



Erläuterungen zur

**Festlegung der im morbiditätsorientierten
Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden
Krankheiten**

für das Ausgleichsjahr 2015

Bonn, den 14. März 2014

Inhaltsverzeichnis

I.	Rechtliche Grundlagen und Verfahren	1
II.	Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens	3
III.	Bewertung der Stellungnahmen zum Anhörungsvorschlag	17
1	Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015	17
1.1	Nachvollziehbarkeit der Berechnungen	17
1.2	Anpassungen an den ICD-10-GM 2014	17
1.3	Bewertung	17
2	Anmerkungen zum Auswahl- und Anhörungsverfahren	18
2.1	Längerer Turnus der Krankheitsauswahl	18
2.1.1	Stellungnahmen:	18
2.1.2	Bewertung	18
2.2	Strukturiertes Vorschlagsverfahrens zur Krankheitsauswahl	19
2.2.1	Stellungnahme:	19
2.2.2	Bewertung:	19
3	Anmerkungen zu Berechnungsverfahren und Auswahlalgorithmus	20
4	Anmerkungen zur Krankheitsabgrenzung	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung der eingegangenen Stellungnahmen	4
---	---

I. Rechtliche Grundlagen und Verfahren

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

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

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

Das BVA hat mit Änderungsbekanntgabe vom 29. Mai 2008 erstmalig die im Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2009 zu berücksichtigenden 80 Krankheiten auf der Grundlage des vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (im Folgenden: „Wissenschaftlicher Beirat“) am 19. Dezember 2007 vorgelegten Gutachtens und nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 9. Januar 2008 bis zum 1. Februar 2008 festgelegt. Es ist Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirats, auch nach der Vorlage des Gutachtens zum 31. Oktober 2007 die Auswahl der Krankheiten „in regelmäßigen Abständen zu überprüfen“ (§ 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV). Wie sich aus § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV ergibt, stellt das Ergebnis dieser Überprüfung eine Empfehlung dar, auf dessen Grundlage das BVA die entsprechenden Festlegungen trifft.

Der Wissenschaftliche Beirat hat am 02. Dezember 2013 die bestehende Krankheitsauswahl überprüft und folgende Grundsätze für die Anpassung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 empfohlen:

- Die Krankheitsauswahl soll weiterhin empirisch fundiert sein und auf der Vollerhebung der aktuellsten verfügbaren Daten (Lieferjahr 2013: Erstmeldung für das Berichtsjahr 2012, Korrekturmeldung für das Berichtsjahr 2011) basieren.
- Eine Reduzierung der Zahl der Krankheiten sowie eine Änderung der Auswahlkriterien ist aus Sicht des Beirates nicht geboten (vgl. hierzu auch den Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zum Jahresausgleich 2009).

- Da alle dringlichen Anregungen aus den früheren Anhörungs- und Vorschlagsverfahren im Anpassungsprozess für das Ausgleichsjahr 2014 geprüft worden sind, besteht für das Ausgleichsjahr 2015 kein unmittelbarer Bedarf an größeren Änderungen bei der Krankheitsabgrenzung. Lediglich die durch die Einbeziehung des ICD-GM 2014 bedingten technischen Anpassungen sollten berücksichtigt werden. Mit diesem Moratorium soll einerseits den Kassen eine höhere Planungssicherheit gegeben werden, andererseits sollen auch Ressourcen freigehalten werden, um noch ausstehende Anpassungen des Klassifikationsmodells zu prüfen und umzusetzen.

Aus der Überprüfung der Krankheitsauswahl resultieren folgende Ergebnisse:

- Die Krankheiten 221 „Akute schwere Lebererkrankung“ und 317 „Angeborene Anomalie der Lunge / des respiratorischen Systems“ werden auf Basis der Berechnungsergebnisse neu in die Krankheitsauswahl aufgenommen.
- Die Krankheiten 330 „Wirbelkörperfraktur“ und 343 „Luxation des Hüftgelenks“ entfallen.
- Die Krankheiten 91 „Entwicklungsstörungen“ und 190 „Asthma bronchiale“ erfüllen die eigentlichen Auswahlkriterien zur Krankheitsauswahl, scheitern jedoch wie schon in den letzten Jahren an der Schwellenwertprüfung.

Der Festlegungsentwurf wurde am 06.12.2013 dem GKV-SV und weiteren Institutionen zur Stellungnahme übermittelt.

II. Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens

Mit Ablauf der Anhörungsfrist am 20. Januar 2014 sind beim Bundesversicherungsamt insgesamt zehn Stellungnahmen der folgenden Institutionen eingegangen.

- AOK BV:** Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes
- BAG:** Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
- Barmer:** Stellungnahme der Barmer GEK
- BKK BV:** Stellungnahme des BKK Bundesverbandes GbR
- BPtK:** Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
- DAK:** Stellungnahme der Deutschen Angestellten Krankenkasse Gesundheit
- GKV-SV:** Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes
- IKK e.V.:** Stellungnahme der gemeinsamen Vertretung der Innungskrankenkassen e.V.
- KBV / BÄK:** Gemeinsame Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer
- TK et al.:** Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der KKH-Allianz, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse

Die einzelnen Stellungnahmen stehen wie gewohnt auf der Internetpräsenz des BVA zum [Download](#) bereit (www.bva.de → Risikostrukturausgleich → Festlegungen → Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2015 → Anhörung zur Krankheitsauswahl). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die im Einzelnen vorgetragenen Kritikpunkte und Anregungen zudem zu einer tabellarischen Übersicht zusammengetragen. Diese ausführliche Synopse wird auf den folgenden Seiten als Tabelle 1 wiedergegeben.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 (01.03.2014)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

