

AOK-BUNDESVERBAND GbR | POSTFACH 11 02 46 | 10832 BERLIN

An das  
Bundesversicherungsamt  
Referat VII 2 - Risikostrukturausgleich  
Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

- vorab per Email -

GESPRÄCHSPARTNER

Herr Schillinger

Herr Paulus

DURCHWAHL

030/34646-2646

030/34646-2417

ABTEILUNGSTELEFAX

030/34646-2724

030/34646-2722

E-MAIL

Gerhard.Schillinger@bv.aok.de

Timm.Paulus@bv.aok.de

ZEICHEN / DOKU

FI 2 PAU

DATUM

31.03.2010

## **Krankheitsauswahl im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich Anpassung der Krankheitsauswahl für den Jahresausgleich 2011**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das BVA die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011 bis zum 30. September 2010 fest. Die auf diese Weise festgelegten Krankheiten definieren im Sinne des § 31 Abs. 1 Satz 2 RSAV die Gesamtheit der für die Versichertenklassifikation maßgeblichen Morbidität. Hierzu hat der Wissenschaftliche Beirat beim BVA Vorschläge zur Anpassung der Krankheitsauswahl unterbreitet. Das BVA beabsichtigt, die Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats für die Festlegung der Krankheiten 2011 zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund hört das BVA den GKV-Spitzenverband zur Festlegung der Krankheitsauswahl 2010 an. Zugleich wurde der Entwurf der Festlegung u. a. an den AOK-Bundesverband übermittelt (Stand 03.03.2010). Zum Entwurf der Krankheitsfestlegung 2011 nehmen wir wie folgt Stellung:

### **Vorbemerkung**

Der wissenschaftliche Beirat hat bei der Überprüfung der Krankheitsauswahl die Orientierung nach DxGruppen verlassen und hat auf das systematische Verzeichnis der ICD-10-GM zurückgegriffen. Dies wird prinzipiell ausdrücklich begrüßt, da diese Zuordnung aufgrund des systematischen Aufbaus der ICD logischer und besser nachvollziehbar erscheint. Da die Auswahl der schwerwiegenden beziehungsweise kostenintensiven chronischen Krankheiten allerdings nicht aufgrund von medizinischen Kriterien erfolgt, sondern aufgrund der durch Regression bestimmten krankheitsspezifischen Kosten,

entstehen an einzelnen Stellen Probleme, die sich durch die nun deutlich weniger berücksichtigte Kostenhomogenität der Diagnosecodes in ICD-Systematik im Vergleich zur DxG-Systematik ergeben. Die Eingliederung hochprävalenter aber klinisch leichter und mit niedrigen Kosten verbundener Diagnosecodes in schwerwiegende und teure Krankheiten führt zu erheblichen sog. „Verdünnungseffekten“. Dies führt dazu, dass so erweiterte Krankheiten die Auswahlkriterien des Morbi-RSA nicht mehr erfüllen. Ebenso kann die Aufspaltung von medizinisch homogenen Krankheiten dazu führen, dass die einzelnen Krankheiten aufgrund der dann nur noch geringen Prävalenz die Kriterien des wissenschaftlichen Beirats nicht mehr erfüllen. Die Aufspaltung homogener Krankheiten führt auch zu Fehlschätzungen der Krankheitskosten: Da die Kodierung arztindividuell variiert und somit einem Versicherten mit dieser Krankheit beide aus der Aufspaltung resultierenden Teilkrankheiten zufällig zugeordnet werden können, sind die für diese Teilkrankheiten ermittelten krankheitsspezifischen Kosten bedingt durch die Kollinearität nicht belastbar.

