



Erläuterungen zur

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

für das Ausgleichsjahr 2013

Bonn, den 09. März 2012

Inhaltsübersicht

I.	Rechtliche Grundlagen und Verfahren.....	2
II.	Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens	4
III.	Allgemeine Aspekte.....	41
IV.	Änderungen der Krankheitsabgrenzung.....	47

I. Rechtliche Grundlagen und Verfahren

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

Die so festgelegten Krankheiten dienen als „Filter“ (§ 31 Abs. 1 Satz 2 RSAV) für ein Versichertenklassifikationsmodell, das eingesetzt werden soll, 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 Bundesversicherungsamt 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.

Nachdem der Wissenschaftliche Beirat mit Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12. November 2010 für das Ausgleichsjahr 2012 von der Aufgabe der Überprüfung der Krankheitsauswahl entbunden wurde, hat der Wissenschaftliche Beirat in seiner Sitzung am 21. November 2011 die bestehende Krankheitsauswahl überprüft und folgende Grundsätze für die Anpassung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 empfohlen:

- Die Krankheitsauswahl soll weiterhin empirisch fundiert sein und auf den aktuellsten verfügbaren Daten (Lieferjahr 2011: Erstmeldung 2010, Korrekturmeldung 2009) basieren.
- Eine Reduzierung der Zahl der Krankheiten sowie eine Änderung der Auswahlkriterien ist aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirates nicht geboten (vgl. hierzu auch den Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zum Jahresausgleich 2009 vom Juni 2011).
- Anstelle von grundlegenden Änderungen bei der Krankheitsabgrenzung sollten zunächst Anregungen aus den vorangegangenen Anhörungs- und Vorschlagsverfahren,

die aufgrund von Kapazitätsgründen bzw. aufgrund des Aussetzens der Überprüfung der Krankheitsauswahl bislang nicht berücksichtigt werden konnten, geprüft werden.

- Insgesamt sollte eine engere Abgrenzung bei den zur Auswahl stehenden Krankheiten angestrebt werden. Dabei sollte die Ätiologie / Pathogenese als primäres Kriterium zur Abgrenzung bzw. Spezifikation der zur Auswahl stehenden Krankheiten zugrunde gelegt werden, während die Manifestation und damit die Kosten für unterschiedliche Krankheitsverläufe vor allem im Klassifikationsmodell berücksichtigt werden.
- Für die Revision der Abgrenzung der neurologisch-psychiatrischer Krankheiten sollte ein externer, unabhängiger Experte einbezogen werden.

Basierend auf den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats hat das Bundesversicherungsamt einen Festlegungsentwurf für die im Ausgleichsjahr 2013 zu berücksichtigenden Krankheiten erarbeitet, der am 23. Dezember 2011 in das vorgesehene Anhörungsverfahren gegeben wurde. Neben dem GKV-Spitzenverband, zu dessen Anhörung das Bundesversicherungsamt gemäß § 31 Abs. 4 S. 1 RSAV verpflichtet ist, wurden auch weitere Verbände und Institutionen darum gebeten, zum vorgelegten Festlegungsentwurf ihre Stellungnahme abzugeben.

II. Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens

Mit Ablauf der Anhörungsfrist am 29. Januar 2012 sind beim Bundesversicherungsamt insgesamt 20 zum Teil recht umfangreiche 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
BDNC:	Stellungnahme des Berufsverbandes der Deutschen Neurochirurgen e. V.
BKK-BV:	Stellungnahme des BKK Bundesverbandes GbR
BPtK:	Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
BVSD:	Stellungnahme des Berufsverbandes der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V.
DAK:	Stellungnahme der Deutschen Angestellten Krankenkasse Gesundheit
DAIzGes:	Stellungnahme der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V.
Deutsche BKK:	Stellungnahme der Deutschen BKK
DGGPP:	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.
DGPSF:	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e. V.
DGSS:	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V.
DIVS:	Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie DIVS e. V.
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
SBK:	Stellungnahme der Siemens-Betriebskrankenkasse
Schmerzliga:	Stellungnahme der Deutschen Schmerzliga e. V.
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 2013 → 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. Diejenigen Punkte, die gemäß Festlegungsentwurf eine inhaltliche Veränderung an der bisherigen Abgrenzung der Krankheiten mit sich bringen, sind in der Darstellung farblich hervorgehoben.

Tabelle 1: Zusammenfassung der eingegangenen Stellungnahmen

Betrifft	Beschreibung	von
1. Allgemeines		
1.1 Anmerkungen zum Auswahl- und Anhörungsverfahren		
Terminierung / Bearbeitungsfristen	Frühzeitiger Beginn wird begrüßt. Allerdings wäre frühzeitige Information zur Terminplanung des BVA wünschenswert.	GKV-SV
	Frühzeitiger Beginn wird begrüßt. Bemühen des BVA um Transparenz des Entscheidungsprozesses wird positiv gewürdigt.	SBK
	Nicht alle Änderungsvorschläge der Verbände konnten vom GKV-SV in der vom BVA zur Verfügung gestellten Zeit bearbeitet werden. Ggf. erfolgt Nachreichung geeigneter Vorschläge im Nachgang zur Anhörung.	GKV-SV
	Die BAG bittet um längere Bearbeitungsfristen.	BAG
Kontinuität des Verfahrens	Jährliche Anpassungen reduzieren Planungssicherheit der Krankenkassen. Regelmäßige Änderungen bewirken erhebliche Nachteile mit fraglichem Nutzen. Negative Auswirkungen auf innovative und nachhaltige Versorgungsstrukturen. Veränderungen der Auswahl führen bei einer Kasse trotz konstanter Versichertenpopulation zu unvorhersehbaren Zuweisungsschwankungen. Zufallsschwankungen in den Ausgangsdaten können Veränderungen der Auswahl basierend auf Zufallseffekten auslösen und überlagern systematische Entwicklungen.	Deutsche BKK
	Die Krankheitsauswahl sollte - vor dem Hintergrund der Planungssicherheit - in größeren (mehrjährigen) Abständen durchgeführt werden.	BKK-BV
	Die Krankheitsauswahl sollte weiterhin für jedes Ausgleichsjahr erfolgen.	DAK
	Barmer sieht die kontinuierliche Weiterentwicklung der Morbiditätsorientierung gewährleistet und unterstützt dies grundsätzlich.	Barmer
Vorschlagsverfahren	Es wird darauf hingewiesen, dass im Vorschlagsverfahren zum Klassifikationsmodell keine Vorschläge zur Krankheitsauswahl gemacht werden sollten. GKV-SV und etliche Verbände haben dies berücksichtigt und sind deshalb jetzt gegenüber den Verbänden, die sich nicht daran gehalten haben, benachteiligt. Alle Beteiligten sollten gleichermaßen dem Wissenschaftlichen Beirat ihre Vorschläge in formalen Verfahren unterbreiten können.	GKV-SV
Begrenzung auf 50-80 Krankheiten	RSAV-Änderung gewünscht, um alle Krankheiten zu berücksichtigen und die gegenwärtig bestehenden Anreize zur Risikoselektion zu reduzieren. Würde Aufwand der jährlichen Überprüfung der Krankheitsauswahl nach diskussionswürdigen Kriterien überflüssig machen.	Deutsche BKK
	Seitens des Gesetzgebers sollte die Anzahl der zu berücksichtigenden Krankheiten auf mind. 200-300 erhöht	BAG

Betrifft	Beschreibung	von
	werden.	
(Hoch-)Risikopool	Die BAG befürwortet die Einrichtung eines (Hoch-)Risikopools.	BAG
2. Berechnungsverfahren / Auswahlalgorithmus		
2.1 Allgemein		
Unveränderte Anwendung des bisherigen empirischen Auswahlalgorithmus'	Verweis auf Evaluationsbericht nicht nachvollziehbar, da dieser dazu keine Aussagen trifft.	GKV-SV
	Wissenschaftlicher Beirat sollte formal die Prüfung der Auswahlkriterien durchführen oder die Ablehnung der Prüfung besser begründen.	GKV-SV
	Operationalisierung der gesetzlichen Kriterien sollte im Hinblick auf Angemessenheit und Zielgenauigkeit hinterfragt und empirisch geprüft werden. Untersuchung möglicher Alternativen würde Transparenz des Verfahrens erhöhen.	Deutsche BKK
	Aktuelle Kriterien weisen Schwächen auf: Akutereignisse (z.B. Beckenfraktur) erscheinen in Auswertungen als chronisch, unheilbare Krankheiten wie z.B. Unfruchtbarkeit nicht. Krankheiten mit ausgewiesenen negativen Mehrkosten schaffen Schwellenwert, während schwere Krankheiten ohne Ko-Morbiditäten scheitern.	SBK
	Wird ausdrücklich begrüßt, da Vorgehen transparent und nachvollziehbar. Durchführung, Dokumentation und unveränderte Methodik der Berücksichtigung der Leistungsausgaben ist zweckmäßig und zielführend.	IKK e.V.
	Wird generell begrüßt. Allerdings scheinen nicht alle Entscheidungen konsistent (->externer Experte). Einschätzungen auf Expertenebene entsprechen nicht dem aktuellen Dokumentationsstand im Praxisalltag. Ansatz auch nicht durchgehalten, da zahlreiche Entscheidungen nicht auf Basis empirischer Daten, sondern theoretischer Überlegungen des BVA und des Wissenschaftlichen Beirats getroffen werden, die nicht immer nachvollzogen werden können. -> Erfordert verbindliche Regularien.	SBK
	Änderungsbedarf bei den Auswahlkriterien, den Kriterien der Krankheitsauswahl und deren kombinierte Verwendung im Auswahlalgorithmus wurden nicht geprüft. Die Krankheitsauswahl sollte nicht zur Ausschöpfung der Höchstzahl der zum Ausgleich vorgesehenen 50 bis 80 Krankheiten führen, sondern gesetzeskonform eine Krankheitsanzahl generieren, die innerhalb der vorgegebenen Spannbreite liegt. Darüber hinaus führt der verwendete Auswahlalgorithmus im Ergebnis zu Krankheiten, die die geprüften Eigenschaften nicht aufweisen, deren Bezeichnung es jedoch impliziert, und umgekehrt.	BKK-BV
	Der AOK-BV begrüßt, dass die Krankheits- (KH)-Auswahl weiterhin empirisch fundiert durchgeführt wird.	AOK-BV

Betrifft	Beschreibung	von
	Eine regelmäßige Überprüfung der Kriterien sei angebracht (z.B. Schwellenwertprüfung nahezu unwirksam). Die Kriterien chronisch, schwerwiegend und kostenintensiv sollten bei fortschreitender Differenzierung überprüft und deren Berechnungsschritte ggf. überarbeitet werden.	DAK
Verzicht auf die Annualisierung der Ausgaben Verstorbener	Der Verzicht auf die Annualisierung der Leistungsausgaben von verstorbenen Versicherten bei der Krankheitsauswahl wird begrüßt.	TK et al. SBK
	Fehlende Annualisierung Verstorbener führt dazu, dass die Krankheitskosten von Krankheiten mit überdurchschnittlicher Letalität unterschätzt und bei der Krankheitsauswahl benachteiligt werden.	Deutsche BKK
	Die erwarteten Mehrkosten werden ohne Annualisierung der Kosten Verstorbener ermittelt, was Auswirkungen auf die Perzentilgrenzen (s. KH134) habe. Daher solle eine Gleichbehandlung aller Versicherten und deren zugeordneten Leistungsausgaben im Rahmen der KH-Auswahl erfolgen.	AOK-BV
Umgang mit Krankenhausnebendiagnosen	In Analogie zum Klassifikationsmodell sollen KH-Nebendiagnosen aus Gründen der Manipulationsresistenz schon bei der KH-Auswahl den ambulanten Diagnosen gleichgestellt werden (M2Q / AM-Validierung).	TK et al.
	Mit Blick auf die Gleichstellung der stationären Nebendiagnosen mit den ambulanten Diagnosen im Klassifikationsmodell 2012 sollte eine entsprechende Anpassung der Auswahlkriterien für die Krankheitsauswahl überprüft werden.	Barmer
Datengrundlage	Zur inhaltlichen Validierung der Diagnosen sollte das Datenbereinigungskonzept des BVA um einen Abgleich von Sterndiagnosen mit entsprechenden Kreuzdiagnosen erweitert werden.	TK et al.
	Es wird darum gebeten, den Umgang mit negativen Leistungsausgaben zu konkretisieren. Außerdem solle dokumentiert werden, ob und wie eine Hochrechnung der Leistungsausgaben auf die KJ1 stattgefunden habe und ob bei den Berechnungen Einzelkassen ausgeschlossen worden sind.	GKV-SV TK et al.
	Kritikpunkt der Kodierung unspezifischer Codes wird erneut angemerkt, gleichzeitig aber mit jedem Jahr als weniger relevant eingeschätzt.	KBV / BÄK
Regressionsmodell	Es wird darum gebeten, den Umgang mit insignifikanten Kostenschätzern zu erläutern.	GKV-SV TK et al.
	Reagiert empfindlich auf Korrelationen. Sollte bei Krankheitsabgrenzung berücksichtigt werden.	SBK
2.2 Kriterium "Chronisch"		
Chronizitätsrate	Anstatt des vom Wissenschaftlichen Beirat fixierten Mindestwertes von 50 % sollte jährlich der Median (aktuell 50,64 %) als Auswahlkriterium angesetzt werden.	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
2.3 Kriterium "Schwerwiegend"		
Hospitalisierungsquote	Anstatt des vom Wissenschaftlichen Beirat fixierten Mindestwertes von 10 % sollte jährlich der Median (aktuell 6,54 %) als Auswahlkriterium angesetzt werden.	TK et al.
2.4 Kostenintensität		
Prävalenzgewichtung	In die Ermittlung des Perzentils zur Auswahl der maximal 80 Krankheiten nach ihrer Kostenintensität gehen mit den erwarteten Mehrkosten und der Prävalenz zwei Faktoren ein, die sich seit der erstmaligen Krankheitsauswahl unterschiedlich entwickelt haben. Die Wurzelfunktion als Verknüpfung von Krankheitskosten und Prävalenz wird weiterhin für gut befunden. Es wird jedoch angeregt, einen möglichen negativen Zusammenhang zwischen Mehrkosten und Prävalenz zu überprüfen. Die Möglichkeiten eines Rangwechsels aufgrund einer ungleichgewichtigen Prävalenzentwicklung zugunsten von weniger teuren Krankheiten mit höherer Prävalenz wird gesehen und soll umgangen werden.	Barmer
	Quadratwurzel wird nach wie vor kritisch betrachtet und logarithmische Gewichtung befürwortet, da so die (zunehmende) Dominanz prävalenzstarker aber kostengünstiger Krankheiten begrenzt würde.	IKK-e.V.
Kostenabgrenzung außerhalb der GKV	Im Gesundheitswesen werde der Mensch nicht ganzheitlich betrachtet, sondern nur die Kosten der Krankenversicherung betrachtet. Unberücksichtigt bleibt, was die leitliniengerechte Therapie und die Ausnutzung der Rehabilitationspotentiale für die Pflegekassen und die Versorgung durch Familien bedeute.	BAG
Prospektiver Ansatz	Ein zeitgleiches Modell würde eine höhere Zielgenauigkeit aufweisen (zeitgleiche Kosten im Durchschnitt 5mal höher als prospektive Kosten).	DAK
2.5 Schwellenwert		
Berechnungsverfahren	Wird kritisch betrachtet, da nach Auffassung IKK e.V. damit die durchschnittlichen Leistungsausgaben je individueller Krankheit gemeint sind. Es wird vorgeschlagen, der "Intention des Gesetzgebers" stärker Rechnung zu tragen, indem die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Krankheit im Rahmen einer zeitgleichen Regression ermittelt werden. Nur so würden die Kosten von Krankheiten mit vielen Komorbiditäten nicht mehr überschätzt.	IKK e.V.
Fehlende Altersadjustierung	Vorschlag der Zusammenlegung von altersspezifischen Erkrankungen (s. auch KH156) um Benachteiligung zu begrenzen.	BpTK

Betrifft	Beschreibung	von
3. Krankheitsabgrenzung		
3.1 Allgemeines / Methodik der Abgrenzung / Abgrenzungskriterien		
Ätiologie / Pathogenese als Abgrenzungskriterium	Die prominente Stellung des Kriteriums wird abgelehnt, da: 1. § 31 Abs. 1 S. 2-4 RSAV die Kostenintensivität ein zu berücksichtigendes Kriterium sei. Die Ausgestaltung des Kriteriums spiegelt aber Verhältnis von Prävalenz und Mehrkosten; 2. die Therapie häufig unabhängig von der Krankheitsursache ist, aber maßgeblich für Folgekosten, 3. das Vorgehen vom BVA selbst nicht konsequent durchgehalten werde, 4. Leistungserbringer nicht immer die Ursache der Erkrankungen kennen (und dies zur Therapie nicht immer zwangsweise benötigen), 5. Dokumentation / Kodierung in der Praxis in unterschiedlichen DIMDI-konformen Varianten auch auf Basis fortschreitender diagnostischer Erkenntnisse möglich ist.	GKV-SV
	Die KH-Abgrenzung aufgrund gleicher Ätiologie / Pathogenese wird als problematisch erachtet. In Folge komme es dazu, dass das berücksichtigte Morbiditätsspektrum sinke, was ausdrücklich nicht für sinnvoll erachtet wird. Eine gezielte Zusammenlegung von KH könne dem jedoch entgegen wirken (Bsp. KH 93/109, 161/162, 130/262 und 178/187 --> s. jeweils auch dort).	AOK-BV
	Eine Überprüfung der Angemessenheit des Verfahrens hinsichtlich Zielsetzung des Risikoausgleichs fehlt. Kommt es z. B. durch Bevorzugung von ätiologisch-pathogenetischen Abgrenzungskriterien zur Zusammenfassung von Krankheiten mit unterschiedlichen Kosten, ist eine nachfolgende Korrektur im Klassifikationsmodell nicht mehr möglich.	BKK-BV
	Nicht-Berücksichtigung der Manifestation nicht nachvollziehbar, da bei Abgrenzung der Krankheiten der schwerwiegende Verlauf (ablesbar in prospektiven Kosten) berücksichtigt werden müsste. Es muss sichergestellt sein, dass einander ähnelnde Krankheitszustände der gleichen Krankheit zugeordnet werden.	SBK
	Wird begrüßt, sollte aber noch ausführlicher gestaltet werden, insbes. bei der Umgruppierung der bisher in KH501 (Ausschluss,..) befindlichen ICD in bestehende oder neu geschaffene Krankheiten. Berücksichtigung der Manifestation erst im Klassifikationssystem nicht zielführend, da so Vielzahl an Diagnosen berücksichtigt wird, die die gesetzlichen Kriterien nicht erfüllen.	IKK e.V.

Betrifft	Beschreibung	von
	Die BPtK begrüßt die bereits bestehende Vorgehensweise zur Krankheitsauswahl (empirisch fundiert, auf aktuellsten Daten, keine Reduzierung der Krankheiten, keine grundsätzliche Änderung der Auswahlkriterien, primäre Berücksichtigung von Ätiologie und Pathogenese - Berücksichtigung von unterschiedlichen Krankheitsverläufen und den verbundenen differenziellen Kosten vorrangig bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells). Dieser Grundsatz sei allerdings bei der Krankheitsabgrenzung (insbesondere der psychischen Krankheiten) nicht konsequent angewendet worden.	BPtK
	Das Vorgehen des BVA wird grundsätzlich begrüßt. Konsequenter Weise müsse sich das Vorgehen jedoch auf das gesamte Morbiditätsspektrum beziehen.	TK et al.
Kostenhomogenität als Abgrenzungskriterium	Der nachrangigen Berücksichtigung der Kostenhomogenität innerhalb der gebildeten Krankheiten wird ausdrücklich zugestimmt.	TK et al.
	Zweckmäßig im Anschluss an enge Krankheitsabgrenzung in zweitem Schritt kostenheterogene Krankheiten entsprechend der Kosten nochmals enger abzugrenzen.	IKK e.V.
	Kostenhomogenität als Abgrenzungskriterium sollte wie bei Angst- und Zwangsstörungen als zusätzliches, nachgelagertes Kriterium relevant sein.	SBK
	Das Kriterium Kostenhomogenität sollte stärker berücksichtigt werden.	DAK
Bildung "eng abgrenzbarer" Krankheiten	Das Ziel des BVA wird grundsätzlich begrüßt.	TK et al. SBK
	Sollte ausgebaut werden.	IKK e.V.
	Mag aus medizinisch-wissenschaftlichen Gründen gerechtfertigt sein, wird aber abgelehnt, da dies in vielen Fällen im Gegensatz zur tatsächlichen Kodierpraxis steht. Ungenauigkeiten in Kodierpraxis können dazu führen, dass Versicherte einer Krankheit nicht zugeordnet werden, obwohl sie aus wissenschaftlicher Sicht sämtliche Voraussetzungen erfüllen.	Deutsche BKK
Hinzuziehung eines externen Experten	Nicht nachvollziehbar, warum nur zu einem Themengebiet ein externer Experte hinzugezogen wurde. Für das ganze Krankheitsspektrum sollten identische Voraussetzungen gelten.	SBK
Transparenz / Dokumentation	Effekte der Änderungen der Krankheitsabgrenzung zum Status quo (inkl. Berechnungsergebnisse auf gültiger Krankheitsabgrenzung mit aktuellen Daten) sollten dargestellt werden. Gründe für die Untersuchung und Bearbeitung bestimmter Krankheiten kann nicht nachvollzogen werden. Für bessere Nachvollziehbarkeit zukünftig alle relevanten Analysen zur Verfügung stellen.	GKV-SV

Betrifft	Beschreibung	von
	Die Ergebnisdarstellung des Auswahlprozesses lässt eine Überprüfung der Verlässlichkeit nicht zu. Das gesamte Verfahren sollte empirisch überprüft werden und dies ausreichend und nachvollziehbar dokumentiert werden.	BKK-BV
3.2 Konkrete Anmerkungen zur Krankheitsabgrenzung		
KH001 (HIV / AIDS)	Vorschlag zur Zuordnung des Karposi-Sarkoms (C46.-), des Immunreaktionssyndroms (D89.3) und des Laborhinweises auf HIV (R75).	TK et al.
KH002 (Sepsis / Schock)	Vorschlag zur Zuordnung des Waterhouse Friedrichsen-Syndroms (A39.1), verschiedener Schockformen (R57.-) und des SIRS (R65.0/.1).	TK et al.
KH003 (Nicht virale Meningitis / Enzephalitis)	Es wird vorgeschlagen, bestimmte ICD-Kodes für "Tuberkulose des Nervensystems" (A17.-) und "Neurosyphilis" (A52.-) auszugliedern und auf deren Grundlage zwei neue Krankheiten abzugrenzen.	TK et al.
	Nur knapp 74,75% Perzentil verfehlt.	KBV / BÄK
KH004 (Virale Meningitis / Enzephalitis)	ICD A81.2 (Progressive multifokale Leukenzephalopathie) sollte der KH008 (Infektion durch opportunistische Erreger) zugeordnet werden.	AOK-BV
KH005 (Spätfolgen von Infektionen des ZNS)	Vorschlag zur Aufnahme von G06.1 (Intraspinal. Abszess / Granulom) aus KH003 sowie G61.0 (GBS) aus KH162.	TK et al.
KH007 (Tuberkulose, exkl. D. ZNS)	Vorschlag zur Aufnahme von Infektionen durch Mykobakterien A31.8- und A31.9 (bisher KH019), ggf. Umbenennung der Krankheit in Tuberkulose (inkl. atypische Formen), exkl. ZNS.	TK et al.
	Vorschlag zum Herauslösen diverser ICD-Kodes zur Abgrenzung einer weiteren Krankheit "Knochen- und Gelenktuberkulose".	TK et al.
	Vorschlag zum Herauslösen diverser ICD-Kodes zur Abgrenzung einer weiteren Krankheit "Multi-Drug Resistant- und Miliartuberkulose".	TK et al.
KH008 (Inf. d. opportun. Erreger)	Vorschlag zur Erweiterung der Krankheit um weitere Infektionen, die auf opportunistische Erreger zurückzuführen sind.	TK et al.
KH014 (Lyme disease / Borreliose)	Die Berechnung eines negativen Wertes für die Mehrkosten einer Lyme-Borreliose kann nicht nachvollzogen werden. Die BAG bittet darum, die entsprechende Berechnungsgrundlage zur Verfügung zu stellen.	BAG
KH015 (Geschlechtskrankheiten, exkl. Neurosyphilis)	Vorschlag zum Herauslösen bestimmter ICD-Kodes zur Abgrenzung der beiden weiteren Krankheiten "Syphilis" und "Gonorrhoe".	TK et al.
KH016 (Dermatophytosen)	Vorschlag zur Aufnahme der "Kandidose der Haut und Nägel" (B37.2, bisher KH025).	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
KH017 (Spätfolgen von Inf., exkl. ZNS)	Vorschlag zur Aufnahme diverser postinfektiöser Arthritiden (bisher KH92) in KH017. Unklar bleibt die angedachte Zuordnung der "postinfektiösen Arthritis bei Syphilis" (Krankheit "Syphilis" vs. "Spätfolgen von Infektionen, exkl. ZNS").	TK et al.
KH019 (Bakterielle Zoonosen & and. schwerw. Bakt. Inf.)	Vorschlag zur Zuordnung von Tetanusinfektionen (A34, bislang KH291 / A35, bislang KH003), Infektionen mit Heliobacter pylori als Ursache von anderen Krankheiten (B98.0, KH501) und Vibrio Vulnicus als Ursache von anderen Krankheiten (B98.1, KH501).	TK et al.
KH020 (Andere virale Infektionen)	Die Anpassung des BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH021 (Andere Infektionen)	Vorschlag zur Zuordnung diverser ICD-Kodes, die bislang der Ausschlusskategorie (KH501) zugeordnet sind.	TK et al.
	Vorschlag zum Herauslösen einzelner ICD-Kodes zur Abgrenzung einer neuen Krankheit "Bakterielle Gelenk- und Knochenerkrankung".	TK et al.
KH022 (Sonstige Spirochäteninfektionen)	Vorschlag zur Zuordnung anderer Infektionen mit Keimen aus der Ordnung der Spirochäten (A27.0/.8/.9 aus KH021 sowie A66.6 aus KH92).	TK et al.
KH023 (Chlamydieninfektionen)	Vorschlag zur Umordnung bestimmter Codes, die explizit auf eine Chlamydieninfektion hinweisen, aus KH015 in KH023.	TK et al.
KH026 (Protozoenkrankheiten)	Vorschlag zur Zuordnung von Amöbeninfektionen (A06.8/.9, KH021), da Amöben den Protozoen zugerechnet werden.	TK et al.
KH027 (Helminthosen)	Vorschlag zur Zuordnung des Filarienbefalls (H13.0, KH021), da es sich um eine Wurmerkrankung handelt.	TK et al.
KH031 (Bösart. Neubildung der Atmungs- und sonst. thorakaler Organe)	Anregung zur Aufnahme der bislang nicht zugeordneten Mesotheliome sonstiger und n. n. bez. Lokalisation (C45.7/.9, KH041).	TK et al.
KH036 (Bösartige Neubildung der weiblichen Organe)	Die Zusammenlegung KH036 und 037 wird begrüßt.	Barmer TK et al.
KH037 (Bösartige Neubildung der männlichen Organe)	Die Zusammenlegung KH036 und 037 wird begrüßt.	Barmer TK et al.
KH038 (Bösart. Neubildung Auge, Gehirn, sonst. ZNS)	Vorschlag zur zusätzlichen Aufnahme bösartiger Neubildungen des Mittelohrs (C30.1, KH021).	TK et al.
KH040 (Bösart. Neubildung Schilddrüse, Nebenschilddrüse,	Vorschlag zur Aufnahme des Karzinoid-Syndroms (E34.0, KH065).	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
Paraganglien & weiterer endokr. Drüsen)		
KH041 (Bösart. Neubildung Sekundärer, n. n. bez. od. multipler Lokalisationen)	Die Änderungen des BVA werden begrüßt. Bei konsequentem Vorgehen müssten noch Frakturen bei Neubildungen (M90.7-) und die Osteoporose bei Plasmozytom (M82.0), bislang beide KH104, der KH041 zugeordnet werden.	TK et al.
KH043 (Carcinoma in situ)	Vorschlag zur Aufnahme der CIS der Milchgänge (D05.1, KH035).	TK et al.
	Sollte aufgelöst werden, da sie i.d.R. identisch wie Malignome selbst behandelt werden, und den entsprechenden Malignomen zugeordnet werden.	KBV / BÄK
KH049 (Neubildung unsicheren od. unbek. Verhaltens unterschiedlicher Organe)	Anstatt die ICD-Kodes D76.0- (Langerhans-Zell-Histiozytose) von KH052 in die KH132 (Andere n. n. bez. Erkr. d. Blutes) zu schieben, sollten sie hinsichtlich der ungeklärten Ätiologie, des unsicheren Verhaltens und der auf Chemotherapeutika beruhenden Therapie der KH049 zugeordnet werden.	TK et al.
KH050 (Diabetes mellitus)	Die Änderungen des BVA werden begrüßt.	TK et al.
KH052 (Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen)	Verschiebung ICD E89.- in KH399 nicht sachgerecht, da Therapie unabhängig von der Ursache erfolgt.	GKV-SV
	Es gibt Bedenken gegen die Verschiebung der ICD-Kodes E89.X in die KH 339. Viele der ausgegliederten Codes beschreiben dieselbe Störung wie Codes, die hier verbleiben. Können sich die Codes im Rahmen des M2Q-Kriteriums nicht gegenseitig validieren, spricht dies gegen die Kodierrealität.	Barmer
	Die Codes D76.0- sollten entgegen des BVA-Entwurfes nicht in die KH132, sondern in die KH049 verschoben werden. Das Verschieben der Codes D76.1/.2/.3 in KH132 wird begrüßt. Weitere Stoffwechselstörungen und deren Folgen (ektopische Hormonsekretion, Androgenresistenzsyndrom, Crigler-Najar-Syndrom, Kalziphylaxie, Refsum-Krankheit, Hypertonie als Folge endokriner Krankheiten sowie Osteoporose bei endokrinen Störungen) sollten ebenfalls der KH052 zugeordnet werden.	TK et al.
	DRUCKFEHLER: statt E88.- wahrscheinlich E89.- gemeint. Überprüfung, ob E89.2 nicht dennoch in KH052 verbleiben sollte.	KBV / BÄK
	Bitte weiterhin Zuordnung von E89.- zu KH052.	AOK-BV
	ICD E89.8 (Sonstige endokrine oder Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen) müsste der KH339 zugeordnet werden (und nicht der KH501).	DAK

