



**Anlage 1:**

**Erläuterungen zur**

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

**für das Ausgleichsjahr 2017**

**Bonn, den 29.02.2016**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Rechtliche Grundlagen und Verfahren .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens .....</b>	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>Bewertung der Stellungnahmen zu Datenbasis und Berechnungsverfahren.....</b>	<b>22</b>
3.1	Allgemeine Anmerkungen zur Auswahl und zum Anhörungshörungsverfahren.....	22
3.2	Anpassungen an die ICD-10-GM 2016.....	22
<b>4.</b>	<b>Bewertung der Stellungnahmen zu Änderungen der Krankheitsabgrenzung ....</b>	<b>24</b>
4.1	Krankheit 043 „Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens unterschiedlicher Organe“ und Krankheit 053 „Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes“ .....	24
4.2	Krankheit 327 „Schweres Schädel-Hirn-Trauma“, Krankheit 328 „Mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma“, Krankheit 329 „Leichtes Schädel-Hirn-Trauma“ und Krankheit 346 „Offene Wunde, exkl. am Auge und Unterarm“ .....	24
4.3	Krankheit 302 „Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)“ und Krankheit 303 „Lebendgeborene (ohne weitere Angabe)“ .....	25
4.4	Krankheit 305 „Risikogeburt“ und Krankheit 306 „Infektionen des Neugeborenen“ ....	26
4.5	Krankheit 305 „Risikogeburt“ und Krankheit 311 „Sonstige Erkrankungen des Verdauungssystems in der Perinatalperiode“ .....	26
4.6	Krankheit 305 „Risikogeburt“ und Krankheit 313 „Andere Probleme in der Perinatalperiode“ .....	27
4.7	Krankheit 305 „Risikogeburt“ und Krankheit 307 „Blutungen beim Neugeborenen“ ...	28
4.8	Krankheit 074 „Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)“ und Krankheit 076 „Nicht-psychotisch organische Störung“ .....	28
4.9	Krankheit 082 „Angst- und Zwangsspektrums-störungen“ und Krankheit 083 „Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen“ ...	29
4.10	Krankheit 091 „Entwicklungsstörungen“ und 093 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ .....	29
4.11	Krankheit 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen“ .....	30
4.12	Krankheiten des Gastrointestinaltrakts (203 bis 219) .....	31
4.13	Krankheit 205 „Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutungen und/oder Perforation“ .....	32
4.14	Angiodysplasien“ in der Krankheit 205 „Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutungen und/oder Perforation“ und in den Krankheiten 206, 212 und 217“ .....	33
4.15	Weitere ICD-Kodes innerhalb der Krankheit 205: „Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutungen und/oder Perforation“: K92.0 „Hämatemesis“, K92.2 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“, K22.6 „Mallory-Weiss-Syndrom“ .....	36
4.16	K29.0 „Akute hämorrhagische Gastritis“ .....	39
4.17	Krankheit 203 „Erkrankungen des Ösophagus“ .....	40

4.18	Krankheit 173 „Varizen“ und Krankheit 220 „Leberzirrhose“ und Krankheit 368 „Gastrointestinale Blutungen und gastrointestinale Varizen“ .....	40
4.19	Krankheit 224 „Gallensteine mit Cholezystitis und andere Erkrankungen der Gallenblase“ und Krankheit 226 „Näher bezeichnete Erkrankung der Gallenwege (Cholangitis, Verschluss, Perforation)“ .....	42
4.20	Krankheit 249, Gicht / Arthritis urica, Krankheit 271 „Nephritis“ und Krankheit 352 „Vergiftungen durch andere oder nicht näher bezeichnete nicht medizinisch verwendete Substanzen“ .....	42
4.21	Krankheit 176 „Nicht infektiöse Erkrankungen des Lymphsystems und der Milz“ und Krankheit 323 „Nicht näher bezeichnete Fehlbildungssyndrome“ .....	43
4.22	Krankheit 295 „Nicht-entzündliche Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane“ .....	43
<b>5.</b>	<b>Ergebnis der Krankheitsauswahl.....</b>	<b>45</b>

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung der eingegangenen Stellungnahmen.....	4
Tabelle 2: Angiodysplasien in vier Krankheiten .....	34
Tabelle 3: Neue Krankheit 368: „Gastrointestinale Blutungen und gastrointestinale Varizen“ .....	41
Tabelle 4: Ab dem Ausgleichsjahr 2017 im Risikostrukturausgleich neu zu berücksichtigende Krankheiten.....	45
Tabelle 5: Ab dem Ausgleichsjahr 2017 nicht mehr im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähige Krankheiten .....	45
Tabelle 6: In der Festlegung berücksichtigte Krankheiten, die im Festlegungsentwurf nicht berücksichtigungsfähig waren .....	45
Tabelle 7: In der Festlegung nicht berücksichtigungsfähige Krankheiten, die im Festlegungsentwurf berücksichtigt waren .....	45

# 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 2017 hat der Wissenschaftliche Beirat bereits am 1. Dezember 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 2015: Erstmeldung für das Berichtsjahr 2014, Korrekturmeldung für das Berichtsjahr 2013) 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).

Der auf Basis dieser Grundsätze erarbeitete Entwurf zur Festlegung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 wurde am 11. Dezember 2015 zur Anhörung an den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) übermittelt mit der Bitte, dem BVA bis zum 22. Januar 2016 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 Bewertungen der einzelnen Stellungnahmen sowie die endgültigen Festlegungsentscheidungen wird in den Abschnitten 3 (Bewertung der Stellungnahmen zu Datenbasis und Berechnungsverfahren) und 4 (Bewertung der Stellungnahmen zu Änderungen der Krankheitsabgrenzung) eingegangen. Ein Überblick über das Ergebnis der Festlegung hinsichtlich der im Vergleich zum Ausgleichsjahr 2016 sich verändernden Krankheiten in der Auswahlliste findet sich im abschließenden Abschnitt 5.

Die Dokumentation der Berechnungsschritte sowie die Berechnungsergebnisse zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 werden in den Anhängen 2 und 3 zur Festlegung dargestellt, Anhang 4 enthält die Abgrenzung der ICD-Diagnoseschlüssel zu den Krankheiten.

## 2. Zusammenfassung des Anhörungsverfahrens

Mit Ablauf der Anhörungsfrist am 22. Januar 2016 sind die Stellungnahmen der folgenden Institutionen eingegangen.

<b>AOK BV</b>	Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes
<b>Audi BKK</b>	Stellungnahme der Audi-BKK
<b>Barmer</b>	Stellungnahme der Barmer GEK
<b>BIG direkt</b>	Stellungnahme der BKK BIG direkt
<b>BKK-DV</b>	Stellungnahme des BKK-Dachverbands
<b>BPtK</b>	Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
<b>DAK</b>	Stellungnahme der Deutschen Angestellten Krankenkasse Gesundheit
<b>GKV-SV</b>	Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands
<b>HEK</b>	Stellungnahme der Hanseatischen Krankenkasse
<b>IKK e.V.</b>	Stellungnahme der gemeinsamen Vertretung der Innungskrankenkassen
<b>IKK Südwest</b>	Stellungnahme IKK Südwest
<b>KBV / BÄK</b>	Gemeinsame Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer
<b>Mobil BKK</b>	Stellungnahme der Mobil BKK
<b>Salus BKK</b>	Stellungnahme der Salus BKK
<b>SBK BKK</b>	Stellungnahme der SBK BKK
<b>Schwenninger BKK</b>	Stellungnahme der Schwenninger BKK
<b>TK et al.</b>	Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse

Alle Stellungnahmen stehen wie gewohnt auf der Internetpräsenz des BVA zum Download bereit. 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	vorgetragen von
<b>1. Allgemeines</b>		
<b>1.1 Anmerkungen zum Auswahl- und Anhörungsverfahren</b>		
Darstellung	Auch in diesem Jahr sind wieder die ausführlichen und transparenten Erläuterungen zu den einzelnen geprüften Anpassungsvorschlägen positiv hervorzuheben.	AOK-BV Barmer GEK
	Das BVA veröffentlicht im Zuge der Klassifikation sämtliche Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG-)Kostenschätzer inklusive der Signifikanz-Werte. Dies wird begrüßt und es wird deshalb zusätzlich vorgeschlagen, gleichermaßen bei der Krankheitsauswahl vorzugehen.	BKK-DV
Verwendung vergangenheitsbe- zogener Daten	Die Problematik, die sich bei der Krankheitsauswahl durch die Verwendung vergangenheitsbezogener Daten ergibt, zeigt sich im Entwurf der Krankheitsauswahl 2017 besonders deutlich am Beispiel der Krankheit 69 „Adipositas“. Für das Ausgleichsjahr 2017 wird diese seit 2013 im Morbi-RSA berücksichtigte Krankheit wahrscheinlich nicht berücksichtigt. Die Ursache dafür liegt offensichtlich darin, dass eine deutliche Zunahme der Prävalenz einherging mit einem erheblichen Rückgang der erwarteten Mehrkosten im Folgejahr. Es ist davon auszugehen, dass die Zunahme der Prävalenz vor allem auf eine entsprechende Kodierung weniger schwerer Fälle zurückzuführen ist. Es sollte die Frage diskutiert werden, ob Möglichkeiten bzw. Maßnahmen vorhanden sind, derartige Effekte zu vermeiden (detailliertere Ausführungen siehe Stellungnahme).	BKK-DV
Turnus der Krankheitsauswahl	Der GKV-SV verweist auf seine Stellungnahme aus dem Vorjahr. Die Verlängerung des Turnus kann sich ausschließlich auf die Überprüfung der Krankheitsabgrenzung bzw. Auswahlmethodik beziehen. Unerlässlich ist die jährliche empirische Überprüfung, ob Änderungen an der Krankheitsauswahl auftreten und somit eine außerplanmäßige Krankheitsauswahl erforderlich ist.	GKV-SV AOK-BV BKK-DV
	Ohne eine umfassende Evaluation der grundsätzlichen Methodik der Krankheitsauswahl inklusive der zum Teil gravierenden Anpassungen im letzten Jahr wird das Vorhaben, die Krankheitsauswahl künftig nur noch in einem dreijährigen Turnus durchzuführen, für nicht zielführend gehalten.	IKK e.V.
Geänderte Bezeichnung	Es ist grundsätzlich erforderlich, die Zuordnungstabellen zukünftig getrennt nach Berichtsjahren zu veröffentlichen.	GKV-SV



Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 (29.02.2016)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

einzelner ICD-Kodes		
Abgrenzung der Krankheiten des Gastrointestinaltrakts	Es wird darauf hingewiesen, dass noch nicht alle dem BVA vorliegenden Änderungsvorschläge geprüft wurden.	GKV-SV
Prüfungsbedarf	Für die Krankheitsauswahl 2017 sind angesichts der im Rahmen der Krankheitsauswahl 2016 erfolgten grundlegenden und umfassenden Prüfungen keine erneuten Prüfungen oder Anpassungen der Auswahlkriterien erforderlich. Es ist sachgerecht, dass sich die für die Krankheitsauswahl 2017 vorgeschlagenen Änderungen auf Anpassungen an dem ICD-10-GM 2016 und auf Änderungen in der Abgrenzung der Krankheiten beschränken sowie aus den eingetretenen Veränderungen bei Krankheitsprävalenzen und Versorgungskosten resultieren.	AOK-BV
	Aufgrund der geringen Unterschiede in den statistischen Gütemaßen bei verschiedenen Prävalenzgewichtungen wiederholen wir allerdings unsere Anregung, die datenseitig und verfahrensseitig auf Basis der Krankheitsauswahl 2016 durchgeführten Analysen einer Aktualisierung insbesondere hinsichtlich der Verfahrensänderungen (z.B. Umgang mit unvollständigen Versicherungsepisoden) zu unterziehen.	Barmer GEK
Unterdeckung von Versicherten mit weniger als 4 HMG	Trotz der jährlichen Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells und immer kleinteiligerer Klassifizierung ist zu beobachten, dass Versicherte mit weniger als 4 HMG systematisch unterdeckt sind. Offensichtlich ist diese mangelhafte Zielgenauigkeit des Morbi-RSA nicht auf ein „unausgereiftes“ Klassifikationsmodell sondern vielmehr auf die bestehende Krankheitsauswahl zurückzuführen. Daher wird das BVA gebeten zu prüfen, welche Faktoren genau dafür ursächlich sind und welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um den Gesetzesauftrag der Verhinderung von Anreizen zur Risikoselektion zu erfüllen.	DAK
Exklusiva nicht geeignet für Krankheitsabgrenzung	Bei der Zuordnung von Schlüsselnummern wird teilweise Bezug auf „Exklusiva“ aus dem ICD-10-GM genommen. Hier möchten wir noch einmal hervorheben, dass damit nur Kodiervorgaben zur Verschlüsselung von Diagnosen dokumentiert sind. Bei den Exklusiva sehen wir grundsätzlich nicht die Notwendigkeit, nach denen eine Krankheitsabgrenzung stattfinden muss. (Weitere Ausführungen siehe Stellungnahme)	DAK
Zu hoher Differenzierungsgrad	Das Beispiel "Pathologische Frakturen" zeigt die Schwierigkeiten bei der Zuordnung von einzelnen Diagnosen, daneben eine uneinheitliche Argumentationslinie. Die Ursache sehen wir in einem zu hohen und unnötigen Differenzierungsgrad bei der Krankheitsauswahl.	DAK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 (29.02.2016)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Trennung von Krankheitsauswahl und Klassifikation	Die Trennung wird kritisiert, da die beiden Prozesse voneinander abhängig sind.	BKK-DV
Krankheitsabgrenzung	Aus der Krankheitsabgrenzung im Zuge der Krankheitsauswahl entsteht eine krankheitsbezogene Kostenheterogenität, die durch das nachfolgende Klassifikationsmodell nicht mehr korrigiert werden kann.	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
<b>2. Berechnungsverfahren / Auswahlalgorithmus / Aufgreifkriterien</b>		
<b>2.1 Prävalenzgewichtung</b>		
Datengrundlage	Es wird erneut kritisiert, dass die Auswertungen zur Prävalenzgewichtung auf einer alten Datengrundlage (2011/2012) basieren.	IKK e.V.
Methodik	Die bereits bekannten Verzerrungen zugunsten hochprävalenter Krankheiten bleiben auf Grund der beibehaltenen Gewichtung mit der Wurfelfunktion erhalten. Ein aktuelles Gutachten des IGES Instituts mit den Professoren Dres. Glaeske und Greiner kommt zu dem Ergebnis, dass eine logarithmische Prävalenzgewichtung bessere Ergebnisse in 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.	Audi BKK BKK-DV BIG direkt HEK IKK e.V. IKK Südwest Mobil-BKK Salus BKK SBK BKK Schwenninger BKK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 (29.02.2016)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