Es wird vermutet, dass aus solchen Überlegungen heraus der Wissenschaftliche Beirat in einigen medizinisch begründeten Fällen von der reinen ICD-Systematik bei der Krankheitsbildung abgewichen ist. Als Beispiel seien hier die oberflächlichen Verletzungen genannt, die in den S-Diagnosen jeweils die „0“ auf der dritten Stelle des ICD besetzen. Dies werden sinnvoller Weise zu „Prellung / oberflächliche Verletzung“ zusammengefasst. Ebenso wurden die traumatischen Amputationen, die durch die „8“ auf der dritten Stelle der S-Diagnosen definiert sind, zusammengefasst. In Bezug auf andere Krankheiten, u. a. bei der Zuordnung der Candida-Stomatitis zu den opportunistischen Erregern oder bei der Zuordnung von unspezifischen Diagnosecodes der zerebrovaskulären Erkrankung zum Schlaganfall wurde hingegen eine solche notwendige Anpassung nicht vorgenommen.

Die Aufspaltung von medizinisch zusammenhängenden schwerwiegenden und kostenintensiven chronischen Krankheiten führt an andere Stelle der Krankheitsauswahl dazu, dass mehrere im Morbi-RSA berücksichtigte Krankheiten aufgeteilt werden und hierdurch die Zahl der berücksichtigten Krankheiten sinkt. Dies zeigt sich unter anderem an dem von 70% auf 72% gesteigerten Perzentilenwert, 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 um rund 10% merklich reduziert. Diese Reduzierung des Morbi-RSA wird ausdrücklich nicht für sinnvoll erachtet.

### **1. Krankheit 7 „Opportunistische Erreger“**

Mit der Gruppe opportunistische Infektionen hat das Bundesversicherungsamt bei diesen Infektionen die Systematik der DxGs beibehalten. Die Aufnahme der „Candida- Stomatitis (Soor), lokale Schleimhautbefall mit Candida albicans „in diese Krankheit erscheint nicht sachgerecht. Der Mundsoor ist wie die vaginale Candidose oder die Candida-Infektion an

sonstigen Lokalisationen des Urogenitalsystems (in Krankheit Mykosen) ein verbreitetes Krankheitsbild, das v. a. bei Patienten mit geschwächtem Immunsystem, nach Antibiotika- oder unter Cortisontherapie (u. a. inhalative Cortisontherapie) auftritt, aber auch bei Diabetikern, Kleinkindern und älteren Menschen, zum Beispiel auch in Verbindung mit mangelhafter Prothesen/- Mundhygiene. Der Mundsoor hat geringen Krankheitswert, ist gut zu behandeln, je nach Befund dauert die Therapie ca. 2-4 Wochen. Schwere und Prognose des Mundsoors sind nicht zu vergleichen mit der sehr schwerwiegenden und mit einer hohen Letalität verbundenen Diagnosen (u. a. Candida- Lungenentzündung, Candida-Hirnhautentzündung oder –Sepsis, Zytomegalie-Lungenentzündung, Aspergillose und Kryptokokkose), die in der Krankheit „Opportunistischen Infektionen“ zusammengefasst sind.

Durch die Zuordnung des hochprävalenten Mundsoors zu den opportunistischen Infektionen kommt es wie vom Wissenschaftlichen Beirat angeführt zu einem Verdünnungseffekt der Krankheit, die hierdurch nicht mehr die Kriterien für die Anerkennung im MRSA erfüllt. Zwar werden die Grunderkrankungen, die die opportunistischen Infektionen begünstigen, mehrheitlich im MRSA berücksichtigt, allerdings führte die Berücksichtigung der opportunistischen Infektionen im bisherigen Klassifikationsmodell zu besonderen Berücksichtigung von komplizierten Verläufen von Patienten unter Immunsuppression oder AIDS. Zudem werden nicht alle Krankheiten, die opportunistische Infektionen begünstigen im Morbi-RSA berücksichtigt, u. a. ist die Agranulozytose und Neutropenie in der Krankheitsliste 2010 nicht mehr enthalten.

### **Anpassung der Krankheit**

Es wird daher vorgeschlagen, die Krankheit „Opportunistische Erreger“ um die Candida-Stomatitis (ICD B37.0) zu bereinigen und diese Diagnose der Krankheit „Mykosen“ zuzuordnen.

