



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Entwurf der
Auswahl der im morbiditätsorientierten
Risikostrukturausgleich zu
berücksichtigenden Krankheiten
für das Ausgleichsjahr 2016**

(Krankheitsauswahl 2016)

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

Vorbemerkungen

Das Bundesversicherungsamt (BVA) legt nach § 31 Abs. 4 Satz 1 der Risikostrukturausgleichsverordnung (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.“

Im letzten Jahr haben sich die Anpassungen der Krankheiten ausschließlich auf eine empirisch orientierte Überprüfung der gesetzlich vorgegebenen Kriterien beschränkt. Das BVA wollte für das Ausgleichsjahr 2016 die gewonnene Zeit nutzen, um die von den Kassenorganisationen vorgebrachten und bislang ungeprüften Anpassungsvorschläge der letzten drei Jahre noch einmal aufzugreifen. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist dies grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sind noch einige in den letzten Jahren vorgebrachte Vorschläge unberücksichtigt geblieben.

Das BVA hatte bei der Festlegung der Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2015 angekündigt, die Möglichkeiten einer „schlanken Integration“ eines fakultativen Vorschlagsverfahrens auch für die Krankheitsauswahl zu diskutieren. Dieser Ansatz wurde nicht fortgesetzt. Ebenso wenig haben sich Beirat und BVA bislang auf unsere bereits wiederholt vorgebrachte Forderung einer methodischen Operationalisierung der Kriterien zur Auswahl der Krankheiten eingelassen, sondern es hat lediglich eine aus unserer Sicht nicht geeignete Überprüfung der Methodik zur Prävalenzgewichtung stattgefunden, die sich an den Maßzahlen des Klassifikationsmodell orientiert.

Für eine bessere Nachvollziehbarkeit der bearbeiteten Vorschläge hätten wir uns eine Übersicht der noch offenen Vorschläge gewünscht. Im Auswahlverfahren für 2013 hatte BVA zudem angekündigt, eine engere Abgrenzung der zur Auswahl stehenden Krankheiten anzustreben. Dieser Ansatz wird allerdings nicht weiterverfolgt. Hier sehen wir weiterhin dringenden Handlungsbedarf.

I. Überprüfung und Anpassung des Berechnungsverfahrens und der Aufgreifkriterien

a) Prävalenzgewichtung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die vom wissenschaftlichen Beirat eingeleitete Diskussion um eine Anpassung der Prävalenzgewichtung. Allerdings haben wir umfangreiche Kritikpunkte sowohl an den vom BVA vorgelegten Berechnungen als auch an der Bewertungsmethodik des Bundesversicherungsamts.

1. Die Modellrechnungen des BVA wurden auf Basis einer veralteten Datengrundlage durchgeführt. Bereits durch die Umstellung der Datenbasis ergeben sich Änderungen an den ermittelten Mehrkosten einer Krankheit.
2. Die vorgelegten Untersuchungen beruhen außerdem auf Berechnungen, die auf Grundlage der Methodik des Ausgleichsjahres 2015 vorgenommen wurden. Für das Ausgleichsjahr 2016 schlägt das Bundesversicherungsamt umfassende Anpassungen der Berechnungsmethodik vor. Dazu zählt insbesondere die Verwendung von Pro-Tag-Werten in der Regression zur Ermittlung der zeitgleichen Mehrkosten, die die Grundlage des Kostenintensitätskriteriums bilden. Daraus hervorgehend kommt es zu erheblichen Verschiebungen in der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016. Insgesamt werden im Vergleich zur Auswahl für das Jahr 2015 neun Krankheiten ausgetauscht, allein sechs davon auf Grund der Anpassung der Berechnungsmethodik. In den Modellrechnungen des BVA bei stärkerer Prävalenzgewichtung hinzutretende Krankheiten wie Krankheit 1 Intestinale Infektionen, Krankheit 330 Wirbelkörperfraktur oder Krankheit 74 Demenz sind ebenso bereits enthalten wie die bei schwächerer Prävalenzgewichtung hinzutretende Krankheit 218 Peritonitis.
3. Die Anpassungen wirken sich zudem noch deutlicher aus, wenn man auf Grundlage der neuen Regressionsdaten im Mehrkostenkriterium verschiedene Optionen der Prävalenzgewichtung miteinander vergleicht. So treten selbst bei den geringfügigsten untersuchten Änderungen der Prävalenzgewichtung (1,5-Wurzel und 2,5-Wurzel) sechs neue Krankheiten hinzu und auch bei den meisten anderen Gewichtungsoptionen sind die Auswirkungen der veränderten Prävalenzberücksichtigung deutlich stärker als den in den vom BVA präsentierten Modellrechnungen.

