



Anlage 1:

Erläuterungen zur

**Festlegung zur Auswahl der im
morbidityorientierten Risikostrukturausgleich
zu berücksichtigenden Krankheiten**

für das Ausgleichsjahr 2016

Bonn, den 15.04.2015

Inhaltsverzeichnis

1. Rechtliche Grundlagen und Verfahren.....	1
2. Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens	3
3. Bewertung der Stellungnahmen zu Datenbasis und Berechnungsverfahren	20
3.1 Allgemeine Anmerkungen zur Auswahl und Anhörungsverfahren	20
3.2 Anpassungen an den ICD-10-GM 2015	21
3.4 Überprüfung der Prävalenzgewichtung über die Wurzelfunktion	22
3.5 Hinweis zum Merkmal „Diagnosequalifikation“ in der Satzart 600	23
3.6 Änderungen durch die jährliche Aktualisierung der Datenbasis.....	24
3.7 Kostenintensität: Berechnung der prospektiven Kosten der Krankheiten und Auswirkung auf die Prävalenzgewichtung	24
3.8 Schwellenwertkriterium: Verzicht auf Annualisierung der Leistungsausgaben.....	25
3.9 Berücksichtigung von Nebendiagnosen bei der Zuordnung der Krankheiten.....	27
4. Bewertung der Stellungnahmen zu Änderungen der Krankheitsabgrenzung.....	28
4.1 Krankheit 001 „Intestinale Infektionen“	28
4.3 Krankheit 002 „Bakterielle Zoonosen und andere schwerwiegende bakterielle Infektionen“	29
4.4 Krankheit 005 „Sepsis“	29
4.5 Krankheit 007 „Sonstige Spirochäteninfektionen“	30
4.6 Krankheiten 013 „Virale Hepatitis A und unspezifizierte Hepatitis ohne Leberkoma“, 221 „Akute schwere Lebererkrankung“ und 222 „Chronische Hepatitis“	30
4.7 Krankheit 017 „Dermatophytosen (Pilzkrankungen der Haut, z.B. Fußpilz)“	30
4.8 Krankheit 019 „Protozoenkrankheiten (inkl. Malaria)“	31
4.9 Krankheit 020 „Helminthosen“	31
4.10 Krankheit 022 „Spätfolgen von Infektionen, exkl. ZNS“	32
4.11 Krankheit 034 „Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Paraganglien & weiterer endokriner Drüsen“	32
4.12 Krankheit 035 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikation)“	33
4.13 Krankheit 044 „Myeloproliferative / -dysplastische Erkrankungen“, Krankheit 043 „Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens unterschiedlicher Organe“ und Krankheit 053 „Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes“	34
4.15 Krankheit 046 „Hereditäre hämolytische Anämien“ und Krankheit 047 „Erworbene hämolytische Anämien“ bzw. nach aktueller Umbenennung „Erworbene Anämien“	35
4.16 Krankheit 049 „Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten (ohne bösartige Neubildungen)“	36
4.17 Krankheit 074 „Demenz“	37
4.18 Krankheit 082 „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“ und 083 „Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen“	38

4.19	Krankheit 088 „Leichter / nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung“ und 089 „Mäßiger Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung“	39
4.20	Krankheit 091 „Entwicklungsstörungen“ und 093 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“	39
4.21	Krankheit 099 „Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen“	40
4.22	Krankheit 101 „Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen“	42
4.23	Krankheit 102 „Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems“ und Krankheit 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“	43
4.24	Krankheit 113 „Erkrankungen Nervenwurzel / Plexus“ und Krankheit 114 „Läsionen von Nervenwurzel / Plexus“	44
4.25	Krankheit 117 „Entzündliche/ toxische Neuropathie“ und Krankheit 118 „Periphere Neuropathie/ Myopathie“	45
4.27	Krankheit 123 „Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigung“	46
4.28	Krankheit 131 „Netzhautablösung“	47
4.29	Krankheit 136 „Sonstige Affektionen der Netzhaut“	48
4.30	Krankheit 138 „Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels“	48
4.31	Krankheit 150 „Rheumatisches Fieber“, Krankheit 151 „Erkrankungen der Herzklappen“ Krankheit 155 „Perikarditis und andere Erkrankungen des Perikards und Krankheit 156 „Akute Endokarditis/ Myokarditis“	49
4.32	Krankheit 157 „AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blockierungen“ und Krankheit 158 „andere Reizleitungsstörungen“	51
4.33	Krankheit 163 „Andere, nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen“	53
4.34	Krankheit 174 „Andere Erkrankungen des Gefäßsystems / Postthrombotisches Syndrom / chronisch venöse Insuffizienz“ und Krankheit 175 „Sonstige Venenerkrankungen“	54
4.35	Krankheit 188 „Mukoviszidose“	55
4.36	Krankheit 189 „Emphysem / COPD“ und Krankheit 190 „Asthma bronchiale“	56
4.37	Krankheit 192 „Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen“ und 181 „Pneumonie und andere infektiöse Lungenkrankheiten“	56
4.38	Krankheit 202 „Angeborene Anomalien von Ohr, Gesicht, Hals, Nase, Mund und Rachen“	57
4.39	Krankheit 237 „Urtikaria und Erythem“	57
4.40	Krankheit 238 „Verbrennungen, exkl. Verbrennungen dritten Grades oder Verbrennungen von 10% und mehr der Körperoberfläche“	58
4.41	Krankheit 246 „Andere Erkrankungen der Haut“ und 231 „Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen“	58
4.42	Krankheit 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewbserkrankungen“	59
4.43	Krankheit 254 „Binnenschädigung des Knies, Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes“	60
4.44	Krankheit 255 „Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht“ und Krankheit 265 „Erkrankungen der Synovialis und der Sehnen“	61
4.45	Krankheit 256 „Skoliose, Deformität der Wirbelsäule“	61

4.46	Krankheit 258 „Wirbelgleiten / Spondylolisthesis / Spondylolyse“	62
4.47	Krankheit 260 „Bandscheibenerkrankungen“	62
4.48	Krankheit 261 „Spondylose und assoziierte Erkrankungen“	63
4.49	Krankheit 267 „Osteoporose und Folgeerkrankungen“	63
4.50	Krankheit 270 „Andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels (z.B. Osteodystrophia deformans / Paget's disease of bone)“	64
4.51	Krankheit 285 „Prostataerkrankungen, exkl. BPH“	65
4.52	Krankheit 288 „Angeborene Anomalien der männlichen Genitalorgane“	65
4.53	Krankheit 317 „Angeborene Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems“ und Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)“	66
4.54	Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)“ und Krankheit 204 „Ösophagusatresie / -stenose, andere angeborene gastrointestinale Anomalien (Alter > 1 Jahr)“	67
4.55	Krankheit 321 „Angeborene Anomalien der Wirbelsäule, exkl. Spondylolisthesis / Spondylose“ und Krankheit 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“	68
4.56	Krankheit 322 „Angeborene schwere Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes“	68
4.57	Krankheit 330 „Wirbelkörperfraktur“	69
4.58	Krankheit 341 „Traumatische Gelenkluxation, exkl. Hüfte, Knie, Schulter und der Wirbel“	69
4.59	Krankheit 345 „Frakturen des Sprunggelenks“	70
4.60	Krankheit 346 „Offene Wunde, exkl. Auge / Unterarm“	70
4.62	Krankheit 347 „Fraktur des Fußes“	71
4.63	Bisherige Krankheit 348 „Quetschung“ und Krankheit 350 „Prellung / (oberflächliche) Verletzung“	71
5.	Ergebnis der Krankheitsauswahl	72

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung der eingegangenen Stellungnahmen.....	4
Tabelle 2: Neue ICD-Kodes für Krankheit 101 „Sekundäres Parkinson-Syndrom“.....	42
Tabelle 3: Neue ICD-Kodes für die ergänzte Krankheit 113 „Erkrankungen/ Läsionen von Nervenwurzel/ Plexus“.....	44
Tabelle 4: Endokarditis / Myokarditis / Perikarditis.....	51
Tabelle 5: Bisherige Einteilung der Herzrhythmusstörungen	52
Tabelle 6: Herzrhythmusstörungen in der ICD-10-GM 2014	52
Tabelle 7: M47.0- Arteria spinalis anterior-Syndrom in Krankheit 121.....	55
Tabelle 8: Ab dem Ausgleichsjahr 2016 im Risikostrukturausgleich neu zu berücksichtigende Krankheiten	72
Tabelle 9: Ab dem Ausgleichsjahr 2016 nicht mehr im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähige Krankheiten	72
Tabelle 10: In der Festlegung berücksichtigte Krankheiten, die im Festlegungsentwurf nicht berücksichtigungsfähig waren	72
Tabelle 11: In der Festlegung nicht berücksichtigungsfähige Krankheiten, die im Festlegungsentwurf berücksichtigt waren	72

1. 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 darauf 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, 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 seine Festlegung trifft.

Für das bevorstehende Ausgleichsjahr 2016 hat der Wissenschaftliche Beirat bereits am 12. Januar 2015 das Berechnungsverfahren sowie die aus dem bisherigen Verfahren resultierende Krankheitsauswahl überprüft und folgende Grundsätze für die Anpassung der Krankheitsauswahl empfohlen:

- Die Krankheitsauswahl sollte weiterhin empirisch fundiert sein und auf der Vollerhebung der aktuellsten verfügbaren Daten (Lieferjahr 2014: Erstmeldung für das Berichtsjahr 2013, Korrekturmeldung für das Berichtsjahr 2012) basieren.
- Eine Reduzierung der Zahl der Krankheiten war aus Sicht des Beirates weiterhin nicht geboten (vgl. hierzu auch den Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zum Jahresausgleich 2009).

- Hinsichtlich der für die Auswahl der Krankheiten anzulegenden Kriterien hatte der Wissenschaftliche Beirat Überprüfungsbedarf
 - im Bereich der Prävalenzgewichtung,
 - in der Frage der Annualisierung der im Auswahlprozess jeweils anzusetzenden Leistungsausgaben sowie
 - im Zusammenhang mit der Verwendung stationärer Nebendiagnosen bei der Krankheitszuordnungerkannt.

Der auf Basis dieser Grundsätze erarbeitete Entwurf zur Festlegung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 wurde am 30. Januar 2015 zu Anhörung an den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) übermittelt mit der Bitte, dem BVA bis zum 27. Februar seine Stellungnahme zukommen zu lassen.

Eine Zusammenfassung der Stellungnahme des GKV-SV sowie der darüber hinaus eingegangenen Dokumente findet sich unter dem folgenden Abschnitt 2. Auf die im Einzelnen im Festlegungsentwurf vorgesehenen Anpassungen, die hierzu vorgetragenen Stellungnahmen sowie die hieran anknüpfenden Bewertungen und endgültigen Festlegungsentscheidungen wird in den Abschnitten 3 (Datengrundlage, Aufgreifkriterien und Berechnungsverfahren) und 4 (Krankheitsabgrenzung) eingegangen. Ein Überblick über das Ergebnis der Festlegung hinsichtlich der im Vergleich zum Ausgleichsjahr 2015 sich verändernden Krankheiten in der Auswahlliste findet sich im abschließenden Abschnitt 5.

Die Dokumentation der Berechnungsschritte sowie die Berechnungsergebnisse zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 werden in den Anhängen 2 und 3 zum Festlegungsentwurf dargestellt, Anhang 4 enthält die Abgrenzung der ICD-Diagnoseschlüssel zu den Krankheiten.

2. Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens

Mit Ablauf der Anhörungsfrist am 27.02.2015 sind die Stellungnahmen der folgenden Institutionen eingegangen.

AOK BV	Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes
BÄK	Stellungnahme der Bundesärztekammer
Barmer	Stellungnahme der Barmer GEK
BPtK	Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
DAK	Stellungnahme der Deutschen Angestellten Krankenkasse Gesundheit
IKK e.V.	Stellungnahme der gemeinsamen Vertretung der Innungskrankenkassen
TK et al.	Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse

Der GKV-Spitzenverband (**GKV-SV**) hat seine Stellungnahme unter Ersuchen einer Fristverlängerung am 02.03.2015 übermittelt.

Ohne vorherige Bitte um Fristverlängerung hat zudem der Dachverband der Betriebskrankenkassen (**BKK-DV**) am 03.03.2015 unter Bezugnahme auf die Stellungnahme des GKV-SV dem BVA weitere Ausführungen zukommen lassen. Aus Gründen der Transparenz und der Vollständigkeit wurden auch die dort enthaltenen Ausführungen in der folgenden Tabelle mit aufgenommen. Eine inhaltliche Bewertung der Stellungnahme erfolgt allerdings nur nachrangig. Zukünftig wird das BVA auf die Auswertung von Repliken auf Stellungnahmen des GKV-SV bzw. von Stellungnahmen, welche ohne Übereinkunft über eine Fristverlängerung verspätet eingehen, gänzlich verzichten.

Alle Stellungnahmen stehen wie gewohnt auf der Internetpräsenz des BVA zum Download bereit (www.bva.de ⇒ Risikostrukturausgleich ⇒ Festlegungen ⇒ Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2016). 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.

Tabelle 1: Zusammenfassung der eingegangenen Stellungnahmen

Betrifft	Beschreibung	vorgetragene von
1. Allgemeines		
1.1 Anmerkungen zum Auswahl- und Anhörungsverfahren		
Darstellung	Das AOK-System begrüßt die ausführlichen Darstellungen und Erläuterungen zu den Änderungen der Krankheitsauswahl, die eine hohe Transparenz der für die Krankheitsauswahl 2016 vorgeschlagenen Anpassungen herstellen.	AOK-BV
Dokumentationsanforderungen auf Seiten der Leistungserbringer	Generell wird empfohlen, bei der weiteren Adaptierung des Morbi-RSA die resultierenden Dokumentationsanforderungen für die in der Versorgung vor Ort Beteiligten auf den geringstmöglichen, zweckmäßigen Umfang zu beschränken.	BÄK
Turnus der Krankheitsauswahl	Der AOK-BV wiederholt seinen Vorschlag, auf eine jährliche Krankheitsauswahl zu verzichten und stattdessen nur noch alle zwei Jahre eine Revision vorzunehmen.	AOK-BV
Datengestütztes Vorgehen	Der GKV-Spitzenverband begrüßt das bei der Krankheitsauswahl generell vorgesehene datengestützte Vorgehen auf Grundlage der jeweils aktuellsten Datenlage.	GKV-SV
Nicht bearbeitete Vorschläge / Transparenz	Es wird darauf hingewiesen, dass der Eindruck bestehe, es seien nicht alle noch offenen Änderungsvorschläge aus vergangenen Anpassungszyklen abgearbeitet worden.	GKV-SV
	Die DAK moniert, dass einige der in der Vergangenheit vorgebrachte, bislang noch nicht bearbeitete Vorschläge und Stellungnahmen nur teilweise oder auch überhaupt nicht in der Dokumentation des thematisiert wurden. Generell wird angeregt, das BVA solle innerhalb eines Anpassungsprozesses besser weniger Themen, diese dafür umso umfassender. Zudem wird vorgeschlagen, eine transparente, regelmäßig aktualisierte Liste zu veröffentlichen, die den Bearbeitungsstand aller offenen Vorschläge dokumentiert.	DAK
Trennung von Krankheitsauswahl und Klassifikation	Die Trennung wird kritisiert, da die beiden Prozesse voneinander abhängig sind.	BKK-DV
Krankheitsabgrenzung	Die krankheitsbezogene Kostenheterogenität wird als Beleg dafür gesehen, dass die Krankheiten zu weit abgegrenzt sind. Dies kann dann durch das nachfolgende Klassifikationsmodell nicht mehr korrigiert werden. Insbesondere die Varianz innerhalb der Krankheiten ist zu groß und damit ein Beleg für die fehlende Enge der Abgrenzung, die der explizite Wille des Gesetzgebers ist.	BKK-DV
Regressionsansatz	Die mathematischen Voraussetzungen für das Verfahren einer linearen Regression sind durch die Verteilung der Leistungsausgaben regelhaft nicht gegeben.	BKK-DV
Anzahl ausgewählter Krankheiten	Es wird konstatiert, dass das BVA regelmäßig die Höchstzahl der Krankheiten auswählt statt den vom Gesetzgeber vorgegebenen Spielraum von 50-80 Krankheiten zu nutzen.	BKK-DV

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Betrifft	Beschreibung	vorgetragene von
2. Datengrundlagen / Berechnungsverfahren / Auswahlalgorithmus / Aufgreifkriterien		
2.1 Anpassung an den ICD-10-GM 2015		
Anpassung an den ICD-10-GM 2015	Den Anpassungen an den ICD-10-GM 2015 wird zugestimmt. Die Änderungen werden als fachlich sinnvoll und angemessen bezeichnet.	GKV-SV AOK-BV Barmer GEK BPtK TK et al.
	Angesichts der jährlichen Änderungen im ICD-10-GM wäre eine nach Berichtsjahren getrennte Veröffentlichung der Zuordnungstabellen hilfreich.	GKV-SV TK et al. Barmer GEK
2.2 Prävalenzgewichtung		
Allgemeines	Generell wird die Diskussion um die Anpassung der Prävalenzgewichtung und weiterer Auswahlkriterien begrüßt.	GKV-SV Barmer GEK IKK e.V. BKK-DV
Datengrundlage	Es wird kritisiert, dass die Auswertungen zur Prävalenzgewichtung auf einer alten Datengrundlage (2011/2012) basieren.	GKV-SV Barmer GEK IKK e.V.
Methodik	Es wird darauf hingewiesen, dass die Auswertungen zur Prävalenzgewichtung weitere Änderungen des Berechnungsverfahrens noch nicht berücksichtigt hätten. Aufgrund der geänderten Berechnungsgrundlage könne nicht zwangsläufig von der Übertragbarkeit der Ergebnisse ausgegangen werden. Es wird angeregt, diese in einer neuen Berechnung mit zu berücksichtigen.	GKV-SV IKK e.V.
	Der IKK e.V. kritisiert die verwendete Methodik (Anpassung auf Pro-Tag-Werte, Verschiebungen in der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016). Aus diesem Grund wird die dargelegte Bewertung der methodischen Optionen der Krankheitsauswahl abgelehnt. Eine Beurteilung der Krankheitsauswahl anhand des Kriteriums der Zielgenauigkeit sei vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt und nicht sinnvoll. Es gelte auch, darauf zu achten, dass die Krankheitsauswahl Versorgungsneutralität wahrt (Präventionsanreize).	IKK e.V.
	Bei der Prävalenzgewichtung handelt es sich um eine normative Fragestellung, die nicht ausschließlich auf Basis statistischer Kennzahlen bewertet werden kann.	TK et al.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Betrifft	Beschreibung	vorgetragene von
	Die R-Quadrat-Werte aller Modelle von nur 15% haben insgesamt nur eine sehr geringe Erklärungskraft bzgl. der Ausgabenvarianz und liegen zu nahe beieinander, um valide Schlüsse auf echte Unterschiede ziehen zu können. Es wird bezweifelt, ob die gewählten Kriterien geeignet sind, über die Prävalenzgewichtung zu entscheiden, geg. dass z.T. über 30% der Krankheiten ausgetauscht werden. Auch die Prognosegüte verbessert sich selbst durch das nachgelagerte Klassifikationsmodell nicht grundlegend. Es wird vorgeschlagen Alternativen in das Modell einzubeziehen, die über eine reine alternative mathematische Gewichtung der Prävalenz hinausgehen, z.B. ein Vergleich auf Kassenebene wie bei den Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 SGB V, und somit jene Krankheiten auswählen, die die tatsächlichen Risikostrukturunterschiede zwischen den Krankenkassen am besten abbilden. Ohne eine solche Untersuchung kann die Frage der Prävalenzgewichtung nicht abschließend geklärt werden.	BKK-DV
	Ohne weitere Würdigung der Ergebnisse wird darauf hingewiesen, dass die Hinzunahme undifferenzierter Krankheitsentitäten als Risikoschätzer zu den schon bestehenden, im Klassifikationsmodell ausdifferenzierten Zuschlagsgruppen kaum zur Steigerung der Modellgüte (R^2 , CPM, MAPE) beitragen kann.	DAK
Ergebnis: Wurzelfunktion zur Gewichtung der Prävalenz	Die Bewertung und Empfehlung des Beirats wird vom AOK-System ausdrücklich geteilt.	AOK-BV
	Die Beibehaltung der Quadratwurzel der Prävalenz als Funktion zur Gewichtung der Kostenintensität der Krankheiten wird zugestimmt.	BPtK
2.3 Diagnosequalifikation		
Übergangsregelung für Diagnosen nach §§ 116 ff. SGB V	Der Wegfall der Sonderregelung für Daten, die über den Abrechnungsweg 2 gemeldet wurden, wird als sinnvoll bzw. sachgerecht erachtet.	GKV-SV AOK-BV IKK e.V. BKK-DV
2.4 Aktualisierung der Datenbasis		
	Die dargestellten Änderungen, die sich auf Grundlage der neuen Datengrundlage ergeben, können vom GKV-SV nachvollzogen werden.	GKV-SV
	Es wird darauf hingewiesen, dass diese Information der Transparenz dient.	BKK-DV
2.5 Kostenintensität		
Umstellung auf Pro-Tag-Werte	Die Änderungen können rechnerisch nachvollzogen werden	GKV-SV
	Aus Sicht des IKK e.V. rechtfertigt methodische Kongruenz nicht die Anpassung des Berechnungsverfahrens (Umstellung auf Pro-Tag-Werte), da die Ermittlung der Leistungsausgaben im Falle der Krankheitsauswahl und im Klassifikationsmodell unterschiedliche Zielsetzungen verfolgt. Daher plädiert der IKK e.V. dafür, die Umstellung nicht umzusetzen.	IKK e.V.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Betrifft	Beschreibung	vorgetragene von
	Die Umstellung beim Kriterium "kostenintensiv" auf eine Berechnung der Leistungsausgaben je Versichertentag ist folgerichtig und damit eine Vereinheitlichung zwischen Klassifikationsverfahren und Krankheitsauswahl.	Barmer GEK BpTK
	Die Umstellung der Berechnung der Folgekosten von Krankheiten auf (annualisierte) Pro-Tag-Werte sowie der Ansatz von Versichertentagen (anstatt von Köpfen) bei der zugehörigen Prävalenzgewichtung wird begrüßt.	AOK-BV
Kongruenz zwischen Krankheitsauswahl und Klassifikationssystem	Das Anliegen wird als nachvollziehbar beurteilt.	BKK-DV
Einbezogene Leistungsbereiche	Die Ausgaben für Krankengeld sollten bei der Krankheitsauswahl berücksichtigt werden.	BKK-DV
Risikomerkmale und Ergebnisse	Die Ausgaben für Erwerbsminderungsrentner sollten den Krankheiten zufließen und daher nicht in EMG abgebildet werden. Es wäre wünschenswert, wenn die Ergebnisse auch für die weiteren verwendeten Risikomerkmale (AGG, EMG) veröffentlicht würden. Eine Klarstellung, warum auf Pro-Tag-Werte umgestellt wurde, aber die Berechnungsergebnisse "Pro-Jahr-Werte" erhalten, wäre wünschenswert.	BKK-DV
2.6 Schwellenwert		
Allgemeines	Das Schwellenwertkriterium kann Erkrankungen mit geringen durchschnittlichen Kosten nicht herausfiltern, was an der fehlenden Filterung von Leistungsausgaben für Komorbiditäten des einzelnen Versicherten und die somit unzureichende Ermittlung krankheitsspezifischer Leistungsausgaben liegt.	IKK e.V.
	Die fehlende Altersadjustierung bei der Schwellenwertprüfung sollte behoben werden, da es sonst zu einer Diskriminierung von Versicherten im jüngeren Lebensalter kommt.	BpTK
	Die DAK hält an ihrer in der Vergangenheit bereits geäußerten prinzipiellen Kritik an Sinn und Zweck des Schwellenwertkriteriums fest.	DAK
	Die Methode zur Berechnung des Schwellenwertkriteriums wurde nicht angepasst und untersucht, obwohl es hier unterschiedliche methodische Ansätze gibt (statt Gesamtkosten Verwendung von durch Regression ermittelte Kosten auf Krankheitsebene).	TK et al.
Verzicht auf Annualisierung	Die in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf dargelegte Argumentation zum Verzicht auf die Annualisierung kann vom GKV-SV nicht nachvollzogen werden.	GKV-SV
	Mit Blick auf "Sinn und Zweck der Vorschrift" sowie hinsichtlich der sich daraus ergebenden Komplexitätsreduktion wird gefordert, den Schwellenwert - analog zur Berechnung der prospektiven Ausgaben - auf Grundlage von Pro-Tag-Werten zu berechnen.	AOK-BV

