



Spitzenverband der Krankenkassen

GKV-Spitzenverband • Mittelstraße 51 • 10117 Berlin

An das
Bundesversicherungsamt
Referat VII 2 – Risikostrukturausgleich

– nur per Email –

Dr. Pekka Helstelä

Abteilung Systemfragen

Ansprechpartner/-in:

Erich Peters, Referatsleiter

Ulrike Haack, Referentin

Tel.: 030 206288-1110 / -1112

Fax: 030 206288-81110 / -81112

Erich.Peters@gkv-spitzenverband.de

Ulrike.Haack@gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband

Postfach 04 05 65 • 10063 Berlin

Mittelstraße 51 • 10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de

Berlin, 30. Januar 2012

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf des Bundesversicherungsamtes zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Jahr 2013

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

das Bundesversicherungsamt (BVA) legt die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) auf Grundlage der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesversicherungsamt und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September für das folgende Ausgleichsjahr fest. Im Rahmen des entsprechenden Anhörungsverfahrens hat das BVA den Entwurf zur Festlegung der Krankheitsauswahl für das Jahr 2013 am 22.12.2011 an den GKV-Spitzenverband mit der Bitte um Stellungnahme übermittelt.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt in diesem Zusammenhang grundsätzlich den frühzeitigen Beginn des Anhörungsverfahrens zur Krankheitsauswahl, der es erlaubt, die Festlegungen zur Krankheitsauswahl für das Jahr 2013 vor Beginn des Vorschlagsverfahrens für das entsprechende MRSA-Klassifikationsmodell abzuschließen. Allerdings weisen wir darauf hin, dass für die Ressourcenplanung auf Seiten der Krankenkassen eine frühzeitige Information zur Terminplanung des BVA wünschenswert ist.

Zu den einzelnen Aspekten des vorliegenden Entwurfes nehmen wir wie folgt Stellung:

I. Rechtliche Grundlage und Verfahren

Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA hat nach § 31 Abs. 2 Nr. 3 RSAV i. V. m. § 1 Abs. 2 Nr. 3 Errichtungserlass BMG die Krankheitsauswahl für den Risikostrukturausgleich jährlich zu überprüfen. Die Auswahl der Krankheiten soll nach § 31 Abs. 1 Satz 2 bis 4 RSAV insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten beinhalten, bei



Spitzenverband
der Krankenkassen

denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um das 1,5fache übersteigen. Zudem sollen die Krankheiten eng abgrenzbar sein.

Nachdem der Wissenschaftliche Beirat mit Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12. November 2010 für das Ausgleichsjahr 2012 von der Aufgabe der Überprüfung der Krankheitsauswahl entbunden wurde, hat er in einer Sitzung am 21. November 2011 die bestehende Krankheitsauswahl überprüft und Grundsätze für die Anpassung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 empfohlen. Wir gehen davon aus, dass der Wissenschaftliche Beirat neben der Überprüfung der Krankheitsauswahl anhand der Auswahlkriterien und der Formulierung einzelner Verfahrensempfehlungen auch die sich auf Basis seiner Empfehlungen vorliegenden konkreten Änderungen der Krankheitsabgrenzung überprüft hat.

Zu den vom Wissenschaftlichen Beirat empfohlenen Grundsätzen für die Anpassung der Krankheitsauswahl stellen wir fest:

