



**Stellungnahme des IKK e.V.  
zum Entwurf der  
Auswahl der im morbiditätsorientierten  
Risikostrukturausgleich zu  
berücksichtigenden Krankheiten  
für das Ausgleichsjahr 2017**

**(Krankheitsauswahl 2017)**

**IKK e.V.**  
Hegelplatz 1  
10117 Berlin  
030/202491-0  
info@ikkev.de

## Vorbemerkungen

Das Bundesversicherungsamt (BVA) legt nach § 31 Abs. 4 Satz 1 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) die im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden 50 bis 80 Krankheiten bis zum 30. September für das folgende Ausgleichsjahr fest. Bei der Auswahl sollen nach § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV „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. Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.“

Im letzten Anpassungszyklus wurden zahlreiche Krankheiten überarbeitet. In diesem Jahr soll insbesondere auf die gastrointestinalen, nephrologischen und neurologischen Krankheiten eingegangen werden. Zudem hat der wissenschaftliche Beirat von den Kassenorganisationen vorgebrachte und bislang ungeprüfte Anpassungsvorschläge der letzten Jahre noch einmal aufgegriffen, was aus Sicht der Innungskrankenkassen grundsätzlich zu begrüßen ist. Zur besseren Nachvollziehbarkeit wäre es zusätzlich hilfreich, wenn das BVA den Bearbeitungsstand der eingebrachten Vorschläge in Form einer Übersicht dokumentieren würde. Dort könnten die Krankenkassen ersehen, welche Vorschläge noch zur Bearbeitung anstehen.

Allerdings sind immer noch einige Vorschläge aus den letzten Jahren unberücksichtigt geblieben, die sich insbesondere mit den weitaus gewichtigeren Fragen der Methodik der Krankheitsauswahl befassen. Das BVA selbst hat beispielsweise die Diskussion um die Prävalenzgewichtung bei der Krankheitsauswahl im letzten Jahr selbst mit eigenen Auswertungen weitergeführt. Die zahlreichen Verbesserungsvorschläge an der vorgestellten Datengrundlage sowie an der zugrundeliegende Methodik wurden aber in diesem Jahr entgegen der im Auswahlverfahren 2016 in Aussicht gestellte Aktualisierung nicht aufgegriffen.

Auch darüber hinaus gehende Vorschläge zur Anpassung der Methodik der Krankheitsauswahl wurden noch nicht diskutiert. Bereits im Auswahlverfahren für 2013 hatte das BVA selbst angekündigt, eine engere Abgrenzung der zur Auswahl stehenden Krankheiten anzustreben. Dieser Ansatz wurde seither allerdings nicht weiterverfolgt. Stattdessen hat das BVA angekündigt, die Krankheitsauswahl künftig nur noch in einem dreijährigen Turnus durchzuführen. Ohne eine umfassende Evaluation der grundsätzlichen Methodik der Krankheitsauswahl inklusive der zum Teil gravierenden Anpassungen im letzten Jahr halten wir dieses Vorhaben für nicht zielführend.

Die Innungskrankenkassen machen sich weiterhin für eine grundlegende Überarbeitung der Methodik der Krankheitsauswahl, insbesondere der Frage der Prävalenzgewichtung bei der Bestimmung der Kostenintensität stark. Die bereits bekannten Verzerrungen zugunsten hochprävalenter Krankheiten bleiben auf Grund der beibehaltenden Gewichtung mit der Wurzelfunktion

erhalten. Ein aktuelles Gutachten des IGES Instituts mit den Professoren Dres. Glaeske und Greiner kommt zu dem Ergebnis, dass eine logarithmische Prävalenzgewichtung bessere Ergebnisse im Hinblick auf Manipulationsresistenz, Kontrollierbarkeit, Justiziabilität und vor allem im Hinblick auf die Verteilungswirkung auf Ebene der am Morbi-RSA teilnehmenden Krankenkassen im Sinne eines faireren Wettbewerbs erreicht. Das Gutachten wurde am 08.01.2016 mit den Professoren Dres. Ulrich und Wille in einem wissenschaftlichen Diskurs validiert. Die Gutachter empfehlen demnach, die Prävalenz ab dem Ausgleichsjahr 2017 mithilfe der Logarithmusfunktion zu gewichten. Der IKK e.V. sieht sich daher in seiner Forderung gestützt, bei der Betrachtung der Kostenintensität auf die Logarithmusfunktion zur Ermittlung der Prävalenzgewichte zurückzugreifen, um unvermeidbaren, teuren Erkrankungen den Weg in die Krankheitsauswahl zu ermöglichen.