Betrifft	Beschreibung	von
KH060 (Übergewicht mit Krankheitsbezug)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer
	Vorschlag zur Aufnahme der bislang ausgeschlossenen Adipositas Codes E65, E66.0-, E66.8-, E66.9-, da die Adipositas selbst als eigenständige chronische Erkrankung zu sehen sei, die mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko einhergehe.	TK et al.
	Die Krankheit "Adipositas mit Krankheitsbezug" wird als ausgesprochen sinnvoll erachtet. Die Krankheitsabgrenzung sollte allerdings nur die ICD mit BMI > 35 kg/m ² berücksichtigen (E66.01, E66.02, E66.1, E66.12, E66.21, E66.22, E66.81, E66.82).	KBV / BÄK
KH062 (Vitamin-B-Mangel / andere Formen der Avitaminosen / Mangel an Spurenelementen)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer TK et al.
	Die Auflösung der KH062 in die KH 371-374 wird als ausgesprochen sinnvoll erachtet.	KBV / BÄK
	Bitte um Verschiebung der ICD aus KH062 in KH501 (Ausschluss...), da es sich i.d.R. um Symptome bzw. Folgen einer Erkrankung handelt.	AOK-BV
	Bei der Auflösung der KH062 fehlt der DAK der ökonomische Aspekt bei der Zusammenstellung der Krankheitsgruppen.	DAK
KH065 (Sonstige und nicht näher bezeichnete Stoffwechselstörungen)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer TK et al.
KH071 (Näher bez. Erkr. d. Gallenwege)	Vorschlag zum Verschieben des Codes K89.3 (Krankheit der Gallenwege, n. n. bez.) aus KH070 in KH071.	TK et al.
KH072 (Peritonitis, exkl. Appendizitis und Entzündungen des weiblichen Beckens)	Die Darstellung der Peritonitis als eigene Krankheitsentität ist vertretbar. Die Schnittstelle zu den (nicht in der Krankheitsauswahl vorhandenen) Codes K35.0 bis K35.3X (Appendizitis mit (Elementen von) Peritonitis) sollte überprüft werden.	Barmer
	Die Anpassung des BVA wird begrüßt.	TK et al.
	Weiterhin Zuordnung der ICD K67.0, K67.1, K67.2 und K67.3 zu KH072.	AOK-BV
KH074 (Erkrankungen des Pankreas)	Ausgliederung E16.3-E16.9 nachvollziehbar. Weitere Auftrennung jedoch kritisch, da der Kreuzdiagnose B26.3 die Sterndiagnose K87.1 zugeordnet ist. Je nach Kodierverhalten ist Zuordnung zu einer oder zwei KHs möglich. Restliche ICDs sollten in einer Krankheit verbleiben. Vorgeschlagene Abgrenzung führt zu Aufteilung unterschiedlicher Krankheitsausprägungen auf mehrere Krankheiten (Bsp. Pankreaszysten<->chronische Pankreatitis, Pseudozyste<->Pankreatiden, intestinale Malabsorption)	GKV-SV

Betrifft	Beschreibung	von
	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer IKK e.V.
	Die Anpassung des BVA wird generell begrüßt. Allerdings solle die alkohol-induzierte Pankreatitis der KH137, und die medikamenten-induzierte Pankreatitis der KH337 zugeordnet werden.	TK et al.
	Die Auflösung der KH074 sei prinzipiell nachvollziehbar, die Aufteilung in insgesamt drei KH-Gruppen allerdings ungewöhnlich. Die Mumpspankreatitis solle den Pankreatiden (KH361) zugeordnet werden.	KBV / BÄK
	Bitte weiterhin Zuordnung der ICD B26.3, K85.-, K86.-, K87.- und K90.- zu KH074.	AOK-BV
KH083 (Erkrankungen des Ösophagus)	Vorschlag zur Ausgliederung pathogenetisch schwerwiegender Formen (K22.0/.2/.3/.7, K23.1) zur Bildung einer neuen Krankheit "Schwerwiegende Erkrankungen des Ösophagus".	TK et al.
KH084 (Störungen / Symptome an Magen / Darm)	Vorschlag zum Verschieben der Codes K63.8 und K92.8 (Sonst. n. bez. Erkr. des Darm- bzw. Verdauungstraktes) aus KH078 (Darmabszess, Fistel und andere n. bez. Erkrankungen).	TK et al.
KH087 (Darmdivertikel)	Vorschlag zur Berücksichtigung des Meckel-Divertikels (Q43.0, KH081).	TK et al.
KH092 (Entzündung / Nekrose von Knochen)	Vorschlag zur Aufnahme der Sakroiliitis (M46.1, KH098) und Metatarsalgie (M77.4, KH116).	TK et al.
	Vorschlag zur Herauslösung einer Vielzahl von ICD-Kodes zur Bildung der sieben neuen, nachstehend benannten Krankheiten: "Nekrotisierende Faszitis", "Gelenk- und Knochenerkrankungen durch Mykosen", "Bakterielle Gelenk- und Knochenerkrankungen" [vgl. auch KH021], "Gonorrhoe" [vgl. auch KH015], "Virale Gelenk- und Knochenerkrankung", "Osteomyelitis" und "Knochennekrosen".	TK et al.
KH093 (Rheumatoide Arthritis und entzündl. Bindegewebserkr.)	Vorschlag zur Aufnahme des n.n.bez. Rheumatismus (M79.0-, KH116).	TK et al.
	Vorschlag zur ätiologisch / pathogenetisch begründeten Herauslösung einer Vielzahl von Codes zur Bildung der neuen, nachgenannten Krankheiten: "Juvenile Arthritis", "Sonstige chronische Polyarthritiden", "Systemkrankheiten des Bindegewebes", und "Seropositive chronische Polyarthritiden".	TK et al.
	Vorschlag zur Verschiebung bestimmter die Wirbelkörper betreffender Codes (Spondylolitis ankylosans, Spinale Enthesopathie, weitere Spondylopathien) in KH094.	TK et al.
KH094 (Spondylose und assoziierte Erkrankungen)	Vorschlag zur Aufnahme bestimmter die Wirbelkörper betreffender Spondylopathien (Spondylolitis ankylosans, Spinale Enthesopathie, weitere Spondylopathien) aus der KH094 (Rheumatische Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen).	TK et al.
KH095 (Bandscheibenerkrankungen)	Vorschlag zur Aufnahme der Traumatischen Ruptur einer zervikalen Bandscheibe (S13.0, KH121).	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
KH096 (Spinalkanalstenose)	Ausgliederung der M99.2- bis M99.7- nicht nachvollziehbar. Diese sollten zwar nicht zur Verschlüsselung benutzt werden, wenn der Krankheitszustand anderenorts klassifiziert werden kann (z. B. M48.OX). Im Gegensatz zu M48.OX können mit diesen Diagnosen jedoch die Gründe für die Verengung des Spinalkanals dargestellt werden. Die Verwendung der ICD ist daher bei bestimmten Sachverhalten gut begründbar und ihr Ausschluss wäre ein Informationsverlust bzw. ein Fehlanreiz bei der Kodierung. Ausschluss sollte rückgängig gemacht werden.	GKV-SV Barmer AOK-BV TK et al.
	Der Begründung zum Ausschluss der Diagnosen M99.2 bis M99.7 ("Diagnosen nicht zur Primärverschlüsselung zugelassen") kann nicht gefolgt werden, da diese nicht auch konsequent auf andere Diagnosen (bspw. Stern-Diagnosen) angewendet wird. Die Diagnosen sollen in KH096 verbleiben.	TK et al.
KH097 (Skoliose, Deformität der Wirbelsäule)	Vorschlag zur Aufnahme "sonstiger Wirbelfusionen" (M43.2-), "sonstiger n. bez. Deformitäten der Wirbelsäule" (M43.8-) und "Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens" (M43.9-) aus KH098.	TK et al.
KH098 (Wirbelgleiten / Spondylolisthesis / Spondylolyse)	Neben dem Verschieben bestimmter Codes aus der KH098 in die KH097 ("Skoliose, Deformität der Wirbelsäule", s.o.) wird angeregt, die KH098 um die "Instabilität der Wirbelsäule" (M53.2-, KH113) zu erweitern.	TK et al.
KH099 (Angeborene Anomalien der Wirbelsäule)	Anregung zur Aufnahme der Spina bifida (Q05-, KH157 bzw. KH503).	TK et al.
KH101 (Osteoarthritis sonst. od. nicht weiter spez. Gelenke)	Vorschlag zur Aufnahme von "nicht näher bezeichneten" bzw. "sonstigen" Polyarthrosen (M15.8/.9, KH111).	TK et al.
KH103 (Andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels)	Vorschlag zur Aufnahme von Osteophyten (M25.7-, KH111) und Knochenspornen (M76.2 / M77.3, KH116).	TK et al.
	Es wird vorgeschlagen, die Krankheit weiter zu differenzieren. Über die Ausgliederung bestimmter Codes sollen die neuen Krankheiten "Osteochondrose der Wirbelsäule", "Veränderungen der Knochenkontinuität, -dichte und -struktur", "Osteodystrophia deformans" und "Chondropathien" entstehen.	TK et al.
KH104 (Osteoporose und Folgeerkrankungen)	Vorschlag zur Splittung der pathologischen Frakturen in die neuen Krankheiten "Pathologische Fraktur" und "Osteoporose mit pathologischer Fraktur". Mit Blick auf die verbleibenden Codes solle die KH104 umbenannt werden in "Osteoporose".	TK et al.
KH108 (Angeborene schwere Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes)	Vorschlag zur Zuordnung schwerwiegender angeborener Fehlbildungen der Extremitäten (Q71.0-Q71.3, Q72.0-Q72.3, Q73.0, Q74.0) aus KH120 i. d. KH108.	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
KH109 (Reaktive Arthritiden)	Mit Blick auf Ätiologie und Pathogenese wird die Aufnahme der Codes M02.0- (Arthritis nach intestinalem Bypass) und M02.2- (Arthritis nach Impfung) kritisiert.	TK et al.
	Bitte Zusammenfassung von KH109 und KH93 (Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen), da Symptome, Behandlung und Folgen dieselben seien.	AOK-BV
KH110 (Gicht / Arthritis urica)	Vorschlag zur Ausgliederung bestimmter Diagnosen (Apatitrheumatismus, Chondrokalzinose, Kristall-Arthropathie) und Bildung einer neuen Krankheit "Kristall-Arthropathien"	TK et al.
KH111 (Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht)	Vorschlag zur Aufnahme der Codes M75.4 (Impingement-Syndrom d. Schulter), M77.0/.1 (Epicondylitis) und M77.2 (Periarthritis am Handgelenk).	TK et al.
	Vorschlag zur Ausgliederung bestimmter Codes zur Bildung zweier neuer Krankheiten "Sekundäre Arthropathien" und "Näher bezeichnete Arthropathien".	TK et al.
	Vorschlag zum Verschieben der Erkrankungen der Patella (M22.-) in die KH112 (Binnenschädigung des Knies, Luxation,...)	TK et al.
KH112 (Binnenschädigung des Knies, Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks und von Bändern des Kniegelenks)	Vorschlag zur Zuordnung der "Krankheiten der Patella" (M22.-, KH111, s.o.).	TK et al.
KH114 (Erkrankungen der Muskeln)	Vorschlag zur Herauslösung einer Vielzahl der Diagnosen zur Bildung der neuen Krankheiten "Kalzi- und Ossifikationen von Muskeln", "Sekundäre Muskelerkrankungen" und "Sonstige Myositis". Die KH114 soll mit den verbleibenden Codes umbenannt werden in "Andere Erkrankung der Muskeln".	TK et al.
KH115 (Erkrankungen der Synovialis und der Sehnen)	Vorschlag zur Aufnahme der Tendinitis (M75.-) sowie der Enthesopathie (M77.5-M77.9) in die KH115 (aus der KH116 [Sonstige Erkrankungen der Weichteilgewebe]).	TK et al.
KH120 (Andere angeborene muskuloskeletale Anomalien)	Vorschlag zur Aufnahme des Scheibenmeniskus (M23.1, KH112).	TK et al.
KH121 (Wirbelkörperluxation)	Vorschlag zur Aufnahme der Codes M99.1 (Subluxation der Wirbelsäule, KH501) und T03.0/.1 (Luxation, Verstauchung, Zerrung von Kopf und Hals / von Thorax, Lumbosakralgegend oder Becken, KH327).	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
KH122 (Myeloproliferative / -dysplastische Erkrankungen)	Änderung wird grundsätzlich begrüßt. Darüber hinaus sollten auch die D47.- (Sonst. Neubildungen unsicheren oder unbek. Verhaltens des lymphat., blutbildenden und verwandten Gewebes, KH049), D72.0 (Genetisch bedingte Leukozytenanomalien, KH132) und D75.0 (Familiäre Erythrozytose, KH132) zugeordnet werden.	TK et al.
KH124 (Hereditäre hämolyt. Anämien)	Vorschlag zur Umbenennung in "Hereditäre Anämie" bei Aufnahme entsprechender Codes aus den Krankheiten 052, 125, 126, 128, 132.	TK et al.
KH126 (Sonstige Erkrankungen des Immunsystems)	Vorschlag zur Aufnahme bestimmter Erkrankungen des Thymus (E32.0/.8/.9, KH052) sowie des angioneurotischen Ödems (T78.3).	TK et al.
	Auswahl relativ seltener und schwer kodierbarer Diagnosen: Appell an die behandelnden Uni- und spezialärztlichen Ambulanzen, die spezifischen Codes im Arztbrief zu übermitteln.	KBV / BÄK
KH129 (Eisenmangel- und nicht näher bezeichnete Anämien)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer TK et al. IKK e.V.
	Bitte um Zuordnung der ICD D50 und D64.9 zu KH501 (Ausschluss...), da es sich um Symptome anderer Erkrankungen handelt.	AOK-BV
KH130 (Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten)	Der einzige verbleibende ICD (Sternkode) D63.8 ist ab ICD-Version 2010 bei N18.3 bis N18.5 dokumentiert. Sollte ggf. der Niereninsuffizienz zugeordnet werden.	GKV-SV
	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer TK et al.
	Bitte um Auflösung der KH130 und Zuordnung des ICD D63.8 zu KH262 (Niereninsuffizienz), da es sich um Sterndiagnose der Kreuzdiagnosen aus KH262 handelt.	AOK-BV
	Vorschlag, die Verschiebung der Diagnosen aus der KH130 nicht umzusetzen. (Da z.B. ICD D63.0 bei allen bösartigen Neubildungen vorkommen und deswegen nicht einer der KH zugeordnet werden könne. Außerdem haben Patienten mit bösartigen Neubildungen nicht zwangsläufig eine Anämie.)	DAK
KH132 (Andere und n. n. bez. Erkrankungen des Blutes)	Die Anpassung des BVA wird grundsätzlich begrüßt. Nicht nachvollzogen werden kann allerdings die Einordnung der Langerhans-Zell-Histiozytose (D76.0-). Diese solle der KH049 zugeordnet werden (s.o.).	TK et al.
KH133 (Delir und Enzephalopathie)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer
	Es wird vorgeschlagen, die Krankheit durch Herauslösen einzelner Diagnosen weiter zu unterteilen und die beiden neuen Krankheiten "Hepatische Enzephalopathie" und "Organische Psychosen" zu bilden.	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
	Aus medizinischen und Kostengründen sollte ICD F05.1 der KH133 (statt KH134) zugeordnet werden. Bitte um Verschiebung des ICD G93.4 in die KH380. Ohne Begründung: Verschiebung der F06.- in KH135.	DAK
KH134 (Demenz, einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer TK et al.
	Unverständlich, wieso durch Umgruppierungen von Krankheiten die Demenzen zu den unspezifischen degenerativen Krankheiten des Nervensystems gehören sollen, obwohl Diagnostik und Abgrenzung immer genauer werden. Berechnung zementiert die chronische Unterversorgung dieser Krankheit durch Nicht-Berücksichtigung im M-RSA.	DAIzGes
	Die Krankheitsabgrenzung wird insgesamt als stimmig angesehen. Die Zuordnung des ICD F06.7 zur Demenz (der in der ICD-Beschreibung ausdrücklich von der Demenz abgegrenzt sei) sollte ggf. erneut mit dem externen Experten besprochen werden.	KBV / BÄK
	Zustimmung zur Ausgliederung von ICD G31.9 und G32.8 sowie zur Eingliederung des ICD F06.7	BPtK
	Bitte um Streichen des ICD F09 aus KH134, Belassen des ICD F06.7 in KH135 (Nicht-psychotisch organische Störung). Eine besondere Problematik wird darin gesehen, dass die Perzentile unter Verwendung derjenigen Mehrkosten berechnet werden, die aufgrund fehlender Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener methodisch fehlerhaft ermittelt worden seien. Bei Gleichbehandlung aller Versicherten würde die KH134 sehr wohl die Perzentilgrenze erreichen.	AOK-BV
	Aus medizinischen und Kostengründen sollte ICD F05.1 der KH133 (statt KH134) zugeordnet werden. Bitte um Verschiebung der ICD F03, G31.- und G32.- in die KH380. Ohne Begründung: Verschiebung der F06.- in KH135.	DAK
	Die BAG hofft, dass die Demenz Berücksichtigung findet. Denn für sie (Deutsche Alzheimer Gesellschaft) ist es unverständlich wieso die Demenz zu den unspezifischen degenerativen Krankheiten gehören soll, obwohl die Diagnostik und Abgrenzung immer besser werde. Der Berechnung liege die chronische Unterversorgung der Volkskrankheit Demenz zugrunde, die sich durch die fehlende Berücksichtigung weiter verschärfe. Zudem würden durch Demenzen in anderen Erkrankungen Mehrkosten (längere Liegezeiten, schwierigere Behandlung) verursacht.	BAG

Betrifft	Beschreibung	von
	Demenz sollte aufgenommen werden. Begründung: Demenz belastet das Gesundheits- und Sozialwesen bereits heute erheblich und stellt Versorgungsstrukturen zukünftig vor Herausforderung. Die absehbare Entwicklung wird nicht berücksichtigt.	DGGPP
KH135 (Nicht-psychotisch organische Störung)	Die Anpassung des BVA wird begrüßt.	TK et al.
	Unter Abwägung der Alternativen ist Zuordnung von F06.7 zur Demenz vertretbar.	Barmer
	Ohne Begründung: Verschiebung der F06.- aus KH133, KH134 in KH135.	DAK
KH136 (Anderer / nicht näher bezeichneter Krankheitszustand des Zentralnervensystems)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer
	Die Anpassungen des BVA werden grundsätzlich begrüßt. Darüber hinaus wird angeregt, das Hirnödem (G93.6, KH167) sowie die n. n. bez. Krankheiten des Rückenmarks und Myelopathien bei andernorts klassifizierten Krankheiten (G95.9 / G99.2, beide KH157) zuzuordnen.	TK et al.
	KH136 und KH380 sollten zusammengelegt werden / bzw. Bitte um Verschiebung der ICD G31.- in die KH380.	DAK
KH137 (Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch)	Die Zuordnung des Codes Z51.83 zur KH137 wird abgelehnt. Bei der Verwendung dieses Codes liegt in extremem Umfang Fehlcodierung vor (mitgeführte Diagnose nach Beendigung Suchttherapie).	GKV-SV Barmer
	Mit Blick auf die Pathogenese der alkoholinduzierten Pankreatitis (K85.2- / K86.0) sollte diese nicht der KH361 zugeordnet werden, sondern in KH137 verbleiben.	TK et al.
	Vorschlag zur Aufnahme einer Reihe weiterer Diagnosen, die auf einen schwerwiegenden Alkoholmissbrauch hindeuten (bspw. Alkoholgastritis, alkohol. Leberzirrhose, Alkoholmyopathie).	TK et al.
	Die Aufnahme des ICD Z51.83 ist nachvollziehbar / sachgerecht.	KBV / BÄK, BPtK
KH139 (Depression)	Ausgliederung von F34.1 Dysthymia nicht nachvollziehbar, da u.a. Dysthymie Gegenstand nationaler Versorgungsleitlinie "Depression" ist.	GKV-SV
	Bisherige Zusammensetzung soll beibehalten werden. Keine neue Krankheit 366 (Anhaltende affektive Störungen) bilden. F34.1 Dysthymie gehört medizinisch gesehen zur Depression.	Barmer

Betrifft	Beschreibung	von
	F34.1 (Dysthymie) sollte in der KH139 belassen werden. Die Bildung der KH366 erscheint mangels einer erkennbaren Krankheitsentität nicht gerechtfertigt.	BPtK, AOK-BV
	Die Anpassung des BVA wird begrüßt.	TK et al. KBV / BÄK
KH140 (Bipolare affektive Störungen)	Ausgliederung von F34.0 Zykllothymia nicht nachvollziehbar, da es sich um eine bipolare Störung handelt. Die Zusammenlegung mit einer unipolaren Störung (Dysthymie) sei nicht sachgerecht. Lässt sich nicht in allen Fällen klar von der bipolaren affektiven Störung abgrenzen.	GKV-SV
	Bisherige Zusammensetzung soll beibehalten werden. Keine neue Krankheit 366 (Anhaltende affektive Störungen) bilden. F34.0 Zykllothymie sollte aus medizinischer Sicht hier verbleiben.	Barmer
	F34.0 (Zykllothymie) sollte in der KH140 belassen werden. F34.8 und F34.9 könnten wegen unzureichender Spezifität der KH148 zugeordnet werden. Die Bildung der KH366 erscheint mangels einer erkennbaren Krankheitsentität nicht gerechtfertigt.	BPtK
	Die Anpassung des BVA wird begrüßt.	
KH141 (Angsterkrankungen)	Die ICD-Kodes F43.1, F62.0 und F62.1 sollten in der KH141 verbleiben (nicht in KH146 (Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen)). Sie enthalten keine Aussage zur zeitlichen Ausdehnung bzw. werden als "andauernd" bezeichnet und sind damit nicht "akut".	GKV-SV Barmer
	In Analogie zur Stellungnahme der BPtK vom 31.03.2010 sollten die Angsterkrankungen und Zwangsstörungen in einer Krankheit zusammengefasst werden.	Barmer
	Unterschiedliche Einschätzungen des externen Experten und der BPtK hätten unter Berücksichtigung der Grundsätze empirisch untersucht und dokumentiert werden müssen.	SBK
	Die Trennung von Angst- und Zwangsstörungen erscheint nachvollziehbar. Vorschlag zur Aufteilung in eine KH "unspezifische und leichte Angsterkrankungen" und "sonstige Angsterkrankungen" (unter Einbeziehung von Fachverbänden und externem Experten)	KBV / BÄK
	Die Anpassung des BVA wird begrüßt.	TK et al. IKK e.V.

