

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Festlegungsentwurf vom 16.12.2015 des Bundesversicherungsamtes (BVA) zur

**Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2017 (Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV)**

Stand 22.01.2016

Mit Schreiben vom 16.12.2015 hat das Bundesversicherungsamt den Entwurf zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2017 zur Anhörung übermittelt. Zu den beabsichtigten Anpassungen der Krankheitsauswahl für das Jahr 2017 nehmen wir wie folgt Stellung.

**1.) Zusammenfassende Bewertung der geplanten Anpassungen der Krankheitsauswahl 2017 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> Das Auswahlverfahren hatte der Wissenschaftliche Beirat zuletzt im Rahmen der Krankheitsauswahl des Jahres 2016 grundlegend und umfassend überprüft. Er kommt zu dem Ergebnis, dass das bestehende Verfahren für die Auswahl der im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten sehr gut geeignet und alternativen Auswahlverfahren überlegen ist. Auf der Grundlage seiner Analysen im Rahmen der Festlegung 2016 hat der Wissenschaftliche Beirat einzelne Anpassungen des Auswahlverfahrens vorgeschlagen und umgesetzt, die in Folge der Korrektur des Berechnungsfehlers und der Berücksichtigung stationärer Nebendiagnosen notwendig wurden. Für die Krankheitsauswahl 2017 sind daher keine erneuten Prüfungen oder Anpassungen der Auswahlkriterien erforderlich. Es ist sachgerecht, dass sich die für die Krankheitsauswahl 2017 vorgeschlagenen Änderungen auf Anpassungen an den ICD-10-GM 2016 und auf Änderungen in der Abgrenzung der Krankheiten beschränken sowie aus den eingetretenen Veränderungen bei Krankheitsprävalenzen und Versorgungskosten resultieren.

Im Mittelpunkt der Anhörung zur Krankheitsauswahl 2017 stehen die bislang noch nicht geprüften Änderungsvorschläge der Krankenkassen zur ICD-Aufteilung im Kapitel Gastrointestinaltrakt. Wir bitten das BVA und den Wissenschaftlichen Beirat darum, in diesem Zusammenhang auch die vorliegenden Vorschläge des AOK-Systems zur Neuabgrenzung der Krankheit 221 „Akute schwere Lebererkrankung“ und Krankheit 222 „Chronische Hepatitis“ zu prüfen. Weiterhin sollten auch unsere Vorschläge für eine sachgerechtere 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)“ untersucht werden (vgl. hierzu unsere Stellungnahme vom 27.02.2015).

Die Neuabgrenzung der ICDs der Krankheit 205 „Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutungen oder Perforation“ halten wir insgesamt für nicht begründet. Ohne erkennbare nosologische oder ätiologische Begründung werden hier z.B. ICD-Kodes aufgrund einer besonders großflächigen oder großvolumigen Blutungssymptomatik in die Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und/oder Gefäßanomalien“ ausgegliedert (z.B. ICD-Kodes K92.0, K92.2, K22.6, K29.0). Da Hämatemesis sehr häufig durch peptische

---

<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.

Ulkerkrankungen verursacht wird, während zufällig entdeckte Angiodysplasien nicht regelhaft einer Therapie bedürfen und die Abgrenzung zwischen der erosiven Gastritis, die mit multiplen Ulcera einhergeht vom peptischen Ulcus ventriculi nicht sinnvoll ist, sollten diese ICDs in der Krankheit 205 verbleiben. Generell ist darauf hinzuweisen, dass die Abbildung von unterschiedlichen Krankheitsstadien oder Krankheitsverläufen in unterschiedlichen Krankheiten in Anbetracht der auf Krankheitsebene durchgeführten M2Q-Prüfung problematisch erscheint.