Tabelle 1: Zusammenfassung der eingegangenen Stellungnahmen

Betrifft	Beschreibung	vorgetragen von
1. Allgemeines		
1.1 Anmerkungen zum Auswahl- und Anhörungsverfahren		
Datengrundlage	Die Empfehlung des Beirats, die Krankheitsauswahl auch zukünftig empirisch fundiert und auf Basis der aktuellsten verfügbaren Daten durchzuführen wird unterstützt.	GKV-SV
Transparenz des Verfahrens	Jährliche Aktualisierung der Datengrundlage, darüber hinausgehende Überprüfung der Krankheitsauswahl und -abgrenzung alle 2 bis 3 Jahre mit strukturiertem und transparentem Vorschlagsverfahren.	GKV-SV
Anzahl ausgewählte Krankheiten	Krankheiten werden zwar infolge des Auswahlverfahrens in den Morbi-RSA einbezogen, bleiben aber nach dem Regelwerk der Klassifikation ohne Zuweisungen	BKK-BV
	Anstatt, wie vom Gesetzgeber vorgegeben, 50 bis 80 Krankheiten auszuwählen, ist das BVA der Auffassung, dass die Krankheitsauswahl zur Ausschöpfung der Höchstzahl der gesetzlich zum Ausgleich vorgesehenen 80 Krankheiten führen muss	BKK-BV
	Die Krankheitsgrenze führt dazu, dass wichtige Volkskrankheiten (z.B. Alzheimer Demenz) oder seltene Krankheiten (z.B. Osteogenesis imperfecta) nicht in die Krankheitsauswahl aufgenommen werden. Konsequenz: den Patienten werden ggf. notwendige Behandlungen versagt, um ihn zu einem Wechsel der Kasse zu bewegen-> Risikoselektion. Die gesetzgeberische Begrenzung wird daher bedauert. Um die Wiederaufnahme der Demenz und die Erstaufnahme der Osteogenesis Imperfecta wird gebeten.	BAG
Änderungsbedarf	Der IKK e.V. kann die Aussage des BVA nicht nachvollziehen, dass für das Ausgleichsjahr 2015 kein unmittelbarer Bedarf an größeren Änderungen bei der Krankheitsabgrenzung besteht.	IKK e.V.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 (01.03.2014)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

Längerer Turnus Krankheitsauswahl	Jährliche Aktualisierung der Datengrundlage, darüber hinausgehende Überprüfung der Krankheitsauswahl und -abgrenzung alle 2 bis 3 Jahre mit strukturiertem und transparentem Vorschlagsverfahren.	GKV-SV
	Eine Zementierung der Krankheitsauswahl begünstigt aus unserer Sicht eine weitergehende Fokussierung der Vertragspolitik auf die RSA-Einnahmelo Optimierung, die aber schon heute einen der gravierendsten Fehlanreize des Morbi-RSA darstellt. Eine jährliche Neuüberprüfung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten benötigt kein eigenständiges Anhörungsverfahren und ist daher mit verhältnismäßig wenig Aufwand verbunden. Neu hinzutretende Krankheiten waren zudem häufig bereits Bestandteil des Klassifikationsmodells, daher kann bereits auf Erfahrungen hinsichtlich einer möglichen Einordnung der entsprechenden Diagnosen zurückgegriffen werden. Um einer sinnvollen Abwägung zwischen Planbarkeit und zeitnahen Anpassungen, die sich durch neue Behandlungsmöglichkeiten ergeben, Rechnung zu tragen, empfiehlt der IKK e.V. einen zweijährigen Turnus dieses Anhörungsverfahrens zusammen mit einem separaten Vorschlagsverfahren für die Krankheitsabgrenzung.	IKK e.V.
	Neuere Entwicklungen in den Therapiemöglichkeiten (Arzneimittel) können dazu führen, dass sich die Rangfolge zwischen den Krankheiten verschiebt und ehemals 'günstige', da nicht therapierbare Krankheiten mit Einführung einer neuen Therapie in die Gruppe der Auswahlkrankheiten hochschieben könnten. Deshalb wird der Verlängerung des Auswahlturnus auf drei Jahre abgelehnt.	BAG
	Eine generelle Überprüfung des Anpassungsturnus wird weiterhin abgelehnt. Stattdessen wird eine jährliche Überprüfung des bestehenden Systems anhand aktueller Daten sowie eine Diskussion der Zusammensetzung der Krankheiten und des Berechnungsverfahrens zumindest im Zweijahresrhythmus gefordert. Da diese Diskussion in diesem Jahr nicht stattgefunden hat, wird diese für das Ausgleichsjahr 2016 gefordert. Begründung: Unsicherheit sei der wichtigste Schutz des RSA-Verfahrens vor Manipulationsversuchen, alles was diese Unsicherheit erhöht, trägt zur Manipulationssicherheit des Verfahrens bei und würde von der BARMER GEK begrüßt, dazu gehöre auch die Anpassung der Krankheitsliste.	BARMER GEK
	Die Krankheitsabgrenzung ist ausgereift. Eine jährliche Überprüfung der Krankheiten führt nur noch zu geringen Veränderungen. Daher wird eine Verlängerung des Auswahlturnus begrüßt. Allerdings sollte dieser zwei Jahre betragen, um einen geeigneten Kompromiss zwischen Ressourcensparnis und ausreichender Aktualität herzustellen.	AOK-BV
	Ablehnung des Vorschlags zur Aktualisierung der Krankheitsauswahl alle drei Jahre, da dies Manipulationsmöglichkeiten schafft bzw. weiter verstärkt. Voraussetzung für große Abstände wäre, dass die bisher vorgelegten Vorschläge vollständig geprüft wurden und weiterhin die Kriterien kostenintensiv-chronisch und schwerwiegend geprüft werden.	TK et al.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 (01.03.2014)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

