

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Festlegungsentwurf vom 23.12.2011 des Bundesversicherungsamtes (BVA) zur
Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013 (Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV)

Stand 27.1.2012

1.) Vorbemerkung:

Das Verfahren der Krankheitsauswahl wurde durch das wissenschaftliche Gutachten nach § 31 Abs. 2 Nr. 2 RSAV gut begründet und wissenschaftlich fundiert festgelegt. Im Auftrag des BMG hat der Wissenschaftliche Beirat im Rahmen der Evaluation des Jahresausgleichs 2009 auch die Krankheitsauswahl umfassend geprüft. Er bestätigt die Methodik der Krankheitsauswahl und spricht sich klar gegen eine Reduzierung der im Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten aus.¹ Vor diesen Ergebnissen erfolgt die Festlegung der Krankheiten für den Morbi-RSA 2013. Das Ziel, die Krankheitsauswahl weiterhin empirisch fundiert durchzuführen, wird ausdrücklich begrüßt. Ebenso wird begrüßt, die Zahl der ausgewählten Krankheiten nicht zu reduzieren. Dies entspricht der eindeutigen Feststellung des Gutachtens zum Jahresausgleich 2009, wonach eine „Reduktion der Zahl der berücksichtigten Krankheiten nicht zielführend ist“². Die im Rahmen der Anpassung der Krankheitsauswahl 2013 verfolgte Zielsetzung, die engere Abgrenzung von Krankheiten mit einer Einschränkung auf gleiche Ätiologie/Pathogenese durchzuführen, ist hingegen in höchstem Maße problematisch. Unterschiedliche Ursachen führen häufig zu derselben Krankheit. Ein Diabetes mellitus aufgrund einer Pankreasentfernung verursacht dieselben Folgeerkrankungen und benötigt dieselbe Therapie wie ein Diabetes mellitus, bei dem die Inselzellen durch ein autoimmunes Geschehen zerstört werden. Eine Unterfunktion der Hypophyse (Hypopituitarismus) führt zu denselben Symptomen und erfordert dieselbe Therapie, ob nun die Hypophyse durch einen Hypophysentumor, Autoimmunprozesse oder eine postpartale Nekrose (Sheehan-Syndrom) verursacht wurde. Die Kodierung hängt dann jeweils davon ab, ob dem Arzt die Genese der Erkrankung bekannt ist. Dies führt dazu, dass bei einem Patienten dieselbe Erkrankung unterschiedlich kodiert wird und somit - je nach Kodierverhalten des behandelnden Arztes - die eine oder die andere Krankheit zugeordnet wird. Bei einer solchen artifiziellen Aufspaltung von Krankheiten verteilen sich dann die Kosten der Krankheit auf zwei unterschiedliche Krankheiten, wodurch diese in der Krankheitsauswahl benachteiligt werden (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 31.3.2010 zum Entwurf der Krankheitsauswahl 2011). Die Aufteilung von medizinisch zusammenhängenden Krankheiten führt in Folge systematisch dazu, dass selbst bei gleichbleibender Zahl der für den Morbi-RSA ausgewählten Krankheiten (hier: 80), das für den Risikoausgleich berücksichtigte Morbiditätsspektrum sinkt. Dies zeigt sich unter anderem an dem von ursprünglich 70% auf nunmehr 74,75% gestiegenen Perzentilwert, der die Grenze für die Anerkennung von Krankheiten im Morbi-RSA bildet. In der Konsequenz bedeutet dies, dass Krankheiten aus technischen Gründen nicht für den Morbi-RSA berücksichtigt werden; allein das Spektrum der berücksichtigten Diagnoseschlüssel wird – wie bereits bei Anpassung der Krankheitsauswahl für das Jahr 2011 - merklich reduziert. Diese Reduzierung des Morbi-RSA wird ausdrücklich nicht für sinnvoll erachtet und steht im Widerspruch zu den Empfehlungen des Gutachtens zum Jahresausgleich 2009 (s. o.). Diese Reduzierung kann durch eine aus medizinischer Sicht sinnvolle Zusammenfassung einzelner Krankheiten etwas abgemildert werden, so dass die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA wieder etwas gestärkt wird.

