

Anhörung zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer

Grundsätzliche Anmerkungen zu den Prinzipien der Ausgestaltung des mRSA- Systems

Wir möchten auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen zur Krankheitsauswahl in den letzten Jahren hinweisen, die wir hier nicht wiederholen möchten:

1. Problematik der Kodierung unspezifischer Codes
2. Medizinisch-klinische Homogenität der Krankheiten

Wir möchten an dieser Stelle nicht unterlassen anzumerken, dass die beiden Kritikpunkte mit jedem Jahr weniger relevant werden, da sich die KH-Festlegung zunehmend auch im Bereich dieser Punkte verbessert, was sich insgesamt auf die Güte der Auswahl auswirkt.

Hilfreich fanden wir die Erklärung, dass prinzipiell bei der Auswahl der Krankheiten vordringlich auf die Ätiologie geachtet wird und erst bei der Festlegung der Risikogruppen auch auf die Manifestation.

Berücksichtigt wird in unseren Kommentaren, dass der Gesetzgeber die Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien ab dem 01.01.2012 mit der neuen Gesetzgebung zurückgenommen hat.

Spezielle Anmerkungen

Die nachfolgenden Anmerkungen zu den einzelnen Krankheitsabgrenzungen beziehen sich direkt auf die vom Bundesversicherungsamt geplanten Änderungen. Darüber hinaus erfolgen Anmerkungen zu einzelnen Krankheitsabgrenzungen entweder aus medizinischer Sicht oder aus dem Umstand heraus, dass die Aufgreifkriterien einzelner Auswahlkriterien zum RSAV knapp verfehlt wurden.

Die Vorschläge beziehen sich auf die vom Bundesversicherungsamt verwendeten Krankheitsnummern.

Krankheit 3 „nicht virale Meningitis/Enzephalitis“

Wir möchten hier nur anmerken, dass einzig ein hauchdünner Abstand von der 74,75 %-Perzentile verhindert, dass diese Erkrankung die KH-Auswahl verfehlt.

Krankheiten 29-42 „Malignome“

Wie bereits im gemeinsamen Kommentar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer 2011 angesprochen, fällt bei der Einteilung der Malignome in insgesamt 13 Krankheiten weiterhin auf, dass die Gruppen in ihrer medizinischen Zusammensetzung sehr unterschiedlich sind. Wir wiesen seinerzeit bereits darauf hin, dass sich auf der einen Seite Gruppen für ganz spezifische Malignome, zum Beispiel eine Gruppe mit den Melanomen und eine Gruppe für die Malignome der Brustdrüse finden. Auf der anderen Seite finden sich sehr grobe Zusammenfassungen, zum Beispiel eine Krankheit mit den Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des zentralen Nervensystems inklusive Hypo- und Epiphyse oder auch die Krankheit mit den Neubildungen der Niere, der Harnwege und der Nebenniere. Wir halten Boxplots zu den verschiedenen Krankheiten nach wie vor für interessant zur Beurteilung der Kostenhomogenität.

Konnten bei dieser Zusammenstellung erwartungsgemäß bestimmte Krankheiten nicht die Aufgreifkriterien erfüllen und so für 2011 zum Beispiel die Krankheit mit den bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane nicht mehr in die 80 mRSA-Krankheiten aufgenommen werden, so begrüßen wir die zu 2013 getroffene Regelung, die bösartigen Neubildungen der weiblichen und männlichen Geschlechtsorgane in der Krankheit 379 „Bösartige Neubildungen der Genitalorgane“ zusammenzulegen (siehe auch Kommentar unter Krankheit 379 „Bösartige Neubildung der Genitalorgane“).

Wir bleiben bei der Anregung, die Krankheit 43 „Carcinoma in situ“ aufzulösen und auf die Malignome zu verteilen. Begründet sehen wir dies nach wie vor darin, dass die „Carcinomata in situ“ in der Regel identisch wie Malignome behandelt werden. Das *Carcinoma in situ der Blase* (D09.0) müsste zum Beispiel in die Krankheit 38 verschoben werden, da es nach Standard identisch behandelt wird wie die malignen Blasentumore, die mit C67.- kodiert werden und in die Krankheit 38 fallen. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne die dieser Beurteilung zugrunde liegenden Quellen¹ und weiteres Material zu.

Krankheit 44-49 „gutartige Neubildungen“

Unklar bleibt weiterhin vor allem, welche Vorteile die Unterteilung der gutartigen Neubildungen in insgesamt fünf Untergruppen für die mRSA-Systematik bietet.

