

**Erläuterungen zur Festlegung der im
morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich
für das Ausgleichsjahr 2011 zu
berücksichtigenden Krankheiten durch das
Bundesversicherungsamt**

Gliederung

1	Rechtliche Grundlagen und Verfahren	3
2	Festlegungsentwurf	4
3	Stellungnahmen zum Festlegungsentwurf	6
3.1	Allgemeine Anmerkungen.....	7
3.1.1	Zeitpunkt und Umfang der Anpassungen	7
3.1.2	Umfang der resultierenden Krankheitsauswahl	7
3.1.3	Folgewirkungen der Krankheitsauswahl	8
3.1.4	Bewertung der allgemeinen Anmerkungen.....	8
3.2	Methodik der Krankheitsabgrenzung	10
3.2.1	Grundelemente der Krankheitsabgrenzung.....	10
3.2.2	Abgrenzungskriterien.....	11
3.3	Bewertung der Stellungnahmen zur Abgrenzungsmethodik	13
3.4	Abgrenzung der einzelnen Krankheiten	15
3.5	Berechnungsalgorithmus zur Auswahl der Krankheiten	47
3.5.1	Berücksichtigung spezifischer Kosten der Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren	47
3.5.2	Kennzahlen zur Güte des Regressionsmodells	47
3.5.3	Berücksichtigung von Arzneimittelverordnungen bei der Krankheitsauswahl	47
3.5.4	Durchführung der Schwellenwertprüfung	47
3.5.5	Prävalenzgewichtung.....	48
3.5.6	Mögliche Nutzung der „Chroniker-Regel“ des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	48
3.5.7	Bewertung der Stellungnahmen zum Auswahlalgorithmus	48

1 Rechtliche Grundlagen und Verfahren

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

Die hierbei festgelegten Krankheiten dienen als so genannter „Filter“ (§ 31 Abs. 1 Satz 2 RSAV) für ein Versichertenklassifikationssystem, das dazu eingesetzt wird, Versicherte auf Grundlage von Diagnosen und verordneten 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 BVA hat mit Änderungsbekanntgabe vom 29. Mai 2008 erstmalig die im Risikostrukturausgleich (RSA) für das Ausgleichsjahr 2009 zu berücksichtigenden 80 Krankheiten festgelegt. Die Festlegung der zu berücksichtigenden 80 Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2010 erfolgte am 30. September 2009.

Es ist Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (im Folgenden: Wissenschaftlicher Beirat), die Auswahl der Krankheiten auch nach der Vorlage des Gutachtens zum 31. Oktober 2007 „in regelmäßigen Abständen zu überprüfen“ (§ 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV). Gemäß Errichtungserlass des Bundesministeriums für Gesundheit vom 3. Mai 2007 hat diese Prüfung jährlich zu erfolgen.

2 Festlegungsentwurf

Am 3. März 2010 hat das BVA den Entwurf einer Festlegung zu den im Ausgleichsjahr 2011 zu berücksichtigenden Krankheiten in das hierfür vorgesehene Anhörungsverfahren gegeben (im Folgenden: Festlegungsentwurf). Gemäß § 31 Abs. 4 RSAV wurde der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) um schriftliche Stellungnahme bis zum 31. März 2010 gebeten.

Im Kern stellt der Festlegungsentwurf eine grundlegende Überarbeitung der Krankheitsabgrenzung dar:

Bislang basierte die Bildung der einzelnen Krankheitsentitäten auf der Logik so genannter DxGruppen (DxG, Diagnosegruppen) des DCG/HCG-Klassifikationsmodells, auf dessen Grundlage auch das Versichertenklassifikationssystem des BVA entwickelt worden ist. Vor dem eigentlichen Auswahlprozess wurden 751 DxG nach den Vorgaben des § 268 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV zu 367 Krankheiten zusammengefasst, die im Anschluss empirisch bewertet wurden.

Schon bei der erstmaligen Abgrenzung der Krankheiten musste sich der Wissenschaftliche Beirat für geeignete „Grundbausteine“ der Krankheitsbildung entschließen und hatte hierfür zwischen der Systematik der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und anderen Klassifikationssystemen abzuwägen. Wie im Gutachten des Beirats „für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“ ausgeführt wurde, eigneten sich die Diagnosegruppen der DxG-Logik besonders gut als derartige Grundelemente, weil sie klinisch eng verwandte Krankheitszustände auch über die (Kapitel-)Grenzen der ICD-Systematik hinweg zu sinnvollen Entitäten verbinden.

Dennoch wurde bei den schon zurückliegenden Modellanpassungen deutlich, dass die DxG trotz der vom Wissenschaftlichen Beirat beschriebenen Vorteile nicht in allen Fällen medizinisch (im Sinne von ätiologisch bzw. nosologisch) konsistente Einheiten bilden. Aus diesem Grund beabsichtigte das BVA nach ausführlichen Beratungen mit seinem Beirat, die Krankheiten grundlegend neu abzugrenzen und hierbei das Hauptaugenmerk auf die medizinisch-nosologische Homogenität der entstehenden Einheiten zu legen. Um dies zu erreichen, löste sich der Festlegungsentwurf bei der Restrukturierung weitgehend von der DxG-Logik und orientierte sich deutlich enger an der Systematik der ICD-Klassifikation. Um die im Gutachten angesprochene Schwäche der ICD-Systematik zu überwinden, wurde zudem darauf geachtet, die Klassifikationslogik in bestimmten Fällen zu durchbrechen und so die oben angesprochenen positiven Eigenschaften des DxG-Systems bei der ICD-basierten Neuabgrenzung nicht aufzugeben.

Im Grundsatz wurden bei der Überarbeitung der Krankheitsabgrenzung die folgenden Kriterien angelegt:

- Definition von Krankheiten auf Grundlage von ICD-Dreistellern bzw. auf Ebene der ICD-Gruppen,
- Aufgliederung von bislang weit gefassten Krankheiten,
- Überprüfung der Krankheitsabgrenzung nach medizinischen Kriterien,
- Zuordnung von Folgezuständen zu ihrer Grunderkrankung.

Die sich aus diesem Ansatz ergebenden Änderungen sind ausführlich in den Anlagen zum Festlegungsentwurf dokumentiert.

Über die abgrenzungsbedingten Änderungen hinaus wurde im Festlegungsentwurf vorgesehen, die ICD-Kodes Z51.0 (Strahlentherapie-Sitzung) und Z51.1 (Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung) im Klassifikationsmodell als Zusatzinformation für die Gruppierung ausgewählter bösartiger Neubildungen heranzuziehen, ohne dass die beiden Codes selbst den Prozess der Krankheitsauswahl durchlaufen müssen.

Die im Abgrenzungsprozess (neu) definierten Krankheiten wurden im Anschluss dem Bewertungsalgorithmus zugeführt. Hieraus resultierte eine neue Liste von 80 für den RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten, die neben der geänderten Abgrenzung Gegenstand des Anhörungsverfahrens war.

.

3 Stellungnahmen zum Festlegungsentwurf

Neben der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) vom 31.03.2010 erreichten auch weitere Erklärungen das BVA innerhalb der vorgegebenen Frist:

AOK-BV:	Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes vom 31.03.2010
BAG:	Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. vom 31.03.2010
BARMER:	Stellungnahme der BARMER GEK vom 31.03.2010
BKJPP:	Stellungnahme des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 29.03.2010
BKK-BV:	Stellungnahme des BKK Bundesverbandes vom 31.03.2010
BPtK:	Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 31.03.2010
BVKJ / AG ADHS:	Gemeinsame Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte und der Arbeitsgemeinschaft der Kinder- und Jugendärzte vom 23.03.2010
DPB:	Stellungnahme des Deutschen Psoriasis Bund vom 29.03.2010
DRL et al.:	Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Rheuma-Liga, der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew und der Lupus Erythematoses Selbsthilfegemeinschaft vom 26.03.2010
IKK e.V.:	Stellungnahme der gemeinsamen Vertretung der Innungskrankenkassen e.V. vom 31.03.2010
KBV / BÄK:	Gemeinsame Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer vom 30.03.2010
SBK et al.:	Stellungnahme der Siemens-Betriebskrankenkasse, unterstützt durch weitere Krankenkassen (HVB BKK, BKK Faber-Castel & Partner, BKK Essanelle, BKK A.T.U., BKK Kassana, BKK MAN und MTU München, BKK Akzo Nobel-Bayern, Bertelsmann BKK, Schwenninger BKK, Bosch BKK, BKK Würth) vom 24.03.2010
TK et al.:	Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der KKH-Allianz, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse vom 31.03.2010

Darüber hinaus wurde dem BVA die Stellungnahme eines pharmazeutischen Unternehmens übersandt, das einer Veröffentlichung seines Dokuments explizit widersprochen hat. Da sich die darin enthaltenen Ausführungen nicht auf den Prozess oder das Ergebnis der Krankheitsauswahl, sondern lediglich auf die Behandlung einer (gemäß Festlegungsentwurf) neu ausgewählten Krankheit im Klassifikationsmodell beziehen, verfehlt die Stellungnahme ohnehin den eigentlichen Anhörungsgegenstand. Aus diesem Grund hat das BVA die vorgetragene Argumentation nicht in seine Erwägungen einfließen lassen. Die gemeinsame

Stellungnahme der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen ist zwar auf der Homepage des BVA veröffentlicht, spielt jedoch ebenfalls wegen des Bezuges zum Klassifikationsmodell an dieser Stelle keine Rolle.

Das BVA hat die eingegangenen Stellungnahmen am 7. April und 9. Juni 2010 mit dem Wissenschaftlichen Beirat diskutiert und ist dabei einvernehmlich zu den untenstehenden Bewertungen gelangt.

Die wesentlichen Anmerkungen und Argumente der vom BVA in seinen Abwägungen zu berücksichtigten Stellungnahmen werden im Folgenden zusammengefasst.

3.1 Allgemeine Anmerkungen

3.1.1 Zeitpunkt und Umfang der Anpassungen

GKV-SV und **SBK et al.** können nicht nachvollziehen, dass das BVA bereits in der „Einführungs-“ bzw. „Bewährungsphase“ des Gesundheitsfonds weitreichende Änderungen der Krankheitsauswahl anstrebt.

Der **BKK-BV** führt aus, dass die vorgesehenen Änderungen nicht zu der politisch angestrebten Vereinfachung des Systems beitragen würden. Eine umfassende Anpassung der Krankheitsauswahl zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird generell abgelehnt.

Mit Blick auf die potenzielle Finanzwirksamkeit einer geänderten Krankheitsauswahl hält der **IKK e.V.** die vom BVA angestrebten Änderungen für unzureichend begründet. Insbesondere solle beachtet werden, dass eine verlässliche Haushaltsplanung durch anhaltende Änderungen der RSA-Systematik massiv erschwert werde.

3.1.2 Umfang der resultierenden Krankheitsauswahl

Vor dem Hintergrund des Koalitionsvertrages „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.“ zwischen CDU, CSU und FDP, der unter anderem die Vereinfachung des Risikostrukturausgleichs und dessen Reduktion auf „das notwendige Maß“ fordert, sei das praktizierte Verfahren und die resultierende Auswahl von 80 Krankheiten laut **SBK et al.** und **TK et al.** nicht sachgerecht. Im Kern wird eine Beschränkung der Krankheitsauswahl auf lediglich 50 Krankheiten gefordert, die (zumindest gemäß Stellungnahme der **TK et al.**) durch besonders hohe Kosten im Einzelfall charakterisiert sein sollen.

Demgegenüber kritisiert der **AOK-BV**, dass eine Umsetzung des Festlegungsentwurfes mit einem sachlich nicht gerechtfertigten Rückgang der berücksichtigungsfähigen ICD-Schlüssel um rund 10% einhergehe.

Die **BAG** wiederum kritisiert die Begrenzung des berücksichtigten Morbiditätsspektrums grundsätzlich.

3.1.3 Folgewirkungen der Krankheitsauswahl

BVKJ / AG ADHS und **BKJPP** gehen (mit Blick auf den Wegfall der Krankheit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung) davon aus, dass sich das Ergebnis der Krankheitsauswahl auf bestehende (und zukünftige) Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern auswirken und so die Qualität der Versorgung von Patienten mit bestimmten Krankheiten beeinflussen würde.

KBV / BÄK weisen darauf hin, dass die Berücksichtigung unspezifischer ICD-Kodierungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich die Umstellung auf ein (anzustrebendes) exaktes Kodierverhalten niedergelassener Ärzte herauszögere.

3.1.4 Bewertung der allgemeinen Anmerkungen

Umfang der Krankheitsauswahl

Zunächst ist festzuhalten, dass sich das BVA bei der Krankheitsauswahl an das geltende Recht halten muss. Politische Erklärungen wie die im Koalitionsvertrag zum Ausdruck gebrachten Zielsetzungen zur Vereinfachung des RSA und seiner „Reduktion auf das notwendige Maß“ können dabei keinen Einfluss auf den laufenden Prozess der Krankheitsauswahl haben. Es ist Aufgabe der Politik, eine Diskussion über Umfang und Notwendigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu führen, und aus dieser Diskussion entsprechende Schlussfolgerungen zu ziehen. Eine eigenständige Begrenzung des berücksichtigten Morbiditätsspektrums würde einem solchen Diskussionsprozess vorgreifen und darüber hinaus mit den noch immer gültigen Zielsetzungen des Gesetz- und Verordnungsgebers (Auswahl von Krankheiten mit besonderer Bedeutung für das Versorgungsgeschehen bzw. mit wesentlichem Einfluss auf das Kostengeschehen sowie die Entwicklung eines zielgenauen Klassifikationsmodells für den „Einstieg“ in die direkte Morbiditätsorientierung), den Forderungen der Kassen selbst (Planbarkeit der Haushalte) sowie den konkreten Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA konfligieren.

Angesichts der von Kassenseite antizipierten Verteilungswirkung ist es prinzipiell nachzuvollziehen, dass den im Festlegungsentwurf dargestellten Modifikationen – gerade in der Einführungsphase des Gesundheitsfonds – mit Skepsis begegnet wird. Selbstverständlich hat das BVA bei seinen Festlegungen die Planungssicherheit der Krankenkassen zu beachten und wird dies auch im Rahmen der Überprüfung und Anpassung der Krankheitsauswahl berücksichtigen. Eine regelmäßige Überprüfung der Krankheitsauswahl ist aber in § 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV vorgegeben; im Errichtungserlass des Bundesministeriums für Gesundheit vom 3. Mai 2007 wird dies zu einer jährlichen Überprüfung konkretisiert. Unabhängig vom Umfang der vorgenommen Änderungen hält das BVA daher daran fest, dass zum jetzigen Zeitpunkt eine Überprüfung der Krankheitsauswahl stattfinden muss.

Auch hält das Bundesversicherungsamt daran fest, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen insgesamt 80 Krankheiten auszuwählen sind. § 268 SGB V gibt zwar vor, dass „50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf“ auszuwählen sind. Tatsächlich erfüllen aber nach den vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen und vom BVA angewandten Kriterien mehr als 80 Krankheiten die gesetzlichen Anforderungen, entweder „kostenintensiv chronisch“ oder „schwerwiegend“ zu sein und den Schwellenwert nach § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV zu übersteigen. Als „kostenintensiv chronisch“ bzw. „schwerwiegend“ wurden vom Wissenschaftlichen Beirat in seinem Gutachten von 2007 diejenigen Krankheiten definiert, die entweder eine Mindesthospitalisierungsquote oder eine gewisse Diagnosepersistenz aufwiesen und deren prospektive prävalenzgewichteten Kosten oberhalb des 70. Perzentils der gesamten Kostenverteilung lagen. Bei einer entsprechenden Anwendung des Perzentilkriteriums würde eine Auswahl von 90 Krankheiten resultieren, die alle die geforderten Kriterien erfüllen und somit generell berechtigungsfähig wären. Aus diesem Grund sieht sich das BVA gezwungen, über die Adjustierung der Perzentilgrenze eine Auswahl aus diesen Krankheiten vorzunehmen. Jede weitere Reduzierung über die Zahl von 80 Krankheiten hätte dabei ein willkürliches Element, da nur die gesetzliche Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten die Nichtaufnahme einer Krankheit, die ansonsten alle vom Gesetzgeber vorgegebenen und im vorgegebenen Prozess operationalisierten Kriterien erfüllt, rechtfertigen kann.

