

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von  
Menschen mit Behinderung und chronischer  
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.  
BAG SELBSTHILFE  
Kirchfeldstr. 149  
40215 Düsseldorf  
Tel. 0211/31006-36  
Fax. 0211/31006-48

---

**Stellungnahme der**  
**BAG SELBSTHILFE**  
**zum Entwurf einer Auswahl der**  
**im Risikostrukturausgleich**  
**zu berücksichtigenden Krankheiten für das Jahr**  
**2011**  
**Az. VII2 - 5572.02 - 736/2010**

Als Dachverband von 107 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und von 14 Landesarbeitsgemeinschaften nimmt die BAG SELBSTHILFE zum vorliegenden „Entwurf einer Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Jahr 2011“ wie folgt Stellung:

Nach wie vor sind schon die rechtlichen Rahmenbedingungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches dringend überarbeitungsbedürftig (I.).

Selbst wenn man diese Rahmenbedingungen unangetastet lässt, ist seitens der BAG SELBSTHILFE zu konstatieren, dass auch die im vorliegenden Entwurf vorgeschlagene Neuauswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten nicht als sachgerecht angesehen werden kann (II.).

## **I. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf**

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es von essentieller Bedeutung, dass mit den für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) relevanten Krankheiten das bei den GKV-Versicherten in Deutschland existierende Vorkommen chronischer Erkrankungen repräsentativ und kostendeckend abgebildet wird. Andernfalls besteht die Gefahr, dass es unter Kostengesichtspunkten zu Versicherten 1. und 2. Klasse kommt, da die beim RSA nicht berücksichtigungsfähigen Krankheiten bei den Krankenkassen zum Kostenrisiko würden, wie der Fall der Erhebung eines Zusatzbeitrages wegen der kostenintensiven Behandlung zweier Patienten mit einer Hämophilie zeigt. Dies hat auf lange Sicht zwangsläufig negative Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen und auf die Versorgungsangebote der Kassen; eine solche Ausrichtung wäre mit dem Solidargedanken des 5. Sozialgesetzbuches nicht zu vereinbaren.

Insbesondere ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE die in § 31 RSAV vorgenommene Begrenzung der maßgeblichen Krankheiten auf 50 - 80 nicht sachgerecht, da für eine repräsentative Abbildung des Krankheitsgeschehens zumindest 200 - 300 Erkrankungen erforderlich wären. Unter rechtlichen Gesichtspunkten ist jedenfalls zu konstatieren, dass das skizzierte Prinzip des Solidarausgleichs zumindest eine weite Definition des Begriffs „Krankheit“ i.S.d. § 31 RSAV notwendig macht.

Die daraus entstehenden Probleme werden an verschiedenen Stellen deutlich: So kann es sein, dass eine Diagnose - wie etwa die Mukopolysaccharidose - in eine zusammengefasste Gruppe von Erkrankungen fällt, deren Behandlungskosten im Durchschnitt verhältnismäßig niedrig sind; demgegenüber kann die Behandlung dieser einzelnen Erkrankung sehr teuer sein. Wenn es sich um eine seltene Erkrankung handelt, fließen diese hohen Kosten nur zu einem sehr geringen Teil in die Durchschnittskosten der Gruppe ein.

Unter diesen Umständen stellen solche kostenintensiven Erkrankungen, für die die Krankenkasse keinen angemessenen Ausgleich erhält, ein Kostenrisiko für die Kran-

kenkassen dar; dies hat leider oftmals zur Folge, dass die entsprechenden Krankenkassen die Kosten der Behandlung zunächst nicht übernehmen und die Erkrankten auf den Klageweg verwiesen werden.