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Betrifft	Beschreibung	vorgetragene von
	Es wird hinterfragt, ob eine vom sonstigen Vorgehen abweichende Ermittlung der mittleren Ausgaben beim Schwellenwertkriterium sinnvoll ist. Die DAK plädiert für die Annualisierung der Ausgaben bei der Berechnung des Schwellenwertes bzw. der mittleren Ausgaben der Versicherten mit einer Krankheit.	DAK
	Der Verzicht auf die Annualisierung der Leistungsausgaben beim Schwellenwertkriterium aufgrund des Wortlauts der RSAV ist nicht ausreichend dargestellt. Eine einheitliche Berücksichtigung der Leistungsausgaben bei den verschiedenen Berechnungsschritten innerhalb der Krankheitsauswahl wäre zu begrüßen (z.B. Jahreswerte auf Grundlage von Pro-Tag-Werten).	Barmer GEK
Altersadjustierung	Die Auswirkungen der fehlenden Altersadjustierung werden kritisiert. Die Umsetzung der fehlenden Annualisierung würden diese Wirkung verstärken. Es wird angeregt, ein Schwellenwertkriterium zu finden, welches den gesetzlichen Vorgaben entspricht und das jüngere Versicherte nicht benachteiligt.	BKK-DV
2.7 Berücksichtigung von Nebendiagnosen		
	Die Gleichstellung von Nebendiagnosen und ambulanten Diagnosen im Rahmen der Krankheitsauswahl erscheint sinnvoll.	IKK e.V. BKK-DV Barmer GEK BPtK
	Die Analogie bei der Berücksichtigung von Nebendiagnosen als Aufgreifkriterien für Krankheiten entsprechend des Klassifikationsmodells ist nicht zwingend erforderlich.	TK et al.
	Eine Zusammenlegung von Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodelladaptation wird als Konsequenz aus der stärkeren Anpassung der Aufgreifkriterien befürwortet, da bei der Krankheitsauswahl beispielsweise Arzneimittel nicht berücksichtigt werden könnten.	BKK-DV
2.7 Analogie Berechnungsverfahren Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell		
	Die Analogie beim Verfahren der Krankheitsauswahl und der Berechnung der Gewichtungsfaktoren im Klassifikationsmodell ist nicht zwingend erforderlich.	TK et al.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

3. Krankheitsabgrenzung		
3.1 Allgemeines / Methodik der Abgrenzung / Abgrenzungskriterien		
	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 ICD-Code vorgesehen ist. 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.	DAK
	Rückblickend ist festzustellen, dass der Wissenschaftliche Beirat bei der Bewertung von Änderungsvorschlägen zur Krankheitsabgrenzung im Zeitverlauf unterschiedliche Kriterien heranzieht und diese nicht einheitlich anwendet. So wurde die Abgrenzung von Krankheiten zunächst anhand ihrer Organzugehörigkeit vorgenommen, ab den Festlegungen der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 erfolgte dagegen die Krankheitsabgrenzung hauptsächlich unter ätiologisch/ pathogenetischen Gesichtspunkten. Im vorliegenden Entwurf werden Änderungen wiederum häufig nosologisch begründet. Auch findet sich wiederholt der Hinweis auf eine gleichartige therapeutische Behandlung mit ähnlichen erwarteten Folgekosten als Begründung. Die Einführung dieser weiteren Kriterien wird nicht näher begründet. Zudem ist nicht nachvollziehbar, wann welches Kriterium zur Begründung herangezogen wird. Zum Teil findet sich nur der Hinweis, dass der Vorschlag „sachgerecht“ sei, ohne diese Aussage näher zu begründen.	GKV-SV, AOK-BV
3.2 Konkrete Anmerkungen zur Krankheitsabgrenzung		
Krankheit 001 "Intestinale Infektionen"		
A09.9, A09	Eigener Vorschlag des IKK e.V.: Die unspezifische ICD A09.9 ist zu kodieren bei einer Gastroenteritis ohne bekannte oder vermutete Ursache, wenn eine infektiöse, septische oder eine sonstige erregerbedingte Ursache ausgeschlossen werden kann. Daher sollte A09.9 in Krankheit 229 „Andere und nicht näher bezeichnete Störungen des Verdauungssystems“ verschoben werden. Außerdem ist nach den DIMDI-Kodiervorgaben so spezifisch wie möglich zu verschlüsseln. Für den ICD-Dreisteller A09 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ ist eine spezifischere, vierstellige Kodierung möglich. Daher sollten er konsequenterweise in die Ausschlusskategorie 503 „AUSSCHLUSS: Nicht zur Verschlüsselung zugelassen“ verschoben werden.	IKK e.V.
Krankheit 005 "Sepsis/ SIRS"		
R65	Der ICD-Code R65 „Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]“ ist zu unspezifisch und sollte in die Ausschlusskategorie 503 „AUSSCHLUSS: Nicht zur Verschlüsselung zugelassen“ verschoben werden	IKK e.V.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Krankheiten 013 „Virale Hepatitis A und unspezifizierte Hepatitis ohne Leberkoma“, 221 „Akute schwere Lebererkrankung“ und 222 „Chronische Hepatitis“		
Abgrenzung der Krankheiten	Eigener Vorschlag des AOK-BV: Bislang erfolgt in Krankheit 221 weder eine spezifische Abbildung von ausschließlich akuten und schweren Lebererkrankungen, noch eine vollständige Abbildung aller akuten und schweren Lebererkrankungen. Ebenso erfolgt in Krankheit 222 weder eine spezifische Abbildung der viral bedingten chronischen Hepatitis-Erkrankungen noch eine vollständige Abbildung aller chronischen Hepatitis-Erkrankungen. Die einzige inhaltliche Klammer der in Krankheit 013 abgebildeten Diagnosen besteht darin, dass es sich um Virushepatitis-Erkrankungen handelt. Eine klare Klammer bezüglich der Schwere oder Chronizität des Verlaufs lässt sich nicht erkennen. Zum Abbau der dargestellten Inkonsistenzen ist es sachgerecht, 1.) die K73.x-Diagnosen in Krankheit 223 zu verschieben und 2.) alle Hepatitis-Erkrankungen viraler Genese (B15.x, B16.x, B17.x, B18.x, B19.x) in einer neuen Krankheit „Virushepatitis“ zusammenzufassen.	AOK-BV
Krankheit 022 "Spätfolgen von Infektionen exkl. ZNS" und 269 "Entzündungen/Nekrose von Knochen"		
M01.8-	Die Verschiebung diverser Arthritis-Diagnose-Kodes von Krankheit 269 in Krankheit 022 nur für M03- bzw. M03.2-Kodes ist sachgerecht, da es sich bei diesen Erkrankungen tatsächlich um postinfektiöse und reaktive Arthritiden und damit um Spätfolgen von Infektionen handelt. Die Verschiebung der M01.8-Kodes (Arthritis bei sonstigen infektiösen und parasitären Krankheiten) ist dagegen nicht sachgerecht. Bei den M01.8-Kodes handelt es sich – wie bei allen M01-Kodes - explizit um direkte Gelenkinfektionen und nicht um indirekte (reaktive oder postinfektiöse) Arthritiden.	AOK-BV
Krankheit 035 "Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation"		
C80	Eigener Vorschlag des IKK e.V.: Da in der Kategorie C80 „Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation“ eine spezifischere Kodierung möglich ist, sollte der ICD-Dreisteller C80 in die Ausschlusskategorie 503 verschoben werden.	IKK e.V.
Krankheit 044 "Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen", Krankheit 045 "Megaloblastische Anämie und andere Mangelanämien (perniziöse Anämie / Folsäuremangel)", Krankheit 048 "Erworbene Anämien"		
Neuordnung	Die Diagnose D63.0 „Anämie bei Neubildungen“ aus der Krankheit 035 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)“ herauszunehmen, entspricht dem Vorschlag der DAK 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 (weitere Vorschläge siehe Stellungnahme des DAK, Seite 6-7).	DAK
Krankheit 053 "Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes"		
D75.1	Im Rahmen der Bearbeitung dieser Krankheit schlägt die DAK vor, auch den ICD-Kode D75.1 „Sekundäre Polyglobulie [Polyzythämie]“ in die Krankheit 044 „Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen“ zu verschieben. Alternativ sollten beide in der Krankheit 053 verbleiben.	DAK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Krankheit 074 "Demenz (einschließlich Alzheimer Demenz und vaskulärer Erkrankung)"		
Neuordnung	Der IKK e.V. empfiehlt den ICD-Kode F05.1 "Delir bei Demenz" (aus der neuen Auswahlkrankheit 074 "Demenz" der Krankheit 075 "Delir und Enzephalopathie" (keine Auswahlkrankheit) zuzuordnen aufgrund häufig unklarer Ätiologie und/oder häufig auftretender gemischter Formen. Des weiteren sollen die ICD-Kodes F04 "Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt" sowie 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" aus der Krankheit 074 herausgelöst und in die Krankheit 076 "Nicht-psychotische organische Störung" eingeordnet werden. Der IKK e.V. schlägt vor, für F00.1 "Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)" und G30.1 "Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn" erst ab dem Mindestalter >65 Jahre zuzulassen (Aufgreifkriterium Alter ändern).	IKK e.V.
G31.0, G31.1	Die DAK begrüßt, dass G31.2 "Degeneration des Nervensystems durch Alkohol" aus Krankheit 74 "Demenz" in Krankheit 102 "Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems" verschoben wurde. Jedoch sollen dann auch G 31.1 "Senile Degeneration des Gehirns, anderenorts nicht klassifiziert" und G31.0 (u.a. frontotemporale "Demenz" mit Persönlichkeitsveränderungen) verschoben werden.	DAK
Krankheit 082 "Angst- und Zwangsspektrumsstörungen" und 083 "Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen"		
Zusammenlegung	Eigener Vorschlag der Barmer GEK: Die Diagnose F43.1: "Posttraumatische Belastungsstörung" ist Bestandteil der Krankheit 082, während die Diagnosen F43.0: "Akute Belastungsreaktion", F43.2: "Anpassungsstörungen", F43.8: "Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung" und F43.9: "Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet" Teil der Krankheit 083 sind. Grund für diese Trennung war der unterschiedliche zeitliche Bezug. Während es sich bei den Erkrankungen der Krankheit 082 um Störungen handelt, die über einen längeren Zeitraum behandelt werden müssen, sollten sich in der Krankheit 083 eher akute und kurzfristige Beeinträchtigungen finden. Dem Anhang 3 ist nun aber zu entnehmen, dass auch die Krankheit 083 in immerhin 42% aller Fälle das Kriterium „chronisch“ erfüllt. Es ist zu vermuten, dass die vorgenommene Trennung nur Kodiervarianten widerspiegelt und nicht den zeitlichen Bezug abbildet. Daher sollten die Krankheiten 082 und 083 zusammengelegt werden.	Barmer GEK
Krankheit 089 "Mäßiger Entwicklungsrückstand/ Lernbehinderung"		
Q90	Der unspezifische ICD-Dreisteller Q90 „Down-Syndrom“ sollte in die Ausschlusskategorie 503 verschoben werden, da diese Kategorie laut DIMDI spezifischer zu kodieren ist.	IKK e.V.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Krankheit 091 "Entwicklungsstörungen"		
F98.5, F98.6	Eigener Vorschlag des IKK e.V.: Bei den Diagnosen F80.- handelt es sich um sog. Sprachentwicklungsstörungen bzw. Störungen des Spracherwerbs mit überwiegend unklarer Genese. Eine Sprachentwicklungsstörung tritt zu Beginn oder während der Entwicklung eines Kindes auf und kann die Kommunikation, das Sprachverständnis, den Wortschatz und die Laut-, Wort- und Satzbildung betreffen. Die Störungen zeigen sich sowohl beim Verstehen und Sprechen, aber auch in kommunikativen Situationen. Pathogenetisch gehören Stottern (F98.5) und Poltern (F98.6) ebenfalls dazu. Daher empfehlen wir die Integration dieser Diagnosen in die Krankheit 93 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“.	IKK e.V.
Krankheit 099 "Systematrophien, die vorwiegend das ZNS betreffen"		
	Die vom BVA vorgeschlagenen Änderungen sind sinnvoll.	IKK e.V.
G32.0*	Die DAK lehnt die Neuordnung des ICD-Kodes G32.0* zur Krankheit 099 "Systematrophien" ab. Sie schlägt vor die beiden ICD-Kodes G32.0* und G32.8* in Krankheit 102 zu belassen. Die funikuläre Myelose ist nur eine Beispielsdiagnose für G32.0*.	DAK
Krankheit 100 "Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen" / Krankheit 101 "Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen"		
Neuordnung	Die Herausnahme der ICD-Kodes G21.1 bis G21.9 "Arzneimittelinduzierte und sonstige exogene oder durch andere Erkrankungen verursachte Parkinson-Syndrome" aus Krankheit 100 ist zutreffend. Statt diese jedoch wie vom BVA vorgeschlagen der Krankheit 101 "sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen" zuzuordnen, schlägt der AOK-BV vor, diese in Krankheit 357 "Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung" zuzuordnen, da es sich um Komplikationen medizinischer Behandlungen handelt. Alle durch Arzneimittel ausgelösten Tics, Dystonien und Parkinsonsyndrome sollten daher in die Krankheit 357 aufgenommen werden.	AOK-BV
Krankheit 117 "Entzündliche/ toxische Neuropathie" und 118 "Periphere Neuropathie/ Myopathie"		
Neuordnung	Der AOK-BV lehnt die teilweise Zusammenlegung ab, da sie Krankheit 117 und Krankheit 118 insgesamt zusammenfassen möchten (verweisen auf Stellungnahme vom 20.1.2014).	AOK-BV
Krankheit 123 "Hydrozephalus und andere schwere Hirnschädigung" / Krankheit 124 "Andere, nicht näher bezeichnete Krankheitszustände des ZNS"		
G93.6	Die Verschiebung von G93.6 "Hirnödem" von Krankheit 123 (Auswahlkrankheit) zu Krankheit 124 (keine Auswahlkrankheit) ist nicht sachgerecht. Das Hirnödem ist ein spezifisches Krankheitsbild, das einer sofortigen Behandlung bedarf und sich wesentlich von den in Krankheit 124 abgebildeten, nicht akuten Krankheiten (G93.8 "Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Gehirns" und G93.2 "Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri]") unterscheidet.	AOK-BV

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Krankheit 136 "Sonstige Affektionen der Netzhaut" (und Krankheit 058 "Diabetes mellitus")		
H36.0	Die Zuordnung der diabetischen Retinopathie (H36.0) wird begrüßt! Die vereinheitlichte Abbildung der Diabetes-Stern-Diagnosen ist dringend erforderlich.	Barmer GEK
H36.0	Die Zuordnung des ICD-Kodes H36.0 "Diabetische Retinopathie" zur Krankheit 136 ist nachvollziehbar, wenn man der Organsystem-orientierten Begründung für die Neuordnung folgt (statt wie bisher der Ätiologie). Jedoch sei die Abgrenzung der neu gebildeten Krankheit 136 "Retinopathien und sonstige Affektionen der Netzhaut" nicht sachgerecht. Der ICD-Kode H35.3 "Degeneration der Makula und des hinteren Poles") und H35.8 "Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut" (die wohl oft ein diabetisches feuchtes Makulaödem ist) sollten daher auch beide der Krankheit 136 zugeordnet werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass seit 2014 auch IVOM (intravitreale operative Medikamentengabe mit VEGF-Inhibitoren) Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs ist.	AOK-BV
Krankheit 150 "Rheumatisches Fieber", 151 "Herzklappen", Krankheit 155 "Perikarditis und andere Erkrankungen des Perikards", Krankheit 156 "Akute Endokarditis/ Myokarditis"		
Neuordnung	Bezüglich Herzklappen hat der IKK e.V. eine gegenteilige Auffassung zur DAK: der IKK e.V. kritisiert, dass das BVA ablehnt, die rheumatisch bedingten Herzklappenerkrankungen entsprechend ihrer Ätiologie der Krankheit 150 "Rheumatisches Fieber" zuzuordnen statt den Klappenerkrankungen. Das BVA hat die Klappenerkrankungen unabhängig von ihrer Ätiologie mit Verweis auf ähnliche Therapien, Intervention und Folgekosten zusammengefasst. Grundprinzip der Krankheitsabgrenzung stelle die Ätiologie dar. Folgekosten und gleiche therapeutische Maßnahmen seien erst im Klassifikationsmodell gängige Abgrenzungskriterien.	IKK e.V.
Neuordnung	Zunächst erfolgt die Klarstellung, dass die DAK das Belassen aller rheumatischen und nichtrheumatischen Klappenerkrankungen in Krankheit 151 gut findet und das dies ihrem Vorschlag vom 17.1.2014 entspricht. Die DAK kritisiert, dass rheumatische und nichtrheumatische Endokarditis/ Myokarditis und Perikarditis nicht zusammengefasst wurden. Das BVA hatte ursprünglich mit Inklusiva/ Exklusiva des ICD-10 argumentiert, welches die DAK ablehnt. Des weiteren schlägt die DAK vor den Code I39.8 „Endokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Herzklappe nicht näher bezeichnet“ und den Code I38 „Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet“ aus der KH 151 (Herzklappen) in die KH 156 (Endokarditis/ Myokarditis) zu überführen.	DAK
Neuordnung	Die Barmer GEK lehnt ab, den ICD-Kode I51.4 "Myokarditis, nicht näher bezeichnet" in Krankheit 156 "Akute Myokarditis" zu verschieben, da die nicht näher bezeichnete Myokarditis nicht zwingend "akut" sei.	Barmer GEK
I01.0, I09.2	Die DAK plädiert dafür, die ICD-Kodes I01.0 "Akute rheumatische Perikarditis" und I09.2 "Chronische rheumatische Perikarditis" aus der Krankheit 150 "Rheumatisches Fieber/ rheumatische Herzerkrankung" herausnehmen und in die Krankheit 155 "Perikarditis und andere Erkrankungen des Perikards" aufnehmen.	DAK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Krankheit 156 "Akute Endokarditis/ Myokarditis"		
I51.4	Die Zuordnung des ICD-Kodes I51.4 "Myokarditis, nicht näher bezeichnet" zur Krankheit 156 "Akute Endokarditis/ Myokarditis" wird abgelehnt, solange keine nachvollziehbare Begründung vorliegt. Eine "nicht näher bezeichnete Erkrankung" sei nicht notwendigerweise akut.	Barmer GEK
I39.8	Die DAK kritisiert, dass nicht auch ICD-Kode I39.8 „Endokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Herzklappe nicht näher bezeichnet" hier statt bei Krankheit 151 "Erkrankungen der Herzklappen" eingeordnet wurde.	DAK
Krankheit 174 "Andere Erkrankungen des Gefäßsystems/ Postthrombotisches Syndrom (chronisch venöse Insuffizienz)"		
M47.0	Der AOK-BV lehnt ab, den ICD-Kode M47.0 "Arteria-spinalis ant.-Syndrom" von Krankheit 261 "Osteoarthritis der Wirbelsäule" in die Krankheit 174 "Andere Erkrankungen des Gefäßsystems/ Postthrombotisches Syndrom (chronisch venöse Insuffizienz)" zu verschieben, ist nachvollziehbar. Jedoch wäre es besser, statt in Krankheit 261 "Spondylose und assoziierte Erkrankungen" zu lassen, M47.0 in die Krankheit 121 "ausgeprägte schwere Lähmungen/ Verletzungen des Rückenmarks/ angeborene Fehlbildungen des Nervensystems" einzuordnen, da es sich um eine akute Erkrankung handelt, die mit spinalem Schock einhergeht mit einer Querschnittslähmung unterhalb der Läsion, die sowohl primäre Gefäßerkrankung oder sekundär durch Tumor/Abszess entstehen kann.	AOK-BV
Krankheit 188 "Mukoviszidose"		
P75	Die Diagnose P75 „Mekoniumileus bei zystischer Fibrose“ wurde neu in die Krankheit 188 aufgenommen. Im Anhang 4 ist die Diagnose zweimal vorhanden, einmal für männliche und weibliche Neugeborene und einmal für Frauen zwischen 8 und 59. Beim zweiten Eintrag handelt es sich vermutlich um einen Fehler. Wir schlagen daher die Streichung vor.	Barmer GEK
P75	Laut Krankheitsabgrenzung (Anhang 4) ist der ICD-Kode P75 „Mekoniumileus bei zystischer Fibrose“ zweimal, mit unterschiedlichen Alters- und Geschlechtskriterien, der Krankheit Mukoviszidose zugeordnet. Einerseits liegt die Altersbeschränkung für Jungen und Mädchen bei einem Jahr, während die Diagnose andererseits nur für Frauen im Alter zwischen 8 und 59 Jahren zugelassen ist. Im Falle der Kodierung beim Neugeborenen empfehlen wir die Zuordnung zur Krankheit 311 „Sonstige Erkrankungen des Verdauungssystems in der Perinatalperiode“ bei einer Altersbeschränkung von 1 Jahr. Eine Kodierung bei der Mutter sollte der Krankheit 502 „AUSSCHLUSS: Kindliche (perinatale) Probleme bzw. Geburt bei der Mutter kodiert“ zugeordnet werden.	IKK e.V.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Krankheit 192 "Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen" und Krankheit 181 "Pneumonie und andere infektiöse Lungenkrankheiten"		
J69.-	Das BVA begründet die Verschiebung der ICD-Kodes J69.x „Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen“ aus Krankheit 181 in Krankheit 192 damit, dass es sich bei diesen Erkrankungen zwar um eine Lungenentzündung handelt, diese jedoch ohne infektiösen Ursprung sei. Das ist nicht zutreffend. Bei der Pathogenese der Aspirationspneumonien spielen insbesondere bakterielle Erreger eine wesentliche Rolle. Bei Pneumonien (einschließlich Aspirationspneumonien) handelt es sich zudem um Erkrankungen, die mit entzündlich bedingten, akuten Beeinträchtigungen der Atmung einhergehen, die aber nach erfolgreicher Therapie meist ohne bleibende Schäden ausheilen. Damit unterscheiden sich die Pneumonien (einschließlich der Aspirationspneumonien) wesentlich von den anderen, in Krankheit 192 abgebildeten Lungenerkrankungen, bei denen es sich überwiegend um chronische Veränderungen des Lungengewebes und der Lungenfunktion handelt.	AOK-BV
Krankheit 194 "Akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz"		
J80	Der unspezifische ICD-Kapiteldreisteller J80 „Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]“ sollte in die Ausschlusskategorie 503 „AUSSCHLUSS: Nicht zur Verschlüsselung zugelassen“ verschoben werden.	IKK e.V.
Krankheit 218 "Peritonitis, exkl. Appendizitis und Entzündungen des weiblichen Beckens"		
Neuordnung	Eigener Vorschlag der Barmer GEK: Die Darstellung der Peritonitis als Krankheitsentität erscheint unter ätiologischen Gesichtspunkten nicht folgerichtig, da es sich bei der Peritonitis nur selten um eine eigenständige Krankheit handelt, sondern um eine schwere Komplikation einer Reihe von Grundkrankheiten. Dies hatte das BVA in der Festlegung zur Krankheitsauswahl 2013 ursprünglich anerkannt und aus diesem Grund die Eingruppierung anderer bakteriell bedingter Peritonitiden (K67.0 bis K67.3) abgelehnt, sie ein Jahr später allerdings vorgenommen. Aus Sicht der BARMER GEK sollte daher auch noch einmal die Schnittstelle zu den ICD-Kodes K35.- bis K35.3- („Appendizitis mit (Elementen von) Peritonitis“) überprüft werden und entweder auch diese der Peritonitis oder die ICD-Kodes K67.0 bis K67.3 analog des ICD-Kodes K67.8 der Grundkrankheit 2 „Bakterielle Zoonosen und andere schwerwiegende bakterielle Infektionen“ zugeordnet werden.	Barmer GEK
246 "Andere Erkrankungen der Haut" und Krankheit 231 "Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen"		
Neuordnung	Die vorgeschlagene Ausgliederung von ICD-Kodes aus der Krankheit 231 und Neuordnung zur Krankheit 246 wird vom AOK-System abgelehnt. Bei den genannten ICD-Kodes handelt es sich zweifelsohne um bakterielle Hautinfektionen, weshalb aus pathogenetischer Sicht ein Verbleib in der Krankheit 231 gerechtfertigt ist. Der Argumentation, es handele sich nicht um schwerwiegende Diagnosen, kann nicht gefolgt werden. Empirische Analysen auf AOK-Daten zeigen, dass sich die Folgekosten der Versicherten mit den zur Ausgliederung vorgeschlagenen Diagnosen sich nicht wesentlich von den Versicherten unterscheiden, für die die übrigen der Krankheit 231 zugeordneten Diagnosen bakterieller Hautinfektionen dokumentiert sind. Die Krankheit 231 sollte in „Bakterielle Hautinfektionen“ umbenannt werden.	AOK-BV