¹ Drösler S. et al. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Vgl. dort besonders S. 4 sowie S. 115ff.

² Drösler S. et al. (2011): a.a.O.. S. 4.

2.) Krankheitszusammenfassungen:

Folgende Krankheitszusammenlegungen werden empfohlen:

- Zusammenfassung der Krankheit 93 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen „mit Krankheit 109 „Reaktive Arthritiden“,
- Zusammenfassung der Krankheiten 161 „Periphere Neuropathie“ und mit Krankheit 162 „Entzündliche Neuropathie“,
- Zusammenfassung der Krankheit 130 „Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten (ohne bösartige Neubildungen)“ mit Krankheit 262 „Niereninsuffizienz“,
- Zusammenfassung der Krankheiten 178 „Hypertensive Herz-/ Nierenerkrankung/ Enzephalopathie“ mit der Krankheit 187 „Hypertonie“.

3.) Erforderliche Anpassungen im Einzelnen:

Krankheit 4 Virale Meningitis Enzephalitis

Die in Krankheit 4 enthaltene Diagnose A81.2 Progressive multifokale Leukenzephalopathie ist eine Infektion mit dem JC Virus, das den opportunistischen Erregern zuzuordnen ist. Etwa 50-68% der 20-59-jährigen sind mit dem JC-Virus infiziert.³ Aber nur bei Patienten mit schwerer Immunsuppression führt dieses Virus zur Progressiven multifokalen Leukenzephalopathie, in deren Verlauf es zu einer progredienten Demyelinisierung kommt. Daher sollte dieser Code der Krankheit 8 Infektionen durch opportunistische Erreger zugeordnet werden.

Empfohlene Änderung:

Zuordnung des ICD-Kodes A81.2 (bislang in Krankheit 4 „Virale Meningitis/Enzephalitis“) zur Krankheit 8 Infektionen durch opportunistische Erreger.

Neuordnung der Krankheit 52 Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen

Die Verschiebung der Diagnosen E89.- von der Krankheit 52 „Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen“ in Krankheit 339 „Komplikationen nach chirurgischen medizinischen Maßnahmen“, bzw. ein Ausschluss als Komplikation (Krankheit 501) ist nicht sachgerecht. Eine Hypothyreose nach Operation oder Radiojodtherapie hat dieselben Symptome und dieselbe Therapie wie eine Hypothyreose aufgrund einer atrophischen Thyreoiditis wie zum Beispiel Hashimoto-Thyreoiditis. Bei der Entfernung hormonproduzierender Hypophysenadenome wird es zumeist auch kaum möglich sein zu entscheiden, ob die Hypothyreose der Restschilddrüse durch die Hormonproduktion des Adenoms bedingte Suppression verursacht wurde oder durch die Masse des im Rahmen der Operation entfernten Schilddrüsengewebes.

Gleiches gilt für den Hypopituitarismus nach Operation eines Hypophysenadenoms oder eines Craniopharyngeoms. Sowohl Hypophysenadenome als auch Craniopharyngeome können durch verdrängendes Wachstum zur Unterfunktion der Hypophyse und des Hypothalamus führen. Bleibt nach der operativen Therapie eine Hypophysenunterfunktion zurück ist kaum zu klären, welche Anteile der Unterfunktion der Operation und welche der Gewebeschädigung durch den verdrängend wachsenden Tumor zugeordnet werden müssen. Gleiches gilt für die Ovarialinsuffizienz, die testikuläre Unterfunktion und die Nebennierenrindenunterfunktion nach medizinischen Maßnahmen.

³ Egli A, Infanti L, Dumoulin A, Buser A, Samaridis J, Stebler C, Gosert R, Hirsch HH (2009): Prevalence of polyomavirus BK and JC infection and replication in 400 healthy blood donors. J Infect Dis. S. 199:837-46.

Empfohlene Änderung:

Weiterhin Zuordnung der ICD-Kodes E89.- zur Krankheit 52 „Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen“.

