

**Stellungnahme des
GKV-Spitzenverbandes
vom 25.01.2013**

**zum Entwurf des BVA zur Auswahl der
im Risikostrukturausgleich zu berück-
sichtigenden Krankheiten für das Jahr
2014**

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhalt

1	Rechtliche Grundlage und Verfahren	3
2	Anpassungen an den ICD-10-GM-2013	4
3	Änderungen der Krankheitsabgrenzung	5
4	Berechnungsergebnisse	10



1 Rechtliche Grundlage und Verfahren

Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA hat nach § 31 Abs. 2 Nr. 3 RSV i. V. m. § 1 Abs. 2 Nr. 3 Errichtungserlass BMG die Krankheitsauswahl für den Risikostrukturausgleich jährlich zu überprüfen. Die Auswahl der Krankheiten soll nach § 31 Abs. 1 Satz 2 bis 4 RSV insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten beinhalten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um das 1,5fache übersteigen. Zudem sollen die Krankheiten eng abgrenzbar sein.

Der Wissenschaftliche Beirat hat am 17. Dezember 2012 die bestehende Krankheitsauswahl abschließend überprüft. Die Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats, die Krankheitsauswahl weiterhin empirisch fundiert und auf den aktuellsten verfügbaren Daten durchzuführen, ist ebenso zu begrüßen, wie die Entscheidung, den Auswahlprozess erstmals auf Basis der Vollerhebung der vorliegenden Daten durchzuführen. Zudem hat sich der Wissenschaftliche Beirat bei der Überarbeitung der Krankheitsabgrenzung auf technische Anpassungen an den ICD-10-GM 2013 fokussiert und Anregungen aus vorangegangenen Anhörungs- bzw. Vorschlagsverfahren geprüft, die bisher aus Kapazitätsgründen nicht bearbeitet werden konnten.

Dieses Vorgehen ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich nachvollziehbar. Bei der Überprüfung von Anregungen aus vorangegangenen Anhörungs- bzw. Vorschlagsverfahren hat sich der Wissenschaftliche Beirat jedoch ausschließlich auf die im Rahmen der Festlegung der Krankheitsauswahl 2013 bereits angekündigten Überprüfungen beschränkt, weitere Vorschläge wurden hingegen nicht aufgegriffen. Im Sinne einer strukturierten und transparenten Vorgehensweise hält es der GKV-Spitzenverband für geboten, ein separates Vorschlagsverfahren für die MRSA-Krankheitsauswahl zu etablieren. Wir verweisen diesbezüglich auf unsere Stellungnahme zur Krankheitsauswahl 2013 vom 30. Januar 2012. Der GKV-Spitzenverband geht zudem davon aus, dass bislang nicht geprüfte Vorschläge zu Änderungen der Krankheitsabgrenzung Gegenstand der Überprüfung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 sein werden.

Bezüglich der im Rahmen der Krankheitsauswahl verwendeten Methodik hat der Wissenschaftliche Beirat analog zur Krankheitsauswahl 2013 keine Aussagen zu einer Überprüfung der Auswahlkriterien getroffen. Wir verweisen auch in diesem Zusammenhang auf unsere Stellungnahme zur Krankheitsauswahl 2013 vom 30. Januar 2012.

Bzgl. der zur Krankheitsauswahl verwendeten Datengrundlage merken wir Folgendes an: Grundsätzlich darf die Aufbereitung der MRSA-Daten zur Verwendung im Rahmen der Krankheitsauswahl nicht zu Vorabselektionen bzw. Ausschlüssen einzelner Krankheiten bzw. Versicherten führen. Im aktuellen Datenbereinigungskonzept des Bundesversicherungsamtes werden Datensätze der Stamm- und Morbiditätsdaten bei Vorliegen widersprüchlicher Angaben zu Alter und/oder Geschlecht eines Versicherten gelöscht. Die hiermit verbundenen Plausibilitätsprüfungen erstrecken sich über mehrere Datenmeldungen und Berichtsjahre sowie ggf. Kassen. Änderungen der Versichertenstammdaten ergeben sich in der Regel durch die Korrektur fehlerhafter

Daten. Somit ist aus Sicht der GKV grundsätzlich davon auszugehen, dass die letzte gemeldete Datenmeldung einer Krankenkasse korrigierte Versichertendaten enthält. Die vom BVA gelöschten Versichertendatensätze betreffen jedoch nicht ausschließlich im Rahmen regelhafter Fehlerkorrekturen durchgeführte Änderungen, sondern ausdrücklich auch Änderungen des Geschlechts bei Geschlechtsumwandlungen. Damit werden infolge des derzeitigen Datenbereinigungskonzeptes Versicherte und Morbiditäten ungerechtfertigt ausgeschlossen. Nicht nur zur Berücksichtigung von Fehlerkorrekturen, sondern auch zur Berücksichtigung der o. g. Versicherten ist eine entsprechende Änderung des Datenbereinigungskonzeptes des BVA erforderlich.