Betrifft	Beschreibung	von
	KH141 und KH143 sollten zu einer Krankheit "Angst- und Zwangsspektrumsstörungen" zusammengefasst werden. Denn die aufgeführten Gründe für eine Trennung beziehen sich auf die Verlaufsform der Erkrankung und die damit verbundenen Kosten und Aufwendungen. Diese sollten allerdings erst bei der Ausgestaltung des Klassifikationsmodells berücksichtigt werden und nicht bereits bei der Krankheitsabgrenzung. Die F43.1 (Posttraumatische Belastungsstörung) sollte weiterhin der KH141 zugeordnet werden (und nicht der KH146). F62.0 und F62.1 sollten analog F62.80 der KH147 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) zugeordnet werden.	BPtK
KH142 (Somatoforme Störungen / Dissoziative Störungen)	Verschiebung von F45.4- in eigene Krankheit KH381 wird begrüßt. Auch Aufnahme der ICD R52.1, R52.2 in KH381 ist sachgerecht, wenn auch unter kritischer Beobachtung des Kodierverhaltens zu halten (ggf. AZ-Val in Klassifikation). Zuordnung von F62.80 in KH381 sollte ebenfalls geprüft werden.	GKV-SV AOK-BV
	Die Anpassung des BVA wird begrüßt.	TK et al. Barmer KBV / BÄK BPtK
KH143 (Zwangsstörungen)	Die Anpassung des BVA wird begrüßt.	TK et al.
	In Analogie zur Stellungnahme der BPtK vom 31.03.2010 sollten die Angsterkrankungen und Zwangsstörungen in einer Krankheit zusammengefasst werden.	Barmer
	KH141 und KH143 sollten zu einer Krankheit "Angst- und Zwangsspektrumsstörungen" zusammengefasst werden. Denn die aufgeführten Gründe für eine Trennung beziehen sich auf die Verlaufsform der Erkrankung und die damit verbundenen Kosten und Aufwendungen. Diese sollten allerdings erst bei der Ausgestaltung des Klassifikationsmodells berücksichtigt werden und nicht bereits bei der Krankheitsabgrenzung. Die F43.1 (Posttraumatische Belastungsstörung) sollte weiterhin der KH141 zugeordnet werden (und nicht der KH146). F62.0 und F62.1 sollten analog F62.80 der KH147 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) zugeordnet werden.	BPtK
KH145 (Ticstörungen)	Verteilung der mit F8 und F9 beginnenden Diagnosen auf insgesamt 7 Krankheiten fraglich, da klare Abgrenzbarkeit nicht gegeben und so Fehlanreize bei der Kodierung entstehen, wenn einige KH in Auswahl enthalten, andere aber nicht.	GKV-SV Barmer
	Im Zusammenhang mit KH152: Ausgliederung der F98.- (siehe auch KH153) in eigene Krankheit nicht nachvollziehbar, da heterogene Gruppe, deren Gemeinsamkeit im Beginn der Störungen in der Kindheit liegt. Gleiches gilt für F95.-. GKV-SV schlägt Einordnung dieser ICD in KH152 vor.	GKV-SV

Betrifft	Beschreibung	von
	Die Herauslösung von F98.4 wird begrüßt, sollte allerdings besser in die KH148 (Andere psychische Erkrankungen) eingegliedert werden.	BPtK
	Die Anpassung des BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH146 (Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonst. Anpassungsstörungen)	Die Anpassung des BVA wird begrüßt.	TK et al. KBV / BÄK
	ICD F62.0 und F62.1 sollten der KH147 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) zugeordnet werden.	BPtK
KH148 (Andere psychische Erkrankungen)	Verteilung der mit F8 und F9 beginnenden Diagnosen auf insgesamt 7 Krankheiten fraglich, da klare Abgrenzbarkeit nicht gegeben und so Fehlanreize bei der Kodierung entstehen, wenn einige KH in Auswahl enthalten, andere aber nicht.	GKV-SV Barmer
	Die Anpassung des BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH149 (Schwerer oder schwerster Entwicklungsrückstand / Intelligenzminderung)	Vorschlag, die Krankheit unter Hinzuziehung der Trisomie 21 (Q90.-, KH151) in zwei neue Krankheiten "Chromosomenaberration mit schwerem Entwicklungsrückstand" und "Schwere Intelligenzminderung" zu splitten.	TK et al.
KH151 (Leichter / n. n. bez. Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung)	Verteilung der mit F8 und F9 beginnenden Diagnosen auf insgesamt 7 Krankheiten fraglich, da klare Abgrenzbarkeit nicht gegeben und so Fehlanreize bei der Kodierung entstehen, wenn einige KH in Auswahl enthalten, andere aber nicht.	GKV-SV Barmer
	Abtrennung der F84.- in eigene Krankheit nicht zielführend. Besser: Zuordnung dieser ICD in KH153 (Umschriebene Entwicklungsstörungen) und entsprechende Umbenennung von KH153 in Entwicklungsstörungen	GKV-SV
	ICD F80 bis F89 sollen der KH153 zugeordnet werden. ICD F90 bis F98 sollen der KH152 zugeordnet werden.	AOK-BV
	Verschiebung von Q99.2 in KH153, da ICD (fragiles X-Syndrom) bei Frauen nur selten zu leichter Intelligenzminderung führt. Versicherte mit Diagnose eher auffällig durch umschriebene Entwicklungsstörungen.	IKK e.V.
	Die Aufteilung in leichte und schwere Störungen wird als außerordentlich hilfreich empfunden / befürwortet.	KBV / BÄK, BPtK
	Die Änderungen werden grundsätzlich begrüßt. Allerdings solle die Trisomie 21 (Q90.-) gemeinsam mit weiteren Chromosomenaberrationen eine neue Krankheit bilden (vgl. KH149).	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
KH152 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)	Verteilung der mit F8 und F9 beginnenden Diagnosen auf insgesamt 7 Krankheiten fraglich, da klare Abgrenzbarkeit nicht gegeben und so Fehlanreize bei der Kodierung entstehen, wenn einige KH in Auswahl enthalten, andere aber nicht.	GKV-SV Barmer
	Verschiebung von F98.- in eigene Krankheit nicht zielführend (siehe Begründung bei KH145). Sollten in KH belassen werden.	GKV-SV
	ICD F80 bis F89 sollen der KH153 zugeordnet werden. ICD F90 bis F98 sollen der KH152 zugeordnet werden.	AOK-BV
	Die Änderungen werden grundsätzlich begrüßt.	TK et al. IKK e.V.
	Zur Reduktion einer Benachteiligung einzelner altersspezifischer Erkrankungen schlägt die BPtK eine gezielte Zusammenlegung von Krankheiten vor (KH156 und KH152 zu der KH "Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens"). Alternativ bezog sich ein bereits 2011 eingebrachter Vorschlag darauf, die KH156 um die ICD F91 bis F92 (mit Ausnahme des ICD F91.9) zu erweitern.	BPtK
KH153 (Umschriebene Entwicklungsstörungen)	Verteilung der mit F8 und F9 beginnenden Diagnosen auf insgesamt 7 Krankheiten fraglich, da klare Abgrenzbarkeit nicht gegeben und so Fehlanreize bei der Kodierung entstehen, wenn einige KH in Auswahl enthalten, andere aber nicht.	GKV-SV Barmer
	Verschiebung von F88 und F89 in eigene Krankheit nicht zielführend, da klare Abgrenzbarkeit von anderen ICD der KH153 nicht gegeben. Sollten in KH153 verbleiben.	GKV-SV
	Verschiebung von F98.5 und F98.6 in eigene Krankheit nicht zielführend. Besser: Belassen bei anderen ICD mit Artikulationsstörungen der KH153.	GKV-SV
	ICD F80 bis F89 sollen der KH153 zugeordnet werden. ICD F90 bis F98 sollen der KH152 zugeordnet werden.	AOK-BV
	Die Änderungen werden grundsätzlich begrüßt. Darüber hinaus wird ein Verschieben des Codes F83 (Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen) in die vom BVA neu abgegrenzte Krankheit 368 (n. n. bez. Entwicklungsstörung) angeregt.	TK et al.
KH154 (N. n. bez. Chromosomenanomalie und angeborene Malformationssyndrome, nicht andernorts klassifiziert)	Die Anpassung des BVA wird begrüßt.	TK et al. Barmer

Betrifft	Beschreibung	von
KH156 (Aufmerksamkeitsstörung)	Verteilung der mit F8 und F9 beginnenden Diagnosen auf insgesamt 7 Krankheiten fraglich, da klare Abgrenzbarkeit nicht gegeben und so Fehlanreize bei der Kodierung entstehen, wenn einige KH in Auswahl enthalten, andere aber nicht.	GKV-SV Barmer
	Abgrenzbarkeit der in dieser Krankheit enthaltenen ICD von den ICD F91.- aus KH152 wird bezweifelt und hohe Komorbidität erwartet. Um Fehlanreize bei Kodierung zu vermeiden, wird Einordnung dieser ICD in KH 152 vorgeschlagen.	GKV-SV
	Auch wenn der Vorschlag zur Unterscheidung nicht angenommen wurde, wird die Begründung als nachvollziehbar empfunden. DRUCKFEHLER: wahrscheinlich ICD F90.9 (statt F90.0) gemeint	KBV / BÄK
	Die Anpassung des BVA wird begrüßt.	TK et al.
	Zur Reduktion einer Benachteiligung einzelner altersspezifischer Erkrankungen schlägt die BPtK eine gezielte Zusammenlegung von Krankheiten vor (KH156 und KH152 zu der KH "Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens"). Alternativ bezog sich ein bereits 2011 eingebrachter Vorschlag darauf, die KH156 um die ICD F91 bis F92 (mit Ausnahme des ICD F91.9) zu erweitern.	BPtK
KH157 (Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer
	Das Verschieben des Codes G32.0 (Subakute kombinierte Degeneration des RM bei andernorts klassifizierten KH) i.d. vom BVA neu abgegrenzte KH380 (Sonst. Degenerative Krankheiten des Nervensystems) wird kritisiert. Der Code solle besser der KH158 zugeordnet werden.	TK et al.
	Die traumatische Amputation in Halshöhe (S18) soll gänzlich ausgeschlossen werden, da der entsprechende die Dekapitation enthalte, die "nicht mit dem Leben vereinbar" ist.	TK et al.
	Vorschlag zur Aufnahme der Hereditären Ataxie (G11.-, KH158) und Neuropathien (G60.0/.1/.2/.8, KH161).	TK et al.
KH158 (Systematrophien, die vorwiegend das ZNS betreffen)	Vorschlag zur Aufnahme der Codes G31.0 (Umschriebene Hirnatrophie, KH134) G32.0 (Subakute kombinierte Degeneration des RM bei andernorts klassifizierten KH, KH157) und G95.1 (Vaskuläre Myelopathien, KH157).	TK et al.
KH161 (Periphere Neuropathie / Myopathie)	Vorschlag zur Aufnahme der Codes M79.1-, M27.2- und M79.7- (Myalgien, Neuralgien und Neuritiden, Fibromyalgie, alle KH116).	TK et al.
	Bitte um Zusammenfassung der KH161 und 162.	AOK-BV
KH165 (Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen)	ICD G90.3 sollte der KH165 zugeordnet werden, da er typischerweise zu einer Parkinsonsymptomatik führe.	AOK-BV

Betrifft	Beschreibung	von
KH167 (Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigung)	Vorschlag zur Zuordnung der Chorea Huntington (G10, KH158) sowie der zerebellaren Ataxie (G11.1/.2/.3, KH158). Die G93.6 (Hirnödem) dagegen solle der KH136 (Anderer / n.n.bez. Krankheitszustand des ZNS) zugeordnet werden.	TK et al.
KH168 (Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen)	Vorschlag zur Aufnahme der G21.- (Sekundäres Parkinson-Syndrom) und G22 (Parkinson-Syndrom bei andernorts klassifizierten Krankheiten), beide bislang der KH165 (M. Parkinson) zugeordnet.	TK et al.
KH170 (Trigeminusneuralgie, Erkrankungen des N. Fazialis und anderer Hirnnerven)	Vorschlag zur Aufnahme weiterer Erkrankungen der Hirnnerven.	TK et al.
KH171 (Erkrankungen von Nervenwurzeln / Plexen)	Vorschlag zur Zusammenlegung mit KH172 (Läsionen von Nervenwurzeln / Plexen).	TK et al.
KH172 (Läsionen von Nervenwurzeln / Plexen)	Vorschlag zur Zusammenlegung mit KH171 (Erkrankungen von Nervenwurzeln / Plexen).	TK et al.
KH177 (Akutes Lungenödem und resp. Insuffizienz)	Vorschlag zur Aufnahme der Asphyxie (R09.0, KH501).	TK et al.
KH182 (Rheumatisches Fieber / rheumat. Herzerkrankung)	Vorschlag zur Aufnahme weiterer rheumatisch bedingter Herzklappenerkrankungen (I05.- bis I08.-, KH183).	TK et al.
KH184 (Angeborene schwere Herzfehler (< 18 Jahre))	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer
	Die vorgenommene Anpassung im Bereich der angeborenen Herzfehler wird nur z.T. begrüßt. Der vorliegende Alterssplit wird kritisiert. Es wird eine Neuabgrenzung der betroffenen ICD-Kodes der Krankheiten 184-186 zu den Krankheiten "Angeborene schwere Herzfehler" (ohne Altersdifferenzierung) und "Sonstige angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems" angeregt.	TK et al.
KH185 (Angeborene schwere Herzfehler (> 17 Jahre))	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer
	Die vorgenommene Anpassung wird nur z.T. begrüßt. Der vorliegende Alterssplit wird kritisiert. Es wird eine Neuabgrenzung der betroffenen ICD-Kodes der Krankheiten 184-186 zu den Krankheiten "Angeborene schwere Herzfehler" (ohne Altersdifferenzierung) und "Sonstige angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems" angeregt.	TK et al.
KH186 (Sonstige angeborene	Verschiebung von P29.0-P29.4 in KH343 Risikogeburt nachvollziehbar, sollte aber besser begründet werden.	GKV-SV

Betrifft	Beschreibung	von
Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer
	Die vorgenommene Anpassung wird nur z.T. begrüßt. Es wird eine Neuabgrenzung der betroffenen ICD-Kodes der Krankheiten 184-186 zu den Krankheiten "Angeborene schwere Herzfehler" (ohne Altersdifferenzierung) und "Sonstige angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems" angeregt.	TK et al.
KH187 (Hypertonie)	Vorschlag zum Herauslösen einzelner ICD-Kodes zur Abgrenzung der neuen Krankheiten "Renale Hypertonie" und "Sonstige sekundäre Hypertonie".	TK et al.
	Bitte um Zusammenfassung der KH187 und 178.	AOK-BV
KH193 (Andere und n. n. bez. Herzerkrankungen)	Vorschlag zur Zuordnung der Kardiomegalie (I51.7, KH175), der Störungen des Herzschlags (R00.-, KH501) sowie von Herzgeräuschen und Schallphänomenen (R01.-, KH501).	TK et al.
KH210 (Andere Erkrankungen des Gefäßsystems / postthrombotisches Syndrom)	Vorschlag zur Aufnahme des Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndroms(M47.0-, KH094).	TK et al.
	Vorschlag zum Verschieben der n.n.bez. Venenkrankheit (I87.9) in KH211 (Sonstige Venenerkrankungen).	TK et al.
KH211 (Sonstige Venenerkrankungen)	Vorschlag zur Aufnahme der n. n. bez. Venenkrankheit (I87.9, KH210).	TK et al.
KH213 (Mukoviszidose)	Vorschlag zur Aufnahme des Mekoniumileus (P75, KH349) als relativ sicheres Anzeichen einer CF.	TK et al.
KH215 (Asthma bronchiale)	Der Wegfall wird als problematisch empfunden. Es sei nicht zielführend, die leichten Fälle mitaufzunehmen. Zur Schweregraddarstellung hat z.B. der G-BA das geminderte FEV ₁ als Einschlusskriterium in ein DMP aufgenommen.	KBV / BÄK
	Bitte um Aufnahme der KH215 in die Krankheitsliste, da es sich um eine DMP-Krankheit (chronisch, kostenintensiv) handelt. Dies sei auch nach den gesetzlichen Vorgaben möglich (§ 268 Abs. 1 Nr. 5 SGB V). Die Schwellenwertprüfung werde dagegen erst in §31 Abs. 1 RSAV formuliert. Somit seien Einzelfallentscheidungen grundsätzlich möglich (vergleiche dazu KH-Auswahl 2010 bezüglich "Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen").	AOK-BV
KH217 (Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen)	Mit Blick auf die Pathogenese wird vorgeschlagen, bestimmte Pneumonieformen aus der KH220 aufzunehmen (J69.0/.1/.8: Pneum. durch Nahrung / Erbrochenes, Öle / Extrakte, sonstige Substanzen).	TK et al.
KH220 (Pneumonie und andere infektiöse Lungenerkrankungen)	Vorschlag zur Aufnahme des Thymusabszesses (E32.1, KH052) und der andernorts klassifizierten, im Krankenhaus erworbenen Pneumonie (U69.00, KH501).	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
KH225 (Andere und n. n. bez. Erkrankungen der Lunge oder d. resp. Systems)	Vorschlag zur Aufnahme der sonstigen, und n. n. bez. Störungen der Atmung (R06.8-, KH501).	TK et al.
KH231 (Vaskuläre Retinopathien)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer TK et al.
KH233 (Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der Netzhaut)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer TK et al.
KH235 (Retinitis pigmentosa, andere hereditäre Netzhautdystrophien)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer TK et al.
KH236 (Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels)	Vorschlag zur Aufnahme einer Vielzahl von den Glaskörper bzw. den Augapfel betreffenden Diagnosekodes, die bislang der KH241 (Andere und n. n. bez. Augenerkrankungen) zugeordnet sind.	TK et al.
KH243 (Kongenitale Anomalien des Auges)	Vorschlag zur Zuordnung der hereditären Horn- bzw. Aderhautdystrophie (H18.5, H31.2, KH241).	TK et al.
KH260 (Angeborene Anomalien von Ohr, Gesicht, Hals, Nase, Mund und Rachen)	Vorschlag zur Zuordnung der andernorts nicht klassifizierten hereditären Störung der Zahnstruktur (K00.5, KH257).	TK et al.
KH262 (Niereninsuffizienz)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer
	Die DAK kann die Verschiebung wegen "fehlender klinischer Relevanz" von N18.80 (Einseitig chronische Nierenfunktionsstörung) in die KH271 (Andere Erkrankungen der Harnwege) nicht nachvollziehen. Die DAK schlägt eine Verschiebung des ICD Q61.1 (Polyzystische Niere) in die KH272 (Nierenzysten) vor, da Fälle von Q61.1 ohne Kodierung von N18 geringere Kosten verursachen als diejenigen mit N18.	DAK
	Vorschlag zur Zuordnung der Gicht durch Nierenfunktionsstörung (M10.3-, KH110) sowie der extrarenalen Urämie (R39.2, KH501).	TK et al.
KH271 (Andere Erkrankungen der Harnwege)	Die vorgenommene Anpassung wird begrüßt. Konsequenterweise sollen auch die Codes N26, N27.1 und N27.9 (Schrumpfniere / kleine Niere, bislang KH262) hier aufgenommen werden.	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
KH272 (Nierenzysten)	Vorschlag zur Aufnahme der "Polyzystischen Niere, autosomal-rezessiv" (Q61.1, KH262).	TK et al.
KH273 (Angeborene Anomalien der Nieren / Harnwege)	Vorschlag zur Zuordnung hereditärer Nephropathien (N07.-, KH263) und angeborener Niereninsuffizienz (P96.6, KH350).	TK et al.
KH288 (Angeborene Anomalien der weibl. od. n. n. bez. Genitalorgane)	Vorschlag zur Zuordnung angeborener Fehlbildungen der Mamma (Q83.-, KH307).	TK et al.
KH286 (Prostataerkrankungen, exkl. BPH)	Vorschlag zur Aufnahme der Prostatadysplasie (N42.3, KH043).	TK et al.
KH289 (Angeborene Anomalien der männlichen Genitalorgane)	Vorschlag zur Aufnahme der angeborenen Hydrozele (P83.5, KH355)	TK et al.
KH290 (Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauterin gravidität)	Vorschlag zur Zuordnung der bislang ausgeschlossenen Codes P95 und P96.4 (Fetaltod n. n. bez. Ursache, Schwangerschaftsabbruch als Ursache von Zuständen beim Fetus od. Neugeborenen)	TK et al.
KH291 (Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (einschließl. Komplikationen))	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer
KH294 (Hautulkus, ohne Dekubitus)	Bitte um Aufnahme der andernorts nicht klassifizierten Gangrän (R02, KH501).	TK et al.
	Bitte Zuordnung der ICD I70.23, I83.0 und I83.2 zu KH294.	AOK-BV
KH297 (Andere Erkrankungen der Haut)	Vorschlag zur Aufnahme einer Vielzahl weiterer Codes (Hautabszesse, Phlegmonen, akute Lymphadenitiden, Pyrodermien, Erythrasmae,...) aus KH296 und KH049.	TK et al.
	Vorschlag zur Ausgliederung bestimmter Codes zur Bildung der drei neuen Krankheiten "Dermatitis und Ekzem", "Sonstige papulosquamatoöse Hauterkrankungen" und "Erkrankungen der Hautanhangsgebilde".	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
KH298 (Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel, Hauteruption durch Drogen od. Arzneimittel)	Änderung durch das BVA wird z.T. begrüßt. Darüber hinausgehend wird die Zuordnung der lichenoiden Arzneimittelreaktion (L43.2, KH337) vorgeschlagen.	TK et al.
KH300 (Pemphiguskrankheiten und Pemphigoidkrankheiten)	Vorschlag zur Aufnahme weiterer, bislang KH297 und KH299 zugeordneter ICD-Kodes, so dass alle Diagnoseschlüssel im Bereich L10- bis L14 die Krankheit 300 bilden. Die Krankheit solle dann umbenannt werden in "Bullöse Dermatitis".	TK et al.
KH301 (Urtikaria und Erythem)	Vorschlag zur Aufnahme weiterer Kodes aus KH297, die explizit die Urtikaria bzw. Erytheme enthalten (bspw. L50.0 Allergische Urtikaria / L54.8 Erythem bei sonst. andernorts nicht klassifizierten Krankheiten).	TK et al.
	Vorschlag zur Ausgliederung der Kodes L26 (Exfoliative Dermatitis) und L30.4 (Intertriginöses Ekzem), beide KH397, in die bereits unter KH297 vorgeschlagene neue Krankheit "Dermatitis und Ekzem".	TK et al.
KH308 (Verbrennungen, exkl. Verbrennungen dritten Grades...)	Vorschlag zur Aufnahme weiterer verbrennungsähnlicher Zustände durch Licht- oder Strahleneinwirkung (L56.- bis L59.-, KH297). Entsprechend solle die Krankheit umbenannt werden in "Strahleneinwirkungen / Verbrennungen, exkl. Verbrennungen dritten Grades...".	TK et al.
KH310 (Mittelschweres SHT)	Vorschlag zur Zuordnung bestimmter Wunden / Weichteilschäden im Kopfbereich, die bislang der KH328 zugeordnet sind (S01.83 bis S01.89).	TK et al.
KH311 (Leichtes SHT)	Vorschlag zur Umgruppierung der Nasenbeinfraktur (S02.2) aus den mittelschweren SHT (KH3010) in die leichten Formen KH311.	TK et al.
KH312 (Wirbelkörperfraktur)	Vorschlag zur Aufnahme der n. n. bez. Frakturen des Halses (S12.9, KH315) sowie bestimmter polytraumatischer Frakturen, die sich auch auf die Wirbelsäule beziehen können (T02.7-, KH313).	TK et al.
KH318 (Frakturen des Sprunggelenks)	Vorschlag zur Aufnahme malleolärer Frakturen (S82.81/.82, KH317).	TK et al.
KH319 (Innere Verletzungen)	Vorschlag zum Split der Krankheit in insgesamt drei neue Entitäten: "Verletzung des Herz- Kreislaufsystems", "Verletzung des Thorax / intrathorakaler Organe" und "Verletzung des Abdomens und des Beckens".	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
KH320 (Traumatische Amputation einer Extremität)	Vorschlag zur Zusammenführung aller Amputationen (bislang z.T. KH118, KH157, KH319, KH328, KH332 und KH501 zugeordnet) in der KH320. Der ICD-Kode S18 (Traumatische Amputation in Halshöhe) solle dabei jedoch ausgeschlossen werden (vgl. KH157). Die neu abgegrenzte Krankheit solle dann umbenannt werden in "Amputationen".	TK et al.
KH323 (Fraktur des Fußes)	Vorschlag von bestimmten Weichteilschäden im Fußbereich, die bislang der KH328 zugeordnet sind (S91.84 bis S91.89).	TK et al.
KH325 (Traumat. Gelenkluxation, exkl. Hüfte, Knie, Schulter od. Wirbel)	Vorschlag zur Aufnahme weiterer, bislang der KH328 zugeordneter Codes , die eine Luxation beinhalten (können).	TK et al.
KH328 (Offene Wunde, exkl. Auge / Unterarm)	Hinweis, dass die Krankheit trotz der Namensgebung Wunden und Verletzungen des Unterarmes enthält.	TK et al.
	Vorschlag, die Krankheit lokalisationsbezogen in vier neue Entitäten aufzuteilen: "Verletzung des Kopfes", "Verletzung des Halses", "Verletzung der Schulter, des Armes, der Hand" sowie "Verletzung der Hüfte und der unteren Extremität".	TK et al.
KH334 (Erfrierungen und äußere Ursachen für Verletzungen)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer TK et al.
KH335 (Vergiftungen durch andere od. n. n. bez. nicht medizinisch verwendete Substanzen)	Es wird vorgeschlagen, die Krankheit um die bislang ausgeschlossenen Diagnosen aus dem ICD-Bereich T36-T50 (Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologische Substanzen) zu ergänzen.	TK et al.
	Vorschlag zur Aufnahme der Bleigicht (M10.1-, KH110), der Nephropathie durch Schwermetalle (N14.3) sowie der andernorts nicht klassifizierten toxischen Nephropathie (N14.4, beide KH262).	TK et al.
KH337 (Unerwünschte Wirkung von Medikamenten; kein Medikations- oder Darreichungsfehler)	Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.	Barmer
	Es wird angeregt, die Arthritis nach Impfung (M02.2-) nicht in KH109 (reaktive Arthritiden) zu verschieben, sondern diese in KH337 zu belassen.	TK et al.
	Vorschlag zur Aufnahme weiterer arzneimittelinduzierter Erkrankungsformen (z.B. AM-induzierte Pankreatitis, AM-induzierte Gicht,...)	TK et al.
KH339 (Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder	Es ergeben sich fachliche Bedenken aus der Verschiebung verschiedener ICD-Kodes in die Kategorie 501. Eine Dokumentation dazu fehlt. S. Kategorie 501	Barmer
	Mit Blick auf das Zuordnungskriterium "Ätiologie" wird der Ausschluss einer Vielzahl der zuvor der Krankheit zugehörigen Diagnosen (J95.-, K91.- T81.1/.7, T83.8/.9, T84.8/.9, T85.81, T85.2) kritisiert.	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
medizinischer Behandlung)	Es wird angeregt, die Arthritis nach intestinalem Bypass (M02.0), bestimmte endokrine Störungen (E89.8/.9), Osteoporose mit pathol. Fraktur nach Ovariectomie (M80.1), bestimmte Atemwegserkrankungen nach operativen Eingriffen (J95.1 bis J95.3 sowie J97.1) sowie weitere komplikationsbezogene Codes (P96.5, T88.4, T88.5 und G97.80) der KH339 zuzuordnen.	TK et al.
KH341 (Blutung / Hämatom / Serom als Komplikation eines Eingriffs)	Der Grad der Spezifität der Diagnose hat zum Ausschluss der ICD-Kodes in die Kategorie 501 geführt. Dieses Vorgehen wird in der Stellungnahme nicht bewertet.	Barmer
	Vorschlag, die Krankheit mit der KH342 (Zwischenfälle bei Patienten während chirurgischer und medizinischer Behandlung) zusammenzulegen.	TK et al.
KH342 (Zwischenfälle bei Patienten während chirurgischer und medizinischer Behandlung)	Der Grad der Spezifität der Diagnose hat zum Ausschluss der ICD-Kodes in die Kategorie 501 geführt. Dieses Vorgehen wird in der Stellungnahme nicht bewertet.	Barmer
	Vorschlag, die KH342 mit der KH341 (Blutung / Hämatom / Serom als Komplikation eines Eingriffs) zusammenzulegen. Zudem soll eine Vielzahl bislang ausgeschlossener Diagnosen der KH342 zugeordnet werden.	TK et al.
KH343 (Risikogeburt)	Aus Erläuterungen zur KH344 leitet GKV-SV ab, dass Anhebung der Altersgrenze auf 5 Jahre geprüft, aber nicht als sinnvoll erachtet wurde. Entscheidung sollte genauer erläutert werden (inkl. Ergebnisse empirischen Überprüfung).	GKV-SV
	Es ist nicht ersichtlich, ob die empirische Prüfung - Anhebung der Altersgrenze - erfolgt ist. Entscheidung sollte genauer erläutert werden (inkl. Ergebnisse s. o.)	Barmer
	Die Verlagerung der ICD in diese KH erscheint sinnvoll.	KBV / BÄK
	Die Anpassung wird grundsätzlich begrüßt. Darüber hinaus sollten noch "sonstige kardiovaskuläre Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode" (P29.8/.9) "intrauterine Mangelentwicklungen" (P05.-), zu niedriges (P07.1, P07.12, P07.3) und zu hohes Geburtsgewicht (P08.0 bis P08.2) zugeordnet werden.	TK et al.
KH344 (Angeborene Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes)	Die Anhebung der Altersgrenze wird begrüßt.	GKV-SV TK et al. IKK e.V. Barmer
KH347 (Lebendgeborene)	Die Anpassung wird grundsätzlich begrüßt. Jedoch sollen auch die Codes Z37.- (KH291 "Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft") ergänzt werden. KH347 solle dann umbenannt werden in "Resultat der Entbindung".	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
KH348 (Infektionen des Neugeborenen)	Vorschlag, P23.- (Angeborene Pneumonie, KH343) hier aufzunehmen.	TK et al.
KH349 (Erkrankungen des Verdauungssystems in der Perinatalperiode)	Vorschlag zur Aufnahme der Enterocolitis necroticans beim Neugeborenen bzw. Fötus (P77, KH343), der Darmperforation i. d. Perinatalperiode (P78.0, KH343) und der Unterernährung beim Neugeborenen (P92.3, KH350).	TK et al.
KH350 (Andere Probleme i. d. Perinatalperiode)	Vorschlag zur Aufnahme der P90 (Krämpfe beim Neugeborenen, KH343) und P91.- (Zerebr. Ischämie beim Neugeborenen, ebenfalls KH343).	TK et al.
351 (Blutungen beim Neugeborenen)	Vorschlag zur Aufnahme der intrakraniellen Blutungen beim Feten / Neugeborenen (P52.-, KH343).	TK et al.
KH356 (Status nach Organtransplantation)	Vorschlag zur Herauslösung bestimmter Diagnosen, auf deren Grundlage die beiden neuen Krankheiten "Graft-versus-host Krankheit" und "Versagen, Abstoßung und Funktionsstörung eines Transplantats" gebildet werden sollen.	TK et al.
KH361 (Erkrankungen des Pankreas)	Von den unter KH137 und KH337 vorgebrachten Anmerkungen werden die Änderungen begrüßt.	TK et al.
KH361 (Akute Pankreatitis)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH362 (Chronische Pankreatitis)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH363 (Sonstige Krankheiten des Pankreas)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH364 (Intestinale Malabsorption)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH365 (Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH366 (Anhaltende affektive Störungen)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH367 (Tiefgreifende Entwicklungsstörung)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al. KBV / BÄK

