



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum
Entwurf der
Auswahl der im morbiditätsorientierten
Risikostrukturausgleich zu
berücksichtigenden Krankheiten
für das Ausgleichsjahr 2014**

(Krankheitsauswahl 2014)

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Vorbemerkungen.....	2
I. Kriterien zur Auswahl der Krankheiten.....	2
II. Änderungen der Krankheitsabgrenzung	3
Grundsätzliche Anmerkungen.....	3
Spezifische Anmerkungen	4
Ausschlusskategorie 501 „Symptom, Zustand,...“	4
Krankheit 91 „Entwicklungsstörungen“	6
Krankheit 101 „Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen“	7
Krankheit 189 „Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis“	7
Krankheit 357 „Medizinische Komplikationen“	7
Aufnahme der ICD-Kodierungen aus den Gruppen Z43,- , Z51,- und Z99,-.....	9
Zusammenfassung	11

Vorbemerkungen

Das Bundesversicherungsamt legt nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV die im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden 50-80 Krankheiten bis zum 30. September für das folgende Ausgleichsjahr fest. Bei der Auswahl sollen nach § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV „insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden. Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.“

I. Kriterien zur Auswahl der Krankheiten

Die unveränderte, empirisch-quantitativ orientierte Überprüfung der gesetzlich geforderten Kriterien ist zu begrüßen. Der mittlerweile durchgängige Verzicht auf Einzelfallbewertungen bringt einen erheblichen Zuwachs an Transparenz und Nachvollziehbarkeit mit sich und stärkt somit die Akzeptanz des Verfahrens und des Morbi-RSA insgesamt.

Die Umstellung auf die Vollerhebung verbessert durch die insgesamt vergrößerten absoluten Fallzahlen die Robustheit der Datenbasis und ist somit positiv zu beurteilen. Allerdings kann dadurch das aus unserer Sicht weiterhin bestehende Problem bei der Ermittlung der Kostenintensität einer Krankheit nicht behoben werden. Die bereits bekannten Verzerrungen zugunsten hochprävalenter Krankheiten bleiben auf Grund der beibehaltenden Gewichtung mit der Wurzelfunktion im Kern erhalten. Die Ergebnisse der diesjährigen Krankheitsauswahl, die nach wie vor zu einer übermäßigen Berücksichtigung von vergleichsweise kostengünstigen Volkskrankheiten führen, bestätigen dies. Daher plädiert der IKK e.V. weiterhin dafür, den Empfehlungen des alten Wissenschaftlichen Beirats zu folgen und bei der Betrachtung der Kostenintensität auf die Logarithmusfunktion zur Ermittlung der Prävalenzgewichte zurückzugreifen.

Zudem möchten wir abermals darauf hinweisen, dass die Prüfung des Schwellenwertkriteriums gemäß § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV nach unserer Auffassung auf die durchschnittlichen Leistungsausgaben jeder einzelnen Krankheit abstellt. In unserer Stellungnahme zum Entwurf des BVA für die Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013 hatten wir vorgeschlagen, in Zukunft eine Regressionsanalyse auf Basis der zeitgleichen Leistungsausgaben vorzunehmen, um die isolierten Kosten einzelner Erkrankungen abzubilden. Diesen Vorschlag halten wir weiterhin aufrecht.

Im Rahmen der Gestaltung des Klassifikationsmodells kann es zu Entwurfskonstellationen kommen, in denen sich einzelne Diagnosen oder Diagnosegruppen als insignifikant erweisen. Das BVA behält es sich in solchen Fällen vor, statisch nicht signifikante Zuschläge auszuschließen.¹ Der GKV-SV sieht hierin eine nachträgliche Negierung der Krankheitsauswahl. Auch deswegen versucht das BVA das Nullsetzen von

¹ Vgl. Erläuterung zum Entwurf zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2013, S.172.