- a. Der wissenschaftliche Beirat empfiehlt, eine engere Abgrenzung der Krankheiten anzustreben und hierbei die Ätiologie/ Pathogenese als primäres Abgrenzungskriterium heranzuziehen. Die Berücksichtigung der Kosten der einzelnen Krankheitsverläufe solle demgegenüber im Klassifikationsmodell geschehen. Dem können wir nicht folgen. Nach § 31 Abs. 1 Satz 2 bis 4 RSAV ist die Kostenintensität ein zu berücksichtigendes Kriterium bei der Auswahl der Krankheiten. Insbesondere bei der Ausgestaltung des Auswahlkriteriums „Kostenintensität“ spielt das Verhältnis von Prävalenz und erwarteter Mehrkosten der einzelnen Krankheit eine entscheidende Rolle und ist abschließend ausschlaggebend für die Berücksichtigung der jeweiligen Krankheit. Weiterhin ist im Hinblick auf einen rein ätiologisch orientierten Ansatz festzustellen, dass die Therapie einer Krankheit häufig unabhängig von ihrer Ursache erfolgt, die Form der Therapie jedoch die Leistungsausgaben maßgeblich beeinflusst. So ist bei einer bakteriellen Infektion die Bestimmung des Erregers bei erfolgreicher Antibiotikatherapie in der Regel nicht erforderlich. Gleichmaßen ändert sich im Verlaufe der Behandlung der Krankheiten häufig die Dokumentation der Krankheit aufgrund diagnostischer Erkenntnisse. Wir stellen daher fest, dass die Ätiologie/ Pathogenese als alleiniges Kriterium für die Abgrenzung der im MRSA zu verwendenden Krankheiten nicht in allen Fällen ausreichend ist. Verdeutlicht wird dies nicht zuletzt dadurch, dass das BVA selbst zur Begründung der Abgrenzung der Krankheiten von dieser ‚Maxime‘ abweicht, indem es z. B. zur Abgrenzung der Krankheit 143 „Zwangsstörungen“ ausführt:

„Auch wenn Zwangsstörungen traditionell den Angststörungen zugeordnet werden, so sind Zwangsstörungen aufgrund der Chronizität unter den verschiedenen Angststörungen mit besonders hohen Aufwänden verbunden. Deshalb erscheint dem Wissenschaftlichen Beirat nach Rücksprache mit dem externen Experten geboten, die Zwangsstörungen von den anderen Angststörungen separiert zu halten.“



Spitzenverband
der Krankenkassen

Dieses Beispiel verdeutlicht, dass eine reine Abgrenzung von Krankheiten aufgrund der Ätiologie/Pathogenese nicht ohne Weiteres zweckmäßig ist. Die jeweilige Zweckmäßigkeit der Abgrenzungskriterien „Ätiologie/Pathogenese“ im Einzelfall ist im Kontext der Auswahlkriterien insgesamt und somit auch in Verbindung mit „Therapieaufwand/ Kosten“ zu prüfen.

Weiterhin ist bezüglich einer engeren Abgrenzung der Krankheiten zu beachten, dass in der Praxis die Dokumentation und damit Kodierung einer Krankheit durchaus in unterschiedlichen, DIMDI-konformen Varianten auch auf Basis fortschreitender diagnostischer Erkenntnisse erfolgen kann. Umgekehrt ist dem behandelnden Arzt nicht immer die Ursache der festgestellten Erkrankung bekannt, insbesondere dann nicht, wenn dies für die Therapie der Erkrankung nicht zwingend erforderlich ist. Zur Verhinderung von Manipulationsanreizen ist bei der Krankheitsdefinition sicherzustellen, dass Kodiervarianten einer Krankheit nicht aufgrund zu enger Abgrenzung unterschiedlichen Krankheiten zugeordnet werden.