Betrifft	Beschreibung	von
KH368 (Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH369 (Netzhautgefäßverschluss)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
	KBV / BÄK raten von derzeitiger Zusammenstellung ab. Netzhautveränderungen sollten schweregradbedingt in zwei Gruppen aufgeteilt werden (in Abstimmung mit Fachgesellschaften). Eine Vermischung von akuten, gut behandelbaren mit schweren, chronischen und extrem kostenaufwändigen KH sollte vermieden werden.	KBV / BÄK
KH370 (Sonstige Affektionen der Netzhaut)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH371 (Vitamin B-Mangel)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH372 (Andere Formen der Avitaminosen)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH373 (Mangel an Spurenelementen)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH374 (Sonstige alimentäre Mangelzustände)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH375 (Chronische posthämorrhagische Anämie)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH376 (Anämie, nicht näher bezeichnet)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH377 (Nicht näher bezeichnete Fehlbildungssyndrome)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH378 (Nicht näher bezeichnete Chromosomenanomalien)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH379 (Bösartige Neubildungen der Genitalorgane)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al. KBV / BÄK

Betrifft	Beschreibung	von
KH380 (Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems)	Die Anpassung wird generell begrüßt. Allerdings solle von der Aufnahme der subakuten kombinierten Degeneration des Rückenmarks bei andernorts klassifizierten Krankheiten (G32.0) abgesehen werden. Der Kode solle stattdessen der KH158 (Systematrophien, die vorwiegend das ZNS betreffen) zugeordnet werden.	TK et al.
	Bitte um Verschiebung der ICD G93.4, F03, G31 und G32 in die KH380, außerdem sollten KH136 und KH380 zusammengelegt werden.	DAK
KH381 (Chronischer Schmerz)	Die Aufnahme des chronischen Schmerzes wird begrüßt.	BVSD DIVS DGGS DGPSF Schmerzliga TK et al. Barmer BDNC
	Es wird die zusätzliche Aufnahme von F62.80 ("Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom") in die Krankheit 381 angeregt. (Begründung der Barmer / BDNC: Bisher Abbildung chronischer Schmerzpatienten - in Ermangelung einer eindeutigeren Codierung - auch unter F62.80, man geht davon aus, dass dies auch aktuell weiter gehandhabt wird).	DIVS DGGS Barmer DGPSF BDNC
	Die Abgrenzung wird sehr begrüßt. Zusätzlich sollte geprüft werden, ob der ICD G44.3 (Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz) hier (statt in KH 387) eingeordnet werden könnte.	KBV / BÄK
	Es wird auf die Gefahr erheblicher Manipulationsanreize bei Aufnahme der Krankheiten hingewiesen. In Abgrenzung zu weiteren Schmerzsymptomaten solle daher einerseits eine klarstellende Umbenennung der Krankheit bspw. in "Chronischer Schmerz, exkl. Kopfschmerzsyndrome" erfolgen, andererseits müsse bei der Einpflege in das Klassifikationsmodell dringend auf eine angemessene Validierung über (die von der WHO zur Schmerztherapie empfohlenen) Arzneimittel geachtet werden.	TK et al.
	1) Die BAG setzt sich für die Aufnahme des Chronischen Schmerzes / ICD F45.41 ein. 2) Außerdem bittet sie darum zu prüfen, ob Schmerzen (Rücken-, Kopf-, Nerven- und Tumorschmerzen) aufgenommen werden könnten. 3) Die Zuordnung der Borreliose sei zu klären, das Fehlen der Lyme-Krankheit (ICD A69.2, M01.2) nicht	BAG

Betrifft	Beschreibung	von
	einsehbar.	
	Die Einordnung von R52.1 und R52.2 in die neugeschaffene Krankheit KH381 wird abgelehnt, da vor dem Hintergrund des Fehlens ambulanter Kodierrichtlinien Manipulationsanreize auf das Kodierverhalten befürchtet werden: Da viele Ärzte nicht im Sinne der Richtlinie diese ICD als zusätzliche Codes zu einer spezifischen Diagnosen kodieren, können so für entsprechende Versicherte doppelte Zuschläge generiert werden.	IKK e.V.
	Die Zuordnung von R52.1 und R52.2 erscheint sachgerecht, da dem chronischen Schmerz in der medizinischen Praxis noch nicht sehr lange Krankheitswert zugemessen wird, was sich in einer insgesamt noch suboptimalen Darstellung im ICD-System widerspiegelt.	Barmer
KH382 (Sonstige und n. n. bez. Schäden durch äußere Ursachen)	Von den unter KH126 vorgebrachten Anmerkungen werden die Änderungen begrüßt.	TK et al.
KH383 (Missbrauch von Personen)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH384 (Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und der Jugend)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH385 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	TK et al.
KH386 (Cluster-Kopfschmerz)	Die Anpassung wird grundsätzlich begrüßt. Bei Berücksichtigung der Krankheit im Klassifikationsmodell wird auf die Notwendigkeit einer spezifischen Arzneimittelvalidierung hingewiesen, um möglichem Upcoding vorzubeugen.	TK et al.
KH387 (Sonstiger näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome)	Die Anpassung wird grundsätzlich begrüßt. Bei Berücksichtigung der Krankheit im Klassifikationsmodell wird auf die Notwendigkeit einer spezifischen Arzneimittelvalidierung hingewiesen, um möglichem Upcoding vorzubeugen.	TK et al.

Betrifft	Beschreibung	von
KH388 (Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie)	Die Anpassung durch das BVA wird begrüßt.	KBV / BÄK
KH501 (Symptom, Zustand)	Überprüfung und Verschiebung bestimmter ICD in bestehende und neu gebildete Krankheiten wird begrüßt. Allerdings fehlt Dokumentation nach welchen systematischen Kriterien ICD der Ausschlusskategorie zugeordnet werden. Insbesondere bezüglich der ICD-Kodes außerhalb der ICD-Kapitel R, U und Z werden weitere ICD vermutet, welche bestehenden Krankheiten zugeordnet werden können. Eine vollständige Überprüfung und Dokumentation dessen wird angeregt.	GKV-SV
	Die vom BVA vorgesehenen Änderungen werden im Allgemeinen befürwortet. Codes der KH501, die aus Sicht von TK et al. bestimmten anderen Krankheiten zugeordnet werden sollten, sind in der Stellungnahme unter den entsprechenden Punkten explizit genannt.	TK et al.
	Es wird begrüßt, dass einige der ICD-Kodes in der Ausschlusskategorie 501 einer näheren Untersuchung unterzogen wurden. Die Kriterien, wann ein ICD-Kode der Ausschlusskategorie zugerechnet wird, sollten jedoch dokumentiert und einheitlich angewendet werden. Insgesamt wird dafür plädiert, die Ausschlusskategorie 501 systematisch zu überarbeiten. Dabei sollte der Ausschluss für Diagnosen der Kapitel R, U und Z die Regel sein, Ausnahmen daher begründet werden. Begrüßenswert wäre eine kurzfristige Prüfung der statistischen Abbildungsrelevanz der Resultate auf die Krankheitsauswahl.	Barmer
	Die Diagnosen R65.- sind im Unterschied zu anderen R-Diagnosen Krankheiten zugeordnet, obwohl der Grad der Zuordnungsbarkeit bei allen gleich groß ist.	Barmer
	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die ICD-Kodes T36 bis T50 ausgeschlossen werden, während andere Codes, die ebenfalls Vergiftungen (durch andere Ursachen) beschreiben, als Krankheit zugelassen werden. Sollte die Begründung im 2008er Beiratsgutachten zu finden sein ("vermeidbare Komplikationen sollten nicht mit einem finanziellen Zuschlag versehen werden" (S. 47 oben)), wird angeregt, eine eigene Gruppe für ICD-Kodes mit ausreichender Krankheitsrelevanz, die aber aufgrund sozialmedizinischer Erwägungen in der Krankheitsauswahl keine Berücksichtigung finden, einzurichten.	Barmer
	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Codes G97.X (außer G97.81) ausgeschlossen werden.	Barmer

Betrifft	Beschreibung	von
	Ähnliche Kodierinhalte bzw. eine ähnliche Kodierungstiefe/-spezifität werden an verschiedenen Stellen unterschiedlich bewertet. Die Diagnosen F55.X beschreiben den schädlichen Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen. Im Gegensatz zu den entsprechenden Diagnosen bei den abhängigkeiterzeugenden Substanzen (Anmerkung: gemeint wahrscheinlich F10.x bis F19.x) sind sie der Kategorie 501 zugeordnet. Ähnliche Konstellation ist innerhalb der Krankheit 339 zu finden. Hier sind Diagnosen mit "8" oder "9" an der vierten Stelle entfallen, z. B. E89.8 und E89.9, oder wurden nicht neu zugeordnet, z. B. H59.8 und H59.9). Es fehlt einerseits die Dokumentation, andererseits eine Begründung dafür, warum eine "8" oder "9" an der vierten Stelle eines ICD-Codes hier eine ausreichende Begründung für eine vollständige Nichtberücksichtigung darstellt. Während dies bei den weitaus meisten Krankheiten kein Ausschlusskriterium darstellt. Wie zu KH096 (Spinalkanalstenose) ausgeführt, wird der Ausschluss von M99.2X bis M99.7X nicht für sachgerecht gehalten. Es wird angeregt, auch die ICD-Schlüssel M99.0X und M99.1X zu anderen Krankheiten der Wirbelsäule statt zur Kategorie 501 zu prüfen.	Barmer
	Die Einordnung von R52.1 und R52.2 in die neugeschaffene Krankheit KH381 wird abgelehnt, da vor dem Hintergrund des Fehlens ambulanter Kodierrichtlinien Manipulationsanreize auf das Kodierverhalten befürchtet werden: Da viele Ärzte nicht im Sinne der Richtlinie diese ICD als zusätzliche Codes zu einer spezifischen Diagnosen kodieren, können so für entsprechende Versicherte doppelte Zuschläge generiert werden.	IKK e.V.
	Symptom-Codes sollten wie bisher auch strikt in der Kategorie "Ausschluss" verbleiben, um Manipulationsanreize für unerwünschte Kodieraktivitäten zu vermeiden. Falls von diesem Vorgehen abgewichen wird, sollte es ausführlicher begründet werden.	IKK e.V.
	Wird in fast allen Fällen als sachgerecht empfunden (andere werden an entsprechender Stelle benannt).	KBV / BÄK
	Die DAK kann die Zuordnung von ICD E89.8 (Sonstige endokrine oder Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen) und D62 (Akute Blutungsanämie) nicht nachvollziehen und bittet diese weiterhin zu berücksichtigen.	DAK
KH29-42 (Malignome)	Sehr unterschiedliche medizinische Zusammensetzung dieser 13 KH (--> Boxplots zur Beurteilung der Kostenhomogenität).	KBV / BÄK
KH044-049 (Gutartige Neubildungen)	Unklar, warum in 5 Untergruppen aufgeteilt.	KBV / BÄK

Wie die voranstehende Übersicht zeigt, hat das BVA auch in diesem Jahr eine Vielzahl an Anregungen, Kritikpunkten und konkreten Vorschlägen zum vorgelegten Entwurf erhalten. Während dabei oftmals gezielt auf die im Festlegungsentwurf vorgestellten Neuerungen eingegangen wird, setzt sich ein nicht unwesentlicher Teil der eingegangenen Stellungnahmen dagegen mit darüber hinausgehenden Vorschlägen auseinander, die sich sowohl auf die Abgrenzung einzelner Krankheiten, als auch auf den Auswahlalgorithmus bzw. das Auswahlverfahren als Ganzem beziehen.

Sowohl das BVA als auch der Wissenschaftliche Beirat erachten alle der eingegangenen Anmerkungen als hilfreich für die kontinuierliche Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Mit Blick auf den Zeitplan, den die regelmäßigen Weiterentwicklungsschritte des Verfahrens erforderlich machen, ist eine vollständige Prüfung aller Vorschläge jedoch nicht realisierbar. Dies gilt insbesondere hinsichtlich einiger sehr weit reichender Änderungsvorschläge, die weder explizit Gegenstand des Festlegungsentwurfes waren, noch direkt vom GKV-SV – als zentralem Anhörungspartner – eingebracht worden sind. Eine Umsetzung solcher Vorschläge wäre nur nach einer erneuten Anhörung des GKV-Spitzenverbandes möglich, was aber den Einstieg in das jährliche Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells deutlich verzögern und den verbleibenden Zeitraum zur Überarbeitung des Modells nur noch weiter einengen würde. Der Schwerpunkt bei der Prüfung und Bewertung der im Anhörungsverfahren vorgetragenen Argumente lag aus diesem Grund auf Änderungen der bislang geltenden Abgrenzung der Krankheiten, die bereits im Festlegungsentwurf vorgestellt worden sind.

III. Allgemeine Aspekte

a) Anmerkungen zum Auswahl- und Anhörungsverfahren

Anhörung

Terminierung / Bearbeitungsfristen

Grundsätzlich werden der frühzeitige Beginn des Anhörungsverfahrens (GKV-SV, SBK) und das Bemühen des BVA um eine transparente Ausgestaltung des Entscheidungsprozesses (SBK) positiv hervorgehoben. Wünschenswert erscheint dem GKV-SV jedoch eine frühzeitige Bekanntgabe der Terminplanung des BVA. Die BAG Selbsthilfe plädiert dagegen für eine Verlängerung der Bearbeitungsfristen.

Kontinuität des Verfahrens

Unter Kontinuitätsgesichtspunkten wird von BARMER / GEK ausdrücklich begrüßt, dass die Überprüfung der Krankheitsauswahl ohne weitere Änderungen an den Auswahlkriterien durchgeführt wurde.

Während sich die DAK dafür ausspricht, die Überprüfung der Krankheitsauswahl weiterhin im jährlichen Abstand durchzuführen, wird ebendies von BKK-BV und Deutscher BKK kritisiert: Zu häufige Änderungen des berücksichtigten Morbiditätsspektrums behinderten den Aufbau innovativer und nachhaltiger Versorgungsstrukturen und bedrohten die Planungssicherheit auf Seiten der Krankenkassen. BKK-BV und Deutsche BKK plädieren daher für eine Vergrößerung der Auswahlabstände auf mehrere Jahre.

Einführung eines Vorschlagsverfahrens zur Krankheitsauswahl

Um allen Verfahrensbeteiligten eine gleichberechtigte Gelegenheit zur Meinungsäußerung schon vor Bekanntgabe des Festlegungsentwurfes zu verschaffen, erscheint dem GKV-SV die Einrichtung eines Vorschlagsverfahrens auch bei der Krankheitsauswahl sinnvoll.

Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten

Deutsche BKK und BAG Selbsthilfe plädieren für eine Änderung der RSAV, die es ermöglichen würde, die Anzahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten deutlich auszuweiten (BAG) bzw. im Klassifikationsmodell das gesamte Morbiditätsspektrum zu berücksichtigen (Deutsche BKK).

Einrichtung eines (Hoch-)Risikopools

Die BAG spricht sich für die (Wieder-)Einführung eines Risikopools aus.

Bewertung

Wissenschaftlicher Beirat und BVA halten es auch für einen Gewinn, die Krankheitsauswahl abzuschließen, bevor das Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell eröffnet wird. Gleichwohl lässt die Jährlichkeit des Prozesses mit den verschiedenen Anhörungs-, Beteiligungs- und Vorschlagsverfahren keine weitere Ausdehnung der Fristen oder eine Einführung weiterer Vorschlagsverfahren zu.

Auch sind die Zeiten für die Bearbeitung der eingehenden Vorschläge nicht genau abzuschätzen, da auch der Umfang der eingehenden Vorschläge vorab nicht bekannt ist. Auch wenn versucht werden wird, die Terminlage in den einzelnen Jahren gleich zu halten, kann seitens des BVA kein verbindlicher Terminplan vorab bekannt gegeben werden.

Die jährliche Durchführung der Auswahl wiederum ist vorgegeben: Laut Errichtungserlass hat der Wissenschaftliche Beirat eine jährliche Überprüfung der Krankheitsauswahl vorzunehmen. Das BVA hat das Ergebnis der Prüfung bei der jährlichen Festlegung nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV zu berücksichtigen. Nach einhelliger Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats und des BVAs ist aber eine jährliche Überprüfung der Krankheitsauswahl nicht gleichzusetzen mit einer jährlichen Wiederholung des gesamten Krankheitsauswahlprozesses.

Eine Ausweitung des berücksichtigten Krankheitsspektrums über 80 Krankheiten hinaus sowie die Einführung eines Risikopools würde Gesetzesänderungen erfordern. Diese Vorschläge sind daher nicht Gegenstand des Festlegungsprozesses.

b) Berechnungsverfahren und Auswahlalgorithmus

Anhörung

Datenbasis und Berechnungsverfahren

Zum Thema Berechnungsverfahren und Auswahlalgorithmus merkt der GKV-SV an, dass auch aus seiner Sicht die Durchführung einer empirisch fundierten Krankheitsauswahl evident unverzichtbar sei und ebenso außer Frage stehe wie die Verwendung der aktuellsten vorliegenden Datenbasis. Er bekräftigt damit das vom Wissenschaftlichen Beirat gewählte generelle Vorgehen bei der Überprüfung der Krankheitsauswahl. Die Dokumentation der Berechnungsschritte solle jedoch unbedingt auch konkrete Aussagen bzgl. der durchgeführten Datenaufbereitung und des verwendeten Regressionsmodells enthalten.

Verzicht auf Änderungen des Auswahlalgorithmus und der Auswahlkriterien

Aus Sicht des GKV-SV ist die Aussage des Wissenschaftlichen Beirats, dass eine Änderung der Auswahlkriterien mit Verweis auf den Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 nicht geboten sei, nicht hinreichend nachvollziehbar. Zum einen trüfe der genannte Evaluationsbericht zu den einzelnen Kriterien keine Aussagen, zum anderen beinhalte die

Überprüfung der Krankheitsauswahl nach Ansicht des GKV-SV neben einer Prüfung der Krankheitsabgrenzung zumindest formal auch die Prüfung der Auswahlkriterien. Sollte dementsprechend eine Änderung der Auswahlkriterien aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats „nicht geboten“ sein, so sollte dies auch entsprechend im vorgelegten Entwurf begründet werden. Eine diesbezügliche Klarstellung hält der GKV-SV für erforderlich.

Vorschläge zu Änderungen des Aufgreifalgorithmus und der Auswahlkriterien

Des Weiteren wurden von unterschiedlichen Anhörungspartnern Vorschläge und Anmerkungen zur Umgestaltung einzelner Bestandteile des Auswahlalgorithmus vorgebracht. So wurde seitens TK et al. vorgeschlagen, statt des vom Wissenschaftlichen Beirat fixierten Mindestwertes von 50% zur Erfüllung der Chronizitätsrate diesen Wert besser empirisch aus dem Median der Chronizitätsraten zu bestimmen. Die Verwendung des Medians für die Chronizitätsrate würde zu einem zu erreichenden Wert von 50,64% führen. Das gleiche Vorgehen wird für die Hospitalisierungsquote gefordert. Hier ergäbe sich ein Median von 6,54% statt des vom Wissenschaftlichen Beirat fixierten Mindestwertes von 10%.

BARMER / GEK schlagen vor, einen möglichen negativen Zusammenhang zwischen der Prävalenzentwicklung und der Entwicklung der erwarteten Mehrkosten zu prüfen. Hier könne eine ungleichgewichtige Prävalenzentwicklung „teurer“ und „billigerer“ Erkrankungen zu Rangwechsellern zugunsten „billigerer“ Krankheiten führen. In diesem Falle solle die Gewichtungsfunktion für die Prävalenz in Form der Quadratwurzel angepasst werden, um den (Gewichtungs-)Stand der Krankheitsauswahl 2009 wiederherzustellen.

Der IKK e.V. betrachtet demgegenüber die Quadratwurzel zur Prävalenzgewichtung generell weiterhin skeptisch und befürwortet eine logarithmische Gewichtung.

Sowohl TK et al. als auch BARMER / GEK regen an – in Analogie zu den im Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2012 vorgenommenen Änderungen – die stationären Nebendiagnosen den ambulanten Diagnosen gleichzustellen.

Das Schwellenwertkriterium wird von IKK e.V. und BPTK kritisiert. Sowohl die Orientierung an durchschnittlichen Kosten als auch die fehlende Altersadjustierung werden bemängelt.

Der Verzicht auf die Annualisierung der Ausgaben Verstorbener und entsprechender Gewichtung in der Regression zur Berechnung der prospektiven Krankheitskosten wird von TK et al. und SBK begrüßt, während seitens AOK-BV und Deutsche BKK eine Änderung des Umgangs mit den unvollständigen Versichertenepisoden Verstorbener angemahnt wird.

Bewertung:

Datenbasis

Die Beschreibung der Datenbasis erfolgt in Anhang 2 der Anhörungs- bzw. Festlegungsunterlagen. Für die Auswertungen wurde – wie dort beschrieben – die Weiterentwicklungsstichprobe des Meldejahrs 2011 verwendet, welche auch für die anschließende Weiterentwicklung des Klassifikationssystems als Datengrundlage dient. Diese Stichprobe wurde im Rahmen der Anhörung zur Datenmeldung nach § 30 RSAV am

21.09.2011 mit dem GKV-SV und Vertretern der Kassenverbände abgestimmt. Die in der Anhörung beschlossenen Kassenausschlüsse wurden angewendet. Das relevante Datenbereinigungskonzept für die verwendeten Daten ist immer das zum Liefertermin der Daten gültige und mit dem GKV-SV abgestimmte Plausibilisierungskonzept. Das verwendete Regressionsmodell, inklusive der verwendeten Schätzvariablen, wird ebenfalls in Anhang 2 spezifiziert. Es wurden an dieser Stelle keine Änderungen zu den Vorjahren vorgenommen. Dies gilt auch für den Umgang mit negativen und nicht signifikanten Kostenschätzern, die im Rahmen der Krankheitsauswahl nicht ausgeschlossen werden. Die Diskussion zur Nutzung negativer und nicht-signifikanter Kostenschätzer im Auswahlverfahren wurde bereits bei der erstmaligen Festlegung der Krankheitsauswahl ausführlich geführt (vgl. dazu die Dokumentation des Festlegungsprozesses vom 13.05.2008, S. 42f.).

Verzicht auf Änderungen des Auswahlalgorithmus und der Auswahlkriterien

Der Wissenschaftliche Beirat hat sich im aktuellen Festlegungsprozess dazu entschieden, keine Überprüfung des Auswahlalgorithmus und der Auswahlkriterien vorzunehmen und auch die Anzahl der auszuwählenden Krankheiten nicht zu reduzieren. Der Verweis auf den Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009, der dem GKV-SV diesbezüglich nicht hinreichend nachvollziehbar erscheint, bezieht sich auf die dort getroffenen Aussagen zur Reduzierung der Anzahl der Krankheiten, die im Evaluationsbericht ausführlich dargestellt wurden (vgl. Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009, S. 101ff.). Hier lädt der ergänzende Verweis „vgl. hierzu auch“ insbesondere durch seine Stellung am Ende des Satzes bedauerlicherweise zur fehlerhaften Interpretation der Aussage ein.

Ungeachtet dessen erachtet der Wissenschaftliche Beirat eine Überprüfung und Änderung der Auswahlkriterien aus folgenden Gründen für nicht notwendig:

Der Wissenschaftliche Beirat soll nach § 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV die Krankheitsauswahl regelmäßig überprüfen. Im Errichtungserlass des Wissenschaftlichen Beirates vom 03.05.2007 wird die Pflicht zur regelmäßigen Überprüfung zu einer jährlichen Überprüfung konkretisiert. Die Überprüfung der Krankheitsauswahl muss daher innerhalb eines jährlichen Zyklus mit der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems koordiniert werden. Da alle Änderungen der Krankheitsauswahl direkt auch deutliche Änderungen im Klassifikationssystem nach sich ziehen, ist es aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirates erstrebenswert, zunächst die Überprüfung der Krankheitsauswahl vorzunehmen, bevor nachfolgend Änderungen am Klassifikationssystem geprüft werden. Dies macht es erforderlich, das für die jährliche Überprüfung der Krankheitsauswahl verwendete Zeitfenster zu begrenzen und somit immer – wie auch bei der Weiterentwicklung im Bereich des Klassifikationssystems – für den jeweiligen Bearbeitungszyklus Schwerpunkte der Überarbeitung zu setzen. In der diesjährigen Überprüfung hat sich der Wissenschaftliche Beirat entschieden, auch bedingt durch die Aussetzung der letztjährigen Überprüfung der Krankheitsauswahl, die Abarbeitung der in den letzten Jahren angesammelten Anmerkungen zur Überarbeitung der Krankheitsabgrenzungen in den Vordergrund zu stellen. Eine zusätzliche Überprüfung der Auswahlkriterien ist mit den verfügbaren zeitlichen und personellen Ressourcen nicht zu leisten. Die Problematik der engen Zeitschiene im Bereich Krankheitsauswahl und Weiterentwicklung des Klassifikationssystems wird ebenso wie der

Vorschlag, die Krankheitsauswahl lediglich in größeren Abständen von z.B. drei Jahren durchzuführen, vom Wissenschaftlichen Beirat im Evaluationsbericht zum Jahresausgleich unter der Rubrik Vereinfachungspotenzial diskutiert (vgl. Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009, S. 168ff.).

Unabhängig von den konkreten zeitlichen Erwägungen ist zu betonen, dass der Wissenschaftliche Beirat zu einer jährlichen Überprüfung der Krankheitsauswahl angehalten ist, nicht jedoch zu einer jährlichen Überprüfung des Instrumentariums zur Krankheitsauswahl. Die Ausgestaltung des Auswahlalgorithmus und der Auswahlkriterien wurde, den Vorgaben des Gesetzgebers folgend, basierend auf dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats vom Dezember 2007 zu Beginn des Verfahrens erarbeitet und ist nicht per se Bestandteil der regelmäßigen jährlichen Überprüfung. D.h. die vom GKV-SV geforderte „zumindest formale“ jährliche Prüfung der Auswahlkriterien lässt sich weder aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats noch aus Sicht des BVA aus den gesetzlichen Vorschriften herleiten. Der Wissenschaftliche Beirat wird selbstverständlich auch zukünftig die Funktionsfähigkeit des Auswahlverfahrens beobachten und erforderlichenfalls die Ausgestaltung der Auswahlkriterien bzw. des Auswahlalgorithmus überprüfen und anpassen. Eine jährliche Überprüfung der Auswahlmethodik wird hierbei jedoch – insbesondere auch unter dem Aspekt der Stabilität des Verfahrens – weder als notwendig, noch als sinnvoll erachtet.