Insgesamt kann auf Grund dieser umfangreichen Änderungen in der Berechnungsgrundlage davon ausgegangen werden, dass sich auch die Behauptungen des BVA hinsichtlich der zu erreichenden Zielgenauigkeit von Klassifikationsmodellen, die auf diesen Krankheitsauswahlen basieren, auf Basis der neuen Berechnungsmethodik nicht mehr übertragbar sind.

Wir lehnen zudem die dargelegte Bewertung von methodischen Optionen der Krankheitsauswahl ab. Die potentielle Zielgenauigkeit verschiedener Krankheitsauswahlen ist mithilfe der Pseudo-Klassifikationsmodelle des BVA nicht untereinander vergleichbar. Das Bundesversicherungsamt selbst führt aus, dass ein ausgearbeitetes Klassifikationsmodell erhebliches Optimierungspotential aufweist. Dies gilt umso mehr, je stärker Versicherte, die Diagnosen einer bestimmten Krankheit aufweisen, in ihren prospektiven Mehrkosten variieren. Da diese Varianz umso größer sein wird, je höher das Kostenniveau einer Krankheit liegt, ist davon auszugehen, dass die Zielgenauigkeit für teure, d.h. im Einzelfall kostenintensive Erkrankungen stärker von der Ausarbeitung eines Klassifikationsmodells profitiert als günstigere Erkrankungen. Daher gibt der Vergleich der sehr einfach aufgebauten Krankheitsauswahlklassifikationsmodelle des BVA keine Auskunft darüber, welches Niveau von Zielgenauigkeit sich mit welchen Auswahlkrankheiten erreichen lässt. Eine Krankheitsauswahl mit vorwiegend teuren Erkrankungen wird mehr Möglichkeiten zur Ausdifferenzierung bieten als eine Krankheitsauswahl mit vorwiegend günstigen Erkrankungen. Dadurch steigt auch das Optimierungspotential, das ein Klassifikationsmodell bietet.

Eine Beurteilung der Krankheitsauswahl ausschließlich anhand des Kriteriums der Zielgenauigkeit ist weder vom Gesetzgeber beabsichtigt noch sinnvoll. Das Bundesversicherungsamt versteift sich bereits seit Einführung der Prävalenzgewichtung unter Verwendung der Wurzelfunktion darauf, dass bei der Verwendung anderer Gewichtungsoptionen eine ausreichende Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs nicht gewährleistet ist. Der Gesetzgeber selbst hält aber eine Untergrenze der Zielgenauigkeit von 12% im R^2 für ausreichend.¹ Eine Maximierung der Zielgenauigkeit, zumal bereits in der Krankheitsauswahl, wird vom Gesetzgeber nicht gefordert. Vielmehr ist ein hohes Maß ausreichend, das zweifellos durch alle in der Diskussion befindlichen Vorschläge erreicht werden kann. Daher kann die erwartete Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells nicht das abschließende Kriterium der Bewertung von Ausgestaltung der Krankheitsauswahl darstellen.

Vielmehr ist aus unserer Sicht darauf zu achten, inwieweit es unter Verwendung der ausgewählten Krankheiten möglich ist, einen Risikostrukturausgleich durchzuführen, der den Ansprüchen der Versorgungsneutralität genügt. Der alte wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamtes hat bereits dargelegt, dass die Krankheitsauswahl dazu dienen sollte, möglichst wenig der Prävention zugängliche Krankheiten in den Risikostrukturausgleich aufzunehmen, um so die Präventionsanreize der GKV nicht zu verringern. Dies kann unseres Erachtens nur durch eine möglichst geringe Prävalenzgewichtung erreicht werden.

¹ Begründung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 204.

Leider sind die vom Bundesversicherungsamt vorgelegten Untersuchungen auf Grund der umfangreichen Kritikpunkte und der willkürlichen Bewertungsmethodik der Gewichtungsoptionen aus den genannten Gründen ungeeignet, einen ergebnisoffenen Austausch über die Notwendigkeit einer Anpassung der vom Bundesversicherungsamt festgelegten Prävalenzgewichtung voranzubringen.

b) Hinweis zum Merkmal „Diagnosequalifikation“ in der Satzart 600

Der Wegfall der Sonderregelung für Daten, die über den Abrechnungsweg 2 gemeldet wurden, ist sinnvoll.

d) Kostenintensität: Berechnung der prospektiven Kosten der Krankheiten und Auswirkung auf die Prävalenzgewichtung