	<p>Für das Kriterium Kostenintensität werden anhand jeweils aktuell vorliegender Daten zu Leistungsausgaben und Morbiditäten mit einem prospektiven, linearen Regressionsmodell die Folgekosten aller Krankheiten berechnet. Folgekosten können dabei nur für diejenigen Versicherten bestimmt werden, die in beiden Datenjahren Versicherungszeiten aufweisen. Folglich dürfen auch nur Versicherte, für die im Folgejahr noch Leistungsausgaben anfallen, in die Kalkulation der prävalenzgewichteten durchschnittlichen Folgekosten einbezogen werden. Andernfalls werden Krankheiten mit einem hohen Grad an Konstanz benachteiligt. Es wird angeregt, die Größe "Versichertenjahr gesamt-validiert" auf die Versicherten mit dem Kennzeichen "Letzter Tag" einzuschränken.</p>	BKK-DV
	<p>Als Begründung für die Wahl des 70. Perzentils der Gesamtverteilung als Grenze für die Kostenintensität verweist das BVA auf das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Krankheitsauswahl aus dem Jahr 2007. Dieser hat sich allerdings für das 80. Perzentil ausgesprochen und die Grenze nur deshalb abgesenkt, da sonst weniger als 50 Krankheiten innerhalb des angestrebten obersten Quintils liegen. Diese Problematik des Wissenschaftlichen Beirats hat derzeit keine Relevanz mehr, da das BVA die Krankheiten anders abgrenzt. Die Perzentilgrenze ist entsprechend anzupassen.</p>	BKK-DV
<b>2.4 Kostenintensität</b>		
Risikomerkmale und Ergebnisse	<p>Durch die doppelte Berücksichtigung (siehe Stellungnahme) der typischen Erwerbsminderungs-Krankheiten (EMG) könnte es bei den EMG zu nach unten hin verzerrten Kostengewichten kommen, wodurch die EMG weniger oft das Schwellenwert-Kriterium schaffen. Das BVA wird daher gebeten, die Korrelation zwischen EMG und Krankheiten zu prüfen und zu untersuchen, ob sich die Krankheitsauswahl ohne EMG in der Kostengewichte-Regression verändern würde.</p>	BKK-DV
<b>2.5 Schwellenwert</b>		
Allgemeines	<p>Der Vorschlag, in Zukunft eine Regressionsanalyse auf Basis der zeitgleichen Leistungsausgaben vorzunehmen, um die isolierten Kosten einzelner Erkrankungen abzubilden, wird aufrecht erhalten.</p> <p>Eine Vermeidung von ungerechtfertigten Zuschlägen kann nur durch isolierte Betrachtung signifikanter Regressionsgewichte der einzelnen Diagnosekodes sichergestellt werden. Dies sollte im Rahmen einer Regressionsanalyse auf der Ebene der unhierarchisierten ICD-Kodierungen geschehen. Diagnosen, die hier nicht das geforderte Signifikanzniveau aufweisen, d.h. am Nachweis signifikanter Folgekosten scheitern, könnten so bereits vor der Prüfung der weiteren Auswahlkriterien aus den entsprechenden Krankheitsbildern aussortiert werden.</p> <p>Das BVA hatte angekündigt, die Möglichkeiten einer "schlanken Integration" eines fakultativen Vorschlagsverfahren auch für die Krankheitsauswahl zu diskutieren. Dieser Ansatz wurde nicht fortgesetzt. Auch hier wird Verbesserungspotential für das Anhörungsverfahren gesehen.</p>	IKK e.V.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 (29.02.2016)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

	Durch das Schwellenwert-Kriterium in der Krankheitsauswahl werden Krankheiten, die nicht regelmäßig mit weiteren Begleiterkrankungen verbunden sind, systematisch benachteiligt.	BKK-DV
Krankheiten 091 und 093	Es wird erneut auf die Problematik der strikten Anwendung des Schwellenkriteriums hingewiesen. Die Anwendung des Schwellenkriteriums führt auch für das Ausgleichsjahr 2017 zu einer Nicht-Berücksichtigung von zwei kostenintensiven Krankheiten, 091 „Entwicklungsstörungen“ und 093 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, die einen Häufigkeitsgipfel in einem jüngeren Lebensabschnitt aufweisen und wegen einer geringeren Multimorbidität der betroffenen Versicherten systematisch unterbewertet werden. Die Leistungsausgaben dieser Krankheiten fallen – im Spektrum aller Krankheiten betrachtet – bei der Schwellenwertprüfung nicht als überdurchschnittlich auf, obwohl für sie im Vergleich zu anderen, in der gleichen Altersgruppe häufigen Krankheiten hohe individuelle Fallkosten dokumentiert sind und ihre besondere Kostenintensität unstrittig ist.	BPtK
<b>3. Krankheitsabgrenzung</b>		
<b>3.1 Allgemeines / Methodik der Abgrenzung / Abgrenzungskriterien</b>		
Allgemeines	Das BVA hat bei diversen Krankheiten Änderungen der Abgrenzung von ICD-Kodes zu Krankheitsentitäten vorgenommen. Diese Änderungen werden weitestgehend für medizinisch-inhaltlich nachvollziehbar und sinnvoll gehalten. In Bezug auf die Krankheiten des Gastrointestinaltrakts (Krankheiten 203 bis 219) führen die Vorschläge letztlich zu einer schärferen Abgrenzung der Krankheitsentitäten, die größtenteils medizinisch-inhaltlich nachvollziehbar sind.	TK et al.
	Die durchgeführten Anpassungen erscheinen im vollem Umfang nachvollziehbar. Das BVA scheint davon auszugehen, dass alle Vorschläge der letzten drei Jahre "abgearbeitet" zu haben. Dies ist nicht richtig. Die unbearbeiteten Vorschläge werden noch einmal vorgestellt. Hinzu kommt ein neuer Vorschlag.	Barmer GEK
<b>3.2 Konkrete Anmerkungen zur Krankheitsabgrenzung</b>		
<b>Allgemeines zur Anpassung an den ICD-GM-2016</b>		
Allgemeines	Die vorgeschlagene Zuordnung neu hinzugekommener ICD-Kodes ist weitestgehend nachvollziehbar. (Vorschläge für Prüfungen finden sich in den jeweiligenkrankheitsbezogenen Abschnitten)	GKV-SV
	Die aus der Einbeziehung des ICD-GM 2016 resultierenden Anpassungen bei der Krankheitsauswahl wird für medizinisch-inhaltlich sinnvoll gehalten und eine entsprechende Umsetzung unterstützt.	TK et al.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 (29.02.2016)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

	Die durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vorgenommenen Änderungen in der ICD-10-GM sind den tabellarischen Aufbereitungen zu entnehmen und folgerichtig in die Struktur des Systems eingeordnet worden.	KBV / BÄK
<b>Krankheiten 013 „Virale Hepatitis A und unspezifizierte Hepatitis ohne Leberkoma“, 221 „Akute schwere Lebererkrankung“, 222 „Chronische Hepatitis“ und 223 „Toxische, nicht virale Hepatitis und andere Lebererkrankungen“</b>		
Abgrenzung der Krankheiten	Die Abgrenzung dieser Krankheiten ist vor dem Hintergrund der vom BVA definierten ätiologischen bzw. nosologischen Abgrenzungskriterien nicht nachvollziehbar und inkonsistent (Details werden in der Stellungnahme ausführlich dargelegt). Zum Abbau der Inkonsistenzen wird vorgeschlagen, die K73.x-Diagnosen "Chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert" in Krankheit 223 zu verschieben und alle viral bedingten Hepatitis-Erkrankungen (B15.x, B16.x, B17.x, B18.x, B19.x) in einer neuen Krankheit „Virushepatitis“ zusammenzufassen.	AOK-BV
<b>Krankheit 035 "Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)", 267 "Osteoporose und Folgeerkrankungen" und 363 "Pathologische Frakturen"</b>		
M80.-	Da bei den ICD-Kodes M80.- "Osteoporose mit pathologischer Fraktur" die Fraktur im Vordergrund steht, ist eine Prüfung der Zuordnung zur Krankheit 363 geboten.	GKV-SV
M80.-	Es ist notwendig, die pathologischen Frakturen bei Neubildungen der Krankheit 035 zuzuordnen. Die bestehende nicht begründbare Ungleichbehandlung pathologischer Frakturen kann auch nicht dadurch geheilt werden, dass man osteoporotische pathologische Frakturen mit den ICD-Kodes M80.- kodieren kann. Es wird vorgeschlagen, die ICD-Kodes M84.4- in der Krankheit 267 zu belassen (im Rahmen der Krankheitsfestlegung 2016 in Krankheit 363 verschoben) und die neue Krankheit 363 aufzulösen. Für den Fall, dass das BVA an der im Entwurf vorgesehenen ICD-Abgrenzung festhält, wird vorgeschlagen, die ICD-Kodes der bislang noch in Krankheit 267 enthaltenen pathologischen Frakturen (M80.x) aus Gründen der Vereinheitlichung der neuen Krankheit 363 zuzuordnen und die Krankheit umzubenennen.	AOK-BV

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 (29.02.2016)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

M80.-	Eine ätiologische Zuordnung des pathologischen Bruchs, d.h. eine Zuordnung zu der jeweiligen Grunderkrankung ist nicht vollständig möglich, da die Grunderkrankung nur beim onkologisch bedingten pathologischen Bruch dem ICD 10 zu entnehmen ist. Ein pathologischer Bruch bedeutet auch eine Behandlungsbedürftigkeit, die von der zugrunde liegenden Krankheit weitgehend unabhängig ist. Zwar muss - um weitere pathologische Brüche zu vermeiden - in erster Linie die Grundkrankheit bekämpft werden, was z.B. bei Krebsmetastasen gegenüber einer postmenopausalen Osteoporose einen gänzlich unterschiedlichen Ressourcenverbrauch bedeutet. Die Stabilisierung und die Förderung der Heilung des bereits eingetretenen Bruchs kann hiervon jedoch zumindest therapeutisch deutlich unterschieden werden. Es wird vorgeschlagen, den ICD-Kode M80,- in die Krankheit 363 zu verschieben. (Weitere Argumente finden sich in der Stellungnahme)	Barmer GEK
M80.-, M49.5-, M90.7-	Es wird keine Notwendigkeit gesehen, aufgrund von Exklusiva eine Differenzierung von Krankheitsgruppen vorzunehmen. Es wird doch lediglich eine Aussage zur Verschlüsselung von Diagnosen vorgenommen. Deswegen kann trotzdem eine Krankheitsgruppe „Pathologische Frakturen“ alle pathologischen Frakturen enthalten. Die Bezeichnung von M49.5- „Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ zeigt eine pathologische Fraktur an, die auch in der entsprechenden Krankheit abgebildet werden sollte. (Weitere Ausführungen siehe Stellungnahme)	DAK
<b>Krankheit 043 "Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens unterschiedlicher Organe" und 053 "Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes"</b>		
Histiocytose	Die Bewertung und Zuordnung zu Krankheit 053 ist aus unserer Sicht sachgerecht.	IKK e.V.
Abgrenzung	Die Beibehaltung der bisherigen Abgrenzung wird für nachvollziehbar gehalten.	TK et al.
Abgrenzung	Aufgrund der Erläuterungen ist es plausibel, dass der eingebrachte Vorschlag nicht umgesetzt wurde.	KBV / BÄK
<b>Krankheit 058 "Diabetes"</b>		
Diabetische Retinopathie / Nephropathie	Die Trennung der Ausprägung der diabetischen Retinopathie und der diabetischen Nephropathie von der Grunderkrankung Diabetes ist nicht sachgerecht, insbesondere, da diese ICD-Kodes ausschließlich bei Vorliegen eines Diabetes mellitus kodiert werden dürfen.	AOK-BV

<b>Krankheit 074 "Demenz (einschließlich Alzheimer Demenz und vaskulärer Erkrankung)", 075 "Delir und Enzephalopathie" und 076 "Nicht-psychotisch organische Störung"</b>		
F06.-	Alternativ zur Verschiebung der Diagnosen aus dem Bereich F06.- "Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit" aus Krankheit 074 in Krankheit 076 sollte die Zuordnung zur Krankheit 075 "Delir und Enzephalopathie" in die Überlegungen einbezogen werden, da hier bereits die restlichen ICD-Kodes des F06.- zugeordnet sind.	GKV-SV
F04, F06.-	Die Herauslösung der ICD-Kodes F04, F06.5/6/8/9 aus der Krankheit 074 erscheint sachgerecht. Diese ICD-Kodes sollten jedoch der Krankheit 075 zugeordnet werden. Dies ist dadurch begründet, dass die ICD-Kodes F06.0-4 bereits jetzt der Krankheit 075 zugeordnet sind. Alle F06.x-Diagnosen beschreiben gemäß der Definition der ICD-10-GM psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit. Die vierte Stelle spezifiziert lediglich, welche Symptome im Vordergrund stehen.	AOK-BV
F06.-	Die Verschiebung einzelner ICD-Kodes aus der Krankheit 074 in die Krankheit 076 wird begrüßt. Eine Verschiebung der Diagnosen aus dem Bereich F06.- aus der Krankheit 074 in die Krankheit 075 stellt keine sinnvolle Alternative dar, auch wenn die 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 wird die Zuordnung der F06-Diagnosen zur Krankheit 075 "Delir und Enzephalopathie" für nicht zielführend gehalten, 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.	IKK e.V.
F04, F06.-	Der Vorschlag ist sachgerecht.	TK et al.
F04, F06.-	Die BPTK stimmt der Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats zu, dass diese ICD-10-Kodes sich nicht bzw. nicht eindeutig auf dementielle Erkrankungen beziehen und daher in die Krankheit 076 verschoben werden sollten.	BPTK
F04, F06.-	Den Einschätzungen kann gefolgt werden.	KBV / BÄK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 (29.02.2016)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

