

Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt

I. Rechtliche Grundlagen und Verfahren

Nach § 31 Abs. 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt (BVA) die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigenden 50 bis 80 Krankheiten bis zum 30. September für das folgende Ausgleichsjahr festzulegen.

Die so festgelegten Krankheiten dienen als „Filter“ (§ 31 Abs. 1 Satz 2 RSAV) für ein Versichertenklassifikationsmodell, das eingesetzt werden soll, um Versicherte auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen in Risikogruppen einzuteilen (§ 29 Satz 1 Nr. 1 RSAV).

Bei der Auswahl der Krankheiten „sollen insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden“ (§ 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV). Die Krankheiten sollen zudem eng abgrenzbar sein.

Das Bundesversicherungsamt hat mit Änderungsbekanntgabe vom 29. Mai 2008 erstmalig die im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden 80 Krankheiten auf der Grundlage des vom wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt am 19. Dezember 2007 vorgelegten Gutachtens und nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 9. Januar 2008 bis zum 1. Februar 2008 festgelegt.

Es ist Aufgabe des wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt auch nach der Vorlage des Gutachtens zum 31. Oktober 2007 die Auswahl der Krankheiten „in regelmäßigen Abständen zu überprüfen“ (§ 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV). Gemäß Errichtungserlass des Bundesministeriums für Gesundheit vom 3. Mai 2007 gehört zu den Aufgaben des wissenschaftlichen Beirats, die Krankheitsauswahl jährlich zu überprüfen.

Der wissenschaftliche Beirat hat sich in seiner Sitzung am 11. Mai 2009 mit der jährlichen Überprüfung der Krankheitsauswahl befasst. Aufgrund des späten Berufungszeitpunktes und der weiteren bis zur Festlegung am 30. September anstehenden Aufgaben verständigte sich der Wissenschaftliche Beirat darauf, die aktuell gültige Krankheitsauswahl für das Klassifikationsmodell 2010 nicht zu überarbeiten, sondern die Priorität auf die Anpassung und Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zu legen. Hiervon ausgenommen ist lediglich die Wiederholung der gesetzlich vorgesehene Schwellenwertprüfung für die bereits ausgewählten Krankheiten. Außerdem wurden aus medizinischen Gründen eine Reihe von Änderungen an der Krankheitsabgrenzung vorgenommen. Der Beirat beabsichtigt, eine grundlegende Prüfung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten ab September/Oktober 2009 vorzunehmen.

Das Bundesversicherungsamt beabsichtigt, dem Votum seines wissenschaftlichen Beirats zu folgen.

II. Änderungen der Krankheitsabgrenzung

Folgende Änderungen an der Abgrenzung der Krankheiten wurden vorgenommen:

- **Krankheit „HIV/AIDS“**

Der ICD-Kode R75 (Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV]) weist auf einen unsicheren, zu wiederholenden HIV-Test hin und spiegelt daher nicht notwendigerweise eine HIV-Infektion wider. Die bisherige Zuordnung des ICD R75 zu der Krankheit „HIV/AIDS“ wird aufgehoben. Der Code wird bei der Krankheitsauswahl und im Klassifikationsmodell nicht berücksichtigt.

- **Krankheit „Pneumonie“**

Die DxGruppe (DXG) 470 (Pleuritis), die bislang der Krankheit „Pneumonie“ zugeordnet wurde, umfasst in erster Linie Erkrankungen der Pleura (ICD J92.- (Pleuraplaques), J94.1 (Fibrothorax), J94.8 (Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände der Pleura), J94.9 (Pleurakrankheit, nicht näher bezeichnet). Sie wird daher aus der Krankheit „Pneumonie“ herausgenommen und bildet künftig zusammen mit den DXG 473 (Pneumothorax) und DXG 474 (Spannungspneumothorax) und der DXG 472 (Pleuraerguss) die Krankheit „Sonstige Krankheiten der Pleura“.