	Mit Begründung des resultierenden Aufwandes im Klassifikationsverfahren auf die jährliche Neuberechnung zu verzichten, wird von der DAK nicht unterstützt.	DAK
	Dieser Vorschlag die Krankheitsauswahl auf lediglich alle drei Jahre zu begrenzen, wird von den BKKn unter der Prämisse begrüßt, dass die damit frei werdenden Ressourcen nicht nur wie vom Beirat angemerkt für die Weiterentwicklung des aktuellen Klassifikationsmodells, sondern auch zu einer grundlegenden Überprüfung der Trennung und der mathematischen Konzeption der Verfahren genutzt wird.	BKK-BV
	Vor dem Hintergrund der Stabilität der krankheitsauswahl und bei Abwägung des Aufwandes in Relation zu qualitativen Veränderungen des Klassifikationssystems erscheint der Verfahrensvorschlag zur Durchführung des Krankheitsauswahl alle drei Jahre folgerichtig. Allerdings sollte für den Fall des Eintritts einer besonderen Ausnahmesituation (bspw. im Fall einer Epidemie) die Möglichkeit der Ausnahme von der Regel zulässig sein.	KBV/BÄK
	Ein Wegfall der jährlichen Aktualisierung der Datengrundlagen für die Krankheitsauswahl wird ausdrücklich abgelehnt, da dann Veränderungen in der Versorgungs- und Ausgabenstruktur der GKV nicht mehr zeitnah abgebildet würden.	TK et al.
Prüfung von Vorschlägen	Es sollte eine weitergehende Transparenz für die Verfahrensteilnehmer über die Bearbeitung vorliegender Änderungsvorschläge hergestellt werden.	GKV-SV
	Vorschläge, die aus formalen oder zeitlichen Gründen zurückgestellt wurden, hätte für die Krankheitsauswahl 2015 wieder aufgegriffen werden sollen.	TK et al.
Vorschlagsverfahren für die Krankheitsauswahl	Ein gesondertes Vorschlagsverfahren zur Krankheitsauswahl ist nicht erforderlich.	AOK-BV

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 (01.03.2014)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

2. Berechnungsverfahren / Auswahlalgorithmus		
2.1 Allgemein		
Berechnungsergebnisse	Die Berechnungsergebnisse konnten unter Verwendung der gleichen Datenbasis nachvollzogen werden.	GKV-SV
Überprüfung bzw. Neufassung der Bewertungskriterien bzw. des Auswahlalgorithmus	Untersuchung zur Neufassung von Bewertungskriterien, Änderung des Auswahlalgorithmus und Einführung einer statistischen Signifikanzprüfung	IKK e.V.
	Die Beibehaltung der Auswahlkriterien wird nachdrücklich begrüßt. Eine Änderung ist nach wissenschaftlicher Expertise (Wissenschaftlicher Beirat) nicht erforderlich und nach Auffassung des AOK-BV auch nicht Gegenstand des Überprüfungsauftrages nach § 31 Abs. 2 S. 2 RSAV.	AOK-BV
	Die Beibehaltung des bewährten Algorithmus und die Verwendung der aktuellsten Vollerhebung werden begrüßt.	BPtK
Zusammenhang zwischen Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell	Die Schritte Auswahl und Klassifikation sind voneinander abhängig; die aus der Krankheitsabgrenzung folgende Kostenheterogenität kann im nachfolgenden Klassifikationsmodell nicht mehr korrigiert werden	BKK-BV
Zusammenhang zwischen Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell	Das Klassifikationsverfahren ist allein ausreichend, um berücksichtigungsfähige Krankheiten an harten Kriterien zu identifizieren. Krankheitsauswahl kann entfallen. Begründung anhand Diskussion um Ausschlussgruppe.	DAK
Methodik Krankheitsauswahl	Die Berechnung der Kostenintensität der Krankheiten erfolgt durch eine lineare Regression. Bei Morbiditätsanalysen mit Leistungsausgaben ist geradezu regelhaft davon auszugehen, dass die mathematischen Voraussetzungen für dieses Verfahren nicht erfüllt sind.	BKK-BV

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 (01.03.2014)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

2.2 Kostenintensität		
Berücksichtigung aller Hauptleistungsbereiche	Bei der Berechnung des Parameters "kostenintensiv" werden nur die Ausgaben der HLBs 1, 2, 3, 4, 5, 7 je Versicherten bis auf die Verstorbenen annualisiert und aufaddiert. Es stellt sich die Frage, warum der HLB 6 (Krankengeld) außen vor bleibt, obwohl die Rechtsvorschriften die Bewertung des Begriffs "kostenintensiv" nicht expliziert vorsieht. Die Aufnahme des HLB6 ist seit 2010 möglich und sollte genau wie der HLB2 nachträglich aufgenommen werden.	BKK-BV
Schärfung der Wurzelfunktion	BARMER GEK weisen erneut daraufhin, dass seit 2009 die Entwicklung der Krankheitsprävalenzen und der erwarteten Mehrkosten sehr unterschiedlich verlaufe und sich die Realität der Krankheitsauswahl dadurch zunehmend von dem in der ursprünglichen Krankheitsauswahl 2009 getroffenen Werturteil der Gewichtung beider Elemente entferne. Die bereits mehrfach getroffene Feststellung, dass es einer Schärfung der Wurzelfunktion bedarf, hat sich in ihrer Dringlichkeit weiter verschärft.	BARMER GEK
Gleichstellung der stationären Nebendiagnosen mit ambulanten Diagnosen	Die BARMER GEK schlägt weiterhin vor, die Entscheidung aus dem Klassifikationsverfahren 2012, stationäre Nebendiagnosen den ambulanten Diagnosen gleichzustellen, auf die Krankheitsauswahl zu übertragen.	BARMER GEK
Schwellenwert	BptK verweist auf Stellungnahme vom 31.03.2010. Vermerkt kritisch, dass der Schwellenwert die Aufnahme zweier kostenintensiver Krankheiten (Entwicklungsstörungen, Asthma) verhindert, deren Kostenintensität unstrittig ist. BptK führt dies darauf zurück, dass bei den Versicherten mit der entsprechenden Krankheit wegen des jüngeren Lebensabschnitts keine Multimorbidität vorhanden ist, die sich aber im Schwellenwert niederschlägt.	BptK
2.3 Schwellenwert		
Bewertung Kostenintensität	Der Grenzwert zur Bestimmung der Kostenintensität auf dem 70. Perzentil sollte geprüft werden, auch wenn dann die Krankheitsauswahl mehr als 80 Krankheiten umfassen würde.	KBV/BÄK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 (01.03.2014)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

