

# **Erläuterungen zur Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2010 zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt**

## **I. Anhörung zum Festlegungsentwurf**

Am 16. Juli 2009 hat das Bundesversicherungsamt den Entwurf einer Festlegung zu den im Ausgleichsjahr 2010 zu berücksichtigenden Krankheiten in die vorgesehene Anhörung beim GKV-Spitzenverband gegeben. Gemäß § 31 Abs. 4 RSAV wurde der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) um schriftliche Stellungnahme bis zum 14.08.2009 gebeten.

## **II. Stellungnahmen zum Entwurf der Krankheitsauswahl**

Neben der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) erreichten auch weitere Erklärungen das BVA. Es gingen Stellungnahmen

- eines Konsortiums bestehend aus der Techniker Krankenkasse, der KKH | Allianz, der Hanseatischen Krankenkasse, der Handelskrankenkasse und der Gmünder Ersatzkasse (TK et al.)
- des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV)
- der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammen mit der Bundesärztekammer (BÄK)
- der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) und
- der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAGS)

Die wesentlichen Punkte dieser Stellungnahmen werden im Folgenden dargestellt.

#### a. Überprüfung der Krankheitsauswahl

Die Änderung der Krankheitsabgrenzungen erfordert aus Sicht des **GKV-SV** eine Prüfung der Krankheitsauswahl anhand des im Rahmen der Festlegung der zu berücksichtigten Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2009 verwendeten Verfahrens. Zwar könne vermutet werden, dass die Neuabgrenzung der einzelnen Krankheiten hier zu keiner Veränderung der Krankheitsauswahl führe, jedoch könne eine gesicherte Bewertung der Auswirkungen dieser Neuabgrenzungen nur unter Verwendung der für die Festlegung für das Jahr 2009 erarbeiteten Methodik erfolgen – diese Prüfung sollte auch für die im Jahr 2009 nicht berücksichtigten Krankheiten durchgeführt werden.

#### b. „Isolierte“ Schwellenwertprüfung

Für den vorliegenden Entwurf der Krankheitsauswahl wurde lediglich eine isolierte Prüfung des Schwellenwertes, unter Einbeziehung der durchgeführten Neuabgrenzungen einzelner Krankheiten, für die im RSA 2009 berücksichtigten Krankheiten durchgeführt; dies erfüllt aus Sicht des **GKV-SV** nicht die Anforderungen an eine regelmäßige Überprüfung der Krankheitsauswahl, da bei Unterschreitung des Schwellenwertes Krankheiten nicht mehr berücksichtigt werden, die Neuberücksichtigung von Krankheiten, die aufgrund aktuellerer Daten den Schwellenwert überschritten, jedoch ausgeschlossen sei. Er plädiert dafür entweder das ganze Verfahren der Krankheitsauswahl neu durchzuführen oder komplett auf die Schwellenwertprüfung zu verzichten.

Nach Ansicht des **AOK-BV** müsste die Schwellenwertprüfung für alle seinerzeit untersuchten 366 Krankheiten durchgeführt werden, um die „50 bis 80 Krankheiten“ voll auszuschöpfen.

Die **SBK** ist der Meinung, dass die durchgeführte Schwellenwertprüfung nicht sachgerecht sei, da die Bewertung der Krankheiten zu pauschal sei. Dies spiegele sich vor allem darin wider, dass die Kostenintensität einer Krankheit anhand der gesamten Leistungsausgaben der Betroffenen gemessen wird. Dadurch werde das Bild zu Gunsten typischer Alterserkrankungen verzerrt, die häufig als Begleiterscheinung anderer Erkrankungen aufträten.

#### c. Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten gemäß § 31 RSAV

Die **BAGS** vertritt die Auffassung, dass die vom Gesetzgeber vorgesehene Beschränkung auf „50 bis 80 Krankheiten“ nicht sachgerecht sei, da für eine repräsen-

tative Abbildung des Krankheitsgeschehens zumindest 200 bis 300 Erkrankungen erforderlich wären.

**d. Fehlen der Krankheit Borreliose (ICD-Kode A69.2)**

Die **BAGS** beklagt, dass bei den Arthritiden zwar die durch Strepto- und Staphylokokken verursachten berücksichtigt würden, aber nicht die durch Borrelien verursachten. Es entstünde der Eindruck, als ob der Begriff der „Borreliose“ vermieden werden solle. Darüber hinaus sei zu beanstanden, dass der Nennung von Symptomen und Syndromen oftmals Vorrang gegenüber den Ursachen eingeräumt würden.

