

Stellungnahme der BARMER GEK zum Festlegungsentwurf der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2013 zu berücksichtigenden Krankheiten gemäß § 31 Abs. 4 der RSAV

27. Januar 2012

1. Vorbemerkung

Mit Datum vom 23. Dezember 2011 hat das Bundesversicherungsamt (BVA) den Krankenkassen den Festlegungsentwurf der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (MRSA) für das Ausgleichsjahr 2013 zu berücksichtigenden Krankheiten übermittelt. Der Festlegungsentwurf sieht – dem Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zum Jahresausgleich 2009 folgend – keine Reduzierung der Zahl der Krankheiten sowie keine Änderung der Auswahlkriterien vor. Damit ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Morbiditätsorientierung gewährleistet, was von der BARMER GEK unterstützt wird.

In Bezug auf die Änderungen bei den Krankheitsabgrenzungen begrüßt die BARMER GEK ausdrücklich die Bildung der neuen Krankheit „Chronischer Schmerz“, die als eigenständige Krankheit bereits seit 2009 im ICD-10 abgebildet wird. Die BARMER GEK schlägt in diesem Zusammenhang die Ergänzung der neuen Krankheit um einen weiteren ICD-Code vor, um dem Kodierungsverhalten der Leistungserbringer noch genauer zu entsprechen.

Erhebliche Bedenken hat die BARMER GEK bei den „Angsterkrankungen“. Zunächst sollten diese, einem stichhaltigen Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) folgend, mit den „Zwangsstörungen“ zusammengelegt werden, da die vorgenommene Abgrenzung im MRSA der BARMER GEK künstlich erscheint. In diesem Zusammenhang bewertet die BARMER GEK auch die Ausgliederung einiger höchst chronischer Sachverhalte aus den Angsterkrankungen in eine andere nicht chronische MRSA-Krankheit sehr kritisch.

Aus medizinischer Sicht sind die Änderungen bei den Krankheiten „Depression“ und „bipolare affektive Störungen“ ebenfalls nicht sachgerecht. Die BARMER GEK plädiert dafür, die bisherige Zusammensetzung der beiden genannten Krankheiten beizubehalten.

Zudem werden die Änderungen bei der „Spinalkanalstenose“ und beim „schwer wiegenden Alkohol- und Drogenmissbrauch“ ausdrücklich in Frage gestellt.

Hinsichtlich des methodischen Vorgehens begrüßt die BARMER GEK grundsätzlich die weitgehende Verfahrensstabilität sowie die Stringenz des gewählten mathematischen Auswahlverfahrens. Inzwischen liegen erhebliche Erkenntnisgewinne aus der dreimaligen Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens vor. Zudem beträgt der analysierbare Zeithorizont gegenüber der Krankheits(erst-)auswahl vier Jahre. Hieraus ergibt sich aus Sicht der BARMER GEK an zwei Stellen Verbesserungspotenzial für die Methodik bei der Krankheitsauswahl, die in dieser Stellungnahme dargelegt werden.

2. Berechnungsschritte

2.1 Ermittlung des Perzentils beim Kriterium „kostenintensiv“

2.1.1. Feststellungen zur Entwicklung von Mehrkosten und Prävalenz seit der Auswahl 2009

Ein Vergleich der Krankheitsauswahl 2013 mit der Krankheitsauswahl 2009 zeigt folgendes:

	Auswahl 2009	Auswahl 2013	Entwicklung
Schwellenwert	2.525,58 €	3.274,83 €	29,67%
Schwellenwert ohne ZÄ in 2010		3.170,79 €	25,55%
Ø "erwartete Mehrkosten"	281,57 €	297,14 €	5,53%
Prävalenz (N gesamtvalidiert)	15,68 Mio.	19,96 Mio.	27,30%
Versicherte der Stichprobe	4,2 Mio.	4,59 Mio.	9,29%

Der Schwellenwert (als Kennzeichen für das Kostenniveau der GKV) ist seit der Auswahl 2009 um fast 30 % gestiegen, während sich der Durchschnitt der „erwarteten Mehrkosten“ nur um gut 5,5 % erhöht hat. Das erhebliche Wachstum der Versichertenanzahl in der Stichprobe und die Berücksichtigung der Zahnarztkosten tragen zu dieser sehr unterschiedlichen Entwicklung zwar bei, offensichtlich ist der Hauptgrund für die Verwässerung der erwarteten Mehrkosten jedoch die extreme Steigerung der Gesamtbesetzungen aller Krankheiten um über 27 %. Dies verdeutlicht auch ein Vergleich des Schwellenwertanstiegs ohne zahnärztliche Ausgaben (26 %). Auch er liegt fast beim Fünffachen der Steigerung der erwarteten Mehrkosten.

Betrachtet man nur die wählbaren Krankheiten (Chronizität oder Hospitalisierung erfüllt, Schwellenwert erreicht, Mehrkosten positiv) ist der Effekt bei ähnlicher Krankheitsanzahl noch deutlicher:

	Auswahl 2009	Auswahl 2013	Entwicklung
Ø "erwartete Mehrkosten"	584,23 €	584,40 €	0,03%
Prävalenz (N gesamtvalidiert)	7,13 Mio.	9,75 Mio.	36,71%

In die Ermittlung des Perzentils zur Auswahl der maximal 80 Krankheiten nach ihrer Kostenintensität gehen mit den erwarteten Mehrkosten und der Prävalenz also zwei Faktoren ein, die sich seit der erstmaligen Krankheitsauswahl sehr unterschiedlich entwickelt haben.