Das Bundesversicherungsamt schlägt vor, in Anlehnung an die Methodik der Regressionsberechnung im Klassifikationsmodell auch für die Regressionsberechnung der Mehrkosten einer Krankheit auf Pro-Tag-Werte umzustellen. Als Begründung führt das BVA eine methodische Kongruenz zwischen beiden Berechnungsweisen an, die durch eine Umstellung wiederhergestellt werden könnte.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist eine solche methodische Kongruenz kein hinreichender Grund, um Anpassungen im Berechnungsverfahren der Krankheitsauswahl zu rechtfertigen. Das vom BVA angeführte Urteil des LSG Essen vom 04.07.2013 bezieht sich ausschließlich auf die im Klassifikationsmodell angewandte Vorgehensweise zum Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden. Das Gericht argumentierte, durch die unterbliebene Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener kam es zu einer unrechtmäßigen Über- bzw. Unterdeckung von Versichertengruppen, die Anreize zur Risikoselektion setze. Eine solche Verbindung zur Höhe von Zuschlägen für einzelne Versichertengruppen existiert im Rahmen der Krankheitsauswahl naturgemäß nicht. Auch gibt es beim Verzicht auf eine Umstellung des Berechnungsverfahrens in der Krankheitsauswahl keine Hinweise auf eine systematische Erhöhung des Risikoselektionspotentials.

Die Ermittlung der Leistungsausgaben verfolgt im Falle der Krankheitsauswahl und im Klassifikationsmodell unterschiedliche Zielsetzungen. Während bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells die Leistungsausgaben für die Ermittlung der Zuschlagshöhe einer Krankheitsgruppe herangezogen werden, verfolgt die Krankheitsauswahl nach § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V allein das Ziel, die teuren Krankheiten von den weniger teuren Krankheiten zu unterscheiden. Hier verkompliziert eine Umstellung des Berechnungsverfahrens aber die Berechnung der prospektiven Kosten einer Krankheit, auf die das Berechnungsverfahren abzielt. Die Umstellung auf Pro-Tag-Werte und deren Verrechnung mit den dazugehörigen Versichertenzeiten ver-

sucht, die Kosten einer Krankheit gemessen an einem Versicherungszeitraum abzubilden. Ziel der Berechnung sollte es aber sein, die realen Kosten einer Erkrankung in einem Berichtsjahr abzubilden. Eine Hochrechnung auf durchschnittliche Versichertenzeiten, wie sie durch die Umstellung auf Pro-Tag-Werte erfolgt, ist dazu nicht geeignet. Daher plädieren die Innungskrankenkassen dafür, die vorgeschlagene Umstellung nicht umzusetzen.

e) Schwellenwertkriterium: Verzicht auf Annualisierung der Leistungsausgaben

Die Innungskrankenkassen begrüßen den vom BVA vorgeschlagenen Verzicht auf eine Hochrechnung der Leistungsausgaben Verstorbener. Da die RSAV explizit den Bezug zu Personen (Versicherte), nicht aber zu Abrechnungsperioden vorsieht, ist eine Hochrechnung von Leistungsausgaben nicht sachgerecht. Daher ist ein Verzicht auf jegliche Annualisierung folgerichtig.

Dennoch bleibt die Operationalisierung des Schwellenwertkriteriums aus unserer Sicht weiterhin unangemessen. Bereits jetzt erfüllt das Schwellenwertkriterium sein Ziel, Erkrankungen mit geringen durchschnittlichen Kosten herauszufiltern, in keiner Weise. Dies liegt insbesondere an der fehlenden Filterung von Leistungsausgaben für Komorbiditäten des einzelnen Versicherten und die somit unzureichende Ermittlung krankheitsspezifischer Leistungsausgaben. Die krankheitsspezifischen Leistungsausgaben ließen sich leicht durch eine Regressionsrechnung bestimmen, deren abhängige Variable die zeitgleichen, nicht hochgerechneten Leistungsausgaben eines Versicherten in einem Jahr bildet. Als Erklärungsvariablen würden dann nur die einzelnen Krankheiten berücksichtigt und so Leistungsausgaben je Krankheit ohne Komorbiditäten ermittelt. Ohne eine isolierte Betrachtung der krankheitsspezifischen Leistungsausgaben je Versicherten ist die vom BVA verwandte Operationalisierung des Kriteriums nicht aussagekräftig und verfehlt aus unserer Sicht den vom Verordnungsgeber intendierten Zweck.

f) Berücksichtigung der Nebendiagnosen beim Aufgreifen der Krankheiten

Die Gleichstellung von Nebendiagnosen und ambulanten Diagnosen im Rahmen der Krankheitsauswahl erscheint aus unserer Sicht sinnvoll.

