

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat Vergütung und Gebührenordnung
Herrn Dr. Ulrich Casser
Herbert-Lewin-Platz 2
10592 Berlin

nachrichtlich: Frau Raskop, Herr Vollrath

Benehmens- und Einvernehmensherstellung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V

Sehr geehrter Herr Dr. Casser,

wir bedanken uns für Ihre Anfrage vom 28.07.2023 zur Benehmens- und Einvernehmensherstellung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V zu den ambulanten Kodiervorgaben. Sie bitten um Stellungnahme bzw. Benehmens- und Einvernehmensherstellung zu folgenden Unterlagen:

- Anlage I Teil A, KRW - Neue Regeln 2024
- Anlage I Teil B, KRW - Gelöschte Regeln 2024
- Anlage I KRW - Gesamtübersicht der Regeln 2024
- Anlage II Dauerdiagnosen-Gesamtübersicht der Regeln mit Erweiterung 2024

Die von Ihnen vorgelegten Regelwerke haben wir geprüft. Im Ergebnis zeigten sich keine Änderungswünsche. Wir erteilen Ihnen daher unser Benehmen und Einvernehmen gemäß § 295 Abs. 4 SGB V zu den mit Schreiben vom 28.07.2023 von Ihnen übersandten o. g. Anlagen I bis II.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. N. Schlottmann
Geschäftsführerin



Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

BfArM, Waisenhausgasse 36-38a, 50676 Köln

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

ABTEILUNG K
BEARBEITET VON Stefanie Weber
TEL +49 228 99307 4856
E-MAIL stefanie.weber@bfarm.de

HAUSANSCHRIFT Waisenhausgasse 36-38a
50676 Köln
TEL +49 (0)228 99 307-4856
FAX +49 (0)228 99 307-5207
E-MAIL poststelle@bfarm.de
INTERNET www.bfarm.de

Köln, 16. August 2023
GESCHZ K.01 K-2023-32659

Anpassungsvorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für 2024 zu den Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V zur Benehmens- und Einvernehmensherstellung

Ihre Zeichen und Nachricht vom: § 295 SGB V

**Sehr geehrte Frau Raskop,
sehr geehrter Herr Vollrath,**

vielen Dank für die Möglichkeit zur Kommentierung der Anpassungsvorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V.

Als Referenz für die Prüfung ist die derzeit gültige amtliche ICD-10-GM 2023 zu Grunde gelegt. Gleichwohl wurden mögliche Änderungen (nach aktuellem Stand) zur ICD-10-GM 2024, in die Kommentierung einbezogen. Diese stehen unter dem Vorbehalt der Veröffentlichung der amtlichen Ausgabe der ICD-10-GM 2024, die dieses Jahr voraussichtlich in der KW 38 erfolgen wird. Trotz sorgfältiger Sichtung der Kodiervorgaben nach §295 Abs. 4 SGB V können wir keine Gewähr für Vollständigkeit der Kommentierung übernehmen.

Im Anhang dieses Schreibens sind die Kommentare des BfArM zu dem Entwurf der überarbeiteten Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V aufgeführt.

Für Rückfragen und den weiteren Austausch stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Dr. Stefanie Weber

ANLAGE I ZUM BESCHLUSS „KODIERVORGABEN NACH § 295 ABS. 4 SGB V“

PRÜFREGELN AUS DER KODIERREGELWERK-STAMMDATEI ZUR GEWÄHRLEISTUNG EINER SACHGERECHTEN DIAGNOSEVERSCHLÜSSELUNG NACH ICD-10-GM

TEIL A: NEUE REGELN

ID	Textstelle	Anmerkungen BfArM
01-01-050		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-051		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-052		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-053		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-054		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-055		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-056		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-057		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-058		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-059		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-060		Wir haben keine Anmerkungen
		In der ICD-10-GM gibt es weitere Sepsis Codes (s.a. Exklusiva unter A41.-). Wir regen an zu prüfen, ob die Prüfregeleln um weitere erregerspezifische Sepsis-Kodes erweitert werden sollten.
01-01-064	<p>Prüfparameter: U69.73</p> <p>Der Kode für ein hypoglykämisches Koma ist laut ICD-10 in Verbindung mit einem Kode für den Diabetes mellitus mit sonstigen Komplikationen anzugeben.</p> <p>E10.60 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet; E10.61 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet; E11.60 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet; E11.61 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet; E12.60 Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als</p>	<p>U69.73! ist eine sekundäre Schlüsselnummer und daher mit einem Ausrufezeichen anzugeben.</p> <p>U69.73! ist in Verbindung mit einem Kode für den Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen (4. Stelle „6“) oder mit multiplen Komplikationen (4. Stelle „7“) zu verwenden.</p> <p>Da U69.73! auch für die 4. Stelle „7“ verwendet werden kann, schlagen wir vor, die Ausdifferenzierung von E10-E14 um die 4. Stelle „7“ zu erweitern.</p> <p>Die 5. Stelle „0 Nicht als entgleist bezeichnet“ schließt sich inhaltlich mit dem Vorliegen eines hypoglykämischen Kommas aus. Ggf. ist zu prüfen ob auch eine entsprechende Regel für U69.72! aufzunehmen ist.</p>

	<p>entgleist bezeichnet; E12.61 Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet; E13.60 Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet; E13.61 Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet; E14.60 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet; E14.61 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet</p>	
01-01-065	<p>Prüfparameter: U69.74</p> <p>Der Kode für eine Hypoglykämiewahrnehmungsstörung ist laut ICD-10 mit einem Kode für den Diabetes mellitus mit sonstigen Komplikationen anzugeben.</p> <p>E10.60 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet; E10.61 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet; E11.60 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet; E11.61 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet; E12.60 Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet; E12.61 Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet; E13.60 Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten</p>	<p>U69.74! ist eine sekundäre Schlüsselnummer und daher mit einem Ausrufezeichen anzugeben.</p> <p>U69.74! ist in Verbindung mit einem Kode für den Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen (4. Stelle „6“) oder mit multiplen Komplikationen (4. Stelle „7“) zu verwenden.</p> <p>Da U69.74! auch für die 4. Stelle „7“ verwendet werden kann, schlagen wir vor, die Ausdifferenzierung von E10-E14 um die 4. Stelle „7“ zu erweitern.</p>