2.1.2. Weitere Untersuchungen

Die gewählte Verknüpfungsfunktion für Prävalenz und erwartete Mehrkosten (Wurzel der Prävalenz multipliziert mit den ungewichteten Mehrkosten) ist gegenüber allgemeinen Veränderungen einer der beiden Größen sehr stabil. Zu Änderungen in der Rangfolge von Krankheiten nach ihrer Kostenintensität kann es nur kommen, wenn die Steigerung der Prävalenz ungleichgewichtig nach den erwarteten Mehrkosten erfolgt.

Um dies zu überprüfen, wurde der Entwurf der Krankheitsauswahl 2013 auf Basis der Daten der BARMER GEK einmal auf die Daten der Krankheitsauswahl 2013 (Diagnosedaten 2009 und 2010; Kosten 2010) und parallel auf die Daten der Krankheitsauswahl 2011, d.h. mit Diagnosedaten 2007 und 2008 sowie Kosten 2008 angewendet¹.

Beide Berechnungsergebnisse wurden nach den Perzentilen des Auswahlkriteriums „Kostenintensität“ geordnet und die Krankheiten auf Rangwechsel in dieser Ordnung überprüft. Bei dieser Prüfung können Rangwechsel – falls vorhanden – nur auf ungleichgewichtige Veränderungen der Prävalenz zurückzuführen sein.

Tatsächlich ergeben sich bereits bei einem Vergleich zwischen der Krankheitsauswahl 2011 und 2013 erhebliche Rangwechsel. Krankheiten, die ihren Rang „verbessern“, besitzen 2013 im Vergleich zu Krankheiten, die ihren Rang „verschlechtern“ haben, eine doppelt so hohe Prävalenz und verursachen nur etwa halb so hohe Mehrkosten.

Auch wenn man „nur“ die Original-Anlagen 3 des BVA zur Krankheitsauswahl für 2009 und 2013 miteinander vergleicht und ohne ein Nachvollziehen der Veränderungen in der Krankheitszusammenstellung jeweils nach der Höhe der erwarteten Mehrkosten ordnet, ist ein deutlich negativer Zusammenhang zwischen der Höhe dieser Mehrkosten und der Prävalenzentwicklung gegeben. Verwendet man hierbei gleitende Durchschnitte beträgt das Bestimmtheitsmaß dieses Zusammenhangs ca. 0,24.

2.1.3. Folgerungen

Die BARMER GEK hat die Verwendung der Wurzelfunktion zur Verknüpfung von Krankheitskosten und Prävalenz in der Krankheitsauswahl 2009 ausdrücklich begrüßt. Dies tun wir auch weiterhin. Wir regen allerdings an, den oben stehenden möglichen negativen Zusammenhang zwischen Mehrkosten und Prävalenz zu überprüfen. Denn steigt die Prävalenz „teurer“ Krankheiten weniger stark als die „billiger“ Krankheiten, könnte es bei einer starken Steigerung der Durchschnitts-Prävalenz auch an der Grenze der 80 Krankheiten und damit an der Relevanzschwelle für das weitere RSA-Verfahren zu Rangwechseln zugunsten von „billigen“ Krankheiten mit höherer Prävalenz kommen.

Sollte sich herausstellen, dass Rangwechsel zwischen Krankheiten aufgrund einer ungleichgewichtigen Prävalenzentwicklung möglich sind, sollte die Wurzelfunktion zur Verknüpfung von Krankheitskosten und Prävalenz angepasst werden, um den Stand der Krankheitsauswahl 2009 wiederherzustellen. Denkbar wäre, statt der zweiten Wurzel eine höhere Wurzel zu verwenden (im Beispiel 2,5), um Änderungen bei der Prävalenz in geringerem Maße weiterzugeben.

¹ Die Daten der Krankheitsauswahl 2009 (Diagnosen 2005 und 2006, Kosten 2006) standen in der Kürze der Zeit nicht zur Verfügung.

Krankheit	Mehrkosten	Prävalenz	Beta* (Wurzel)	Rangziffer (Wurzel)	Beta* (2,5.te Wurzel)	Rangziffer (2,5.te Wurzel)
A	100.000	1.000	3.162.278 €	1	1.584.893 €	1
B	9.800	100.000	3.099.032 €	2	980.000 €	2

Nach ungleichgewichtigem Prävalenzwachstum:

Krankheit	Mehrkosten	Prävalenz	Beta* (Wurzel)	Rangziffer (Wurzel)	Beta* (2,5.te Wurzel)	Rangziffer (2,5.te Wurzel)
A	100.000	1.050	3.240.370 €	2	1.616.128 €	1
B	9.000	130.000	3.244.996 €	1	999.585 €	2

Im Beispiel steigt die Prävalenz von Krankheit B extrem an. Obwohl dieser Anstieg offenbar verwässernder Natur ist (die Mehrkosten von Krankheit B sinken deutlich), wechseln Krankheit A und B die Rangziffer. Beispielsweise durch Wahl der 2,5ten statt der einfachen Wurzel kann dies bereits deutlich vermieden werden.