Folgewirkungen der Krankheitsauswahl

Die Frage, wie sich die Aufnahme oder Nichtaufnahme einer Krankheit auf das Vertragsgeschehen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen auswirkt, kann nicht relevant für die Auswahl von Krankheiten sein. Der Gesetzgeber hat mit der Entscheidung für die Berücksichtigung eines reduzierten Morbiditätsspektrums in Kauf genommen, dass die Kostenbelastungen einiger Krankheiten nicht zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden. Insbesondere kommt die Aufnahme von Krankheiten, die nicht den gesetzlichen Anforderungen für eine Berücksichtigung genügen, allein aufgrund etwaiger Folgewirkungen nicht in Betracht. Dabei ist unerheblich, dass die vorgegebenen Kriterien nur „insbesondere“ zu berücksichtigen sind (§ 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV). Ein weitergehendes Auswahlermessen käme dem BVA nur dann zu, wenn weniger als 80 Krankheiten in der Auswahl berücksichtigt würden. Solange nicht alle Krankheiten, die die gesetzlichen Kriterien erfüllen, berücksichtigt werden können, besteht auch kein Spielraum für die Berücksichtigung von Krankheiten, die diese Kriterien nicht erfüllen.

Auch können an dieser Stelle Anreizsetzungen zum spezifischen Kodieren der Ärzte kein relevantes Auswahlkriterium darstellen. Es ist nicht Aufgabe des Risikostrukturausgleichs, die Leistungserbringer zu spezifischem Kodieren anzuhalten, vielmehr ist dies Aufgabe der Kodierrichtlinie nach § 295 Abs. 3 Satz 3 SGB V und der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer Pflichten nach § 106a Abs. 2 SGB V.

Dessen ungeachtet teilt das BVA die Auffassung, dass bei der Ausgestaltung des Klassifikationsmodells darauf zu achten ist, keine für das Kodierverhalten abträglichen Anreize entstehen zu lassen. In der Regel lösen daher im Klassifikationssystem spezifische ICD-Kodes höhere Zuweisungen aus als unspezifische. Bei der Krankheitsauswahl ist es hingegen unerlässlich, die berücksichtigungsfähige Morbidität möglichst vollständig zu erfassen, um die Morbiditätslast der einzelnen Krankenkassen bestmöglich einschätzen zu können. Ein generelles Ausblenden unspezifischer ICD-Kodes würde diesem Ziel entgegenstehen.

Der Wissenschaftliche Beirat unterstützt grundsätzlich das Ansinnen der KBV/BÄK.

3.2 Methodik der Krankheitsabgrenzung

3.2.1 Grundelemente der Krankheitsabgrenzung

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Entscheidung des BVA, bei der Bildung der Krankheiten die Logik des DxCG-Gruppierungsalgorithmus zu verlassen und stattdessen die Krankheiten grundsätzlich auf Basis der Dreistellersystematik der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) zu definieren.

Seitens des **AOK-BV** sowie **KBV / BÄK** wird eine stärkere Anbindung der Krankheitsabgrenzung an die ICD-Logik grundsätzlich begrüßt.

Auch **TK et al.** führen aus, dass die Orientierung an ICD-Dreistellern grundsätzlich ein richtiger Schritt hin zu einer medizinisch sinnvollen Krankheitsabgrenzung sei. Allerdings wird moniert, dass sich die vom BVA gebildeten Einheiten in einigen Fällen noch enger fassen und um „nicht zu einem eng abgegrenzten Krankheitsbild“ passende ICD-Viersteller bereinigen ließen.

Indessen weisen **GKV-SV** und **SBK et al.** darauf hin, dass eine auf ICD-Dreistellern basierende Abgrenzung der Krankheiten grundsätzlich zur Entstehung von Gruppen führe, die hinsichtlich der jeweils abgebildeten Verlaufsformen, der individuellen Krankheitsschwere und der daraus ableitbaren Behandlungsintensität als sehr heterogen zu bezeichnen seien. Insbesondere wird befürchtet, dass es bei dem vom BVA gewählten Vorgehen zu genau den „Verwässerungseffekten“ kommen könne, die den Wissenschaftlichen Beirat in seinem Gutachten zur Krankheitsauswahl im Dezember 2007 ursprünglich zur Wahl der DxG als Abgrenzungsbasis bewogen hatten. Der Festlegungsentwurf liefere keine ausreichende Begründung für eine Abkehr von der alten Festlegung.

Auch der **BKK-BV** legt dar, dass es sich bei einem Wechsel der Abgrenzungsbasis von den DxG zu den Dreistellern der ICD um eine „paradigmatische Abkehr“ von einem Vorgehen handle, das der Wissenschaftliche Beirat 2007 für „unabdingbar“ gehalten habe.

Die **BARMER** sieht den neuen Abgrenzungsansatz insgesamt kritisch, da sich aus medizinischer Sicht lediglich in einigen Bereichen des Krankheitsspektrums punktuelle Verbesserungen ergeben würden, während andere Bereiche deutlich schlechter abgebildet würden. Insbesondere in Bereichen, in denen die Neuabgrenzung zu einem Wegfall von Krankheiten führt, überzeugen „die Änderungen weder medizinisch noch statistisch“. Es wird davon ausgegangen, dass sich die aus der geänderten Krankheitsabgrenzung ergebende Krankheitsauswahl nicht positiv auf die Vorhersagegüte des Klassifikationsmodells auswirken könne. Aus Transparenzgesichtspunkten wirke sich darüber hinaus das Durchbrechen der bislang weitgehend konsistenten Beziehung zwischen Krankheiten, DxG und Morbiditätsgruppen nachteilig aus. Im Hinblick auf die wettbewerblichen Aspekte sei der Ertrag der geänderten Krankheitsabgrenzung (insbesondere gemessen an dem sich ergebenden Anpassungsbedarf bei der Versichertenklassifikation) somit eher gering einzuschätzen.

GKV-SV und **BARMER** befürchten, dass eine zu weitreichende Änderung der Krankheitsauswahl einen hohen Bedarf an Folgeänderungen im BVA-Versichertenklassifikationsmodell nach sich ziehen werde, deren Abarbeitung nur zulasten von „notwendigeren Anpassungen“ geleistet werden könne.

Während **SBK et al.** sich schlussendlich für die Beibehaltung der bestehenden Krankheitsabgrenzung aussprechen, befürworten **GKV-SV** und **BARMER** ein differenzierteres Vorgehen, bei dem die alte (DxG-)Abgrenzung grundsätzlich erhalten bleiben solle, jedoch auch (unter nosologischen und ätiologischen Gesichtspunkten) positiv zu bewertende Ansätze des BVA-Entwurfes punktuell berücksichtigt werden könnten.

Auf längere Sicht, so führt der **GKV-SV** aus, könne parallel „die vorgeschlagene Methodik und ein hieran angepasstes Klassifikationsmodell für eine mögliche Umstellung zu einem späteren Zeitpunkt durchaus weiterentwickelt werden. Dabei sollten die dargelegten Schwächen dieser Methodik, insbesondere die fehlende Berücksichtigung der Kostenhomogenität bei der Krankheitsdefinition, im Mittelpunkt der Betrachtung stehen und die Notwendigkeit einer Verfahrensumstellung hinreichend begründet werden.“

3.2.2 Abgrenzungskriterien

Im Folgenden sind die Anmerkungen aus den Stellungnahmen zusammengefasst, die die Rolle der vom BVA bei der Abgrenzung herangezogenen Kriterien (medizinisch-klinische Homogenität, Nichtberücksichtigung der Kostenhomogenität, Anzahl der ICD-Kodes je Krankheit, etc.) thematisieren.

KBV / BÄK plädieren dafür, sich bei der Krankheitsabgrenzung einheitlich entweder an der Ätiologie oder der Manifestation der Krankheiten zu orientieren. Das im Festlegungsentwurf dargestellte Vorgehen des BVA vermische beide Ansätze.

Grundsätzlich merken **GKV-SV, SBK et al.** und **IKK e.V.** an, dass die Feststellung des BVA und des Wissenschaftlichen Beirats bezüglich der eingeschränkten klinischen Homogenität der bislang zur Abgrenzung verwendeten DxG nicht bzw. nur eingeschränkt nachvollzogen werden könne, da die hierfür notwendige vollständige Zuordnungsübersicht („Mapping“) von (allen) ICD-Kodes zu den DxG vom BVA aus lizenzrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht werden kann.

IKK e.V. und **KBV / BÄK** weisen darauf hin, dass die auf ICD-Dreistellern basierende Neuabgrenzung z.T. zur Bildung (und anschließenden Auswahl) von Krankheiten mit hoher Prävalenz – aber unter Umständen niedrigem Krankheitswert und niedrigen Folgekosten – führe, die vor allem aufgrund ihrer Vorkommenshäufigkeit den Auswahlkriterien des BVA genügen. **BAG** und **SBK et al.** führen weiter aus, dass derselbe Effekt im Gegenzug auch dazu führen könne, dass gegebenenfalls die Kosten von teuren (aber seltenen) Unterformen eines ICD-Dreistellers „verwässert“ bzw. „verdünnt“ würden und diese hierdurch gerade nicht berücksichtigt würden – im Ergebnis wird eine systematische Ausgrenzung seltener, aber teurer „Spezialkrankheiten“ befürchtet.

Die vielfach angesprochenen Verdünnungseffekte treten zahlreichen Stellungnahmen zufolge insbesondere deshalb auf, weil das BVA das Kriterium der Kostenhomogenität der zu bildenden Krankheitsgruppen nachrangig behandelt habe. Besonders dieser Aspekt der Überarbeitung der Krankheitsabgrenzung wird auf breiter Front und zum Teil sehr massiv kritisiert. Der **GKVSV** misst der Kostenhomogenität der Krankheiten eine „zentrale Rolle“ bei und befürchtet (ebenso wie **BKK-BV, IKK e.V., BARMER**, und **SBK et al.**) bei der Umsetzung des BVA-Entwurfes eine Verschlechterung der Zuweisungsgenauigkeit im RSA-Verfahren. Der **AOK-BV** weist darauf hin, dass eine nachrangige Kostenbetrachtung die Auswahlentscheidung verzerren könne.

In diesem Zusammenhang wird von **GKV-SV, SBK et al.** und **AOK-BV** ausgeführt, dass der Anteil der Krankheiten mit negativem Kostenschätzer im Vergleich zur bislang gültigen Krankheitsauswahl um etwa 5 % zunehme. Dies werde zum Teil durch die Prospektivität des Modells erklärt, könne allerdings auch ein Zeichen dafür sein, dass die Neuordnung von ehemals kostenhomogenen Krankheiten zur Entstehung von Kollinearitätseffekten und somit zu Fehlschätzungen der Krankheitsfolgekosten führe.

TK et al. tragen vor, dass der Entschluss, eine Kostendifferenzierung lediglich im Klassifikationsmodell vorzunehmen, dort eine Vielzahl hierarchisierter Morbiditätsgruppen nötig mache, die die Komplexität und Fehleranfälligkeit des Verfahrens unnötig erhöhten. Stattdessen solle die Kostenhomogenität schon bei der Krankheitsauswahl dahingehend berücksichtigt werden, dass die entstehenden Krankheiten im Klassifikationsmodell nicht weiter in „kostenhomogene Zuschlagsgruppen unterteilt werden müssen.“

Abgesehen von der bereits weiter oben dargestellten generellen Kritik an der Nutzung der ICD-Dreisteller für die Krankheitsabgrenzung können der **GKV-SV** und **SBK et al.** nicht nachvollziehen, inwieweit eine Begrenzung der ICD-Dreisteller je Krankheit (als Nebenkriterium bei der Gruppenbildung) die Krankheitsabgrenzung inhaltlich verbessere.

Hinsichtlich des Kriteriums der „engen Abgrenzbarkeit“ (§ 31 Abs. 1 S. 4 RSAV) erreichten das BVA gegensätzliche Stellungnahmen. Während sich die **BAG** für eine breitere Definition der zu bildenden Krankheiten einsetzt, führt der **IKK e.V.** aus, dass insbesondere die breite Zusammenfassung von „Volkskrankheiten“ mit hoher Prävalenz und heterogenen Kosten dem in der RSAV geforderten Kriterium der „engen Abgrenzbarkeit“ widerspreche.

3.3 Bewertung der Stellungnahmen zur Abgrenzungsmethodik

Der Wissenschaftliche Beirat und das BVA haben die zum Teil sehr deutlich vorgetragenen Einsprüche gegen die geänderte Abgrenzungsmethodik zur Kenntnis genommen und ausführlich analysiert. Insbesondere die zentrale Kritik an der Entscheidung, dem Aspekt der Kostenhomogenität bei der Abgrenzung der Krankheiten weniger Bedeutung beizumessen, findet sich in nahezu allen eingegangenen Stellungnahmen und wird von daher sehr ernst genommen.

Der Wissenschaftliche Beirat hat auf seiner Sitzung am 7. April 2010 die möglichen Auswirkungen der vorgeschlagenen ICD-basierten Krankheitsabgrenzung ausführlich diskutiert. Insbesondere die erhebliche Kritik und die daraus abgeleiteten Forderungen des GKV-SV konnten hierbei weitgehend nachvollzogen werden. Wörtlich rät der GKV-SV, „die aus medizinischer Sicht sinnvollen Änderungen [...] im Rahmen der ursprünglichen Methodik vorzunehmen und den Auswahlprozess mit den so veränderten Krankheiten auf der Datengrundlage 2008 erneut durchzuführen“. Diesem Vorschlag folgend empfiehlt auch der Wissenschaftliche Beirat, vorerst an der DxG-basierten Abgrenzung der Krankheiten festzuhalten und die im Festlegungsentwurf formulierten Änderungen nicht umzusetzen. In weiterer Analogie zur Forderung des GKV-SV legt der Beirat dem BVA – wie bereits im Vorjahr – ferner nahe, medizinisch sinnvolle Anpassungen und notwendige Korrekturen der bestehenden Abgrenzung vorzunehmen. Hierzu sollen die vom BVA im Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Änderungen identifiziert werden, die im Anhörungsverfahren unter medizinischen Gesichtspunkten explizit Zustimmung erfahren haben und sich auf die bisherige Abgrenzungssystematik übertragen lassen.

Das BVA stimmt der Auffassung des Beirats zu. Ausgehend von der bislang gültigen DxG-basierten Abgrenzung der einzelnen Krankheiten hat das BVA die einzelnen Anmerkungen aus dem Anhörungsverfahren auf ihre Durchführbarkeit geprüft und auf dieser Grundlage punktuelle Änderungen der Krankheitsabgrenzung vorgenommen. Dieses Vorgehen stellt die Berücksichtigung von Kostenaspekten der entstehenden Krankheiten sicher und wirkt damit

implizit dem Großteil der weiteren in den Stellungnahmen vorgetragenen Bedenken entgegen: Die häufig angesprochenen „Verdünnungseffekte“ werden vermieden, der Anteil der negativen Regressionskoeffizienten wird reduziert. Auch den Hinweisen hinsichtlich der „engen Abgrenzbarkeit“ der entstehenden Krankheitsgruppen wird mit diesem Vorgehen Genüge getan.