<b>Krankheit 082 "Angst- und Zwangsspektrumsstörungen" und 083 "Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen"</b>		
Zusammenlegung	Die Argumentation des BVA und der BPtK ist nachvollziehbar. Es handelt sich um eine ätiologisch sinnvolle Abgrenzung zweier unterschiedlicher Krankheitsbilder mit unterschiedlichen Verläufen.	IKK e.V.
Zusammenlegung	Der diskutierte Vorschlag wurde schon in vorhergehenden Verfahren abgelehnt und diese Ablehnung ausführlich und sehr nachvollziehbar begründet. Es wird ausdrücklich unterstützt, hier auch im Rahmen der Krankheitsauswahl für 2017 keine Veränderung vorzunehmen.	TK et al.
Zusammenlegung	Die BPtK begrüßt daher die Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats, die Krankheitsabgrenzung an dieser Stelle nicht zu verändern (ausführliche Begründung siehe Stellungnahme).	BPtK
Zusammenlegung	Den Einschätzungen kann gefolgt werden.	KBV / BÄK
<b>Krankheit 091 "Entwicklungsstörungen" und Krankheit 093 "Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend"</b>		
F80.-	Die Argumentation des BVA ist nicht stichhaltig. Die Einordnung 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 steht vor dem Hintergrund der unbekannten Ätiologie also nichts entgegen.	IKK e.V.
F80.-	Das geplante Vorgehen des BVA ist nachvollziehbar.	TK et al.
F80.-	Der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats, diese Diagnose in der Krankheit der Entwicklungsstörungen zu belassen wird gefolgt, da es sich bei den umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache um Entwicklungsstörungen bestimmter Funktionen des Sprechens und der Sprachverarbeitung handelt, die auch hinsichtlich der Behandlungsansätze besser vergleichbar sind z. B. mit den umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ICD F81.-Kodes) und nicht vorrangig den Verhaltens- und emotionalen Störungen zuzuordnen sind.	BPtK
F80.-	Den Einschätzungen kann gefolgt werden.	KBV / BÄK



<b>Krankheit 105 "Migräne-Kopfschmerz", 106 "Cluster-Kopfschmerz" und 107 "Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome"</b>		
Zusammenlegung	Die Krankheiten 105, 106 und 107 sollten zu einer Krankheit "Kopfschmerzen" vereinigt werden, da in der Praxis nicht immer zwischen Clusterkopfschmerzen und Migränekopfschmerzen unterschieden wird. Es sollte geprüft werden ob der ICD-Kode R51 (Kopfschmerzen) aus der Krankheit 501 (AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...) in diese neue Krankheit aufgenommen werden könnte (Analog zum ICD-Kode R09.1/ Pleuritis in die Krankheit 197/ Sonstige Krankheiten der Pleura).	BKK-DV
<b>Krankheit 176 "Nicht-infektiöse Erkrankungen des Lymphsystems und der Milz" und 323 "Nicht näher bezeichnete Fehlbildungssyndrome"</b>		
Q89.0	Es wird vorgeschlagen, den vierstelligen ICD-Kode Q89.0 "Angeborene Fehlbildungen der Milz" (Krankheit 323) wie die neuen fünfstelligen ICD-Kodes des Q89.0 der Krankheit 176 zuzuordnen.	GKV-SV
Q89.0, Q89.-	Da der ICD-Kode Q89.0 bisher schon der Krankheit 323 zugeordnet ist, sollten alle Q89.- Diagnosen folgerichtig entweder der Krankheit 323 oder der Krankheit 176 zugeordnet werden.	IKK e.V.
<b>Krankheit 189 "COPD" und 190 "Asthma bronchiale"</b>		
Zusammenlegung	Die Krankheiten 189 und 190 sollten zu einer Krankheit Obstruktive Atemwegserkrankungen zusammengefasst werden.	BKK-DV
<b>Krankheit 205 "Peptische Ulkuserkrankungen", 206 "Störungen / Symptome an Magen / Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung)", 212 "Mesenterialarterieninfarkt, intestinale Durchblutungsinsuffizienz" und 217 "Darmabszess, Darmfistel, Darmperforation und andere näher bezeichnete Darmerkrankungen"</b>		
Angiodysplasien	Die Argumentation des BVA ist vollumfänglich nachvollziehbar.	TK et al.

<b>Krankheit 205 "Peptische Ulkuserkrankungen" und Krankheit 368 "Schwere gastrointestinale Blutungen und Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen oder Angiodysplasien)"</b>		
Neuordnung	<p>Es zeigt sich, dass mit der Neuordnung der bisher in Krankheit 205 abgebildeten ICD-Kodes eine klare Schweregrad-differenzierung vorgenommen wird. Dies steht im klaren Widerspruch zu dem vom Wissenschaftlichen Beirat im Rahmen der Krankheitsauswahl formulierten Ziel, dass Unterschiede in den Kosten- bzw. Krankheitsverläufen vor allem im Rahmen des Klassifikationsmodells, nicht aber in der Krankheitsauswahl abgebildet werden sollten. Die Neuabgrenzung der ICDs der Krankheit 205 „Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutungen oder Perforation“ halten wir insgesamt für nicht begründet. Ohne erkennbare nosologische oder ätiologische Begründung werden hier z.B. ICD-Kodes aufgrund einer besonders großflächigen oder großvolumigen Blutungssymptomatik in die Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und/oder Gefäßanomalien“ ausgegliedert (z.B. ICD-Kodes K92.0, K92.2, K22.6, K29.0). Da Hämatemesis sehr häufig durch peptische Ulkuserkrankungen verursacht wird, während zufällig entdeckte Angiodysplasien nicht regelhaft einer Therapie bedürfen und die Abgrenzung zwischen der erosiven Gastritis, die mit multiplen Ulcera einhergeht vom peptischen Ulcus ventriculi nicht sinnvoll ist, sollten diese ICDs in der Krankheit 205 verbleiben. Gemäß Wissenschaftlichem Beirat ist darüber hinaus eine engere Krankheitsabgrenzung mit dem primären Abgrenzungskriterium der Ätiologie/Pathogenese anzustreben. Stattdessen orientiert sich die hier vorgenommene Krankheitsabgrenzung an der Symptomatik. Es wird vorgeschlagen, die ICD-Kodes der neugebildeten Krankheit 368 in ihrer bisherigen Zuordnung zu belassen und die K55.82 "Angiodysplasie des Dünndarms mit Blutung" in Krankheit 205 zuzuordnen. (In der Stellungnahme erfolgt eine ausführliche Diskussion der Details der Erläuterungen des BVA zum Festlegungsentwurf)</p>	AOK-BV
Neuordnung	<p>Die Begründung des BVA, die Ulkuserkrankungen zusammenzufassen, erscheint grundsätzlich nachvollziehbar. Die Einordnung der Diagnose K92.1 "Meläna" erscheint nicht passend. Es kann auch bei Blutungen im Dünn- und Dickdarm zu Teerstuhl kommen, wenn Hämatin durch bakterielle Zersetzung des Hämoglobins entsteht. Insofern sollte der ICD-Kode K92.1 ätiologisch der Krankheit 368 zugeordnet werden.</p> <p>Der ICD-Kode I86.2 "Beckenvarizen" sollte zur Krankheit 173 "Varizen (exkl. gastrointestinaler Varizen)" verschoben werden. In der Krankheit 368 werden Folgen anderer Grunderkrankungen abgebildet. Diese sollten mit "Schwere gastrointestinale Blutungen" bezeichnet werden.</p> <p>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. Sie sollten als eigenständige Krankheit geführt werden und als "Angiodysplasien des Darms" bezeichnet werden.</p>	IKK e.V.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 (29.02.2016)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

Neuordnung	Die Zuordnung der ICD-Kodes in der Krankheit 205 sind medizinisch-inhaltlich korrekt.	TK et al.
K92.0, K92.2	Die Differenzierung und Berechnungsmethode führt dazu, dass nicht näher bezeichnete gastrointestinale Blutungen (K92.2) und Bluterbrechen (K92.0) berücksichtigt werden, viele dazu erwartete spezifische Kodierungen jedoch nicht. Diese beiden Diagnosen sowie die akute hämorrhagische Gastritis werden „schweren gastrointestinalen Blutungen“ zugeordnet, die es jedoch nicht sein müssen. Bei Bluterbrechen erfolgt in der Regel eine stationäre Abklärung in deren Ergebnis eine spezifischere Kodierung möglich ist. Aus diesen Gründen schlagen wir vor, K92.0 „Hämatemesis“ in die Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“ zu verschieben. Auch eine K92.2 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ sollte spezifischer kodiert werden können. Von daher muss diese Diagnose den spezifischen nachgeordnet werden, was auch in der Klassifikation Anwendung findet. Ursache ist auch hier der Differenzierungsgrad auf Krankheitsebene, der zu diesem Problem führt. Sofern es keine andere Abgrenzung gibt, bleibt auch bei diesem Kode nur die Verschiebung in Krankheit 501, auch damit keine Fehlanreize entstehen.	DAK
Neuordnung	Die KBV und BÄK teilen die Einschätzungen zu den jeweils dargestellten Krankheitsabgrenzungen. Die Modifikation des peptischen Ulkus etc. (Krankheit 205) überrascht zunächst etwas, ist aber durch die geplante Neuregelung letztlich schlüssig.	KBV / BÄK
<b>Krankheit 206 "Störungen / Symptome an Magen /Darm" und 220 "Leberzirrhose sowie andere Krankheiten, die 'gastrointestinale Varizen' beinhalten"</b>		
I86.0, I86.2	Es wird um Klarstellung gebeten, welchen Krankheiten die beiden ICD-Kodes I86.0 "Sublinguale Varizen" und I86.2 "Beckenvarizen" zugeordnet sind.	GKV-SV
I86.0, I86.2	Es ist 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.	IKK e.V.
I86.0, I86.2	Die Neuordnung ist medizinisch-inhaltlich nachvollziehbar.	TK et al.
I86.0, I86.2	Die KBV und BÄK teilen die Einschätzungen zu den jeweils dargestellten Krankheitsabgrenzungen.	KBV / BÄK

<b>Krankheit 203 "Erkrankungen des Ösophagus", 204 "Ösophagusatresie / -stenose, andere angeborene gastrointestinale Anomalien (Alter &gt; 5 Jahre)", 208 "Appendizitis", 214 "Darmdivertikel" und 318 "Angeborene Fehlbildungen des respiratorischen Systems und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)"</b>		
Q39.6, Q39.8, Q39.9	Die ICD-Kodes Q39.6 "Ösophagusdivertikel (angeboren)", Q39.8 "Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ösophagus" und Q39.9 "Angeborene Fehlbildung des Ösophagus, nicht näher bezeichnet" sollten in der Krankheit 204 bzw. 318 belassen werden. Für die Diagnose Q43.0 "Meckel-Divertikel" wird der Meinung der TK et al. und des BVA sowie der Bezeichnung der Krankheit 208 zugestimmt.	IKK e.V.
Krankheiten 203 und 204	Das vom BVA vorgeschlagene Vorgehen ist nachvollziehbar.	TK et al.
Krankheit 214	Grundsätzlich ist die Neuordnung der ICDs nachvollziehbar und medizinisch-inhaltlich korrekt. Insbesondere die Abgrenzung der Divertikelerkrankungen des Darmes von den selteneren Divertikelerkrankungen im Ösophagus und des Magens werden für dringend erforderlich gehalten. Lediglich der Umgang mit dem ICD-Kode Q43.0 Meckel-Divertikel ist nochmals zu überdenken. Per Definition gehört das Meckel-Divertikel zu den Divertikeln und sollte auch vor dem Hintergrund der Zielsetzung der Krankheitsauswahl (Abgrenzung von Entitäten, Ätiologie etc.) diesen zugeordnet werden. (Weitere Argumente finden sich in der Stellungnahme)	TK et al.
Krankheit 203	Es wird für richtig gehalten, keine Differenzierung nach leichteren und schwereren Erkrankungen vorzunehmen, was Aufgabe der Klassifikation ist. Wir schlagen nach ätiologisch /pathogenetischen Kriterien vor, die Diagnose K22.7 „Barrett-Ösophagus“ in die Krankheit 205 „Peptische Ulkuserkrankungen“ zu verschieben, da es sich ebenfalls um eine magensäurebedingte Erkrankung handelt. In der Folge sollte auch K22.1 „Ösophagusulkus“ dahin verschoben werden. Nicht peptisch bedingte Ulzera sind zwar auch enthalten, was jedoch Magen und Ösophagus gleichermaßen betrifft.	DAK
Neuordnung	Die KBV und BÄK teilen die Einschätzungen zu den jeweils dargestellten Krankheitsabgrenzungen.	KBV / BÄK
<b>Krankheit 218 "Peritonitis"</b>		
Diagnosezuordnung	Die Darstellung der Peritonitis wird nicht geändert. Wie in der Stellungnahme zur Krankheitsauswahl 2016 ausgeführt, erscheint die Darstellung dieser schweren Komplikation einer Reihe von Grunderkrankungen nicht folgerichtig. Die tatsächlichen Folgekosten der Peritonitis werden daher in der aktuellen Krankheitsfestlegung überhaupt nicht ermittelt, sondern nur die eines Teils. Vertretbar ist auch weiterhin eine Zurordnung aller Arten von Peritonitis zu der jeweiligen Grundkrankheit oder eine Zuordnung aller ICD-Kodes, welche Grundkrankheit und Peritonitis gleichzeitig beschreiben, zur Peritonitis.	Barmer GEK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 (29.02.2016)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

