

DAK, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

Nur per Email

An

Bundesversicherungsamt - Ref. VII2

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Zentrale
Risikostrukturausgleich
Postanschrift DAK, Postfach 10 14 44
20009 Hamburg
Telekontakt Telefon: 040 2396-2352
Telefax: 040 2396-4352
volker.hartmann@dak.de
Internet www.dak.de
persönlicher Kontakt Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg

unser Zeichen 0 00-002120-00000-Har
IK 101560000
Datum 27.02.2015

— **Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung der im Risikostrukturausgleich (RSA)
zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016**

Nach § 31 Abs. 2 Nr. 3 RSAV hat der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs die Festlegung der gemäß § 31 Abs. 4 RSAV im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.

— Das Bundesversicherungsamt hat mit dem Schreiben vom 30.01.2015 den Entwurf einer Festlegung der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016 zur Anhörung gestellt und um Stellungnahme bis zum 27.02.2015 gebeten.

Nachstehend nehmen wir die Gelegenheit einer Stellungnahme wahr und übersenden Ihnen die Vorschläge der DAK-Gesundheit.

Allgemeine Anmerkungen zur Krankheitsauswahl

— Mit dem Entwurf zur Krankheitsauswahl für 2016 wurden umfangreiche Analysen und Bewertungen vorgelegt, die zu sehr vielen Anpassungen geführt haben. Große Änderungen sind dabei nicht festzustellen. Die wesentlichen Änderungen resultieren aus der geänderten Datenlage bzw. der Umstellung der Berechnungsmethode auf Pro-Tag-Werte, was der ausführlichen Dokumentation sehr gut zu entnehmen ist. Bei der Umstellung auf Pro-Tag-Werte irritiert jedoch, warum diese Anpassung nicht einheitlich, also auch beim Schwellenwert umgesetzt wurde. Der Gesetzestext nimmt keinen Bezug zur genauen Ausgestaltung der Berechnungen zum Schwellenwert. Somit können mit durchschnittlichen Leistungsausgaben auch die einer ganzjährigen Betrachtung gemeint sein. Unabhängig davon scheint es nicht sinnvoll, bei den prospektiv zu erwartenden Kosten eine Annualisierung vorzunehmen, während bei den durchschnittlichen Leistungsausgaben die tatsächlichen Kosten herangezogen werden. Methodisch

sollte hier einheitlich vorgegangen werden, auch wenn es derzeit ohne Wirkung ist. Unsere grundsätzliche Kritik an dem Schwellenwert bzw. an der Bedeutung des Schwellenwertes hat sich nicht geändert.

Bei dem hohen Detailgrad von Verschiebungen teilweise von nur einem 4-Steller-ICD von bzw. zu einer Krankheit muss zum einen der Nutzen, zum anderen die korrekte Interpretation dessen, was mit einem ICD abgebildet werden soll, hinterfragt werden. So entsteht der Eindruck, dass einzelne Codes aus der Bearbeitung von Vorschlägen bewertet werden, ohne dieses Thema vollumfänglich zu betrachten. Zum Beispiel wurde ein Code zu Polyglobulie verschoben, ein anderer nicht oder ein Code bei Demenz wurde verschoben, weil nicht immer gleichzeitig eine Demenz vorliegen muss, andere Codes mit gleicher Erklärung findet man aber weiterhin bei Demenz. Hier wäre es aus Gründen der Systematik und Vermeidung von Fehlanreizen besser, weniger Themen zu bearbeiten, diese jedoch umfangreicher. Auch im Klassifikationsverfahren für 2015 wurden z. B. bei Diabetes mellitus nur unvollständig analysierte Anpassungen vorgenommen und die weitere Bearbeitung vertagt (Altersgrenze Kinder) oder Vorschläge zu einem Thema übersehen oder nicht betrachtet. Abhilfe könnte hier in beiden Verfahren eine vollständige Erfassung von Vorschlägen schaffen, die allen Beteiligten nicht nur den Bearbeitungsstand transparent macht, sondern auch aktualisiert wird. Verweisen möchten wir hier auf unbearbeitete bzw. unkommentierte Vorschläge aus unseren Stellungnahmen zu vergangenen Anhörungsverfahren, bei denen unklar ist, ob diese noch abgearbeitet werden, wegen geringer Priorität im Vergleich zu anderen Themen/Vorschlägen zurückgestellt oder einfach nur übersehen wurden.