Trotz des aktuellen Entschlusses bezüglich der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011 halten der Wissenschaftliche Beirat und das BVA – nicht zuletzt aufgrund der in Teilbereichen klaren Zustimmung unter medizinischen Gesichtspunkten – weiterhin an der ursprünglichen Zielsetzung des Festlegungsentwurfes fest: Mittelfristig beabsichtigt das BVA in enger Zusammenarbeit mit dem Beirat nach wie vor eine deutlich stärkere Anlehnung an die Systematik der ICD. Unter Berücksichtigung der aktuellen Stellungnahmen zum Festlegungsentwurf wird hierbei der Kostenhomogenität der entstehenden Gruppen jedoch ein deutlich höheres Gewicht als im bisherigen Entwurf beigemessen werden. Das BVA wird sich dabei auch darum bemühen, die Notwendigkeit der Anpassungen noch detaillierter darzulegen. Dieses Vorhaben deckt sich explizit mit dem Vorschlag des GKV-SV.

Die aus dem aktuellen Revisionsprozess resultierenden endgültigen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2011 werden im folgenden Abschnitt näher erläutert.

3.4 Abgrenzung der einzelnen Krankheiten

Vorbemerkungen

Die Nummerierung der Krankheiten bezieht sich generell auf die derzeit bestehende Krankheitsabgrenzung, d.h. den Status quo. Bei Zahlen in Klammern handelt es sich um die Nummerierung gemäß Festlegungsentwurf vom 3. März 2010. Wird ausnahmsweise auf die neue Nummerierung Bezug genommen, wird dies explizit erwähnt. Dies bedeutet, dass die Krankheiten in diesem Abschnitt nach bestehender Nummerierung geordnet sind. Jeweils in Klammern dahinter stehen die Nummern der Krankheiten, denen die entsprechenden ICD-Kodes im Entwurf zugeordnet sind.

Ein „ * “ hinter der Krankheitsüberschrift kennzeichnet Krankheiten, die im Entwurf gegenüber dem Status quo Änderungen aufwiesen, jedoch in der Anhörung nicht kommentiert wurden.

Kodes, die aktuell nicht mehr zur Verschlüsselung zugelassen und daher ausgeschlossen werden, werden in diesem Abschnitt nicht aufgeführt. Dies betrifft die Kategorie (348) bzw. 360 in der neuen Festlegungsfassung. Zur Darstellung der ICD-Kodes: z. B. E10.- (*Primär Insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]*) bezieht sich auf alle zugeordneten Vier- und Fünfsteller.

Krankheit 3 Nicht virale Meningitis/Enzephalitis (3, 165)

Die Zuordnung des Kodes G04.1 *Tropische spastische Paraplegie* aus Krankheit 146 *Ausgeprägte schwere Lähmungen* wird beibehalten. Diese Änderung in der Krankheitsabgrenzung wurde von KBV / BÄK ausdrücklich begrüßt. Die seitens der Anhörungspartner nicht kritisierte Eingliederung des Kodes G08 *Intrakranielle und intraspinale Phlebitis und Thrombophlebitis* in die Krankheit 3 erscheint dem BVA unter medizinisch-nosologischen Gesichtspunkten zutreffender als die bisherige Zuordnung zu Krankheit 125 *Anderer/nicht näher bezeichneter Krankheitszustand des Zentralnervensystems*. Die vorgesehene Änderung wird daher beibehalten. Die Kodes G37.3 *Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems* und G37.4 *Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom]* beschreiben demyelinisierende Prozesse des Zentralnervensystems und begründen damit die Zuordnung dieser beiden ICD-Kodes in die Krankheit 165 (neu: 164) *Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS*.

Krankheit 8 Infektionen durch opportunistische Erreger (7)

GKV-SV und AOK-BV halten die Erweiterung der Krankheit um den Code B37.0 *Candida-Stomatitis* (ursprünglich einziger Code in der Krankheit (17) *Candida-Stomatitis* (Soor)) für nicht sachgerecht, da er zu einer weniger zielgenauen Kostendifferenzierung führe. KBV / BÄK können hingegen diese Erweiterung medizinisch nachvollziehen. Der AOK-BV schlägt weiter vor, die *Candida-Stomatitis* der Krankheit (22) *Mykosen* zuzuordnen.

Das BVA schließt sich dem Vorschlag von GKV-SV und AOK-BV an und verschiebt B37.0 ebenso wie B37.9 *Kandidose, nicht näher bezeichnet* zur Krankheit (22) *Mykosen*. Hingegen kennzeichnen *Kandidosen mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol* (U83!) einen schwerwiegenden Verlauf von systemischen *Candida*-Erkrankungen, die häufig in Zusammenhang mit einer Immunkompression stehen. Von daher erscheint dem BVA die Zuordnung des ICD-Kodes U83! von der Krankheit 22 *Andere Infektionen* in die Krankheit 8 *Infektionen durch opportunistische Erreger* für medizinisch begründet.

Des Weiteren regen KBV / BÄK an, den Code B25.2 *Pankreatitis durch Zytomegalieviren* manifestationsbedingt in die Krankheit 65 (neu: 74) *Erkrankungen des Pankreas* zu verlagern.

Das BVA folgt diesem Vorschlag nicht, da die Zytomegalie häufig als opportunistische Infektion bei Patienten unter immunsuppressiver Therapie oder beim erworbenen Immundefizienzsyndrom (AIDS) auftritt. Die im Anhörungsentwurf vorgesehene Zuordnung des Codes B26.3 *Mumps-Pankreatitis* (aus Krankheit 65 *Erkrankungen des Pankreas*) in Krankheit 17 *Andere virale Infektionen* wird wieder rückgängig gemacht, um die Änderungen so gering wie möglich zu halten.

Krankheit 14 Lyme disease / Borreliose (19, 91)

Die BAG beanstandet, dass durch Auflösung der Krankheit und Verschieben der ICD-Kodes in andere Krankheiten die Borreliosen keine ihrer Prävalenz und den Therapiekosten entsprechende Berücksichtigung mehr finden. Vor dem Hintergrund des grundsätzlichen Festhaltens an der bestehenden Krankheitsabgrenzung folgt das BVA der Argumentation der BAG und behält hier die ursprüngliche Struktur bei.

Ungeachtet dessen erfüllt die Krankheit 14 *Lyme disease / Borreliose* empirisch keines der für die Aufnahme in die Krankheitsauswahl geforderten Kriterien. Die weitere Kritik der BAG, dass der Entwurf unzählige Arthritiden, jedoch keine Lyme-Arthritis enthält, kann nicht nachvollzogen werden. Der Einwand erübrigt sich jedoch durch Erhalt der bestehenden Krankheitsstruktur.

Krankheit 22 Andere Infektionen (7, 18 - 25)

KBV / BÄK begrüßen die neue Zusammenstellung der verschiedenen Infektionen. Das BVA übernimmt die im Entwurf vorgeschlagene Aufgliederung der Krankheit in *Sonstige*

Spirochäteninfektionen, Chlamydieninfektionen, Rickettsiosen, Mykosen, Protozoenkrankheiten (inkl. Malaria), Helminthosen und Parasitenbefall der Haut. Der Kode B37.9 wird in die Krankheit *Infektionen durch opportunistische Erreger* verschoben (siehe oben). Die restlichen Kodes verbleiben in der Krankheit *Andere Infektionen*.

Krankheit 30 Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane (33)

Diese Krankheit war nicht Gegenstand der Anhörung, da keine Änderungen vorgenommen wurden. Sie wurde jedoch kommentiert. KBV / BÄK regen aus medizinischen Gründen und in Anbetracht der durchaus vergleichbaren Behandlungsintensität die Aufnahme von D39.- *Borderlinetumoren der weiblichen Genitalorgane* an. Im Rahmen einer gesonderten Auswertung der prospektiven Kosten (durch das BVA) für Patientinnen mit einer D39-Diagnose fand sich jedoch gegenüber anderen Patienten mit sonstigen Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens kein Hinweis auf ein besonderes Kostenrisiko, so dass diesem Vorschlag nicht gefolgt wird.

Krankheit 35 Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (38, 39)

KBV / BÄK begrüßen die vorgeschlagene Aufteilung in zwei Krankheiten. Dagegen lehnt der AOK-BV die Aufspaltung unter Verweis auf die schlechte gegenseitige Abgrenzbarkeit dieser beiden Krankheiten ab. Das BVA schließt sich der Argumentation von AOK-BV an und hält nicht an den Änderungen fest.

Krankheit 36 Lymphome und Leukämien (40)

Die vom BVA vorgeschlagenen Änderungen in der Krankheitsabgrenzung werden von der BARMER begrüßt. Die vorgetragene Erweiterung um die Kodes C94.5 *Akute Myelofibrose*, C94.50 *Akute Myelofibrose: Ohne Angabe einer Remission* und C94.51 *Akute Myelofibrose: in kompletter Remission* (aus Krankheit 118) wird vom BVA beibehalten.

Krankheit 38 Gutartige Neubildungen (42 - 46)

Von KBV / BÄK werden durch die im Entwurf vorgeschlagene Aufgliederung keine Vorteile für die Systematik des Morbi-RSA gesehen. Aufgrund der unterschiedlichen lokalisationspezifischen Diagnostik und Behandlungsintensität hält das BVA die Aufgliederung der Krankheit, in Analogie zu den malignen Neubildungen, allerdings für gerechtfertigt.

Krankheit 40 Diabetes mellitus (48)

TK et al. argumentieren, dass vor dem Hintergrund einer stärkeren Orientierung an der ICD-Systematik auch hier eine Trennung auf der Ebene der ICD-Dreisteller sinnvoll wäre. Da als Ergebnis der Anhörung grundsätzlich an der bestehenden Systematik auf Basis der DxGruppen festgehalten wird und im Klassifikationsmodell eine Unterteilung nach Diabetes-Typ erfolgt, hält das BVA eine feinere Aufteilung für nicht erforderlich.

Krankheit 42 Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen (2, 50, 154)

Die BAG hält den finanziellen Ausgleich für die in dieser Krankheit enthaltenen Mucopolysaccharidosen für zu gering und schlägt vor, aus den Mucopolysaccharidosen eine eigene Krankheit zu bilden. Hierbei handelt es sich nach Auffassung des BVA offenbar um ein Missverständnis seitens der BAG. Die Ermittlung der spezifischen Zuschlagshöhe für einzelne ICD-Kodes innerhalb einer Krankheit ist Bestandteil des Klassifikationsmodells und nicht der Krankheitsauswahl. Das BVA folgt daher nicht dem Vorschlag der BAG, behält sich aber eine Prüfung der vorgebrachten Stellungnahme bei der Überprüfung des Klassifikationsmodells vor.

Krankheit 50 Übergewicht (mit Krankheitsbezug) (58)

Krankheit 51 Hypervitaminosen und andere Formen der Hyperalimentation (58)

KBV / BÄK stellen die Frage, ob die Krankheitsabgrenzung nur Fälle mit einem BMI > 35 und damit einem spezifischen Krankheitswert umfassen sollte. Dieser Vorschlag findet die Unterstützung des BVA, scheitert aber daran, dass für den Prozess der Krankheitsauswahl auf Diagnosen aus dem Jahr 2007 zurückgegriffen werden muss, für die der damals gültige ICD noch keine Differenzierung nach BMI-Wert vorgesehen hat.

Krankheit 63 Gastrointestinale Blutung und / oder Perforation (74, 81, 85)

Krankheit 67 Peptisches Ulkus ohne Perforation, Blutung oder Obstruktion (74, 81)

Die Krankheiten werden aus systematischen Gründen zusammengelegt und die resultierende Krankheit umbenannt in Krankheit 76 (neu) *Peptisches Ulkus, Gastrointestinale Blutung und / oder Perforation*.

Krankheit 65 Erkrankungen des Pankreas (17, 55, 72)

Analog zur vorgeschlagenen Verschiebung des Codes B25.2 (s. Krankheit 8) geben KBV / BÄK zu überlegen, ob B26.3 *Mumps-Pankreatitis* medizinisch in die (72) *Erkrankungen des Pankreas* gehört. Im Entwurf wurde vorgeschlagen, den Kode in die Krankheit *Andere virale*

Infektionen (17) zu verschieben. Da der Kode bisher unter 65 *Erkrankungen des Pankreas* eingeordnet war und keine zwingenden medizinischen Gründe für eine Änderung genannt wurden, besteht hier kein Änderungsbedarf durch das BVA.

Des Weiteren ist für KBV / BÄK die Zuordnung der *Sekretionsstörungen des Pankreas* zu *Hypoglykämien und andere Störungen der inneren Sekretion des Pankreas* nachvollziehbar. Da als Ergebnis der Anhörung weitestgehend an der bestehenden Systematik festgehalten werden soll, wird der Status quo allerdings erhalten.

TK et al. halten eine Trennung der enthaltenen Dreisteller für erforderlich, da die Genese und Therapie erheblich differieren können. Da als Ergebnis der Anhörung an der bestehenden Systematik festgehalten wird, kann die Anregung in diesem Rahmen vom BVA nicht berücksichtigt werden und soll im Rahmen der künftigen Weiterentwicklung geprüft werden.

Krankheit 74 Erkrankungen des Ösophagus, exkl. Ulkus und Blutung (81)

KBV / BÄK halten die Einbeziehung des Kodes K22.1 *Ösophagusulkus* (ursprünglich Krankheit 67 *Peptisches Ulkus ohne Perforation, Blutung oder Obstruktion* in die Krankheit 74 (neu 83) und die sich daraus ableitende Umbenennung in *Erkrankungen des Ösophagus* für medizinisch nachvollziehbar und wesentlich präziser.

Das BVA behält diese Änderung aus dem Entwurf bei.

Krankheit 78 Darmdivertikel, ohne Blutung (85, 346)

Die Umbenennung der Krankheit in *Darmdivertikel* (Krankheit 87) wird aus dem Entwurf beibehalten. KBV / BÄK weisen darauf hin, dass Q43.0 *Meckel-Divertikel* medizinisch eindeutiger der Krankheit 81 (neu) *Appendizitis, auch mit Perforation und Peritonitis* zugeordnet wäre. Da das *Meckel-Divertikel* in der Regel keine klinische Bedeutung hat und nur bei Auftreten von Symptomen, die denen einer Appendizitis ähneln, als Diagnose u.a. zu Abrechnungszwecken kodiert wird, kommt das BVA dem Vorschlag nach. Der Kode K57.93 *Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung* wird aus systematischen Gründen entsprechend der Umbenennung (aus Krankheit 63) eingegliedert.

Krankheit 83 Entzündung / Nekrose von Knochen / Gelenken / Muskeln (13, 19, 90, 91, 115)

Aus Sicht von DRL et al. ist unklar, warum eine Zerteilung der Krankheit vorgeschlagen wurde. Bei allen betroffenen Erkrankungsgruppen handele es sich um Autoimmunerkrankungen des rheumatischen Formenkreises, die gemeinsam betrachtet werden sollten.

Vor dem Hintergrund des grundsätzlichen Festhaltens an der bestehenden Krankheitsabgrenzung behält das BVA hier die ursprüngliche Struktur bei.

Da die darüber hinaus vorgeschlagenen Änderungen aus Sicht des BVA medizinisch schlüssig sind und in der Anhörung auf keine Kritik gestoßen sind, werden diese übernommen: Die Krankheit wird umbenannt in *Entzündung / Nekrose von Knochen*. Die Codes M02.1- werden ausgegliedert und der Krankheit 109 (neu) *Reaktive Arthritiden* zugeordnet.