2 Anpassungen an den ICD-10-GM-2013

Der Jahresausgleich 2014 erfolgt auf Diagnosedaten des Jahres 2013, die Berücksichtigung des ICD-10-GM 2013 im Rahmen der Festlegung der im MRSA-Verfahren zu berücksichtigenden Krankheiten ist dementsprechend folgerichtig. Die vom Wissenschaftlichen Beirat in Tabelle 1 des Festlegungsentwurfes getroffenen Vorschläge zur Zuordnung der neu eingeführten ICD-Codes zu Krankheiten sind bis auf folgende Ausnahme nachvollziehbar:

Die Zuordnung der ICD-Codes K43.2 *Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän* und K43.5 *Parastomale Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän* zur Krankheit 209 *Eingeweidebruch mit Komplikationen* ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht stimmig, da sie einen Eingeweidebruch ohne Komplikationen beschreiben. Aus diesem Grund sollten sie der Krankheit 2010 *Eingeweidebruch ohne Komplikationen* und nicht wie vorgeschlagen der Krankheit 209 *Eingeweidebruch mit Komplikationen* zugeordnet werden.

Weiterhin ist die Darstellung der durch die Versionsumstellung 2012/2013 bedingten Änderungen in der Exceltabelle „Anhang_4_Gegenüberstellung_Krankheitsabgrenzung_AJ2014-Entwurf_vs_AJ2013.xls“ aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes missverständlich: In der tabellari-schen Übersicht sind Änderungen farbig bzw. wegfallende ICD-Codes durchgestrichen dargestellt. Die wegfallenden ICD-Codes verlieren jedoch erst für Daten des Berichtsjahres 2014 ihre Gültigkeit und müssen deshalb weiterhin in der Tabelle als berücksichtigungsfähige Diagnosen verbleiben. Zur Klarstellung schlägt der GKV-Spitzenverband vor, auf eine Hervorhebung der durch die Versionsumstellung 2012/2013 bedingten Änderungen zu verzichten bzw. diese unmissverständlich zu gestalten. Zielführend wäre aus unserer Sicht eine nach ICD-Versionen getrennte Darstellung, um auch Bezeichnungsänderungen abbilden zu können. Des Weiteren sollten ICD-Codes, die mit der Versionsumstellung von 2008/2009 entfallen und somit im Berechnungsverfahren des Ausgleichsjahres 2014 irrelevant sind, entfernt werden.

3 Änderungen der Krankheitsabgrenzung

Im Folgenden nehmen wir Stellung zu den in den Erläuterungen zum Entwurf der Krankheitsauswahl aufgeführten Änderungen der Krankheitsabgrenzung.

Krankheit 274 *Niereninsuffizienz*

Ausgehend von einem Vorschlag der DAK-Gesundheit zur Krankheitsauswahl 2013 hat der Wissenschaftliche Beirat die Abgrenzung der Krankheit Niereninsuffizienz überprüft. Die für die Krankheit 274 *Niereninsuffizienz* vorgeschlagenen Änderungen der ICD-Code-Zuordnung sowie die daraus resultierenden Änderungen für die Krankheiten 271 *Nephritis*, 276 *Nierenzysten* und die neue Krankheit 362 *Schrumpf- und sonstige kleine Niere unbekannter Ursache* sind unter medizinisch-inhaltlich Aspekten nachvollziehbar und zu begrüßen.

Das BVA schlägt zudem vor, die Krankheit 362 *Schrumpf- und sonstige kleine Niere unbekannter Ursache* um den ICD-Code N27.0 *Kleine Niere unbekannter Ursache einseitig* zu ergänzen, der bisher der Krankheit 283 *Andere Erkrankungen der Harnwege* zugeordnet ist. Diese Änderung ist in der Tabelle Exceltabelle „Anhang_4_Gegenüberstellung_Krankheitsabgrenzung_AJ2014-Entwurf_vs_AJ2013.xls“ jedoch noch nicht nachvollzogen.