¹ Bladder Cancer, Kaufmann et al., Lancet 2009; 374: 239–49; Outcome of radical cystectomy for bladder cancer according to the disease type at presentation, Yiu et al., BJU International (2002), 89, 374-378; The management of BCG failure in non-muscle-invasive bladder cancer: an update, Zlotta et al., Can Urol Assoc J 2009;3 (Suppl4):S199-205;

Krankheit 52 „Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen“

Hier findet sich ein Druckfehler (Seite 3): unter E88.- *endokrine oder Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen* dürfte es sich um E89.- handeln. Unter E88.- finden sich *sonstige Stoffwechselstörungen*. Unseres Erachtens nach sollte aber geprüft werden, ob zumindest der Kode E89.2 *Hypoparathyreoidismus nach medizinischen Maßnahmen* nicht doch besser in der KH 52 „schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen“ verbleibt. Es dürfte sich theoretisch kein Unterschied im Behandlungsaufwand zu den dort verorteten Diagnosen E20ff. ergeben.

Krankheit 60 „Adipositas (mit Krankheitsbezug)“

Bereits im März 2010 hatten wir vorgeschlagen zu prüfen, ob die unspezifischen Adipositas-Kodes (z. B. *Adipositas mit niedrigem BMI, lokalisierte Adipositas*) in der Krankheitsabgrenzung belassen werden sollten. Die ICD-10-GM sieht seit 2009 eine differenzierte Kodierung der Adipositas nach Body Mass Index (BMI) vor. Die Krankheitsabgrenzung sollte evtl. nur die Fälle mit BMI > 35 umfassen (ICD E66.01 und .02, E66.11 und .12, E66.21 und .22, E66.81 und .82), da erst ab einem BMI von über 35 ein eigener spezifischer Krankheitswert der Adipositas vorliegt. Da hinter dieser Kodierung ein eindeutiger Messwert steht, ist garantiert, dass nur Patienten mit relevantem Übergewicht erfasst werden.

In der aktuell gewählten KH-Abgrenzung ist uns nicht erklärbar, warum zum Beispiel der Kode E66.1 *arzneimittelinduzierte Adipositas* oder auch E66.19 *arzneimittelinduzierte Adipositas, BMI nicht näher bezeichnet* in die KH 60 „Adipositas mit KH-Bezug“ führt, der eindeutig krankheitsrelevante Kode E66.02 *Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, BMI > 40* aber über die KH 501 ausgeschlossen wird. Die KH „Adipositas mit Krankheitsbezug“ halten wir für ausgesprochen sinnvoll, die dort inkludierten Codes könnten unserer Meinung nach medizinisch homogener als derzeit ausgewählt werden.

Krankheit 62 „Vitamin-B-Mangel/andere Formen der Avitaminosen/Mangel an Spurenelementen“

Die Auflösung der Krankheit 62 mit unterschiedlichsten und teilweise unspezifischen Mangelzuständen und -erkrankungen halten wir für sinnvoll (aufgelöst in KH-Nrn. 371-374).

Krankheit 74 „Erkrankungen des Pankreas“

Die Auflösung der KH 74 und die neue Aufteilung der Erkrankungen des Pankreas auf die Krankheiten mit den Nrn. 361-365 (Akute Pankreatitis, chronische Pankreatitis, sonstige Krankheiten des Pankreas), um die Unterschiede in Genese und Therapie abzubilden, halten wir prinzipiell für nachvollziehbar. Dabei erscheint uns die Aufteilung in insgesamt drei verschiedene KH-Gruppen ungewöhnlich, da akute Pankreaserkrankungen relativ häufig chronisch werden. Die „Mumps pankreatitis“ wieder zu den viralen Infekten zu gruppieren halten wir für unverständlich, da sie eine gefährliche und aufwändige Komplikation der „normalen“ Mumpsinfektion ist. Mit der gleichen Begründung, wie die „Mumpsmeningitis“ zu

den Meningitiden gruppiert wird, halten wir eine Zuordnung der Mumpspankreatitis zu den Pankreatitiden (KH 361) für richtig.

Krankheit 126 „Sonstige Erkrankungen des Immunsystems“

Auffällig ist, dass nur die Tatsache, dass das Kriterium für „chronisch“ nicht erfüllt wird, verhindert, dass diese Erkrankung in die Auswahl kommt. Sieht man sich die einzelnen ICD-Diagnosen an, so stellt man fest, dass es sich hier um eine Auswahl relativ seltener und schwer zu kodierender Diagnosen handelt. Inwieweit hier das m2q-Kriterium nicht erreicht wird, weil im ambulanten Bereich auf unspezifische Diagnosen ausgewichen wird, kann nicht überprüft werden. Wenn die behandelnde Klinik nur die Diagnose im Arztbrief nennt, nicht aber die ICD, entsteht hier ein Problem für die versichernde Kasse. Allerdings ist es dem mitbehandelnden Allgemeinmediziner bei diesen seltenen Spezialerkrankungen nicht zuzumuten, den entsprechenden ICD-Code zu ermitteln. Besserung kann nur ein Appell an die behandelnde Universitäts- oder spezialärztliche Ambulanz bringen, die spezifischen Codes im Arztbrief mit zu übermitteln.