Die Verschiebung von Diagnosen erfolgt unter anderem aufgrund der in dem ICD-10-GM aufgeführten Beispiele. Aus diesen Beispielen Hinweise zu entnehmen, ist grundsätzlich nichts entgegengesetzten. Nur fällt zunehmend auf, dass die Systematik des ICD-10-GM nicht ausreichend berücksichtigt wird. So passiert es dann, dass besonders „sonstige“ Diagnosen zu Krankheiten verschoben werden, die mit der ICD-Klassifikation nichts mehr gemeinsam haben. Zum Beispiel ist die Anämie infolge einer Infektion oder Sepsis offensichtlich deswegen den myelodysplastischen / myeloproliferativen Krankheiten zugeordnet. Bei der Einsortierung von Diagnosen sollte die Systematik des ICD-10-GM dahingehend mehr beachtet werden, was damit verschlüsselt wird bzw. werden soll, wofür also der Code vorgesehen ist. Ein oder mehrere aufgeführte Diagnosen unter einem ICD-10-GM-Code sind nur beispielhaft aufgeführt und zeigen, dass es für diese Diagnose keinen anderen spezifischen Code gibt. Sofern keine eindeutige Zuordnung von ICD-Schlüsselnummern zu Krankheiten erfolgen kann, sollte die Zuordnung nach den Grundsätzen der ICD-Systematik erfolgen, welche Erkrankungen in einem Code enthalten sind, um eine fehlerhafte Eingruppierung und Fehlanreize im Morbi-RSA zu vermeiden.

Insgesamt vermissen wir bei der Krankheitsabgrenzung die klare Linie, an deren festgelegten Kriterien eine Orientierung für Anpassungen wie für Vorschläge erfolgen kann. Medizinisch ja, mal nach Ätiologie, mal nach Manifestation, mal auch Kosten. So wird mal nach rheumatologisch/nicht rheumatologisch getrennt, begründet mit der ICD-10-GM-Systematik, dann werden rheumatologische/nicht rheumatologische Diagnosen zusammengefasst, obwohl auch hier nach ICD-10-GM-Systematik eine Trennung vorliegt. Oder es wird mit „Exklusiva“ in der ICD-

Systematik begründet, um Diagnosen nicht gemeinsam abzubilden. Zutreffend wäre das nur dann, wenn die Krankheit auch diese Trennung vornimmt. Grundsätzlich ist ein „Exklusiva“ nur ein Hinweis zur Kodierung, genau genommen, was mit dieser Diagnose nicht zu kodieren ist. Dennoch kann das sehr wohl in einer gemeinsamen Krankheit abgebildet sein. Beispiele zu Ätiologie und Manifestation sind „Delir bei Demenz“ und „Retinopathie bei Diabetes mellitus“. Das Delir im Verlauf einer Demenz wird der Krankheit Demenz, die Retinopathie im Verlauf eines Diabetes mellitus der Retinopathie zugeordnet. Beides sind Erkrankungen, die aus einer jeweils anderen Erkrankung entstehen können. Von daher lässt sich hier nicht nachvollziehen, warum eine unterschiedliche Vorgehensweise angewendet wird.

In den folgenden Abschnitten sind einige Themen mit Anmerkungen, Vorschlägen und konkreten Beispielen zu den vorherigen Ausführungen näher erläutert.

