

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Festlegungsentwurf vom 30.01.2014 des Bundesversicherungsamtes (BVA) zur

**Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016 (Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV)**

Stand 27.02.2015

Mit Schreiben vom 30.01.2015 hat das Bundesversicherungsamt den Entwurf zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016 zur Anhörung übermittelt. Zu den beabsichtigten Anpassungen der Krankheitsauswahl für das Jahr 2016 nehmen wir wie folgt Stellung.

**1.) Zusammenfassende Bewertung der geplanten Anpassungen der Krankheitsauswahl 2016 und der hierzu durchgeführten Analysen**

Das Verfahren zur Krankheitsauswahl wurde erstmals am 27.03.2008 durch das Bundesversicherungsamt festgelegt und hat sich in den vergangenen Jahren bewährt. Der Umfang der Krankheiten sowie die Auswahlkriterien sind durch § 268 SGB V und § 31 RSAV vorgegeben und wurden auf Grundlage des Gutachtens vom Wissenschaftlichen Beirat operationalisiert.<sup>1</sup> In den zurückliegenden Jahren hat sich der Wissenschaftliche Beirat verschiedenfach mit der Methodik der Auswahl der 80 für den Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten beschäftigt. Er hatte dabei regelmäßig festgestellt, dass eine Reduktion von Krankheiten sowie eine Anpassung der Auswahlkriterien nicht sachgerecht sind.<sup>2</sup> Im Rahmen der aktuellen Krankheitsauswahl hat der Wissenschaftliche Beirat erneut die für die Krankheitsauswahl maßgeblichen Kriterien analysiert und in ihrer Wirkungsweise bewertet. Insbesondere in der Frage der Prävalenzgewichtung wurden zahlreiche Varianten systematisch verglichen. Das Ergebnis ist eindeutig: Die bislang angewendete Quadratwurzel-Gewichtung der Prävalenz führt zu den statistisch besten Ergebnissen. Deshalb empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat, „an der Quadratwurzel der Prävalenz als Funktion zur Gewichtung der Kostenintensität der Krankheiten festzuhalten“<sup>3</sup>. Diese Bewertung und Empfehlung wird vom AOK-System ausdrücklich geteilt.

Aus AOK-Sicht ist eine weitere Erkenntnis aus den Analysen wesentlich für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Nämlich die Feststellung des Wissenschaftlichen Beirats, dass Modellverbesserungen in erster Linie durch ein gut ausgestaltetes Klassifikationsmodell erreicht werden können. Die Frage der Menge der ausgewählten Krankheiten hingegen habe eine im Vergleich dazu geringere Bedeutung für die Modellgüte. Aus diesen Ergebnissen ist unmittelbar ableitbar, dass die Qualität des Morbi-RSA weniger davon abhängt, wie Krankheiten untereinander abgegrenzt werden. Stattdessen ist entscheidend, wie gut das Klassifikationsmodell die Unterschiede in den Folgekosten abbilden kann. Soweit bestimmte ICD-Kodes(gruppen) keine Relevanz zur Erklärung von Folgekosten aufweisen, können und werden im Klassifikationsmodell Morbiditätsgruppen ohne oder nur mit geringem Zuschlag zugeordnet. Anders herum können innerhalb einer Krankheit Morbiditätsgruppen gebildet

<sup>1</sup> vgl. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats 2007 nach § 31 Abs. 2 Nr. 2 RSAV i. V. m. der Festlegung der Krankheiten nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2009.

<sup>2</sup> vgl. Drösler, S. et al.. 2011: Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. o.A.O. sowie jüngst im Rahmen der Festlegung der Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2015: „Eine Reduzierung der Zahl der Krankheiten sowie eine Änderung der Auswahlkriterien ist nicht geboten.“ (BVA-Erläuterungen zum Entwurf zur Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2015, Stand 6.12.2013, S. 1).

<sup>3</sup> BVA: Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (Entwurfassung, Stand 30.01.2015), Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl, S. 15.

werden, die hohe Folgekosten gut erklären können. Beispielsweise ist hier die Krankheit 052 „Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung“ zu nennen, für die im Rahmen des Klassifikationsmodell eine klare Schweregraddifferenzierung durch Hierarchisierung erfolgt, wobei im Ergebnis für die Diagnosen der HMG 106 „Sonstige Atherosklerose“ keinen Einfluss auf die Höhe der Folgekosten ermittelt wird und daher auch kein Zuschlag aus dem Morbi-RSA erfolgt. Aus Sicht des AOK-Systems ist es aber problematisch, wenn Fragen der Schweregraddifferenzierung, wie sie über die Hierarchisierungen des Klassifikationsmodells abgebildet werden, zum Gegenstand der ICD-Abgrenzung und -Zuordnung einzelner Krankheiten werden. Als Beispiele sei die Diskussion um die Krankheiten 88 / 89 / 90 und die Krankheiten 231 und 246 genannt. Hier bietet es sich an, ICD-Kodes zusammenzufassen statt zu verschieben und die Schweregrade der Krankheitsverläufe im Klassifikationsmodell abzubilden. So hat der Wissenschaftliche Beirat hierzu bereits im Rahmen der Krankheitsauswahl 2013 festgehalten:

*„Insgesamt sollte eine engere Abgrenzung bei den zur Auswahl stehenden Krankheiten angestrebt werden. Dabei sollte die Ätiologie / Pathogenese als primäres Kriterium zur Abgrenzung bzw. Spezifikation der zur Auswahl stehenden Krankheiten zugrunde gelegt werden, während die Manifestation und damit die Kosten für unterschiedliche Krankheitsverläufe vor allem im Klassifikationsmodell berücksichtigt werden.“<sup>4</sup>*

In diesem Sinne schlägt das AOK-System vor, das Vorgehen mit dem Ziel zu vereinheitlichen, dass die differenziertere Abbildung von Schweregraden im Klassifikationsmodell und nicht in der Krankheitsauswahl erfolgt. Bei einzelnen Krankheitsänderungen wird diesem Vorgehen im Rahmen des Festlegungsentwurfs (vgl. z. B. Krankheiten 131, 132 und 133) bereits entsprochen.

Kritisch ist anzumerken, dass Änderungen am Krankheitszuschnitt zunehmend unterschiedlich begründet werden. Während in den ersten Jahren des Morbi-RSA die Organsystematik als führend für die Abgrenzung der Krankheiten erkennbar war, hat der Wissenschaftliche Beirat mit der Krankheitsauswahl 2013 die Krankheitsursachen und -entstehung als Abgrenzungskriterium betont (s.o.). Für die Krankheitsauswahl 2016 finden sich nun häufig Änderungen der ICD-Zuordnung, die nosologisch begründet werden. Für das AOK-System ist nicht erkennbar, aus welchen Gründen z.B. eine pathogenetische und wann eine nosologische Begründung Verwendung findet. Beispielhaft sei auf die Diskussion zur Krankheitsabgrenzung 181 und 192 verwiesen, deren Argumentation rein auf die Pathogenese, nicht aber auf die klaren nosologischen Gemeinsamkeiten eingeht. Problematisch ist auch, dass einzelne Änderungen der ICD-Zuordnung mit dem Hinweis „erscheint sachgerecht/wird als sachgerecht angesehen“ vorgeschlagen werden, ohne dass eine aus Sicht des AOK-System erforderliche medizinische Begründung erfolgt (z.B. Spina bifida). Verschiedene vorgeschlagene ICD-Kode-Anpassungen sollten daher geändert werden oder ganz unterbleiben. Ausdifferenzierungen können im Übrigen im Klassifikationsmodell umgesetzt werden, z.B. über die Kriterien „Therapieformen“ (z.B. Arzneimittelbestätigungen) und „Folgekostenklassen“ (s. o.).