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Krankheit 248 "Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen"		
M79.0-	"Die Aufnahme des nicht näher bezeichneten Rheumatismus (M79.0-) in die Krankheit 248: ""Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen"" wird begrüßt."	Barmer GEK
Neuordnung	Die Verschiebung der ICD-Kodes M46.0x, M46.8x, M46.9x, M49.3x, M49.4x und M49.8x (derzeit Krankheit 248), die Spondylopathien und Enthesopathien beschreiben, ist richtig, da sie in Krankheit 261 sachgerechter abgebildet sind. Die Zuordnung des ICD-Kodes M45.0x (Spondylitis ankylosans inkl. chronische Polyarthritis der Wirbelsäule) zu Krankheit 261 "Spondylose und assoziierte Erkrankungen (Osteoarthrose der Wirbelsäule)" ist jedoch nicht sachgerecht. Denn bei der Spondylitis ankylosans handelt es sich um eine chronisch verlaufende entzündlich-rheumatische Erkrankung.	AOK-BV
M09	Eigener Vorschlag des IKK e.V.: Die Stern-Nebendiagnose der Dreisteller M09* „Juvenile Arthritis bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ (bisher Krankheit 211 „Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn / Colitis ulcerosa“ bzw. Krankheit 235 „Psoriasis und Parapsoriasis (inkl. Gelenkbeteiligung)“) sollten einheitlich entsprechend ihrer Eigenschaft als Folgeerkrankung analog zum Vorgehen des BVA bei Krankheit 136 „Sonstige Affektionen der Netzhaut“ der Krankheit 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen der Krankheit“ zugeordnet werden.	IKK e.V.
Krankheit 250 "Osteoarthrose der großen Gelenke"		
M15-M19	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 (Begründung siehe Stellungnahme des DAK, Seite 5-6).	DAK
Krankheit 254 "Binnenschädigung des Knies, Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks und von Bändern des Kniegelenkes"		
M22	Aus Sicht des IKK e.V. sollte der unspezifische ICD-Dreisteller M22 „Krankheiten der Patella“ in die Ausschlusskategorie 503 verschoben werden.	IKK e.V.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Krankheit 267 "Osteoporose", 270 "Andere Erkrankungen des Knochens" und 363 "Pathologische Frakturen"		
Neuordnung	<p>Die vorgeschlagene Verschiebung der M90.7-Diagnosen (Knochenfrakturen bei Neubildungen) in die neu gebildete Krankheit 363 „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“ ist nicht sachgerecht. Denn Knochenfrakturen bei Neubildungen sind mehrheitlich die Folge von Knochenmetastasen und zum geringeren Teil die Folge primärer bösartiger Neubildungen des Knochens. Knochenfrakturen bei Neubildungen sind damit entweder die Folge sekundärer bösartiger Neubildungen oder eine Komplikation primärer Neubildungen. Es wird daher vorgeschlagen, die Knochenfrakturen bei Neubildungen (M90.7) der Krankheit 035 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation, inkl. Komplikationen“ zuzuordnen.</p> <p>Weiter wird vorgeschlagen, die „Andernorts nicht klassifizierten pathologischen Frakturen“ (M84.4) aus Krankheit 267 „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ in die neu gebildete Krankheit 363 „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“ zu verschieben. Diese Verschiebung ist aus Sicht der AOK nicht sachgerecht. Wir schlagen stattdessen vor, die „andernorts nicht klassifizierten pathologischen Frakturen“ (M84.4) in der Krankheit 267 zu belassen und die neue Krankheit 363 aufzulösen (Begründung siehe Stellungnahme des AOK-BV, Seite 11-12).</p>	AOK-BV
Neuordnung	<p>"Die Verschiebung der pathologischen Frakturen bei Neubildungen (M90.7-*) und anderenorts nicht klassifizierter pathologischer Frakturen (M84.4-) in eine neue Krankheit überrascht. Es wird für sachgerecht gehalten, alle pathologischen Frakturen</p> <p>- 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."</p>	DAK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Krankheit 317 "Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems" / Krankheit 318 "Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)"		
	Die Krankheit 318 "Angeborene Fehlbildung der Lunge und des Magendarmtraktes bei Kindern (bis max. 5 Jahren)" ist Bestandteil der Krankheitsauswahl, die Krankheit 317 "Angeborene Anomalie der Lunge/des respiratorischen Systems" hingegen nicht. Bei näherer Betrachtung der ICD-Zuordnung zu den jeweiligen Krankheiten ist festzustellen, dass es sich zu einem großen Teil um medizinisch verwandte ICD-Codes handelt. Es sollte die Krankheitsabgrenzung der Krankheiten 318 "Angeborene Fehlbildung der Lunge und des Magendarmtraktes bei Kindern (bis max. 5 Jahren)" und 317 "Angeborene Anomalie der Lunge/des respiratorischen Systems" überdacht bzw. eine Zusammenlegung der Krankheiten geprüft werden.	Barmer GEK
	Aus Sicht des AOK-Systems ist es weiterhin sachgerecht, die Krankheiten 317 und 318 zusammenzulegen. Das BVA und der Wissenschaftliche Beirat werden gebeten, weitere Analysen zur Krankheitsschwere im Alter > 5 Jahre durchzuführen und die Zusammenhänge in Bezug auf die Krankheitsursachen in Hinblick auf eine sachgerechte Zusammenlegung beider Krankheiten zu analysieren und zu bewerten. Statt eine Zusammenlegung wegen der Definition der Altersgrenze aus formalen Gründen abzulehnen, ist zu überlegen, wie die altersbezogene Differenzierung im Klassifikationsmodell – und nicht im Rahmen der Krankheitsauswahl – vorgenommen werden kann.	AOK-BV
Krankheit 321 "Angeborene Anomalien der Wirbelsäule, exkl. Spondylolisthesis/ Spondylolyse" und Krankheit 121 "Ausgeprägte schwere Lähmungen/ Verletzungen des Rückenmarks/ Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems"		
Q05.-	Es handelt sich bei der Spina bifida (Q05.-) um ein komplexes Fehlbildungssyndrom des ZNS, das weiterhin der Krankheit 121 zugeordnet werden muss. Die Spina bifida kann nicht als isolierte Anomalie der Wirbelsäule betrachtet werden.	AOK-BV
Q05.-	Die BARMER GEK schlägt vor, nur die ICDs Q05.5 bis Q05.9 in die Krankheit 321 zu verschieben. Die generelle Verschiebung der Spina bifida (Q05.-) in die Krankheit 321: "Angeborene Anomalien der Wirbelsäule, exkl. Spondylolisthesis / Spondylolyse" wird von der BARMER GEK als zu undifferenziert abgelehnt. Während die ICDs Q05.0 bis Q05.4 eine Spina bifida mit Hydrozephalus beschreiben, besteht bei den ICDs ab Q05.5 kein Hydrozephalus.	Barmer GEK
Krankheit 357 "Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung"		
T81.5	Eigener Vorschlag des IKK e.V.: Die Krankheit 357 enthält den ICD-Kode T81.5 „Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist“. Diese Leistung ist zwar grundsätzlich zu Lasten der GKV abrechnungsfähig, allerdings werden mit T81.5 kodierte Fälle im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung aufgegriffen und die Operations- und Behandlungskosten im Regelfall über das Forderungsmanagement dem Verursacher in Rechnung gestellt, so dass der GKV keine Ausgaben entstehen. Analog zur ICD T81.6 „Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz“ empfehlen wir die Zuordnung zur Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“.	IKK e.V.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 (15.04.2015)
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Z-Kodes Z51 "Strahlen-Therapie" / Z 51.1 "Chemotherapie" und Z51.82 "Kombinierte Strahlen-Chemotherapie"		
Z51.1, Z51.82	Eigener Vorschlag des AOK-BV: Wie in den vorangeegangenen Stellungnahmen schlägt das AOK-System weiterhin die Aufnahme der ICD-Kodes Z51.0 „Strahlentherapie-Sitzung“, Z51.1 „Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung“ und Z51.82 „Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung“ in die Krankheitsauswahl vor.	AOK-BV

3. Bewertung der Stellungnahmen zu Datenbasis und Berechnungsverfahren

Im Rahmen einer Telefonkonferenz am 12. März 2015 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 2016 zu berücksichtigenden Krankheiten durch das BVA geschieht im Einvernehmen mit dem Wissenschaftlichen Beirat.

3.1 Allgemeine Anmerkungen zur Auswahl und Anhörungsverfahren

Wie auch in den Vorjahren gingen allgemeine Anmerkungen zum Berechnungsverfahren und zur Krankheitsauswahl ein.

3.1.1 Stellungnahmen

Die durch die Darstellungen und Erläuterungen zu den Änderungen der Krankheitsauswahl hergestellte Transparenz wird durch den AOK-BV begrüßt. Es wird vorgeschlagen, auf eine jährliche Krankheitsauswahl zu verzichten und den Turnus auf einen Zwei- bis Dreijahreszeitraum auszudehnen.

Auch wenn das datengestützte Vorgehen auf Grundlage der aktuellsten Datenlage vom GKV-SV grundsätzlich begrüßt wird, wird darauf hingewiesen, dass der Eindruck bestehe, es seien nicht alle noch offenen Änderungsvorschläge aus vergangenen Anpassungszyklen abgearbeitet worden. Auch die DAK moniert, dass die bislang noch nicht bearbeiteten Vorschläge und Stellungnahmen nicht bzw. nur teilweise in der Dokumentation thematisiert würden. Das BVA solle besser wenige Themen, diese dafür umso umfassender bearbeiten und regelmäßig eine transparente, aktualisierte Liste veröffentlichen, die den Bearbeitungsstand aller offenen Vorschläge dokumentiert.

TK et al. weisen darauf hin, dass beim Verfahren der Krankheitsauswahl und der Berechnung der Gewichtungsfaktoren im Klassifikationsmodell eine Analogie nicht zwingend erforderlich sei.

3.1.2 Bewertung

Das BVA arbeitet die Vorschläge und Stellungnahmen grundsätzlich gemäß den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. Vorschläge, die als zielführend erachtet werden, werden dabei mit hoher Priorität bearbeitet. Es wird darauf hingewiesen, dass das BVA den weitaus größten Teil der noch offenen Stellungnahmen bzw. Vorschläge zur Krankheitsabgrenzung innerhalb dieses Anpassungszyklus geprüft hat. Innerhalb des bestehenden Zeitrahmens ist die vollständige Abarbeitung aller noch offenen Vorschläge

leider nicht gelungen, die Prüfung der noch offenen Vorschläge wird in den kommenden Jahren fortgesetzt.

3.2 Anpassungen an den ICD-10-GM 2015

3.2.1 Festlegungsentwurf

Die aktuelle Zuordnung von ICD-Kodes zu Krankheiten, die dem Verfahren für das laufende Ausgleichsjahr 2015 zugrunde liegt, berücksichtigt die ICD-10-GM der Jahre 2010 bis 2014. Für den Jahresausgleich 2016 werden letztendlich die Diagnosen aus dem Jahr 2015 berücksichtigt.

Die ICD-10-GM 2015 weist gegenüber der Version ICD-10-GM 2014 hinzugekommene Diagnosekodes, veränderte Bezeichnungen und weggefallene ICD als Veränderungen auf.

Die ICD-10-GM-2015 beinhaltet im Vergleich zur ICD-10-GM-2014 insgesamt 73 neue Einträge (s.a. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2015/aktualisierung/>), welche in die bestehende Krankheitszuordnung integriert werden müssen. Die beabsichtigte Einordnung des BVA orientiert sich dabei an der bisherigen Zuordnung der gemäß DIMDI-Überleitungstabelle (<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2015/metadaten-ueberleitung/>) betreffenden Vorgängerkodes. Die Änderungen sind in Tabellen 1 und 2 des Festlegungsentwurfes detailliert ausgewiesen.

3.2.2 Stellungnahmen

Die Anpassungen an den ICD-10-GM werden vom GKV-SV, dem AOK-BV, der Barmer, der BPtK und von TK et al. als fachlich sinnvoll und angemessen bezeichnet. Eine nach Berichtsjahren getrennte Veröffentlichung der Zuordnungstabellen wird als hilfreich angeregt.

3.2.3 Festlegung

Die in der Entwurfsfassung vorgeschlagenen Änderungen werden umgesetzt.

3.4 Überprüfung der Prävalenzgewichtung über die Wurzelfunktion

3.4.1 Festlegungsentwurf

Die vom BVA bereits in der ersten Festlegung zur Krankheitsauswahl vorgenommene Verwendung der Wurzelfunktion zur Prävalenzgewichtung bei der Ermittlung des Auswahlkriteriums „Kostenintensiv“ ist im Rahmen verschiedener vorangegangener Anhörungsverfahren zur Krankheitsauswahl kritisiert worden. Aus diesem Grund wurden – in Abstimmung mit dem Wissenschaftlichen Beirat – schon im vergangenen Jahr Auswertungen zum Vergleich unterschiedlicher Prävalenzgewichtungen durchgeführt, deren Ergebnisse nun im aktuellen Festlegungsentwurf vorgestellt worden sind. Auf Grundlage dieser Ergebnisse hat sich der Wissenschaftliche Beirat dafür ausgesprochen, an der Quadratwurzel der Prävalenz als Funktion zur Gewichtung der Kostenintensität der Krankheiten festzuhalten.

3.4.2 Stellungnahmen

Die Diskussion um die Anpassung der Prävalenzgewichtung und weiterer Auswahlkriterien wird von GKV-SV, Barmer und IKK e.v. im Grundsatz begrüßt. Allerdings wird kritisiert, dass die Auswertungen zur Prävalenzgewichtung auf einer alten Datengrundlage basieren und diese die weiteren Änderungen des Berechnungsverfahrens noch nicht berücksichtigt hätten. Von einer Übertragbarkeit der Ergebnisse könne aus diesem Grund nicht zwangsläufig ausgegangen werden.

Auch die Bewertung der Fragestellung auf Basis statistischer Kennzahlen (R^2 , etc.) wird kritisch hinterfragt, da dies vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt sei (IKK e.V.), bzw. eine Antwort auf die hier vorliegende normative Fragestellung durch diesen Ansatz nicht gegeben werden könne (TK et al.).

3.4.3 Bewertung und Festlegung

Schon in der Auswertung des Festlegungsentwurfs wurde darauf hingewiesen, dass der Bewertung der Frage, welche der durch die unterschiedlichen Gewichtungsfaktoren bewirkten möglichen Krankheitsauswahlen als die „beste“ oder „sinnvollste“ anzusehen ist, letztlich immer auch eine wesentliche normative Komponente innewohnt. Der Betrachtung statistischer Kennzahlen kann daher immer nur eine ergänzende Bedeutung zukommen.

Nichtdestotrotz zeigt die vorgelegte Auswertung aus Sicht von BVA und Wissenschaftlichem Beirat deutlich, dass die Wirkung unterschiedlicher Gewichtungskriterien auf die Krankheitsauswahl (auch ohne die isolierte Betrachtung statistischer Kennzahlen) tendenziell eher überschätzt wird. Insbesondere konnte die von Kassenseite geäußerte Befürchtung, dass ein Nachschärfen der Prävalenzgewichtung in Richtung der 2,5ten-Wurzel notwendig sei, durch die durchgeführten Auswertungen nicht bestätigt werden.

Wie schon in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf dargestellt, wurde mit den umfangreichen Auswertungen zur Prävalenzgewichtung schon direkt im Nachgang zur Festlegung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015 begonnen und die zu diesem

Zeitpunkt aktuellste Datengrundlage verwendet. Eine parallele Überarbeitung aller Berechnungsschritte war zeitlich nicht möglich. Die vorliegende Auswertung wurde daher so früh wie möglich durchgeführt, um so auch die weiteren Auswertungsschritte im Rahmen der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 besser planen zu können. Die Auswertungen zur Prävalenzgewichtung zeigten aus Sicht von BVA und Wissenschaftlichem Beirat sehr deutlich, dass auf Basis der vorliegenden Daten an dieser Stelle kein aktueller Überarbeitungsbedarf besteht. Daher erfolgte im Verlauf der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 eine Konzentration auf die Überarbeitung der weiteren Berechnungsschritte: Kostenintensität, Nebendiagnosen und Schwellenwert, da für diese ein akuter Bearbeitungsbedarf gesehen wurde. Diese Überarbeitungen werden im Rahmen der aktuellen Festlegung umgesetzt (siehe die jeweiligen Kapitel). Eine Aktualisierung der vorliegenden Auswertung zur Prävalenzgewichtung auf Grundlage aktualisierter Daten und der im Rahmen dieser Festlegung vorgenommen Änderungen des Berechnungsverfahrens kann gegebenenfalls in einem der zukünftigen Auswahlzyklen erfolgen.

3.5 Hinweis zum Merkmal „Diagnosequalifikation“ in der Satzart 600

3.5.1 Festlegungsentwurf

Im Rahmen der Festlegungen zum Klassifikationssystem für das Ausgleichsjahr 2015 wurde die befristete Sonderregelung bezüglich des Qualifizierungsmerkmals für ambulante vertragsärztliche Diagnosen, die im Rahmen der stationsnahen Versorgung gem. §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V dokumentiert aber nicht über DTA nach § 295 SGB V übermittelt werden (Abrechnungsweg „2“ in der Datenmeldung), überprüft und endgültig aufgehoben. Dies wird auch für die Krankheitsauswahl ab dem Ausgleichsjahr 2016 nachvollzogen, d.h. in allen nachfolgenden Auswertungen werden auch im Abrechnungsweg 2 ausschließlich gesicherte Diagnosen (Qualifizierungsmerkmal „G“) berücksichtigt.

3.5.2 Stellungnahmen

Das Vorgehen wird von GKV-SV, AOK-BV und IKK e.V. als sinnvoll bzw. sachgerecht beurteilt.

3.5.3 Festlegung

Die im Festlegungsentwurf vorgesehene Änderung wird umgesetzt.

3.6 Änderungen durch die jährliche Aktualisierung der Datenbasis

3.6.1 Festlegungsentwurf

Aus Transparenzgründen werden im Festlegungsentwurf jene Änderungen dargestellt, die sich alleine durch die Umstellung auf eine aktualisierte Datenmeldung im Berechnungsverfahren ergeben.

3.6.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV begrüßt das bei der Krankheitsauswahl generell vorgesehene datengestützte Vorgehen auf Grundlage der jeweils aktuellsten Datenlage. Die Darstellung der Auswirkung der aktualisierten Datenbasis wird vom GKV-SV nachvollzogen.

3.6.3 Bewertung

Entfällt.

3.7 Kostenintensität: Berechnung der prospektiven Kosten der Krankheiten und Auswirkung auf die Prävalenzgewichtung

3.7.1 Festlegungsentwurf

Der Festlegungsentwurf setzte eine Umstellung des Berechnungskriteriums „Kostenintensiv“ als Folge der LSG-NRW-Urteile aus Mai 2014 (Az.: L 16 KR 774/12 KL, L 16 KR 800/12 KL für 2013 bzw. L 16 KR 743/13 KL, L 16 KR 747/13 KL für 2014) um. Die Bewertung der „Kostenintensität“ soll zukünftig über eine Multiplikation der prospektiven Krankheitskosten pro Jahr mit der Quadratwurzel der Versichertenjahre der jeweils von der Krankheit betroffenen Versicherten ermittelt werden.

3.7.2 Stellungnahmen

Die Änderungen konnten vom GKV-SV rechnerisch nachvollzogen werden, werden von Barmer und BPtK als folgerichtig bezeichnet und vom AOK-BV begrüßt. TK et al. und IKK e.V. heben hervor, dass eine methodische Kongruenz zwischen Klassifikationssystem und Krankheitsauswahl nicht zwingend sei. Insbesondere der IKK e.V. weist darauf hin, dass die Ermittlung der Leistungsausgaben im Falle der Krankheitsauswahl und im Klassifikationssystem unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen.