Zudem möchten wir abermals darauf hinweisen, dass die Prüfung des Schwellenwertkriteriums gemäß § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV nach unserer Auffassung auf die durchschnittlichen Leistungsausgaben jeder einzelnen Krankheit abstellt. In unserer Stellungnahme zum Entwurf des BVA für die Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013 hatten wir vorgeschlagen, in Zukunft eine Regressionsanalyse auf Basis der zeitgleichen Leistungsausgaben vorzunehmen, um die isolierten Kosten einzelner Erkrankungen abzubilden. Diesen Vorschlag erhalten wir weiterhin aufrecht.

Im Rahmen der Gestaltung des Klassifikationsmodells kann es zu Entwurfskonstellationen kommen, in denen sich einzelne Diagnosen oder Diagnosegruppen als insignifikant erweisen. Letztlich besteht durch die bisherige Gestaltungspraxis des Klassifikationsmodells weiterhin die Gefahr, dass Diagnosen mit statisch nicht signifikanten Folgekosten im Rahmen des Morbi-RSA ausgleichsfähig werden. Es ist es nicht auszuschließen, dass einzelne Diagnosen das erforderliche Signifikanzniveau nur durch die gemeinsame statistische Prüfung mit anderen, signifikanten Diagnosen erreichen. Dies ist aus Sicht der Innungskrankenkassen widersprüchlich zu den gesetzlich festgelegten Zielen des RSA. § 268 Abs.1 Satz 1 Nr. 2 SGB V spricht eindeutig davon, sich an den „durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben“ zu orientieren. Eine Vermeidung von ungerechtfertigten Zuschlägen kann nur durch in isolierter Betrachtung signifikante Regressionsgewichte der einzelnen Diagnosekodes sichergestellt werden.

Der IKK e.V. regt daher an, bereits im Rahmen der Krankheitsauswahl der Gefahr von insignifikanten, d.h. nicht sicher Folgekosten verursachenden Diagnosen zu begegnen. Dies sollte im Rahmen einer Regressionsanalyse auf der Ebene der unhierarchisierten ICD-Kodierungen geschehen. Diagnosen, die hier nicht das geforderten Signifikanzniveau aufweisen, d.h. am Nachweis signifikanter Folgekosten scheitern, könnten so bereits vor der Prüfung der weiteren Auswahlkriterien aus den entsprechenden Krankheitsbildern aussortiert werden. Für alle Diagnosen, die nach Durchführung der Krankheitsauswahl im Morbi-RSA ausgleichsfähig werden, kann im

weiteren Verlauf des Verfahrens davon ausgegangen werden, dass sie Folgekosten in signifikantem Maße nach sich ziehen. Ein Neuzuschnitt von Zuschlagsgruppen mit dem Ziel der Vermeidung insignifikanter Schätzer bliebe dann im Hinblick auf den Nachweis realer, aus den indizierten Krankheitsbildern resultierenden Leistungsausgaben unproblematisch.

Das BVA hatte bei der Festlegung der Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2015 angekündigt, die Möglichkeiten einer „schlanken Integration“ eines fakultativen Vorschlagsverfahrens auch für die Krankheitsauswahl zu diskutieren. Dieser Ansatz wurde nicht fortgesetzt. Auch hier sehen wir Verbesserungspotential für das Anhörungsverfahren.

## **I. Überprüfung und Anpassung des Berechnungsverfahrens und der Aufgreifkriterien**

Die Innungskrankenkassen haben im Rahmen der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 die fehlende Aktualität der Datengrundlagen bei den vom wissenschaftlichen Beirat durchgeführten Simulationen zur Überprüfung der Prävalenzgewichtung kritisiert. Die Modellrechnungen wurden auf Basis einer veralteten Datengrundlage durchgeführt. Allein durch den Wechsel der Datengrundlage ergaben sich bereits Änderungen in der Krankheitsauswahl. Der Beirat hatte seinerzeit in Aussicht gestellt, die Auswertung zur Prävalenzgewichtung anhand aktualisierter Daten in einem der zukünftigen Auswahlzyklen durchzuführen. Eine entsprechende Bewertung erfolgt im Rahmen der aktuellen Krankheitsauswahl jedoch nicht.

