



**Erläuterungen zur**

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

**für das Ausgleichsjahr 2014**

**Bonn, den 01. März 2013**

# Inhaltsverzeichnis

<b>I.</b>	<b>Rechtliche Grundlagen und Verfahren.....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens .....</b>	<b>3</b>
<b>III.</b>	<b>Bewertung der Stellungnahmen zu allgemeinen Aspekten .....</b>	<b>16</b>
<b>IV.</b>	<b>Anpassung der Krankheitsabgrenzung .....</b>	<b>19</b>
a)	Anpassungen an den ICD-10-GM 2013 .....	19
b)	Krankheit 274 „Niereninsuffizienz“ .....	23
c)	Ausschlusskategorie 501 „Symptom, Zustand,...“ .....	25
d)	Sonstige Anmerkungen zur Abgrenzung der Krankheiten .....	41

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung der eingegangenen Stellungnahmen.....	4
Tabelle 2: Einordnung der mit der ICD-10-GM 2013 neu eingeführten Diagnosekodes in den Krankheitsauswahlprozeß für das Ausgleichsjahr 2014 (Festlegungsentwurf) .	19
Tabelle 3: Diagnosen aus der bisherigen Ausschlusskategorie 501, die im Festlegungsentwurf bestehenden Krankheiten zugeordnet wurden .....	25
Tabelle 4: Neuabgrenzung der Krankheit Sepsis" .....	33
Tabelle 5: Neuabgrenzung der Krankheit "Schock" .....	35

# I. Rechtliche Grundlagen und Verfahren

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

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

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

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

Der Wissenschaftliche Beirat hat hierzu die bestehende Krankheitsauswahl überprüft und folgende Grundsätze für die Anpassung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 empfohlen:

- Die Krankheitsauswahl soll weiterhin empirisch fundiert sein und auf den aktuellsten verfügbaren Daten (Lieferjahr 2012: Erstmeldung für das Berichtsjahr 2011, Korrekturmeldung für das Berichtsjahr 2010) basieren. Abweichend von der Praxis der Vorjahre soll die Auswahl nicht mehr auf der 6,8%-Versichertenstichprobe basieren, sondern nun erstmals auf den als Vollerhebung vorliegenden Daten. Etwaige Auswirkungen aufgrund der geänderten Datengrundlage sind zu analysieren und zu bewerten.

- Eine Reduzierung der Zahl der Krankheiten sowie eine Änderung der Auswahlkriterien ist aus Sicht des Beirates nicht geboten (vgl. hierzu auch den Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zum Jahresausgleich 2009 vom Juni 2011).
- Anstelle von grundlegenden Änderungen bei der Krankheitsabgrenzung sollten neben der durch die Einbeziehung des ICD-10-GM 2013 bedingten technischen Anpassung zunächst Anregungen aus den vorangegangenen Anhörungs- und Vorschlagsverfahren, die aufgrund von Kapazitätsgründen bislang nicht berücksichtigt werden konnten, ebenso geprüft werden, wie die Gruppen, bei denen eine Prüfung für die kommende Revision der Krankheitsauswahl bereits vom BVA angekündigt worden ist (namentlich Krankheit 274 „Niereninsuffizienz“ und Ausschlusskategorie 501 „Symptom, Zustand, ...“).

Basierend auf den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats hat das Bundesversicherungsamt einen Festlegungsentwurf für die im Ausgleichsjahr 2014 zu berücksichtigenden Krankheiten erarbeitet, der am 17. Dezember 2012 mit dem Wissenschaftlichen Beirat diskutiert wurde und am Folgetag in das 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 25. Januar 2013 sind beim Bundesversicherungsamt insgesamt zehn Stellungnahmen der folgenden Institutionen eingegangen.

<b>AOK BV:</b>	Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes
<b>BAG:</b>	Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
<b>Barmer:</b>	Stellungnahme der Barmer GEK
<b>BKK BV:</b>	Stellungnahme des BKK Bundesverbandes GbR
<b>BPtK:</b>	Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
<b>DAK:</b>	Stellungnahme der Deutschen Angestellten Krankenkasse Gesundheit
<b>GKV-SV:</b>	Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes
<b>IKK e.V.:</b>	Stellungnahme der gemeinsamen Vertretung der Innungskrankenkassen e.V.
<b>KBV / BÄK:</b>	Gemeinsame Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer
<b>TK et al.:</b>	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 2014 → Anhörung zur Krankheitsauswahl). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die im Einzelnen vorgetragenen Kritikpunkte und Anregungen zudem zu einer tabellarischen Übersicht zusammengetragen. Diese ausführliche Synopse wird auf den folgenden Seiten als Tabelle 1 wiedergegeben.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

**Tabelle 1: Zusammenfassung der eingegangenen Stellungnahmen**

Betrifft	Beschreibung	vorgetragen von
<b>1. Allgemeines</b>		
<b>1.1 Anmerkungen zum Auswahl- und Anhörungsverfahren</b>		
Regelmäßigkeit des Auswahlverfahrens	Die Krankheitsauswahl sollte - vor dem Hintergrund der Planungssicherheit - in größeren (mehrjährigen) Abständen durchgeführt werden.	BKK BV
Vorschlagsverfahren	Der GKV-SV schlägt vor, ein separates Vorschlagsverfahren für die MRSA-Krankheitsauswahl zu etablieren, um eine strukturierte und transparente Vorgehensweise zu gewährleisten	GKV-SV
Auswahl von 50-80 Krankheiten	Kritisch hinterfragt wird der Auswahlalgorithmus mit Blick auf die Tatsache, dass dieser automatisch immer zu einer Auswahl der gesetzlich vorgegebenen Höchstanzahl führe (s.u.).	BKK BV
	Die Begrenzung auf 80 Krankheiten mit Durchschnittskosten und die Zusammenführung von verschiedenen Erkrankungen zu Hierarchien führt zu einer hohen Streubreite und Unterdeckungen; generell ist die Auswahl von mindestens 200 Erkrankungen nötig.	BAG
Beziehung der Krankheitsauswahl zum Klassifikationsmodell	Die Sinnhaftigkeit des zweistufigen Prozesses aus Krankheitsauswahl und anschließender Modellanpassung wird thematisiert, da die beiden Prozesse eng aneinander anknüpfen und Entscheidungen der Krankheitsauswahl im Klassifikationsmodell nicht mehr kompensiert werden könnten (bspw. Wegfall niedrigprävalenter Hochkostenerkrankungen, s.u.).	BKK BV
	Zur Vermeidung von insignifikanten, nicht sicher Folgekosten verursachenden Diagnosen, sollten Regressionsanalysen im Rahmen der Krankheitsauswahl mit unhierarchisierten ICD-Kodierungen durchgeführt werden	IKK e.V.
Darstellungen Auswahl- und Anhörungsverfahren	In der tabellarischen Übersicht der Gegenüberstellung der Krankheitsabgrenzung sind Änderungen farbig bzw. wegfallende ICD-Kodes durchgestrichen dargestellt, obwohl diese ICD-Kodes ihre Gültigkeit erst für Daten des Berichtsjahres 2014 verlieren. Der GKV-SV schlägt daher vor, auf die Hervorhebung der Änderungen zu verzichten oder unmissverständlich zu gestalten.	GKV-SV
(Hoch-)Risikopool	Die BAG befürwortet die Einführung eines (Hoch-)Risikopools als ersten Schritt zu einer höheren Zielgenauigkeit des MorbiRSA	BAG

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

Betrifft	Beschreibung	vorgetragen von
Behandlung der Leistungsausgaben Verstorbener im Versichertenklassifikationsmodell	Ein Methodenfehler führt dazu, dass es Unterdeckungen in den Zuweisungen für ältere und chronisch kranke Menschen gibt, bei einer gleichzeitigen Überdeckung von jüngeren Versicherten (z.B. Zuweisungen für Krebskranke sind 15 bis 20 Prozent zu niedrig). Die BAG fordert daher die Umstellung der Berechnung auf Pro-Tag-Werte.	BAG
<b>2. Berechnungsverfahren / Auswahlalgorithmus</b>		
<b>2.1 Allgemein</b>		
Unveränderte Anwendung des bisherigen empirischen Auswahlalgorithmus / Verfahrenskontinuität	Hinsichtlich der fehlenden operativen gesetzlichen Vorgaben zur Krankheitsauswahl mahnt der BKK BV einen generellen, systematischen Evaluationsbedarf des Auswahlprozesses an. Dringender Untersuchungsbedarf ergebe sich insbesondere in den Bereichen der Operationalisierung der Auswahlkriterien, der Spezifikation des Regressionsmodells, der Frequenz der Auswahl und der (negativen) Auswirkungen der Auswahl auf die weiteren Gestaltungsmöglichkeiten des Klassifikationsmodells (s.u.) bzw. die Zielgenauigkeit des Gesamtverfahrens.	BKK BV
	Eine Evaluation der Systematik zur Krankheitsauswahl (z.B. Bestimmung der Chronizitätsrate und Hospitalisierungsquote) wird gewünscht	TK et al.
	Die BPtK begrüßt, dass die Krankheitsauswahl nach den gleichen Grundsätzen erfolgt wie in Vorjahren. Die empirisch fundierte Auswahl auf Grundlage der aktuellsten Daten wird positiv bewertet.	BPtK
	Die unveränderte, empirisch-quantitativ vorgenommene Auswahl der Krankheiten schafft Transparenz und stärkt die Akzeptanz des Verfahrens und des Morbi-RSA insgesamt.	IKK e.V.
Umgang mit Krankenhausnebendiagnosen	Die Gleichstellung stationärer Nebendiagnosen und ambulanter Diagnosen wird gefordert.	Barmer
Umstellung auf die GKV-Vollerhebung	Die Umstellung des Auswahlprozesses auf die GKV-Vollerhebung wird ausdrücklich begrüßt	GKV-SV, KBV / BÄK, AOK BV, IKK e.V., Barmer
Nachvollziehbarkeit der Berechnungen	Der GKV-SV hält die angestellten Berechnungen für nachvollziehbar.	GKV-SV
	Die Berechnungen sind für die BAG nicht nachvollziehbar, daher bittet sie um Herausgabe der verwendeten Daten.	BAG



Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

Betrifft	Beschreibung	vorgetragen von
Regressionsmodell	Der BKK BV interpretiert die sich im Regressionsverfahren bei einigen Krankheiten ergebenden negativen Kostenschätzer als Ergebnis einer Misspezifikation des Modells und fordert daher eine grundsätzliche Evaluation des Auswahlverfahrens (s.o.).	BKK BV
Datenbereinigungskonzept/ Plausibilitätsprüfung	Das Datenbereinigungskonzept sollte geändert werden, da viele Geschlechtswechsler aufgrund der Geschlechtsänderung gelöscht werden.	GKV-SV, Barmer
<b>2.2 Kostenintensität</b>		
Prävalenzgewichtung	Im Zuge ihrer generellen Kritik an einer fehlenden Überprüfung des Auswahlalgorithmus hinterfragt der BKK BV auch die Folgen der gegenwärtigen Prävalenzgewichtung.	BKK BV
	Da es Hinweise auf ein ungleichgewichtiges Wachsen von Kosten und Prävalenz bei Krankheiten gibt - wodurch "billige" Krankheiten eine höhere Prävalenzentwicklung zeigen als "teure" - ist es zu einem Rangwechsel zwischen Krankheiten gekommen, sodass ein Nachschärfen der Wurzelfunktion (z.B. 2,5te Quadratwurzel) notwendig ist.	Barmer
	Bei Betrachtung der Kostenintensität sollte für die Ermittlung der Prävalenzgewichte auf die Logarithmusfunktion zurückgegriffen werden.	IKK e.V.
<b>2.3 Schwellenwert</b>		
Berechnungsverfahren	Die Schwellenwertberechnung sollte eine Regressionanalyse auf Basis der zeitgleichen Leistungsausgaben umfassen, um die isolierten Kosten einzelner Erkrankungen anzubilden.	IKK e.V.
<b>3. Krankheitsabgrenzung</b>		
<b>3.1 Allgemeines / Methodik der Abgrenzung / Abgrenzungskriterien</b>		
Schwerpunktsetzung bei der Überarbeitung	Die gesetzten Schwerpunkte der diesjährigen Überarbeitung (Anpassung des ICD-10-GM & Abarbeitung der Anregungen aus vorangegangenen Verfahren) können nachvollzogen werden.	KBV / BÄK
	Die große Stabilität in der Krankheitsabgrenzung zwischen 2013 und 2014 wird von der Barmer begrüßt.	Barmer
	Da eine engere Abgrenzung der Krankheiten angestrebt wird, sollten alle noch nicht überprüften Krankheiten einer diesbezüglichen Revision unterzogen werden.	IKK e.V.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