### **2. Krankheit 38 „Bösartige Neubildungen sekundärer Lokalisation“ und 39 „Bösartige Neubildungen unbekannter Lokalisation“**

Die Krankheit „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisationen“ wurde in die Krankheiten „Bösartige Neubildungen sekundärer Lokalisation“ und „Bösartige Neubildung unbekannter Lokalisation“ aufgegliedert. Diese Auftrennung der Krankheit erscheint medizinisch nicht sinnvoll. So wird eine singuläre Metastase einer bösartigen Neubildung im Thorax mit C78.0 kodiert, bei generalisiertem Krebs müsste dieselbe Metastase mit C80 kodiert werden. Bei unbekanntem Primärtumor kann eine Raumforderung in der Lunge eine Metastase darstellen und würde C78.0 kodiert oder aber eine bösartige Neubildung mit sonstiger ungenau bezeichneter Lokalisation darstellen und mit C76.1 kodiert werden, kann aber auch als ICD C97! einen Teil eines Primärtumors mit mehreren Lokalisationen betreffen. Es wird daher vorgeschlagen, eine solche Aufspaltung nicht durchzuführen.

### **Anpassung der Krankheit**

Es wird vorgeschlagen, die neuen Krankheiten 38 und 39 zu einer Krankheit zusammenzufassen.

### **3. Krankheit 157, 158, 159, 160**

Die Krankheit 146 „Ausgeprägte schwere Lähmungen“ und Krankheit 147 „Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks“ wurden aufgeteilt in 157 „Ausgeprägte schwere Lähmungen“, 158 „Verletzungen des Rückenmarks“, 159 „Systematrophien, die vorwiegend das Nervensystem betreffen“ (G10-G13) und 160 „Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“.

Die Abgrenzung der Systematrophien (159) als eigenständige Krankheit erscheint nachvollziehbar. Nicht sinnvoll erscheint hingegen die Aufteilung der Verletzungen des Rückenmarks und den angeborenen Fehlbildungen des Nervensystems von den ausgeprägten schweren Lähmungen. Verletzungen des Rückenmarks führen zu schweren Lähmungen, schwere Lähmungen können aber ebenso durch Geburtstraumen verursacht sein oder angeborene Fehlbildungen betreffen, ohne dass hier eine klare klinische Trennung erfolgen kann. Ob z. B. eine schwere Lähmung oder die ihr zugrunde liegende Rückenmarksverletzung kodiert wird, ist abhängig vom Kodierverhalten des einzelnen Arztes. Ggf. zu beobachtende Unterschiede bez. der prospektiven Versorgungskosten sind im Rahmen des Klassifikationsmodells zu berücksichtigen.

### **Anpassung der Krankheit**

Es wird vorgeschlagen, die Krankheiten 157, 158 und 160 zu einer Krankheit zusammenzufassen.

### **4. Krankheiten 280, 281, 282, 283, 284, 285**

Die Neuordnung der die Schwangerschaft betreffenden ICD-Kodes erscheint problematisch. Während Fehlgeburt, Entbindung und Extrauterin gravidität sich gegenseitig ausschließen und daher nicht miteinander korrelieren, besteht zwischen den Krankheiten „Schwangerschaft und Komplikationen“ und 282 „Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts“ eine erhebliche Abhängigkeit, da die Komplikationen der Krankheit 282 typischerweise - nach zunächst unkomplizierter Schwangerschaft - erst im letzten Trimenon auftritt. Hierdurch besteht eine relevante Kollinearität in der Regression, wodurch sich die negativen Werte für die Kosten der eigentlich schwerwiegender verlaufenden Schwangerschaften, die in Krankheit 282 kodiert werden, erklären. Dasselbe trifft für die Krankheiten 284 und 285 zu.

### **Anpassung der Krankheit**

Es wird vorgeschlagen, die Krankheiten 281 und 282 zusammenzufassen.

