) und Adipositas (Grad III) per magna mit BMI ≥ 35 bei Erwachsenen bzw. Jugendlichen, um ein multifaktorielles metabolisches Geschehen und ist nicht per se als rein ernährungsbedingt anzusehen. Wir bitten daher um die Prüfung einer Einordnung in die ursprüngliche Hierarchie 04 Metabolische Erkrankungen oder einer hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehung zu den Metabolischen Erkrankungen.

Die Zusammenlegung der HMG0962 Adipositas mit Krankheitsbezug Schweregrad III mit der HMG0964 Extreme Adipositas mit Krankheitsbezug bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren ist wegen ähnlicher Kostenschätzer und aufgrund des vermutlich lebenslangen ähnlichen Verlaufs nachvollziehbar.

zu V. Einführung regionaler Risikomerkmale

Die Umsetzung der Regionalkomponente im Festlegungsentwurf orientiert sich konsequent am Vorgehen, das der Wissenschaftliche Beirat in seinem Regionalgutachten aus 2018 vorgeschlagen hat. Das Vorgehen zu übernehmen und dabei die Datengrundlage zu aktualisieren erscheint sinnvoll. Auch die Umsetzung der Sonderregelung für das Jahr 2021 erfolgt sachgerecht.