Zuschlagsgruppen nach Möglichkeit durch den Neuzuschnitt von Zuschlagsgruppen z.B. durch Herausnahme oder Zusammenfassung von Diagnosen in Morbiditätsgruppen aktiv zu vermeiden.²

Letztlich besteht dadurch aber weiterhin die Gefahr, dass Diagnosen mit statisch nicht signifikanten Folgekosten im Rahmen des Morbi-RSA ausgleichsfähig werden. Durch die bisherige Praxis des BVA, statistischen Insignifikanzen durch einen Neuzuschnitt von Zuschlagsgruppen zu begegnen, ist es nicht auszuschließen, dass einzelne Diagnosen das erforderliche Signifikanzniveau nur durch die gemeinsame statistische Prüfung mit anderen, signifikanten Diagnosen erreichen. Dies ist aus Sicht der Innungskrankenkassen widersprüchlich zu den gesetzlich festgelegten Zielen des RSA. § 268 Abs.1 Satz 1 Nr. 2 SGB V spricht eindeutig davon, sich an den „durchschnittlichen *krankheitsspezifischen* Leistungsausgaben“ zu orientieren. Eine Vermeidung von ungerechtfertigten Zuschlägen kann nur durch in isolierter Betrachtung signifikante Regressionsgewichte der einzelnen Diagnosekodes sichergestellt werden.

Der IKK e.V. regt daher an, bereits im Rahmen der Krankheitsauswahl der Gefahr von insignifikanten, d.h. nicht sicher Folgekosten verursachenden Diagnosen zu begegnen. Dies sollte im Rahmen einer Regressionsanalyse auf der Ebene der unhierarchisierten ICD-Kodierungen geschehen. Diagnosen, die hier nicht das geforderten Signifikanzniveau aufweisen, d.h. am Nachweis signifikanter Folgekosten scheitern, könnten so bereits vor der Prüfung der weiteren Auswahlkriterien aus den entsprechenden Krankheitsbildern aussortiert werden. Für alle Diagnosen, die nach Durchführung der Krankheitsauswahl im Morbi-RSA ausgleichsfähig werden, kann im weiteren Verlauf des Verfahrens davon ausgegangen werden, dass sie Folgekosten in signifikantem Maße nach sich ziehen. Eine Neuzuschnitt von Zuschlagsgruppen mit dem Ziel der Vermeidung insignifikanter Schätzer bliebe dann im Hinblick auf den Nachweis realer, aus den indizierten Krankheitsbildern resultierenden Leistungsausgaben unproblematisch.

II. Änderungen der Krankheitsabgrenzung

Grundsätzliche Anmerkungen

Im Krankheitsauswahlverfahren für das Ausgleichsjahr 2013 hatte das BVA angekündigt, eine engere Abgrenzung der zur Auswahl stehenden Krankheiten anzustreben. Dieser Grundsatz, der im letzten Jahr begonnen wurde, wird in diesem Jahr nicht konsequent weiterverfolgt. Anstelle einer grundlegenden Überprüfung und Revision der Krankheitsabgrenzung werden lediglich die mit der Einführung des ICD-10-GM 2013 80 neu eingeführten Diagnosekodes in die Krankheiten einsortiert. Außerdem wurde die Krankheit 274 „Niereninsuffizienz“ geprüft. Diese konnte im letzten Auswahlverfahren aufgrund von Kapazitätsgründen nicht überprüft werden. Zusätzlich erfolgte eine systematische Überprüfung der Diagnosen in der Ausschlusskategorie 501 „Symptom, Zustand, ...“, bei denen eine Prüfung vom BVA bereits im letzten Auswahlverfahren angekündigt wurde.

² Vgl. Erläuterung zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2013, S.74.

Der IKK e.V. möchte in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen der Erläuterung im Rahmen der Krankheitsauswahl 2013 verweisen. Im Grundsatz strebt der Wissenschaftliche Beirat eine engere Abgrenzung bei den zur Auswahl stehenden Krankheiten an. Aus Sicht des IKK-Systems müssen daher alle Krankheiten hinsichtlich einer engeren Abgrenzung überprüft werden und ggf. eine Neudefinition der zugeordneten Diagnosen erfolgen. Insofern möchten wir das BVA dazu ermuntern, den im letzten Auswahlverfahren vorgeschlagenen Weg konsequent weiterzugehen und alle noch nicht überprüften Krankheiten einer diesbezüglichen Revision zu unterziehen.