Krankheit 134 „Demenz“

Die Ausgrenzung der unspezifischen Codes aus der KH 134 ist nach unserem Dafürhalten sinnvoll. Die KH „Demenz“ scheitert trotzdem, allerdings nur knapp an der 74,6 %-Perzentile. Als Grund unter anderem die Tatsache anzugeben, dass die Demenz besonders die Pflegeversicherung belastet, halten wir für gefährlich. Eine andere ebenfalls mögliche Erklärung ist eine Unterversorgung der Demenz, die durch den Ausschluss der KH 134 zementiert werden könnte. Wir sehen allerdings derzeit keine andere Möglichkeit, da die Krankheitsabgrenzung jetzt insgesamt in sich stimmig ist, auch wenn sie sehr knapp gefasst ist. Den Code F06.7 *leichte kognitive Störung* allerdings schon der Demenz zuzuordnen, halten wir für diskussionswürdig. Schon kleinere Einschränkungen in den gängigen Testverfahren rechtfertigen eine Kodierung der F06.7, ohne dass die Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt sind. Es ist die Frage, ob dies gewünscht ist. Außerdem grenzt die ICD-Beschreibung diesen Code ausdrücklich von der Demenz ab. Nur etwa 11.7% der Patienten mit leichter kognitive Störung entwickeln jährlich eine Demenz, bei dem Subtyp, bei dem prodromale Alzheimersymptome bestehen, gehen bis zu 20% pro Jahr in eine Demenz über². Ggf. kann der externe Experte noch einmal dazu gehört werden.

Krankheit 137 „Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch“

Die Aufnahme des Codes Z51.83 *Opiatsubstitution* in die Krankheit 137 ist medizinisch nachvollziehbar und hat durch die Einführung entsprechender ambulanter Leistungen erhebliche Relevanz.

² B. L. Plassman et al., Prevalence of Cognitive Impairment without Dementia in the United States. Ann Int Med 2008, 148,6; 427-434

Krankheit 139 „Depression“

Die Neuzusammensetzung der Codes F34.- *anhaltende affektive Störungen* in einer eigenen KH „anhaltende affektive Störungen“ halten wir für sinnvoll.

Krankheit 141 „Angsterkrankungen“

Die Aufrechterhaltung der Trennung von Angst- und Zwangsstörungen erscheint uns nachvollziehbar. Auch bei den Angsterkrankungen handelt es sich um eine Krankheit, die nur knapp die 74,75 %-Perzentile verfehlt und sonst alle Aufgreifkriterien erfüllt. Dies ist in Anbetracht der gesellschaftlichen Relevanz dieser Erkrankung außerordentlich bedauerlich und liegt zweifellos an der Tatsache, dass hier die unspezifischen Diagnosecodes inkludiert sind. Wir schlagen eine Aufteilung in eine KH „unspezifische und leichte Angsterkrankungen“ und eine KH „sonstige Angsterkrankungen“ vor. Um präzise auszuwählen, welche Erkrankung in welche der beiden KH gehört, sollten die entsprechenden Fachverbände bzw. der externe Experte gehört werden.

Krankheit 142 „Somatoforme Störungen/Dissoziative Störungen“

Der Vorschlag der Deutschen Schmerzliga zur Berücksichtigung verschiedener Codes des chronischen Schmerzes und die daraus folgende Neuorganisation zu einer neuen Krankheit „chronische Schmerzen“ entsprechen der Versorgungs- und Abrechnungsrealität. Die Ausgliederung aus der Krankheit 142 ist nachvollziehbar (siehe auch KH 381).

Krankheit 146 „Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen“

Die Erweiterung dieser KH um drei relevante Codes halten wir für außerordentlich hilfreich. Diese ebenfalls derzeit zunehmende Krankheit, deren Bedeutung für Arbeitsunfähigkeit und Kosten nicht unterschätzt werden darf, scheitert ausschließlich am Aufgreifkriterium „chronisch“. Dies mag auch an der Tatsache liegen, dass aufgrund von befürchteter Stigmatisierung diese Patienten erfahrungsgemäß trotz Behandlung oft „unterkodiert“ sind.