**e. Nichtberücksichtigung der Krankheit Psoriasis (u.a. ICD-Kode L40.-, M07.- und M09.0-)**

Für die **BAGS** ist der Ausschluss der Volkskrankheit Psoriasis unverständlich. Es gäbe eine massive Unterversorgung der teilweise schwer kranken Patienten; außerdem würde die Prävalenz der Erkrankung aufgrund schwieriger Diagnostik, insbesondere von Nicht-Fachärzten, und demzufolge falscher Kodierung stark unterschätzt.

**f. Nichtberücksichtigung seltener Erkrankungen wie z.B. der Dystonie (ICD-Kode G24.-)**

Die **BAGS** weist darauf hin, dass seltene, aber sehr kostenintensive Krankheiten nicht berücksichtigt werden. So lägen z.B. die Kosten für die Behandlung der Dystonie im oberen Bereich der Kostenintensität und würden so eine Aufnahme in der Liste der 50 bis 80 Krankheiten rechtfertigen.

**g. Erkrankungen in der Schwangerschaft**

Die **BAGS** vertritt die Meinung, dass „Blutung in der Frühschwangerschaft (ICD-Kode O20.9)“ ebenso wenig eine chronische Krankheit sei wie z.B. „verschiedene andere schwangerschaftsbedingte Probleme (DxG 612)“.

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

Der wissenschaftliche Beirat hatte vorgeschlagen, die der Krankheit zugeordneten ICD-Kodes um Diagnosen zu erweitern, die eine Registrierung zur Organtransplantation dokumentieren (**Z75.-** und **U55.-**), und die Krankheit in „**Organtransplantation (inkl. Registrierung und Status nach)**“ umzubenennen.

Der **GKV-SV** hält die Berücksichtigung der ICD-Kodes, die eine Registrierung zur Organtransplantation dokumentieren, grundsätzlich für sinnvoll, da diese Versicher-

ten hohe prospektive Kosten aufweisen. Aus seiner Sicht ist der Vorschlag dazu geeignet, Risikoselektion zu vermeiden, da für eine Organtransplantation registrierte Versicherte in hohem Maße schlechte Risiken darstellen.

Die Zuordnung zur Krankheit „Status nach Organtransplantation“ wird jedoch kritisch gesehen: Sowohl die Krankheitsbilder als auch die therapeutischen Maßnahmen und Behandlungskosten eines Zustandes vor Organtransplantation, also zum Zeitpunkt der Registrierung, und eines Zustandes nach erfolgter Transplantation unterscheiden sich wesentlich. So entspreche das Krankheitsbild eines Versicherten, der sich z.B. aufgrund einer dialysepflichtigen Niereninsuffizienz zu einer Nierentransplantation hat registrieren lassen, nicht dem eines Versicherten nach erfolgter Nierentransplantation, der einer dauerhaften Arzneimitteltherapie bedarf, u.a. um die Abstoßung des Transplantates zu verhindern.

Deshalb schlägt der GKV-SV vor, entweder (a) die Codes „Registrierung zur (jeweiligen) Organtransplantation“ bei den entsprechenden Organerkrankungen hinzuzufügen, was eine zusätzliche Schweregraddifferenzierung ermögliche, oder (b), sollte es bei der vom wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen Zuordnung bleiben, müssten die Aufgreifkriterien im Klassifikationsmodell überprüft werden, da in der Regel eine Registrierung zur Organtransplantation nur einmal erfolge.

**TK et al.** teilen die Auffassung des GKV-SV, dass die Zuordnung der ICD-Kodes, die eine Registrierung zur Organtransplantation dokumentieren, zur Krankheit „Zustand nach Organtransplantation“ und die entsprechende Umbenennung der Krankheit in „Organtransplantation (inkl. Registrierung und Zustand nach)“, kritisch zu bewerten sei. Aber die Argumentation ist eine andere: Durch die Erweiterung um die „Registrierungskodes“ werde der prospektive Ansatz, der insbesondere eingeführt wurde, um die Manipulationsmöglichkeiten zu vermeiden, umgangen. Denn wenn Versicherte schon im Vorfeld der tatsächlichen Erkrankung bzw. des tatsächlichen Zustandes, hier Transplantation, eingruppiert werden, werde zu einem erheblichen Anteil das Akut-Ereignis, die Transplantation, über die Kosten des Folgejahres ausgeglichen. Chronisch sei per definitionem nur der Zustand nach der Transplantation, u.a. gekennzeichnet durch eine dauerhafte immunsuppressive Behandlung, nicht die Transplantation selbst. Darüber hinaus bestünde die Gefahr, dass Anreize entstehen, das Kodierverhalten im Sinne von Upcoding zu verändern.

Die Diagnosen, die eine Registrierung zur Organtransplantation dokumentieren, wurden auch im Rahmen der Stellungnahmen zum Klassifikationsmodell behandelt. Insbesondere die **Barmer Ersatzkasse** macht dort geltend, dass die entsprechenden Diagnosen grob unvollständig und eher zufällig dokumentiert seien. Bei einer Verwendung dieser Diagnosen bestünde daher die Gefahr, Anreize für die Krankenkassen zu setzen, eine unzulässige Nacherfassung dieser Diagnosen vorzunehmen.