Betrifft	Beschreibung	vorgetragen von
Ätiologie/Pathogenese als Abgrenzungskriterium	Eine stringente Abgrenzung der zur Auswahl stehenden Krankheiten mit dem Kriterium Ätiologie/Pathogenese oder Manifestation sollte vorgenommen werden (z.B. Zuordnung der Diagnose M02.2 "Arthritis nach Impfung" zur KH109 "Reaktive Arthritiden" aber ICD E88.3 "Tumolyse-Syndrom" zur KH012 "Bösartige Neubildungen").	TK et al.
Kostenhomogenität als Abgrenzungskriterium	Im Hinblick auf die Begründung zur Neuabgrenzung der KH274 (Niereninsuffizienz) wird darauf hingewiesen, dass das Kriterium Kostenhomogenität kein Abgrenzungskriterium sein sollte.	AOK BV, IKK e.V.
	Die DAK wünscht sich bei der Krankheitsabgrenzung generell eine stärkere Berücksichtigung von Kostenaspekten	DAK
<b>3.2 Konkrete Anmerkungen zur Krankheitsabgrenzung</b>		
<b>a) Anpassung an den ICD-10-GM 2013</b>		
KH210 (Eingeweidebruch ohne Komplikationen)	Die ICD-Kodes K43.2 "Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän" und K43.5 "Parastomale Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän" sollten der KH210 und nicht der KH209 "Eingeweidebruch mit Komplikationen" zugeordnet werden.	GKV-SV, TK et al.
<b>b) Krankheit 274 (Niereninsuffizienz)</b>		
KH274 (Niereninsuffizienz) KH362 (Schrumpf- und sonstige kleine Niere unbekannter Ursache)	Der GKV-SV begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen aus medizinisch-inhaltlichen Aspekten.	GKV-SV
	Der AOK BV merkt an, dass Kostenhomogenität bei der Krankheitsabgrenzung kein Kriterium sein darf, sondern ätiologische/pathogenetische Kriterien heran gezogen werden sollen. Die Verschiebung der ICD N14.- Codes in die KH274 ist dennoch sachgerecht.	AOK BV
	Bei Krankheitsabgrenzung sollten Ätiologie/Pathogenese als Abgrenzkriterium verwendet werden und nicht die Kostenhomogenität durch Median-/Mittelwertvergleiche in der Regressionsanalyse, so dass die vorgenommene Krankheitsabgrenzung nicht schlüssig ist.	IKK e.V.
	Der Vorschlag einer Neugliederung der Nierenerkrankungen erscheint sowohl unter medizinischen als auch ökonomischen Gesichtspunkten sachgerecht und wird seitens der KBV und der BÄK befürwortet.	KBV / BÄK
	Die Zuordnung des ICD-Kode N27.0 "Kleine Niere unbekannter Ursache, einseitig" in die KH362 ist noch nicht in der Exceltabelle im Anhang vorgenommen worden.	GKV-SV, TK et al.
<b>c) Ausschlusskategorie 501 (Symptom, Zustand,...)</b>		
Allgemeine Anmerkungen	Die Änderungen der Ausschlusskategorie werden als weitgehend sachgerecht bezeichnet.	GKV-SV

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

Betrifft	Beschreibung	vorgetragen von
	Die vorgenommene Zuordnung von Diagnosen zu spezifischen Krankheitszuständen ist sachgerecht.	KBV / BÄK
	Eine stringente Überprüfung der Krankheitsauswahl nach den Kriterien "enge Abgrenzbarkeit", "Spezifität der subsummierten Krankheitszustände" und "Konsistent mit anderen im Auswahlprozess befindlichen Diagnosen" findet für einige Krankheiten nicht statt (KH005 "Sepsis/Schock", KH91 "Entwicklungsstörungen", KH101 "Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen", KH189 "Emphysem/Chronische obstruktive Bronchitis", KH137 "Medizinische Komplikation").	IKK e.V.
	Wird den Kriterien der Ausschlusskategorie gefolgt ("Abgrenzbarkeit", "Spezifität der subsummierten Krankheitszustände" und "Konsistenz mit anderen sich im Auswahlprozess befindlichen Diagnosen"), dann sollten weitere Ausgliederungen von ICD-Kodes erfolgen.	TK et al.
	Die Ermittlung der Mehrkosten für die Ausschlusskategorien (soweit möglich), getrennt nach ICD-Kapiteln wird gewünscht.	Barmer
	Eine stringenter Behandlung verwandter ICD-Kodes und spezifischer versus unspezifischer ICD-Kodes wird gefordert; spezifischere, verwandte ICD 4-Steller sollten nicht der Ausschlusskategorie zugeordnet werden (z.b: T88, T85, J95.8, T81, M99, G93, N39).	DAK
	Unspezifische Verschlüsselungen sollten nicht besser gestellt sein als spezifische (i.e. ein 4-Steller sollte nicht besser gestellt sein als der zugehörige 5-Steller oder umgekehrt).	DAK
Ausschluss aufgrund eines "mangelnden Krankheitswertes"	Der Ausschluss von Diagnosen mit mangelndem Krankheitswert ist fraglich (i.e. E65, E66ff., F17ff., G47ff.), da nicht behandlungswürdige Zustände laut DIMDI nicht zu melden und vom Arzt zu behandeln sind, so dass eine Erläuterung gewünscht wird.	Barmer
(KH357) Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung	Die Prüfung der Zuordnung der ICD-Kodes der 3-Stellergruppe T81.- „Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert“ ist notwendig, da eine einheitliche Anwendung der dokumentierten Entscheidungsgründe derzeit nicht gegeben ist.	GKV-SV, DAK
	Der ICD-Kode T85.81 "Sonstige Komplikationen durch interne Prothese, Implantate oder Transplantate im Nervensystem" ist analog zum ICD-Kode T85.8 "Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, andernorts nicht klassifiziert" der KH357 "Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung" zuzuordnen.	GKV-SV, DAK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

Betrifft	Beschreibung	vorgetragen von
	Vorschlag zum Verschieben der Codes J95.0 "Funktionsstörung eines Tracheostomas", J95.8/J95.88 "Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen".	DAK
	Vorgeschlagene Ausgliederungen von Diagnosen aus KH501 zu KH357 soll in andere, spezifischere Krankheiten erfolgen (z.B. ICD-Kode M87.1 "Knochennekrose durch Arzneimittel" wird der KH069 "Entzündung/Nekrose von Knochen" zugeordnet) (Siehe: Stellungnahme TK Tabelle S.7-11).	TK et al.
ICD B95.- bis B98.- (bestimmte Erreger von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind)	Eine Zuordnung der Diagnosegruppen B95.-, B96.-, B97.-und B98.- zu spezifischen Krankheiten „sollte nicht erfolgen, da es sich bei den Codes um nicht eigenständig kodierbare Krankheiten handelt (!-Schlüssel), die keine zusätzlichen Kosteninformationen enthalten dürften.	IKK e.V.
ICD F55.- (Schädlicher Gebrauch nicht abhängigkeitszeugender Substanzen)	Mögliche negative Anreize in Zusammenhang mit dem ICD-Kode F55.- "schädlicher Gebrauch nicht abhängigkeitszeugender Substanzen" werden hinterfragt	Barmer
ICD F89.- (Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen)	Es wird vorgeschlagen, den ICD-Kode F89.- "Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen" zu streichen, da diese kein näher beschriebenes Krankheitsbild enthält.	IKK e.V.
ICD G24.9 (Dystonie, nicht näher bezeichnet) & G25.9 (Extrapyramidale Krankheit oder Bewegungsstörung, nicht näher bezeichnet)	Die ICD-Kodes G24.9 "Dystonie, nicht näher bezeichnet" und G25.9 "Extrapyramidale Krankheit oder Bewegungsstörung, nicht näher bezeichnet" sollten der Ausschlusskategorie zugeordnet werden.	IKK e.V.
ICD M99.1 (Subluxation der Wirbelsäule)	Es wird vorgeschlagen, den ICD-Kode M99.1 "Subluxation der Wirbelsäule" der Krankheit 259 (Wirbelkörperluxation (Subluxation)) zuzuordnen.	GKV-SV, TK et al., DAK
ICD R57.- / T88.1 / T88.2 / weitere (Formen des Schocks)	Vorschlag zur Neuabgrenzung der Schockdiagnosen, da sich etwa der Code R57.0 noch in der Ausschlusskategorie befinde, R57.2 und R57.8 aber nicht. Es wird die Bildung der Krankheit "Schock" unter Berücksichtigung der KH354 "Anaphylaktischer Schock", ICD-Kodes R57.1 "Hypovolämischer Schock", R57.9 "Schock, nicht näher bezeichnet", T81.1 "Schock während oder als Folge eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert", T88.2 "Schock durch Anästhesie" und R57.8 "Sonstige Formen des Schocks" vorgeschlagen. Der Code R57.0 "Kardiogener Schock" sei der KH159 (Ventrikuläre Tachykardie / Arrhythmie, Herzstillstand) zuzuordnen.	GKV-SV

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

Betrifft	Beschreibung	vorgetragen von
	Die Einordnung des ICD-Kodes R57.8 "Sonstige Formen des Schocks" in die KH5 "Sepsis/Schock" wird nicht als sinnvoll erachtet, weil der Schlüssel neben dem Endotoxinschock auch alle sonstigen, unspezifischen Formen des Schocks abbildet und dem durch Bakterien verursachten Endotoxinschock eine andere Pathogenese zugrunde liegt.	IKK e.V.
	Die DAK schlägt vor, verschiedene Formen des Schocks (die sich z.T. zuvor in der Ausschlusskategorie befunden haben bzw. sich noch immer dort befinden) einer neuen Krankheit "Schock" zuzuordnen (s. KH005).	DAK
	Vorschlag, alle Schock-Diagnosen einer gemeinsamen Krankheit "Schock" zuzuordnen. Die in der KH005 (bislang "Sepsis/Schock") verbleiben, sollen die Krankheit "Sepsis" bilden. (s. KH005)	TK et al.
ICD S18 & S28.1(bestimmte, mit dem Leben nicht vereinbare Amputationen)	Die ICD-Kodes S28.1 "Traumatische Amputation eines Teiles des Thorax", S18 "Traumatische Amputation in Halshöhe", die der KH333 "Innere Verletzungen" bzw. KH121 "Ausgeprägte schwere Lähmungen/Verletzungen des Rückenmarks/Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems" zugeordnet sind, bedeuten den Tod und sind somit von der Krankheitsauswahl auszuschließen, da keine prospektiven Kosten entstehen.	GKV-SV, TK et al.
ICD U81 (Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika)	Es wird vorgeschlagen, den ICD-Schlüssel U81 "Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika" - analog zum Vorgehen bei anderen Codes - aus der Ausschlusskategorie 501 in die KH023 zu verschieben.	BKK BV
ICD Z-Kodes	Aufgrund uneindeutiger Grunderkrankung wird ein Großteil der ICD-Kodes (z.B. Z51.- "Sonstige medizinische Behandlung", Z99.- "Langzeitige Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert" und Z43.- "Versorgung künstlicher Körperöffnungen") auf 3-Steller-Ebene vorgenommen. Dieses Vorgehen ist inkonsistent, da ICD-Kodes Z99.2 "Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz" (KH274) und Z51.83 "Opiatsubstitution" (KH77) Rückschlüsse auf die Grunderkrankung erlauben und somit zur Schweregraddifferenzierung im Klassifikationsmodell herangezogen werden können. Der GKV-SV verlangt eine Prüfung dieser Problematik.	GKV-SV
	Vorschlag der Aufnahme von Z-Kodes Z51.0 "Strahlentherapie-Sitzung", Z51.1 "Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung" und Z51.81 "Kombinierte Strahlen- und Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung" im Rahmen der "Bösartigen Neubildungen" zu berücksichtigen und diese für eine Differenzierung der Krankheitsschwere zu verwenden	AOK BV

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

Betrifft	Beschreibung	vorgetragen von
	Eine formale Aufnahme der Diagnose der Gruppen Z43.-, Z51.- und Z99.- zum Zweck der Schweregraddifferenzierung im Klassifikationsmodell wird abgelehnt	IKK e.V.
	Es wird angeregt, die ICD-Kodes der bislang ausgeschlossenen Gruppe Z44.- ("Versorgen mit und Anpassen einer Ektoprothese") - hier insbesondere die Codes Z44.0 (künstlicher Arm) Z44.1 (künstliches Bein) - der KH028 (Neubildung der Knochen,...), KH164 (Atherosklerose,...) oder KH337 (Traumatische Amputation einer Extremität) zuzuordnen.	BKK BV
	Die Zuordnung der Diagnose Z99.- muss einzeln überprüft werden, da einige Diagnosen erhebliche Folgekosten verursachen (z.B. Z99.1 "Langzeitige Abhängigkeit vom Respirator" oder Z99.4 "Langzeitabhängigkeit vom Kunstherz")	TK et al.
<b>d) Sonstige Anmerkungen zu einzelnen Krankheiten</b>		
KH005 (Sepsis/Schock)	Die Krankheit sollte durch ICD-Kodes A39.1 "Waterhouse-Friderichsen-Syndrom" (KH061) und B37.7 "Candida-Sepsis" (KH015) ergänzt werden.	GKV-SV
	Es wird vorgeschlagen den ICD-Kode A39.1 "Waterhouse-Friderichsen-Syndrom" von der KH061 "Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen" in die KH005 "Sepsis/Schock" mit Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" zu verschieben.	AOK BV
	Vorschlag auf Differenzierung von Sepsis/Schock in infektiösnah (Sepsis) und nicht infektiösnah (Schock); (siehe Tabelle 2 & 3 der Stellungnahme der DAK)	DAK
	Forderung nach Zuordnung aller Schockdiagnosen (A48.3, R57.-, T78.0, T78.2, T80.5, T81.1, T88.2, T88.6) in eine neue Krankheit "Schock". Die in KH005 verbleibenden Codes sollen die Krankheit "Sepsis" bilden.	TK et al.
	Dem Vorschlag der DAK zur Bildung einer eigenständigen Krankheit "Schock" wird explizit widersprochen.	IKK e.V.
KH008 (Lyme disease / Borreliose)	Die Lyme-Borreliose sollte bei der Krankheitsauswahl berücksichtigt werden, wofür mehrere Möglichkeiten der Einordnung bestehen.	BAG
KH015 (Infektionen durch opportunistische Erreger)	Es wird vorgeschlagen, den ICD-Kode A81.2 "JV-Virus-Infektion" von KH96 "Virale Meningitis/Enzephalitis" in KH15 "Infektionen durch opportunistische Erreger" zu verschieben.	AOK BV
KH038-042 (Gutartige Neubildungen)	Die Unterteilung von gutartigen Neubildungen in fünf Untergruppen ist unklar und sollte geprüft werden.	KBV / BÄK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)

Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

Betrifft	Beschreibung	vorgetragen von
KH074 (Demenz)	Die Abgrenzung des Kodes F06.7 „leichte kognitive Störung“ von der Demenz sollte geprüft werden, da schon kleinere Einschränkungen in gängigen Testverfahren diese Kodierung rechtfertigen, ohne dass Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt sind.	KBV / BÄK
	Die Alzheimer-Krankheit/Demenz sollte berücksichtigt werden, weil sie zu den großen Volkskrankheiten zählt (Tendenz steigend durch demographischen Wandel), Unterversorgung vorherrscht und Erkrankte aufgrund anderer Erkrankungen oftmals im Krankenhaus längere Liegezeiten aufweisen.	BAG
KH075 (Delir und Enzephalopathie)	Vorschlag auf Zuordnung alle Delir-Diagnosen oder Gründung einer KH "Delir" und KH "Enzephalopathie".	DAK
KH086 (Anorexie und Bulimie)	Die BpTK schlägt vor, in Anlehnung an die Bezeichnung F50 des ICD-10-GM die Krankheitsbezeichnung "Essstörungen" zu verwenden, weil hierunter auch die spezifische Essstörung "Binge-Eating-Störung" fällt.	BpTK
KH100 (Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen)	Vorschlag zur Zuordnung des ICD-Kode G90.3 "Shy-Drager-Syndrom" zur KH100 "Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen".	AOK BV
KH123 (Hydrocephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen)	Die Aufhebung der Altersobergrenze von 17 Jahren für den ICD-Kode G93.7 "Reye-Syndrom" sollte geprüft werden, da eine akute Erkrankung im Kindesalter zu einem Residualsyndrom im Erwachsenenalter mit hohen Folgekosten führen kann.	GKV-SV, Barmer
KH134 (Netzhautgefäßverschluss) KH135 (Makuladegeneration) KH020 (Diabetes mellitus)	Mit Blick auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen des Augenhintergrundes wird angeregt, aus den ICD-Kodes H35.3 ("Degeneration der Makula und des hinteren Poles", KH135), H34.8 („Sonstiger Netzhautgefäßverschluss“, KH134) und ggf. H36.0 „Retinopathia diabetica“ eine neue Krankheit "Neovaskuläre Erkrankungen des Augenhintergrundes" zu bilden.	BKK BV
KH190 (Asthma bronchiale)	Erneute Prüfung der Berücksichtigung der Krankheit, da die Aufgreifkriterien von Asthma bronchiale für das Ausgleichsjahr 2014 erfüllt sind und schwere Verläufe mit einem hohen finanziellen Aufwand einhergehen; bessere Stratifizierung entsprechend dem Schweregrad der Erkrankung.	KBV / BÄK
	Es wird vorgeschlagen, die Krankheiten "Asthma bronchiale" (KH 190) und "Emphysem/Chronische obstruktive Bronchitis (COPD)" (KH 189) zu einer Krankheit "chronisch obstruktive Lungenerkrankung" zusammen zu legen.	AOK BV

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

Betrifft	Beschreibung	vorgetragen von
	Die Zusammenlegung der KH190 "Asthma bronchiale" und KH189 "Emphysem/Chronisch obstruktive Bronchitis" wird abgelehnt, da es sich um ätiologisch trennbare Krankheiten handelt, die mit unterschiedlichen Leitlinien behandelt werden.	IKK e.V.
KH211 (Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn/Colitis ulcerosa))	Es wird vorgeschlagen, die ICD-Kodes M07.4*- "Arthritis bei Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis)", M07.5*- "Arthritis bei Colitis ulcerosa (K51.-+)" und M07.6*- "Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten" der Krankheit 211 "Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn/Colitis ulcerosa)" zuzuordnen.	GKV-SV, AOK BV
KH218 (Peritonitis)	Zum Wegfall der Peritonitis wird auf die Stellungnahme vom 27.01.2012 verwiesen. In der genannten Stellungnahme bekundet der AOK BV, dass die Herausnahme der ICD-Kodes K67.0, K67.1, K67.2 und K67.3 aus der Krankheit 072 "Peritonitis, exkl. Appendizitis und Entzündungen des weiblichen Beckens" nicht sachgerecht ist und empfiehlt daher die Beibehaltung der zugeordneten ICD-Kodes.	AOK BV
KH247 (Reaktive Arthritiden) KH248 (Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen)	Es wird vorgeschlagen, die Krankheiten "Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen" (KH248) und "Reaktive Arthritiden" (KH247) zusammen zu fassen.	AOK BV
KH276 (Entzündliche Neuropathie) KH330 (Wirbelkörperfrakturen)	Die Zusammenfassung der Krankheiten "Wirbelkörperfrakturen" (KH330) und "Entzündliche Neuropathie" (KH276) wird vorgeschlagen.	AOK BV
KH322 (Angeborene, schwere Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes) KH343 (Luxation des Hüftgelenks)	Die Erweiterung um die ICD-Kodes Q65.0 "Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, einseitig", Q65.1 "Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, beidseitig" und Q65.2 "Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, nicht näher bezeichnet" wird vorgeschlagen.	GKV-SV, AOK BV
KH337 (Traumatische Amputation einer Extremität) KH358 (Spätfolgen von Verletzungen...)	Es wird die Verschiebung der Schlüssel T92.6 (Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation der oberen Extremität) und T93.6 (...der unteren Extremität) in die KH337 (Traumatische Amputation einer Extremität) angeregt. Alternativ könne die Bildung einer neuen Krankheit "Amputationen" geprüft werden.	BKK BV
Ausschlusskategorie 503 (Nicht zur Verschlüsselung zugelassen)	Eine Überprüfung der nicht mehr zur Kodierung zugelassenen Diagnosen ist notwendig. Die DAK übermittelt hierzu in ihrer Stellungnahme eine ausführliche Auflistung von inzwischen nicht mehr zur Verschlüsselung zugelassenen Codes.	DAK





Auf seiner Sitzung am 13. Februar 2013 hat sich der Wissenschaftliche Beirat gemeinsam mit dem BVA intensiv mit der Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen befasst und seine jeweiligen Empfehlungen ausgesprochen.

Die endgültige Festlegung der im Ausgleichsjahr 2014 zu berücksichtigenden Krankheiten durch das BVA geschieht im Einvernehmen mit dem Wissenschaftlichen Beirat.

Eine Dokumentation des Bewertungsprozesses findet sich auf den folgenden Seiten.

### **III. Bewertung der Stellungnahmen zu allgemeinen Aspekten**

#### **Anmerkungen zum Auswahl- und Anhörungsverfahren sowie zum Auswahlalgorithmus**

##### **Allgemeines:**

Der Wissenschaftliche Beirat hat sich – wie in den Grundsätzen für die Anpassung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 dargestellt (vgl. S.1f.) – dazu entschlossen, für das Ausgleichsjahr 2014 keine Überprüfung des Auswahlalgorithmus und der Auswahlkriterien vorzunehmen. Er hält daran auch nach Durchführung des Anhörungsverfahrens zur Krankheitsauswahl fest. Wie schon in den Erläuterungen zur Festlegung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 dargelegt, ist das für die jährliche Überprüfung der Krankheitsauswahl zur Verfügung stehende Zeitfenster eng begrenzt. Dies macht es erforderlich, Bearbeitungsschwerpunkte zu setzen. In diesem Jahr sind dies die Anpassungen an den ICD-10-GM 2013, sowie die systematische Überarbeitung der Krankheit 274 „Niereninsuffizienz“ und der Ausschlusskategorie 501 „Symptom, Zustand...“. Auf technischer Seite fand eine Umstellung der Auswertungsalgorithmen auf die Verarbeitung der Vollerhebung statt. Stellungnahmen, die sich dennoch auf Aspekte des Auswahlverfahrens beziehen, die nicht Bestandteil der Anhörung / dieser Schwerpunktsetzung sind, finden nachfolgend keine Berücksichtigung.

#### **Einführung eines strukturierten Vorschlagsverfahrens zur Krankheitsauswahl**

##### **Stellungnahme:**

Der GKV-SV schlägt vor, ein separates Vorschlagsverfahren für die RSA-Krankheitsauswahl zu etablieren, um eine strukturierte und transparente Vorgehensweise zu gewährleisten.

##### **Bewertung:**

Die Frage, ob der Veröffentlichung des Entwurfes zur Festlegung der Krankheitsauswahl (analog zur Anpassung des Klassifikationsmodells) künftig ein Vorschlagsverfahren voranzugehen sollte, wurde vom Wissenschaftlichen Beirat intensiv diskutiert. Obwohl ein breiter Konsens darüber besteht, dass ein derartiges Verfahren dazu geeignet wäre, die Transparenz und Akzeptanz der Krankheitsauswahl noch weiter zu steigern, empfiehlt das Gremium, am bisherigen Ablauf festzuhalten, da die Durchführung eines fakultativen Vorschlagsverfahrens auch bei der Krankheitsauswahl mit den vorhandenen zeitlichen und personellen Res-

sources kaum zu bewältigen sei bzw. günstigstenfalls durch Abstriche bei der Erfüllung der übrigen Aufgaben leistbar wäre. Der Beirat verweist zudem darauf, dass Inhalte von Stellungnahmen aus den Vorjahren bei den laufenden Überprüfungen der Krankheitsauswahl regelmäßig berücksichtigt würden.

### **Datengrundlage**

#### **Stellungnahmen:**

Die Verwendung der Vollerhebung des Lieferjahres 2012 (Korrekturmeldung 2010 / Erstmeldung 2011, Berücksichtigung der Kassenausschlüsse gemäß der Anhörung nach § 30 RSAV vom 20.09.2012) im Rahmen des Auswahlprozesses wird von GKV-SV, KBV / BÄK, AOK BV, IKK e.V. und Barmer begrüßt.

Bezüglich der im BVA vorgenommenen Plausibilisierung der gelieferten Daten nach dem „Konzept für das Fehlerverfahren und die Datenbereinigung der Datenerhebung 2010/2011 im Meldeverfahren 2012 zur Weiterentwicklung des RSA gemäß § 30 RSAV“ wird jedoch von GKV-SV und Barmer angemerkt, dass Datensätze der Stamm- und Morbiditätsdaten bei Vorliegen widersprüchlicher Angaben zu Alter und/oder Geschlecht des Versicherten gelöscht würden. Aus Sicht von GKV-SV und Barmer erscheint dies nicht sachgerecht.

#### **Bewertung:**

Das relevante Datenbereinigungskonzept für die verwendeten Daten ist (wie auch schon in den Erläuterungen zur letzten Festlegung dargelegt) immer das zum Liefertermin der Daten gültige und mit dem GKV-SV abgestimmte Plausibilisierungskonzept, in diesem Fall das „Konzept für das Fehlerverfahren und die Datenbereinigung der Datenerhebung 2010/2011 im Meldeverfahren 2012 zur Weiterentwicklung des RSA gemäß § 30 RSAV“, das am 15.02.2012 – nach Anhörung des GKV-SV – vom BVA bekannt gegeben wurde. Anmerkungen zu diesem Konzept sollten grundsätzlich im Rahmen der jeweiligen Anhörung thematisiert werden. Eine nachträgliche Änderung der Datenbereinigung nach den zuvor einvernehmlich festgelegten Regeln ist nicht angezeigt. Gleichwohl sollte die von GKV-SV und Barmer vorgetragene Problematik bei der anstehenden Überarbeitung des Plausibilisierungskonzeptes diskutiert werden.

### **Nachvollziehbarkeit der Berechnungen**

#### **Stellungnahmen:**

Die Daten der Auswertungen sind für die BAG nicht nachvollziehbar, es wird um Zurverfügungstellung der entsprechenden Berechnungsgrundlagen gebeten.

Die vom BVA dargestellten Berechnungsergebnisse konnten durch den GKV-SV nachvollzogen werden.

Bewertung:

Aus Gründen des Sozialdatenschutzes ist es dem BVA nicht erlaubt die zur Berechnung der Krankheitsauswahl verwendeten Daten weiterzugeben. Um dennoch eine objektive Kontrolle der Berechnungsergebnisse zu gewähren, führt der GKV-SV eine unabhängige Kontrollrechnung durch, die – wie in der Stellungnahme des GKV-SV beschrieben – auch für das Ausgleichsjahr 2014 die Ergebnisse des BVA bestätigt.

## IV. Anpassung der Krankheitsabgrenzung

### a) Anpassungen an den ICD-10-GM 2013

#### Festlegungsentwurf:

Die aktuelle Zuordnung von ICD-Kodes zu Krankheiten, die dem Verfahren für das Ausgleichsjahr 2013 zugrunde liegt, berücksichtigt die ICD-10-GM der Jahre 2009 bis 2012. Für den Jahresausgleich 2014 werden letztendlich die Diagnosen aus dem Jahr 2013 berücksichtigt werden. Gegenüber der ICD-10-GM 2012 weist die ICD-10-GM 2013 insgesamt 80 neue Einträge auf (s.a. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasse/downloadcenter/icd-10-gm/version2013/aktualisierung/>). Tabelle 2 zeigt die beabsichtigte Einordnung dieser neuen Kodes in die bestehenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2014.