Prävalenzgewichtung

Die nur geringe Steigerung des R-Quadrats in einer simulierten Klassifikation mit 358 Krankheiten muss bei der beschriebenen Methode nicht überraschen. Die Basis eines klassifikatorisch ausdifferenzierten Systems um undifferenzierte Krankheiten als „simple Schätzer“ zu ergänzen, lässt eine Systemverbesserung im Sinne eines deutlich verbesserten R-Quadrates nicht unbedingt erwarten. Zu Bedenken ist dabei, dass teilweise nur ein Bruchteil der primär durch die Krankheitsauswahl aufgegriffen Fälle durch Klassifikationskriterien in einer HMG ankommen. Um diese „AusSORTIERUNG“ ist die klassifikatorische Basis bereinigt und aufgewertet, die ergänzten Krankheiten als „simple Schätzer“ methodisch bedingt nicht.

Krankheit 157 „AV-Block oder sonstige kardiale Erregungsbildungs- oder Reizleitungsstörungen“

Krankheit 159 „Ventrikuläre Tachykardie / Arrhythmie, Herzstillstand“

Krankheit 160 „Vorhoffarrhythmien“

Krankheit 161 „Extrasystolen“

Wir begrüßen die Bearbeitung der Vorschläge zu den Krankheiten 157 bis 161 und stimmen der neuen Zuordnung überwiegend zu. Trotz der teilweise schwierigen Bewertung und Abgrenzung wie z.B. beim Sick-Sinus-Syndrom stellt der Entwurf für 2016 eine Verbesserung zum Status quo dar.

Bei den tachykarden Rhythmusstörungen halten wir allerdings unverändert die Zuordnung der Diagnosen

- I45.6 „Präexzitations-Syndrom“
- I47.1 „Supraventrikuläre Tachykardie“
- I47.9 „Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet“

zusammen mit den anderen Tachykardien in der Krankheit 159 für sachgerechter. Zu den kurzen Ausführungen hinsichtlich ventrikulärer und supraventrikulärer Tachykardien sei nur erwähnt,

dass eine lebensbedrohliche Situation bis zum Kammerflimmern auch bei einer supraventrikulären Tachykardie oder einem Präexzitations-Syndrom auftreten kann.

Krankheit 150 „Rheumatisches Fieber / rheumatische Herzerkrankung“

Krankheit 151 „Erkrankungen der Herzklappen“

Krankheit 155 „Perikarditis und andere Erkrankungen des Perikards“

Krankheit 156 „Akute Endokarditis / Myokarditis“

Zunächst möchten wir klarstellen, dass die Zusammenfassung bzw. ein Belassen aller rheumatischen und nichtrheumatischen Herzklappenerkrankung in der Krankheit 151 unserem Vorschlag entspricht (siehe Stellungnahme vom 17.01.2014).

Widersprechen müssen wir der Begründung, bei der I39.8 „Endokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Herzklappe nicht näher bezeichnet“ handelt es sich um „... eine nicht näher bezeichnete Herzklappen-Krankheit bei Endokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten ...“, was diese Diagnose ebenfalls zu einer Einordnung in die Krankheit 151 berechtigt. Die Schlüsselnummer besagt nur, dass eine Endokarditis vorliegt und zur Herzklappe keine Angabe gemacht wird oder gemacht werden kann. Daraus kann nicht automatisch auf eine Erkrankung der Herzklappe geschlossen werden. Eine Herzklappe kann betroffen sein, muss es aber nicht. Vergleichbar dazu ist die Diagnose I38 „Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet“, wobei hiermit eine Endokarditis ohne nähere Angabe zur Herzklappe als Inklusiva eingeschlossen ist. Der Kode I39.8* ist stattdessen zu verwenden, wenn eine Ätiologie-/Manifestation-Diagnose im Sinne der Kreuz-Stern-Systematik verschlüsselt werden soll. Inhaltlich handelt es sich bei beiden um eine Endokarditis, so dass beide Diagnosen zusammen mit der I33.- „Akute und subakute Endokarditis“ sachgerecht in der Krankheit 156 „Akute Endokarditis / Myokarditis“ abgebildet wären. Dass damit auch eine chronische Endokarditis und diese Gruppe zugeordnet wird, ist letztendlich nur eine konsequente einheitliche Anwendung von Kriterien, da auch die chronische Myokarditis (I51.4) in dieser Krankheit enthalten ist.