**i. Krankheit „Pneumonie“**

**TK et al.** begrüßen in Bezug auf das Kriterium „eng abgrenzbar“ die Herausnahme der **DxGruppe 470** aus der Krankheit; im Gegensatz dazu stehe jedoch das Beibehalten von ICD-Kodes wie **J8(9)5.80** (iatrogener Pneumothorax).

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

**TK et al.** lehnen die Aufnahme des Kodes **K22.4** ab, da die Begründung nicht den Vorgaben des § 31 Abs. 3 RSAV, insbesondere dem Kriterium „eng abgrenzbar“ entspreche; stattdessen wäre es zielführender, die unspezifische Kodierung **K22.9** herauszunehmen.

**k. Krankheit „Osteoporose und Folgeerkrankungen“**

**TK et al.** monieren die mangelnde Begründung für die „Komplettierung“ der Kodegruppe **M81.-**: diese Komplettierung sei ohne Überprüfung der Kriterien gemäß § 31 Abs. 3 RSAV nicht haltbar.

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

**TK et al.** halten die Zusammenfassung der Kodes **K62.7** und **K52.0** in der **DxG 763** grundsätzlich für sinnvoll, die Nichtzuordnung zu der **DxG 686** erscheint jedoch willkürlich; außerdem träfe bei der Diagnose „**Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung (K52.0)**“ das Kriterium „schwerwiegender Verlauf“ in der Regel nicht zu.

Die **KBV** und die **BÄK** sind der Meinung, dass der Kode **K91.0** „**Erbrechen nach gastrointestinalem chirurgischem Eingriff**“ aus der Krankheit gestrichen werden sollte, da er keiner „kostenintensiven chronischen Krankheit“ zugerechnet werden könne.

**m. Schwellenwertprüfung und Wegfall der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen“**

Die **BPtK** moniert, dass die Krankheit den Schwellenwert nur knapp (um 51,10 Euro) „verpasse“, was u.a. dem Umstand geschuldet sei, dass der Prävalenzgipfel im Kindes- und Jugendalter liege. Der Gesetzgeber habe u.a. durch die Formulierung „insbesondere“ in § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV die Maßgabe „... Übersteigen der durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert“ nicht als Ausschlusskriterium sondern nur als Regelkriterium formuliert, was den Verbleib der Krankheit in der Liste der 80 zuschlagsfähigen Krankheiten rechtfertige.

Die **BAGS** beklagt ebenfalls den Wegfall und vermutet als Grund die Nichtberücksichtigung aktueller Versorgungsdaten bzw. deren Kostenkonsequenz.

**n. Spezifizierung/Neufassung der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen“**

Der **AOK-BV** vertritt die Meinung, dass ein Viertel aller dokumentierten Diagnosen (**F90.8** und **F90.9**) unspezifisch seien und nur relativ geringe Kosten nach sich ziehen würden; deshalb solle nur mit den spezifischen Diagnosen **F90.0** und **F90.1** eine erneute Schwellenwertprüfung durchgeführt werden.

Die **BPtK** ist der Auffassung, dass die Leistungsausgaben für die unspezifischen Diagnosen **F90.8** und **F90.9** geringer seien; deshalb sollen die beiden Codes aus der Krankheit gelöscht werden. Außerdem würde dadurch die Validität ambulanter Diagnosen erhöht und das Risiko für Upcoding verringert.

**o. Krankheit „Schlaganfall und Komplikationen“**

Die **KBV** und die **BÄK** vertreten die Auffassung, dass die TIA (Transitorisch-Ischämische Attacke)-relevanten Codes **G45.-** in die Krankheit aufgenommen werden sollen, da statistisch innerhalb der nächsten zwei Jahre 30% der Betroffenen einen Schlaganfall erleiden und darüber hinaus die TIA nach den aktuellen Leitlinien wie ein Schlaganfall behandelt wird.

**p. Krankheit „Diabetes mellitus“**

Die **KBV** und die **BÄK** sind der Meinung, dass der Code **H36.0\*** (**Retinopathia diabetica**) analog **G59.0\*** und **G63.2\*** in Anbetracht seiner Häufigkeit in die Krankheit aufgenommen werden solle, auch wenn er nicht ohne einen entsprechenden Diabetescode verschlüsselt werden darf.

**q. Krankheit „Ileus“**

Die **KBV** und die **BÄK** vertreten die Ansicht, dass in Anbetracht ihrer Häufigkeit und ihrer Kostenintensität sämtliche Darmperforationen betreffende Codes (**K26.-**, **K35.0** und **K63.1**) in die Krankheit aufgenommen werden sollten; dementsprechend wäre die Krankheit in „Ileus und Darmperforationen“ umzubenennen.