Im Rahmen der Überprüfung der Krankheit 274 „Niereninsuffizienz“ führt das BVA aus, dass „etwa ein Drittel aller Versicherten mit einer Diagnose Q 61.1 auch eine N18-Diagnose aufweisen, und dass diese Versicherten deutlich höherer Kosten aufweisen als die Patienten mit Q61.1 aber ohne entsprechende Kodierung einer Niereninsuffizienz“³. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist ein solcher empirischer Vergleich von Folgekosten kein relevanter Anlass für die Überprüfung der Krankheitsabgrenzung im Rahmen der Krankheitsauswahl. Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt selbst, im Grundsatz allein die Ätiologie bzw. Pathogenese als Abgrenzungskriterium der verschiedenen Krankheitsbilder zu verwenden.⁴ Korrelationen von Diagnosen sind für den Nachweis eines ätiologischen Zusammenhangs aber nicht ausreichend. Es ist ätiologisch gesehen sogar vollkommen unerheblich, ob und inwieweit miteinander korrelierte Erkrankungen einen messbaren Einfluss auf die Folgekosten aufweisen. Zur Betrachtung der Kostenhomogenität wäre im Übrigen auch eine Untersuchung im Rahmen einer Regressionsanalyse weitaus geeigneter als die bloße Darstellung von Median- bzw. Mittelwertvergleichen. Die Zusammenfassung von ausgleichsfähigen Diagnosen unter Kostengesichtspunkten ist Aufgabe des Klassifikationsmodells.⁵ Insofern erschließt sich aus Sicht des IKK e.V. der Sinn einer Untersuchung von Kostenspreizungen und korrelierenden Diagnosekodierungen im Rahmen einer Neubewertung der Krankheitsabgrenzung nicht.

Spezifische Anmerkungen

Ausschlusskategorie 501 „Symptom, Zustand,...“

Im diesjährigen Auswahlprozess wurden weitere bislang ausgeschlossene Diagnosen bestehenden Krankheiten zugeordnet. Die Zuordnung von 19 bislang ausgeschlossenen Diagnosen (Krankheit 501) zu bestehenden Krankheiten ist für uns nicht immer konsistent und nachvollziehbar. Für die medizinische Bewertung wurden nach Aussage vom BVA die Kriterien „enge Abgrenzbarkeit“, „Spezifität der unter diesem Code subsummierten Krankheitszustände“ sowie die „Konsistenz mit anderen, sich bereits in dem

³ Siehe Erläuterungen zum Entwurf zur Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2014, S. 7.

⁴ Erläuterungen zum Entwurf zur Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013, S. 2.

⁵ Dies entspricht auch der Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats, der empfiehlt, dass „die Manifestation und damit die Kosten für unterschiedliche Krankheitsverläufe im Klassifikationsmodell berücksichtigt werden.“ (Erläuterungen zum Entwurf zur Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013, S. 2.)

Krankheitsauswahl-Prozess befindlichen Diagnosen“ angewandt. Diesen Kriterien wird, wie nachfolgend dargestellt, nicht in allen Fällen entsprochen:

1. Der ICD-Kode R57.2 „Septischer Schock“ soll dem Entwurf zufolge der Krankheit 5 „Sepsis/Schock“ zugeordnet werden. Der vom BVA behauptete enge Zusammenhang zur Sepsis ist ätiologisch aber nicht immer gegeben. Die Sepsis beschreibt einen gravierenden bakteriellen, toxischen oder durch Pilze hervorgerufenen, in Stadien verlaufenden Entzündungsprozess. R57.2 stellt demgegenüber vor allem eine Komplikationsbeschreibung dar, die auch auf Grund anderer Ursachen z.B. Splenektomien oder Verbrennungen auftreten kann. In solchen Fällen werden die leichteren Stadien einer Sepsis praktisch übersprungen. Ein Zuordnung des dann auftretenden septischen Schocks zum Krankheitsbild der Krankheit 5 „Sepsis/Schock“ läuft aber dem Zweck des MRSA Verfahrens, die Folgekosten einer Erkrankung abzubilden, zuwider. Erhebliche, z.B. in Folge der Grunderkrankung Splenektomie verursachte Ausgaben würden infolgedessen dem Krankheitsbild einer klassischen, dem anerkannten Stadienverlauf folgenden Sepsis zugeordnet werden. Aus IKK-Sicht ist es daher zweifelhaft, inwieweit R57.2 als ausreichend spezifisch für das Krankheitsbild der Sepsis angesehen werden. Wir empfehlen, R57.2 in der Ausschlusskategorie 501 zu belassen.