Betrachtet man die in den Berechnungsergebnissen zum Anhörungsentwurf dargestellten Kostenschätzer für die neu gebildete Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen oder Angiodysplasien)“ und die in Krankheit 205 „Peptische Ulkerkrankungen“ verbliebenen ICD-Kodes, so zeigt sich, dass mit der Neuordnung der bislang in Krankheit 205 „Peptische Ulkerkrankungen“ abgebildeten ICD-Kodes eine klare Schweregraddifferenzierung vorgenommen wird. Die erwarteten Mehrkosten der Krankheit 205 „Peptische Ulkerkrankungen“ gemäß ursprünglichem Zuschnitt sinken von 640 Euro in der Krankheitsfestlegung 2016 auf 272 Euro im Entwurf zur Krankheitsauswahl 2017. Die erwarteten Mehrkosten der neu gebildeten Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen oder Angiodysplasien)“ belaufen sich auf 1880 Euro. Dies steht im klaren Widerspruch zu dem vom Wissenschaftlichen Beirat im Rahmen der Krankheitsauswahl 2013 formulierten Ziel, dass Unterschiede in den Kosten- bzw. Krankheitsverläufen vor allem im Rahmen des Klassifikationsmodells, nicht aber in der Krankheitsauswahl abgebildet werden sollten. Gemäß Wissenschaftlichem Beirat ist darüber hinaus eine engere Krankheitsabgrenzung mit dem primären Abgrenzungskriterium der Ätiologie/Pathogenese anzustreben. Stattdessen orientiert sich die hier vorgenommene Krankheitsabgrenzung an der Symptomatik. Wir schlagen daher vor, die Zusammensetzung der Krankheit 205 „Peptische Ulkerkrankungen“ nicht zu verändern und die inhaltlich u.E. weitgehend richtigen Schweregraddifferenzierungen innerhalb dieser Erkrankung im Rahmen der Anpassung des Klassifikationsmodells vorzunehmen (vgl. auch Punkt 2.2 dieser Stellungnahme).

Wie in den zurückliegenden Anhörungszyklen auch ergeben sich durch die Neuberechnung der Kennzahlen zur Krankheitsauswahl auf aktuellen Daten nur geringfügige Änderungen in der Zusammensetzung der 80 Auswahlkrankheiten. Deshalb unterstützt das AOK-System den Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats, auf eine jährliche Durchführung der Krankheitsauswahl zukünftig zu verzichten. Allerdings ist sicherzustellen, dass kostenrelevante Therapieinnovationen in Krankheiten, die nicht Bestandteil der Krankheitsauswahl sind, zeitnah im Krankheitsspektrum berücksichtigt werden können. Am Beispiel der in 2014 erstmals zugelassenen neuartigen Hepatitis-C-Arzneimitteltherapien wird auf Basis der Berechnungsergebnisse zum Anhörungsentwurf der Krankheitsauswahl 2017 deutlich, welche kurzfristigen, dynamischen Veränderungen im Kostengefüge der Krankheiten solche Hochkosteninnovationen implizieren können. So steigt Krankheit 222 „Chronische Hepatitis“ im Perzentilranking von Rang 44 (Krankheitsauswahl 2016) auf Rang 18, Krankheit 221 „Akute schwere Lebererkrankung“ von Rang 84 (Krankheitsauswahl 2016) auf Rang 61. Daher schlagen wir vor, in den Jahren, in denen keine neue Krankheitsauswahl vorgesehen ist, auf Basis einer rein empirischen Neuberechnung der Krankheitsauswahl zu prüfen, ob Änderungen an der Krankheitsauswahl auftreten und somit eine außerplanmäßige Krankheitsauswahl erforderlich ist.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes sind auch in diesem Jahr wieder die ausführlichen und transparenten Erläuterungen des Wissenschaftlichen Beirats und des BVA zu den einzelnen geprüften Anpassungsvorschlägen positiv hervorzuheben.