Krankheit 84 Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten (92, 93, 94, 110)

Auch bezüglich Krankheit 84 ist aus Sicht von DRL et al. unklar, warum eine Aufgliederung der Krankheit vorgeschlagen wurde. Bei allen betroffenen Erkrankungsgruppen handele es sich um Autoimmunerkrankungen des rheumatischen Formenkreises, die gemeinsam betrachtet werden sollten. Auf keinen Fall solle aufgrund unterschiedlicher Pathogenese *Morbus Bechterew* (M45.0) mit den *infektiösen und degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen* gruppiert werden. Auch der AOK-BV spricht sich vor dem Hintergrund der medizinischen Zusammengehörigkeit gegen eine Aufteilung der Krankheit aus. Die BARMER kritisiert die Eingruppierung der *juvenilen Form des Morbus Bechterew* und der *adulten Form* in unterschiedliche Krankheiten und die daraus folgende Berücksichtigung im RSA. Dagegen können KBV / BÄK die vorgeschlagene Aufteilung der Krankheit medizinisch sehr gut nachvollziehen.

Vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Beibehaltung der bestehenden Krankheitsabgrenzung folgt das BVA der Argumentation von DRL et al., AOK-BV und BARMER und verbleibt hier bei der ursprünglichen Struktur. Lediglich die folgenden Codes aus Krankheit 104 *Erkrankungen der Weichgewebe [Tendinitis, Bursitis, Muskelerkrankungen]* werden aus systematischen Gründen der Krankheit *Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten* hinzugefügt: M35.0 *Sicca-Syndrom*, M35.4 *Eosinophile Faszitis*, M35.6 *Rezidivierende Pannikulitis* und M35.7 *Hypermobilitäts-Syndrom*.

Krankheit 85 Spondylose und assoziierte Erkrankungen (Osteoarthrose der Wirbelsäule) (94)

Aus Sicht von DRL et al. ist unklar, warum eine Erweiterung der Krankheit um Codes aus Krankheit 84 vorgeschlagen wurde.

Als Ergebnis der Anhörung wird an der bestehenden Struktur festgehalten, so dass damit auch diesem Einwand entsprochen wird.

Krankheit 89 Wirbelgleiten / Spondylolisthesis / Spondylolyse, angeboren oder erworben (98)

Krankheit 90 Angeborene Anomalien der Wirbelsäule, exkl. Spondylolisthesis / Spondylolyse (99)

Krankheit 108 Andere angeborene muskuloskeletale Anomalien (119)

Die BAG fordert, den Krankheitskatalog um bestimmte chronische Erkrankungen zu ergänzen. Es muss sich hier um ein Missverständnis handeln, da die angesprochenen Diagnosen den o. g. Krankheiten zugeordnet sind.

Krankheit 91 Osteoarthritis der großen Gelenke (100)

TK et al. erläutern, dass einzelne Diagnosen nicht dieser Krankheitsbezeichnung zugeordnet werden können, da es sich in diesen Fällen um kleine und sehr kleine Gelenke handelt. Diese Zuordnung widerspricht daher dem engen Krankheitsbegriff. Der Einwand erübrigt sich durch das Festhalten an der bestehenden Krankheitsstruktur. Die entsprechenden Diagnosen sind wieder unter Krankheit 92 (alt) *Osteoarthritis sonstiger oder nicht weiter spezifizierter Gelenke* zu finden.

Krankheit 93 Osteomalazie / Rachitis, exkl. Vitamin-D-resistente Rachitis (102)

Da der Zusatz „exkl. Vitamin-D-resistente Rachitis“ nicht zutreffend ist, wird die Krankheit umbenannt in *Osteomalazie / Rachitis* (neu: 102).

Krankheit 95 Osteoporose und Folgeerkrankungen (104, 105, 320)

Laut TK et al. beinhaltet die Krankheit eine Vielzahl von Diagnosen, die dem Krankheitsbegriff in Bezug auf enge Abgrenzbarkeit und Kausalität nicht gerecht werden. So entsprächen nur die Dreisteller M80 und M81 der Definition Osteoporose. Der Dreisteller M82 enthalte Diagnosen, die als Folge einer anderen Erkrankung auftraten.

Diese Änderung würde zum einen über die Vorschläge des Entwurfes hinausgehen. Zum anderen hält das BVA die Argumentation für medizinisch nicht zutreffend.

Da die folgenden Diagnosen nicht notwendigerweise durch eine Osteoporose verursacht werden, werden die Codes S71.84 – S71.89 zusätzlich ausgegliedert und der neu gebildeten Krankheit *Femurfraktur* (105) zugeordnet (damit ist die komplette DxG 645 *Femurfraktur* (S71.84 – S72.-) der Krankheit 105 *Femurfraktur* zugeordnet). Die bisherige Krankheit 95 *Osteoporose und Folgeerkrankungen* wird in *Osteoporose* umbenannt.

Krankheit 99 Morbus Reiter (91)

Da *Morbus Reiter* nur eine von mehreren reaktiven Arthritiden ist, wird die Krankheit in 109 (neu) *Reaktive Arthritiden* umbenannt. Der Systematik der Krankheiten gemäß ICD-10-GM folgend, wird die Krankheit um zusätzliche Codes aus Krankheit 83 (M02.1-) und 101 (M02.8-, M02.9-, M03.6-) erweitert.

Krankheit 101 Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht (110)

In Analogie zum Ergebnis der Anhörung, dem Festhalten an der bestehenden Struktur, wird diese Krankheitsabgrenzung grundsätzlich beibehalten. Aus Gründen der Spezifizierung werden jedoch die Diagnosen (M02.8-, M02.9-, M03.6-), die (*sonstige*) *reaktive Arthritiden* kodieren, in die neue Krankheit *Reaktive Arthritiden* verschoben.

Die Änderung erfolgte aufgrund von Hinweisen aus früheren Anhörungen, die eine engere und spezifischere Krankheitsdefinition im Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates anregen.

Krankheit 102 Binnenschädigung des Knies (111) *

Die Krankheit wurde aus systematischen Gründen (s. Krankheit 334) in *Binnenschädigung des Knies, Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes* umbenannt.

Krankheit 104 Erkrankungen der Weichgewebe (Tendinitis, Bursitis, Muskelerkrankungen) (93, 113 – 115)

Die Krankheit 104 ist im Entwurf aufgrund der besseren Abgrenzbarkeit in die Krankheiten (93) *Systemkrankheiten des Bindegewebes*, (113) *Erkrankungen der Muskeln*, (114) *Erkrankungen der Synovialis und der Sehnen* und (115) *Sonstige Erkrankungen der Weichteilgewebe* aufgeteilt worden. Der Entwurf wird deshalb beibehalten, mit der Ausnahme von (93) *Systemkrankheiten des Bindegewebes*, die in die Krankheit 84 (neu: 93) *Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten* zurückgeführt wird (siehe oben); dementsprechend werden die Codes M35.0+4+6+7 auch der Krankheit 93 (neu) zugeordnet.

Krankheit 110 Schwerwiegende Erkrankungen der Blutbildung und Blutgerinnung (121, 122, 126, 127)

GKV-SV und KBV / BÄK begrüßen die Aufteilung der Krankheit aus medizinischen Gesichtspunkten in (121) *Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen*, (122)

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011

Aplastische und sideroplastische Anämien, (126) Erworbene hämolytische Anämien und (127) Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen ausdrücklich. Die Änderungen werden daher vom BVA übernommen.

Krankheit 111 Sichelzellenanämie (123)

Krankheit 114 Thalassämien und andere erbliche hämolytische Anämien (123)

Die Zusammenführung der Krankheiten 111 und 114 und Umbenennung der resultierenden Krankheit in *Hereditäre hämolytische Anämien* wird von KBV / BÄK unter medizinischen Gesichtspunkten ausdrücklich begrüßt. Das BVA behält die Änderungen aus dem Festlegungsentwurf bei.

Krankheit 112 Agranulozytose, septische Granulomatose, andere näher bezeichnete Erkrankungen der weißen Blutkörperchen

Aus Gründen der Übersichtlichkeit nimmt das BVA hier eine redaktionelle Änderung vor und benennt die Krankheit um in *Agranulozytose und Neutropenie* (neu 113).

Krankheit 115 Disseminierte intravasale Gerinnung und sonstige Koagulopathien (127)

Krankheit 116 Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung (127)

Die BARMER bewertet die geänderte Krankheitsdefinition bei der Blutgerinnung und deren Störungen positiv. Auch KBV / BÄK begrüßen die Zusammenführung aller Diagnosen aus den Krankheiten 115 und 116 mit einzelnen Diagnosen aus 110 (s.o.) zur Krankheit (127) *Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen*.

Die Änderungen werden vom BVA übernommen.

Krankheit 117 Polycythaemia rubra vera (121)

Krankheit 118 Myelofibrose und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes (40, 121, 130)

KBV / BÄK begrüßen die Auflösung der Krankheit 117 und die Zusammenlegung des Codes D45 mit Diagnosen aus 118 (D46.0) und 110 zur Krankheit (121) *Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen*. Die Änderungen werden daher vom BVA übernommen.

Des Weiteren werden aus systematischen Gründen aus Krankheit 118 die Codes C94.5 *Akute Myelofibrose* und C94.50 *Akute Myelofibrose: Ohne Angabe einer Remission* der Krankheit (40) *Lymphome und Leukämien*, die Codes D75.8 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des*

Blutes und der blutbildenden Organe und D77 Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten der Krankheit (130) Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes zugeordnet.

Krankheit 119 Anämie (128)

KBV / BÄK halten es für problematisch, dass der unspezifische Kode D64.9 *Anämie, nicht näher bezeichnet*, in der Krankheitsabgrenzung enthalten ist, da sich unter diesem Kode viele „Verdünnerefälle“ befinden könnten. Insgesamt wird die Zusammenstellung der Anämien als medizinisch nicht konsistent kritisiert.

Das BVA nimmt diese Anregung auf. Die Kodes D62 *Akute Blutungsanämie (339 Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung)*, D63.0 *Anämie bei Neubildungen*, D63.8 *Anämie bei sonstigen chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten*, D64.8 *Sonstige näher bezeichnete Anämien (130 Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten)* sowie D64.4 *Kongenitale dyserythropoetische Anämie (124 Hereditäre hämolytische Anämien)* werden ausgegliedert und in die Krankheit *Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten* neu zugeordnet (s. Einschübe in Klammern). Die restliche Krankheitsentität wird – wie im Entwurf vorgeschlagen – umbenannt in *Eisenmangel- und nicht näher bezeichnete Anämien*.

Krankheit 122 Delir und Enzephalopathie (68, 131)

KBV / BÄK können nur schwer nachvollziehen, unter welchen medizinischen Gesichtspunkten Enzephalopathien in diese oder andere Krankheiten aufgenommen wurden. Es besteht die grundsätzliche Frage, ob die Ätiologie oder die Manifestation vorrangig den Behandlungsbedarf beeinflusst, wobei sie die Manifestation häufiger für den Behandlungsbedarf ausschlaggebend halten. KBV / BÄK vermuten, dass die Krankheit wegen der Verlagerung der *hepatischen Enzephalopathien* in die Krankheit 68 *Leberversagen* den Schwellenwert für die Auswahl nicht erfüllt.

Da als Ergebnis der Anhörung grundsätzlich an der bestehenden Systematik auf Basis der DxGruppen festgehalten wird, verbleibt die Krankheit in ihrer ursprünglichen Form. Die *hepatischen Enzephalopathien* werden nicht ausgelagert.

Krankheit 123 Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz) (36, 132 – 135, 168)

Die BPtK begrüßt die Ausgliederung der Codes G31.9, G91.2, G93.7, G94.0, G94.1 und G94.2, da dies zu einer verbesserten Homogenität führe.¹ Dagegen widersprechen sie der Zuordnung der Codes F04, F06.5 bis F06.9 und F09 zu einer neuen Krankheit *Nicht-psychotisch organische Störung*, da sich aus medizinischer Perspektive keine homogene Krankheit ergäbe.

Die Ausgliederung spezifischer organisch bedingter psychischer Störungen aus der Krankheit Demenz in die Krankheitsgruppe 124 (im Entwurf 133) wird von KBV / BÄK ausdrücklich begrüßt.

Dagegen hinterfragen sie den Wegfall von z. B. Reye-Syndrom und der Hydrozephalie unterschiedlicher Genese.

Das BVA nimmt die Anregung der BPtK teilweise auf und ordnet die F-Kodes wieder der Ursprungskrankheit Demenz zu. Auch die Ausgliederung in die Krankheit 124 wird vor dem Hintergrund des grundsätzlichen Festhaltens an der bestehenden Systematik nicht übernommen. Für die Codes G91.2- (168) behält das BVA den Entwurfsvorschlag bei. Dagegen werden die Codes aus der Krankheit (135) G93.7, G94.0 und G94.2 sowie der Code G94.1 aus Krankheit (36) aus systematisch-nosologischen Gründen über den Vorschlag im Entwurf hinausgehend in die Krankheit 167 (neu) *Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen* verschoben.

Krankheit 124 Nicht-psychotisch organische Störung (133)

Die Eingruppierung spezifischer organisch bedingter psychischer Störungen aus der Krankheit 123 *Demenz* wird von KBV / BÄK zwar begrüßt, kann allerdings vor dem Hintergrund des grundsätzlichen Festhaltens an der bestehenden Systematik durch das BVA nicht übernommen werden.

Krankheit 125 Anderer / nicht näher bezeichneter Krankheitszustand des Zentralnervensystems (3, 134, 135, 137)

Im Gegensatz zu den anderen Diagnosen in der Krankheit *Anderer / nicht näher bezeichneter Krankheitszustand des ZNS* handelt es sich bei der Diagnose G08 um eine entzündliche Erkrankung. Die im Entwurf vorgeschlagene Verschiebung des Codes G08 *Intrakranielle und*

¹ Bei der in der Stellungnahme angesprochenen Ausgliederung des Codes G31.82 muss es sich um ein Missverständnis handeln, da dieser Code weiterhin der Demenz zugeordnet ist.

intraspinale Phlebitis und Thrombophlebitis in die Krankheit 3 *Nicht virale Meningitis/Enzephalitis* wird deshalb beibehalten.

Krankheit 126 Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch (138, 346)

Auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats werden die Codes zu F55 *Schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen* der Kategorie AUSSCHLUSS (*Symptom, Zustand,...*) zugeordnet, um keine Fehlanreize bei der medizinischen Versorgung zu setzen und damit verbundenen Kosten vorzubeugen.

Krankheit 127 Psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen (139, 147)

Die Auftrennung im Festlegungsentwurf in zwei neue Krankheiten ((139) *Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen* und (147) *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*) wurde von der BPTK als sachgerecht begrüßt. Diese Änderung wird vom BVA beibehalten.

Krankheit 128 Depression (140, 142, 148)

Die Bereinigung der Krankheitsgruppe *Depression* um die Codes für *affektive Störungen* F38.0, F38.1, F38.8 und F39 (Umordnung in Krankheit 148 *Andere psychische Erkrankungen*) wird von KBV / BÄK ausdrücklich begrüßt. Auch die BPTK hält die Entwurfsänderungen für sachgerecht. Das BVA behält diese Änderungen daher bei.

Im Entwurf erfolgt die Ausgliederung des Codes F41.2 *Angst und depressive Störung, gemischt* in die Krankheit (142) *Angsterkrankungen*. BPTK und KBV / BÄK begrüßen dies. Die BARMER gibt zu bedenken, dass die Herausnahme einzelner ICD-Kodes aus der alten Abgrenzung der Krankheit *Depression* zu Lasten der Manipulationsresistenz des Modells gehe. So ließen sich Diagnosen wie die F41.2 (*Angst und depressive Störung, gemischt*) – jetzt in Krankheit 142 *Angsterkrankungen* – nicht sauber von Diagnosen der ursprünglichen Krankheit 128 abgrenzen. Das Argument kann nicht nachvollzogen werden, da bei den Diagnosen F41 das Symptom Angst im Vordergrund steht. Die Aufgliederung wird daher übernommen.