2.2 Gleichstellung der stationären Nebendiagnosen mit ambulanten Diagnosen

Bei der Berechnung der Auswahlkriterien zur Krankheitsauswahl werden stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, mit Ausnahme der Kriterien „Schwerwiegend“ und „Chronisch“ weiterhin gleichrangig behandelt. Eine Gleichstellung der stationären Nebendiagnosen mit den ambulanten Diagnosen bereits in der Krankheitsauswahl, entsprechend den letzten Änderungen zum Morbi-RSA Verfahren 2012 sollte aus Sicht der BARMER GEK überprüft werden.

Sinnvoll erscheint es, die Abwertung der stationären Nebendiagnosen bei dem Kriterium „Kostenintensiv“ anzuwenden. Eine Simulation auf Daten der BARMER GEK ergibt, dass sich 5 der 80 Krankheiten ändern. Eine Abwertung der stationären Nebendiagnosen bei der Überprüfung des Schwellenwerts führt auf Daten der BARMER GEK zu keiner Änderung in der Krankheitsauswahl.

Anlass zu diesen Analysen ist die grundsätzliche Auseinandersetzung mit dem Thema, inwieweit Krankheitsauswahl und Klassifikationssystem übereinstimmenden Regeln folgen sollten. Laufen beide Systeme auseinander, ist zumindest theoretisch zu befürchten, dass in der Krankheitsauswahl Krankheiten eine hohe Bedeutung zugemessen wird, die im Klassifikationsverfahren eine eher geringe Bedeutung haben.

Dem extremen Anstieg der Nebendiagnosen in der GKV und damit potenzieller Manipulationsanreize könnte mit der Abwertung der stationären Nebendiagnosen bereits in der Krankheitsauswahl entgegen gewirkt werden. Die BARMER GEK bittet das BVA dies zu überprüfen.

3. Änderung der Krankheitsabgrenzung

Krankheit 36/37: Bösartige Neubildung der weiblichen bzw. männlichen Genitalorgane

à neue Krankheit 379: Bösartige Neubildung der Genitalorgane.

Die BARMER GEK begrüßt die Zusammenlegung der bösartigen Neubildungen der weiblichen und männlichen Genitalorgane in eine Krankheit ausdrücklich.

Krankheit 52: Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen

Den Änderungen begegnet die BARMER GEK mit Bedenken. Nach dem Entwurf sollen die ICD-Codes E89.X aus der Krankheit 52 entfernt und in die Krankheit 339 „Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung“ eingegliedert werden. Bei vielen der ausgegliederten Codes handelt es sich jedoch um dieselbe Störung wie bei Codes, die in der Krankheit 52 verbleiben. Sie sind etwas weniger exakt beschrieben, aber werden dafür mit der Ursachenangabe „nach medizinischen Maßnahmen“ verknüpft.

Ein Beispiel hierfür ist der ICD Code E89.2 „Hypoparathyreoidismus nach medizinischen Maßnahmen“, der seine Entsprechung in den Codes E20.X besitzt, welche in der Krankheit 52 bleiben. Diese Funktionsstörung der Nebenschilddrüse wird in der weit überwiegenden Zahl der Fälle durch medizinische Behandlungen der (Haupt-)Schilddrüse oder des Kehlkopfes verursacht. Angeborene oder anderweitig erworbene Formen des Hypoparathyreoidismus sind seltener. Trotzdem ist die Kodierung mit E20.8 oder E20.9 sichtbar häufiger vorzufinden als E89.2. Dies liegt daran, dass die Kenntnis über den Auslöser der Funktionsstörung der Nebenschilddrüse im Zuge der Behandlung verloren geht oder nicht mehr als sehr wichtig empfunden wird. Können sich die verschiedenen Codes im Rahmen des M2Q-Kriteriums nicht mehr gegenseitig validieren, entspricht dies aus Sicht der BARMER GEK nicht der Kodierrealität.

Da es weitgehend zufallsbestimmt ist, wie lange der Code E89.2 bei einem durch Eingriffe an der Schilddrüse oder dem Kehlkopf ausgelösten Hypoparathyreoidismus erhalten bleibt, ergeben sich durch die Neuregelung auch Anreize für gezielte Diagnose-„verbesserungs-“ (in diesem Fall Diagnosevermehrungs-) Maßnahmen durch Krankenkassen. Die BARMER GEK regt daher an, die Veränderung der Krankheitsauswahl hinsichtlich der ICD-Codes E89.X nicht durchzuführen.

Krankheit 60: Übergewicht mit Krankheitsbezug

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

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

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 65: Sonstige und nicht näher bezeichnete Stoffwechselstörungen

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 72: Peritonitis, exkl. Appendizitis und Entzündungen des weiblichen Beckens

Die Darstellung der Peritonitis als Krankheitsentität erscheint unter ätiologischen Gesichtspunkten nicht folgerichtig, da es sich bei der Peritonitis nicht um eine eigenständige Krankheit, sondern um eine schwere Komplikation einer Reihe von Grundkrankheiten handelt (Appendizitis, Divertikulitis, (unbehandelter) Ileus, Darmnekrosen u.s.w.).

Da die Anzahl der möglichen Grunderkrankungen jedoch – wie ausgeführt – groß ist und die ICD-Schlüssel K65.X keinen Rückverweis auf die konkrete Ursache zulassen, ist die Darstellung der Peritonitis als eigene Krankheitsentität vertretbar. Allerdings sollte aus Sicht der BARMER GEK die Schnittstelle zu den Codes K35.0 bis K35.3X („Appendizitis mit (Elementen von) Peritonitis“) überprüft werden.

Krankheit 74: Erkrankungen des Pankreas

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 96: Spinalkanalstenose

Der Ausschluss der Diagnosen M99.2X bis M99.7X aus der Krankheit 96 und deren Zuordnung in die Kategorie 501 „Ausschluss, Symptom, Zustand...“ ist aus Sicht der BARMER GEK nicht gerechtfertigt.

Die genannten Diagnosen tragen zur Gesamtzahl der Diagnosen der Krankheit 96 ca. 11-12 % bei. Nimmt man eine M2Q-Validierung vor, liegt die Anzahl der zusätzlichen Zuordnungen von Versicherten zur Krankheit 96 bei Berücksichtigung der Diagnosen M99.2X bis M99.7X im Vergleich zur nunmehr vom BVA vorgeschlagenen Abgrenzung ebenfalls ca. 11-12 % höher. Die Diagnosen werden also offenbar nicht nur zusätzlich zu den Diagnosen M48.0X vergeben, sondern in den meisten Fällen ganz alleine. Die diesbezügliche „Sollte“-Regelung des DIMDI wird also offenbar weitgehend eingehalten.

Ein Grund, die Diagnosen M99.2X bis M99.7X und nicht M48.0X zu vergeben, liegt z.B. dann vor, wenn für die Dokumentation des Beschwerdebildes der physische Grund der Verengung des Spinalkanals von besonderer Bedeutung ist. Die Unterscheidung, ob diese Verengung von den Bandscheiben, anderen knöchernen Strukturen oder vom Bindegewebe ausgeht, kann im Rahmen von M48.0X nicht vorgenommen werden, sehr wohl jedoch im Rahmen von M99.2X bis M99.7X.

Insofern ist die Verwendung von M99.2X bis M99.7X kein offensichtlicher Kodierfehler, wie z.B. die Kodierung eines behandlungsbedürftigen alten Myokardinfarktes mit I21 und einer Qualifikation „Z“. Letztgenannte Kodieranomalie tritt zwar häufig auf, wird aber vom BVA korrekterweise nicht der richtigen Kodierung gleichgestellt. Für die Verwendung von M99.2X bis M99.7X kann es aber gute Gründe geben. Diese Kodierungen auszuschließen, entspräche daher einer zusätzlichen „Plausibilisierung“ des Diagnosespektrums ausschließlich für Zwecke des Kassenausgleichs. Zudem sieht die BARMER GEK bei Beibehaltung der neuen Krankheitsabgrenzung die Gefahr von Fehlanreizen bei der Kodierung, indem eigentliche M99.2X bis M99.7X durch M48.0X Diagnosen ersetzt werden, um sie – unter

Eingehung eines ggf. für die Behandlung wichtigen Informationsverlustes – für den RSA zu erhalten.
Dies erscheint nicht sachgerecht.

Die BARMER GEK regt daher an, den Ausschluss der Diagnosen M99.2X bis M99.7X für die Krankheit 96 zurückzunehmen.

Krankheit 129: Eisenmangel- und nicht näher bezeichnete Anämien

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 130: Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 133: Delir und Enzephalopathie

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 134: Demenz, einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 135: Nicht-psychotisch organische Störung

Die Ansicht des externen Experten, dass der ICD-Kode F06.7 einem Frühstadium der Alzheimer-Krankheit entspräche, teilt die BARMER GEK nicht. Die BARMER GEK ist der Ansicht, dass diese Diagnose überwiegend dann vergeben wird, wenn kognitive Begleitscheinungen von beispielweise Depression oder Suchterkrankungen kodiert werden. Da andererseits aber die Abgrenzung zur leichten Demenz schwierig ist, halten wir die Zuordnung der Diagnose F06.7 zur Demenz für vertretbar.

Krankheit 136: Anderer/nicht näher bezeichneter Krankheitszustand des Zentralnervensystems bzw.

Krankheit 157: Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 137: Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch

Die Zuordnung des Codes Z51.83 zur Krankheit 137 lehnt die BARMER GEK ab.

Wie auch in der Vergangenheit bei anderen Z- Codes feststellbar, liegt auch bei der Verwendung von Z51.83 ein extremer Umfang von Fehlkodierung vor. Bei etwa 10 % der Versicherten, für die dieser Code verwendet wird, können im selben Jahr keine entsprechenden Verordnungen nachgewiesen werden. Dies gilt selbst dann, wenn das Verordnungsspektrum für die Substitution extrem breit gewählt und neben Methadon und typischen Opiaten bzw. Opiatsubstitutiva jede Betäubungsmittel-

Verordnung und jede Rezeptur als "Substitutionsvorgang" bewertet wird. Jede engere Abgrenzung macht den Fehleranteil bedeutend höher.

Die Lücke schließt sich erst, wenn die Verordnungsinformationen mehrerer Vorjahre berücksichtigt werden. Die Diagnose Z51.83 wird also offenbar auch nach Ende einer Substitutionstherapie noch über mehrere Jahre „mitgeführt“.

Dieses Problem ist dabei aus Sicht der BARMER GEK so gravierend, dass der Code Z51.83 nicht nur für Schweregrad differenzierungen im Klassifikationsverfahren ausscheidet, sondern bereits aus der Krankheitsauswahl auszuschließen ist. Von den ca. 10 % Versicherten, für die zwar der Code Z51.83 dokumentiert ist, jedoch keine im Ansatz passende Verordnung vorliegt, hat natürlich der überwiegende Teil andere zur Krankheit 137 gehörende Diagnosen, die das M2Q-Kriterium erfüllen. Ein Viertel dieses Restes hat diese jedoch nicht bzw. nur in einem Quartal. Bei diesen Personen werden durch die Berücksichtigung von Z51.83 zusätzliche Zuschläge auf Grundlage von ICD-Schlüsseln erzeugt, die inhaltlich nachweislich nicht zutreffen. Dies ist rechtlich angreifbar und daher abzulehnen.

Krankheit 139: Depression bzw. Krankheit 140: Bipolare affektive Störungen

Die Ausführungen erscheinen der BARMER GEK nicht sachgerecht.

Dem Vorschlag die ICD F34.1 "Dysthymia" aus der Krankheit 139 herauszulösen und sie in die neue Krankheit 366 "Anhaltende affektive Störungen" zu verschieben, muss aus medizinischer Sicht widersprochen werden.

Eine Dysthymie ist von einer mindestens seit zwei Jahren bestehenden subsyndromalen depressiven Symptomatik gekennzeichnet, aus der sich eine zusätzliche depressive Episode entwickeln kann. Dieser Fall kennzeichnet eine so genannte „double depression“. Die Dysthymie und ihre Behandlungsmöglichkeiten sind ebenfalls Gegenstand der aktuellen Versorgungsleitlinie Depression.

Da eine Abgrenzung der Dysthymie von der Depression auch im medizinischen Behandlungsalltag nicht vorgesehen ist, plädiert die BARMER GEK dafür, die Dysthymie (F34.1) wie bisher in der Krankheit 139 „Depression“ zu belassen.

Auch dem Vorschlag die ICD F34.0 "Zyklothymia" aus der bisherigen Krankheit 140 "bipolare affektive Störungen" herauszulösen, muss ebenfalls aus medizinischer Sicht widersprochen werden.

Bei der Zyklothymia handelt es sich um eine Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie). Die Erkrankung zählt zu der Gruppe der affektiven Störungen, die durch Veränderungen der Stimmung (Affektivität) meist zur Depression oder gehobenen Stimmung (Manie) charakterisiert wird. Die Perioden der Zyklothymia sind nicht ausreichend schwer und anhaltend genug, um die Kriterien für die ICD-Kodes F31.- „bipolare affektive Störungen“ zu erfüllen.

rung“ oder F33.- „rezidivierende depressive Störung“ zu erfüllen. Die ICD F34.0 "Zyklothymia" ist hingegen mit einer manisch-depressiven, bipolaren affektiven Psychose (manisch-depressive Erkrankung) gleichzusetzen.

Aufgrund dieser auch historisch gewachsenen Zuordnung schlägt die BARMER GEK vor, neben der Krankheit 139 „Depression“ auch die bisherige Zusammensetzung der Krankheit 140 "bipolare affektive Störungen" unverändert zu belassen.

Krankheit 141: Angsterkrankungen bzw. Krankheit 143: Zwangsstörungen

Den Änderungen begegnet die BARMER GEK mit erheblichen Bedenken.

Dies gilt zunächst für die Ablehnung der Anregung der BPtK, die Angststörungen auf der einen und die Zwangsstörungen auf der anderen Seite zu einer Krankheit zusammenzufassen. Die Ausführungen der BPtK aus deren Stellungnahme vom 31.03.2010 (Seite 13) hält die BARMER GEK für vollständig stichhaltig und die Unterteilung zwischen Angsterkrankungen und Zwangsstörungen für Zwecke des Morbi-RSA für ätiologisch künstlich. Dies entspricht offenbar auch dem Stand der psychotherapeutischen Methodenforschung.

Die Aussage des BVA, dass beide Krankheiten getrennt gehalten werden sollten, weil die Zwangsstörungen „aufgrund der Chronizität mit besonderen Aufwänden verbunden“ seien, ist hingegen nur hinsichtlich der sachlichen Feststellung besonderer Aufwände stichhaltig. Die Schlussfolgerung ist allerdings widersprüchlich. Zur Berücksichtigung unterschiedlicher Folgekosten verschiedener Teilkrankheiten dient das Klassifikationsverfahren, nicht jedoch die Krankheitsauswahl. Dies wird auf Seite 2 der Erläuterungen vom BVA selbst ausgeführt. Die Beibehaltung von zwei Krankheiten dient aufgrund der erheblichen Heterogenität, in der bereits die Angststörungen alleine auftreten, auch nicht der engeren Abgrenzung. Wir regen daher an, den Vorschlag der BPtK umzusetzen und die Krankheiten 141 und 143 zusammenzufassen.

Erheblichen Bedenken begegnet aber auch die Verlagerung der ICD-Codes F43.1, F62.0 und F62.1 aus den Angststörungen in die Krankheit 146 „Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen“. Es erscheint bereits nicht überzeugend, ICD-Codes, die keine ausdrückliche Aussage zur zeitlichen Ausdehnung einer Störung enthalten („F43.1“) sowie Codes, die ausdrücklich „andauernde“ Störungen bezeichnen, in einer Gruppe mit ICD-Codes zu vereinigen, die ausdrücklich „akute“ Störungen beschreiben.

Dass diese Unterscheidung zumindest im vorliegenden Fall von den behandelnden Ärzten beherzigt wird, zeigt das Chronizitätskriterium, an dem die Krankheit 146, die hinsichtlich der Kostenintensität deutlich zu den 80 Auswahlkrankheiten gehören würde, regelmäßig scheitert. Die Codes F43.1, F62.0 und F62.1 sind völlig anders. Bei der BARMER GEK besitzen diese drei nicht besonders häufigen ICD-Codes eine Chronizität (Anteil der Versicherten, die mit diesen Codes das M2Q-Kriterium erfüllen,

an allen Versicherten, bei denen diese Codes auftreten) von über 86% und damit fast doppelt so viel wie in der Krankheit 146. Aus Sicht der BARMER GEK gehören diese ICD-Codes damit ersichtlich nicht in die Krankheit 146, sondern weiterhin in die Krankheit 141.

Krankheit 142: Somatoforme Störungen / Dissoziative Störungen

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht. Weitere Ausführungen unter Krankheit 381 „Chronischer Schmerz“.

Gemeinsame Bewertung zu**Krankheit 145: Ticstörungen****Krankheit 148: Andere psychische Erkrankungen****Krankheit 151: Leichter/nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand /Lernbehinderung****Krankheit 152: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend bzw. Krankheit 153: Umschriebene Entwicklungsstörungen und****Krankheit 156: Aufmerksamkeitsstörung**

Wie der Tabelle unten auf Seite 20 in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf (Anhang 1) zu entnehmen ist, werden die mit F8 und F9 beginnenden Diagnosen zu 7 Erkrankungen zusammengefasst. Die gewählte Zusammenfassung bildet – nach Meinung der BARMER GEK – nicht die Kodierrealität ab.

Aus medizinischer Sicht muss bezweifelt werden, ob eine hinreichend genaue Abgrenzung zwischen einigen der aufgeführten Krankheitsbilder möglich ist.

Als Beispiel seien hier die Diagnosen F90.1: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, zugeordnet zur Krankheit 156: Aufmerksamkeitsstörung und F91.8: Sonstige Störung des Sozialverhaltens, zugeordnet zur Krankheit 152: Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend genannt. Mit F92 beginnende Diagnosen lassen darüber hinaus noch die Kodierung von Kombinationen von Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen zu.

Außerdem ist die Aufmerksamkeitsstörung die häufigste Komorbidität der Erkrankungen F91: Störungen des Sozialverhaltens. Unterstellt man, dass es sich hierbei teilweise um abweichende Formen der Kodierung oder um nicht klar abgrenzbare Krankheitsbilder handelt, erscheint die Trennung noch weniger sachgerecht. Die Problematik wird dadurch verschärft, dass die Diagnosen der Aufmerksamkeitsstörung nicht Teil des RSA sind, die Diagnosen der Störungen des Sozialverhaltens hingegen schon. Auf diesem Weg führt (bei Erfüllung der sonstigen Aufgreifkriterien) die eher unspezifische Angabe F91.8: Sonstige Störung des Sozialverhaltens zu einem Morbiditätszuschlag, die spezifische Kodierung F90.1: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens aber nicht.

In Anbetracht der genannten Abgrenzungsprobleme und den sich hieraus ergebenden Kodiervarianten und damit Manipulationsmöglichkeiten regt die BARMER GEK an, an dieser Stelle die Krankheiten direkt aus den ICD-Gruppen abzuleiten und nur 2 Krankheiten zu bilden. Danach sollten:

- § Alle mit F8 beginnenden Diagnosen in die Krankheit „Entwicklungsstörungen“ und
- § alle mit F9 beginnenden Diagnosen in die Krankheit „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ führen.

Krankheit 154: Nicht näher bezeichnete Chromosomenanomalien und angeborene Malformationssyndrome, nicht andernorts klassifiziert

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 185: Angeborene schwere Herzfehler (> 17 Jahre)

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 186: Sonstige angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems bzw.

Krankheit 184: Angeborene schwere Herzfehler (< 18 Jahre)

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 231: Vaskuläre Retinopathien bzw. Krankheit 233: Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der Netzhaut bzw. Krankheit 235: Retinitis pigmentosa, andere hereditäre Netzhautdystrophien

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 262: Niereninsuffizienz

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 291: Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 334: Erfrierungen und äußere Ursachen für Verletzungen

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 337: Unerwünschte Wirkung von Medikamenten; kein Medikations- oder Darreichungsfehler

Die Ausführungen erscheinen sachgerecht.

Krankheit 339: Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung

In der Krankheit 339 wird eine Reihe zusätzlicher ICD-Codes berücksichtigt. Dies wird auch in den Erläuterungen kommentiert. Eine ähnlich lange Reihe wird jedoch aus der Krankheit 339 in die Kate-

gorie 501 verschoben. Hierzu fehlt eine Dokumentation und es ergeben sich auch fachliche Bedenken. Diese werden weiter unten bei der Kategorie 501 ausgeführt.

Krankheit 341: Blutung / Hämatom / Serom als Komplikation eines Eingriffs bzw. Krankheit 342 Zwischenfälle bei Patienten während chirurgischer und medizinischer Behandlung

Vgl. Ausführungen zur Ausschlusskategorie 501.

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

Die Anhebung der Altersgrenze von 1 auf 5 Jahre bei der Krankheit 344 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes“ wird von der BARMER GEK begrüßt.

Die Forderung der BARMER GEK nach Anhebung der Altersgrenze von 1 auf 5 Jahre bezog sich in der Stellungnahme vom 9.4.2011 jedoch auch auf die Krankheit 343 „Risikogeburt“. Es ist nicht ersichtlich, ob die empirische Überprüfung durch das BVA im Rahmen der Krankheitsauswahl 2013 auch für die Krankheit 343 erfolgt ist oder nur für die Krankheit 344. Die BARMER GEK bittet daher, die Entscheidung genauer zu erläutern und die Ergebnisse der empirischen Überprüfung darzustellen.

Krankheit 381: Chronischer Schmerz

Die Barmer GEK begrüßt ausdrücklich die Bildung der neuen Krankheit 381 "Chronischer Schmerz".

Zusätzlich zu den zur Bildung dieser Krankheit vorgesehenen Diagnosen F45.4, F45.40, F45.41, R52.1 und R52.2 schlägt die BARMER GEK vor, die ICD F62.80: Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom ebenfalls dieser Krankheit zuzurechnen. Zurzeit ist die Diagnose F62.80 der Krankheit 147: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zugeordnet.

Der chronische Schmerz ist eine eigenständige Erkrankung und unterscheidet sich sowohl in der Therapie, als auch bei den Krankheitskosten vom Akutschmerz. Erst im Jahr 2009 wurde mit Einführung des ICD-Code F45.41 der Besonderheit dieser Erkrankung Rechnung getragen. Dieser ICD-Code wurde fachgruppenübergreifend im Konsens mit verschiedenen Schmerzgesellschaften und psychologischen- und psychosomatischen Fachgesellschaften in langwierigen Verhandlungen abgestimmt. Die ICD F45.41 basiert auf einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis. Da bisher chronische Schmerzpatienten in Ermangelung einer eindeutigeren Codierung auch unter dem Code F62.80 abgebildet wurden und zahlreiche Ärzte sicher bis heute so verfahren, ist eine Zurechnung des ICD-Code F62.80 zur neuen Krankheit 381 "Chronischer Schmerz" aus medizinischer Sicht zu befürworten.

Ausschlusskategorie 501: „Symptom, Zustand, ...“

Die BARMER GEK begrüßt ausdrücklich, dass das BVA zumindest einige der bisher in der Ausschlusskategorie 501 geführten ICD-Codes einer näheren Untersuchung unterzogen hat.

Diese Untersuchung war im Ergebnis auch erfolgreich. Zwei der für 2013 ausgewählten Krankheiten bestehen nur bzw. zum großen Teil aus ICD-Codes, die noch für das Ausgleichsjahr 2012 der Ausschlusskategorie 501 zugeordnet waren. Dies gilt für die Krankheit 388 („Schlafapnoe, Narkolepsie / Kataplexie“) und die Krankheit 381 („Chronischer Schmerz“).

Gerade in Anbetracht dieser Erfolge erscheint die Beschäftigung mit der Kategorie 501 leider unsystematisch.

Nach Kenntnis der BARMER GEK sind im Patientenklassifikationsmodell der Firma Verisk Health (ehemals DxCG), auf dessen Grundlage das deutsche Klassifikationsmodell aufbaute, fast alle ICD-Codes einer HCC zugeordnet worden, um eine möglichst vollständige Abbildung des realen Kodiergeschehens zu erreichen. Dies ist in einem Verfahren, das einen Krankheitsfilter besitzt, nicht möglich, da die Kodierung selbst eines Krankheitswertes bedarf, um berücksichtigt werden zu können. Die Kenntnis, dass z.B. (irgend)eine Behandlung stattgefunden hat (ICD Code Z00.0), reicht nicht aus.

Unter welchen genauen Voraussetzungen ein ICD-Code aber der Ausschlusskategorie 501 zugerechnet wird, ist in den bisherigen Festlegungen einschließlich des 2008-er Beiratsgutachtens nicht umfassend dokumentiert. Nach unserer Einschätzung scheinen Variablen, die zur Zuordnung eines ICD-Schlüssels zur 501 führen, aber der Grad zu sein, in dem tatsächlich „nur“ ein Symptom oder eine Prozedur beschrieben werden und der Grad der Spezifität einer Diagnose. In der aktuellen Festlegung werden z.B. die ICD-Codes der Krankheiten 341 und 342 mit der zuletzt genannten Begründung ausgeschlossen.

In den ICD Bereichen R, U und Z werden demzufolge schon definitionsgemäß die meisten Codes der Ausschlusskategorie zugeführt. Manche Ausnahmen von dieser Regel sind dabei zwar nicht dokumentiert, erscheinen aber einleuchtend, da sie zur besseren Abbildung besonders aufwändiger Krankheitsbilder beitragen (Z-Diagnosen zum Dialysestatus, Laborergebnisse (U-Diagnosen) zu HIV) bzw. Vorgänge beschreiben, die im Risikostrukturausgleich unter Risikogesichtspunkten zu berücksichtigen sind, aber keine Krankheit beschreiben (Z-Diagnosen zu Schwangerschaft und Geburt). Die aktuelle Ausnahme R52.1 und R52.2 erscheint ebenfalls sachgerecht, da dem chronischen Schmerz in der medizinischen Praxis noch nicht sehr lange Krankheitswert zugemessen wird, was sich in einer insgesamt noch suboptimalen Darstellung im ICD-System widerspiegelt (s.o. Krankheit 381).

Andere Ausnahmen sind jedoch wenig verständlich. So werden im R-Bereich einzelne Diagnosen „nur“ deswegen Krankheiten zugeordnet (R65.X), weil dies offensichtlich möglich ist. Um ein besonders aufwändiges Krankheitsbild oder eine Sonderkonstellation, deren umfassendere Berücksichtigung den Bruch mit einer Zuordnungsregel ganz zweifellos rechtfertigt, handelt es sich nicht. Ein Unterschied zu anderen R-Diagnosen, die in der Kategorie 501 verbleiben, obwohl der sachliche Grad der Zuordenbarkeit zu einer Krankheit genauso groß erscheint (R57.2 „Septischer Schock“), ist nicht erkennbar.

Auch außerhalb der ICD-Bereiche R, U und Z regen wir an, den Umgang mit der Kategorie 501 zumindest besser zu dokumentieren:

- § So gibt es ICD-Bereiche, die zwar der Kategorie 501 zugeordnet werden, bei denen der Grund der Herauslassung jedoch offenbar nicht ein mangelnder Krankheitswert ist. Dies gilt z.B. für die ICD-Codes T36-T50, welche Vergiftungserscheinungen durch irrtümliche oder fehldosierte Medikamenteneinnahme beschreiben. Nachdem Vergiftungen durch andere Ursachen als Krankheit zugelassen sind, scheint der Grund für die Herauslassung dieser Codes in einer Festlegung aus dem 2008er Beiratsgutachten zu liegen („vermeidbare Komplikationen sollten nicht mit einem finanziellen Zuschlag versehen werden“ (S. 47 oben)). Die BARMER GEK regt an, eine eigene Gruppe für ICD-Codes mit ausreichender Krankheitsrelevanz, die aber aufgrund sozialmedizinischer Erwägungen in der Krankheitsauswahl keine Berücksichtigung finden, einzurichten. Dies wäre einer zielgerichteten Diskussion über diese Erwägungen förderlich. Einen ähnlichen Grund wie bei den ICD-Codes T36-T50 vermuten wir im Übrigen für die Herauslassung der Codes G97.X (außer G97.81), da ein anderer nicht erkennbar ist.
- § Ähnliche Kodierinhalte bzw. eine ähnliche Kodierungstiefe/-spezifität scheinen an verschiedenen Stellen unterschiedlich bewertet zu werden:

Dies gilt z.B. für die Diagnosen F55.X („schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen“). Sollte der bloße schädliche Gebrauch einer Substanz noch keinen Krankheitswert besitzen, sind die entsprechenden Diagnosen auch bei den abhängigkeiterzeugenden Substanzen der Kategorie 501 zuzuordnen. Dies ist allerdings nicht der Fall.

Eine unterschiedliche Bewertung zeigt sich in der jüngsten Festlegung auch bei den Diagnosen der Krankheit 339 „Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung“ im Vergleich zu anderen Krankheiten. Einige Diagnosen wurden der Krankheit 339 nachvollziehbar zugeordnet. Eine große Anzahl von Diagnosen, insbesondere solche mit einer vierten Stelle „8“ oder „9“ („sonstige“ oder „nicht näher bezeichnete“ Ausprägungen des Dreistellers) sind jedoch entfallen (z.B. E89.8 und E89.9) bzw. wurden nicht neu zugeordnet (z.B. neue Zuordnung von H59.0, aber nicht von H59.8 und H59.9). Abgesehen davon, dass dies in den Erläuterungen keine Dokumentation findet (s.o. Ausführungen zur Krankheit 339), regt die BARMER GEK an, bei dieser Dokumentation auch eine Begründung dafür vorzunehmen, warum eine „8“ oder „9“ an der vierten Stelle eines ICD-Codes bei den weitaus meisten Krankheiten kein Ausschlusskriterium darstellt (sondern ggf. nur Anlass für eine niedrigere hierarchische Gruppierung ist), bei der Krankheit 339 jedoch offenbar eine ausreichende Begründung für eine vollständige Nichtberücksichtigung durch Verschiebung in die Kategorie 501 darstellt.

§ Wie zu Krankheit 96 ausgeführt, halten wir den Ausschluss der ICD-Schlüssel M99.2X bis M99.7X nicht für sachgerecht. Daher regen wir an, auch eine Zuordnung der ICD-Schlüssel M99.0X und M99.1X zu anderen Krankheiten der Wirbelsäule statt zur Kategorie 501 zu prüfen.

Insgesamt plädiert die BARMER GEK dafür, die Ausschlusskategorie 501 systematisch zu überarbeiten. Dabei sollte der Ausschluss für Diagnosen der Kapitel R, U und Z die Regel sein, Ausnahmen daher begründet werden. Für alle anderen ICD-Kapitel wäre dies umgekehrt. Begrüßenswert wäre hier auch eine kurzfristige Prüfung der statistischen Abbildungsrelevanz der ggf. resultierenden neuen bzw. veränderten Krankheitsentitäten auf ihre mögliche Relevanz für die Krankheitsauswahl. Hinsichtlich der Diagnosen der Kapitel R, U und Z wäre im Übrigen zwar die Abgrenzung von (bzw. die Zuordnung zu) Krankheitsentitäten im bisherigen Sinne schwierig. Eine Überprüfung der prognostischen Erklärungskraft von Diagnosen aus diesen Kapiteln (z.B. auf ICD- Dreistellerebene) könnte allerdings einen erheblichen Kenntniszuwachs hinsichtlich der deutschen Kodierrealität bewirken.