Generell beanstandet die BAG SELBSTHILFE, dass seltene Erkrankungen angesichts der beschriebenen Begrenzung der Anzahl der Krankheiten oftmals nur unzureichend in dem Katalog des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs abgebildet sind. Einer der Gründe dürfte darin liegen, dass diese Krankheiten in vielen Fällen nicht zutreffend oder erst sehr spät diagnostiziert werden und damit in ihren Kosten nicht oder zu spät Berücksichtigung finden. Insoweit haben die Betroffenen in vielen Fällen nicht nur Diagnoseodysseen zu erleiden, sondern stellen auch bei einer schließlich zutreffenden Diagnose einer seltenen Erkrankung unter Umständen ein Kostenrisiko für ihre Krankenkassen dar. Dies hat – wie bereits dargestellt – oftmals zur Folge, dass die Betroffenen auf den Klageweg verwiesen werden, was umso schwieriger ist, als viele Medikamente in diesem Bereich off label verordnet werden und insoweit bereits deswegen eine gerichtliche Geltendmachung der medikamentösen Behandlung erschwert ist. Die BAG SELBSTHILFE fordert daher, in den Morbiditätsfilter eine Generalindikation „schwerwiegende kostenintensive seltene Erkrankungen“ aufzunehmen.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es zudem unverständlich, dass verschiedene Erkrankungen wie Borreliose, ADHS oder Schlaganfall nicht (mehr) zu den nach § 31 RSAV relevanten Krankheiten zählen sollen. Ursache dürfte unter anderem die nicht mehr aktuelle Datengrundlage sowie die Nichtberücksichtigung von Untersorgungen sein. Das Bundesversicherungsamt hat selbst in seinem letzten Entwurf (S.116) die Verwendung von aktuelleren Morbiditätsdaten für wünschenswert erachtet, um den zeitlichen Versatz von zwei Jahren zu vermeiden. Eine solche aktuellere Datenlage halten wir zur Vermeidung von Fehleinschätzungen für dringend erforderlich (s. dazu auch unter II.).

Die im vorliegenden Entwurf vorgenommene Neubestimmung der Gruppen verdeutlicht zudem, dass die Frage, wie kostenintensiv eine Krankheit eingestuft wird, maßgeblich davon abhängt, in welche Gruppe die Diagnose eingeordnet wird, wie sich diese Gruppe zusammensetzt und welcher Durchschnittswert sich dadurch in der Gruppe ergibt. Auch dies belegt aus Sicht der BAG SELBSTHILFE, dass die Begrenzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf 50 - 80 Krankheiten nicht sachgerecht gewesen ist und daher korrigiert werden muss.

Insgesamt ist zu beanstanden, dass der Nennung von Symptomen und Syndromen oftmals Vorrang gegenüber den Ursachen eingeräumt wird; wie an der Klassifikation der HIV-Infektion zu erkennen ist, wird allerdings auch dieses Prinzip nicht durchgängig eingehalten. Bereits der Wissenschaftliche Beirat hat festgestellt, dass die Definition der Krankheiten über Diagnose-Gruppen zur Folge hat, „dass einige der in diesem Gutachten ausgewählten Krankheiten nicht exakt das umfassen, was aus klinischer Sicht als vollständige ‚Krankheitsentität‘ zu bezeichnen wäre“ (S. 33 des Gutachtens). So wird etwa mit dem Begriff „Hörverlust“ die Systematik „Krankheit“ und „Krankheitsfolge“ durchbrochen, da es sich hier nicht um eine Krankheit, sondern um eine Folge verschiedener Krankheiten handelt.

Dies ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE auch in rechtlicher Hinsicht problematisch, da aufgrund dieser unklaren Begriffsbildung unter Umständen auch die Zahl der maximalen berücksichtigungsfähigen Krankheiten unangemessen verkürzt werden kann. Die „enge Abgrenzbarkeit“ in § 31 Abs. 1 Satz 4 RSAV bezieht sich auf die Klarheit und Handhabbarkeit des Krankheitsbegriffs, nicht aber auf den Umfang der Sachverhalte, die jeweils per Definition als „Krankheit“ an zu sehen sind. Es wäre daher verfehlt, zu unterstellen, dass der Begriff „Krankheit“ in § 31 RSAV „eng“, d.h. bezogen auf Einzeldiagnosen zu bestimmen sei. Es wird insofern jedoch begrüßt, dass diesem Problem derzeit mit der Bildung von Oberbegriffen für verschiedene Diagnosen begegnet wird. Gleichzeitig ergeben sich jedoch aus diesem Vorgehen die bereits beschriebenen Probleme der Ermittlung von Durchschnittskosten, die die Kosten für einzelne Diagnosen nicht ansatzweise abbilden.