Vorschläge zu Änderungen des Auswahlalgorithmus und der Auswahlkriterien

Der Wissenschaftliche Beirat hat sich – wie bereits vorangehend erläutert – dazu entschlossen, den Schwerpunkt der diesjährigen Überprüfung auf eine Überarbeitung der Krankheitsabgrenzungen zu legen. Die im Anhörungsverfahren vorgebrachten Anmerkungen zum Aufgreifalgorithmus werden im Falle einer zukünftigen Überprüfung des Auswahlalgorithmus im Einzelnen geprüft.

Die Frage zur genauen Interpretation des Schwellenwertkriteriums wurde bereits in den vorangegangenen Festlegungsprozessen ausführlich diskutiert. Aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats und des BVAs ist der Wortlaut der RSAV eindeutig. Eine davon abweichende „Intention des Ordnungsgebers“ kann nicht erkannt werden.

Die fehlende Annualisierung der Ausgaben Verstorbener ist im Rahmen der Krankheitsauswahl anders zu bewerten als im Klassifikationsmodell, da der Anwendungskontext ein anderer ist. Während beim Klassifikationsmodell die ermittelten Schätzer in Zu- und Abschläge umgerechnet werden, die dann mit den Versicherungstagen der Versicherten multipliziert werden, gehen die im Rahmen der Krankheitsauswahl ermittelten Schätzer in die wurzelgewichtete Formel zur Ermittlung des Perzentilranges ein. Dafür werden sie mit der Zahl der Versicherten (nicht Versichertentage) multipliziert. Gleichwohl erscheint in diesem Verwendungskontext die Ermittlung der Schätzer im versichertentagewichteten WLS-Verfahren als logischer Bruch, der diskussionswürdig ist. Aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats sollte diese Frage an dieser Stelle aber nicht

isoliert vom Berechnungsverfahren im Klassifikationsmodell diskutiert werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird daher keine Änderung des Verfahrens empfohlen.

IV. Änderungen der Krankheitsabgrenzung

Die sich basierend auf den unter I genannten Prinzipien ergebenden beabsichtigten Änderungen bei der Krankheitsabgrenzung werden entsprechend des Anhörungsvorschlages nachfolgend erörtert. Zusätzlich werden jeweils die Anregungen aus der Anhörung und die resultierenden Auswirkungen auf die Festlegung erläutert. Die in diesem Dokument verwendete Nummerierung der Krankheiten bezieht sich dabei auf den bisherigen Status quo. Die neue durchgehende Nummerierung der Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013 kann der dieser Festlegung beiliegenden Zuordnungstabelle (Anhang 4) bzw. dem Anhang 3 (Berechnungsergebnisse) entnommen werden. Der Anhang 4 stellt die komplette Krankheitsabgrenzung für das Ausgleichsjahr 2013 der bestehenden Krankheitsabgrenzung (Ausgleichsjahre 2011 / 2012) auf ICD-Endsteller-Ebene (Stand ICD10-GM 2008-2012) gegenüber.

Die Revision der neurologisch-psychiatrischen Krankheiten wurde für den Anhörungsentwurf mit Herrn Prof. Dr. med. Jürgen Fritze (ehemaliger gesundheitspolitischer Sprecher und Leiter des Referates Psychopharmakologie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN, und derzeitiger leitender Arzt des Verbandes der privaten Krankenversicherung) erörtert. Wissenschaftlicher Beirat und Geschäftsstelle beim Bundesversicherungsamt danken Herrn Professor Fritze ausdrücklich für die sehr konstruktiven und konkreten Hinweise.

a) Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen

Allgemein ist besonders zu betonen, dass durch die vorgezogene Bearbeitung die Krankheitsauswahl zu einem sehr frühen Zeitpunkt abgeschlossen ist und somit bereits im Vorschlagsverfahren für das Klassifikationssystem berücksichtigt werden kann. Wie bereits in den vergangenen Jahren wurden 80 Krankheiten ausgewählt. Insgesamt wurden acht Krankheiten neu aufgenommen. Acht Krankheiten sind entfallen (s. Tabelle 2).

Im Folgenden werden die **wesentlichen Änderungen in der Krankheitsabgrenzung und -auswahl** zusammengefasst.

In der Krankheitsauswahl des Ausgleichsjahres 2013 werden aus pathogenetischen Gründen die Krankheiten *Hypertonie* und *Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung / Enzephalopathie* in der Krankheit **Hypertonie** zusammengefasst. Diese Krankheit wird weiterhin in der Krankheitsauswahl berücksichtigt.

Die Krankheit **Adipositas (mit Krankheitsbezug)** wird neu in der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 berücksichtigt. Hier werden nun alle Formen der Adipositas mit einem BMI (body mass index) über 35 kg/m² unabhängig von ihrem Auslöser berücksichtigt. Durch die strengen Kriterien bei der Berücksichtigung stationärer Nebendiagnosen tritt ein mögliches Upcoding-Risiko durch stationäre Nebendiagnosen in den Hintergrund.

Ebenfalls neu hinzugekommen ist die Krankheit **Chronischer Schmerz**. Die entsprechenden ICD-Kodes wurden aus der Krankheit *Somatoforme / Dissoziative Störungen* ausgegliedert und in der neuen Krankheit *Chronischer Schmerz* zusammengeführt. Etwaigen

unerwünschten Kodieranreizen kann im Klassifikationsmodell durch eine Arzneimittelvalidierung entgegengewirkt werden.

Auch die **Angst- und Zwangsspektrumsstörungen** werden in der aktuellen Krankheitsauswahl berücksichtigt. Diese Krankheit ist durch die Zusammenfassung der Krankheiten *Angststörungen* und *Zwangsstörungen* entstanden.

Ebenfalls neu abgegrenzt wurde die Krankheit **Bösartige Neubildungen der Genitalorgane**. Hier wurden die Krankheiten *Bösartige Neubildungen weiblicher Genitalorgane* und *Bösartige Neubildungen männlicher Genitalorgane* zusammengefasst, da durch die bisherige geschlechtsspezifische Betrachtung die Prävalenz bzw. Anzahl der Personen unter Risiko artifiziiell reduziert wurde.

Dagegen ist die Krankheit **Demenz, einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskulärer Demenz** in der aktuellen Krankheitsauswahl nicht mehr enthalten, da sie das Aufgreifkriterium „kostenintensiv“ nicht erfüllt hat. Auch die Krankheit **Asthma bronchiale** wird in der aktuellen Krankheitsauswahl nicht berücksichtigt, da sie das Schwellenwertkriterium knapp verfehlt hat.

Eine Übersicht über alle hinzugekommenen und weggefallenen Krankheiten bietet die folgende Tabelle.

Tabelle 2: Übersicht über die Veränderungen der Krankheitsauswahl

	Neu hinzugekommen	Kommentar
60	Adipositas (mit Krankheitsbezug)	
72	Peritonitis	
152	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
367	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	
379	Bösartige Neubildungen der Genitalorgane	
381	Chronischer Schmerz	
388	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie	
389	Angst- und Zwangsspektrumsstörungen	
Weggefallen		
37	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane	Weiterhin berücksichtigt in der Krankheit „Bösartige Neubildungen der Genitalorgane“
68	Akute schwere Lebererkrankung	
134	Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)	
141	Angsterkrankungen	Weiterhin berücksichtigt in der Krankheit „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“
178	Hypertensive Herz-/ Nierenerkrankung / Enzephalopathie	Weiterhin berücksichtigt in der Krankheit „Hypertonie“
215	Asthma bronchiale	
231	Vaskuläre Retinopathien	
343	Risikogeburt	

b) Erörterung spezifischer Anpassungen

Krankheiten 36/37 *Bösartige Neubildungen der weiblichen bzw. der männlichen Genitalorgane*

Anhörungsentwurf (KH 36/37): Es wird eine Zusammenlegung der bösartigen Neubildungen der weiblichen (C51-C58) und männlichen (C60-C63) Genitalorgane empfohlen, da durch eine geschlechtsspezifische Betrachtung die Prävalenz bzw. die Anzahl der Personen unter Risiko artifizial reduziert wird und dadurch die bösartigen Neubildungen der Genitalorgane gegenüber anderen bösartigen Neubildungen und anderen geschlechtsunabhängigen Erkrankungen in einem fallzahlgewichteten Auswahlprozess benachteiligt sind. Der Wissenschaftliche Beirat erkennt diese Problematik auch für altersspezifische Erkrankungen und wird ggf. zu einem späteren Zeitpunkt über entsprechende weitergehende Anpassungen beim Auswahlalgorithmus (z.B. Umstellung von absoluten Fallzahlen auf Prävalenzraten) entscheiden.

Anhörung (KH 36/37): Die Zusammenlegung der Krankheiten 36 und 37 wird einheitlich begrüßt.

Bewertung/Festlegung (KH 36/37): Krankheiten 36 und 37 werden, wie im Anhörungsentwurf beschrieben, zur KH379 (vorläufige Nummer) zusammengelegt.

Krankheit 52 *Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen*

Anhörungsentwurf (KH 52): Die bislang der Krankheit 52 zugeordneten ICD-Kodes

- D76.0 Langerhans-Zell-Histiozytose, anderenorts nicht klassifiziert
- D76.00 Multifokale Langerhans-Zell-Histiozytose
- D76.01 Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose
- D76.08 Sonstige und nicht näher bezeichnete Langerhans-Zell-Histiozytose, anderenorts nicht klassifiziert
- D76.1 Hämophagozytäre Lymphohistiozytose
- D76.2 Hämophagozytäres Syndrom bei Infektionen
- D76.3 Sonstige Histiozytose-Syndrome
- D89.0 Polyklonale Hypergammaglobulinämie
- D89.1 Kryoglobulinämie
- D89.2 Hypergammaglobulinämie, nicht näher bezeichnet

stellen keine Stoffwechselerkrankungen im engeren Sinne dar und werden künftig der Krankheit 132 *Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes* zugeordnet.

Ebenso erscheint eine Zuordnung der bislang der Krankheit 52 zugeordneten ICD-Kodes

- E79.8 Sonstige Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels
- E79.9 Störung des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet
- E88.8 Sonstige näher bezeichnete Stoffwechselstörungen
- E89.0 Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen
- E89.1 Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen
- E89.2 Hypoparathyreoidismus nach medizinischen Maßnahmen
- E89.3 Hypopituitarismus nach medizinischen Maßnahmen
- E89.4 Ovarialinsuffizienz nach medizinischen Maßnahmen

- E89.5 Testikuläre Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen
- E89.6 Nebennierenrinden- (Nebennierenmark-) Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen
- E89.8 Sonstige endokrine oder Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen
- E89.9 Endokrine oder Stoffwechselstörung nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet

revisionsbedürftig.

Während E79.8, E79.9 sowie E88.8 eher der Krankheit 65 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Stoffwechselstörungen* zuzuordnen sind, stellen die ICD-Kodes E89.- endokrine oder Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen dar, die eher als *Komplikationen nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung* zu bewerten sind und entsprechend der Spezifizierung der Krankheit 339 bzw. als *nicht näher bezeichnete Komplikationen / Zustände / Symptome* von dem Krankheitsauswahlprozess ausgeschlossen werden.

Anhörung (KH 52, a): Die Verschiebung der ICD-Kodes E89.- *Endokrine oder Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen* in die Krankheit 399 *Komplikationen nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung* wird allgemein als nicht sachgerecht bewertet, da die durch die beabsichtigte Verschiebung betroffenen Stoffwechselstörungen sich im klinischen Bild und der Therapie nicht von den verbliebenen Stoffwechselstörungen unterscheiden und eine nach dem ursprünglichen Auslöser differenzierende Kodierung nicht der Realität entspräche. Zudem schlägt die DAK vor, den Kode E89.8 *Sonstige endokrine oder Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen* der Krankheit 339 *Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten* zuzuordnen.

Bewertung / Festlegung (KH 52, a): Der Hinweis auf die Kodierschwierigkeiten ist nachvollziehbar. Die Verschiebung der ICD-Kodes E89.- wird zurückgenommen. Der seitens der DAK vorgebrachte Vorschlag bzgl. des Kode E89.8 erübrigt sich dadurch.

Anhörung (KH 52, b): TK et al. halten die Verschiebung der ICD-Kodes D76.0- (Langerhans-Zell-Histiozytose) im Gegensatz zur Verschiebung der Codes D76.1/.2/.3 für nicht sachgerecht, da die Langerhans-Zell-Histiozytose eher als Neubildung mit unsicherem Verhalten anzusehen sei und entsprechend mit Chemotherapeutika behandelt werde. Es wird eine Zuordnung zur Krankheit 49 *Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens unterschiedlicher Organe* vorgeschlagen.

Bewertung / Festlegung (KH 52, b): Der Hinweis von TK et al. ist berechtigt. Mit dem Wechsel von ICD-10 2010 auf ICD-10 2011 wird die Langerhans-Zell-Histiozytose als bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes klassifiziert und mit den ICD-Kodes C96.0/.5/.6 verschlüsselt. Da aber alle C96.- Codes der Krankheit 42 *Lymphome und Leukämien* zugeordnet sind, sollten daher auch die Codes D76.0- der Krankheit 42 und nicht wie seitens TK et al. vorgeschlagen der Krankheit 49 zugeordnet werden.

Krankheit 60 Übergewicht mit Krankheitsbezug

Anhörungsentwurf (KH 60): KBV / BÄK haben die Berücksichtigung unspezifischer Adipositas-Kodes (z.B. Adipositas mit niedrigem BMI, lokalisierte Adipositas) in der Krankheitsabgrenzung hinterfragt. Die ICD-10-GM sieht seit 2008 eine differenzierte Kodierung der Adipositas nach Body Mass Index (BMI) vor. Nach Ansicht von KBV / BÄK solle die Krankheitsabgrenzung nur die Fälle mit BMI $>35 \text{ kg/m}^2$ umfassen (ICD E66.01 und .02, E66.11 und .12, E66.21 und .22, E66.81 und .82), da erst ab einem BMI von über 35 kg/m^2 ein eigener spezifischer Krankheitswert der Adipositas vorliegt.

Bewertung im Anhörungsentwurf: Obwohl Adipositas (BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) nicht nur einen etablierten Risikofaktor für viele chronische Krankheiten darstellt, sondern zunehmend auch als eigenständiger Kostenfaktor diskutiert wird¹, wird die Erweiterung auf die Viersteller E66.0- (Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr) bzw. E66.8- (Sonstige Adipositas) nicht aufgegriffen, da die darunterliegenden Diagnosen überwiegend stationäre Nebendiagnosen darstellen und damit ein hohes Upcoding-Potential aufweisen. Die Krankheit wird aber entsprechend der darunterliegenden ICD-Diagnosen umbenannt in „Adipositas mit Krankheitsbezug“.

Anhörung (KH 60): BARMER / GEK bewerten die vorgeschlagenen Änderungen als sachgerecht. KBV / BÄK wiederholen ihren Vorschlag, für die Krankheitsabgrenzung nur die Fälle mit BMI $>35 \text{ kg/m}^2$ aber einschließlich der Adipositasfälle durch Kalorienzufuhr (E66.01/.02) zu berücksichtigen, da erst ab einem BMI von über 35 kg/m^2 ein eigener spezifischer Krankheitswert der Adipositas vorliege. TK et al. schlagen hingegen vor, alle ICD-Kodes zu Übergewicht / Adipositas unabhängig von Auslöser und dem Grad der Adipositas unter der Krankheit zusammenzufassen und eine Schweregradifferenzierung im Klassifikationsmodell vorzusehen.

Bewertung / Festlegung (KH 60): Im Hinblick auf die prognostische Bedeutung erscheint eine Berücksichtigung aller Formen der Adipositas ab einem BMI von 35 kg/m^2 unabhängig vom Auslöser gerechtfertigt. Mit dem Wissenschaftlichen Beirat wurde eingehend die Frage erörtert, inwiefern eine solche Erweiterung auch einen möglichen Anreiz für ein besseres Versorgungsmanagement oder möglicherweise eine Belohnung für ein vermeidbares Risiko darstellt. Im Rahmen dieser Diskussion wurde auch die Frage erörtert, ob nicht bereits die meisten der durch Adipositas verursachten Krankheiten (wie z.B. Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Arthrose, Diabetes mellitus Typ 2, bestimmte Neubildungen) im MorbiRSA berücksichtigt werden, und ob hieraus eventuell ein „mehrfaches Aufschlagen gleicher Personen“ mit möglichen nachteiligen Folgen für das Klassifikationsmodell und der Berechnung der HMG-Zuschläge resultiere. Angesichts der zeitlichen Verzögerung zwischen Adipositas und der Manifestation der durch sie verursachten Krankheiten, ist diese Sorge aber unbegründet, vielmehr könnten dadurch Anreize für ein besseres Versorgungs-

¹ Simons et al, J Gen Intern Med (2011;26:1284-1290); Deutsches Ärzteblatt Nachrichten: Adipositas erhöht Gesundheitskosten (<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/47887/>)

management gesetzt werden. Durch die strengeren Kriterien bei der Berücksichtigung stationärer Nebendiagnosen im aktuellen Klassifikationsmodell, tritt das Upcoding-Risiko durch stationäre Nebendiagnosen in den Hintergrund, so dass dem KBV / BÄK-Vorschlag gefolgt wird.

Die Krankheit *Adipositas mit Krankheitsbezug* umfasst damit folgende Diagnosen:

- E66.01 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
- E66.02 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
- E66.11 Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
- E66.12 Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
- E66.21 Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
- E66.22 Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
- E66.81 Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
- E66.82 Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
- E66.91 Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
- E66.92 Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr

Krankheit 62 *Vitamin-B-Mangel / andere Formen der Avitaminosen / Mangel an Spurenelementen*

Anhörungsentwurf (KH 62): Die Krankheit 62 umfasst bislang – wie der Name schon sagt – unterschiedliche Mangelzustände bzw. -erkrankungen. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Krankheitsbilder und der Ätiologie ist eine engere Abgrenzung der bisherigen Krankheit 62 angezeigt und nachfolgende Auftrennung der verschiedenen Diagnosen in neue Krankheitsentitäten beabsichtigt.

Beabsichtigte Zuordnung der ICD-Kodes aus Krankheit 62 *Vitamin-B-Mangel / andere Formen der Avitaminosen / Mangel an Spurenelementen*

ICD	Bedeutung	Neue Krankheitsentität
E51.-	Thiaminmangel [Vitamin-B1-Mangel]	Vitamin B-Mangel
E52.-	Niazinmangel [Pellagra]	
E53.-	Mangel an sonstigen Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	
E54	Ascorbinsäuremangel	Andere Formen der Avitaminosen
E55.9	Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet	
E56.0	Vitamin-E-Mangel	

E56.1	Vitamin-K-Mangel	
E56.8	Mangel an sonstigen Vitaminen	
E56.9	Vitaminmangel, nicht näher bezeichnet	
E64.1	Folgen des Vitamin-A-Mangels	
E64.2	Folgen des Vitamin-C-Mangels	
E64.3	Folgen der Rachitis	
E58	Alimentärer Kalziummangel	Mangel an Spurenelementen
E59	Alimentärer Selenmangel	
E60	Alimentärer Zinkmangel	
E61.0	Kupfermangel	
E61.1	Eisenmangel	
E61.2	Magnesiummangel	
E61.3	Manganmangel	
E61.4	Chrommangel	
E61.5	Molybdänmangel	
E61.6	Vanadiummangel	
E61.7	Mangel an mehreren Spurenelementen	
E61.8	Mangel an sonstigen näher bezeichneten Spurenelementen	
E61.9	Spurenelementmangel, nicht näher bezeichnet	
E63.0	Mangel an essentiellen Fettsäuren [EFA]	Sonstige alimentäre Mangelzustände
E63.1	Alimentärer Mangelzustand infolge unausgewogener Zusammensetzung der Nahrung	
E63.8	Sonstige näher bezeichnete alimentäre Mangelzustände	
E63.9	Alimentärer Mangelzustand, nicht näher bezeichnet	
E64.8	Folgen sonstiger alimentärer Mangelzustände	
E64.9	Folgen eines nicht näher bezeichneten alimentären Mangelzustandes	
E90	Ernährungs- und Stoffwechselstörungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	

Anhörung (KH 62): Die Anpassung wird allgemein als sachgerecht und sinnvoll bezeichnet. Die DAK bemängelt das Fehlen ökonomischer Aspekte bei der Zusammenstellung der Krankheitsgruppen. Nach Ansicht des AOK-BV stellen Vitaminmangelkrankungen angesichts der Versorgungssituation in der Bevölkerung heutzutage in erster Linie Folgen bzw. Symptome anderer Erkrankungen dar und sollten daher nicht als eigenständige Krankheit angesehen werden.

Bewertung / Festlegung (KH 62): Wie die aktuelle Diskussion um die Anpassung der Vitamin-D-Versorgung demonstriert, kann Vitaminmangel nicht pauschal als Folge anderer Erkrankungen angesehen werden. Der Hinweis, dass innerhalb der Krankheitsgruppen unterschiedlich teure Krankheitsformen subsummiert sind, ist richtig. Aber wie bereits an anderer Stelle erläutert, soll primär nicht die Kostenhomogenität über die Zusammenstellung von Krankheiten entscheiden, sondern medizinische Aspekte.

Die Anpassung wird entsprechend dem Anhörungsentwurf umgesetzt.

Krankheit 65 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Stoffwechselstörungen*

Anhörungsentwurf (KH 65): Der ICD-Code ICD E88.3 *Tumorlyse-Syndrom*, der bislang der Krankheit 65 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Stoffwechselstörungen* zugeordnet wurde, beschreibt eine Stoffwechselentgleisung durch die Freisetzung verschiedener Inhaltsstoffe (u.a. Harnsäure, Phosphat, Kalium, Kalzium) aus dem Zellinneren von Tumorzellen unter Chemotherapie. Im ungünstigsten Fall kommt es zum akuten Nierenversagen, das bis zur chronischen Dialysepflicht führen kann.

Aufgrund der unterliegenden bösartigen Neubildung erscheint daher eine Zuordnung zur Krankheit 41 *Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation* indiziert. Analog werden nun auch die ICD-Kodes K52.0 *Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung* bzw. K62.7 *Strahlenproktitis*, beide bislang der Krankheit 339 *Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung* zugeordnet, der Krankheit 41 *Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation* zugeordnet. Die Krankheit 41 wird umbenannt in *Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)*.

Anhörung (KH 65): Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet.

Bewertung / Festlegung (KH 65): Die Anpassung wird entsprechend dem Anhörungsentwurf umgesetzt.

Krankheit 72 *Peritonitis, exkl. Appendizitis und Entzündungen des weiblichen Beckens*

Anhörungsentwurf (KH 72): Der ICD-Code K67.8 *Sonstige Krankheiten des Peritoneums bei anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten* wird entsprechend der anderen durch Infektionskrankheiten verursachten Peritonitiden (K67.0/1/2/3) der Grundkrankheit (in diesem Fall Krankheit 20 *Bakterielle Zoonosen und andere schwerwiegende bakterielle Infektionen*) zugeordnet.

Anhörung (KH 72): Während die Darstellung der Peritonitis als eigenständige Krankheit als vertretbar angesehen wird (Barmer / GEK) bzw. die Anpassung des BVA begrüßt wird (TK et al.), wird einerseits die Abgrenzung zur Appendizitis mit Peritonitis hinterfragt (Barmer / GEK), andererseits die Eingruppierung anderer bakteriell bedingter Peritonitiden in die Krankheit 72 vorgeschlagen (AOK-BV).

Bewertung / Festlegung (KH 72): Die Ausgliederung des ICD-Kodes K67.8 folgt dem Prinzip der Orientierung nach der Pathogenese / Grundkrankheit (hier: andernorts klassifizierte Infektionskrankheit). Aus gleichem Grund können die seitens AOK-BV bzw. Barmer / GEK eingebrachten Vorschläge nicht umgesetzt werden. Allerdings wird anerkannt, dass die Peritonitis nur selten eine eigenständige Erkrankung darstellt. Als häufigste Ursache finden sich: akute Appendizitis, Cholezystitis, Pankreatitis, Eileiterentzündung, perforierender

Darmverschluss, Mesenterialinfarkt, abdominelle Stichverletzungen, Bauchfelldialyse und Peritonealkarzinose. Da aber der ICD für viele der obengenannten Grunderkrankungen eine gesonderte Kodierung vorsieht, erscheint die im Rahmen des Anhörungsentwurfs vorgetragene Anpassung sachgerecht und wird daher so belassen.

Krankheit 74 *Erkrankungen des Pankreas*

Anhörungsentwurf (KH 74): TK et al. haben in einer früheren Stellungnahme die Auftrennung der *Erkrankungen des Pankreas* anhand der enthaltenen Dreisteller angeregt, da Genese und Therapie erheblich differieren. Der Vorschlag wird aufgegriffen und die Krankheit 74 *Erkrankungen des Pankreas* folgendermaßen aufgelöst:

Beabsichtigte Zuordnung der ICD-Kodes aus Krankheit 74 *Erkrankungen des Pankreas*

ICD	Bedeutung	Neue Krankheitsentität
B26.3	Mumps-Pankreatitis	Andere virale Infektionen
E16.3	Erhöhte Glukagonsekretion	Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas
E16.4	Abnorme Gastrinsekretion	
E16.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen der inneren Sekretion des Pankreas	
E16.9	Störung der inneren Sekretion des Pankreas, nicht näher bezeichnet	
K85.-	Akute Pankreatitis	Akute Pankreatitis
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis	Chronische Pankreatitis
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	
K86.2	Pankreaszyste	Sonstige Krankheiten des Pankreas
K86.3	Pseudozyste des Pankreas	
K86.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas	
K86.9	Krankheit des Pankreas, nicht näher bezeichnet	
K87.1	Krankheiten des Pankreas bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	
K90.-	Intestinale Malabsorption	Intestinale Malabsorption

Anhörung (KH 74): Eine Auftrennung der bisherigen *Erkrankungen des Pankreas* wird im Grunde als sachgerecht angesehen (GKV-SV, Barmer / GEK, IKK e.V., TK et al., KBV / BÄK), allerdings wird die Auftrennung über die Ausgliederung der ICD-Kodes E16.3-E16.9 hinaus als zu fein angesehen und im Hinblick auf das Kodierverhalten problematisch gesehen (u.a. GKV-SV, KBV / BÄK). Die Trennung der Kreuz-Stern-Diagnosen B26.3 *Mumps-Pankreatitis* und K87.1 *Krankheiten des Pankreas bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* in zwei unterschiedliche Krankheiten sei kritisch (GKV-SV, KBV-BÄK) und stehe nicht in Analogie zum Umgang mit der Mumps-Meningitis. Auch sei die vorgeschlagene Differenzierung ungewöhnlich, da akute Pankreaserkrankungen häufig chronisch werden

(KBV-BÄK). Zudem führe die vorgeschlagene Krankheitsabgrenzung dazu, dass Krankheitsausprägungen nicht mehr in einer Krankheit zusammengefasst werden (GKV-SV). Beispielhaft wird hier die Trennung der Pankreaszysten von der chronischen Pankreatitis genannt. Auch sei die intestinale Malabsorption ein typisches Symptom einer Pankreaserkrankung und könne nicht als eigenständige Krankheitsentität betrachtet werden.

Bewertung / Festlegung (KH 74): Der Hinweis auf die Abgrenzungsprobleme im Zusammenhang mit der Krankheitsauswahl wird aufgegriffen. Die unterschiedlichen Krankheitsausprägungen sollen dann im Klassifikationsmodell berücksichtigt werden. Es werden lediglich die ICD-Kodes E16.3-E16.9 sowie die Codes K90.- *Intestinale Malabsorption* (mit Ausnahme des Codes K90.3 *Pankreatogene Steatorrhoe*) zu jeweils eigenständigen Krankheiten (s. Tabelle) ausgegliedert. Die Codes K90.- *Intestinale Malabsorption* beschreiben bis auf K90.3 *Pankreatogene Steatorrhoe* Malabsorptionsstörungen, die primär nicht pankreatogen bedingt sind, wie z.B. Zöliakie, Sprue, Blind-Loop-Syndrom. Der Code K90.3 *Pankreatogene Steatorrhoe* hingegen beschreibt eine Erkrankung des Pankreas, die in der Regel verursacht wird durch eine Pankreatitis (Erwachsene) bzw. durch Mukoviszidose (Kinder).