	<p>Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet; E13.61 Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet; E14.60 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet; E14.61 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet</p>	
		<p>In der ICD-10-GM gibt es weitere sekundäre Schlüsselnummern (U69.70! – U69.72!) zur Angabe des Schweregrades einer Hypoglykämie. Außerdem wurde in der Vorabversion zur ICD-10-GM 2024 eine weitere sekundäre Schlüsselnummer (U69.75! Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter) aufgenommen. Wir regen an zu prüfen, ob die Prüfregelein um weitere sekundäre Schlüsselnummern aus U69.7-! ergänzt werden sollten.</p>
01-02-061	<p>K77.8 Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten; M14.20 Diabetische Arthropathie: Mehrere Lokalisationen; M14.21 Diabetische Arthropathie: Schulterregion; M14.22 Diabetische Arthropathie: Oberarm; M14.23 Diabetische Arthropathie: Unterarm; M14.24 Diabetische Arthropathie: Hand; M14.25 Diabetische Arthropathie: Beckenregion und Oberschenkel; M14.26 Diabetische Arthropathie: Unterschenkel; M14.27 Diabetische Arthropathie: Knöchel und Fuß; M14.28 Diabetische Arthropathie: Sonstige; M14.29 Diabetische Arthropathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation; M14.60 Neuropathische Arthropathie: Mehrere Lokalisationen; M14.61 Neuropathische Arthropathie: Schulterregion; M14.62 Neuropathische Arthropathie: Oberarm; M14.63 Neuropathische Arthropathie: Unterarm; M14.64 Neuropathische Arthropathie: Hand; M14.65 Neuropathische Arthropathie: Beckenregion und Oberschenkel; M14.66 Neuropathische Arthropathie:</p>	<p>K77.8* kommt in der Systematik nicht im Hinweistext der 4. Stelle „6“ vor. Falls die Alpha-ID-SE/ das Alphabetische Verzeichnis zugrunde gelegt wurde, könnten theoretisch noch weitere Codes ergänzt werden, z.B. Kombination mit G31.88 oder L99.8*.</p> <p>M14.2-* und nachgeordnete Codes sind als Sternkodes auszuzeichnen.</p> <p>M14.6-* und nachgeordnete Codes sind als Sternkodes auszuzeichnen.</p> <p>U69.70! - U69.74! sind als sekundäre Schlüsselnummern mit Ausrufezeichen auszuzeichnen.</p> <p>Für die Prüfparameter E10.6-;E10.60;E10.61 kann außerdem zusätzlich der Code U69.75! verwendet werden (ggf. kann</p>

	<p>Unterschenkel; M14.67 Neuropathische Arthropathie: Knöchel und Fuß; M14.68 Neuropathische Arthropathie: Sonstige; M14. 69 Neuropathische Arthropathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation; U69.70 Milde Hypoglykämien, als nicht rezidivierend bezeichnet; U69.71 Milde Hypoglykämien, als rezidivierend bezeichnet; U69.72 Schwere Hypoglykämie ohne Koma; U69.73 Hypoglykämisches Koma bei Diabetes mellitus; U69.74 Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Diabetes mellitus</p>	<p>dies in separater Prüfregele aufgegriffen werden).</p>
<p>01-02-062</p>	<p>Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte mindestens einen weiteren Kode:</p> <p>G59.0 Diabetische Mononeuropathie; G63.2 Diabetische Polyneuropathie; G73.0 Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten; G99.00 Gastroparese bei autonomer Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten; G99.08 Sonstige autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten; H28.0 Diabetische Katarakt; H36.0 Retinopathia diabetica; I79.2 Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten; K77.8 Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten; M14.20 Diabetische Arthropathie: Mehrere Lokalisationen; M14.21 Diabetische Arthropathie: Schulterregion; M14. 22 Diabetische Arthropathie: Oberarm; M14.23 Diabetische Arthropathie: Unterarm; M14.24 Diabetische Arthropathie: Hand; M14. 25 Diabetische Arthropathie: Beckenregion und Oberschenkel; M14.26 Diabetische Arthropathie: Unterschenkel; M14.27 Diabetische Arthropathie: Knöchel und Fuß; M14.28 Diabetische Arthropathie: Sonstige; M14.29 Diabetische Arthropathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation; M14.60 Neuropathische Arthropathie: Mehrere Lokalisationen; M14.61 Neuropathische Arthropathie: Schulterregion; M14.62 Neuropathische Arthropathie: Oberarm; M14.63 Neuropathische Arthropathie: Unterarm; M14.64 Neuropathische Arthropathie: Hand; M14.65 Neuropathische Arthropathie: Beckenregion und Oberschenkel;</p>	<p>Die Formulierung „einen weiteren“ stellt sich uns nicht eindeutig dar. „Einen weiteren“ zu was? (Die alleinige Kombination mit dem Prüfparameter wäre nicht korrekt.)</p> <p>U69.70! - U69.74! sind als sekundäre Schlüsselnummern mit Ausrufezeichen auszuzeichnen.</p> <p>Für die Prüfparameter E10.72;E10.73 kann außerdem zusätzlich der Kode U69.75! verwendet werden.</p>

	M14.66 Neuropathische Arthropathie: Unterschenkel; M14.67 Neuropathische Arthropathie: Knöchel und Fuß; M14.68 Neuropathische Arthropathie: Sonstige; M14.69 Neuropathische Arthropathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation; N08.3 Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus; U69.70 Milde Hypoglykämien, als nicht rezidivierend bezeichnet; U69.71 Milde Hypoglykämien, als rezidivierend bezeichnet; U69.72	
01-02-063	s. a. 01-02-062	
01-02-066		U69.75! ist als sekundäre Schlüsselnummern mit Ausrufezeichen auszuzeichnen.
01-02-067	<p>Prüfparameter U69.75</p> <p>Der Kode ist laut ICD-10 zur Angabe einer Insulinresistenz bei Diabetes mellitus Typ I anzugeben. Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte einen oder mehrere Kodes:</p>	<p>U69.75! ist als sekundäre Schlüsselnummern mit Ausrufezeichen auszuzeichnen.</p> <p>Die Kombination mit E10.- ist vorausgesetzt, damit U69.75! verwendet werden darf. Es kann nur ein spezifischer Kode aus E10.- ausgewählt werden. Warum „oder mehrere Kodes“?</p>
03-02-068		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-069		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-070		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-071		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-072		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-073		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-074		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-075		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-076		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-077		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-078		Wir haben keine Anmerkungen
		In der ICD-10-GM gibt es weitere Sepsis Kodes (s.a. Exklusiva unter A41.-). Wir regen an zu prüfen, ob die Prüfredeln um weitere erregerspezifische Sepsis-Kodes erweitert werden sollten.

ANLAGE I ZUM BESCHLUSS „KODIERVORGABEN NACH § 295 ABS. 4 SGB V“

PRÜFREGELN AUS DER KODIERREGELWERK-STAMMDATEI ZUR GEWÄHRLEISTUNG EINER SACHGERECHTEN DIAGNOSEVERSCHLÜSSELUNG NACH ICD-10-GM

TEIL B: GELÖSCHTE REGELN

ID	Textstelle	Anmerkungen BfArM
----	------------	-------------------

01-02-014		Siehe Anmerkungen zu 01-02-061
01-02-015		Siehe Anmerkungen zu 01-02-062
01-02-016		Siehe Anmerkungen zu 01-02-063

ANLAGE I ZUM BESCHLUSS „KODIERVORGABEN NACH § 295 ABS. 4 SGB V“

PRÜFREGELN AUS DER KODIERREGELWERK-STAMMDATEI ZUR GEWÄHRLEISTUNG EINER SACHGERECHTEN DIAGNOSEVERSCHLÜSSELUNG NACH ICD-10-GM