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

### **2.1.) Anpassung an den ICD-10-GM 2016**

P71.7: Erworbener Hydrozephalus in der Perinatalperiode:

Die Zuordnung dieses Codes in die Krankheit 313 „Andere Probleme der Perinatalperiode“ und 502 „AUSSCHLUSS: Kindliche (perinatale) Probleme bzw. Geburt bei der Mutter kodiert“ ist nicht sachgerecht. Der in der Perinatalperiode erworbene Hydrozephalus erfordert in der Regel eine lebenslange Behandlung durch eine ventrikuloperitoneale oder ventrikulatriale Ableitung, die mit regelmäßigen Kontrollen und durch das Körperwachstum wiederholten Operationen verbunden ist. Daher ist dieser Kode der Krankheit 123 „Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen“ zuzuordnen.

Z91.7: Weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese:

Dieser Kode wird sowohl der Krankheit 503 „Ausschluss“ als auch der Krankheit 295 „Nicht-entzündliche Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane“ zugeordnet. Die Zuordnung in Krankheit 295 erscheint sachgerecht.

### **2.2.) Änderungen der Krankheitsabgrenzung**

#### **Änderung der Krankheiten des Gastrointestinaltrakts**

Das BVA bzw. der Wissenschaftliche Beirat hat im Rahmen der letzten Anhörungsverfahren einige weiterführende Untersuchungen zu Vorschlägen des AOK-Systems für diesen Anhörungszyklus angekündigt. Zwei dieser Vorschläge beziehen sich explizit auf die in der Anhörung zur Überarbeitung vorgesehene ICD-Abgrenzung im Kapitel Gastrointestinaltrakt, weshalb wir um die Berücksichtigung dieser Anpassungsvorschläge für das Jahr 2017 bitten (vgl. unsere Stellungnahme vom 27.02.2015).

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

Die ICD-Kodes der Lebererkrankungen sind derzeit den Krankheiten 221 „Akute schwere Lebererkrankung“, 222 „Chronische Hepatitis“, und 013 „Virale Hepatitis A und unspezifizierte Hepatitis, ohne Leberkoma“ sowie 223 „Toxische, nicht virale Hepatitis und andere Lebererkrankungen“ abgebildet. Allerdings ist die Abgrenzung der Krankheiten vor dem Hintergrund der vom BVA definierten ätiologischen bzw. nosologischen Abgrenzungskriterien nicht nachvollziehbar und inkonsistent. Beispielsweise enthalten sowohl Krankheit 221 „Akute schwere Lebererkrankung“ als auch Krankheit 222 „Chronische Hepatitis“ Lebererkrankungen unterschiedlicher Ursache und Krankheitsschwere. Darüber hinaus enthält Krankheit 221 „Akute schwere Lebererkrankung“ mit den ICDs K72.9 und B19.0 auch Krankheitsbilder mit zum Teil chronischen Verlaufsformen. Gleichzeitig sind wiederum nicht alle chronischen Hepatitis-Erkrankungen in Krankheit 222 „Chronische Hepatitis“ enthalten (K70.1, K71.1, K75.3 und K75.2), sondern in Teilen der Krankheit 223 „Toxische, nicht virale Hepatitis und andere Lebererkrankungen“ zugeordnet. Krankheit 013 „Virale Hepatitis A und unspezifizierte Hepatitis, ohne Leberkoma“ beinhaltet nicht nur ICD-Kodes mit gegebenenfalls unterschiedlicher Krankheitsschwere und Krankheitsursachen, sondern auch Verlaufsformen explizit ohne (B15.9, B19.9) und z.B. im Falle von ICD B17.9 gegebenenfalls mit Coma hepaticum.

Zum Abbau der dargestellten Inkonsistenzen schlagen wir vor, die K73.x-Diagnosen (Anderorts nicht klassifizierte chronische Hepatitis-Erkrankungen) von Krankheit 222