**Tabelle 2: Einordnung der mit der ICD-10-GM 2013 neu eingeführten Diagnosekodes in den Krankheitsauswahlprozeß für das Ausgleichsjahr 2014 (Festlegungsentwurf)**

ICD	Bezeichnung	Geschl echt	Alter von	Alter bis	Wird zugeordnet zu Krankheit
D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel	m/w	0	124	50 Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel	m/w	0	124	
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel	m/w	0	124	
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel	m/w	0	124	
D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel	m/w	0	124	
D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel	m/w	0	124	
D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel	m/w	0	124	
D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren	m/w	0	124	
I48.2	Vorhofflimmern, permanent	m/w	0	124	160 Vorhoffarrhythmie
I48.3	Vorhofflattern, typisch	m/w	0	124	
I48.4	Vorhofflattern, atypisch	m/w	0	124	
I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	m/w	0	124	
I72.6	Aneurysma und Dissektion der A. vertebralis	m/w	0	124	167 Arteriell Aneurysma (exkl. d. Aorta)
K02.5	Karies mit freiliegender Pulpa	m/w	0	124	199 Erkrankungen der Zähne, des Zahnfleisches und des Kiefers (z.B. Gingivitis, Parodontitis apicalis)
K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	m/w	0	124	209 Eingeweidebruch mit Komplikationen
K43.3	Parastomale Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	m/w	0	124	
K43.4	Parastomale Hernie mit Gangrän	m/w	0	124	
K43.5	Parastomale Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	m/w	0	124	
K43.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän	m/w	0	124	
K43.60	Epigastrische Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	m/w	0	124	
K43.68	Sonstige Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän	m/w	0	124	

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

ICD	Bezeichnung	Geschl echt	Alter von	Alter bis	Wird zugeordnet zu Krankheit	
K43.69	Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän	m/w	0	124		
K43.7	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Gangrän	m/w	0	124		
K43.70	Epigastrische Hernie mit Gangrän	m/w	0	124		
K43.78	Sonstige Hernia ventralis mit Gangrän	m/w	0	124		
K43.79	Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Gangrän	m/w	0	124		
K43.90	Epigastrische Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	m/w	0	124	210	Eingeweidebruch ohne Komplikationen
K43.98	Sonstige Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	m/w	0	124		
K43.99	Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	m/w	0	124		
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	m/w	0	124	503	AUSSCHLUSS: Nicht zur Verschlüsselung zugelassen
K64.0	Hämorrhoiden 1. Grades	m/w	0	124	216	Hämorrhoiden
K64.1	Hämorrhoiden 2. Grades	m/w	0	124		
K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	m/w	0	124		
K64.3	Hämorrhoiden 4. Grades	m/w	0	124		
K64.4	Marissen als Folgezustand von Hämorrhoiden	m/w	0	124		
K64.5	Perianalvenenthrombose	m/w	0	124		
K64.8	Sonstige Hämorrhoiden	m/w	0	124		
K64.9	Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet	m/w	0	124		
K91.81	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	m/w	0	124	357	Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung
K91.82	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am Pankreas	m/w	0	124		
K91.83	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt	m/w	0	124		
Q86.80	Thalidomid-Embryopathie	m/w	0	124	322	Angeborene, schwere Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes
Q86.88	Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen	m/w	0	124	323	Nicht näher bezeichnete Fehlbildungssyndrome
R95.0	Plötzlicher Kindstod mit Angabe einer Obduktion	m/w	0	1	501	AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)
R95.9	Plötzlicher Kindstod ohne Angabe einer Obduktion	m/w	0	1		
U06	Nicht belegte Schlüsselnummern	m/w	0	124	503	AUSSCHLUSS: Nicht zur Verschlüsselung zugelassen
U06.0	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.0	m/w	0	124	501	AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)
U06.1	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.1	m/w	0	124		
U06.2	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.2	m/w	0	124		
U06.3	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.3	m/w	0	124		
U06.4	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.4	m/w	0	124		
U06.5	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.5	m/w	0	124		
U06.6	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.6	m/w	0	124		
U06.7	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.7	m/w	0	124		
U06.8	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.8	m/w	0	124		
U06.9	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.9	m/w	0	124		
U07	Nicht belegte Schlüsselnummern	m/w	0	124	503	AUSSCHLUSS: Nicht zur Verschlüsselung zugelassen
U07.0	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.0	m/w	0	124	501	AUSSCHLUSS (Symptom, Zu-

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

ICD	Bezeichnung	Geschl echt	Alter von	Alter bis	Wird zugeordnet zu Krankheit			
U07.1	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.1	m/w	0	124	stand,...)			
U07.2	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.2	m/w	0	124				
U07.3	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.3	m/w	0	124				
U07.4	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.4	m/w	0	124				
U07.5	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.5	m/w	0	124				
U07.6	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.6	m/w	0	124				
U07.7	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.7	m/w	0	124				
U07.8	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.8	m/w	0	124				
U07.9	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.9	m/w	0	124				
U80.00	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]	m/w	0	124	2	Bakterielle Zoonosen und andere schwerwiegende bakterielle Infektionen		
U80.01	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone und ohne Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin	m/w	0	124				
U80.10	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin	m/w	0	124				
U80.11	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine und ohne Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin	m/w	0	124				
U80.20	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	m/w	0	124				
U80.21	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	m/w	0	124				
U80.30	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	m/w	0	124				
U80.31	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder Streptogramine oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	m/w	0	124				
Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	m/w	0	124	501	AUSSCHLUSS	(Symptom, Zu-	
Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators	m/w	0	124				
Z45.02	Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems	m/w	0	124				
Z45.08	Anpassung und Handhabung von sonstigen kardialen (elektronischen) Geräten	m/w	0	124				
Z99.4	Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz	m/w	0	124				

### Stellungnahmen:

Die Anpassung an den ICD-10-GM 2013 wird allgemein als sachgerecht bewertet. Lediglich bezüglich der ICD-Kodes K43.2 „Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän“ und K43.5 „Parastomale Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän“ wird seitens GKV-SV und TK et al. darauf hingewiesen, dass diese Codes der Krankheit 210 „Eingeweidebruch ohne Komplikationen“ und nicht der Krankheit 209 „Eingeweidebruch mit Komplikationen“ zugeordnet werden sollten, da der Hinweis auf Komplikationen fehlt.



Bewertung:

Der Hinweis ist sachgerecht. Die ICD-Kodes K43.2 „Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän“ und K43.5 „Parastomale Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän“ werden der Krankheit 210 „Eingeweidebruch ohne Komplikationen“ zugeordnet.

## **b) Krankheit 274 „Niereninsuffizienz“**

### Festlegungsentwurf:

Vor dem Hintergrund der Differenzierung zwischen Grundkrankheiten und nicht zwingend auftretender Folgeerkrankungen wird die Krankheit „Niereninsuffizienz“ neu abgegrenzt. Sie umfasst nur noch die Diagnosen N17.- „Akutes Nierenversagen“, N18.- „Chron. Nierenkrankheit“, N19 „Nicht näher bez. Niereninsuffizienz“, N25.- „Krankheiten infolge Schädigung der tubulären Nierenfunktion“, Z49.- „Dialysebehandlung“ und Z99.2 „Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz“.

Die Diagnosen N14.- „Toxische Nephropathien“, N26 „Schrumpfniere, nicht näher bezeichnet“, N27.1 „Kleine Niere unbekannter Ursache, beidseitig“, N27.9 „Kleine Niere unbekannter Ursache, nicht näher bezeichnet“ und Q61.1 „Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv“ gehen zwar mit einem erhöhten Risiko für eine Niereninsuffizienz einher, allerdings weisen nicht alle betroffenen Versicherten mit einer dieser Grundkrankheiten auch das Bild einer Niereninsuffizienz auf.

N14.- „Arzneimittel- und schwermetallinduzierte tubulointerstitielle und tubuläre Krankheitszustände (Toxische Nephropathien)“ wird in die Krankheit 271 „Nephritis“ ausgegliedert. Die Diagnosen N26 „Schrumpfniere, nicht näher bezeichnet“, N27.1 „Kleine Niere unbekannter Ursache, beidseitig“ und N27.9 „Kleine Niere unbekannter Ursache, nicht näher bezeichnet“ werden zur neuen Krankheit 362 (neu) „Schrumpf- und sonstige kleine Niere unbekannter Ursache“ zusammengelegt. N27.0 „Kleine Niere unbekannter Ursache, einseitig“ wird ebenfalls der neuen Krankheit 362 zugeordnet. Der Code ICD Q61.1 „Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv“ wird der Krankheit 276 „Nierenzysten“ zugewiesen.

### Stellungnahmen:

Die vorgeschlagenen Änderungen der ICD-Kode-Zuordnung werden unter medizinisch-inhaltlichen Aspekten als nachvollziehbar bezeichnet und von GKV-SV und TK et al. explizit begrüßt. Beide geben jedoch den redaktionellen Hinweis, dass die Änderung für den Code N27.0 im Anhang 4 noch nicht nachvollzogen worden sei.

Der Vorschlag der Neugliederung wird auch seitens KBV / BÄK sowohl unter medizinischen als auch ökonomischen Gesichtspunkten als sachgerecht eingestuft und befürwortet. Auch die DAK hält die Ergebnisse der umfangreichen Überarbeitung zur Niereninsuffizienz nach medizinischen Kriterien für nachvollziehbar und sinnvoll.

Der AOK BV kritisiert, dass die vom BVA im Festlegungsentwurf thematisierte Kostenhomogenität kein Abgrenzungskriterium für die Krankheiten sein darf. Da die Neuuzuordnung der Codes letztendlich mit ätiologischen/pathogenetischen Kriterien begründet wird, erscheint das Ergebnis dennoch sachgerecht.

Auch aus Sicht der Innungskrankenkassen sollten Ätiologie/Pathogenese als Abgrenzungskriterium angesetzt werden und nicht die Kostenhomogenität durch Median- bzw. Mittelwertvergleiche in der Regressionsanalyse.

Bewertung:

Da die Revision der Krankheit Niereninsuffizienz auf eine frühere Anmerkung zum Klassifikationsmodell zurückgeht, wurde zunächst die dortige Argumentation aufgegriffen. BVA und Wissenschaftlicher Beirat betonen, dass die Krankheitsabgrenzung aber weiterhin primär anhand ätiologischer/pathogenetischer Kriterien erfolgen soll, während die Kostenhomogenität beim Klassifikationsmodell im Vordergrund steht. Da, wie ausgeführt, die Revision der Niereninsuffizienz auch aus medizinischen Gründen sachgerecht ist, wird die Krankheitsabgrenzung wie im Festlegungsentwurf umgesetzt. Der redaktionelle Fehler in Anhang 4 wird entsprechend korrigiert.

## c) Ausschlusskategorie 501 „Symptom, Zustand,...“

### Festlegungsentwurf

Die Ausschlusskategorie 501 wurde bei der Überprüfung der Krankheitsauswahl vollständig überarbeitet. Für die medizinische Bewertung wurden die Kriterien „enge Abgrenzbarkeit“, „Spezifität der unter diesem Kode subsummierten Krankheitszustände“ sowie „Konsistenz mit anderen, sich bereits in dem Krankheitsauswahl-Prozess befindlichen Diagnosen“ herangezogen. 19 ICD-Schlüssel wurden vor diesem Hintergrund aus der Kategorie 501 anderen, bereits bestehenden Krankheiten (namentlich „Sepsis/Schock“, „Andere Infektionen“, „Ventrikuläre Tachykardie“, „Bestehende Schwangerschaft“ sowie „Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung“) zugeordnet (s. Tabelle 3).

**Tabelle 3: Diagnosen aus der bisherigen Ausschlusskategorie 501, die im Festlegungsentwurf bestehenden Krankheiten zugeordnet wurden**

ICD	ICD_Bezeichnung		Wird zugordnet zu Krankheit	Begründung
R57.2	Septischer Schock	5	Sepsis/Schock	Enger Zusammenhang mit Sepsis
R57.8	Sonstige Formen des Schocks			Kode bezeichnet "Endotoxinschock", einen durch Endotoxine gramnegativer Bakterien ausgelösten sept. Schock.
B95.-	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	23	Andere Infektionen	Die Bewertung der ICD-Kodes B95.-, B96.-, B98.- als in der Krankheitsauswahl zu berücksichtigenden Codes erfolgt analog zur bisherigen Bewertung der ICD-Kodes B97.- (Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind), die der Krankheit 16 (Andere virale Infektionen) zugewiesen sind.
B96.-	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind			
B98.-	Sonstige näher bezeichnete infektiöse Erreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind			
I46.9	Herzstillstand, nicht näher bezeichnet	159	Ventrikuläre Tachykardie	Einordnung erfolgt analog zu I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung
Z36.-	Pränatales Screening	301	Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	Indiziert wie Z34.- und Z35.- eine bestehende Schwangerschaft.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

ICD	ICD_Bezeichnung	Wird zugordnet zu Krankheit	Begründung
G97.80	Postoperative Liquoristel	357 Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung	Es handelt sich um eine Komplikation, die neben konservativen Maßnahmen auch ein operatives Vorgehen erfordern kann.
H59.8	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen		Als Komplikationen werden genannt: Chorioretinale Narben, Infektion eines postoperativen Sickerkissens, nichtinfektiöse Entzündung eines postoperativen Sickerkissens, Sickerkissen-assoziierte Endophthalmitis.
H95.1	Sonstige Krankheiten nach Mastoidektomie		Als Komplikationen werden genannt: Chronische Entzündung, Granulationen, Schleimhautzyste der Mastoidhöhle.
I97.1	Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff		Als Komplikationen werden genannt: Herzinsuffizienz, Herzverdage, Schrittmacher-Syndrom nach Kardiochirurgischen Eingriff oder wegen einer Herzprothese
J95.80	Iatrogener Pneumothorax		Auch wenn in den meisten Fällen keine größeren Folgekosten zu erwarten sind, handelt sich um eine <u>näher</u> bezeichnete Komplikation.
N99.8	Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen		"Residual ovary syndrome" spezifisch genannt
T80.0	Luftembolie nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken		Ungeachtet der unsicheren klinischen Relevanz, handelt es sich um eine näher bezeichnete Komplikation.
T80.1	Gefäßkomplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken		Näher bezeichnete Komplikation (u.a. Thrombembolie, -phlebitis).
T80.6	Sonstige Serumreaktionen		Näher bezeichnete Komplikation (u.a. Serumdermatitis, -intoxikation, -krankheit, -urtikaria).
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert		Ungeachtet der unsicheren klinischen Relevanz, handelt es sich um eine näher bezeichnete Komplikation.
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert		Näher bezeichnete Komplikation (u.a. Emphysem, persistierende Fisteln).
T88.5	Sonstige Komplikationen infolge Anästhesie		Näher bezeichnete Komplikation (u.a. Hypothermie nach Anästhesie), allerdings fraglich bezüglich der Folgekosten, da eher akutes Geschehen.

### Allgemeine Anmerkungen

#### Stellungnahmen:

Der GKV-SV hält die vorgeschlagenen Änderungen überwiegend für sachgerecht. Allerdings fänden die dokumentierten Entscheidungsgründe zum Teil keine einheitliche Anwendung. Auch die DAK kann die vorliegenden Begründungen vielfach nachvollziehen, teilweise hält sie diese jedoch für nicht ausreichend. Dagegen hält der IKK e.V. die Zuordnung von 19 bislang ausgeschlossenen Diagnosen zu bestehenden Krankheiten nicht immer für konsistent und nachvollziehbar. Wie der GKV-SV kritisieren DAK und IKK e.V., dass die Kriterien für ei-

nen Ausschluss bzw. Nicht-Ausschluss von Schlüsselnummern nicht einheitlich vorgenommen worden seien.