ID	Textstelle	Anmerkungen BfArM
01-01-001	Prüfparameter I21.0;I21.1;I21.2;I21.3;I21.4;I21.9	Mögliche Änderung zur amtlichen Fassung der ICD-10-GM 2024 (befindet sich aktuell noch in Abstimmung): I21.4 wird ggf. auf 5. Stelle ausdifferenziert
01-01-002		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-050 bis 01-01-060		Siehe Anmerkungen zu Anlage I Teil A: Neue Regeln
01-02-010		Wir haben keine Anmerkungen
01-02-011		Die vorgeschlagenen Codes zur Angabe der Augenkomplikationen sind als Sternkodes auszuzeichnen
01-02-012		Die vorgeschlagenen Codes zur Angabe der neurologischen Komplikationen sind als Sternkodes auszuzeichnen
01-02-013	Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte einen oder mehrere Codes:	Es wird nur ein Code vorgeschlagen, daher ggf. Anpassung des Hinweistextes (s.a. 01-02-010)
01-02-061 bis 01-02-063		Siehe Anmerkungen zu Anlage I Teil A: Neue Regeln
01-01-017	Prüfparameter N08.3	N08.3* ist als Sternkode auszuzeichnen.
01-01-018	Prüfparameter H28.0;H36.0	H28.0* und H36.0* sind als Sternkode auszuzeichnen.
01-01-019	Prüfparameter G59.0;G63.2	G59.0* und G63.2* sind als Sternkode auszuzeichnen.
01-01-020	Prüfparameter I79.2	I79.2* ist als Sternkode auszuzeichnen.
01-01-021	Prüfparameter M14.2; M14.20; M14.21; M14.22; M14.23; M14.24; M14.25; M14.26; M14.27; M14.28; M14.29	M14.2-* und untergeordnete Codes sind als Sternkode auszuzeichnen.
01-01-064 bis 01-01-065		Siehe Anmerkungen zu Anlage I Teil A: Neue Regeln
01-01-022	Prüfparameter G46.0 Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte einen oder mehrere Codes:	G46.0* ist als Sternkode auszuzeichnen. Da in diesem Vorschlag nur I66.0 angegeben ist, sollte die Pluralformulierung im Hinweistext angepasst werden.

01-01-023	<p>Prüfparameter G46.1</p> <p>Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte einen oder mehrere Codes:</p>	<p>G46.1* ist als Sternkode auszuzeichnen.</p> <p>Da in diesem Vorschlag nur I66.1 angegeben ist, sollte die Pluralformulierung im Hinweistext angepasst werden.</p>
01-01-024	<p>Prüfparameter G46.2</p> <p>Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte einen oder mehrere Codes:</p>	<p>G46.2* ist als Sternkode auszuzeichnen.</p> <p>Da in diesem Vorschlag nur I66.2 angegeben ist, sollte die Pluralformulierung im Hinweistext angepasst werden.</p>
01-01-025		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-026		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-027		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-028		Wir haben keine Anmerkungen
01-02-066 bis 01-02-067		Siehe Anmerkungen zu Anlage I Teil A: Neue Regeln
01-02-029	<p>Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte einen oder mehrere Codes:</p> <p>I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz; I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz; I50.02! Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden; I50.03! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung; I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung; I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe; I50.11 Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden; I50.12 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung; I50.13 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung; I50.14 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe; I50.19 Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet; I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet</p>	<p>I51.4-I51.9 werden ebenfalls im Hinweistext von I11.- als mögliche Kombination angegeben. Diese Codes sollten ggf. ebenfalls in den Vorschlag aufgenommen werden.</p>
01-02-030	<p>Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte einen oder mehrere Codes:</p> <p>N18.1 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1; N18.2 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2; N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3; N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4; N18.5</p>	<p>N00-N07 oder N26 werden ebenfalls im Hinweistext von I12.- als mögliche Kombination angegeben. Diese Codes sollten ggf. ebenfalls in den Vorschlag aufgenommen werden.</p>

	<p>Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5; N18.80 Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung; N18.89 Sonstige chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bezeichnet; N18.9 Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet; N19 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz</p>	
01-02-048	<p>Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte einen oder mehrere Kodes: I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz; I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz; I50.02! Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden; I50.03! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung; I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung; I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe; I50.11 Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden; I50.12 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung; I50.13 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung; I50.14 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe; I50.19 Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet; I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet</p>	<p>I51.4-I51.9, N00-N07, N18.-, N19 und N26 werden ebenfalls im Hinweistext von I13.- als mögliche Kombination angegeben. Diese Kodes sollten ggf. ebenfalls in den Vorschlag aufgenommen werden.</p>
01-02-049	<p>Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte einen oder mehrere Kodes: N18.1 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1; N18.2 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2; N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3; N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4; N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5; N18.80 Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung; N18.89 Sonstige chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bezeichnet; N18.9 Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet; N19 Nicht näher bezeichnete</p>	<p>I51.4-I51.9, N00-N07, und N26 werden ebenfalls im Hinweistext von I13.- als mögliche Kombination angegeben. (I50.- ist bereits durch 01-02-048 abgedeckt.) Diese Kodes sollten ggf. ebenfalls in den Vorschlag aufgenommen werden.</p>

	Niereninsuffizienz	
03-02-036	Prüfparameter I21.0; I21.1; I21.2; I21.3; I21.4; I21.9	Mögliche Änderung zur amtlichen Fassung der ICD-10-GM 2024 (befindet sich aktuell noch in Abstimmung): I21.4 wird ggf. auf 5. Stelle ausdifferenziert
03-02-038		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-040		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-042		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-044		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-046		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-068 bis 03-02-078		Wir haben keine Anmerkungen (s. a. Anlage I Teil A: Neue Regeln)

ANLAGE II ZUM BESCHLUSS „KODIERVORGABEN NACH § 295 ABS. 4 SGB V“

PRÜFREGELN AUS DEM „ANFORDERUNGSKATALOG ZUR ANWENDUNG DER ICD-10-GM“ UND DER ICD-10-STAMMDATEI DER KBV ZUM UMGANG MIT DAUERDIAGNOSEN

Regelquelle	Textstelle	Anmerkungen BfArM
§ 2 Nr. 2 der Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V		Wir haben keine Anmerkungen