3.7.3 Bewertung und Festlegung

Zwar verfolgt die Ermittlung der Leistungsausgaben in den Verfahren von Krankheitsauswahl und Klassifikationssystem unterschiedliche Zielsetzungen – die Krankheitsauswahl dient der Einschränkung des im Jahresausgleich verwendeten Diagnosespektrums, das

Klassifikationssystem soll unterschiedliche Risikostrukturen der Versicherten bei erwarteten zukünftigen Ausgaben abbilden; dennoch wird eine Kongruenz zwischen den Regressionsverfahren für Krankheitsauswahl und Klassifikationssystem als sinnvoll erachtet. Schließlich dient das Ergebnis der Krankheitsauswahl der Vorbereitung für das Klassifikationssystem. Somit muss bei der Ausgestaltung der Krankheitsauswahl das Ziel des Klassifikationssystems – nämlich die Ermittlung zukünftiger Kostenrisiken – mit berücksichtigt werden. Der Vorschlag des Festlegungsentwurfs wird umgesetzt.

3.8 Schwellenwertkriterium: Verzicht auf Annualisierung der Leistungsausgaben

3.8.1 Festlegungsentwurf

Im Zuge der diskutierten Anpassung bei der Ermittlung der prospektiven Leistungsausgaben wurde auch das Schwellenwertkriterium erneut thematisiert. Mit Blick auf den Wortlaut der RSAV, die sich auf die „mittleren Leistungsausgaben je Versicherten“ bezieht, empfahl der Wissenschaftliche Beirat, die Schwellenwertprüfung künftig auf Grundlage der tatsächlichen (und nicht der auf das gesamte Jahr hochgerechneten bzw. auf einen durchschnittlichen Versichertentag heruntergebrochenen) Leistungsausgaben der Versicherten vorzunehmen.

3.8.2 Stellungnahmen

IKK e.V. und BPtK kritisieren in ihren Stellungnahmen die grundsätzliche Problematik, dass bei der Ausgestaltung des Schwellenwertes weder Altersadjustierung noch Kontrolle für Komorbiditäten eine Rolle spielen und somit die krankheitsspezifischen Leistungsausgaben unzureichend abgebildet seien. Die DAK erinnert an die in der Vergangenheit bereits geäußerte prinzipielle Kritik an Sinn und Zweck des Schwellenwertkriteriums. TK et al. vermissen die Untersuchung unterschiedlicher Methoden zur Berechnung des Schwellenwertkriteriums, z.B. die Verwendung von durch eine Regression ermittelten Kosten auf Krankheitsebene statt der Gesamtkosten.

Insbesondere der Verzicht auf eine Annualisierung der durchschnittlichen Krankheitskosten führt zu Kritik. Der GKV-SV kann die im Festlegungsentwurf dargelegte Argumentation nicht nachvollziehen. Der AOK-BV fordert zur Komplexitätsreduktion ein analoges Vorgehen zur Berechnung der prospektiven Ausgaben und des Schwellenwertes durch Umstellung auf eine Pro-Tag-Wert-Berechnung. Auch die DAK hinterfragt die Sinnhaftigkeit einer abweichenden Ermittlung zwischen Schwellenwert und prospektiven Leistungsausgaben. Der Gesetztestext nähme keinen Bezug zur genauen Ausgestaltung. Mit durchschnittlichen Leistungsausgaben könnte auch eine jahresbezogene (und nicht versichertenbezogene) Betrachtung gemeint sein. Die Barmer bemängelt die aus ihrer Sicht nicht ausreichende dargestellte Begründung und plädiert ebenfalls für eine einheitliche Berücksichtigung der Leistungsausgaben bei den verschiedenen Berechnungsschritten innerhalb der Krankheitsauswahl.

3.8.3 Bewertung und Festlegung

Die von mehreren Anhörungspartnern vorgebrachte Kritik, dass bei der Ausgestaltung des Schwellenwertes weder eine Altersadjustierung noch eine Kontrolle der Komorbiditäten eine Rolle spiele und dies insbesondere zum Ausschluss kostenintensiver chronischer Erkrankungen führen könne, von denen vorwiegend Kinder und Jugendliche betroffen sind, kann inhaltlich nachvollzogen werden. Der vom Verordnungsgeber gewählte Wortlaut ist hier jedoch eindeutig. § 31 Abs. 1 S. 3 RSAV schreibt vor, dass Krankheiten auszuwählen sind, „bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen“. Für eine Kontrolle von Alter oder Komorbiditäten z.B. durch eine Regression lässt diese Vorgabe weder bei der Ermittlung der durchschnittlichen Leistungsausgaben der Versicherten mit einer Krankheit noch der Leistungsausgaben aller Versicherten Raum. Da die Umsetzung von solchen alternativen Berechnungsmethoden durch den Verordnungstext ausgeschlossen ist, ist auch eine entsprechende Untersuchung zur Bewertung nicht zielführend. Solange der Verordnungsgeber an dieser Stelle keine Änderungen vornimmt, bestehen an dieser Stelle keine weiteren Handlungsoptionen.

Der Forderung zur Umsetzung eines analogen Verfahrens in Bezug auf die Ermittlung von Pro-Tag-Werten bei der Berechnung der prospektiven Ausgaben und des Schwellenwertes sind folgende Punkte entgegenzuhalten:

1. Im Gegensatz zur angeführten Kongruenz zwischen Krankheitsauswahl und Klassifikationssystem verläuft die Konzeption der Schwellenwertprüfung nicht analog. Für die Ermittlung der prospektiven Ausgaben wird in den Verfahren zur Ermittlung der Kostenintensität bzw. der Gewichtungsfaktoren des Klassifikationssystems in beiden Fällen eine *prospektive, gewichtete Kleinste-Quadrat-Regression* durchgeführt, welche ein analoges Verfahren in diesen Fällen wünschenswert macht. Die Anwendung des Schwellenwerts hingegen erfolgt zum einen *zeitgleich*, zum anderen durch eine *einfache Durchschnittsermittlung*. Eine Analogie lässt sich daher nicht ableiten.
2. Der Verzicht auf eine Annualisierung befindet sich genau wie das bisher gewählte Verfahren innerhalb des engen durch die Verordnung vorgegebenen Gestaltungsrahmens. Der Verzicht dient an dieser Stelle jedoch eher der Komplexitätsreduktion der Schwellenwertermittlung als die Einführung weiterer Aufbereitungsschritte.
3. Durch eine Anwendung der Pro-Tag-Wert-Ermittlung auf den Schwellenwert würde das Problem der fehlenden Altersadjustierung und der fehlenden Kontrolle für Komorbiditäten weiter verschärft. Hier unterscheidet sich die einfache Durchschnittsermittlung deutlich vom Ansatz der gewichteten Regression. Für Erkrankungen, die eher im Alter auftreten und für die sich durch altersbedingte Komorbiditäten im Schwellenwertvergleich ohnehin merklich höhere durchschnittliche Leistungsausgaben ergeben, würden diese durch die Verwendung von Pro-Tag-Werten bei der Ermittlung der durchschnittlichen Krankheitskosten zusätzlich gesteigert, da deren durchschnittliche Krankheitskosten durch eine Berechnung von Pro-Tag-Werten ein stärkeres Gewicht erlangen würden. Im gewichteten

Regressionsverfahren wird dieses Problem dadurch kompensiert, dass die Ausgaben von Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden abgewichtet werden.

Der Beirat hat diese Argumente in seiner Telefonkonferenz am 12. März 2015 ausführlich abgewägt. Insbesondere die Tatsache, dass sich in der Schwellenwertprüfung die durchschnittlichen Ausgaben der Krankheiten mit einer älteren Patientenklientel durch eine Umstellung auf eine Pro-Tag-Wert-Regelung weiter erhöhen würden, hat den Wissenschaftlichen Beirat dazu bewegt, an der vorgesehenen Anpassung festzuhalten. Die im Festlegungsentwurf vorgesehene Änderung wird daher umgesetzt.

3.9 Berücksichtigung von Nebendiagnosen bei der Zuordnung der Krankheiten

3.9.1 Festlegungsentwurf

In den letzten Jahren wurden sowohl die Stellung der stationären Nebendiagnosen als auch die Berücksichtigung aller Diagnosen im Rahmen des M2Q-Kriteriums im Klassifikationssystem überarbeitet. Diese Überarbeitungen werden nun auch im Rahmen der Krankheitsauswahl auf die Auswahl der Diagnosen für die Auswertungen „Kostenintensiv“ und „Schwellenwert“ übertragen. Eine ambulante Diagnose oder eine stationäre Nebendiagnose wird in den oben genannten Auswertungen zukünftig nur dann berücksichtigt, wenn mindestens eine weitere, der gleichen Krankheit zugeordnete Diagnose (hier werden alle Diagnosen berücksichtigt, also auch stationäre Hauptdiagnosen) in einem anderen Quartal dokumentiert wurde, oder die Diagnose von einer Person stammt, die im gleichen Jahr weniger als 92 Tage in der GKV versichert war (M2Q-Kriterium).

3.9.2 Stellungnahmen

Die Gleichstellung von Nebendiagnosen und ambulanten Diagnosen im Rahmen der Krankheitsauswahl wird von IKK e.V., Barmer und BPtK begrüßt. Lediglich TK et al. merken an, dass eine Analogie bei der Berücksichtigung von Nebendiagnosen als Aufgreifkriterien für Krankheiten entsprechend des Klassifikationsmodells nicht zwingend erforderlich sei.

3.9.3 Bewertung und Festlegung

Die im Festlegungsentwurf vorgesehene Änderung wird umgesetzt.

4. Bewertung der Stellungnahmen zu Änderungen der Krankheitsabgrenzung

Im vergangenen Jahr erfolgte keine Überarbeitung der Abgrenzung von ICD-Kodes zu Krankheitsentitäten. Der Wissenschaftliche Beirat hatte deshalb im Rahmen der Erstellung des Festlegungsentwurfs der im RSA für das Ausgleichsjahr 2016 zu berücksichtigenden Krankheiten die Änderungsvorschläge der Spitzenorganisationen der Krankenkassen **insbesondere aus den letzten drei Vorjahren** erneut gesichtet.

4.1 Krankheit 001 „Intestinale Infektionen“

4.1.1 Festlegungsentwurf

Zur ICD-Zuordnung dieser Krankheit wurde im Feststellungsentwurf kein Änderungsvorschlag formuliert.

4.1.2 Stellungnahmen

Ein Vorschlag des IKK e.V: Die unspezifische ICD A09.9 ist zu kodieren bei einer Gastroenteritis ohne bekannte oder vermutete Ursache, wenn eine infektiöse, septische oder eine sonstige erregerbedingte Ursache ausgeschlossen werden kann. Daher sollte A09.9 in Krankheit 229 „Andere und nicht näher bezeichnete Störungen des Verdauungssystems“ verschoben werden.

4.1.3 Bewertung und Festlegung

Der Vorschlag wird als sachgerecht erachtet. Der ICD-Kode A09.9 wird daher in die Krankheit 229 verschoben. Da gemäß der vom DIMDI bereitgestellten Metadaten der ICD-Dreisteller A09 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ nicht zur Kodierung zugelassen ist, wird der ICD-Dreisteller A09 in die Ausschlusskategorie 503 verschoben.

4.3 Krankheit 002 „Bakterielle Zoonosen und andere schwerwiegende bakterielle Infektionen“

4.3.1 Festlegungsentwurf

Der Vorschlag von TK et al. zur Zuordnung von A35 „Sonstiger Tetanus“ (bislang Krankheit 095 „Nicht virale Meningitis / Enzephalitis“) zur Krankheit 002 ist medizinisch korrekt, da die Symptome des Tetanus nicht durch eine Entzündung (Meningitis / Enzephalitis) entstehen, sondern eine direkte Wirkung der Tetanus-Toxine darstellen.

4.3.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.3.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.4 Krankheit 005 „Sepsis“

4.4.1 Festlegungsentwurf

TK et al. hatten vorgeschlagen, das SIRS (Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom, ICD-Kode R65.0/.1) infektiöser Genese der Krankheit 005 „Sepsis“ zuzuordnen. Die ICD-Kodes des SIRS sind als einzige Diagnosegruppe der Krankheit 326 „Bakteriämie“ zugeordnet. Die Zuordnung zur Krankheit 326 ist nicht sinnvoll, da nur die ICD-Kodes R65.0/.1 eine infektiöse Genese beinhalten, während die ICD-Kodes R65.2/.3 explizit ein SIRS „nichtinfektiöser“ Genese beschreiben. Eine Infektion bzw. Bakteriämie ist nicht pathognomonisch für das SIRS.

Die ICD-Kodes des SIRS (R65.-) werden der Krankheit 005 „Sepsis“ zugeordnet. Die Krankheit 005 wird dementsprechend in „Sepsis / SIRS“ umbenannt. Die Krankheit 326 „Bakteriämie“ entfällt.

4.4.2 Stellungnahmen

Der ICD-Kode R65 „Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]“ ist laut IKK e.V. zu unspezifisch und sollte in die Ausschlusskategorie 503 „AUSSCHLUSS: Nicht zur Verschlüsselung zugelassen“ verschoben werden.

4.4.3 Bewertung und Festlegung

Der ICD-Dreisteller R65 ist laut DIMDI-Metadaten nicht zur Verschlüsselung zugelassen und wird daher der Ausschlusskategorie 503 zugeordnet. Die respektiven Viersteller R65.0/.1 werden weiterhin der Krankheit 005 zugeordnet.

4.5 Krankheit 007 „Sonstige Spirochäteninfektionen“

4.5.1 Festlegungsentwurf

Der Vorschlag von TK et al. zur Zuordnung anderer Infektionen mit Keimen aus der Ordnung der Spirochäten (A27.0/.8/.9 „Leptospirose“ aus Krankheit 023 „Andere Infektionen“ sowie A66.6 „Knochen- und Gelenkveränderungen bei Frambösie“ aus Krankheit 269 „Entzündung / Nekrose von Knochen“) ist begründet, da aus medizinisch-nosologischer Sicht eine Zuordnung zur Krankheit 007 am spezifischsten ist.

4.5.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.5.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.6 Krankheiten 013 „Virale Hepatitis A und unspezifizierte Hepatitis ohne Leberkoma“, 221 „Akute schwere Lebererkrankung“ und 222 „Chronische Hepatitis“

4.6.1 Festlegungsentwurf

Zur ICD-Zuordnung dieser neuen Auswahlkrankheit wurde im Feststellungsentwurf kein Änderungsvorschlag formuliert.

4.6.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV schlägt eine Neuordnung der 3 Krankheiten vor (Details siehe Synopse).

4.6.3 Bewertung und Festlegung

Da es sich um Vorschläge handelt, die deutlich über den Festlegungsentwurf hinausgehen, werden diese in einem der nächsten Anpassungszyklen geprüft werden.

4.7 Krankheit 017 „Dermatophytosen (Pilzerkrankungen der Haut, z.B. Fußpilz)“

4.7.1 Festlegungsentwurf

TK et al. hatten vorgeschlagen, die „Kandidose der Haut und Nägel“ (B37.2, bisher Krankheit 018 „Mykosen“) der Krankheit 017 „Dermatophytosen (Pilzerkrankungen der Haut, z.B. Fußpilz)“ zuzuordnen.

Die vorgeschlagene Zuordnung ist sachgerecht, insbesondere in Hinblick auf den Klammerzusatz. Die Kandidose der Haut und Nägel ist eine Pilzerkrankung der Haut,

allerdings keine Dermatophytose (das ist eine durch Fadenpilze verursachte Dermatomykose). Bei *Candida albicans* handelt es sich um einen Sprosspilz (also einen Auslöser einer Mykose). Dem wird aber Rechnung getragen, da die Krankheit 017 auch unabhängig von der Neuordnung korrekterweise in „Dermatomykosen (Pilzerkrankungen der Haut, z.B. Fußpilz)“ umbenannt werden muss.

4.7.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.7.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.8 Krankheit 019 „Protozoenkrankheiten (inkl. Malaria)“

4.8.1 Festlegungsentwurf

Der Vorschlag von TK et al., die Amöbeninfektionen (A06.8/.9, Krankheit 023 „Andere Infektionen“) zur Krankheit 019 zuzuordnen, wurde im Anhörungsentwurfals begründet bewertet, da Amöben den Protozoen zugerechnet werden.

4.8.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.8.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.9 Krankheit 020 „Helminthosen“

4.9.1 Festlegungsentwurf

Der Vorschlag von TK et al. zur Zuordnung des Filarienbefalls (H13.0, bislang Krankheit 023 „Andere Infektionen“) zur Krankheit 020 ist sachgerecht, da es sich um eine Wurmerkrankung (also Helminthose) handelt.

4.9.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.9.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.10 Krankheit 022 „Spätfolgen von Infektionen, exkl. ZNS“

4.10.1 Festlegungsentwurf

TK et al. hatten vorgeschlagen, diverse postinfektiöse Arthritiden (bisher Krankheit 269 „Entzündung / Nekrose von Knochen“) in die Krankheit 022 aufzunehmen. Dies erscheint sachgerecht, da die Zuordnung spezifischer ist. Als Konsequenz wird auch die „postinfektiöse Arthritis bei Syphilis“ (M03.1-; bisher Krankheit 006 „Geschlechtskrankheiten, exkl. Neurosyphilis“) in Krankheit 022 überführt.

4.10.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV merkt an, dass die Verschiebung diverser Arthritis-Diagnose-Kodes von Krankheit 269 in Krankheit 022 nur für M03- bzw. M03.2-Kodes sachgerecht ist, da es sich da es sich bei diesen Erkrankungen tatsächlich um postinfektiöse und reaktive Arthritiden und damit um Spätfolgen von Infektionen handelt. Die Verschiebung der M01.8-Kodes (Arthritis bei sonstigen infektiösen und parasitären Krankheiten) sei dagegen nicht sachgerecht. Bei den M01.8-Kodes handelt es sich – wie bei allen M01-Kodes – explizit um direkte Gelenkinfektionen und nicht um indirekte (reaktive oder postinfektiöse) Arthritiden.

4.10.3 Bewertung und Festlegung

Die Kritik des AOK-BV ist inhaltlich begründet. Die ICD-Kodes M01.8- werden daher in Krankheit 269 belassen.

4.11 Krankheit 034 „Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Paraganglien & weiterer endokriner Drüsen“

4.11.1 Festlegungsentwurf

Dem Vorschlag der TK et. al, dass das Karzinoid-Syndrom (E34.0) aus der Krankheit 073 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Stoffwechselstörungen“ in die Krankheit 034 aufgenommen werden kann, wurde im Festlegungsentwurf entsprochen.

Es handelt sich um eine niedrig-maligne Erkrankung von endokrinen Zellen, die in der Medizin heute unter „neuroendokrine Tumoren“ zusammengefasst werden (NET). Die typischen Symptome, die im Rahmen von Karzinoiden auftreten, werden in ihrer Gesamtheit auch als „Karzinoidsyndrom“ bezeichnet, da sie durch die produzierten Hormone ausgelöst werden (z.B. Diarrhö, Hypotonie, Flush), sodass sowohl die Einordnung in eine maligne Krankheit wie auch in eine Stoffwechselstörung möglich ist.

4.11.2 Stellungnahmen

Es sind keine Stellungnahmen hierzu eingegangen.

4.11.3 Bewertung und Festlegung

Es erfolgen keine Änderungen zum Entwurf. E34.0 wird der Krankheit 034 zugeordnet.

4.12 Krankheit 035 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikation)“

4.12.1 Festlegungsentwurf

Die Zuordnung des ICD-Sternkodes D63.0* „Anämie bei Neubildungen“ sollte angesichts der Neuordnung des ICD-Kodes D63.8* „Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten“ (siehe Text zu Krankheit 049) überdacht werden.

Analog dem ICD-Kode D63.8*, der gemäß der Erläuterung die „Anämie bei chronischer Nierenkrankheit“ kodiert, wird durch den ICD-Kode D63.0* eine „sekundäre“ Anämie – hier bei Neubildungen – kodiert. Zudem handelt sich nicht um eine „bösartige Neubildung“ (derzeitige Zuordnung zu Krankheit 035). Der ICD-Kode D63.0* wird der Krankheit 047 zugeordnet.

Die Krankheit 047 wird nach Aufnahme des ICD-Kodes D63.0* und des ICD-Kodes D63.8* „Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten“ umbenannt in „Erworbene Anämien“.

4.12.2 Stellungnahmen

IKK e.V. schlagen vor, den ICD-Dreisteller C80 in die Ausschlusskategorie 503 zu verschieben, da in der Kategorie C80 „Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation“ eine spezifischere Kodierung möglich ist.

DAK merkt an, dass die Herausnahme der Diagnose D63.0 „Anämie bei Neubildungen“ aus der Krankheit 035 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)“, dem Vorschlag der DAK aus dem Anhörungsverfahren zur Krankheitsauswahl 2013 (siehe Stellungnahme vom 27.01.2012) entspricht. Eine Zuordnung zu einer Anämie-Krankheitsgruppe ist sachgerechter. Unabhängig davon werden umfangreiche weitergehende Vorschläge für eine Neuordnung der Anämie gemacht.

4.12.3 Bewertung und Festlegung

Der ICD-Dreisteller C80 ist laut DIMDI-Metadaten nicht zur Verschlüsselung zugelassen und wird daher der Ausschlusskategorie 503 zugeordnet.

Bei den weitergehenden Vorschlägen für eine Neuordnung der Anämie handelt sich nicht um eine Stellungnahme zum Festlegungsentwurf, sondern um zusätzliche Änderungsvorschläge, die in einem der nächsten Anpassungszyklen geprüft werden.

4.13 Krankheit 044 „Myeloproliferative / -dysplastische Erkrankungen“, Krankheit 043 „Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens unterschiedlicher Organe“ und Krankheit 053 „Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes“

4.13.1 Festlegungsentwurf

TK et al. regten an, die ICD-Kodes D47.- „Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes“ (derzeit Krankheit 043 „Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens unterschiedlicher Organe“) und D75.0 „Familiäre Erythrozytose“ (Krankheit 053 „Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes“) der Krankheit 044 zuzuordnen. Der Vorschlag wurde als sachgerecht angenommen.

4.13.2 Stellungnahmen

Im Rahmen ihrer Stellungnahme zur Krankheit 053 schlägt die DAK vor, auch den ICD-Kode D75.1 „Sekundäre Polyglobulie [Polyzythämie]“ in die Krankheit 044 „Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen“ zu verschieben. Alternativ sollten beide in der Krankheit 053 verbleiben

4.13.3 Bewertung und Festlegung

Die Verschiebung des ICD-Kodes D75.1 „Sekundäre Polyglobulie [Polyzythämie]“ in die Krankheit 044 „Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen“ ist nicht sachgerecht, da es sich weder um eine myeloproliferative noch myelodysplastische Krankheit handelt. Die ICD-Kodes D47.- sind bzw. können diesen Erkrankungen zugerechnet werden. Bei der Familiären Erythrozytose (D75.0) handelt es sich allerdings um eine Erkrankung, bei der keine Neigung zu leukämischer Transformation oder zur Entwicklung anderer myeloproliferativer Neoplasmen besteht. Der ICD-Kode D75.0 verbleibt deshalb, anders als im Festlegungsentwurf vorgesehen, in der Krankheit 053.