<b>Krankheit 224 "Gallensteine mit Cholezystitis und andere Erkrankungen der Gallenblase"</b>		
K83.9	Die vom BVA vorgesehene Zuordnung sollte umgesetzt werden.	TK et al.
K83.9	Die Änderungen sind schlüssig.	KBV / BÄK
<b>Krankheit 248 "Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewbserkrankungen"</b>		
M09.-	Der GKV-SV hält es für notwendig, die einheitliche Zuordnung der M09.-Kodes "Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten" zur Krankheit 248 und das damit verbundene Abweichen von der bisherigen ätiologischen Zuordnungssystematik ausführlicher zu begründen.	GKV-SV
M09.0, M09.1, M98.2	Die Zuordnung der ICD-Kodes M09.0, M09.1 und M98.2 in die Krankheit 248 wird nicht als sachgerecht angesehen. Die Gelenkbeteiligung der Grunderkrankungen ist eine Ausprägung der jeweiligen Systemerkrankung und kann nicht von dieser getrennt betrachtet werden. Würde man der Krankheitsabgrenzung entsprechend der jeweiligen Krankheitsmanifestation folgen, so müsste man auch andere Systemerkrankungen wie den Lupus erythematodes in Hauterkrankung, Endokarditis, Perikarditis, Lungenerkrankung und Nierenerkrankung aufteilen.	AOK-BV
M09.-	Ein analoges Vorgehen zu den diabetischen Stern-Nebendiagnosen wird bei den Stern-Nebendiagnosen M09.- weiterhin für sachgerecht und konsequent gehalten. Es wird für angezeigt gehalten, 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 die M09.- Sternkodes lediglich eine Angabe zur Lokalisation machen und keine Unterscheidung in leichte und schwere Verlaufsformen machen. Für die Betrachtung des M2Q-Kriteriums in der Krankheitsauswahl ist die vorgenommene Trennung von Kreuz- und Sterndiagnosen ohne Bewandtnis, weil die Sterndiagnose ohnehin nicht ohne die entsprechende Kreuzdiagnose kodiert werden darf. (Weitere Argumente finden sich in der Stellungnahme)	IKK e.V.
M09.-	Die Zuordnung der Sterndiagnosen zu den entsprechenden Krankheiten wird für sinnvoll gehalten. Die Umsetzung des Vorschlags ist sachgerecht.	TK et al.
M09.-	Den Einschätzungen kann gefolgt werden.	KBV / BÄK

<b>Krankheit 257 "Osteochondrosis deformans juvenilis (Morbus Scheuermann) / juvenile lumbar osteochondrosis, Epiphyseolysis capitis femoris" und 270 "Andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels (z.B. Osteodystrophia deformans / Paget's disease of bone)"</b>		
M42.1	Der ICD-Kode M42.1 "Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen" aus der Krankheit 270 sowie der ICD-Kode M42.0 "Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule" aus der Krankheit 257 sollte zu einer eigenständigen Krankheit "Osteochondrose oder Knochenstoffwechselerkrankungen exkl. Osteoporose" zugeordnet werden.	BKK-DV
<b>Krankheit 295 "Nicht-entzündliche Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane"</b>		
Z91.7-	Die Einordnung des ICD-Kodes Z91.0 sowie der entsprechenden fünfstelligen ICD-Kodes in die Ausschlusskategorie 501 sollten überprüft werden (die neu hinzugekommenen ICD-Kodes Z91.7- sind der Krankheit 295 zugewiesen).	GKV-SV
	Die Zuordnung dieser ICD-Kodes in Krankheit 295 erscheint sachgerecht.	AOK-BV
	Bei den ICD-Kodes Z91.7- handelt es sich um Symptome und Zustandsbeschreibungen aus Eigenanamnese. Die ICD-Kodes sollten daher der Krankheit 501 zugeordnet werden.	IKK e.V.
<b>Krankheit 302 "Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)" und 303 "Lebendgeborene (ohne weitere Angabe)"</b>		
Z37.-	Die Argumentation des BVA scheint nachvollziehbar, zumal die Diagnosekodes Z37.- auch Totgeburten beinhalten. Insofern wäre eine generelle Zuordnung zu den Lebendgeborenen nicht sachgerecht.	IKK e.V.
Z37.-	Die Begründung zur Beibehaltung der bisherigen Abgrenzung ist nachvollziehbar.	TK et al.
<b>Krankheit 305 "Risikogeburt" und 306 "Infektionen des Neugeborenen"</b>		
P23.-	Die Argumentation ist nachvollziehbar.	IKK e.V.
P23.-	Die vorgesehene Veränderung ist sinnvoll und sollte umgesetzt werden.	TK et al.
P23.-	Die in diesem Bereich vorgenommenen Änderungen werden als sinnvoll eingeschätzt.	KBV / BÄK

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 (29.02.2016)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

<b>Krankheit 305 "Risikogeburt" und 307 "Blutungen beim Neugeborenen"</b>		
P02.1	Die Argumentation ist grundlegend nachvollziehbar. Im Kontext der Krankheiten 305 und 307 wird vorgeschlagen, 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.	IKK e.V.
P52.-	Die Umsetzung dieses Vorschlags wird für richtig gehalten.	TK et al.
P52.-	Die in diesem Bereich vorgenommenen Änderungen werden als sinnvoll eingeschätzt.	KBV / BÄK
<b>Krankheit 305 "Risikogeburt" und 311 "Sonstige Erkrankungen des Verdauungssystems in der Perinatalperiode"</b>		
P78.0	Die ICD-Kodes P78.- "Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems in der Perinatalperiode" sind bis auf den ICD-Kode P78.0 "Darmperforation in der Perinatalperiode" der Krankheit 311 zugeordnet. Es ist eine ausführlichere Begründung erforderlich, weshalb der ICD-Kode P78.0 nicht ebenfalls in die Krankheit 311 verschoben wird.	GKV-SV
P77	Die Verschiebung des Kodes P77 "Enterocolitis necroticans beim Feten und Neugeborenen" 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.	IKK e.V.
P77, P78.0, P92.3	Die vorgesehene Verschiebung des ICD-Kodes P77 in die Krankheit 311 ist sinnvoll und sollte umgesetzt werden. Die Ablehnung des BVA, den ICD-Kode P78.0 "Darmperforation in der Perinatalperiode" in die Krankheit 311 zu verschieben, ist nicht nachvollziehbar. Aus der ICD-Bezeichnung ergibt sich eine zwingende Notwendigkeit zur Zuordnung in die Krankheit 311. Die Verschiebung des ICD-Kodes P92.3 "Unterernährung beim Neugeborenen" halten wir für sinnvoll.	TK et al.
P77, P78.0, P92.3	Die in diesem Bereich vorgenommenen Änderungen werden als sinnvoll eingeschätzt.	KBV / BÄK
<b>Krankheit 305 "Risikogeburt" und 313 "Andere Probleme in der Perinatalperiode"</b>		
P91.7 (neu)	Um eine doppelte Zurordnung zu vermeiden, sind für den neuen ICD-Kode P91.7 "Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen" jeweils die bereits für die Krankheiten 313 bzw. 502 "AUSSCHLUSS: Kindliche (perinatale) Probleme bzw. Geburt der Mutter" definierten Alters- bzw. Geschlechtsangaben zu übernehmen	GKV-SV IKK e.V.

Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 (29.02.2016)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

	Die Zuordnung des neuen ICD-Kodes P91.7 "Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen" in die Krankheit 313 ist nicht sachgerecht. Der in der Perinatalperiode erworbene Hydrozephalus erfordert in der Regel eine lebenslange Behandlung durch eine ventrikuloperitoneale oder ventrikulatriale Ableitung, die mit regelmäßigen Kontrollen und durch das Körperwachstum wiederholten Operationen verbunden ist. Daher ist dieser ICD-Kode der Krankheit 123 "Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen" zuzuordnen.	AOK-BV
P91.- (Verschiebung)	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.	IKK e.V.
	Die Umsetzung des Vorschlags wird für richtig gehalten.	TK et al.
	Die in diesem Bereich vorgenommenen Änderungen werden als sinnvoll eingeschätzt.	KBV / BÄK
<b>Krankheit 317 "Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems" und 318 "Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes bei Kindern (bis max. 5 Jahre)"</b>		
Zusammenlegung	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 Barmer GEK
<b>Krankheit 327 "Schweres Schädel-Hirn-Trauma", 328 "Mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma", 329 "Leichtes Schädel-Hirn-Trauma" und 346 "Offene Wunde, exkl. am Auge und Unterarm"</b>		
T06.0, T90.5	Die Zuordnung der Weichteilschäden bei Frakturen oder Luxationen des Kopfes zum mittelschweren Schädel-Hirn-Trauma erscheint sachgerecht. In der Stellungnahme wird die Verschiebung folgender ICD-Kodes aus Krankheit 328 in Krankheit 327 begründet: T06.0 "Verletzungen des Gehirns und der Hirnnerven kombiniert mit Verletzungen von Nerven und Rückenmark in Halshöhe" und T90.5 "Folgen einer intrakraniellen Verletzung".	AOK-BV



Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 (29.02.2016)  
Anlage 1 – Erläuterungen zur Krankheitsauswahl

S01.8-, S02.2	Die vorgeschlagene Verschiebung der S01.8-Diagnosen ist 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.	IKK e.V.
Änderungen	Die vorgeschlagenen Veränderungen sind medizinisch-inhaltlich sinnvoll und sollten umgesetzt werden.	TK et al.
Änderungen	Die aufgenommen Änderungen sind medizinisch nachvollziehbar.	KBV / BÄK
<b>Krankheit 352 "Vergiftungen durch andere oder nicht näher bezeichnete nicht medizinisch verwendete Substanzen"</b>		
T36-T50, M10.1-, N14.3, N14.4	Das vom BVA vorgesehene Vorgehen kann umgesetzt werden.	TK et al.
	Die Zurückstellung der Änderungen ist gut begründet.	KBV / BÄK

### **3. Bewertung der Stellungnahmen zu Datenbasis und Berechnungsverfahren**

#### **3.1 Allgemeine Anmerkungen zur Auswahl und zum Anhörungsverfahren**

Nachdem im Vorjahr eine Überprüfung der Aufgreifkriterien – insbesondere umfangreiche empirische Auswertungen zum Vergleich unterschiedlicher Prävalenzgewichtungen – vorgenommen wurden, erfolgte in diesem Jahr eine Konzentration auf die Aufarbeitung der noch ausstehenden Kapitel der Krankheitsabgrenzung. Soweit sich die in den Stellungnahmen von GKV-SV und den Krankenkassen (-verbänden) vorgetragenen Ausführungen auf Fragen des Auswahlalgorithmus und des Berechnungsverfahrens bezogen, wurden diese im Rahmen der Sitzung am 11. Februar 2016 mit dem Wissenschaftlichen Beirat erörtert. Mit Blick auf die im vergangenen Jahr vorgelegten Untersuchungsergebnisse können weder Beirat noch BVA einen dringenden Anpassungsbedarf erkennen, eine Änderung der Auswahlmethodik wurde daher nicht vorgenommen. Darüber hinaus verbieten sich kurzfristige Änderungen von Auswahlalgorithmus und Berechnungsverfahren ohne die Berücksichtigung aller Beteiligten im Anhörungsverfahren, insbesondere des GKV-SV als Anhörungsberechtigten, schon aus prozeduralen Gründen. Die endgültige Festlegung der im Ausgleichsjahr 2017 zu berücksichtigenden Krankheiten wird auch diesbezüglich im Einklang mit der Empfehlung des Beirats getroffen.

#### **3.2 Anpassungen an die ICD-10-GM 2016**

##### **3.2.1 Festlegungsentwurf**

Die aktuelle Zuordnung von ICD-Kodes zu Krankheiten, die dem Verfahren für das laufende Ausgleichsjahr 2016 zugrunde liegt, berücksichtigt die ICD-10-GM der Jahre 2011 bis 2015. Für den Jahresausgleich 2017 werden letztendlich die Diagnosen aus dem Jahr 2016 berücksichtigt.

Die ICD-10-GM 2016 weist gegenüber der Version ICD-10-GM 2015 hinzugekommene Diagnosekodes und veränderte Bezeichnungen und weggefallene ICD-Kodes als Veränderungen auf. Hinsichtlich wegfallender ICD-Kodes ist zu beachten, dass für das Ausgleichsjahr 2017 (zumindest für die Berechnungen der an dieser Stelle vorzunehmenden Festlegung) für die ICD-Kodes des ICD-10-GM 2012 für die so genannten Überlieger relevant sind. Für den ICD-10-GM 2012 entfallen gegenüber der ICD-10-GM 2011 keine Kodes.

Die ICD-10-GM 2016 beinhaltet im Vergleich zur ICD-10-GM 2015 insgesamt 73 neue Einträge (s.a. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2016/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/version2016/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.

Folgende Änderungsvorschläge, die die Krankheitsabgrenzung in Zusammenhang mit den Anpassungen an die ICD-10-GM 2016 betreffen, werden der Übersichtlichkeit halber in Kapitel 4 „Bewertung der Stellungnahmen zu Änderungen der Krankheitsabgrenzung“ dargestellt:

Der GKV-SV und der IKK e.V. schlagen Änderungen bzw. Ergänzungen hinsichtlich der ICD-Kodes Q89.- „Angeborene Fehlbildungen der Milz“ (Krankheit 176 „Nicht-infektiöse Erkrankungen des Lymphsystems und der Milz“) und hinsichtlich der ICD-Kodes Z91.7- „Weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese“ (Krankheit 295 „Nicht-entzündliche Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane“) vor.

### **3.2.3 Festlegung**

Die in der Entwurfsfassung vorgeschlagenen Änderungen werden umgesetzt.

Der Bitte nach einer nach Berichtsjahren differenzierten Zuordnungstabelle wird entsprochen.

## **4. Bewertung der Stellungnahmen zu Änderungen der Krankheitsabgrenzung**

Im vergangenen Jahr erfolgte insbesondere auf der Basis der Vorschläge der Krankenkassen aus den Vorjahren eine weitergehende Überarbeitung der Abgrenzung von ICD-Kodes zu Krankheitsentitäten – mit Ausnahme der Kapitel Gastrointestinaltrakt und Teilen der nephrologischen und neurologischen „Kapitel“. Der Wissenschaftliche Beirat hat deshalb im Rahmen der Erstellung des aktuellen Festlegungsentwurfs zur Auswahl der im RSA für das Ausgleichsjahr 2017 zu berücksichtigenden Krankheiten insbesondere diese noch zur Überarbeitung ausstehenden Kapitel sowie die hierzu, aber auch zu anderen Krankheiten aus den Vorjahren vorliegenden Änderungsvorschläge der Spitzenorganisationen der Krankenkassen geprüft und bewertet.

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

#### **4.1.1 Festlegungsentwurf**

Der Vorschlag von TK et al. zur Verschiebung der ICD-Kodes D76.0- „Bestimmte Krankheiten mit Beteiligung des lymphoretikulären Gewebes und des retikulohistiozytären Systems“ aus Krankheit 053 in Krankheit 043 wird nicht umgesetzt.

#### **4.1.2 Stellungnahmen**

TK et al., der IKK e.V. und KBV/BÄK halten die Bewertung für sachgerecht bzw. nachvollziehbar.

#### **4.1.3 Bewertung und Festlegung**

Es erfolgt keine Änderung gegenüber dem Festlegungsentwurf.