Die Beibehaltung der Krankheitsabgrenzung von rheumatischen und nicht rheumatischen Erkrankungen des Endo-, Myo- und Perikards wurde damit begründet, dass „... in der ICD-10-GM 2014 akute infektiöse Erkrankungen des Endo-, Myo- oder Perikards von rheumatischen Reaktionen abgegrenzt werden.“ Darüber hinaus wird auf die jeweiligen Inklusiva und Exklusiva verwiesen. Auch hier ist zu erwähnen, dass Inklusiva und Exklusiva zur Verschlüsselung von Diagnosen verwendet werden, was nicht zur Definition von Krankheitsgruppen im Morbi-RSA herangezogen werden muss. Darüber hinaus verweist der ICD-10-GM auch im zuvor thematisierten Diagnosebereiche der Herzklappenerkrankungen über Inklusiva und Exklusiva auf rheumatische bzw. nichtrheumatische Schlüsselnummern. Vor diesem Hintergrund ist die Begründung für die Zuordnung von End-, Myo- und Perikarditis nicht nachvollziehbar.

Krankheit 363 „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“

Die Verschiebung der pathologischen Frakturen bei Neubildungen (M90.7-*) und anderenorts nicht klassifizierter pathologischer Frakturen (M84.4-) in eine neue Krankheit überrascht. Zweifelsohne passen diese Diagnosen nicht in eine Krankheit mit der Bezeichnung „Osteoporose und Folgeerkrankungen“. Die im ICD-10-GM aufgeführten Exklusiva, womit diese Trennung begründet wird, besagt lediglich, welcher Sachverhalt mit welchem ICD zu verschlüsseln ist. Das ist keine Begründung, die gegen eine gemeinsame Zuordnung in einer Krankheit „Pathologische Fraktur“ spricht. Darüber hinaus ist unter M84.4- „*Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert*“ neben dem angeführten Exklusivum M80.- „*Osteoporose mit pathologischer Fraktur*“ auch das Exklusivum M90.7- „*Knochenfraktur bei Neubildungen*“ genannt. Die Begründung für die Trennung der M84.4 von der Osteoporose dürfte dann konsequenterweise auch keine gemeinsame Abbildung mit der M90.7-* zulassen. Das ist aber auch nicht notwendig. Die M90.7-* analog der Anämie bei Neubildungen nicht den Neubildungen zuzuordnen, halten auch wir für sachgerecht, solange es mehrere Krankheiten zu Neubildungen gibt. Genauso sachgerecht halten wir es, alle pathologischen Frakturen

- M80.- „Osteoporose mit pathologischer Fraktur“
- M84.4- „Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert“
- M90.7-* „Knochenfraktur bei Neubildungen“

in einer gemeinsamen Krankheit „Pathologische Frakturen“ abzubilden. Alles Weitere kann in der Klassifikation erfolgen, z. B. dass die pathologische Fraktur bei Osteoporose in der Hierarchie Osteoporose berücksichtigt wird oder die pathologische Fraktur bei Neubildungen auch in der Hierarchie Neubildungen.