Im Gegensatz dazu bezeichnen TK et al. die Anwendung der o. g. Kriterien als inhaltlich nachvollziehbar und sachgerecht. Darüber hinaus müssten jedoch noch weitere ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie 501 anderen Krankheiten zugeordnet werden, würden die Kriterien konsequent angewendet.

Die Barmer begrüßt die weitere Untersuchung der Ausschlusskategorie 501. Hierbei sei der weitaus größte Teil der Begründung für eine Zuordnung oder eine Nichtzuordnung zu einer Krankheit gut nachvollziehbar, da der zugrunde liegende ICD-Kode keine konkrete Krankheit abbildet, sondern sich der Krankheitsbezug ggf. nur statistisch erschließen könnte. Weiterhin wird angeregt, für die Ausschlusskategorien 501 bis 503 die erwarteten Mehrkosten zu ermitteln (nach ICD-Kapiteln getrennt). Es könnte sich zeigen, dass ICD-Kodes, die eine medizinische Maßnahme, medizinische Reaktion des Körpers oder eine medizinische Komplikation beschreiben, ohne die Grunderkrankung zu nennen, die Abbildungskraft des Modells verstärken, wenn sie z.B. als Schweregradindikator zwingend mit der ICD einer möglichen ätiologischen Grunderkrankung verknüpft werden.

Aus Sicht von KBV / BÄK sind die vorgenommenen Zuordnungen der 19 ICD-Kodes medizinisch sachgerecht.

#### Bewertung:

Die vorgebrachten allgemeinen Anmerkungen zu den Kriterien der Zuordnung oder Nicht-Zuordnung in die Ausschlusskategorie sind teilweise sachgerecht. Es wird im Folgenden zu den einzelnen Kritikpunkten Stellung genommen.

#### B95.- bis B98.-

##### Festlegungsentwurf:

Die Zuordnung der Kodes B95.- „Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind“, B96.- „Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind“ und B98.- „Sonstige näher bezeichnete infektiöse Erreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind“ zur Krankheit 23 „Andere Infektionen“ erfolgt im Festlegungsentwurf analog der bereits der Krankheit 16 „Andere virale Infektionen“ zugewiesenen Gruppe B97.- „Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind“.

### Stellungnahmen:

Bei den hier genannten Kodes handelt es sich laut IKK e.V um sogenannte Ausrufezeichen-Schlüsselnummern. Diese sollten „niemals zur primären Verschlüsselung benutzt werden“. Sie dienen als ergänzende oder zusätzliche Schlüsselnummern zur näheren Beschreibung einer anderenorts bereits klassifizierten Krankheit und enthielten somit keine eigenständigen Kosteninformationen, beinhalteten andererseits allerdings ein Manipulationspotential. Der IKK e.V schlägt daher vor, alle Gruppen, B95.-, B96.-, B97.- und B98.- im Ausschluss zu belassen bzw. dorthin zu verschieben.

Der BKK BV kritisiert das Fehlen des Kodes U81 in der Krankheit 23, da aus seiner Sicht Infektionen mit multiresistenten Erregern erhebliche Folgekosten nach sich ziehen, und bittet um Prüfung.

### Bewertung:

Die Kritik, dass die o. g. Schlüsselnummern keine eigenständige Kosteninformation gegenüber dem primären Schlüssel enthalten, ist berechtigt. Problematisch für die Krankheitsauswahl ist aber eine mögliche Aufteilung der ermittelten Krankheitskosten auf mehrere unterschiedliche Krankheiten. Dies kann dann geschehen, wenn die Ausrufezeichen-Schlüsselnummern, wie bislang der Krankheit 23 „Andere Infektionen“ bzw. 16 „Andere virale Infektionen“ zugewiesen werden, der entsprechende Primärkode aber einer anderen Krankheit. Neben der Tatsache, dass damit ein und derselbe Krankheitsbefund zwei unterschiedlichen Krankheiten zugeordnet wird, kommt es damit zu einer Unterschätzung der für die Krankheitsauswahl maßgeblichen krankheitsspezifischen prospektiven Mehrkosten. Die im Festlegungsentwurf dargestellte Zuordnung wird daher nicht beibehalten. Aus Gründen der Konsistenz wird auch die Gruppe B97.- der Ausschlusskategorie zugegliedert. Der Kode U81 „Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika“ ist zwar nicht der Krankheit 23 zugeordnet, allerdings der Krankheit 2: „Bakterielle Zoonosen und andere schwerwiegende bakterielle Infektionen“. Der Vorschlag ist daher nicht zielführend, da die bisherige Zuordnung dieses Kodes sachgerecht ist.

### **E65, E66.-, F17.-, F55.-, G47.-: Ausschluss bestimmter Diagnosen aufgrund „mangelnden Krankheitswertes“**

#### Festlegungsentwurf:

E65 (lokalisierte Adipositas) und ein Teil der Diagnosen aus der Gruppe E66.- „Adipositas (BMI < 35)“ verbleiben in der Ausschlusskategorie 501. Begründet wird dies damit, dass der Befund ohne zwingende Krankheitsrelevanz ist (Adipositas Grad I oder nicht näher bezeichnet). Für Weiteres wird auf die Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 verwiesen. Die Diagnosen E66.- mit BMI > 35 führen in die Krankheit 69 „Adipositas (mit Krankheitsbe-

zug)“. Mit der Begründung, dass die Diagnosen schlecht von nicht krankhaftem Lebensstil abgrenzbar sind, verbleiben F17.1/.2/.8/.9 (schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom Tabak, sonstige und nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen) im Ausschluss. Die spezifischen Diagnosen F17.0/.3/.4/.5/.6/.7 führen in die Krankheit 78 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“. Ebenso verhält es sich bei den Diagnosen G47.0/.1 /.2 /.8 /.9 (Ein- und Durchschlafstörungen, krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, sonstige Schlafstörungen und nicht näher bezeichnet), welche schlecht abgrenzbar von nicht krankhaften Schlafstörungen sind. Die spezifischen Diagnosen G47.3 bzw. G47.4 führen hier in die Krankheit 39 „Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie“.

Alle Diagnosen der Gruppe F55 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ (verschiedene Arzneimittelgruppen wie Antidepressiva, Laxanzien etc.) sind der Kategorie 501 zugeordnet, um keine Fehlanreize bei der medizinischen Versorgung zu setzen (vgl. hierzu Festlegung zum Ausgleichsjahr 2011).

#### Stellungnahmen:

Die Barmer hält das verwendete Argument der mangelnden Abgrenzbarkeit oder des mangelnden Krankheitswertes für bedenklich. Diagnosen, die nicht der Beschreibung eines behandlungswürdigen Zustands dienen, seien lt. DIMDI nicht zu melden. Es sei daher definitivonsgemäß davon auszugehen, dass ein Arzt bei Angabe einer der genannten Diagnosen einen regelwidrigen / krankheitswertigen Zustand erkannt hat, der entweder in der Diagnose selbst liegt oder auf dessen Behandlung die Diagnose einen Einfluss hat.

Bezüglich der Gruppe F55 kann die Barmer die Argumentation nicht nachvollziehen. Es sei unklar, was genau mit Fehlanreiz gemeint sei.

#### Bewertung:

Die im Festlegungsentwurf dargestellte Zuordnung wird beibehalten. Der Argumentation der Barmer wird nicht zugestimmt. Da in der Regel Behandlungsanlässe zu kodieren sind, können bei der Dokumentation auch Diagnosen mit mangelndem Krankheitswert vergeben werden.

Auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats wurden 2010 die o. g. Codes zu F55 „Schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen“ der Kategorie AUSSCHLUSS „Symptom, Zustand,...“ zugeordnet, um keine Fehlanreize bei der medizinischen Versorgung zu setzen und damit verbundenen Kosten vorzubeugen. Darüber hinaus handelt es sich auch bei diesen Diagnosen um Befunde ohne zwingende Krankheitsrelevanz.



### **F89 „Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung“**

#### **Festlegungsentwurf:**

F89 „Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung“ ist bei der Überarbeitung der Krankheiten für den Festlegungsentwurf nicht verschoben worden und wird weiterhin der Krankheit „Entwicklungsstörungen“ zugewiesen.

#### **Stellungnahmen:**

Das Krankheitsbild 91 „Entwicklungsstörungen“ umfasst alle leichteren Entwicklungsstörungen des Lernens, Sprechens und der motorischen Fähigkeiten und beinhaltet sowohl den ICD-Kode F83,- „Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen“ als auch F89,- „Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen“. Während F83,- bereits als Restantengruppe all solcher Entwicklungsstörungen zu verstehen ist, die sich nicht primär in einem der drei Bereiche Sprechen, Lernen oder Motorik bewegen, sondern eine Kombination daraus darstellen, ist für F89,- kein näher bezeichnetes Krankheitsbild benannt. Aus Sicht des IKK e.V. ist die Zuordnung zu Krankheit 91 zu hinterfragen, weil F89,- kein spezifisches Krankheitsbild indiziert. Es wird stattdessen eine Verschiebung der Kodegruppe in die Ausschlusskategorie 501 vorgeschlagen.

#### **Bewertung:**

F89,- kodiert nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen. Eine Einordnung in die Krankheit 91 Entwicklungsstörungen erscheint daher sachgerecht.

### **ICD G24.9 „Dystonie, nicht näher bezeichnet“ & G25.9 „Extrapyramidale Krankheit oder Bewegungsstörung, nicht näher bezeichnet“**

#### **Festlegungsentwurf:**

G24.9 „Dystonie, nicht näher bezeichnet“, und G25.9 „Extrapyramidale Krankheit oder Bewegungsstörung, nicht näher bezeichnet“, sind bei der Überarbeitung nicht verschoben worden und weiterhin der Krankheit „Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen“ zugewiesen.

#### **Stellungnahmen:**

Seitens des IKK e.V. wird vorgetragen, dass die ICD-Kodes G24.9 „Dystonie, nicht näher bezeichnet“ und G25.9 „Extrapyramidale Krankheit oder Bewegungsstörung, nicht näher bezeichnet“ der Ausschlusskategorie 501 zugeordnet werden sollen.

Bewertung:

Die Vorschläge werden nicht näher begründet. Sie können daher nicht nachvollzogen werden und werden aus diesem Grund nicht aufgegriffen.

**M99 „Subluxation der Wirbelsäule“**

Festlegungsentwurf:

Der Kode M99.1 „Subluxation (der Wirbelsäule)“ verbleibt in der Ausschlusskategorie, da es sich um eine Angabe einer Funktionsstörung ohne Hinweis auf die Grundkrankheit handelt (diese Codes sollen nicht zur Verschlüsselung benutzt werden, wenn der Krankheitszustand andernorts klassifiziert werden kann). M99.2 – M99.7 werden als einzige aus der Gruppe M99 einer Krankheit (Spinalkanalstenose, KH262) zugeordnet.

Stellungnahmen:

Der GKV-SV schlägt vor, die Diagnose M99.1 „Subluxation (der Wirbelsäule)“ der Krankheit 259 „Wirbelkörperluxation“ zuzuordnen. Dies wird damit begründet, dass die o. g. Argumentation auch auf die zugeordneten Codes der Krankheiten 343 „Luxation des Hüftgelenks“ (S73.- Luxation der Hüfte) und 259 „Wirbelkörperluxation (Subluxation)“ (diverse Codes) übertragen werden kann. Hier soll Konsistenz gewahrt bleiben. Auch TK et al. halten den Verbleib von M99.1- in der Ausschlusskategorie 501 mit derselben Begründung für nicht nachvollziehbar.

Ähnlich argumentiert die DAK: Unterhalb des Diagnosedreistellers M99.- „Biomechanische Funktionsstörungen, andernorts nicht klassifiziert“ werden einige Diagnosen (M99.2-, M99.3-, M99.4-, M99.5-, M99.6-, M99.7-) der Krankheit 262 „Spinalkanalstenose“ zugeordnet, andere mit Zuordnung zur 501 von einer möglichen Berücksichtigung ausgeschlossen. Die Begründung für den Ausschluss von Diagnosen trifft für die Auswahl wie für die Nicht-Auswahl von M99-Schlüsselnummern zu.

Bewertung:

Die Anmerkungen sind sachgerecht. Der Kode M99.1 wird in die Krankheit 259 verschoben.

**R57 „Schock, anderenorts nicht klassifiziert, Sepsis/Schock“**

Festlegungsentwurf:

R57.2 „Septischer Schock“ und R57.8 „Sonstige Formen des Schocks“ werden mit der Begründung eines engen Zusammenhangs mit der Sepsis bzw. mit der Begründung, dass der Kode einen „Endotoxinschock“ bezeichnet, einen durch Endotoxine gramnegativer Bakterien

ausgelösten septischen Schock, der Krankheit 5 „Sepsis/Schock“ zugeordnet; R57.0 „kardiogener Schock“, R57.1 „hypovolämischer Schock“) und R57.9 „Schock, nicht näher bezeichnet“) verbleiben im Ausschluss.

#### Stellungnahmen:

Es ist für den GKV-SV nicht nachvollziehbar, weshalb nur die beiden o.g. Diagnosen im Rahmen der Krankheitszuordnung Berücksichtigung finden. Es wird für die Bildung einer eigenständigen Krankheit „Schock“ plädiert, die sich aus den Diagnosen der Krankheit 5 „Anaphylaktischer Schock“ sowie den ICD-Schlüsseln R57.1, R57.9, T81.1 „Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert“, T88.2 „Schock durch Anästhesie“, R57.8 (R57.2 verbleibt in Krankheit 5 „Sepsis/Schock“) solle. Der Kode R57.0 „Kardiogener Schock“ solle der Krankheit 159 „Ventrikuläre Tachykardie/Arrhythmie, Herzstillstand“ zugeordnet werden. Als Ergänzung wird angeregt, auch die Kodes A39.1 „Waterhouse-Friderichsen-Syndrom“ und B37.7 „Candida-Sepsis“ der neuen Krankheit zuzuordnen.