2. Die Bildung eines eigenen Krankheitsbildes „Schock“ ist aus unserer Sicht mit dem Prinzip des ätiologischen Zusammenhangs von Diagnosen in einem Krankheitsbild nicht vereinbar. Unter der Beschreibung „Schock“ werden im engeren Sinne Zustände des fortschreitenden Kreislaufversagens mit intrazellulärem Sauerstoffmangel zusammengefasst. Hierbei handelt es sich um folgende ICD-Codes:
 - R57.0 „Kardiogener Schock“
 - R57.1 „Hypovolämischer Schock“
 - R57.2 „Septischer Schock“
 - R57.8 „Sonstige Formen des Schocks“
 - R57.9 „Schock, nicht näher bezeichnet“
 - T78.0 „Anaphylaktischer Schock durch Nahrungsmittelunverträglichkeit“
 - T78.2 „Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet“
 - T79.4 „Traumatischer Schock“
 - T80.5 „Anaphylaktischer Schock durch Serum“
 - T88.6 „Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemäßer Verabreichung“
 - T81.1 „Schock während oder als Folge eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert“
 - T88.2 „Schock durch Anästhesie“

Wie die Auflistung der verschiedenen Schockdiagnosen zeigt, enthält diese Gruppe von Diagnosen eine Fülle von auch nach klinischen Parametern vollkommen unterschiedlichen Schockzustände, die entsprechend divergierende diagnostische und therapeutische Prozeduren

nach sich ziehen. Eine gemeinsame Krankheitsursache, welche als Voraussetzung einer ätiologisch geleiteten Abgrenzung vorliegen müsste, ist für die vorgeschlagene Auswahl an Schockzuständen nicht erkennbar.

3. Die ICD-Gruppen B95.- „Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind“, B96.- „Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind“ und B98.- „Sonstige näher bezeichnete infektiöse Erreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind“, sollen, analog der bereits zugeordneten ICD-Gruppe B97.- „Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind“, der Krankheit 23 „Andere Infektionen“ zugeordnet werden.

Entsprechend der DIMDI-Kodieranleitung handelt es sich bei den Kategorien B95-B98 um sog. Ausrufezeichen-Schlüsselnummern. Diese sollten „niemals zur primären Verschlüsselung benutzt werden“. Sie dienen als ergänzende oder zusätzliche Schlüsselnummern zur näheren Beschreibung einer anderenorts bereits klassifizierten Krankheit. Dabei ist die Bestimmung der bakteriellen oder viralen Ursachen vieler Krankheiten in der klinischen Praxis in vielen Fällen weder möglich noch zweckmäßig. Die genannten ICD-Gruppen enthalten also kaum eigenständig verwertbare und miteinander vergleichbare Informationen. Demgegenüber birgt diese Gruppe von ICD-Kodes aber auf Grund ihrer häufig nur mittelbaren Relevanz für die klinische Praxis großes Manipulationspotential. So sind je nach ihrer Berücksichtigung in einem zukünftigen Klassifikationsmodell dadurch generierte Mehrfachzuschläge nicht auszuschließen. Eine Aufnahme in die bestehenden Krankheitsgruppen sollte also somit schon aus Gründen der Manipulationsresistenz, der Datensparsamkeit und der Vereinfachung nur dann vorgenommen werden, wenn ein echter Mehrwert für die Belange der Krankheitsauswahl zu erwarten ist. Davon ist aber derzeit nicht auszugehen. Wir schlagen daher vor, diese Symptom-Codes der ICD-Gruppen B95.-, B96.- und B98.- in der Ausschlusskategorie 501 zu belassen. Die ICD-Gruppe B97.- sollte ebenfalls in die Ausschlusskategorie 501 verschoben werden.