Korrekturbedürftig ist aber auch die Ausgestaltung der Indikatoren, anhand derer Leistungserbringer das Vorliegen einer berücksichtigungsfähigen Erkrankung nachweisen müssen. Sowohl Fehlsteuerungen in der Versorgung als auch die Manipulationsanfälligkeit der Indikatoren sind in der Öffentlichkeit breit diskutiert worden.

Hier bedarf es eines Kontrollinstrumentariums, das umgehend gesetzlich verankert werden muss, um zu verhindern, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, der Fehlsteuerungen vermeiden soll, nicht selbst zur Ursache von Fehlsteuerungen in der Versorgung wird.

## **II. Aktuelle Neuauswahl relevanter Erkrankungen**

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE berücksichtigt der vorliegende Entwurf für den Risikostrukturausgleich wichtige Erkrankungen nicht, ohne dass hierfür ein gewichtiger Grund vorliegt. Ferner sind durch Umgruppierung bisheriger Gruppen bestimmte Krankheiten aus dem Ausgleich herausgenommen worden, welche nach wie vor zu den kostenintensiven Krankheiten gehören.

Wie bereits dargestellt, sind seltene Erkrankungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nur unzureichend abgebildet; dies gilt insbesondere für den Bereich der Skelettsystemfehlbildungen und der Mukopolysaccharidosen:

### **a.) Fehlen der Skelettsystemfehlbildungen**

Aus Sicht des BAG SELBSTHILFE und unseres Mitgliedverbandes, des Bundesverbandes Kleinwüchsiger Menschen und ihrer Familien, ist zu beanstanden, dass der Katalog Angeborene Skelettsystemfehlbildungen (ICD-Codes Q71.- bis Q78.-, Q.79.8, Q87.0 bis Q87.3 und Q87.5) nicht enthält. Ergänzt werden muss der Katalog daher um folgende chronische Erkrankungen (angelehnt an die Richtlinie zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V für angeborene Skelettsystemfehlbildungen):

**Q 71.- Reduktionsdefekte der oberen Extremitäten**

**Q 72.- Reduktionsdefekte der unteren Extremitäten**

- Q 73.- Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten
- Q 74.- Sonstige angeborene Fehlbildungen der Extremitäten
- Q 75.- Sonstige angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen
- Q 76.- Angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule und des knöchernen Thorax
- Q 77.- Osteochondrodysplasie mit Wachstumsstörungen der Extremitäten und der Wirbelsäule
- Q 78.- Sonstige Osteochondrodysplasien
- Q 79.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems
- Q 87.0 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes
- Q 87.1 Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen
- Q 87.2 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten
- Q 87.3 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vermehrtem Gewebewachstum im frühen Kindesalter
- Q 87.5 Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome mit sonstigen Skelettveränderungen

Die aufgeführten Erkrankungen sind nicht heilbar. Sie ziehen häufig umfangreiche Operationen und Heilbehandlungen nach sich, ggf. auch Pflegebedürftigkeit. Vorzeitige Verschleißerscheinungen der Gelenke und deren Folgen kommen gehäuft vor, manche Betroffene werden im Laufe ihres Lebens rollstuhlabhängig. Vielfach sind auch andere Organsysteme (z.B. Augen, Ohren, Nervensystem) mit betroffen, so dass eine interdisziplinäre Betreuung notwendig ist. Eine adäquate Versorgung der Patienten ist daher besonders kostenintensiv.