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

Vitaminmangel ist bei der heutzutage guten Versorgung der Bevölkerung mit Vitaminen nicht als eigenständige Erkrankung anzusehen. Vitaminerkrankungen treten in der Regel als Symptom bzw. Folge anderer Erkrankungen auf. Sie treten zum Beispiel bei Resorptionsstörungen infolge chronisch entzündlicher Darmerkrankungen, bei Erkrankungen der Gallenblase oder des Pankreas auf, sind verbunden mit Schwangerschaft, Dialyse oder auch Alkoholabhängigkeit. Daher sollten die ICD-Kodes für Vitaminmangel als Symptom/Zustand ausgeschlossen werden.

Empfohlene Änderung:

Verschiebung der ICD-Kodes der Krankheit 62 „Vitamin-B-Mangel / andere Formen der Avitaminosen / Mangel an Spurenelementen“ in Krankheit 501 „Ausschluss (Symptom, Zustand)“.

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

Die Herausnahme der ICD-Kodes K67.0, K67.1, K67.2 und K67.3 aus der Krankheit 72 „Peritonitis, exkl. Appendizitis und Entzündungen des weiblichen Beckens“ ist nicht sachgerecht. Hierdurch wird die Krankheit 72 in die Fälle aufgetrennt, bei denen der Keim bekannt ist und kodiert wird und in solche Fälle mit nicht kodiertem Keim.

Empfohlene Änderung:

Weiterhin Zuordnung der ICD-Kodes K67.0, K67.1, K67.2 und K67.3 zur Krankheit 72 „Peritonitis“.

Neuordnung der Krankheit 74 Pankreatitis

Die Aufteilung der Erkrankungen des Pankreas führt dazu, dass einzelne Patienten aufgrund desselben Krankheitsbildes unterschiedlichen Krankheiten zugeordnet werden. Die Mumps-Pankreatitis, für die eine eigene Krankheit gebildet wird, ist eine Kreuzdiagnose, die zugeordnete Sterndiagnose K87.1 würde der neu gebildeten Krankheit 363 „Sonstige Krankheiten des Pankreas“ zugeordnet. Der ICD-Code K87.1 ist daneben auch der Kreuzdiagnose B25.2 (Pankreatitis bei Zytomegalie) zugeordnet. Pankreaszysten sind Retentionszysten im Rahmen einer chronischen Pankreatitis und gehören als Symptom zur chronischen Pankreatitis. Eine Trennung dieser beiden ICD-Kodes in die Krankheiten Krankheit 362 „Chronische Pankreatitis“ und Krankheit 363 „Sonstige Krankheiten des Pankreas“ ist daher nicht nachvollziehbar. Pseudozysten des Pankreas treten bei Traumen, akuten Pankreatitiden oder chronischen Pankreatitiden auf. Die intestinale Malabsorption (K90) ist ein typisches Symptom der Pankreaserkrankungen, ob dann z. B. die zugrundeliegende chronische Pankreatitis, die Pseudozyste oder die Malabsorption kodiert werden hängt davon ab, was im Vordergrund steht aber auch erheblich vom individuellen Kodierverhalten des behandelnden Arztes. Auch zwischen der akuten Pankreatitis, der rezidivierenden akuten Pankreatitis und der chronischen Pankreatitis gibt es sowohl hinsichtlich des Krankheitsverlaufs als auch der Ätiologie weite Überschneidungen. Die Abtrennung der ICD-Kodes E16.3 bis E16.9 in Krankheit 365 „Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas“ ist nachvollziehbar.

Empfohlene Änderung:

Weiterhin Zuordnung der ICD-Kodes B26.3, K85.-, K86.-, K87.- und K90.- zur Krankheit 74 „Pankreatitis“.