TK et al. kritisieren grundsätzlich, dass F34.1 *Dysthymia* keine Erkrankung ist, die zum Krankheitsbegriff Depression gehört, sondern nach ICD-10-GM zu den "Anhaltenden affektiven Störungen" zählt. Da als Ergebnis der Anhörung grundsätzlich an der bestehenden Systematik festgehalten wird, kann die Anregung in diesem Rahmen vom BVA nicht berücksichtigt werden und wird im Rahmen der künftigen Weiterentwicklung geprüft.

Krankheit 130 Angsterkrankungen (142)

BPtK und KBV / BÄK begrüßen die Zuordnung des Kodes F41.2 (*Angst und depressive Störung, gemischt*) aus 128 Depression. Diese Änderung wird vom BVA aus dem Entwurf beibehalten (s. o.).

KBV / BÄK regen an, in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften zu prüfen, ob weitere relevante Kodes noch nicht zugeordnet sind und ob die Diagnosen F43.1 *Posttraumatische Belastungsstörung*, F62.0 *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung* und F62.1 *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit* medizinisch in diese Krankheitsgruppe gehören oder evtl. besser in die Krankheit 146 *Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen* oder in die Krankheit 147 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*. Auch TK et al. kritisieren den Einbezug dieser Kodes unter *Angsterkrankungen*.

Des Weiteren schlägt die BPtK vor, die beiden Krankheiten *Angststörungen* (142) und *Zwangsstörungen* (144) aufgrund der symptomatischen Überlappungen, gemeinsamer ätiologischer Faktoren und der Ähnlichkeit der psychotherapeutischen Behandlungsansätze zu einer Krankheit, Angst- und Zwangsspektrumsstörungen, zusammenzufassen. In Anlehnung an die DSM-IV-Klassifikation sei es darüber hinaus sinnvoll, die neue Gruppe um die Kodes F43.1 (*Posttraumatische Belastungsstörung*) und F43.0 (*Akute Belastungsreaktion*) zu ergänzen.

Die Anregungen können im Rahmen dieser Überarbeitung aus zeitlichen Gründen vom BVA nicht berücksichtigt werden, werden jedoch im Rahmen der künftigen Weiterentwicklung geprüft.

Krankheit 133 Anorexia nervosa / Bulimia nervosa (145)

Krankheit 137 Andere psychische Erkrankungen (145, 148)

KBV / BÄK, BARMER und BPtK halten es für medizinisch sinnvoll, die Krankheit 133 um die restlichen F50-Kodes aus der Krankheit 137 zu erweitern. KBV / BÄK finden jedoch die Eingruppierung von F50.9 problematisch, da dieser Code häufig nicht korrekt verwendet werde und regen eine Überprüfung an. Dagegen hält die BARMER diese unspezifische Diagnose der *Essstörung* mangels spezifischer Kodieralternativen im Gegensatz zu anderen Krankheiten wie *Depression* an dieser Stelle für unverzichtbar. Außerdem regt sie eine Umbenennung der Krankheit in *Essstörungen* an.

Das BVA schließt sich der Argumentation der BARMER und der BPtK an und behält die Änderungen aus dem Entwurf bei. Die empfohlene Umbenennung wird jedoch als zu unspezifisch angesehen.

Krankheit 134 Ticstörungen (152)

Die im Entwurf vorgeschlagene Auflösung der Krankheit und die Zuordnung der Codes F95.- und F98.4 zur Krankheit 141 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* (F91 bis F95 und F98) wird von der BPtK unter klinischen Gesichtspunkten nachvollzogen und grundsätzlich befürwortet. KBV / BÄK befürworten die Änderung grundsätzlich auch, vermuten jedoch, dass F95.8 (*Sonstige Ticstörungen*) die Gruppe dominiert und häufig für „nervöser Tic“ verwendet wird. Daher sind sie der Auffassung, dass mit der Zuordnung der *Ticstörungen* in spezifische Krankheitsgruppen vorsichtig umgegangen werden muss, bis eine Kodierregel zu den Ticstörungen vorliegt.

Vor dem Hintergrund des grundsätzlichen Festhaltens an der bestehenden Systematik behält das BVA die ursprüngliche Krankheitsabgrenzung bei.

Nach Meinung der BPtK sollten aus medizinisch-wissenschaftlichen Gründen die spezifischen Diagnosen *Stottern* (F98.5) und *Poltern* (F98.6) – momentan Krankheit 142 (153) *Umschriebene Entwicklungsstörungen* – hier eingeordnet werden.

Die Anregungen können im Rahmen dieser Überarbeitung aus zeitlichen Gründen vom BVA nicht berücksichtigt werden, werden jedoch im Rahmen der künftigen Weiterentwicklung geprüft.

Krankheit 136 Sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (147)

Der Festlegungsentwurf sieht eine Umbenennung der Krankheit in *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* sowie die Zusammenlegung mit einem Teil der Krankheit 127 (s. o.) vor.

Die BPtK hält diese Zusammenlegung für medizinisch sachgerecht. Auch KBV / BÄK stellen fest, dass hier eine medizinisch nachvollziehbare Änderung der Zuordnung verschiedener ICD-Kodes vorgenommen wurde. Auch hier geben KBV und BÄK zu bedenken, dass unspezifische Codes Verwendung finden könnten (s. o.).

Das BVA behält die Umbenennung und Erweiterung der Krankheitsentität um Teile aus der Krankheit 127 bei.

Vor dem Hintergrund der Manipulationsanfälligkeit weist die BARMER darauf hin, dass die Diagnosen der *ADHS* in der DxGruppe 268 und damit bei Umsetzung der neuen Krankheitsliste in der neuen Krankheit 147 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* weitergeführt werden sollten. Aufgrund der Ähnlichkeit der Krankheitsbilder sei ansonsten mit „Rightcoding“ von der *ADHS* weg in die ICD-Kodes der *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* zu rechnen, da es hier noch einen Zuschlag gibt.

Das BVA ist sich möglicher Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung bewusst. Dennoch hält es die Trennung an dieser Stelle für pragmatisch und durchführbar.

Krankheit 138 Schwerer oder schwerster Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung (149)

KBV / BÄK schlagen eine Änderung der Benennung in *Schwerer oder schwerster Entwicklungsrückstand / Intelligenzminderung* vor, da es sich hier ausschließlich um Krankheitsbilder mit schwerer Intelligenzminderung handelt.

Das BVA setzt diese Anregung um.

Krankheit 140 Leichter / nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung (151)

Diese Krankheit war nicht Gegenstand der Anhörung, da keine Änderungen vorgenommen wurden. Sie wurde jedoch von KBV / BÄK und BPtK kommentiert: KBV / BÄK stellen die Frage, ob der gesamte Bereich F84.- *Tief greifende Entwicklungsstörungen* hier sinnvoll zugeordnet ist. Diagnosen wie die F84.0 *Frühkindlicher Autismus*, die F84.1 *Atypischer Autismus*, die F84.4 *Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien* und die F84.5 *Aspergersyndrom* passten nur wenig zu den anderen Diagnosen und zum Krankheitstitel. Eventuell wäre zu diskutieren, ob die F85.-Kodes unter medizinischen Gesichtspunkten in die Krankheit 156 oder 152 aufgenommen werden könnten.

Laut BPtK sollten die Kodes F84.2, F84.3 und F84.5 aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen der Krankheit 149 *Schwerer oder schwerster Entwicklungsrückstand/Intelligenzminderung* und nicht der Krankheit 151 *Leichter/Nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand/Lernbehinderung* zugeordnet werden.

Die Anregungen können im Rahmen dieser Überarbeitung aus zeitlichen Gründen vom BVA nicht berücksichtigt werden, werden jedoch im Rahmen der künftigen Weiterentwicklung geprüft.

Krankheit 141 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (152)

Die vorgeschlagene Eingliederung der Kodes F95.- und F98.4 aus Krankheit 134 wird ebendort diskutiert (s. o.).

Vor dem Hintergrund des grundsätzlichen Festhaltens an der bestehenden Systematik behält das BVA die ursprüngliche Krankheitsabgrenzung bei.

Krankheit 142 Umschriebene Entwicklungsstörung (153)

Diese Krankheit war nicht Gegenstand der Anhörung, da keine Änderungen vorgenommen wurden. Sie wurde jedoch von BPtK, BKJPP und KBV / BÄK kommentiert:

Laut BPtK sollten die unspezifischen Diagnosen F80.9, F81.9, F88.- und F89.- aufgrund der bestehenden Validitätsprobleme bei der Diagnosestellung in die Krankheit (148) *Andere psychische Erkrankungen* (s. o. Krankheit 137) verlagert werden.

Darüber hinaus hält die BPtK die spezifischen Kodes F98.5 und F98.6 (*Stottern* und *Poltern*) aus medizinisch-wissenschaftlichen Abgrenzungsfragen in der Krankheit 141 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* besser klassifiziert.

Des Weiteren regt die BPtK an, die Diagnosen des Dreistellers F84 *Tiefgreifende Entwicklungsstörungen* ohne F84.2, F84.3 und F84.5 in die Krankheitsabgrenzung einzubeziehen und die Krankheit in *Umschriebene und tiefgreifende Entwicklungsstörung* umzubenennen.

Nach Meinung der BPtK sollten aus medizinisch-wissenschaftlichen Gründen die spezifischen Diagnosen *Stottern* (F98.5) und *Poltern* (F98.6) in die Krankheit 134 *Ticstörungen* verlagert werden (s. o.).

BKJPP empfehlen die unspezifischen Diagnose-Kodes F80.9, F81.9 F82.9 und F89 auszuschließen. Darüber hinaus sollte *Stottern* (F98.5) und *Poltern* (F98.6) unter *Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen* stehen.

KBV / BÄK hinterfragen, ob die Diagnosen F98.5 *Stottern* und F98.6 *Poltern* dieser Krankheit richtig zugeordnet sind. Darüber hinaus schlagen sie vor, die Krankheiten 152 *Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit*, 153 *Umschriebene Entwicklungsstörung* und 156 *Aufmerksamkeitsdefizitstörung* in einer Krankheitsgruppe zusammenzuschließen, dabei aber darauf zu achten, dass unspezifische Kodes nicht aufgenommen werden.

Die Anregungen können im Rahmen dieser Überarbeitung aus zeitlichen Gründen vom BVA nicht berücksichtigt werden, werden jedoch im Rahmen der künftigen Weiterentwicklung geprüft.

Krankheit 145 Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen (156)

Diese Krankheit war nicht Gegenstand der Anhörung, da keine Änderungen vorgenommen wurden. Sie wurde jedoch von BPtK, BVKJ / AG ADHS und KBV / BÄK kommentiert:

BVKJ / AG ADHS kritisieren die Berücksichtigung der „ungenauen“ Diagnose-Kodes F90.8 *Sonstige hyperkinetische Störungen* und F90.9 *Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet* bei der Berechnung der Kosten, da sie dadurch eine Absenkung der durchschnittlichen Kosten vermuten. Auch der BKJPP empfiehlt die Berechnung des Schwellenwertes ohne diese Diagnosen. Außerdem plädieren beide Verbände dafür, die Krankheitskosten altersgruppenbezogen zu vergleichen. Sonst würden die spezifischen Kosten

von Krankheitsbildern, die nur oder überwiegend im Kindes- und Jugendalter vorkommen, systematisch unterschätzt.

KBV / BÄK regen darüber hinaus an, mit Bezug auf den unspezifischen Kode F90.9 eine Detailanalyse durchzuführen, wie groß der Anteil an Patienten ist, die eine spezifische Therapie (Psychotherapie und/oder Methylphenidat) erhalten.

Die BPtK hat weitergehende Anmerkungen zu dieser Krankheitsentität. So sollten die unspezifischen Diagnosen F90.8 und F90.9 ausgegliedert und der Krankheit 137 *Andere Psychische Erkrankungen* zugeordnet werden. Im Rahmen einer gesonderten Auswertung der prospektiven Kosten auf ICD-Ebene (durch das BVA) fanden sich allerdings keine Anhaltspunkte für die seitens der Anhörungspartner vorgebrachten Vermutungen bezüglich einer Kostenverwässerung durch die ICD-Kodes F90.8 bzw. F90.9. Von daher sieht das BVA keine Veranlassung, diese beiden ICD-Kodes aus der Krankheit auszugliedern.

Dagegen sollten die Kodes F91.- (ohne F91.9) und F92.- der Krankheit neu zugeordnet werden. Sie sollte daraufhin umbenannt werden in *Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens* oder alternativ *Externalisierende Störungen*.

Die Anregungen können im Rahmen dieser Überarbeitung aus zeitlichen Gründen vom BVA nicht berücksichtigt werden, werden jedoch im Rahmen der künftigen Weiterentwicklung geprüft.

Zusammenfassend zu den Krankheiten 138, 139, 140, 141, 142 und 145 (149, 150, 151, 152, 153, 156)

Der BKJPP schlägt grundsätzlich eine Neuordnung der psychiatrischen Diagnosen für Kinder und Jugendliche in drei Gruppen vor: Zusammenfassung der Krankheiten 138 und 139 zu *Entwicklungsverzögerung mit mittelschwerer und schwerer Intelligenzminderung*, Zusammenfassung der Krankheiten 140 und 142, evtl. ohne ICD-Kodes F84.-, zu *Entwicklungsverzögerungen mit oder ohne leichte Intelligenzminderung* sowie Zusammenfassung der Krankheiten 141 und 145, evtl. mit ICD-Kodes F84.-, zu *Verhaltensstörungen und emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter*.

Die Anregungen können im Rahmen dieser Überarbeitung aus zeitlichen Gründen vom BVA nicht berücksichtigt werden, werden jedoch im Rahmen der künftigen Weiterentwicklung geprüft.

Krankheit 146 Ausgeprägte schwere Lähmungen (3, 157, 158, 159)

Krankheit 147 Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks (134, 136, 157, 158, 159, 160, 162)

Der AOK-BV hält die Abgrenzung der *Systematrophien, die vorwiegend das ZNS betreffen* (159) als eigenständige Krankheit für nachvollziehbar. Die *Verletzungen des Rückenmarks* (158), *Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems* (160) und *Ausgeprägte schwere Lähmungen* (157) sollten zusammengefasst werden, da eine Kodierung hier in starkem Ausmaß vom einzelnen Arzt abhängig sein könne.

Die Anregung wird vom BVA aufgegriffen. Die ursprünglichen Krankheiten 146 und 147 werden umstrukturiert in *Systematrophien, die vorwiegend das ZNS betreffen* (G11.- bis G13.- und G10) sowie eine neue Krankheit *Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems*, die alle übrigen Codes enthält.

Ausnahmen bilden der Code G04.1 *Tropische spastische Paraplegie*, welcher in die Krankheit 3 verlagert wird, und G90.1 *Familiäre Dysautonomie [Riley-Day-Syndrom]*, welcher in Krankheit 160 *Erkrankungen des autonomen Nervensystems* verschoben wird.

Krankheit 153 Multiple Sklerose (165)

Durch die Aufnahme der Codes G37.3 und G37.4 des Dreistellers G37 *Sonstige demyelinisierende Krankheiten des ZNS* aus Krankheit 3 *Nicht-virale Meningitis/Enzephalitis* (siehe oben) ist es angezeigt, die Krankheit in *Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS* umzubenennen.

Krankheit 154 Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen (159, 166)

Die Diagnose G10 *Chorea Huntington* ist im Entwurf ausgegliedert und aus medizinischen Gründen sowie der ICD-Systematik folgend der Krankheit (159) *Systematrophien, die vorwiegend das ZNS betreffen* zugeordnet worden. Die Abgrenzung der *Systematrophien* als eigenständige Krankheit wird vom AOK-BV begrüßt. Die Änderung wird übernommen.

Krankheit 156 Koma, Hirnödem, hypoxischer Hirnschaden (54, 135, 168)

KBV / BÄK sehen die Verlagerung des *apallischen Syndroms* in diese Gruppe kritisch.