- **Krankheit „Osteoporose“**

Die ICD M81.1- (Osteoporose nach Ovariectomie) bzw. M81.3- (Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischen Eingriff), bislang bei der Krankheitsauswahl nicht berücksichtigt, sowie die ICD M80.4- (Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur) bzw. M81.4- (Arzneimittelinduzierte Osteoporose), bislang Krankheit „Unerwünschte Wirkung von Medikamenten (kein Medikations- oder Darreichungsfehler)“, werden künftig der Krankheit „Osteoporose“ zugewiesen.

- **Krankheit „Status nach Organtransplantation inkl. Komplikationen“**

Die ICD-Kodes Z75.2-, Z75.6-, Z75.7-, U55.-, die eine Registrierung zu einer Organtransplantation verschlüsseln und bislang beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich keinen Zuschlag auslösten, werden angesichts der hohen prospektiven Kosten der betroffenen Versicherten (ca. 50 000 € im Durchschnitt) künftig berücksichtigt. Sie bilden zusammen mit den bislang der Krankheit „Status nach Organtransplantation inkl. Komplikationen“ zugeordneten ICD-Kodes die Krankheit „Organtransplantation inkl. Registrierung und Status nach“.

- **Krankheit „Schlaganfall und Komplikationen“**

Der ICD F80.3 (Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]) der bislang über die DXG 417 (Aphasie (Sprachstörungen/Sprachverständnisstörungen)) der Krankheit „Schlaganfall und Komplikationen“ zugeordnet wurde, gehört im engeren Sinne zu den „Umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ und sollte nicht für die Kodierung von Komplikationen eines Schlaganfalls benutzt werden. Hierfür ist der ICD I69 „Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit“ vorgesehen. Der ICD F80.3 wird daher aus der Krankheit „Schlaganfall und Komplikationen“ herausgenommen und stattdessen der (nicht zuschlagsauslösenden) Krankheit „Umschriebene Entwicklungsstörung“ zugeordnet.

- **Krankheit „Erkrankungen des Ösophagus (exkl. Ulkus und Blutung)“**

Der Kode ICD K22.4 (Dyskinesie des Ösophagus inkl. diffuse Ösophagusspasmen, Speiseröhrenkrampf, Korkenzieher), der bislang bei der Krankheitsauswahl nicht berücksichtigt wurde, wird der ICD-Systematik entsprechend der Krankheit „Erkrankungen des Ösophagus (exkl. Ulkus und Blutung)“ zugeordnet. Die Krankheit umfasst damit alle Codes aus dem ICD-Bereich K21-K23 (Erkrankungen des Ösophagus), die sich nicht auf ein Ulkus oder eine Blutung beziehen. Eventuell bislang bestehende Anreize zur unspezifischen Kodierung durch Angabe des Kodes K22.9 (Krankheit

des Ösophagus, nicht näher bezeichnet) werden dadurch reduziert. Die differenzierte Ausgestaltung der Zuschlagshöhe erfolgt hierbei, genauso wie bei allen anderen revidierten Krankheiten, im Rahmen der Anpassung des Klassifikationsmodells.

- **Krankheit „Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung“**

Der ICD-Kode K62.7 (Strahlenproktitis), bislang zugeordnet zu der DXG 686 (Andere und nicht näher bezeichnete Komplikationen von Eingriffen und medizinischer Versorgung) und damit bei der Krankheitsauswahl als unspezifisches Symptom nicht berücksichtigt, sowie der ICD-Kode K52.0 (Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung), bislang über DXG 176 (Andere und nicht näher bezeichnete Störungen des Verdauungssystems) der Krankheit „Andere und nicht näher bezeichnete Störungen des Verdauungssystems“ zugeordnet, stellen ernsthafte Komplikationen einer Strahlentherapie dar. Daher wird eine Zuordnung beider ICD-Kodes zu der Krankheit „Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung“ vorgenommen.

- **Krankheiten „Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)“, „Entbindung/abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)“ bzw. „Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch“**

Nach einem Hinweis seitens der Bitmarck Service GmbH auf Auffälligkeiten bei den M-RSA-relevanten ICDs aus dem Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wurde die ICD-Zuordnung überprüft. Konkret wurde daraufhingewiesen, dass leichtere bzw. nicht näher spezifizierte Formen der Präeklampsie sich in der Krankheitsauswahl befinden, jedoch nicht die schwere Präeklampsie. Auch sind Inkonsistenzen bei der ICD 060.- (vorzeitige Wehen) aufgefallen.