- b. Eine empirisch fundierte Krankheitsauswahl ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes evident unverzichtbar und steht ebenso außer Frage wie auch die Verwendung der aktuellsten vorliegenden Datenbasis. Die Dokumentation der einzelnen durchgeführten Berechnungsschritte sollte jedoch unbedingt auch konkrete Aussagen bzgl. der durchgeführten Datenaufbereitung (z. B. Datenbereinigungskonzept) sowie des verwendeten Regressionsmodells (z. B. Umgang mit nicht signifikanten Werten) enthalten.
- c. Die Aussage des Wissenschaftlichen Beirates, dass eine Änderung der Auswahlkriterien mit Verweis auf den Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 nicht geboten sei, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht hinreichend nachvollziehbar, da zum einen der genannte Evaluationsbericht zu den einzelnen Kriterien keine Aussagen trifft, zum anderen beinhaltet die Überprüfung der Krankheitsauswahl u. E. neben einer Prüfung der Krankheitsabgrenzung zumindest formal auch die Prüfung der Auswahlkriterien. Sollte dementsprechend eine Änderung der Auswahlkriterien aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirates „nicht geboten“ sein, sollte dies auch entsprechend im vorliegenden Entwurf begründet werden. Eine diesbezügliche Klarstellung halten wir für erforderlich.
- d. Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich das vom BVA durchgeführte Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells und die damit verbundene Einbindung medizinischer Fachgesellschaften. Vor diesem Hintergrund ist jedoch darauf hinzuweisen, dass das angeführte Vorschlagsverfahren ausdrücklich auf Vorschläge zur Ausgestaltung des Klassifikationsmodells begrenzt war, Vorschläge zur Krankheitsauswahl sollten hier nicht unterbreitet werden. An diese Vorgabe haben sich der GKV-Spitzenverband und auch ein Großteil der am Vorschlagsverfahren beteiligten Institutionen gehalten. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das Klassifikationsmodell dem BVA



Spitzenverband
der Krankenkassen

übermittelten Vorschläge einzelner Organisationen bezogen sich jedoch nicht nur auf die vom BVA aktuell zur Anhörung gestellten Änderungen, sondern greifen auch andere Sachverhalte, wie z. B. Themen der Krankheitsauswahl, auf. Aufgrund eines bisher fehlenden Vorschlagsverfahrens zur Krankheitsauswahl hatten damit nicht alle Beteiligten die Möglichkeit, ihre Vorschläge dem Wissenschaftlichen Beirat in einem formalen Vorschlagsverfahren zu unterbreiten. Wenn der Wissenschaftliche Beirat externe Anregungen bei der Krankheitsauswahl aufgreift, so muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gewährleistet sein, dass alle Beteiligten gleichermaßen formal die Möglichkeit erhalten, dem Wissenschaftlichen Beirat Änderungsvorschläge zu unterbreiten. Nur so ist gewährleistet, dass der Wissenschaftliche Beirat ein vollumfängliches Meinungsbild erhält. Vor diesem Hintergrund sieht der GKV-Spitzenverband die Einrichtung eines Vorschlagsverfahrens zur Krankheitsauswahl als erforderlich an. Gleichmaßen sollten in diesem Rahmen auch die im aktuellen Anhörungsverfahren zeitgleich mit dem GKV-Spitzenverband informierten medizinischen Fachgesellschaften eingebunden werden.

- e. Warum sich der Wissenschaftliche Beirat mit der Abgrenzung einzelner Krankheiten befasst hat, kann auf Basis der durch das BVA zur Anhörung gestellten Unterlagen nicht in allen Fällen durch den GKV-Spitzenverband nachvollzogen werden. Um die Nachvollziehbarkeit der durchgeführten Änderungen bei allen Beteiligten zu verbessern, halten wir es daher für erforderlich, zukünftig alle im Einzelfall relevanten Analysen zur Verfügung zu stellen. Analog zur bewährten Dokumentation der Änderungen am Klassifikationsmodell sollten die Effekte der Änderungen der Krankheitsabgrenzung zum status quo dokumentiert werden. Hierzu gehört insbesondere auch die Darstellung der Berechnungsergebnisse auf Basis der gültigen Krankheitsabgrenzung unter Verwendung aktueller Daten.

II. Änderungen der Krankheitsabgrenzung

Im Folgenden nehmen wir Stellung zu den in den Erläuterungen zum Entwurf der Krankheitsauswahl aufgeführten Änderungen der Krankheitsabgrenzung.