Krankheit 250 „Osteoarthrose der großen Gelenke“

Aus unserer Stellungnahme zur Krankheitsauswahl 2015 möchten wir den Vorschlag zur Überarbeitung der Arthrose erneut einbringen. Hier geht es u.a. darum, dass in der Krankheit 250 derzeit nicht alle Arthrosen an Knie- und Hüftgelenk aufgegriffen werden. Unter Berücksichtigung der korrekten Anwendung des ICD-10-GM und als nachrangiges Argument ggf. auch aus der Kodierpraxis werden nicht wenige der Knie- bzw. Hüftgelenksarthrosen mit M15.- „Polyarthrose“ verschlüsselt. Darüber hinaus stellt sich die Frage, warum die M15 „Polyarthrose“ auf zwei Krankheiten aufgeteilt werden muss. So werden

- M15.0 „Primäre generalisierte (Osteo-) Arthrose“
- M15.1 „Heberden-Knoten (mit Arthropathie)“
- M15.2 „Bouchard-Knoten (mit Arthropathie)“
- M15.4 „Erosive (Osteo-) Arthrose“

in die Krankheit 251 „*Osteoarthrose sonstiger oder nicht weiter spezifizierter Gelenke*“ einsortiert, während

- M15.3 „Sekundäre multiple Arthrose“
- M15.8 „Sonstige Polyarthrose“
- M15.9 „Polyarthrose, nicht näher bezeichnet“

der Krankheit 255 „Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht“ zugeordnet sind.

Mit der Abbildung der M19.1- „Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke“ in der Krankheit 358 „Spätfolgen von Verletzungen, exkl. Spätfolgen am Rückenmark, von Schädel / Gesichtsschädel-frakturen und Spätfolgen intrakranieller Verletzungen“ werden die Arthrosen insgesamt sogar auf drei Krankheiten verteilt. Die M19.1- in der Krankheit 358 ist insofern nicht nachvollziehbar, da es andere posttraumatischen Arthrosen in M16 bis M18 mit einer abweichenden Zuordnung gibt, wobei wir die Zuordnung zur Krankheit Arthrose für alle posttraumatischen Arthrosen für sachgerechter halten.

Aus Gründen der vollständigen Erfassung von Knie- und Hüftgelenksarthrosen, Vermeidung von Fehlanreizen, Vereinheitlichung und Vereinfachung schlagen wir für die Arthrose eine Zusammenfassung aller Arthrosen M15 bis M19 in einer Krankheit vor. Zu differenzierteren Alternativen möchten wir auf unsere Ausführungen vom 17.01.2014 im Anhörungsverfahren zur Krankheitsauswahl 2015 verweisen.

Krankheit 44 „Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen“
Krankheit 45 „Megaloblastische Anämie und andere Mangelanämien (perniziöse Anämie / Folsäuremangel)“
Krankheit 47 „Erworbene Anämien“

Die Diagnose D63.0 „Anämie bei Neubildungen“ aus der Krankheit 35 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)“ herauszunehmen, entspricht unserem Vorschlag aus dem Anhörungsverfahren zur Krankheitsauswahl 2013 (siehe Stellungnahme vom 27.01.2012). Eine Zuordnung zu einer Anämie-Krankheitsgruppen ist sachgerechter.

Unabhängig davon ist die Abbildung der Anämien nicht gleichberechtigt. Einige Anämien werden mit der Begründung „keine eigenständige Krankheit“ in eine Ausschlussgruppe zugeordnet, z.B. die Eisenmangelanämie. Hintergrund ist offensichtlich, dass nur die zugrundeliegende Krankheit für eine Berücksichtigung herangezogen werden soll. Dem entgegen zu halten ist, dass die einer Anämie zugrunde liegende Krankheit nicht immer mit einer behandlungsbedürftigen Anämie einhergehen muss. Insofern kann eine Anämie als erschwerend für eine Krankheit gelten. Diese kann bei Vorliegen in eine separate Berücksichtigung münden. So ist es umgesetzt bei der Tumoranämie. Diese und andere „Anämien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ werden explizit berücksichtigt. Das ist zweifelsohne sachgerecht. Warum aber ausgerechnet die schon so über die Bezeichnung auf eine Ursache hinzeigende Anämie berücksichtigt wird, andere wiederum als nicht berücksichtigungs-fähiges „Symptom“ kategorisiert werden, ist aus den genannten Gründen nicht nachvollziehbar. Eine Ungleichbehandlung ist es auch, dass außer der

Eisenmangelanämie (D50.-) alle anderen alimentären Anämien (D51 bis D53), einschließlich sonstiger und nicht näher bezeichneter alimentärer Anämien berücksichtigt werden. Wir halten es für sachgerechter, wenn hier einheitliche Bewertungskriterien für die Zuordnung von Anämien zur Anwendung kommen würden.