Trotz der umfangreichen Verfahrensänderungen (Korrektur des Berechnungsfehlers, Krankenhausnebendiagnosen und nosologische Klassifikation) ergibt sich für die Krankheitsauswahl 2016 ein geringer Anpassungsbedarf. Deshalb schlägt das AOK-System weiterhin vor, zukünftig auf eine jährliche Anpassung der Krankheitsauswahl zu verzichten und lediglich alle zwei Jahre eine Revision vorzunehmen (vgl. unsere Stellungnahme vom 20.01.2014).

---

<sup>4</sup> BVA: Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013. Anhang 1 – Erläuterungen zur Krankheitsabgrenzung – 09.03.2012, S. 3.

Das AOK-System begrüßt die ausführlichen Darstellungen und Erläuterungen zu den Änderungen der Krankheitsauswahl, die eine hohe Transparenz der für die Krankheitsauswahl 2016 vorgeschlagenen Anpassungen herstellen.

## **2.) Bewertung des Festlegungsentwurfs im Einzelnen:**

### **2.1.) Anpassung an den ICD-10-GM 2015**

Die Zuordnung der mit dem ICD-10-GM-2015 neu definierten ICD-Kodes zu den Krankheiten ist sachgerecht.

### **2.2.) Überprüfung und Anpassung des Berechnungsverfahrens und der Aufgreifkriterien**

§ 31 Abs. 4 RSAV sieht vor, dass auf der Grundlage der ausgewählten Krankheiten das Morbi-RSA-Klassifikationsmodells näher ausgearbeitet und festgelegt wird. Da die Krankheitsauswahl die Grundlage für das Klassifikationsmodell bildet, ist es aus Sicht des AOK-Systems sachgerecht, dass hierfür auch abweichende oder allgemeinere Verfahrensweisen verwendet werden können. Auch nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats ist die Qualität des Morbi-RSA wesentlich durch die genaue Ausgestaltung des Klassifikationsmodells beeinflusst, während die Frage der Krankheitsauswahl einen geringeren Einfluss besitzt (s.o.). Daraus folgt, dass die für die Krankheitsauswahl und das Klassifikationsmodell verwendeten Berechnungsverfahren und Aufgreifkriterien nicht zwangsläufig eins zu eins übereinstimmen müssen.

Außer Frage steht, dass die Anpassung der Krankheitsauswahl immer auf den aktuellsten, verfügbaren Daten erfolgen muss. Dies ist auch in dem Anhörungsprozess zur Krankheitsauswahl 2016 der Fall. Richtig ist auch, dass ambulante Diagnosen – unabhängig vom Abrechnungsweg – nur dann berücksichtigt werden, wenn sie als „gesichert“ dokumentiert sind. Dies erfolgt in Übereinstimmung mit den für das Klassifikationsmodell 2015 formulierten Aufgreifkriterien. Die Beibehaltung der Übergangsregelung für Diagnosen aus stationsnahen Einrichtungen ist nicht mehr erforderlich.

Richtigerweise wurde auch das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der für die Krankheitsauswahl relevanten prospektiven Krankheitskosten korrigiert. Entsprechend der wissenschaftlichen Erkenntnis und der Urteilsprüche des LSG NRW vom 04.07.2013 sind die Leistungsausgaben aller Versicherten auf gleiche Art und Weise für die Ermittlung der Kostengewichte zu berücksichtigen. Hierdurch folgt eine Umstellung der Berechnung auf Ausgaben je Versichertentag. Die bislang rechtswidrig vorgenommene Annualisierung der Leistungsausgaben unterbleibt. In der Folge sind auch die Prävalenzen in Versichertentagen (bzw. Versichertenjahren) für das Kriterium „Kostenintensität“ zu berücksichtigen. Die erforderlichen Anpassungen wurden richtig umgesetzt. Wenig überzeugend ist aus Sicht des AOK-System hingegen die Argumentation, bei der Schwellenwertprüfung auf die Verwendung von Ausgaben je Versichertentage zu verzichten. Zwar wird auf den Wortlaut des § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV verwiesen, doch Sinn und Zweck der Vorschrift ist es, die durchschnittlichen Kosten über alle Versicherten mit den Kosten der Versicherten, die einer bestimmten Krankheit zugeordnet werden können, zu vergleichen. Dieser Vergleich kann bestmöglich – d.h. nicht verzerrt durch unterjährige Zuwanderung, PKV-GKV-Wechsler, Neugeborene und Sterbefälle – durchgeführt werden, wenn Ausgaben je Versichertentag verwendet werden. Da es auch keine nennenswerte Veränderung in Bezug auf die Erfüllung des Schwellenwertkriteriums gibt, ist es wünschenswert, die gleichen Berechnungsweisen für die prospektiven Krankheitskosten und das Schwellenwertkriterium zu verwenden. Durch die Vereinheitlichung wird auch die Komplexität der Berechnungsverfahren reduziert.

Zur Frage der Prävalenzgewichtung zeigen die Analysen des Wissenschaftlichen Beirats, dass die Quadratwurzel-gewichtete Berücksichtigung der Prävalenz die besten Ergebnisse erzielt. Das AOK-System unterstützt den Vorschlag, die Prävalenz wie bisher für die Berechnungen zu berücksichtigen (vgl. ausführlicher unsere Ausführungen zu 1.).

Weiterhin wird im Anhörungsentwurf vorgeschlagen, im Rahmen der Krankheitsauswahl die stationären Nebendiagnosen den ambulanten Diagnosen gleichzustellen. Allerdings soll dies nur für die Auswahlkriterien „Kostenintensiv“ und „Schwellenwert“ angewendet werden. Aus Sicht des AOK-Systems ergibt sich keine Notwendigkeit, die Aufgreifkriterien des Klassifikationsmodells auf die Auswahlkriterien der Krankheitsauswahl im Einzelfall zu übertragen (s.o.). Zumal das Klassifikationsmodell – auch in Bezug auf die Berücksichtigung von Nebendiagnosen – weitere Detaillierungen kennt, die für die dort durchgeführte Versichertenklassifikation auch sachgerecht sind. Für die grundlegende Krankheitsauswahl ist die Anwendung hingegen nicht zielführend. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben besteht bislang zwischen der Krankheitsauswahl und dem Klassifikationsmodell eine Konsistenz in Bezug auf die Kriterien „Chronizität“ (M2Q-Kriterium) und „Schwerwiegend“ (z.B. Definition des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“). Eine Notwendigkeit, die Nebendiagnosen in der Krankheitsauswahl nun den ambulanten Diagnosen gleichzustellen, ergibt sich aus der Systematik der Krankheitsauswahl nicht. Soweit auf der Grundlage der bereitgestellten Anhörungsunterlagen nachvollziehbar, werden hierdurch nicht bessere oder belastbarere Ergebnisse erzielt. In Bezug auf die in Anlage 1 genannten Krankheiten (S. 20) sind weniger Veränderungen der Prävalenz zu erkennen – was zu erwarten gewesen wäre – sondern viel eher Änderungen der Folgekosten. Unklar ist auch, warum die Gleichstellung der Nebendiagnosen nicht auch für die anderen Auswahlkriterien diskutiert und geprüft wurde. Das AOK-System spricht sich daher gegen die vorgeschlagene Gleichstellung von stationären Nebendiagnosen und ambulanten Diagnosen aus. Da die Krankheitsauswahl die Grundlage für das Klassifikationsmodell bildet, ist es aus unserer Sicht nicht richtig, die Aufgreifkriterien des Klassifikationsmodells (z.B. Arzneimittelaufgreifkriterien) sukzessive auf die Krankheitsauswahl anzuwenden.