Krankheit 151 „Leichter/nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand/ Lernbehinderung“

Die Aufteilung in leichte und schwere Störungen halten wir für ausgesprochen hilfreich und bildet das ambulante, sicher aber auch das stationäre Geschehen besser ab.

Krankheit 156 „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“

Hier wurde unser Vorschlag „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen“ von den komplexeren Störungen zu unterscheiden, nicht angenommen. Wir bedauern dies, akzeptieren jedoch Ihre nachvollziehbare Begründung. Die Entwicklung der Aufgreifkriterien bleibt in den nächsten Jahren abzuwarten. (Es findet sich hier ein Druckfehler: „Der ICD-Kode F90.0 ist ausdrücklich als Restekategorie gedacht.“ Gemeint ist wahrscheinlich der Kode F90.9).

Krankheit 215 „Asthma bronchiale“

Der Wegfall der KH 215 erscheint aus mehreren Gründen problematisch. Zunächst ist festzustellen, dass unter den entsprechenden ICD-Kodes verschiedene Verlaufsformen bzw. Schweregrade des Asthma bronchiale subsumiert sind. Nach dem alphabetischen Verzeichnis der ICD-10-GM werden unter den Kodes J45.0, J45.1, J45.8, J45.9 und J46 sowohl asthmatische Erkrankungen bezüglich ihres chronischen Charakters als auch ihrer Ätiologie verschlüsselt. Somit fallen in die Berechnung des Schwellenwertes ein unspezifisches allergisches Asthma ebenso wie ein chronisches Asthma, ein Belastungsasthma oder ein Asthma bronchiale durch Analgetika. Von allen Erkrankungen, die den Schwellenwert der mittleren zeitlichen Ausgaben nicht erreicht haben, hat die Krankheit Asthma bronchiale den vorgegebenen Schwellenwert von 3.274,83 € besonders knapp verfehlt. Das Asthma bronchiale liegt mit 3.245,36 € lediglich 29,47 € unter dem notwendigen Schwellenwert. Alle anderen Aufgreifkriterien werden erfüllt. Die prävalenzgewichteten Ausgaben des Asthma bronchiale liegen mit 84,22 % über den 74,75 %-Perzentil und 72,42 % der Patienten erfüllen das m2q-Kriterium. Die Unterschreitung des Schwellenwertes könnte durch sogenannte „**Verdünnerefälle**“ mit leichteren Verlaufsformen verursacht worden sein, bei denen die Führung und Beratung des Patienten im Vordergrund steht und die somit keine hohen Behandlungs- und/oder Therapiekosten nach sich ziehen. Es ist nicht zielführend, diese leichten Asthmafälle in die Krankheit mit aufzunehmen.

Ferner ist darauf zu verweisen, dass gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses das Asthma bronchiale gemäß § 137 Abs. f SGB V zu einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gezählt wird, zu deren Behandlung ein strukturiertes Behandlungsprogramm im Sinne eines DMP aufgelegt worden ist. Um den Schweregrad des Asthma bronchiale hier darstellen zu können, hat der Gemeinsame Bundesausschuss als Einschlusskriterium in ein DM-Programm die geminderte FEV₁ aufgenommen. In Verbindung mit den o. g. „Verdünnerefällen“ kann davon ausgegangen werden, dass die Kosten für die schwereren Verlaufsformen des Asthma bronchiale (welche die Einschlusskriterien des DM-Programms erfüllen) nicht den geeigneten Niederschlag in der Berechnung der mittleren zeitlichen Ausgaben finden können.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass durch den Wegfall der Krankheit 215 „Asthma bronchiale“ eine chronische Erkrankung keine Berücksichtigung mehr findet, welche den Schwellenwert nur geringfügig unterschreitet und deren chronischer Charakter und hoher finanzieller Aufwand durch die Aufnahme in die Richtlinie zu strukturierten Behandlungsprogrammen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestätigt wurden.