3. Krankheitsabgrenzung		
3.1 Allgemeines / Methodik der Abgrenzung / Abgrenzungskriterien		
Darstellung	Die Darstellung der Krankheitsabgrenzung sollte wie in den Vorjahren nach Berichtsjahren getrennt erfolgen.	GKV-SV
Krankheitsabgrenzung	Eine engere Abgrenzung der zur Auswahl stehenden Krankheiten auf Grundlage ihrer Ätiologie ist anzustreben.	IKK e.V.
	Entdifferenzierung bei der Krankheitsabgrenzung, Vereinheitlichung im Vorgehen bei der Krankheitsabgrenzung nach noch zu definierenden Kriterien [Auflistung]	DAK
	Die vorliegende Abgrenzung auf Basis der ICD-Kodes ist ausgereift. Auf eine nicht begründete Kleingliederung von Unterkrankheiten sollte verzichtet werden.	AOK-BV
Krankheitsauswahl	Beschränkung auf reine Krankheitsauswahl ohne Berücksichtigung von Schweregraden / Relevanz / Krankheitswert wird nicht konsequent umgesetzt. Es werden Entscheidungen vorweggenommen, die inhaltlich in das Klassifikationsverfahren gehören. Bsp. Herzrhythmusstörungen, Adipositas, Abhängigkeit von Tabak (s. dort)	DAK
Krankheitsabgrenzung / Hinweise für spätere Umsetzung in Klassifikationssystem	Die Anpassungen erscheinen sachgerecht. Für das Klassifikationssystem sollte schon jetzt festgehalten werden, dass die Diagnosen U69.11, U69.12 sowie die Diagnosen U69.30-U69.32 als Kreuz-Stern-Diagnosen maximal in die unterste HMG eines Hierarchiestranges eingeordnet werden sollten, das sie keine Information bzgl. des Schwererads enthielten, sondern lediglich Abrechnungsinformationen.	BARMER GEK
Spezifische vs. Unspezifische Diagnosen	Systemfehler: Spezifische Diagnosen werden teilweise ausgeschlossen, während eine unspezifische Kodierung bei der gleichen Erkrankung berücksichtigt wird. (wurde im letzten Jahr vorgetragen und nicht bearbeitet)	DAK
Anwendung des ICD-10-GM	Anpassungsbedarf besteht bezüglich einer Gleichbehandlung von Diagnoseziffern, die inhaltlich zusammengehören. Berücksichtigung der Anwendungsvorgaben des ICD-10. (s. a. Anmerkungen zu Krankheiten Endo-, Myo-, Perikarditis, Arthrose, Herzrhythmusstörungen)	DAK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 (01.03.2014)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

3.2 Konkrete Anmerkungen zur Krankheitsabgrenzung		
Anpassung an den ICD-GM-2014		
	Die vorgenommenen Anpassungen werden als sachgerecht bezeichnet	AOK-BV
Krankheit 050 "Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen"		
U69.11, U69.12	Da es sich bei den U-Kodes um sekundäre Schlüsselnummern handelt, die eine Zusatzinformation darstellen, und die Aufgreifkriterien im RSA eine Zusatzinformation über einen ICD-10-Kode nicht verwenden, ist die Abbildung in einer berücksichtigungsfähigen Krankheitsgruppe verzichtbar.	DAK
	Bei der Einordnung um Klassifikationsmodell zu beachten: Diese U-Kodes sollten nur dann zu einer Gruppierung führen, wenn gleichzeitig eine zulässige Primärdiagnose vorliegt.	GKV-SV
Krankheit 051 "Herzinsuffizienz"		
I51.4	Verschieben in KH 156	
Krankheit 069 "Adipositas (mit Krankheitsbezug)"		
Neuordnung	Ausweitung auf alle ICD-Kodes E66 und Wegfall des Zusatzes "(mit Krankheitsbezug)". Die aktuelle HMG mit Adipositas ab einem BMI von 35 entspricht einer Selektion in Klassifikation jedoch ohne Krankheitsauswahl.	DAK
Krankheit 077 "Schwerwiegender Alkohol- und Drogenmissbrauch"		
U-Kodes	Bei der Einordnung um Klassifikationsmodell zu beachten: Diese U-Kodes sollten nur dann zu einer Gruppierung führen, wenn gleichzeitig eine zulässige Primärdiagnose vorliegt.	GKV-SV
U69.30, U69.31, U69.32	Die vorgesehenen Anpassungen sind sachgerecht.	BptK
U69.30, U69.31, U69.32	Da es sich bei den U-Kodes um sekundäre Schlüsselnummern handelt, die eine Zusatzinformation darstellen, und die Aufgreifkriterien im RSA eine Zusatzinformation über einen ICD-10-Kode nicht verwenden, ist die Abbildung in einer berücksichtigungsfähigen Krankheitsgruppe verzichtbar.	DAK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 (01.03.2014)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