### **2.3.) Änderung der Krankheitsabgrenzung**

#### **Änderungen der Krankheiten 022 „Spätfolgen von Infektionen exkl. ZNS“ und 269 „Entzündungen / Nekrose von Knochen“**

Der Entwurf zur Krankheitsauswahl 2016 sieht vor, diverse Arthritis-Diagnose-Kodes (M01.8x, M03.0x, M03.2x) von Krankheit 269 „Entzündung/Nekrose von Knochen“ in Krankheit 022 „Spätfolgen von Infektionen, exkl. ZNS“ zu verschieben, da die Zuordnung so spezifischer sei. Diese Verschiebung ist aus Sicht des AOK-Systems nur bezüglich der M03.0- bzw. M03.2-Kodes sachgerecht, da es sich bei diesen Erkrankungen tatsächlich um postinfektiöse und reaktive Arthritiden und damit um Spätfolgen von Infektionen handelt. Die Verschiebung der M01.8-Kodes (Arthritis bei sonstigen infektiösen und parasitären Krankheiten) ist dagegen nicht sachgerecht. Bei den M01.8-Kodes handelt es sich – wie bei allen M01-Kodes - explizit um direkte Gelenkinfektionen und nicht um indirekte (reaktive oder postinfektiöse) Arthritiden. Deshalb ist eine Zuordnung der M01.8-Kodes zur Krankheit 22, die Spätfolgen von Infektionen (also indirekte Arthritiden) abbildet, nicht sachgerecht. Dementsprechend wurden auch die M01.0/3/4/5/6.x-Kodes der Krankheit 269 und nicht Krankheit 22 zugeordnet. Die M01.1- und M01.2-Kodes (Tuberkulöse Arthritis, Arthritis bei Lyme-Krankheit) sind nur deshalb nicht Krankheit 269 zugeordnet, weil hier eine Zuordnung zu den jeweiligen Infektionskrankheiten (Tuberkulose / Borreliose) als spezifischer erachtet wurde. Für die Krankheitsauswahl 2016 ist es daher erforderlich, die M01.8-Kodes weiterhin der Krankheit 269 zuzuordnen.

## **Änderungen der Krankheiten 58 „Diabetes mellitus“ und 136 „Sonstige Affektionen der Netzhaut“**

Die diabetische Retinopathie (DR, H36.0), die bislang der Krankheit 58 „Diabetes mellitus“ zugeordnet ist, soll gemäß Anhörungsentwurf in die Krankheit 136 „Retinopathien und sonstige Affektionen der Netzhaut“ verschoben werden. Dies wird damit begründet, dass auch die anderen diabetischen Folgeerkrankungen den jeweiligen Organsystemen zugeordnet seien. Die Verschiebung hat zur Folge, dass die DR – im Gegensatz zu anderen, ähnlich bedeutsamen Diabetes-Folgeerkrankungen (I79.2 – periphere diabetische Angiopathie, N08.3 – glomeruläre Krankheiten bei Diabetes, G63.2 – diabetische Polyneuropathie, G59.0 – diabetische Mononeuropathie) – nicht mehr für den Morbi-RSA 2016 berücksichtigt wird. Folgt man der hier Organsystem-orientierten Begründung für die Neuordnung, ist die Verschiebung der DR zu den Augenerkrankungen nachvollziehbar. Würde man stattdessen eine pathogenetische Klassifikation zugrunde legen, wäre dieser Verschiebung zu widersprechen.

Auch die Abgrenzung der neu gebildeten Augenkrankheit 136 „Retinopathien und sonstige Affektionen der Netzhaut“ ist nicht sachgerecht. Aus nosologischer Sicht muss dieser Augenkrankheit auch die ICD H35.3 (Degeneration der Makula und des hinteren Poles) zugeordnet werden, die bislang als einzige Diagnose der Krankheit 135 (Makuladegeneration) zugeordnet ist. Gem. den BVA-Erläuterungen folgt die vorgeschlagene Neubildung der Krankheit 136 nicht ätiologischen, sondern nosologischen Überlegungen. So haben die bislang vom BVA der Krankheit 136 zugeordneten Diagnosen (H36.0, H35.0/1/2/4/5/6/7/8/9, H36.8) gänzlich unterschiedliche Ursachen und wurden nur deshalb zu einer Erkrankung zusammengefasst, weil sie chronische Schädigungen der Netzhaut beschreiben. Dies trifft jedoch auch auf die Diagnose H35.3 zu, die degenerative Schädigungen der Macula lutea beschreibt. Die Diagnose wird überwiegend bei altersbedingten Makuladegenerationen (AMD) vergeben, die als trockene oder feuchte AMD auftreten können. Die im hinteren, zentralen Bereich der Netzhaut gelegene Macula lutea ist der wichtigste Bereich der Netzhaut, da hier die Sehachse verläuft und die Dichte der farbempfindlichen Netzhautzellen am größten ist. Degenerative Schädigungen der Makula sind somit Schädigungen eines spezifischen Ortes der Retina und müssen daher auch der Krankheit 136 zugeordnet werden. Dafür spricht auch, dass die ICD H35.8 (Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut), die insbesondere bei einem (diabetischen) Makulaödem vergeben wird, bereits in Krankheit 136 enthalten ist.

Sowohl die proliferative diabetische Retinopathie (H36.0) als auch das diabetische Makulaödem (H35.8) und die feuchte AMD (H35.3) sind dadurch gekennzeichnet, dass es zu Neubildungen bzw. Schrankenstörungen der im Netzhautzentrum gelegenen Gefäße kommt. Die Therapie der Wahl war bei allen genannten Erkrankungen deshalb bislang eine Laserkoagulation der pathologischen Gefäße. Seit Oktober 2014 ist auch die intravitreale operative Medikamentengabe (IVOM) Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs. Damit können nun auch das Gefäßwachstum hemmende Medikamente (VEGF-Inhibitoren) direkt in das Auge eingebracht werden. So ist beispielsweise der VEGF-Inhibitor Ranibizumab sowohl zur Therapie des diabetischen Makulaödems als auch zur Therapie der feuchten AMD zugelassen. Aus Sicht des AOK-Systems ist es daher gut begründet und sachgerecht, die Krankheiten 135 und 136 unter dem Namen „Retinopathien, Makuladegenerationen und sonstige Affektionen der Netzhaut“ zusammenzulegen.

## **Änderungen der Krankheiten 100 „Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen“ und 101 „Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen“**

Die ICD-Kodes G21.1 bis 21.9 (Arzneimittelinduzierte und sonstige exogene oder durch andere Erkrankungen verursachte Parkinson-Syndrome) und G22.- (Parkinsonsyndrom bei andernorts klassifizierten Krankheiten) sind der Krankheit 100 „Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen“ zugeordnet. Im Rahmen der Anhörung wird vorgeschlagen, diese aus der Krankheit 100 in die Krankheit 101 „Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen“ zu verschieben, da es sich bei diesen Diagnosen nicht um primäre Parkinsonerkrankungen, sondern um sekundäre, d.h. durch andere Erkrankungen oder exogene Faktoren verursachte Parkinsonsyndrome handle.