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

#### **4.2.1 Festlegungsentwurf**

Dem Vorschlag von TK et al., bestimmte Wunden und Weichteilschäden, die bisher der Krankheit 346 zugeordnet sind, der Krankheit 328 zuzuordnen, wird gefolgt. Die Krankheit 327 wird umbenannt in „Schwere Schädelverletzung / Schweres Schädel-Hirn-

Trauma“, die Krankheit 328 in „Mittelschwere Schädelverletzung / mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma und die Krankheit 329 in „Leichte Schädelverletzung / leichtes Schädel-Hirn-Trauma“.

#### **4.2.2 Stellungnahmen**

TK et al., der AOK-BV, der IKK e.V. und die KBV/BÄK unterstützen das Vorgehen. Der AOK-BV schlägt zudem die Verschiebung folgender ICD-Kodes aus Krankheit 328 in Krankheit 327 vor: T06.0 „Verletzungen des Gehirns und der Hirnnerven kombiniert mit Verletzungen von Nerven und Rückenmark in Halshöhe“ und T90.5 „Folgen einer intrakraniellen Verletzung“.

#### **4.2.3 Bewertung und Festlegung**

Die Verschiebung des ICD-Kodes T06.0 „Verletzungen des Gehirns und der Hirnnerven kombiniert mit Verletzungen von Nerven und Rückenmark in Halshöhe“ aus Krankheit 328 in Krankheit 327 erscheint angesichts der klinischen Schwere angemessen.

Der ICD-Kode T90.5 „Folgen einer intrakraniellen Verletzung“ wird inhaltlich als sehr unspezifisch eingeschätzt. Die klinische Bedeutung der „Folgen“ ist nicht einschätzbar. Somit wäre eine Verschiebung des ICD-Kodes zur Krankheit 327 medizinisch nicht zu begründen. Vielmehr erscheint die Zuordnung zu einem Schweregrad einer Schädelverletzung bzw. eines Schädel-Hirn-Traumas schwierig, sodass die Zuordnung zu einem mittelschweren Grad noch am ehesten zu rechtfertigen ist. Zudem sollte in einer der nächsten Anpassungszyklen die Verschiebung der beiden unspezifischen ICD-Kodes T90.2 „Folgen einer Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen“ und T90.5 „Folgen einer intrakraniellen Verletzung“ in eine Ausschlusskategorie erwogen werden.

Die im Festlegungsentwurf vorgesehenen Änderungen werden ebenso umgesetzt.

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

#### **4.3.1 Festlegungsentwurf**

Dem Vorschlag von TK et al., die ICD-Kodes Z37.- „Resultat der Entbindung“ aus der Krankheit 302 in die Krankheit 303 zu verschieben, wird nicht entsprochen.

#### **4.3.2 Stellungnahmen**

Die TK et. al. und der IKK e.V. halten die Begründung (siehe Festlegungsentwurf) und die Beibehaltung der bisherigen Abgrenzung für nachvollziehbar.

#### **4.3.3 Bewertung und Festlegung**

Es erfolgt keine Änderung gegenüber dem Festlegungsentwurf.

## **4.4 Krankheit 305 „Risikogeburt“ und Krankheit 306 „Infektionen des Neugeborenen“**

### **4.4.1 Festlegungsentwurf**

Dem Vorschlag der TK et al., die ICD-Kodes P23.- „Angeborene Pneumonie“ von der Krankheit 305 auf die Krankheit 306 zu übertragen, wird gefolgt.

### **4.4.2 Stellungnahmen**

Die TK et al., der IKK e.V. und die KBV/BÄK halten die vorgesehenen Änderungen für nachvollziehbar bzw. sinnvoll.

### **4.4.3 Bewertung und Festlegung**

Es erfolgt keine Änderung gegenüber dem Festlegungsentwurf.

## **4.5 Krankheit 305 „Risikogeburt“ und Krankheit 311 „Sonstige Erkrankungen des Verdauungssystems in der Perinatalperiode“**

### **4.5.1 Festlegungsentwurf**

- a) Dem Vorschlag von TK et al., die ICD-Kodes P77 „Enterocolitis necroticans beim Feten und Neugeborenen“ aus der Krankheit 305 in die Krankheit 311 zu verschieben, wird entsprochen.
- b) Dem Vorschlag von TK et al., den Kode P78.0 „Darmperforation in der Perinatalperiode“ aus Krankheit 305 in die Krankheit 311 zu verschieben, wird nicht gefolgt.
- c) Der Empfehlung von TK et al., den ICD-Kode P92.3 „Unterernährung beim Neugeborenen“ aus Krankheit 305 in die Krankheit 311 zu verschieben, wird gefolgt.

### **4.5.2 Stellungnahmen**

- a) Aus Sicht des IKK e.V. handelt es sich immer um eine Risikogeburt, da die Enterocolitis necroticans ausschließlich bei unreifen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500g auftritt.
- b) Der GKV-SV hält eine ausführlichere Begründung für die Ablehnung der Verschiebung für erforderlich. Aus Sicht von TK et al. ergibt sich schon aus der ICD-Bezeichnung eine zwingende Notwendigkeit zur Zuordnung in die Krankheit 311.
- c) TK et al. weisen noch einmal auf die Sinnhaftigkeit der vorgesehenen Anpassung hin.

### **4.5.3 Bewertung und Festlegung**

- a) Die Feststellung des IKK e.V., dass Geburten von unreifen Frühgeborenen Risikogeburten sind, ist zwar richtig, die Enterocolitis necroticans ist jedoch eine bei den unreifen Frühgeborenen auftretende Komplikation, aber nicht die (regelmäßige) Ursache für eine Risikogeburt. Es erfolgt keine Änderung gegenüber dem Festlegungsentwurf.

- b) Es erscheint plausibel, dass die im Festlegungsentwurf aufgeführte Begründung, dass bei diesem ICD-Kode der Zeitpunkt der Diagnosestellung nicht näher eingegrenzt werden kann, auch als Argument dafür dienen könnte, diesen Code nicht der Krankheit 305 zuzuordnen. Deshalb wird auch der Hinweis auf die Benennung des Codes „... in der Perinatalperiode“ als zusätzliches Argument aufgegriffen, vom Festlegungsentwurf abzuweichen. Der ICD-Kode „P78.0 „Darmperforation in der Perinatalperiode“ wird aus der Krankheit 305 in die Krankheit 311 verschoben.
- c) Es erfolgt keine Änderung gegenüber dem Festlegungsentwurf.

## **4.6 Krankheit 305 „Risikogeburt“ und Krankheit 313 „Andere Probleme in der Perinatalperiode“**

### **4.6.1 Festlegungsentwurf**

Der Vorschlag von TK et al., die ICD-Kodes P90 „Krämpfe beim Neugeborenen“ und P91.- „Sonstige zerebrale Störungen beim Neugeborenen“ aus Krankheit 305 in Krankheit 313 zu verschieben, wird umgesetzt.

### **4.6.2 Stellungnahmen**

Die KBV/BÄK hält die vorgenommenen Änderungen für sinnvoll. Der IKK e.V. hält die Argumentation des BVA grundsätzlich für nachvollziehbar, weist jedoch auf eine deutlich vergrößerte Gefahr von Doppelkodierungen hin.

Der AOK-BV hält die Zuordnung des neuen ICD-Kodes P91.7 „Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen“ in die Krankheit 313 nicht für sachgerecht. Der Code sei der Krankheit 123 „Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen“ zuzuordnen.

### **4.6.3 Bewertung und Festlegung**

Bei der Zusammenlegung von ICD-Kodes zu einer Krankheit stehen medizinisch-nosologische Aspekte im Vordergrund. Die Gefahr von Doppelzuschlägen kann ggf. im Klassifikationsmodell adressiert werden. Die Verschiebung der ICD-Kodes erfolgt an dieser Stelle derzeit allerdings ohnehin zwischen zwei Nicht-Auswahlkrankheiten, so dass sich die Problematik von möglichen Doppelzuschlägen für das Ausgleichsjahr 2017 nicht ergeben kann.

Der Vorschlag, den neuen ICD-Kode P91.7 „Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen“ der Krankheit 123 „Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen“ zuzuordnen, erscheint sachgerecht und wird umgesetzt. Die Verschiebung der ICD-Kodes P90 und P91.- in Krankheit 313 erfolgt entsprechend des Festlegungsentwurfs.

## **4.7 Krankheit 305 „Risikogeburt“ und Krankheit 307 „Blutungen beim Neugeborenen“**

### **4.7.1 Festlegungsentwurf**

Dem Vorschlag von TK et al. die ICD-Kodes P52- „Intrakranielle nichttraumatische Blutung beim Feten und Neugeborenen“ aus Krankheit 305 in Krankheit 307 zu verschieben, wird gefolgt.

### **4.7.2 Stellungnahmen**

TK et al., der IKK e.V. und die KBV/BÄK halten die Argumentation des BVA für grundlegend nachvollziehbar bzw. schätzen die vorgenommenen Änderungen als sinnvoll ein.

Der IKK e.V. schlägt zusätzlich vor, den ICD-Code P02.1 „Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch sonstige Formen der Plazentaablösung und –blutung“ aus der Krankheit 307 in die Krankheit 305 zu verschieben.

### **4.7.3 Bewertung und Festlegung**

Die vorgeschlagene Verschiebung des ICD-Kodes P02.1 aus der Krankheit 307 in die Krankheit 305 wird als sinnvoll erachtet (diese Blutungen treten vor allem vor und unter der Geburt auf) und zusätzlich zu den im Festlegungsentwurf vorgesehenen Neuuzuordnungen von ICD-Kodes vorgenommen.

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

### **4.8.1 Festlegungsentwurf**

Der Vorschlag des IKK e.V., die ICD-Kodes F04 „Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt“, 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 herauszulösen und in die Krankheit 076 „Nicht-psychotische organische Störung“ einzuordnen, wird umgesetzt.

### **4.8.2 Stellungnahmen**

Der GKV-SV und der AOK-BV schlagen vor, die o.g. ICD-Kodes zur Krankheit 075 „Delir und Enzephalopathie“ zuzuordnen, da hier bereits die restlichen ICD-Kodes des F06.-zugeordnet sind bzw. alle F06.-Kodes psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit beschreiben. Für den IKK e.V. stellt das keine sinnvolle Alternative zu der im Festlegungsentwurf beschriebenen



Vorgehensweise dar. Die diskutierten ICD-Kodes betreffen explizit Erkrankungen systemisch-organischen Ursprungs, 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. TK et al., die BPtK und die KBV/BÄK halten den im Festlegungsentwurf beschriebenen Vorschlag für sachgerecht.

#### **4.8.3 Bewertung und Festlegung**

Die betroffenen ICD-Kodes beschreiben nach der Auffassung des BVA auch nach Würdigung der in den Stellungnahmen aufgeführten Argumente – wie im Festlegungsentwurf vorgesehen – „Nicht-psychotische organische Störungen“ (Krankheit 076). Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass auch in den Bezeichnungen dieser ICD-Kodes explizit „Organische Störungen“ beschrieben werden.

Es erfolgt keine Änderung gegenüber dem Festlegungsentwurf.

### **4.9 Krankheit 082 „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“ und Krankheit 083 „Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen“**

#### **4.9.1 Festlegungsentwurf**

Der Vorschlag der Barmer GEK, die Krankheiten 082 und 083 zusammenzulegen, wird nicht aufgegriffen.

#### **4.9.2 Stellungnahmen**

Der IKK e.V., die TK et al., die BPtK und die KBV/BÄK unterstützen den Vorschlag, keine Veränderungen an der schon in vorhergehenden Verfahren ausführlich begründeten Krankheitsabgrenzung festzuhalten.

#### **4.9.3 Bewertung und Festlegung**

Es erfolgt keine Änderung gegenüber dem Festlegungsentwurf.

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

#### **4.10.1 Festlegungsentwurf**

Der Vorschlag des IKK e.V., die ICD-Kodes F80.- „Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ aus der Krankheit 091 in die Krankheit 093 zu verschieben, wird nicht umgesetzt.

#### **4.10.2 Stellungnahmen**

Für den IKK e.V. steht vor dem Hintergrund der unbekannten Ätiologie einer Zusammenlegung der Erkrankungen nichts entgegen.

TK et al., die BPTK und die KBV/BÄK halten das geplante Vorgehen des BVA für nachvollziehbar. Die BPTK führt aus, dass es sich bei den umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache um Entwicklungsstörungen bestimmter Funktionen des Sprechens und der Sprache handelt, die auch hinsichtlich der Behandlungsansätze besser vergleichbar sind (z.B. mit den umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fähigkeiten) und nicht vorrangig den Verhaltens- und emotionalen Störungen zuzuordnen sind.

#### **4.10.3 Bewertung und Festlegung**

Eine komplette Zusammenlegung der Krankheiten 091 und 093 war bisher nicht thematisiert worden und ist deshalb auch nicht in die Anhörung gegeben worden. Der bisherige Vorschlag betraf die Verschiebung der F80.-Kodes aus Krankheit 091 in Krankheit 093. Hierzu hat u.a. die BPTK Stellung bezogen. Inhaltlich kann diesen Ausführungen sowie – wie schon im Festlegungsentwurf dargelegt – den Erläuterungen im ICD-10-GM 2016 gefolgt werden.

Es erfolgt keine Änderung gegenüber dem Festlegungsentwurf.

### **4.11 Krankheit 248 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen“**

#### **4.11.1 Festlegungsentwurf**

Dem Vorschlag des IKK e.V., die Stern-Nebendiagnose der Dreisteller M09\* „Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ (bisher Krankheit 211 „Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa)“ sowie 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“ zuzuordnen, wird gefolgt.

#### **4.11.2 Stellungnahmen**

Der GKV-SV hält es für notwendig, die Zuordnung der M09.-Kodes zur Krankheit 248 ausführlicher zu begründen. Der AOK-BV hält die Zuordnung der M09.-Kodes und des ICD-Kodes M98.2 in Krankheit 248 für nicht sachgerecht. Die Gelenkbeteiligung der Grunderkrankung ist eine Ausprägung der jeweiligen Systemerkrankung.

Der IKK e.V., TK et al. und die KBV/BÄK halten die Zuordnung der Sterndiagnosen zu den entsprechenden Krankheiten für sachgerecht. Der IKK e.V. begründet dies ausführlich. Demnach klassifiziert der ICD-10-GM Diagnosen vorrangig nach ihrer Ätiologie. Bei einigen Diagnosen ist es jedoch erforderlich, zusätzlich Manifestationen (über Stern-Notationen) zu kodieren. Es sei indiziert, den Primärkode hinsichtlich seiner Ätiologie, die Sternschlüssel-Kodes der Kodiervorgabe der Krankheit zuzuordnen, in der sie sich manifestiert.