Krankheit 91 „Entwicklungsstörungen“

Das Krankheitsbild 91 „Entwicklungsstörungen“ umfasst alle leichteren Entwicklungsstörungen des Lernens, Sprechens und der motorischen Fähigkeiten und beinhaltet sowohl den ICD-Kode F83,- „Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen“ als auch F89,- „Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen“. Während F83,- bereits als Restantengruppe all solcher Entwicklungsstörungen zu verstehen ist, die sich nicht primär in einem der drei Bereiche Sprechen, Lernen oder Motorik bewegen, sondern eine Kombination daraus darstellen, ist für F89,- kein näher bezeichnetes Krankheitsbild benannt. Aus IKK-Sicht ist daher die Zuordnung zu Krankheit 91 zu bezweifeln, da F89,- kein spezifisches Krankheitsbild indiziert. Wir schlagen daher eine Verschiebung in Ausschlusskategorie 501 vor.

Krankheit 101 „Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen“

Nach Ätiologie und Pathogenese werden primäre (idiopathische), heredodegenerative (z. B. Panthotenkinaseassoziierte Neurodystrophie, PKAN) und sekundäre (symptomatische) Dystonien (z. B. nach perinataler Hypoxie, Enzephalitis, Schlaganfall) unterschieden. Bei klinischen oder anamnestischen Hinweisen auf eine symptomatische Form ist wegen der sehr variablen Erscheinungsform von Dystonien eine aufwändige und differenzierte Diagnostik erforderlich, da eine Reihe von Stoffwechselstörungen ausgeschlossen werden muss, deren Behandlung möglicherweise sekundäre Folgeschäden verhindern kann⁶. In der Praxis sind also Dystonien in medizinischer Hinsicht immer näher zu untersuchen, für seltene oder nicht eindeutige Fälle steht zudem die Kodierung G24.8 „Sonstige Dystonien“ zur Verschlüsselung zur Verfügung. Die Kodierung der unspezifischen G24.9 „Dystonie, nicht näher bezeichnet“ sollte daher praktisch nicht vorkommen. Demgegenüber birgt G24.9 aber wie jede unspezifische Diagnose den Anreiz zum Fehl- bzw. Upcoding. Aus unserer Sicht sollte die ICD G24.9 daher besser in die Ausschlusskategorie 501 verschoben werden. Dies gilt auch für die Diagnose G25.9 „Extrapyramidale Krankheit oder Bewegungsstörung, nicht näher bezeichnet“.

Krankheit 189 „Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis“

Die von verschiedener Seite diskutierte Auflösung der Krankheit 190 „Asthma bronchiale“ bei gleichzeitiger Überführung der entsprechenden ICD-Kodes in die Krankheit 189 „Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis“ lehnen wir vollständig ab. Entgegen der dargestellten Begründung handelt es sich medizinisch gesehen um zwei ätiologisch unterschiedliche Erkrankungen, die diagnostisch gut zu trennen sind und therapeutisch deutlich unterschiedliche Maßnahmen nach sich ziehen. Auch Pathogenese, Verlauf und Prognose beider Krankheiten führen zu einer differenzierten klinische Bewertung, die sich auch in den vorliegenden unterschiedlichen Behandlungsleitlinien beider Krankheiten widerspiegelt. Der unterschiedlichen Ätiologie der beiden Erkrankungen wird auch durch die getrennte Berücksichtigung in zwei unterschiedlichen Nationalen Versorgungsleitlinien Rechnung getragen. Der IKK e.V. sieht daher keinerlei Grundlage für die angeregte Zusammenlegung beider Krankheiten.

Krankheit 357 „Medizinische Komplikationen“

Bereits im Anhörungsverfahren zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 hatten wir darauf hingewiesen, dass die Neugruppierung von Diagnosecodes der Ausschlussgruppe 501 zu anderen Krankheiten seitens des BVA deutlich ausführlicher begründet werden sollte. Das BVA hat zwar jede ICD-Zuordnung zu einer Krankheit begründet, allerdings sind die dargelegten Gründe für eine Eingruppierung oder Nichteingruppierung teilweise ambivalent und medizinisch nicht nachvollziehbar. Dies gilt insbesondere für eine Reihe von unspezifischen Diagnosen, die der Krankheit 357 zugeordnet sind bzw. werden sollen.