**r. Krankheit „Niereninsuffizienz“**

Die **KBV** und die **BÄK** schlagen vor, die einseitige chronische Niereninsuffizienz (**N18.80**) aus der HMG 131 zu streichen, da sie prognostisch für das Eintreten einer terminalen Niereninsuffizienz nicht so relevant ist wie die beidseitige Niereninsuffizienz.

zienz. Darüber hinaus solle überprüft werden, ob die beidseitige Niereninsuffizienz I. und II. Grades (N18.81 und N18.82) ähnlich hohe Kosten verursache wie die III. Grades.

**s. Krankheit „Hautulkus (exkl. Dekubitalulzera)“**

Die **KBV** und die **BÄK** vertreten die Auffassung, dass die Codes **I83.0 und I83.2** „Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration (und Entzündung)“ angesichts ihrer medizinischen und ökonomischen Relevanz in die Krankheit aufgenommen werden sollten.

**t. Krankheit „Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen“**

Die **KBV** und die **BÄK** schlagen vor, die Codes **N76.80 und N49.80** „Fournier-Gangrän des Mannes bzw. der Frau“ aus medizinischen Gründen der Vollständigkeit halber in die Krankheit aufzunehmen.

**u. Berücksichtigung der ICD-10-GM Version 2009**

Der **AOK-BV** stellt fest, dass im Entwurf zur Krankheitsauswahl 2010 Änderungen der ICD-Kodes in 2009 nicht berücksichtigt werden. Der ICD-10-GM bilde aber die Grundlage für die Versichertenklassifikation in 2010. So bliebe z.B. im Entwurf die gemäß ICD-10-GM 2009 neu eingeführte differenzierte Kodierung des Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen auf der fünften Stelle des ICD unberücksichtigt.

### **III. Bewertung der Stellungnahmen**

Vor der endgültigen Festlegung der zu berücksichtigenden Krankheiten wurden die eingegangenen Stellungnahmen sorgfältig geprüft. Hinsichtlich der vorgetragenen Argumente gelangt das BVA nach Diskussion mit dem wissenschaftlichen Beirat am 16.09.2009 zu der folgenden Bewertung:

**ad a) Überprüfung der Krankheitsauswahl**

Die methodischen Einwände gegen die Überprüfung der Krankheitsauswahl, z.B. eine Überprüfung der Krankheitsauswahl habe nur in Teilen stattgefunden, sind im Kontext der Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlichem Beirat und BVA sowie der einer „Überprüfung“ entspringenden Aufgabenstellung zu würdigen.

Danach ist die Überprüfung der Auswahl Aufgabe des wissenschaftlichen Beirates; das Ergebnis der Überprüfung stellt ebenso wie vormals die gutachterliche Auswahl eine Empfehlung für die Festlegung durch das BVA dar (§ 31 Abs. 4 Satz 1 i.V.m. Abs. 2 Satz 1 Nrn. 2, 3 i.V.m. Abs. 1 Satz 2-4).

Die „Methodik der Überprüfung“ ist Teil der Überprüfung selbst und als solche grundsätzlich vom Beirat zu bestimmen. Die Begründung zu § 31 RSAV (BT-Drs. 16/3100, S. 204) macht insoweit keine Vorgaben. Das BVA kann von der Empfehlung des wissenschaftlichen Beirates in begründeten Fällen abweichen, ist jedoch nicht gehalten, seinerseits eine umfassende Überprüfung anzustellen.

Unter „Überprüfung der Auswahl“ fällt auch die Überprüfung der Funktionalität der Krankheitsabgrenzung der ausgewählten Krankheiten für die Ermittlung der morbiditätsorientierten Zuschläge im RSA aus medizinischen Gründen. Der GKV-SV bestätigt die Eignung der Änderungen zur Verbesserung der Krankheitsabgrenzung und zur Verringerung des Anreizes, unspezifisch zu kodieren (S. 5 der Stellungnahme).

Der wissenschaftliche Beirat hat sich bei der Überprüfung der Auswahl auf eine Optimierung der bereits ausgewählten bzw. festgelegten Krankheiten beschränkt, ohne in ein weitergehendes Revisionsverfahren einzutreten. Eine aufwändige erneute Begründung der Auswahllegitimation anhand sämtlicher methodischer Schritte des Vorjahresverfahrens liefe demgegenüber auf eine erneute Auswahlentscheidung hinaus, die eine Überprüfung zwar einschließt, aber auch über sie hinausgeht.

Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Überprüfung keine umfassende Wiederholungsprüfung im Sinne eines vollständigen Revisionsverfahrens darstellt, sondern auf medizinische Gesichtspunkte bezüglich der im Vorjahr ausgewählten Krankheiten beschränkt ist.