Danach ergab sich folgender Änderungsbedarf:

a) DXG 579 Schwangerschaft mit schweren Komplikationen

Die DXG 579 (Schwangerschaft mit schweren Komplikationen: Nierenkomplikationen/Hochdruck/Eklampsie) ist bislang der Krankheit „Entbindung/Abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)“ zugeordnet, beinhaltet aber überwiegend ICDs, die entweder auf eine noch bestehende Schwangerschaft hinweisen bzw. für die sich keine eindeutige Abgrenzung zwischen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ableiten lässt, die aber allesamt schwere Komplikationen darstellen.

Lediglich 3 ICD-Kodes aus der DXG 579 weisen eindeutig auf eine abgeschlossene Schwangerschaft bzw. Entbindung hin:

O08.4 Niereninsuffizienz nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft

O15.1 Eklampsie unter der Geburt

O15.2 Eklampsie im Wochenbett

Beschluss:

1) Die DXG 579 wird mit Ausnahme der ICD-Kodes O08.4, O15.1 und O15.2 der Krankheit „Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)“ zugeordnet.

2) Die ICDs O15.1 bzw. O15.2 werden der DXG 582 (Schwere Komplikationen während der Wehen/der Geburt) zugeordnet und verbleiben in der Krankheit „Entbindung/Abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)“. Der ICD O08.4 wird der Krankheit „Fehlgeburt/Schwangerschaftsabbruch“ und der gleichlautenden DXG 578 zugeordnet.

b) DXG 581 (Frühgeburt), ICD 060.- (Vorzeitige Wehen)

Die DXG 581 (Frühgeburt) ist der Krankheit „Entbindung/Abgeschlossene Schwangerschaft) zugeordnet und beinhaltet als einzigen Code den ICD O60.0 (Vorzeitige Wehen ohne Entbindung).

Der ICD-Kode O60.1 (Vorzeitige Wehen mit vorzeitiger Entbindung) ist bislang über die DXG 593 (Vollständiger Schwangerschaftsverlauf mit Diagnose in DxG 607-612) der nicht im M-RSA berücksichtigten Krankheit „Entbindung/Abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)“ zugeordnet.

Die ICD-Kodes O60.2 (Vorzeitige Wehen mit termingerechter Entbindung) bzw. O60.3 (Vorzeitige Entbindung ohne Wehen) sind bislang beide über die DXG 608 (Leichte Komplikationen während der Schwangerschaft) der Krankheit „Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)“ zuordnet.

Da „vorzeitige Wehen“ im engeren Sinne „Schwangerschaftskomplikationen“ darstellen und „frühzeitige Wehen ohne Entbindung“ nicht als Frühgeburt gelten, werden diese Unstimmigkeiten wie folgt aufgelöst:

- ICD O60.0 (Vorzeitige Wehen ohne Entbindung) wird von DXG 581 (Frühgeburt) in die DXG 608 (Leichte Komplikationen während der Schwangerschaft) und der Krankheit 297 „Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)“ zuordnet.

- ICD O60.1 (Vorzeitige Wehen mit vorzeitiger Entbindung) wird von DXG 593 (Vollständiger Schwangerschaftsverlauf mit Diagnose in DxG 607-612) in die DXG 581 (Frühgeburt) verschoben. Die DXG 581 (Frühgeburt) stellt eine Schwangerschaftskomplikation dar und wird der Krankheit „Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)“ zuordnet.
- ICD O60.2 (Vorzeitige Wehen mit termingerechter Entbindung) verbleibt in der DXG 608 (Leichte Komplikationen während der Schwangerschaft) und damit in der Krankheit „Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)“.
- ICD O60.3 (Vorzeitige Entbindung ohne Wehen) wird der DXG 581 (Frühgeburt) zugeordnet und damit der Krankheit „Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)“ zugeordnet.
- Die DXG 593 (Vollständiger Schwangerschaftsverlauf mit Diagnose in DxG 607-612) entfällt damit.