## **II. Anpassung an den ICD-10-GM 2015**

### ***a) Mit der ICD-10-GM 2016 neu eingeführte ICD-Kodes***

Die ICD-Kodes Q89.00, Q89.01 und Q89.08 sollen der Krankheit 176 „Nicht-infektiöse Erkrankungen des Lymphsystems und der Milz“ zugeordnet werden. Da der ICD-Kode Q89.0 bisher schon der Krankheit 323 „Nicht näher bezeichnete Fehlbildungssyndrome“ zugeordnet ist, sollten alle Q89.- Diagnosen folgerichtig entweder der Krankheit 323 oder der Krankheit 176 zugeordnet werden.

Der ICD-Kode P91.7 „Erworbener Hydrozephalus in der Perinatalperiode“ soll der Krankheit 313 und der Krankheit 502 „Kindliche (perinatale) Probleme bzw. der Geburt bei der Mutter kodiert“ zugeordnet werden. Der Altersbezug beim Säugling (Krankheit 313) ist korrekt. Bei der Krankheit 502 hat die Abgrenzung analog zu P91.8 auf 8 bis 59 Jahre zu erfolgen. Das Geschlecht darf hier nur weiblich sein.

Die Kodierungen Z91.7- sollen der Krankheit 295 „Nicht-entzündliche Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane“ zugeordnet werden. Hierbei handelt es sich um Symptome und Zustandsbeschreibungen aus Eigenanamnese. Die ICD Kodes sollten daher der Krankheit 501 zugeordnet werden.

### ***b) Geänderte Bezeichnungen einzelner ICD-Kodes***

Gegenüber der ICD-10-GM-2015 weist die ICD-GM-2016 202 ICD-Kodes mit geänderten ICD-Bezeichnungen auf, die in Tabelle 2 aufgeführt sind. Insbesondere die ICD-Kodes A49.1, B95.2 und G23.2 haben dabei inhaltlich neue bzw. erweiterte Bedeutungen erhalten (s. Tabelle 2). Auch hier besteht, wie bereits schon im letzten Jahr, auf Grund der inhaltlichen Bedeutungsänderungen von ICD-Kodes insbesondere bei Jahresüberliegern die Gefahr von Fehlkodierungen.

## **HINWEIS:**

Bei der der Zuordnung der ICD-Kodes in Anlage 4 (Tabelle Krankheitsabgrenzung) zur Krankheit 100 (Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen) ist bei der Diagnose G23.2 die Bemerkung „vor 2016“ zu streichen.

## **III. Änderungen der Krankheitsabgrenzung**

### **zu a) Krankheit 043 „Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens unterschiedlicher Organe“ und Krankheit 053 „Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes“**

Die Bewertung und die Zuordnung zu Krankheit 053 ist aus unserer Sicht sachgerecht. Der Histiozytose liegt eine Veränderung der Langerhanschen Zellen im Knochenmark zugrunde. Solide Tumore, die eine Zuordnung zur Krankheit 043 erlauben würden, entstehen im Krankheitsverlauf nicht.

### **zu b) Krankheit 327 „Schweres Schädel-Hirn-Trauma“, Krankheit 328 „Mittelschweres Schädel-HirnTrauma“, Krankheit 329 „Leichtes Schädel-HirnTrauma“ und Krankheit 346 „Offene Wunde, exkl. am Auge und Unterarm“**

Die vorgeschlagene Verschiebung der S01.8-Diagnosen ist aus unserer Sicht nachvollziehbar. Die Verschiebung der Diagnose S02.2 Nasenbeinfraktur in die Krankheit 329 ist ebenso angemessen. Die Neubezeichnung der Krankheiten 327, 328 und 329 ist zu unterstützen.

### **zu c) Krankheit 302 „Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen) und Krankheit 303 „Lebendgeborene (ohne weitere Angabe)“**

Die Argumentation des BVA scheint nachvollziehbar, zumal die Diagnosekodes Z37.- auch Totgeburten beinhalten. Insofern wäre eine generelle Zuordnung zu den Lebendgeborenen nicht sachgerecht.