Die Einwände erübrigen sich vor dem Hintergrund des grundsätzlichen Festhaltens an der bestehenden Systematik. Der Code verbleibt in der ursprünglichen Krankheit, die jetzt *Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen (ex-Koma, Hirnödem, hypoxischer Hirnschaden)* heißt.

Nach Prüfung der prospektiven Kosten wird darüber hinaus die Diagnose E03.5 *Myxödemkoma* aus der Krankheit in die Krankheit (56) *Schilddrüsen-Erkrankungen, exkl. Struma und Thyreotoxikose* verlagert.

Krankheit 157 Postherpetisches Neuralgie / andere neurologische Komplikationen des Herpes zoster (10, 171)

Krankheit 160 Trigeminusneuralgie (171)

Krankheit 161 Erkrankungen des Nervus facialis, einschließlich idiopathischer Fazialislähmung (171)

Krankheit 162 Andere Hirnnervenerkrankungen (171)

Krankheit 164 Andere näher bezeichnete Neuropathien (174)

**Krankheit 166 (Mono)neuropathie an der oberen Extremität
(z.B. Karpaltunnelsyndrom) (174)**

Krankheit 167 (Mono)neuropathie der unteren Extremität (174)

KBV / BÄK halten die Zusammenfassung der Krankheiten 160 bis 162 sowie 164, 166 und 167 in jeweils eine neue zusammenfassende Krankheit für medizinisch nachvollziehbar und die Gesamtsystematik vereinfachend.

Aus diesen Gründen hält das BVA an der im Entwurf vorgeschlagenen Struktur fest. Krankheit 160, 161 und 162 wird zur Krankheit *Trigeminusneuralgie, Erkrankungen des Nervus facialis und anderer Hirnnerven*, Krankheit 164, 166 und 167 zur Krankheit *(Mono)neuropathien* zusammengefasst. Krankheit 157 wird aufgelöst, Kode B02.2 wird der Krankheit 11 *Herpes Zoster (Gürtelrose) exkl. neurologische Komplikationen*, Kode G53.0 der Krankheit (171) *Trigeminusneuralgie, Erkrankungen des Nervus facialis und anderer Hirnnerven* zugeordnet.

Krankheit 169 Herzstillstand, Kammerflattern (188)

Krankheit 183 Vorhoffarrhythmie (188)

Krankheit 184 Ventrikuläre Tachykardie (188)

KBV / BÄK begrüßen die Zusammenlegung der Krankheiten als medizinisch konsistent. Diskussionswürdig aus Sicht der KBV / BÄK ist eventuell die Einordnung der ICD-Kodes zum *Vorhofflattern* und *Vorhofflimmern* in die Krankheit (189) *AV-Block II. und III. Grades sowie sinoatriale Blockierungen*.

Da die Vorhoffarrhythmien nicht notwendigerweise mit AV-Blocks assoziiert sind, werden diese als eigenständiges Krankheitsbild beibehalten. Ansonsten bleibt es bei der Zusammenlegung der 169 und 184.

Krankheit 170 Herzinsuffizienz (176, 177, 180, 181)

Die Kodes (I42, I43, I50 und I51.4+5) werden in die Krankheit (176) *Herzinsuffizienz*, die Kodes I27 und I28 in die Krankheit (177) *Pulmonale Herzkrankheit und Erkrankungen des Lungenkreislaufes*, I25.5 in die Krankheit (180) *Ischämische Herzkrankheit* sowie I41 in die Krankheit (181) *Akute Endokarditis / Myokarditis* ausgegliedert.

Die Änderungen im Entwurf wurden nicht kritisiert. Aus systematisch-nosologischen Gründen behält das BVA diese Struktur bei.

Krankheit 176 Kardiovaskuläre Syphilis (13)

Die Krankheit wird aufgelöst und die Kodes der Krankheit 15 *Geschlechtskrankheiten, exkl. Neurosyphilis und kardiovaskuläre Syphilis* zugeordnet.

Die Änderungen im Entwurf wurden nicht kritisiert. Aus systematisch-nosologischen Gründen behält das BVA diese Struktur bei.

Krankheit 179 Angeborene schwere Herzfehler (185)

Krankheit 180 Sonstige angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems (185, 186)

Die BARMER hält eine Krankheitsauswahl, die schwere angeborene Herzfehler (und Schlaganfall) nicht erfasst, für schwer vermittelbar. Das BVA hat die Abgrenzung überprüft und geht von der Überlegung aus, dass ein lebensbedrohlicher angeborener Herzfehler so schwerwiegend ist, dass er während der Kindheit eine, möglicherweise auch mehrere, kostenintensive OP(s) erfordert. Wenn Erwachsene eine solche Kodierung aufweisen, ist davon auszugehen, dass entweder der angeborene Herzfehler so „schwerwiegend“ nicht ist oder die kostenintensiven Operationen bereits im Kindesalter erfolgt sind und keine weiteren hohen Kosten zu erwarten sind.

Daher teilt das BVA diese Krankheit altersabhängig auf in Krankheit 192 (neu) *Angeborene schwere Herzfehler (<18 Jahre)* und 193 (neu) *Angeborene schwere Herzfehler (>17 Jahre)*.

Analog werden aus der Krankheit 180 die Kodes Q21.8 und Q25.5 ausgegliedert und jeweils den Krankheiten 192 (neu) *Angeborene schwere Herzfehler (<18 Jahre)* und Krankheit 193 (neu) *Angeborene schwere Herzfehler (>17 Jahre)* zugeordnet.

Krankheit 182 Atrioventrikulärer Block, vollständig (kompletter AV-Block / AV-Block III. Grades) (189)

Krankheit 185 Sinoatriale Blockierungen, einschließlich Sinusknotensyndrom ("sick sinus syndrome") (189)

Krankheit 187 AV-Block II. Grades (Typ Wenckebach oder Typ Mobitz) (189)

Aus nosologischen Gründen werden die drei Krankheiten zur Krankheit *AV-Block II. und III. Grades* sowie *sinoatriale Blockierungen* zusammengefasst.

Krankheit 190 Kardiomegalie (176)

In der Absicht sinnvoll abgegrenzte Krankheitsentitäten zu bilden, die aus mehr als einem Symptom bestehen, wird die Krankheit aufgelöst und der einzige Kode I51.7 der Krankheit *Herzinsuffizienz* zugeordnet.

Krankheit 191 Schlaganfall und Komplikationen (3, 193)

Krankheit 193 Zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen (193, 195)

GKV-SV und AOK-BV vertreten die Auffassung, dass die Codes G46.8, I67.8 und I67.88 weder aus medizinischen noch aus Kostengesichtspunkten in der Krankheit 191 enthalten sein sollten. AOK-BV schlägt vor, die ICD-Kodes wieder in ihre ursprüngliche Krankheit einzugliedern.

Auch KBV / BÄK halten die Aufnahme der Codes I67.8- (nicht endständiger Viersteller) und I67.88 *Sonstige näher bez. zerebrovaskuläre Erkrankungen* aus 191 in diese Krankheit für hochkritisch, da es sich um Codes handelt, die in der konkreten Versorgung des Schlaganfalls und seiner Komplikationen keine Bedeutung haben.

Da als Ergebnis der Anhörung grundsätzlich an der bestehenden Systematik festgehalten wird, werden die Anregungen vom BVA übernommen, d.h. die Krankheiten verbleiben in ihrer ursprünglichen Form.

Lediglich der Kode G09 *Folgen entzündlicher Krankheiten des ZNS* wird nicht gemäß Entwurf in die Krankheit (3), sondern aus medizinisch-nosologischen Gründen zu *Spätfolgen von Infektionen des ZNS* verschoben.

Krankheit 194 Lungenembolie (177)

Auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats wird die Krankheit aufgelöst und die Codes I26.0+9 *Lungenembolie mit und ohne Angabe eines Cor pulmonale* der Krankheit *Pulmonale Herzkrankheit und Erkrankungen des Lungenkreislaufes* zugeordnet.

Krankheit 195 Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung (13, 196) *

Der Kode I79.1 *Aortitis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* (syphilitische Aortitis) wird ausgegliedert und aufgrund der Ätiologie Syphilis der Krankheit *Geschlechtskrankheiten, exkl. Neurosyphilis* zugeordnet.

Krankheit 199 Gefäßerkrankungen der Niere (Embolie, Parenchymblutung, Nierenvenenthrombose, Niereninfarkt) (200, 203, 262)

Krankheit 201 Arteriell Aneurysma (exkl. d. Aorta) (200)

KBV / BÄK merken an, dass sich die Zusammensetzung der Gruppe unter medizinischen Gesichtspunkten insgesamt noch verbessern ließe. Sie stellen das Fehlen bestimmter *arterieller Aneurysmen* aus der Krankheit (186) und (195) in Frage und kritisieren den Einschluss des unspezifischen Kodes I72.9.

Als Ergebnis der Anhörung wird grundsätzlich an der bestehenden Systematik festgehalten. Demzufolge geht das BVA hier zum Status quo zurück.

Krankheit 200 Aortenaneurysma, ohne Erwähnung einer Ruptur (13, 199) *

Der Kode I79.0 *Aortenaneurysma bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* (syphilitisches Aortenaneurysma) wird ausgegliedert und aufgrund der Ätiologie Syphilis der Krankheit *Geschlechtskrankheiten, exkl. Neurosyphilis* zugeordnet.

Krankheit 202 Hereditäre Teleangiektasie (Morbus Osler-Rendu-Weber) (202) *

Krankheit 203 Raynaud Syndrom (196)

Krankheit 205 Erkrankungen der Kapillaren, exkl. hereditäre Teleangiektasie (202)

In der Absicht sinnvoll abgegrenzte Krankheitsentitäten zu bilden, die aus mehr als einem Symptom bestehen, wird im Entwurf die Krankheit 202 aufgelöst und der einzige Kode I78.0 der Krankheit 205 zugeordnet. Diese wird infolgedessen in *Erkrankungen der Kapillaren* (der Zusatz „exkl. hereditäre Teleangiektasie“ fällt weg) umbenannt.

Auch das *Raynaud Syndrom* wird mit obiger Argumentation aufgelöst und abweichend vom Entwurf aufgrund ähnlicher Pathophysiologie von (196) *Atherosklerose* in Krankheit *Erkrankungen der Kapillaren* verschoben.

Krankheit 207 Oberflächliche Phlebitis am Bein (203) *

Um sinnvoll abgegrenzte Krankheitsentitäten zu bilden, die aus mehr als einem Symptom bestehen, wird im Entwurf die Krankheit 207 aufgelöst und der einzige Code I80.0 *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten* aus medizinisch-nosologischen Gründen der Krankheit *Thrombophlebitis, exkl. tiefer Venen* zugeordnet.

Krankheit 212 Venöse Kompressionssyndrome (208) *

Krankheit 213 Andere näher bezeichnete Erkrankungen des Gefäßsystems (196, 208, 209)

Um sinnvoll abgegrenzte Krankheitsentitäten zu bilden, die aus mehr als einem Symptom bestehen, wurde die Krankheit 212 aufgelöst und der einzige Code I87.1 *Venenkompression* der Krankheit (208) *Sonstige Venenerkrankungen* zugeordnet. Aus systematisch-nosologischen Gründen wird die Krankheit 213 in *Sonstige (näher bezeichnete) Erkrankungen des Kreislaufsystems* umbenannt. Die Codes I73.1+8 und I79.2+8 werden ausgegliedert und der Krankheit *Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung* zugeordnet. Ebenso werden die Codes I87.2+8 ausgegliedert und der Krankheit *Sonstige Venenerkrankungen* zugeordnet.

Krankheit 218 Bronchiektasen (211) *

Um sinnvoll abgegrenzte Krankheitsentitäten zu bilden, die aus mehr als einem Symptom bestehen, wurde die Krankheit 218 aufgelöst und der einzige Code J47 *Bronchiektasen* der Krankheit *Emphysem / Chronisch-obstruktive Bronchitis* zugeordnet.

Krankheit 224 Akute oder einfache bzw. nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis und Bronchiolitis (219, 220) *

Die Krankheit wird aus medizinisch-nosologischen Gründen in (230) *Akute Bronchitis und Bronchiolitis* umbenannt. Vor demselben Hintergrund werden die Codes J40 – J42 ausgegliedert und der neuen Krankheit (220) *Einfache bzw. nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis* zugeordnet.

Krankheit 226 Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der Lunge oder des respiratorischen Systems (219, 222) *

Der Code J22 *Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet* wird aus medizinisch-nosologischen Gründen ausgegliedert und der Krankheit *Akute Bronchitis und Bronchiolitis* zugeordnet.

Krankheit 227 Atelektasen / nicht mit Luft gefüllter Lungenabschnitt (222) *

In der Absicht sinnvoll abgegrenzte Krankheitsentitäten zu bilden, die aus mehr als einem Symptom bestehen, wurde die Krankheit 227 aufgelöst und der einzige Kode J98.1 *Lungenkollaps* der Krankheit (222) *Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der Lunge oder des respiratorischen Systems* zugeordnet.

Krankheit 232 Netzhautablösung (227)

Krankheit 233 Diabetische und andere vaskuläre Retinopathien (227)

Krankheit 234 Netzhautriß ohne Netzhautablösung (227)

Krankheit 235 Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der Netzhaut (227)

Krankheit 236 Makuladegeneration (227)

Krankheit 237 Retinitis pigmentosa, andere hereditäre Netzhautdystrophien (227)

Laut TK et al. ist hier eine Trennung in die einzelnen ICD-Dreisteller erforderlich, da den korrespondierenden Krankheiten unterschiedliche Ursachen und ebenso unterschiedliche Therapieansätze zugrunde liegen. KBV / BÄK begrüßen die Aufnahme in die Auswahl und sprechen sich dafür aus, mittelfristig die Zuordnung des unspezifischen Kodes H35.9 zu überprüfen.

Die BARMER schlägt vor, die ursprünglichen Krankheiten in zwei zusammenzufassen: *Ablösungen der Netzhaut* und *Störungen der Netzhaut*.

Da die Stellungnahmen uneinheitlich sind und vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Beibehaltung der bestehenden Krankheitsabgrenzung wird auf den Status quo zurückgegangen. Die Krankheit 233 wird jedoch umbenannt in *Vaskuläre Retinopathien*, da die diabetischen Retinopathien nicht im Vordergrund stehen.

Krankheit 238 Glaskörperblutung (228) *

Um die Krankheit genauer zu beschreiben nimmt das BVA eine redaktionelle Änderung vor und benennt die Krankheit um in *Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels*.

Krankheit 250 Stimmbandlähmung / Kehlkopflähmung (238) *

In der Absicht sinnvoll abgegrenzte Krankheitsentitäten zu bilden, die aus mehr als einem Symptom bestehen, wurde die Krankheit 250 aufgelöst und die Kodes des Vierstellers J38.0- der Krankheit *Erkrankungen des Kehlkopfs und der Stimmbänder* zugeordnet.

Krankheit 266 Nephritis (17, 254) *

Aus medizinisch-nosologischen Gründen wird der Kode A98.5 *Hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom* ausgliedert und der Krankheit (17) *Andere virale Infektionen* zugeordnet.

Krankheit 267 Hydronephrose und sonstige obstruktive Uropathien (255) *

Krankheit 269 Vesikoureteraler Reflux (255)

Die Krankheit 267 wird aus systematischen Gründen in *Refluxuopathie und Niereninfektion* umbenannt. In der Absicht sinnvoll abgegrenzte Krankheitsentitäten zu bilden, die aus mehr als einem Symptom bestehen, wurde die Krankheit 269 aufgelöst und der einzige Kode N13.7 *Uropathie in Zusammenhang mit vesikoureteralem Reflux* der Krankheit *Refluxuopathie und Niereninfektion* zugeordnet.