Synopse der Änderungen in der Zuordnung der ICD 060.- (Vorzeitige Wehen)

ICD	Alt		Neu	
	DXG	Krankheit	DXG	Krankheit
O60.0 Vorzeitige Wehen <u>ohne</u> Entbindung	581 Frühgeburt	Entbindung/abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	608 Leichte Komplikationen während der Schwangerschaft	Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)
O60.1 Vorzeitige Wehen <u>mit vorzeitiger Entbindung</u>	593 Vollständiger Schwangerschaftsverlauf mit Diagnose in DxG 607-612	Entbindung/abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	581 Frühgeburt	Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)
O60.2 Vorzeitige Wehen <u>mit termingerechter Entbindung</u>	608 Leichte Komplikationen während der Schwangerschaft	Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	608 Leichte Komplikationen während der Schwangerschaft	Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)
O60.3 <u>Vorzeitige Entbindung</u> ohne Wehen	608 Leichte Komplikationen während der Schwangerschaft	Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	581 Frühgeburt	Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)

III. Durchführung der Schwellenwertprüfung

Ermittlung des Schwellenwertes 2007

Der Schwellenwert ist definiert als das 1,5-Fache der mittleren Leistungsausgaben über alle Versicherten. Da die Daten des Hauptleistungsbereichs „Krankengeld“ und „Zahnärzte“ nicht in der Datenmeldung enthalten sind, fließen diese nicht in die Berechnung der mittleren Ausgaben ein. Die Ausgaben der Hauptleistungsbereiche 1, 3, 4, 5, 7 und 9 werden je Versicherten (in Abhängigkeit seiner Versichertentage in 2007), annualisiert und aufaddiert. Anschließend wird das arithmetische Mittel der Ausgaben über alle Versicherten (N = 4,3 Mio.) bestimmt und mit dem Faktor 1,5 multipliziert. Es resultiert ein Schwellenwert von 2.582,13€.

Diagnoseaufbereitung

Berücksichtigt werden in dieser Berechnung die stationären Haupt- und Nebendiagnosen sowie die gesicherten ambulanten Diagnosen des Jahres 2007 (jeweils plausibilisiert nach den DIMDI-Kriterien gemäß §§ 295 und 301 SGB V: „O“, „P“, „Z“; keine Muss-Fehler in Alter bzw. Geschlecht).

Mapping

Zunächst werden für alle im Jahr 2007 von einer Krankheit betroffenen Versicherten (analog zur Schwellenwertermittlung) die mittleren Leistungsausgaben bestimmt. Hierzu wird ein Versicherter als „von einer Krankheit betroffen“ definiert, wenn die entsprechende Krankheit (gemäß der Zuordnungstabelle in Anhang 1) bei ihm entweder

- durch eine stationäre Diagnose dokumentiert oder
- in der vertragsärztlichen Dokumentation in mindestens 2 Quartalen belegt worden ist.

Schwellenwertprüfung

Die Schwellenwertprüfung wird in Analogie zum Vorgehen der Gutachter auf alle Krankheiten der Änderungsbekanntgabe vom 29. Mai 2008 angewendet. Die oben genannten Änderungen der Krankheitsabgrenzung wurden dabei berücksichtigt.

Der Schwellenwert gilt für eine Krankheit als überschritten, wenn die – wie beschrieben errechneten – mittleren Leistungsausgaben der Betroffenen den Referenzwert von 2.582,13€ übersteigen.

Ergebnis

Die nachfolgende Tabelle dokumentiert die („zeitgleichen“) mittleren Leistungsausgaben (LA) aller Versicherten, die im Jahr 2007 von einer der ausgewählten Krankheiten betroffen waren.

