

**Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2015 (Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV)**

Stand 20.01.2014

**1.) Vorbemerkung:**

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> Im Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 hat der Wissenschaftliche Beirat das Auswahlverfahren auf aktueller Datenbasis umfangreich analysiert und das Verfahren der Krankheitsauswahl bestätigt. Er kommt zu dem Ergebnis, dass eine Reduktion von Krankheiten sowie eine Anpassung der Auswahlkriterien nicht sachgerecht sind, da sie zu einer Ausdehnung der Unterdeckung der Ausgaben insbesondere von alten und kranken Versicherten führen und damit einen Anreiz zur Risikoselektion setzen. Die bisher erreichte Zielgenauigkeit des Morbi-RSA würde durch eine Änderung der Kriterien für die Krankheitsauswahl stark beeinträchtigt. Im Rahmen der Überprüfung der ausgewählten Krankheiten für das Jahr 2015 hat der Wissenschaftliche Beirat erneut festgestellt, dass „eine Reduzierung der Zahl der Krankheiten sowie eine Änderung der Auswahlkriterien [...] nicht geboten“<sup>2</sup> ist. Der AOK-Bundesverband begrüßt ausdrücklich die Beibehaltung der Auswahlkriterien für die Krankheitsfestlegung. Eine Änderung der Auswahlkriterien ist nach wissenschaftlicher Expertise nicht erforderlich und auch nicht Gegenstand der Überprüfung der Krankheiten nach § 31 Abs. 2 Satz 3 RSAV.

Der Anhörungsentwurf 2015 dokumentiert, dass die bestehende Abgrenzung der Krankheiten und die korrespondierende Zuordnung von ICD-Kodes zu Krankheiten ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hat. Der AOK-Bundesverband schlägt weiterhin vor, bei der Krankheitsauswahl auf eine nicht begründete Kleingliederung von Untererkrankungen zu verzichten.

Wie bereits in den vorangegangenen Verfahren zur Überprüfung der ausgewählten Krankheiten deutlich wurde, unterscheiden sich diese von Jahr zu Jahr kaum. Die jährliche Aktualisierung der Datengrundlagen führt somit zu keinen großen Veränderungen bezüglich der ausgewählten Krankheiten. Vor diesem Hintergrund und der Tatsache, dass die ICD-Kode-basierte Abgrenzung der Krankheiten ausgereift ist, greift der Wissenschaftliche Beirat seinen Vorschlag aus dem o.g. Evaluationsbericht auf und empfiehlt, die Krankheiten nur alle drei Jahre zu überprüfen. Der AOK-Bundesverband hält – übereinstimmend mit der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats – eine Verlängerung des Turnus für sinnvoll. So kann eine Verfahrensvereinfachung und ein reduzierter Ressourceneinsatz erreicht werden, ohne dass die Qualität und die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA-Verfahrens beeinträchtigt werden. Allerdings erscheint ein dreijähriger Rhythmus als etwas zu lange, da mögliche Verbesserungen der Krankheitsabgrenzung durch Weiterentwicklung des ICD-Katalogs, die eine bessere Differenzierung im Klassifikationsmodell ermöglichen, zu spät im Morbi-RSA berücksichtigt würden. So zeigt zum Beispiel die Entwicklung der personalisierten Medizin, dass die Organ-bezogene Einteilung von Tumoren teilweise durch eine Einteilung nach dem

---

<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> BVA-Erläuterungen zum Entwurf zur Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2015, Stand 6.12.2013, S. 1.

Vorliegen molekulargenetischen Veränderungen verdrängt werden könnte, da diese sowohl hinsichtlich Therapie als auch Prognose viel aussagefähiger ist. Bei einem Dreijahresturnus würden solche Entwicklungen zu spät berücksichtigt, so dass ein zweijähriger Turnus einen sinnvollen Kompromiss zwischen Reduzierung des Ressourceneinsatzes und ausreichender Aktualität darstellen dürfte. Damit würde jeder zweite Anhörungsprozess entfallen. Eine zwischengeschaltete Überprüfung lediglich unter Verwendung aktueller Datengrundlagen (s. o.) sowie ein gesondertes Vorschlagsverfahren zur Krankheitsauswahl ist nicht erforderlich und wird daher abgelehnt.