### **zu d) Krankheit 305 „Risikogeburt“ und Krankheit 306 „Infektionen des Neugeborenen“**

Die Argumentation ist aus Sicht der Innungskrankenkassen nachvollziehbar.

**zu e) Krankheit 305 „Risikogeburt“ und Krankheit 311 „Sonstige Erkrankungen des Verdauungssystems in der Perinatalperiode“**

Die Verschiebung des Kodes P77 Enterocolitis necroticans in die Krankheit 311 ist aus unserer Sicht nicht sinnvoll. Der Erkrankungsgipfel liegt zwar in der 2.-4. Lebenswoche. Die Enterocolitis necroticans tritt aber ausschließlich bei unreifen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500g auf, mithin handelt es sich immer um eine Risikogeburt.

**zu f) Krankheit 305 „Risikogeburt“ und Krankheit 313 „Andere Probleme in der Perinatalperiode“**

Die Argumentation des BVA ist grundsätzlich nachvollziehbar, allerdings ist durch eine Verschiebung die Gefahr der Doppelkodierungen durch Diagnosen wie P11.1 „Sonstige näher bezeichnete Hirnschädigung durch Geburtsverletzung“ und P10.1 „Zerebrale Blutung durch Geburtsverletzung“ deutlich vergrößert. Eine Verschiebung ist aus diesem Grund aus unserer Sicht nicht angezeigt.

**zu g) Krankheit 305 „Risikogeburt“ und Krankheit 307 „Blutungen beim Neugeborenen“**

Die Argumentation ist grundlegend nachvollziehbar. Im Kontext der Krankheiten 305 und 307 schlagen die Innungskrankenkassen außerdem vor, die Diagnose P02.1 „Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch sonstige Formen der Plazentalösung und –blutung“ aus der Krankheit 307 in die Krankheit 305 zu verschieben, da es sich um einen der wenigen echten geburtshilflichen Notfälle handelt und diese Blutungen ausschließlich vor und unter der Geburt auftreten.

**zu h) Krankheit 074 „Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)“ und Krankheit 076 „Nicht-psychotisch organische Störung“**

Es ist zu begrüßen, dass der Beirat der Empfehlung des IKK e.V., einzelne ICD-Kodes aus der Krankheit 074 „Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)“ und in die Krankheit 076 „Nicht-psychotische organische Störung“ einzuordnen, gefolgt ist. Dabei ist aus unserer Sicht anzumerken, dass eine Verschiebung der Diagnosen aus dem Bereich F06.- aus der Krankheit 074 in die Krankheit 075 „Delir und Enzephalopathie“ keine sinnvolle Alternative darstellt, auch wenn restlichen ICD-Kodes der Gruppe F06.- hier bereits zu finden sind. Die ICD-Gruppen F06 und F07 beschreiben psychische, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, „die aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns bzw. einer körperlichen Krankheit“ auftreten. Insofern halten wir die Zuordnung der F06-Diagnosen zur Krankheit 75

„Delir und Enzephalopathie“ für nicht zielführend, da die diskutierten ICD-Kodes F06.5, F06.6, F06.8 und F06.9 alle laut ICD-10-GM explizit Erkrankungen systemisch-organischen Ursprungs betreffen, während für die Zuordnung zum Delir die Störung des Bewusstseins als Leitsymptom und bei Enzephalopathien neben organischen auch toxische, posttraumatische oder vaskuläre Ursachen in Frage kommen, für die die Kodierung mit Diagnosen der F06-Gruppe nicht die erste Wahl darstellen.

**zu i) Krankheit 082 „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“ und 083 „Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen“**

Die Argumentation des BVA und des BPtK ist nachvollziehbar. Aus unserer Sicht handelt es sich um eine ätiologisch sinnvolle Abgrenzung zweier unterschiedlicher Krankheitsbilder mit unterschiedlichen Verläufen. Eine Zusammenlegung lehnen wir ab.