Krankheit 96 Spinalkanalstenose

Der Ausschluss der Diagnosen M99.2 bis M99.7 Krankheit 501 „Ausschluss Symptom/Zustand“ ist nicht sachgerecht. Die Argumentation, dass diese Codes auszuschließen seien, weil sie nicht verwendet werden sollen, wenn die Diagnose nicht anders kodiert werden kann, ist nicht sachgerecht. Die ICD-Kodes M99.2 bis M99.7 ermöglichen eine spezifischere Kodierung als M48.0. Mit M48.0 kann lediglich das Vorhandensein einer Stenose des Spinalkanals an sich kodiert werden, hingegen kann mit den ICD-Kodes M99.2 bis M99.7 zwischen einer Spinalkanalstenose bei Subluxation der Wirbelgelenke, einer knöchernen Stenose, einer Stenose durch bindegewebige Verdickungen, oder durch Bandscheibenvorfall oder eine differenzierte Kodierung der Stenose der Formamina intervertebralia differenziert werden.

Dass es sich um dieselbe Krankheit handelt, wird alleine daran deutlich, dass – bezogen auf Daten der AOK – ein wesentlicher Anteil der Versicherten mit M99.2 – M99.7 auch von demselben Arzt oder von anderen Ärzten die Diagnose M48.0 erhalten.

Empfohlene Änderung:

Weitere Berücksichtigung der ICD-Kodes M99.2 – M99.7 in Krankheit 96 „Spinalkanalstenose“.

Krankheit 129 Eisenmangel - und nicht näher bezeichnete Anämien

Die ICD-Kodes D50 und D64.9 spiegeln keine eigene Erkrankung sondern lediglich ein Symptom anderer Erkrankungen wider. Daher sollten diese Codes in die Krankheit 501 „Ausschluss (Symptom/Zustand)“ verschoben werden.

Empfohlene Änderung:

Zuordnung der ICD-Kodes D50 sowie D64.9 zur Krankheit 501 „Ausschluss (Symptom/Zustand)“.

Neue Krankheit 130 Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten (ohne bösartige Neubildungen):

Diese neu gebildete Krankheit beinhaltet ausschließlich den ICD-Code D63.8. Mit D63.8 wird fast ausschließlich die Anämie bei Niereninsuffizienz kodiert. D63.8 ist als Sterndiagnose den Kreuzdiagnosen N18.3 bis N18.5 zugeordnet, die zur Krankheit 262 gehören. Der Kreuzcode D63.8 sollte daher in die zugehörige Krankheit 262 „Niereninsuffizienz“ verschoben werden; eine eigene Krankheit ist nicht gerechtfertigt.

Empfohlene Änderung:

Auflösung der Krankheit 130 und Zuordnung des ICD-Kodes D63.8 zur Krankheit 262 „Niereninsuffizienz“.

Krankheit 134 Demenz

Die Ausgliederung der ICD-Kodes G31.9 und G32.8 aus der Krankheit 134 „Demenz“ ist nachvollziehbar. Gleichzeitig ist die Zuordnung des Codes F09 (Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung) zur Demenz nicht schlüssig. Diese Diagnose kann nicht der Krankheit Demenz zugeordnet werden. Das Argument dass F06.7 (Leichte kognitive Störung, ehemals Krankheit 135 „Nicht-psychotisch organische Störung“ zugeordnet) überwiegend dem Frühstadium der Alzheimer-Demenz entspricht ist zwar richtig, allerdings bilden diese Frühformen der Alzheimerdemenz nur einen begrenzten Teil der leichten kognitiven Störungen. Eine leichte kognitive Störung findet sich bei 17% der Über-65-jährigen⁴, nur ein Teil dieser Patienten entwickelt eine Demenz.

⁴ Kurz A, Diehl J, Riemenschneider M, Perneczky R und Lautenschlager N (2004): Leichte kognitive Störung. Fragen zu Definition, Diagnose, Prognose und Therapie. Der Nervenarzt 75: 6-15.

Empfohlene Änderung:

Streichen des ICD-Kodes F09 aus Krankheit 134; belassen des ICD-Kodes F06.7 in Krankheit 135 „Nicht-psychotisch organische Störung“.