Es ist zutreffend, dass die genannten ICD-Kodes in Krankheit 100 nicht angemessen abgebildet sind. Allerdings ist auch eine alleinige Zuordnung dieser Codes zur Krankheit 101 nicht zielführend, um eine systematische Krankheitsabgrenzung zu erreichen. Denn die in der Krankheit 101 zusammengefassten Diagnosen bilden derzeit sowohl unter nosologischen als auch unter ätiologischen Aspekten eine inhomogene Krankheitsgruppe. Wir schlagen daher vor, die Diagnosen G21.0, G21.1, G24.0, G25.1, G25.4 und G25.6 von Krankheit 101 in Krankheit 357 „Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung“ zu verschieben. Zur Begründung:

- Das maligne Neuroleptika-Syndrom (G21.0) ist ein seltener, lebensbedrohlicher psychiatrischer Notfall, der plötzlich im Rahmen einer Neuroleptika-Behandlung auftreten kann und durch Hyperthermie, Bewusstseinsstörungen, vegetative Störungen sowie einen Hypertonus der Muskulatur gekennzeichnet ist. Das maligne neuroleptische Syndrom hat daher wesentlich mehr Gemeinsamkeiten mit der malignen Hyperthermie (T88.3), einer seltenen Stoffwechselentgleisung durch Inhalationsnarkotika, als mit einem sekundären Parkinson-Syndrom. Da es sich bei der malignen Hyperthermie und dem malignen Neuroleptika-Syndrom um seltene Komplikationen medizinischer Behandlungen handelt und da die maligne Hyperthermie bereits der Krankheit 357 zugeordnet ist, muss auch das maligne Neuroleptika-Syndrom der Krankheit 357 zugeordnet werden.
- Bei der arzneimittelinduzierten Dystonie und den arzneimittelinduzierten Tics (G24.0, G25.6) handelt es sich um medikamenteninduzierte extrapyramidal-motorischen Störungen, die z.B. bis zu 20% der mit Neuroleptika der 1. Generation behandelten Patienten entwickeln. Diese Erkrankungen persistieren auch nach dem Absetzen des auslösenden Präparates. Sie sind meist therapieresistent und irreversibel (tardive Dyskinesien). Es handelt sich bei diesen Diagnosen somit um über einfache Nebenwirkungen hinausgehende, persistierende Komplikationen einer medizinischen Behandlung. Die ICD-Kodes G24.0 und G25.6 sind deshalb in Krankheit 357 sachgerechter abgebildet als in Krankheit 101.
- Die Diagnosen G21.0 „Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom“, G25.1 „Arzneimittelinduzierter Tremor“ und G25.4 „Arzneimittelinduzierte Chorea“ beschreiben ebenfalls Komplikationen einer medizinischen Behandlung (u.a. mit Neuroleptika), sind aber durch die Reduktion der Dosis des auslösenden Medikaments bzw. den Wechsel auf eine andere Medikamentenklasse in der Regel vollständig reversibel. Dadurch unterscheiden sie sich von den restlichen, in Krankheit 101 abgebildeten sekundären Parkinson-Syndromen, die meist eine langfristige, spezifisch-medikamentöse Behandlung und in einigen Fällen auch operative Eingriffe (z.B. tiefe Hirnstimulation) erfordern. Auch diese Diagnosen werden deshalb systematisch besser in Krankheit 357 abgebildet als in Krankheit 101.

## **Änderung der Krankheiten 117 „Entzündliche / toxische Neuropathie“ und 118 „Periphere Neuropathie / Myopathie“**

Die gem. Anhörungsentwurf vorgenommen Änderung der ICD-Kode-Zuordnungen der Krankheiten 117 „Entzündliche / toxische Neuropathie“ und 118 „Periphere Neuropathie / Myopathie“ ist aus Sicht des AOK-Systems nicht sachgerecht und wird daher abgelehnt. Wie im Rahmen vorangegangener Anhörungen zur Krankheitsauswahl von verschiedener Stelle vorgeschlagen, ist eine Zusammenlegung der beiden Krankheiten sinnvoll (vgl. unsere Stellungnahme hierzu vom 20.01.2014).

## **Änderung der Krankheiten 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“ und 321 „Angeborene Anomalien der Wirbelsäule exkl. Spondylosithesis / Spondylolyse“**

Eine Verschiebung der Spina bifida (Q05-) von Krankheit 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“ in die Krankheit 321 „Angeborene Anomalien der Wirbelsäule exkl. Spondylosithesis / Spondylolyse“ ist nicht sachgerecht. Bei der Spina bifida handelt es sich um einen Neuralrohdefekt. Mit der Spina bifida geht häufig die in Q05 inkludierte Meingomyelozele mit schweren Lähmungen sowie weitere Fehlbildungen des ZNS u.a. Hydrocephalus, Syringomyelie und das Arnold-Chiari-Syncrom einher, so dass die Spina bifida nicht als isolierte Anomalie der Wirbelsäule betrachten werden kann. Nur eine Spina bifida occulta betrifft lediglich den knöchernen Wirbelbogen und könnte insofern als Wirbelsäulen-Anomalie eingeordnet werden. Die Spina bifida occulta ist aber bei den Q05.x-Kodes explizit als Ausschlusskriterium genannt und muss unter Q76.0 kodiert werden. Im Gegensatz dazu beschreiben die Q05.x-Kodes explizit nur Erkrankungen im Rahmen einer Spina bifida aperta, die durch Vorwölbungen der Hirnhaut (Meningozele) und das Rückenmarks (Meningomyelozele) in den Wirbelsäulenspalt entstehen und damit angeborene Fehlbildungen des Nervensystems sind. So ist eine Meningomyelozele oft mit schweren Lähmungen und weiteren ZNS-Fehlbildungen (u.a. Hydrocephalus, Syringomyelie) verbunden. Dementsprechend reichen die Symptome von geringen Beeinträchtigungen der Gehfähigkeit bis zu Querschnittslähmungen mit gestörter Blasen- und Darmfunktion. Es handelt sich bei der Spina bifida um ein komplexes Fehlbildungssyndrom des ZNS, das weiterhin der Krankheit 121 zugeordnet werden muss. Eine Änderung der Zuordnung wird vom AOK-System abgelehnt.

## **Änderung der Krankheiten 123 „Hydrocephalus und anderer schwere Hirnschädigung“ und 124 „Anderer nicht näher bezeichnete Krankheitszustände des ZNS“**

Mit dem Anhörungsentwurf wird vorgeschlagen, den ICD-Kode G93.6 „Hirnödem“ von Krankheit 123 „Hydrocephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen“ in Krankheit 124 „Andere nicht näher bezeichnete Krankheitszustände des ZNS“ zu verschieben, weil beim Hirnödem i. d. R. eine intrazelluläre Flüssigkeitsvermehrung und beim Hydrocephalus eine extrazelluläre Flüssigkeitsvermehrung vorliegt. Aus Sicht des AOK-Systems ist die vorgeschlagene Verschiebung nicht sachgerecht. Die Diagnose „Hirnödem“ (ICD-Kode G93.6) soll weiterhin der Krankheit 123 zugeordnet werden. Zur Begründung:

- In Krankheit 123 „Hydrocephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen“ sind neben den ICD-Kodes G91.x und G94.0/1/2 „Hydrocephalus“ auch die ICD-Kodes G93.1, G93.5, G93.7 und G93.80 abgebildet, bei denen die vom BVA angeführte extrazelluläre Flüssigkeitsvermehrung keine zentrale Rolle spielt. So liegen die Ursachen der ZNS-Schädigung bei der anoxischen Hirnschädigung (G93.1) in einem Sauerstoffmangel. Beim Reye-Syndrom (G93.7) handelt es sich um eine akute Enzephalopathie, die nach

Infektionen des oberen Respirationstrakts und nach Einnahme bestimmter Medikamente auftreten kann, die mit Fehlfunktionen der Mitochondrien einhergeht und zu einem Hirnödem führt. Das apallische Syndrom (G93.80) wird meist durch ein Schädel-Hirn-Trauma oder Sauerstoffmangel hervorgerufen, aber auch Schlaganfälle, Meningitis/Enzephalitis, Hirntumoren, lang anhaltende massive Unterzuckerung oder neurodegenerative Erkrankungen können zu einem apallischen Syndrom führen. Bei der Compressio cerebri (G93.1) können extrazelluläre Flüssigkeitsvermehrungen (durch Liquorresorptions- und Liquor-Abflussstörungen) eine Rolle spielen, ebenso können aber auch traumatische Schädigungen des Gehirns, die wiederum zu einem Hirnödem führen, auftreten. Da bei den genannten Erkrankungen extrazelluläre Flüssigkeitsvermehrungen keine größere Rolle als andere Schädigungs-Ursachen (u.a. Hirnödeme) spielen, kann nicht argumentiert werden, dass der Kode G93.6 aus Krankheit 123 verschoben werden müsse, weil für die Erkrankung keine extrazelluläre Flüssigkeitsvermehrung ursächlich ist.