Ausschlusskategorie 501 *Symptom, Zustand, ...*

Die in der Ausschlusskategorie zusammengefassten ICD-Codes beschreiben vorwiegend Symptome, Zustände oder dokumentieren Prozeduren und werden im Krankheitsauswahlprozess bisher nicht berücksichtigt. Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Stellungnahme zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 vom 30. Januar 2012 angeregt, die Zuordnung der ICD-Codes zur Ausschlusskategorie 501 vollständig zu überprüfen und die Kriterien, die zu einem Ausschluss führen, zu erläutern. Dieser Anregung ist der Wissenschaftliche Beirat nachgekommen und hat die Ausschlusskategorie vollständig überprüft sowie die angewendeten Beurteilungskriterien und seine Entscheidungen ausführlich dokumentiert. Jedoch finden die für die Zuordnung einzelner ICD-Codes zu Krankheiten dokumentierten Entscheidungsgründe z. T. keine einheitliche Anwendung.

Die vorgeschlagenen Änderungen sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes überwiegend sachgerecht. Anmerkungen hat der GKV-Spitzenverband jedoch zu folgenden Zuordnungen:

T81.- *Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert*

Die Zuordnung eines Teils der zur Gruppe T81.- *Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert* gehörenden ICD-Codes war bereits Gegenstand der Überprüfung der Krankheitsauswahl für den Jahresausgleich 2013. Aufgrund der unklaren klinischen Relevanz wurden die Krankheiten *Blutung/ Hämatom/ Serom* als Komplikation eines Eingriffs und Zwischenfälle bei Patienten während chirurgischer und medizinischer Behandlung aufgelöst, die ihnen zugeordneten ICD-Codes der Ausschlusskategorie zugeordnet und damit vom Krankheitsauswahlprozess ausgeschlossen. Hierunter befanden sich u.a. die ICD-Codes T81.0 *Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, andernorts nicht klassifiziert*, T81.2 *Versehentliche Stich- oder Risswun-*

de während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert und T81.6 Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz. Während diese ICD-Codes sowie die ICD-Codes T81.1 Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert, T81.7 Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert und T81.9 Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffes aufgrund der anlässlich der Krankheitsauswahl 2013 dargestellten Begründung weiterhin in der Ausschlusskategorie verbleiben, werden die ICD-Codes T81.3 Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert und T81.8 Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert von der Ausschlusskategorie in die Krankheit 357 Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung verschoben. Begründet wird dies damit, dass es sich „ungeachtet der unsicheren klinischen Relevanz um näher bezeichnete Komplikationen handelt“.

Diese Begründung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht stichhaltig, denn sie ließe sich auch auf die weiterhin der Ausschlusskategorie zugeordneten ICD-Codes T81.0, T81.1, T81.2, T81.6 und T81.7 anwenden, dokumentieren doch auch diese ICD-Codes näher bezeichnete Komplikationen. Der GKV-Spitzenverband sieht es daher als erforderlich an, die Zuordnung der ICD-Codes dieser 3-Stellergruppe mit der Zielsetzung einer einheitlichen Anwendung der dokumentierten Entscheidungsgründe erneut zu prüfen.

Sterbefall (keine prospektiven Kosten)

ICD-Codes, die einen Sterbefall dokumentieren, bleiben richtigerweise aufgrund fehlender prospektiver Kosten von der Krankheitsauswahl ausgeschlossen. Dennoch befinden sich im Krankheitsauswahlprozess ICD-Codes, die mit dem Tod des Versicherten einhergehen. Dies betrifft die ICD-Codes S28.1 *Traumatische Amputation eines Teiles des Thorax* sowie den ICD-Code S18 *Traumatische Amputation in Halshöhe*, die bisher den Krankheiten 333 *Innere Verletzungen* bzw. 121 *Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems* zugeordnet sind. Da auch für diese beiden ICD-Codes keine prospektiven Kosten zu erwarten sind, sollten sie vom Krankheitsauswahlprozess ausgeschlossen werden.