Zuordnung der ICD-Kodes aus der bisherigen Krankheit 74 *Erkrankungen des Pankreas im Ausgleichsjahr 2013*

ICD	Bedeutung	Neue Krankheitsentität
E16.3	Erhöhte Glukagonsekretion	Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas
E16.4	Abnorme Gastrinsekretion	
E16.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen der inneren Sekretion des Pankreas	
E16.9	Störung der inneren Sekretion des Pankreas, nicht näher bezeichnet	
B26.3	Mumps-Pankreatitis	Erkrankungen des Pankreas
K85.-	Akute Pankreatitis	
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis	
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	
K86.2	Pankreaszyste	
K86.3	Pseudozyste des Pankreas	
K86.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas	
K86.9	Krankheit des Pankreas, nicht näher bezeichnet	
K87.1	Krankheiten des Pankreas bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	
K90.3	Pankreatogene Steatorrhoe	
K90.0	Zöliakie	Intestinale Malabsorption
K90.1	Tropische Sprue	
K90.2	Syndrom der blinden Schlinge, anderenorts nicht klassifiziert	
K90.4	Malabsorption durch Intoleranz, anderenorts nicht klassifiziert	
K90.8	Sonstige intestinale Malabsorption	
K90.9	Intestinale Malabsorption, nicht näher bezeichnet	

Krankheit 96 *Spinalkanalstenose*

Anhörungsentwurf (KH 96): Die Krankheit 96 *Spinalkanalstenose* umfasst bislang die ICD-Kodes M48.0- *Spinal(kanal)stenose* als auch die ICD-Kodes M99.2- bis M99.7- aus dem ICD-Dreisteller M99 *Biomechanische Funktionsstörungen andernorts nicht klassifiziert*. Da gemäß ICD-10-GM die ICD-Kodes M99.2-M99.7 nicht zur Primärverschlüsselung benutzt werden sollen, wenn der Krankheitszustand andernorts klassifiziert werden kann (z.B. M48.0), werden sie von dem Krankheitsauswahlprozess ausgeschlossen und der Ausschlusskategorie „*Symptome, Zustand,...*“ zugeordnet.

Anhörung (KH 96): Die Ausgliederung der M99.2- bis M99.7- wird allgemein als nicht nachvollziehbar angesehen. Zwar wird anerkannt, dass diese Codes nicht zur Verschlüsselung benutzt werden sollen, wenn der Krankheitszustand andernorts klassifiziert werden kann (z. B. M48.OX). Allerdings wird in den Stellungnahmen darauf verwiesen, dass mit diesen Diagnosen die Gründe für die Verengung des Spinalkanals dargestellt werden können. Die Verwendung des ICD-Schlüssels sei daher bei bestimmten Sachverhalten gut begründbar und ihr Ausschluss wäre ein Informationsverlust bzw. ein Fehlanreiz bei der Kodierung.

Bewertung / Festlegung (KH 96): Der vorgebrachten Argumentation wird gefolgt. Der Ausschluss wird rückgängig gemacht.

Krankheit 109 *Reaktive Arthritiden* bzw. Krankheit 093 *Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen*

Anhörungsentwurf (KH 109): Im Rahmen der Überarbeitung der bisherigen Ausschlusskategorie („KH 501“) sollen die Diagnosen M02.0- *Arthritis nach intestinalem Bypass* und M02.2- *Arthritis nach Impfung* nunmehr der Krankheit 109 *Reaktive Arthritiden* zugeordnet werden.

Anhörung (KH 109/501): Mit Blick auf Ätiologie und Pathogenese wird die Aufnahme der Codes M02.0- *Arthritis nach intestinalem Bypass* und M02.2- *Arthritis nach Impfung* kritisiert (TK et al.).

Anhörung (KH 109/093): Nach Ansicht des AOK-BV sollten zudem KH109 *Reaktive Arthritiden* und KH93 *Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen* zusammengefasst werden, da Symptome, Behandlung und Folgen dieselben seien.

Bewertung / Festlegung (KH 109/501): Bei den Arthritiden nach Impfung (ICD M02.2- handelt es sich um reaktive Arthritiden, so dass die Zuordnung zur gleichnamigen Krankheit schlüssig und berechtigt ist.

Bewertung / Festlegung (KH 109/093): Eine Zusammenlegung von KH109 *Reaktive Arthritiden* und KH93 *Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen* erscheint dagegen trotz ähnlicher Symptomatik und Behandlung nicht gerechtfertigt, da es bei KH93 primär um eine Autoimmunkrankheit und bei KH109 in der Regel um eine Entzündungsreaktion durch einen von außen eingebrachten Auslöser handelt.

Krankheit 129 Eisenmangel- und nicht näher bezeichnete Anämien

Anhörungsentwurf (KH 129): Die Krankheit 129 *Eisenmangel- und nicht näher bezeichnete Anämien* umfasst bislang die ICD-Kodes D50.- *Eisenmangelanämie* sowie D64.9 *Anämie, nicht näher bezeichnet*. Aufgrund der unterschiedlichen Pathogenese / Ätiologie innerhalb des ICD-Dreistellers D50.- *Blutung versus primärer Eisenmangel* und der unspezifischen Charakterisierung des ICD-Kodes D64.9 erscheint eine Ausgliederung des ICD-Kodes D50.0 *Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch) – Posthämorrhagische Anämie (chronisch)* und des ICD-Kodes D64.9 aus der Krankheit 129 sachgerecht. Der Code D50.0 bildet die neue Krankheit *Chronische posthämorrhagische Anämie*, der ICD-Kode D64.9 bildet die neue Krankheit *Anämie, nicht näher bezeichnet*, die bisherige Krankheit 129 mit den verbliebenen ICD-Kodes D50.1/8/9 wird umbenannt in „*Eisenmangelanämie*“.

Beabsichtigte Zuordnung der ICD-Kodes aus Krankheit 129 Eisenmangel- und nicht näher bezeichnete Anämien

ICD	Bedeutung	Neue Krankheitsentität
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	Chronische posthämorrhagische Anämie
D50.1	Sideropenische Dysphagie	Eisenmangelanämie
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	
D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet	Anämie, nicht näher bezeichnet

Anhörung (KH 129): Die Auftrennung wird seitens Barmer / GEK, TK et al. und IKK e.V als sachgerecht bezeichnet. Nach Ansicht des AOK-BV könnten die betroffenen Diagnosen aber auch von der Krankheitsauswahl komplett ausgeschlossen werden (KH 501 Ausschluss...), da es sich hierbei um Symptome anderer Erkrankungen handele.

Bewertung / Festlegung (KH 129): Da es sich um keine eigenständigen Krankheiten handelt, werden die Diagnosen ausgeschlossen und der Ausschlußkategorie (KH501) zugeordnet.

Krankheit 130 Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten

Anhörungsentwurf (KH 130): Die Krankheit 130 *Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten* umfasst bislang folgende ICD-Kodes:

- D63.0 Anämie bei Neubildungen
- D63.8 Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten
- D64.8 Sonstige näher bezeichnete Anämien

Die beiden D63er-Kodes stellen dabei im Wesentlichen Komplikationen / Folgen bei anderen Grundkrankheiten und keine eigenständigen Krankheiten dar. Nach Prüfung verschiedener Szenarien (partieller bzw. totaler Ausschluss) erscheint folgende Aufteilung sachgerecht:

- Der ICD-Kode D63.0 weist auf eine nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung hin und wird daher künftig der Krankheit 41 *Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)* zugeordnet.
- Der ICD-Kode D64.8 umfasst namentlich die *Infantile Pseudoleukämie* und die *Leukoerythroblastische Anämie*, die beide unter nosologischen Gesichtspunkten besser den *Myeloproliferativen / myelodysplastischen Erkrankungen* (Krankheit 122) zuzuordnen sind.
- Der ICD-Kode D63.8 verbleibt als einziger Code in der Krankheit 130. Die Krankheit 130 wird entsprechend umbenannt in *Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten (ohne bösartige Neubildungen)*.

Beabsichtigte Zuordnung der ICD-Kodes aus Krankheit 130 *Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten*

ICD	Bedeutung	Neue Krankheitsentität
D63.0	Anämie bei Neubildungen	Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)
D63.8	Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten	Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten (ohne bösartige Neubildungen)
D64.8	Sonstige näher bezeichnete Anämien	Myeloproliferative / myelodysplastische Erkrankungen

Anhörung (KH 130): Die beabsichtigte Anpassung wird allgemein als sachgerecht bezeichnet. Es wird aber von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen, dass der ICD-Kode D63.8 *Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten* ab der ICD-Version 2010 als Sternkode bei N18.3 bis N18.5 definiert ist, und von daher eine Zuordnung zur Krankheit 262 *Niereninsuffizienz* geprüft werden soll. Im Gegensatz dazu empfiehlt die DAK die Verschiebung der Diagnosen aus der KH130 nicht umzusetzen, da z.B. ICD D63.0 bei allen bösartigen Neubildungen vorkommen kann und deswegen nicht einer der Krankheiten zugeordnet werden könne.

Bewertung / Festlegung (KH 130): Es ist richtig, dass der Kode D63.8 *Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten* ab der ICD-Version 2010 als Sternkode bei N18.3 bis N18.5 definiert ist. Allerdings nur als namentlich benanntes „Inklusivum“, dass die Einbeziehung anderer nicht renal bedingter Anämien (z.B. Infektanämien) nicht ausschliesst. Von daher ist eine Verschiebung dieses Kodes zur

Krankheit 262 *Niereninsuffizienz* nicht sachgerecht. Die Zuordnung des ICD-Kodes D63.0 zu der Krankheit 41 *Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)* ist für die Krankheitsauswahl unproblematisch, da es sich ebenfalls um einen Sternkode handelt, und die betreffende Tumorerkrankung entsprechend zusätzlich kodiert werden müsste. Für das Klassifikationsmodell hat die Berücksichtigung dieses Kodes aber den Vorteil einer weiteren möglichen Schweregraddifferenzierung innerhalb der Hierarchie der bösartigen Neubildungen.

Es erfolgt keine Änderung gegenüber dem Anhörungsentwurf.

Krankheit 133 *Delir und Enzephalopathie*

Anhörungsentwurf (KH 133): KBV / BÄK hatten in einer früheren Anhörung die Bildung einer eigenen Krankheit *Enzephalopathie* aus allen entsprechenden ICD-Kodes (G92/G93.4/K72.7-) angeregt.

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 133 *Delir und Enzephalopathie*

ICD	Bezeichnung
F05.0	Delir ohne Demenz
F05.8	Sonstige Formen des Delirs
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet
F06.0	Organische Halluzinose
F06.1	Organische katatone Störung
F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung
F06.3	Organische affektive Störungen
F06.4	Organische Angststörung
G92	Toxische Enzephalopathie
G93.4	Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet
K72.7	Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum
K72.71	Hepatische Enzephalopathie Grad 1
K72.72	Hepatische Enzephalopathie Grad 2
K72.73	Hepatische Enzephalopathie Grad 3
K72.74	Hepatische Enzephalopathie Grad 4
K72.79	Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet

Nach Einbeziehung der Bewertung des externen Experten wird dieser Vorschlag nicht aufgegriffen. Die mit F0 beginnenden Diagnosen haben grundsätzlich den Charakter von Manifestationskodes (Stern-Kodes), denen also der Ätiologie-Kode (Kreuz-Kode) voranzustellen ist. Dies wurde in der ICD-10-GM vor einigen Jahren zumindest für F00.- und F02.- auch umgesetzt. Wenn nun die Codes "G92, G93.4, K72.7, K72.71, K72.72, K72.73, K72.74, K72.79" von den F-Kodes der Krankheit 133 getrennt würden, dann würden voraussichtlich vergleichbare Krankheiten, für die bisher eine eindeutige Kodierregel (Kreuz-Stern-Systematik) in der ICD fehlt, unterschiedlichen Gruppen zugeordnet. Die unterschiedliche Zuordnung von Manifestations- und Ätiologiekodes zu unterschiedlichen

Gruppen würde Anreize für unerwünschte Kodieraktivitäten geben, weshalb von einem solchen Schritt abgesehen wird.

Anhörung (KH 133): Seitens Barmer / GEK wird dieser Vorschlag als sachgerecht bezeichnet. TK et al. schlagen vor, die Krankheit durch Herauslösen einzelner Diagnosen weiter zu unterteilen und die beiden neuen Krankheiten "Hepatische Enzephalopathie" und "Organische Psychosen" zu bilden. Nach Ansicht der DAK sollten aus medizinischen und Kostengründen der Kode F05.1 *Delir bei Demenz* der KH133 (statt KH134 Demenz), der Kode G93.4 der KH380 *Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* sowie die Kodes F06.- der KH135 *Nicht-psychotisch organische Störung* zugeordnet werden.

Bewertung / Festlegung (KH 133): Wie bereits im Anhörungsentwurf beschrieben, würde eine unterschiedliche Zuordnung von Manifestations- und Ätiologiekodes Anreize für unerwünschte Kodieraktivitäten nach sich ziehen. Von daher werden die in der Anhörung vorgebrachten Vorschläge einer weiteren Unterteilung nicht aufgegriffen. Gleiches gilt für den Vorschlag, den Kode F05.1 *Delir bei Demenz* der KH133 (anstelle der KH134 Demenz) zuzuordnen.

Die Anpassung wird entsprechend dem Anhörungsentwurf umgesetzt.

Krankheit 134 Demenz, einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz

Anhörungsentwurf (KH 134): Die Krankheit 134 umfasst bislang neben ICD-Kodes, die die Demenz und Senilität im engeren Sinne abbilden, auch die beiden ICD-Kodes G31.9 *Degenerative Krankheit des Nervensystems, nicht näher bezeichnet* sowie G32.8 *Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*.

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 134 Demenz

ICD	Bezeichnung
F00.-	Demenz bei Alzheimer-Krankheit
F01.-	Vaskuläre Demenz
F02.-	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F05.1	Delir bei Demenz
F06.5	Organische dissoziative Störung
F06.6	Organische emotional labile [asthenische] Störung
F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F06.9	Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung
G30.-	Alzheimer-Krankheit
G31.0	Umschriebene Hirnatrophie
G31.1	Senile Degeneration des Gehirns, anderenorts nicht klassifiziert

ICD	Bezeichnung
G31.2	Degeneration des Nervensystems durch Alkohol
G31.82	Lewy-Körper-Demenz
G31.9	Degenerative Krankheit des Nervensystems, nicht näher bezeichnet
G32.8	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Aufgrund der auch im ICD-10-GM nicht näher beschriebenen Spezifikation dieser Diagnosen, sollen diese künftig ausgegliedert werden und mit anderen nicht näher bezeichneten, degenerativen Erkrankungen des Nervensystems eine neue Krankheit *Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* bilden.

Zusammensetzung der neuen Krankheit *Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems*

ICD	Bezeichnung
G31.8	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems
G31.81	Mitochondriale Zytopathie
G31.88	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems
G31.9	Degenerative Krankheit des Nervensystems, nicht näher bezeichnet
G32.0	Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
G32.8	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Da nach Ansicht des externen Experten der ICD-Kode F06.7 *Leichte kognitive Störung* (bisher Krankheit 135 *Nicht-psychothisch organische Störung*) überwiegend einem Frühstadium der Alzheimer-Demenz entspricht, ist beabsichtigt, dass dieser Code künftig der Krankheit *Demenz* zugeordnet wird.

Anhörung (KH 134): Die beabsichtigten Anpassungen bei der Abgrenzung werden überwiegend als sachgerecht bezeichnet, auch wenn die Nichtberücksichtigung der Demenz im MorbiRSA allgemein mit Sorge gesehen wird. Die Eingliederung des ICD-Kodes F06.7 *Leichte kognitive Störung* wird kontrovers, ohne klares mehrheitliches Votum beurteilt. Während seitens BPTK, TK et al. und Barmer / GEK die Eingliederung des ICD-Kodes F06.7 als sachgerecht bzw. vertretbar angesehen wird, sehen KBV / BÄK und AOK-BV eine „leichte kognitive Störung“ als Vorstufe aber nicht als hinreichende Bedingung für eine Demenz.

Die Zuordnung des ICD Kodes F09 *Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung* zur Demenz ist nach Ansicht des AOK-BV nicht schlüssig.

Bewertung / Festlegung (KH 134): BVA und Wissenschaftlicher Beirat sind sich der aktuellen Diskussion um Behandlungs- und Versorgungsdefizite bei der Demenz bewußt. Die Nichtberücksichtigung der Demenz im MorbiRSA darf aber nicht als Argument für eine fortbestehende Unterversorgung oder als Indiz einer „Zementierung einer Unterversorgung“ mißbraucht werden. Es wird zum wiederholten Male darauf hingewiesen, dass durch den

MorbiRSA nicht Behandlungskosten, sondern finanzielle Risiken der Kassen durch eine unterschiedliche Risikostruktur ausgeglichen werden sollen.

Wissenschaftlicher Beirat und BVA folgen der Ansicht, dass die Zuordnung des ICD-Kodes F09 zur Demenz nicht schlüssig ist. Die Diagnose **F09** wird künftig der **Krankheit 135 Nicht-psychotisch organische Störung** zugeordnet.

Der Diagnose-Kode **F06.7 Leichte kognitive Störung** beschreibt gemäß ICD-GM eine Störung, die charakterisiert ist durch Gedächtnisstörungen, Lernschwierigkeiten und die verminderte Fähigkeit, sich längere Zeit auf eine Aufgabe zu konzentrieren. Aber keines dieser Symptome sei so schwerwiegend, dass die Diagnose einer Demenz (F00-F03) oder eines Delirs (F05) gestellt werden kann. Von daher folgt das BVA der Auffassung, dass eine „leichte kognitive Störung“ als Vorstufe aber nicht als hinreichende Bedingung für eine Demenz angesehen werden kann und nach ICD eine Abgrenzung zur Demenz besteht. Die Diagnose F06.7 wird wie im Status quo der Krankheit 135 *Nicht-psychotisch organische Störung* zugeordnet.

Krankheit 135 Nicht-psychotisch organische Störung

Anhörungsentwurf (KH 135): Die Krankheit 135 umfasst bislang die ICD-Kodes F06.7 *Leichte kognitive Störung* sowie F07.- *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns*.

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 135 Nicht-psychotisch organische Störung

ICD	Bezeichnung
F06.7	Leichte kognitive Störung
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung
F07.1	Postenzephalitisches Syndrom
F07.2	Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma
F07.8	Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F07.9	Nicht näher bezeichnete organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

Da nach Ansicht des externen Experten der ICD-Kode F06.7 *Leichte kognitive Störung* überwiegend einem Frühstadium der Alzheimer-Demenz entspricht, ist beabsichtigt, dass dieser Code künftig der Krankheit *Demenz* zugeordnet wird.

Anhörung (KH 135): Die Eingliederung des ICD-Kodes F06.7 wird seitens BPTK, TK et al. und Barmer / GEK als sachgerecht bzw. vertretbar angesehen, während KBV / BÄK und AOK-BV eine „leichte kognitive Störung“ als Vorstufe, aber nicht als hinreichende Bedingung für eine Demenz sehen.

Bewertung / Festlegung (vgl. KH 134) (KH 135): Der Diagnose-Kode **F06.7** *Leichte kognitive Störung* beschreibt gemäß ICD-GM eine Störung, die charakterisiert ist durch Gedächtnisstörungen, Lernschwierigkeiten und die verminderte Fähigkeit, sich längere Zeit auf eine Aufgabe zu konzentrieren. Aber keines dieser Symptome sei so schwerwiegend, dass die Diagnose einer Demenz (F00-F03) oder eines Delirs (F05) gestellt werden kann. Von daher folgt das BVA der Auffassung, dass eine „leichte kognitive Störung“ als Vorstufe aber nicht als hinreichende Bedingung für eine Demenz angesehen werden kann und nach ICD eine Abgrenzung zur Demenz besteht. Die Diagnose F06.7 wird wie im Status quo der Krankheit 135 *Nicht-psychotisch organische Störung* zugeordnet.

Krankheit 136 *Anderer / nicht näher bezeichneter Krankheitszustand des Zentralnervensystems* bzw. Krankheit 157 *Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems*

Anhörungsentwurf (KH 136, 157): Die Krankheit 136 umfasst bislang die ICD-Kodes G31.8/.81/.88 aus der ICD-Gruppe *Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* sowie einzelne Codes aus der ICD-Gruppe *Sonstige Krankheiten des Nervensystems* (G93, G94.8, G96, G98, G99.8). Unter pathogenetischen und nosologischen Gesichtspunkten erscheint eine Zuordnung der G31.8-Kodes aus Krankheit 136 wie auch des ICD-Kodes G32.0 *Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* aus Krankheit 157 in die neu geschaffene Krankheit 380 *Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* (s.o.) sinnvoll.

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 136 *Anderer / nicht näher bezeichneter Krankheitszustand des Zentralnervensystems*

ICD	Bezeichnung
G31.8	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems
G31.81	Mitochondriale Zytopathie
G31.88	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems
G93.0	Hirnzysten
G93.2	Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri]
G93.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Gehirns
G93.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Gehirns
G93.9	Krankheit des Gehirns, nicht näher bezeichnet
G94.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Gehirns bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
G96.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis
G96.1	Krankheiten der Meningen, anderenorts nicht klassifiziert
G96.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Zentralnervensystems
G96.9	Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet
G98	Sonstige Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert
G99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Anhörung (KH 136, 157): Die Anpassung wird seitens Barmer / GEK und TK et al. als sachgerecht bezeichnet. Darüber hinaus wird angeregt, das Hirnödem (G93.6, KH167 *Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen*), die n. n. bez. Krankheiten des Rückenmarks und Myelopathien bei andernorts klassifizierten Krankheiten (G95.9 / G99.2, beide KH157 *Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems*) sowie die restlichen Diagnosen aus G31.- (namentlich G31.0/.1/.2./82) der KH 380 *Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* zuzuordnen.

Bewertung / Festlegung (KH 136, 157): Die seitens der Anhörungspartner vorgebrachten weiteren Anpassungen werden nicht umgesetzt, da die bisherige Zuordnung der betroffenen Diagnosen in den bestehenden Krankheitsgruppen nach Ansicht des BVA besser mögliche Kodiervarianten innerhalb der betreffenden Krankheiten abdeckt. Eine weitere Anpassung gegenüber dem Anhörungsvorschlag ist daher nicht erforderlich.

Krankheit 137 *Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch*

Anhörungsentwurf (KH 137): Nach Hinweis seitens des IKK e.V. ist beabsichtigt, den bislang beim Krankheitsauswahl-Prozess nicht berücksichtigten ICD-Kode Z51.83 *Opiatsubstitution* der Krankheit 137 zuzuordnen.

Anhörung (KH 137): Die Zuordnung des ICD-Kodes Z51.83 *Opiatsubstitution* zur Krankheit 137 *Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch* ist umstritten. Während KBV / BÄK, BPtK die Änderung sachgerecht bzw. als nachvollziehbar bezeichnen, lehnen GKV-SV und Barmer / GEK diese mit dem Hinweis auf Fehl- bzw. Unterkodierung ab. TK et al. schlagen die Aufnahme einer Reihe weiterer Diagnosen, die auf einen schwerwiegenden Alkoholmissbrauch hindeuten (bspw. Alkoholgastritis, alkohol. Leberzirrhose, Alkoholmyopathie, alkoholinduzierte Pankreatitis) vor.

Bewertung / Festlegung (KH 137): Der Hinweis auf eine mögliche Untererfassung beim ICD-Kode Z51.83 wird nicht aufgegriffen, da mit der im Anhörungsentwurf beschriebenen Berücksichtigung dieses Codes auch Anreize für eine vollständigere Kodierung gesetzt werden. Eventuellen unberechtigten Zuweisungen durch Fehlkodierungen kann durch eine Arzneimittelvalidierung im Klassifikationsmodell begegnet werden. Die seitens TK et al. vorgebrachte, nach dem ursprünglichen Auslöser differenzierende Kodierung alkohol-assoziierten Diagnosen ist angesichts der Kodierrealität problematisch (vgl. Ausführungen zu Krankheit 52).

Es erfolgt keine Änderung gegenüber dem Anhörungsentwurf.

Krankheit 139 *Depression* bzw. Krankheit 140 *Bipolare affektive Störungen*

Anhörungsentwurf (KH 139, 140): Im Rahmen früherer Anhörungen kritisierten TK et al., dass F34.1 *Dysthymia* nicht zum Krankheitsbegriff *Depression* gehören, sondern zu den *Anhaltenden affektiven Störungen*.

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 139 *Depression*

ICD	Bezeichnung
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.8	Sonstige depressive Episoden
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet
F34.1	Dysthymia

Der Hinweis ist berechtigt, da es sich bei den Diagnosen F34.- um anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen handelt, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder leichte depressive Episoden gelten zu können (Quelle: ICD-10-GM, Erläuterungen zu F34.-).

Da Entsprechendes auch für die Codes F34.0/8/9 (bislang Krankheit 140 *Bipolare affektive Störungen*) gilt, ist beabsichtigt, künftig die ICD-Kodes F34.- zu einer neuen Krankheit *Anhaltende affektive Störungen* zusammenzufassen.

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 140 *Bipolare affektive Störungen*

ICD	Bezeichnung
F30.0	Hypomanie
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen
F30.8	Sonstige manische Episoden
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit

ICD	Bezeichnung
	psychotischen Symptomen
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode
F31.7	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F34.0	Zyklothymia
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen
F34.9	Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet

Beabsichtigte Zusammensetzung einer neuen Krankheit *Anhaltende affektive Störungen*

ICD	Bezeichnung
F34.0	Zyklothymia
F34.1	Dysthymia
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen
F34.9	Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet

Anhörung (KH 139, 140): Die Ausgliederung von F34.1 *Dysthymia* wird von verschiedenen Seiten (GKV-SV, Barmer / GEK, BpTK, AOK-BV) als nicht nachvollziehbar / nicht sachgerecht bezeichnet, da es sich bei der Dysthymie um „eine unipolare, chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die sich mit depressiven Episoden abwechselt bzw. in einer Depression münden kann, handelt, so dass eine eigene Krankheitsentität nicht erkennbar“ sei. Zudem sei die Dysthymie Gegenstand der nationalen Versorgungsleitlinie "Depression". Gleichermäßen wird die Ausgliederung des Codes F34.0 Zyklothymia aus der Krankheit 140 *Bipolare affektive Störungen* kritisiert, da es sich bei dieser Diagnose um eine bipolare Störung handelt. F34.8 und F34.9 könnten wegen unzureichender Spezifität der KH148 *Andere psychische Erkrankungen* zugeordnet werden (BpTK). Die Bildung der KH366 erscheint mangels einer erkennbaren Krankheitsentität nicht gerechtfertigt. Demhingegen begrüßen KBV / BÄK und TK et al. die vorgeschlagene Änderung.

Bewertung / Festlegung (KH 139, 140): Angesichts der Abgrenzungsproblematik wird die im Anhörungsentwurf vorgesehene Ausgliederung des Codes F34.0/.1/.8/.9 nicht umgesetzt. F34.0 verbleibt in der Krankheit 140 *Bipolare affektive Störungen*, F34.1 in der KH 139 *Depression*. Die Codes F34.8 und F34.9 werden angesichts unzureichender Spezifität der KH148 *Andere psychische Erkrankungen* zugeordnet.