Krankheit088 "Leichter/nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand/Lernbehinderung"		
Ausgliederung der Diagnosen Q90.- (Trisomie 21) aus der KH088 und Eingliederung in KH090	Die Diagnosen Q90.- (Trisomie 21, Down-Syndrom) sollten aus der Krankheit088 ausgegliedert und zusammen mit den übrigen Trisomien in der Krankheit090 "Schwerer oder schwerster Entwicklungsrückstand/Intelligenzminderung" gebündelt werden. Auch wenn diese Chromosomenanomalien unterschiedliche Ausprägungen haben, ist in der Regel der Besuch einer regulären Schule nicht möglich. Dies liegt auch bei den anderen Chromosomenstörungen der Krankheit 090 vor, was dafür spricht, die Trisomien in einer Krankheit zusammenzufassen.	TK et al.
Krankheit 117 "Entzündliche / toxische Neuropathie" & Krankheit 118 "Periphere Neuropathie / Myopathie"		
Zusammenlegung KH117 und KH118	Die bestehende Differenzierung kann nicht nachvollzogen werden. Einerseits werden beide Krankheiten im Klassifikationsmodell (nahezu) identisch in die HMG071 (Polyneuropathie) gruppiert, andererseits scheint auch unter medizinischen Gesichtspunkten die Trennung nicht sachgerecht (Bsp.: G62.88 "Sonstige n.n.bez. Polyneuropathie": KH117; G62.9 "Sonstige Krankheit des peripheren Nervensystems": KH118).	AOK-BV
Krankheit 150 "Rheumatisches Fieber / rheumatische Erkrankung"		
I01.0, I01.1, I01.2, I09.0, I09.1, I09.2	Verschieben in KH 155 bzw. 156	DAK
Krankheit 151 "Erkrankungen der Herzklappen"		
I38, I39.8	Verschieben in KH 156	DAK
Krankheit 155 "Perikarditis und andere Erkrankungen des Perikards"		
A39.5	weglassen?	DAK
Krankheit 157 "AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blockierungen"		
Neueinteilung	An medizinischen Kriterien orientierend scheint es verzichtbar, Herzrhythmusstörungen am Vorhof bzw. an der Kammer jeweils auf 4 verschiedene Krankheitsgruppen zu verteilen. Es wird vorgeschlagen, alle Herzrhythmusstörungen in einer einzigen gleichnamigen Krankheitsgruppe abzubilden. Die Berücksichtigung des Schweregrads einzelner Rhythmusstörungen ist in der Klassifikation umzusetzen. Alternativvorschlag wäre die Neuordnung in vier Krankheitsgruppen.	DAK

Krankheit 158 "Andere Reizleitungsstörungen / Arrhythmien"		
Neueinteilung	An medizinischen Kriterien orientierend scheint es verzichtbar, Herzrhythmusstörungen am Vorhof bzw. an der Kammer jeweils auf 4 verschiedene Krankheitsgruppen zu verteilen. Es wird vorgeschlagen, alle Herzrhythmusstörungen in einer einzigen gleichnamigen Krankheitsgruppe abzubilden. Die Berücksichtigung des Schweregrads einzelnder Rhythmusstörungen ist in der Klassifikation umzusetzbar. Alternativvorschlag wäre die Neuordnung in vier Krankheitsgruppen.	DAK
Krankheit 159 "Ventrikuläre Tachykardie / Arrhythmie, Herzstillstand"		
Neueinteilung	An medizinischen Kriterien orientierend scheint es verzichtbar, Herzrhythmusstörungen am Vorhof bzw. an der Kammer jeweils auf 4 verschiedene Krankheitsgruppen zu verteilen. Es wird vorgeschlagen, alle Herzrhythmusstörungen in einer einzigen gleichnamigen Krankheitsgruppe abzubilden. Die Berücksichtigung des Schweregrads einzelnder Rhythmusstörungen ist in der Klassifikation umzusetzbar. Alternativvorschlag wäre die Neuordnung in vier Krankheitsgruppen.	DAK
Krankheit 160 "Vorhoffarrhythmie"		
Neueinteilung	An medizinischen Kriterien orientierend scheint es verzichtbar, Herzrhythmusstörungen am Vorhof bzw. an der Kammer jeweils auf 4 verschiedene Krankheitsgruppen zu verteilen. Es wird vorgeschlagen, alle Herzrhythmusstörungen in einer einzigen gleichnamigen Krankheitsgruppe abzubilden. Die Berücksichtigung des Schweregrads einzelnder Rhythmusstörungen ist in der Klassifikation umzusetzbar. Alternativvorschlag wäre die Neuordnung in vier Krankheitsgruppen.	DAK
Krankheit 161 "Extrasystolen"		
Neueinteilung	An medizinischen Kriterien orientierend scheint es verzichtbar, Herzrhythmusstörungen am Vorhof bzw. an der Kammer jeweils auf 4 verschiedene Krankheitsgruppen zu verteilen. Es wird vorgeschlagen, alle Herzrhythmusstörungen in einer einzigen gleichnamigen Krankheitsgruppe abzubilden. Die Berücksichtigung des Schweregrads einzelnder Rhythmusstörungen ist in der Klassifikation umzusetzbar. Alternativvorschlag wäre die Neuordnung in vier Krankheitsgruppen.	DAK
Krankheit 189 "Emphysem / COPD" & Krankheit 190 "Asthma bronchiale"		
Zusammenlegung KH189 und KH190	Wie bereits in der Stellungnahme vom 25.01.2013 regt der AOK-BV die Zusammenlegung der beiden Krankheiten an. Einerseits liege die Unterscheidung der Krankheiten aus klinischen Aspekten einzig in der Reversibilität der Atemwegsobstruktion, andererseits seien Mischformen - wie etwa "COPD mit asthmatischer Komponente" häufig. Zudem könne sich aus dem Asthma bronchiale eine COPD entwickeln.	AOK-BV