Die Krankheit Demenz erfüllt mit einem Perzentil von 72,19% nicht die für die Krankheitsauswahl 2013 erforderliche statistische Schwelle von 74,45% und wird damit erstmals nicht mehr für die Krankheitsauswahl berücksichtigt. Dies ist besonders problematisch, da die Berechnung der Perzentile unter Verwendung erwarteter Mehrkosten erfolgt, die auf Grund der fehlenden Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener methodisch fehlerhaft ermittelt wurden. Es ist davon auszugehen, dass bei einer Gleichbehandlung aller Versicherten im Rahmen der Ermittlung der erwarteten Mehrkosten die Krankheit Demenz sehr wohl die erforderliche Perzentilgrenze erreichen würde und für die Krankheitsauswahl berücksichtigt würde (vgl. hierzu Punkt 4 der Stellungnahme). Da Demenz besonders im Alter auftritt, werden in Folge des Methodenfehlers wiederholt alte Versicherte im Rahmen der Gesundheitsfondszuweisungen benachteiligt; zusätzlich nun auch durch den Wegfall der Krankheit Demenz. Die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA wird weiter beeinträchtigt.

Krankheiten 139 Depression und 140 Bipolare Störung

Die klinische Charakteristik der Stimmungsinstabilität von F34.0 (Zyklothymie) entspricht dem bipolaren Verlauf, allerdings in sehr leichter Ausprägung, wohingegen F34.1 (Dysthymie) eine unipolare subklinische depressive Verstimmung ist und daher klinisch eher der Gruppe der Depression entspricht. Darüber hinaus wird F34.0 sehr selten erkannt und behandelt, wohingegen F34.1 ein deutliches Risiko zur klinischen Depression darstellt und dann als Double Depression schwer zu behandeln ist. Patienten erhalten die Diagnose Dysthymie i. d. R. fachärztlich, also wenn bereits manifeste depressive Phasen aufgetreten sind. Umgekehrt wird bei manifest bipolaren Patienten die Zusatzdiagnose Zyklothymie nicht gestellt, da bipolar erscheinende Schwankungen retrospektiv als Hypomanie gewertet werden.

Die Bildung einer neuen ICD-Gruppe mit den Codes F34.0, F34.8 und F34.9 erscheint dann sinnvoll, wenn die Dysthymie explizit nicht wie vorgeschlagen auch dieser neuen Gruppe zugeordnet wird. Die Dysthymie gehört inhaltlich zur Krankheit 139 „Depression“.

Die klinische Relevanz und Zugehörigkeit zur Depression wird auch durch die Tatsache gestützt, dass sich die Nationale Versorgungsleitlinie Depression [NVL] explizit dem Bereich der Dysthymie zuwendet, insbesondere der Behandlung und zwar nicht nur in manifest depressiven Phasen. Die NVL befasst sich hingegen nicht mit anderen Arten anhaltender affektiver oder bipolarer Störung.

Empfohlene Änderung:

Weiterhin Zuordnung des ICD-Kodes F34.1 (Dysthymie) zur Krankheit 139 „Depression“.

Krankheit 142 Somatoforme Störungen/Dissoziative Störungen

Der Vorschlag der Herauslösung der ICD-Kodes F45.41 R52.1 und R52.2 aus den Krankheiten 142 „Somatoforme Störungen / Dissoziative Störungen“ und 501 „Ausschluss Symptom/Zustand“ zu einer neuen Krankheit 381 „Chronischer Schmerz“ ist stimmig.

Allerdings wird vorgeschlagen, auch die ICD F62.80 (Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom, bislang Krankheit 147 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ zugeordnet) dem chronischen Schmerz zuzuordnen. Dieser ICD-Kode wird regelmäßig von Schmerztherapeuten bei chronischem Schmerz kodiert.

Empfohlene Änderung:

Zuordnung des ICD-Kodes F62.80 zur Krankheit 381 „Chronischer Schmerz“.

