

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Festlegungsentwurf vom 18.12.2012 des Bundesversicherungsamtes (BVA) zur
Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2014 (Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV)

Stand 25.1.2013

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.¹ 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 führt und damit einen Anreiz zur Risikoselektion setzen. Die bisher erreichte Zielgenauigkeit des Morbi-RSA würde durch eine Änderung der Krankheitsauswahl stark beeinträchtigt. Der AOK-Bundesverband begrüßt daher ausdrücklich die Beibehaltung des Verfahrens für die Krankheitsauswahl.

Die Berechnungen zur Krankheitsauswahl 2014 erfolgen auf den Daten der Jahre 2010 (Morbidity der Versicherten) und 2011 (Ausgaben der Versicherten). Dabei wurden erstmals die Ausgaben aller Versicherten berücksichtigt (Vollerhebung). Zuvor wurden die Festlegungen der Ausgleichsjahre 2009 bis 2013 auf einer Stichprobenauswahl getroffen. Die Berechnungsergebnisse aus dem Entwurf zur Krankheitsauswahl 2014 zeigen, dass die Vollerhebung zu nahezu gleichen Ergebnissen führen. Dieses Resultat unterstreicht die Stabilität des Verfahrens. Der AOK-Bundesverband begrüßt die Verwendung der aktuellsten Datengrundlage sowie die Umstellung auf die Vollerhebung.

2.) Bewertung des Festlegungsentwurfs im Einzelnen:

Aufnahme der Krankheit 78 „Luxation des Hüftgelenks“

Die Aufnahme der Krankheit 78 „Luxation des Hüftgelenks“ ist unter Berücksichtigung der Analysen des Wissenschaftlichen Beirats sachgerecht. Aus medizinischer Sicht empfehlen wir, auch die angeborenen Luxationen des Hüftgelenks für die Abgrenzung der Krankheit zu berücksichtigen.

In der Krankheit „Luxation des Hüftgelenks“ sind lediglich die Diagnosecodes S73.0X enthalten. Die Diagnosecodes aus Q65 „angeborene Deformität der Hüfte“, nämlich Q65.0 „Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, einseitig“, Q65.1 „Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, beidseitig“ und Q65.2 „Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, nicht näher bezeichnet“ betreffen in gleicher Weise eine Luxation des Hüftgelenks. Die Altersverteilung der S07.0-Kodes mit einem ersten Häufigkeitsspitzen zwischen der Geburt und dem 17. Lebensjahr zeigt, dass hier keine ausreichende Trennung zwischen den Diagnosen aus S73.0 und Q65 erfolgt. Es wird vorgeschlagen, dass die Diagnosen Q65.0, Q65.1 und Q65.2 in die Krankheit „Luxation des Hüftgelenks“ aufgenommen werden.

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

Wegfall der Krankheit 218 „Peritonitis“

Zum Wegfall der Krankheit 218 „Peritonitis“ wird auf unsere Stellungnahme vom 27.01.2012 verwiesen.

Neuabgrenzung der Krankheit 274 „Niereninsuffizienz“

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt eine Neuabgrenzung der Krankheit 274 „Niereninsuffizienz“ vor. Im Rahmen der Erläuterungen zur Anpassung der Krankheit wird darauf hingewiesen, dass die betrachteten ICD-Kodes der Krankheit mit unterschiedlich hohen Kosten der Versicherten verbunden sind und sich daher eine genauere Untersuchung der Krankheitsabgrenzung anbietet. Wir möchten betonen, dass wir einer solchen Argumentation, aufgrund der Kostenspreizung der ICD-Kodes sei eine Überarbeitung der Krankheit notwendig, nicht folgen können. Für die Krankheitsauswahl ist es gerade nicht entscheidend, kostenhomogene Krankheiten zu bilden, wie der Wissenschaftliche Beirat an anderer Stelle betont hat. Vielmehr hat er herausgearbeitet, dass die Krankheitsabgrenzung über äthiologische/pathogenetische Kriterien erfolgen soll. Eine Betrachtung von Kostenhomogenität steht diesem Ansatz u. E. diametral entgegen.

Konkret wird vorgeschlagen, die ICD N14.- „Arzneimittel- und schwermetallinduzierte tubulointerstitielle und tubuläre Krankheitszustände (Toxische Nephropathien)“ in die Krankheit 271 „Nephritis“, , N26 „Schrumpfnieren, nicht näher bezeichnet“, N27.1 „Kleine Niere unbekannter Ursache, beidseitig“ und N27.9 „Kleine Niere unbekannter Ursache, nicht näher bezeichnet“ in die Krankheit 362 „Schrumpf- und sonstige kleine Niere unbekannter Ursache“ sowie Q61.1 „Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv“ in die Krankheiten 276 „Nierenzysten“ zu verschieben. Die Verschiebung der Diagnosen wird im weiteren Verlauf der Erläuterungen anhand äthiologischer/pathogenetischer Kriterien begründet. Dieser Argumentation ist zuzustimmen. Der Vorschlag ist auf Grundlage der medizinischen Bewertung des Wissenschaftlichen Beirats sachgerecht.