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

### **Aufnahme der Krankheit 221 „Akute schwere Lebererkrankungen“**

Die Aufnahme der Krankheit 221 „Akute schwere Lebererkrankungen“ ist unter Berücksichtigung der Analysen des Wissenschaftlichen Beirats sachgerecht. Die Krankheit „Akute schwere Lebererkrankungen“ wurde bis einschließlich 2012 für den Morbi-RSA berücksichtigt.

### **Aufnahme der Krankheit 317 „Angeborene Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems“**

Die Aufnahme der Krankheit 317 „Angeborene Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems“ ist unter Berücksichtigung der Analysen des Wissenschaftlichen Beirats sachgerecht.

Aus medizinischer Sicht und auf Grundlage empirischer Analysen empfehlen wir aber dringend, die Krankheit 317 „Angeborene Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems“ mit der Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)“ zusammen zulegen.

Die fehlende medizinische Begründung für eine Trennung der Krankheiten 317 und 318 wird an folgendem Beispiel deutlich: So dürfte es erheblich dem Zufall bzw. dem Kodierverhalten des Arztes unterliegen, ob Q33.2 (Lungensequestration) oder Q22.5 (angeborenes ektopisches Gewebe in der Lunge) kodiert 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 verblieben.

Auswertungen auf Basis von AOK-Daten zeigen, dass auch bei der Krankheit 317 „Angeborene Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems“ die Prävalenz bei Versicherten in der Altersgruppe bis fünf Jahre besonders hoch ist, während in den höheren Altersgruppen nur noch wenig kostenintensive und damit vermutlich nur noch leichte Verlaufsformen vorkommen. Bezüglich der besonderen Betroffenheit von kleinen Kindern zeigen die Daten keinen Unterschied zwischen Krankheit 317 und Krankheit 318. Die ICD-Kodes der bestehenden Krankheit 317 sollen bei der Zusammenlegung mit der Krankheit 318 in ihrer Gültigkeit daher ebenfalls - und somit einheitlich - auf das Alter bis fünf Jahre begrenzt werden.

### **Wegfall der Krankheit 330 „Wirbelkörperfrakturen“**

Der Wegfall der Krankheit 330 „Wirbelkörperfrakturen“ ist unter Berücksichtigung der Analysen des Wissenschaftlichen Beirats sachgerecht.

## **Wegfall der Krankheit 343 „Luxation des Hüftgelenks“**

Der Wegfall der Krankheit 343 „Luxation des Hüftgelenks“ ist unter Berücksichtigung der Analysen des Wissenschaftlichen Beirats sachgerecht.

## **Anpassung an den ICD-10-GM 2014**

Die Zuordnung der mit ICD-10-GM 2014 neu hinzugekommen bzw. geänderten ICD-Kodes ist sachgerecht. Die neu hinzugekommen ICD-Kodes sollen wie im Entwurf vorgeschlagen für den Morbi-RSA 2015 berücksichtigt werden.

## **3.) Weitere Vorschläge zur Anpassung der Krankheiten für den Morbi-RSA 2015:**

### **Zusammenfassung der Krankheit 189 „Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis“ mit der Krankheit 190 „Asthma bronchiale“**

Wie bereits im Vorjahr wird festgestellt, dass nicht alle Diagnosen der chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen für den Morbi-RSA berücksichtigt werden. Dies ist darin begründet, dass die Leistungsausgaben von Versicherten, deren Diagnosen dem Asthma bronchiale zugeordnet sind, sehr knapp die Schwellenwertbedingung nicht erfüllen. Deshalb wird – wie bereits in unserer Stellungnahme vom 25.01.2013 – vorgeschlagen, auf die Differenzierung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung in Asthma und COPD für die Krankheitsauswahl zu verzichten. Die Unterscheidung von Asthma bronchiale und COPD liegt lediglich in der Reversibilität der Atemwegsobstruktion, die durch Grenzwerte definiert wird. In der Definition der Disease-Management-Programme wird diese Grenze durch eine Zunahme der FEV1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach Inhalation eines Beta-2-Sympathomimetikums bzw. inhalativer oder systemischer Glukokortikosteroide definiert. Übergangsformen zwischen Asthma bronchiale und COPD, die beispielsweise als „COPD mit asthmatischer Komponente“ bezeichnet werden, sind häufig<sup>3 4</sup>. Aus einem Asthma bronchiale kann sich eine COPD entwickeln. Es wird daher vorgeschlagen, die Krankheiten COPD (Krankheit 189 „Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis“ und „Asthma bronchiale“ (Krankheit 190) zu einer Krankheit „chronisch obstruktive Lungenerkrankung“ zusammenzufassen.