Krankheit 52: Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen

Die Verschiebung der ICD-Codes E 89.- zur Krankheit 339 *Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung* bzw. deren Ausschluss ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sachgerecht, denn die Therapie dieser Erkrankungen erfolgt unabhängig von ihrer Ursache als Komplikationen nach medizinischen Eingriffen.

Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die ICD-Codes E89.-in der Krankheit 52 *Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen* zu belassen.



Spitzenverband
der Krankenkassen

Krankheit 74: Pankreatitis

Die Ausgliederungen der ICD-Codes E 16.3 bis E16.9 ist nachvollziehbar. Die weitere Auftrennung der Krankheit 74 sieht der GKV-Spitzenverband kritisch. So ist der Kreuzdiagnose B 6.3 *Mumps-Pankreatitis* die Sterndiagnose K87.1 zugeordnet. Diese wird aufgrund der vom BVA vorgeschlagenen Änderungen jedoch der neu gebildeten Krankheit *Sonstige Krankheiten des Pankreas* zugeordnet. Vom Kodierverhalten hängt somit ab, ob die Diagnoseinformationen eines Versicherten nun einer oder zwei Krankheiten zugeordnet werden.

Zudem führt die vorgeschlagene Krankheitsabgrenzung dazu, dass Krankheitsausprägungen nicht mehr in einer Krankheit zusammengefasst sind. Als Beispiel sei hier die Trennung der Pankreaszysten von der chronischen Pankreatitis genannt. Gleiches gilt für die Pseudozyste, die im Zusammenhang mit akuten und chronischen Pankreatiden auftreten können. Auch ist die intestinale Malabsorption ein typisches Symptom der Pankreaserkrankung und kann nicht als eigenständige Krankheitsentität betrachtet werden. Die Kodierung ist somit abhängig davon, welcher Krankheitszustand einer Pankreaserkrankung im Vordergrund steht, aber auch vom Kodierverhalten des behandelnden Arztes.

Aufgrund der großen Überschneidungen hinsichtlich des Krankheitsverlaufes und vergleichbaren Therapieaufwandes lehnt der GKV-Spitzenverband die vom BVA vorgeschlagene Aufteilung der Pankreaserkrankung in fünf unterschiedliche Krankheitsentitäten ab. Während die Abtrennung der ICD-Codes E 16.3 bis E16.9 in die Krankheit 365 *Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas* nachvollziehbar ist, sollten die restlichen ICD-Codes weiterhin eine Krankheit bilden.

Krankheit 96: Spinalkanalstenose

Die Ausgliederung der ICD-Codes M99.2–M99.7 aus der Krankheit 96 *Spinalkanalstenose* kann vom GKV-Spitzenverband nicht nachvollzogen werden. Gemäß ICD-10-GM sollen die ICD-Codes M99.2–M99.7 dann nicht zur Primärverschlüsselung benutzt werden, wenn der Krankheitszustand andernorts klassifiziert werden kann (z.B. M48.0). Es sind durchaus Sachverhalte vorstellbar, die die Verwendung dieser ICD-Codes rechtfertigen, zumal diese es erlauben, zwischen einer Spinalkanalstenose bei Subluxation der Wirbelgelenke, einer knöchernen Stenose, einer Stenose durch bindegewebige Verdickungen oder einer Stenose durch Bandscheibenvorfall zu unterscheiden, bzw. eine differenzierte Kodierung der Stenose der Formamina intervertebralia ermöglichen. Diese Differenzierung wäre mit dem vom BVA exemplarisch angeführten M48.0 nicht möglich.

Aus den oben dargestellten Gründen sollten die ICD-Codes M99.2–M99.7 weiterhin in der Krankheit 96 *Spinalkanalstenose* verbleiben.