Es wird vorgeschlagen, die Krankheit 284 und 285 zusammenzufassen.

### **5. Umgestaltung der Rheumatoiden Arthritiden**

Die bisherige Krankheit 83 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen“ wurde aufgeteilt in vier neue Krankheiten 91 „Infektiöse Arthropathien“, 92 „Entzündliche Polyarthropathien“, 93 „Systemkrankheiten des Bindegewebes“ und 110 „Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht“.

Diese Umstrukturierung stellt eine Verschlechterung der bisherigen Krankheitsdefinition dar, da die bisher in Krankheit 83 zusammengefassten Diagnosen medizinisch so eng zusammengehören, dass deren Aufteilung nicht sinnvoll erscheint. Durch diese Aufteilung erfüllen die Vaskulitiden und Kollagenosen aufgrund der durch die Aufteilung niedrigen Prävalenz nicht mehr die Kriterien für eine Berücksichtigung im Morbi-RSA. Eine Zusammengehörigkeit der Diagnosen der bisherigen Krankheit 83 wird auch durch die Systematik des EBM unterstützt: Die rheumatologische Zusatzpauschalen im EBM 13700 und 18320 setzen das Vorhandensein einer Poly- und Oligoarthritiden oder Seronegativer Spondylarthritis oder Kollagenose oder Vaskulitis oder Myositis voraus. Ein Gelenkbefall durch Gonokokken (A54.4) oder Framboesia (A66.6) sind ebenso den entzündlichen Bindegewebserkrankungen zuzuordnen.

#### **Anpassung der Krankheit**

Es wird vorgeschlagen, die Krankheit 83 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen“ in ihrer Abgrenzung gem. Krankheitsauswahl 2010 unverändert beizubehalten.

### **6. Krankheit 193 „Schlaganfall und Komplikationen“**

Die Diagnosen, die bisher in der Krankheit „Schlaganfall und Komplikationen“ zusammengefasst waren, betrafen stattgefundenen Schlaganfälle. Durch die Hinzunahme der unspezifischen Diagnosecodes der zerebrovaskulären Arteriosklerose (G46.8 (Sonstige Syndrome der Hirngefäße bei zerebrovaskulären Krankheiten), I67.8 (Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten) und I67.88 (Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten)), die weder medizinisch noch hinsichtlich ihrer Schwere und Kosten in diese Krankheit gehören, tritt ein Verdünnungseffekt auf, der dazu führt, dass diese Krankheit nicht mehr die Kriterien für die Anerkennung im Morbi-RSA erfüllt.

#### **Anpassung der Krankheit**

Es wird vorgeschlagen, die Krankheit 193 „Schlaganfall und Komplikationen“ um die Diagnosecodes G46.8, I67.8 und I67.88 zu bereinigen und diese der Krankheit 195 „Zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen“ zuzuordnen.

Seite 6

Datum  
31.03.2009**Fazit**

Zusammenfassend bewerten wir den bei der Weiterentwicklung der Krankheitsauswahl für 2011 eingeschlagenen Weg einer Orientierung an der ICD-Systematik für richtig. Allerdings ist hierbei an einigen Stellen eine medizinisch begründete Anpassung für Zwecke der Versichertenklassifikation im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich notwendig. Diese Anpassung erfolgte durch den Wissenschaftlichen Beirat. Wir möchten anregen, weitere notwendige Anpassungen zu prüfen und diese vorzunehmen, u. a. bei den o. g. Beispielen. Auch muss die Aufspaltung von medizinisch homogenen Krankheiten rückgängig gemacht werden. Die Krankheitsauswahl ist nach diesen Anpassungen erneut durchzuführen.

Wir möchten Sie bitten, unsere Hinweise aus der Anhörung dem Wissenschaftlichen Beirat weiterzuleiten und für die Festlegung der Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011 zu berücksichtigen. Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag



Dorothee Schawo