Krankheit 343 „Risikogeburt“

Im Vergleich zum Vorjahr wurde diese Krankheitsgruppe um die Diagnosen *Kardiovaskuläre Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode* nach den ICD Codes P29.0 bis P29.4 sowie um die Diagnose *Reaktionen und Intoxikationen durch Arzneimittel oder Drogen, die dem Feten und Neugeborenen verabreicht wurden* nach dem ICD Kode P93 erweitert. Die Verlagerung dieser Diagnosen aus den Krankheitsgruppen 186 „sonstige Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems“ bzw. 337 „unerwünschte Wirkung von Medikamenten (kein Medikations- oder Darreichungsfehler)“ in die Krankheitsgruppe 343 „Risikogeburt“ ist medizinisch aus ätiologischer und pathogenetischer Sicht sinnvoll, da sie sich auf die Perinatalperiode beziehen. Dass trotzdem die Aufgreifkriterien nicht alle erreicht werden, mag an dem breiten Diagnosespektrum in dieser Krankheitsgruppe liegen und am einjährig prospektiven Zeithorizont. Da die angeborenen Herzfehler alle über einen spezifischen ICD abgebildet werden, sind die Neugeborenen mit den entsprechenden Erkrankungen aller Voraussicht nach auch in anderen Krankheiten erfasst.

Krankheit 367 „Tiefgreifende Entwicklungsstörung“

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung des Hinweises seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung/Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer, eine Differenzierung bezüglich der Diagnosen der Krankheit 151 „Leichter/nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand/Lernbehinderung“ vorzunehmen. Die behandlungsrelevanten Maßnahmen bei den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen werden durch die medizinische Differenzierung der Diagnosen der Krankheit 151 und mit der Bildung der neuen Krankheitsgruppe 367 zielgenauer abgebildet.

Krankheit 369 und 370 „Netzhautgefäßverschluss“ und „sonstige Erkrankungen der Netzhaut“

Wir raten von der derzeitigen Zusammenstellung der Diagnosen ab. Die Netzhautveränderungen sollten schweregradbedingt in zwei verschiedene Gruppen aufgeteilt werden, die Aufteilung sollte auf jeden Fall mit der entsprechenden Fachgesellschaft abgestimmt werden. Zur Zeit sind hier akute aber schnell und gut zu behandelnde Erkrankungen vermischt mit schweren, chronischen und extrem kostenaufwändigen Krankheiten. Dies sollte im Rahmen der Zuweisungsgerechtigkeit unbedingt vermieden werden. Da die „Makuladegeneration“ eine eigene Krankheit ist (KH 234), ist gewährleistet, dass diese schwerwiegende Krankheit immer bezüglich der Aufgreifkriterien unter differenzierter Beobachtung steht (auch wenn dieses Jahr die KH nicht bei den ausgewählten KH ist).

Krankheit 379 „Bösartige Neubildung der Genitalorgane“

Die Zusammenlegung der bösartigen Neubildungen der männlichen und weiblichen Genitalorgane in die Krankheit 379 „Bösartige Neubildungen der Genitalorgane“ begrüßen wir sehr, da durch dieses Vorgehen die medizinische Relevanz der bösartigen Neubildungen unabhängig vom Geschlecht bei der Betrachtung im Vordergrund steht. Die rein statistisch bedingte Ungleichbehandlung war medizinisch unverständlich und die neue Zusammenfassung wird auch für die Akzeptanz des mRSA an sich wichtig sein.

Krankheit 381 „Chronischer Schmerz“

Aufgrund der medizinisch eigenständigen Bedeutung von chronischen Schmerzen begrüßen wir sehr die Abgrenzung dieser Krankheitsgruppe von den somatoformen Störungen/dissoziativen Störungen und der Bildung der Krankheitsgruppe 381.

Der *chronische posttraumatische Kopfschmerz* nach dem ICD-Kode G44.3 wird als Diagnose in die neue Krankheitsentität 387 „sonstiger näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome“ aufgenommen. Es wäre zu prüfen, ob hier die Zuordnung zur Krankheitsgruppe 381 aufgrund der Chronizität des Schmerzes medizinisch nicht zutreffender wäre.

Krankheit 388 „Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie“

Die Aufnahme dieser Krankheitsgruppe und die ihr zugeordneten Diagnosen als neue Krankheitsentität halten wir aus medizinischer Sicht für sinnvoll und gut, da hier auch nur die krankheitsspezifischen Diagnosen berücksichtigt wurden. Besonders da die Schlafapnoe aus medizinischer Sicht eine zunehmende Relevanz als Begleit- bzw. Folgeerkrankung sowie Risikofaktor bei chronischen Krankheiten in den letzten Jahren erfahren hat, begrüßen wir die Abgrenzung zu den anderen Schlafstörungen sehr.

Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“

Die Überprüfung der Diagnosen aus der Krankheitsgruppe 501 und die daraufhin erfolgte Zuordnung der entsprechenden Diagnosen, die spezifische Krankheitszustände bzw. Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen darstellen, in die zutreffende Krankheitsgruppe empfinden wir aus medizinischer Sicht in fast allen Fällen als sachgerecht. Einzelfälle haben wir an entsprechender Stelle kommentiert.