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - BfArM

Stand: 17.08.2023

Tabelle 1: Stellungnahme des BfArM vom 16.08.2023

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
In der ICD-10-GM gibt es weitere Sepsis Codes (s.a. Exklusiva unter A41.-). Wir regen an zu prüfen, ob die Prüfregele um weitere erregerspezifische Sepsis-Codes erweitert werden sollten.	Die Anregung wird aufgenommen, eine entsprechende Erweiterung zum kommenden Update der Regeln zu 2025 geprüft und soweit möglich umgesetzt.
U69.73! ist eine sekundäre Schlüsselnummer und daher mit einem Ausrufezeichen anzugeben.	Kenntnisnahme: Da die Zusatzkennzeichen (!,*,+) kein Bestandteil des Codes und in der ICD-10-GM fest vorgegeben sind, verzichten wir auf die Angabe in den Stammdateien der KBV. Sie können von den Softwaresystemen und den Empfängerstellen der Daten problemlos zugesetzt werden.
U69.73! ist in Verbindung mit einem Code für den Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen (4. Stelle „.6“) oder mit multiplen Komplikationen (4. Stelle „.7“) zu verwenden. Da U69.73! auch für die 4. Stelle „.7“ verwendet werden kann, schlagen wir vor, die Ausdifferenzierung von E10-E14 um die 4. Stelle „.7“ zu erweitern.	Kenntnisnahme: Das ist klassifikatorisch richtig. Es wurde bewusst auf eine kombinierte Abbildung in einer Regel verzichtet, da bei der Kürze der Hinweistexte und der Komplexität der Diabeteskodierung keine eindeutige Vorgehensweise in der praktischen Umsetzung gesehen wurde. Hintergrund und diskutierte Fragestellung: Wenn bereits ein Diabetes mellitus mit nur einer Komplikation vorliegt z. B. einer Augenkomplikation, führt dann die Hypoglykämie dazu, in einen Code mit .7 multiple Komplikationen zu wechseln? Oder gilt der Hinweis nur dann, wenn bereits ein Code mit .7 für den Diabetes mellitus vorliegt? Hier bedarf es flankierender Maßnahmen bevor eine entsprechende Prüfregele zu den Codes mit .7 aufgenommen werden können. Dies wird weiterhin geprüft werden. Bereits hinterlegt ist der Code U69.73! bzw. U69.74! bei der Auflistung der ggf. zu ergänzenden Codes für die Prüfregele, die durch einen Diabeteskode .7 ausgelöst wird.
Die 5. Stelle „0 Nicht als entgleist bezeichnet“ schließt sich inhaltlich mit dem Vorliegen eines hypoglykämischen Komas aus. Ggf. ist zu prüfen ob auch eine entsprechende Regel für U69.72! aufzunehmen ist.	Kenntnisnahme: Die Aufnahme einer entsprechenden Regel wird für 2025 geprüft.
U69.74! ist eine sekundäre Schlüsselnummer und daher mit einem Ausrufezeichen anzugeben.	Kenntnisnahme: s. o.
U69.74! ist in Verbindung mit einem Code für den Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen (4. Stelle „.6“) oder mit multiplen Komplikationen (4. Stelle „.7“) zu verwenden. Da U69.74! auch für die 4. Stelle „.7“ verwendet werden kann, schlagen wir vor, die Ausdifferenzierung von E10-E14 um die 4. Stelle „.7“ zu erweitern.	Kenntnisnahme: s. o.



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - BfArM

Stand: 17.08.2023

Tabelle 1: Stellungnahme des BfArM vom 16.08.2023

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
In der ICD-10-GM gibt es weitere sekundäre Schlüsselnummern (U69.70! – U69.72!) zur Angabe des Schweregrades einer Hypoglykämie. Außerdem wurde in der Vorabversion zur ICD-10-GM 2024 eine weitere sekundäre Schlüsselnummer (U69.75! Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter) aufgenommen. Wir regen an zu prüfen, ob die Prüfregele um weitere sekundäre Schlüsselnummern aus U69.7-! ergänzt werden sollten.	Kenntnisnahme: Auf diese Codes wurde zunächst bewusst verzichtet. Im Hinblick auf mögliche Konsequenzen im Praxisablauf und Aussagekraft der Kodierung konzentriert sich die Erweiterung zunächst ausschließlich auf die Codes U69.73! und U69.74!, die explizit mit dem in der Prüfregele abgefragten Zusammenhang mit einem Diabetes mellitus verknüpft sind. Die übrigen Codes können teils, wie beispielsweise die U69.70! Milde Hypoglykämie, als nicht rezidivierend bezeichnet, aus unterschiedlichsten Gründen zur Anwendung kommen.
K77.8* kommt in der Systematik nicht im Hinweistext der 4. Stelle „6“ vor. Falls die Alpha- ID-SE/ das Alphabetische Verzeichnis zugrunde gelegt wurde, könnten theoretisch noch weitere Codes ergänzt werden, z.B. Kombination mit G31.88 oder L99.8*.	Kenntnisnahme: Die Aufnahme des Codes erfolgte aufgrund von Anwenderhinweisen. Bei der Prüfung weiterer Codes enthielten diese teils eher unspezifische Angaben wie "sonstige". Auf die Zuordnung wurde aus diesem Grund verzichtet.
M14.2-* und nachgeordnete Codes sind als Sternkodes auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.
M14.6-* und nachgeordnete Codes sind als Sternkodes auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.
U69.70! - U69.74! sind als sekundäre Schlüsselnummern mit Ausrufezeichen auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.
Für die Prüfparameter E10.6- ;E10.60;E10.61 kann außerdem zusätzlich der Code U69.75! verwendet werden (ggf. kann dies in seperater Prüfregele aufgegriffen werden).	Kenntnisnahme: Das ist klassifikatorisch richtig. Es wurde bewusst auf eine kombinierte Abbildung in einer Regel verzichtet, da bei der Kürze der Hinweistexte und der Komplexität der Diabeteskodierung kein eindeutiger Hinweis auf den Diabetes Typ 1 realisiert werden konnte. Bereits hinterlegt ist der Code U69.75! in einer eigenen Prüfregele sowie in der Prüfregele 01-02-066 bei gleichzeitiger Kodierung Typ 1 und Typ 2 Diabetes mellitus.
Die Formulierung „einen weiteren“ stellt sich uns nicht eindeutig dar. „Einen weiteren“ zu was? (Die alleinige Kombination mit dem Prüfparameter wäre nicht korrekt.)	Kenntnisnahme: Die von den sonstigen Prüfregele abweichende Textierung werden wir prüfen und ggf. anpassen.
U69.70! - U69.74! sind als sekundäre Schlüsselnummern mit Ausrufezeichen auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.
Für die Prüfparameter E10.72;E10.73 kann außerdem zusätzlich der Code U69.75! verwendet werden.	Kenntnisnahme: s. o.
U69.75! ist als sekundäre Schlüsselnummern mit Ausrufezeichen auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - BfArM