Zudem ist bei einer Anzahl seltener Skelettsystemfehlbildungen eine definitive Diagnose bisher nicht oder nicht im Rahmen der Erstvorstellung möglich. Diese Schwierigkeiten erhöhen den Aufwand für Betreuung und Recherche erheblich. Bei den Skelettsystemfehlbildungen liegt ein erster Schwerpunkt der Betreuung in der Diagnostik, denn durch die Seltenheit, Ursachenvielfalt und die Notwendigkeit einer radiologisch oder / und durch Mutationsnachweis gestützten Diagnose wird diese in der Regel erst beim Spezialisten gestellt. Wie bei den anderen Seltenen Krankheiten ist eine kontinuierliche Behandlung durch Spezialisten im Interesse der Patienten erforderlich. Je nach der Grunderkrankung müssen im Verlauf eine Reihe von Terminen, nicht nur zur weiteren Diagnostik sondern auch zur Information darüber, ob die Probleme des Patienten im Krankheitsverlauf typisch oder atypisch sind, erfolgen. Da die Skelettsystemfehlbildungen nicht in dem Sinne heilbar sind, muss über alle Möglichkeiten der Vorbeugung von Komplikationen nachgedacht werden. Dazu zählen auch Therapien, die der Linderung des Krankheitsverlaufs dienen.

In Deutschland und darüber hinaus in vielen anderen Ländern gibt es nur eine begrenzte Zahl von erfahrenen Fachleuten für Skelettsystemfehlbildungen. In Einzelfällen, insbesondere bei sehr seltenen Skelettsystemfehlbildungen ist eine angemessene Behandlung in Deutschland nicht möglich. Die deutschen Behandlungszentren können dann mit Hilfe internationaler Kooperationspartner optimale Behandlungswege zum Wohle des Patienten und zum Vermeiden von Komplikationen vermitteln. All dies ist jedoch sehr kostenintensiv.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist festzuhalten, dass der vorliegende Entwurf einer Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten überarbeitungsbedürftig ist und das Risiko in sich birgt, dass der Ausgleich die Morbiditätsrisiken, insbesondere der Skelettsystemfehlbildungen nicht adäquat abbildet.

## **b.) Mukopolysaccharidosen**

Auch im Bereich der Diagnose der Mukopolysaccharidose ist nach den im vorliegenden Entwurf niedergelegten Regelungen kein hinreichender finanzieller Ausgleich der Therapiekosten sichergestellt. Zwar wird diese Erkrankung in dem vorgesehenen Entwurf berücksichtigt, bedauerlicherweise ist der finanzielle Ausgleich, den die Krankenkassen einfordern können, zu gering. Die entsprechenden Erkrankungen werden mit anderen Stoffwechselerkrankungen (schwerwiegende endokrine und metabolische Störungen) zusammengefasst; auf diese Weise wird ein Durchschnittswert für die Kosten der Behandlung ermittelt, der lediglich im vierstelligen Bereich (wohl bei ca. 1390 €) liegt. Tatsächlich kosten die verfügbaren Therapien für Patienten mit Mukopolysaccharidosen fünf- bis sechsstellige Beträge. In der Vergangenheit haben sich deswegen einzelne Krankenkassen lange Zeit geweigert die Kosten für die Therapien zu übernehmen, trotzdem die Therapien im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind. Nachdem die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond die tatsächlichen Therapiekosten nur unzureichend abbilden, ist die BAG SELBSTHILFE der Auffassung, dass die Mukopolysaccharidosen aus der Gruppe der Stoffwechselerkrankungen herausgelöst werden und in einer eigenen Gruppe Berücksichtigung finden sollten.

## **c.) Rheumatische Erkrankungen**

In Bezug auf den rheumatischen Indikationsbereich wurden umfangreiche Änderungen hinsichtlich der Darstellung der Erkrankungen in Gruppen vorgesehen. Ausdrücklich wird seitens der BAG SELBSTHILFE und ihren Mitgliedsverbänden, der Deutschen Rheuma-Liga und dem Deutschen Psoriasis Bund, begrüßt, dass die Psoriasisarthritis neu bei den Erkrankungen mit berücksichtigt werden soll. Gleichzeitig führt jedoch die Umstrukturierung dazu, dass viele der rheumatischen Erkrankungen in unangemessener Weise nicht mehr beim Risikostrukturausgleich berücksichtigt würden:

Nach wie gehören diese Krankheiten zu den kostenintensiven Erkrankungen; lediglich durch die Verteilung auf mehrere Untergruppen fällt ein Teil der Erkrankungen (u.a. Lupus erythematodes, Kollagenosen, Morbus Bechterew) bei der Berechnung unter die festgelegten Perzentilgrenzen.