Krankheit 141 *Angsterkrankungen* bzw. Krankheit 143 *Zwangsstörungen*

Anhörungsentwurf (KH 141, 143): Nach Ansicht der BpTK im Rahmen einer früheren Stellungnahme sollten die Angst- und Zwangsstörungen zu einer Krankheit *Angst- und Zwangsspektrumsstörungen* zusammengefasst werden. Diese sollte auch den ICD-Kode F43.0 *Akute Belastungsreaktion* (bislang Krankheit 146 *Akute schwerwiegende*

Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen) enthalten. Umgekehrt wurde seitens TK et al. angeregt, aus „medizinischen Gründen“ die Diagnosen F43.1 *Posttraumatische Belastungsstörung*, F62.0 *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung* und F62.1 *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit* von den *Angsterkrankungen* zu der Krankheit 146 *Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen* oder zu der Krankheit 147 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* zu verschieben.

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 141 *Angsterkrankungen*

ICD	Bezeichnung
F40.0	Agoraphobie
F40.00	Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung
F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung
F40.1	Soziale Phobien
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
F40.8	Sonstige phobische Störungen
F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
F41.1	Generalisierte Angststörung
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
F41.3	Andere gemischte Angststörungen
F41.8	Sonstige spezifische Angststörungen
F41.9	Angststörung, nicht näher bezeichnet
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
F62.1	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 143 *Zwangsstörungen*

ICD	Bezeichnung
F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
F42.8	Sonstige Zwangsstörungen
F42.9	Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 146 *Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen*

ICD	Bezeichnung
F43.0	Akute Belastungsreaktion
F43.2	Anpassungsstörungen
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet

Auch wenn Zwangsstörungen traditionell den Angststörungen zugeordnet werden, so sind Zwangsstörungen aufgrund der Chronizität unter den verschiedenen Angststörungen mit besonders hohen Aufwänden verbunden. Deshalb erscheint dem Wissenschaftlichen Beirat nach Rücksprache mit dem externen Experten geboten, die Zwangsstörungen von den anderen Angststörungen separiert zu halten. Andererseits erscheint die gleichfalls

vorgeschlagene Zuordnung der Diagnosen F43.1 *Posttraumatische Belastungsstörung*, F62.0 *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung* und F62.1 *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit* zu der Krankheit 146 *Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen* unter ätiologischen Ordnungsprinzipien sinnvoll und wird entsprechend aufgegriffen.

Anhörung (KH 141, 143): Die ICD-Kodes F43.1, F62.0 und F62.1 sollten nach Ansicht von GKV-SV und Barmer / GEK in der KH141 verbleiben (nicht in KH146 *Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen*). Sie enthalten keine Aussage zur zeitlichen Ausdehnung bzw. werden als "andauernd" bezeichnet und sind damit nicht "akut". Auch die BPTK spricht sich für die Beibehaltung des F43.1 in der KH141 aus, empfiehlt aber F62.0 und F62.1 analog F62.80 der KH147 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* zuzuordnen.

Nach Ansicht von BPTK und Barmer / GEK sollten KH141 und KH143 zu einer Krankheit *Angst- und Zwangsspektrumsstörungen* zusammengefasst werden. Die im Anhörungsentwurf aufgeführten Gründe für eine Trennung beziehen sich auf die Verlaufsform der Erkrankung und die damit verbundenen Kosten und Aufwendungen. Diese sollten allerdings erst bei der Ausgestaltung des Klassifikationsmodells berücksichtigt werden und nicht bereits bei der Krankheitsabgrenzung.

Demhingegen begrüßen TK et al. und IKK e.V. die im Anhörungsentwurf vorgeschlagenen Anpassungen.

Bewertung / Festlegung (KH 141, 143): Wie eingangs beschrieben, werden Zwangsstörungen traditionell den Angststörungen zugeordnet, sie unterscheiden sich aber bezüglich Verlauf und Kosten. Das BVA folgt der Argumentation von BPTK und Barmer / GEK, diese Unterscheidung bei der Ausgestaltung des Klassifikationsmodells und nicht bereits bei der Krankheitsabgrenzung zu berücksichtigen. Das BVA folgt auch der Empfehlung der BPTK, den Code F43.1 in der KH141 zu behalten, aber die beiden Codes F62.0 und F62.1 der KH147 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* zuzuordnen.

⇒ KH141 und KH143 werden in einer Krankheit KH389 *Angst- und Zwangsspektrumsstörungen* zusammengefasst.

⇒ Zuordnung F62.0 und F62.1 zur KH147 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*

Krankheit 142 *Somatoforme Störungen / Dissoziative Störungen*

Anhörungsentwurf (KH 142): Die Deutsche Schmerzliga hat im August 2011 auf die Nichtberücksichtigung des „Chronischen Schmerzes“, namentlich ICD F45.41 *Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren*, hingewiesen. Der ICD-Kode F45.41 wird bislang der Krankheit 142 *Somatoforme Störungen / Dissoziative Störungen* zugeordnet, die nicht zu den im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten gehört.

Der Vorschlag erscheint nach Ansicht des Wissenschaftlichen Beirates sachgerecht. Da neben dem F45.41 auch die ICD-Kodes F45.4 *Anhaltende Schmerzstörung*, F45.40

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz sowie *R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz* Patienten mit chronischem Schmerz kennzeichnen, werden alle zu der neuen Krankheit *Chronischer Schmerz* zusammengeführt und dem Auswahlprozess unterworfen.

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 142 *Somatoforme Störungen / Dissoziative Störungen*

ICD	Bezeichnung
F44.0	Dissoziative Amnesie
F44.1	Dissoziative Fugue
F44.2	Dissoziativer Stupor
F44.3	Trance- und Besessenheitszustände
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle
F44.6	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
F44.7	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt
F44.8	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F44.80	Ganser-Syndrom
F44.81	Multiple Persönlichkeit(sstörung)
F44.82	Transitorische dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] in Kindheit und Jugend
F44.88	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F44.9	Dissoziative Störung [Konversionsstörung], nicht näher bezeichnet
F45.0	Somatisierungsstörung
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung
F45.2	Hypochondrische Störung
F45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung
F45.30	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem
F45.31	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem
F45.32	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Unteres Verdauungssystem
F45.33	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Atmungssystem
F45.34	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Urogenitalsystem
F45.37	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Mehrere Organe und Systeme
F45.38	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Sonstige Organe und Systeme
F45.39	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Nicht näher bezeichnetes Organ oder System
F45.4	Anhaltende Schmerzstörung
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
F45.8	Sonstige somatoforme Störungen
F45.9	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet
F48.1	Depersonalisations- und Derealisationssyndrom
F68.0	Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen

Anhörung (KH 142): Die Ausgliederung der Codes F45.4- in eine eigene Krankheit KH381 *Chronischer Schmerz* wird einhellig begrüßt. Auch die Aufnahme der ICD R52.1, R52.2 in KH381 wird als sachgerecht bewertet, auch wenn diese unter kritischer Beobachtung des Kodierverhaltens gehalten werden müsse. Darüberhinaus wird von verschiedenen Seiten die Berücksichtigung des Codes F62.80 *Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom* in KH381 vorgeschlagen.

Bewertung / Festlegung (KH 142): Die Berücksichtigung der Diagnose F62.80 *Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom* (bislang Krankheit 147 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*) bei der KH381 wird nicht aufgegriffen, da bei dieser Diagnose die Persönlichkeitsveränderung im Vordergrund steht. Der Hinweis auf mögliche Veränderungen beim Kodierverhalten bezüglich der Codes R52.1, R52.2 wird aufgegriffen. Entsprechenden Anreizen kann im Klassifikationsmodell z.B. durch eine Arzneimittelvalidierung entgegen gewirkt werden.

Krankheit 145 *Ticstörungen*

Anhörungsentwurf (KH 145): Die Krankheit 145 *Ticstörungen* umfasst bislang die ICD-Kodes F95.- *Ticstörungen* sowie den Code F98.4 *Stereotype Bewegungsstörungen*. Der ICD-Kode F98.4 stellt aber gemäß den Erläuterungen im ICD-10-GM im Gegensatz zu den (unwillkürlichen) Tic-Störungen eine willkürliche Bewegungsstörung dar. Er wird daher künftig entsprechend den anderen F98.-Kodes der neuen Krankheit *Andere Verhaltens-emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* (s.u.) zugeordnet.

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 145 *Ticstörungen*

ICD	Bezeichnung
F95.0	Vorübergehende Ticstörung
F95.1	Chronische motorische oder vokale Ticstörung
F95.2	Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]
F95.8	Sonstige Ticstörungen
F95.9	Ticstörung, nicht näher bezeichnet
F98.4	Stereotype Bewegungsstörungen

Gemeinsame Kommentierung der Krankheiten 145, 151, 152, 153, 156

Anhörung (KH 145, 151, 152, 153, 156): TK et al., IKK e.V, KBV / BÄK sowie BPtK begrüßen grundsätzlich eine stärkere Differenzierung dieser Krankheiten. Allerdings wird die Aufteilung der mit F8 und F9 beginnenden Diagnosen in insgesamt 7 Krankheiten von weiten Teilen der Anhörungspartner kritisch gesehen, da es aufgrund von Überschneidungen bei der Abgrenzbarkeit und der Tatsache, dass einige der Krankheiten in der Krankheitsauswahl enthalten sind, andere aber nicht, zu Fehlanreizen bei der Kodierung kommen könnte. Konkret werden für eine breitere Abgrenzung empfohlen:

- a) Die Zusammenlegung der Krankheiten 152 *Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* und 156 *Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen* (BPtK) [entspräche F90-F94]
- b) Einbeziehung der Diagnosen F84.- *Tief greifende Entwicklungsstörungen*, F88 *Andere Entwicklungsstörungen* und F89 *Nicht näher bezeichnete*

Entwicklungsstörung in die Krankheit 153 [Umschriebene] Entwicklungsstörungen (GKV-SV, AOK-BV) [entspräche F80-F89]

- c) Eingruppierung der ICD F90 (KH 156 *ADHS*), F95.- (KH 152 *Ticstörungen*), F98.- (KH384 *Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*) zur KH152 *Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* (GKV-SV AOK).

Bewertung / Festlegung (KH 145, 151, 152, 153, 156): Angesichts der Abgrenzungsproblematik erscheint eine breitere Krankheitsabgrenzung für die Krankheitsauswahl sachgerecht, um Fehlanreize bei der Kodierung entgegenzuwirken. Entgegen der seitens GKV-SV und AOK-BV vorgeschlagenen Zusammenlegung aller F80-F89 Codes zur Krankheit *Entwicklungsstörungen*, erscheint aber eine eigene Krankheitsentität für die *tiefgreifenden Entwicklungsstörungen* gerechtfertigt, da diese in Abgrenzung zu den umschriebenen bzw. spezifischen Entwicklungsstörungen, durch eine Beeinträchtigung der Kommunikation und der sozialen Beziehungen sowie durch ein beschränktes Repertoire an Aktivitäten gekennzeichnet sind.

Die Diagnosen F80-F89 mit Ausnahme der Codes F84.- bilden die Krankheit 153 *Entwicklungsstörungen*, die Codes F84.- die Krankheit 367 *Tief greifende Entwicklungsstörungen* und die ICDs F90-F98 die Krankheit 152 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*.

Krankheit 148 *Andere psychische Erkrankungen*

Anhörungsentwurf (KH 148): KBV / BÄK machten im Anhörungs- bzw. Vorschlagsverfahren für das Jahr 2012 folgenden Vorschlag: "Für den Code F64.0 *Transsexualismus* (bisher zugeordnet zu Krankheit 148 *Andere psychische Erkrankungen*) sollte geprüft werden, ob er in die Krankheit 147 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* bzw. in die DXG268: *Persönlichkeitsstörungen und dissoziative Störungen* passt. Es handelt sich um eine nicht weit verbreitete, aber häufig sehr kostenintensive Erkrankung, bei der vermutlich keinerlei Manipulationsanreize zu befürchten sind."

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 148 *Andere psychische Erkrankungen*

ICD	Bezeichnung
F38.-	Andere affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung
F48.0	Neurasthenie
F48.8	Sonstige neurotische Störungen
F48.9	Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet
F51.-	Nichtorganische Schlafstörungen
F52.-	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und

ICD	Bezeichnung
	Faktoren
F64.0	Transsexualismus
F64.1	Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen
F64.2	Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters
F64.8	Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität
F64.9	Störung der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet
F65.-	Störungen der Sexualpräferenz
F66.-	Psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe

Auch wenn *Transsexualität* F64.0 – abweichend von den anderen unter 148 subsumierten Störungen – primär chirurgisch / endokrinologisch behandelt wird und sich die Rolle des Psychiaters und Psychotherapeuten in der Regel auf die – auch langwierige – Prüfung der Fixierung auf die andere Geschlechtsidentifizierung beschränkt, erscheint eine Zuordnung zu Krankheit 147 nicht besser. Von daher ist keine Änderung beabsichtigt.

Anhörung (KH 148): Es wurden keine abweichenden, weiteren Vorschläge genannt.

Bewertung / Festlegung (KH 148): Für das Ausgleichsjahr 2013 wird die Abgrenzung der Krankheit 148 unverändert, entsprechend dem Status quo, übernommen.

Krankheit 151 *Leichter / nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung*

Anhörungsentwurf (KH 151): KBV / BÄK und BPtK haben in einer früheren Stellungnahme darauf hingewiesen, dass in dieser Krankheit bislang neben leichten Entwicklungsstörungen und Lernbehinderungen auch tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.0 *Frühkindlicher Autismus*, F84.1 *Atypischer Autismus*, F84.4 *Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien*, F84.8 *Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen*, F84.9 *Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet*) bzw. schwere bzw. schwerste Formen der Intelligenzminderung / Entwicklungsrückstand (F84.2 *Rett-Syndrom*, F84.3 *Andere desintegrative Störung des Kindesalters*, F84.5 *Asperger-Syndrom*) subsummiert sind.

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 151 *Leichter / nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung*

ICD	Bezeichnung
F70.0	Leichte Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F70.8	Leichte Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F70.9	Leichte Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F74.0	Dissoziierte Intelligenz: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F74.1	Dissoziierte Intelligenz: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder

	Behandlung erfordert
F74.8	Dissoziierte Intelligenz: Sonstige Verhaltensstörung
F74.9	Dissoziierte Intelligenz: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F78.0	Andere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F78.1	Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F78.8	Andere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F78.9	Andere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F79.0	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F79.1	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F79.8	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F79.9	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F84.0	Frühkindlicher Autismus
F84.1	Atypischer Autismus
F84.2	Rett-Syndrom
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien
F84.5	Asperger-Syndrom
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen
F84.9	Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet
Q90.0	Trisomie 21, meiotische Non-disjunction
Q90.1	Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
Q90.2	Trisomie 21, Translokation
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet
Q99.2	Fragiles X-Chromosom

Diese Hinweise sind nach Ansicht des Wissenschaftlichen Beirates sachgerecht und sollen bei der Revision der Krankheitsabgrenzung entsprechend übernommen werden. Für die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84.-) wird eine neue, gleichnamige Krankheit eingeführt.

Anhörung (KH 151): IKK e.V. regt eine Verschiebung von Q99.2 in KH153 [*Umschriebene Entwicklungsstörungen*] an, da ICD Q99.2 *fragiles X-Syndrom* bei Frauen nur selten zu leichter Intelligenzminderung führe. Versicherte mit der Diagnose seien eher auffällig durch umschriebene Entwicklungsstörungen.

TK et al. regen eine Ausgliederung der Trisomie 21 (Q90.-) zusammen mit anderen Chromosomenaberrationen aus der KH 149 *Schwerer oder schwerster Entwicklungsrückstand / Intelligenzminderung* an.

Bzgl. ICD F84.- siehe *Gemeinsame Kommentierung der Krankheiten 145, 151, 152, 153, 156*.

Bewertung / Festlegung (KH 151): Vom Fragilen-X-Syndrom können sowohl Männer als auch Frauen betroffen sein. Es ist aber richtig, dass bei Frauen die Symptome häufig milder ausgeprägt sind. Ungeachtet dessen findet sich aber in den meisten Fällen als Leitsymptom eine unterschiedlich stark ausgeprägte Intelligenzminderung, deren Schwere von Lernproblemen bis hin zu schwergradiger kognitiver Beeinträchtigung reichen kann und mit Sprachstörungen und Aufmerksamkeitsdefiziten einhergeht. Von daher erscheint die bisherige Zuordnung sachgerecht.

Die seitens TK et al. vorgebrachte Ausgliederung der Diagnosen Q90.- erfordert eine Anpassung auch der Krankheit 149. Eine Überprüfung wird daher aus formalen Gründen zurückgestellt.

Krankheit 152 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend bzw. Krankheit 153 Umschriebene Entwicklungsstörung

Anhörungsentwurf (KH 152, 153): BPTK, BKJPP und KBV / BÄK haben in einer früheren Stellungnahme die Zuordnung der beiden ICD-Kodes F98.5 *Stottern [Stammeln]* sowie F98.6 *Poltern* zur Krankheit 153 *Umschriebene Entwicklungsstörung* hinterfragt. Nach Meinung der BPTK sollten aus medizinisch-wissenschaftlichen Gründen die spezifischen Diagnosen Stottern (F98.5) und Poltern (F98.6) in die Krankheit 145 *Ticstörungen* verlagert werden und gleichzeitig die unspezifischen Diagnosen F80.9, F81.9, F88.- und F89.- in eine Restegruppe ausgegliedert werden. Seitens KBV / BÄK lag die Anregung vor, die ICD-Kodes F98.5 bzw. F98.6 zur Krankheit 152 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* zuzuordnen.

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 152 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

ICD	Bezeichnung
F91.0	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
F91.8	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens
F91.9	Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F92.9	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
F93.1	Phobische Störung des Kindesalters
F93.2	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität
F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters
F93.9	Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet
F94.0	Elektiver Mutismus
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung
F94.8	Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit
F94.9	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit, nicht näher bezeichnet
F98.0	Nichtorganische Enuresis
F98.1	Nichtorganische Enkopresis
F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter
F98.3	Pica im Kindesalter
F98.8	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F98.9	Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der

ICD	Bezeichnung
	Kindheit und Jugend

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 153 *Umschriebene Entwicklungsstörung*

ICD	Bezeichnung
F80.0	Artikulationsstörung
F80.1	Expressive Sprachstörung
F80.2	Rezeptive Sprachstörung
F80.20	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung [AVWS]
F80.28	Sonstige rezeptive Sprachstörung
F80.3	Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]
F80.8	Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache
F80.9	Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet
F81.0	Lese- und Rechtschreibstörung
F81.1	Isolierte Rechtschreibstörung
F81.2	Rechenstörung
F81.3	Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten
F81.8	Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
F81.9	Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet
F82.0	Umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik
F82.1	Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und Graphomotorik
F82.2	Umschriebene Entwicklungsstörung der Mundmotorik
F82.9	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen, nicht näher bezeichnet
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
F88	Andere Entwicklungsstörungen
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
F98.5	Stottern [Stammeln]
F98.6	Poltern

Der Einwand bezüglich F98.5/F98.6 erscheint berechtigt, da es sich bei beiden Codes um Sprechstörungen handelt, die zwar in der Regel in der Kindheit beginnen, es sich aber nicht um Entwicklungsstörungen im engeren Sinne handelt. Diese beiden Codes werden zusammen mit den anderen Codes F98.- (aus der Krankheit 152 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*) zur neuen Krankheit *Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* zusammengefasst. In diesem Zusammenhang werden auch die beiden unspezifischen ICD-Codes F88 *Andere Entwicklungsstörungen* bzw. F89 *Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung* aus den *umschriebenen Entwicklungsstörungen* ausgegliedert und zur neuen Krankheit *Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen* zusammengefasst (Zusammensetzung siehe unten). Da zudem eine Krankheitsabgrenzung der spezifischen ICD-Codes anhand der ICD-Klassifikation zielführend erscheint, ist folgende Krankheitsabgrenzung beabsichtigt:

ICD	Wird zugeordnet zu Krankheit
F80-F83	Umschriebene Entwicklungsstörungen
F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
F88-F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
F90	Hyperkinetische Störungen
F91-F94	Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit Beginn in der Kindheit und

	Jugend
F95	Ticstörungen
F98	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Beabsichtigte Zusammensetzung einer neuen Krankheit *Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*

ICD	Bezeichnung
F98.0	Nichtorganische Enuresis
F98.1	Nichtorganische Enkopresis
F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter
F98.3	Pica im Kindesalter
F98.4	Stereotype Bewegungsstörungen
F98.5	Stottern [Stammeln]
F98.6	Poltern
F98.8	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F98.9	Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Beabsichtigte Zusammensetzung der neuen Krankheit *Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung*

ICD	Bezeichnung
F88	Andere Entwicklungsstörungen
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung

Anhörung (KH 152, 153): siehe *Gemeinsame Kommentierung der Krankheiten 145, 151, 152, 153, 156.*

Bewertung / Festlegung (KH 152, 153): siehe *Gemeinsame Kommentierung der Krankheiten 145, 151, 152, 153, 156.*

Krankheit 154 *Nicht näher bezeichnete Chromosomenanomalien und angeborene Malformationssyndrome, nicht andernorts klassifiziert*

Anhörungsentwurf (KH 154): Die bisherige Krankheit 154 umfasst sowohl nicht näher bezeichnete Chromosomenanomalien als auch diverse, andernorts nicht klassifizierte Malformationssyndrome. Da eine besondere Berücksichtigung dieser heterogenen Krankheitsgruppe gegenüber anderen enger abgegrenzten Chromosomenanomalien bzw. angeborener Fehlbildungen nicht sachgerecht erscheint, wird eine Auftrennung dieser Krankheit in die zwei neuen Krankheiten "*Nicht näher bezeichnete Fehlbildungssyndrome*" bzw. „*Nicht näher bezeichnete Chromosomenanomalien*“ vorgesehen.

Beabsichtigte Aufgliederung der bisherigen Krankheit 154 *Nicht näher bezeichnete Chromosomenanomalien und angeborene Malformationssyndrome, nicht andernorts klassifiziert*

ICD	Bezeichnung	Neue Krankheitsentität
Q86.8	Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen	Nicht näher bezeichnete Fehlbildungssyndrome
Q89.0	Angeborene Fehlbildungen der Milz	
Q89.4	Siamesische Zwillinge	
Q89.7	Multiple angeborene Fehlbildungen, anderenorts nicht klassifiziert	
Q89.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen	
Q95.0	Balancierte Translokation und Insertion beim normalen Individuum	Nicht näher bezeichnete Chromosomenanomalien
Q95.1	Chromosomen-Inversion beim normalen Individuum	
Q95.2	Balanciertes Rearrangement der Autosomen beim abnormen Individuum	
Q95.4	Individuen mit Marker-Heterochromatin	
Q95.5	Individuen mit autosomaler Bruchstelle	
Q95.9	Balanciertes Chromosomen-Rearrangement und Struktur-Marker, nicht näher bezeichnet	
Q99.8	Sonstige näher bezeichnete Chromosomenanomalien	
Q99.9	Chromosomenanomalie, nicht näher bezeichnet	

Anhörung (KH 154): Die Anpassung wird seitens TK et al. und BARMER / GEK begrüßt.

Bewertung / Festlegung (KH 154): Die Anpassung wird wie im Anhörungsentwurf beschrieben umgesetzt.

Krankheit 156 *Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen*

Anhörungsentwurf (KH 156): KBV / BÄK haben in einer früheren Stellungnahme geäußert, dass die Zuordnung des unspezifischen ICD-Kode F90.9 *Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet* zur Krankheit 156 *Aufmerksamkeitsstörungen* medizinisch nicht sinnvoll sei.

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 156 *Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen*

ICD	Bezeichnung
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
F90.8	Sonstige hyperkinetische Störungen
F90.9	Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet

Ferner wurde angeregt, zu prüfen, inwiefern die spezifischen hyperkinetischen Störungen nicht besser in die Krankheit 147 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* passen:

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 147 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*

ICD	Bezeichnung
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung
F60.5	Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen
F60.9	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F62.8	Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen
F62.80	Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom
F62.88	Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen
F62.9	Andauernde Persönlichkeitsänderung, nicht näher bezeichnet
F63.0	Pathologisches Spielen
F63.1	Pathologische Brandstiftung [Pyromanie]
F63.2	Pathologisches Stehlen [Kleptomanie]
F63.3	Trichotillomanie
F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F63.9	Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet
F68.1	Artifizielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen]
F68.8	Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung

Nach Ansicht des Wissenschaftlichen Beirates und des externen Experten ist die bestehende Abgrenzung in diesem Fall medizinisch gerechtfertigt und der Vorschlag wird nicht aufgegriffen. Der ICD-Kode F90.0 ist ausdrücklich als Restekategorie gedacht, die angewendet werden soll, wenn die Differenzierung zwischen F90.0 und F90.1 unmöglich erscheint, die allgemeinen Kriterien von F90 aber erfüllt sind. F90.9 anzuwenden, wird nicht empfohlen. Der ICD wird aber vermutlich oft angewendet, wenn die differentialdiagnostische Entscheidung schwer fällt. Das bedeutet aber auch, dass sich hinter F90.9 viele Fälle von F90.0 und F90.1 verbergen. Die Behandlung, also die Aufwände, unterscheiden sich grundsätzlich nicht zwischen F90.0, F90.1 und F90.9. F90.- gehört keinesfalls zu den Persönlichkeitsstörungen. Die Behandlung und damit die Aufwände unterscheiden sich zwischen F90.- und den Persönlichkeitsstörungen.

Anhörung (KH 156): siehe *Gemeinsame Kommentierung der Krankheiten 145, 151, 152, 153, 156*

Bewertung / Festlegung (KH 156): siehe *Gemeinsame Kommentierung der Krankheiten 145, 151, 152, 153, 156*

Krankheit 178 Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung / Enzephalopathie bzw. Krankheit 187 Hypertonie

Anhörungsentwurf (KH 178, 187): Im Anhörungsentwurf waren gegenüber dem Status quo keine Änderungen vorgesehen.

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 178 Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung / Enzephalopathie

ICD	Bezeichnung
I11.0	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I11.9	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz
I11.90	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I12.0	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz
I12.00	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I12.01	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I12.9	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz
I12.90	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I12.91	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I13.0	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
I13.00	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I13.01	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I13.1	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz
I13.10	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I13.11	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I13.2	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz
I13.20	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I13.21	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I13.9	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I13.90	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I13.91	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer

ICD	Bezeichnung
	hypertensiven Krise
I67.4	Hypertensive Enzephalopathie

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 187 *Hypertonie*

ICD	Bezeichnung
I10.0	Benigne essentielle Hypertonie
I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I10.1	Maligne essentielle Hypertonie
I10.10	Maligne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.11	Maligne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I15.0	Renovaskuläre Hypertonie
I15.00	Renovaskuläre Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I15.01	Renovaskuläre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I15.1	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten
I15.10	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I15.11	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I15.2	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten
I15.20	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I15.21	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I15.8	Sonstige sekundäre Hypertonie
I15.80	Sonstige sekundäre Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I15.81	Sonstige sekundäre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I15.9	Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet
I15.90	Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I15.91	Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise

Anhörung (KH 178, 187): Seitens des AOK-BV wurde die Anregung vorgebracht, die Krankheiten 178 *Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung / Enzephalopathie* bzw. Krankheit 187 *Hypertonie* zusammenzulegen, da es sich hierbei um die Krankheit Hypertonie handele. Demhingegen unterbreiten TK et al. den Vorschlag, einzelne ICD-Kodes aus der Krankheit 187 *Hypertonie* zur Abgrenzung neuer Krankheiten („Renale Hypertonie“ bzw. „Sonstige sekundäre Hypertonie“) herauszulösen.

Bewertung / Festlegung (KH 178, 187): Die Diagnosen I11.- bis I13.- bzw. I67.4 beschreiben Folgezustände der Diagnosen I10.- bzw. I15.-. Von daher ist eine Zusammenlegung aus pathogenetischen Gesichtspunkten gerechtfertigt. Dies zeigt sich auch bei der Kodierung: Über 85% der Patienten mit einer Diagnose der Krankheit 178 weisen auch mindestens eine Diagnose aus der Krankheit 187 auf.