Bereits nach dem vorstehend Gesagten ist es nicht zu bemängeln, wenn keine umfassende Prüfung dahingehend vorgenommen wird, wie sich Neuabgrenzung für die im Jahr 2009 nicht berücksichtigten Krankheiten nach der Methodik des Jahres 2009 auswirkt. Denn unabhängig davon ist die Verbesserung durch Neuabgrenzung und die damit verbundene Verringerung der Anreizwirkung für unspezifisches Kodieren wesentlich und von Wert. Diese Auswahloptimierung wäre gefährdet, forderte man stets eine aufwändige Erneuerung der Auswahlentscheidung, die mittelbar dadurch „erzwungen“ würde, nochmals die im Jahre 2009 nicht berücksichtigten Krankheiten in die Prüfung einzubeziehen. Gleichzeitig wäre der Erklärungswert einer solchen Prüfung gering, zumal – auch ausweislich der Stellungnahme des GKV-SV (S. 3) – vermutet werden kann, dass die Neuabgrenzung zu keiner Veränderung der Krankheitsauswahl auch nach den Vorjahresmaßstäben führt.

Ziel war es mithin, Unschärfen im Hinblick auf ausgewählte Krankheiten zu vermeiden, nicht indes durften die notwendigen und im zeitlichen Kontext machbaren Verbesserungen deswegen unterbleiben, weil sie nicht einem umfangreichen zusätzli-

chen Test unterzogen wurden, der „Auswirkungen für nicht ausgewählte Krankheiten nach Altmethodik“ bewertet.

#### **ad b) „Isolierte“ Schwellenwertprüfung**

Im Lichte der Stellungnahme des GKV-SV gelangt das BVA zu dem Schluss, aus methodischen Gründen und zur Vermeidung möglicher Verwerfungen von einer („isolierten“) Schwellenwertprüfung abzusehen, die allein für die ausgewählten Krankheiten nochmals durchgeführt wird. Es folgt damit dem Vorschlag des GKV-SV aufgrund der Tatsache, dass es bereits aus zeitlichen Gründen nicht möglich war, eine umfassende Prüfung im Kontext auch der Parameter „chronisch“, „schwerwiegend“ und „kostenintensiv“ durchzuführen.

Diese Vorgehensweise ist weder einer Auslegung des § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bzw. § 31 Abs. 1 Satz 2 RSAV dahingehend geschuldet, dass in jedem Falle „80“ Krankheiten ausgewählt werden müssten (vgl. „50 bis 80“), noch handelt es sich um eine Frage des Diagnosespektrums der Krankheit ADHS.

Vielmehr ist die Schwellenwertprüfung nach § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV zunächst nur auf die „Auswahl“ der Krankheiten bezogen; sie ist hingegen nicht Teil der „Überprüfung“, wenn sich diese auf die Neuabgrenzung aus medizinischen Gesichtspunkten beschränkt.

In jedem Falle sind Auswahl und Überprüfung Aufgaben des wissenschaftlichen Beirates. Die dabei ggf. vorgenommene Schwellenwertprüfung geht in die Empfehlung des wissenschaftlichen Beirates ein. Es besteht keine Verpflichtung des BVA, seinerseits eine „vollständige“ Schwellenwertprüfung wie vom GKV-SV (idealerweise) gefordert, durchzuführen.

Das BVA legt die Krankheiten nunmehr ohne Berücksichtigung einer isolierten Schwellenwertprüfung fest, da diese nach Art der vorgenommenen Überprüfung die überprüfte Auswahl nicht verbessert, sondern zu Inkongruenzen führt.

Dieser an der Unterscheidung zwischen Auswahl und Überprüfung orientierte Ansatz entspricht der im Wortlaut (§ 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV) und in der Systematik (Abs. 2 Satz 1 RSAV) angelegten Differenzierung. Eine an Sinn und Zweck orientierte Auslegung schließlich gebietet eine erneute Schwellenwertprüfung (durch den Beirat) nur dann, wenn ein umfassendes Revisionsverfahren der Krankheitsauswahl eingeleitet wird.

Wenn sich indes die Überprüfung auf die Abgrenzung nach medizinischen Gesichtspunkten beschränkt, dann wäre es methodisch bzw. mit Blick auf die Abbildung des Versorgungsgeschehens unstimmtig, lediglich zu ermitteln, ob „noch“ alle ausgewählten Krankheiten, nicht aber, welche der im Grunde nicht ausgewählten dieses Kriterium erfüllen.

Dieser Gesamtproblematik lässt sich nur dadurch begegnen, dass entweder eine umfassende Prüfung im Kontext einer erneuten Auswahlentscheidung erfolgt oder aber von einer „isolierten Schwellenwertprüfung“ als alleinigem Prüfkriterium neben medizinischen Fragen abgesehen wird.