Krankheit 151 leichte/n.n.bez. Entwicklungsrückstand

Krankheit 152 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Krankheit 153 Umschriebene Entwicklungsstörung

In der neu vorgeschlagenen ICD-Obergruppenbasierten Zuordnung ist nicht ersichtlich, welchen Vorteil eine eigene Kategorie der *anderen und n.n.bez. Entwicklungsstörungen (F88-89)* bringen soll (Verschiebung der Codes F88-89 von Krankheit 153 „Umschriebene Entwicklungsstörungen“ in KH 368 „Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung“). Diese Patientengruppe ist klinisch nicht deutlich distinkt von den anderen Patienten mit Entwicklungsstörung, bzw. ist dieser Unterschied nicht bekannt. I. d. R. handelt es sich um diagnostische Unschlüssigkeit und nicht um eine andere abgrenzbare Krankheit.

Hyperkinetische Störungen (F90) der Krankheit 503 „Ausschluss, nicht zur Verschlüsselung zugelassen“ sind eng verbunden mit Störungen des Sozialverhaltens.

Bei den Diagnosen F98.5 und F98.6 (Stottern, Stimmeln) handelt es sich zwar nicht um eine Entwicklungsstörung im engeren Sinne, wohl aber um eine Kommunikationsstörung, welche in der bisherigen Krankheit 153 „Umschriebene Entwicklungsstörung“ sachgerecht zusammengefasst wurde. Auch in der DSM IV⁵ werden in der Gruppe der Kommunikationsstörungen die expressive Sprachstörung, die kombiniert rezeptiv-expressive, die phonologische Störung, das Stottern und eine n.n.bez. Kategorie zusammengefasst. Insofern ist eher die Bezeichnung der *Krankheitsgruppe 153 als Entwicklungsstörung* erweiterungsbedürftig als die Herausnahme von einzelnen Kommunikationsstörungen.

Bei der ICD F98 (*andere Verhaltens/emotionale Störungen*, der Krankheit 503 „Ausschluss, nicht zur Verschlüsselung zugelassen“ zugeordnet) zeigt schon der ICD10-Kommentar, dass nicht von einer nosologisch definierten Gruppe ausgegangen werden kann. So ist nicht einsichtig, warum z. B. Stottern und Enuresis einer gemeinsamen neuen Krankheit zuzuordnen wären. Bei F98.5 (*Stottern*) und F98.6 (*Poltern*) ist klinisch eine deutlichere Nähe zu F80/Entwicklungsstörungen von Sprechen/Sprache als zu anderen Störungen wie Pica oder stereotypen Bewegungsstörungen zu verzeichnen.

Die *Herausnahme von F98.0/1/2/3/8/9 aus der Krankheit 152 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“* ist nicht nachvollziehbar, da z. B. schon bei der ICD-basierten Diagnosestellung von F98.0 *Enuresis* Schwierigkeiten in der Abgrenzung von einer emotionalen Störung oder Verhaltensstörung ausführlich diskutiert werden und es „keinen zweifelsfreien Weg (gibt), im individuellen Fall zwischen diesen Alternativen zu unterscheiden. Die Diagnose sollte danach gestellt werden, welche Störung [...] das Hauptproblem darstellt.“⁶ Dies bedeutet, dass ein und derselbe Patient je nach subjektiver Einschätzung des Arztes unterschiedlich kodiert werden kann, es aber dieselbe Krankheit ist, die behandelt werden muss. Ebenso kann es sich bei F98.1 *Enkopresis* zwar um eine monosymptomatische Störung handeln, aber genauso in Kombination mit Störungen wie F93 oder F91 auftreten. Der Patient hat demnach dann nicht zwei verschiedene Erkrankungen, sondern eine Störung mit Symptomen auf mehreren Ebenen. Die Diskussion, ob F98.0 und F98.1 häufiger monosymptomatisch oder in Kombination mit anderen Symptomen auftreten, ist vermutlich entbehrlich, da monosymptomatische Kinder ohne relevante weitere Symptomatik nur selten in Behandlung gehen und daher selten diagnostiziert/kodiert werden.

Empfohlene Änderung:

Die ICD-Kodes F80 – F89 werden der Krankheit 153 „Entwicklungsstörungen“ zugeordnet.

Die ICD-Kodes F90 – F98 werden der Krankheit 152 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ zugeordnet.

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.

⁶ Int. Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel F, 5. Auflage 2005, S. 317f.