Die Zuordnung der D64.8 „*Sonstige näher bezeichnete Anämien*“ zur Krankheit 44 „*Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen*“ erscheint vor dem Hintergrund der zu diesem Code aufgeführten Beispiele erfolgt zu sein. Allerdings ist der Code für alle die Anämien anzuwenden, bei denen eine Anämie näher bezeichnet werden kann, jedoch keine spezifische Schlüsselnummer vorhanden ist. Für sonstige myelodysplastische Syndrome oder sonstige Neubildungen am blutbildenden System stehen die Codes D46.7 bzw. D47.7 (aus der Krankheit 44) zur Verfügung. Von daher sind unter der Schlüsselnummer D64.8 überwiegende sonstige Anämien, die nicht mit D50 bis D64.4 klassifizierbar sind, zu erwarten, was die sachgerechte Zuordnung von D64.8 zur Krankheit 44 in Frage stellen soll. Als Beispiel für eine mit D64.8 zu kodierende Anämie wäre eine Anämie infolge einer Sepsis oder Infektion, die zweifelsohne besser bei den erworbenen Anämien als bei den myelodysplastischen bzw. myeloproliferativen Erkrankungen zuzuordnen ist.

Im Rahmen der Überarbeitung der Anämien schlagen wir vor, die Diagnose D64.8 „*Sonstige Anämie*“ von der Krankheit 44 „*Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen*“ in die Krankheit 47 „*Erworbene Anämien*“ zu verschieben und die Diagnosen D50, D62 und D64.9 ebenfalls der Krankheit 47 „*Erworbene Anämien*“ zuzuordnen. Die Beschreibung könnte „*Erworbene und anderenorts nicht klassifizierte Anämien*“ lauten.

Krankheit 53 „Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes“

Aus dem Vorschlag, die D75.0 „*Familiäre Erythrozytose*“ zur Krankheit 44 „*Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen*“ zu verschieben resultiert die Frage, warum dann nicht auch die sekundäre Polyglobulie (D75.1) in die gleiche Krankheit verschoben wird. Unter dem Ansatz, dass aufgrund der Zuordnung der Polycythämia vera (D45) zur Krankheit 44 auch die D75.0 dort einsortiert werden sollte, muss in der Konsequenz auch die D75.1 verschoben werden.

Im Rahmen der Bearbeitung dieser Krankheit schlagen wir vor, auch den Code D75.1 „*Sekundäre Polyglobulie [Polyzythämie]*“ in die Krankheit 44 „*Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen*“ zu verschieben. Alternativ sollten beide in der Krankheit 53 verbleiben.

Krankheit 74 „Demenz“

Die Diagnose G31.2 „*Degeneration des Nervensystems durch Alkohol*“ wird von der Krankheit 74 „*Demenz*“ in die Krankheit 102 „*Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems*“ verschoben. Die Degeneration des Nervensystems durch Alkohol muss nicht sofort mit einer Demenz verbunden sein, was die Zuordnung zur Krankheit 102 rechtfertigt. Folgt aus der alkoholbedingten Degeneration des Nervensystems eine Demenz, stehen die zusätzliche Schlüsselnummer F02.8* „*Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern*“ bzw. F10.7

„*Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung*“ zur Verfügung.

Die Frage der Zuordnung zur Krankheit 102 stellt sich dann auch bei der G31.1 „Senile Degeneration des Gehirns, andernorts nicht klassifiziert“. Warum bleibt diese „näher bezeichnete Degeneration“ in der Gruppe Demenz? Die damit abgebildete altersbedingte Degeneration des Gehirns beinhaltet nicht zwangsläufig das sofortige Vorliegen einer Demenz.