II. Änderungen der Krankheitsabgrenzung

Krankheit 1 „Intestinale Infektionen“

Die unspezifische ICD A09.9 ist zu kodieren bei einer Gastroenteritis ohne bekannte oder vermutete Ursache, wenn eine infektiöse, septische oder eine sonstige erregerbedingte Ursache ausgeschlossen werden kann. Daher sollte A09.9 in Krankheit 229 „Andere und nicht näher bezeichnete Störungen des Verdauungssystems“ verschoben werden.

Außerdem ist nach den DIMDI-Kodiervorgaben so spezifisch wie möglich zu verschlüsseln. Für den ICD-Dreisteller A09 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ eine spezifischere, vierstellige Kodierung möglich. Daher sollten er konsequenterweise in die Ausschlusskategorie 503 „AUSSCHLUSS: Nicht zur Verschlüsselung zugelassen“ verschoben werden.

Krankheit 5 „Sepsis / SIRS“

Der ICD-Kode R65 „Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]“ ist zu unspezifisch und sollte in die Ausschlusskategorie 503 „AUSSCHLUSS: Nicht zur Verschlüsselung zugelassen“ verschoben werden

Krankheit 35 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)“

Nach den DIMDI-Kodierstandards ist so spezifisch wie möglich zu kodieren. Da in der Kategorie C80 „Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation“ eine spezifischere Kodierung möglich ist, sollte er ICD-Dreisteller C80 in die Ausschlusskategorie 503 verschoben werden.

Krankheit 74 „Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)“

Das Delir ist ein ätiologisch unspezifisches hirnorganisches Syndrom, das charakterisiert ist durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Dauer ist sehr unterschiedlich und der Schweregrad reicht von leicht bis zu sehr schwer. Nach den Kodiervorgaben des DIMDI ist eine eindeutige Abgrenzbarkeit eines Demenz-bedingten Delirs zu den sonstigen Formen des Delirs nicht immer möglich. Dies wird durch die schon jetzt vorgenommene Zuordnung der Diagnose F05.8 „Sonstige Formen des Delirs“, unter der die gemischten Formen zusammengefasst sind, gestützt. Wir empfehlen auf Grund der häufig unklaren Ätiologie und/oder häufig auftretender gemischter Formen

die Zuordnung des ICD-Kodes F05.1 „Delir bei Demenz“ der Krankheit 75 „Delir und Enzephalopathie“ zuzuordnen.

Die ICD-Kodes F04 sowie F06.5, F06.6, F06.8 und F06.9 umfassen „verschiedene Krankheitsbilder mit Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistung oder die ursächlich mit einer Hirnfunktionsstörung in Zusammenhang stehen als Folge von primär zerebralen Krankheiten, systemischen Krankheiten, die sekundär das Gehirn betreffen, exogenen toxischen Substanzen oder Hormonen, endokrinen Störungen oder anderen körperlichen Krankheiten“. Diagnosen in Verbindung mit Demenz (ICD F00-F03) sind nach den Kodiervorschriften explizit von der Verschlüsselung ausgeschlossen. Eine Zusammenfassung dieser Codes in der Krankheit 76 „Nicht-psychotisch organische Störung“ ist vor diesem Hintergrund sachgerechter.

Die Verschlüsselung der Diagnose F00.1 „Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)“ ist lt. DIMDI erst ab dem 65 Lebensjahr zugelassen. Das Mindestalter sollte daher entsprechend angepasst werden. Dies gilt auch für die ICD G30.1 „Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn“.

Krankheit 89 „Mäßiger Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung“

Der unspezifische ICD-Dreisteller Q90 „Down-Syndrom“ sollte in die Ausschlusskategorie 503 verschoben werden, da diese Kategorie laut DIMDI spezifischer zu kodieren ist.

Krankheit 91 „Entwicklungsstörungen“

Bei den Diagnosen F80.- handelt es sich um sog. Sprachentwicklungsstörungen bzw. Störungen des Spracherwerbs mit überwiegend unklarer Genese. Eine Sprachentwicklungsstörung tritt zu Beginn oder während der Entwicklung eines Kindes auf und kann die Kommunikation, das Sprachverständnis, den Wortschatz und die Laut-, Wort- und Satzbildung betreffen. Die Störungen zeigen sich sowohl beim Verstehen und Sprechen, aber auch in kommunikativen Situationen. Pathogenetisch gehören Stottern (F98.5) und Poltern (F98.6) ebenfalls dazu. Daher empfehlen wir die Integration dieser Diagnosen in die Krankheit 93 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“.