- Ein Hirnödem (G93.6) ist ein spezifisches und akutes Krankheitsbild, das einer sofortigen Behandlung bedarf. Dadurch unterscheidet sich das Hirnödem wesentlich von den in Krankheit 124 abgebildeten, nicht akuten (G93.8, G93.2) und unspezifischen Erkrankungen (G93.8, G93.88, G93.9, G94.8, G96.1, G96.8, G96.9, G98, G99.8). Eine Einordnung des Hirnödems in Krankheit 124 ist daher aus nosologischer und ätiologischer Sicht nicht sachgerecht.

**Änderung der Krankheiten 174 „Andere Erkrankungen des Gefäßsystems / Postthrombotisches Syndrom (chronisch venöse Insuffizienz)“, 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten“ und 261 „Spondylose und assoziierte Erkrankungen (Osteoarthrose der Wirbelsäule)“**

Die Ablehnung des Vorschlags einer Verschiebung des ICD-Kodes M47.0 „Arteria-spinalis-anterior-Syndrom“ von der Krankheit 261 „Osteoarthrose der Wirbelsäule“ in die Krankheit 174 „Andere Erkrankungen des Gefäßsystems“ ist aus AOK-Sicht nachvollziehbar, denn das Kompressionssyndrom der Arteria spinalis ist eine Kompression einer Arterie und nicht einer Vene. Allerdings ist auch die Verortung des Arteria-spinalis-anterior-Syndroms in der Krankheit 261 „Osteoarthrose der Wirbelsäule“ nicht sachgerecht. Das Arteria-spinalis-Anterior-Syndrom äußert sich akut mit einem spinalen Schock für einen Zeitraum von Wochen bis Monaten mit einer Querschnittslähmung unterhalb der Läsion, verbunden mit einer dissoziierten Sensibilitätsstörung. Das Arteria spinalis anterior-Syndrom ist eine akute Rückenmarksischämie, die mit gürtelförmigen oder radikulären Schmerzen, gefolgt von einer schlaffen Tetra- oder Paraparese, Blasen-Mastdarm-Störungen sowie einer dissoziierten Empfindungsstörung für Schmerz und Temperaturempfinden einhergeht. Nosologisch handelt es sich damit um eine Erkrankung, die sich grundsätzlich von den übrigen, in der Krankheit 261 abgebildeten Wirbelerkrankungen unterscheidet. Ein Arteria spinalis anterior-Syndrom kann entweder durch primäre Gefäßerkrankungen des Rückenmarks ausgelöst werden (u.a. arteriosklerotische Gefäßveränderungen, Beteiligung spinaler Gefäße bei Vaskulitiden oder Kollagenosen, G95.1) oder sekundär im Rahmen einer Arterienkompression durch intraspinale raumfordernde Prozesse entstehen. In letzterem Fall spricht man auch von einem Arteria spinalis anterior-Kompressionssyndrom, das jedoch nicht nur durch Spondylosen und Bandscheibenvorfälle, sondern auch durch Tumoren oder Abszesse verursacht werden kann. Da die vaskulär bedingten Rückenmarksschädigungen (G95.1) bereits Krankheit 121 zugeordnet sind, ist auch das Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom (M47.0) in Krankheit 121 sachgerechter abgebildet. Es wird daher vorgeschlagen, den ICD-Kode M47.0 in die Sonstigen Krankheiten des Rückenmarkes Krankheit 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“ zu verschieben.

Das BVA schlägt vor, bestimmte Spondylopathien (M45.0x, M46.0x, M46.8x, M46.9x, M49.3x, M49.4x, M49.8x) aus Krankheit 248 (Rheumatische Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen) in Krankheit 261 (Spondylose und assoziierte Erkrankungen (Osteoarthritis der Wirbelsäule)) zu verschieben, weil dies aufgrund der spezifischeren Zuordnung sachgerecht sei. Dies ist aus AOK-Sicht nur für die ICD-Kodes M46.0x, M46.8x, M46.9x, M49.3x, M49.4x und M49.8x, die Spondylopathien und Enthesopathien beschreiben, richtig, die in Krankheit 261 sachgerechter abgebildet sind. Die Zuordnung des ICD-Kodes M45.0x (Spondylitis ankylosans inkl. chronische Polyarthritis der Wirbelsäule) zu Krankheit 261 ist jedoch nicht für sachgerecht. Denn bei der Spondylitis ankylosans handelt es sich um eine chronisch verlaufende entzündlich-rheumatische Erkrankung. Die medikamentöse Behandlung der Spondylitis ankylosans konzentriert sich - wie bei der Rheumatischen Arthritis (M05, M06) und der juvenilen Arthritis (M08) - auf krankheitsmodifizierende antirheumatische Medikamente (u.a. Sulfasalazin und Methotrexat), nichtsteroidale Antirheumatika, cortisonhaltige Medikamente sowie Tumornekrosefaktor-Blocker und andere Biologika. Da die Rheumatische Arthritis (M05, M06) und die juvenile Arthritis (M08) der Krankheit 248 zugeordnet sind, muss auch die Spondylitis ankylosans dieser Erkrankung zugeordnet werden. Das AOK-System spricht sich daher dafür aus, den ICD-Kode M45.0x in Krankheit 248 zu belassen..

### **Änderung der Krankheiten 181 „Pneumonie und andere infektiöse Lungenkrankheiten“ und 192 „Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen“**

Die ICD-Kodes J69.x „Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen“ sollen ab dem Jahr 2016 nicht mehr der Krankheit 181 „Pneumonie und andere infektiöse Lungenerkrankungen“ sondern der Krankheit 192 „Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen“ zugeordnet werden. Das BVA begründet dies damit, dass es sich bei diesen Erkrankungen zwar um eine Lungenentzündung handle, diese jedoch ohne infektiösen Ursprung sei. Das ist nicht zutreffend. Die Diagnosen J69.0 und J69.9 beschreiben explizit Aspirationspneumonien durch Nahrung oder Erbrochenes bzw. sonstige feste und flüssige Substanzen. Bei der Pathogenese der Aspirationspneumonien spielen jedoch insbesondere bakterielle Erreger (Anaerobier, Pneumokokken, Enterobakterien, Staphylococcus aureus) eine wesentliche Rolle. Deshalb schließt die Diagnostik der Aspirationspneumonie auch eine mikrobielle Diagnostik ein und deshalb sind Antibiotika auch ein zentraler Bestandteil der Therapie dieser Pneumonien. So wird in der S3-Leitlinie zum Management ambulant erworbener Pneumonien ausgeführt: „Die Aspiration stellt einen Risikofaktor für Enterobacteriaceae dar, sodass eine kalkulierte Therapie diese Erreger berücksichtigen muss. Da eine ätiologische Rolle von anaeroben Bakterien nicht grundsätzlich ausgeschlossen ist, sollte ein Betalaktam-Antibiotikum mit einem Betalaktamaseinhibitor kombiniert werden. Alternativ können eine Kombination aus einem Cephalosporin mit Clindamycin, das Fluorchinolon Moxifloxacin oder ein Carbapenem eingesetzt werden“.<sup>5</sup> Selbst bei der Lipidpneumonie (J69.1) spielen neben entzündlichen Prozessen durch die eingeatmeten Öle (z.B. Petroleum) auch bakterielle (Super-)Infektionen eine Rolle.