Stand: 17.08.2023

Tabelle 1: Stellungnahme des BfArM vom 16.08.2023

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
Die Kombination mit E10.- ist vorausgesetzt, damit U69.75! verwendet werden darf. Es kann nur ein spezifischer Kode aus E10.- ausgewählt werden. Warum „oder mehrere Kodes“?	Kenntnisnahme: Nach Prüfung der Umsetzungsschritte, Abwägen der Fehleranfälligkeit und der Bearbeitungsabläufe wurde sich bereits in 2020 bei Erstbeschluss der Kodiervorgaben bewusst für eine einheitliche Formulierung der Hinweistexte entschieden auch wenn diese bei einigen Regeln im Detail nicht passgerecht sind. Nach mittlerweile einjähriger Anwendung liegen dazu keine Rückmeldungen aus der Praxis vor.
In der ICD-10-GM gibt es weitere Sepsis Kodes (s.a. Exklusiva unter A41.-). Wir regen an zu prüfen, ob die Prüfregele um weitere erregerspezifische Sepsis-Kodes erweitert werden sollten.	Die Anregung wird aufgenommen, eine entsprechende Erweiterung zum kommenden Update der Regeln zu 2025 geprüft und soweit möglich umgesetzt.
Mögliche Änderung zur amtlichen Fassung der ICD-10- GM 2024 (befindet sich aktuell noch in Abstimmung): I21.4 wird ggf. auf 5. Stelle ausdifferenziert	Die Prüfregele bezieht sich auf den vierstelligen Kode. Dieser kann nach der fünfstelligen Ausdifferenzierung für die Kodierung für den hausärztlichen Versorgungsbereich, die fachfremde Kodierung in der fachärztlichen Versorgung und im Notfall weiter zur Anwendung kommen. Von daher bleibt die Prüfregele wie vorgelegt für 2024 bestehen. Aufgrund der benötigten Zeitvorläufe ist die Erweiterung der Prüfregele um die neuen fünfstelligen Kodes für 2025 vorgesehen.
Die vorgeschlagenen Kodes zur Angabe der Augenkomplikationen sind als Sternkodes auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.
Die vorgeschlagenen Kodes zur Angabe der neurologischen Komplikationen sind als Sternkodes auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.
Es wird nur ein Kode vorgeschlagen, daher ggf. Anpassung des Hinweistextes (s.a. 01-02-010)	Kenntnisnahme: Nach Prüfung der Umsetzungsschritte, Abwägen der Fehleranfälligkeit und der Bearbeitungsabläufe wurde sich bereits in 2020 bei Erstbeschluss der Kodiervorgaben bewusst für eine einheitliche Formulierung der Hinweistexte entschieden auch wenn diese bei einigen Regeln im Detail nicht passgerecht sind. Nach mittlerweile einjähriger Anwendung liegen dazu keine Rückmeldungen aus der Praxis vor.
N08.3* ist als Sternkode auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.
H28.0* und H36.0* sind als Sternkode auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.
G59.0* und G63.2* sind als Sternkode auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - BfArM

Stand: 17.08.2023

Tabelle 1: Stellungnahme des BfArM vom 16.08.2023

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
I79.2* ist als Sternkode auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.
M14.2-* und untergeordnete Kodes sind als Sternkode auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.
G46.0* ist als Sternkode auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.
Da in diesem Vorschlag nur I66.0 angegeben ist, sollte die Pluralformulierung im Hinweistext angepasst werden.	Kenntnisnahme: s. o.
G46.1* ist als Sternkode auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.
Da in diesem Vorschlag nur I66.1 angegeben ist, sollte die Pluralformulierung im Hinweistext angepasst werden.	Kenntnisnahme: s. o.
G46.2* ist als Sternkode auszuzeichnen.	Kenntnisnahme: s. o.
Da in diesem Vorschlag nur I66.2 angegeben ist, sollte die Pluralformulierung im Hinweistext angepasst werden.	Kenntnisnahme: s. o.
I51.4-I51.9 werden ebenfalls im Hinweistext von I11.- als mögliche Kombination angegeben. Diese Kodes sollten ggf. ebenfalls in den Vorschlag aufgenommen werden.	Kenntnisnahme: Auf die Aufnahme der Kodes wurde bewusst verzichtet, da es sich um unspezifische Kodes handelt, deren Kodierung nicht gefördert werden soll.
N00-N07 oder N26 werden ebenfalls im Hinweistext von I12.- als mögliche Kombination angegeben. Diese Kodes sollten ggf. ebenfalls in den Vorschlag aufgenommen werden.	Kenntnisnahme: Eine Erweiterung um N00-N07 sowie N26 wird geprüft.
I51.4-I51.9, N00-N07, N18.-, N19 und N26 werden ebenfalls im Hinweistext von I13.- als mögliche Kombination angegeben. Diese Kodes sollten ggf. ebenfalls in den Vorschlag aufgenommen werden.	Kenntnisnahme: Der Hinweis auf N18.- und N19.- wurde spezifisch in der Regel zum Kode I13.1 zugeordnet s. u. Weitere Anmerkungen s. o.
I51.4-I51.9, N00-N07, und N26 werden ebenfalls im Hinweistext von I13.- als mögliche Kombination angegeben. (I50.- ist bereits durch 01-02-048 abgedeckt.) Diese Kodes sollten ggf. ebenfalls in den Vorschlag aufgenommen werden.	Kenntnisnahme: Eine Erweiterung um N00-N07 sowie N26 wird geprüft. Weitere Anmerkungen s. o.



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - BfArM

Stand: 17.08.2023

Tabelle 1: Stellungnahme des BfArM vom 16.08.2023

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
Mögliche Änderung zur amtlichen Fassung der ICD-10- GM 2024 (befindet sich aktuell noch in Abstimmung): I21.4 wird ggf. auf 5. Stelle ausdifferenziert	Die Prüfregele bezieht sich auf den vierstelligen Kode. Dieser kann nach der fünfstelligen Ausdifferenzierung für die Kodierung für den hausärztlichen Versorgungsbereich, die fachfremde Kodierung in der fachärztlichen Versorgung und im Notfall weiter zur Anwendung kommen. Von daher bleibt die Prüfregele wie vorgelegt für 2024 bestehen. Aufgrund der benötigten Zeitvorläufe ist die Erweiterung der Prüfregele um die neuen fünfstelligen Kodes für 2025 vorgesehen.



Spitzenverband

GKV-Spitzenverband Reinhardtstr. 28 10117 Berlin
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Frau Anna Maria Raskop
Abteilungsleiterin
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Dr. Torsten Fürstenberg
Ambulante Versorgung
Ansprechpartner/-in: Frau Dr. Barsch
Abt. Ambulante Versorgung
Tel.: 030 206288-2117
Fax: 030 206288-82117

Antje.Barsch@
gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband
Postfach 04 05 65 · 10063 Berlin
Reinhardtstraße 28 · 10117 Berlin
www.gkv-spitzenverband.de

24.08.2023

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Kodiervorgaben nach § 295 zum Zwecke der Benehmensherstellung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V

Sehr geehrte Frau Raskop,

mit Schreiben vom 28. Juli 2023 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung den GKV-Spitzenverband über den Entwurf der Überarbeitung der Anlagen zum Beschluss „Kodiervorgaben“ nach § 295 Abs. 4 SGB V vom 12. Juni 2020 im Rahmen der jährlich zu aktualisierenden Kodiervorgaben informiert und diesen Entwurf zum Zwecke der Benehmensherstellung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V zur Verfügung gestellt. Konkret betreffen die Überarbeitungen Anlage I: Prüffregeln aus der Kodierregelwerk-Stammdatei zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnosenverschlüsselung nach ICD-10-GM sowie Anlage II: Prüffregeln aus dem Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM und der ICD-10-Stammdatei der KBV zum Umgang mit Dauerdiagnosen.

Zur Benehmensherstellung wird um Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes gebeten. Der GKV-Spitzenverband nimmt hiermit gemäß § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V im Zuge der Benehmensherstellung Stellung zum vorgelegten Entwurf der Überarbeitung der Anlagen zum Beschluss „Kodiervorgaben“ nach § 295 Abs. 4 SGB V vom 12. Juni 2020 im Rahmen der jährlich zu aktualisierenden Kodiervorgaben.



I. Allgemeine Bewertung

Der GKV-Spitzenverband begrüßt nach wie vor die Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung ambulanter Kodiervorgaben als einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Kodierqualität in der vertragsärztlichen Versorgung. Dies insbesondere vor dem Hintergrund der Vergütungsrelevanz ärztlicher Diagnosen als Grundlage der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 sowie der Zuweisung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA).