Gleiches gilt auch für die G31.0 „Umschriebene Hirnatrophie“. Auch hier liegt nicht immer bzw. sofort eine Demenz vor, sodass ggf. die F02.8* „*Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern*“ zusätzlich zu dokumentieren ist.

Da eine Demenz auch in Folge der bisher in der Krankheit 102 abgebildeten Diagnosen auftreten kann und dann zusätzlich mit der F02.8* zu verschlüsseln ist, erscheint es sinnvoll, neben der Diagnose G31.2 auch die Diagnose G31.1 „*Senile Degeneration des Gehirns, andernorts nicht klassifiziert*“ und G31.0 „*Umschriebene Hirnatrophie*“ in die Krankheit 102 „*Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems*“ zu verschieben. Nur bei der G31.82 „*Lewy-Körper-Demenz*“ kann eine Zuordnung zu Krankheit 74 „*Demenz*“ belassen werden, da die Diagnose Demenz bekannt ist und über typische Symptome die Diagnose G31.82 gestellt wird. Bis dahin ist die Diagnose F03 „*Nicht näher bezeichnete Demenz*“ zu erwarten (oder auch F00 „*Demenz bei Alzheimer-Krankheit*“, da ähnliche Symptome auftreten).

Ergänzend möchten wir auch auf unsere Ausführungen zum Thema „Demenz/Delir“ in unserer Stellungnahme zur Krankheitsauswahl 2013 vom 27.01.2012 verweisen.

Bereits dort hatten wir für die Diagnose F05.1 „Delir bei Demenz“ eine andere Zuordnung vorgeschlagen. Führend bei dieser Diagnose ist das Delir. Von daher halten wir es unverändert für falsch, diese Diagnose nicht der Krankheit „Delir“ zuzuordnen. Sicher ist das Vorliegen einer Demenz, bei einem temporären Delir ist jedoch nicht davon auszugehen, dass die Morbiditätsinformation „Demenz“ verloren geht. Außerdem muss bei nicht eindeutiger Abgrenzung der Diagnose auch bei vorliegender Demenz davon ausgegangen werden, dass ein Teil als F05.8 bzw. F05.9 kodiert wird. Aus diesen beiden Gründen ist es sinnvoller, die Gruppe „Delir“ nicht auseinanderzureißen. Die in den Erläuterungen zur Krankheitsfestlegung 2013 beschriebene Gefahr „unerwünschter Kodieraktivitäten“ ist unbegründet, da in der Klassifikation eine Hierarchisierung zu erwarten ist, womit solche Effekte abgefangen werden können.

Sehr deutlich wird bei der F05.1 „*Delir bei Demenz*“ die uneinheitliche Vorgehensweise bei der Zuordnung von Diagnosen zu Krankheiten: warum wird das Delir bei Demenz der Demenz und die Retinopathie bei Diabetes mellitus der Retinopathie zugeordnet. Zwei identische Fragestellungen werden nach völlig gegensätzlichen Kriterien einsortiert. Die Erkrankung der Netzhaut bei diabetischer Retinopathie ist genauso wie die neurologische Erkrankung bei Demenz mit gleichen Kriterien zu bewerten.

Auch die Zuordnung der Diagnosen

- F06.5 „Organische dissoziative Störung“,
- F06.6 „Organische emotional labile [asthenische] Störung“,
- F06.8 „Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit“ und
- F06.9 „Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit“

zur Krankheit 74 „*Demenz*“ halten wir für nicht sachgerecht. Unter den Exklusiva zu dem ICD-Dreisteller F06.- ist die Demenz aufgeführt. Das bedeutet, dass Zustände wie Demenz nicht damit zu kodieren sind. Bei näherer Betrachtung der Codes kann auch unter Berücksichtigung der aufgeführten Beispiele nicht davon ausgegangen werden, dass bei diesen Diagnosen immer eine Demenz oder ein demenz-ähnlicher Zustand vorliegt. Das trifft auf die organischen dissoziativen Störungen (F06.5) genauso zu wie für ein Hirnorganisches Psychosyndrom, was mit F06.9 zu kodieren ist, um nur zwei Beispiele zu nennen. Auch aus diesem Grund gehören die drei Codes nicht in die Krankheit 74 „*Demenz*“. Wir schlagen vor, diese Diagnosen der Krankheit 76 zuzuordnen und den Namen entsprechend anzupassen.