Neben den genannten ätiologischen Gründen sollten die Pneumonien durch feste und flüssige Substanzen aber auch aus nosologischen Gründen wie bislang der Krankheit 181 (Pneumonie und andere infektiöse Lungenerkrankungen) zugeordnet werden: Bei Pneumonien (einschließlich Aspirationspneumonien) handelt es sich um Erkrankungen, die mit entzündlich bedingten, akuten Beeinträchtigungen der Atmung einhergehen, die aber

---

<sup>5</sup> Höffken et al. (2009): Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobielle Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen unteren Atemwegsinfektionen sowie ambulant erworbener Pneumonie – Update 2009. S3-Leitlinie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie und vom Kompetenznetzwerk CAPNETZ.

nach erfolgreicher Therapie meist ohne bleibende Schäden ausheilen. Damit unterscheiden sich die Pneumonien (einschließlich der Aspirationspneumonien) wesentlich von den anderen, in Krankheit 192 abgebildeten Lungenerkrankungen, bei denen es sich überwiegend um chronische Veränderungen des Lungengewebes und der Lungenfunktion handelt. Aus Sicht des AOK-System ist es erforderlich, Pneumonien durch feste und flüssige Substanzen (J69.x) weiterhin der Krankheit 181 „Pneumonie und andere infektiöse Lungenerkrankungen“ zuzuordnen.

### **Änderung der Krankheiten 231 „Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen“ und 246 „Andere Erkrankungen der Haut“**

Die vorgeschlagene Ausgliederung der ICDs für Hautabszesse, Furunkel, Karbunkel (L02.-), Phlegmonen (L03.-), akute Lymphadenitiden (L04.-), Pyodermien (L08.0), Erythrasmae (L08.1) und Pilonidalzysten (L05.-) aus der Krankheit 231 „Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen“ und Neuordnung zur Krankheit 246 „Andere Erkrankungen der Haut“ wird vom AOK-System abgelehnt. Bei den genannten ICD-Kodes handelt es sich zweifelsohne um bakterielle Hautinfektionen, weshalb aus pathogenetischer Sicht ein Verbleib in der Krankheit 231 gerechtfertigt ist. Der Argumentation, es handele sich nicht um schwerwiegende Diagnosen, kann nicht gefolgt werden. Empirische Analysen auf AOK-Daten zeigen, dass sich die Folgekosten der Versicherten mit o.g. Diagnosen nicht wesentlich von den Versicherten unterscheiden, für die die übrigen der Krankheit 231 zugeordneten Diagnosen bakterieller Hautinfektionen dokumentiert sind. Einzig für die Gruppe der Versicherten mit akuten Lymphadenitiden (L04.-) und Pilonidalzysten (L05.-) können etwas niedrigere Folgekosten beobachtet werden. Soweit eine Schweregradifferenzierung der bakteriellen Hautinfektionen erfolgen soll, ist dies nach Auffassung des AOK-System im Rahmen des Klassifikationsmodells auszuarbeiten (vgl. auch unsere Ausführungen zu 1.).

Dass ist gerade nicht sinnvoll ist, auf Ebene der Krankheitsauswahl eine Schweregradunterscheidung vorzunehmen, wird umso deutlicher, da auch die nach Anhörungsvorschlag neu zusammengesetzte Krankheit Diagnosen enthält, den unterschiedlich schwere Krankheitsverläufe zugeordnet sind.

Die im Anhörungsentwurf gewählte Systematik der Krankheitsabgrenzung führt also keineswegs zu konsistenten Ergebnissen. Auch ist es nicht Ziel der Krankheitsauswahl, die Schweregradifferenzierung innerhalb einer Krankheit abzubilden (vgl. unsere Ausführungen zu 1.). Im Ergebnis ist es nicht nachzuvollziehen und auch nicht begründet, warum die ICD-Kodes L02.x, L03.x, L04.x, L05.x und L08.0/1 aus Krankheit 231 verschoben werden sollen. Das AOK-System fordert, die ICD-Kodes L02.x, L03.x, L04.x, L05.x und L08.0/1 in Krankheit 231 zu belassen und die Krankheit in „Bakterielle Hautinfektionen“ umzubenennen.

### **Änderung der Krankheiten 267 „Osteoporose“, 270 „Andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels (z.B. Osteodystrophia deformans / Paget's disease of bone)“ und 363 „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“**

Für die Krankheitsauswahl 2016 wird vorgeschlagen, Knochenfrakturen bei Neubildungen (M90.7) aus der ursprünglichen Krankheit 267 „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ in die neu gebildete Krankheit 363 „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“ zu verschieben. Der Argumentation des Wissenschaftlichen Beirats, dass die bisherige Zuordnung der M90.7-Diagnosen nicht sachgerecht war, aber eine Zuordnung zu den nach Tumorarten differenzierten Neubildungen nicht sinnvoll wäre, kann gefolgt werden. Allerdings ist aus Sicht des AOK-Systems die vorgeschlagene Verschiebung der M90.7-Diagnosen in die neu gebildete Krankheit 363 „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“ nicht sachgerecht. Denn Knochenfrakturen bei Neubildungen sind mehrheitlich die Folge von

Knochenmetastasen und zum geringeren Teil die Folge primärer bösartiger Neubildungen des Knochens. Knochenfrakturen bei Neubildungen sind damit entweder die Folge sekundärer bösartiger Neubildungen oder eine Komplikation primärer Neubildungen. Es wird daher vorgeschlagen, die Knochenfrakturen bei Neubildungen (M90.7) der Krankheit 035 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation, inkl. Komplikationen“ zuzuordnen.

Weiter wird vorgeschlagen, die „Andernorts nicht klassifizierten pathologischen Frakturen“ (M84.4) aus Krankheit 267<sup>6</sup> „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ in die neu gebildete Krankheit 363 „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“ zu verschieben. Diese Verschiebung ist aus Sicht der AOK nicht sachgerecht. Wir schlagen stattdessen vor, die „andernorts nicht klassifizierten pathologischen Frakturen“ (M84.4) in der Krankheit 267 zu belassen und die neue Krankheit 363 aufzulösen. Zur Begründung:

- Das angeführte Argument, die Einordnung der M84.4-Kodes in Krankheit 267 sei deshalb nicht sachgerecht, weil als Exklusivum der M84.4-Diagnosen die „Pathologische Fraktur bei Osteoporose“ (M80.x) benannt sei, ist nicht tragfähig. Neben den M80.x-Diagnosen sind als Exklusivum ebenso die M90.7-Diagnosen aufgeführt, mit denen nun die M84.4-Kodes neu zusammengefasst werden sollen. Wenn die M84.4-Diagnosen nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats nicht mit Erkrankungen zusammengefasst werden dürfen, die unter M84.4 explizit als Ausschlussdiagnosen aufgeführt sind, muss dies für alle aufgeführten Ausschlussdiagnosen in gleicher Weise gelten. Bei konsistenter Argumentation würde sich demnach die vorgeschlagene Zusammenlegung der M84.4- und M90.7-Diagnosen verbieten. Auch ist es in der bestehenden Krankheitsabgrenzung nicht unüblich, dass ICDs in einer Krankheit zusammengefasst sind, bei denen jeweils andere ICD derselben Krankheit als Exklusivum aufgeführt sind.
- Nach Auffassung des AOK-Systems dient die Benennung der Ausschlussdiagnosen unter M84.4 lediglich dazu, Fehlkodierungen zu vermeiden. Es spricht nicht dagegen nosologisch ähnliche Erkrankungen, wie osteoporotisch bedingte – und damit pathologische – Frakturen (M80.x) mit andernorts nicht klassifizierten pathologischen Frakturen (M84.4) in einer Krankheit zusammenzufassen.
- Bei der vom BVA vorgeschlagenen Herauslösung der M84.4-Diagnosen aus Krankheit 267 würden in Krankheit 267 nur noch folgende Erkrankungen abgebildet:
  - Osteoporose mit pathologischer Fraktur (M80.x)
  - Osteoporose ohne pathologische Fraktur (M81.x)
  - Osteoporose bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: bei Plasmozytom, endokrinen Störungen, sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten (M82.x)Demnach würde für die unter M81.x zusammengefassten primären und sekundären Osteoporosen in Krankheit 267 auch deren mögliche Folge – eine pathologische Fraktur (M80.x) – abgebildet. Für die Osteoporosen bei andernorts klassifizierten Krankheiten (M82.x), die ebenfalls sekundäre Osteoporosen sind, würde die mögliche Folge – eine pathologische Fraktur – jedoch nicht in Krankheit 267 abgebildet. Diese inhaltliche Inkonsistenz wird durch die Belassung der „Andernorts nicht klassifizierten pathologischen Frakturen“ (M84.4) in Krankheit 267 behoben.
- In Krankheit 363 sollen gem. Anhörungsentwurf „Andernorts nicht klassifizierte pathologische Frakturen“ (M84.4) und „Knochenfrakturen bei Neubildungen“ (M90.7) zusammengefasst werden. Die „Knochenfrakturen bei Neubildungen“ sind jedoch, wie

---

<sup>6</sup> In den Erläuterungen zum Entwurf der Krankheitsauswahl ist ausgeführt, dass die M84.4-Kodes derzeit der Krankheit 270 „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ zugeordnet seien. Gemeint ist offensichtlich Krankheit 267 (vgl. Anlage 1, S. 43).

oben bereits begründet wurde, in Krankheit 035 medizinisch sachgerechter abgebildet. Die „Anderorts nicht klassifizierten pathologischen Frakturen“ (M84.4) sind, wie eben begründet wurde, in Krankheit 267 sachgerechter abgebildet. Da nach den vorgeschlagenen Verschiebungen keine Diagnosen in Krankheit 363 verbleiben, kann die neue Krankheit aufgelöst werden.

### **Änderung der Krankheiten 317 „Angeborene Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems“ und 318 Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)“**

Im Rahmen der Diskussion zur Abgrenzung der Krankheiten 317 „Angeborene Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems“ und 318 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)“ wird dem AOK-Vorschlag (20.01.2014) einer Zusammenlegung ausschließlich deshalb widersprochen, da ICD-Kodes der „Angeborene Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems“ mehrheitlich im Lebensalter größer 5 Jahre beobachtet werden. Weiterführende Analysen, die z.B. die Höhe der Leistungsanspruchnahme betreffen und anhand von AOK-Daten nahelegen, dass in den in den höheren Altersgruppen nur noch wenig kostenintensive und damit vermutlich nur noch leichte Verlaufsformen vorkommen, wurden nicht durchgeführt. Daher ist das Argument der altersbezogenen Kodierung nicht nachvollziehbar, zumal die Qualität der Diagnosen im Alter größer 5 Jahre auch seitens des Wissenschaftlichen Beirats nicht als hoch eingeschätzt wird. Zudem enthält die Krankheit 317 überwiegend ICD-Kodes, die eindeutig eine Fehlbildung bezeichnen und daher entsprechend der Krankheitsursache sinnvollerweise der Krankheit 318 zugeordnet werden müssen. Zumindest diese ICD-Kodes der Fehlbildungen müssten ansonsten in die Krankheit 318 verschoben werden, so dass die ICDs Q33.1 (akzessorischer Lungenlappen) und Q34.0 (Anomalie der Pleura) in der Krankheit 317 verbleiben. Aus Sicht des AOK-Systems ist es weiterhin sachgerecht, die Krankheiten 317 und 318 zusammenzulegen. Das BVA und der Wissenschaftliche Beirat werden gebeten, weitere Analysen zur Krankheitsschwere im Alter > 5 Jahre durchzuführen und die Zusammenhänge in Bezug auf die Krankheitsursachen in Hinblick auf eine sachgerechte Zusammenlegung beider Krankheiten zu analysieren und zu bewerten. Statt eine Zusammenlegung wegen der Definition der Altersgrenze aus formalen Gründen abzulehnen, ist zu überlegen, wie die altersbezogene Differenzierung im Klassifikationsmodell – und nicht im Rahmen der Krankheitsauswahl – vorgenommen werden kann. Auf vergleichbare Festlegungen bei anderen Krankheiten (z. B. Mukoviszidose) wird verwiesen.

### **3.) Weitere Vorschläge zur Anpassung der Krankheiten für den Morbi-RSA 2016**

#### **Abgrenzung der Krankheiten 013 „Virale Hepatitis A und unspezifizierte Hepatitis ohne Leberkoma“ 221 „Akute schwere Lebererkrankung“ und 222 „Chronische Hepatitis“**

Die Zuordnung der Lebererkrankungen zu den Krankheiten 221, 222 und 013 ergibt gegenwärtig weder unter nosologischer noch unter ätiologischer Perspektive ein konsistentes Bild:

#### **Krankheit 221: Akute schwere Lebererkrankung**

- Umfasst Lebererkrankungen unterschiedlicher Ursachen: Viren, Protozoen, Toxine, Infarkt sowie unspezifische Ursachen
- Umfasst nicht nur akute Krankheitsbilder, sondern auch teilweise chronische Verläufe (K72.9, B19.0)
- Umfasst nicht nur schwere Erkrankungen, sondern auch oft blande verlaufende Erkrankungen mit deutlicher Spontanheilungstendenz (B17.1, B17.2, B17.8, B16.9)

**Fazit:** Bislang erfolgt in Krankheit 221 weder eine spezifische Abbildung von ausschließlich akuten und schweren Lebererkrankungen, noch eine vollständige Abbildung aller akuten und schweren Lebererkrankungen.

#### **Krankheit 222: Chronische Hepatitis**

- Umfasst alle chronischen Virus-Hepatitis-Erkrankungen (B18.0-9), aber nicht die „nicht näher bezeichnete Virushepatitis“ (diese wird Krankheit 221 (B19.0) bzw. Krankheit 013 (B19.9) zugeordnet).
- Umfasst „Anderorts nicht klassifizierte chronische Hepatitis-Erkrankungen“ (K73.x), die explizit nur diagnostiziert werden dürfen, wenn keine Virushepatitis vorliegt und die deshalb dem Namen nach eigentlich Krankheit 223 (Toxische, nicht virale Hepatitis und andere Lebererkrankungen) zugeordnet werden müssten.
- Umfasst keine chronischen Hepatitis-Erkrankungen, die alkoholbedingt (K70.1), arzneimittelinduziert (K71.1), granulomatös (K75.3) oder reaktiv-unspezifisch (K75.2) sind. Diese Erkrankungen werden Krankheit 223 zugeordnet.

**Fazit:** Bislang erfolgt in Krankheit 222 weder eine spezifische Abbildung der viral bedingten chronischen Hepatitis-Erkrankungen noch eine vollständige Abbildung aller chronischen Hepatitis-Erkrankungen.