#### **4.11.3 Bewertung und Festlegung**

Analog zum Vorgehen bei den Manifestationskodes bei Diabetes mellitus und den pathologischen Frakturen wird hier das Prinzip der Zuordnung der Sternschlüsselnummern

zu den entsprechenden Krankheiten fortgeführt. Insofern kann den Ausführungen in der Stellungnahme des IKK e.V. gefolgt werden.

Es erfolgt keine Änderung gegenüber dem Festlegungsentwurf.

## **4.12 Krankheiten des Gastrointestinaltrakts (203 bis 219)**

### **4.12.1 Festlegungsentwurf**

Bei der diesjährigen Krankheitsauswahl waren zunächst nur alleine aufgrund der neuen Datenmeldung im Vergleich zum Vorjahr die Krankheit 205 „Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutung und/oder Perforation“ herausgefallen und die Krankheit 221 „Akute Lebererkrankung“ wurde Auswahlkrankheit. Da viele Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts in Bezug auf ihre Kostenintensität regelmäßig an der Perzentilgrenze der Krankheitsauswahl liegen (vgl. Anhang 3 „Berechnungsergebnisse Krankheitsauswahl“ der jeweiligen Krankheitsauswahlverfahren), ist ein Wechsel dieser Krankheiten von Auswahl- zu Nicht-Auswahlkrankheiten oder umgekehrt häufig. Dies ist sowohl bedingt durch die jeweilige Datenmeldung als auch durch die Zuordnung der ICD-Kodes in Krankheiten.

Insgesamt liegen dem BVA mehrere Stellungnahmen aus der Vergangenheit vor, in welchen die Aufteilung der ICD-Kodes im Bereich des Gastrointestinaltrakts bemängelt wird. Im letzten Jahr wurden aus Kapazitätsgründen Vorschläge auf einen der nächsten Anpassungszyklen vertagt, sodass die Bearbeitung dieser Krankheiten im Rahmen der jetzigen Festlegung erfolgt.

Die DAK hatte insbesondere um eine „einheitlichere Betrachtung“ von „gleichartigen ICD-Kodes“ (z.B. Angiodysplasien und Divertikelerkrankungen) gebeten, da nach ihrer Auffassung durch eine unzureichende Zuordnung einige dieser ICD-Kodes zu Auswahlkrankheiten werden und andere nicht. Die Angiodysplasien seien beispielsweise auf vier Krankheiten verteilt. Zudem seien bei den Divertikelerkrankungen unspezifische Kodierungen der Divertikulose (K57.8) teilweise besser gestellt als manche spezifische.

Der AOK-Bundesverband hatte umfangreiche Änderungen im Bereich der Erkrankungen der Leber vorgetragen und z.B. eine einheitliche Betrachtung aller Virus-Hepatitisden vorgeschlagen.

TK et al. haben u.a. eine weitere Aufteilung von Ösophaguserkrankungen mit Abgrenzung schwerwiegenderer Erkrankungen vorgeschlagen.

Auf Anregung der Anhörungspartner erfolgt eine Auseinandersetzung und Überarbeitung des Kapitels.

In der ICD-10-GM 2015 (und auch in den ICD-10-GM der Vorjahre) erfolgt die Einteilung der Krankheiten des Gastrointestinaltrakts eher anatomisch, beginnend bei den Erkrankungen der Mundhöhle (K00-K14) über Erkrankungen des Ösophagus, Magens und Duodenums (K20-K31) sowie nach Organerkrankungen (Leber, Galle und Bauchspeicheldrüse). Jedoch erfolgt bei den Erkrankungen von Mundhöhle bis Rektum ebenfalls eine „basispathologische Einteilung“ z.B. bei „sonstigen Erkrankungen des Darmes“ (K55-K64), in welcher z.B. Gefäßerkrankungen des Darmes, Ileus/Darmobstruktion und Divertikulose des Darmes jeweils zusammengefasst werden.

In den folgenden Abschnitten sollen nun die Krankheiten des Gastrointestinaltrakts zunächst anatomisch organbedingte Erkrankungen (z.B. Pankreas, Galle, Leber) sowie die ICD-Kodes von Mundhöhle bis Darmausgang organübergreifend nach pathologischen Gesichtspunkten (z.B. peptische Ulkuserkrankungen, Divertikelerkrankungen, Angiodysplasien) zusammengefasst werden; im Anschluss daran kann ggf. eine Zusammenlegung erfolgen. Die Abstufung der Schweregrade dieser Erkrankungen kann – ihre Auswahl vorausgesetzt – später im Klassifikationsmodell erfolgen.

#### **4.12.2 Stellungnahmen**

Der GKV-Spitzenverband hat sich zu den Vorschlägen im Bereich des Gastrointestinaltraktes nicht geäußert.

Inhaltlich Stellung genommen haben dagegen die DAK, der IKK e.V. und der AOK-BV.

Insgesamt wurde Kritik entweder an der Ausgestaltung (DAK und IKK) bzw. der „Schaffung“ (AOK-BV) der neuen Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen“ genommen, auf die unter dem Abschnitt „Krankheit 205 ‚Peptische Ulkuserkrankungen‘“ (Ausgrenzung von ICD-Kodes in die neue Krankheit 368) eingegangen wird.

Der IKK e.V. begünstigt die Zusammenfassung aller Ulkuserkrankungen zu einer Krankheit, hätte jedoch z.B. den ICD-Kode K92.1 „Meläna“ eher in die Krankheit 368 einsortiert und die ICD-Kodes I86.0 „sublinguale Varizen“ sowie I86.2 „Beckenvarizen“ in der Krankheit 173 „Varizen“ belassen.

Der AOK-BV lehnt die Bildung der neuen Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen“ ab und möchte die bisherige Zuordnung der ICD-Kodes zur „Sammelkrankheit 205“ belassen.

Die DAK schlägt zudem die Aufnahme der ICD-Kodes K22.7 „Barret-Ösophagus“ und K22.1 „Ösophagusulkus“ aus Krankheit 203 „Erkrankungen des Ösophagus“ in die Krankheit 205 „Peptische Ulkuserkrankungen“ vor, da es sich um magensäurebedingte Erkrankungen handele.

#### **4.12.3 Bewertung und Festlegung**

Das BVA hat sich mit den eingegangenen Stellungnahmen und divergierenden Ansichten ausführlich auseinandergesetzt. Nach Beratung mit dem Wissenschaftlichen Beirat werden einige Teile des Entwurfs modifiziert.

In den Folgeabschnitten werden die Teilergebnisse des Festlegungsentwurfes nochmals zusammengefasst. Zudem werden die detaillierten Stellungnahmen zu einzelnen Themenkomplexen skizziert und bewertet.

### **4.13 Krankheit 205 „Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutungen und/oder Perforation“**

#### **4.13.1 Festlegungsentwurf**

**Teil-Ergebnis zu ICD K57,-ff „Darmdivertikel“ und K63.1 „Perforation des Darms (nicht-traumatisch)“:**

Da die Divertikelerkrankungen des Darmes (K57.-ff) und der ICD-Kode K63.1 „Perforation des Darmes (nichttraumatisch)“ nicht zur „Peptischen Ulkuskrankheit“ (oberer Gastrointestinaltrakt)“ passen, werden alle „Darmdivertikel-ICD-Kodes“ (K57.-ff) aus der Krankheit 205 herausgelöst und in die Krankheit 214 „Darmdivertikel“ überführt. Die Krankheit 214 wird umbenannt in „Divertikelerkrankungen des Darms“ (siehe dort). Der ICD-Kode K63.1 wird in die Krankheit 217 „Darmabszess, Fistel und andere näher bezeichnete Erkrankungen“ verschoben. Die Krankheit 217 wird umbenannt in „Darmabszess, Fistel, Darmperforation und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Darmes“.

#### **4.13.2 Stellungnahmen**

Indirekt hat der AOK-BV als einzige Krankenkasse Stellung dazu genommen, indem er auf S.4 seiner Stellungnahme die Krankheit 214 „Darmdivertikel“ in der Überschrift erwähnt, jedoch keinen gesonderten Vorschlag zur Umsortierung dieser ICD-Kodes macht. Der AOK-BV setzt sich ausführlich mit „Angiodysplasien und gastrointestinalen Varizen“ auseinander (s.u.), die nicht der neuen Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen“ zugeordnet werden sollten, sondern in der Krankheit 205 „Peptische Ulkuserkrankungen“ belassen werden sollten (siehe dort).

TK et al. begrüßen fast vollständig alle vom BVA unterbreiteten Vorschläge zum Gastrointestinaltrakt, würden jedoch den ICD-Kode Q43.0 „Meckel-Divertikel“ ebenfalls in die Krankheit 214 „Divertikelerkrankungen des Darms“ überführen.

#### **4.13.3 Bewertung und Festlegung**

Das BVA hält das Teilergebnis zu „Divertikelerkrankungen des Darmes“ (K57.-ff) und K63.1 „Perforation des Darmes (nichttraumatisch)“ bei und ordnet diese Codes den Krankheiten 214 „Divertikelerkrankungen des Darms“ und 217 „Darmabszess, Darmfistel, Darmperforation und andere näher bezeichnete Darmerkrankungen“ zu. Das BVA fasst somit in der Krankheit 214 alle Divertikelerkrankungen zusammen.

Da das Meckelsche Divertikel bei klinischer Apparenz einer Appendizitis vergleichbar ist (wenn es zu Symptomen kommt) und dann auch ebenso chirurgisch behandelt wird, hält das BVA an seiner bisherigen Zuordnung fest.

### **4.14 Angiodysplasien in der Krankheit 205 „Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutungen und/oder Perforation“ und in den Krankheiten 206, 212 und 217“**

#### **4.14.1 Festlegungsentwurf**

Die ICD-Kodes zu Angiodysplasien wurden seit 2011 keiner gemeinsamen Krankheit zugeordnet, sondern eher entsprechend ihrer Lokalisation (z.B. der ICD-Kode K55.2 „Angiodysplasie des Kolons“ der Krankheit 217 „Darmabszess, Fistel und andere näher bezeichnete Erkrankungen“). Sobald innerhalb der ICD-Bezeichnung die Worte „mit Blutung“ formuliert waren (z.B. K55.22 „Angiodysplasie des Kolons: mit Blutung“), wurden diese ICD-Kodes der Krankheit 205 „Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutung und/oder Perforation“

zugeordnet (grau hinterlegt in der Tabelle 1: Angiodysplasien in vier Krankheiten). Hierbei ist kritisch zu hinterfragen, weshalb der ICD-Kode K55.82 „Angiodysplasie des Dünndarms mit Blutung“ nicht in die Krankheit 205 aufgenommen wurde, sondern in die Krankheit 212 „Mesenterialarterieninfarkt...“. Ein Infarkt stellt ja gerade das Gegenteil einer Blutung dar, nämlich eine Ischämie. Der dieser Erkrankung zugeordnete dreistellige ICD-Kode K55.8 ist auch eher „allgemeiner gehalten“, steht jedoch eindeutig oberhalb von zwei spezifischen Angiodysplasien. Derzeit sind die acht Angiodysplasien, die jeweils eine gastrointestinale Blutungsquelle darstellen können, auf vier unterschiedliche Krankheiten verteilt (siehe Tabelle 2).

**Tabelle 2: Angiodysplasien in vier Krankheiten**

ICD	ICD-Bezeichnung	Krankheit	Auswahlkrankheit AJ2016	Krankheitsbezeichnung
K31.81	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums ohne Angabe einer Blutung	206	0	Störungen / Symptome an Magen / Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung)
K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	205	55	Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutung und/oder Perforation
K55.2	Angiodysplasie des Kolons	217	0	Darmabszess, Fistel und andere näher bezeichnete Erkrankungen
K55.21	Angiodysplasie des Kolons: Ohne Angabe einer Blutung	217	0	Darmabszess, Fistel und andere näher bezeichnete Erkrankungen
K55.22	Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung	205	55	Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutung und/oder Perforation
K55.8	Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes	212	0	Mesenterialarterieninfarkt, intestinale Durchblutungsinsuffizienz
K55.81	Angiodysplasie des Dünndarmes ohne Angabe einer Blutung	212	0	Mesenterialarterieninfarkt, intestinale Durchblutungsinsuffizienz
K55.82	Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung	212	0	Mesenterialarterieninfarkt, intestinale Durchblutungsinsuffizienz

In der medizinischen Literatur und in Studien werden Angiodysplasien oft unter dem Kapitel „Gastrointestinale Blutungen“ behandelt, wobei es sich um eine oder mehrere Malformationen von Gefäßen (arteriell, venös oder lymphogen) im Gastrointestinaltrakt handelt, die eine Blutungsquelle darstellen können. Man unterscheidet bei gastrointestinalen Blutungen zwischen oberen, mittleren und unteren gastrointestinalen Blutungen. Hierbei scheinen Angiodysplasien vom oberen Gastrointestinaltrakt seltener und im mittleren und

unteren Darmabschnitt häufiger aufzutreten<sup>1</sup>. Ein Review der Cochrane Collaboration<sup>2</sup> zeigt, dass es nicht einfach ist, die Pathogenese und die erfolgreichsten Methoden zu Diagnose und Therapie der gastrointestinalen Angiodysplasien eindeutig festzulegen, jedoch wird die „Krankheit“ Angiodysplasie vom oberen bis unteren Gastrointestinaltrakt in den Studien und beim Therapievergleich zusammengefasst. Das hauptsächliche Ziel der Studien und Untersuchungen ist es, die von Angiodysplasien ausgehende Blutungsgefahr einzuschränken. Dies kann entweder durch endoskopische Therapie (z.B. Argon-Laser) bis hin zu Operation (Resektion) oder medikamentös z.B. durch Octreotid geschehen<sup>3</sup>. Angiodysplasien werden zudem als „häufige Ursache von massiven Blutungen aus dem unteren Verdauungstrakt“<sup>4</sup> gesehen.

Da nach Sichtung der Literatur „Gastrointestinale Angiodysplasien“ als eine Krankheit begriffen und unabhängig ihrer Lokalisation im Gastrointestinaltrakt eine Blutungsgefahr darstellen und therapiert werden, folgt das BVA im Festlegungsentwurf dem Vorschlag der DAK, die „gastrointestinalen Angiodysplasien“ zusammenzufassen und ggf. mit weiteren Blutungsursachen des Gastrointestinaltrakts zusammen zu legen. Es soll jedoch keine Teilung dieser Krankheit durch die an der 5. Stelle vorgenommene Differenzierung „mit Blutung“ oder „ohne Blutung“ vorgenommen werden analog zur Vorgehensweise bei peptischen Ulkus- und Darm-Divertikel-Erkrankungen.