4.15 Krankheit 046 „Hereditäre hämolytische Anämien“ und Krankheit 047 „Erworbene hämolytische Anämien“ bzw. nach aktueller Umbenennung „Erworbene Anämien“

4.15.1 Festlegungsentwurf

Die Krankheitszuordnung der ICD-Kodes D58.8 „Sonstige näher bezeichnete hereditäre hämolytische Anämien“ und D58.9 „Hereditäre hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet“ wurde im Festlegungsentwurf als Folge von Anmerkungen des AOK-BV angesichts der ICD-Kodierungspraxis des aHUS (atypisches Hämolytisch Urämisches Syndrom) diskutiert.

Bestimmte Verlaufsformen des aHUS (mit unkontrollierter Blutgerinnungsaktivierung) und der „Paroxysmalen nächtlichen Hämoglobuinurie“ (PNH) werden mit Eculizumab (Soliris™) behandelt. Es handelt sich um einen monoklonalen Antikörper, der an das Komplementprotein C5 bindet und die Aktivierung des terminalen Komplements hemmt (daraus folgt eine Milderung einer unkontrollierten Blutgerinnung). Die durchschnittlichen Kosten liegen bei ca. 611.000 Euro / Jahr / Patient. Die Verschlüsselung erfolgt laut AOK-BV neben den vorgesehenen ICD-Kodes D59.3 „Hämolytisch-urämisches Syndrom“ bzw. D59.5 „PNH“ auch mit den ICD-Kodes D58.8 „Sonstige erworbene hämolytische Anämien“ und D58.9 „Erworbene hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet“ (siehe auch Stellungnahme des AOK-BV zum Festlegungsentwurf AJ 2015).

Die beiden ICD-Kodes D58.8 und D58.9 sind im ICD-10-GM 2014 dem ICD-Dreisteller D58.- „Sonstige hereditäre hämolytische Anämien“ zugeordnet. Sie sind der Krankheit 124 „Hereditäre hämolytische Anämien“ zugeordnet, die derzeit nicht zu den Auswahlkrankheiten zählt.

Die Zuordnung der ICD-Kodes D58.8 und D58.9 zur Krankheit 46 „Hereditäre hämolytische Anämien“ ist sachgerecht. Bei den Fällen des AOK-BV handelt sich ggf. um Fehlkodierungen des aHUS in Einzelfällen oder Anwendung von Eculizumab bei unkontrollierten Komplementaktivierungen im Rahmen anderer Diagnosen. Eine Neugliederung des Krankheitssystems erscheint an dieser Stelle nicht sinnvoll. Die Trennung der Anämien in Krankheit 046 „Hereditäre hämolytische Anämien“ und Krankheit 047 „Erworbene hämolytische Anämien“ (bzw. nach Umbenennung „Erworbene Anämien“) wird beibehalten.

4.15.2 Stellungnahmen

Die DAK schlägt vor, im Rahmen der Überarbeitung der Anämien 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 Bezeichnung der neuen Krankheit könnte „Erworbene und anderenorts nicht klassifizierte Anämien“ lauten.

4.15.3 Bewertung und Festlegung

Da es sich um Vorschläge handelt, die deutlich über den Festlegungsentwurf hinausgehen, werden diese in einem der nächsten Anpassungszyklen geprüft werden. Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.16 Krankheit 049 „Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten (ohne bösartige Neubildungen)“

4.16.1 Festlegungsentwurf

Die Krankheit 049 enthält nur den einen ICD-Sternkode D63.8* „Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten“. Der Kostenschätzer für diese Erkrankung gehört zu den höchsten. Es stellt sich die Frage, ob die eher unspezifische Benennung der Erkrankung bzw. des ICD-Kodes die Bedeutung der Erkrankung widerspiegelt.

Im ICD-GM-2015 findet sich als Erläuterung „Anämie bei chronischer Nierenkrankheit größer oder gleich Stadium 3 (N18.3-N18.5+)“. Hieraus erklärt sich auch der hohe Kostenschätzer im Rahmen der Krankheitsauswahl (und auch des Klassifikationsmodells).

Erwogen werden könnte eine Umbenennung der Krankheit 049 in „Anämie bei chronischer Nierenkrankheit“ oder „Anämie bei fortgeschrittener chronischer Nierenkrankheit“. Sachgerechter erscheint es jedoch, diese Anämieform einer der Krankheiten zuzuordnen, die bereits ICD-Kodes zu Anämien enthalten. Am besten passt die Krankheit 047 „Erworbene hämolytische Anämien“. Da nicht alle renalen Anämien als „hämolytisch“ anzusehen sind, wird die Krankheit 047 nach Aufnahme des ICD-Kodes D63.8* und des ICD-Kodes D63.0* „Anämie bei Neubildungen“ umbenannt in „Erworbene Anämien“ (ohne das Wort „hämolytisch“).¹

4.16.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt. Für Vorschläge zur Krankheit 047, zu der der ICD-Sternkode D63.8* laut Festlegungsentwurf zugeordnet wird, wird auf die obigen Erläuterungen verwiesen.

4.16.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

¹ Siehe hierzu auch: Roche Lexikon (URL: <http://www.roche.de/lexikon/index.htm?loc=www.roche.de&content=/lexikon/>, 02.11.2014): „Renale Anämie“: Anämie bei Nierenerkrankungen, z.B. hyporegeneratorisch (infolge verminderter Erythropo(i)etin-Bildung), hämolytisch (bei Azotämie), hypochrom (bei chron. Infekt, Blutungen), makro- bzw. megaloblastär (infolge Folsäuremangels, v.a. bei regelmäßiger Hämodialyse).

4.17 Krankheit 074 „Demenz“

4.17.1 Festlegungsentwurf

Bei der Überprüfung der Krankheit 074 stellte sich die Frage, weshalb der ICD-Code G31.2 „Degeneration des Nervensystems durch Alkohol“ in der Krankheit 074 enthalten ist und nicht in der Krankheit 102 „Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems“. In der Krankheit 102 sind z.B. G31.81 „Mitochondriale Zytopathie“ und G31.88 „Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“ enthalten. Ausschließlich die Lewy-Körper-Demenz (G31.82) aus dem ICD-Viersteller G31.8- ist der Krankheit 074 zugeordnet.

In Krankheit 074 sind alle Formen der Demenz (G31.2, G31.82) zusammengefasst (diese betreffen das Gehirn und Gedächtnis).

Im Gegensatz hierzu sind in der Krankheit 102 alle „sonstigen degenerativen Erkrankungen des Nervensystems“ zusammengefasst, die auch das periphere Nervensystem betreffen können. Obwohl die Degeneration des Nervensystems durch Alkohol auch dementielle Auswirkungen haben kann, liegen oft auch periphere nervale Probleme vor (z.B. Periphere Polyneuropathie, Nervus peroneus - Lähmung etc.). Somit wird der Code G31.2 „Degeneration des Nervensystems durch Alkohol“, aus der Krankheit 74 „Demenz“ heraus ebenfalls in die Krankheit 102 eingeordnet.

4.17.2 Stellungnahmen

Es sind Stellungnahmen des IKK e.V. und der DAK eingegangen. Der IKK e.V. empfiehlt den ICD-Code F05.1 "Delir bei Demenz" aus der Krankheit 074 "Demenz" der Krankheit 075 "Delir und Enzephalopathie" zuzuordnen, da das „Delir“ aufgrund häufig unklarer Ätiologie bzw. oft auftretender gemischter Formen das führende Symptom sei. Des Weiteren sollen die ICD-Kodes F04 "Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt" sowie 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" aus der Krankheit 074 herausgelöst und in die Krankheit 076 "Nicht-psychotische organische Störung" eingeordnet werden. Der IKK e.V. schlägt vor, die ICD-Kodes F00.1 "Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)" und G30.1 "Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn" erst ab dem Mindestalter ≥ 65 Jahre zuzulassen.

Die DAK begrüßt, dass G31.2 "Degeneration des Nervensystems durch Alkohol" aus Krankheit 074 "Demenz" in Krankheit 102 "Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems" verschoben wurde. Jedoch sollen dann auch G31.1 "Senile Degeneration des Gehirns, anderenorts nicht klassifiziert" und G31.0 „umschriebene Hirnatrophie (u.a. frontotemporale Demenz/ Pick-Krankheit/ Progressive isolierte Aphasie)“ in die Krankheit 102 verschoben werden.

4.17.3 Bewertung und Festlegung

Es wird dem IKK e.V. zugestimmt, dass das "führende Symptom" des ICD-Kodes F05.1 "Delir bei Demenz" das Delir ist. Der Kode F05.1 (wie auch F05.0 und F05.8 und F05.9) wird aus der Krankheit 074 "Demenz" herausgelöst und somit der ICD F05.1 der Krankheit 075 "Delir und Enzephalopathie" zugeordnet.

Da es sich bei der Neuordnung der Kodes F04, F06.5, F06.8, F06.9 um weitergehende Vorschläge handelt, werden diese in einem der nächsten Anpassungszyklen geprüft werden. Es ist ebenfalls richtig, dass die Kodes F00.1 "Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)" (ab dem 65. Lebensjahr) und G30.1 "Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn" laut DIMDI erst ab ≥ 65 Jahre zugelassen werden sollten. Bei der Datenannahme im BVA werden die Daten bereits nach den ICD-Vorgaben plausibilisiert. Es handelt es sich hierbei um einen "Kann-Fehler", so dass die Daten bei jüngerer Altersangabe nicht „gelöscht“ würden. Da die Diagnose "Alzheimer" oder "Demenz" unabhängig vom Alter gestellt wurde, würde die Begrenzung auf ein Alter jedoch eher zu Ausschlüssen von erkrankten Versicherten aufgrund fehlerhafter Altersberechnung (z.B. auf Seiten des behandelnden Arztes) führen, sodass das BVA einen kompletten Ausschluss dieser Versicherten wegen Altersbegrenzung ablehnt und analog der DIMDI-Plausibilisierung vorgeht (G30.0 wäre eine Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn).

Die Anmerkungen der DAK zu G31.0 und G31.1 werden unter Krankheit 099 und Krankheit 102 bewertet.

4.17.4 Festlegung

Der ICD F05.1 wird der Krankheit 075 "Delir und Enzephalopathie" zugeordnet. In Bezug auf die gültigen Altersgrenzen von G30.1 erfolgen keine Änderungen.

4.18 Krankheit 082 „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“ und 083 „Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen“

4.18.1 Festlegungsentwurf

Zur ICD-Zuordnung dieser Krankheiten wurde im Feststellungsentwurf kein Änderungsvorschlag formuliert.

4.18.2 Stellungnahmen

Die Barmer GEK schlägt eine Zusammenlegung der Krankheiten 082 und 083 vor.

4.18.3 Bewertung und Festlegung

Da es sich um einen Vorschlag handelt, der über den Festlegungsentwurf hinausgeht, wird dieser in einem der nächsten Anpassungszyklen geprüft werden.

4.19 Krankheit 088 „Leichter / nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung“ und 089 „Mäßiger Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung“

4.19.1 Festlegungsentwurf

TK et al. regten an, die ICD-Kodes Q90.- „Trisomie 21, Down-Syndrom“ aus der Krankheit 088 „Leichter / nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung“ auszugliedern und zusammen mit den übrigen Trisomien in der Krankheit 090 „Schwerer oder schwerster Entwicklungsrückstand / Intelligenzminderung“ zu bündeln. Auch wenn diese Chromosomenanomalien unterschiedliche Ausprägungen haben, sei in der Regel der Besuch einer regulären Schule nicht möglich. Dies wäre auch bei den anderen Chromosomenstörungen der Krankheit 090 der Fall, sodass die Trisomien in einer Krankheit zusammengefasst werden sollten.

Da im Rahmen der Trisomie 21 ein breites Spektrum von Verläufen von leichter, meist mittlerer, aber auch schwerer geistiger Behinderung auftreten kann, ist weder eine Zuordnung zur Krankheit 088 noch zur Krankheit 090 zielgenau. Dem Verlaufsspektrum entsprechend werden die ICD-Kodes Q90.- der Krankheit 089 „Mäßiger Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung“ zugeordnet.

4.19.2 Stellungnahmen

Der unspezifische ICD-Dreisteller Q90 „Down-Syndrom“ sollte laut IKK e.V. in die Ausschlusskategorie 503 verschoben werden, da diese Kategorie laut DIMDI spezifischer zu kodieren ist.

4.19.3 Bewertung und Festlegung

Der ICD-Dreisteller Q90 ist laut DIMDI-Metadaten nicht zur Verschlüsselung zugelassen und wird daher der Ausschlusskategorie 503 zugeordnet. Es ist keine weitere Änderung gegenüber dem Festlegungsentwurf erforderlich.

4.20 Krankheit 091 „Entwicklungsstörungen“ und 093 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“

4.20.1 Festlegungsentwurf

Zur ICD-Zuordnung dieser Krankheit wurde im Feststellungsentwurf kein Änderungsvorschlag formuliert.

4.20.2 Stellungnahmen

Der IKK e.V. schlägt die Verschiebung der ICD F80.-, aus der Krankheit 091 in die Krankheit 093 vor.

4.20.3 Bewertung und Festlegung

Da es sich um neue Vorschläge zu den "Entwicklungsstörungen" handelt, werden diese im Rahmen der nächsten Anpassungszyklen überprüft.

4.21 Krankheit 099 „Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen“

4.21.1 Festlegungsentwurf

TK et al schlugen in Bezug auf die Krankheit 099 die Aufnahme folgender ICD-Kodes vor:

- (a) G31.0 „umschriebene Hirnatrophie/ Picksche Krankheit“ (derzeit Krankheit 074 „Demenz“)
- (b) G32.0 „Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ (derzeit Krankheit 102 „Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“) und
- (c) G95.1 „Vaskuläre Myelopathie“ (derzeit Krankheit 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen/ Verletzungen des Rückenmarks/ angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“).

Zu a) Die Picksche Krankheit / frontotemporale Hirnatrophie (G31.0) ist eine begrenzte Teilatrophie des ZNS, die nicht das ganze ZNS als System betrifft und bei der das Nachlassen der Gedächtnisleistung „Demenz“ im Vordergrund steht. Daher wurde beschlossen, sie weiterhin in die Krankheit 074 „Demenz“ einzuordnen.

Zu b) Hinter dem Stern-Kode G32.0 „Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ verbirgt sich eine Degeneration des Rückenmarks bei Vitamin B12-Mangel, der häufig auch als funikuläre Myelose bezeichnet wird (der dazugehörige Kreuz-Kode ist E53.8: „Mangel an Vitamin B-Komplex“). Da diese Erkrankung eine Degeneration des Rückenmarks darstellt und mit Missempfindungen, Lähmungen bis hin zur Querschnittslähmung einhergehen kann, würde der Code sowohl in der Krankheit 099 „Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen“ als auch in der Krankheit 121 „ausgeprägte schwere Lähmungen“ eine passende Einordnung erfahren. Aus nosologischer Sicht wurde vorgeschlagen, eine Verschiebung zu den „Systematrophien“ (Krankheit 099) vorzunehmen.

Zu c) Der Code G95.1 „Vaskuläre Myelopathie“ wurde in der Krankheit 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“ belassen, da es sich eher um eine „Schädigung“ des Rückenmarks (die dann eine Teilatrophie bewirkt) handelt als um eine Systematrophie.

4.21.2 Stellungnahmen

Der IKK e.V. hält die Änderungen für sinnvoll. Die DAK lehnt die Neuordnung des ICD-Kodes G32.0* „Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ (bei Vitamin B 12-Mangel) zur Krankheit 099 „Systematrophien“

ab. Sie schlägt vor, die beiden ICD-Kodes G32.0* und G32.8* in Krankheit 102 „Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“ zu belassen. Die funikuläre Myelose sei nur eine Beispielsdiagnose für G32.0*.

4.21.3 Bewertung und Festlegung

Die Einteilung der neuronalen und kognitiven Erkrankungen stellt immer eine Herausforderung dar, da einige ICD-Kodes entweder nach pathologischem Korrelat oder nach motorischen/ sensiblen Auswirkungen auf den Betroffenen oder nach Ätiologie (z.B. Entmarkung; arterielle Minderperfusion) unterschiedlichen Krankheiten zugeordnet werden können. Die ICD-Systematik lässt z.T. auch nicht immer eine differenzierte Kodierung (z.B. schweres – leichtes Erkrankungsstadium) zu.

Zu a) Nach Diskussion mit dem wissenschaftlichen Beirat wird der ICD-Kode G31.0 „Umschriebene Hirnatrophie (u.a. frontotemporale Demenz/ Pick-Krankheit/ Progressive isolierte Aphasie)“ der Krankheit 102 „Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“ zugeordnet. Da die „frontotemporale Demenz“ oder auch die „Picksche Krankheit“ nur Beispielerkrankungen der unter G31.0 zusammengefassten Krankheiten darstellen, erscheint diese Zuordnung am sachgerechtesten. Vorschläge zu einer differenzierteren Darstellung der Krankheitsbilder in der ICD-Systematik können gegenüber dem DIMDI eingebracht werden.

Zu b) Der Code G32.0* „Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ wurde auf Vorschlag der TK aus der Krankheit 102 "Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems" in die Krankheit 099 "Systematrophien, die vorwiegend das ZNS betreffen" verschoben. Alternativ schlugen TK et al. vor, diesen ICD-Kode in die Krankheit 121 "Ausgeprägte schwere Lähmungen/ Verletzungen des Rückenmarks/ angeborene Fehlbildungen des Nervensystems" zu verschieben. Das BVA hatte der Verschiebung zu Krankheit 099 zugestimmt, da es sich bei der "Funikulären Myelose" (G32.0*) um eine Entmarkungskrankheit handelt, die Ausfälle von Motorik/ Sensibilität bis zur Querschnittslähmung beinhalten kann und die das System „Rückenmark“ betreffen. Dieser ICD-Kode passt daher sowohl in die Krankheit 099 „Systematrophien“ als auch in die Krankheit 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“ und würde auch in die Krankheit 102 „Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“ passen.

Nach ausführlicher Diskussion mit dem wissenschaftlichen Beirat wird entschieden, diesen Code der Krankheit 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“ zuzuordnen und im nächsten Schritt zu analysieren, welchen Stellenwert diese Erkrankung innerhalb der neurologischen Erkrankungen im Klassifikationssystem hat.

Zu c) erfolgte keine spezifische Stellungnahme. Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.22 Krankheit 101 „Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen“

4.22.1 Festlegungsentwurf

TK et al. schlugen vor, die ICD-Kodes G21.- „Sekundäres Parkinson-Syndrom“ und G22.- „Parkinsonsyndrom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ aus der Krankheit 100 „Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen“ in die Krankheit 101 zu verschieben.

Da die Kodes G21.1 bis G21.9 („Arzneimittelinduzierte und sonstige exogen oder durch andere Erkrankungen verursachte Parkinson-Syndrome“) sowie G22* „Parkinson-Syndrom bei Neuro-Syphilis“ dadurch eine bessere Einordnung erfahren, sah der Festlegungsentwurf vor, diese Diagnosen in die Krankheit 101 „Sekundäres Parkinson-Syndrom“ zu verschieben. Bei den Erkrankungen der Kodes G21.- und G22* handelt es sich nicht um eine primäre Parkinsonerkrankung, sondern um Parkinson-Syndrome, die durch andere Erkrankungen oder exogene Faktoren (Arzneimittel oder vaskuläre Ursachen) verursacht wurden (also „sekundär“ sind).

Tabelle 2: Neue ICD-Kodes für Krankheit 101 „Sekundäres Parkinson-Syndrom“

ICD	Bezeichnung	Neu statt alt	Krankheitsbezeichnung neu
G21.1	Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom	101 statt 100	Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen
G21.2	Parkinson-Syndrom durch sonstige exogene Agenzien	101 statt 100	Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen
G21.3	Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom	101 statt 100	Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen
G21.4	Vaskuläres Parkinson-Syndrom	101 statt 100	Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen
G21.8	Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom	101 statt 100	Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen
G21.9	Sekundäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet	101 statt 100	Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen
G22*	Parkinson-Syndrom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	101 statt 100	Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen

4.22.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV hat die Herausnahme der ICD-Kodes G21.1 bis G21.9 „Arzneimittelinduzierte und sonstige exogene oder durch andere Erkrankungen verursachte Parkinson-Syndrome“ aus Krankheit 100 als zutreffend bewertet. Statt diese jedoch wie vom BVA vorgeschlagen der Krankheit 101 „Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen“ zuzuordnen, schlägt der AOK-BV vor, diese in Krankheit 357 „Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung“ zu verschieben, da es sich um Komplikationen medizinischer Behandlungen handelt. Alle durch Arzneimittel ausgelösten Tics, Dystonien und Parkinsonsyndrome sollten daher in die Krankheit 357 aufgenommen werden.

4.22.3 Bewertung und Festlegung

Das BVA hält nach Diskussion mit dem wissenschaftlichen Beirat an seiner Zuordnung fest, da die Zuordnung sachgerecht ist. Es wurden nicht nur "arzneimittelinduzierte Parkinsonsyndrome" der Krankheit 101 „Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen" zugeordnet, sondern auch postenzephalitische, vaskuläre und Parkinson-Syndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, so dass eine Verschiebung in die Krankheit 357 „Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung" nicht sinnvoll ist.

4.23 Krankheit 102 „Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems“ und Krankheit 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“

4.23.1 Festlegungsentwurf

TK et al. schlugen vor, den Code G32.0 „Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ in die Krankheit 121 oder in die Krankheit 099 „Systematrophien, die vorwiegend das ZNS betreffen“ aufzunehmen und aus der Krankheit 102 herauszulösen.

Des Weiteren sollten die Codes G11.- „Hereditäre Ataxie“ aus der Krankheit 099 „Systematrophien, die vorwiegend das ZNS betreffen“ herausgelöst und in die Krankheit 121 eingeordnet werden.

Der Code G32.0 wurde im Festlegungsentwurf wie in der Begründung zur Krankheit 099 „Systematrophien, die vorwiegend das ZNS betreffen“ beschrieben, in die Krankheit 099 verschoben.

Die hereditäre Ataxien (G11.-) sind seltene, genetisch bedingten Erkrankungen, die autosomal-rezessiv oder autosomal-dominant vererbt werden. Gemeinsam ist diesen Erkrankungen, dass sie das Kleinhirn und / oder die Hinterstränge des Rückenmarks befallen. Da eine Ataxie (ungeordnete Bewegung) auch ohne Parese (Lähmung) vorliegen kann, wurde die Einordnung zu Systematrophien (Krankheit 099) beibehalten bis auf den Code G11.4 „Hereditäre spastische Paraplegie“, der in die Krankheit 121 aufgenommen wird.