**zu j) Krankheit 091 „Entwicklungsstörungen“ und 093 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“**

Die Argumentation des BVA ist nicht stichhaltig. Die Einordnung von Diagnosen im ICD-10-GM folgt nicht immer rein ätiologischen, organischen oder pathologischen Gesichtspunkten. Die Pathogenese der Entwicklungsstörungen ist eben nicht bekannt, wie die Ausführungen zu den Entwicklungsstörungen im ICD-10-GM belegen: „Die Störungen können nicht direkt neurologischen Störungen oder Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden“. Einer Zusammenlegung der Erkrankungen stehen vor dem Hintergrund der unbekannten Ätiologie aus Sicht des IKK e.V. also nichts entgegen.

**Zu k) Krankheit 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewbserkrankungen“**

Der Vorschlag wurde seinerzeit vom IKK e.V. im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 vorgebracht. Der IKK e.V. hatte darauf hingewiesen, dass es das BVA bereits bei der Krankheit 136 „Sonstige Affektionen der Netzhaut“ aus nosologischer Sicht für sachgerecht erachtet hat, die diabetischen Stern-Nebendiagnosen einheitlicher zu betrachten und dem betreffenden Organsystem zuzuordnen. Die diabetische Retinopathie wurde in Folge der Krankheit 136 zugeschlagen. Wir halten ein analoges Vorgehen bei den Stern-Nebendiagnosen M09\*- weiterhin für sachgerecht und konsequent.



Der ICD-10-GM klassifiziert Diagnosen vorrangig nach ihrer Ätiologie. Bei einigen Diagnosen ist es jedoch erforderlich, zusätzlich Manifestationen zu kodieren, die nicht im Kode für die Ätiologie enthalten sind. Diese Informationen werden über die Stern-Notationen abgebildet. Nur beide Schlüsselnummern zusammen übermitteln die vollständige Information. Insofern halten wir es für angezeigt, den Primärkode hinsichtlich seiner Ätiologie, die Sternschlüssel-Kodes der Kodiervorgabe entsprechend der Krankheit zuzuordnen, in der sie sich manifestiert. Es handelt sich dabei nicht um eine Schweregraddifferenzierung, da über die M09\*.- Sternkodes lediglich eine Angabe zur Lokalisation machen und keine Unterscheidung in leichte und schwere Verlaufsformen machen.

Dass es dabei zu Verwerfungen bei der Schwellenwertermittlung kommt, weil eine spezifische Kombination von Kreuz-Stern-Diagnosen auf zwei Krankheiten verteilt wird, ist zwar inhaltlich richtig. Da aber die bisherige Praxis bei der Abgrenzung von Krankheiten keinesfalls darauf abzielt, eine solche Erfassung von Komorbiditäten im Schwellenwertkriterium zu vermeiden und die methodische Gestaltung des Kriteriums dies sogar explizit in Kauf nimmt, halten wir diese Beobachtung als Argument für nicht stichhaltig.

Für die Betrachtung des M2Q-Kriteriums in der Krankheitsauswahl ist die vorgenommene Trennung von Kreuz- und Sterndiagnosen ohne Bewandnis, weil die Sterndiagnose ohnehin nicht ohne die entsprechende Kreuzdiagnose kodiert werden darf. Mithin wird das Erreichen des M2Q-Kriteriums für die Kreuzerkrankung nicht weniger wahrscheinlich und für die Sternerkrankung wird das Kriterium sogar häufiger erfüllt werden, z.B. in Fällen, in denen die mit der Kreuzdiagnose verschlüsselte Erkrankung zeitlich erst nach der Erkrankung der Sterndiagnose erkannt wurde. Bisher würde eine als eigenständige Erkrankung kodierte Juvenile Arthritis das M2Q-Kriterium nämlich dann nicht erfüllen, wenn diese im Folgequartal als Sterndiagnose verschlüsselt und so der Grunderkrankung zugeordnet wird.

## **zu I) Krankheiten des Gastrointestinaltrakts (203 bis 219)**

Die Begründung des BVA, die Ulkuserkrankungen zusammenzufassen, erscheint grundsätzlich nachvollziehbar.