Krankheit 165 Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen

Das Shy-Drager-Syndrom (G90.3) als Systematrophie umfasst u. a. die Striatonigral Degeneration (SND) und führt typischerweise zu einer Parkinsonsymptomatik. Daher ist es sachgerecht diesen Code der Krankheit 165 „Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen“ zuzuordnen.

Empfohlene Änderung:

Zuordnung des ICD-Kodes G90.3 zur Krankheit 165.

Krankheit 109 Reaktive Arthritiden

Die Zuordnung des ICD-Kodes M02.0 zu einer eigenen Krankheit ist nicht sachgerecht. Symptome, Behandlung und Folgen sind dieselben, ob eine Arthritis nun reaktiv durch einen Bypass oder aber idiopathisch entwickelt wurde.

Empfohlene Änderung:

Zusammenfassung der Krankheit 109 „Reaktive Arthritiden“ mit Krankheit 93 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewbserkrankungen“.

Krankheit 161 periphere Neuropathie und Krankheit 162 entzündliche Neuropathie

Die Trennung der Krankheiten 162 „Entzündlich / toxische Neuropathie“ und 161 „Periphere Neuropathie / Myopathie“ ist nicht sachgerecht. So ist es nicht sinnvoll, eine periphere Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet von einer diabetischen Polyneuropathie oder einer alkoholischen Polyneuropathie zu trennen.

Empfohlene Änderung:

Zusammenfassung der Krankheiten 162 „Entzündlich / toxische Neuropathie“ und 161 „Periphere Neuropathie / Myopathie“.

Krankheit 187 Hypertonie und 178 Hypertensive Herz-/ Nierenerkrankung/ Enzephalopathie

Es handelt sich insgesamt um die Krankheit Hypertonus. Daher wird vorgeschlagen, die Krankheiten 187 „Hypertonie“ und 178 „Hypertensive Herz-/ Nierenerkrankung/ Enzephalopathie“ zusammenzufassen.

Empfohlene Änderung:

Zusammenfassung der Krankheiten 187 „Hypertonie“ und 178 „Hypertensive Herz-/ Nierenerkrankung/ Enzephalopathie“.

Krankheit 215 Asthma bronchiale

Aufgrund der Anforderungen von § 137f SGB V hat der Koordinierungsausschuss am 28.1.2002 als Vorgänger des Gemeinsamen Bundesausschusses chronische Krankheiten vorgeschlagen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt wurden. Dies waren Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Brustkrebs sowie koronare Herzkrankheit. Eines der Auswahlkriterien nach § 137f SGB V war hierbei der hohe finanzielle Aufwand der Behandlung. Diese in diesem Auswahlprozess von den maßgeblichen Beteiligten des deutschen Gesundheitssystems im Konsens ermittelten chronischen kostenintensiven Krankheiten müssen auch im Morbi-RSA berücksichtigt werden. Daher sollte Asthma bronchiale trotz der nicht bestandenen Schwellenwertprüfung in die Krankheitsauswahl aufgenommen werden. Eine solche Ausnahme – im Sinne einer Abweichung von der ausschließlich stringenten Berücksichtigung der statistischen Kriterien der Krankheitsauswahl - ist durch die gesetzlichen Vorgaben möglich, besonders da es sich hier um eine DMP-Krankheit handelt. Die durch § 268 Abs. 1 Nr. 5 SGB V formulierten Kriterien für die konkrete Ausgestaltung der Auswahl beinhalten die Anzahl der auszuwählenden Krankheiten sowie die Vorgabe, dass „insbesondere [und nicht ausschließlich, Anm. des Verf.] [...] kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegenden

Verlauf“ zugrunde zulegen sind. Erst in § 31 Abs. 1 RSAV wird die Schwellenwertprüfung formuliert. Diese Ergänzung dient dazu, die Krankheitsauswahl in einem – nicht notwendiger Weise⁷ - auf 80 Krankheiten begrenzten Morbi-RSA zu operationalisieren. Diese Systematik schließt eine Einzelfallentscheidung gerade nicht aus. Der Gesetzgeber erwartet, dass solche Krankheiten ausgewählt werden, die für „das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen haben.“⁸ Bei Asthma bronchiale resultiert insbesondere durch die hohe Prävalenz der Krankheit eine deutliche Kostenbelastung der Krankenkassen. Zugleich soll erreicht werden, „dass auch mit einer begrenzten Zahl von Krankheiten ein hohes Maß an Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs erreicht wird.“⁹ Es ist davon auszugehen, dass die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA zurückgeht, wenn die DMP-Krankheit Asthma bronchiale nicht als zu berücksichtigende Krankheit ausgewählt wird.