Auch TK et al. plädieren für die Bildung einer Krankheit „Schock“ aus den Diagnosen der Krankheit 354 „Anaphylaktischer Schock“. Alle weiteren Schock-Diagnosen (A48.3, R57.2, R57.8, T81.1, T88.2) sollten hinzugefügt werden. Die Krankheit 5 „Sepsis/Schock“ soll daraufhin in Sepsis umbenannt werden.

Die DAK hält die Zuordnung des Kodes R57.2 zur Krankheit 5 für sinnvoll, die des Schlüssels R57.8 dagegen nicht. Die DAK erläutert ihre Einschätzung wie folgt: Mit dem Kode R57.8 würden neben dem Endotoxinschock auch alle sonstigen Formen des Schocks abgebildet, für die es keine spezifischen Schlüsselnummern gibt. Darüber hinaus liege dem Endotoxinschock eine andere Pathogenese zugrunde als der Sepsis bzw. dem infektionsbedingten Schock. Die spezifischen Kodes R57.0 „Kardiogener Schock“ und R57.1 „Hypovolämischer Schock“ werden im Festlegungsentwurf ausgeschlossen. R57.0 könnte allerdings sinnvoll in der Krankheit 159 (s. o.) abgebildet werden.

Weitere Kodes sieht die DAK in der Krankheit „Sepsis“ (auch R57.2, s. Tabelle 2 in der Stellungnahme der DAK) und regt ebenfalls die Bildung einer Krankheit „Schock“ an, die die Kodes A48.3, O08.3, O75.1, R45.7, R57.0/1/8/9, T78.0, T78.2, T79.4, T80.5, T81.1, T88.2 und T88.6 enthalten solle.

Im Gegensatz dazu vertritt der IKK e.V die Meinung, dass R57.2 „Septischer Schock“ weiterhin in der Ausschlusskategorie verbleiben solle, da ein enger Zusammenhang zur Sepsis ätiologisch nicht immer gegeben sei. R57.2 sei eine Komplikation, die auch aufgrund anderer Ursachen, z. B. Splenektomien oder Verbrennungen, auftreten könne. Damit würden Kosten abgebildet werden, die eigentlich zu einer anderen Grunderkrankung zuzuordnen seien. Des Weiteren sei die Bildung einer Krankheit Schock mit dem Prinzip des ätiologischen Zusammenhangs von Diagnosen in einem Krankheitsbild nicht vereinbar (gemeinsame Krank-

heitsursache). Entsprechende ICD-Kodes werden in der Stellungnahme aufgelistet, ohne jedoch einen Hinweis zu geben, wo diese stattdessen eingeordnet werden sollten.

#### Bewertung:

Das Waterhouse-Friderichsen-Syndrom ist ein akuter Ausfall der Nebennieren infolge massiver bakterieller Infektion. Eine Verschiebung dieses Kodes von der Krankheit 61 „Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen“ in die Krankheit 5 „Sepsis/Schock“ ist sachgerecht.

Die seitens DAK vorgebrachte Differenzierung Sepsis (primär infektionsbedingt) versus Schock (primär kardial bedingt) ist sinnvoll. Sie folgt dem ätiologisch-pathogenetischen Ansatz, wenngleich es im Einzelfall zu Überlappungen kommen kann (z.B. ICD A48.3 „Syndrom des toxischen Schocks“ [kardiovaskuläre Reaktion aufgrund infektionsbedingter Toxine]). Die in den folgenden Tabellen (Tabelle 4 und Tabelle 5) dargestellten Kodes werden den neuen Krankheiten „Sepsis“ bzw. „Schock“ zugewiesen.

**Tabelle 4: Neuabgrenzung der Krankheit Sepsis"**

ICD	ICD_Bezeichnung	KNr Festlegungsentwurf	Krankheitsbezeichnung AJ2014 Festlegungsentwurf	Neue Krankheitsentität gemäß Festlegung AJ2014
A02.1	Salmonellensepsis	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A20.7	Pestsepsis	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A22.7	Milzbrandsepsis	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A26.7	Erysipelothrix-Sepsis	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A32.7	Listeriensepsis	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A39.1	Waterhouse-Friderichsen-Syndrom	61	Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen	Sepsis
A39.2	Akute Meningokokkensepsis	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A39.3	Chronische Meningokokkensepsis	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A39.4	Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A41.3	Sepsis durch Haemophilus influenzae	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A41.4	Sepsis durch Anaerobier	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A41.52	Sepsis: Pseudomonas	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	5	Sepsis/Schock	Sepsis

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 (01.03.2013)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Festlegung

ICD	ICD_Bezeichnung	KNr Festlegungsentwurf	Krankheitsbezeichnung AJ2014 Festlegungsentwurf	Neue Krankheitsentität gemäß Festlegung AJ2014
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	5	Sepsis/Schock	Sepsis
A42.7	Aktinomykotische Sepsis	5	Sepsis/Schock	Sepsis
B00.7	Disseminierte Herpes-Krankheit	5	Sepsis/Schock	Sepsis
B37.7	Candida-Sepsis	15	Infektionen durch opportunistische Erreger	Sepsis
O88.3	Pyämische und septische Embolie während der Gestationsperiode	302	Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	Sepsis
P36.0	Sepsis beim Neugeborenen durch Streptokokken, Gruppe B	306	Infektionen des Neugeborenen	Sepsis
P36.1	Sepsis beim Neugeborenen durch sonstige und nicht näher bezeichnete Streptokokken	306	Infektionen des Neugeborenen	Sepsis
P36.2	Sepsis beim Neugeborenen durch Staphylococcus aureus	306	Infektionen des Neugeborenen	Sepsis
P36.3	Sepsis beim Neugeborenen durch sonstige und nicht näher bezeichnete Staphylokokken	306	Infektionen des Neugeborenen	Sepsis
P36.4	Sepsis beim Neugeborenen durch Escherichia coli	306	Infektionen des Neugeborenen	Sepsis
P36.5	Sepsis beim Neugeborenen durch Anaerobier	306	Infektionen des Neugeborenen	Sepsis
P36.8	Sonstige bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	306	Infektionen des Neugeborenen	Sepsis
P36.9	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet	306	Infektionen des Neugeborenen	Sepsis
R57.2	Septischer Schock	5	Sepsis/Schock	Sepsis

**Tabelle 5: Neuabgrenzung der Krankheit "Schock"**

ICD	ICD_Bezeichnung	KNr Festlegungsentwurf	Krankheitsbezeichnung Festlegungsentwurf	Neue Krankheitsentität gemäß Festlegung AJ2014
A48.3	Syndrom des toxischen Schocks	5	Sepsis/Schock	Schock
O08.3	Schock nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft	300	Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauterin gravidität	Schock
O75.1	Schock während oder nach Wehentätigkeit und Entbindung	302	Entbindung / abgeschlossenen Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	Schock
R57.0	Kardiogener Schock	501	AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)	Schock
R57.1	Hypovolämischer Schock	501	AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)	Schock
R57.8	Sonstige Formen des Schocks	5	Sepsis/Schock	Schock
R57.9	Schock, nicht näher bezeichnet	501	AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)	Schock
T78.0	Anaphylaktischer Schock durch Nahrungsmittelunverträglichkeit	354	Anaphylaktischer Schock	Schock
T78.2	Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet	354	Anaphylaktischer Schock	Schock
T79.4	Traumatischer Schock	356	Frühe Komplikationen durch Trauma	Schock
T80.5	Anaphylaktischer Schock durch Serum	354	Anaphylaktischer Schock	Schock
T81.1	Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	501	AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)	Schock
T88.2	Schock durch Anästhesie	501	AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand, ...)	Schock
T88.6	Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemäßer Verabreichung	354	Anaphylaktischer Schock	Schock

## S18 / S28.1

### Festlegungsentwurf:

S28.1 „Traumatische Amputation eines Teiles des Thorax“ und S18 „Traumatische Amputation in Halshöhe“ sind den Krankheiten 333 und 121 zugeordnet.

### Stellungnahmen:

GKV-SV und TK et al. weisen darauf hin, dass für diese beiden ICD-Kodes keine prospektiven Kosten zu erwarten seien. Sie sollten daher vom Krankheitsauswahlprozess ausgeschlossen und in die Ausschlusskategorie 501 verschoben werden.

### Bewertung:

Der Vorschlag ist sachgerecht. Die beiden Codes werden in die Ausschlusskategorie verschoben.

### **T81 „Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert“**

#### **Festlegungsentwurf:**

Der Kode T81.3 wird mit der Begründung „Ungeachtet der unsicheren klinischen Relevanz, handelt es sich um eine näher bezeichnete Komplikation“, der Kode T81.8 mit der Begründung „Näher bezeichnete Komplikation (u.a. Emphysem, persistierende Fisteln)“ der Krankheit 357 zugeordnet. T81.4 und -.5 waren bereits in der Krankheitsauswahl 2013 Bestandteil der Krankheit 357. Alle anderen Kodes der Gruppe T81.- wurden mit der Begründung „Nicht näher bezeichnete Komplikationen bzw. aufgrund der unklaren klinischen Relevanz von dem Krankheitsauswahlprozess ausgeschlossen“ (sie waren im Rahmen der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2013 bereits in die Ausschlusskategorie 501 verschoben worden) in der Ausschlusskategorie 501 belassen.

#### **Stellungnahmen:**

Der GKV-SV kritisiert die vom BVA vorgetragenen Begründungen für die vorgenommene unterschiedliche Einordnung. Dies sei so nicht stichhaltig, denn die Begründung ließe sich auch auf die weiterhin der 501 zugeordneten Kodes T81.- anwenden. Die Zuordnung der ICD-Kodes dieser 3-Stellergruppe solle mit der Zielsetzung einer einheitlichen Anwendung der dokumentierten Entscheidungsgründe daher erneut geprüft werden.

Die DAK hält die Zuordnung von T81.8 in die Krankheit 357 für nicht gerechtfertigt und schlägt deren Ausschluss mit der Begründung vor, dass somit die „Besserstellung“ unspezifischer Schlüsselnummern vermieden werde. Alternativ sollten alle spezifischen Kodes wie T81.8 bewertet und der Krankheit 357 zugeordnet werden. Kritisch hinterfragt wird, worauf „unklare klinische Relevanz“ beruhe.

Für den IKK e.V ist die Aufnahme unspezifischer medizinischer Komplikationen in die Krankheit 357 bedenklich, da hierdurch ungewollte Kodieranreize entstünden. Dies sei besonders ein Problem, wenn die Grunderkrankung keine ausgewählte Krankheit ist. T81.3, -.4 und -.8 sollten daher in die Ausschlusskategorie verschoben werden (s. auch Ausführungen unter Krankheit 357).

TK et al. sprechen sich dafür aus, die Diagnose T81.1 in die Krankheit 354 „Anaphylaktischer Schock“ zu verschieben und die Krankheit in Schock umzubenennen. Weiterhin wird es als konsequent angesehen, die Diagnosen in Krankheit 357 im Hinblick auf ihren Manifestationsort zuzuordnen: T81.4 müsse dann in „Andere Infektionen“ (Krankheit 23) umgruppiert werden.

#### **Bewertung:**

Die Einwände können teilweise nachvollzogen werden. Der Kode T81.8 wird daher wieder in die Ausschlusskategorie 501 eingeordnet. Er wird zwar im ICD-10-GM erläutert, in der Be-

nennung ist er jedoch unspezifisch, so dass im Nachhinein keine spezifische Diagnose erkannt werden kann.

**Bewertung von ICD-Kodes auf Ebene der 4- bzw. 5-Steller bzw. „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Schlüsselnummern Z--.)“**

**Festlegungsentwurf:**

Die Gruppen Z43.- „Versorgung künstlicher Körperöffnungen“, Z51.- „Sonstige medizinische Behandlung“ sowie Z99.- „Langzeitige Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert“ sind in der Ausschlusskategorie 501 verblieben. Krankheiten zugeordnet sind nur zwei einzelne Kodes: Z51.83 „Opiatabhängigkeit“ und Z99.2 „Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz“.

**Stellungnahmen:**

Der GKV-SV stellt fest, dass ein Großteil der ICD-Kodes auf Ebene der ICD-3-Steller bewertet wird. Aus Sicht des GKV-SV ist dies nicht ausreichend. Es werden die ICD-3-Steller Z51.- und Z99.- (weiterhin) mit der Begründung ausgeschlossen, da es sich um „Maßnahmen ohne eindeutige Grunderkrankung“ bzw. die „Beschreibung eines Zustands aber keiner eigenständigen Krankheit“ handelt. Vor dem Hintergrund der Berücksichtigung der in den Gruppen enthaltenen ICD-Kodes Z99.2 „Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz“ in der Krankheit 274 „Niereninsuffizienz“ und Z51.83 „Opiatsubstitution“ in der Krankheit 77 „Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch“ hält der GKV-SV diese Begründung für inkonsistent. Die ICD-3-Steller eigneten sich zur Schweregraddifferenzierung unterschiedlicher Grunderkrankungen im Klassifikationsmodell. Aus rein formalen Gründen schlägt der GKV-SV vor, die ICD-Kodes Z51.0, Z51.1, Z51.2, Z51.81, Z51.82, Z99.0, Z99.1, Z99.3, Z99.4 aufzunehmen und zum Zweck einer etwaigen Verwendung im Rahmen der Schweregraddifferenzierung im Klassifikationsmodell zu prüfen.

Aus den gleichen Gründen solle eine Bewertung der ICD-Gruppe Z43.- „Versorgung künstlicher Körperöffnungen“ auf Ebene der 4-Steller erfolgen. ICD-Kodes aus dem Bereich Z43.0 bis Z43.7 könnten nach Ansicht des GKV-SV zur Schweregraddifferenzierung verwendet werden.