Dieser Sachverhalt wurde auf der Sitzung vom 16.09.2009 mit dem wissenschaftlichen Beirat diskutiert. Der wissenschaftliche Beirat macht sich die juristische Argumentation des BVA nicht zu eigen und bekräftigt seine Position, dass es aus medizinisch-wissenschaftlichen Gründen geboten war, die Schwellenwertprüfung durchzuführen; demzufolge plädiert er dafür, den Ausschluss des ADHS beizubehalten. Das BVA greift die Empfehlung nicht auf und bleibt aus den oben genannten Gründen dabei, die bisherige Krankheitsauswahl bis zur grundlegenden Überprüfung im Jahr 2010 beizubehalten.

#### **ad c) Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten gemäß § 31 RSAV**

Die Festlegung der Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten gemäß § 31 RSAV ist vom Gesetzgeber gemäß § 268 Abs.1 Satz 5 SGB V erlassen worden. Der Verordnungsgeber, das Bundesministerium für Gesundheit, hat diese Festlegung aufgegriffen und mit Zustimmung des Bundesrates in der RSAV weiter spezifiziert.

#### **ad d) Fehlen der Krankheit Borreliose (ICD-Kode A69.2)**

Die Borreliose bzw. Lyme-Krankheit ist als eigenständige Krankheit geprüft worden; sie ist jedoch am Kriterium „kostenintensiv“ gescheitert.

#### **ad e) Nichtberücksichtigung der Krankheit Psoriasis (u.a. ICD-Kode L40.-, M07.- und M09.0-)**

Die Psoriasis ist als eigenständige Krankheit geprüft worden; sie ist am Kriterium „kostenintensiv“ gescheitert. Die juvenile Arthritis bei Psoriasis (M09.0-) ist jedoch in Krankheit „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten“ enthalten.

#### **ad f) Nichtberücksichtigung seltener Erkrankungen wie z.B. der Dystonie (ICD-Kode G24.-)**

Die explizit benannte „seltene“ Erkrankung Dystonie (G24.-) fällt unter die (ausgewählte) Krankheit „Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen“; von daher ist der Einwand nicht gerechtfertigt. Andere seltene Erkrankungen scheitern an der Maßgabe „Prävalenzgewichtung“; gemäß Bundestags-Drucksache 16/3100, 2006, S. 204, sollen die ausgewählten Krankheiten von „besonderer Bedeutung für das Versorgungsgeschehen“ bzw. einen „wesentlichen Ein-

fluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen“ sein. Dies kann nur erreicht werden, wenn neben den diagnosebezogenen Kosten auch die Verbreitung bzw. Prävalenz des betreffenden Krankheitsmerkmals Eingang in die Entscheidungen findet.

#### **ad g) Erkrankungen in der Schwangerschaft**

Der diesbezügliche Einwand war nahezu identisch bereits 2008 vorgebracht und in der „Dokumentation des Festlegungsprozesses“ mit Datum vom 13.05.2008 (siehe Seite 31) abschlägig beschieden worden.

#### **ad h) Krankheit „Status nach Organtransplantation (inkl. Komplikationen)“**

Nach Ansicht des Bundesversicherungsamtes sind die vorgebrachten Bedenken differenziert zu bewerten. Einerseits handelt sich in der Regel um schwerwiegende Krankheitsbilder. Die betreffenden ICD-Kodes weisen auf eine geplante medizinische Maßnahme hin, die in der Regel erst in den Folgejahren stattfindet und dann mit hohen Kosten verbunden ist. Aus diesem Grund ist eine Einbeziehung dieser Diagnosen grundsätzlich wünschenswert.

Andererseits sind die Hinweise auf die problematische Datenqualität ernst zu nehmen. Aus diesem Grund wird die Einbeziehung der entsprechenden Diagnosen und die vorgeschlagene Umbenennung der Krankheit in diesem Jahr zurückgestellt. Es sollten weitere Untersuchungen zur Datenqualität und Vollständigkeit der Diagnosen vorgenommen werden. Dabei ist auch der Vorschlag der **Barmer Ersatzkasse** zu erwägen, ein neues Merkmal in der Satzart 100 zu schaffen, das auf die Abrechnung der entsprechenden Anmeldegebühr abstellt.

Diese Entscheidung wurde am 16.09.2009 mit dem wissenschaftlichen Beirat diskutiert. Der Beirat befürwortet die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes, der Krankheit „Status nach Organtransplantation (inkl. Komplikationen)“ jetzt keine neuen ICD-Kodes hinzuzufügen und sie dementsprechend nicht umzubenennen; die zugrunde liegende Problematik soll 2010 ausführlich diskutiert werden.

#### **ad i) Krankheit „Pneumonie“**

Der Einwand ist nicht nachvollziehbar. Der ICD-Kode **J85.80** existiert nicht, gemeint ist wohl der Code **J95.80** (iatrogener Pneumothorax), der aber der **Krankheit 77** „Schwerwiegende Komplikationen während chirurgischer oder medizinischer Behandlung“ zugeordnet ist.

Dieser Sachverhalt wurde am 16.09.2009 mit dem wissenschaftlichen Beirat diskutiert. Der wissenschaftliche Beirat schließt sich der Auffassung des BVA an.

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

Die Einbeziehung des Kodes K22.4 folgt der in der „Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt“ vom 13. Mai 2008 beschriebenen Systematik der Krankheitsbildung. Eine Differenzierung nach Schweregrad sowie die Bewertung von „nicht näher bezeichneten“ Krankheitsformen ist Gegenstand des Klassifikationsmodells und nicht der Krankheitsauswahl.

Dieser Sachverhalt wurde am 16.09.2009 mit dem wissenschaftlichen Beirat diskutiert. Der wissenschaftliche Beirat schließt sich der Auffassung des BVA an.

**ad k) Krankheit „Osteoporose und Folgeerkrankungen“**

Die Aufnahme der ICD-Kodes M81.1-, M81.3- und M81.4- erfolgte auf Anregung des **Dachverbands der Osteologen (DVO)**, da sich die den jeweiligen Kodierungen entsprechenden Erkrankungen bezüglich Krankheitsbild, Schweregrad und Leistungsaufwand nicht wesentlich von den bereits berücksichtigten Osteoporose-Formen unterscheiden.

Dieser Sachverhalt wurde am 16.09.2009 mit dem wissenschaftlichen Beirat diskutiert. Der wissenschaftliche Beirat schließt sich der Auffassung des BVA an.

**ad l) Krankheit „Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung“**

Zum Einwand von **TK et al.**: Die Frage der Zuordnung eines ICD-Kodes zu einer DxGruppe ist für die Krankheitsauswahl irrelevant. Die Anregung wird aber bei der Überprüfung des Klassifikationsmodells berücksichtigt. Aus medizinischer Sicht ist nicht nachvollziehbar, warum eine strahleninduzierte Kolitis (**K52.0**) weniger schwerwiegend sein soll als eine Strahlenproktitis (**K62.7**).

Das Bundesversicherungsamt folgt dem Vorschlag der **KBV** und der **BÄK** und streicht den Code **K91.0** aus der Krankheit „Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung“.

Dieser Sachverhalt wurde am 16.09.2009 mit dem wissenschaftlichen Beirat diskutiert. Der wissenschaftliche Beirat schließt sich der Auffassung des BVA an, den Kode K91.0 zu streichen. Bezüglich der Bewertung der Codes K52.0 und K62.7 nimmt der wissenschaftliche Beirat die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes ohne abschließende Empfehlung zur Kenntnis.

**ad m) Schwellenwertprüfung und Wegfall der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen“**

Durch den Verzicht auf die erneute Schwellenwertprüfung entfällt etwaiger Änderungsbedarf.

**ad n) Spezifizierung/Neufassung der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen“**

Durch den Verzicht auf die erneute Schwellenwertprüfung entfällt etwaiger Änderungsbedarf.

**ad o) Krankheit „Schlaganfall und Komplikationen“**

Die ICD-Kodes **G45.-** bilden das Krankheitsbild „Verschluss extrakranieller hirnversorgender Gefäße und transitorische ischämische Attacken“. Die mit diesem Krankheitsbild einhergehenden prospektiven Mehrkosten unterscheiden sich deutlich von den Mehrkosten der Patienten mit dem Krankheitsbild „Schlaganfall und Komplikationen“ (s. Anlage 3 der Festlegung der Krankheitsauswahl vom 13.05.2008). Das Bundesversicherungsamt lehnt daher den von **KBV** und **BÄK** eingebrachten Vorschlag ab.

Der wissenschaftliche Beirat schließt sich in der Sitzung am 16.09.2009 der Auffassung des BVA an und empfiehlt die Bewertung in der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011 erneut empirisch zu überprüfen.

**ad p) Krankheit „Diabetes mellitus“**

Der Kode **H36.0\*** wurde im Rahmen der Krankheitsbildung und -auswahl analog **G59.0\*** und **G63.2\*** berücksichtigt. Während die diabetischen Neuropathien zusammen mit anderen Neuropathien das Krankheitsbild „Entzündlich / toxische Neuropathie“ bilden und diese die Kriterien für die Krankheitsauswahl erfüllt haben, scheiterte die „diabetische Retinopathie“, die zusammen mit anderen Retinopathien (**H35.0**, **H35.1**, **H35.2**, **H35.6**) die Krankheit „Diabetische und andere vaskuläre Retinopathien“ bildet, an den Auswahlkriterien.