#### **Krankheit 013: Virale Hepatitis A und unspezifizierte Hepatitis, ohne Leberkoma**

Umfasst insgesamt 3 Virushepatitis-Erkrankungen (B15.9, B17.9, B19.9) von denen

- eine Hepatitis A zuzuordnen ist (B15.9), während bei den beiden anderen sowohl eine Verursachung durch Hepatitis A als auch durch andere Hepatitis-Viren möglich ist (B17.9, B19.9),
- zwei einen akuten Verlauf haben (B15.9, B17.9), während bei der dritten Erkrankung sowohl ein akuter als auch ein chronischer Verlauf möglich ist (B19.9),
- zwei explizit ohne Coma hepaticum verlaufen (B15.9, B19.9), während bei der dritten Erkrankung sowohl ein Verlauf mit als auch ohne Coma hepaticum möglich ist (B17.9).

**Fazit:** Die einzige inhaltliche Klammer der in Krankheit 013 abgebildeten Diagnosen besteht darin, dass es sich um Virushepatitis-Erkrankungen handelt. Eine klare Klammer bezüglich der Schwere oder Chronizität des Verlaufs lässt sich nicht erkennen.

Zum Abbau der dargestellten Inkonsistenzen ist es sachgerecht, 1.) die K73.x-Diagnosen in Krankheit 223 zu verschieben und 2.) alle Hepatitis-Erkrankungen viraler Genese (B15.x, B16.x, B17.x, B18.x, B19.x) in einer neuen Krankheit „Virushepatitis“ zusammenzufassen. Zur Begründung:

- Bei den K73.x-Diagnosen handelt es sich um „andernorts nicht klassifizierte chronische Hepatitis-Erkrankungen“, die explizit nicht viraler Genese sind. Es gibt daher keinen Grund, diese Erkrankungen mit den chronischen Virushepatitis-Erkrankungen in Krankheit 222 zusammenzufassen, wenn gleichzeitig andere chronische Hepatitis-Erkrankungen in Krankheit 223 verortet werden. Da die Krankheit 223 „Toxische, nicht virale Hepatitis und andere Lebererkrankungen“ abbildet, die nicht explizit akut, sondern zum großen Teil auch chronisch verlaufen, sind die „andernorts nicht klassifizierten chronischen Hepatitis-Erkrankungen“ (K73.x) Krankheit 223 zuzuordnen.
- Die Zusammenfassung aller Hepatitis-Erkrankungen viraler Genese ist aus folgenden Gründen sinnvoll:
  - Die Erkrankungen haben alle eine ähnliche Ätiologie (virale Genese), aus der sich ähnliche diagnostische, therapeutische und Surveillance-Strategien ableiten.
  - Bei Stellung der Diagnose einer Virushepatitis kann oft nicht genau ermittelt werden, wann die Erkrankung begonnen hat. Da sich die Klassifizierung als akute oder

chronische Erkrankung aber am Zeitpunkt der Infektion (vor weniger bzw. mehr als sechs Monaten) orientiert, verlaufen die Grenzen zwischen akuter und chronischer Virushepatitis in der Praxis fließend.

- Aus der Klassifizierung als akute oder chronische Virushepatitis lässt sich nicht ableiten, ob es sich um einen leichten oder schweren Krankheitsverlauf handelt.
- Auch bei der Therapie-Indikation gibt es keine klare Trennung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen: obwohl bei akuten Virushepatitis-Erkrankungen wegen der häufigen Spontanremissionen, die antivirale Therapie nicht die gleiche Bedeutung wie bei den chronischen Erkrankungen hat, wird sie doch bei bestimmten Indikationen empfohlen. So empfiehlt die S3-Leitlinie zur Hepatitis-B-Therapie eine antivirale Behandlung bei schwerer akuter oder fulminanter Hepatitis B.<sup>7</sup> Und mit Blick auf die Hepatitis C konstatiert der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands: „Seit mehreren Jahren findet eine Epidemie der akuten Hepatitis C unter schwulen Männern statt. Die frühzeitige Behandlung der Hepatitis C innerhalb der ersten Monate nach Infektion ist mit deutlich besseren SVR-Raten verbunden. Aus diesem Grund wird die Behandlung der akuten Hepatitis C mit PEG-IFN alfa in der Regel mit gewichtsadaptiertem Ribavirin über 24-48 Wochen je nach RVR für alle Patienten ohne Kontraindikation empfohlen.“<sup>8</sup>
- Durch die Verschiebung der K73.x-Diagnosen in Krankheit 223 und die Zusammenfassung aller Hepatitis-Erkrankungen viraler Genese in einer neuen Krankheit „Virushepatitis“ kann die bislang inhaltlich inkonsistente Krankheit 222 aufgelöst werden.
- Durch die Verschiebung der bislang in Krankheit 221 befindlichen Virushepatitis-Diagnosen in die neue Krankheit „Virushepatitis“ werden die inhaltlichen Inkonsistenzen von Krankheit 221 beseitigt. In Krankheit 221 (Akute schwere Lebererkrankung) würden nach der Verschiebung tatsächlich nur noch schwere und akute Lebererkrankungen abgebildet.

### **Aufnahme der ICD-Kodes Z51.0 „Strahlentherapie-Sitzung“, Z51.1 „Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung“ und Z51.82 „Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung“ in die Krankheitsauswahl**

Wie in vorangegangenen Stellungnahmen schlägt das AOK-System weiterhin vor, die ICD-Kodes Z51.0, Z51.1 und Z51.82 in die Krankheitsauswahl aufzunehmen, um sie für eine Differenzierung der Krankheits schwere nutzen zu können. Für die Berücksichtigung im Rahmen der M2Q-Prüfung sind sie nur dann zu verwenden, wenn für den Versicherten gleichzeitig ein ICD-Kode aus dem Bereich der im Morbi-RSA berücksichtigten bösartigen Neubildungen vorliegt. Die Aussage des Wissenschaftlichen Beirats, dass keine ausreichende Übereinstimmung zwischen Versicherten mit Neubildung, einem Z-Kode für Chemo- und/oder Strahlentherapie und Zytostatikaverordnungen erzielt werden konnte (vgl. BVA-Erläuterung zur Festlegung des Klassifikationsmodells 2015 vom 30.09.2014, S. 56), ist im Wesentlichen dadurch beeinflusst, dass stationär durchgeführte Chemotherapien sich nicht in den für den Morbi-RSA vorliegenden ambulanten Arzneimittelabrechnungsdaten wiederfinden. Das AOK-System empfiehlt daher dringend, die ICD-Kodes Z51.0, Z51.1 und Z51.82 in die Krankheitsauswahl 2016 aufzunehmen. Es ist Gegenstand der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells zu prüfen, ob und mit welchen Aufgreifkriterien sich diese Diagnoseinformationen für die Schätzung von Folgekosten eignen oder nicht.

---

<sup>7</sup> Cornberg et al. (2011): Aktualisierung der S3-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virusinfektion.

<sup>8</sup> Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V.; Empfehlungen des bng zur Therapie der chronischen Hepatitis C, Update 2012.

#### **4.) Redaktionelle Anmerkungen**

##### **Anlage Exceltabelle und Diagnosen**

- In Anlage 4 „Krankheitsabgrenzung\_AJ2016\_Entwurf“ sind die ICD-Kodes L04.- und L05.- weiterhin der Krankheit 231 zugeordnet. Gem. Änderungsentwurf ist eine Zuordnung zur Krankheit 246 zu erwarten.
- In Anlage 4 „Krankheitsabgrenzung\_AJ2016\_Entwurf“ ist der ICD-Kode M45.0 „Spondylitis ankylosans“ der Auswahlkrankheit Nummer 67 zugeordnet. Gem. Änderungsentwurf ist keine Zuordnung zu einer Auswahlkrankheit zu erwarten.
- Anlage 1, Erläuterungen zum Entwurf der Krankheitsauswahl 2016, Seite 43: „Die Kodes M84.4- sind derzeit der Krankheit 270 „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ zugeordnet.“ Richtig muss es heißen „Die Kodes M84.4- sind derzeit der Krankheit 267 „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ zugeordnet.“