TK et al. halten es ebenso wie der GKV-SV für erforderlich, bei der Gruppe Z99.- die endstetigen Diagnosekodes einzeln zu betrachten. Die Diagnosen beziehen sich auf Patienten, die aufgrund einer anderen Erkrankung längerfristig von einem medizinischen Gerät abhängig sind. TK et al. argumentiert, dass im Verlauf der Erkrankung die Behandlung mit dem entsprechenden Gerät in den Vordergrund träte und die damit verbundenen (prospektiven) Kosten außerordentlich hoch seien. TK et al. schlagen deshalb vor, für die spezifischen Diagno-



sekodes unter Z99.- (Z99.0, Z99.1, Z99.3, Z99.4) eine neue Krankheit zu bilden (Langzeitige Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten).

Die DAK hält die Aufnahme aller Schlüsselnummern unter Z99 nach medizinischen Kriterien für sinnvoll. Aufgrund des Vorkommens bei unterschiedlichen Grunderkrankungen schlagen sie die Bildung einer neuen Krankheit vor. Diese soll Z99.- sowie die bereits berücksichtigten Schlüsselnummern aus Z49.- „Dialysebehandlung“, Z51.- „Sonstige medizinische Behandlung“ und Z94.- „Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation“ umfassen. Darüber hinaus wird angeregt – analog zur „Arzneimittelvalidierung“ in der derzeitigen Systematik – eine zusätzliche Diagnosevalidierung anhand der o.g. Diagnosen durchzuführen, da diese eine differenzierte Zuordnung ermöglichen könnten.

Der IKK e.V lehnt dagegen die weitere, auch formale Aufnahme von ICD-Kodierungen aus den Gruppen Z43.-, Z99.- und Z51.- mit dem Ziel einer möglichen Schweregraddifferenzierung in verschiedenen Krankheitsbildern ab. Im Gegensatz zur Diagnose Z99.2 seien die anderen Diagnosen keinem eindeutigen Krankheitsbild zuzuordnen, da sie reine Zustands- bzw. Prozedurbeschreibungen darstellten. Es stelle sich ganz allgemein die Frage, welcher Krankheit die entsprechenden Diagnosen überhaupt zugeordnet werden sollten. Eine formale Aufnahme abseits der gängigen Kriterien der Krankheitsauswahl wird grundlegend abgelehnt, da hier die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Verfahrens gefährdet wäre. Eine eventuelle Schweregraddifferenzierung auf Basis von Z-Diagnosen hätte nur zufälligen, nicht zwangsweise mit der Diagnose verbundenen Charakter. Die Diagnosen erzeugten nicht zwingend hohe Folgekosten. Für die Z99.- Diagnosen müsse eine mindestens dreimonatige Abhängigkeit vorliegen. Eine kurative Absicht sei dann häufig nicht mehr vorauszusetzen, was dazu führe, dass die Kosten von der Pflegeversicherung zu tragen und folglich nicht mehr im RSA ausgleichsfähig seien.

#### Bewertung:

Die in Frage kommenden Codes können auf kostenintensive Zustände hinweisen und scheinen theoretisch für eine prozedurenorientierte Schweregraddifferenzierung geeignet. Allerdings fehlt häufig der Bezug zu einer konkreten Grundkrankheit. Des Weiteren weisen die Erfahrungen des BVA (u. a. mit dem Code Z99.2, s. o.) wie auch die früheren Hinweise bezüglich der Berücksichtigung der Codes Z51.0/1/82 „Strahlen-/Chemotherapie bei bösartigen Neubildungen“ darauf hin, dass Z-Codes in den vorliegenden Daten insgesamt unterrepräsentiert sind bzw. keine flächendeckende Verwendung finden. Auch sollten Merkmale versorgungsneutral aufgegriffen werden, sodass analog die stationär dokumentierten Prozeduren berücksichtigt werden müssten. Vor diesem Hintergrund wird die im Festlegungsentwurf dargestellte Zuordnung vorerst beibehalten.

**Krankheit 357 „Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung“**

**Festlegungsentwurf:**

Der Krankheit 357 werden bestimmte Diagnosen, die bisher in der Ausschlusskategorie 501 waren, zugeordnet (s. Tab. 6, Anlage 1 Erläuterungen zur Krankheitsabgrenzung).

**Stellungnahmen:**

Die Aufnahme von unspezifischen Kodes, die mit gleicher Wahrscheinlichkeit auf zwei oder mehr Krankheiten oder Organsysteme anwendbar sind, in die Krankheit 357 ist laut IKK e.V. bedenklich, da im Zuge einer Ausgleichsfähigkeit ungewollte Kodieranreize entstehen könnten. Diese ergäben sich aus der fehlenden Trennbarkeit von Leistungsausgaben zur Durchführung der die Komplikation auslösenden medizinischen Maßnahme und den Folgekosten verschiedener möglicher Komplikationen. Dies sei problematisch, wenn die ursprüngliche medizinische Maßnahme einem Krankheitsbild zugeordnet ist, welches sich nicht unter den ausgleichsfähigen Krankheiten befindet. H59.8, H95.1, I97.1, N99.8, T80.1, T80.2, T80.6, T81.3, T81.4, T81.8, T85.8, T85.88, T88.1, T88.5 sollten daher in der Ausschlusskategorie 501 verbleiben bzw. dieser zugeordnet werden.

TK et al. halten die Ausgliederung der ICD-Kodes aus der 501 für sinnvoll. Jedoch schlagen sie eine Einordnung der ICD-Kodes zum Teil in andere Krankheiten nach der Zuordnungslogik bei anderen medizinischen Komplikationen, also im Hinblick auf ihren Manifestationsort, vor. Mit dieser Neuordnung werden klinisch gleichartige Diagnosen zusammengefasst, was angesichts der Kodierrealität vorzuziehen sei, da hierdurch auch die ungerechtfertigte Generierung von Doppelzuweisungen unterbunden würde (s. Tabelle in Stellungnahme).

Die DAK weist darauf hin, dass die spezifischere Diagnose T88.2 „Schock durch Anästhesie“ der Ausschlusskategorie zugeordnet ist, während die T88.5 „Sonstige Komplikationen infolge Anästhesie“ in die Krankheit 357 verschoben wurde. Es wird vorgeschlagen, den Schlüssel T88.2 ebenfalls der Krankheit 357 zuzuweisen, sofern eine Zuordnung nach Anpassungsvorschlag zu einer neuen Krankheit Schock (s.o.) nicht oder nicht in diesem Verfahren erfolgt. Darüber hinaus sollte auch der Kode T88.4 in die Krankheit 357 führen, damit spezifische Kodes nicht schlechter gestellt seien als unspezifische.

GKV-SV und DAK merken an, dass der 5-Steller T85.81 „Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate“ im Nervensystem analog dem entsprechenden 4-Steller T85.8 der Krankheit 357 zugeordnet werden sollte.

J95.8 und J95.88 sollten laut DAK ebenso wie die spezifischen Kodes J95.80 und J95.81 der Krankheit 357 zugeordnet werden; hausärztliche Diagnosen (4-Steller) würden sonst nicht berücksichtigt, sondern lediglich fachärztliche.

Auch für J95.0 „Funktionsstörung eines Tracheostomas“ wird nach medizinischen Kriterien die Zuordnung zur Krankheit 357 angeregt. Deren Ausschluss mit der Begründung, es handle sich um „sehr unspezifische, nicht näher bezeichnete Komplikation“ kann dagegen nicht nachvollzogen werden.

Bewertung:

Die Argumentation des IKK e.V, dass die Aufnahme von Codes, die einen Krankheitszustand abbilden, der zwei oder mehr Krankheiten zuordenbar ist, zu ungewollten Kodieranreizen führt, kann nachvollzogen werden. Hier scheint der Vorschlag von TK et al. zielführend, Diagnosen, die näher bezeichnete medizinische Komplikationen beschreiben, in andere Krankheiten gemäß ihrem Manifestationsort zuzuordnen. Hierdurch werden klinisch gleichartige Diagnosen zusammengefasst und die Generierung von Doppelzuweisungen unterbunden. Allerdings ist der umfangreiche Vorschlag von TK et al. nicht in allen Fällen plausibel und soll daher in revidierter Form im Rahmen der nächsten Überarbeitung der Krankheitsauswahl (für das Ausgleichsjahr 2015) zur Diskussion gestellt werden. Änderungen werden vorerst nicht vorgenommen.

Auch die Einwände der DAK können teilweise nachvollzogen werden. Da sich das BVA auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats für die Auftrennung der Krankheit Sepsis/Schock entschieden hat, erübrigen sich die Einwände der DAK im Hinblick auf den Code T88.2. Der Code T88.5 wird wieder (wie T88.4) in die Ausschlusskategorie 501 eingeordnet. Er wird zwar im ICD-10-GM erläutert, in der Benennung ist er jedoch unspezifisch, sodass im Nachhinein keine spezifische Diagnose erkannt werden kann.

Die Anmerkung zu T85.81 ist sachgerecht. Der 5-Steller T85.81 wird ebenfalls der Krankheit 357 zugeordnet.

Auch für die Gruppe J95.8- wird die im Festlegungsentwurf dargestellte Verteilung der endstelligen Codes beibehalten, da trotz der vorgebrachten Argumente weiterhin Unterschiede in der Spezifität der Diagnosen gesehen werden.

## **d) Sonstige Anmerkungen zur Abgrenzung der Krankheiten**

### **Krankheit 5 „Sepsis / Schock“**

#### **Stellungnahmen:**

Die Krankheit sollte laut GKV-SV durch die ICD-Kodes A39.1 „Waterhouse-Friderichsen-Syndrom“ (KH061) und B37.7 „Candida-Sepsis“ (KH015) ergänzt werden. Auch der AOK BV benennt den Code A39.1 für die Zuordnung zur Krankheit „Sepsis/Schock“. Für weitere Anmerkungen des GKV-SV siehe Ausführungen zum Abschnitt c). Differenzierte Überarbeitungsvorschläge der DAK und TK et al. finden sich ebenfalls unter den Ausführungen zur Ausschlusskategorie 501.

#### **Bewertung:**

Für die Bewertung wird auf die Ausführungen zu Sepsis/Schock im Rahmen der Ausschlusskategorie verwiesen.

### **Krankheit 8 „Lyme disease / Borreliose“**

#### **Stellungnahmen:**

Die BAG äußert Klärungsbedarf hinsichtlich der Zuordnung der Borreliose und benennt mehrere Möglichkeiten der Einordnung. Es wird darauf hingewiesen, dass der ICD-Kode A69.2 „Lyme-Krankheit“ fehle.

#### **Bewertung:**

Die Krankheit 8 „Lyme disease / Borreliose“ umfasst insgesamt 24 Diagnosen, darunter den von der BAG aufgeführten Code A69.2 (siehe Anhang 4 zu den Erläuterungen des Festlegungsentwurfs). Inwieweit die Abgrenzung der Krankheit Borreliose geändert werden soll, geht aus dem Schreiben der BAG nicht hervor.

### **KH015 (Infektionen durch opportunistische Erreger)**

#### **Stellungnahmen:**

Seitens des AOK BV wird vorgeschlagen, den ICD-Kode A81.2 „JC-Virus-Infektion“ von der Krankheit 96 „Virale Meningitis/Enzephalitis“ in die Krankheit 15 „Infektionen durch opportunistische Erreger“ zu verschieben.

Bewertung:

Der ICD-Kode A81.2 „Progressive multifokale Leukenzephalopathie“ kennzeichnet eine Erkrankung des Zentralen Nervensystems (ZNS), die durch das zur Gattung der Polyomaviren gehörende JC-Virus (benannt nach den Initialen des Patienten, bei dem das Virus erstmals isoliert wurde) verursacht wird. Die Erkrankung kommt fast ausschließlich bei schwer abwehrgeschwächten Personen vor. Von daher erscheint eine Zuordnung zur Krankheit 15 „Infektionen durch opportunistische Erreger“ gerechtfertigt; der Kode wird dementsprechend verschoben.

**Krankheit 38 bis Krankheit 42 „Gutartige Neubildungen“**

Stellungnahmen:

KBV / BÄK hinterfragen (zum wiederholten Mal) die Unterteilung der gutartigen Neubildungen in insgesamt fünf Untergruppen. Insbesondere sei fraglich, welcher Vorteil sich aus der Unterteilung für die RSA-Systematik böte.

Bewertung:

Die Krankheiten 38 bis 42 stellen gut voneinander abgrenzbare Krankheitsentitäten dar. Eine Zusammenlegung wäre daher nicht gerechtfertigt.

**Krankheit 74 „Demenz“**

Stellungnahmen:

KBV / BÄK halten die Krankheitsabgrenzung insgesamt für stimmig. Diskussionswürdig finden sie jedoch die Zuordnung des Kodes F06.7 „leichte kognitive Störung“ zur Demenz. Schon kleinere Einschränkungen in den gängigen Testverfahren rechtfertigen eine Kodierung des F06.7, ohne dass dabei etwa die Aktivitäten des täglichen Lebens der Betroffenen eingeschränkt wären.

Seitens der BAG wurde angemerkt, dass die Alzheimer-Krankheit/Demenz berücksichtigt werden solle, weil sie zu den großen Volkskrankheiten zähle (Tendenz steigend durch demographischen Wandel), Unterversorgung vorherrsche und Erkrankte aufgrund anderer Erkrankungen im Krankenhaus oftmals längere Liegezeiten aufwiesen.

Bewertung:

Die Krankheit „Demenz“ wurde im Rahmen der Anpassung für das Ausgleichsjahr 2014 gegenüber dem Status quo nicht geändert. Die Stellungnahme der KBV / BÄK bezieht sich offenbar auf den Festlegungsentwurf des Vorjahres. Dort wurde im Anhörungsverfahren die

Zuordnung des Kodes F06.7 „Leichte kognitive Störung“ sehr kontrovers diskutiert und abschließend wie folgt bewertet: „Der Diagnose-Kode F06.7 [...] beschreibt gemäß ICD-10-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 ist 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“ (vgl. Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013, Krankheit 75 [Delir und Enzephalopathie]).