Die Aufnahme unspezifischer medizinischer Komplikationen in das Krankheitsbild 357 ist vor allem deswegen bedenklich, weil sich aus unserer Sicht im Zuge einer Ausgleichsfähigkeit dieser Diagnosen unabhängig von der zukünftigen Gestaltung des Klassifikationsmodells eine ganz Reihe von eigentlich unge-

⁶ Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 4. überarbeitete Auflage 2008, S. 654 ff, ISBN 978-3-13-132414-6; Georg Thieme Verlag Stuttgart der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zur Dystonie

wollten Kodieranreizen in den RSA Einzug halten. Diese ergeben sich aus der unzureichenden Trennbarkeit von Leistungsausgaben zur Durchführung der die Komplikation auslösenden medizinischen Maßnahme und den Folgekosten der Komplikation selbst. Das ist vor allem dann problematisch, wenn die ursprüngliche medizinische Maßnahme einem Krankheitsbild zugeordnet ist, welches sich nicht unter den 80 ausgleichsfähigen Erkrankungen findet.

Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Katarakterkrankungen werden im Zuge der ICD-10 Klassifizierungen je nach Erscheinungsform unter den Diagnosekodes H25, H26 oder H28 verschlüsselt. Kataraktoperation zur Behebung von Eintrübungen der ursprünglich klaren Augenlinsen sind mit 600.000 bis 800.000 Eingriffen⁷ eine der am häufigsten durchgeführten Operationen in Deutschland. In der Folge treten häufig leichte, nicht-infektiöse Entzündungen auf, deren Behandlung üblicherweise kaum Folgekosten verursacht. Darüberhinaus entwickeln ca. 30% aller Patienten innerhalb von fünf Jahren als postoperative Komplikation einen sekundären Katarakt (H26.4). Beide Komplikationen lassen sich mittels ICD H59.8 „Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen“ kodieren. Im Fall der auftretenden Entzündung werden so Leistungsausgaben, welche durch im laufenden Ausgleichsjahr vorgenommene Katarakt-OP auftreten und eigentlich durch Zuordnung zu der im Morbi-RSA nicht berücksichtigten Krankheit 130 „Katarakt“ nicht ausgleichsfähig sind, relevant für die Zuschlagsberechnung. Für den Fall des cataracta secundaria werden auch dessen Behandlungskosten über den möglichen Umweg der Verschlüsselung als postoperative Komplikation im Krankheitsbild der medizinischen Komplikationen abgebildet. In jedem Fall werden also durch die Zuordnung des unspezifischen ICD-Kodes H59.8 zum eigenständigen Krankheitsbild 357 unnötige Möglichkeiten zur zusätzlichen, RSA-zuschlagsrelevanten Kodierung von entweder irrelevanten oder bereits andernorts berücksichtigten Komplikationen geschaffen.

Bei der folgenden Liste handelt es sich durchgängig um ebenso unspezifische Diagnosen, die mit gleicher Wahrscheinlichkeit auf zwei oder mehr Krankheiten oder Organsysteme anwendbar sind:

- H59.8 – „Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen“
- H95.1 – „Sonstige Krankheiten nach Mastoidektomie“
- I97.1 – „Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff“
- N99.8 – „Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen“
- T80.1 – „Gefäßkomplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken“
- T80.2 – „Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken“
- T80.6 – „Sonstige Serumreaktionen“
- T81.3 – „Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert“
- T81.4 – „Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert“

⁷ Siehe dazu AQUA — Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Kataraktoperationen, Abschlussbericht, 2010, S. 21.