„Chronische Hepatitis“ in Krankheit 223 „Toxische, nicht virale Hepatitis und andere Lebererkrankungen“ zu verschieben und alle viral bedingten Hepatitis-Erkrankungen (B15.x, B16.x, B17.x, B18.x, B19.x) in einer neuen Krankheit „Virushepatitis“ zusammenzufassen. Aufgrund der ähnlichen Ätiologie dieser Erkrankungen ist hier von ähnlichen diagnostischen und therapeutischen Behandlungsstrategien auszugehen. Darüber hinaus ist die bisherige Einteilung in akute und chronische Virushepatitiden ungeeignet, um zwischen leichten und schweren Krankheitsverläufen zu differenzieren. Nicht zuletzt ist fraglich, inwieweit in der Praxis die Klassifizierung als chronische oder akute Lebererkrankung (Krankheitsbeginn vor mehr/weniger als 6 Monaten) tatsächlich gelingt, da der genaue Beginn der Erkrankungen häufig unbekannt ist. In Krankheit 221 „Akute schwere Lebererkrankung“ sollten nur noch schwere und tatsächlich akute Lebererkrankungen abgebildet werden. Die bislang inkonsistent zusammengesetzte Krankheit 222 „Chronische Hepatitis“ würde infolge der oben skizzierten ICD-Verschiebung entfallen (vgl. hierzu auch unsere Stellungnahme vom 27.02.2015).

### **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)“**

Da in Krankheit 317 „Angeborene Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems“ überwiegend ICD-Kodes enthalten sind, mit denen eindeutig Fehlbildungen kodiert werden, sollten diese medizinisch eng verwandten ICD-Kodes entsprechend der Krankheitsursache ebenfalls der Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)“ zugeordnet werden.

In Analysen auf Basis von AOK-Daten zeigt sich zwar, dass Krankheit 317 „Angeborene Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems“ durchaus auch im Alter > 5 Jahre kodiert wird. Mit steigendem Alter sind jedoch eher leichtere Verlaufsformen mit geringer Kostenintensität zu beobachten. Die bislang ausschließlich formal begründete Ablehnung der ICD-Zusammenführung seitens des BVA aufgrund der für Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)“ derzeit definierten Altersgrenze von 5 Jahren ist daher nicht tragfähig. Eine altersbezogene Schweregrad differenzierung kann gegebenenfalls im Klassifikationsverfahren erfolgen. Wir schlagen vor, die bislang aus Kapazitätsgründen zurückgestellten Analysen für eine sachgerechte Zusammenführung der beiden Krankheitsbilder in diesem Anhörungszyklus nachzuholen und die ICD-Abgrenzung entsprechend zu überarbeiten (vgl. hierzu auch unsere Stellungnahmen vom 27.02.2015 und 20.01.2014).

### **Änderungen der Krankheiten 205 „Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutungen und/oder Perforation“, Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und/oder Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen oder Angiodysplasien)“, Krankheit 214 „Darmdivertikel“**

Die Neubildung der Krankheit 368 und die Herauslösung der zugeordneten ICD-Kodes aus der bisherigen sachgerechten Zuordnung erachten wir als nicht sinnvoll, insbesondere, nachdem mit die häufigste Ursache der schwerwiegenden oberen Gastrointestinalen Blutungen, das peptische Ulcus mit dem Argument herausgenommen wurde, dass es auch leichte Verläufe des peptischen Ulkus gibt. Leichte Verläufe gibt es jedoch auch bei der erosiven Gastritis, die häufig auch mit Ulcera der Schleimhaut verbunden ist. Ebenso gibt es Angiodysplasien, die keiner Therapie bedürfen. Die Schweregradabgrenzung ist wie oben begründet jedoch Aufgabe des Klassifikationsmodells und sollte nicht Bestandteil der Krankheitsauswahl sein.

Die Verschiebung der Angiodysplasien mit und ohne Blutung in die neue Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und/oder Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen

oder Angiodysplasien)“ wird damit begründet, dass sie durch „endoskopische Therapie (z.B. Argon-Laser) bis hin zur Operation (Resektion) oder medikamentös z.B. durch Octreotid“ behandelt werden, um „die von den Angiodysplasien ausgehende Blutungsgefahr einzuschränken“ (BVA 2015, S.30). Nach dem zitierten Review von Sami et al. trifft dies jedoch nicht auf Angiodysplasien zu, die zufällig, z.B. im Rahmen einer Darmspiegelung, entdeckt werden:

*„Decisions regarding management of patients with nonbleeding AD largely depend on the clinical context in which it was diagnosed. For instance, treatment is not required for lesions that are found incidentally in patients with nonbleeding-related symptoms or those who are asymptomatic because the risk of future bleeding in these subgroups of patients is low and most remain asymptomatic.“* (Sami et al. 2014: Review article: gastrointestinal angiodysplasia – pathogenesis, diagnosis and management).