#### Stellungnahmen:

Die DAK schlägt vor, der Krankheit „Delir / Enzephalopathie“ weitere Delir-Diagnosen, die zurzeit in die Krankheiten „Demenz (einschl. Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)“ und „Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch“ sowie „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ führen, zuzuweisen. Alternativ sehen sie auch die Möglichkeit einer eigenen Krankheitsgruppe Delir neben Enzephalopathie.

#### Bewertung:

Der Vorschlag, alle Delir-Diagnosen ungeachtet der Ursache zusammenführen, ist zwar aus medizinisch-klinischen Gründen nachvollziehbar, allerdings sieht die ICD-10-GM hier bereits auf Dreisteller-Ebene eine Differenzierung nach der Ätiologie vor. So umfasst der Kode F05.- Delirformen, die explizit „nicht durch Alkohol und andere psychotrope Substanzen bedingt sind“. Der Vorschlag der DAK wird nicht aufgegriffen.

### Krankheit 86 „Anorexie und Bulimie“

#### Stellungnahmen:

Die BPTK schlägt vor, für die Krankheit 86 „Anorexie und Bulimie“ die Krankheitsbezeichnung „Essstörungen“ zu verwenden.

#### Bewertung:

Die Umbenennung der Krankheit 86 in „Essstörungen“ ist sachgerecht. Der Vorschlag wird aufgegriffen.

### **Krankheit 100 „Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen“**

#### **Stellungnahmen:**

Der AOK-BV verweist auf eine frühere Stellungnahme, wonach die Diagnose G90.3 „Multisystem-Atrophie (Shy-Drager-Syndrom)“ u.a. die striatonigrale Degeneration, die zu einer Parkinson-Symptomatik führen kann, umfasst, und macht den Vorschlag, den ICD-Kode der Krankheit 100 „Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen“ zuzuordnen.

#### **Bewertung:**

Da ein fehlendes Ansprechen auf L-DOPA ein wichtiges Kriterium zur Abgrenzung vom Morbus Parkinson ist und der ICD-10-GM explizit die Multisystem-Atrophie von den Diagnosen G23.- (u.a. G23.2 „Striatonigrale Degeneration“) ausschließt, wird der Vorschlag nicht aufgegriffen.

### **Krankheit 123 „Hydrocephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen“**

#### **Stellungnahmen:**

Der GKV-SV spricht sich für die Abschaffung der Altersobergrenze für den ICD-Kode G93.7 „Reye-Syndrom“ aus, zumal nicht prinzipiell ausgeschlossen werden kann, dass auch Erwachsene am Reye-Syndrom erkranken können.

#### **Bewertung:**

Das Reye-Syndrom ist eine seltene Erkrankung, die zumeist Kinder im Alter von vier bis neun Jahren betrifft, entgegen mancher Lehrbuchmeinung (vgl. MSD-Manual, 7. Auflage 2007) allerdings wohl auch vereinzelt im Erwachsenenalter vorkommen kann (vgl. z.B. Dtsch Med Wochenschr. 2012 Sep;137(38):1853-6). Laut Metadaten zum ICD-10-GM wird ein Vorliegen der Diagnose bei Patienten in einem Alter von über 19 Jahren als Kann-Fehler angesehen. Abweichend davon wurde bislang für die Berücksichtigung im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ausgehend vom ursprünglichen DxCG-Modell eine obere Altersgrenze von 17 Jahren angesetzt. Empirisch finden sich in der Vollerhebung 23 Fälle unter 18 Jahren (6 stationär ,davon ein Fall mit Hauptdiagnose, 17 ambulant; keine Überlappung), bei den Erwachsenen 497 Fälle (441 stationär davon 70 mit Hauptdiagnose, 64 ambulant). Die hohe Zahl der betroffenen erwachsenen Patienten erscheint jedoch unplausibel. Daher wird die Altersobergrenze nicht aufgehoben sondern in Analogie zum ICD-10-GM von derzeit 17 Jahren auf 19 Jahren angehoben.

**Krankheit 134 „Netzhautgefäßverschluss“ /**

**Krankheit 135 „Makuladegeneration“ /**

**Krankheit 20 „Diabetes mellitus“**

**Stellungnahmen:**

Mit Blick auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen des Augenhintergrundes regt der BKK BV an, aus den ICD-Kodes H35.3 „Degeneration der Makula und des hinteren Poles“ (KH135), H34.8 „Sonstiger Netzhautgefäßverschluss“ (KH134) und ggf. H36.0 „Retinopathia diabetica“ eine neue Krankheit „Neovaskuläre Erkrankungen des Augenhintergrundes“ zu bilden, da bei allen drei Diagnosen kostenintensive, antineovaskuläre Arzneimittel eingesetzt werden.

**Bewertung:**

Einer Argumentation über Ähnlichkeit in der Therapie und deren Kosten kann bei der Krankheitsabgrenzung nicht gefolgt werden.

**Krankheit 190 „Asthma bronchiale“**

**Stellungnahmen:**

Den erneuten Ausschluss dieser Erkrankung für das Ausgleichsjahr 2014 stellen die KBV und die BÄK formal und inhaltlich in Frage. Die formalen Aufgreifkriterien werden durch „Asthma bronchiale“ für das Ausgleichsjahr 2014 erfüllt. Es handele sich um eine Erkrankung, die in vielen Fällen mit schweren Verläufen und einem hohen finanziellen Aufwand einhergehe. Mittelfristig solle gewährleistet werden, dass durch eine bessere Stratifizierung entsprechend dem Schweregrad der Erkrankung der hohe Behandlungsaufwand schwerer Verlaufsformen sachgerecht abgebildet wird.

Seitens des AOK BV wird vorgeschlagen, die Krankheiten „Asthma bronchiale“ (KH 190) und „Emphysem/Chronische obstruktive Bronchitis“ (COPD, KH 189) zu einer Krankheit „chronisch obstruktive Lungenerkrankung“ zusammen zu legen. Der IKK e.V lehnt eben diese Zusammenlegung der beiden Krankheiten ab, da es sich um ätiologisch trennbare Krankheiten handle, die unter anderem auch nach unterschiedlichen Leitlinien behandelt würden.

**Bewertung:**

Wie bereits in früheren Jahren ausgeführt, sollen bei der Krankheitsauswahl Krankheiten und nicht Krankheitsformen ausgewählt werden. Die Schweregraddifferenzierung erfolgt daher im Rahmen des Klassifikationsmodells und nicht bei der Krankheitsauswahl.



Argumente gibt es sowohl für die Trennung als auch die Zusammenlegung der Krankheiten. Auf der einen Seite gibt es klare unterschiedliche Auslöser, auf der anderen Seite sind auch Kombinationen häufig. Der Status quo wird daher vorerst beibehalten.

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

#### **Stellungnahmen:**

Der GKV-SV regt aus ätiologischen Gründen an, die ICD-Kodes M07.4-\* „Arthritis bei Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis)“ (K50.-†), M07.5-\* „Arthritis bei Colitis ulcerosa“ (K51.-†), M09.1-\* „Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]“ (K50.-†) und M09.2-\* „Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa“ (K51.-†) der Krankheit 211 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn/Colitis ulcerosa)“ zuzuordnen. Dasselbe schlägt der AOK BV in Analogie zur Arthritis psoriatica für die ICD-Schlüssel M07.4, M07.5 und M07.6 vor.

#### **Bewertung:**

Die Einbeziehung der Codes M07.4-\* sowie M07.5\* in die Krankheit 211 (bislang der Krankheit 255 Gelenkerkrankungen, Verrenkungen...zugeordnet) erscheint sachgerecht und erfolgt analog zu den Arthritiden bei Psoriasis/Parapsoriasis (M07.0- bis M07.3-), die alle der Krankheit 235 „Psoriasis und Parapsoriasis (inkl. Gelenkbeteiligung)“ zugeordnet werden. In diesem Zusammenhang werden künftig auch die Codes M09.0- „Juvenile Arthritis bei Psoriasis“ der Krankheit 235 „Psoriasis und Parapsoriasis (inkl. Gelenkbeteiligung)“ zugeordnet. Der Vorschlag, auch die Codes M07.6\* der Krankheit 211 zuzuordnen, wird dagegen nicht aufgegriffen, da hier andere Grundkrankheiten (u.a. M. Whipple, glutensensitive Enteropathie, Z.n. intestinaler Bypass-Operation) vorliegen.

### **Krankheit 218 „Peritonitis“**

#### **Stellungnahmen:**

Zum Wegfall der Peritonitis verweist der AOK BV auf seine Stellungnahme vom 27.01.2012. Im Rahmen der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 hatte der AOK BV darauf hingewiesen, dass die Herausnahme der ICD-Kodes K67.0 „Chlamydienperitonitis“, K67.1 „Gonokokkenperitonitis“, K67.2 „Syphilitische Peritonitis“, K67.3 „Tuberkulöse Peritonitis“ aus der Krankheit 72 „Peritonitis, exkl. Appendizitis und Entzündungen des weiblichen Beckens“ nicht sachgerecht sei, da hierdurch die Krankheit 72 in solche Fälle aufgetrennt wird, bei denen der Keim bekannt ist (und kodiert wird) und in solche mit nicht kodiertem Keim.

Bewertung:

Der Hinweis ist berechtigt. Es handelt sich in allen Fällen um Peritonitiden, und es wäre nicht zielführend, wenn Peritonitiden mit nicht kodiertem Keim als Auswahlkrankheit bewertet werden, hingegen Peritonitiden mit kodiertem Keim nicht. Da es sich zudem um Kodiervariationen (bei ein und demselben Fall) handeln kann, werden die ICD-Kodes K67.0 „Chlamydienperitonitis“, K67.1 „Gonokokkenperitonitis“, K67.2 „Syphilitische Peritonitis“, K67.3 „Tuberkulöse Peritonitis“ (wieder) der Krankheit 218 zugeordnet.

Krankheit 247 „Reaktive Arthritiden“ /

Krankheit 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen“  
sowie

Krankheit 276 „Entzündliche Neuropathie“ /

Krankheit 330 „Wirbelkörperfrakturen“

Stellungnahmen:

Seitens des AOK BV wird vorgeschlagen, die Krankheiten „Rheumatoide Arthritis“ und „entzündliche Bindegewebserkrankungen“ (KH248) und „Reaktive Arthritiden“ (KH247) sowie „Wirbelkörperfrakturen“ (KH330) und „Entzündliche Neuropathie“ (KH276) zusammen zu fassen.

Bewertung:

Es wird keine Begründung angegeben. Die Vorschläge können nicht nachvollzogen werden und werden daher nicht aufgegriffen.

Krankheit 322 „Angeborene, schwere Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes“ /

Krankheit 343 „Luxation des Hüftgelenks“

Stellungnahmen:

Nach Ansicht von GKV-SV und AOK BV sollten die ICD-Kodes der angeborenen Hüftluxation (Q65.0-) in Anbetracht möglicher Kodiervarianten zwischen den ICD-Kodes der Gruppen S73.0- und Q65.- ebenfalls in der Krankheit 343 berücksichtigt werden. Es wird daher vorgeschlagen, die Krankheit 343 um die ICD-Kodes Q65.0, Q65.1 und Q65.2 zu ergänzen.

Bewertung:

Die Zusammenlegung erscheint sinnvoll, da Kodiervariationen (Überlagerungen) zwischen den beiden Diagnosen möglich sind. Empirisch zeigt sich, dass 4% aller Versicherten mit ei-

ner Diagnose einer „angeborenen Hüftluxation“ (Q65.0/1/.2) auch eine Luxation kodiert mit S73.0- (und damit der Krankheit 343 entsprechend) aufweisen.

**Krankheit 337 „Traumatische Amputation einer Extremität“ /**

**Krankheit 358 „Spätfolgen von Verletzungen...“**

**Stellungnahmen:**

Vom BKK BV wird die Verschiebung der Schlüssel T92.6 „Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation der oberen Extremität“ und T93.6 „... der unteren Extremität“ aus der Krankheit 358 in die Krankheit 337 „Traumatische Amputation einer Extremität“ angeregt. Alternativ könne die Bildung einer neuen Krankheit Amputationen geprüft werden.

**Bewertung:**

Der Vorschlag ist sachgerecht. Der ICD-10-GM sieht vor, dass unter T92.6 und T93.6 Folgezustände der unter Krankheit 337 aufgeführten Diagnosen zu kodieren sind.

**Ausschlusskategorie 503 (Nicht zur Verschlüsselung zugelassen)**

**Stellungnahmen:**

Eine Überprüfung der nicht mehr zur Kodierung zugelassenen Diagnosen wird für notwendig gehalten. Die DAK übermittelt hierzu in ihrer Stellungnahme eine ausführliche Auflistung von inzwischen nicht mehr zur Verschlüsselung zugelassenen Codes.

**Bewertung:**

Das BVA bedankt sich für den Hinweis. Die Anlage 4 im Festlegungsentwurf beinhaltet irrtümlicherweise noch ICD-Kodes aus Jahren, die für das Verfahren des Ausgleichsjahres 2014 keine Rolle mehr spielen, aber für jahresübergreifende Modellvergleiche vorgehalten werden. Für das Ausgleichsjahr 2014 sind in erster Linie die Berichtsjahre 2010-2013 relevant. Wegen der Jahresüberlieger-Regelung werden für das Berichtsjahr 2010, das die Grundlage der Krankheitsauswahl und die Entwicklung des Klassifikationsmodells darstellt, auch noch gültige stationäre Diagnosen nach ICD-10-GM 2009 berücksichtigt. Die Anlage 4 wird um die von der DAK genannten Diagnosen sowie die ebenfalls für das Verfahren nicht mehr relevanten Diagnosen R50.0 „Fieber mit Schüttelfrost“ sowie R50.1 „Anhaltendes Fieber“ (beide zuletzt im Jahr 2005 zur Verschlüsselung zugelassen) bereinigt.