Krankheit 190 "Asthma bronchiale"		
Ausschluss der KH190	Den erneuten Ausschluss der Erkrankung stellen KBV und BÄK weiterhin formal und inhaltlich in Frage, da die festgelegte Obergrenze von 80 Krankheiten keine medizinisch sachgerechte Begrenzung darstellt.	KBV/BÄK
Krankheit 221 "Akute schwere Lebererkrankungen"		
	Die Aufnahme der Krankheit erscheint sachgerecht.	AOK-BV
Krankheit 250 " Osteoarthrose der großen Gelenke"		
Neuordnung	Einteilung aller ICD zu Arthrose M15 bis M19 in eigene Krankheitsgruppen, dazu drei Modellvorschläge (KH 250, 251, 255, 358), Vereinheitlichung bei posttraumatischer Arthrose, Berücksichtigung der Kodierung bei Polyarthrose, Abgrenzung der Arthrose, Herauslösen aller Arthrose-ICD aus dem Sammeltopf in KH 255.	DAK
Krankheit 251 "Osteoarthrose sonstiger oder nicht weiter spezifizierter Gelenke"		
Neuordnung	Einteilung aller ICD zu Arthrose M15 bis M19 in eigene Krankheitsgruppen, dazu drei Modellvorschläge (KH 250, 251, 255, 358), Vereinheitlichung bei posttraumatischer Arthrose, Berücksichtigung der Kodierung bei Polyarthrose, Abgrenzung der Arthrose, Herauslösen aller Arthrose-ICD aus dem Sammeltopf in KH 255.	DAK
Krankheit 255 "Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht"		
Neuordnung	Einteilung aller ICD zu Arthrose M15 bis M19 in eigene Krankheitsgruppen, dazu drei Modellvorschläge (KH 250, 251, 255, 358), Vereinheitlichung bei posttraumatischer Arthrose, Berücksichtigung der Kodierung bei Polyarthrose, Abgrenzung der Arthrose, Herauslösen aller Arthrose-ICD aus dem Sammeltopf in KH 255.	DAK
Krankheit 288 "Angeborene Anomalien der männlichen Genitalorgane"		
Zusammenschluss mit KH 297	Da diese Gruppe medizinisch nicht eindeutige Zuordnungen zum Geschlecht mit unterschiedlicher Ausprägung in beide Geschlechter beinhaltet, wird empfohlen, diese KH mit der KH 297 zusammenzuschließen zu "Angeborene Anomalien an den Genitalorganen".	DAK
Krankheit 297 "Angeborene Anomalien der weiblichen oder nicht näher bezeichneten Genitalorgane"		
Zusammenschluss mit KH 288	Da diese Gruppe medizinisch nicht eindeutige Zuordnungen zum Geschlecht mit unterschiedlicher Ausprägung in beide Geschlechter beinhaltet, wird empfohlen, diese KH mit der KH 288 zusammenzuschließen zu "Angeborene Anomalien an den Genitalorganen".	DAK

Krankheit 317 "Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems"		
Zusammenlegung KH317 und KH318	<p>Aus Sicht des IKK e. V. sollte die Krankheit 317 mit der Krankheit 318 nicht zusammengelegt werden. Die in der Krankheit 318 "Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes" zusammengefassten Fehlbildungen finden ihren Ursprung ausnahmslos in der frühembryonalen Entwicklungsphase; sie sind angeboren und stehen demzufolge trotz ihrer unterschiedlichen Organmanifestation in einem ätiologischen Zusammenhang. Sie sind als schwere Fehlbildungen bereits pränatal bzw. im Säuglings- und Kleinkindalter klar zu diagnostizieren, müssen daher zwangsweise als Säuglings- und Kleinkinderkrankungen gelte und sind immer behandlungsbedürftig. Dies gilt insbesondere für die schwerwiegenden Erkrankungen der Lunge Q33.2 "Lungensequestration", Q33.3 "Agenesie der Lunge" und Q33.6 "Hypoplasie und Dysplasie der Lunge" und des Verdauungstrakts (z.B. Q39.0 Atresie des Ösophagus). Demgegenüber sind die Erkrankungen der Krankheit 317 deutlich vielfältiger (z.B. Kehlkopffehlbildungen durch infektiöse oder nahrungsbedingte Schädigungen im Schwangerschaftsverlauf) und bleiben als weniger schwerwiegende Erkrankungen im Kleinkindalter unentdeckt.</p>	IKK e.V.
	<p>Aus medizinischer Sicht sollten die beiden Krankheiten zusammengelegt werden. So kann es aufgrund inhaltlich sehr ähnlicher ICD-Kodes (Q33.2 oder Q22.5) dem Zufall bzw. dem Kodierverhalten des Arztes geschuldet sein, in welche der beiden Krankheiten die Einordnung erfolgt. Auch enthält KH317 überwiegend Codes, die sinnvoller Weise der KH318 zugeordnet werden sollten.</p> <p>Nach Auswertungen des AOK-BV liegt der Prävalenzpeak in beiden Krankheiten zwischen dem ersten und sechsten Lebensjahr, weshalb die Altersbegrenzung der KH318 auf fünf Jahre auf die zusammengelegte Krankheit übertragen werden sollte.</p>	AOK-BV
	<p>Die ICD-Codes der beiden Krankheiten sind bei näherer Betrachtung zum großen Teil medizinisch verwandt. Die Krankheitsabgrenzung sollte jedoch so sein, dass Unterschiede in der Kodierpraxis nicht zur Zuordnung zu unterschiedlichen Krankheiten führen. Zudem sei davon auszugehen, dass von der Krankheit 317 ebenfalls überwiegend jüngere Kinder betroffen seien. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankheitsabgrenzungen beider Krankheiten bzw. eine eventuelle Zusammenlegung geprüft werden.</p>	BARMER GEK
Krankheit 330 "Wirbelkörperfrakturen"		
	Der Wegfall der Krankheit kann auf Grundlage der vorgelegten Daten nachvollzogen werden.	AOK-BV
Krankheit 343 "Hüftgelenkluxation"		
	Der Wegfall der Krankheit kann auf Grundlage der vorgelegten Daten nachvollzogen werden.	AOK-BV