Die Begründung des BVA, nach der gastrointestinale Angiodysplasien „unabhängig ihrer Lokalisation im Gastrointestinaltrakt eine Blutungsgefahr darstellen und therapiert werden“ (BVA 2015, S. 30) ist demnach nicht zutreffend.

In ähnlicher Weise wird die Verschiebung der gastrointestinalen Varizen mit und ohne Blutung in die neue Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und/oder Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen oder Angiodysplasien)“ damit begründet, dass diese Komplikation einer Leberzirrhose „durch gastrointestinale Interventionen wie z.B. Ligatur, Verödung mittels Histoacryl oder zur Blutstillung sogar mit Sengstaken-Blakermore-Sonde behandelt“ werde. „Da die Ösophagus- wie Magen(fundus)varizen ebenso interventionell behandelt werden wie z.B. Angiodysplasien, werden diese sowie insgesamt alle gastrointestinalen Varizen der Krankheit 368 Schwere gastrointestinale Blutungen und/oder Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen oder Angiodysplasien) zugeordnet“ (BVA 2015, S. 33).

Nach der „Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie“ von 2015 stellt die Gabe von nicht selektiven Betablockern den „Therapiestandard“ in der Primärprophylaxe (Verhinderung der 1. Blutung) bei Ösophagusvarizen Grad I dar. Die endoskopische Varizenligatur ist eine „Alternative“ bei Versagen der Betablockerprophylaxe oder bei höhergradigen Varizen. (S2k Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie, Erstauflage 2015).

Auch bei den gastrointestinalen Varizen ergibt sich demnach ein differenzierteres Bild. Die Begründung des BVA, dass „Ösophagus- wie Magen(fundus)varizen ebenso interventionell behandelt werden wie z.B. Angiodysplasien“ (BVA 2015, S. 33) wird in dieser Pauschalität nicht von den verfügbaren Leitlinien gestützt.

Die Herauslösung der Hämatemesis (K92.0) und des Mallory-Weiss-Syndroms (K22.6) aus der Krankheit 205 wird vom BVA damit begründet, dass beide ICD-Kodes eine „schwerwiegende gastrointestinale Blutung“ beschreiben würden, eine Ulkusblutung könne auch nur „punktuell an der Ulkusstelle begrenzt sein“. Zudem könnten beide ICDs von der peptischen Ulkuskrankheit abgegrenzt werden, da die Hämatemesis oft verursacht sei durch Ösophagusvarizen und die häufige Alkoholanamnese beim Mallory-Weiss-Syndrom „wieder einen Zusammenhang mit den durch Leberzirrhose bedingten gastrointestinalen Varizen“ darstelle (BVA 2015, S. 31). Diese Überlegung führe zu dem Vorschlag, diese „schwerwiegenderen gastrointestinalen Blutungen“ mit den Ursachen schwerwiegender gastrointestinaler Blutungen aus Gefäßmalformationen (gastrointestinalen Varizen und Angiodysplasien) zusammen zu legen.

Hämatemesis ist definiert als Erbrechen von rotem oder kaffeefarbigem Blut. Das Blut kann aus dem Magen, Nasen-Rachenraum, Ösophagus oder oberem Duodenum stammen (Lehrbuch Innere Medizin: Gerd Herold und Mitarbeiter, S. 447). Nach den Ergebnissen einer älteren Studie fand man als häufigste Blutungsquelle bei Hämatemesis und/oder Meläna ein Ulcus duodeni (Schiller et al., BMJ 1970, Haematemesis and Melaena, with Special Reference to Factors Influencing the Outcome ). Das Mallory-Weiss-Syndrom ist definiert als longitudinaler Schleimhauteinriss im Bereich des gastroösophagealen Übergangs bei

Alkoholismus, Refluxkrankheit oder erhöhtem gastralen und ösophagealen Druck durch Würgen und Erbrechen (Lehrbuch Innere Medizin: Gerd Herod und Mitarbeiter, S. 447).