Schockzustände

Das BVA schlägt vor, die ICD-Codes R57.2 *Septischer Schock* sowie R57.8 *Sonstige Formen des Schocks* der Krankheit 5 *Sepsis/Schock* zuzuordnen. In der Kategorie 501 befinden sich jedoch weitere Diagnosen, die überwiegend spezifische Schockzustände dokumentieren. Hierbei handelt es sich um folgende ICD-Codes:

- R57.0 *Kardiogener Schock*
- R57.1 *Hypovolämischer Schock*
- R57.9 *Schock, nicht näher bezeichnet*
- T81.1 *Schock während oder als Folge eines Eingriffes, andernorts nicht klassifiziert*
- T88.2 *Schock durch Anästhesie*

Aus medizinischer Sicht ist nicht nachvollziehbar, warum diese Diagnosen im Rahmen der Krankheitszuordnung im Vergleich zu den Diagnosen R57.2 und R 57.8 keine Berücksichtigung finden. In diesem Zusammenhang regt der GKV-Spitzenverband an, die Diagnose R 57.0 *Kardiogener Schock* der Krankheit 159 *Ventrikuläre Tachykardie/Arrhythmie, Herzstillstand* zuzuordnen sowie die Bildung einer Krankheit *Schock* unter Berücksichtigung der Diagnosen der Krankheit 354 *Anaphylaktischer Schock* zu prüfen. Diese neue Krankheit sollte zudem die verbleibenden o. g. ICD-Codes sowie den ICD-Code R57.8 *Sonstige Formen des Schocks*, der für den GKV-Spitzenverband nicht nachvollziehbar der Krankheit 5 *Sepsis/Schock* zugeordnet wurde, einbeziehen.

Krankheit 5 *Sepsis/Schock*

Im Zuge der vom BVA vorgeschlagenen Ergänzung der Krankheit 5 *Sepsis/ Schock* regt der GKV-Spitzenverband an, folgende ICD-Codes zu ergänzen:

- A39.1 *Waterhouse-Friderichsen-Syndrom*
- B37.7 *Candida-Sepsis*

M99.1 *Subluxation der Wirbelsäule*

In der Ausschlusskategorie 501 verbleibt u. a. der ICD-Code M99.1 *Subluxation der Wirbelsäule*. Die vom BVA angeführte Begründung, es handle sich hierbei um eine Funktionsstörung ohne Hinweis auf die Grunderkrankung, kann auch auf die gleichwohl zugeordneten ICD-Codes der Krankheiten 343 *Luxation des Hüftgelenks* und 259 *Wirbelkörperluxation (Subluxation)* übertragen werden. Aus Gründen der Konsistenz schlägt der GKV-Spitzenverband deshalb vor, den ICD-Code M99.1 der Krankheit 259 zuzuordnen.

Bewertung von ICD-Codes auf Ebene der 4- bzw. 5-Steller

Das BVA bewertet einen Großteil der ICD-Codes auf Ebene der ICD-3 Steller. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht ausreichend.

So begründet das BVA den Ausschluss von Diagnosen der ICD 3-Stellergruppen

- Z51.- *Sonstige medizinische Behandlung*
- Z99.- *Langzeitige Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert*

damit, dass es sich um die Beschreibung von Maßnahmen ohne eindeutige Grunderkrankung bzw. um einen Zustand, aber keine eigenständige Krankheit handle. Diese Begründungen sind vor dem Hintergrund der Berücksichtigung des ICD-Codes Z99.2 *Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz* in der Krankheit 274 *Niereninsuffizienz* sowie Z51.83 *Opiatsubstitution* in der Krankheit 77 *Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch* inkonsistent. Dementsprechend sollte u. E. eine Bewertung der ICD-Codes dieser Gruppen auf Ebene der 4-bzw. 5-Steller erfolgen.

Vor dem Hintergrund, dass sich diese ICD-Codes zur Schweregraddifferenzierung unterschiedlichen Grunderkrankungen im Klassifikationsmodell eignen, schlägt der GKV-Spitzenverband aus rein formalen Gründen vor, eine entsprechende Aufnahme der ICD-Codes

- Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung*
- Z51.1 *Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung*
- Z51.2 *Andere Chemotherapie*
- Z51.81 *Apherese*
- Z51.82 *Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung*
- Z99.0 *Langzeitige Abhängigkeit vom Aspirator*
- Z99.1 *Langzeitige Abhängigkeit vom Respirator*
- Z99.3 *Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl*
- Z99.4 *Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz*

zum Zweck einer etwaigen Verwendung im Rahmen einer Schweregraddifferenzierung zu prüfen.

Das Gleiche gilt für die ICD-Gruppe Z43.– *Versorgung künstlicher Körperöffnungen*. Auch hier sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine Bewertung auf Ebene der ICD-4-Steller erfolgen sowie eine Berücksichtigung geprüft werden, da ein Teil dieser ICD-Codes zur Schweregraddifferenzierung im Klassifikationsmodell verwendet werden könnte:

- Z43.0 *Versorgung eines Tracheostomas*
- Z43.1 *Versorgung eines Gastrostomas*
- Z43.2 *Versorgung eines Ileostomas*
- Z43.3 *Versorgung eines Kolostomas*
- Z43.4 *Versorgung anderer künstlicher Körperöffnungen des Verdauungstraktes*
- Z43.5 *Versorgung eines Zystostomas*
- Z43.6 *Versorgung sonstiger künstlicher Körperöffnungen des Harntraktes, inkl. Nephrostoma, Ureterostoma, Urethrostoma*
- Z43.7 *Versorgung einer künstlichen Vagina*

T85.81 *Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem*

Gemäß der jährlichen Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit nach §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Diagnoseschlüssels sind Fachärzte verpflichtet, für Diagnosen innerhalb ihres Fachgebietes (wenn möglich) den 5-stelligen Diagnoseschlüssel zu verwenden. Grundsätzlich bedeutet dies für die Berücksichtigung von Diagnosen im Rahmen der Krankheitsauswahl, dass eine 5-stellige Diagnoseverschlüsselung nicht ausgeschlossen werden sollte, wenn ein entsprechender 4-stelliger ICD-Code berücksichtigt wird. Dementsprechend ist in der aktuellen Krankheitsauswahl der ICD-Code T85.81 *Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem* analog zum ICD-Code T85.8 *Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert* der Krankheit 357 *Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung* zuzuordnen.

Weitere Änderungsvorschläge

Diese betreffen folgende Krankheiten:

Krankheit 343 *Luxation des Hüftgelenks*

Die Krankheit 343 *Luxation des Hüftgelenks* enthält derzeit nicht ICD-Codes der angeborenen Hüftluxation (S73.0-). Diese sollten jedoch in Anbetracht möglicher Kodiervarianten zwischen den ICD-Codes der Gruppen S73.0- und Q65.- ebenfalls in der Krankheit 343 berücksichtigt werden. Dementsprechend schlagen wir vor, die Krankheit 343 um die ICD-Codes

- Q65.0 *Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, einseitig*
- Q65.1 *Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, beidseitig*
- Q65.2 *Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, nicht näher bezeichnet*

zu ergänzen.

Krankheit 211 *Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn/Colitis ulcerosa)*

Aus ätiologischen Gründen wird vorgeschlagen, die ICD-Codes

- M07.4-* *Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] (K50.-†)*
- M07.5-* *Arthritis bei Colitis ulcerosa (K51.-†)*
- M09.1-* *Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] (K50.-†)*
- M09.2-* *Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa (K51.-†)*

der Krankheit 211 *Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn/Colitis ulcerosa)* zuzuordnen.

Krankheit 123 *Hydrocephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen*

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Anpassung des Klassifikationsmodells 2013 hat der GKV-Spitzenverband vorgeschlagen, die Altersobergrenze von 17 Jahren für die DXG 249 *Reye-Syndrom*, die ausschließlich den gleichnamigen ICD-Code G93.7 umfasst, zu überprüfen. Hintergrund war die Feststellung, dass sämtliche Versicherte mit Reye-Syndrom älter als 17 Jahre waren.

In seinen Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen für das Klassifikationsmodell 2013 führt das BVA richtigerweise aus, dass zum einen das Maximalalter von 17 Jahren bereits bei der Krankheitsauswahl bestand und hier eine Gleichbehandlung erfolgen müsse.

Nicht nachvollziehbar für das Beibehalten eines Maximalalters von 17 Jahren ist u.E. jedoch das zweite vom BVA angeführte Argument: das Fehlen jeglicher Evidenz des Reye-Syndroms im Erwachsenenalter. Fehlende Untersuchungen sind u. E. kein ausreichendes Argument, um Diagnoseinformationen vom Krankheitsauswahl- bzw. Gruppierungsprozess auszuschließen.

Vor diesem Hintergrund spricht sich der GKV-Spitzenverband für die Abschaffung der Altersobergrenze für den ICD-Code G93.7 *Reye-Syndrom* aus, zumal nicht prinzipiell ausgeschlossen werden kann, dass auch Erwachsene am Reye-Syndrom erkranken können.

4 Berechnungsergebnisse

Die vom Bundesversicherungsamt dargestellten Berechnungsergebnisse konnten durch den GKV-Spitzenverband nachvollzogen werden.