Krankheit 356 "Status nach Organtransplantation (inkl. Komplikation)"		
	Nach pathogenetischen Gesichtspunkten sollte die Graft-versus-Host-Reaktion als eigenständige Krankheit herausgelöst werden, da dies eine zytotoxische Reaktion von implantierten bzw. transfundierten Immunzellen gegen den Wirtsorganismus bezeichnet. Bei immungeschwächten Wirten können schwere Erkrankungen auftreten, wie Hepatosplenomegalie, Atrophie der lymphatischen Organe, Diarrhoe, Hautveränderungen und Kachexie oder ein tödlicher Ausgang. Sie wird von schweren Infektionen und Veränderungen von Schleimhäuten des Magen-Darm-Traktes, den serösen Häuten, der Haut und Leber begleitet. Zur Therapie wird Prednisolon und azathioprin verabreicht. Somit sollte er eine eigene Krankheitsentität bilden.	TK et al.
Krankheit 358 "Spätfolgen von Verletzungen, exkl. Spätfolgen am Rückenmark, von Schädel / Gesichtsschädelfrakturen und Spätfolgen intrakranieller Verletzungen"		
Neuordnung	Einteilung aller ICD zu Arthrose M15 bis M19 in eigene Krankheitsgruppen, dazu drei Modellvorschläge (KH 250, 251, 255, 358), Vereinheitlichung bei posttraumatischer Arthrose, Berücksichtigung der Kodierung bei Polyarthrose, Abgrenzung der Arthrose, Herauslösen aller Arthrose-ICD aus dem Sammeltopf in KH 255.	DAK
Ausschluss		
Aufnahme der Chemo- & Strahlentherapie	Der AOK-BV fordert die Aufnahme der Codes Z51.0 ("Strahlentherapie-Sitzung"), Z51.1 ("Chemotherapie-Sitzung wg. bösartiger Neubildung") und Z51.82 ("Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wg. bösartiger Neubildung"), um anhand dieser im Klassifikationsmodell eine Schweregraddifferenzierung der bösartigen Neubildungen vornehmen zu können.	AOK-BV
Bewertung von ICD-Kodes in der Ausschlusskategorie	Viele ICD-Kodes der -.8 oder -.9 als unspezifisch gekennzeichneten Diagnosen befinden sich in der Ausschlusskategorie und wurden im Rahmen der letzten Krankheitsauswahl weiter bewertet, was für die Ausgleichsjahr 2014 forgeföhrt werden sollte mit Hilfe von festgelegter Kriterien. In der Festlegung ist jedoch kein Hinweis zu finden, ob eine solche Überprüfung zwischen Entwurf und Festlegung noch stattgefunden hat.	BKK-BV
Bewertung von ICD-Kodes in der Ausschlusskategorie	Die Begründung bei schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Tabak - "Schlecht Abgrenzbarkeit von nicht krankhaftem Lebensstil" (Entwurf zur Krankheitsauswahl 2014, Seite 19) - rechtfertigt nicht die primäre Zuordnung in eine Ausschluss-Gruppe. Bei Dokumentation einer gesicherten Diagnose mit dem ICD-10-GM liegt diese Krankheit oder der beschriebene Gesundheitszustand vor. Lösung über das Klassifikationsverfahren möglich und ausreichend. Krankheitsauswahl kann entfallen.	DAK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 (01.03.2014)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

4 Sonstige Anmerkungen		
Redaktionelle Hinweise	Der Perzentilwert in Anlage 3 stimmt nicht mit dem Perzentilwert in der Dokumentation (Anlage 2) überein	GKV-SV
	Falsches Datum auf der ersten Seite der Erläuterungen.	GKV-SV
Zielgenauere Ausgestaltung des M-RSA	Die Behebung des Methodenfehlers bei der Behandlung von Verstorbenen wird gefordert, damit die Unterdeckung von Versicherten hoher Altersgruppen beendet wird.	BAG
Hochrisikopool	Die Durchschnittskostenbetrachtung berücksichtigt die zu große Streubreite mancher Krankheiten schlecht (z.B. Hämophilie, Mukopolysaccharidosen). Da deshalb die Zuweisungen zu niedrig sind, wird für etliche PatientInnen von einigen Kassen die Behandlung abgelehnt, obwohl diese im Leistungskatalog der GKV enthalten sind. Deshalb wird ein Risikopool gefordert, langfristig sogar die Erhöhung des Krankheitsfilters auf 200-300 Krankheiten.	BAG

III. Bewertung der Stellungnahmen zum Anhörungsvorschlag

Im Rahmen einer Telefonkonferenz am 07. Februar 2014 hat sich der Wissenschaftliche Beirat gemeinsam mit dem BVA intensiv mit der Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen befasst und seine jeweiligen Empfehlungen ausgesprochen. Die endgültige Festlegung der im Ausgleichsjahr 2015 zu berücksichtigenden Krankheiten durch das BVA geschieht im Einvernehmen mit dem Wissenschaftlichen Beirat.

1 Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015

Der Wissenschaftliche Beirat hat sich dazu entschlossen, für das Ausgleichsjahr 2015 keine Überprüfung des Auswahlalgorithmus und der Auswahlkriterien vorzunehmen. Ebenso hat er dem BVA empfohlen, im Rahmen der Krankheitsabgrenzung lediglich die durch die Einbeziehung des ICD-10-GM 2014 bedingten technischen Anpassungen durchzuführen. Er hält daran auch nach Durchführung des Anhörungsverfahrens zur Krankheitsauswahl fest, weist in diesem Zusammenhang jedoch darauf hin, dass für das Ausgleichsjahr 2016 eine ausführlichere Überprüfung der Krankheitsabgrenzung sowie der Auswahlkriterien geplant ist. Im Rahmen dieser Überprüfung soll dann auch auf die in der Synopse der Stellungnahmen aufgeführten Anregungen zum Auswahlverfahren und zur Krankheitsabgrenzung eingegangen werden.

1.1 Nachvollziehbarkeit der Berechnungen

Die vom BVA dargestellten Berechnungsergebnisse konnten durch den GKV-SV unter Verwendung der gleichen Datenbasis nachvollzogen werden.

1.2 Anpassungen an den ICD-10-GM 2014

Die vom Wissenschaftlichen Beirat und BVA getroffenen Vorschläge zur Zuordnung der neu eingeführten ICD-Codes zu Krankheiten sind aus Sicht des GKV-SV nachvollziehbar.

1.3 Bewertung

Es besteht kein Änderungsbedarf bezüglich der angehörten Krankheitsauswahl.