Die vom BVA vollzogene Abgrenzung der Hämatemesis von der peptischen Ulkuskrankheit und die hergestellte Verbindung zu den Gefäßmalformationen (gastrointestinalen Varizen und Angiodysplasien) kann medizinisch nicht nachvollzogen werden.

Es wird vorgeschlagen, die ICD-Codes der neugebildeten Krankheit 368 in ihrer bisherigen Zuordnung zu belassen und die K55.82 in Krankheit 205 zuzuordnen.

#### **Änderung der Krankheit 074 „Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)“ und Krankheit 076 „Nicht-psychotisch organische Störung“**

Die Herauslösung der Codes F04, F06.5, F06.6, F06.8 und F06.9 aus der Krankheit 074 „Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)“ erscheint sachgerecht. Wir halten es jedoch nicht für begründet, dass die Codes F06.5/6/8/9 künftig der Krankheit 076 „Nicht-psychotisch organische Störung“ zugeordnet werden sollen. Vielmehr sollen diese ICD-Codes der Krankheit 075 „Delir und Enzephalopathie“ zugeordnet werden. Dies ist dadurch begründet, dass die ICD-Codes F06.0-4 bereits jetzt der Krankheit 075 „Delir und Enzephalopathie“ zugeordnet sind. Es gibt medizinisch keinen Grund, warum die restlichen spezifischen F06-Codes (F06.5/6/7/8) sowie die unspezifische Restdiagnose F06.9 nicht auch der Krankheit 075 „Delir und Enzephalopathie“ zugeordnet werden sollten. Alle F06.x-Diagnosen beschreiben gemäß der Definition der ICD-10-GM psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit. Dabei kann es sich sowohl um primäre Hirnfunktionsstörungen als Folge zerebraler Krankheiten handeln, als auch um sekundäre Funktionsstörungen in Folge systemischer Krankheiten. Die vierte Stelle des F06-Diagnosekodes spezifiziert lediglich, welche Symptome bei der Hirnfunktionsstörung im Vordergrund stehen (z.B. Wahrnehmungsstörungen, Wahn, Katatonie, Angst oder Störungen der Stimmung bei F06.0-4 oder Störungen der Identität, der emotionalen Stabilität, der kognitiven Fähigkeiten oder sonstige psychische Störungen bei F06.5-8) .

#### **Änderung der Krankheit 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Darmerkrankungen“**

Die Zuordnung der Codes M09.0, M09.1, M98.2 in die Krankheit Rheumatoide Arthritis wird als nicht sachgerecht erachtet.

Die Gelenkbeteiligung der Grunderkrankungen Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und Psoriasis ist eine Ausprägung der jeweiligen Systemerkrankung und kann von dieser nicht getrennt betrachtet werden. Auch bei der Therapie kann zwischen Grunderkrankung und Ausprägung nicht unterschieden werden. Die Krankheitschwere, die sich durch eine Gelenkbeteiligung manifestiert, kann im Klassifikationsmodell berücksichtigt werden, ist aber nicht Inhalt der Krankheitsabgrenzung. Würde man der Krankheitsabgrenzung entsprechend der jeweiligen Krankheitsmanifestation folgen, so müsste man auch andere Systemerkrankungen wie den Lupus erythematodes in Hauterkrankung, Endokarditis, Preikarditis, Lungenerkrankung und Nierenerkrankung aufteilen. Das AOK-System schlägt deshalb vor, auf die beabsichtigte Auseinzelnung von Diagnosen der Systemerkrankungen zu verzichten.