- T81.8 – „Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert“
- T85.8 – „Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert“
- T85.88 – „Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert“
- T88.1 – „Sonstige Komplikationen nach Impfung [Immunisierung], anderenorts nicht klassifiziert“
- T88.5 – „Sonstige Komplikationen infolge Anästhesie“

Zur Vermeidung von Kodier- und Manipulationsanreizen sollten diese sehr unspezifischen, nicht näher bezeichneten Komplikationen daher in der Ausschlusskategorie 501 verbleiben bzw. dorthin zugeordnet werden. Diese Einordnung erfolgt analog zu den in Anlage 1 Tabelle 7 genannten Diagnosen T80.8 „Sonstige Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken“, T82.8 „Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen oder in den Gefäßen“ etc., die „aufgrund der unklaren klinischen Relevanz von dem Krankheitsauswahlprozess ausgeschlossen“ wurden.

Aufnahme der ICD-Kodierungen aus den Gruppen Z43,- , Z51,- und Z99,-

Aktuelle Vorschläge regen die formale, ggf. außerhalb der eigentlichen Krankheitsauswahl stattfindende Aufnahme von ICD-Kodierungen aus den Gruppen Z43,- „Versorgung künstlicher Körperöffnungen“, Z51,- „Sonstige medizinische Behandlung“ sowie Z99,- „Langzeitige Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert“ mit dem Ziel einer möglichen Schweregraddifferenzierung in verschiedenen Krankheitsbildern an. Zur Begründung wird als analoger Fall die Zuordnung der Diagnose Z99.2 „Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz“ zur Krankheit 274 „Niereninsuffizienz“ herangezogen.

Aus unserer Sicht handelt es sich um gänzlich unterschiedliche Fälle. Die Diagnose Z99.2 ist mit eindeutig der Diagnose zuzuordnenden Folgekosten, u.a. durch hohe Arzneimittelausgaben, verbunden, die zudem ihren Ursprung in einem homogenen und gesicherten Krankheitsbild finden.

Die genannten Diagnosen sind hingegen keinem eindeutigen Krankheitsbild zuzuordnen, da sie reine Zustands- bzw. Prozedurbeschreibungen darstellen. Insofern stellt sich schon ganz allgemein die Frage, welcher Krankheit die entsprechenden Diagnosen zugeordnet werden sollten, ohne Gefahr zu laufen, vollkommen unspezifische Kosten in das jeweilige Krankheitsbild einfließen zu lassen. Eine formale Aufnahme abseits der gängigen Kriterien der Krankheitsauswahl lehnen wir grundlegend ab. Hier wäre die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Verfahrens gefährdet.

Generell ist die Kodierung der hier erwähnten Z-Diagnosen auch nicht abrechnungsrelevant. Wir sehen hier ein großes Upcoding-Potential, sollten diese Diagnosen zur Schweregraddifferenzierung genutzt werden, da so auf einfache Weise deutlich höhere Zuschläge generiert werden können, ohne dass ein adäquater Kontrollmechanismus zur Verfügung steht. Zudem verursachen die hier betrachteten Diagnosen der Z-

Gruppe nicht zwingend hohe Folgekosten. Da den Kodierrichtlinien zufolge die zugrundeliegende langfristige Abhängigkeit für mindestens drei Monate vorliegen muss, ist beispielsweise für die Kodierung der Diagnose Z99.1 „Langfristige Abhängigkeit vom Respirator“ häufig keine kurative Absicht mehr vorauszusetzen. Die entsprechenden Behandlungs- und Hilfsmittellkosten sind also von der Pflegeversicherung zu tragen und folglich im RSA nicht ausgleichsfähig. Eine analoge Übernahme von Kosten dürfte auch für andere Fälle der Z99-Gruppe die Regel darstellen. Eine eventuelle Schweregraddifferenzierung auf Basis von Z-Diagnosen hätte also nur zufälligen, nicht zwangsweise mit der Diagnose verbundenen Charakter und ist im Übrigen aus Gründen der Datensparsamkeit abzulehnen.

Zusammenfassung

Das bestehende, quantitativ-empirische Verfahren zur Krankheitsauswahl wird von uns grundsätzlich begrüßt. Es besteht aus Sicht der IKKn aber weiterhin Anpassungsbedarf hinsichtlich der Berücksichtigung der Prävalenz im Kriterium der Kostenintensität und der Berechnung der Krankheitskosten im Schwellenwertkriterium.