Ausdrücklich bedankt sich der GKV-Spitzenverband für die mit der Aktualisierung vorgenommene Umsetzung von Vorschlägen, die auf unsere Stellungnahme vom 27. März 2020, unser Schreiben zur Weiterentwicklung der Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V vom 25. Juli 2022 sowie den Austausch auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses zurückzuführen sind. Das betrifft obligate und fakultative Prüfungen der dauerhaften Kodierung einer weiteren Erkrankung – der Sepsis –, als eine üblicherweise stationär zu behandelnde Erkrankung (vgl. Anlagen I und II zum Beschluss „Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V). Gleichwohl umfasst die auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses vereinbarte Liste zur Überprüfung der Persistenz von üblicherweise stationären Akutdiagnosen neben den in der Prüffregel der Anlagen I und II enthaltenen Erkrankungen aus den Bereichen Ischämische Herzkrankheiten bzw. Zerebrovaskuläre Krankheiten sowie der Sepsis (neu), auch weitere bislang immer noch nicht berücksichtigte Erkrankungen wie beispielsweise Frakturen unterschiedlicher Lokalisation sowie intestinale Obstruktionen.

Weitere neue Regeln basieren auf der Erweiterung der ICD-10-GM zur Kodierung des Diabetes mellitus zur Dokumentation der Hypoglykämie und Insulinresistenz.

II. Stellungnahme zum Entwurf der Aktualisierung der „Kodiervorgaben gemäß § 295“

Wie für die bereits bestehenden ambulanten Kodiervorgaben sieht der GKV-Spitzenverband auch für den vorliegenden Entwurf der Überarbeitung deutliche Verbesserungspotenziale. In diesem Zusammenhang möchten wir erneut auf unsere Stellungnahme vom 27. März 2020 verweisen, in der wir unsere Vorschläge zur Anpassung der Kodiervorgaben aufgeführt und ausführlich begründet haben sowie auf unser Schreiben zur Weiterentwicklung der Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V vom 25. Juli 2022, in dem wir ebenfalls konkret unsere Vorschläge dargelegt haben.

Verbesserungspotentiale betreffen insbesondere:

- (1) den gewählten Grad der Verbindlichkeit der einzelnen Prüfregele, der aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nach wie vor hinter den Erwartungen an eine Sicherstellung einheitlicher Kodierung zurückbleibt. Es ist weiterhin möglich, einen Teil der Prüfregele im Vorfeld durch die Arztpraxis generell abzuschalten, so dass die Kodierung des Arztes bzw. der Ärztin von der Prüfung durch diese Regeln ausgenommen wird.
- (2) den Hinweischarakter der Prüfregele: dieser bleibt weiterhin erhalten, sodass die Prüfregele nur mit zusätzlichem Aufwand durch den Kodierenden befolgt werden können. Der zusätzliche Aufwand sollte aber darin bestehen, wenn der Anwender die Hinweise nicht befolgen will. D. h. aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die Prüfregele durchgängig so implementiert werden, dass sie bei Zutreffen grundsätzlich umgesetzt werden und der Arzt bzw. die Ärztin dies nur durch eine aktive Reaktion widerrufen kann. Das heißt nicht, dass eine verbindliche Anpassung der Kodierung erfolgen soll, sondern lediglich, dass der Anreiz für den Arzt, den Kodiervorgaben zu folgen, erhöht werden soll. Wir möchten daher nochmals die Aktualität unserer Vorschläge aus unserer Stellungnahme vom 27. März 2020 betonen und Sie erneut um deren Berücksichtigung bitten.
- (3) unseren Hinweis auf fehlende Transparenz hinsichtlich der Unterscheidung und Anwendung „fakultativer“ vs. „obligater“ Kodierrregeln (vgl. Stellungnahme des GKV-SV vom 27. März 2020): Ihre Begründung *„Das Zulassen "fakultativer" Regeln beruht auf der Annahme, dass nicht jede Regel in jeder Fachgruppe gleichermaßen relevant ist.“* erscheint uns nicht stichhaltig. So gibt es beispielsweise für die Kodierung des Diabetes mellitus mit Komplikationen fakultative Regeln für die fehlende Kodierung von Komplikationen, aber obligate Regeln für die fehlende Kodierung des Diabetes mellitus. Eine fachgruppenbezogene Unterscheidung ist im Sinne einer korrekten Kodierung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sachgerecht.
- (4) die fakultative Prüfung der Dauerdiagnosen: Nicht nachvollziehbar ist für uns, warum die Prüfung von Dauerdiagnosen regelhaft als fakultativ ausgestaltet ist, die Prüfung zum „Zustand nach“ aber obligat ist.
- (5) die konkrete Definition der Behandlungsdiagnosen: Vor dem Hintergrund, dass durch die verbindliche Anwendung der Kodiervorgaben als Diagnosen lediglich Behandlungsdiagnosen gemäß § 2 Abs. 1 in die Abrechnungsunterlagen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V Eingang finden sollen, hatte der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme vom 27. März 2020 einen

Vorschlag für die genauere Definition von Behandlungsdiagnosen unterbreitet. Die Ablehnung dieses Vorschlags begründeten Sie damit, dass § 2 BMV-Ä die vertragsärztlichen Leistungen regelt und da die Kodiervorgaben weitere Versorgungsbereiche (z. B. § 116b SGB V) einbeziehen, sei ein Verweis auf § 2 BMV-Ä nicht möglich. Jedoch ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes unbedingt eine Klarstellung angezeigt, was unter einer Behandlung bzw. ärztlichen Leistung explizit zu verstehen ist, denn Behandlungsdiagnosen sind Bestandteil der abrechnungsbegründenden Unterlagen und wesentliche Grundlage der Berechnung der Veränderungsrate der von den Krankenkassen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V.

Spezifische Anmerkungen zu den vorgesehenen Anpassungen:

- (1) Die neuen obligaten Regeln für die Kodierung der Sepsiskodes (01-01-050 bis 01-01-060) betreffen alle endständigen Ausprägungen des ICD-3Stellers „A41“ und unterscheiden sich lediglich in der jeweiligen Angabe des spezifischen Sepsis-Kodes. Wir schlagen vor, diese Regeln in einer Regel zusammenzufassen, wie dies auch z. B. für die endständigen Ausprägungen des ICD-3Stellers „I21“ „Akuter Myokardinfarkt“ (Regel 01-01-001) erfolgt.
- (2) Analog zu den neuerstellten Regelungen für die Sepsis-Kodes des ICD-3Stellers „A41“ sollte die Einführung adäquater Regeln auch für andere Sepsis-Kodes (A02.1, A20.7, A22.7, A26.7, A32.7, A39.2, A39.3, A39.4, A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A42.7, B37.7, P36.0, P36.1, P36.2, P36.3, P36.4, P36.5, P36.8, P36.9) geprüft werden.
- (3) Für einige Regeln (u. a. 03-02-036) ist der Prüfzeitpunkt auf „wählbar“ geändert bzw. in einigen neuen Regeln (u. a. 03-02-068) als „wählbar“ eingetragen worden. Wir bitten um Erläuterung, was sich dahinter verbirgt?
- (4) Die Regel 03-02-035 ist offenbar ersatzlos gestrichen. Dies erscheint aber nicht in dem Dokument mit den gelöschten Regeln (2023-07-26_Anlage_I_Teil B_KRW_Entwurf.pdf). In der gelöschten Regel 03-02-035 gab es den Kodierzeitpunkt „bei_Kodierung“, der in der entsprechenden Regel 03-02-036 aber nicht mehr enthalten ist. Wir bitten um Begründung, warum diese Regel weggefallen ist.