Vor diesem Hintergrund und der Tatsache, dass die Krankheit 215 „Asthma bronchiale“ nur sehr knapp das statistische Kriterium des Schwellenwertes nicht erfüllt – die errechneten Durchschnittskosten des Asthma bronchiale liegen nur 0,9% unter den maßgeblichen Durchschnittswerten –, muss im Falle des Asthma bronchiale im Sinne einer Einzelfallbewertung eine Entscheidung bez. der Auswahl getroffen werden. Eine solche Einzelfallentscheidung steht – wie dargelegt – nicht im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben noch zu deren praktischen Umsetzung. So wurde in einem vergleichbaren Fall im Rahmen der Anpassung der Krankheitsauswahl 2010 völlig sachgerecht entschieden, die Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen“ trotz fehlender Erfüllung des statistischen Schwellenwertkriteriums weiterhin für den Morbi-RSA zu berücksichtigen. Eine solche Einzelfallentscheidung soll in Verbindung mit den Vorschlägen zur Krankheitszusammenfassung unter Punkt 2 erfolgen. Dies stellt sicher, dass die gesonderte Entscheidungsfindung nicht zu Lasten von anderen Krankheiten und den betroffenen Versicherten erfolgt.

Empfohlene Änderung

Aufnahme von Krankheit 215 „Asthma bronchiale“ in die Krankheitsliste.

Krankheit 294 Hautulkus (ohne Dekubitalgeschwür)

Krankheit 294 „Hautulkus (ohne Dekubitalgeschwür)“ umfasst nur die beiden ICD-Kodes L97 (Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert) und L98.4 Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert. L97 umfasst explizit nicht die beiden häufigsten Hautulcera Ulcus cruris arteriosum (I70.23, bislang Krankheit 197 „Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung“ zugeordnet) und Ulcus cruris varicosum I83.0, I83.2, beide bislang in Krankheit 207 „Varizen“), die den größten Teil der Hautulcera ausmachen.

Empfohlene Änderung

Zuordnung der ICD-Kodes I70.23, I83.0 und I83.2 zu Krankheit 294 „Hautulkus (ohne Dekubitalgeschwür)“.

4.) Weitere Anmerkungen:

Das vom BVA und Wissenschaftlichen Beirat verwendete Verfahren zur Ermittlung der sog. erwarteten Mehrkosten wird analog der Regelungen zur Ermittlung der Zuschläge durchgeführt, d. h. abweichend von allen anderen unterjährig Versicherten werden die Leistungsausgaben der Verstorbenen nicht annualisiert. Dies hat Auswirkungen auf die Erfüllung der statistischen Auswahlkriterien. Es wird vermutet, dass u. a. die Krankheit 134 „Demenz“ deshalb die in diesem Jahr erforderliche Perzentilgrenze nicht erreicht hat.

⁷ vgl. hierzu auch Drösler S. et al. 2011, a.a.O..

⁸ vgl. BT-Drucksache 16/3100, Begründung zu Artikel 30 des GKV-WSG.

⁹ vgl. BT-Drucksache 16/3100, Begründung zu Artikel 30 des GKV-WSG.

Wir möchten daher anregen, die Verfahrensweise so anzupassen, dass eine Gleichbehandlung aller Versicherten und der ihnen zugeordneten Leistungsausgaben im Rahmen der Krankheitsauswahl erfolgt (für eine detaillierte Erläuterung sei auf unser Schreiben vom 2.9.2011 hingewiesen).