In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2011 zu berücksichtigenden Krankheiten durch das BVA wird unter II. erläutert, dass die Krankheitsabgrenzung in wesentlichen Punkten verändert wurde. Als primäres Kriterium für die Krankheitsabgrenzung sei die medizinisch-klinische Homogenität der Krankheiten gewählt worden (S. 2 der Erläuterung).

Im Weiteren wird hinsichtlich der Rheumatoiden Arthritiden darauf hingewiesen, dass die bisherigen Krankheiten 83-85 in die Krankheiten 90 bis 94 umstrukturiert wurden. Dabei wurde vor allem die vorher sehr umfangreiche Nr. 84 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen“ aufgesplittet und die ICD-Codes auf die neuen Nr. 92 „Entzündliche Polyarthropathien“ (M05-M09), Nr. 93 „Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30 - M36) und Nr. 94 Spondylose und assoziierte Erkrankungen (Osteoarthrose der Wirbelsäule) (M 45.0, M 46-M49) verteilt. Während die Nr. 92 die Kriterien der Kostenintensität, Chronizität und Schwere erfüllt, werden die Nr. 93 und 94 als nicht kostenintensiv eingeordnet.

Aus Sicht der BAG SELBSHILFE ist unklar, warum diese Aufsplittung erfolgt ist. Bei allen genannten Erkrankungsgruppen handelt es sich um Autoimmunerkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Die Erkrankungen sollten daher gemeinsam betrachtet werden. Diagnostik und Therapie der entzündlich rheumatischen Erkrankungen sind wegen des autoimmunen Charakters der Gruppe mit meist hoher entzündlicher Aktivität ähnlich. Alle Erkrankungen sind systemisch und betreffen je nach Schwere und Verlauf unterschiedliche Organe. Die Kollagenosen und Vaskulitiden (M 30 - M 36) sowie die entzündlichen Wirbelsäulenerkrankungen (M 45) sollten daher hinsichtlich des Risikostrukturausgleichs in einer Gruppe betrachtet werden.

Auf keinen Fall sollte der Morbus Bechterew (M 45.0) mit den infektiösen und degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen gruppiert werden. Hier wurden ätiopathogenetisch und in der Folge auch diagnostisch und therapeutisch völlig unterschiedliche Krankheiten in einer Gruppe zusammengefasst. Unter nosologischen und ätiologischen Gesichtspunkten ist eine gemeinsame Betrachtung mit den entzündlichen Gelenkerkrankungen wesentlich nahe liegender als eine Zusammenführung mit den degenerativen und infektiösen Erkrankungen der Wirbelsäule. Die Spondylitis ankylosans ist als Systemerkrankung nicht auf die Wirbelsäule beschränkt, sondern manifestiert sich durch Befall unterschiedlicher Organe und Gelenke. Auch die Therapie ist nicht lokal, sondern systemisch. Die Definition der Gruppe 94 hat sich offenbar ausschließlich am Befall der Wirbelsäule ausgerichtet, was in klinisch-medizinischer Hinsicht fragwürdig ist. Aus unserer Perspektive sollten alle Erkrankungen der Wirbelsäule, bei denen die immunologisch bedingte, nicht bakterielle Entzündung im Vordergrund der Erkrankung steht, wie bisher mit den entzündlichen Gelenkerkrankungen zusammen klassifiziert werden. Dabei handelt es sich um die M 45.0 -M 45.9 (Spondylitis ankylosans), M 46.0 - M 46.1 (Spinale Enthesopathie, Sakroiliitis), M 46.4, M 46.8 und M 46.9 (Diszitis und Spondylopathien). Eine Zusammenfassung mit den bakteriell bedingten Erkrankungen (M 46.2, M 46.3, M.46.5) sowie mit den degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen (M 47.8) ist aus Sicht der BAG SELBSHILFE wegen der unterschiedlichen Pathogenese, Diagnostik und Therapie keinesfalls sinnvoll.