Gestattet sei uns zudem der Hinweis, dass ein Servicedokument mit den sichtbar durchgeführten Anpassungen sehr hilfreich bei der Bearbeitung Ihrer Anfrage nach einer Stellungnahme ist und gleichzeitig auch Transparenz für Dritte schafft, um Anpassungen und Änderungen im zeitlichen Verlauf nachvollziehen zu können. Der Aufwand unsererseits, die bereits bestehenden Regeln auf etwaige Änderungen zu prüfen (s. insbesondere die Nr. 4-6 in den spezifischen Anmerkungen) ist

erheblich und steht in keinem Verhältnis zum Aufwand einer möglichen Kennzeichnung der Änderungen ihrerseits.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Torsten Fürstenberg



Zusammenfassung und Auswertung der nach Fristverlängerung eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 24.08.2023

Tabelle 2: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 24.08.2023

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>1. Allgemeine Bewertung</p> <p>Der GKV-Spitzenverband begrüßt nach wie vor die Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung ambulanter Kodiervorgaben als einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Kodierqualität in der vertragsärztlichen Versorgung. Dies insbesondere vor dem Hintergrund der Vergütungsrelevanz ärztlicher Diagnosen als Grundlage der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 sowie der Zuweisung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA).</p> <p>Ausdrücklich bedankt sich der GKV-Spitzenverband für die mit der Aktualisierung vorgenommene Umsetzung von Vorschlägen, die auf unsere Stellungnahme vom 27. März 2020, unser Schreiben zur Weiterentwicklung der Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V vom 25. Juli 2022 sowie den Austausch auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses zurückzuführen sind. Das betrifft obligate und fakultative Prüfungen der dauerhaften Kodierung einer weiteren Erkrankung - der Sepsis-, als eine üblicherweise stationär zu behandelnde Erkrankung (vgl. Anlagen I und II zum Beschluss „Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V). Gleichwohl umfasst die auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses vereinbarte Liste zur Überprüfung der Persistenz von üblicherweise stationären Akutdiagnosen neben den in der Prüfregel der Anlagen I und II enthaltenen Erkrankungen aus den Bereichen Ischämische Herzkrankheiten bzw. Zerebrovaskuläre Krankheiten sowie der Sepsis (neu), auch weitere bislang immer noch nicht berücksichtigte Erkrankungen wie beispielsweise Frakturen unterschiedlicher Lokalisation sowie intestinale Obstruktionen.</p> <p>Weitere neue Regeln basieren auf der Erweiterung der ICD-10-GM zur Kodierung des Diabetes mellitus zur Dokumentation der Hypoglykämie und Insulinresistenz.</p>	<p>Kenntnisnahme: Die Anregung zur Aufnahme weiterer Sepsis-Kodes wird aufgenommen, eine entsprechende Erweiterung zum kommenden Update der Regeln zu 2025 geprüft und soweit möglich umgesetzt. Ebenso werden wir die weiteren Erkrankungsbereiche zur Ergänzung von entsprechenden Hinweisen prüfen.</p>
<p>2. Stellungnahme zum Entwurf der Aktualisierung der Kodiervorgaben gemäß § 295</p> <p>Wie für die bereits bestehenden ambulanten Kodiervorgaben sieht der GKV-Spitzenverband auch für den vorliegenden Entwurf der Überarbeitung deutliche Verbesserungspotenziale. In diesem Zusammenhang möchten wir erneut auf unsere Stellungnahme vom 27. März 2020 verweisen, in der wir unsere Vorschläge zur Anpassung der Kodiervorgaben aufgeführt und ausführlich begründet haben sowie auf unser Schreiben zur Weiterentwicklung der Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V vom 25. Juli 2022, in dem wir ebenfalls konkret unsere Vorschläge dargelegt haben. Verbesserungspotenziale betreffen insbesondere:</p>	<p>Kenntnisnahme</p>



Zusammenfassung und Auswertung der nach Fristverlängerung eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 24.08.2023

Tabelle 2: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 24.08.2023

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>3. Verbesserungspotenziale (1) den gewählten Grad der Verbindlichkeit der einzelnen Prüfregele, der aus Sicht des GKV- Spitzenverbandes nach wie vor hinter den Erwartungen an eine Sicherstellung einheitlicher Kodierung zurückbleibt. Es ist weiterhin möglich, einen Teil der Prüfregele im Vorfeld durch die Arztpraxis generell abzuschalten, so dass die Kodierung des Arztes bzw. der Ärztin von der Prüfung durch diese Regeln ausgenommen wird.</p>	<p>Das Zulassen "fakultativer" Regeln beruht auf der Annahme, dass nicht jede Regel in jeder Fachgruppe gleichermaßen relevant ist.</p>
<p>4. Verbesserungspotenziale (2) den Hinweisscharakter der Prüfregele: dieser bleibt weiterhin erhalten, sodass die Prüfregele nur mit zusätzlichem Aufwand durch den Kodierenden befolgt werden können. Der zusätzliche Aufwand sollte aber darin bestehen, wenn der Anwender die Hinweise nicht befolgen will. D. h. aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die Prüfregele durchgängig so implementiert werden, dass sie bei Zutreffen grundsätzlich umgesetzt werden und der Arzt bzw. die Ärztin dies nur durch eine aktive Reaktion widerrufen kann. Das heißt nicht, dass eine verbindliche Anpassung der Kodierung erfolgen soll, sondern lediglich, dass der Anreiz für den Arzt, den Kodiervorgaben zu folgen, erhöht werden soll. Wir möchten daher nochmals die Aktualität unserer Vorschläge aus unserer Stellungnahme vom 27. März 2020 betonen und Sie erneut um deren Berücksichtigung bitten.</p>	<p>Kenntnisnahme</p>
<p>5. Verbesserungspotenziale (3) unseren Hinweis auf fehlende Transparenz hinsichtlich der Unterscheidung und Anwendung „fakultativer“ vs. „obligater“ Kodierregeln (vgl. Stellungnahme des GKV-SV vom 27. März 2020): Ihre Begründung „Das Zulassen "fakultativer" Regeln beruht auf der Annahme, dass nicht jede Regel in jeder Fachgruppe gleichermaßen relevant ist." erscheint uns nicht stichhaltig. So gibt es beispielsweise für die Kodierung des Diabetes mellitus mit Komplikationen fakultative Regeln für die fehlende Kodierung von Komplikationen, aber obligate Regeln für die fehlende Kodierung des Diabetes mellitus. Eine fachgruppenbezogene Unterscheidung ist im Sinne einer korrekten Kodierung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sachgerecht.</p>	<p>Das Zulassen "fakultativer" Regeln beruht auf der Annahme, dass nicht jede Regel in jeder Fachgruppe gleichermaßen relevant ist.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der nach Fristverlängerung eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 24.08.2023