Spitzenverband
der Krankenkassen

Krankheit 130: Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten

Das BVA schlägt vor, zwei bislang der Krankheit 130 zugeordnete ICD-Codes aufgrund ätiologischer Überlegungen anderen Erkrankungen zuzuordnen, während der Sterncode *D63.8 als einziger ICD-Code in der Krankheit verbleibt. Ab ICD-Version 2010 wird mit dem Sterncode *D63.8 namentlich eine Anämie bei chronischer Nierenkrankheit größer oder gleich Stadium 3 (N18.3–N18.5†) dokumentiert. Vor diesem Hintergrund ist zu prüfen, inwieweit hier Überschneidungen zur Krankheit 262 Niereninsuffizienz bestehen, die die ICD-Codes N18.3–N18.5 beinhaltet. Gegebenenfalls sollte der ICD-Code *D63.8 der Krankheit 262 *Niereninsuffizienz* zugeordnet werden.

Krankheit 137: Schwerwiegender Alkohol- und Drogenmissbrauch

Aufgrund der – wie schon in der Vergangenheit – festgestellten unsicheren Dokumentation von Z-Codes, lehnt der GKV-Spitzenverband die Aufnahme des ICD-Codes Z51.83 *Opiatsubstitution* zur Krankheit 137 *Schwerwiegender Alkohol- und Drogenmissbrauch* ab. Analysen haben gezeigt, dass bei nur 45 % der Versicherten mit mindestens einer Verordnung von Arzneimitteln zur Substitution eine Diagnose Z51.83 dokumentiert wurde. Berücksichtigt wurden Versicherte dann, wenn mindestens eine Arzneimittelverordnung mit den PZN 9999086, 2567107, 2567113, 2567136, 2567656 sowie den ATC-Codes N07BC01, N07BC02, N07BC51 dokumentiert war. Umgekehrt weisen 33 % der Versicherten mit einem Z51.83 im selben Jahr keine entsprechende Arzneimittelverordnung auf.

Krankheiten 139 Depression und 140 Bipolare Störungen

Insbesondere die Ausgliederung des ICD-Codes F34.1 *Dysthemia* aus der Krankheit 139 *Depression*, aber auch die Ausgliederung des ICD-Codes F 34.0 *Zyklothymia* aus der Krankheit 140 *Bipolare affektive Störungen* sowie deren Zusammenfassung in einer eigenständigen Krankheit, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht nachvollziehbar.

Bei der Dysthemia handelt es sich um eine unipolare, chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die sich mit depressiven Episoden abwechselt bzw. in einer Depression münden kann. Die Dysthemia ist zudem Gegenstand der nationalen Versorgungsleitlinien „Depression“. Aus den beschriebenen Gründen sollte der ICD-Code F 34.1 weiterhin der Krankheit 139 *Depression* zugeordnet werden

Bei der Zyklothymia handelt es sich hingegen um eine bipolare Störung, die durch eine andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von Depression und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie) gekennzeichnet ist. Die Symptomatik ist jedoch nicht ausreichend, um die Kriterien für eine bipolare affektive Störung (F31.–) oder rezidivierende depressive Störung (F33.–) zu erfüllen. Zudem ist die Zusammenlegung der Dysthemia mit eher bipolare /affektive Störungen beschreibenden ICD-Codes nicht sachgerecht. Weiterhin stellt sich die Frage, ob sich die Zyklothymia, aber auch die anderen beiden aus der Krankheit 140 verschobenen ICD-Codes, in

allen Fällen klar von den bipolaren affektiven Störung abgrenzen lassen. Der GKV-Spitzenverband regt an, dies zu überprüfen und die ICD-Codes ggf. weiter der Krankheit 140 *Bipolare affektive Störungen* zuzuordnen.

Krankheit 141 Angsterkrankungen

Die Verschiebung der ICD-Codes für *Posttraumatische Belastungsstörung* (F43.1), *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung* (F62.0) sowie die *andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit* (F62.1) von der Krankheit 141 *Angsterkrankungen* zur Krankheit 146 *Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen* ist kritisch zu bewerten. Alle drei ICD-Codes dokumentieren ein eher chronisches Krankheitsgeschehen und unterscheiden sich damit von den in der Krankheit 146 zusammengefassten ICD-Codes, die ein akutes Krankheitsgeschehen abbilden. Dies spiegelt sich auch in den Berechnungsergebnissen wider: Die Krankheit 146 ist zwar kostenintensiv, erfüllt jedoch weder das Auswahlkriterium für chronisch, noch das für schwerwiegend.

Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die ICD-Codes für *Posttraumatische Belastungsstörung* (F43.1), *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung* (F62.0) sowie die *andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit* (F62.1) in der Krankheit 141 *Angsterkrankungen* zu belassen.

Krankheit 142 Somatoforme Störungen/Dissoziative Störungen

Krankheit 381 Chronischer Schmerz

Die Verschiebung der ICD-Codes F45.4- in eine eigene Krankheit ist zu begrüßen. Die Ergänzung um die ICD-Codes R52.1 und R52.2 erscheint ebenfalls sachgerecht, da dem chronischen Schmerz in der medizinischen Praxis noch nicht sehr lange ein Krankheitswert zugemessen wird. Dies spiegelt sich auch in einer insgesamt noch suboptimalen Darstellung im ICD-System wider. Die Erweiterung der Krankheit 381 Chronischer Schmerz um die ICD-Codes R52.1 bzw. R52.2 ist daher nachvollziehbar. Des Weiteren sollte aus denselben Gründen die Zuordnung des ICD-Codes F62.80 zur Krankheit 381 geprüft werden, da dieser häufig ebenfalls zur Dokumentation des chronischen Schmerzes verwendet wird.

Aufgrund möglicher Fehlanreize bei der Kodierung muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zukünftig beobachtet werden, ob die Aufnahme der ICD-Codes R52.1 und R52.2 zu einer vermehrten Dokumentation dieser ICD-Codes führt. Bei der zukünftigen Ausgestaltung des Klassifikationsmodells sollte vor diesem Hintergrund auch die Einführung einer Arzneimittelvalidierung für die Krankheit *Chronischer Schmerz* geprüft werden.



**Spitzenverband
der Krankenkassen**

Krankheit: 145: Ticstörungen

Krankheit: 151 Leichter/n.n.bez. Entwicklungsrückstand

Krankheit: 152 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Krankheit: 153 Umschriebene Entwicklungsstörung

Krankheit 156: Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder /
andere hyperkinetische Störungen

Die mit F8 bzw. F9 beginnenden Diagnosen werden im aktuellen Vorschlag zur Krankheitsabgrenzung auf nun insgesamt 7 unterschiedliche Krankheiten verteilt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es fraglich, ob sich diese sieben Krankheiten klar voneinander abgrenzen lassen oder ob es nicht aufgrund von Überschneidungen zu Fehlanreizen bei der Kodierung kommen könnte, da einige der Krankheiten in der Krankheitsauswahl enthalten sind, andere aber nicht.

Die Abtrennung der ICD-Codes F84.- *tiefgreifende Entwicklungsstörungen* aus der Krankheit 151 *Leichter/ n.n.bez. Entwicklungsrückstand* in eine eigenständige Krankheit ist nicht zielführend. Anstelle eines Herauslösens wird vorgeschlagen, die ICD-Codes F84.- der Krankheit 153 *Umschriebene Entwicklungsstörungen* zuzuordnen, da es sich bei den hiermit dokumentierten Krankheitsausprägungen ebenfalls um Entwicklungsstörungen handelt. Die Krankheit sollte in *Entwicklungsstörungen* umbenannt werden.