2 Anmerkungen zum Auswahl- und Anhörungsverfahren

2.1 Längerer Turnus der Krankheitsauswahl

Wie schon in den Vorjahren zu beobachten war, bleibt die Krankheitsauswahl auf Basis des etablierten Auswahlverfahrens in unterschiedlichen Datenjahren weitgehend stabil. Lediglich in einem engen Bereich um die Perzentilgrenze der Auswertung „Kostenintensiv“ findet je nach Datenjahr ein Austausch einzelner Krankheiten statt. Die daraus für das Klassifikationssystem resultierenden qualitativen Veränderungen sind i.d.R. recht gering, verursachen jedoch einen nicht unerheblichen Folgeaufwand bei der Anpassung der Versichertenklassifikation und binden damit aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats regelmäßig Ressourcen, die sinnvoller zur eigentlichen Weiterentwicklung des Modells verwendet werden sollten. Aus diesem Grund verwies der Wissenschaftliche Beirat in der Anhörung zur Krankheitsauswahl auf seine Ausführungen im Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 (S. 168ff.) und regte erneut an, den Zeitraum für die Aktualisierung der Krankheitsauswahl auf eine lediglich alle drei Jahre stattfindende Überprüfung auszudehnen.

2.1.1 Stellungnahmen:

Der Vorschlag einer lediglich alle drei Jahre stattfindenden Überprüfung der Krankheitsauswahl wird mehrheitlich abgelehnt. Lediglich KBV/BÄK und AOK-BV halten eine jährliche Neuberechnung der Krankheitsauswahl unter bestimmten Voraussetzungen für verzichtbar. Der GKV-SV und die Mehrzahl der anderen Anhörgspartner fordern weiterhin eine jährliche Aktualisierung der Datengrundlagen und die damit verbundene Neuberechnung der Krankheitswahl. Darüber hinausgehende Überprüfungen der Krankheitsauswahl und -abgrenzung sollten aus Sicht des GKV-SV – in Verbindung mit einem transparenten und strukturierten Vorschlagsverfahren – alle zwei bis drei Jahre durchgeführt werden.

2.1.2 Bewertung

Wissenschaftlicher Beirat und BVA nehmen die vorgetragenen Bedenken zur Kenntnis, können die Notwendigkeit der jährlichen Überprüfung dennoch nicht nachvollziehen. Da aber eine Änderung des Überprüfungsturnus ohnehin eine Änderung der RSAV bzw. mindestens des Errichtungserlasses des Wissenschaftlichen Beirats erfordern würde, verbleibt es bei der aktuell praktizierten, jährlichen Neuberechnung der Krankheitsauswahl sowie anlassbezogenen Überprüfungen von Krankheitsabgrenzung und Berechnungsverfahren.

2.2 Strukturiertes Vorschlagsverfahren zur Krankheitsauswahl

2.2.1 Stellungnahme:

Im Zusammenhang mit dem Vorschlag zur Verlängerung des Turnus der Krankheitsauswahl wird von mehreren Parteien erneut vorgeschlagen, ein separates Vorschlagsverfahren zur Krankheitsauswahl zu etablieren.

2.2.2 Bewertung:

Die Frage, ob der Veröffentlichung des Entwurfes zur Festlegung der Krankheitsauswahl (analog zur Anpassung des Klassifikationsmodells) ein Vorschlagsverfahren vorangehen sollte, wurde schon im letzten Jahr vom Wissenschaftlichen Beirat intensiv diskutiert. Obwohl ein breiter Konsens darüber besteht, dass ein derartiges Verfahren dazu geeignet wäre, die Transparenz und Akzeptanz der Krankheitsauswahl noch weiter zu steigern, empfiehlt das Gremium, am bisherigen Ablauf festzuhalten, da die Durchführung eines fakultativen Vorschlagsverfahrens auch bei der Krankheitsauswahl mit den vorhandenen zeitlichen und personellen Ressourcen kaum zu bewältigen sei bzw. günstigstenfalls durch Abstriche bei der Erfüllung der übrigen Aufgaben leistbar wäre. Der Beirat wird in seinen nächsten Sitzungen dieses Thema dennoch erneut aufgreifen und Möglichkeiten einer „schlanken“ Integration eines solchen Verfahrens in den Jahresablauf (inklusive der dazu eventuell erforderlichen Einschränkungen in anderen Verfahrensbereichen) diskutieren. Ergänzend wird darauf verwiesen, dass Inhalte von Stellungnahmen aus den Vorjahren bei den Überprüfungen der Krankheitsauswahl regelmäßig berücksichtigt werden.

3 Anmerkungen zu Berechnungsverfahren und Auswahlalgorithmus

Wie schon vorangehend beschrieben, findet im Rahmen der Festlegungen für die Krankheitsauswahl 2015 keine Überprüfung des Auswahlalgorithmus und der Aufgreifkriterien statt.

Nach übereinstimmender Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats und des Bundesversicherungsamt hat keine der vorgetragenen Anmerkungen eine derartige Tragweite, dass eine Umsetzung unmittelbar noch im Rahmen der Krankheitsauswahl 2015 erfolgen muss. Die im Anhörungsverfahren vorgetragenen Anmerkungen werden im Rahmen der Arbeiten zur Krankheitsauswahl 2016 geprüft.

4 Anmerkungen zur Krankheitsabgrenzung

Wie schon vorangehend beschrieben findet im Rahmen der Festlegungen für die Krankheitsauswahl 2015 keine Überprüfung der Krankheitsabgrenzung statt.

Nach übereinstimmender Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats und des Bundesversicherungsamt hat keine der vorgetragenen Anmerkungen eine derartige Tragweite, dass eine Umsetzung unmittelbar noch im Rahmen der Krankheitsauswahl 2015 erfolgen muss. Die im Anhörungsverfahren vorgetragenen Anmerkungen werden im Rahmen der Arbeiten zur Krankheitsauswahl 2016 geprüft.