4.23.2 Stellungnahmen

Die DAK schlägt vor, nicht nur G31.2 „Degeneration des Nervensystems durch Alkohol“ sondern auch die ICD-Kodes G31.1 "Senile Degeneration des Gehirns, anderenorts nicht klassifiziert" und G31.0 „umschriebene Hirnatrophie (u.a. frontotemporale Demenz/ Pick-Krankheit/ Progressive isolierte Aphasie)" in die Krankheit 102 zu verschieben.

4.23.3 Bewertung und Festlegung

Die TK hatte in ihrem ursprünglichen Vorschlag angeregt, den G31.0 "Umschriebene Hirnatrophie (u.a. Pick-Krankheit; frontotemporale Demenz; progressive isolierte Aphasie)"

aus der Krankheit 074 „Demenz“ herauszulösen und in Krankheit 099 „Systematrophien“ aufzunehmen. Dies hatte das BVA zunächst abgelehnt, da die „Demenz“ z.B. bei der frontotemporalen Demenz mit ein Symptom sei.

Die Stellungnahme der DAK hat das BVA jedoch zu einer Revision seiner ursprünglichen Entscheidung bewegt, da es sich bei allen diesen Erkrankungen unter G31.0 um Beispiele neurodegenerative Erkrankungen handelt. (Bei der „frontotemporalen Demenz“ liegen z.B. auch Persönlichkeitsveränderung und soziale Auffälligkeit vor). Deshalb wird nun eine Einordnung dieser Erkrankungen in die Krankheit 102 „Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“ als geeigneter bewertet. Die Codes G31.0 und G31.1 werden in die Krankheit 102 verschoben.

4.24 Krankheit 113 „Erkrankungen Nervenwurzel / Plexus“ und Krankheit 114 „Läsionen von Nervenwurzel / Plexus“

4.24.1 Festlegungsentwurf

Die TK et al. schlugen eine Zusammenlegung der Krankheiten 113 und 114 vor.

Der Vorschlag wurde als sachgerecht angesehen. Die 10 ICD-Kodes der Krankheit 114 können ebenfalls zu der Krankheit 113 hinzugefügt werden und die Bezeichnung ändert sich dann in „Erkrankungen / Läsionen von Nervenwurzel/ Plexus“. Folgende Codes wurden in Folge in die Krankheit 113 eingefügt:

Tabelle 3: Neue ICD-Kodes für die ergänzte Krankheit 113 „Erkrankungen/ Läsionen von Nervenwurzel/ Plexus“

G55.0	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Neubildungen
G55.1	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden
G55.2	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Spondylose
G55.3	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
G55.8	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
S14.2	Verletzung von Nervenwurzeln der Halswirbelsäule
S14.3	Verletzung des Plexus brachialis
S24.2	Verletzung von Nervenwurzeln der Brustwirbelsäule
S34.2	Verletzung von Nervenwurzeln der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins
S34.4	Verletzung des Plexus lumbosacralis

4.24.2 Stellungnahmen

Es ist keine Stellungnahme zu diesen Krankheiten erfolgt.

4.24.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.25 Krankheit 117 „Entzündliche/ toxische Neuropathie“ und Krankheit 118 „Periphere Neuropathie/ Myopathie“

4.25.1 Festlegungsentwurf

Die TK et al. schlugen vor, die Krankheiten 117 und 118 zusammenzulegen. Des Weiteren schlugen sie vor, die Codes M79.1- „Myalgie“, M79.2- „Neuralgien, Neuritis“ und M79.7- „Fibromyalgie“ aus der Krankheit 266 „Sonstige Erkrankungen der Weichteilgewebe“ in die zusammengeführte Krankheit 117 zu überführen.

- a) Eine vollständige Zusammenlegung der Krankheiten 117 „Entzündliche / toxische Neuropathie“ und 118 „Periphere Neuropathie / Myopathie“ wurde im Festlegungsentwurf als nicht zielführend erachtet. Eine Überarbeitung der Abgrenzung kann jedoch vorgenommen werden: alle peripheren (nicht autonomen) Neuropathien werden zukünftig in Krankheit 117 zusammengefasst. Alle Myopathien werden durch Krankheit 118 abgebildet.
- b) Die neu abgegrenzte Krankheit 117 wurde umbenannt in „Neuropathie“. Die neu abgegrenzte Krankheit 118 wurde umbenannt in „Myopathie“.
- c) Die Neuralgien und (Fibro-)myalgien M79.- wurden nicht in die Krankheit 118 „Myopathie“ aufgenommen, sondern in der Krankheit 266 „Sonstige Erkrankungen der Weichteilgewebe“ belassen, da es sich bei diesen Erkrankungen eher um „Schmerzen“ der Muskeln (Myalgien, Fibromyalgie), Nerven (Neuralgien) und Weichteilerkrankungen handelt als um eine Muskelschwäche oder eine pathologische Muskelveränderung.

4.25.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV lehnt die teilweise Zusammenlegung ab, da sie Krankheit 117 und Krankheit 118 insgesamt zusammenfassen möchten (Verweis auf AOK-Stellungnahme vom 20.1.2014).

4.25.3 Bewertung und Festlegung

Das BVA bleibt bei seiner Zuordnung und hält diese für sachgerecht. Gemäß dem Vorschlag wurden alle „Neuropathien“ (u.a. entzündlich, hereditär, toxisch) in der Krankheit 117 zusammengefasst und der Krankheitsname wurde in „Neuropathie“ geändert. Die Grenze zu den „Myopathien“ (G71.1 Myotone Syndrome, G72.- Myopathien, toxisch/ entzündlich etc.) wurde gezogen und diese in der Krankheit 118 zusammengefasst. Hierbei werden Neuropathien von Myopathien und Erkrankungen an der motorischen Endplatte differenziert.

4.27 Krankheit 123 „Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigung“

4.27.1 Festlegungsentwurf

In Bezug auf die Krankheit 123 machen TK et al. folgende Vorschläge:

a) Herausnahme der Codes G10.0 „Chorea Huntington“ und G11.1, G11.2 und G 11.3 „Zerebelläre Ataxie“ aus der Krankheit 099 „Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen“ und Einordnung in die Krankheit 123 „Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigung“.

b) Herausnahme des Codes G93.6 „Hirnödem“ aus der Krankheit 123 „Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigung“ und Einordnung in die Krankheit 124 „Andere nicht näher bezeichnete Krankheitszustände des ZNS“..

Die Vorschläge zu a) wurden im Festlegungsentwurf abgelehnt, da diese Diagnosen schon für das Ausgleichsjahr 2013 umgeordnet wurden und sie aus medizinisch-nosologischer Sicht in die Krankheit 099 „Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen“ gehören. Dies entspricht auch den damaligen Vorschlägen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zur Neuordnung von Demenz, Hirnödem und Hydrozephalus. Sowohl Chorea Huntington und zerebelläre Ataxie wurden somit bereits sachgerecht eingeordnet.

Der Vorschlag b) wurde im Festlegungsentwurf als sachgerecht bewertet: G93.6 „Hirnödem“ wird aus der Krankheit 123 in die Krankheit 124 „Anderer / nicht näher bezeichneter Krankheitszustand des Zentralnervensystems“ verschoben, da beim Hirnödem i.d.R. eine intrazelluläre Flüssigkeitsvermehrung und beim Hydrozephalus eine extrazelluläre Flüssigkeitsvermehrung vorliegt. Das Hirnödem kann durch unterschiedlichste Erkrankungen des ZNS (Entzündungen, Tumore, Trauma) ausgelöst werden und passt somit auch in die Krankheit 124 „Andere nicht näher bezeichnete Krankheitszustände des ZNS“.

4.27.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV kritisiert die Verschiebung von G93.6 „Hirnödem“ von Krankheit 123 zur Krankheit 124. Das Hirnödem sei ein spezifisches Krankheitsbild, das einer sofortigen Behandlung bedürfe und sich wesentlich von den in Krankheit 124 abgebildeten, nicht akuten und „sonstigen“ Erkrankungen unterscheide. Der AOK-BV argumentiert, dass in der Krankheit 123 neben den Hydrocephali z.B. auch die Codes G93.1 „Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert“, G93.5 „Compressio cerebri“, G93.7 „Reye-Syndrom“ und G93.80 „Apallisches Syndrom“ abgebildet sind, bei denen die extrazelluläre Flüssigkeitsvermehrung keine Rolle spiele, sondern eben Anoxie, Sauerstoffmangel oder Fehlfunktion der Mitochondrien.

4.27.3 Bewertung und Festlegung

Wir stimmen dem AOK-BV zu, dass in der Krankheit 123 neben den Hydrocephali mit extrazellulärer Flüssigkeitsvermehrung auch schwere andere Hirnschädigungen zusammengefasst sind. Die Bezeichnung der Krankheit daher lautet auch „Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen“. Zu den anderen „schweren

Hirnschädigungen“ der Krankheit 123 gehören z.B. der ICD-Kode G93.5 „Compressio cerebri“ (dieser gehört per Definition zu den „mittelschweres Schädel-Hirn-Traumata“), der Kode G93.7, das „Reye-Syndrom“, welches in 25% der Fälle sogar tödlich ausgeht und der Kode G93.80, das „Apallische Syndrom“.

Bei dem ICD-Kode G93.6 „Hirnödem“ (Exklusive traumatisch, exklusive durch Geburt) kann aufgrund des ICD-Kodes nicht festgestellt werden, ob es sich um ein „schwerwiegendes“ oder z.B. um ein „perifokales Hirnödem“ handelt. Zudem kann mit dem ICD-Kode S06.1 das „traumatische Hirnödem“ kodiert werden, welches tendenziell als schwerwiegender einzustufen ist. Im Gegensatz hierzu kann der Kode G93.6 auch bei eher unspezifischen Befunden verwendet werden. Z.B. kann bei einem Zufallsbefund in der Bildgebung als „Nebeneffekt eines Tumors oder einer Entzündung“ ein „perifokales Hirnödem“ diagnostiziert werden.

Nach eingehender Diskussion mit dem wissenschaftlichen Beirat wird entschieden, dass die Diagnose G93.6 „Hirnödem“ in der Krankheit 124 „Anderer / nicht näher bezeichneter Krankheitszustand des Zentralnervensystems“ verbleibt, da mit diesem ICD-Kode der Schweregrad des Hirnödems nicht differenziert werden kann, jedoch der ICD-Kode S06.1 „Traumatisches Hirnödem“ für schwerwiegende Hirnödeme zur Verfügung steht. Vorschläge zu einer differenzierteren Darstellung der Krankheitsbilder in der ICD-Systematik können beim DIMDI eingebracht werden.

4.28 Krankheit 131 „Netzhautablösung“

4.28.1 Festlegungsentwurf

Laut KBV/BÄK sollte die Abgrenzung der ophthalmologischen Krankheiten überarbeitet werden.

Derzeit sind die verschiedenen Erkrankungen des Auges sehr differenziert aufgeteilt in: Krankheit 131 „Netzhautablösung“, Krankheit 132 „Netzhautriss ohne Netzhautablösung“ und 133 „Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der Netzhaut“. In die Krankheit 132 fällt nur ein ICD-Kode H33.3 „Riss ohne Ablösung“ und in die Krankheit 133 nur ein Kode H33.1 „Retinoschisis und Zysten der Netzhaut“.

Zur Vereinfachung und wegen der systematischen Zusammengehörigkeit dieser Erkrankungen werden alle diese Codes in eine Krankheit 131 aufgenommen, die dann „Netzhautablösung und Netzhautriss“ umbenannt wird. Damit werden die Krankheiten 132 und Krankheit 133 aufgelöst.

4.28.2 Stellungnahmen

Im Anhörungsverfahren gab es keine inhaltlichen Stellungnahmen zu dem Vorschlag.

4.28.3 Bewertung und Festlegung

Es erfolgt keine Änderung zum Festlegungsentwurf.

4.29 Krankheit 136 „Sonstige Affektionen der Netzhaut“

4.29.1 Festlegungsentwurf

In einer Stellungnahme der DAK zum Klassifikationssystem wurde angeregt, die diabetischen Stern-Nebendiagnosen (G59.9, G63.2, G99.0, H28.0, H36.0, I79.2, M14.2, M14.6 und N08.3) bei Diabetes mellitus „einheitlicher“ zu betrachten. Hierbei stellte sich die Frage, welchen Krankheiten die o.g. Nebendiagnosen zugeordnet sind. Bisher waren mit Ausnahme der diabetischen Retinopathie (H36.0) die jeweiligen „diabetischen“ Folgeerkrankungen dem betreffenden Organsystem (z.B. Nerven-, Nieren- oder Gefäß-Erkrankungen) zugeordnet. Da die Zuordnung der diabetischen Folgeerkrankungen zu den jeweiligen Organsystemen (Auge, Nerven, Niere) aus nosologischer Sicht als sachgerecht angesehen wird, wurde im Festlegungsentwurf vorgeschlagen die diabetische Retinopathie zukünftig der Krankheit 136 „sonstige Affektionen der Netzhaut“ zuzuordnen. Da in dieser Krankheit alle Retinopathien enthalten sind, soll die Krankheit umbenannt werden in „Retinopathien und sonstige Affektionen der Netzhaut“.

4.29.2 Stellungnahmen

Es sind zustimmende Stellungnahmen von Barmer GEK und dem AOK-BV eingegangen, wobei der AOK-BV eine weitergehende Zusammenlegung der Krankheit 136 „Retinopathien und sonstige Affektionen der Netzhaut“ sowie der Krankheit 135 „Makuladegeneration“ vorschlägt.

4.29.3 Bewertung und Festlegung

Es werden keine Änderungen zum Festlegungsentwurf vorgenommen. Die Anregungen des AOK-BV bezüglich der Zusammenlegung von Krankheit 135 und Krankheit 136 werden in einem der nächsten Anpassungszyklen genauer geprüft.

4.30 Krankheit 138 „Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels“

4.30.1 Festlegungsentwurf

Der Vorschlag von TK et al., die ICD-Kodes H43.- (Affektionen des Glaskörpers), die sich derzeit in der Krankheit 142 „andere und nicht näher bezeichnete Augenerkrankungen“ befinden, in die Krankheit 138 „Glaskörperaffektionen“ zu überführen“, wurde als gerechtfertigt angesehen und im Festlegungsentwurf umgesetzt.

4.30.2 Stellungnahmen

Zu diesem Vorschlag sind keine Stellungnahmen eingegangen.

4.30.3 Bewertung und Festlegung

Es werden keine Änderungen zum Festlegungsentwurf vorgenommen.

4.31 Krankheit 150 „Rheumatisches Fieber“, Krankheit 151 „Erkrankungen der Herzklappen“ Krankheit 155 „Perikarditis und andere Erkrankungen des Perikards und Krankheit 156 „Akute Endokarditis/ Myokarditis“

4.31.1 Festlegungsentwurf

Die DAK hatte in einer ihrer Stellungnahmen zur Krankheitsauswahl eine Neuordnung der o.g. Krankheiten vorgeschlagen: Sie führt u.a. an, dass entgegen dem ätiologischen Ansatz z.B. beim rheumatischen Fieber die rheumatischen Herzklappenerkrankungen nicht alle in die Krankheit 150 „rheumatisches Fieber“ eingeordnet worden seien.

Des Weiteren wurde vorgeschlagen, die akute und die chronische rheumatischen Endo-, Myo- und Perikarditis den Krankheiten Endo-/Myokarditis (Krankheit 156) und Perikarditis (Krankheit 155) zuzuordnen statt der Krankheit 150 „Rheumatisches Fieber“.

Aus medizinischer Sicht und entgegen dem Vorschlag der DAK blieben die Herzklappenerkrankungen gemeinsam in der Krankheit 151 zusammengefasst, unabhängig von ihrer Ätiologie (rheumatisch oder nicht-rheumatisch). Dies wurde dadurch begründet, dass die Klappenerkrankungen ähnliche Therapien, Interventionen und Folgekosten auslösen (von MitraClip bis hin zur Prothese). Auch der Code I39.8 „Endokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Herzklappe nicht näher bezeichnet“ sollte laut Festlegungsentwurf in dieser Krankheit enthalten bleiben, da es sich um eine „nicht näher bezeichnete Herzklappen-Krankheit bei Endokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ handelt.

Entsprochen wurde hingegen dem Vorschlag, den Code I51.4 „Myokarditis, nicht näher bezeichnet“ in die Krankheit 156 „akute Endokarditis/ Myokarditis“ zu verschieben.

Dem Vorschlag, die rheumatischen Erkrankungen des Endo-, Myo- und Perikards auch der Organerkrankung zuzuordnen, wurde nicht entsprochen, da in der ICD-10-GM 2014 akute infektiöse Erkrankungen des Endo-, Myo- oder Perikards von rheumatischen Reaktionen abgegrenzt werden. In der ICD-10-GM werden unter den jeweiligen ICD-Kodes Inklusiva bzw. Exklusiva genannt (z.B. I30.- „Akute Perikarditis inklusive akutem Perikarderguss, exklusive rheumatischer Perikarditis (I01.0)“).

4.31.2 Stellungnahmen

Es sind Stellungnahmen von der Barmer GEK, der IKK und der DAK eingegangen. Die DAK zu den gemachten Änderungsvorschlägen eingegangen. Die DAK stellt zunächst klar, dass sie das Belassen aller rheumatischen und nicht-rheumatischen Klappenerkrankungen in Krankheit 151 entgegen der entsprechenden Darstellung des Festlegungsentwurfs als sachgerecht erachtet und dass diese Zusammenfassung ihrem Vorschlag vom 17.1.2014 entspricht. Die DAK kritisiert jedoch, dass rheumatische und nicht-rheumatische Endokarditiden / Myokarditiden und Perikarditiden nicht zusammengefasst wurden.

Des weiteren wird von ihr kritisiert, dass der ICD-Code I39.8 „Endokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Herzklappe nicht näher bezeichnet“ und der Code I38 „Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet“ in der Krankheit 151 „Erkrankungen der

Herzklappen" eingeordnet sind und schlägt eine Einordnung in die Krankheit 156 „Akute Endokarditis / Myokarditis“ vor mit der Argumentation, dass keine Herzklappe betroffen sei.

Bezüglich der Zuordnung der Herzklappen hat der IKK e.V. eine gegenteilige Auffassung zur DAK: es wird kritisiert, dass das BVA die rheumatisch bedingten Herzklappenerkrankungen nicht entsprechend ihrer Ätiologie der Krankheit 150 „Rheumatisches Fieber“ zuordnet. Ihrer Auffassung nach sei das Grundprinzip der Krankheitsabgrenzung in der Krankheitsauswahl die Ätiologie.

Die Barmer GEK lehnt die Zuordnung des ICD-Kodes I51.4 „Myokarditis, nicht näher bezeichnet“ zur Krankheit 156 „akute Endokarditis/ Myokarditis“ ab, solange keine nachvollziehbare Begründung vorliegt. Eine „nicht näher bezeichnete Erkrankung“ sei nicht notwendigerweise akut.

4.31.3 Bewertung und Festlegung

Nachdem die Einteilung der Herzerkrankungen je nach Gewichtung von Organ oder Ätiologie unterschiedlich bewertet werden kann, hat sich das BVA nach eingehender Diskussion mit dem wissenschaftlichen Beirat entschieden, die Herz-Entzündungen und Herz-Klappenerkrankungen dem jeweils erkrankten „Organ / Organteil“ zuzuordnen. Dieses Vorgehen ist somit in Bezug auf die Herzerkrankungen jetzt einheitlich. Mit dem wissenschaftlichen Beirat wurde diskutiert, dass man hierbei auf die im ICD-10 vorgesehene Trennung zwischen rheumatischen und nicht-rheumatischen Erkrankungen (Inklusiva/ Exklusiva) verzichten kann.

Hierauf erfolgen folgende Änderungen: I01.0 „Akute rheumatische Perikarditis“ und I09.2 „Chronische rheumatische Perikarditis“ werden der Krankheit 155 „Perikarditis und andere Erkrankungen des Perikards“ zugeordnet. Analog werden I01.1 „Akute rheumatische Endokarditis“, I01.2 „Akute rheumatische Myokarditis“, I09.0 „Rheumatische Myokarditis“ der Krankheit 156 „Endokarditis/ Myokarditis“ zugeordnet. Die Codes I09.1 „Rheumatische Krankheiten des Endokards, Herzklappe nicht näher bezeichnet“ und I38 „Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet“ bleiben aufgrund der „nicht näher bezeichneten Herzklappe“ in der Krankheit 151 „Erkrankungen der Herzklappen“.

Die Krankheit 156 wird von „Akute Endokarditis / Myokarditis“ in „Endokarditis / Myokarditis“ umbenannt.

Tabelle 4: Endokarditis / Myokarditis / Perikarditis

ICD	ICD-Bezeichnung	Krankheit		
		Nr. alt	Nr. neu	Bezeichnung
I00	Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung	150		Rheumatisches Fieber / rheumatische Herzerkrankung
I01.0	Akute rheumatische Perikarditis	150	155	Perikarditis und andere Erkrankungen des Perikards
I01.1	Akute rheumatische Endokarditis	150	156	Endokarditis / Myokarditis
I01.2	Akute rheumatische Myokarditis	150	156	Endokarditis / Myokarditis
I01.8	Sonstige akute rheumatische Herzkrankheit	150		Rheumatisches Fieber / rheumatische Herzerkrankung
I01.9	Akute rheumatische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	150		Rheumatisches Fieber / rheumatische Herzerkrankung
I02.0	Rheumatische Chorea mit Herzbeteiligung	150		Rheumatisches Fieber / rheumatische Herzerkrankung
I02.9	Rheumatische Chorea ohne Herzbeteiligung	150		Rheumatisches Fieber / rheumatische Herzerkrankung
I09.0	Rheumatische Myokarditis	150	156	Endokarditis / Myokarditis
I09.1	Rheumatische Krankheiten des Endokards, Herzklappe nicht näher bezeichnet	150	151	Erkrankungen der Herzklappen
I09.2	Chronische rheumatische Perikarditis	150	155	Perikarditis und andere Erkrankungen des Perikards
I09.8	Sonstige näher bezeichnete rheumatische Herzkrankheiten	150		Rheumatisches Fieber / rheumatische Herzerkrankung
I09.9	Rheumatische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	150		Rheumatisches Fieber / rheumatische Herzerkrankung

4.32 Krankheit 157 „AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blockierungen“ und Krankheit 158 „andere Reizleitungsstörungen“

4.32.1 Festlegungsentwurf

Die DAK hatte angeregt zu analysieren, ob entweder eine Zusammenlegung der ICD-Kodes der fünf Krankheiten 157 „AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blöcke“ bis 161 „Extrasystolen“ (siehe nachfolgende Tabelle) oder eine andere Einteilung der Krankheiten vorgenommen werden könne. Sie führte dazu aus, dass verschiedene Einteilungen möglich seien und trotzdem keine vollständig eindeutige Zuordnung gelingen werde und präferierte daher das Modell die betreffenden Krankheiten zu einer zusammenzufassen. Alternativ könne man nach Region (Vorhof oder Kammer-HRST) oder nach Art (Tachy-/Bradykardien, Blöcke, Extrasystolen) der Herzrhythmusstörungen einteilen, wobei dies weitgehend dem Status quo entspricht.