#### 4.14.2 Stellungnahmen

Die Zusammenfassung der „Angiodysplasien“ als eine eigenständige „Krankheit“ wird zunächst nicht kritisiert. Lediglich der AOK-BV plädiert für eine Zusammenfassung der ICD-Kodes zu blutenden Angiodysplasien in Krankheit 205 (mit Ulcera und blutenden Darmdivertikeln). Zudem lehnt der AOK-BV die Bildung der neuen Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen“ insgesamt ab, da die Abgrenzung der „Hämatemesis“ von der „peptischen Ulkuskrankheit“ und die Verbindung zu den Gefäßmalformationen (gastrointestinale Varizen und Angiodysplasien) nicht nachvollzogen werden könne. Ebenfalls kritisiert der AOK-BV die „Schweregraddifferenzierung“, die durch die Bildung der Krankheit 368 gegeben sei und weist darauf hin, dass der Wissenschaftliche Beirat 2013 u.a. das Ziel formuliert habe, dass unterschiedliche Kosten- und Krankheitsverläufe vor allem im Klassifikationsmodell, nicht aber in der Krankheitsauswahl abgebildet werden sollen. Der AOK-BV schlägt vor, die bisherige Zuordnung zu belassen und den ICD-Code K55.82 „Angiodysplasien des Dünndarms, mit Blutung“ in die Krankheit 205 aufzunehmen.

Der IKK e.V. findet die ausschließliche Zusammenfassung aller peptischen Ulkuserkrankungen der Krankheit 205 grundsätzlich sinnvoll und medizinisch begründet. Er wünscht sich aber für alle Angiodysplasien eine „eigenständige Krankheit“, abgegrenzt von

---

<sup>1</sup> Lehrbuch Innere Medizin: Gerd Herold u Mitarbeiter, S. 451ff.

<sup>2</sup> Review article: gastrointestinal angiodysplasia – pathogenesis, diagnosis and management. Sami SS, Al-Araji SA, Ragunath K. 2014.

<sup>3</sup> Review article: gastrointestinal angiodysplasia – pathogenesis, diagnosis and management. Sami SS, Al-Araji SA, Ragunath K. 2014.

<sup>4</sup> Wolfgang Rösch: „Angiodysplasie: Häufige Ursache einer massiven perianalen Blutung aus dem unteren Verdauungstrakt“ Dtsch Ärzteblatt: Heft 54 vom 28. November 1984.

den „anderen gastrointestinalen Blutungen“ in der neu zusammengefassten Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und Gefäßanomalien“. Er begründet dies damit, dass Angiodysplasien eher seltene Ursachen gastrointestinaler Blutungen seien (IKK e.V. zitiert Herold 2013). Der IKK e.V. schlägt vor, die Krankheit „Angiodysplasien des Darmes“ als eigenständige von den ICD-Kodes der neuen Krankheit abzugrenzen.

#### **4.14.3 Bewertung und Festlegung**

Das BVA behält die Zusammengehörigkeit der „Angiodysplasien“ als eigenständige Krankheit bei, da es sich um eine oder mehrere Malformation von Gefäßen (arteriell, venös oder lymphogen) im Gastrointestinaltrakt handelt, die eine Blutungsquelle darstellen können. Somit wird auch dem Vorschlag des AOK-BV entsprochen, da nun die unterschiedlichen Schweregrade einer Erkrankung (blutende und nicht blutende Angiodysplasien) zu einer Krankheit zusammenfasst werden. Insgesamt entspricht dies dem Vorgehen bei Ulkuserkrankungen und Darmdivertikeln, da hier ebenfalls blutende und nicht-blutende, perforierte, entzündete und nicht perforierte Krankheitsstadien in jeweils einer Krankheit zusammengefasst werden.

Die durch Angiodysplasien möglicherweise auftretenden Blutungen können anatomisch und in ihrer Schwere unterschiedlich sein. Laut Herold (2014) sind Angiodysplasien bei oberen gastrointestinalen Blutungen eher seltener die Ursache, jedoch bei mittleren und unteren gastrointestinalen Blutungen neben Divertikulose und Tumoren gerade bei älteren Patienten häufiger. Die Häufigkeit dieser Malformationen werden je nach Studie, Patientenalter und Abschnitt des Magen-Darm-Traktes (oberer, mittlerer, unterer Bereich) unterschiedlich angegeben. Die in Tabelle 2 aufgeführten Angiodysplasien werden als eigene Krankheit der neuen Krankheit 367 „Gastrointestinale Angiodysplasien“ zusammengefasst.

### **4.15 Weitere ICD-Kodes innerhalb der Krankheit 205: „Peptisches Ulkus, gastrointestinale Blutungen und/oder Perforation“: K92.0 „Hämatemesis“, K92.2 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“, K22.6 „Mallory-Weiss-Syndrom“**

#### **4.15.1 Festlegungsentwurf**

Die Ursachen gastrointestinaler Blutungen (obere, mittlere und untere) sind entweder ätiologisch verschiedenen „Erkrankungen“ zuzuordnen (z.B. Ulcera, Angiodysplasien, Divertikelerkrankungen, Tumoren, akute oder chronische Entzündungen) oder stellen Einzelerkrankungen (z.B. Mallory-Weiss-Syndrom) bzw. Blutung als „Symptom“ dar (z.B. „Hämatemesis“). Weitere ICD-Kodes in der Krankheit 205, die nicht zwingend peptischen Ulkuserkrankungen zuzuordnen sind, sind die ICD-Kodes:

- K92.0 „Hämatemesis“,
- K92.2 „Gastrointestinale Blutung nicht näher bezeichnet (exklusive Ulcera)“,
- K22.6 „Mallory-Weiss-Syndrom“ und
- K29.0 „Akute hämorrhagische Gastritis“.



Der ICD-Kode K92.2 schließt sogar „Blutungen durch Ulcera“ („exklusive“) aus, sodass dieser Kode aus der Krankheit 205 entfernt werden sollte.

Diese Überlegungen führen im Festlegungsentwurf zu dem Vorschlag, diese „schwerwiegenden gastrointestinalen Blutungen“ mit den Ursachen schwerwiegender gastrointestinaler Blutungen aus Gefäßmalformationen (gastrointestinalen Varizen und Angiodysplasien) zusammen zu legen. Die medizinische Verbindung der „schweren gastrointestinalen Blutungen“ zu Ösophagus- und Magenvarizen wird unter Krankheit 206 ausgeführt. Da die gastrointestinalen Varizen *Gefäßmalformationen* von Venen sind, können sie ebenfalls mit vorwiegend arteriell bedingten *Gefäßmalformationen* (Angiodysplasien) zusammengelegt werden.

Im Gegensatz zu diesen „schwerwiegenden gastrointestinalen Blutungen und Blutungsursachen“, kann bei blutenden peptischen Ulkuserkrankungen anhand der ICD-Kodierung im Einzelfall nicht unterschieden werden, ob ein eher nicht hämodynamisch relevantes Ulkus mit Hämatinauflagerung vorliegt oder eine „schwerwiegendere“ arterielle Blutung, die z.B. durch eine Gefäßarrosion des Ulkus bedingt ist.

Es wird die Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und/oder Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen oder Angiodysplasien)“ gebildet, in welche alle in Tabelle 2 aufgelisteten Angiodysplasien und die drei ICD-Kodes K92.0, K92.2 und K22.6 aufgenommen werden.

#### 4.15.2 Stellungnahmen

Der IKK e.V. begrüßt zunächst die Herauslösung von schwereren gastrointestinalen Blutungen und Angiodysplasien aus der Krankheit 205, sieht jedoch „Angiodysplasien“ eher als eigenständige Krankheit (s.o.). Er beschreibt, dass „in der Krankheit 368 Folgen anderer Grunderkrankungen zusammengefasst werden“ und stimmt der Abgrenzung dieser Krankheit von Ulkuserkrankungen im Grundsatz zu. Kritisiert wird jedoch, dass der ICD-Kode K92.1 „Meläna“ (Teerstuhl) nicht dieser Krankheit 368 zugeordnet wurde, sondern der Krankheit 205 „Peptisches Ulkus“. Der IKK e.V. begründet seine Forderung nach einer entsprechenden Zuordnung mit der Feststellung, dass der Teerstuhl auch durch Dünn- oder Dickdarmlutungen entstehen könne.

Des weiteren sollte laut IKK e.V. der ICD-Kode I86.2 „Beckenvarizen“ nicht der Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und/oder Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen oder Angiodysplasien)“ zugeordnet werden, sondern in der Krankheit 173 „Varizen“ verbleiben. Der IKK e.V. weist darauf hin, dass die unter ICD-Kode I86.2 verschlüsselten „Beckenvarizen“ nicht durch portale Hypertension bedingt seien. Folgerichtig sei daher eine Einsortierung des ICD-Kodes I86.2 in die Krankheit 173.

Der AOK-BV lehnt die Bildung der Krankheit 368 insgesamt ab, insbesondere da die peptische Ulkuserkrankung mit die häufigste Ursache für „schwerwiegende“ gastrointestinale Blutungen sei. Umgekehrt gäbe es auch leichte Verläufe bei erosiver Gastritis und Angiodysplasien. Die Schweregradabgrenzung sei zudem Aufgabe der Klassifikation. Ebenfalls wäre der Schweregrad von gastrointestinalen Varizen unterschiedlich; Varizen I. Grades etwa würden nicht interventionell behandelt. Die Diagnosen Hämatemesis und Mallory-Weiss-Syndrom würde der AOK-BV eher in der Krankheit 205 „Peptische

„Ulkuskrankheit“ belassen, da nach einer Studie aus dem Jahr 1970 das Ulcus duodeni die häufigste Ursache Hämatemesis und/ oder oder Meläna sei.

Die DAK, auf deren Vorschlag vorrangig die Zusammenfassung der Angiodysplasien zurückzuführen ist, schlägt vor, die beiden ICD-Kodes K92.0 „Hämatemesis“ und K92.2 „Nicht näher bezeichnete gastrointestinale Blutungen“ in die Ausschlusskategorie 501 „Symptom, Zustand“ zu überführen, da K92.2 spezifischer kodiert werden könne und bei Hämatemesis i.d.R. ein stationärer Aufenthalt erfolge, der zu einer spezifischeren Kodierung der Ursache des Symptoms führe. Sie macht zudem den Vorschlag, die beiden ICD-Kodes I86.0 „Sublinguale Varizen“ und I86.2 „Beckenvarizen“ in der Krankheit 173 „Varizen“ zu belassen.

TK et al. begrüßen die vom BVA gemachten Vorschläge zum Gastrointestinaltrakt und weisen (wie auch der GKV-SV und der IKK e.V.) vor dem Hintergrund eines redaktionellen Fehlers auf die die korrekte Bezeichnung des ICD-Kodes I86.2 als „Beckenvarizen“ hin.

#### **4.15.3 Bewertung und Festlegung**

Das BVA kann viele der geäußerten Ansichten der Anhörungspartner nachvollziehen. Die Abgrenzung und Einteilung der gastrointestinalen Krankheiten stellt eine gewisse Herausforderung dar, weil einzelne ICD-Kodes existieren, die anatomisch eher der einer bestimmten Krankheit zugeordnet werden können, die jeweilige Behandlung bzw. die vorliegenden Symptome eher für die Zuordnung zu einer anderen Krankheit sprechen.

Insgesamt nimmt das BVA die vor diesem Hintergrund vorgetragene Kritik ernst und folgt der Ansicht, dass zusammengehörende Krankheitsbilder verschiedener Schweregrade prinzipiell einer gemeinsamen Erkrankung zugeordnet werden sollen. Dieser Ansatz lässt sich gleichwohl nicht über das gesamte Morbiditätsspektrum aufrecht erhalten, weswegen es immer wieder zu von diesem Grundsatz abweichenden Entscheidungen kommen kann und wird.

Im vorliegenden Fall bleibt das BVA bei seiner Entscheidung, die derzeitige Krankheit 205, die zuvor alle „Schweregrade“ von peptischen Ulcera, jedoch nur „blutende/ perforierte Divertikelerkrankungen“ und einige „blutende Angiodysplasien“ enthielt, verschiedenen Krankheiten zuzuordnen, wobei jede Krankheit unterschiedliche „Schweregrade“ beinhaltet:

- „Peptische Ulkuskrankheit“ (Krankheit 205),
- „Divertikelerkrankungen des Darmes“ (Krankheit 214),
- „Gastrointestinale Angiodysplasien“ (neue Krankheit 367)

Die verbleibenden Krankheiten stellen eine sog. „Restegruppe“ dar, die z.T. „schwerwiegendere“ Blutungen (z.B. Hämatemesis) und z.T. „leichtere“ Blutungen (z.B. K92.2) umfassen, die anatomisch nicht eindeutig zuzuordnen sind und auch als Symptom „gewertet“ werden könnten. Dem Vorschlag der DAK folgt das BVA nach Diskussion mit dem Beirat nicht, da es z.T. vorkommen kann, dass Hämatemesis ohne genaue Ursachenfindung vorkommen kann und dieses „Symptom“ für sich genommen im Regelfall ein Anzeichen für das Vorliegen einer (ggf. nicht direkt identifizierbaren) schwerwiegenden Krankheit darstellt. Ebenfalls werden in der sog. Ausschlusskrankheit 501 vorrangig Symptome aus dem R-kodierten-Bereich zusammengefasst. Dementgegen werden nicht alle „nicht näher

bezeichnete Erkrankungen“ (-9) der Krankheit 501 zugeordnet, sondern der jeweils spezifischen Erkrankung. Paradoxerweise sind die sog. „unspezifischen“ -9er-Kodes in der Klassifikation z.T. „teurer“ als die spezifischen, so dass sie hinsichtlich des damit vergemeinschafteten Versorgungsaufwands bzw. der Folgekosten durchaus relevant zu sein scheinen.

Das BVA bleibt bei seiner Festlegung, dass die gastrointestinalen Blutungen in einer Krankheit 368 mit gastrointestinalen Varizen zusammengefasst werden. Die Bezeichnung der Krankheit lautet dann „Gastrointestinale Blutungen und gastrointestinale Varizen“.