Bei der neu gebildeten Krankheit 368 *Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung* ist eine klare Abgrenzung zu anderen Krankheiten nicht gegeben. Es ist davon auszugehen, dass sich die Patienten, für die eine Diagnose F88 bzw. F89 dokumentiert wurde, nicht deutlich von anderen Patienten mit Entwicklungsstörungen aus dem Diagnosebereich F8 unterscheiden. Es handelt sich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes vielmehr um zulässige Kodiervarianten und nicht um eine andere Krankheit. Aus diesem Grund lehnt der GKV-Spitzenverband den Vorschlag ab, die ICD-Codes F88 bzw. F89 sollten weiterhin der Krankheit 153 *Umschriebene Entwicklungsstörungen* zugeordnet werden.

Auch die klare Abgrenzung von Aufmerksamkeitsstörungen (F90.-) von den der Krankheit 152 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* zugeordneten ICD-Codes für Störungen des Sozialverhaltens (F91.-) kann bezweifelt werden, da Aufmerksamkeitsstörungen auch mit Störungen des Sozialverhaltens einhergehen und eine hohe Komorbidität zu erwarten ist. Da die Krankheiten nur schwer voneinander abgrenzbar sind und um Fehlanreize bei der Kodierung zu vermeiden, schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die ICD-Codes F90.- *Aufmerksamkeitsstörungen* der Krankheit 152 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* zuzuordnen.

Die Ausgliederung der ICD-Codes F98.- und deren Zusammenfassung in der neuen Krankheit 384 *Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* ist nicht zielführend. Die entsprechende Erläuterung im ICD10-Verzeichnis zur Gruppe F98.- zeigt deutlich, dass es sich hierbei um eine heterogene Gruppe von Störungen handelt, denen nur gemein



Spitzenverband
der Krankenkassen

ist, dass der Beginn der Störungen in der Kindheit liegt. Das gleiche gilt für die unter F95.- zusammengefassten Ticstörungen. Vor diesem Hintergrund hält es der GKV-Spitzenverband für sachgerecht, die vorgeschlagene Änderung bezüglich der ICD-Codes F98,- nicht umzusetzen und die ICD-Codes F 95,- ebenfalls der Krankheit 152 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* zuzuordnen.

Die Abtrennung der ICD-Codes F 98.5. für Stottern/Stammeln von den anderen der Krankheit 153 zugeordneten ICD-Codes für Artikulationsstörungen ist ebenfalls kritisch zu sehen, da es sich bei Stottern zwar nicht um eine Entwicklungsstörung handelt, die Artikulationsstörung jedoch im Vordergrund steht. Der GKV-Spitzenverband spricht sich dafür aus, die vorgeschlagene Änderung nicht umzusetzen und den ICD-Codes F 98.5. *Stottern/Stammeln* in der Krankheit 153 zu belassen.

Krankheit 186 Sonstige angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems

Krankheit 343 Risikogeburt

Neben den in den Erläuterungen dokumentierten Verschiebungen von ICD-Codes in die Krankheit 184 wurden zudem ICD-Codes in die Krankheit 343 *Risikogeburt* verschoben. Hierbei handelt es sich um folgende ICD-Codes:

| ICD-Code | Bezeichnung |
|-----------------|--|
| P29.0 | Herzinsuffizienz beim Neugeborenen |
| P29.1 | Herzrhythmusstörung beim Neugeborenen |
| P29.2 | Hypertonie beim Neugeborenen |
| P29.3 | Persistierender Fetalkreislauf |
| P29.4 | Transitorische Myokardischämie beim Neugeborenen |

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die vorgeschlagenen Änderungen nachvollziehbar, sollten aber in den Erläuterungen näher dargestellt werden.