Allerdings erscheint die Einordnung der Diagnose K92.1 „Meläna“ nicht passend. Meläna, auch Teerstuhl genannt, bezeichnet eine schwarze Verfärbung des Stuhls durch Hämatin. Hämatin entsteht, wenn Hämoglobin mit Magensäure in Verbindung kommt. Das Eisen im Hämoglobin oxidiert und es kommt zu einer schwarzen Verfärbung. Meistens befindet sich die Blutungsquelle im oberen Verdauungstrakt. Es kann auch bei Blutungen im Dünn- und Dickdarm zu Teerstuhl kommen, wenn Hämatin durch bakterielle Zersetzung des Hämoglobins entsteht. Insofern sollte

K92.1 analog zu K92.0 „Hämatemesis“ und K92.2 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ ätiologisch der Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und/oder Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen oder Angiodysplasien)“ zugeordnet werden.

**„Angiodysplasien“ in der Krankheit 205 „Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutungen und/oder Perforation“ und in den Krankheiten 206, 212 und 217 (siehe nachfolgende Tabelle)**

Der ICD-Kode I86.2 „Beckenvarizen“ ist bei der Krankheit 368 ätiologisch nicht korrekt einsortiert. Beckenvarizen entstehen – im Gegensatz zu Ösophagus – und Magenvarizen meistens nicht durch die portale Hypertension. Dieser Kode sollte folgerichtig zur Krankheit 173 „Varizen (exkl. gastrointestinaler Varizen)“, in der alle anderen ICD Codes mit der Bezeichnung „Varizen sonstiger Lokalisationen“ erwähnt sind, verschoben werden.

In der Krankheit 368 werden Folgen anderer Grunderkrankungen abgebildet. Diese sollten mit „Schwere Gastrointestinale Blutungen“ bezeichnet werden. Der ICD-Kode K92.1 „Meläna“ ist aus der Krankheit 205 analog der Codes K92.0 und K92.1 in diese Krankheit zu verschieben.

Angiodysplasien hingegen sind nur in den seltensten Fällen (weniger als 1%) für gastrointestinale Blutungen ursächlich (Quelle Herold Innere Medizin 2013) und verlaufen meist – wie vom BVA ebenfalls angemerkt – symptomlos. Daher sollte diese – analog z.B. der Krankheit 205 „Peptische Ulcera“ - als eigenständige Krankheit geführt werden und als „Angiodysplasien des Darms“ bezeichnet werden.

Die Krankheit 368 würde dann nach unserer Einschätzung aus den nachfolgenden ICD-Kodes bestehen

ICD	ICD_Bezeichnung
I85.0	Ösophagusvarizen mit Blutung
I85.9	Ösophagusvarizen ohne Blutung
I86.4	Magenvarizen
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung
I98.3	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung
K22.6	Mallory-Weiss-Syndrom
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis

ICD	ICD_Bezeichnung
K92.0	Hämatemesis
K92.1	Meläna
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet

**zu o) Krankheit 206 „Störungen/ Symptome an Magen/Darm“, Krankheit 220 „Leberzirrhose“ sowie andere Krankheiten, die „gastrointestinale Varizen“ beinhalten**

Es ist auch aus Sicht des IKK e.V. ätiologisch sinnvoll, die Ösophagus- und Magenvarizen in einer Erkrankung zusammenzufassen. Jedoch sollte der ICD-Kode I86.0. „Sublinguale Varizen“ analog dem ICD-Kode I86.2 „Beckenvarizen“ zur Krankheit 173 „Varizen (exkl. gastrointestinaler Varizen)“, in der alle anderen ICD-Kodes mit der Bezeichnung „Varizen sonstiger Lokalisationen“ erwähnt sind, verschoben werden. Bei sublingualen Varizen handelt es sich um Varizen des Zungengrundes. Dieser ist anatomisch nicht dem Gastrointestinal Trakt sondern dem Oropharynx (Mund-Rachen-Raum) zuzuordnen.

#### **HINWEIS:**

In Tabelle 13 stimmt die Bezeichnung für den ICD-Kode I86.2 „Sublinguale Varizen“ nicht. Die Bezeichnung muss lauten I86.2 „Beckenvarizen“.

**zu q) Krankheit 214 „Darmdivertikel“ und Krankheit 208 „Appendizitis“**

Der IKK e.V. spricht sich ebenfalls für einen Belassung der Diagnosen Q39.6 Q39.8 und Q 39.9 in der Krankheit 204 bzw. 318 aus. Für die Diagnose Q43.0 „Meckel-Divertikel“ schließen wir uns der Meinung der TK und des BVA an und stimmen der Bezeichnung der Krankheit 208 zu.