Tabelle 2: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 24.08.2023

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>6. Verbesserungspotenziale (4) die fakultative Prüfung der Dauerdiagnosen: Nicht nachvollziehbar ist für uns, warum die Prüfung von Dauerdiagnosen regelhaft als fakultativ ausgestaltet ist, die Prüfung zum „Zustand nach“ aber obligat ist.</p>	s. o.
<p>7. Verbesserungspotenziale (5) die konkrete Definition der Behandlungsdiagnosen: Vor dem Hintergrund, dass durch die verbindliche Anwendung der Kodiervorgaben als Diagnosen lediglich Behandlungsdiagnosen gemäß § 2 Abs. 1 in die Abrechnungsunterlagen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V Eingang finden sollen, hatte der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme vom 27. März 2020 einen Vorschlag für die genauere Definition von Behandlungsdiagnosen unterbreitet. Die Ablehnung dieses Vorschlags begründeten Sie damit, dass § 2 BMV-Ä die vertragsärztlichen Leistungen regelt und da die Kodiervorgaben weitere Versorgungsbereiche (z.B. § 116b SGB V) einbeziehen, sei ein Verweis auf § 2 BMV-Ä nicht möglich. Jedoch ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes unbedingt eine Klarstellung angezeigt, was unter einer Behandlung bzw. ärztlichen Leistung explizit zu verstehen ist, denn Behandlungsdiagnosen sind Bestandteil der abrechnungsbegründenden Unterlagen und wesentliche Grundlage der Berechnung der Veränderungsrate der von den Krankenkassen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V.</p>	Kenntnisnahme
<p>8. Spezifische Anmerkungen zu den vorgesehenen Anpassungen (1) Die neuen obligaten Regeln für die Kodierung der Sepsiskodes (01-01-050 bis 01-01-060) betreffen alle endständigen Ausprägungen des ICD-3Stellers „A41“ und unterscheiden sich lediglich in der jeweiligen Angabe des spezifischen Sepsis-Kodes. Wir schlagen vor, diese Regeln in einer Regel zusammenzufassen, wie dies auch z. B. für die endständigen Ausprägungen des ICD-3Stellers „121“ „Akuter Myokardinfarkt“ (Regel 01-01-001) erfolgt.</p>	Kenntnisnahme: Die Anregung zur Aufnahme weiterer Sepsis-Kodes wird aufgenommen, eine entsprechende Erweiterung zum kommenden Update der Regeln zu 2025 geprüft und soweit möglich umgesetzt.
<p>9. Spezifische Anmerkungen zu den vorgesehenen Anpassungen (2) Analog zu den neuerstellten Regelungen für die Sepsis-Kodes des ICD-3Stellers „A41“ sollte die Einführung adäquater Regeln auch für andere Sepsis-Kodes (A02. I, A20.7, A22.7, A26.7, A32.7, A39.2, A39.3, A39.4, A40.0, A40. I, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A42.7, 837.7, P36.0, P36. I, P36.2, P36.3, P36.4, P36.5, P36.8, P36.9) geprüft werden.</p>	s. o.



Zusammenfassung und Auswertung der nach Fristverlängerung eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 24.08.2023

Tabelle 2: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 24.08.2023

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>10. Spezifische Anmerkungen zu den vorgesehenen Anpassungen (3) Für einige Regeln (u. a. 03-02-036) ist der Prüfzeitpunkt auf „wählbar“ geändert bzw. in einigen neuen Regeln (u. a. 03-02-068) als „wählbar“ eingetragen worden. Wir bitten um Erläuterung, was sich dahinter verbirgt?</p>	<p>Kenntnisnahme: Die Kodiervorgaben sollen primär mit praxisrelevanten Regeln und Hinweisen zum Zeitpunkt der Generierung eines Kodes starten, damit bereits im Rahmen der Kodierung reagiert werden kann. Dazu liegen entsprechende Regeln vor. Unter Berücksichtigung des Praxisablaufes erfolgte eine erste Flankierung dieser Vorgaben mit quartalsübergreifenden Regelungen, um die Kodierung von Dauordiagnosen über mehrere Quartale hinweg zu beregeln. Dieser Prüfvorgang kann zu einem beliebigen vom Praxis-Team festzulegenden Zeitpunkt gestartet werden.</p>
<p>11. Spezifische Anmerkungen zu den vorgesehenen Anpassungen (4) Die Regel 03-02-035 ist offenbar ersatzlos gestrichen. Dies erscheint aber nicht in dem Dokument mit den gelöschten Regeln (2023-07-26_Anlage_I_Teil B_KRW_Entwurf.pdf). In der gelöschten Regel 03-02-035 gab es den Kodierzeitpunkt „beLKodierung“, der in der entsprechenden Regel 03-02-036 aber nicht mehr enthalten ist. Wir bitten um Begründung, warum diese Regel weggefallen ist.</p>	<p>Kenntnisnahme: Primär waren alle quartalsübergreifenden Regeln inhaltlich identisch doppelt angelegt mit unterschiedlichen Prüfzeitpunkten (einmal mit dem Prüfzeitpunkt "bei Kodierung" und ein weiteres Mal mit den Prüfzeitpunkten "bei Abrechnung" und "wählbar"). Da alle diese Zeitpunkte durch den frei wählbaren Prüfzeitpunkt abgedeckt sind, hat man das Regelwerk verschlankt und jede Regel nur noch einmal mit dem Prüfzeitpunkt "wählbar" versehen angelegt. Da es sich dabei um eine redaktionelle Änderung handelt, die flankiert durch den Anforderungskatalog für die Softwareherstellenden zu keiner Änderung in der Umsetzung für den Kodier-/Prüfablauf führt, wurde auf eine Auflistung bei den gelöschten Regeln verzichtet.</p>
<p>12. Gestattet sei uns zudem der Hinweis, dass ein Servicedokument mit den sichtbar durchgeführten Anpassungen sehr hilfreich bei der Bearbeitung Ihrer Anfrage nach einer Stellungnahme ist und gleichzeitig auch Transparenz für Dritte schafft, um Anpassungen und Änderungen im zeitlichen Verlauf nachvollziehen zu können. Der Aufwand unsererseits, die bereits bestehenden Regeln auf etwaige Änderungen zu prüfen (s. insbesondere die Nr. 4-6 in den spezifischen Anmerkungen) ist erheblich und steht in keinem Verhältnis zum Aufwand einer möglichen Kennzeichnung der Änderungen ihrerseits.</p>	<p>Kenntnisnahme: Die Anlagen mit den Prüfregeln werden als Abzug aus der entsprechenden Datenbank erzeugt. Für die Änderungsanzeigen ist eine Überarbeitung zum kommenden Update geplant. Bei der Veröffentlichung der Änderungen zu 2024 auf der Website der KBV werden die Änderungen entsprechend farblich gekennzeichnet.</p>