Krankheit 285 Erkrankungen der Vagina und der Zervix (271, 272) *

Die Krankheit 285 wird aus systematisch-nosologischen Gründen in (271) *Entzündliche Erkrankungen der Vagina und der Zervix* (N72, N75-N77) und (272) *Nichtentzündliche Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane* (N84, N86-N90) aufgegliedert.

Krankheit 290 Erkrankungen des Penis / der Hoden / der männlichen Genitalorgane (277, 346) *

Krankheit 292 Impotenz organischen Ursprungs (277)

Die Krankheit 290 wird aus systematischen Gründen in *Erkrankungen der männlichen Genitalorgane inkl. Impotenz organischen Ursprungs* umbenannt. In der Absicht sinnvoll abgegrenzte Krankheitsentitäten zu bilden, die aus mehr als einem Symptom bestehen, wurde die Krankheit 292 aufgelöst und der einzige Kode N84.4 *Impotenz organischen Ursprungs* der umbenannten Krankheit zugeordnet.

Krankheit 294 Extrauterin gravidität (280, 283)

Krankheit 295 Fehlgeburt / Schwangerschaft (280)

Krankheit 296 Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen) (280, 282, 283, 284, 285)

Krankheit 297 Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen) (281, 282, 283, 285)

Der AOK-BV vermutet eine Korrelation zwischen den Krankheiten (281) und (282) sowie (284) und (285) und kritisiert deshalb die Neuordnung im Entwurf. Er schlägt vor, die Krankheiten (281) und (282) sowie (284) und (285) zusammenzufassen. Das BVA folgt dieser Argumentation und führt die Krankheiten (281) und (282) mit Ausnahme der beiden auf eine abgeschlossene Schwangerschaft hinweisenden Codes O15.1 *Eklampsie unter der Geburt* sowie O15.2 *Eklampsie im Wochenbett* wieder in die Krankheit *Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)* (neu: 292) zurück. Entsprechend werden die Krankheiten (284) und (285) wieder in der Krankheit *Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)* (neu: 291) zusammengeführt und um die beiden ICD-Kodes O15.1 bzw. O15.2 (s.o.) ergänzt. Um den Dreisteller O32 zu komplettieren, wird der Code O32.0 *Betreuung der Mutter wegen wechselnder Kindslage* in die Krankheit (neu: 291) verschoben.

Die Rückführung bedingt, dass in analoger Weise die ICD-Kodes, die im Anhörungsentwurf die Krankheit (283) *Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen* bildeten, entsprechend der bisherigen Zuordnung für den Jahresausgleich 2009 und folgende (JA2009f) wieder in die Krankheiten *Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)* (neu: 292) sowie *Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)* (neu: 291) zurückgeführt werden. Abweichend hiervon wird lediglich der auf eine längerfristig bestehende Schwangerschaft hinweisende ICD-Kode O36.7 *Betreuung der Mutter wegen eines lebensfähigen Feten bei Abdominalgravidität*, der bislang (JA2009f) der Krankheit 294 Extrauterin gravidität zugeordnet wurde, nun in die Krankheit *Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)* (neu: 292) eingruppiert.

Krankheit 301 Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen (271, 277, 288, 289)

KBV / BÄK können die neue Zuordnung der *Fournier-Gangrän* beim Mann und bei der Frau in die geschlechtsspezifischen Krankheitsgruppen (271) bzw. (277) unter medizinischen Gesichtspunkten nicht nachvollziehen.

Im Rahmen des grundsätzlichen Beibehaltens des Status quo werden die Codes N49.80 *Fournier-Gangrän beim Mann* und N76.80 *Fournier-Gangrän bei der Frau* zurück in *Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen* verschoben.

Krankheit 315 Mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma (302, 303, 304) *

Aufgrund der Krankheitsschwere werden die Codes S06.7 *Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma* und S02.5 *Zahnfraktur* ausgegliedert und entsprechend Entwurf der Krankheit (302) *Schweres Schädel-Hirn-Trauma* bzw. (304) *Leichtes Schädel-Hirn-Trauma* zugeordnet.

Aus demselben Grund belässt das BVA die Codes T02.0- *Frakturen mit Beteiligung von Kopf und Hals* abweichend vom Entwurf in der Krankheit 315.

Krankheit 326 Fraktur des Nasenbeins (303) *

In der Absicht sinnvoll abgegrenzte Krankheitsentitäten zu bilden, die aus mehr als einem/r Symptom/Krankheit bestehen, wurde die Krankheit 326 aufgelöst und der einzige Code S02.2 *Nasenbeinfraktur* der Krankheit 318 *Mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma* zugeordnet.

Krankheit 321 Humerusfraktur, multiple Frakturen der oberen Extremität (309)*

Krankheit 328 Schlüsselbeinfraktur / Schulterblattfraktur (309)

Die Krankheit 321 wird aus systematischen Gründen in *Frakturen des Schlüsselbeins, des Schulterblatts und des Humerus* umbenannt. In der Absicht sinnvoll abgegrenzte Krankheitsentitäten zu bilden, die aus mehr als einem Symptom bestehen, wurde die Krankheit 328 aufgelöst und die beiden Codes S42.0 *Fraktur der Klavikula* und S42.1 *Fraktur der Skapula* der umbenannten Krankheit zugeordnet.

Krankheit 334 Luxation des Knies, einschließlich Knorpel- / Meniskusverletzung (111) *

Die Krankheit wird aus systematisch-nosologischen Gründen aufgelöst und die Codes der umbenannten Krankheit 102 (111) *Binnenschädigung des Knies, Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes* zugeordnet.

Krankheit 341 Andere Unfallfolgen (316, 320, 324, 346) *

Da es sich bei dem Code Z58 *Kontaktanlässe mit Bezug auf die physikalische Umwelt* weder um ein Symptom, noch um eine Krankheit handelt, wird der Code weiterhin in die Kategorie AUSSCHLUSS (*Symptom, Zustand,...*) ausgliedert.

Krankheit 342 Nicht-intendierte Vergiftungen oder Irrtum bei der Medikamenteneinnahme (346) *

Das BVA weicht hier auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats von der grundsätzlichen Vorgehensweise ab, den Status quo beizubehalten. Die Krankheit wird entsprechend Entwurf aufgelöst und die Codes der *Ausschlusskategorie (Symptom, Zustand, ...)* zugeordnet, da es sich hier um keine eng abgrenzbare Krankheit handelt. Außerdem gibt es empirische Hinweise, dass die *nicht-intendierten Vergiftungen* Folge von diversen anderen Grunderkrankungen sind.

Krankheit 343 Vergiftungen durch näher bezeichnete nicht medizinisch verwendete Substanzen, äußere Ursachen für Verletzungen (325, 326) *

Die Krankheit wird aufgelöst, da die enthaltenen ICD-Kodes in sich nicht kongruent sind.

Die Codes T66 *Nicht näher bezeichnete Schäden durch Strahlung*, T67 *Schäden durch Hitze und Sonnenlicht*, T68 *Hypothermie* und T69 *Sonstige Schäden durch niedrige Temperatur* werden der neuen Krankheit (325) *Erfrierungen und äußere Ursachen für Verletzungen* zugeordnet. Die restlichen Codes der Krankheit 343 werden der Krankheit 344 (326) *Vergiftungen durch andere oder nicht näher bezeichnete nicht medizinisch verwendete Substanzen* zugewiesen.

Krankheit 346 Unerwünschte Wirkung von Medikamenten (kein Medikations- oder Darreichungsfehler) (328)

Diese Krankheit war nicht Gegenstand der Anhörung, da keine Änderungen vorgenommen wurden. Sie wurde jedoch von KBV / BÄK kommentiert: KBV / BÄK kritisieren die Zusammenstellung der ICD-Kodes zu einer Krankheit als medizinisch nicht kongruent. Sie schlagen vor, zwischen kurz- und langfristigen Nebenwirkungen zu unterscheiden. T88.2 *Schock durch Anästhesie* sollte der Krankheit *Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung* zugeordnet werden. Den Ausschluss der *Vergiftungen* können sie nicht nachvollziehen, solange auch die *maligne Hyperthermie durch Anästhesie* enthalten ist.

Die Anregungen können im Rahmen dieser Überarbeitung aus zeitlichen Gründen vom BVA nicht berücksichtigt werden, werden jedoch im Rahmen der künftigen Weiterentwicklung geprüft.

Krankheit 352 Risikogeburt (161, 332, 333) *

Krankheit 353 (Schädigung des Neugeborenen durch Alkohol / Drogen, einschließlich Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien) (333, 334)

Krankheit 358 Erkrankungen des Verdauungssystems in der Perinatalperiode (333, 338)

KBV / BÄK begrüßen die Neuordnung der Krankheiten in die Krankheit (333) *Angeborene Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes*. Manche Zuordnung könne weiterhin nicht unmittelbar nachvollzogen werden. Die Zuordnung z.B. des Codes P04.0 *Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Anästhesie und Analgesie bei der Mutter während Schwangerschaft, Wehen und Entbindung* scheine medizinisch nicht kongruent mit den anderen Diagnosen.

Das BVA behält die Änderungen aus der Entwurfsfassung generell bei. Als Ausnahme wird der Kode P04.0 in der Krankheit 353 belassen. Der Kode G70.2 *Angeborene oder entwicklungsbedingte Myasthenie* bleibt aus der Krankheit *Risikogeburt* ausgegliedert und wird abweichend vom Entwurf der Krankheit *Erkrankungen der motorischen Endplatte / Myasthenia gravis* zugeordnet. Die im Entwurf aufgeführte Krankheit *Erkrankungen im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels* wird gemäß der grundsätzlichen Vorgehensweise nicht beibehalten.

Krankheit 78 Darmdivertikel, ohne Blutung (85, 346)

Krankheit 126 Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch (138, 346)

Krankheit 223 Sonstige Krankheiten der Pleura (218, 346)

Krankheit 286 Andere Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane (272, 273, 346)

Krankheit 290 Erkrankungen des Penis / der Hoden / der männlichen Genitalorgane (277, 346)

Krankheit 296 Entbindung/abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen) (18, 280, 282 – 285, 336, 346, 347)

Krankheit 297 Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen) (281 – 283, 285, 346)

Krankheit 341 Andere Unfallfolgen (316, 320, 324, 346)

Krankheit 342 Nicht-intendierte Vergiftungen oder Irrtum bei der Medikamenteneinnahme (346)

Krankheit 368 Zusatzinfo: Gehbehinderung mit langzeitiger Abhängigkeit vom Rollstuhl (346)

Krankheit 369 Zusatzinfo: Abhängigkeit vom Beatmungsgerät (346)

Krankheit 371 AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...) (58, 188, 329, 346, 349)

KBV / BÄK diskutiert das Vorhandensein einiger Kodes in der Ausschlusskategorie (346):

Q43.0 *Meckelsches Divertikel* wäre ihrer Meinung nach medizinisch eindeutiger der Krankheit (79) *Appendizitis* zugeordnet. Die *Vergiftungen* sollten nicht ausgeschlossen, sondern sämtlich einer eigenen Krankheitsgruppe zugeordnet bleiben oder in die Krankheitsgruppe (331) *Zwischenfälle bei Patienten während chirurgischer und medizinischer Behandlung* oder in die Krankheit (328) *Unerwünschte Wirkungen von Medikamenten* aufgenommen werden. Die Kodes T80.- *Komplikationen nach Infusionen, Transfusionen oder Injektionen zu therapeutischen Zwecken* und T88.- *Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen* sollten der Krankheitsgruppe (331) *Zwischenfälle bei Patienten während chirurgischer und medizinischer Behandlung* zugeordnet werden. Es bleibe unklar, weshalb die Kodes zur *Registrierung zur Organtransplantation* nicht, wie 2009 angekündigt, eine eigene Gruppe bilden. Derzeit steht noch keine Kodierrichtlinie für die Verschlüsselung der Registrierung zur Verfügung. Damit ist nicht von einem einheitlichen Gebrauch der Registrierungskodes, z. B. im Hinblick auf die Zeitdauer der Registrierung, auszugehen. Vor diesem Hintergrund konnte eine klar abgegrenzte Krankheitsentität durch das BVA bisher nicht gebildet werden.

Die Zuordnung der *Langzeitbeatmung* (Z99.1) in die Ausschlusskategorie führe dazu, dass Patienten mit *Apallischem Syndrom* (in Krankheit (135)), eine nicht seltene und kostenintensive Erkrankung, nicht gut identifiziert werden können.

Das BVA nimmt die Anregung von KBV / BÄK mit Ausnahmen (siehe unten) nicht auf und behält die Entwurfsänderungen generell bei. Ausnahmen bilden der Kode Q43.0 *Meckel-Divertikel*, der entsprechend der Anregung von KBV / BÄK medizinisch eindeutiger der Krankheit *Appendizitis, auch mit Perforation und Peritonitis* zugeordnet ist. Dagegen werden R09.1 *Pleuritis* sowie O09.- und Z33/34 wieder in ihre ursprünglichen Krankheiten eingegliedert.

Krankheit 355 Neugeborene mit etwas niedrigem Geburtsgewicht (332) *

In der Absicht sinnvoll abgegrenzte Krankheitsentitäten zu bilden, die aus mehr als einem Symptom bestehen, wurde die Krankheit 355 aufgelöst und der einzige Kode P07.12 *Neugeborenes: Geburtsgewicht 1500 bis unter 2500 Gramm* abweichend vom Entwurf der Krankheit 354 *Niedriges oder nicht näher bezeichnetes Geburtsgewicht* zugeordnet.

Krankheit 356 Mehrling (336, 339) *

In der Absicht sinnvoll abgegrenzte Krankheitsentitäten zu bilden, die nicht nur aus Symptomen bzw. Zustandsbeschreibungen bestehen, wurde die Krankheit 356 aufgelöst. Der Kode P01.5 *Schädigung des Feten und Neugeborenen bei Mehrlingsschwangerschaft* wird der Krankheit *Andere Probleme in der Perinatalperiode*, die restlichen Codes (Z38.-) der Krankheit *Lebendgeborene* zugeordnet.

Krankheit 358 Erkrankungen des Verdauungssystems in der Perinatalperiode (333, 338) *

Aus systematisch-nosologischen Gründen werden die Diagnosen Q40 *Sonstige angeborene Fehlbildungen des oberen Verdauungstraktes*, Q43 *Sonstige angeborene Fehlbildungen des Darms*, Q44 *Angeborene Fehlbildungen der Gallenblase, der Gallengänge und der Leber* und Q45 *Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems* in die Krankheit *Angeborene Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes* ausgegliedert.

Krankheit 360 Asphyxie unter der Geburt (332) *

Die Krankheit wird unter systematisch-nosologischen Gesichtspunkten aufgelöst und sämtliche Codes der Krankheit *Risikogeburt* zugeordnet.

Krankheit 367 Zusatzinfo: Strahlen-/Chemotherapie bei bösartiger Neubildung (349)

Krankheit 371 Ausschluss (Symptom, Zustand, ...) (58, 188, 329, 346, 349)

KBV / BÄK begrüßen die Einführung der Kategorie *Zusatzinfo* mit den Kodes Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung* und Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung*. Sie

regen eine entsprechende ambulante Kodierrichtlinie an, damit die Codes sektorübergreifend einheitlich genutzt werden. Kritisch angemerkt wird, dass Z51.0 im Gegensatz zu Z51.1 keinen zwingenden Bezug zu bösartigen Neubildungen hat.

Der GKV-SV begrüßt die Zuordnung der ICD-Kodes Z51.0 und Z51.1, um diese im Rahmen des Klassifikationsmodells als zusätzliche kostenerklärende Diagnosecodes bei allen Auswahlkrankheiten aus dem Bereich der bösartigen Neubildungen zu berücksichtigen. Es wird weiter ausgeführt, dass die Verwendung der Codes vor Manipulation schützen kann.