Die Anregung einer Zusammenführung der den Diabetes betreffenden „Sternkodes“ zur Grundkrankheit „Diabetes“ kann erst im Rahmen der Revision der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011 überprüft werden.

Der wissenschaftliche Beirat schließt sich in der Sitzung am 16.09.2009 der Auffassung des BVA an.

#### **ad q) Krankheit „Ileus“**

Das Bundesversicherungsamt hält eine Zusammenlegung der Krankheit „Ileus“ mit Darmperforationen unterschiedlicher Ausprägung und Lokalisation aus medizinischer Sicht für nicht begründet, d.h. der Vorschlag wird abgelehnt.

Der wissenschaftliche Beirat schließt sich in der Sitzung am 16.09.2009 der Auffassung des BVA an. Der KBV und BÄK wird nahe gelegt, ihre Angaben empirisch zu belegen.

#### **ad r) Krankheit „Niereninsuffizienz“**

Die Eingruppierung des Kodes **N18.80** in die HMG 131 sowie die Kostenhomogenität der Niereninsuffizienz I. - III. Grades betreffen die Festlegung des Klassifikationsmodells und nicht die der Krankheitsauswahl.

Der wissenschaftliche Beirat schließt sich in der Sitzung am 16.09.2009 der Auffassung des BVA an.

#### **ad s) Krankheit „Hautulkus (exkl. Dekubitalulzera)“**

Die Krankheit „**Varizen**“ wurde im Rahmen der Krankheitsauswahl als eigenständige Krankheit bewertet und scheiterte aufgrund der Nichterfüllung des Kriteriums „kostenintensiv“ am Krankheitsfilter.

Der wissenschaftliche Beirat schließt sich in der Sitzung am 16.09.2009 der Auffassung des BVA an.

#### **ad t) Krankheit „Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen“**

Das Bundesversicherungsamt teilt die Ansicht, dass die Einbeziehung der zwei Formen der „Fournier-Gangrän“ in die Krankheit „schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen“ aus medizinischer Sicht sachgerecht ist und folgt der Empfehlung.

Der wissenschaftliche Beirat schließt sich in der Sitzung am 16.09.2009 der Auffassung des BVA an.

#### **ad u) Berücksichtigung der ICD-10-GM Version 2009**

Die Änderungen durch den ICD-10-GM 2009 konnten nicht bereits bei der Krankheitsauswahl 2010 mit Festlegung zum 30. September 2009 berücksichtigt werden. Diesbezüglich verweist das BVA auf den in der Stellungnahme des **AOK-BV** selbst zitierten § 31 Abs. 4 Satz 6 RSAV (unterjährige Anpassung der Festlegungen bei Aktualisierung der allgemein gültigen Kodierung der Diagnosen). Die Norm trägt der Tatsache Rechnung, dass – wie vom **AOK-BV** ebenfalls selbst ausgeführt – die medizinischen Informationen für 2009 erst Mitte 2010 vorliegen.

Die Festlegungen und mit ihnen das Verfahren der Zuschläge hingegen erfolgen nach Maßgabe der derzeit verfügbaren Daten. Nur so können Krankheiten auf valider Datenbasis ausgewählt, Planbarkeit ermöglicht und Zuweisungen nachvollzogen werden. Relevante Änderungen im ICD-10-GM 2008/2009 werden im Rahmen der technischen Anpassungen nach § 31 Abs. 4 Satz 6 RSAV im Jahre 2010/2011 berücksichtigt.

### **IV. Weitere Änderungsvorschläge des wissenschaftlichen Beirats**

#### **a. Krankheit „Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens“**

Der wissenschaftliche Beirat schlägt vor, die Krankheit in „Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens unterschiedlicher Organe“ umzubenennen. Das BVA übernimmt diesen Vorschlag.

#### **b. Krankheit „Demenz“**

Der wissenschaftliche Beirat regt an, die Bezeichnung der Krankheit zu erweitern „Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)“: Das BVA nimmt die Anregung auf. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, den Code F84.2 „Rett-

Syndrom“ aus der Krankheit „Demenz“ auszuschließen, da das Rett-Syndrom in erster Linie eine tiefgreifende Entwicklungsstörung darstellt.

Der wissenschaftliche Beirat schließt sich der Auffassung des BVA an.

### **c. Krankheit „Pneumonie“**

Da außer der Pneumonie noch andere infektiöse Lungenerkrankungen der Krankheit „Pneumonie“ zugeordnet werden, einigen sich wissenschaftlicher Beirat und BVA auf die Krankheitsbezeichnung: „Pneumonie und andere infektiöse Lungenerkrankungen“.