In der Gesamtbetrachtung gibt es ICD-Codes mit eindeutigem Bezug zur Demenz und nicht eindeutigem Bezug. Darüber hinaus lassen sich Folgen bzw. Schweregrade teilweise separat verschlüsseln. Grundsätzlich lassen sich mit dem ICD-10-GM Degenerationen am Nervensystem und Demenz gut abgrenzen. Sofern eine Demenz durch die Degeneration Eintritt, wird die Demenz zusätzlich kodiert. Dafür stehen mit F00.-* „*Demenz bei Alzheimer Krankheit*“ oder F02.-* „*Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*“ zwei Codegruppen zur Verfügung, die diesen Zusammenhang herstellen. So gesehen würde noch nicht einmal die Notwendigkeit bestehen, die in G30.- abgebildete Alzheimer-Krankheit in die Krankheitsgruppe „Demenz“ aufzunehmen, wobei hier aus Gründen des Zeitpunktes der Diagnosestellung eine gemeinsame Zuordnung auch belassen werden kann. Ungewünschte Effekte z.B. durch Doppelkodierung könnten auch hier über eine hierarchische Lösung abgefangen werden. Insgesamt sollen einheitliche Kriterien für die Zuordnung zur Krankheit Demenz herangezogen werden. Nur wenn ein Diagnoseschlüssel eindeutig das Vorliegen einer Demenz beinhaltet, so dass F00 bis F03 nicht zusätzlich verwendet werden müssen, soll die Zuordnung in die Krankheit 74 „*Demenz*“ erfolgen.

Krankheit 102 „*Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems*“

Die Diagnose G32.0* „*Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*“ soll lt. Erläuterungen in die Krankheit 99 „*Systematrophien*“ verschoben werden. In den Anlagen ist diese Diagnose allerdings in der Krankheit 121 „*Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems*“ geführt.

Die Begründung „ ... Hinter dem Stern-Kode G32.0 ... verbirgt sich eine Degeneration des Rückenmarks bei Vitamin B12-Mangel, ...“ darf nicht zu dieser Zuordnung führen. Es ist richtig, dass die aufgeführte Erkrankung mit diesem Kode verschlüsselt wird. Das bedeutet aber nicht, dass nur diese Erkrankung mit diesem Kode abgebildet ist. Auch hier handelt es sich nur um **ein** Beispiel, was damit kodiert wird. Wenn nur diese Diagnose damit gemeint ist, dann würde der ICD G32.0 so benannt sein. Von der Systematik ist es jedoch so, dass es für die „Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei Vitamin B12-Mangel“ keine eigene und keine andere spezifische Schlüsselnummer gibt, so dass diese Diagnose mit G32.0* zu kodieren ist und beispielhaft aufgeführt wird.

Aus den genannten Gründen halten wir die gemeinsame Abbildung aller G32.* „*Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*“ mit den beiden Kodes

- G32.0* „Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ und
- G32.8* „Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“

unverändert in Krankheit 102 „*Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems*“ für sachgerecht.

Andere Anmerkungen zu Diagnosen in Zusammenhang mit dieser Krankheit sind unter der Krankheit 74 „Demenz“ aufgeführt.

Wir bitten Sie, die Vorschläge der DAK-Gesundheit zu prüfen und bei der Festlegung zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße

gez. Dieter Kaske
Leiter Finanzplanung und -steuerung