Bisher wurden die Herzrhythmusstörungen (HRST) in fünf Krankheiten eingeteilt (siehe Tabelle 5):

Tabelle 5: Bisherige Einteilung der Herzrhythmusstörungen

Krankheit	Bezeichnung
157	AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blockierungen
158	Andere Reizleitungsstörungen / Arrhythmien
159	Ventrikuläre Tachykardie / Arrhythmie, Herzstillstand
160	Vorhoffarrhythmie
161	Extrasystolen

Der ICD-10-GM 2014 teilt die HRST dagegen in sechs Dreisteller ein (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Herzrhythmusstörungen in der ICD-10-GM 2014

ICD-Dreisteller	Bezeichnung
I45.-	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen
I46.-	Herzstillstand
I47.-	Paroxysmale Tachykardien
I48.-	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
I49.-	sonstige kardiale Arrhythmien

Im Festlegungsentwurf wurde diskutiert, dass aus medizinischer Sicht wie oben beschrieben verschiedene Vorgehensweisen bei der Einteilung denkbar sind: eine „Vereinfachung“ bei der Krankheitsauswahl wurde zwar prinzipiell befürwortet, jedoch erschien eine komplette Zusammenfassung solch verschiedener Krankheitsbilder mit unterschiedlichen therapeutischen und prognostischen Konsequenzen als nicht zielführend.

Insgesamt wurde es aus medizinischer Sicht als sinnvoll erachtet, alle „Blockbilder“ (AV-Block 2. und 3. Grades mit dem AV-Block 1. Grades sowie mit Schenkel- und/ oder Faszikel-Blöcken etc.) zusammenzufassen. Dies soll zukünftig in Krankheit 157 geschehen. Die Krankheit 157 wurde umbenannt in „AV-Block oder sonstige kardiale Erregungsbildungs- oder Reizleitungsstörungen“.

Die supraventrikulären Tachykardien wurden mit den Vorhoferkrankungen „Vorhofflimmern und – flattern“ anatomisch in der Krankheit 160 zusammengefasst.

Da es sich beim Sick-Sinus-Syndrom (I49.5) zwar um eine Erkrankung des Vorhofs handelt, sie jedoch nicht zu den Erregungs*leitungs*-, sondern zu den Erregungs*bildungs*störungen (sinuatrialer Block) gehört und eher wie ein AV-Block II. Grades behandelt wird, blieb der ICD I49.5 den Blockbildern der Krankheit 157 zugeordnet.

Die Krankheit 158 entfiel und die Krankheiten 159 und 161 erfuhren keine Änderungen.

4.32.2 Stellungnahmen

Zu den Herz-Blockbildern und Reizleitungsstörungen sind keine Stellungnahmen eingegangen.

4.32.3 Bewertung und Festlegung

Die Zuordnung der Codes wird wie im Festlegungsentwurf beschrieben umgesetzt. Lediglich die Bezeichnung der Krankheiten 157 und 160 wird entsprechend den verändert zugeordneten Erkrankungen leicht modifiziert: die Krankheit 157 wird umbenannt von „AV-Block oder sonstige kardiale Erregungsbildungs- oder Reizleitungsstörungen“ in „AV-Block

und sonstige Blockbilder im Erregungsleitungssystem des Herzens". Die Krankheit 160 wird umbenannt von „Vorhoffarrhythmie“ in „Vorhoffarrhythmien und sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen".

4.33 Krankheit 163 „Andere, nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen“

4.33.1 Festlegungsentwurf

TK et al. schlugen vor, in Krankheit 163 auch folgende ICD-Kodes aufzunehmen: I51.4 „Myokarditis, nicht näher bezeichnet“ (bisher in Krankheit 162 „Herzinsuffizienz“), R.00.- „Störungen des Herzschlags“ und R01.- „Störungen von Herzgeräuschen und Schallphänomenen“.

Nach Überprüfung des Vorschlags wurde die Myokarditis (I51.4) wie oben beschrieben der Krankheit 156 „Akute Endokarditis/ Myokarditis“ zugeordnet und aus den „nicht näher bezeichneten Herzerkrankungen“ herausgenommen.

Bei den ICD-Kodes R00.- und R01.- „Tachykardie, nicht näher bezeichnet, Bradykardie, nicht näher bezeichnet, Herzgeräusche“ handelt es sich um Symptome bzw. Beschreibungen eines Zustands, sodass die Zuordnung zu der Kategorie 501 „Ausschluss, Symptom / Zustand“ nach wie vor für sachgerecht gehalten wurde. In der Anlage 1 zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 wurde die Ausschlusskategorie 501 ausführlich beschrieben und begründet.

4.33.2 Stellungnahmen

Die Barmer GEK lehnt die Zuordnung der „nicht näher bezeichneten Myokarditis“ zur Krankheit „akute Endokarditis/ Myokarditis“ ab, da eine nicht näher bezeichnete Erkrankung nicht zwangsweise akut sei.

4.33.3 Bewertung und Festlegung

Die Vorschläge des Festlegungsentwurfes werden umgesetzt wie unter den Krankheiten 150 bis 156 erläutert. Die Krankheit umfasst, wie von der Barmer GEK angemerkt, nicht ausschließlich Akutereignisse. Die Krankheit 156 wird daher umbenannt in „Endokarditis/ Myokarditis“.

4.34 Krankheit 174 „Andere Erkrankungen des Gefäßsystems / Postthrombotisches Syndrom / chronisch venöse Insuffizienz“ und Krankheit 175 „Sonstige Venenerkrankungen“

4.34.1 Festlegungsentwurf

TK et al. schlugen die Verschiebung des ICD-Kodes M47.0 „Arteria spinalis anterior-Kompressionssyndrom“ aus der Krankheit 261 „Spondylose und assoziierte Erkrankungen (Osteoarthrose der Wirbelsäule)“ in die Krankheit 174 vor. Der Kode I87.9 „Nicht näher bezeichnete Venenkrankheit“ sollte aus der Krankheit 174 „Andere Erkrankungen des Gefäßsystems/ Postthrombotisches Syndrom/ chronisch venöse Insuffizienz“ in die Krankheit 175 „Sonstige Venenerkrankungen“ verschoben werden.

Da das Kompressionssyndrom der Arteria spinalis durch eine Spondylose ausgelöst wird und eine Kompression einer Arterie und nicht einer Vene ist, wurde der Vorschlag zur Aufnahme von M47.0 in die Krankheit 174 abgelehnt.

Der Vorschlag, den ICD-Kode I87.9 in die Krankheit 175 aufzunehmen, erschien sachgerecht, weshalb ihm entsprochen wurde.

4.34.2 Stellungnahmen

Es ist eine Stellungnahme eingegangen vom AOK-BV, die dem BVA beipflichtet, dass der Kode M47.0 „Arteria spinalis anterior-Syndrom“ nicht in eine „Venenkrankheit“ überführt werden sollte. Er lehnt jedoch die derzeitige Verortung in der Krankheit 261 „Osteoarthrose der Wirbelsäule“ ab. Der AOK-BV schlägt die Einordnung in die KH 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“ vor.

4.34.3 Bewertung und Festlegung

Die Argumentation des AOK-BV kann nachvollzogen werden. Die Codes M47.0- (siehe nachfolgende Tabelle) werden der Krankheit 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen/ Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“ zugeordnet. Der Blutfluss der Spinalarterie ist unterbrochen und es kommt zu einer (meist irreversiblen) Rückenmarksschädigung mit entsprechenden sensiblen und motorischen Ausfällen bis hin zur Querschnittslähmung, kaudal der Arterienläsion.

Tabelle 7: M47.0- Arteria spinalis anterior-Syndrom in Krankheit 121

M47.0	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom
M47.00	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M47.01	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M47.02	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Zervikalbereich
M47.03	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Zervikothorakalbereich
M47.04	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Thorakalbereich
M47.05	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Thorakolumbalbereich
M47.06	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Lumbalbereich
M47.07	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Lumbosakralbereich
M47.08	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M47.09	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Nicht näher bezeichnete Lokalisation

4.35 Krankheit 188 „Mukoviszidose“

4.35.1 Festlegungsentwurf

TK et al. schlugen die Aufnahme des ICD-Kodes P75* „Mekoniumileus bei zystischer Fibrose“ aus der Krankheit 311 „Sonstige Erkrankungen des Verdauungssystem in der Perinatalperiode“ in die Krankheit 188 „Mukoviszidose“ vor. Der Vorschlag wurde als sachgerecht bewertet.

4.35.2 Stellungnahmen

Barmer GEK und IKK e.V. merken an, dass laut Krankheitsabgrenzung (Anhang 4) der ICD-Kode P75 „Mekoniumileus bei zystischer Fibrose“ zweimal, mit unterschiedlichen Alters- und Geschlechtskriterien, der Krankheit Mukoviszidose zugeordnet wird. Einerseits liegt die Altersbeschränkung für Jungen und Mädchen bei einem Jahr, während die Diagnose andererseits nur für Frauen im Alter zwischen 8 und 59 Jahren zugelassen ist.

Eine Kodierung bei der Mutter sollte der Krankheit 502 „AUSSCHLUSS: Kindliche (perinatale) Probleme bzw. Geburt bei der Mutter kodiert“ zugeordnet werden.

Der IKK e.V. empfiehlt, dass im Falle der Kodierung beim Neugeborenen die Zuordnung zur Krankheit 311 „Sonstige Erkrankungen des Verdauungssystems in der Perinatalperiode“ bei einer Altersbeschränkung von einem Jahr erfolgen soll.

4.35.3 Bewertung und Festlegung

Die Zuordnung zu Frauen im Alter zwischen 8 und 59 Jahren erfolgte versehentlich und wird zurückgenommen. Der ICD-Kode verbleibt als eindeutig der Mukoviszidose zuordenbarer ICD-Kode wie im Festlegungsentwurf vorgesehen in der Krankheit 188. Die Kodierung bei der Mutter wird der Krankheit 502 zugeordnet.

4.36 Krankheit 189 „Emphysem / COPD“ und Krankheit 190 „Asthma bronchiale“

4.36.1 Festlegungsentwurf

Der AOK-BV regte wiederholt die Zusammenlegung der beiden Krankheiten an. Einerseits liege die Unterscheidung der Krankheiten aus klinischen Aspekten einzig in der Reversibilität der Atemwegsobstruktion, andererseits seien Mischformen – wie etwa „COPD mit asthmatischer Komponente“ – häufig. Zudem könne sich aus dem Asthma bronchiale eine COPD entwickeln.

Bewertung und Festlegung: Die beiden Erkrankungen unterscheiden sich entscheidend in Ätiologie, Verlauf (Reversibilität) sowie in Bezug auf die Behandlung. Gemeinsames Symptom ist die Atemnot, die bei der COPD als Belastungsdyspnoe mit zunehmender Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit auftritt, während Asthma eine episodische Krankheit ist, bei der die Atemnot anfallsweise auftritt. Es wurde erneut als nicht sachgerecht erachtet, die beiden Krankheiten zu einer Krankheit zusammenzulegen.

4.36.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.36.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.37 Krankheit 192 „Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen“ und 181 „Pneumonie und andere infektiöse Lungenkrankheiten“

4.37.1 Festlegungsentwurf

TK et al. führten aus, dass es sich beim ICD-Code J69.- „Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen“ (Krankheit 181 „Pneumonie und andere infektiöse Lungenerkrankungen“) zwar um eine Lungenentzündung handele, diese jedoch ohne infektiösen Ursprung sei. Sie würde induziert zum Beispiel durch Öle und Nahrung. Mit Blick auf die Pathogenese wird vorgeschlagen, die genannten ICD-Kodes aus der Krankheit 181 „Pneumonie und andere infektiöse Lungenerkrankungen“ in die Krankheit 192 zu übertragen. . Der Vorschlag wurde als sachgerecht angenommen.

4.37.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV merkt an, dass das BVA die Verschiebung der ICD-Kodes J69.x „Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen“ aus Krankheit 181 in Krankheit 192 damit begründet, dass es sich bei diesen Erkrankungen zwar um Lungenentzündungen handele, diese jedoch ohne infektiösen Ursprung seien. Das ist nicht zutreffend. Bei der Pathogenese der Aspirationspneumonien spielen insbesondere bakterielle Erreger eine wesentliche Rolle. Bei

Pneumonien (einschließlich Aspirationspneumonien) handelt es sich zudem um Erkrankungen, die mit entzündlich bedingten, akuten Beeinträchtigungen der Atmung einhergehen, die aber nach erfolgreicher Therapie meist ohne bleibende Schäden ausheilen. Damit unterscheiden sich die Pneumonien (einschließlich der Aspirationspneumonien) wesentlich von den anderen, in Krankheit 192 abgebildeten Lungenerkrankungen, bei denen es sich überwiegend um chronische Veränderungen des Lungengewebes und der Lungenfunktion handelt.

4.37.3 Bewertung und Festlegung

Wenn bei einer Pneumonie eine Infektion nachgewiesen wird, ist die Pneumonie entsprechend des Erregers zu kodieren. Somit ist in diesen Fällen die korrekte Gruppierung gewährleistet. Es wird am Festlegungsentwurf festgehalten.

4.38 Krankheit 202 „Angeborene Anomalien von Ohr, Gesicht, Hals, Nase, Mund und Rachen“

4.38.1 Festlegungsentwurf

Der Vorschlag von TK et al., den ICD-Kode K00.5 „Hereditäre Zerstörung der Zahnstruktur, anderenorts nicht klassifiziert“ in die Krankheit 202 aufzunehmen, wurde abgelehnt, da die derzeitige Einordnung in die Krankheit 199 „Erkrankungen der Zähne, des Zahnfleisches und des Kiefers“ spezifischer ist.

4.38.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.38.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.39 Krankheit 237 „Urtikaria und Erythem“

4.39.1 Festlegungsentwurf

TK et al. schlugen die Verschiebung diverser Codes aus Krankheit 246 „Andere Erkrankungen der Haut“ vor, die explizit die Urtikaria bzw. Erytheme enthalten (L50.- / L53.9 / L54.8). Die vorgeschlagene Neuordnung ist aus medizinisch-nosologischer Sicht spezifischer und wurde daher umgesetzt.

4.39.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.39.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.40 Krankheit 238 „Verbrennungen, exkl. Verbrennungen dritten Grades oder Verbrennungen von 10% und mehr der Körperoberfläche“

4.40.1 Festlegungsentwurf

TK et al. schlugen vor, weitere verbrennungsähnliche Zustände durch Licht- oder Strahleneinwirkung in die Krankheit 238 zu verschieben. Als betroffene ICD-Kodes wurden L56.- „Sonstige Hautveränderungen durch Ultraviolettstrahlen“, L57.- „Hautveränderungen durch chronische Exposition gegenüber nichtionisierender Strahlung, L58- „Radiodermatitis“ und L59.- „Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung“; benannt. Sie befanden sich in Krankheit 246 „Andere Erkrankungen der Haut“. Entsprechend sollte die Krankheit umbenannt werden in „Strahleneinwirkungen / Verbrennungen, exkl. Verbrennungen dritten Grades oder Verbrennungen von 10% und mehr der Körperoberfläche“ vor. Die neue Zuordnung ist aus medizinisch-nosologischer Sicht spezifischer. Daher wird der Vorschlag angenommen.

4.40.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.40.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.41 Krankheit 246 „Andere Erkrankungen der Haut“ und 231 „Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen“

4.41.1 Festlegungsentwurf

TK et al. schlugen die Verschiebung einer Reihe weiterer Kodes (Hautabszesse, Furunkel, Karbunkel (L02.-), Phlegmonen (L03.-), akute Lymphadenitiden (L04.-), Pyodermien (L08.0), Erythrasmae (L08.1) und Pilonidalzysten (L05.-) aus Krankheit 231 „Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen“ in die Krankheit 246 vor, weil die entsprechenden Diagnosen nicht schwerwiegend seien. Der Vorschlag wurde als sachgerecht angesehen.

TK et al. wiesen auch auf einige zur Krankheit 237 „Urtikaria und Erythem“ zugeordnete ICD-Kodes hin, die Diagnosen darstellen, die weder einer Urtikaria noch einem Erythem entsprächen (Granuloma anulare (L92.0), Gottron Papeln (L94.4), Sweet-Syndrom (L98.2)). Auch bei Poikiloderma atrophicum vasculare (Jacobi) (L94.5), die gegenwärtig der Krankheit 043 „Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens unterschiedlicher

Organe“ zugeordnet ist, handele es sich nicht um eine Neubildung. Eine Zuordnung dieser Diagnosen zur Krankheit 246 sei deshalb sinnvoll. Die Argumentation wurde als sachgerecht angesehen und die Vorschläge daher angenommen.

4.41.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV merkt an, dass die vorgeschlagene Ausgliederung von ICD-Kodes aus der Krankheit 231 und Neuuzuordnung zur Krankheit 246 vom AOK-System abgelehnt wird. Bei den genannten ICD-Kodes handelt es sich zweifelsohne um bakterielle Hautinfektionen, weshalb aus pathogenetischer Sicht ein Verbleib in der Krankheit 231 gerechtfertigt ist. Der Argumentation, es handele sich nicht um schwerwiegende Diagnosen, kann nicht gefolgt werden. Empirische Analysen auf AOK-Daten zeigen, dass sich die Folgekosten der Versicherten mit den zur Ausgliederung vorgeschlagenen Diagnosen sich nicht wesentlich von den Versicherten unterscheiden, für die die übrigen der Krankheit 231 zugeordneten Diagnosen bakterieller Hautinfektionen dokumentiert sind. Die Krankheit 231 sollte in „Bakterielle Hautinfektionen“ umbenannt werden.

4.41.3 Bewertung und Festlegung

Der Argumentation der vorliegenden Stellungnahme wird gefolgt. Die im Festlegungsentwurf vorgeschlagene Neuuzuordnung von ICD-Kodes erfolgt nicht. Die Krankheit 231 wird in „Bakterielle Hautinfektionen“ umbenannt.

4.42 Krankheit 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen“

4.42.1 Festlegungsentwurf

Der Vorschlag von TK et al. zur Aufnahme des „Nicht näher bezeichneten Rheumatismus“ (M79.0-, Krankheit 266 „Sonstige Erkrankungen der Weichteilgewebe“) wurde aufgrund der spezifischeren Zuordnung als sachgerecht bewertet und angenommen.

4.42.2 Stellungnahmen

Die Barmer GEK begrüßt die Aufnahme des „nicht näher bezeichneten Rheumatismus“ (M79.0-) in die Krankheit 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen“.

Der AOK-BV bezeichnet die Verschiebung der ICD-Kodes M46.0x, M46.8x, M46.9x, M49.3x, M49.4x und M49.8x (derzeit Krankheit 248), die Spondylopathien und Enthesopathien beschreiben, als richtig, da sie in Krankheit 261 sachgerechter abgebildet sind. Die Zuordnung des ICD-Kodes M45.0x „Spondylitis ankylosans inkl. chronische Polyarthrit der Wirbelsäule“ zu Krankheit 261 "Spondylose und assoziierte Erkrankungen (Osteoarthritis der Wirbelsäule)" wird jedoch nicht sachgerecht bezeichnet. Denn bei der Spondylitis ankylosans handelt es sich um eine chronisch verlaufende entzündlich-rheumatische Erkrankung.

Der IKK e.V. unterbreitet den eigenen Vorschlag, die Stern-Nebendiagnose der Dreisteller M09* „Juvenile Arthritis bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ (bisher Krankheit 211 „Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa) bzw. Krankheit 235 „Psoriasis und Parapsoriasis (inkl. Gelenkbeteiligung)“) einheitlich entsprechend ihrer Eigenschaft als Folgeerkrankung analog zum Vorgehen des BVA bei Krankheit 136 „Sonstige Affektionen der Netzhaut“ der Krankheit 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten der Krankheit“ zuzuordnen.

4.42.3 Bewertung und Festlegung

Die ICD-Kodes M45.0- „Spondylitis ankylosans inklusive chronische Polyarthritis der Wirbelsäule“ verbleiben entsprechend der Argumentation der Stellungnahme des AOK-BV („chronische verlaufende entzündlich-rheumatische Erkrankung“) in Krankheit 248.

Der Vorschlag, die ICD-Kodes M09.- aus Krankheit 211 in Krankheit 248 zu verschieben, geht über den Festlegungsentwurf hinaus und wird in einem der nächsten Anpassungszyklen geprüft werden.

4.43 Krankheit 254 „Binnenschädigung des Knies, Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes“

4.43.1 Festlegungsentwurf

Die TK et al. regten das Verschieben der Erkrankungen der Patella (M22.-; bisher Krankheit 255 „Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht“) in die Krankheit 254 an. Die Neuordnung war aufgrund der höheren Spezifität (Patella ist Teil des Knies) sachgerecht.

4.43.2 Stellungnahmen

Aus Sicht des IKK e.V. sollte der unspezifische ICD-Dreisteller M22 „Krankheiten der Patella“ in die Ausschlusskategorie 503 verschoben werden.

4.43.3 Bewertung und Festlegung

Der ICD-Dreisteller M22 ist laut DIMDI-Metadaten nicht zur Verschlüsselung zugelassen und wird daher der Ausschlusskategorie 503 zugeordnet.

4.44 Krankheit 255 „Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht“ und Krankheit 265 „Erkrankungen der Synovialis und der Sehnen“

4.44.1 Festlegungsentwurf

TK et al. schlugen die Aufnahme der Codes M75.4 „Impingement-Syndrom d. Schulter“, M77.0/.1 „Epicondylitis“ und M77.2 „Periarthritis am Handgelenk“ in Krankheit 255 vor. Diese ICD-Kodes waren bisher Krankheit 266 „Sonstige Erkrankungen der Weichteilgewebe“ zugeordnet. Die Zuordnung ist aus medizinisch-nosologischer Sicht spezifischer und wurde als sachgerecht eingestuft.

Bezogen auf die Krankheit 265 hatten TK et al. die Verschiebung der Tendinitiden bzw. Läsionen im Schulterbereich (M75.-) sowie der Enthesiopathie (M77.5-M77.9) in die Krankheit 265 (aus der Krankheit 266 „Sonstige Erkrankungen der Weichteilgewebe“) vorgeschlagen. Auch diese Zuordnung wurde aus medizinisch-nosologischer Sicht spezifischer und sachgerecht eingestuft und umgesetzt.

4.44.2 Stellungnahmen

Die Änderungen wurde im Rahmen des Anhörungsverfahrens nicht thematisiert.

4.44.3 Anmerkung und Festlegung

Entgegen der Ausführungen in der Dokumentation zum Festlegungsentwurf wurde der ICD-Kode M75.4 „Impingement-Syndrom d. Schulter“ bei der Krankheitsabgrenzung nicht in Krankheit 255, sondern – im Rahmen der Anpassung der „Erkrankungen der Synovialis und der Sehnen“ – gemeinsam mit den übrigen Codes der Dreistellergruppe M75.- in eben diese Krankheit 265 verschoben worden. Der fragliche ICD-Schlüssel wurde somit versehentlich doppelt verschoben.