## **4.16 K29.0 „Akute hämorrhagische Gastritis“**

### **4.16.1 Festlegungsentwurf**

Der ICD-Kode K29.0 „Akute hämorrhagische Gastritis“ gehört derzeit ebenfalls der Krankheit 205 „Peptische Ulkuserkrankungen“ an. Insgesamt passt dieser ICD-Kode inhaltlich zu verschiedenen Krankheiten. Zunächst sind die Ursachen einer blutenden Magen-Schleimhautentzündung den Ulkuserkrankungen ähnlich und können entweder durch die Einnahme von nichtsteroidalen Antiphlogistika (z.b. Cox-1-Hemmer oder Aspirin) oder durch floride *Helicobacter pylori*-Infektionen bedingt sein. Da die Therapie dann ebenfalls vergleichbar mit der Ulkustherapie ist und im Absetzen von Medikamenten oder *Helicobacter*-Therapie besteht, könnte dieser ICD-Kode in der Krankheit 205 verbleiben. Da es sich um eine „hämorrhagische“ Gastritis handelt, die im ersten „spezifizierenden“ Adjektiv eine Blutung beinhaltet, würde der ICD-Kode K29.0 auch in die „gastrointestinale Blutungen“ bzw. in die neue Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und/oder Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen oder Angiodysplasien)“ passen, da von „mehreren Blutungsherden“ im Magen auszugehen ist, die durchaus eine hämodynamische Relevanz aufweisen können.

Nach Diskussion mit dem Beirat wird der ICD-Kode zunächst in die neue Krankheit 368 „Schwere gastrointestinale Blutungen und/oder Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen oder Angiodysplasien)“ einsortiert.

### **4.16.2 Stellungnahmen**

Zu diesem Unterpunkt hat nur der AOK-BV indirekt Stellung genommen, da die erosive Gastritis mit multiplen Ulcera einhergehe. Hieraus ist zu entnehmen, dass der AOK-BV diesen ICD-Kode wohl eher der Krankheit 205 „Peptische Ulkuserkrankung“ zugeordnet hätte.

### **4.16.3 Bewertung und Festlegung**

Insgesamt ist das Argument verständlich, dass der ICD-Kode wegen seiner anatomischen Zugehörigkeit auch zu den Ulkuserkrankungen im Magen gezählt werden könnte. Die „Hämorrhagie“ (Blutung) wird jedoch zuerst in der Bezeichnung genannt und unter dem ICD-Kode „akute hämorrhagische Gastritis“ steht in der Spezifizierung in der ICD-10-GM 2015 „akute (erosive) Gastritis *mit Blutung*“. Das BVA sieht somit die „Blutung“ als führendes Symptom dieser Magenentzündung, so dass der ICD-Kode nach Diskussion mit dem Wissenschaftlichen Beirat weiterhin in der Krankheit 368 „Gastrointestinale Blutungen und gastrointestinale Varizen“ verbleibt.

## **4.17 Krankheit 203 „Erkrankungen des Ösophagus“**

### **4.17.1 Festlegungsentwurf**

Das BVA hält es unter nosologischen Gesichtspunkten nicht für erforderlich, dem Vorschlag von TK et al. zu folgen und eine Differenzierung zwischen „leichteren“ und „schwereren“ Erkrankungen des Ösophagus vorzunehmen. Zudem beinhalten schon einzelne ICD-Kodes unterschiedliche Schweregrade (z.B. Achalasie Grad I-III).

### **4.17.2 Stellungnahmen**

Die DAK, hält es zunächst für richtig, dass das BVA keine Differenzierung zwischen leichteren und schwereren Erkrankungen des Ösophagus vorgenommen hat. Jedoch wird vorgeschlagen, die beiden ICD-Kodes K22.7 „Barret-Ösophagus“ und K22.1 „Ösophagusulkus“ in die Krankheit 205 „Peptische Ulkuskrankheiten“ zu verschieben, da es sich um magensäurebedingte Erkrankungen handele.

### **4.17.3 Bewertung und Festlegung**

Das BVA kann das ätiologische Argument der DAK nachvollziehen, jedoch ist der Übergang von Ösophagus- zu Magenerkrankungen fließend. Im Rahmen der Krankheitsauswahl waren und sind diese anatomischen Regionen getrennt. Zudem muss ein Ösophagusulkus nicht ausschließlich durch Magensäure bedingt sein, sondern kann auch andere Ursachen, die ebenfalls in der ICD-10 aufgelistet und somit spezifisch kodierbar sind (z.B. Arzneimittel, Drogen, Pilzkrankungen) haben. Ebenfalls müssten dann alle ICD-Kodes (verschiedener Schweregrade) der gastroösophagealen Refluxkrankheit verschoben werden, da auch sie durch Magensäure bedingt sind. Aus diesen Gründen bleibt das BVA bei seiner Entscheidung, die beiden ICD-Kodes K22.7 „Barrett-Ösophagus“ und K22.1 „Ösophagusulkus“ in der Krankheit 203 „Erkrankungen des Ösophagus“ zu belassen. Damit wird hier eher der Manifestation der Erkrankung gefolgt und nicht der Ätiologie.

## **4.18 Krankheit 173 „Varizen“ und Krankheit 220 „Leberzirrhose“ und Krankheit 368 „Gastrointestinale Blutungen und gastrointestinale Varizen“**

### **4.18.1 Festlegungsentwurf**

Der ICD-Kode I86.4 „Magenvarizen“ passt einerseits anatomisch zum Sammelbecken „Magenkrankheiten“, andererseits sind jedoch anatomisch unmittelbar in der Nähe befindliche „Ösophagusvarizen“ alle der Krankheit 220 (Auswahlkrankheit 59 „Leberzirrhose“) zugeordnet worden. Der ICD-Kode I86.2 „Sublinguale Varizen“ wurde hingegen der allgemeinen Krankheit 173 „Varizen“ zugeordnet.

Tabelle 12 im Festlegungsentwurf zeigt eine Übersicht zur derzeitigen Zuordnung aller Varizen (mit dem redaktionellen Fehler, dass der ICD-Kode I86.2 „Beckenvarizen“ versehentlich als „Sublinguale Varizen“ bezeichnet wurde).

#### 4.18.2 Stellungnahmen:

Der IKK e.V. kritisiert, dass der ICD-Kode I86.2 „Beckenvarizen“ bei der Krankheit 368 ätiologisch nicht richtig einsortiert sei.

#### 4.18.3 Bewertung und Festlegung

Das BVA ordnet 5 Varizen-Kodes aus dem Magen und Ösophagus der neuen Krankheit 368 „Gastrointestinale Blutungen und gastrointestinale Varizen“ zu. Die hier zusammengefassten Varizen werden meist durch portale Hypertension verursacht. Die mit gastrointestinalen Blutungen einhergehenden Magen- und Ösophagusvarizen bleiben hingegen der Krankheit 368 zugeordnet. Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Übersicht aller ICD-Kodes, die die neue Krankheit 368 „Gastrointestinale Blutungen und gastrointestinale Varizen“ bilden.

**Tabelle 3: Neue Krankheit 368: „Gastrointestinale Blutungen und gastrointestinale Varizen“**

I85.0	Ösophagusvarizen mit Blutung
I85.9	Ösophagusvarizen ohne Blutung
I86.2	Beckenvarizen
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
K31.81	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums ohne Angabe einer Blutung
K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung
K55.2	Angiodysplasie des Kolons
K55.21	Angiodysplasie des Kolons: Ohne Angabe einer Blutung
K55.22	Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung
K55.8	Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes
K55.81	Angiodysplasie des Dünndarmes ohne Angabe einer Blutung
K55.82	Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung
K55.88	Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes
K92.0	Hämatemesis
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet

Die beiden ICD-Kodes I86.0 „Sublinguale Varizen“ und I86.2 „Beckenvarizen“ führen nicht zu gastrointestinalen Blutungen; Beckenvarizen können sogar eher Embolien verursachen. Daher bleiben die ICD-Kodes I86.0 und I86.2 in der Krankheit 173 „Varizen“.

## **4.19 Krankheit 224 „Gallensteine mit Cholezystitis und andere Erkrankungen der Gallenblase“ und Krankheit 226 „Näher bezeichnete Erkrankung der Gallenwege (Cholangitis, Verschluss, Perforation)“**

### **4.19.1 Festlegungsentwurf**

Der Vorschlag von TK et al., den ICD-Code K83.9 „Krankheit der Gallenwege, nicht näher bezeichnet“ anstatt wie bisher der Krankheit 224 der Krankheit 226 zuzuordnen, wird umgesetzt. Die Krankheit 226 wird umbenannt in „Erkrankungen der Gallenwege (Cholangitis, Verschluss, Perforation)“.

### **4.19.2 Stellungnahmen**

TK et al. und die KBV/BÄK halten die Änderungen für schlüssig.

### **4.19.3 Bewertung und Festlegung**

Es erfolgt keine Änderung gegenüber dem Festlegungsentwurf.

## **4.20 Krankheit 249, Gicht / Arthritis urica, Krankheit 271 „Nephritis“ und Krankheit 352 „Vergiftungen durch andere oder nicht näher bezeichnete nicht medizinisch verwendete Substanzen“**

### **4.20.1 Festlegungsentwurf**

Die Vorschläge von TK et al., die ICD-Kodes T36-T50 (Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen) aus der sog. Ausschlusskrankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“, M10.1- „Bleigicht“ aus Krankheit 249, die ICD-Kodes N14.3 „Nephropathie durch Schwermetalle“ und N14.4 „Toxische Nephropathie, andernorts nicht klassifiziert“ aus Krankheit 271 in die Krankheit 352 aufzunehmen, werden nicht umgesetzt.

### **4.20.2 Stellungnahmen**

TK et al. und die KBV/BÄK stimmen dem geplanten Vorgehen zu bzw. halten dieses für gut begründet.

### **4.20.3 Bewertung und Festlegung**

Es erfolgt keine Änderung gegenüber dem Festlegungsentwurf.

## **4.21 Krankheit 176 „Nicht infektiöse Erkrankungen des Lymphsystems und der Milz“ und Krankheit 323 „Nicht näher bezeichnete Fehlbildungssyndrome“**

### **4.21.1 Festlegungsentwurf**

Die neuen ICD-Kodes Q89.0- aus der ICD-10-GM 2016 werden der Krankheit 176 zugeordnet. Der 4-Steller Q89.0 verbleibt (ohne Angaben von Gründen) in der Krankheit 323 „Nicht näher bezeichnete Fehlbildungssyndrome“.

### **4.21.2 Stellungnahmen**

Der GKV-SV schlägt vor, den ICD-Code Q89.0 „Angeborene Fehlbildungen der Milz“ der Krankheit 176 zuzuordnen. Der IKK e.V. schlägt vor, alle ICD-Kodes Q89.- entweder der Krankheit 176 oder Krankheit 323 zuzuordnen.

### **4.21.3 Bewertung und Festlegung**

Alle ICD-Kodes Q89.0- sollten derselben Krankheit zugeordnet werden. Da die neuen ausdifferenzierten Q89.0- begründet der Krankheit 176 zugeordnet sind und diese entsprechend umbenannt worden war, wird auch der 4-Steller Q89.0 der Krankheit 176 zugeordnet.

## **4.22 Krankheit 295 „Nicht-entzündliche Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane“**

### **4.22.1 Festlegungsentwurf**

Die neuen ICD-Kodes Z91.7- aus der ICD-10-GM 2016 werden der Krankheit 295 zugeordnet.

### **4.22.2 Stellungnahmen**

Der GKV-SV und der IKK e.V. schlagen eine Prüfung der Zuordnung der neuen ICD-Kodes Z91.7- in die Ausschlusskategorie 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“ vor. Der AOK-BV hält die Zuordnung dieser ICD-Kodes zur Krankheit 295 für sachgerecht.

### **4.22.3 Bewertung und Festlegung**

Im Kommentar zur ICD-10-GM 2016 heißt es: „Bedingt durch die Einführung einer neuen Schlüsselnummer für die weibliche Genitalverstümmelung im Kapitel XXI (...) durch die WHO wurden die 5-Steller unter N90.8- gestrichen und die Inhalte in den auf der 5. Stelle ausdifferenzierten neuen Kode verlagert.“ Zudem findet sich im ICD-10-GM 2016 bei der Schlüsselnummer Z91.7- der Hinweis: „Die Schlüsselnummern dieser Kategorie sind bei aktuellen Zuständen weiblicher Genitalverstümmelung anzugeben, wenn diese Anlass der Behandlung sind oder die Behandlung anderer Zustände beeinflussen.“

Da diese neuen ICD-Kodes bisher dem Kapitel XXI der ICD-10GM 2016 zugeordnete ICD-Kodes ersetzen und nicht ausschließlich Symptome / Zustände / etc. beschreiben, sondern ausdrücklich auch wie die ehemaligen fünfstelligen N90.8-Kodes zur Verschlüsselung

aktueller behandlungsbedürftiger Diagnosen verwendet werden sollen, bleiben sie – wie im Festlegungsentwurf vorgesehen – der Krankheit 295 zugeordnet.



## 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 4 und Tabelle 5 aufgeführten Veränderungen an der Liste der im Ausgleichsjahr 2017 im RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten.

**Tabelle 4: Ab dem Ausgleichsjahr 2017 im Risikostrukturausgleich neu zu berücksichtigende Krankheiten**

051	Agranulozytose und Neutropenie
221	Akute schwere Lebererkrankung
368	Gastrointestinale Blutungen und gastrointestinale Varizen [im Festlegungsentwurf: Schwere gastrointestinale Blutungen und Gefäßanomalien (gastrointestinale Varizen oder Angiodysplasien)]

**Tabelle 5: Ab dem Ausgleichsjahr 2017 nicht mehr im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähige Krankheiten**

069	Adipositas (mit Krankheitsbezug)
205	Peptische Ulkuserkrankungen
267	Osteoporose und Folgeerkrankungen [jetzt ohne Folgeerkrankungen (pathologische Frakturen)]

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

**Tabelle 6: In der Festlegung berücksichtigte Krankheiten, die im Festlegungsentwurf nicht berücksichtigungsfähig waren**

159	Ventrikuläre Tachykardie / Arrhythmie, Herzstillstand
-----	---

**Tabelle 7: In der Festlegung nicht berücksichtigungsfähige Krankheiten, die im Festlegungsentwurf berücksichtigt waren**

363	Pathologische Frakturen, exkl. Osteoporose [jetzt inklusive durch Osteoporose bedingte pathologische Frakturen]
-----	---