#### **Änderung der Krankheit 327 „Schweres Schädel-Hirn-Trauma“, Krankheit 328 „Mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma“, Krankheit 329 „Leichtes Schädel-Hirn-Trauma“ und Krankheit 346 „Offene Wunde, exkl. am Auge und Unterarm“**

Die Zuordnung der Weichteilschäden bei Frakturen oder Luxationen des Kopfes zum mittelschweren Schädel-Hirntrauma erscheint sachgerecht. Allerdings sind in Krankheit 328 „Mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma“ Codes enthalten, die dem schweren Schädel-Hirn-Trauma zuzurechnen sind:

Eine Verletzung des Gehirns und der Hirnnerven kombiniert mit Verletzungen von Nerven und Rückenmark in Halshöhe (ICD T06.0) ist Ausdruck eines schweren Schädel-Hirn-Traumas und muss der Krankheit 327 „Schweres Schädel-Hirn-Trauma“ zugeordnet werden. Ebenso sind Folgen einer intrakraniellen Verletzung (T90.5) Zeichen eines schweren Schädel-Hirn-Traumas. Eine Verschiebung dieses Kodes in Krankheit 327 „Schweres Schädel-Hirn-Trauma“ ist auch deshalb sinnvoll, da die Besserung gerade eines sehr schweren Schädel-Hirn-Traumas bis zu 2 Jahre dauern kann, und im Verlauf der Erkrankung zum Beispiel bei Folgeoperationen die Folgen der Verletzung kodiert werden und nicht mehr das akute Trauma selbst.

### **3.) Weitere Vorschläge zur Anpassung der Krankheiten für den Morbi-RSA 2017**

#### **Krankheit 058 „Diabetes mellitus“**

Auch hier ist die Trennung der Ausprägung der diabetischen Retinopathie und der diabetischen Nephropathie von der Grunderkrankung Diabetes mellitus nicht sachgerecht, insbesondere, da diese Codes ausschließlich bei Vorliegen eines Diabetes mellitus kodiert werden dürfen.

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

Bereits in der Stellungnahme zum Festlegungsentwurf zur Auswahl der im MRSA zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016 hatte der AOK-BV angemerkt, dass pathologische Frakturen bei Neubildungen anders behandelt werden als pathologische Frakturen bei Osteoporose. Aus Sicht des AOK-Systems ist es notwendig, wie vom AOK-System vorgeschlagen, die pathologischen Frakturen bei Neubildungen der Krankheit 035 zuzuordnen. Zum einen sind Knochenfrakturen bei Neubildungen überwiegend die Folge von Knochenmetastasen und nur selten Folge primärer bösartiger Neubildungen des Knochens. Knochenfrakturen bei Neubildungen sind folglich entweder die Folge sekundärer bösartiger Neubildungen oder eine Komplikation primärer Neubildungen. Die „Knochenfrakturen bei Neubildungen“ sind somit in Krankheit 035 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)“ medizinisch sachgerechter abgebildet. Die bestehende nicht begründbare Ungleichbehandlung pathologischer Frakturen kann auch nicht dadurch geheilt werden, dass osteoporotische pathologische Frakturen mit den ICD-Kodes M80 kodieren kann.

Weiterhin wurden im Rahmen der Krankheitsfestlegung 2016 die „Anderorts nicht klassifizierten pathologischen Frakturen“ (M84.4) aus Krankheit 267 „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ in die neu gebildete Krankheit 363 „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“ verschoben. 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 „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ zu belassen und die neue Krankheit 363 „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“ aufzulösen. Zur Begründung verweisen wir auf unsere Stellungnahme vom 27.02.2015.

Für den Fall, dass das BVA an der im Entwurf vorgesehenen ICD-Abgrenzung festhält, schlagen wir in Analogie zum Vorschlag der DAK in der Anhörung zur Krankheitsauswahl 2016, die ICD-Kodes der bislang noch in Krankheit 267 „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ enthaltenen pathologischen Frakturen (M80.X) aus Gründen der Vereinheitlichung der neuen Krankheit 363 „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“ zuzuordnen und die Krankheit umzubennen.