Krankheit 99 „Systemathrophien, die vorwiegend das Nervensystem betreffen“

Die vom Bundesversicherungsamt vorgeschlagenen Anpassungen sind aus unserer Sicht sinnvoll.

Krankheit 150 „Rheumatisches Fieber“, Krankheit 151 „Erkrankungen der Herzklappen“, Krankheit 155 „Perikarditis und andere Erkrankungen des Perikards“ und Krankheit 156 „Akute Endokarditis/Myokarditis“

Das Bundesversicherungsamt lehnt den Vorschlag, rheumatisch bedingte Herzklappenerkrankungen entsprechend ihrer Ätiologie der Krankheit 150 „Rheumatisches Fieber“ zuzuordnen, mit Verweis auf ähnliche Therapien, Intervention und Folgekosten ab. Dies ist aus unserer Sicht unzulässig. Grundprinzip der Krankheitsabgrenzung stellt die Ätiologie dar, Folgekosten und gleiche therapeutische Maßnahmen stellen erst im Klassifikationsmodell gängige Abgrenzungskriterien dar. Daher ersuchen wir das BVA, die vorgeschlagene Abgrenzung durchzuführen.

Krankheit 188 „Mukoviszidose“

Laut Krankheitsabgrenzung (Anhang 4) ist der ICD-Kode P75 „Mekoniumileus bei zystischer Fibrose“ zweimal, mit unterschiedlichen Alters- und Geschlechtskriterien, der Krankheit Mukoviszidose zugeordnet. Einerseits liegt die Altersbeschränkung für Jungen und Mädchen bei einem Jahr, während die Diagnose andererseits nur für Frauen im Alter zwischen 8 und 59 Jahren zugelassen ist.

Mekoniumileus bezeichnet den Verschluss eines Darmabschnittes durch einen verdickten ersten Stuhl, genannt Kindspech (Mekonium). Das Mekonium wird in der Regel innerhalb der ersten 48 Lebensstunden abgesetzt (bei 99,8 Prozent der termingeborenen und von 94 Prozent der frühgeborenen Kinder). Im Falle der Kodierung beim Neugeborenen empfehlen wir die Zuordnung zur Krankheit 311 „Sonstige Erkrankungen des Verdauungssystems in der Perinatalperiode“ bei einer Altersbeschränkung von 1 Jahr. Eine Kodierung bei der Mutter sollte der Krankheit 502 „AUSSCHLUSS: Kindliche (perinatale) Probleme bzw. Geburt bei der Mutter kodiert“ zugeordnet werden.

Krankheit 194 „Akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz“

Der unspezifische ICD-Kapiteldreisteller J80 „Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]“ sollte in die Ausschlusskategorie 503 „AUSSCHLUSS: Nicht zur Verschlüsselung zugelassen“ verschoben werden.

Krankheit 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten“

Die Stern-Nebendiagnose der Dreisteller M09* „Juvenile Arthritis bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ (bisher Krankheit 211 „Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn / Colitis ulcerosa“ bzw. Krankheit 235 „Psoriasis und Parapsoriasis (inkl. Gelenkbeteiligung)“) sollten einheitlich entsprechend ihrer Eigenschaft als Folgeerkrankung analog zum Vorgehen des BVA bei Krankheit 136 „Sonstige Affektionen der Netzhaut“ der Krankheit 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten der Krankheit“ zugeordnet werden.

Krankheit 254 „Binnenschädigung des Knies, Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes“

Aus unserer Sicht sollte der unspezifische ICD-Dreisteller M22 „Krankheiten der Patella“ in die Ausschlusskategorie 503 verschoben werden.

Krankheit 357 „Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung“

Die Krankheit enthält die ICD T81.5 „Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist“. Diese Leistung ist zwar grundsätzlich zu Lasten der GKV abrechnungsfähig, allerdings werden mit T81.5 kodierte Fälle im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung aufgegriffen und die Operations- und Behandlungskosten im Regelfall über das Forderungsmanagement dem Verursacher in Rechnung gestellt, so dass der GKV keine Ausgaben entstehen. Analog zur ICD T81.6 „Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz“ empfehlen wir die Zuordnung zur Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“.

III. Redaktionelle Anmerkungen

In Abschnitt II.c sind in der Tabelle 2 die Änderungen der ICD-Bezeichnungen zum ICD-GM-2014 dargestellt. Hier ist P13.4 „Klavikularfraktur durch Geburtsverletzung“ als Veränderung aufgeführt. Die Bezeichnung hat sich im Vergleich zum Vorjahr jedoch nicht geändert.