### **Zusammenfassung der Krankheit 117 „Entzündliche / toxische Neuropathie“ mit der Krankheit 118 „Periphere Neuropathie / Myopathie“**

Die bestehende Differenzierung der Neuropathie in die Krankheit 117 und 118 ist nicht begründet und für Versichertenklassifikation im Morbi-RSA nicht zielführend. So werden alle ICD-Kodes dieser beiden Krankheiten der HMG 71 „Polyneuropathie“ zugeordnet, lediglich die diabetische Neuropathie (ICD-Kodes G59.0 „Diabetische Mononeuropathie“ und G63.2 „diabetische Polyneuropathie“) wird auch der HMG 17 „Diabetes mit sonstigen Komplikationen“ zugeordnet.

Auch medizinisch ist die Trennung nicht nachvollziehbar. Ob zum Beispiel der ICD-Kode G62.88 („Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathie“; in Krankheit 117) oder der ICD-Kode G62.9 („Sonstige nicht näher bezeichnete Polyneuropathie“; Krankheit 118) oder der ICD-Kode G64 („sonstige Krankheit des peripheren Nervensystems“; in Krankheit 118) oder eine spezifische Polyneuropathie kodiert wird, ist in erster Linie abhängig von der

---

<sup>3</sup> Burrows B, Bloom JW, Traver GA, Cline MG. The course and prognosis of different forms of chronic airways obstruction in a sample from the general population. N Engl J Med 1987; 317(21):1309-1314.

<sup>4</sup> Bleeker ER. Similarities and differences in asthma and COPD. The Dutch hypothesis. Chest 2004; 126(2) Suppl.9:93S-95S.

durchgeführten Diagnostik und von der Kodierpraxis des individuellen Arztes. Ebenso ist es bei vielen Patienten abhängig davon, ob eine EMG durchgeführt wurde und deren Befund bekannt ist, ob eine Alkoholmyopathie (G72.1; in Krankheit 118) oder einer Alkohol-Polyneuropathie (G62.1; in Krankheit 117) kodiert wird. Gleiches gilt für die ICD-Kodes G72.80 („Critical-illness-Myopathie“) und G62.80 („Critical-illness-Polyneuropathie“). Damit besteht durch diese nicht sachgerechte Trennung der Krankheiten 117 und 118 die Gefahr, dass das M2Q-Kriterium bei Patienten nur deshalb nicht erfüllt wird, weil sich die Kodierpraxis verschiedener behandelnder Ärzte unterscheidet.

**ICD Z51.0 „Strahlentherapie-Sitzung“, Z51.1 „Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung“ und Z51.82 „Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung“**

Bereits in unseren vorangegangenen Stellungnahme- und Anhörungsverfahren haben wir darauf hingewiesen, dass die Krankheitsschwere bei Neubildungen weniger durch die unterschiedlichen Tumorarten sondern vielmehr durch die Tumorstadien differenziert werden kann. Allerdings werden die Tumorstadien durch die ICD-Klassifikation nicht bzw. nicht ausreichend abgebildet. Da die Notwendigkeit einer adjuvanten Strahlen- oder Chemotherapie in der Regel ein Zeichen einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung darstellt, schlagen wir zur Differenzierung der Krankheitsschwere bei Neubildungen weiterhin vor, die Z-Kodes Z51.0 „Strahlentherapie-Sitzung“, Z51.1 „Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung“ und Z51.82 „Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung“ im Rahmen der „bösartigen Neubildungen“ zu berücksichtigen (vgl. BVA-Erläuterungen zur Anhörung Klassifikationsmodell 2011, 30.9.2010, S. 50). Eine eindeutige Identifizierung der Schweregrade sowie des erforderlichen Behandlungsaufwandes ist unter Berücksichtigung der ICD-Kodes für die Chemo- und Strahlentherapie möglich. Es wird vorgeschlagen die ICD-Kodes Z51.0, Z51.1 und Z51.82 aufzunehmen, um sie für eine Differenzierung der Krankheitsschwere nutzen zu können. Für die Berücksichtigung im Rahmen der M2Q-Prüfung sind sie nur dann zu verwenden, wenn für den Versicherten gleichzeitig ein ICD-Code aus dem Bereich der im Morbi-RSA berücksichtigten bösartigen Neubildungen vorliegt.