Krankheit	mittlere annualisierte Ausgaben betroffener Versicherter
HIV/AIDS	11.901,22 €
Sepsis/Schock	29.000,12 €
Nicht virale Meningitis/Enzephalitis	12.533,48 €
Infektionen durch opportunistische Erreger	24.770,59 €
Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx	11.964,48 €
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	11.868,84 €
Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	13.846,82 €
Bösartige Neubildungen der Knochen, des Stütz- und Weichteilgewebes	13.338,36 €
Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	7.593,26 €
Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	8.050,34 €
Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane	6.317,62 €
Bösartige Neubildungen der Niere, der Harnwege und der Nebenniere	8.105,48 €
Bösartige Neubildungen des Auges, Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems einschließlich Hypo- und Epiphyse	12.719,00 €
Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation	16.719,44 €
Lymphome und Leukämien	12.340,59 €
Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens	7.784,78 €
Diabetes mellitus	5.034,07 €
Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen	7.544,49 €
Leberzirrhose (inkl. Komplikationen)	8.938,00 €
Chronische Hepatitis	7.626,16 €
Akute schwere Lebererkrankung	9.241,46 €
Ileus	14.045,15 €
Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn / Colitis ulcerosa)	4.268,28 €
Erkrankungen des Ösophagus (exkl. Ulkus und Blutung)	4.355,78 €
Entzündung / Nekrose von Knochen / Gelenken / Muskeln	10.579,65 €
Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten	4.949,26 €
Spinalkanalstenose	6.074,70 €
Osteoarthritis der großen Gelenke	4.195,38 €
Osteoporose und Folgeerkrankungen	5.463,91 €
Schwerwiegende Erkrankungen der Blutbildung und Blutgerinnung	22.951,41 €

Agranulozytose, septische Granulomatose, andere näher bezeichnete Erkrankungen der weißen Blutkörperchen	20.859,34 €
Disseminierte intravasale Gerinnung und sonstige Koagulopathien	11.053,36 €
Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung	15.844,24 €
Delir und Enzephalopathie	12.450,25 €
Demenz	7.693,05 €
Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch	6.517,34 €
Psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen	6.310,66 €
Depression	4.588,85 €
Bipolare affektive Störungen	6.378,42 €
Anorexia nervosa und Bulimia nervosa	5.165,38 €
Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen	2.531,03 €
Ausgeprägte schwere Lähmungen	11.898,96 €
Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks	9.909,54 €
Muskeldystrophie	8.959,06 €
Periphere Neuropathie / Myopathie	6.922,90 €
Entzündlich / toxische Neuropathie	11.112,59 €
Multiple Sklerose	9.595,92 €
Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen	7.860,52 €
Epilepsie	7.091,85 €
Koma, Hirnödem, hypoxischer Hirnschaden	19.503,75 €
Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen	5.596,73 €
Herzinsuffizienz	8.066,17 €
Akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz	19.158,53 €
Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung / Enzephalopathie	7.453,75 €
Ischämische Herzkrankheit	5.845,54 €
Erkrankungen der Herzklappen	6.618,21 €
Angeborene schwere Herzfehler	7.064,43 €
Hypertonie	3.797,65 €
Vorhoffarrhythmie	8.351,71 €
Ventrikuläre Tachykardie	13.586,64 €
Schlaganfall und Komplikationen	9.869,96 €
Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	6.682,96 €
Arteriell Aneurysma (exkl. d. Aorta)	10.543,08 €
Mukoviszidose	19.410,24 €
Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis	5.650,24 €
Asthma bronchiale	2.704,80 €
Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose	10.525,83 €
Pneumonie	16.709,31 €
Niereninsuffizienz	11.166,47 €
Nephritis	11.217,90 €

Neurogene Blase	8.955,97 €
Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	3.818,11 €
Hautulkus (exkl. Dekubitalulzera)	9.675,39 €
Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen	6.489,01 €
Wirbelkörperfraktur (ohne Schädigung des Rückenmarks)	8.930,83 €
Luxation des Hüftgelenks	12.243,51 €
Traumatische Amputation einer Extremität	12.635,25 €
Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung	13.035,98 €
Blutung / Hämatom / Serom als Komplikation nach einem Eingriff	17.189,09 €
Organtransplantation (inkl. Registrierung und Status nach)	26.289,34 €

Demnach erfüllen alle Krankheiten mit Ausnahme der „Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen“ die Anforderung, dass die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Ausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert überschreiten.

IV. Ergebnis

Das Bundesversicherungsamt beabsichtigt gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die nach § 31 Absatz 1 Satz 2 RSAV zu berücksichtigenden Krankheiten aus den obigen Erwägungen festzulegen und bekannt zu machen.