Der Vorschlag von TK et al. die Diagnosen I15.- aus der Krankheit 187 *Hypertonie* herauszulösen, kann angesichts der schlechten Abgrenzbarkeit bei der Kodierung nicht gefolgt werden. Empirisch zeigt sich, dass 78% aller Patienten mit einer I15-Diagnose auch mindestens eine I10-Diagnose aufweisen.

Für die Krankheitsauswahl des Ausgleichsjahres 2013 werden daher die bisherigen Krankheiten 178 und 187 zur Krankheit 187 Hypertonie zusammengefasst.

Krankheit 185 *Angeborene schwere Herzfehler (>17 Jahre)*

Anhörungsentwurf (KH 185): Die ICD-Kodes Q24.0 *Dextrokardie*, Q24.1 *Lävokardie* sowie Q89.3 *Situs inversus* stellen zwar fundamentale Lageabweichungen vom Normbefund dar. Die klinische Bedeutung ist aber beim Erwachsenen in den meisten Fällen nicht gegeben, so dass eine Zuordnung zur Krankheit 186 *Sonstige angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems* sachgerechter erscheint.

Anhörung (KH 185): Seitens BARMER / GEK wird die Anpassung als sachgerecht bezeichnet. TK et al. kritisieren den vorliegenden Alterssplit und schlagen stattdessen eine Neuabgrenzung der betroffenen ICD-Kodes vor.

Bewertung / Festlegung (KH 185): Da die Anpassung dieser Altersgrenze nicht Gegenstand des Anhörungsverfahrens war, wird die Überprüfung aus formalen Gründen zurückgestellt. Die Anpassung wird wie im Anhörungsentwurf beschrieben umgesetzt.

Krankheit 186 *Sonstige angeborene Anomalien des Herzens und der Gefäßsystems*

Anhörungsentwurf (KH 186): Angesichts der hohen Kosten erscheint zumindest für Kinder und Jugendliche eine Zuordnung aller ICD-Kodes Q20-Q28 (bislang Krankheit 186 *Sonstige angeborene Anomalien des Herzens und der Gefäßsystems*) zur Krankheit 184 *Angeborene schwere Herzfehler (<18 Jahre)* als sachgerecht.

Anhörung (KH 186): Die Verschiebung der Codes Q20-Q28 von KH 186 zu KH 184 wird als sachgerechnet bezeichnet (BARMER / GEK). Die beabsichtigte Zuordnung von P29.0-P29.4 zur KH343 Risikogeburt wird als nachvollziehbar angesehen, sie sollte aber nach Ansicht des GKV-SV besser begründet werden. Auch TK et al. begrüßen grundsätzlich die vorgesehene Anpassung, schlagen zusätzlich vor, auch die „sonstigen kardiovaskulären Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode“ (P29.8/.9) aus KH 186 auszugegliedern und stattdessen der KH 343 *Risikogeburt* zuzuordnen.

Bewertung / Festlegung (KH 186): Die Verschiebung der Codes Q20-Q28 von KH 186 zu KH 184 wird wie beschrieben umgesetzt. Ferner werden, wie in der Zuordnungstabelle des Anhörungsentwurfes beschrieben, die Diagnosen

P29.0 Herzinsuffizienz beim Neugeborenen

P29.1 Herzrhythmusstörung beim Neugeborenen

- P29.2 Hypertonie beim Neugeborenen
- P29.3 Persistierender Fetalkreislauf
- P29.4 Transitorische Myokardischämie beim Neugeborenen

aus der KH 186 ausgegliedert und stattdessen der KH 343 *Risikogeburt* zugeordnet, da sie schwerwiegende Risikokonstellationen bei Neugeborenen repräsentieren und daher besser unter der Krankheit 343 *Risikogeburt* subsummiert werden. Auch wird aus gleichen Gründen die Anregung von TK et al., die „sonstigen kardiovaskulären Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode“ (P29.8/.9) aus KH 186 auszugliedern und der KH 343 zuzuordnen, aufgegriffen.

Krankheit 231 *Vaskuläre Retinopathien* bzw. Krankheit 233 *Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der Netzhaut* bzw. Krankheit 235 *Retinitis pigmentosa, andere hereditäre Netzhautdystrophien*

Anhörungsentwurf (KH 231, 233, 235): Im Rahmen einer früheren Stellungnahme haben TK et al. eine Auftrennung in die einzelnen ICD-Dreisteller angeraten, da den korrespondierenden Krankheiten unterschiedliche Ursachen und Therapieansätzen zugrunde liegen. Die Anregung wird als sachgerecht empfunden und die ICD-Kodes der bisherigen Krankheiten 231/233/235 werden in folgende Krankheiten aufgelöst:

ICD	Neue Krankheitsbezeichnung
H34.-	Netzhautgefäßverschluss
H35.0/1/2/4/5/7/8/9, H36.8	Sonstige Affektionen der Netzhaut
H36.0 (Retinopathia diabetica)	Diabetes mellitus

Darüber hinaus bildet der ICD-Kode H35.3 *Degeneration der Makula und des hinteren Pols* aufgrund der sehr spezifischen Therapieoption und der hohen Prävalenz weiterhin die Krankheit 234 *Makuladegeneration*.

Anhörung (KH 231, 233, 235): Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet (BARMER / GEK).

Bewertung / Festlegung (KH 231, 233, 235): Die Anpassung wird wie im Anhörungsentwurf beschrieben umgesetzt.

Krankheit 262 *Niereninsuffizienz*

Anhörungsentwurf (KH 262): Die ICD-Kodes N18.80 *Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung* bzw. N27.0 *Kleine Niere unbekannter Ursache, einseitig* werden aufgrund der fehlenden klinischen Relevanz aus der Krankheit 262 ausgeschlossen und stattdessen der Krankheit 271 *Andere Erkrankungen der Harnwege* zugeordnet.

Anhörung (KH 262): Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet (BARMER / GEK). Die DAK kann allerdings die Verschiebung wegen "fehlender klinischer Relevanz" von N18.80 *Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung* in die KH271 *Andere Erkrankungen der Harnwege* nicht nachvollziehen. Die DAK schlägt stattdessen eine Verschiebung des ICD Q61.1 *Polyzystische Niere* in die KH272 *Nierenzysten* vor, da Fälle von Q61.1 ohne Kodierung von N18 geringere Kosten verursachen als diejenigen mit N18. TK et al. unterbreitet den Vorschlag, ferner noch die Diagnosen Gicht durch Nierenfunktionsstörung (M10.3-, KH110) sowie extrarenale Urämie (R39.2, KH501) unter der KH262 *Niereninsuffizienz* einzugruppieren.

Bewertung / Festlegung (KH 262): Bei einer *einseitigen chronischen Nierenfunktionsstörung* liegt der relative Funktionsanteil der betroffenen Niere bei unter 35%. Dieser Funktionsverlust kann aber in der Regel von der anderen Niere kompensiert werden. Der Hinweis der DAK bezüglich der Überlappung der Diagnose Q61.1 *Polyzystische Niere* mit der Diagnose einer Niereninsuffizienz (N18) ist im Grunde berechtigt. Empirisch zeigt sich, dass etwa ein Drittel aller Versicherten mit einer Diagnose Q61.1 auch eine N18-Diagnose aufweisen, und dass diese Versicherten deutlich höhere Kosten aufweisen als die Patienten mit Q61.1 aber ohne entsprechende Kodierung einer Niereninsuffizienz (22383 € zu 3873 €). Eine ähnliche Kostenspreizung in Abhängigkeit vom Vorliegen einer N18-Diagnose wird jedoch auch zum Beispiel für die Versicherten mit einer toxischen Nephropathie (N14.-), deren Codes ebenfalls der Krankheit 262 *Niereninsuffizienz* zugeordnet sind, gefunden (18795 € zu 6202 €). Von daher wäre auch hier eine Revision der Krankheitsabgrenzung indiziert. Da diese aber über den Anhörungsentwurf hinausgeht, wird sie bis zur kommenden Überprüfung zurückgestellt. Da im Klassifikationsmodell jedoch eine Schweregradifferenzierung anhand des Grades der Niereninsuffizienz bereits vorgesehen ist, wird dann dort eine Abstufung der Zuweisung erfolgen.

Der Vorschlag, die Codes M10.3- *Gicht durch Nierenfunktionsstörung* aus der Krankheit 110 *Gicht / Arthritis urica* der Krankheit 262 *Niereninsuffizienz* zuzuordnen, wird nicht aufgegriffen, da bei dieser Diagnose die Gicht im Vordergrund steht und die Nierenfunktionsstörung gesondert kodiert wird. Der Vorschlag, die Diagnose R39.2 *extrarenale Urämie* der Niereninsuffizienz zuzuordnen, wird nicht aufgegriffen, da es sich hierbei um eine Störung außerhalb der Niere handelt. Es liegt daher keine gemeinsame Grundkrankheit vor.

Die Anpassung wird wie im Anhörungsentwurf beschrieben umgesetzt.

Krankheit 291 *Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)*

Anhörungsentwurf (KH 291): Die Krankheit 291 umfasst bislang unter anderem die ICD-Kodes Z37.- *Resultat der Entbindung* als auch Z38.- *Lebendgeborene nach dem Geburtsort*. Während die Z37-Kodes zur medizinischen Dokumentation der Entbindung bei der Mutter vorgesehen sind, beziehen sich die Z38-Kodes auf das Neugeborene und werden daher künftig der „Krankheit“ 347 *Lebendgeborene, ohne weitere Angaben* zugeordnet.

Anhörung (KH 291): Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet (BARMER / GEK).

Bewertung / Festlegung (KH 291): Die Anpassung wird wie im Anhörungsentwurf beschrieben umgesetzt.

Krankheit 298 *Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel, Hauteruptionen durch Drogen oder Arzneimittel*²

Anhörungsentwurf (KH 298): Die beiden Diagnosen L27.0 *Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel* sowie L27.1 *Lokalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel* waren bislang der KH 337 *Unerwünschte Wirkung von Medikamenten (kein Medikations- oder Darreichungsfehler)* zugeordnet. Eine Zuordnung in die bestehende Krankheit 298 erscheint aufgrund der spezifischen Bezeichnung sachgerecht.

Anhörung (KH 298): Die Änderung durch das BVA wird begrüßt. Darüber hinausgehend wird die Zuordnung der lichenoiden Arzneimittelreaktion (L43.2, KH337) vorgeschlagen (TK et al.).

Bewertung / Festlegung (KH 298): Der Vorschlag seitens TK et al. ist sachgerecht und wird entsprechend berücksichtigt.

Krankheit 334 *Erfrierungen und äußere Ursachen für Verletzungen*

Anhörungsentwurf (KH 334): Die Krankheit 334 setzt sich im Wesentlichen zusammen aus der ICD-Gruppe T33-T35 *Erfrierungen* und T66-T78 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen*. Aufgrund der sehr heterogenen Zusammensetzung erscheint zumindest eine Auftrennung entsprechend der ICD-Gruppenbezeichnung im Sinne einer engeren Krankheitsabgrenzung sachgerecht. Die Krankheit 334 wird umbenannt in *Erfrierungen* und beinhaltet künftig nur noch die ICD-Kodes T33-T35, während die bisherigen der Krankheit 334 zugeordneten ICD-Kodes T66-T78 der neuen Krankheit *Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen* zugeordnet werden. Im Rahmen der Revision ist aufgefallen, dass die ICD-Kodes T74.- *Missbrauch von Personen* bislang von dem Krankheitsauswahl-Prozess ausgeschlossen waren. Sie werden künftig als eigenständige Krankheit *Missbrauch von Personen* beim Krankheitsauswahl-Prozess berücksichtigt.

Anhörung (KH 334): Die Anpassung wird als sachgerecht bezeichnet (BARMER / GEK, TK et al.).

² Redaktionelle Anmerkung: Die Dokumentation zur KH298 wurde gegenüber dem Anhörungsentwurf ergänzt.

Bewertung / Festlegung (KH 334): Die Anpassung wird wie im Anhörungsentwurf beschrieben umgesetzt.

Krankheit 337 *Unerwünschte Wirkung von Medikamenten; kein Medikations- oder Darreichungsfehler*

Anhörungsentwurf (KH 337): KBV / BÄK hatten in der Vergangenheit wiederholt eine Auftrennung in kurzfristige und chronische Probleme empfohlen. Dieser Vorschlag erscheint im Hinblick auf ein prospektives Modell gerechtfertigt. Da aber eine allgemeingültige Differenzierung nach akut und chronisch nicht in allen Fällen anhand des ICD-Kodes möglich ist, erscheint eine Zuordnung anhand der ICD-Klassifikation und damit nach dem klinischem Krankheitsbild sachdienlicher. Ferner wird der ICD-Kode T78.8 *Sonstige unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert*, der explizit nicht für die Kodierung von Komplikationen aufgrund chirurgischer und medizinischer Behandlung benutzt werden soll, künftig entsprechend seiner übergeordneten ICD-Gruppe und analog zu ICD T78.9 *Unerwünschte Nebenwirkung, nicht näher bezeichnet* der Krankheit *Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen* zugeordnet:

Beabsichtigte Aufgliederung der bisherigen Krankheit 337 *Unerwünschte Wirkung von Medikamenten* (Festlegungsentwurf)

ICD	Bezeichnung	Wird zugeordnet zu	
E06.4	Arzneimittelinduzierte Thyreoiditis	56	Schilddrüsen-Erkrankungen, exkl. Struma und Thyreotoxikose
J70.2	Akute arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheiten	217	Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen
J70.3	Chronische arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheiten		
J70.4	Arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet		
L27.0	Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel	298	Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel, Hauteruptionen durch Drogen oder Arzneimittel
L27.1	Lokalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel		
L43.2	Lichenoide Arzneimittelreaktion	297	Andere Erkrankungen der Haut
M02.2-	Arthritis nach Impfung	109	Reaktive Arthritiden
M83.5-	Sonstige arzneimittelinduzierte Osteomalazie bei Erwachsenen	102	Osteomalazie / Rachitis
M87.1-	Knochennekrose durch Arzneimittel	92	Entzündung / Nekrose von Knochen
P93	Reaktionen und Intoxikationen durch Arzneimittel oder Drogen, die dem Feten und Neugeborenen verabreicht wurden	343	Risikogeburt
T78.8	Sonstige unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	382	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen

T88.0	Infektion nach Impfung [Immunsisierung]	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
T88.1	Sonstige Komplikationen nach Impfung [Immunsisierung], anderenorts nicht klassifiziert	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
T88.2	Schock durch Anästhesie	501	AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)
T88.3	Maligne Hyperthermie durch Anästhesie	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	501	AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)
Y57.9	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen		
Y59.9	Komplikationen durch Impfstoffe oder biologisch aktive Substanzen		

Anhörung (KH 337): Die Anpassung wird seitens BARMER / GEK als sachgerecht bezeichnet. TK et al. regen an, die Arthritis nach Impfung (M02.2-) nicht in KH109 *Reaktive Arthritiden* zu verschieben, sondern diese in KH337 zu belassen. Darüberhinaus wird die Aufnahme weiterer arzneimittelinduzierter Erkrankungsformen (z.B. AM-induzierte Pankreatitis, AM-induzierte Gicht,...) sowie die Zuordnung der lichenoiden Arzneimittelreaktion (L43.2) zur KH 298 vorgeschlagen.

Bewertung / Festlegung (KH 337): Angesichts der unter KH 52 diskutierten Unsicherheiten bei der fortgeführten Kodierung externer Ursachen bei chronischen Erkrankungen, wird der Vorschlag der Aufnahme weiterer arzneimittelinduzierter Erkrankungsformen nicht aufgegriffen. Der Vorschlag bezüglich der Zuordnung der Diagnose L43.2 ist sachgerecht und wird entsprechend berücksichtigt (s.a. KH 298).

Die Anpassung wird gegenüber dem Anhörungsentwurf um die Zuordnung des Codes L43.2 zur Krankheit 298 ergänzt.

Krankheit 341 *Blutung / Hämatom / Serom als Komplikation eines Eingriffs* bzw. Krankheit 342 *Zwischenfälle bei Patienten während chirurgischer und medizinischer Behandlung*

Anhörungsentwurf (KH 341, 342): Diese beiden Krankheitsgruppen umfassen sehr unspezifische Codes:

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 341 Blutung / Hämatom / Serom als Komplikation eines Eingriffs

ICD	Bezeichnung
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert

Bisherige Zusammensetzung der Krankheit 342 Zwischenfälle bei Patienten während chirurgischer und medizinischer Behandlung

ICD	Bezeichnung
T81.2	Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert
T81.6	Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz
Y69	Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung
Y82.8	Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte

Aufgrund der damit einhergehenden unklaren klinischen Relevanz werden diese beiden Krankheitsgruppen aufgelöst und von dem Krankheitsauswahlprozess ausgeschlossen.

Anhörung (KH 341, 342): Barmer / GEK fordert eine bessere Dokumentation / Begründung der Ausschluss-Kriterien bzw. die Einrichtung einer Krankheitsgruppe *Komplikationen mit Krankheitsrelevanz*. TK et al. schlägt die Zusammenlegung von KH 341 und 342 vor.

Bewertung / Festlegung (KH 341, 342): Die Vorschläge, die beiden Krankheitsgruppen 341 bzw. 342 zu einer Krankheitsgruppe zusammenzulegen bzw. eine Krankheitsgruppe *Komplikationen mit Krankheitsrelevanz* zusammenzulegen kann aufgrund der sehr unspezifischen darunterliegenden Diagnosen und der unklaren klinischen Relevanz nicht gefolgt werden. Die Anpassung wird daher wie im Anhörungsentwurf beschrieben umgesetzt.

Krankheit 343 Risikogeburt³

Anhörungsentwurf (KH 343): Folgende Diagnosen aus der Krankheit 186 *Sonstige angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems* bzw. Krankheit 337 *Unerwünschte Wirkung von Medikamenten (kein Medikations- oder Darreichungsfehler)* sollen nach 343 *Risikogeburt* verschoben werden, da sie schwerwiegende Komplikationen / Risikokonstellationen bei Neugeborenen repräsentieren und daher besser unter der Krankheit 343 *Risikogeburt* subsummiert werden:

P29.0 Herzinsuffizienz beim Neugeborenen

³ Redaktionelle Anmerkung: Die Dokumentation wurde gegenüber dem Anhörungsentwurf ergänzt, da dort die vorgesehenen Änderungen nicht explizit unter KH 343 sondern nur in Teilen unter KH 186 beschrieben wurden]

- P29.1 Herzrhythmusstörung beim Neugeborenen
- P29.2 Hypertonie beim Neugeborenen
- P29.3 Persistierender Fetalkreislauf
- P29.4 Transitorische Myokardischämie beim Neugeborenen
- P93 Reaktionen und Intoxikationen durch Arzneimittel oder Drogen, die dem Feten und Neugeborenen verabreicht wurden

Anhörung (KH 343): KBV / BÄK: Die Verlagerung der ICD in diese KH erscheint sinnvoll. TK et al.: Die Anpassung wird grundsätzlich begrüßt. Darüber hinaus sollten noch *Sonstige kardiovaskuläre Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode* (P29.8/.9), *intrauterine Mangelentwicklungen* (P05.-), zu *niedriges* (P07.1, P07.12, P07.3) und zu *hohes Geburtsgewicht* (P08.0 bis P08.2) zugeordnet werden.

Bewertung (KH 343): Die Anregungen von TK et al. werden aufgegriffen. Neben niedrigem Geburtsgewicht nehmen die Risiken bei einer Entbindung auch bei einem zu hohen Geburtsgewicht (ab 4000 Gramm leicht bzw. ab 4500 Gramm [ICD P08.0] deutlich) zu. Dem hingegen ist der Krankheitsrelevanz bei ICD P08.1 *Sonstige für das Gestationsalter zu schwere Neugeborene* bzw. ICD P08.2 *Nach dem Termin Geborenes, nicht zu schwer für das Gestationsalter* nicht eindeutig. Von daher werden in Ergänzung zu dem Anhörungsentwurf die Diagnosen *Intrauterine Mangelentwicklungen* (P05.-), zu *niedriges Geburtsgewicht* (P07.1, P07.12, P07.3), *Übergewichtige Neugeborene* (P08.0) und *Sonstige kardiovaskuläre Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode* (P29.8/.9) der Krankheit Risikogeburt zugeordnet. Die obere Altersgrenze wird einheitlich bei allen der Risikogeburt zugeordneten Diagnosen auf 1 Jahr festgelegt.

Krankheit 344 Angeborene Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes

Anhörungsentwurf (KH 344): Barmer / GEK haben in einer früheren Stellungnahme darauf hingewiesen, dass bei den Erkrankungen des Neugeborenen laut DIMDI-Metadaten bezüglich des Alters keine Beschränkung besteht und eine Anhebung der Altersgrenze auf zumindest 5 Jahre angeregt. Eine Anhebung der Altersgrenze von 1 auf 5 Jahre erscheint nach empirischer Überprüfung durch das BVA zumindest für die *angeborenen Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes* sinnvoll und wird entsprechend künftig berücksichtigt.

Anhörung (KH 344): Die Anhebung der Altersgrenze wird allgemein begrüßt (GKV-SV, TK et al., IKK e.V., Barmer/GEK).

Bewertung/Festlegung (KH 344): Die Anpassung wird wie im Anhörungsentwurf beschrieben umgesetzt.

Ausschlusskategorie 501 „Symptom, Zustand,...“

Anhörungsentwurf (KH 501): Die Ausschlusskategorie mit der Nummer 501 enthält ICD-Kodes, bei denen es sich vorwiegend um Symptome, Zustandsbeschreibungen ohne Krankheitsrelevanz oder prozedurale Diagnosen und nicht um Krankheitsentitäten handelt. Sie werden bei der Krankheitsauswahl nicht berücksichtigt. Bei der Revision der Krankheitsabgrenzung ist aufgefallen, dass sich in dieser Diagnosegruppe einige Diagnosen befinden, die spezifische Krankheitszustände bzw. Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen darstellen, die zumindest dem Krankheitsauswahlprozess unterworfen werden sollten.

Folgende Diagnosen können dabei unter medizinischen Gesichtspunkten bereits bestehenden Krankheitsentitäten zugeordnet werden:

ICD	Bezeichnung	Wird zugeordnet zu Krankheit	
M02.0	Arthritis nach intestinalem Bypass	109	Reaktive Arthritiden
M02.00	Arthritis nach intestinalem Bypass: Mehrere Lokalisationen	109	Reaktive Arthritiden
M02.01	Arthritis nach intestinalem Bypass: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	109	Reaktive Arthritiden
M02.02	Arthritis nach intestinalem Bypass: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	109	Reaktive Arthritiden
M02.03	Arthritis nach intestinalem Bypass: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	109	Reaktive Arthritiden
M02.04	Arthritis nach intestinalem Bypass: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	109	Reaktive Arthritiden
M02.05	Arthritis nach intestinalem Bypass: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	109	Reaktive Arthritiden
M02.06	Arthritis nach intestinalem Bypass: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	109	Reaktive Arthritiden
M02.07	Arthritis nach intestinalem Bypass: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	109	Reaktive Arthritiden
M02.08	Arthritis nach intestinalem Bypass: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	109	Reaktive Arthritiden
M02.09	Arthritis nach intestinalem Bypass: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	109	Reaktive Arthritiden
Z51.83	Opiatsubstitution	137	Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch
L29.1	Pruritus scrotalis	297	Andere Erkrankungen der Haut
L29.2	Pruritus vulvae	297	Andere Erkrankungen der Haut

ICD	Bezeichnung	Wird zugeordnet zu Krankheit	
M02.0	Arthritis nach intestinalem Bypass	109	Reaktive Arthritiden
M02.00	Arthritis nach intestinalem Bypass: Mehrere Lokalisationen	109	Reaktive Arthritiden
G97.81	Postoperativer (zerebellärer) Mutismus	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
H59.0	Keratopathie (bullös-aphak) nach Kataraktextraktion	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
H95.0	Rezidivierendes Cholesteatom in der Mastoidhöhle nach Mastoidektomie	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
K91.80	Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
M96.0	Pseudarthrose nach Fusion oder Arthrodesse	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
M96.2	Kyphose nach Bestrahlung	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
M96.3	Kyphose nach Laminektomie	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
M96.4	Postoperative Lordose	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
M96.5	Skoliose nach Bestrahlung	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung

ICD	Bezeichnung	Wird zugeordnet zu Krankheit	
M02.0	Arthritis nach intestinalem Bypass	109	Reaktive Arthritiden
M02.00	Arthritis nach intestinalem Bypass: Mehrere Lokalisationen	109	Reaktive Arthritiden
M96.80	Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
M96.81	Instabiler Thorax nach thoraxchirurgischem Eingriff	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
N98.0	Infektion im Zusammenhang mit artifizieller Insemination	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
T80.2	Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
T80.3	AB0-Unverträglichkeitsreaktion	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
T80.4	Rh-Unverträglichkeitsreaktion	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
T81.5	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	339	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung

Für folgende Diagnosen werden **neue Krankheitsentitäten** definiert, die dem Krankheitsauswahlprozess unterworfen werden:

ICD	Bezeichnung	=> wird zugeordnet zu Krankheit
Q89.9	Angeborene Fehlbildung, nicht näher bezeichnet	Nicht näher bezeichnete Fehlbildungssyndrome
R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz	Chronischer Schmerz
R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz	Chronischer Schmerz
T67.1	Hitzesynkope	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen
T74.0	Vernachlässigen oder Imstichlassen	Missbrauch von Personen

ICD	Bezeichnung	=> wird zugeordnet zu Krankheit
T74.1	Körperlicher Missbrauch	Missbrauch von Personen
T74.2	Sexueller Missbrauch	Missbrauch von Personen
T74.3	Psychischer Missbrauch	Missbrauch von Personen
T74.8	Sonstige Formen des Missbrauchs von Personen	Missbrauch von Personen
T74.9	Missbrauch von Personen, nicht näher bezeichnet	Missbrauch von Personen
F17.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F17.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F17.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom mit Delir	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F17.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Psychotische Störung	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F17.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Amnestisches Syndrom	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F17.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
G44.0	Cluster-Kopfschmerz	Cluster-Kopfschmerz
G44.1	Vasomotorischer Kopfschmerz, anderenorts nicht klassifiziert	Sonstiger näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome
G44.2	Spannungskopfschmerz	Sonstiger näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome
G44.3	Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz	Sonstiger näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome
G44.4	Arzneimittelinduzierter Kopfschmerz, anderenorts nicht klassifiziert	Sonstiger näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome
G44.8	Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome	Sonstiger näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome
G47.3	Schlafapnoe	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie
G47.30	Zentrales Schlafapnoe-Syndrom	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie
G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie
G47.32	Schlafbezogenes Hypoventilations-Syndrom	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie
G47.38	Sonstige Schlafapnoe	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie
G47.39	Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie
G47.4	Narkolepsie und Kataplexie	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie

Anhörung (KH 501): Die Überprüfung und Verschiebung bestimmter ICD in bestehende und neu gebildete Krankheiten wird allgemein begrüßt. Allerdings wird bemängelt, dass nicht dokumentiert wurde, nach welchen systematischen Kriterien ICDs der Ausschlusskategorie zugeordnet wurden. Eine vollständige Überprüfung und Dokumentation dessen wird angeregt, da insbesondere bezüglich der ICD-Kodes außerhalb der ICD-Kapitel R, U und Z weitere ICDs vermutet werden, welche bestehenden Krankheiten zugeordnet werden

können. Die Zuordnung des Diagnose Z51.83 *Opiatsubstitution* zur KH 137 *Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch* wurde seitens GKV-SV und BARMER/GEK unter Hinweis auf Fehlkodierungsrisiken kritisiert, andererseits von KBV / BÄK und BPtK begrüßt.

Bewertung/Festlegung (KH 501): Die Anpassungen werden – mit Ausnahme des Codes Z51.83 (s.o.) - wie im Anhörungsentwurf beschrieben umgesetzt. Eine vollständige Revision wird zur nächsten Überarbeitung angestrebt. Zur Diskussion bezüglich der Diagnose Z51.83 wird auf KH 137 verwiesen.