3.) Weitere Vorschläge zur Anpassung der Krankheiten für den Morbi-RSA 2014:

Zusammenfassung der Krankheiten COPD und Asthma bronchiale

Asthma bronchiale und COPD bilden die Krankheit der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung. 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^{2 3}. 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 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewbserkrankungen“ mit Krankheit 247 „Reaktive Arthritiden“

² 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.

³ Bleeker ER. Similarities and differences in asthma and COPD. The Dutch hypothesis. Chest 2004; 126(2) Suppl.9:93S-95S.

Zusammenfassung der Krankheiten 330 „Wirbelkörperfrakturen“ und mit Krankheit 276 „Entzündliche Neuropathie“

ICD A81.2 JV-Virus-Infektion

Es wird vorgeschlagen, den ICD-Kode A81.2 „JV-Virus-Infektion“ von der Krankheit 96 „Virale Meningitis/Enzephalitis“ in die Krankheit 15 „Infektion durch opportunistische Erreger“ zu verschieben (vgl. unsere Stellungnahme 27.01.2012).

ICD G90.3 „Shy-Drager-Syndrom“

Es wird vorgeschlagen, den ICD-Kode G90.3 „Shy-Drager-Syndrom“ der Krankheit 100 „Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen“ zuzuordnen (vgl. unsere Stellungnahme 27.01.2012).

ICD A39.1 „Waterhouse-Friderichsen-Syndrom“

Das Waterhouse-Friderichsen-Syndrom tritt typischerweise im Rahmen einer Sepsis auf und ist gekennzeichnet durch einen akuten Ausfall der Nebennieren infolge der massiven bakteriellen Infektion. Ursächlich ist eine Freisetzung von Endotoxinen durch die Erreger, die einerseits zu einem Kreislaufchock und zum anderen zu einer Verbrauchskoagulopathie führen. Etwa 15% der Patienten mit Meningokokkensepsis entwickeln ein Waterhouse-Friderichsen-Syndrom, das bei 90% der Patienten zum Tode führt. Es wird daher vorgeschlagen, den ICD-Kode A39.1 „Waterhouse-Friderichsen-Syndrom“ von der Krankheit 61 „Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen“ in die Krankheit 5 „Sepsis/Schock“ mit Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zu verschieben.

ICD M07.4-* „Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]“, M07.5-* „Arthritis bei Colitis ulcerosa (K51.-†)“ und M07.6-* „Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten“

Die ICD-Kodes M07.4-* „Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]“, M07.5-* „Arthritis bei Colitis ulcerosa (K51.-†)“ und M07.6-* „Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten“ sollen der Krankheit 211 „Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn / Colitis ulcerosa)“ zugeordnet werden.

Das BVA hat die Sterndiagnosen M07.0 bis M07.3 in die Krankheit Psoriasis aufgenommen, die einen schwerwiegenden Verlauf dieser Autoimmunerkrankung darstellen. Bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gibt es in gleicher Weise Verläufe mit Gelenkbeteiligung, die mit den Stern-Diagnosekodes M07.4 bis M07.6 kodiert werden. Genauso wie bei der Arthritis psoriatica erfolgt bei den Arthritiden bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eine frühzeitige Therapie mit Immunsuppressiva und ggf. den sehr teuren TNF-Alpha-Blockern. In Analogie zur Arthritis psoriatica wird vorgeschlagen, die ICDs M07.4, M07.5 und M07.6 in die Krankheit 211 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa)“ aufzunehmen.

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

Wir möchten auf die in vorangegangenen Stellungnahme- und Anhörungsverfahren erörterte Thematik bez. des Nachweises von Strahlen- und Chemotherapie bei Neubildungen verweisen und anregen, 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).

Die Krankheitsschwere von Neubildungen unterscheidet sich viel weniger zwischen den unterschiedlichen Tumorarten als zwischen den Tumorstadien, die jedoch durch die ICD10 nicht bzw. nicht ausreichend abgebildet werden. Eine Neubildung, die einer Strahlen- oder Chemotherapie bedarf unterscheidet sich hingegen deutlich von einer Neubildung, die durch eine Operation geheilt werden kann oder nur aktiv beobachtet wird. 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 bösartigen Neubildungen zu einer Krankheit zusammenzufassen und für eine Differenzierung der Krankheitsschwere die ICD-Kodes Z51.0, Z51.1 und Z51.82 aufzunehmen, alternativ können diese Kodes jeweils den Krankheiten der bösartigen Neubildungen zugeordnet werden.