Der IKK e.V. plädiert darüberhinaus dafür, die Einschlägigkeit aller Folgekosten der in die Krankheitsauswahl eingehenden Diagnosen systematisch zu prüfen. Hierfür schlagen wir die Durchführung einer Regressionsrechnung auf der Ebene der einzelnen ICD-Kodes zur Bestimmung der prospektiven Folgekosten und einen Signifikanztest der so gewonnenen Schätzer vor.

Das IKK-System unterstützt das Bestreben des BVA, den im letzten Auswahlverfahren vorgeschlagenen Vorhaben einer engeren Krankheitsabgrenzung weiterzugehen und alle noch nicht überprüften Krankheiten einer diesbezüglichen Revision zu unterziehen.

Die IKKn teilen die Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats des BVA, derzufolge eine Zusammenfassung von Diagnosen zu Krankheitsbildern nur nach ätiologischen Kriterien erfolgen kann. Betrachtungen von Diagnosekorrelationen, Folgekostenabschätzungen und Kostenhomogenitätsabwägungen dürfen erst bei Entscheidungen über die Gestaltung des Klassifikationsmodells eine Rolle spielen.

Der IKK e.V. kann den Vorschlag des BVA, die Diagnose R57.2 „Septischer Schock“ in die Krankheit 5 „Sepsis/Schock“ zu verschieben, nicht nachvollziehen. Im Sinne einer sauberen Kostentrennung plädieren wir für die Beibehaltung der Zuordnung zur Kategorie 501 „Symptom, Zustand, ...“. Auch die Einführung einer eigenen Krankheit „Schock“ halten wir für ätiologisch nicht begründbar.

Die geplante Zuordnung der Diagnosegruppen B95,-, B96,- und B98,- zum Krankheitsbild 23 „Andere Infektionen“ halten wir für entbehrlich, da diese Codes nicht zur primären Verschlüsselung zugelassen sind und folglich keine eigenständigen Kosteninformationen enthalten. Daher sollte auch die Zuordnung der Diagnosegruppe B97,- zur Krankheit 16 „Andere virale Infektionen“ revidiert werden.

Die IKKn regen an, die ICD-Verschlüsselung F89,- „Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen“ aus dem Krankheitsbild 91 „Entwicklungsstörungen“ zu streichen, da F89,- kein näher beschriebenes Krankheitsbild enthält.

Die im Krankheitsbild 101 „Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen“ enthaltenden Dystonien sind nach den gängigen klinischen Leitlinien zwangsweise näher zu diagnostizieren. Von der Zuordnung der ICD G24.9 „Dystonie, nicht näher bezeichnet“ sollte daher im Sinne der Manipulationssicherheit und Spezifität von Diagnosen abgesehen werden.

Eine Zusammenlegung der Krankheit 190 „Asthma bronchiale“ und der Krankheit 189 „Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis“ lehnen wir vollständig ab. Es handelt sich um ätiologisch gut trennbare Krankheiten, die auch im Versorgungsgeschehen auf der Grundlage eigenständiger Leitlinien vollkommen unterschiedlich behandelt werden.

Das Krankheitsbild 357 „Medizinische Komplikationen“ enthält eine Reihe von unspezifischen Diagnosekodes, die erhebliches Upcodingpotential bergen, weil sie entweder mehrere Krankheitsbilder oder Organsysteme betreffen und daher eine saubere Folgekostentrennung erschweren. Der IKK e.V. plädiert daher für eine Zuordnung der entsprechenden Diagnosen in die Ausschlusskategorie 501.

Eine Aufnahme von Diagnosen der Gruppen Z43,-, Z51,- und Z99,- zum Zweck der Schweregraddifferenzierung im Klassifikationsmodell lehnen wir grundsätzlich ab. Aus Sicht des IKK e.V. ist weder ein direkter Krankheitsbezug gegeben, noch sind diese Diagnosen abrechnungsrelevant. Auch liegt der Verdacht nahe, dass die so schweregraddifferenzierten Folgekosten nur zufälliger Natur sind.