Das BVA nimmt die Anregung von GKV-SV und KBV / BÄK auf und behält die Entwurfsänderungen bei.

Hinweis: In den Dokumenten zur Anhörung wurde versäumt den Code Z51.82 *Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung* im Kontext der Kategorie *Zusatzinfo: Strahlen-/Chemotherapie bei bösartiger Neubildung* aufzulisten. Dieser wird zusammen mit Z51.0 und Z51.1 im Rahmen des Klassifikationsmodells als Zusatzinfo berücksichtigt werden.

3.5 Berechnungsalgorithmus zur Auswahl der Krankheiten

3.5.1 Berücksichtigung spezifischer Kosten der Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren

Mit Blick auf die Krankheiten *Umschriebene Entwicklungsstörungen* und *ADHS*, die häufig in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) behandelt werden, hinterfragt der **BKJPP**, ob die Berechnungen des BVA die in SPZ anfallende „SPV-Pauschale“ (Kostenpauschale gem. Anlage 2 der „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“) sowie die Leistungsausgaben für Heilmittel enthalten.

KBV/BÄK und **BPtK** wiederum weisen auf die Mischfinanzierung der SPZ (durch Krankenkassen und regionale Träger) hin, die zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Kosten der beiden Krankheiten führe und somit die Auswahlentscheidung beeinflusse.

3.5.2 Kennzahlen zur Güte des Regressionsmodells

Der **IKK e.V.** und **BKK-BV** kritisieren, dass der Festlegungsentwurf des BVA keine weiteren Statistiken zum Regressionsmodell (wie etwa das Bestimmtheitsmaß) enthält und somit eine externe Bewertung der Güte des Modells nicht möglich sei. Das BVA solle laut **BKK-BV** in seinen Darstellungen Standards wie etwa den Leitfaden „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ der epidemiologischen Fachgesellschaften berücksichtigen.

3.5.3 Berücksichtigung von Arzneimittelverordnungen bei der Krankheitsauswahl

Der **IKK e.V.** regt an, analog zur Verwendung des „M2Q“-Kriteriums schon bei der Krankheitsauswahl eine Arzneimittelvalidierung der ICD-Diagnosen durchzuführen.

3.5.4 Durchführung der Schwellenwertprüfung

BVKJ / AG ADHS, **BKJPP**, **TK et al.** und **BPtK** weisen darauf hin, dass die Schwellenwertprüfung ohne ein geeignetes Verfahren zur Altersstandardisierung der krankheitsspezifischen Kosten durchgeführt wird, was insbesondere Krankheiten, die typischerweise im Kindes- und Jugendalter auftreten, systematisch diskriminiere.

Während **TK et al.** fordern, zur Schwellenwertprüfung die Schätzer des prospektiven Regressionsansatzes zu verwenden, plädiert die **BPtK** dafür, die Schwellenwertprüfung in bestimmten Fällen (Krankheiten mit Altersgipfel in jüngeren Jahren) auszusetzen.

Der **BKK-BV** stellt fest, dass das BVA – im Gegensatz zum Verfahren der Vorjahre – die Schwellenwertprüfung vor der Festlegung einer „Perzentilgrenze“ für die Bewertung der Kostenintensität vornimmt. Durch die veränderte Stellung der Prüfungsschritte sei es dem BVA

möglich, eine Auswahl von genau 80 Krankheiten anzusteuern. Es wird darum gebeten, das Vorgehen zu begründen.

3.5.5 Prävalenzgewichtung

Um Fehlanreize im Klassifikationsmodell zu verhindern sowie langfristig eine Diskriminierung teurer Krankheiten durch die demographiebedingte Prävalenzentwicklung von Volkskrankheiten zu vermeiden (**IKK e.V.**) bzw. finanziellen Verwerfungen, die durch den Wegfall des Risikopools entstehen (**TK et al.**), entgegenzuwirken, wird angeregt, das Gewicht von (im Einzelfall) teuren Krankheiten bei der Krankheitsauswahl zu stärken. Um dies zu erreichen, solle das BVA die Prävalenz der Krankheiten bei der Prüfung der Kostenintensität entweder schwächer (bspw. logarithmisch) bewerten oder überhaupt nicht in die Berechnung einfließen lassen.

Die **BAG** fordert zur Abbildung bislang nicht berücksichtigter Hochkostenkrankheiten mit eher niedriger Prävalenz die Schaffung einer RSA-Generalindikation „schwerwiegende kostenintensive seltene Erkrankungen“.

3.5.6 Mögliche Nutzung der „Chroniker-Regel“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der **DPB** regt an, für die Auswahl chronischer Erkrankungen zukünftig das Formblatt T055 zu verwenden, mit dem das Vorliegen einer chronischen Erkrankung gemäß der „Chroniker-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ärztlich dokumentiert wird.

3.5.7 Bewertung der Stellungnahmen zum Auswahlalgorithmus

Sachgemäße Berücksichtigung der Behandlungskosten für ADHS und Entwicklungsstörungen in Sozialpädiatrischen Zentren

Die Berechnungen des BVA haben die für die GKV maßgeblichen Leistungsausgaben zu berücksichtigen, da sich der Begriff der „Kostenintensität“ im Rahmen der Krankheitsauswahl einzig auf das Kostengeschehen der Krankenkassen bezieht – schließlich fließen auch die risikoadjustierten Zuweisungen im Gesundheitsfonds nicht an alle Kostenträger, sondern lediglich an die gesetzlichen Krankenkassen. Insofern bleibt die bestehende Mischfinanzierung im Auswahlprozess folgerichtig ohne Belang. Ein steuerndes Eingreifen in die Finanzierungsmechanismen kann nicht zu den Aufgaben des Risikostrukturausgleichs gezählt werden.

Die Leistungsausgaben für in SPZ durchgeführte Behandlungen wiederum werden in der Kontengruppe 40 (kontaktabhängige Pauschale für sozialpädiatrische Leistungen von niedergelassenen Ärzten, Heilpädagogen, Psychologen, Sozialarbeitern und anderen nichtärztlichen Fachkräften) bzw. der Kontenart 543 ([ambulante] ärztliche Behandlung) gebucht und lassen sich so versichertenbezogen zuordnen. Insofern ist davon auszugehen, dass die Kosten für die Behandlung der in Frage stehenden Krankheiten für den hier verfolgten Zweck sachgemäß und vollständig erfasst werden.

Gütekriterien des Regressionsmodells zur Krankheitsauswahl

Die Zielgenauigkeit des Ausgleichsverfahrens hängt letztlich von der Ausgestaltung und Kalibrierung des Versichertenklassifikationsmodells ab. Aus diesem Grund basieren die Entscheidungen für bzw. gegen einzelne Anpassungen in der Versichertenklassifikation wesentlich auf den statistischen Eigenschaften der jeweiligen Modellalternativen.

Beim Algorithmus zur Festlegung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten handelt es sich nicht um ein epidemiologisches Prognosemodell für die Ermittlung krankheitsspezifischer Mehrkosten, sondern um eine Operationalisierung gesetzlicher Auswahlvorgaben in einem vorgegebenen Prozess. Das BVA hält vor diesem Hintergrund die Aussagekraft statistischer Kennzahlen zur Güte der Krankheitsauswahl für gering. Auch die Empfehlungen „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ werden an dieser Stelle als nur begrenzt einschlägig angesehen. Das BVA behält sich daher vor, entsprechende Statistiken nur zur Bewertung der Anpassungen des Klassifikationsmodells zu verwenden.

Berücksichtigung von Arzneimittelverordnungen bei der Krankheitsauswahl

Um eine sinnvolle Prüfung der ICD-Kodes mittels Arzneimittelverordnungen durchzuführen, wäre es notwendig, das gesamte Morbiditätsspektrum auf Ebene der ICD bzw. der Krankheiten mit passenden Wirkstoffen abzugleichen. Ein solcher Ansatz wäre bei genereller Anwendung mit großen methodischen Problemen behaftet. Einerseits müssten die einander zugeordneten ICD- und ATC-Kodes in einem eindeutigen medizinischen Verhältnis zueinander stehen. Krankheiten, die nicht zwingend medikamentös therapiert werden, wären grundsätzlich von einer solchen Prüfung auszugrenzen, um die Versorgungsneutralität zu wahren. Andererseits müssten für eine sachgerechte Anwendung eines solchen Arzneimittelkriteriums (für die verbleibenden Krankheiten) gegebenenfalls recht unterschiedliche Grenzen für die jeweils geforderten Behandlungstage definiert werden, um die Versorgungsrealität sinnvoll abzubilden. Ein solcher Ansatz ist – zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt – vom BVA im Rahmen der Krankheitsauswahl nicht realisierbar. Im Klassifikationsmodell ist demgegenüber – schon seit der Einführung des Modells für den Jahresausgleich 2009 – für medizinisch geeignete DxGruppen eine Prüfung auf der Ebene DxGruppen - ATC-Kodes vorgesehen, welche kontinuierlich fortentwickelt wird.

Durchführung der Schwellenwertprüfung

Die vorgetragenen Argumente bezüglich der Wirkung des Schwellenwertes für Krankheiten, deren Prävalenzgipfel eher in jungen Jahren verortet ist, sind inhaltlich nachvollziehbar. Dennoch ist die Durchführung der Schwellenwertprüfung eindeutig in der RSAV geregelt: Es sollen insbesondere Krankheiten ausgewählt werden, „bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller

Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen“. Eine Altersadjustierung hat der Verordnungsgeber in diesem Zusammenhang nicht vorgesehen.

Auch die BPtK weist auf den obenstehenden Verordnungstext hin und leitet aus der Vorgabe, es seien „insbesondere“ Krankheiten auszuwählen, die das Schwellenwertkriterium erfüllen, ab, dass das Kriterium in begründeten Ausnahmefällen (hier: ADHS und umschriebene Entwicklungsstörungen) auch ausgesetzt werden könne. Das BVA kann sich dieser Argumentation nur teilweise anschließen. Mit der gewählten Formulierung „insbesondere“ etabliert der Verordnungsgeber im Ergebnis ein Vorrangverhältnis zugunsten von Krankheiten, die das Schwellenwertkriterium erfüllen, gegenüber jenen, die die vorgegebene Kostengrenze unterschreiten. Würde das BVA im Auswahlverfahren die Schwellenwertprüfung für die genannten Ausnahmefälle außer Kraft setzen, so würden diese in die Krankheitsauswahl aufgenommen werden. Im Gegenzug aber würden zwei Erkrankungen, die sämtliche Auswahlkriterien (auch die Schwellenwertprüfung) gemäß bereits konkretisierter Vorstellungen des Verordnungsgebers erfüllen, von der Auswahl ausgeschlossen. Letztlich würde das BVA hierdurch der regelhaften Auswahlqualifikation bei Erfüllung des Schwellenwertes widersprechen. Vor dem Hintergrund der schon weiter oben thematisierten Morbiditätsbeschränkung (vgl. Abschnitt „3.1.4 Bewertung der allgemeinen Anmerkungen / Umfang der Krankheitsauswahl“) kann das BVA somit nicht von der Schwellenwertprüfung absehen.

Die vom BKK-BV hinterfragte veränderte Stellung der Schwellenwertprüfung im Auswahlverfahren ist – wie bereits hinreichend bei der Bewertung der allgemeinen Anmerkungen erörtert wurde – ebenfalls vor dem Hintergrund der gesetzlich vorgegebenen Begrenzung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Krankheiten zu verstehen.

Prävalenzgewichtung

Wie schon bei der Festlegung zur Krankheitsauswahl für den Jahresausgleich 2009 vom BVA ausgeführt, geht es bei der Prävalenzgewichtung um den Ausgleich eines Zielkonfliktes zwischen der Berücksichtigung im Einzelfall teurer Krankheiten und Krankheiten, deren Kostenbelastung eher in der Häufigkeit der Krankheit begründet liegt. Ein Verzicht auf eine Prävalenzgewichtung würde zu einer Auswahl seltener, aber teurer Krankheiten ohne Berücksichtigung der Volkskrankheiten führen, während eine vollständige (lineare) Prävalenzgewichtung zu einer Berücksichtigung von Volkskrankheiten führen würde, die zum Teil im Einzelfall nur unerheblich überdurchschnittliche Ausgaben aufweisen, bei gleichzeitiger Nichtberücksichtigung vieler (im Einzelfall) teurer Krankheiten.

Aus diesem Grund ist es aus Sicht des BVA sachgerecht – wie auch schon 2007 vom Wissenschaftlichen Beirat empfohlen – eine Abwägung zwischen beiden Zielsetzungen durch die Wahl einer entsprechenden Gewichtung zu treffen. Bei der Festlegung für den Jahresausgleich 2009 wurde im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats hierfür die

Logarithmusfunktion vorgeschlagen, da diese von allen denkbaren Funktionen das geringste Gewicht auf die Prävalenz legt. Laut einer Vielzahl der damaligen Stellungnahmen würde dadurch die Zielsetzung des Gesetzgebers nicht erreicht, eine Auswahl an Krankheiten zu haben, die „für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen haben“ (BT-Drs. 16/3100, 204).

Wie schon in den Festlegungen für das Ausgleichsverfahren 2009 ausgeführt, war die Begründung des Wissenschaftlichen Beirats für eine möglichst geringe Berücksichtigung der Prävalenz – die Kompensation des Wegfalls des Risikopools nach § 269 SGB V, um etwaigen verstärkten Anreizen zur Risikoselektion entgegen zu wirken – nicht hinreichend. Zum einen existiert die gesetzlich vorgesehene Regelung des § 265 SGB V. Zum anderen ist auch ein direkt morbiditätsorientierter RSA nicht in der Lage, beim Ausgleich von im Einzelfall teuren Krankheiten adäquaten Ersatz für den Risikopool zu schaffen. Im direkt morbiditätsorientierten RSA werden standardisierte Leistungsausgaben ausgeglichen, die sich an den Durchschnittskosten für Morbiditätsgruppen orientieren. Der an den Ist-Ausgaben orientierte Risikopool deckt hingegen extrem teure Krankheitsverläufe im Einzelfall ab, bei denen es sich häufig auch um akute Ereignisse handelt.

Vor diesem Hintergrund hatte sich das BVA schon bei den Festlegungen für den Jahresausgleich 2009 entschieden, wie vom damaligen Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagen eine (letztlich normative) Abwägung zwischen teuren Krankheiten im Einzelfall auf der einen Seite und den durch ihre Häufigkeit hohe Gesamtkosten verursachenden Krankheiten auf der anderen Seite durch eine funktionale Berücksichtigung der Prävalenz vorzunehmen. Allerdings wurde unter der Berücksichtigung der damaligen Stellungnahmen eine höhere Gewichtung der Prävalenz durch die Wurzelfunktion gewählt.

Aus heutiger Sicht haben sich keine neuen Erkenntnisse ergeben, die zu einer Revision dieser Entscheidung führen würden. Das BVA sieht daher keinen Grund die Art der Prävalenzgewichtung abzuändern.

Nutzung der Chronikerrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Wissenschaftliche Beirat hat sich bereits in seinem Gutachten zur Krankheitsauswahl konkret mit der Möglichkeit zur Verwendung der Chronikerrichtlinie des G-BA auseinandergesetzt und von deren Verwendung explizit Abstand genommen. Bei der Chronikerrichtlinie des G-BA geht es darum, wann der Verlauf einer Krankheit bei einer Person als „chronisch“ einstufen ist. Bei der Krankheitsauswahl kommt es aber darauf an, ob eine Krankheit als Ganzes als „chronische Krankheit“ einzustufen ist. Hiervon abgesehen wird ein entsprechendes Kennzeichen dem BVA in der Datenmeldung zur Entwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs nicht von den Krankenkassen übermittelt. Dem Vorschlag des DPB kann das BVA aus diesem Grund nicht folgen.