Wir bitten Sie daher, die entzündlichen rheumatischen Erkrankungen weiterhin in einer Erkrankungsgruppe zusammenzufassen.

#### d.) Psoriasis

Die BAG SELBSTHILE begrüßt ausdrücklich, dass der vorliegende Entwurf vorsieht, dass nunmehr die Psoriasis und Parapsoriasis (inklusive Gelenkbeteiligung) als in den Kostenausgleich für das Ausgleichsjahr 2011, aufgenommen werden soll. Diese Aufnahme war mehrfach von der BAG SELBSTHILFE und unserem Mitgliedsverband, dem Deutschen Psoriasis Bund angemahnt worden, zumal auch eine Studie von Herrn Prof. Dr. Augustin, Hamburg eine deutliche Unterversorgung von Menschen mit mittelschwer und schwerer Psoriasis nachgewiesen hat.

Gerade in diesem Bereich zeigt sich jedoch, dass es dringend erforderlich ist, für die Berechnung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs aktuelle Daten heranzuziehen: Nachdem die vorliegenden Daten aus den Jahren 2007/2008 eine Überschreitung der Perzentilgrenze ergeben hat, war der Schwellenwert bei der Psoriasis Erkrankung im Grunde bereits vor Einführung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs erfüllt; die Krankheit hätte damit von Anfang an in die Liste der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten aufgenommen werden müssen.

#### e.) Borrelien

Unser Mitgliedsverband, die Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V beanstandet zu Recht, dass das Klassifikationsmodell die Diagnose einer Borreliose nicht kennt und auch nicht im Katalog enthalten ist. Zwar findet die ICD 10 Kodierung A69.2 (Lyme-Krankheit) Eingang in die Gruppe der Spirochäteninfektionen, in der etwa auch die nichtvenöse Syphilis enthalten ist; diese Gruppe der Spirochäteninfektionen ist jedoch wegen zu geringer Kosten nicht in den Katalog der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten aufgenommen worden.

Vor dem Hintergrund, dass nach jüngsten Pressemitteilungen der Techniker Krankenkasse mindestens 0,35 Prozent der Bevölkerung mit Borrelien infiziert ist und bei unzutreffender Erstdiagnose erhebliche Therapiekosten im Raume stehen können, ist ein solcher Ausschluss der Krankheit aus Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht nachvollziehbar.

Dies könnte nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE auch darin seinen Grund haben, dass es in vielen Fällen nicht zu einer zutreffenden Diagnose der Ursache der Beschwerden kommt und es ferner durch die Verwendung des ICD- Schlüssels ICD-10: A69.2, „Lyme-Krankheit“ anstatt „Lyme-Borreliose“, bisher zu massiven Verzerrungen in der Verschlüsselung bei allen klassifikatorischen Anlässen gekommen ist. Insofern wird hier seitens unseres Mitgliedsverbandes eine Schaffung einer präziseren Klassifikationsmöglichkeit gefordert.

Ferner wird beanstandet, dass der Katalog zwar unzählige Arthritiden, jedoch keine Lyme-Arthritis enthält. Auch Poly- und Arthritiden werden im Zusammenhang mit Staphylokokken und Streptokokken in differenzierten Zusammenhängen mit einzelnen Körperteilen dargestellt, nicht aber im Zusammenhang mit Borrelien.

Insofern wird seitens der BAG SELBSTHILFE gefordert, dass die Borrelien im Katalog des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs eine angemessene und differenzierte Berücksichtigung finden.



### III. Fazit

Es ist festzuhalten, dass der vorliegende Entwurf einer Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten überarbeitungsbedürftig ist und aus Sicht der BAG SELBSTHILFE zudem das Risiko in sich birgt, dass der Ausgleich die Morbiditätsrisiken nicht adäquat abbildet wird.

Düsseldorf, 31.03.2010