Krankheit 344 Angeborene Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes

Krankheit 343 Risikogeburt

Die Anhebung der Altersgrenze auf 5 Jahre ist zu begrüßen. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass die BARMER GEK in einer früheren Stellungnahme angeregt hat, die Anhebung der Altersgrenze für alle Erkrankungen des Neugeborenen zu überprüfen, da in den DIMDI-Metadaten keine Altersbegrenzungen für diese ICD-Codes vorgesehen sind. Bezogen war dies insbesondere auf die Krankheit 343 *Risikogeburt*. Nach einer empirischen Überprüfung kommt das BVA zu der Ent-



Spitzenverband
der Krankenkassen

scheidung, dass eine Anhebung der Altergrenze auf 5 Jahre „..zumindest für die angeborenen Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes sinnvoll“.. erscheint. Demnach wurde eine Anhebung der Altersgrenze auch für andere Erkrankungen des Neugeborenen, wie z. B. der *Risikogeburt* geprüft, aber anscheinend für nicht sinnvoll erachtet. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte die Entscheidung genauer erläutert und die Ergebnisse der empirischen Überprüfung sollten dargestellt werden.

Ausschlusskategorie 501: Ausschluss, Symptom, Zustand

Die Überprüfung und die daraus resultierende Verschiebung zumindest einiger der bisher der Ausschlusskategorie 501 zugeordneten ICD-Codes in bereits bestehende oder neu gebildete Krankheiten, ist zu begrüßen. Die Aufnahme der Krankheiten 381 *Chronischer Schmerz* und Krankheit 388 *Schlafapnoe, Narkolepsie / Kataplexie* in die Krankheitsauswahl zeigt, dass bisher für den RSA relevante ICD-Codes nicht berücksichtigungsfähig waren.

Bisher ist nicht dokumentiert, nach welchen systematischen Kriterien ICD-Codes der Ausschlusskategorie zugeordnet werden. Es ist zu vermuten, dass insbesondere ICD-Codes der Ausschlusskategorie zugeordnet werden, die „nur“ ein Symptom oder eine Prozedur beschreiben. Zudem scheint der Grad der Spezifizierung der Diagnose eine Rolle zu spielen. Dass Symptome dennoch eine Relevanz für den RSA haben können, zeigt die Aufnahme der Krankheit 381 *Chronischer Schmerz* in die Krankheitsauswahl. Neben den bisher aus der Ausschlusskategorie verschobenen ICD-Codes werden nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes weiterhin ICD-Codes ausgeschlossen, die anderen Krankheiten zugeordnet werden können. Dies betrifft insbesondere ICD-Codes außerhalb der ICD-Kapitel R, U, und Z.

Der GKV-Spitzenverband regt an, die Zuordnung der ICD-Codes zur Ausschlusskategorie 501 vollständig zu überprüfen und die Kriterien, die zu einem Ausschluss führen, zu erläutern.

Abschließend weisen wir darauf hin, dass wir es für erforderlich halten, dass das BVA die ihm vorliegende vollständige Zuordnung der ICD zu DXG und der DXG zu Morbiditätsgruppen bzw. Krankheiten der GKV zur Verfügung stellt. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des anstehenden Vorschlagsverfahrens für das MRSA-Klassifikationsmodell von Bedeutung.


III. Berechnungsergebnisse

Die vom Bundesversicherungsamt dargestellten Berechnungsergebnisse konnten durch den GKV-Spitzenverband nachvollzogen werden. Wir weisen jedoch an dieser Stelle nochmals auf die o. g. Notwendigkeiten einer Konkretisierung der Dokumentation der einzelnen Berechnungsschritte sowie der Darstellung vollumfänglicher Analyseergebnisse hin.

IV. Weitere Änderungsvorschläge

Dem GKV-Spitzenverband liegen von Seiten der Krankenkassen weitere Änderungsvorschläge für das Verfahren der Krankheitsauswahl bzw. der Krankheitsabgrenzung vor. Eine detaillierte Bewertung dieser Vorschläge kann in der vom BVA zur Verfügung gestellten Zeit durch den GKV-Spitzenverband nicht erfolgen. Wir werden diese Vorschläge im Nachgang zu diesem Stellungnahmeverfahren prüfen und ggf. nachreichen. Diesbezüglich weisen wir nochmals auf die Notwendigkeit der Etablierung eines entsprechenden Vorschlagsverfahrens hin.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Pekka Helstelä