Nach nochmaliger Diskussion wurde beschlossen, an der Zuordnung des gesamten Dreistellers zur Krankheit 265 „Erkrankungen der Synovialis und der Sehnen“ festzuhalten. Die Zuordnung des Codes M75.4 „Impingement-Syndrom d. Schulter“ zu den den Erkrankungen der Sehnen erscheint dabei gerechtfertigt, da insbesondere die Einklemmung der Sehne des M. Supraspinatus zu der dann vorliegenden Symptomatik führt.

4.45 Krankheit 256 „Skoliose, Deformität der Wirbelsäule“

4.45.1 Festlegungsentwurf

Der Vorschlag von TK et al. zur Aufnahme "Sonstige Wirbelfusion" (M43.2-), "Sonstige näher bezeichnete Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens" (M43.8-) und "Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet" (M43.9-) aus Krankheit 258 „Wirbelgleiten / Spondylolisthesis / Spondylolyse, angeboren oder erworben“ wurde als sachgerecht bewertet und umgesetzt.

4.45.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.45.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.46 Krankheit 258 „Wirbelgleiten / Spondylolisthesis / Spondylolyse“

4.46.1 Festlegungsentwurf

TK et al. schlugen die Aufnahme der ICD-Kodes M53.2- „Instabilität der Wirbelsäule“ vor (derzeit Krankheit 263 „Nicht näher bezeichneter Rückenschmerz und andere Schmerzzustände / Erkrankungen des Rückens / Nackens“). Die Instabilität der Wirbelsäule sei eine Folge vom Wirbelgleiten oder einer Spondylolyse (Bildung eines Spalts im Gelenkfortsatz eines Wirbels). Dabei käme es zur meist beidseitigen Unterbrechung der Interartikularportion. In der Folge könnte es zur sogenannten Spondylolisthesis (Wirbelgleiten) kommen. Aufgrund der Ätiologie sollten diese ICD-Kodes in die Krankheit 258 eingeordnet werden. Dieser Einschätzung wurde zugestimmt.

4.46.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.46.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.47 Krankheit 260 „Bandscheibenerkrankungen“

4.47.1 Festlegungsentwurf

Der Vorschlag von TK et al. zur Aufnahme der Traumatischen Ruptur einer zervikalen Bandscheibe (S13.0, bislang Krankheit 259 „Wirbelkörperluxation (Subluxation)“) war begründet. Die Zuordnung ist aus medizinisch-nosologischer Sicht spezifischer.

4.47.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.47.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.48 Krankheit 261 „Spondylose und assoziierte Erkrankungen“

4.48.1 Festlegungsentwurf

Der Vorschlag von TK et al. zur Umgruppierung bestimmter der Wirbelkörper betreffender Spondylopathien (Spondylolitis ankylosans, Spinale Enthesopathie, weitere Spondylopathien (M45.0-, M46.0-, M46.8-, M46.9-, M49.3-, M49.4, M49.8-)) aus der Krankheit 248 „Rheumatische Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen“ in Krankheit 261 wurde aufgrund der spezifischeren Zuordnung als sachgerecht angesehen und angenommen.

4.48.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.48.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.49 Krankheit 267 „Osteoporose und Folgeerkrankungen“

4.49.1 Festlegungsentwurf

Die ICD-Sternkodes M90.7-* „Knochenfraktur bei Neubildungen (C00 - D48)“ wurden bislang der Krankheit 267 zugeordnet.

Bei der Überarbeitung fiel auf, dass diese Zuordnung nicht sachgerecht ist. Die ICD-Kodes M90.7-* können allerdings nicht den Neubildungen zugeordnet werden, da diese nach Tumorarten differenziert sind. Es wurde deshalb eine neue Krankheit „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“ definiert. Dieser Krankheit wurden neben den ICD-Kodes M90.7-* die Codes M84.4- „Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert“ zugeordnet. Die Codes M84.4- waren früher der Krankheit 270 „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ zugeordnet. Die bisherige Zuordnung war nicht sachgerecht, da als Exklusivum u.a. „Pathologische Fraktur bei Osteoporose (M80.-)“ genannt ist. Die Osteoporose-spezifischen ICD-Kodes zur Fraktur (M80.-) sollten jedoch weiterhin der Krankheit 267 zugeordnet bleiben.

Die neue definierte Krankheit 363 wurde „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“ benannt. Sie enthält sämtliche Diagnosen um die Viersteller M84.4- „Pathologische Fraktur, andernorts nicht klassifiziert“ und M90.7- „Knochenfraktur bei Neubildungen“.

4.49.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV kritisiert, dass die vorgeschlagene Verschiebung der M90.7-Diagnosen (Knochenfrakturen bei Neubildungen) in die neu gebildete Krankheit 363 „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“ nicht sachgerecht sei. Denn Knochenfrakturen bei Neubildungen sind mehrheitlich die Folge von Knochenmetastasen und zum geringeren Teil

die Folge primärer bösartiger Neubildungen des Knochens. Knochenfrakturen bei Neubildungen sind damit entweder die Folge sekundärer bösartiger Neubildungen oder eine Komplikation primärer Neubildungen. Es wird daher vorgeschlagen, die Knochenfrakturen bei Neubildungen (M90.7) der Krankheit 035 „Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation, inkl. Komplikationen“ zuzuordnen.

Auch die Verschiebung der „Anderenorts nicht klassifizierten pathologischen Frakturen“ (M84.4) aus Krankheit 267 „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ in die neu gebildete Krankheit 363 „Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose“ wird als nicht sachgerecht bezeichnet. Stattdessen wird vorgeschlagen, die „anderenorts nicht klassifizierten pathologischen Frakturen“ (M84.4) in der Krankheit 267 zu belassen und die neue Krankheit 363 aufzulösen (Begründung siehe Stellungnahme des AOK-BV, Seite 11-12).

Die DAK empfindet die Verschiebung der pathologischen Frakturen bei Neubildungen (M90.7-*) und anderenorts nicht klassifizierter pathologischer Frakturen (M84.4-) in eine neue Krankheit überraschend. Es wird für sachgerecht gehalten, 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. Die weiteren Differenzierungen könnten in der Klassifikation erfolgen. So könne erreicht werden, dass die pathologische Fraktur bei Osteoporose in der Hierarchie Osteoporose berücksichtigt wird oder die pathologische Fraktur bei Neubildungen auch in der Hierarchie Neubildungen..

4.49.3 Bewertung und Festlegung

In der neuen Krankheit sollen – abgesehen von den osteoporose-bedingten – alle pathologischen Frakturen zusammengefasst werden. Insofern sind von den unter den ICD-Kodes genannten Exklusiva nur die „Pathologischen Frakturen bei Osteoporose“ relevant. Osteoporose-bedingte Frakturen können über die ICD-Kodes M80.- verschlüsselt werden, die ICD-Kodes M80.8- „Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur“ und M80.9- „Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur“ bieten die Option auch pathologische Frakturen bei Osteoporosen bei anderenorts klassifizierten Erkrankungen (D82.-) abzubilden. Insofern wird keine Notwendigkeit gesehen, vom Festlegungsentwurf abzuweichen.

4.50 Krankheit 270 „Andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels (z.B. Osteodystrophia deformans / Paget's disease of bone)“

4.50.1 Festlegungsentwurf

TK et al. schlugen die Zuordnung von „Osteophyten“ (M25.7-, derzeit Krankheit 255 „Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht“) und Knochenspornen (M76.2 / M77.3, derzeit Krankheit 266 „Sonstige Erkrankungen der Weichteilgewebe“) zur Krankheit 270 vor. Der Vorschlag wurde angenommen, da die Zuordnung aus medizinisch-nosologischer Sicht spezifischer ist.

4.50.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.50.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.51 Krankheit 285 „Prostataerkrankungen, exkl. BPH“

4.51.1 Festlegungsentwurf

TK et al. schlugen die Verschiebung der Prostatadysplasie (N42.3, bislang Krankheit 037 „Carcinoma in situ“) in die Krankheit 285 vor. Der Vorschlag wurde als sachgerecht angesehen, zumal es sich beim N42.3 laut Beschreibung in der ICD-10-GM um eine „Niedriggradige Prostatadysplasie“ handelt, die nicht als „Carcinoma in situ“ angesehen wird. Die „Hochgradige Prostatadysplasie (D07.5)“, die derzeit richtigerweise der Krankheit 037 zugeordnet ist, ist für die Kodierung des N42.3 explizit ausgeschlossen.

4.51.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.51.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.52 Krankheit 288 „Angeborene Anomalien der männlichen Genitalorgane“

4.52.1 Festlegungsentwurf

Die TK et al. schlugen die Zuordnung der „angeborenen Hydrozele“ (P83.5, Krankheit 312 „Probleme der Haut / Temperatur bei Neugeborenen“) zur Krankheit 288 vor. Der Vorschlag wurde als sachgerecht bewertet. Da die Hydrozele auch im Erwachsenenalter erstmals symptomatisch werden kann, ist das Altersintervall 0 bis 124 der Krankheit 288 sinnvoll.

4.52.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.52.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.53 Krankheit 317 „Angeborene Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems“ und Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)“

4.53.1 Festlegungsentwurf

In Stellungnahmen der Spitzenorganisationen der Krankenkassen wurde eine Zusammenlegung der Krankheiten 317 (im Klassifikationssystem DXG 479 und 480; Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“) und Krankheit 318 (im Klassifikationssystem DXG 726, 727, 732, 734; Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“) kontrovers diskutiert. Der AOK-BV plädierte dafür, der IKK e.V. argumentierte dagegen.

Die Auswertung der RSA-Daten zu einer Untergruppe der aufgrund der Krankheitsauswahl 2014 neu aufgenommen ICD-Kodes der Krankheit 317 im Rahmen der Erstellung des Festlegungsentwurfs AJ2015 hatte gezeigt, dass es zwar – wie auch vom AOK-BV angeführt – in den ersten Lebensjahren einen Gipfel der Diagnosehäufigkeit gibt, die Mehrzahl dieser Diagnosen aber in höheren Lebensaltern als ein oder auch fünf Jahren gestellt werden (wahrscheinlich als Zufallsbefunde oder aufgrund einer erst spät einsetzenden Symptomatik). Eine Zusammenlegung mit der Krankheit 318, die ICD-Kodes von Diagnosen enthält, die vorwiegend bei Neugeborenen bzw. in den ersten Lebensjahren diagnostiziert und behandelt werden, wurde deshalb als nicht sachgerecht abgelehnt.

Die ICD-Kodes Q31.5 und Q32.0 wurden nach Abwägung aller Argumente der Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)“ zugeordnet, sodass in der nächsten Überarbeitung des Klassifikationssystems eine Zuordnung zur Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“ erfolgen kann. Die Krankheit 318 wird deshalb in „Angeborene Fehlbildungen des respiratorischen Systems und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)“ umbenannt.

4.53.2 Stellungnahmen

Die Barmer GEK merkt zum Vorschlag des Festlegungsentwurfs an, dass die Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildung der Lunge und des Magendarmtraktes bei Kindern (bis max. 5 Jahren)“ Bestandteil der Krankheitsauswahl ist, die Krankheit 317 „Angeborene Anomalie der Lunge/des respiratorischen Systems“ hingegen nicht. Bei näherer Betrachtung der ICD-Zuordnung zu den jeweiligen Krankheiten ist festzustellen, dass es sich zu einem großen Teil um medizinisch verwandte ICD-Codes handelt. Es sollte die Krankheitsabgrenzung der Krankheiten 318 „Angeborene Fehlbildung der Lunge und des Magendarmtraktes bei Kindern (bis max. 5 Jahren)“ und 317 „Angeborene Anomalie der Lunge/des respiratorischen Systems“ überdacht bzw. eine Zusammenlegung der Krankheiten geprüft werden.

Aus Sicht des AOK-Systems wird es weiterhin als sachgerecht bezeichnet, die Krankheiten 317 und 318 zusammenzulegen. Das BVA und der Wissenschaftliche Beirat werden gebeten, weitere Analysen zur Krankheitsschwere im Alter > 5 Jahre durchzuführen und die Zusammenhänge in Bezug auf die Krankheitsursachen in Hinblick auf eine sachgerechte Zusammenlegung beider Krankheiten zu analysieren und zu bewerten. Statt

eine Zusammenlegung wegen der Definition der Altersgrenze aus formalen Gründen abzulehnen, ist zu überlegen, wie die altersbezogene Differenzierung im Klassifikationsmodell – und nicht im Rahmen der Krankheitsauswahl – vorgenommen werden kann.

4.53.3 Bewertung und Festlegung

Aus Kapazitätsgründen ist eine entsprechende weitergehende Untersuchung derzeit nicht möglich. In einem der nächsten Anpassungszyklen werden deshalb erneut weitere Prüfungen erfolgen. Der Festlegungsentwurf wird umgesetzt.

4.54 Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)“ und Krankheit 204 „Ösophagusatresie / -stenose, andere angeborene gastrointestinale Anomalien (Alter > 1 Jahr)“

4.54.1 Festlegungsentwurf

Die ICD-Kodes Q39.- „Angeborene Fehlbildungen des Ösophagus“ sowie Q41.- „Sonstige angeborene Fehlbildungen des oberen Verdauungstraktes“ waren bislang sowohl der Krankheit 204 - weitere ICD-Kodes sind dieser Krankheit nicht zugeordnet - als auch Krankheit 318 mit überlappenden Altersintervallen zugeordnet.

Um die Überlappung der Altersintervalle bei den Krankheiten zu beseitigen, wurde das Altersintervall für die Krankheit 204 von „2 bis 124 Jahre“ auf „6 bis 124“ Jahre geändert. Die Krankheit 204 wurde dementsprechend umbenannt in „Ösophagusatresie / -stenose, andere angeborene gastrointestinale Anomalien (Alter > 5 Jahre)“.

4.54.2 Stellungnahmen

Keine spezifische Stellungnahme zu diesen Änderungen erfolgt.

4.54.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich. Weitere Anmerkungen befinden sich bei Krankheit 317.

4.55 Krankheit 321 „Angeborene Anomalien der Wirbelsäule, exkl. Spondylolisthesis / Spondylose“ und Krankheit 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“

4.55.1 Festlegungsentwurf

TK et al. regten die Zuordnung der Spina bifida (Q05-, derzeit Krankheit 121 „Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems“) zur Krankheit 321 an. Dies wurde als sachgerecht angesehen. An den Altersgrenzen (0 bis 124) änderte sich durch die Neuzuordnung nichts.

4.55.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV bemerkt zu dem Thema, dass es sich bei der Spina bifida (Q05.-) um ein komplexes Fehlbildungssyndrom des ZNS handelt, das weiterhin der Krankheit 121 zugeordnet werden muss. Die Spina bifida kann nicht als isolierte Anomalie der Wirbelsäule betrachtet werden.

Die BARMER GEK schlägt vor, nur die ICDs Q05.5 bis Q05.9 in die Krankheit 321 zu verschieben. Die generelle Verschiebung der Spina bifida (Q05.-) in die Krankheit 321 "Angeborene Anomalien der Wirbelsäule, exkl. Spondylolisthesis / Spondylolyse" wird von der BARMER GEK als zu undifferenziert abgelehnt. Während die ICDs Q05.0 bis Q05.4 eine Spina bifida mit Hydrozephalus beschreiben, besteht bei den ICDs ab Q05.5 kein Hydrozephalus.

4.55.3 Bewertung und Festlegung

Es wird dem Argument gefolgt, dass es sich bei der Spina bifida um ein komplexes Fehlbildungssyndrom des ZNS handelt, das weiterhin der Krankheit 121 zugeordnet werden sollte. Die ICD-Kodes Q05.- verbleiben entgegen dem Festlegungsentwurf weiterhin der Krankheit 121.

4.56 Krankheit 322 „Angeborene schwere Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes“

4.56.1 Festlegungsentwurf

TK et. schlugen die Zuordnung schwerwiegender angeborener Fehlbildungen der Extremitäten (Q71.0-Q71.3, Q72.0-Q72.3, Q73.0, Q74.0) aus Krankheit 320 „Andere angeborene muskuloskeletale Anomalien“ zur Krankheit 322 vor. erschien mit Ausnahme der Diagnose Q74.0 „Sonstige angeborene Fehlbildungen der oberen Extremität(en) und des Schultergürtels“ sachgerecht. Dem ICD-Kode Q74.0 ist kein Schweregrad zuzuordnen. An den Altersgrenzen (0 bis 124) änderte sich durch die Neuzuordnung nichts.

4.56.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.56.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.57 Krankheit 330 „Wirbelkörperfraktur“

4.57.1 Festlegungsentwurf

Die TK et al. schlugen die Aufnahme der „Fraktur im Bereich des Halses, Teil nicht näher bezeichnet“ (S12.9, Krankheit 331 „Offene Rippenfraktur, Fraktur des Sternums, Fraktur der Kehlkopfknöchel, Verletzung der Trachea, Wirbelkörperfraktur“) in die Krankheit 330 vor.

Da der Krankheit 330 nicht nur Frakturen bzw. Kompressionen von Wirbelkörpern, sondern ICD-Kodes zu Frakturen von Wirbeln im Allgemeinen zugeordnet werden, sollte zunächst die Krankheit 330 „Wirbelkörperfraktur“ in „Wirbelfraktur“ umbenannt werden. Auch der Vorschlag der TK et al. zum ICD-Kode S12.9 erschien sachgerecht und es erfolgte eine Zuordnung zur Krankheit 330.

Analog sollte der Begriff „Wirbelkörperfraktur“ bei der Krankheit 331 „Offene Rippenfraktur, Fraktur des Sternums, Fraktur der Kehlkopfknöchel, Verletzung der Trachea, Wirbelkörperfraktur“ durch „Wirbelfraktur“ ersetzt werden.

4.57.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.57.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.58 Krankheit 341 „Traumatische Gelenkluxation, exkl. Hüfte, Knie, Schulter und der Wirbel“

4.58.1 Festlegungsentwurf

TK et al. schlugen die Aufnahme weiterer, bislang der Krankheit 339 „Distorsion / Verrenkung“ zugeordneter Codes, die eine Luxation beinhalten (können), in die Krankheit 341 vor. Aufgrund der spezifischeren Zuordnung wurde dies als sachgerecht bewertet und umgesetzt.

4.58.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.58.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.59 Krankheit 345 „Frakturen des Sprunggelenks“

4.59.1 Festlegungsentwurf

Der Vorschlag von TK et al. zur Zuordnung malleolärer Frakturen (S82.81/.82, Krankheit 344 „Frakturen der Patella, Tibia, Fibula, multiple Frakturen der oberen / unteren Extremität“) in die Krankheit 345 wurde umgesetzt, da er sachgerecht war..

4.59.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.59.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.60 Krankheit 346 „Offene Wunde, exkl. Auge / Unterarm“

4.60.1 Festlegungsentwurf

TK et al. wiesen darauf hin, dass die Krankheit 346 trotz der Namensgebung Wunden und Verletzungen des Unterarmes enthielt. Die entsprechenden ICD-Kodes dieser Diagnosen wurden daher in die Krankheit 340 „Offene Wunde / Verletzung des Unterarms“verschoben.

4.60.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.60.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.62 Krankheit 347 „Fraktur des Fußes“

4.62.1 Festlegungsentwurf

Die TK et a. schlugen die Aufnahme von bestimmten Weichteilschäden im Fußbereich, die bislang der Krankheit 346 „Offene Wunde, exkl. am Auge und Unterarm“ zugeordnet sind (S91.84 bis S91.89), zur Krankheit 347 vor. Die neue Zuordnung ist aus medizinisch-nosologischer Sicht spezifischer.

4.62.2 Stellungnahmen

In der Anhörung ist keine Stellungnahme zu dieser Krankheit erfolgt.

4.62.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

4.63 Bisherige Krankheit 348 „Quetschung“ und Krankheit 350 „Prellung / (oberflächliche) Verletzung“

4.63.1 Festlegungsentwurf

Die ICD-Kodes zu Prellungen und Quetschungen waren bislang auf zwei Krankheiten aufgeteilt. Der Unterschied zwischen einer Quetschung und Prellung besteht darin, dass bei einer Quetschung Körpergewebe zusammengepresst wird. Es entsteht also nicht nur Druck von einer Seite auf das Körpergewebe, sondern dieses wird in sich gequetscht. Der medizinische Fachbegriff für beide Erkrankungen ist identisch: Kontusion. Es erschien deshalb sachgerecht, die ICD-Kodes beider Krankheiten zusammenzuführen. In Hinblick auf die Vielzahl der enthaltenen ICD-Kodes und der lokalisationsbezogenen medizinischen Auswirkungen wurden drei Krankheiten definiert:

- Krankheit 364: Kontusion / (oberflächliche) Verletzung des Kopfes und Halses,
- Krankheit 365: Kontusion / (oberflächliche) Verletzung des Rumpfes,
- Krankheit 366: Kontusion / (oberflächliche) Verletzung der Extremitäten, inkl. nicht näher bez. Lokalisationen.

4.63.2 Stellungnahmen

Es erfolgte keine spezifische Stellungnahme zu dieser Krankheit.

4.63.3 Bewertung und Festlegung

Gegenüber dem Festlegungsentwurf ist keine Änderung erforderlich.

5. Ergebnis der Krankheitsauswahl

Durch die in diesem Dokument dargestellte Anpassung der Datenbasis, durch die Modifikation des Auswahlalgorithmus bzw. durch die Überarbeitung der Abgrenzung der Krankheiten ergeben sich im Vergleich zum Vorjahr die in Tabelle 8 und Tabelle 9 aufgeführten Veränderungen an der Liste der im Ausgleichsjahr 2016 im RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten.

Tabelle 8: Ab dem Ausgleichsjahr 2016 im Risikostrukturausgleich neu zu berücksichtigende Krankheiten

74	Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)
75	Delir und Enzephalopathie
197	Sonstige Krankheiten der Pleura
205	Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutung und/oder Perforation
218	Peritonitis
327	Schweres Schädel-Hirn-Trauma
330	Wirbelfraktur
342	Femurfraktur

Tabelle 9: Ab dem Ausgleichsjahr 2016 nicht mehr im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähige Krankheiten

43	Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens unterschiedlicher Organe
49	Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten (ohne bösartige Neubildungen) [Anm.: Zugehörige Codes wurden den „Erworbenen Anämien“ zugeordnet]
82	Angst- und Zwangsspektrumsstörungen
93	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
101	Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen
118	Myopathien
221	Akute schwere Lebererkrankung
317	Angeborene Anomalie der Lunge / des respiratorischen Systems

Zur Übersicht sind in den folgenden zwei Tabellen noch einmal explizit die Änderungen in der Krankheitsauswahl im Vergleich zum Festlegungsentwurf dargestellt.

Tabelle 10: In der Festlegung berücksichtigte Krankheiten, die im Festlegungsentwurf nicht berücksichtigungsfähig waren

75	Delir und Enzephalopathie
231	Bakterielle Hautinfektionen

Tabelle 11: In der Festlegung nicht berücksichtigungsfähige Krankheiten, die im Festlegungsentwurf berücksichtigt waren

1	Intestinale Infektionen
363	Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose