

Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Prof. Dr. Reinhard Busse, MPH, Technische Universität Berlin

Prof. Dr. Saskia Drösler, Fachhochschule Niederrhein, Krefeld

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen

Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Thomas Schäfer, Fachhochschule Gelsenkirchen

Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Dezember 2007

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	III
Verzeichnis der Kästen	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Rechtliche Grundlagen	2
1.3 Vorgehensweise	2
2 Datengrundlage.....	4
2.1 Meldeverfahren	4
2.2 Ergebnisse der Überprüfung der Daten auf Plausibilität.....	5
2.2.1 Struktur der Datenprüfung.....	5
2.2.2 Ergebnisse der technischen und inhaltlichen Prüfung	6
2.2.3 Ergebnisse der formalen Diagnoseprüfung.....	7
2.3 Beschreibung der endgültigen Datenbasis	7
3 Methodik der Krankheitsauswahl.....	10
3.1 Vorüberlegungen zur Krankheitsdefinition.....	10
3.1.1 Der Krankheitsbegriff in der Entwicklung des Morbiditätsfilters	10
3.1.2 Nutzung von Diagnosegruppen als Analyseeinheiten.....	13
3.1.3 Anpassung der Diagnosegruppen und Einordnung in den Auswahlprozess	14
3.2 Operationalisierung der Auswahlkriterien	19
3.2.1 Vorbemerkungen.....	19
3.2.2 Diagnosegruppenspezifische Ausgaben als Auswahlkriterium.....	20
3.2.3 Kostenintensive chronische Diagnosegruppen	26
3.2.4 Diagnosegruppen mit schwerwiegendem Verlauf.....	29
3.2.5 Zusammenfassung von Diagnosegruppen zu Krankheiten und Schwellenwertprüfung	32
3.2.6 Zusammenfassende Darstellung des Auswahlprozesses.....	34

4	Auswahl der Krankheiten	38
4.1	Zusammenfassung empirisch ausgewählter Diagnosegruppen zu Krankheiten	38
4.2	Anpassung aufgrund medizinischer Aspekte und spezifischer Anreizwirkungen	39
4.2.1	Allgemeine Prinzipien.....	39
4.2.2	Dokumentation der Anpassungen und Kommentare zu spezifischen DxGruppen	40
4.3	Schwellenwertprüfung	57
4.4	Prognosequalität der Krankheitsauswahl	59
5	Empfehlungen und Anmerkungen des Wissenschaftlichen Beirats	63
	Quellenverzeichnis	67
	Anhang A: Bewertete Diagnosegruppen und Berechnungsergebnisse	A-1
	Anhang B: Ausgewählte Krankheiten und zugeordnete ICD-Kodes	B-1

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf des Fehlerverfahrens	6
Abbildung 2: Zuordnung von ICD-Diagnosen zu Diagnosegruppen	16
Abbildung 3: Bildung und Anpassung von Diagnosegruppen	19
Abbildung 4: Verfahren zur Identifikation kostenintensiv chronischer Diagnosegruppen.....	29
Abbildung 5: Verfahren zur Identifikation schwerwiegender Diagnosegruppen	31
Abbildung 6: Auswahl von 50-80 Krankheiten.....	37
Abbildung 7: Berücksichtigungsfähige Diagnosegruppen (Auszug aus Anhang A)	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht bezogen auf die Grundgesamtheit der Leistungsempfänger	23
Tabelle 2: Auswertungsergebnisse für Diabetes mellitus Typ 1 und 2.....	41
Tabelle 3: Zuordnung von DxGruppen zu Krankheiten (vor Schwellenwertprüfung)	49
Tabelle 4: Überprüfung des Schwellenwertkriteriums	57
Tabelle 5: Versicherten- und Leistungsausgabenanteile im Bezug zum Schwellenwert	60
Tabelle 6: Versicherte mit Leistungsausgaben im obersten Quartil nach Krankheitsauswahl ...	61
Tabelle 7: Weitere Charakteristika der Auswahl	62

Verzeichnis der Kästen

Kasten 1: Änderungen und Umbenennungen bei der Zuordnung von ICD-Kodes zu DxGroups	17
Kasten 2: Auswahl von berücksichtigungsfähigen Diagnosegruppen	35
Kasten 3: Abgrenzung und Prüfung von Krankheiten	36

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVA	Bundesversicherungsamt
BSGE	Bundessozialgerichtsentscheidung
BVerwGE	Bundesverwaltungsgerichtsentscheidung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DCG/HCC	Diagnostic Cost Groups/Hierarchical Condition Categories
DxG	Diagnosegruppe
GemBa	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
HQ	Hospitalisierungsquote
ICD-9-CM	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 9. Revision, Clinical Modification
ICD-10-GM	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
LA	Leistungsausgaben
LR	Likelihood Ratio
NPW	Negativer prädiktiver Wert
PPW	Positiver prädiktiver Wert
PZN	Pharmazentralnummer
RR	Relatives Risiko
RSA	Risikostrukturausgleich
RSaV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch (Fünftes Buch) - Gesetzliche Krankenversicherung

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) am 1. April 2007 hat der Gesetzgeber die Weichen zu einer Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) gestellt. In seiner neuen Form soll das – dann stärker morbiditätsorientierte – Ausgleichsverfahren ab dem 1. Januar 2009 Anwendung finden und zu wesentlich zielgenaueren Mittelzuweisungen führen, als dies zum gegenwärtigen Zeitpunkt möglich ist. Das Bundesversicherungsamt (BVA) wurde daher mit der Auswahl und Anpassung eines Versichertenklassifikationsmodells beauftragt, das unter Zuhilfenahme von Diagnosen und Arzneimittelverordnungen einzelner Versicherter eine möglichst genaue Schätzung zukünftiger Leistungsausgaben ermöglichen soll. Für die Umsetzung und die Pflege des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wurde der „Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs“ berufen, der das BVA bei seiner Aufgabenerfüllung beratend unterstützt.

Zum Startzeitpunkt des im GKV-WSG beschlossenen Gesundheitsfonds im Jahr 2009 wird das noch zu entwickelnde Klassifikationsmodell nicht das gesamte Krankheitsspektrum der Versicherten berücksichtigen; zur Sicherstellung einer „gleitende[n] Einführung der direkten Morbiditätsorientierung“ und zur Vermeidung „nicht vorhersehbare[r] Verwerfungen in der Übergangsphase“ (*Bundestags-Drucksache 16/3100, 2006, S. 204*) soll die Berechnung von Zuschlägen (die Grundlage für risikoadjustierte Zuweisungen aus dem Fonds) zunächst nur anhand eines begrenzten Morbiditätsspektrums vorgenommen werden. Hierzu wurde in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) festgesetzt, dass das Versichertenklassifikationsmodell auf lediglich 50 bis 80 Krankheiten angewendet werden soll, die insbesondere kostenintensiv-chronischer Natur sind oder einen schwerwiegenden Verlauf aufweisen (*vgl. § 31 Abs. 1 RSAV*).

Die ausgewählten Krankheiten bilden in ihrer Gesamtheit somit einen „Morbiditätsfilter“ für das geplante prospektive Klassifikationsmodell: Bei Einführung des Gesundheitsfonds werden morbiditätsadjustierte Risikozuschläge nur auf Basis derjenigen Krankheiten berechnet, die in der Auswahl enthalten sind. Bezüglich der zielgerichteten und gesetzeskonformen Definition des Morbiditätsfilters wurde der Wissenschaftliche Beirat mit der Erstellung eines wissenschaftlichen Gutachtens bis zum 31. Oktober 2007 beauftragt, in dem die fraglichen Krankheiten benannt und ihnen die zu ihrer Identifikation erforderlichen Diagnosen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM) und Arzneimittelwirkstoffe zugeordnet werden sollen.

1.2 Rechtliche Grundlagen

Die hier zusammengefassten rechtlichen Bestimmungen zur Gestaltung des Morbiditätsfilters finden sich in § 31 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) und in den entsprechenden Stellen der Begründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG).

Dem Wissenschaftlichen Beirat fällt die Aufgabe zu, ein Gutachten zu erstellen, das einen Vorschlag von 50 bis 80 (eng abgrenzbaren) Krankheiten enthält und das Auswahlverfahren beschreibt.

Auszuwählen sind insbesondere

- Krankheiten mit einem schwerwiegenden Krankheitsverlauf sowie
- kostenintensive chronische Erkrankungen,
- bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Betroffenen die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent (Schwellenwert) übersteigen (vgl. §31 Abs. 1 Satz 3 u. 4 RSAV).

Die begründenden Ausführungen zum GKV-WSG haben keinen rechtlich bindenden Charakter. Dennoch liefern sie wichtige Hinweise zur korrekten Auslegung des Verordnungstextes:

- Die ausgewählten Krankheiten sollen von besonderer Bedeutung für das Versorgungsgeschehen in der GKV sein und
- wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen haben;
- der durch die Krankheitsauswahl entstehende Morbiditätsfilter sollte zudem nicht zu einer Unterschreitung des statistischen Bestimmtheitsmaßes (R^2) von 12 Prozent im Regressionsmodell führen (vgl. *Bundestags-Drucksache 16/3100, 2006, S. 204*).

1.3 Vorgehensweise

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (im Nachfolgenden: Beirat) wurde auf Grundlage des Errichtungserlasses des BMG vom 3. Mai 2007 berufen. Er trat erstmalig am 29. Mai 2007 zu seiner konstituierenden Sitzung zusammen. Im Verlauf der folgenden Zusammenkünfte (am 22. Juni, 16. Juli, 13. August, 10. September, 8., 22. und 29. Oktober, 19. November, 11. Dezember sowie in einigen Telefonkonferenzen) beschäftigte sich der Beirat intensiv mit der Ausgestaltung eines geeigneten Auswahlverfahrens für die Ermittlung der im künftigen RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten. Sowohl das Bundesministerium für Gesundheit als auch das Bundesversicherungsamt waren durch ihre Teilnahme an den Sitzungen fortlaufend über den Stand der Beratungen informiert.

Bezüglich wesentlicher Fragestellungen, die sich im Kontext der Krankheitsauswahl ergaben, wurde den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt. Eine entsprechende Anhörung fand am 8. Oktober in Bonn statt.

Die generell wünschenswerte Einbindung weiteren medizinischen Sachverständes, beispielsweise in Form einer Panelveranstaltung oder eines strukturierten, formalisierten Verfahrens unter Einbeziehung der medizinischen Fachgesellschaften, konnte im Hinblick auf die sehr eng gesetzten zeitlichen Vorgaben nicht realisiert werden. Zur Umsetzung der in Abschnitt 1.2 skizzierten rechtlichen Vorgaben lag es auch aus diesem Grund nahe, ein (primär) daten-gestütztes Auswahlinstrumentarium zu entwickeln, das sowohl für externe Verfahrensbeteiligte nachvollziehbar, als auch (im Hinblick auf die verfügbaren Daten) praktikabel ist. Die Auswahlkriterien sollten daher so ausgestaltet werden, dass deren Anwendung in einem transparenten Prozess zu reproduzierbaren und eindeutigen Ergebnissen führen. Vor dem Hintergrund der Wirkungen, die die Eingrenzung des berücksichtigungsfähigen Morbiditätsspektrums auf das Umverteilungsgeschehen des zukünftigen Risikostrukturausgleichs haben kann, muss zudem die besondere Bedeutung der in diesem Gutachten ausgesprochenen Empfehlungen hervorgehoben werden; auch deshalb wurde im Rahmen der Beratungen stets darauf geachtet, objektive und verständliche Entscheidungen herbeizuführen und das Verfahren als Ganzes – ebenso wie die im Einzelnen angelegten Auswahlkriterien – sachlich zu begründen.

2 Datengrundlage

2.1 Meldeverfahren

Als empirische Basis für die Arbeit des Beirats ist dem Bundesversicherungsamt im September 2007 der Datensatz nach § 30 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zur Verfügung gestellt worden. Der Datensatz wurde, einer Empfehlung von Schäfer (2007) folgend, in Form einer Geburtstagsstichprobe mit einem Auswahlatz von 25 Tagen erhoben. Er enthält versichertenbezogen und pseudonymisiert die folgende Angaben:

- Versichertenstammdaten (Alter, Geschlecht, Versichertentage, Krankenkasse etc.),
- abgerechnete Arzneimittel (Pharmazentralnummern) unter Angabe der Packungsanzahl und des Verordnungsdatums,
- abrechnungsrelevante Haupt- und Nebendiagnosen der Krankenhausversorgung,
- Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung je Leistungsquartal unabhängig vom Abrechnungsweg und dem Leistungserbringer,
- personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben differenziert nach den Hauptleistungsbereichen des Risikostrukturausgleichs.

Die Datenlieferung der Krankenkassen umfasst die Berichtsjahre 2005 und 2006, mit Ausnahme der Ausgabendaten, die nur für das Jahr 2006 gemeldet wurden. Das verwendete Pseudonomisierungsverfahren ermöglicht – selbst für den Fall eines Kassenwechsels – eine Verknüpfung der Versichertendaten über beide Meldejahre hinweg. Eine ausführliche Datensatzbeschreibung der für die Datenmeldung maßgeblichen Vereinbarung steht im Internet auf den Seiten des Bundesversicherungsamtes zum Abruf bereit (BVA, 2007a).

Vollständigkeit der Datenmeldung

Der ursprünglich gemeldete Datensatz umfasste nach Abzug der Importfehler 4.805.511 Pseudonyme für das Jahr 2005 und 4.913.039 Pseudonyme für das Jahr 2006. Daraus ergibt sich für beide Jahre eine Stichprobenquote von jeweils rund 6,7%. Am RSA sind insgesamt 242 Krankenkassen beteiligt, von denen 239 bis Ende August Daten gemeldet haben. Zwei der 239 meldenden Kassen war es aus technischen Gründen nicht möglich, Informationen über die Arzneimittelverordnungen ihrer Versicherten vorzulegen.

Bei der Überprüfung der vorgelegten Daten wurde festgestellt, dass 59 Kassen in mindestens einem der Hauptleistungsbereiche „Ärzte“, „Apotheken“ oder „Krankenhäuser“ mit einer systematischen Unter- oder Übererfassung der entsprechenden Ausgaben gemeldet hatten. Den Hauptleistungsbereich „Sonstige Leistungsausgaben“ betreffend, konnten 70 Kassen keine Informationen zur Verfügung stellen; weitere 36 Kassen haben für diesen Leistungsbereich nur

stark untererfasste Daten geliefert. Diesem Umstand wurde in den Auswertungen mit einer gesonderten Berechnung der Kostendaten dieses Hauptleistungsbereiches Rechnung getragen: Es wurden hierfür jeweils nur die Versichertendaten von Kassen berücksichtigt, für die akzeptable Daten im Hauptleistungsbereich „Sonstige Leistungsausgaben“ festgestellt werden konnten.

Da den Krankenkassen die Ausgaben von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nicht versichertenbezogen übermittelt werden, konnten sie keine Ausgabendaten für den Hauptleistungsbereich „Zahnärzte“ an das BVA weiterleiten; diese finden daher in den Auswertungen keine Berücksichtigung. Im Bereich der Ausgaben für das Krankengeld wiederum wurde in der Vereinbarung gemäß § 267 SGB V keine Datenübermittlung vorgesehen (vgl. BVA, 2007a), weshalb auch hier keine Meldung erfolgte.

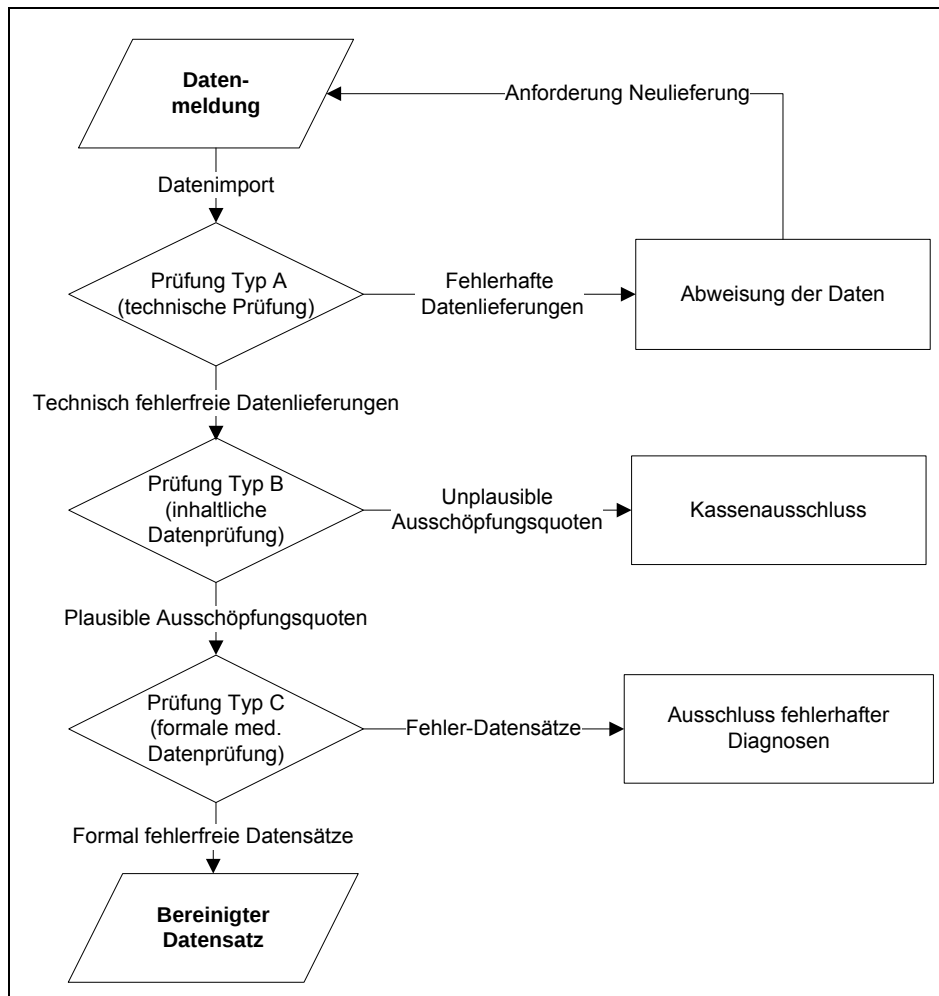
2.2 Ergebnisse der Überprüfung der Daten auf Plausibilität

2.2.1 Struktur der Datenprüfung

Die Datenqualität wurde in einem mehrstufigen Verfahren überprüft (vgl. *Abbildung 1*). Auf einer ersten Prüfstufe (*Stufe A – technische Prüfung*) wurde sichergestellt, dass die in der Vereinbarung mit den Spitzenverbänden festgehaltenen Bedingungen und Formate eingehalten wurden. In einem zweiten Schritt (*Stufe B - inhaltliche Datenprüfung*) wurde kontrolliert, ob die verschiedenen Datenmeldungen untereinander sowie in Bezug auf andere für den Jahresausgleich zur Verfügung stehenden Detailinformationen inhaltlich konsistent sind.

Mit der auf *Stufe C* durchgeführten formalen Prüfung der medizinischen Dokumentationsqualität wurde untersucht, ob die übermittelten Diagnosen den formalen Anforderungen des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für den ambulanten und stationären Bereich entsprachen. Eine ausführlichere Beschreibung der Prüfschritte findet sich unter auf der Internetpräsenz des Bundesversicherungsamts (BVA, 2007b).

Abbildung 1: Ablauf des Fehlerverfahrens



2.2.2 Ergebnisse der technischen und inhaltlichen Prüfung

Im Rahmen der Prüfungen auf den ersten beiden Stufen wurden alle Datensätze eines Pseudonyms aus den weiteren Berechnungen ausgeschlossen, wenn diese formal fehlerhaft waren oder die Prüfung auf Stufe B Hinweise auf systematische Unter- oder Übererfassungen der Ausgabedaten aufdeckte. Die Anzahl der ausgeschlossenen Pseudonyme verteilt sich wie folgt:

- formal fehlerhafte Pseudonyme: 88.854 Fälle im Jahr 2005, 78.578 Fälle im Jahr 2006,
- zusätzlich aufgrund des Ausschlusses von 59 Kassen wegen starker Unter- oder Übererfassung der Ausgaben gelöschte Pseudonyme: 398.516 im Jahr 2005, 420.054 im Jahr 2006.

Da die Daten der Versicherten auf Kassenebene erhoben wurden, für die Auswertung aber die Jahresdaten eines Versicherten benötigt werden, müssen die Ausgabedaten und Versichertentage für Kassenwechsler aggregiert werden. Während der entsprechenden

Aufbereitung der Daten wurde ein Fehler im Pseudonomisierungsverfahren aufgedeckt, der die Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und einige kleinere Ersatzkassen betraf. Die Verknüpfbarkeit der Daten von Versicherten war bei den betroffenen Kassen zwar innerhalb ihrer jeweiligen Kasse über den Jahreswechsel gegeben, GKV-weit allerdings nicht. Kassenwechsler dieser Kassen konnten so bei einem Wechsel zwischen den Kassenarten nicht identifiziert werden. Um diesen Fehler zu beheben, meldeten die betroffenen Kassen eine Korrekturtabelle, die allerdings aufgrund des Lieferzeitpunkts und des hohen Zeitdrucks, unter dem die Auswertungen für dieses Gutachten standen, nicht mehr verwendet werden konnte. Aufgrund der gewählten Systematik der Datenauswertung für die Krankheitsauswahl beeinträchtigt dieser Fehler die weiteren Auswertungen nicht in nennenswertem Umfang.

2.2.3 Ergebnisse der formalen Diagnoseprüfung

Auf dieser Stufe wurden über die vorherigen Prüfungen hinaus einzelne Datensätze gelöscht, wenn eine Diagnose unzulässig kodiert oder nicht verwendbar (Ersatzcode ‚UUU‘) war. Hierzu wurden die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG für das jeweilige Jahr herausgegebenen ICD-Metadateien herangezogen (DIMDI, 2004 u. DIMDI, 2006). Gelöscht wurden für 2005 und 2006 rund 0,1% der stationären Diagnosen. Im ambulanten Bereich waren es in beiden Meldejahren jeweils 0,8% der Diagnosen.

2.3 Beschreibung der endgültigen Datenbasis

Stammdaten

Nach Durchführung der Datenbereinigung verblieben 4.318.141 Pseudonyme für das Jahr 2005 und 4.414.407 Pseudonyme für das Jahr 2006 im Datensatz. Der so entstandene Datensatz kann nach Überprüfung hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung sowie der Verteilung auf die einzelnen Krankenkassen als für die GKV repräsentativ eingestuft werden. Nach Zusammenführung der Versichertenstammdaten auf GKV-Ebene verbleiben 4.214.327 Versicherte, für die Versichertenstammdaten in beiden Jahren existieren.

Arzneimittelverordnungen

Der bereinigte Datensatz enthält für das Jahr 2005 rund 37,5 Millionen Arzneimittelverordnungen, die auf 3.351.081 Versicherte entfallen. Im Jahr 2006 verteilen sich 37 Millionen Arzneimittelverordnungen auf 3.328.446 Versicherte. Für die Rezeptempfänger gibt es somit durchschnittlich 11,2 Verordnungen pro Person in 2005 (2006: 11,1). Über alle GKV-Versicherten hinweg ergeben sich durchschnittlich 8,7 bzw. 8,3 Verordnungen pro Person.

Stationäre Diagnosen

Der plausibilitätsgeprüfte und bereinigte Datensatz enthält 3,89 Millionen Diagnosen im Jahr 2005 (4,68 Mio im Jahr 2006). GKV-weit ergeben sich somit für die beiden Berichtsjahre 0,9 bzw. 1,1 Diagnosen je Versicherten. Die Zahl der Versicherten mit Krankenhausaufenthalten beträgt 572.707 im Jahr 2005 (2006: 615.467). Der Anteil der GKV-Versicherten mit mindestens einer stationären Diagnose beträgt somit 13,3% (2005) bzw. 13,9% (2006). Dabei entfallen auf einen ins Krankenhaus Eingewiesenen 6,8 stationäre Diagnosen im Jahr 2005 und 7,6 stationäre Diagnosen im Jahr 2006; das Verhältnis von Haupt- zu Nebendiagnosen beträgt dabei ungefähr 1:3 im Jahr 2005 und ungefähr 1:4 im Folgejahr. Als Näherungsvariable für die Häufigkeit stationärer Aufenthalte ergibt sich GKV-weit ein Wert von 0,2 Hauptdiagnosen pro Versichertem.

Ambulante Diagnosen

Nach Bereinigung enthalten die ambulanten Daten 96,5 Millionen Diagnosen im Jahr 2005 (90,5 Mio in 2006). Dies entspricht ca. 22,4 Diagnosen je versicherter Person im Jahr 2005 (2006: 20,5). Der Anteil der gesicherten Diagnosen an allen Diagnosen beträgt 87,2% im Jahr 2005 und 70,2% im darauf folgenden Jahr.¹

Für 3.907.744 Versicherte wurden im Jahr 2005 ambulante Diagnosen festgestellt (2006: 3.845.433 Versicherte). Somit wurde im Jahr 2005 für 90,5% der Versicherten (2006: 87,1%) mindestens ein ambulanter Diagnosekode dokumentiert.

Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

Nach GKV-weiter Aggregation der Ausgabendaten liegen Ausgabeninformationen für 4.375.614 Versicherte vor. Für etwa 10% der Versicherten fielen im Jahresverlauf keinerlei Leistungsausgaben an. Die durchschnittlichen Ausgaben je Person (ohne diejenigen in den Hauptleistungsbereichen Zahnärzte, sonstige Leistungsausgaben und Krankengeld) betragen 1.425,87 €. Ein Blick auf die Verteilung der Ausgaben auf Versicherte bestätigt die erwartete Schiefe. So entfallen auf die 20% der Versicherten mit den höchsten Ausgaben 82,9% der Ausgaben.

Die Sub-Stichprobe – beschränkt auf Einzelkassen, die verwendbare Daten im Hauptleistungsbereich „sonstige Leistungsausgaben“ geliefert hatten – enthält 3.144.366

¹ Der starke Abfall des Anteils der gesicherten Diagnosen von 2005 auf 2006 kann mit der verpflichtenden Einführung des Qualifizierungsmerkmals „gesicherte Diagnose“ im Jahr 2006 zusammen hängen. Möglicherweise sind Ärzte mit der Ausweisung dieses Merkmals nach verpflichtender Einführung zurückhaltender umgegangen als in den Jahren zuvor.

Versichertenpseudonyme. Die durchschnittlichen sonstigen Leistungsausgaben für diese Sub-Population betragen 189,06 €. Durch Addition zum bereits ermittelten Durchschnittswert der anderen Ausgabenbereiche ergeben sich somit insgesamt durchschnittliche Leistungsausgaben für alle Leistungsbereiche (ohne „Zahnärzte“ und „Krankengeld“) von 1.614,93 €. Im Vergleich dazu betragen die durchschnittlichen Ausgaben für den derzeitigen Risikostrukturausgleich im Jahr 2006 für die vergleichbaren Leistungsbereiche 1.673,81 € (ohne „Sonstige Leistungsausgaben“: 1.460,33 €). Über alle Leistungsbereiche hinweg, inklusive Krankengeld und der zahnärztlichen Leistungen, betragen die durchschnittlichen Leistungsausgaben 1.819,45 € im Jahr 2006.

3 Methodik der Krankheitsauswahl

3.1 Vorüberlegungen zur Krankheitsdefinition

Durch Einfügung des § 31 in die RSAV hat der Gesetzgeber dem Beirat die Aufgabe zugewiesen, 50 bis 80 Krankheiten auszuwählen, die sich insbesondere durch das Merkmal eines „schwerwiegenden Verlaufs“ oder auch durch ihre „Kostenintensität / Chronizität“ auszeichnen. Um dieser Aufgabe im Sinne des Ordnungsgebers gerecht zu werden, wird im Folgenden ein weitgehend formalisiertes Verfahren entwickelt, das sich wesentlich auf die zur Verfügung gestellte und in Abschnitt 2.3 beschriebene Datenbasis stützt. Vorab sind allerdings einige wesentliche Fragen zu klären, die sich unmittelbar aus der Aufgabenstellung ergeben:

Die grundlegenden Begriffe „Krankheit“, „Kostenintensität“, „Chronizität“ oder auch „Verlaufsschwere“, sind nicht in einer absoluten und allgemeingültigen Weise definiert. Vor praktischer Anwendung im Rahmen des Auswahlverfahrens bedürfen sie daher – wie im Weiteren ausgeführt – zunächst der Interpretation und einer darauf aufbauenden, zweckgerichteten und praktikablen Operationalisierung.

Der folgende Abschnitt setzt sich zunächst mit der Problematik der Definition von Krankheiten auseinander und begründet den in diesem Gutachten gewählten Weg der Begriffsauslegung. In Abschnitt 3.2 werden dann die für die Krankheitsauswahl relevanten Kriterien diskutiert und operationalisiert.

3.1.1 Der Krankheitsbegriff in der Entwicklung des Morbiditätsfilters

Der für das Versicherten-Klassifikationsmodell zu entwickelnde Morbiditätsfilter wird durch die Festlegung von maximal 80 „Krankheiten“ ausgestaltet. Wie breit das durch den Filter insgesamt abgedeckte Morbiditätsspektrum sein wird, ist somit letztlich vor allem von der Definition der einzelnen Krankheiten abhängig, die jeweils einen der (höchstens) 80 Plätze belegen werden: Je breiter die Definition eines einzelnen Krankheitsbildes gefasst wird, desto breiter fällt auch das Morbiditätsspektrum aus, das die Grundlage für die Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds darstellt.

Da aus dem Verordnungstext nicht hervorgeht, was im Rahmen des Auswahlverfahrens unter einer „Krankheit“ zu verstehen ist, und über die Formulierungen der RSAV hinaus keine bindende Definition des Krankheitsbegriffs existiert, auf die im Rahmen dieses Gutachtens ohne Weiteres zurückgegriffen werden könnte, ist es notwendig, den Krankheitsbegriff bezogen auf die vorliegende Aufgabe genauer zu spezifizieren.

Im Sozialversicherungsrecht erfolgt eine Konkretisierung des Begriffs oftmals unter Anwendung weitgefasster Definitionen. So umschreibt unter anderem das Bundesverwaltungsgericht (wie einige Jahre zuvor schon der Bundesgerichtshof) in einem Urteil vom 16.02.1971 den Begriff der Krankheit als „jede Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers, die geheilt, d.h. beseitigt oder gelindert werden kann“ (*BVerwGE* 37, 209, 214). Das Gericht betont in seinen weiteren Ausführungen jedoch selbst die sehr weite Fassung dieser Definition. Nach einer etwas neueren Formulierung des Bundessozialgerichts wird in der Kranken- und Unfallversicherung unter dem Begriff der Krankheit „ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder – zugleich oder ausschließlich – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ (*BSGE* 35, 10, 12; vgl. auch *GemBa*, 2004a) verstanden. Diesen Formulierungen gemein ist jeweils die Beschreibung eines Zustandes, der eine einzelne Person als „krank“ charakterisiert, „Krankheit“ also im Einzelfall von „Gesundheit“ abgrenzt. Unklar bleibt jedoch auch aus der hier angelegten sozialversicherungsrechtlichen Perspektive, was unter einer bestimmten Krankheit im Sinne der Krankheitslehre verstanden wird.

In klinischen Wörterbüchern wird unter einer solchen *bestimmten Krankheit* eine „begriffliche Bezeichnung für eine definierbare Einheit typischer ätiologisch, morphologisch, symptomatisch, nosologisch beschreibbarer Erscheinungen“ (*Pschyrembel*, 2007, „Krankheit“) oder aber auch das „Etikett für eine aus ätio-, morpho-, typologischen oder anderen Gründen zusammengefasste Gruppe von Krankheitsabläufen, die als Entität mit mehr oder weniger typischen Zeichen [...] aufgefasst wird“ (*Roche*, 2003, „Krankheitsbegriff“) verstanden.

In der RSAV finden sich zwei Vorgaben:

- Erstens sollen die Krankheiten nach Wortlaut der Verordnung „eng abgrenzbar“ sein (§ 31 Abs. 1 Satz 4 RSAV).
- Zweitens wird bezüglich des zu erstellenden Gutachtens gefordert, die zur Identifikation der ausgewählten Krankheiten erforderlichen Codes der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) sowie Arzneimittelwirkstoffe zu benennen.

Die erste dieser beiden Vorgaben enthält wiederum einen näher zu bestimmenden Begriff, der nachfolgend unter Verweis auf die Erfahrungen aus der Entwicklung von Versichertenklassifikationsmodellen gefüllt werden soll. Pope et al. umschreiben im Zusammenhang mit der Entwicklung von Klassifikationssystemen die Notwendigkeit zur Bildung einzelner Gruppen von „well-specified diseases“ als Clusterung pathologischer Zustände, die eine ausreichende klinische Spezifität besitzen müssen, um Möglichkeiten zur vergütungsgetriebenen Behandlungsmodifikation („Gaming“) und zum ökonomisch geleiteten Kodieren („Upcoding“) zu minimieren (*Pope et al.*, 2004, S. 121).

Eine Krankheit muss sich demzufolge in sinnvoller Weise durch einen Diagnosekode beziehungsweise durch eine Gruppe von klinisch verwandten Diagnosekodes der ICD beschreiben lassen. Zudem muss durch eine an medizinischen Merkmalen orientierte Zusammenfassung der Kodes sichergestellt sein, dass einander ähnelnde Krankheitszustände auch tatsächlich der gleichen Krankheit zugeordnet werden.

Im Rahmen der Definition und Auswahl einzelner Krankheiten wird – den obigen Ausführungen folgend – für das Auswahlverfahren grundsätzlich eine Anlehnung an die ICD angestrebt. Eine bestimmte Krankheit wird definiert durch eine Gruppe artverwandter Krankheitszustände, die sich durch die Diagnosekodes der ICD eindeutig abgrenzen lassen.

Die Nutzung von Arzneimittelverordnungen für die Definition einer Krankheit ist nicht notwendig, da das gesamte Morbiditätsgeschehen bereits durch die Systematik des ICD-Klassifikationsystems erfasst wird. Die Zuordnung von Arzneimittelwirkstoffen zu einzelnen Krankheitsbildern ist bei der Ausgestaltung des Klassifikationsmodells von Bedeutung und wird im Rahmen seiner Entwicklung und Anpassung eine zentrale Rolle spielen. Aus diesem Grund – und darüber hinaus bedingt durch die sehr knapp bemessenen zeitlichen Vorgaben – kann die Benennung von Arzneimittelwirkstoffen nicht schon im Rahmen dieses Gutachtens vorgenommen werden, sondern wird zu einem späteren Zeitpunkt im Zuge der Anpassung des Klassifikationsmodells erfolgen.

Krankheitsdefinition und -auswahl basieren somit auf der Klassifizierungssystematik der ICD-Kodes und eine für den morbiditätsorientierten RSA berücksichtigungsfähige Krankheit ergibt sich aus Diagnosen bzw. Gruppen von artverwandten Diagnosen, die die vom Verordnungsgeber geforderten Eigenschaften erfüllen. Ob eine bestimmte Diagnose bzw. Gruppe von Diagnosen die RSAV-Kriterien jeweils erfüllt, soll im Folgenden empirisch untersucht und bewertet werden.

Für diesen Zweck muss eine Festlegung auf sinnvolle Analyseeinheiten erfolgen. Theoretisch könnte jeder einzelne ICD-Kode Gegenstand der anstehenden Betrachtung sein und auf seine Eignung für den Morbiditätsfilter untersucht werden. Ebenfalls denkbar wäre die Nutzung der ICD-Systematik zur Abgrenzung zusammengehöriger Diagnosegruppen, welche die Basis der Untersuchung darstellen könnten.

Der Beirat hat sich dafür entschieden, die Untersuchung anhand von Diagnosegruppen vorzunehmen, die sich nicht unmittelbar aus der ICD-Systematik ableiten (s.u.). Diejenigen Diagnosegruppen, die die Auswahlkriterien erfüllen, werden abschließend – mit Hinterlegung zugehöriger ICD-Kodes – die Grundlage zur Bildung von berücksichtigungsfähigen Krankheiten

bilden. Die Zusammensetzung der Diagnosegruppen und die Begründung für die getroffene Entscheidung werden im folgenden Abschnitt näher beschrieben.

3.1.2 Nutzung von Diagnosegruppen als Analyseeinheiten

Auch wenn es sich anbietet, die ICD-Systematik als Basis für die Abgrenzung einzelner Krankheiten heranzuziehen, bedarf die genaue Art und Weise ihrer Nutzung in jedem Fall weiterer Festlegungen. Im Folgenden werden die entsprechenden Zielsetzungen des Beirats dargelegt und die daraus resultierenden Entscheidungen begründet.

Eine stark differenzierte Betrachtung einzelner Diagnoseschlüssel – beispielsweise eine empirische Analyse auf Basis der in der Stichprobe enthaltenen endständigen Diagnosekodes (Vier- oder Fünfsteller in der ICD) – ist mit zwei zentralen Problemen behaftet:

Erstens besteht für eine Untersuchung auf Ebene von Einzeldiagnosen in vielen Fällen die Gefahr, Entscheidungen auf der Grundlage von sehr geringen Fallzahlen treffen zu müssen: Denn je feiner die gewählte Betrachtungsebene gefasst ist, desto mehr Kategorien werden zur Beschreibung des gesamten Morbiditätsspektrums benötigt und desto geringer fällt die zahlenmäßige Besetzung der einzelnen Kategorien aus. Im vorliegenden Fall erwiesen sich die so genannten „terminalen ICD-Kodes“ bereits im Vorfeld als ungeeignete Analyseeinheiten, da auf Basis von geringen Diagnoseprävalenzen keine validen Ergebnisse erwartet werden konnten.²

Zweitens besteht bei einer isolierten Betrachtung endständiger ICD-Kodes unter Umständen das Problem einer nicht ausreichenden Verlässlichkeit. Denkbar ist, dass eine Erkrankung bei einem Patienten (mit einer konstant bestehenden Grunderkrankung) durch die Nutzung zusätzlicher diagnostischer Verfahren zunehmend genau spezifiziert werden kann, was sich durch eine im Zeitverlauf immer präzisere, jedoch auch veränderliche, Kodierung ausdrückt. Denkbar ist auch, dass bei einem Wechsel des Arztes infolge einer abweichenden Dokumentationspraxis Unschärfen der Kodierung auftreten.

Einen grundsätzlich denkbaren Ansatz zur Umgehung der beschriebenen Probleme stellt die Nutzung der übergeordneten Ebenen der ICD-Systematik dar, mit Hilfe derer eine Aggregation der Diagnosedaten durchgeführt werden könnte: Die ICD enthält bereits eine Gruppierung der Diagnosen beispielsweise auf einer Kapitel- oder Gruppenebene. Die dort angesetzten

² Aus der ambulanten Versorgung wurden dem BVA insgesamt mehr als 85 Mio. im Jahr 2005 gültige Diagnosen übermittelt, die jeweils einen von insgesamt 13.045 unterschiedlichen endständigen ICD-Kodes trugen. 2.898 (22,2%) dieser endständigen Schlüssel wurden dabei seltener als zwanzigmal dokumentiert. In der stationären Versorgung betrifft dieses Problem sogar rund 62% der Kodes.

Gruppierungen orientieren sich meist an der Art und/oder der Lokalisation eines Krankheitsgeschehens. In diesem Sinne sind die Gruppierungen durchaus als medizinisch homogen zu bezeichnen. Allerdings tragen die zusammenfassenden Ebenen der ICD-Systematik den zum Teil sehr unterschiedlichen klinischen Verlaufsformen innerhalb einzelner Krankheits-Gruppen nicht in ausreichendem Maße Rechnung. Dies liegt an einer systematischen Eigenheit der Schlüssel, die Komplikationen und Schweregraddifferenzierungen meist auf den letzten Stellen der Kodierung spezifizieren. Genau diese bleiben aber bei einer Aggregationslogik, die sich nach den ersten Kodestellen ausrichtet, unberücksichtigt. Die Nutzung einer festen Ordnungsebene der ICD – beispielsweise die der dreistelligen Codes oder auch die Verwendung der so genannten Gruppenebene – ist daher im Lauf der empirischen Analyse mit der Gefahr einer zu undifferenzierten Betrachtung behaftet: denkbar ist unter anderem, dass eine Gruppe dreistelliger Diagnosekodes weder als kostenintensiv chronisch, noch als schwerwiegend identifiziert wird, selbst wenn einzelne in der Gruppe enthaltene Verlaufsformen für sich betrachtet diese Kriterien zweifelsfrei erfüllen.

Der Ansatz einer strikten Anbindung an die internationale Krankheitsklassifikation im Rahmen des Auswahlprozesses ist demnach mit wesentlichen Nachteilen behaftet und wird nicht weiter verfolgt.

Es stellt sich nun allerdings die Frage nach einer zielgerichteten Lösungsalternative für eine sinnvolle Zusammenfassung einzelner Diagnosen zu ICD-basierten medizinisch homogenen Diagnosegruppen. Eine geeignete Gruppierungslogik muss bei der Bildung von Diagnosegruppen sowohl eine ausreichende Differenzierung der Analyseeinheiten als auch ausreichend hohe Fallzahlen und die stabile Einordnung eines Versicherten bei eventuell eintretenden Kodiervariationen sicherstellen.

Hier bietet sich der Rückgriff auf die Gruppierungslogik eines der einschlägig diskutierten Versichertenklassifikationsmodelle an. Auf Basis der Empfehlung des Gutachtens „Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich“ (*Reschke et al., 2005*) wird die Abgrenzung von Diagnosegruppen im Rahmen der Krankheitsauswahl auf der Grundlage des dort empfohlenen „DCG/HCC-Modells“ des Bostoner Unternehmens Urx vorgenommen.

3.1.3 Anpassung der Diagnosegruppen und Einordnung in den Auswahlprozess

Beim DCG/HCC-Modell handelt es sich um ein Versichertenklassifikationsmodell, das Individuen einer Versichertenpopulation gemäß ihrer Krankheitsmerkmale unterschiedlichen Zustandskategorien zuordnet, auf deren Basis letztlich krankheitsbezogene Risikozuschläge berechnet werden können. Hierzu ist der Modellalgorithmus in zwei grundlegende Schritte

unterteilt. Im ersten Teil der Systematik werden versichertenbezogen die Diagnosen (eines Jahres) in eine von 781 klinisch homogenen „DxGroups“ überführt. Im zweiten Teil erfolgt – sowohl an medizinischen als auch ökonomischen Kriterien orientiert – eine Zuordnung der DxGroups zu 184 „Condition Categories“, die – vereinfacht dargestellt – einzelnen Risikokategorien entsprechen und als Grundlage einer Zuschlagsberechnung dienen (*vgl. Pope et al., 2000a, S. 93f.; Pope et al., 2000b, S. 3-1ff.; Meenan et al., 2003, S. 1303; Winkelman/Mehmud, 2007, S. 7).*

Im Rahmen der Krankheitsauswahl bieten die oben beschriebenen DxGroups den Vorteil, dass sie auf einem langjährigen, von Klinikern begleiteten Entwicklungsprozess beruhen (*vgl. Pope et al., 2004, S. 119*) und die für die Bildung von Diagnosegruppen gesuchten Eigenschaften in sich vereinen. Bei der Entwicklung der Gruppen wurde darüber hinaus weiteren Eigenschaften besondere Aufmerksamkeit gewidmet, die entweder eine Grundvoraussetzung für die hier verfolgten Zwecke sind oder sich zumindest als vorteilhaft erweisen: Jeder verschlüsselte ICD-Kode fließt in genau eine DxGroup, was sowohl eine Ausschöpfung des gesamten Morbiditätsspektrum als auch eine eindeutige Zuordnung gewährleistet. Die Diagnosegruppen beziehen sich zudem auf genau spezifizierte Krankheitszustände, was sich mit der Forderung nach einer engen Abgrenzbarkeit deckt. Zu guter Letzt sichern die verwendeten Gruppen eine stabile Eingruppierung leicht variierender Diagnosekodierungen (*vgl. Pope et al., 2004, S. 119f.*).

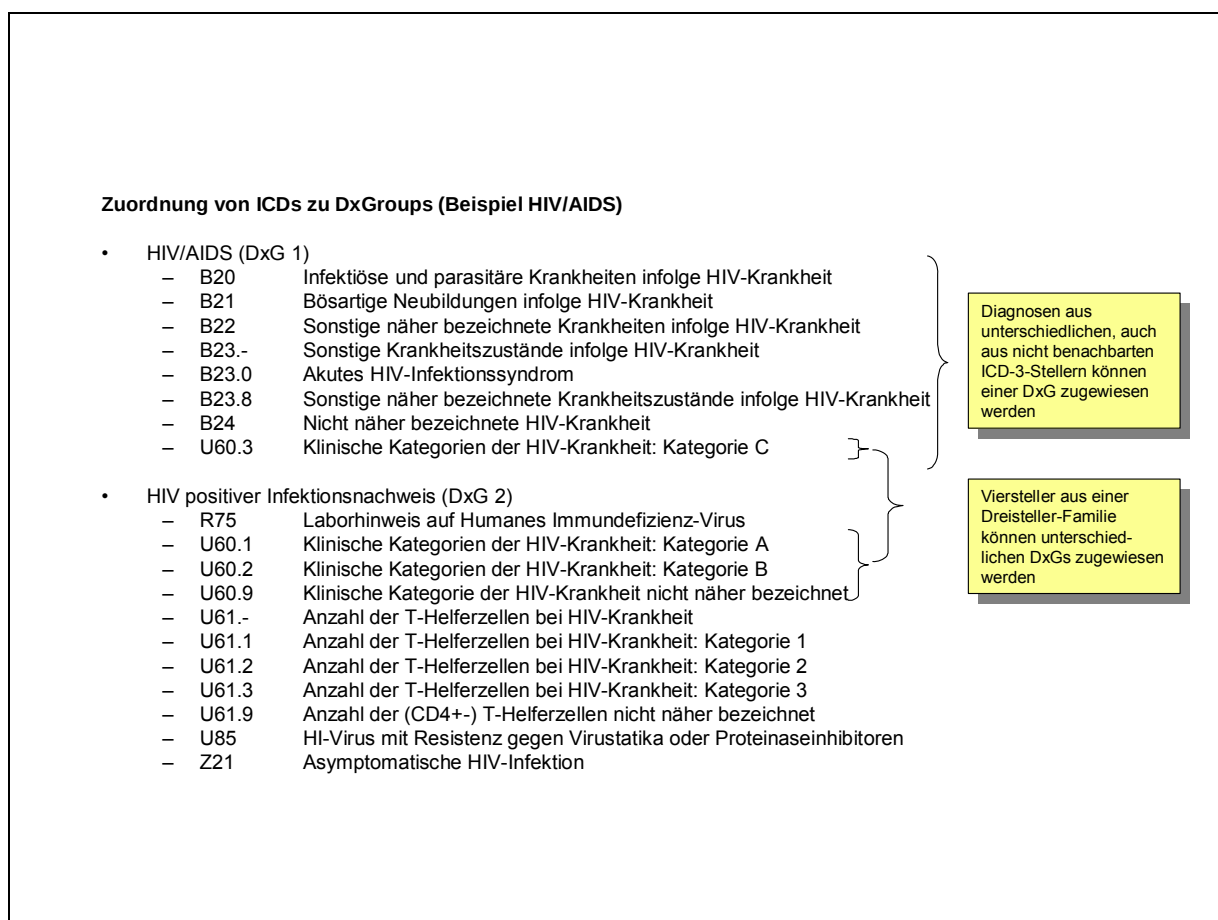
Das Klassifikationsmodell, das ursprünglich auf der ICD-9-CM basiert und für den amerikanischen Markt entwickelt wurde, liegt inzwischen in einer für Deutschland modifizierten Version (DxCg RiskSmart™ Global Edition) vor. Im Rahmen der Vorbereitungen zur Reform der ambulanten Vergütung wurde die Firma DxCg zudem verpflichtet, das Klassifikationsmodell für den Einsatz in der ärztlichen Vergütung durch die GKV anzupassen. Zuvor hatte sich der Bewertungsausschuss zu einer Nutzung des DCG-HCC-Klassifikationsmodells für die Zwecke der morbiditätsorientierten Vergütung im vertragsärztlichen Sektor entschieden. Grundlage der Entscheidung war ein langfristiger Bewertungsprozess, in dem unter anderem die klinische Homogenität der Risikogruppen und die Manipulationsresistenz eingeschätzt wurden (*vgl. von Stillfried, 2006, S. A584.*).

Im Verlauf des vom Bewertungsausschuss geleisteten Anpassungsprozesses wurde unter anderem ein umfangreiches Ärztepanel einberufen, das die medizinische Plausibilität der Gruppen und deren grundsätzliche Anwendbarkeit auf das hiesige Gesundheitswesen bestätigte. Obwohl das Ärztepanel nur die Verwendbarkeit für die ärztliche Vergütung untersuchte, zeigt die Tatsache, dass der Expertenkreis nur geringfügigen Anpassungsbedarf festgestellt hat, doch die Tragfähigkeit der von DxCg vorgenommenen Anpassungen an deutsche Verhältnisse. Insofern hat das Klassifikationssystem und dessen Gruppierungsalgorithmus

bereits eine Prüfung nach klinischen Gesichtspunkten durchlaufen, die der Beirat aufgrund zeitlicher Restriktionen selbst nicht leisten konnte.

Abbildung 2 verdeutlicht am Beispiel HIV/AIDS, wie einzelne Diagnosen der ICD zu DxGroups aggregiert werden. Grundsätzlich basieren die Gruppen auf der Struktur der internationalen Krankheitsklassifikation, sind allerdings nicht strikt an diese gebunden. Die Nutzung von DxGroups ermöglicht so, dass das angestrebte Ziel (die Bildung klinisch homogener und ausreichend stark besetzter Diagnosegruppen) in der zur Verfügung stehenden Zeit erreicht werden kann.

Abbildung 2: Zuordnung von ICD-Diagnosen zu Diagnosegruppen



Auf Basis der Anmerkungen des bereits angesprochenen Ärztepannels und eigener Erkenntnisse wurden vor Nutzung der DxCG-Systematik die in Kasten 1 zusammengefassten Änderungen an der Systematik umgesetzt. Diese betreffen zum Teil die Zuordnungslogik selbst, zum Teil lediglich Namensanpassungen einzelner Gruppen.

Kasten 1: Änderungen und Umbenennungen bei der Zuordnung von ICD-Kodes zu DxGroups

a) Anpassungen bei der Zuordnung von ICD-Kodes

- Aus der DxGroup 209 (Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / Steifigkeit, ausschließlich Gicht) wurden die Diagnosen der ICD-Gruppe M23 in eine neu erstellte Diagnosegruppe mit der Bezeichnung „Binnenschädigungen des Kniegelenkes“ verschoben.
- Die Diagnosen F95.0 (Vorübergehende Ticstörung), F95.1 (Chronische motorische oder vokale Ticstörung), F95.8 (Sonstige Ticstörungen), F95.9 (Ticstörung, nicht näher bezeichnet) aus der DxGroup 281 (Andere psychische Erkrankungen) wurden der DxGroup 282 zugeordnet, die den Namen „Ticstörungen“ erhält.
- Die Diagnose F98.4 (Stereotype Bewegungsstörungen) aus der DxGroup 294 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) wird ebenfalls der DxGroup 282 (Ticstörungen) zugeordnet.

b) Umbenennungen von Diagnosegruppen

- Die DxGroup 112 (Diabetes mellitus Typ 2 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen) wurde umbenannt in „Diabetes mellitus Typ 2 mit multiplen und nicht näher bezeichneten Komplikationen“
- Die DxGroup 113 (Diabetes mellitus Typ 1 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen) wurde umbenannt in „Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen und nicht näher bezeichneten Komplikationen“
- Die DxGroup 255 (Alkoholhalluzinose / Alkoholpsychose) wurde umbenannt in „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“
- Die DxGroup 256 (Drogeninduzierte Psychose) wurde umbenannt in „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen außer Alkohol“
- Die DxGoup 282 (Kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)) wurde umbenannt in „Ticstörungen“
- Die DxGroup 294 (Emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) wurde umbenannt in „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“
- Die DxGroup 295 (Lern- und Entwicklungsstörungen) wurde umbenannt in „Umschriebene Entwicklungsstörung“
- Die DxGroup 361 (Unstabile Angina pectoris und andere akute Koronarerkrankung) wurde umbenannt in „Instabile Angina pectoris und andere akute Koronarerkrankungen“
- Die DxGroup 366 (Angeborenes Koronar- (Arterien-) Aneurysma und andere angeborenen Anomalien der Koronararterien) wurde umbenannt in „Koronar- (Arterien-) Aneurysma“

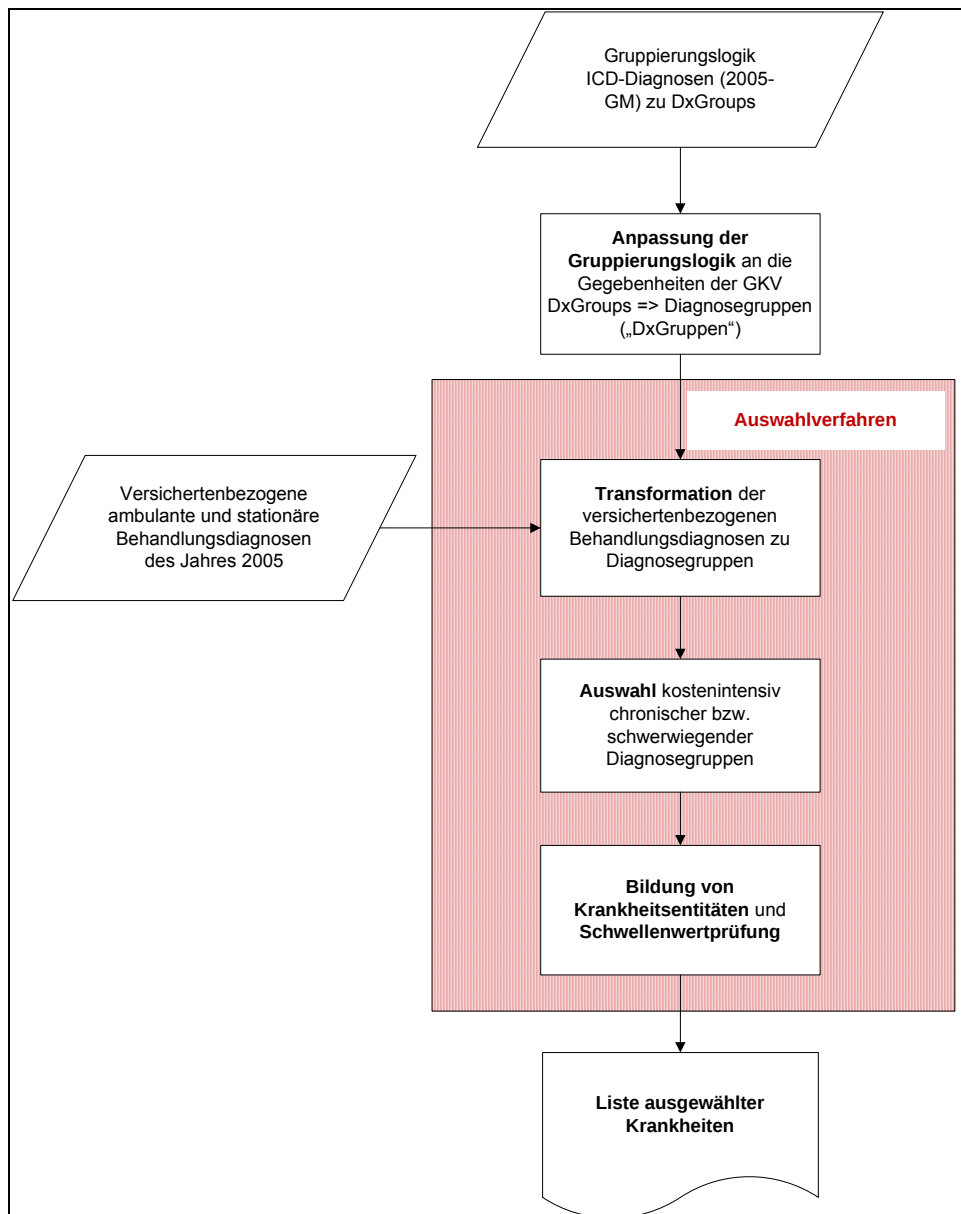
c) Weitere Anpassungen bei der Zuordnung von ICD-Kodes im Rahmen der Auswertung durch den Beirat

- Aus der DxGroup 117 (Erkrankungen der Hypophyse, der Nebenschilddrüse, des Thymus, pluriglanduläre Erkrankungen) wurde die Diagnose E23.0 (Hypopituitarismus) in die DxGroup 118 (Hypopituitarismus inkl. hypophysärem Kleinwuchs) verschoben.
- Aus der DxGroup 253 (Anderer/nicht näher bezeichneter Krankheitszustand des ZNS) wurde der ICD-Kode G93.80 (Apallisches Syndrom) in die DxGruppe 333 (Apallisches Syndrom) verschoben.
- Aus der DxG 437 (Atherosklerose/koronare Herzkrankheit) wurden die Diagnosen der Gruppe I25.- (Chronische ischämische Herzkrankheit) in die DxGroup 365 (Koronarsklerose und andere chronisch-ischämischen Koronarerkrankungen) verschoben. Die DxG 437 wird umbenannt zu "Atherosklerose".

Zum Abschluss des Anpassungsprozesses wurden diejenigen DxGroups entfernt, denen auf Grund der beschriebenen Kodeverschiebungen keine Diagnosen der ICD-10-GM mehr zugeordnet waren. Somit verbleiben schließlich 751 modifizierte Diagnosegruppen, die im weiteren Verlauf als „DxGruppen“ bezeichnet werden. Im Ergebnis kann jedem der in den Jahren 2005 und 2006 gültigen ICD-Kodes eindeutig genau eine DxGruppe zugeordnet werden.

Die Auswahl der im morbiditätsorientierten RSA zu berücksichtigenden Krankheiten lässt sich somit zusammenfassend als datengestützter Prozess beschreiben, der in Abbildung 3 schematisch dargestellt ist: Nach Durchführung der benötigten Anpassungen an der Gruppierungslogik werden die Diagnosedaten der Versicherten zu Diagnosegruppen (DxGruppen) transformiert. Auf Basis des weiter unten dargestellten Bewertungsverfahrens werden diejenigen Diagnosegruppen identifiziert, die durch ihre Kostenintensität/Chronizität oder ihre Verlaufsschwere grundsätzlich im morbiditätsorientierten RSA Berücksichtigung finden sollen. Die nach dem Auswahlprozess verbliebenen Diagnosegruppen stellen die Grundlage zur Bildung von Krankheiten dar, die der abschließenden Schwellenwertprüfung unterzogen werden.

Abbildung 3: Bildung und Anpassung von Diagnosegruppen



3.2 Operationalisierung der Auswahlkriterien

3.2.1 Vorbemerkungen

Zur Umsetzung der rechtlichen Vorgaben müssen die darin festgelegten Zielgrößen möglichst sinnvoll und für Dritte nachvollziehbar eingegrenzt und operationalisiert werden. Entsprechend der Formulierung der RSAV muss sich die Analyse der vorhandenen Versichertendaten insbesondere auf die Aspekte der Kostenintensität, der Chronizität und der Schwere des Krankheitsverlaufs erstrecken. Diese abstrakten Konstrukte sind zunächst in mess- und bewertbare Größen zu überführen; anschließend können Ein- und Ausschlusskriterien definiert werden, auf deren Basis die relevanten Entscheidungen zur eigentlichen Auswahl getroffen werden.

werden. Die Resultate der durchgeführten Analysen dienen als Richtmaß für die Auswahl berücksichtigungsfähiger Diagnosegruppen. Es wird ausdrücklich betont, dass das im folgenden beschriebene datengestützte Vorgehen und dessen Ergebnisse einer abschließenden inhaltlichen Kontrolle bedürfen. Dies ist zwingend erforderlich, um systematisch bedingte Auswahlfehler verhindern bzw. korrigieren zu können.

Wie bereits ausgeführt wurde, stellen zunächst Diagnosegruppen (DxGruppen) die Bewertungsbasis für die Krankheitsauswahl dar. Das endgültige Ziel ist dabei die Abgrenzung von 50 bis 80 Krankheiten, die die vom Verordnungsgeber spezifizierten Eigenschaften erfüllen. Die eigentlichen „Krankheiten“ werden zum Abschluss des Prozesses aus den als berücksichtigungsfähig bewerteten Diagnosegruppen gebildet und abschließend der letzten vom Gesetzgeber bestimmten Kriterienprüfung (Schwellenwert) zugeführt.

3.2.2 Diagnosegruppenspezifische Ausgaben als Auswahlkriterium

Zwei Kriterien bestimmen die Auswahl der Krankheiten bzw. der ihnen zugrundeliegenden Diagnosegruppen: deren Kostenintensität/Chronizität und deren Schwere. Neben Kriterien, die die Begriffe der Chronizität und der Krankheitsschwere näher eingrenzen und operationalisieren, wird in den beiden entsprechenden Auswahlritten auch jeweils auf eine Kostenbetrachtung (zur Bestimmung der Kostenintensität bzw. der Krankheitsschwere) abgestellt. Im Sinne der Logik des Risikostrukturausgleichs wird der Schweregrad einer Diagnosegruppe somit nicht nur durch „medizinische“, sondern auch durch „ökonomische“ Kriterien definiert. Dabei ist offensichtlich, dass beispielsweise schnell verlaufende, terminale Krankheiten (die unter Umständen nur palliativ behandelt werden) ggf. nicht als „schwerwiegend“ identifiziert werden. Die Entscheidung, diagnosegruppenspezifische Ausgaben zur Auswahl heranzuziehen, ist daher nur vor der Zielsetzung des Ausgleichsverfahrens zu verstehen, das Ausgaben für tatsächlich anfallende medizinische Leistungen berücksichtigt. Eine Auswahl von medizinisch schwerwiegenden Erkrankungen, die keine entsprechend hohen Ausgaben auf Seite der Kostenträger generieren, wäre im RSA aus dieser Perspektive nicht sachgerecht.

Die Ermittlung und Bewertung der jeweiligen Kosten gestalten sich in beiden Auswahlritten („Kostenintensität/Chronizität“ und „schwerwiegender Verlauf“) sehr ähnlich, weshalb sie an dieser Stelle übergreifend erläutert werden.

Als entscheidungsrelevante Ausgabengrößen werden mittlere, prospektive, diagnosegruppenspezifische Kosten ermittelt. Die Ausgabeninformationen stammen aus den pseudonymbezogenen Kostendaten der Hauptleistungsbereiche „Ärzte“, „Krankenhaus“, „Apotheken“, „Sonstige Leistungsausgaben“, „Sachkosten extrakorporale Blutreinigung“ und

„Berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP“. Die Daten werden alters- und geschlechtsstandardisiert berechnet und zur Bildung robuster Mittelwerte herangezogen. Vor einer Entscheidung über die Berücksichtigungsfähigkeit einer Diagnosegruppe werden ihre spezifischen mittleren Ausgaben entsprechend ihrer Prävalenz in der Stichprobenpopulation gewichtet.

Im Einzelnen ist zur Einbeziehung der Kosten- und Prävalenzdaten in den Prozess der Krankheitsauswahl Folgendes auszuführen:

Prospektiver Bewertungsansatz

Ziel der Krankheitsauswahl ist die Definition eines Morbiditätsfilters für ein prospektiv auszugestaltendes Versichertenklassifikationsmodell. Das heißt, dass die ab 2009 berechneten Zuschläge eine auf Morbiditätsinformationen beruhende Schätzung von Folgekosten darstellen werden: Die in einem Jahr zu erwartenden GKV-Ausgaben werden auf Basis von Krankheitsinformationen des Vorjahres ermittelt. Naturgemäß lösen Krankheiten im Klassifikationsmodell nur dann (relevante) Zuschläge aus, wenn sie auch im Folgejahr ihres Auftretens zu einer Inanspruchnahme von GKV-Leistungen führen. Würde die Auswahl der im prospektiven Modell berücksichtigten Krankheiten auf einer Betrachtung zeitgleicher krankheitsspezifischer Kosten beruhen, bestünde die Gefahr, auch Erkrankungen aufzugreifen, die im weiterentwickelten Risikostrukturausgleich keinerlei finanzielle Verteilungswirkung haben würden. Aus diesem Grund kann auch eine Kostenbetrachtung bei der Krankheitsauswahl nur zukunftsgerichtet, also prospektiv, ausgestaltet werden. Der Identifikation kostenintensiver Diagnosegruppen liegt daher ein prospektiver Bewertungsansatz zu Grunde. Das bedeutet konkret, dass für das vorliegende Gutachten den im Jahr 2005 aufgetretenen Diagnosegruppen die bei den betroffenen Versicherten anfallenden GKV-Ausgaben des folgenden Jahres gegenübergestellt werden.

Durchschnittliche Kosten je Diagnosegruppe

Die durchschnittlichen Kosten je Diagnosegruppe werden mit robusten statistischen Verfahren altersstandardisiert ermittelt. Eine Ermittlung der krankheitsspezifischen Kosten als prospektive Zuschläge aus einem multiplen Regressionsansatz wurde für die Krankheitsauswahl als weder zielführend noch praktikabel angesehen. Entscheidungsrelevante Regressionsgewichte sollten sinnvoller Weise nämlich anhand eines vollständig angepassten Versichertenklassifikationsmodells berechnet werden. Der Gesetzgeber sieht jedoch die Entwicklung und Anpassung eines Klassifikationsmodells erst zu einem späteren Zeitpunkt vor, auf Grundlage der bis dahin bereits ausgewählten Krankheiten.

Winsorisierung zur Ermittlung stabiler Mittelwerte

Um einen stabilen (robusten) Schätzer für die relativen Durchschnittskosten erhalten zu können, werden die vorhandenen Ausgabendaten „winsorisiert“, d.h. Extremwerte (Ausreißer) außerhalb des diagnosegruppenspezifischen 0,5 und 99,5 Perzentils werden durch das 0,5 bzw. 99,5 Perzentil ersetzt.

Hochrechnung der Leistungsausgaben auf das volle Jahr 2006

Über die Altersstandardisierung hinaus werden die angefallenen Leistungsausgaben bei unvollständigen Versicherungsperioden auf Basis der nachgewiesenen Versichertenzeit auf das gesamte Jahr 2006 hochgerechnet. Dabei wird davon ausgegangen, dass ein Versicherter auch nach dem Verlassen der GKV nahezu konstant weitere krankheitsbedingte Kosten verursacht, die sich mittels seiner bisherigen Leistungsausgaben und Versicherungszeit schätzen lassen. Von der Hochrechnung ausgenommen werden die Leistungsausgaben von im Jahr 2006 verstorbenen Versicherten.

Alters- und Geschlechtsstandardisierung

Vor einem Vergleich der prospektiven Durchschnittskosten verschiedener Versichertengruppen, die jeweils ein bestimmtes Morbiditätsmerkmal (die Dokumentation einer zuvor als chronisch oder schwerwiegend identifizierten Diagnosegruppe) aufweisen, besteht die Notwendigkeit einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung. Diese ist nötig, um unterschiedlichen populationsspezifischen Verteilungen verschiedener Erkrankungen Rechnung tragen zu können. Ohne dieses Vorgehen würden beispielsweise Kosten von Erkrankungen, die vermehrt im Alter auftreten, durch ebenfalls altersabhängige Multimorbiditätseffekte systematisch überschätzt werden. Zusätzlich ergibt sich die Notwendigkeit zu einer Alters- und Geschlechts-adjustierung aus der Tatsache, dass im DCG-HCC-Modell beziehungsweise im weiterentwickelten RSA krankheitsunabhängig alters- und geschlechtsspezifische Zuschläge berechnet werden sollen, was eine multivariate Alters- und Geschlechtsstandardisierung zur Folge hat.

In einer Voranalyse zeigte sich, dass bei Anwendung des bevorzugten Verfahrens der „direkten“ Standardisierung viele Alters- und Geschlechtsgruppen für einzelne Diagnosegruppen nicht besetzt sind (typische Kinder- bzw. Alterskrankheiten, gynäkologische und andere geschlechtsspezifische Erkrankungen). Eine direkte Standardisierung ist im Kontext der Krankheitsauswahl daher nicht zielführend und kann trotz ihrer generellen Vorzüge nicht umgesetzt werden. Stattdessen erfolgt die Anpassung der Leistungsausgaben über die in der Epidemiologie ebenfalls etablierte Methode der indirekten Standardisierung, die insbesondere bei kleinen Fallzahlen zum Einsatz kommt (vgl. *Fleiss, 1981, S. 240ff.*). Hierfür werden für jede Diagnosegruppe den tatsächlich aufgetretenen mittleren Kosten die gemäß Alter und Geschlecht der Betroffenen zu erwartenden Durchschnittskosten gegenübergestellt.

Die erwarteten Kosten werden dabei auf Basis der Grundgesamtheit aller Versicherten bestimmt, die (unabhängig von deren Erkrankung) im Bezugsjahr Leistungsausgaben verursacht haben. Die Altersgruppierung erfolgt in Anlehnung an die im DCG-HCC-Modell standardmäßig verwendete Einteilung in Fünf-Jahres-Schritten. Aus Tabelle 1 lassen sich die für die Kostenbewertungen zu Grunde gelegten erwarteten Kosten entnehmen, anhand derer die alters- und geschlechtsstandardisierten relativen Kosten errechnet werden.

Tabelle 1: Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht bezogen auf die Grundgesamtheit der Leistungsempfänger

Alter (Jahre)	Auswertung "Chronisch-kostenintensiv"				Auswertung "Schwerwiegend"			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	N	Hochge- rechnete Kosten	N	Hochge- rechnete Kosten	N	Hochge- rechnete Kosten	N	Hochge- rechnete Kosten
0-5	105.408	902,92 €	99.776	704,66 €	14.905	1.748,95 €	11.896	1.536,98 €
6-12	127.917	754,54 €	121.421	550,77 €	9.865	2.078,25 €	7.421	1.755,15 €
13-17	104.453	626,92 €	104.525	729,29 €	7.160	2.295,66 €	7.302	2.328,36 €
18-24	137.610	659,51 €	166.674	871,60 €	12.466	2.029,52 €	19.205	1.817,76 €
25-34	177.341	798,14 €	232.233	1.216,86 €	15.776	2.682,66 €	38.347	1.857,72 €
35-44	253.173	1.060,41 €	327.168	1.147,80 €	25.032	3.129,21 €	38.865	2.587,11 €
45-55	233.601	1.589,89 €	291.075	1.489,12 €	30.981	4.093,56 €	35.777	3.778,49 €
55-59	100.278	2.232,26 €	121.370	1.944,02 €	17.460	5.010,30 €	18.353	4.363,96 €
60-64	102.870	2.754,92 €	122.432	2.319,03 €	18.106	5.684,90 €	18.565	5.063,82 €
65-69	124.591	3.213,45 €	151.041	2.746,03 €	26.918	6.253,18 €	28.698	5.445,94 €
70-74	87.331	4.016,84 €	114.033	3.381,64 €	24.028	6.855,31 €	27.067	6.091,48 €
75-79	63.080	4.543,04 €	102.502	3.915,30 €	20.179	7.142,35 €	27.250	6.370,52 €
80-84	33.138	4.839,10 €	82.621	4.376,08 €	12.114	7.074,56 €	26.103	6.455,55 €
85-89	11.399	4.877,07 €	36.183	4.685,06 €	5.539	6.819,72 €	15.779	6.396,53 €
90-94	4.176	4.706,66 €	18.372	4.387,09 €	1.718	6.164,81 €	6.632	5.681,66 €
95+	780	4.097,98 €	4.716	3.870,76 €	440	5.370,86 €	2.166	5.024,87 €

Für die beiden durchgeführten Analyseschritte ergeben sich für identische Alters- und Geschlechtsgruppen zum Teil recht unterschiedliche Kostengrößen. Dies erklärt sich dadurch, dass die jeweiligen standardisierten Leistungsausgaben aus unterschiedlichen Populationen ermittelt werden. Im ersten Fall („chronisch kostenintensiv“) sind die durchschnittlichen Leistungsausgaben, ohne Krankengeld und Zahnärzte, von Versicherten mit einer Leistungsanspruchnahme (Diagnosen im Jahr 2005) im ambulanten Bereich aufgeführt. Im zweiten Fall wurden nur die Ausgaben von Versicherten mit stationärem Aufenthalt im Jahr 2005 berücksichtigt.

Das Ergebnis der geschlechts- und altersstandardisierten Berechnung wird als Relativwert ausgewiesen, der das Verhältnis von den tatsächlich entstandenen Ausgaben zu den erwarteten ausdrückt („adjustierte relative Kosten“). Übersteigen diese relativen Kosten einer

Diagnosegruppe den Wert „1“, bedeutet das, dass die betroffenen Versicherten höhere Ausgaben verursachen als auf Basis der Alters- und Geschlechtsverteilung der Gruppe zu erwarten gewesen wäre. Die entsprechende Diagnosegruppe ist dann dementsprechend relativ teurer als eine hypothetische Durchschnittsdiagnosegruppe. Liegt im umgekehrten Fall der Relativwert beispielsweise bei „0,5“, bedeutet dies, dass die jeweils betroffenen Versicherten halb so teuer waren, wie eigentlich zu erwarten gewesen wäre.

Addition der Ausgaben der einzelnen Hauptleistungsbereiche

Die Leistungsausgaben eines Versicherten werden grundsätzlich durch Addition der versichertenbezogenen Ausgaben in den einzelnen Hauptleistungsbereichen ermittelt. Wie in Abschnitt 2.1 jedoch bereits erwähnt, ist das auf Basis der vorhandenen Daten mit Problemen behaftet: Die Ausgaben der Leistungsbereiche „Krankengeld“ und „Zahnärzte“ wurden der Vereinbarung zum Meldeverfahren entsprechend nicht an das BVA übermittelt, können somit nicht in den Berechnungen berücksichtigt werden; im Hauptleistungsbereich „sonstige Leistungsausgaben“ wiederum führt eine Untererfassung des Ausgabenbereichs auf Einzelkassenebene dazu, dass der genannte Ausgabenbereich für einige Einzelkassen unberücksichtigt bleiben muss.

Aus diesem Grund muss die Ermittlung der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Diagnosegruppe durch zwei getrennt errechnete Werte erfolgen:

- Den ersten Wert bilden die mittleren Leistungsausgaben je Diagnosegruppe in den Ausgabenbereichen „Ärzte“, „Krankenhaus“, „Apotheken“, „Sachkosten extrakorporale Blutreinigung“ und „Berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP“. Berücksichtigt werden sämtliche Diagnosegruppen der Stichprobenpopulation. Ausgaben für Zahnärzte und Krankengeld bleiben unberücksichtigt.
- Die Berechnung des zweiten Wertes (mittlere „Sonstige Leistungsausgaben“ je Diagnosegruppe) greift nur auf Diagnosegruppen und Leistungsausgaben von Versicherten zurück, deren Daten von Kassen mit einer ausreichenden Datenerfassung im entsprechenden Ausgabenbereich gemeldet wurden. Konkret wurde festgelegt, dass die Ausschöpfungsquote des entsprechenden Hauptleistungsbereiches einer Kasse zwischen 50 und 150% liegen muss, wenn die Daten dieser Kasse Eingang in die Berechnung finden soll.
- Die Ausgaben je Diagnosegruppe ergeben sich durch die Addition der beiden jeweils für eine Diagnosegruppe ermittelten Durchschnittswerte.

Prävalenzgewichtung

Die Kosten einer Erkrankung können grundsätzlich aus zweierlei Perspektiven betrachtet werden: einer personen- bzw. fallorientierten und einer weiteren, die sich auf die Gesamtkosten

in der GKV bezieht. Der Ordnungsgeber bleibt in den entsprechenden Ausführungen unbestimmt. In der Begründung zum GKV-WSG finden sich allerdings zwei Formulierungen, die darauf hindeuten, dass eine rein fall- bzw. versichertenbezogene Kostenbetrachtung nicht zu sachgemäßen Ergebnissen führen würde. Konkret heißt es, dass die Krankheiten von „besonderer Bedeutung für das Versorgungsgeschehen sein“ bzw. einen „wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen“ haben sollen (*Bundestags-Drucksache 16/3100, 2006, S. 204*). Dies kann nur erreicht werden, wenn neben den diagnosebezogenen Kosten auch die Verbreitung des betreffenden Krankheitsmerkmals Eingang in die Entscheidungen findet. Eine vollständige Vernachlässigung der Prävalenz der Diagnosegruppen ließe sich somit nur schwer rechtfertigen.

Andererseits muss kritisch angemerkt werden, dass eine prävalenzgewichtete Kostenbetrachtung neue Probleme aufwirft, die es bei der Ausgestaltung des Verfahrens zu bedenken gilt. Diagnosegruppen, die im Einzelfall mit hohem Ressourcenverbrauch auf der Versorgungsebene einhergehen, zugleich aber eine geringe Verbreitung aufweisen, würden bei einer linearen Prävalenzgewichtung (Fallzahl x Kosten) gänzlich unberücksichtigt bleiben. Jedoch könnten solche Diagnosegruppen für kleinere Krankenkassen von hoher finanzieller Bedeutung sein und dadurch einen Anreiz zur Risikoselektion darstellen, der sich – gegenüber der aktuellen Situation – durch die Abschaffung des Risikopools zur solidarischen Finanzierung besonders aufwändiger Leistungsfälle noch verstärken dürfte. Es bedarf also einer ausgewogenen Berücksichtigung der beiden Größen „Prävalenz“ und „Kosten“.

Zur Abschwächung des Einflusses der Krankheitshäufigkeit werden die ermittelten diagnosebezogenen Kosten nicht linear, sondern logarithmisch mit der Prävalenz gewichtet. Die Logarithmusfunktion ermöglicht es, das Kostenkriterium mit der – im Vergleich zu allen Potenz- bzw. Wurzelfunktionen – am langsamsten anwachsenden Funktion der Fallzahlen zu verknüpfen (vgl. *Kaballo, 2000, S. 95*). Damit wird die Prävalenz zwar berücksichtigt, aber nicht in einem die Krankheitsauswahl dominierenden Ausmaß.

Bezug auf die gesamte Ausgabenverteilung

Zur Bewertung der auf die beschriebene Weise ermittelten diagnosegruppenbezogenen Leistungsausgaben wird die gesamte Ausgabenverteilung über die Diagnosegruppen herangezogen. Als „kostenintensiv“ bzw. „schwerwiegend“ gelten diejenigen Diagnosegruppen, deren prävalenzgewichtete durchschnittliche Leistungsausgaben sich oberhalb eines vorzugebenden Perzentils der Gesamtverteilung befinden. Der Beirat hat sich bei der Festlegung des Perzentils zunächst an dem in der Statistik üblichen obersten Quintil (80. Perzentil) orientiert. Als klar wurde, dass damit die Mindestzahl von 50 Krankheiten nicht sinnvoll erreicht werden konnte, wurde die Analyse mit dem obersten Quartil (75. Perzentil) fortgesetzt, letztendlich aber ein Grenzwert bei 70% gewählt. Für diesen Grenzwert ließ sich in

der sekundären Analyse über alle Erkrankungen hinweg darstellen, dass eine sinnvolle Berücksichtigung und Abgrenzung von Erkrankungen erreicht wird, die im RSA ausgeglichen werden. Eine weitere Absenkung der Perzentilgrenze z.B. auf 66,7 hätte zu einem rechnerischen Einschluss von nicht mehr deutlich abgrenzbaren Krankheiten geführt, die ggf. nach Diskussion wieder entfernt worden wären.

3.2.3 Kostenintensive chronische Diagnosegruppen

Die an dieser Stelle durchgeführte Prüfung umfasst zwei Aspekte. Eine Diagnosegruppe kann als kostenintensiv chronisch bezeichnet werden, wenn sie sowohl das Kriterium der Chronizität als auch das Kriterium der Kostenintensität erfüllt. Die erforderliche Bewertung erfolgt dabei in zwei sequentiellen Analyseschritten.

Chronizität

Der Beirat definiert den Begriff der Chronizität über die Persistenz eines Krankheitsmerkmals. Dieser Ansatz deckt sich konzeptionell mit der in der „Chronikerrichtlinie“ getroffenen Definition des Gemeinsamen Bundesausschusses (*GemBa*, 2004a). Die angesprochene Richtlinie ist allerdings lediglich zur Prüfung des Vorliegens einer chronischen Krankheit bei *einzelnen* Versicherten anwendbar und daher für die Identifikation chronischer Krankheiten nur bedingt geeignet. Problematisch bei der Übertragung der Richtlinie für die Aufgabe der Krankheitsauswahl ist, wie auch der Gemeinsame Bundesausschuss selbst darlegt, dass aus der Perspektive eines einzelnen Versicherten „die meisten Erkrankungen chronisch werden“ können (*GemBa*, 2004b, S. 1).

Eine Erkrankung kann jedoch – in Anlehnung an die angesprochene Richtlinie des GemBa – als „typischerweise chronisch“ bezeichnet werden, wenn sie bei einem wesentlichen Anteil der Betroffenen eine chronische Verlaufsform annimmt, also in der ärztlichen Dokumentation besonders häufig als persistierende Diagnose in Erscheinung tritt.

Hinweise für die zweckmäßige Parameterausgestaltung liefern die Ergebnisse empirischer Analysen von Trautner et al. (2005), die im Rahmen des Gutachtens zur Qualität ambulanter Diagnosen (*BIPS*, 2007; vgl. auch *Giersiepen et al.*, 2007) bestätigt werden konnten und sich mit den Charakteristika der vorliegenden Versichertendaten decken. Bei einem Vergleich von Diagnosen die sich unstrittig als „chronisch“ bezeichnen lassen (bspw. essentielle (primäre) Hypertonie, Herzinsuffizienz oder COPD) mit „typischen Akutdiagnosen“ (akute Pharyngitis, akute Bronchitis) zeigen sich in der ärztlichen Dokumentation deutliche Unterschiede in der Diagnosepersistenz. Während chronische Diagnosen bei über 2/3 der Betroffenen über

mehrere Quartale dokumentiert werden, kehren die meisten typischen Akutdiagnosen bereits im zweiten Quartal nach Diagnosestellung nur bei weniger als 1/3 der Versicherten wieder.

In diesem Sinne wird eine Diagnosegruppe als chronisch definiert, wenn für mehr als 50 v. H. der betroffenen Versicherten gilt, dass die entsprechende Gruppe in mindestens zwei Quartalen eines Jahres dokumentiert worden ist. Dabei wird auf die gesicherten Diagnosen der vertragsärztlichen Versorgung des Jahres 2005 zurückgegriffen.

Für die Feststellung einer persistierenden Diagnose ist dabei unerheblich, ob diese sich direkt im Folgequartal nach Erststellung oder erst in einem späteren Quartal des Betrachtungsjahres wiederholt. Damit wird gewährleistet, dass auch diejenigen Chroniker Berücksichtigung finden, die ihren Arzt nicht in jedem Quartal des Jahres 2005 in Anspruch genommen haben. Dieser Fall ist unter anderem für chronisch Kranke in Disease-Management-Programmen denkbar, deren regelmäßige Arztkontakte (bzw. einschreibungsrelevante Dokumentationsintervalle) auf einen halbjährlichen Turnus festgesetzt sind (*vgl. hierzu § 28d bzw. die Anlagen zu §§ 28b bis 28g RSAV*); ebenso muss bedacht werden, dass einige chronische Krankheiten schubweise verlaufen können und über einen gewissen Zeitraum keiner Behandlung bedürfen.

Die Berücksichtigung von Versicherten, die nicht ganzjährig in der GKV versichert waren, erfordert eine weitere Anpassung des Verfahrens. Eine Beschränkung auf ganzjährig Versicherte ist nicht zielführend, da dies mit einem nicht unerheblichen Selektionsbias einhergeht. Zur Einstufung einer Diagnosegruppe als chronisch sollten daher möglichst alle Versicherten unabhängig von ihrer Versicherungszeit herangezogen werden. Personen, die ein Quartal oder weniger versichert waren, bedürfen hier einer gesonderten Betrachtung. Eine in der Epidemiologie in vergleichbaren Situationen übliche „Person-time-at-risk“-Betrachtung kann aufgrund fehlender Daten hier nicht umgesetzt werden. Ersatzweise wurde für die Persistenzuntersuchung in einem Näherungsansatz festgelegt, dass Diagnosen von Personen, die höchstens ein Quartal oder weniger (< 92 Versichertentage) versichert waren, so behandelt werden, als wären sie in mindestens zwei Quartalen aufgetreten. Für alle anderen Versicherten (≥ 92 Versichertentage) wird das Chronikerkriterium wie oben beschrieben angewendet. Bei der Unterscheidung der beiden Versichertengruppen ist unerheblich, ob die jeweils betrachtete Versicherungszeit zusammenhängend oder in mehreren getrennten Phasen angefallen ist.

Die Diagnosegruppen, welche die Prüfung auf Chronizität erfolgreich passiert haben, werden im Anschluss einer Prüfung auf Kostenintensität unterzogen.

Kostenintensität

Wie bereits in Abschnitt 3.2.2 ausgeführt wurde, erfolgt die Berücksichtigung des Aspekts der Kostenintensität einer Diagnosegruppe über eine zukunftsgerichtete Betrachtung ihrer mittleren

spezifischen Kosten. Neben der bereits dargelegten Argumentation zum Ansatz prospektiver Ausgaben folgt eine solche zukunftsgerichtete Perspektive auch der Logik der oben eingeführten Persistenzprüfung und dient zu deren Absicherung: Für Versicherte, die im Basisjahr durch eine mehrfache Kodierung einer identischen Akutdiagnose (beispielsweise einer Erkältungskrankheit) fälschlicherweise als „Chroniker“ auffallen, ist zu erwarten, dass sie bei einer zukunftsgerichteten Kostenanalyse deutlich seltener als kostenintensiv chronisch identifiziert werden als tatsächlich chronisch Kranke.

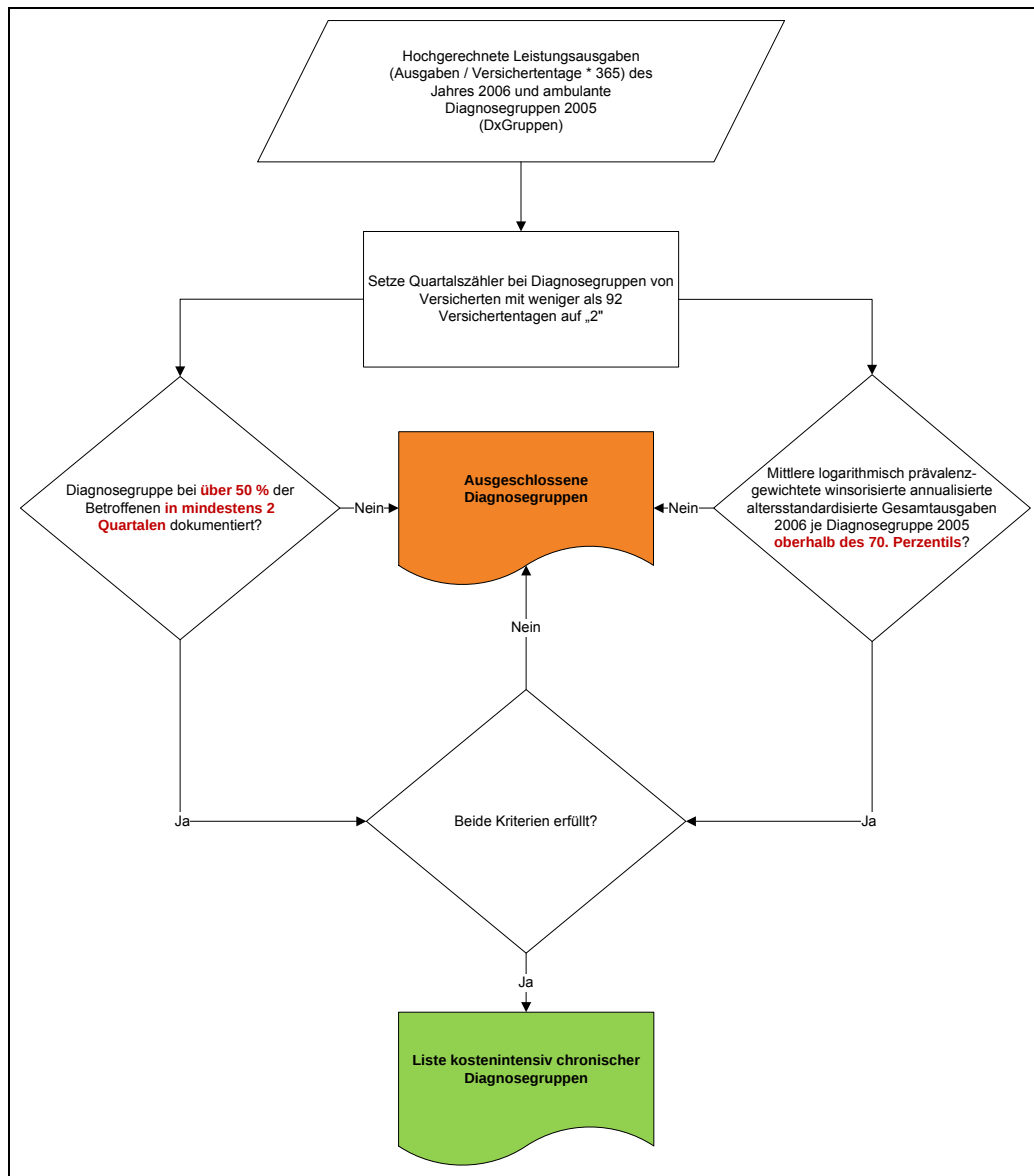
Zur Kostenbewertung der als chronisch eingestuften Diagnosegruppen werden die Ausgabendaten des Jahres 2006 und die ambulanten Diagnosedaten aus dem Jahr 2005 zu Grunde gelegt. Die Auswahl kostenintensiver Diagnosegruppen erfolgt durch Untersuchung der Kostenverteilung über alle Diagnosegruppen. Ausgewählt werden solche Gruppen, die sich oberhalb des 70. Perzentils der Kostenverteilung befinden, oder dieses wenigstens erreichen.

Eine Diagnosegruppe wird als kostenintensiv definiert, wenn sich die prospektiven auf das Jahr hochgerechneten, geschlechts- und altersstandardisierten winsorisierten mittleren Leistungsausgaben der betroffenen Versicherten nach logarithmischer Prävalenzgewichtung oberhalb des 70. Perzentils der gewichteten Ausgabenverteilung über die Diagnosegruppen wieder finden oder dieses zumindest erreichen. Berücksichtigt werden hierbei ambulante Diagnosedaten aus dem Jahr 2005 und die über das Pseudonym zugeordneten Leistungsausgaben des Jahres 2006.

Eine Diagnosegruppe gilt als kostenintensiv chronisch, wenn sie sowohl kostenintensiv als auch chronisch ist.

Abbildung 4 fasst das vom Beirat festgelegte Auswahlverfahren in Form eines Ablaufdiagramms zusammen.

Abbildung 4: Verfahren zur Identifikation kostenintensiv chronischer Diagnosegruppen



3.2.4 Diagnosegruppen mit schwerwiegendem Verlauf

Das Vorgehen zur Identifikation schwerwiegender Krankheitszustände ähnelt in Grundzügen der Auswahl kostenintensiv chronischer Diagnosegruppen. In Analogie zum vorangegangenen Auswahlverfahren wird zunächst eine Eingrenzung der auswählbaren Diagnosegruppen angestrebt, die anschließend auf der Basis ihrer Leistungsausgaben zu bewerten sind. Die Operationalisierung des Begriffs der Krankheitsschwere wird über das Merkmal „Krankenseinweisung“ geleistet und über eine logarithmisch prävalenzgewichtete Folgekostenbetrachtung weiter eingegrenzt.

Zunächst wird für jede Diagnosegruppe die Hospitalisierungsquote (der Anteil der Versicherten mit Dokumentation stationärer Diagnosen an allen Versicherten mit entsprechenden Diagnose-

dokumentationen) ermittelt. Dieses Vorgehen dient zum Ausschluss nicht schwerwiegender Gruppen. Dabei wird unterstellt, dass eine Krankenhausbehandlung in aller Regel dann erfolgt, wenn eine weitere Behandlung wegen Gefährdung von Gesundheit und Leben eines Patienten mit den Mitteln der ambulanten Versorgung nicht oder nicht rechtzeitig zu leisten ist (vgl. *GemBa, 2003, §§1 und 4*). Inwieweit die angelegte Hospitalisierungsquote einzelne Diagnosegruppen trotz ihres schwerwiegenden Verlaufes im weiteren Verfahren vernachlässigt – dies ist denkbar, wenn eine solche Erkrankung wider Erwarten fast ausschließlich ambulant behandelt wird –, ist bei Revision der ausgeschlossenen Diagnosegruppen mit medizinischem Sachverstand zu prüfen.

Den Diagnosegruppen werden in diesem Auswertungsschritt alle stationären Hauptdiagnosen sowie die gesicherten Diagnosen der vertragsärztlichen Versorgung des Jahres 2006 zugewiesen.³ Nach Analyse der vorliegenden Datenbasis wird festgelegt, dass Diagnosegruppen, die eine Hospitalisierungsquote von 5% oder mehr aufweisen, als schwerwiegend gelten. Dieser Sachverhalt trifft auf 50% der Diagnosegruppen zu. Zur weiteren Schweregrad-differenzierung wird – bezogen auf die Diagnosegruppen mit einer ausreichenden Hospitalisierungsquote – erneut auf eine Betrachtung der mittleren prospektiven Leistungsausgaben abgestellt (vgl. *Abschnitt. 3.2.2*).

An dieser Stelle sei nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das angestrebte Vorgehen vor dem Hintergrund der RSA-Logik vorrangig auf die ökonomische Schwere einer Diagnosegruppe abzielt: Krankheitsverläufe, die in kurzer Zeit terminal enden, haben keine Kosten im nächsten Jahr zur Folge und werden – trotz ihrer unstrittigen Schwere im medizinischen Sinn – bei der Auswertung bewusst nicht aufgegriffen, da sie auch im Rahmen eines prospektiv ausgelegten Versichertenklassifikationsmodells keine nennenswerte Zuschlagsrelevanz besäßen. Eine Krankheit bzw. eine Diagnosegruppe mit einem schwerwiegenden Verlauf geht in der beschriebenen Sichtweise demnach häufig mit einer Krankenhauseinweisung einher und verursacht hohe Folgekosten.

Auch hier werden die Leistungsausgaben des Bereichs „Sonstige Ausgaben“ getrennt bestimmt und im Rahmen der Durchschnittsbetrachtung mit den restlichen Ausgabenbereichen addiert. Zudem werden die Leistungsausgaben auch an dieser Stelle auf das Jahr hochgerechnet und winsorisiert. Um einerseits das Kostengeschehen der Krankenkassen zu berücksichtigen, andererseits auch die Einzelfallkosten ausreichend würdigen zu können, werden die Leistungsausgaben erneut mit dem natürlichen Logarithmus der diagnosegruppenspezifischen Prävalenzen (diesmal im stationären Sektor) gewichtet.

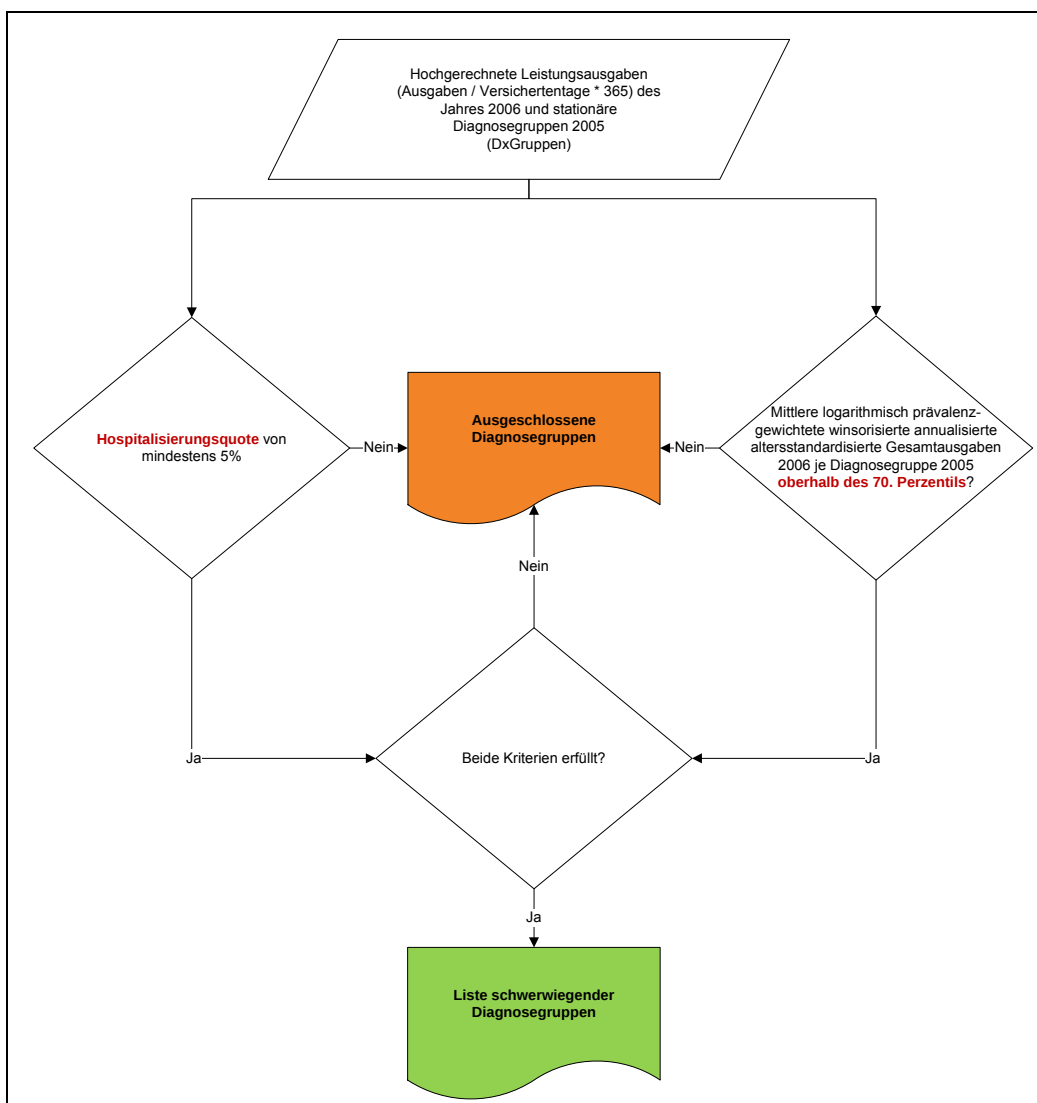
³ Zur Berechnung der Hospitalisierungsquoten wird abweichend vom prospektiven Vorgehen der Kostenbewertung auf die Diagnosen des Jahres 2006 zurückgegriffen, da in diesem Jahr erstmalig die Pflicht zur Kodierung von Diagnosequalifikationen im ambulanten Sektor bestand und dadurch beispielsweise „Zustand nach“-Diagnosen eindeutig ausgeschlossen werden können.

Der grundlegende Unterschied zur Auswahl kostenintensiv chronischer Diagnosegruppen besteht darin, dass lediglich die Diagnosen und Leistungsausgaben von Versicherten, die im Jahr 2005 einen entsprechenden Krankenhausaufenthalt hatten, in die Berechnung einfließen.

Eine Diagnosegruppe wird als schwerwiegend eingestuft, wenn sie eine Hospitalisierungsquote von mindestens 5% aufweist und sich für die Bewertung der winsorisierten mittleren (logarithmisch prävalenzgewichteten, altersstandardisierten, auf das Jahr hochgerechneten) Ausgaben der betroffenen Versicherten im Jahr 2006 ergibt, dass diese sich oberhalb des 70. Perzentils der Verteilung über die Diagnosegruppen befinden, oder dieses zumindest erreichen.

Abbildung 5 zeigt das Verfahren zur Auswahl schwerwiegender Diagnosegruppen in einer systematischen Übersicht.

Abbildung 5: Verfahren zur Identifikation schwerwiegender Diagnosegruppen



3.2.5 Zusammenfassung von Diagnosegruppen zu Krankheiten und Schwellenwertprüfung

Das soweit dargelegte Verfahren erstreckt sich auf die Identifikation von kostenintensiv chronischen bzw. schwerwiegenden Diagnosegruppen. Aus diesen folgt im nächsten Schritt die Bildung von berücksichtigungsfähigen Krankheiten, wobei medizinische Aspekte und spezifische Anreizwirkungen im Vordergrund stehen. Auf Basis dieser (grundsätzlich) berücksichtigungsfähigen Krankheiten wird dann abschließend die endgültige Festlegung auf die in den RSA einzubeziehenden Erkrankungen anhand der gesetzlich vorgesehenen Schwellenwertprüfung getroffen.

Gruppierung der Diagnosegruppen zu Krankheiten

Die Zusammenstellung einzelner berücksichtigungsfähiger Krankheiten erfolgt nach medizinischen Kriterien unter Beachtung der Ausführungen in Abschnitt 3.1.1, also unter der Vorgabe einer ausreichenden klinischen Spezifität hinsichtlich ihrer ätiologischen, morphologischen, symptomatischen bzw. nosologischen Eigenschaften. Krankheiten, die zukünftig als ausgleichsrelevante Morbiditätsmerkmale in den weiterentwickelten RSA einbezogen werden, sind daher einzelne Diagnosegruppen oder Zusammenfassungen medizinisch verwandter Diagnosegruppen.

Bei der Zusammenfassung von Diagnosegruppen zu Krankheiten wird erneut auf die Struktur des gutachterlich empfohlenen Klassifikationsmodells zurückgegriffen. Im empfohlenen Klassifikationssystem mündet jede Diagnosegruppe in eine von 184 so genannten Zustandskategorien (in wenigen Fällen altersabhängig auch in zwei verschiedene), die jeweils verwandte DxGroups mit vergleichbarem klinischen Aufwand in sich aufnehmen. Diese Gruppierungsebene liefert eine erste Orientierung zur möglichen Zusammenfassung von Diagnosegruppen zu Krankheiten. Von dieser Stufe des Auswahlprozesses an erfolgt der Zuordnungsprozess nicht mehr rein algorithmisch, sondern zusätzlich in einem klinisch, sozialmedizinisch, gesundheitsökonomisch und versorgungspolitisch geprägten Diskurs der Beiratsmitglieder.

Eine (vor Schwellenwertprüfung) als berücksichtigungsfähig bewertete Krankheit ergibt sich somit aus der Zusammenfassung von Diagnosegruppen, die im zuvor beschriebenen Bewertungsprozess als kostenintensiv-chronisch bzw. schwerwiegend eingestuft wurden. Die Zusammenfassung erfolgt dabei primär nach den genannten Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Struktur der DCG-Zustandskategorien (vgl. Abschnitt 3.1.3).

Inhaltliche Bewertung und Anpassung der abgegrenzten Krankheiten

Bei der Zusammenfassung von Diagnosegruppen zu Krankheiten werden im ersten Schritt lediglich diejenigen Diagnosegruppen berücksichtigt, die – auf der Basis der empirischen Auswertung – die vorgeschalteten Auswahlkriterien erfüllen. Es ist daher grundsätzlich möglich, dass einige der in diesem Gutachten ausgewählten Krankheiten nicht exakt das umfassen, was aus klinischer Sicht als *vollständige* „Krankheitsentität“ zu bezeichnen wäre. Bedingt durch das empirische Vorgehen ist es in Einzelfällen denkbar, dass eine „Krankheit“ im Sinne der hier beschriebenen Krankheitsauswahl auf schwerere und ressourcenintensive bzw. bestimmte chronische Verlaufsformen beschränkt wird. Sowohl für die als kostenintensiv chronisch als auch bezüglich der als schwerwiegend identifizierten Diagnosegruppen ist nicht nur aus diesem Grund eine inhaltliche Kontrolle hinsichtlich ihrer medizinischen Plausibilität indiziert.

Inwiefern einzelne Krankheitsverläufe an diesem Punkt ausgeschlossen worden sind, obwohl sie zur Abgrenzung einer Krankheit herangezogen werden sollten, wird im Einzelfall zu prüfen und zu begründen sein. Eine solche Prüfung muss adverse Anreize beachten, legt sinnvolle medizinische Kriterien an und soll unter Rückgriff auf die Begründung der RSAV die zu erwartenden Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen und die Kostenbelastung der Krankenkassen berücksichtigen. Bei Erkrankungen, die der Primär- oder Sekundärprävention zugänglich sind, muss auf der Basis von vorliegender Evidenz zur Vermeidbarkeit des Auftretens oder der Progression berücksichtigt werden, dass keine Fehlanreize entstehen, die zur Unterlassung von Präventionsmaßnahmen bezüglich des Auftretens und der Progression führen.

Bestehen derlei inhaltliche Einwände entweder gegen die eingeschlossenen oder gegen die ausgeschlossenen Diagnosegruppen, so müssen die auf Basis des datengestützten Verfahrens gefundenen Krankheitsgruppen diesbezüglich angepasst werden. Die hierfür relevanten Aspekte und die daraus abgeleiteten Modifikationen werden gemeinsam mit der Darstellung der ausgewählten und zu Krankheiten zusammengefassten Diagnosegruppen unter Abschnitt 4.2 erörtert.

Schwellenwertprüfung

Die soweit, wie beschrieben, ausgewählten Krankheiten werden abschließend der letzten in der RSAV vorgegebenen Bewertung – der so genannten Schwellenwertprüfung – zugeführt. In den Morbiditätsfilter dürfen der Verordnung zufolge nur Krankheiten aufgenommen werden, für die die durchschnittlichen Leistungsausgaben der betroffenen Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um fünfzig Prozent überschreiten. Bei der Anwendung des Schwellenwertkriteriums zählen sämtliche Leistungsausgaben, die von einem Versicherten

verursacht wurden. Dabei ist unerheblich, ob diese durch die jeweilige Krankheit selbst verursacht worden sind oder nicht.

Zur Berechnung des Schwellenwertes werden die Leistungsausgaben aller Versicherten (nicht nur die der Kranken) berücksichtigt; er beträgt das 1,5-fache der durchschnittlichen Leistungsausgaben aller GKV-Versicherten im Jahr 2006. Um zu prüfen, ob eine der zuvor eingegrenzten Krankheiten den Schwellenwert überschreitet, werden die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten, die im selben Jahr nach Maßgabe ihrer Morbiditätsdaten von der Krankheit betroffen waren, mit dem Schwellenwert verglichen: Übersteigen die Durchschnittsausgaben der Betroffenen den Schwellenwert, verbleibt die Krankheit im Morbiditätsfilter.

3.2.6 Zusammenfassende Darstellung des Auswahlprozesses

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden hier nochmals alle für den Selektionsprozess angelegten Bewertungskriterien aufgeführt und die einzelnen Vorgehensschritte im Prozess der Krankheitsauswahl in den Kästen 2 und 3 zusammengefasst.

Kasten 2: Auswahl von berücksichtigungsfähigen Diagnosegruppen

Berücksichtigungsfähig sind grundsätzlich Diagnosegruppen, die mindestens eines der Kriterien „chronisch-kostenintensiv“ und „schwerwiegend“ erfüllen.

Chronisch

- Gesicherte ambulante Diagnosen des Jahres 2005 werden für jedes Pseudonym zu Diagnosegruppen aggregiert.
- Diagnosegruppen sind chronisch, wenn sie bei mehr als 50% der betroffenen Versicherten in mindestens zwei Quartalen im Jahr auftreten.

Kostenintensiv

- Gesicherte ambulante Diagnosen des Jahres 2005 werden für jedes Pseudonym zu Diagnosegruppen aggregiert; „Sonstige Leistungsausgaben“ des Jahres 2006 werden nur bei Pseudonymen von Krankenkassen mit plausiblen Ausschöpfungsquoten berücksichtigt; alle anderen Leistungsausgaben des Jahres 2006 werden pseudonymbezogen summiert; die Berechnung von mittleren Ausgaben je Diagnosegruppe erfolgt getrennt für beide Ausgabenblöcke.
- Die Leistungsausgaben werden je Pseudonym auf das Jahr 2006 hochgerechnet.
- Die prospektiven mittleren Leistungsausgaben je Diagnosegruppe werden robust („winsorisiert“) berechnet.
- Die Ergebnisse für „sonstige Leistungsausgaben“ und die übrigen Ausgaben werden addiert.
- Die Ausgaben werden nach Alter- und Geschlecht (indirekt) standardisiert; Als Verhältnis von tatsächlichen und erwarteten prospektiven Ausgaben ergeben sich relative Ausgaben.
- Die relativen Ausgaben je Diagnosegruppe werden mit dem natürlichen Logarithmus der Anzahl der Pseudonyme je Diagnosegruppe mit mindestens einer ambulanten Diagnose gewichtet (logarithmische Prävalenzgewichtung).
- Die Diagnosegruppen werden als kostenintensiv eingestuft, wenn ihre logarithmisch prävalenzgewichteten relativen Ausgaben oberhalb des 70. Perzentils der Verteilung liegen oder dieses zumindest erreichen.

Chronisch-kostenintensiv

- Die Diagnosegruppen werden als chronisch-kostenintensiv eingestuft, wenn sie sowohl als chronisch als auch als kostenintensiv eingestuft worden sind.

Schwerwiegend

- Die stationären Hauptdiagnosen des Jahres 2005 werden für jedes Pseudonym zu DxGruppen aggregiert.
- Analog zu der unter „kostenintensiv“ beschriebenen Vorgehensweise werden die logarithmisch prävalenzgewichteten relativen Ausgaben des Jahres 2006 bestimmt, diesmal allerdings auf der Basis von Versicherten mit einem Krankenhausaufenthalt im Jahr 2005.
- Die Hospitalisierungsquote wird für jede DxGruppe bestimmt als Quotient aus der Zahl der Pseudonyme mit mindestens einer stationären Diagnosegruppe (2006) und der Zahl der Pseudonyme mit mindestens einer stationären oder ambulanten Diagnosegruppe (2006).

Eine DxGruppe wird als schwerwiegend eingestuft, wenn ihre logarithmisch prävalenzgewichteten relativen Ausgaben oberhalb des 70. Perzentil der Verteilung über alle bewerteten Gruppen liegen (oder dieses zumindest erreichen) und ihre Hospitalisierungsquote mindestens den Wert von fünf Prozent annimmt.

Kasten 3: Abgrenzung und Prüfung von Krankheiten

Klinische Prüfung

- Medizinische Homogenität
- Klinisches Krankheitsstadium
- Erkrankungsursachen
- Zugänglichkeit für Präventionsmaßnahmen

Inhaltliche Prüfung

- Dokumentationsmängel
- Förderung einer präzisen Dokumentation

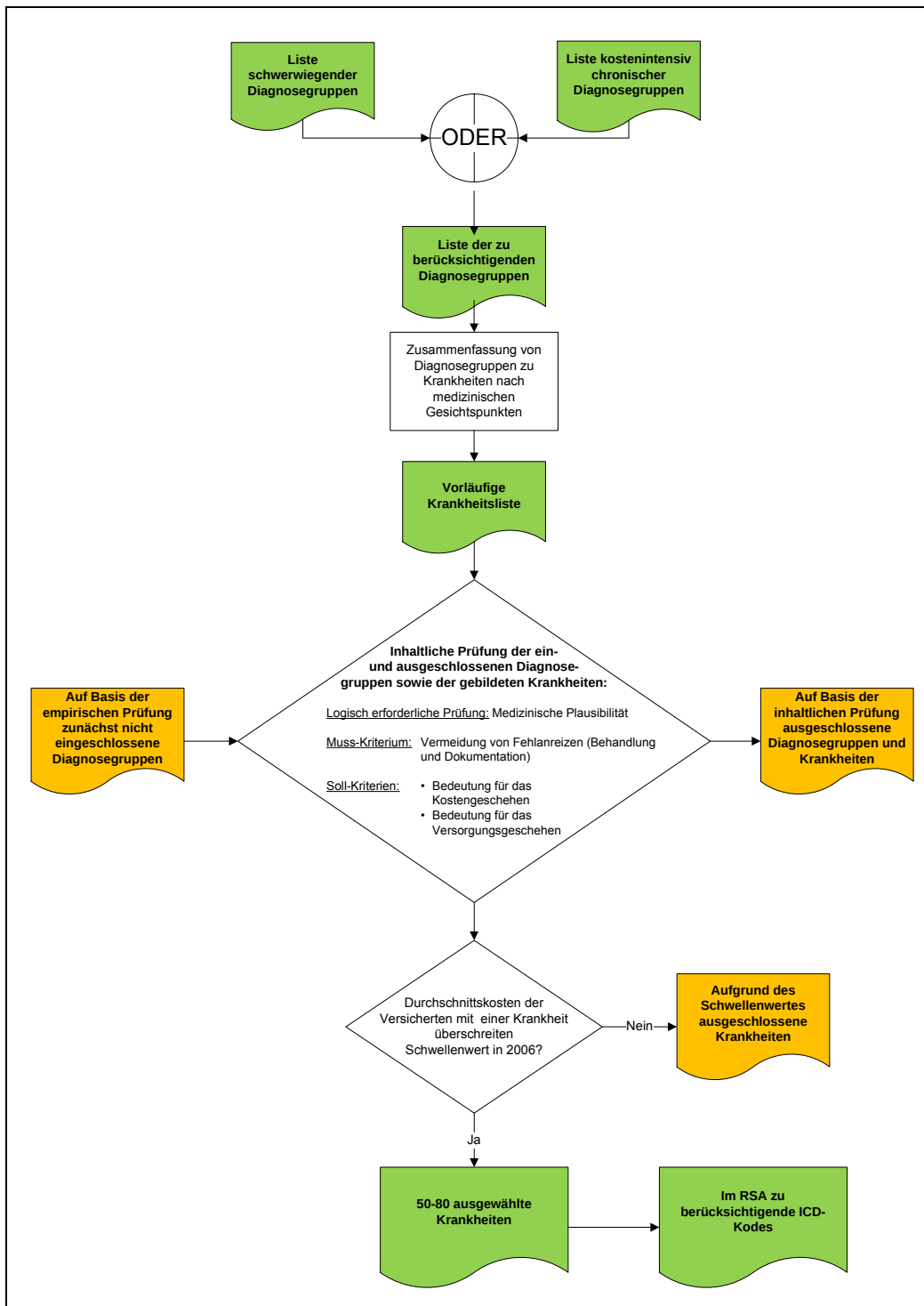
Schwellenwertprüfung

- Das arithmetische Mittel der Ausgaben des Jahres 2006 der Versicherten mit mindestens einer der jeweiligen Krankheit zugeordneten ambulanten oder stationären Diagnose des gleichen Jahres wird mit dem 1,5-fachen der durchschnittlichen Gesamtausgaben des Jahres 2006 verglichen, wobei auch an dieser Stelle die „sonstigen Leistungsausgaben“ und alle andern berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aus getrennten Kassengesamtheiten berechnet und addiert werden

Abschließend verbleiben nur solche Krankheiten in der Auswahl, die das gesetzlich vorgegebene Kriterium des Schwellenwertes erfüllen.

Abbildung 6 verdeutlicht schematisch den Prozess, der sich der empirischen Analyse zur Auswahl berücksichtigungsfähiger Diagnosegruppen anschließt, um auf Basis der identifizierten DxGruppen zu einer gesetzeskonformen Bildung eines aus 50 bis 80 Krankheiten bestehenden Morbiditätsfilters zu gelangen.

Abbildung 6: Auswahl von 50-80 Krankheiten



4 Auswahl der Krankheiten

4.1 Zusammenfassung empirisch ausgewählter Diagnosegruppen zu Krankheiten

Zur Zusammenfassung von Diagnosegruppen zu Krankheiten werden zunächst nur jene DxGruppen berücksichtigt, die die geforderten Kriterien empirisch erfüllen. Insgesamt bilden so 209 der 751 untersuchten Diagnosegruppen das Fundament der zu benennenden Krankheiten. Eine detaillierte Auflistung aller Gruppen sowie die Einzelergebnisse der durchgeführten Berechnungen sind in Anhang A hinterlegt. Dort werden diejenigen DxGruppen farblich hervorgehoben, die die Auswahlkriterien erfüllen. Zum besseren Verständnis wird die Bewertung hier an einem kurzen Beispiel verdeutlicht (vgl. auch Abbildung 7).

Abbildung 7: Berücksichtigungsfähige Diagnosegruppen (Auszug aus Anhang A)

Bezeichnung DXG Label	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*R	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
462 Pneumonie durch Gram-negative Erreger / Staphylokokken-Pneumonie	414	15.386 €	2,95	92,8%	71,8%	262	10.410 €	4,86	80,9%	32,1%
463 Aspirationspneumonie (Mendelson-Syndrom)	525	13.232 €	2,37	87,7%	80,4%	612	14.944 €	4,27	81,6%	21,2%
464 Pneumokokkenpneumonie oder Pneumonie durch andere näher bezeichnete Bakterien	460	4.097 €	1,18	47,7%	43,5%	754	3.360 €	2,01	22,9%	12,2%

Die DxGruppe 462 (Pneumonie durch Gram-negative Erreger / Staphylokokken-Pneumonie) wurde im Rahmen der Datenmeldung bei 414 Versicherten als stationäre Hauptdiagnose übermittelt („Auswertung Schwerwiegend“). Im Vergleich zur zu Grunde gelegten Standardpopulation (alle Personen mit einem stationären Aufenthalt im Jahr 2005) ergeben sich relative Kosten von 2,95. Das bedeutet, ein „standardisierter“ Versicherter, der im Jahr 2005 mit einer entsprechenden Pneumonie stationär behandelt wurde, im Folgejahr 2,95 mal höhere Kosten verursacht als ein „durchschnittlicher Krankenhauspatient“ gleichen Alters und Geschlechts. Gewichtet man die relativen Kosten mit dem Logarithmus seiner Vorkommenshäufigkeit (N=414), so liegen die betroffenen Versicherten im 92,8ten Perzentil über alle prävalenzgewichteten Diagnosegruppen. 71,8 % der Versicherten, die im Jahr 2006 der DxGruppe 462 zugeordnet wurden, wurden wegen einer entsprechenden Lungenentzündung auch im Krankenhaus behandelt (Hospitalisierungsquote).

Im ambulanten Sektor wurde die entsprechende Diagnosegruppe bei insgesamt 262 unterschiedlichen Versicherten kodiert. Im Vergleich zur Referenzpopulation (alle Versicherte mit einer ambulanten Behandlung im Jahr 2005) lagen die Folgekosten der Betroffenen um das 4,86-Fache höher. Die Diagnosegruppe liegt im ambulanten Bereich lediglich im 80,9%ten Perzentil der prävalenzgewichteten Kostenverteilung. Insgesamt wiederholte sich eine entsprechende Diagnosedokumentation bei 32,1% der betroffenen Versicherten in der vertragsärztlichen Dokumentation.

Aus der Liste geht hervor, dass die Diagnosegruppen 462 und 463 die Kriterien einer „schwerwiegenden“ Gruppe erfüllen: Sie weisen eine Hospitalisierungsquote von mehr als 5% auf und zählen zu den DxGruppen mit einem für die Auswahl ausreichendem (ökonomischen) Gewicht (Zugehörigkeit zu den obersten 30 Prozent der prävalenzgewichteten Ausgabenverteilung). Auch wenn sie die Kriterien einer kostenintensiv-chronischen Diagnosegruppe aufgrund einer geringen Diagnosepersistenz nicht erfüllen, werden sie aufgrund ihrer Schwere als berücksichtigungsfähige DxGruppe gekennzeichnet.

Auf Basis aller berücksichtigungsfähigen Diagnosegruppen lassen sich die identifizierten DxGruppen zunächst zu medizinisch zusammengehörigen Krankheitskategorien zusammenfassen. Dabei stellen die Diagnosegruppen die „kleinste Einheiten“ dar, die sich jeweils als Krankheit abgrenzen lassen. In den meisten Fällen besteht eine Krankheit allerdings aus mehreren Diagnosegruppen, die in Anlehnung an die „Condition Categories“ der DxCG-Logik mit medizinischem Sachverstand zusammengefasst werden können. Eine Liste dieser ersten Krankheitsabgrenzung wird – gemeinsam mit den in Abschnitt 4.2 diskutierten Anpassungen – in Tabelle 3 ab Seite 49 dargestellt.

4.2 Anpassung aufgrund medizinischer Aspekte und spezifischer Anreizwirkungen

4.2.1 Allgemeine Prinzipien

In einem zweiten Schritt zur Festlegung der fraglichen Krankheiten werden die Ergebnisse der datengestützten Auswertung inhaltlich auf medizinische Plausibilität und mögliche Fehlanreize geprüft. Folgende Kriterien werden hierfür zu Grunde gelegt:

- Bei den auszuwählenden Diagnosegruppen soll es sich nach medizinischem Verständnis um eine chronische oder schwerwiegende Krankheit, die eng abgrenzbar ist handeln und nicht um Symptome, Zustandsbeschreibungen oder prozedurale Diagnosen.
- Die Auswahl soll unter medizinischen Gesichtspunkten hierarchisch konsistent sein und Anreize zur Risikoselektion vermeiden: Erfüllt eine klinisch leichtere Form einer Erkrankung die Einschlusskriterien in der datengestützten Auswertung, so sollten auch klinisch schwerwiegendere bzw. kostenintensivere Formen mit einem Zuschlag berücksichtigt werden, auch wenn diese aufgrund ihrer niedrigeren Prävalenz die Kriterien gemäß der Auswertung nach 4.1 primär nicht erfüllen. Alternativ ist die Herausnahme der leichteren Form zu prüfen.

- Erfüllt hingegen eine kostenintensive Verlaufsform einer Krankheit die Kriterien, klinisch leichtere Formen hingegen nicht, so müssen die Risiken eines möglichen Upcoding bzw. Gamings berücksichtigt werden.
- Bei Aufnahme von Diagnosegruppen wird darauf geachtet, dass Krankheiten möglichst spezifisch kodiert werden sollen. Probleme können hier entstehen, wenn aus einem Krankheitskomplex (zum Beispiel Pneumonie) nur die unspezifische, nicht näher bezeichnete Form die Auswahlkriterien erfüllt, jedoch nicht die näher spezifizierte Form (z.B. Pneumokokkenpneumonie).
- Bei Erkrankungen, die der Primär- oder Sekundärprävention zugänglich sind, müssen Fehlanreize vermieden werden, die zur Unterlassung von Präventionsmaßnahmen bezüglich des Auftretens und der Progression führen.

Das Anlegen dieser Kriterien führt zu den im Folgenden aufgeführten Anpassungen.

4.2.2 Dokumentation der Anpassungen und Kommentare zu spezifischen DxGruppen

- DxG 33-78, 85: Bösartige Neubildungen

Anpassung: Die Einteilung der bösartigen Neubildungen erfolgt nach anatomischen Gesichtspunkten in 8 Krankheitsgruppen:

1. Lymphome und Leukämien (DxG 37,38,45,46,57,58,59)
2. Bösartige Neubildungen des Verdauungssystems (DxG 39,40,41,42,43, 47, 48, 60,61,85)
3. Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe (DxG 44,49, 50)
4. Bösartige Neubildungen der Knochen, des Stütz- und Bindegewebes (DxG 51,52,53)
5. Bösartige Neubildungen weiblicher Genitalorgane und der Brust (DxG 54,64,66,78)
6. Bösartige Neubildungen des Zentralnervensystems und der Hypophyse (DxG 55)
7. Bösartige Neubildungen der Nebenniere (DxG 56)
8. Bösartige Neubildungen sekundärer (Metastasen; DxG 33, 34, 35, 36) und nicht näher bezeichneter Lokalisationen (DxG 73)

Der ICD-Kode C75.4 (Bösartige Neubildung: Glomus caroticum) wird von der DxG 52 (Bösartige Neubildung des Bindegewebes / Weichteiltumor) in die DxG 72 (Bösartige Neubildung der Schilddrüse, endokriner Organe, exkl. Nebenniere, Hypophyse und Pinealis) verschoben.

Kommentar: Es wurde die Aufnahme aller bösartigen Neubildungen diskutiert. Der Beirat sieht aber aufgrund der Datenlage und der klinischen Evidenz eine Berücksichtigung der anderen

DxGruppen, die sich auf bösartige Neubildungen beziehen und den Schwellenwert nicht erreicht haben, unter den durch den Gesetzgeber vorgegebenen Kriterien für nicht gegeben.

Obwohl die DxG 62 („Andere, nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Verdauungsorgane / des Peritoneums) sehr hohe Fallkosten aufweist (16.962 € bzw. 10.486 €) und in der Regel einen schwerwiegenden Verlauf hat, erfüllt sie nicht die Aufnahmekriterien. Die niedrige Hospitalisationsrate von 2% weist darauf hin, dass bei den betroffenen Patienten im weiteren Verlauf eine differenzierte Diagnosestellung erfolgt, die in den meisten Fällen zu einer Zuordnung zu einer anderen, spezifischen DxG führt. Eine Aufnahme der DxG 62 ist daher nicht erforderlich.

- DxG 98-113: Diabetes mellitus

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich ist, ergeben die empirischen Berechnungen zum Diabetes mellitus mit insgesamt 16 DxG (je acht für Typ 1 und 2), dass beim Typ 1 sieben von acht DxG mindestens eines der Einschlusskriterien erfüllen, beim Typ 2 hingegen nur fünf von acht, nämlich diejenigen mit schwerwiegenderen Komplikationen bzw. zusätzlichen Krankheitserscheinungen, nicht jedoch u.a. der komplikationslose Diabetes Typ 2:

Tabelle 2: Auswertungsergebnisse für Diabetes mellitus Typ 1 und 2

		Diabetes mell. Typ 1		Diabetes mell. Typ 2	
1	ohne Komplikationen	111	CK	110	
2	mit diabetischer Ketoazidose oder Koma	105	S	104	
3	mit Manifestation am Auge	109		108	
4	mit nicht näher bezeichneten und multiplen Komplikationen	113	CK+S	112	CK+S
5	mit anderen näher bezeichneten Krh. einschl. hypoglykämischem Schock	107	CK+S	106	S
6	mit Krankheitserscheinungen des Nervensystems	101	CK	100	CK
7	mit Krankheitserscheinungen an den peripheren Gefäßen	103	CK	102	CK+S
8	mit Nierenbeteiligung	99	CK	98	CK

Einschlusskriterien erfüllt: CK: chronisch-kostenintensiv, S: schwerwiegend

- Diabetes mellitus Typ 1

Anpassung: Der Beirat empfiehlt die zusätzliche Berücksichtigung der DxG 109 (Diabetes mellitus Typ 1 mit Manifestationen am Auge), so dass alle DxGruppen, die sich auf Diabetes

mellitus Typ 1 beziehen, aufgenommen werden und das Krankheitsbild „Diabetes mellitus Typ 1“ bilden.

Begründung: Es handelt sich bei der zusätzlich aufgenommen DxGruppe um eine klinisch weiter fortgeschrittene Manifestation des Typ 1 Diabetes mellitus. Die Gegenüberstellung der aufzunehmenden DxG 109 der klinisch weniger schwerwiegenden DxG 111 (Diabetes mellitus Typ 1 ohne Komplikationen) belegt vergleichbare Fallkosten. Offensichtlich hat aber die deutlich geringere Fallzahl der DxG 109 zu einer Herabstufung bei der prävalenzgewichteten Kostenbetrachtung führt.

- Diabetes mellitus Typ 2 mit schwerwiegenden Komplikationen

Anpassung: Der Beirat empfiehlt beim Diabetes mellitus Typ 2 neben der Berücksichtigung der DxG 98 (Diabetes mellitus Typ 2 mit Nierenbeteiligung), der DxG 100 (Diabetes mellitus Typ 2 mit Krankheitserscheinungen des Nervensystems) und der DxG 102 (Diabetes mellitus Typ 2 mit Krankheitserscheinungen an den peripheren Gefäßen) auch diejenigen ICD-Kodes aus den DxG 106 (Diabetes mellitus Typ 2 mit anderen näher bezeichneten Komplikationen einschließlich hypoglykämischen Schocks) bzw. DxG 112 (Diabetes mellitus Typ 2 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen), die multiple Komplikationen beschreiben (4. Stelle=“.7“), nicht hingegen die „sonstigen Komplikationen“ (aus DxG 106) sowie die „nicht näher bezeichneten Komplikationen“ (aus DxG 112). Für das weitere Vorgehen erfolgt daher ein Remapping: Die ICD-Kodes mit multiplen Komplikationen aus der DxG 106 (E11.7 / E12.7 / E13.7 / E14.7) werden in die DxG 112 verschoben.

Begründung: Im Gegensatz zum Diabetes mellitus Typ 1 weist der Diabetes mellitus Typ 2 ein hohes Präventionspotenzial auf, das bei der Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs berücksichtigt werden soll. Es wird angenommen, dass eine Zuschlagsgewährung für frühe und vermeidbare Komplikationen (z.B. Krankheitserscheinungen am Auge [DxG 108]) verminderte Präventionsbemühungen zur Folge hätte. Weiterhin sollen Patienten mit multiplen Komplikationen berücksichtigt werden, um sie nicht gegenüber Patienten mit isolierten renalen, neurologischen oder vaskulären Komplikationen zu diskriminieren.

- DxG 148,149,150: Akute schwere Lebererkrankungen

Anpassung: Die DxG 149 (Virale Hepatitis, akut oder nicht näher bezeichnet, mit Leberkoma) wird zusätzlich aufgenommen. Die DxGruppen 148 (Akute Lebererkrankung, einschließlich akuten Leberversagens, Leberabszess, Leberinfarkte /Zahnsche Infarkte), 149 (Virale Hepatitis, akut oder nicht näher bezeichnet, mit Leberkoma) und 150 (Virale Hepatitis, exkl. durch HAV oder nicht näher bezeichneten Erreger, akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf, ohne Leberkoma) werden zum Krankheitsbild „Akute schwere Lebererkrankungen“ zusammengeschlossen

Begründung: Die DxG 149 (Virale Hepatitis mit Leberkoma) stellt eine klinisch schwerwiegendere Form als die DxG 150 (Virale Hepatitis ohne Leberkoma) dar.

- DxG 155, 164, 165: Gastrointestinale Blutung und / oder Perforation

Anpassung: Zusätzlich zur DxG 164 „Gastrointestinale Blutung, exkl. peptisches Ulkus oder anal / rektal“ werden die DxG 155 „Perforation eines peptischen Ulkus oder Darmperforation“ und die DxG 165 „Peptisches Ulkus mit Blutung, ohne Perforation“ aufgenommen und bilden zusammen das Krankheitsbild „Gastrointestinale Blutung und / oder Perforation“

Begründung: Die DxG 164 erfüllt das Einschlusskriterium, beinhaltet aber neben sehr konkreten Diagnosen wie "Divertikulose", "akute hämorrhagische Gastritis", "Angiodysplasie mit Blutung" auch unspezifische Diagnosen wie "Hämatemesis", "Meläna" oder "Gastrointestinale Blutung nicht näher bezeichnet" so dass eine Abgrenzung zu blutenden Ulcera nicht sicher gewährleistet ist.

- DxG 182: Gelenkerkrankung mit Infektion

Anpassung: Der Beirat empfiehlt einerseits die zusätzliche Berücksichtigung der ICD M02.1 (Postenteritische Arthritis) aus der DxG 209 (Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht) und andererseits den Ausschluss des ICD-Kodes M03.6 (Reaktive Arthritis bei sonstigen andernorts klassifizierten Erkrankungen) aus der DxG 182 (Gelenkerkrankung mit Infektion)

Begründung: Die Anpassung erfolgt aus medizinischen Gesichtspunkten und folgt damit der Einteilung der nachgeordneten ICD-5-Steller.

- DxG 183: Osteomyelitis

Anpassung: Der Beirat empfiehlt den Ausschluss der ICD-Kodes M90.1 (Periostitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten) und M90.2 (Osteopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten) aus der DxG 183 (Osteomyelitis).

Begründung: Die Anpassung erfolgt aus medizinischen Gesichtspunkten und folgt damit der Einteilung der nachgeordneten ICD-5-Steller.

- DxG 211: Gehbehinderung durch Hüft-/Kniegelenkserkrankung/Rollstuhl

Anpassung: Die DxG 211 (Gehbehinderung durch Hüft-/Kniegelenkserkrankung/Rollstuhl) wird ausgeschlossen.

Begründung: Es handelt sich bei dieser DxGruppe (basierend auf ICD Z99: Langzeitige Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert bzw. Z99.3: Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl) um keine, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, eng abgrenzbare Krankheit sondern um eine Zustandsbeschreibung, die auf sehr heterogenen Grunderkrankungen basiert.

- DxG 266: Suizidversuch / Selbstbeschädigung

Anpassung: Die DxG 266 (Suizidversuch / Selbstbeschädigung) wird ausgeschlossen.

Begründung: Es handelt sich bei dieser DxGruppe (ausschließlich basierend auf dem ICD-Kode X84.9! Vorsätzliche Selbstbeschädigung) um keine, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, eng abgrenzbare Krankheit sondern um eine Zusatzinformation zu einer anderen Erkrankung.

- DxG 286, 288, 289, 291 Intelligenzminderung

Anpassung: Die DxG 288 (Schwere Intelligenzminderung) wird zusätzlich zu den DxGruppen 286 (Schwerste Intelligenzminderung), 289 (Mittelgradige Intelligenzminderung) und 291 (Leichte Intelligenzminderung) ist die DXG 288 aufgenommen.

Begründung: Es handelt sich bei der DxG 288 um eine schwerere Form der Intelligenzminderung als bei der DxG 289 bzw. 291. Der Beirat hat diese Entscheidung nach sorgfältiger Diskussion der Auswirkungen im Hinblick auf eine mögliche Medikalisierung des Krankheitskomplexes „Intelligenzminderung“ getroffen.

- DxG 323: Diabetische Neuropathie

Anpassung: Der Beirat empfiehlt den Ausschluss der DxGruppe 323 (Diabetische Neuropathie).

Begründung: Es handelt sich bei den in dieser DxGruppe hinterlegten ICD-Kodes um sogenannte Sterncodes, die nicht isoliert – ohne eine begleitende Diabetes-Diagnose – vergeben werden dürfen. Eine Berücksichtigung der separaten ICD-Kategorien Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen wurde bereits im Zusammenhang mit den DxG 98 - 113 (Diabetes mellitus) erläutert.

- DxG 347 und 348: Versorgung/Vorhandensein eines Tracheostomas und Abhängigkeit vom Beatmungsgerät

Anpassung: Der Beirat empfiehlt die Herausnahme der DxGs 347 (Versorgung/Vorhandensein eines Tracheostomas) und 348 (Abhängigkeit vom Beatmungsgerät).

Begründung: Es handelt sich um keine, wie vom Gesetzgeber vorgesehene, eng abgrenzbare Krankheit sondern um einen Zustand, der auf einer anderweitig kodierbaren Grunderkrankung basiert.

- DxG 350: Herzstillstand / Schock

Anpassung: Der Beirat empfiehlt die ICD-Kodes I46.1 (Plötzlicher Herztod, so beschrieben) und I46.9 (Herzstillstand, nicht näher bezeichnet) aus der Liste der zuschlagsberechtigten Diagnosen zu streichen.

Begründung: Der ICD-Kode I46.9 (Herzstillstand, nicht näher bezeichnet) wird in der stationären Versorgung üblicherweise als Nebendiagnose nach erfolglosen Reanimationsmaßnahmen erfasst. Es sind daher wie bei dem ICD-Kode I46.1 (Plötzlicher Herztod, so beschrieben) keine Kosten im Folgejahr zu erwarten.

- DxG 359, 361: Myokardinfarkt und instabile Angina Pectoris

Anpassung: Zusätzlich zur DxG 359 (Akuter Myokardinfarkt) wird die DxG 361 (Instabile Angina pectoris und andere akute Koronarerkrankung) aufgenommen.

Begründung: Die klinische Abklärung der instabilen Angina pectoris erfordert einen dem der Diagnostik des Myokardinfarktes vergleichbaren Aufwand.

- DxG 416: Hemineglect

Anpassung: Die DxG 416 (Hemineglect) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Es handelt sich dabei um kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern i.d.R. um ein Symptom (ICD R29.5) nach einer Hirnschädigung (Schlaganfall).

- DxG 422, 423, 428, 437: Atherosklerose

Anpassung: Zusätzlich zu den DxGruppen 422 (Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus), 423 (Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän) und 437 (Atherosklerose) wird die DxG 428 (Atherosklerose der großen Gefäße) aufgenommen.

Begründung: Die DxG 437 (Atherosklerose) beinhaltet neben sehr spezifischen ICD-Codes auch solche, die die Lokalisation der Atherosklerose nicht näher spezifizieren. Eine Nichtberücksichtigung der DxG mit einer umschriebenen Atherosklerose der großen Gefäße könnte daher einen Anreiz zum unspezifischen Kodieren darstellen.

- DxG 462-471: Pneumonie

Anpassung: Die DxG 462-471 werden als gemeinsame Krankheitsgruppe „Pneumonie“ aufgenommen.

Begründung: Eine isolierte Aufnahme der DxGruppe 468 (Andere und nicht näher bezeichnete Pneumonie) gegenüber anderen spezifischen Pneumonien, die die Einschlusskriterien nicht erfüllt haben, würde einen Anreiz zur unspezifischen Kodierung darstellen.

- DxG 537-542: Niereninsuffizienz

Anpassung: Die DxG 538 (Hypertensive Nieren-/Herzerkrankung mit Niereninsuffizienz) wird aufgenommen. Die DxGruppen 537-542 einschließlich der DxG 534 (Status nach Nierentransplantation / Komplikationen) und der DxG 554 (Gestörte Nierenfunktion) werden zur Krankheitsgruppe „Niereninsuffizienz“ zusammengefasst.

Begründung: DxG 538 (Hypertensive Nieren-/Herzerkrankung mit Niereninsuffizienz) stellt ein klinisch schwerwiegenderes Krankheitsbild als die verwandte DxG 537 (Hypertensive Nieren-erkrankung mit Niereninsuffizienz) oder die nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz (DxG 542) dar, die beide datengestützt die Einschlusskriterien erfüllen.

- DxG 550: Stuhlinkontinenz

Anpassung: Die DxG 550 (Stuhlinkontinenz) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Bei dieser Störung handelt es sich nicht um ein eng umschriebenes Krankheitsbild sondern um ein Symptom (ICD: R15), das mit zahlreichen Erkrankungen einher gehen kann.

- DxG 611: Normale Betreuung während der Schwangerschaft / Normale Schwangerschaft

Anpassung: Die DxG 611 (Normale Betreuung während der Schwangerschaft / Normale Schwangerschaft) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Eine normale Schwangerschaft erfüllt nicht den Begriff einer Krankheit.

- DxG 613: Dekubitalulzera

Anpassung: Die DxG 613 (Dekubitalulzera) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Beim Dekubitalulkus handelt es sich in der Regel um eine Komplikation bei Bettlägrigkeit in Folge einer anderen schwerwiegenden Krankheit. Da diese Komplikation eng mit qualitativen Aspekten der Patientenversorgung assoziiert ist, wäre ein finanzieller Zuschlag kontraproduktiv. Weiterhin ist davon auszugehen, dass derartige Behandlungsfälle durch ihre schwerwiegenden, eine Bettlägrigkeit verursachenden Primärerkrankungen, im RSA berücksichtigt werden.

- DxG 618: Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen

Anpassung: Die DxG 618 (Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Es handelt sich bei dieser Krankheitsgruppe um kein engumschriebenes Krankheitsbild, sondern um eine klinisch sehr heterogene Krankheitsgruppe, die im Rahmen der weiteren Anpassung nach klinischen Gesichtspunkten revidiert werden soll.

- DxG 633: Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma mit mehr als einstündigem Koma

Anpassung: Der Beirat empfiehlt den Ausschluss der ICD-Kodes S06.7 (Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma) und S06.79 (Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, Dauer nicht näher bezeichnet) aus der DxG 633 (Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma mit mehr als einstündigem Koma).

Begründung: Die Verwendung vorhandener spezifischer ICD-Kodes mit konkreter Angabe der Dauer einer Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma soll gefördert werden.

- DxG 675: Nicht intendierte Vergiftungen oder Irrtum bei der Medikamenteneinnahme

Anpassung: Die DxG 675 (Nicht intendierte Vergiftungen oder Irrtum bei der Medikamenteneinnahme) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Vermeidbare Komplikationen sollten nicht mit einem finanziellen Zuschlag versehen werden.

- DxG 681 / 684 / 685: Schwerwiegende Komplikationen durch ein Implantat oder Transplantat

Anpassung: Die DxGruppen 681 / 684 / 685 werden nicht aufgenommen.

Begründung: Vermeidbare Komplikationen sollten nicht mit einem finanziellen Zuschlag versehen werden.

- DxG 689: Postoperative Infektion

Anpassung: Die DxGruppe 689 (Postoperative Infektion) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Vermeidbare Komplikationen sollten nicht mit einem finanziellen Zuschlag versehen werden.

- DxG 710: Aszites

Anpassung: Die DxG 710 (Aszites) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Es handelt sich bei Aszites um kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern in der Regel um eine Folge bzw. ein Symptom einer anderen Erkrankung. Über diese Erkrankung ist der Fall i.d.,R. im RSA abgebildet.

- DxG 711: Debilität

Anpassung: Die DxG 711 (Debilität) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Es handelt sich hierbei in erster Linie um zustandsbeschreibende Diagnosen der ICD-Gruppe Z74 „Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit“, die kein engumschriebenes Krankheitsbild beinhalten.

- DxG 753-755: Gastrostomie, externe Harnableitungen und andere externe Ableitungen / andere künstliche Zugänge zur Ernährung

Anpassung: Die DxGruppen 753-755 werden nicht aufgenommen.

Begründung: Es handelt sich um keine eigenständigen Krankheitsbilder, sondern um chronische und kostenintensive Folgezustände im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. Es ist davon auszugehen, dass über diese Erkrankungen eine Berücksichtigung im RSA erfolgen wird.

- DxG 764: Status: Implantation eines Liquorableitungssystems/Shunt

Anpassung: Die DxG 764 (Status: Implantation eines Liquorableitungssystems/Shunt) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Es handelt sich um kein eigenständiges Krankheitsbild.

- DxG 769: Organspender

Anpassung: Die DxG 769 (Organspender) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Die hohen Folgekosten für diese DxGruppe resultieren aus dem ICD-Kode Z52.3 „Knochenmarkspender“. Derartige Fälle werden über ihren Primärtumor im RSA berücksichtigt werden.

- DxG 771: Chemotherapie

Anpassung: Die DxG 771 (Chemotherapie) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Es handelt sich hierbei um kein eng umschriebenes Krankheitsbild sondern um eine prozedurale Diagnose (ICD Z51.1 Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung). Die Versicherten sind in der Regel über die Diagnosegruppen, die sich auf bösartige Neubildungen beziehen, abgebildet.

- DxG 781: Blutspende/Beschneidung/Haartransplantation

Anpassung: Die DxG 781 (Blutspende/Beschneidung/Haartransplantation) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Es handelt sich hierbei um kein eng umschriebenes Krankheitsbild. Die hohen Folgekosten für diese DxGruppe resultieren aus dem ICD-Kode Z51.1 „Stammzellenspender“ zur Stammzellentnahme. Derartige Fälle werden über ihren Primärtumor im RSA berücksichtigt werden.

Tabelle 3: Zuordnung von DxGruppen zu Krankheiten (vor Schwellenwertprüfung)

Krankheit	DXG Label
HIV und AIDS	1 HIV / AIDS
	2 HIV positiver Infektionsnachweis
Sepsis	3 Sepsis (Blutvergiftung) / Schock
Nicht virale Infektion des Zentralen Nervensystems	4 Bakterielle / durch Pilze bedingte / nicht-virale Meningitis, Hirnabszess / Rückenmarksabszess
	5 Nicht-virale Enzephalitis, Meningoenzephalitis, andere Infektion des Zentralnervensystems
Opportunistische systemische Pilzinfektion	13 Kandidose der Lunge, des Ösophagus oder disseminierte Kandidose
	14 Aspergillose / Kryptokokkose
	15 Pneumonie durch Pneumozystis carinii
Lymphome und Leukämien	37 Akute lymphatische Leukämie und andere akute Leukämien, exkl. akute myeloische Leukämie
	38 Akute myeloische Leukämie
	45 Multiples Myelom / Plasmozytom
	46 Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien, exkl. Chronisch lymphatische Leukämie
	57 Non-Hodgkin-Lymphom
	58 Morbus Hodgkin
Bösartige Neubildungen des Verdauungssystems	59 Chronisch lymphatische Leukämie und Leukämie durch unspezifizierte Zellen, exkl. akute Leukämien
	39 Bösartige Neubildung des Ösophagus
	40 Bösartige Neubildung des Magens
	41 Bösartige Neubildung des Dünndarms (Duodenum, Jejunum, Ileum) / Bösartige Neubildung des Peritoneums und Retroperitoneums / Bösartige Neubildung der Gallenblasen/ Bösartige Neubildung der Gallengänge
	42 Bösartige Neubildung der Leber
	43 Bösartige Neubildung des Pankreas
	47 Bösartige Neubildung des Mundes / der Zunge
	48 Bösartige Neubildung des Pharynx
	60 Bösartige Neubildung des Kolons
	61 Bösartige Neubildung des Rektums
Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstige intrathorakaler Organe	85 Karzinoma in situ des Verdauungssystems
	44 Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura
	49 Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung
Bösartige Neubildungen der Knochen, des Stütz- und Bindegewebes	50 Bösartige Neubildung des Kehlkopfs
	51 Bösartige Neubildung des Knochen und des Gelenkknorpels
	52 Bösartige Neubildung des Bindegewebes / Weichteiltumor
	53 Kaposi-Sarkom

Krankheit	DXG Label
Bösartige Neubildungen weiblicher Genitalorgane und der Brust	54 Bösartige Neubildung des Ovars / Chorionkarzinom / Bösartige Neubildung der Plazenta 64 Bösartige Neubildung der Mamma, Alter 45 Jahre und älter 66 Bösartige Neubildung der Zervix / Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane 78 Bösartige Neubildung der Mamma, Alter jünger als 45 Jahre
Bösartige Neubildungen des Zentralnervensystems und der Hypophyse	55 Hirntumor / Tumor des Zentralnervensystems / Hypophysentumoren / Epiphysentumoren (Pinealom)
Bösartige Neubildungen der Nebenniere	56 Bösartige Neubildung der Nebennieren
Bösartige Neubildungen sekundärer (Metastasen) und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	33 Lymphknotenmetastasen 34 Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane 35 Metastasen sonstiger Lokalisation 36 Ausgedehnte Metastasierung 73 Bösartige Neubildung anderer / ungenügend bezeichneter Lokalisation
Neubildungen unklarer Dignität im Bereich ZNS oder des respiratorischen Systems	75 Neubildung unklarer Dignität / nicht näher bezeichnete Neubildung des Gehirns / des Nervensystems / der Hypophyse / der Pinealis 82 Neubildung unklarer Dignität / nicht näher bezeichnete Neubildung des respiratorischen Systems
Diabetes mellitus Typ 1	99 Diabetes mellitus Typ 1 mit Nierenbeteiligung 101 Diabetes mellitus Typ 1 mit Krankheitserscheinungen des Nervensystems 103 Diabetes mellitus Typ 1 mit Krankheitserscheinungen an den peripheren Gefäßen 105 Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischer Ketoazidose oder Koma 107 Diabetes mellitus Typ 1 mit anderen näher bezeichneten Krankheitserscheinungen 109 <i>Diabetes mellitus Typ 1 mit Manifestationen am Auge*</i> 111 Diabetes mellitus Typ 1 ohne Komplikationen 113 Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
Diabetes mellitus Typ 2 und sonstiger Diabetes mellitus mit schwerwiegenden Komplikationen	98 Diabetes mellitus Typ 2 mit Nierenbeteiligung 100 Diabetes mellitus Typ 2 mit Krankheitserscheinungen des Nervensystems 102 Diabetes mellitus Typ 2 mit Krankheitserscheinungen an den peripheren Gefäßen 112 Diabetes mellitus Typ 2 mit multiplen und nicht näher bezeichneten Komplikationen (berücksichtigt werden für die Krankheitsauswahl jedoch nur die multiplen Komplikationen: E11.7-/ E12.7-/ E13.7-/ E14.7-)
Hypophysärer Kleinwuchs	118 Hypopituitarismus inkl. hypophysärem Kleinwuchs
Hämochromatose und andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphat-Stoffwechsels	121 Hämochromatose, andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphat-Stoffwechsels
Störungen des Flüssigkeitshaushaltes, Elektrolytstörungen und Störungen des Säure-Basen-Haushaltes	125 Störungen der Flüssigkeitsbilanz / des Elektrolytgleichgewichts / des Säure-Basen-Haushalts, z.B. Dehydrierung
Terminale Lebererkrankungen	143 Ösophagusvarizen 144 Terminale Lebererkrankung, einschließlich Leberkoma und Leberversagen

Krankheit	DXG Label
Leberzirrhose	145 Leberzirrhose
Chronische Virushepatitis	146 Chronische Virushepatitis
Akute schwere Lebererkrankungen	148 Akute Lebererkrankung, einschließlich akuten Leberversagens, Leberabszess, Leberinfarkte (Zahnsche Infarkte) 149 Virale Hepatitis, akut oder nicht näher bezeichnet, mit Leberkoma* 150 Virale Hepatitis, exkl. durch HAV oder nicht näher bezeichneten Erreger, akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf, ohne Leberkoma
Erkrankungen der Gallenwege	153 Näher bezeichnete Erkrankung der Gallenwege (Cholangitis, Verschluss, Perforation)
Peritonitis	154 Peritonitis, exkl. Appendizitis und Entzündungen des weiblichen Beckens
Ileus	156 Ileus
Morbus Crohn (Alter > 17 Jahre)	159 Morbus Crohn, Alter 18 und älter
Entzündliche Darmerkrankungen (Alter < 18 Jahre)	161 Entzündliche Darmerkrankung, Alter unter 18
Gastrointestinale Blutung und / oder Perforation	164 Gastrointestinale Blutung, exkl. peptisches Ulkus oder anal / rektal 165 Peptisches Ulkus mit Blutung, ohne Perforation* 155 Perforation eines peptischen Ulkus oder Darmperforation*
Gelenkerkrankung mit Infektion	182 Gelenkerkrankung mit Infektion
Osteomyelitis	183 Osteomyelitis
Gehbehinderung/Rollstuhl†	211 Gehbehinderung mit langzeitiger Abhängigkeit vom Rollstuhl†
Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	216 Lippenspalte / Gaumenspalte
Schwerwiegende hämatologische Erkrankungen	220 Myelodysplastische Syndrome 224 Aplastische Anämie 225 (Echte) Hämophilie (angeborener Faktor VIII oder Faktor IX-Mangel) 227 Agranulozytose, septische Granulomatose, andere näher bezeichnete Erkrankungen der weißen Blutkörperchen, Alter 18 und älter 231 Sideroblastische / Sideroachrestische Anämie
Hydrozephalus	250 Normotensiver Hydrozephalus

Krankheit	DXG Label
Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch	255 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol 256 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen außer Alkohol 257 Alkoholabhängigkeit 258 Drogenabhängigkeit 259 Schädlicher Gebrauch von Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom, exkl. Alkohol und Tabak 260 Schädlicher Gebrauch von Alkohol ohne Abhängigkeitssyndrom
Schizophrenie, schizotype, wahnhafte und dissoziative Störungen	239 Vorübergehende organische Psychose (akute exogene Reaktionstypen) (Delir / Wahn / Halluzination) 262 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen 263 Bipolare affektive Störungen 265 Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn 267 reaktive und andere / nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose / akute vorübergehende psychotische Störung 268 Persönlichkeitsstörungen und dissoziative Störungen
Schwere Depression	264 Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen (major depressive disorders) 266 Suizidversuch / Selbstbeschädigung†
Essstörungen (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa)	275 Anorexia nervosa / Bulimia nervosa
Posttraumatische Belastungsstörung	276 Posttraumatische Belastungsstörung
Intelligenzminderung	286 Schwerste Intelligenzminderung 288 <i>Schwere Intelligenzminderung*</i> 289 Mittelgradige Intelligenzminderung 291 Leichte Intelligenzminderung
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	290 Autismus / Asperger-Syndrom Rett-Syndrom / atypische kindliche Psychose / desintegrative Psychose
Trisomie der Chromosomen 13 und 18 und andere bestimmte autosomale Trisomien	287 Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom / chromosomale Deletionen / autosomale Anomalien
Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	298 Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen
Quadriplegie und andere ausgeprägte periphere Lähmungen	299 Motoneuronerkrankungen (einschließlich Amyotrophe Lateralsklerose) und spinalen Muskelatrophien 301 Quadriplegie, inkomplett oder nicht näher bezeichnet 302 Quadriplegie, (C1-C7), vollständig 303 Supranukleär deafferentierter Zustand (Locked-in-Syndrom) 304 Vollständiges traumatisches zervikale Rückenmarksläsion (C1-C7) 305 Angeborene / kindliche Diplegie / Paraplegie 306 Paraplegie 307 Vollständige traumatische thorakale Rückenmarksläsion (Th1-Th12)

Krankheit	DXG Label
Schwerwiegende Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	310 Läsionen der Cauda equina 311 Spina bifida, Hydrozephalus, andere angeborene Anomalien des Nervensystems 315 Spätfolgen von traumatischen Läsionen des Rückenmarks 316 Traumatische Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. schwere zervikale / thorakale Läsion 317 Schwere zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. vollständige Läsion
Muskeldystrophie (Alter < 18 J)	319 Muskeldystrophie, Alter jünger 18
Entzündliche und toxische Neuropathie (ohne diabetischer Neuropathie)	322 Entzündliche / toxische Neuropathie, exkl. diabetischer Neuropathie 323 Diabetische Neuropathie†
Multiple Sklerose und andere demyelinsierende Erkrankungen des ZNS	325 Multiple Sklerose / andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems
Morbus Parkinson	326 Idiopathischer Morbus Parkinson
Epilepsie und sonstige Anfälle	328 Epilepsie, Alter 18 und älter 329 Anfälle, exkl. Fieberkrämpfe 330 Epilepsie, Alter jünger 18
Schwere Gehirnschädigung	331 Hypoxischer Hirnschaden, Hirnödem, Hirnstammkompression (nicht-traumatisch) 333 Apallisches Syndrom / persistent vegetative state
Versorgung/Vorhandensein eines Tracheostomas; Langzeitige Abhängigkeit vom Beatmungsgerät †	347 Status: Tracheostoma / Komplikationen der Tracheostomie† 348 Abhängigkeit vom Beatmungsgerät†
Herzstillstand und Schock	350 Herzstillstand / Schock
Schwere respiratorische Insuffizienz	353 Lungenversagen
Herzinsuffizienz einschl. Kardiomyopathie und Myokarditis	351 Akutes Lungenödem nicht anderweitig klassifiziert 357 Kardiomyopathie / Myokarditis 358 Herzinsuffizienz
Myokardinfarkt und instabile Angina Pectoris	359 Akuter Myokardinfarkt 361 Instabile Angina pectoris und andere akute Koronarerkrankungen*
Akute Endokarditis und Myokarditis	367 Akute Endokarditis / Myokarditis
Angeborene schwere Herzfehler	374 Angeborene Herzfehler 377 Schwere angeborene Anomalie des Herzens / des Gefäßsystems, Alter jünger 18 Jahre 378 Andere und nicht näher bezeichnete angeborene Anomalie des Herzens / des Gefäßsystems 379 Ventrikelseptumdefekt
Hypertensive Nierenkrankung	382 Hypertensive Nierenerkrankung, ohne Niereninsuffizienz
Schlaganfall	399 Zerebrale Blutung 400 Verschluss präzerebraler oder zerebraler Arterien mit Hirninfarkt 401 Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht näher bezeichnet
Hemiplegie und Hemiparese	407 Hemiplegie und Hemiparese

Krankheit	DXG Label
Zerebralparese	408 Angeborene / kindliche Hemiplegie (Zerebralparese) 410 Monoplegie, andere oder nicht näher bezeichnete zentrale Lähmung
Sonstige schwerwiegende Lähmungssyndrome	411 Diplegie der oberen Extremität, Monoplegie, andere und nicht näher bezeichnete Lähmungen
Hemineglect †	416 Hemineglect†
Aphasie	417 Aphasie (Sprachstörungen / Sprachverständnisstörungen)
Atherosklerose	422 Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus 423 Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän 428 Atherosklerose / Arteriosklerose der großen Gefäße* 437 Atherosklerose
Mukoviszidose	449 Mukoviszidose, Alter 18 und älter 450 Mukoviszidose, Alter jünger 18
Postinfflammatorische und interstitielle Lungenfibrose	457 Postinfflammatorische und interstitielle Lungenfibrose
Pneumonie	462 Pneumonie durch Gram-negative Erreger / Staphylokokken-Pneumonie 463 Aspirationspneumonie (Mendelson-Syndrom) 464 Pneumokokkenpneumonie oder Pneumonie durch andere näher bezeichnete Bakterien* 465 Pleuraempyem, Lungenabszess* 466 Infektionen der Lunge durch Pilze oder Parasiten, exkl. Candida* 467 Virale Pneumonie* 468 Andere und nicht näher bezeichnete Pneumonie 469 Influenza mit Pneumonie* 470 Pleuritis, exkl. Pleuraerguß* 471 Lungenstauung / hypostatische Pneumonie
Pleuraerguss	472 Pleuraerguss
Angeborene Anomalie des respiratorischen Systems	479 Angeborene Anomalie der Lunge / des respiratorischen Systems
Niereninsuffizienz	534 Status nach Nierentransplantation / Komplikationen 536 Dialysestatus (inkl. Komplikationen) 537 Hypertensive Nierenerkrankung, mit Niereninsuffizienz 538 Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Niereninsuffizienz* 539 Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nierenin- / Herzinsuffizienz 540 Akutes Nierenversagen 541 Chronisches Niereninsuffizienz 542 Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet 554 Gestörte Nierenfunktion
Nephritis und Glomerulonephritis	543 Nephritis

Krankheit	DXG Label
Hydronephrose	544 Hydronephrose / Harnstauungsniere, Verlegung des Ureters / der Blase, andere Obstruktion der Harnwege
Neurogene Blasenfunktionsstörung	547 Neurogene Blase
Stuhlinkontinenz†	550 Stuhlinkontinenz
Blutung in der Frühschwangerschaft	607 Blutung in der Frühschwangerschaft
Normale Schwangerschaft †	611 Normale Betreuung während der Schwangerschaft / Normale Schwangerschaft†
Dekubitalulzera (chronische Hautulzera) †	613 Dekubitalgeschwüre†
Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes†	618 Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen†
Schweres Schädelhirntrauma mit intrakranieller Verletzung und Koma	633 Schädel-Hirn-Trauma mit mehr als einstündigem Koma 636 Intrakranielle Verletzung, contusio cerebri, traumatische Blutung mit weniger als einstündigem oder nicht näher bezeichnetem Koma
Luxation des Hüftgelenks	646 Luxation des Hüftgelenks
Pathologische Fraktur des Humerus	647 Pathologische Fraktur des Humerus
Traumatische Amputation	655 Traumatische Amputation eines Beins / eines Arms / einer Hand / eines Fußes / eines Zehs, vollständige Replantation
Nicht-intendierte Vergiftung durch Arzneimittel †	675 Nicht-intendierte Vergiftungen oder Irrtum bei der Medikamenteneinnahme†
Schwerwiegende Komplikationen durch ein Implantat oder Transplantat †	681 Mechanische / andere Komplikation durch ein implantiertes Gerät / Implantat / Transplantat, exkl. Komplikationen durch orthopädische Implantate / Transplantate† 684 Infektion / Entzündung durch implantiertes Gerät / Implantat / Transplantat† 685 Komplikationen am Nervensystem / am Herzen / am respiratorischen System / an der Leber / an der Niere / andere Komplikationen von Eingriffen†
Postoperative Infektion	689 Postoperative Infektion†
Aszites†	710 Aszites†
Pflegebedürftigkeit†	711 Debilität†
Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht	724 Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1000 g (ELBW) 725 Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500 g (VLBW) 729 Niedriges Geburtsgewicht, Gewicht nicht angegeben
Schwerwiegende Probleme während der Perinatalperiode	726 Infant respiratory distress syndrome (IRDS) / andere schwere perinatale Beatmungskomplikation 727 Nekrotisierende Enterokolitis und andere schwere gastrointestinale Erkrankungen des Kindes 731 Anfälle, intrazerebrale Blutung und andere neurologische Erkrankungen der Perinatalperiode 732 Ösophagusatresie / -stenose, andere angeborene Anomalien des Gastrointestinaltrakts, Alter jünger 2 Jahre

Krankheit	DXG Label
Organtransplantation (einschl. Versagen und Abstoßung)	745 Status nach Lebertransplantation / Komplikationen
	746 Status nach Herztransplantation / Komplikationen
	747 Status nach Lungentransplantation / Komplikationen
	748 Status nach Knochenmarkstransplantation / Komplikationen
	751 Status nach Transplantation anderer Organe / Komplikationen
Gastrostomie, externe Harnableitungen und andere externe Ableitungen / andere künstliche Zugänge zur Ernährung †	753 Gastrostomie, künstliche Zugänge zum Gastrointestinaltrakt / Komplikationen†
	754 Andere und nicht näher bezeichnete künstliche Zugänge†
	755 Künstliche Zugänge zum Harntrakt†
Zustand nach Amputation der unteren Extremität	756 Status nach Amputation der unteren Extremität, Komplikationen nach Amputation
Vorhandensein eines Liquorableitungssystems †	764 Status: Implantation eines Liquorableitungssystems / Shunt†
Organspender	769 Organspender†
Chemotherapie †	771 Chemotherapie†
Blutspende/Beschneidung/ Haartransplantation †	781 Blutspende / Beschneidung / Haartransplantation†

* Auf Empfehlung des Beirates zusätzlich nominiert (vgl. Abschnitt 4.2)

† Auf Empfehlung des Beirates herausgenommen (vgl. Abschnitt 4.2)

4.3 Schwellenwertprüfung

Der Schwellenwert ermittelt sich auf Basis der durchschnittlichen Leistungsausgaben über die Ausgabendaten aller Versicherten. Die zu Grunde gelegten Ausgabendaten, ebenso wie der Schwellenwert enthalten nicht die Hauptleistungsbereiche „Krankengeld“ und „Zahnärzte“. Ebenso wie bereits an anderer Stelle wurden die mittleren Ausgaben im Leistungsbereich „Sonstige Leistungsausgaben“ nur auf Basis von Krankenkassen ermittelt, die diesen Bereich mit einer ausreichenden Datenerfassung lieferten. Die Berechnung der durchschnittlichen Leistungsausgaben greift auf die Ausgabendaten aller Versicherten zurück.

Für das Jahr 2006 ergibt sich auf Basis der Stichprobenddaten für die Durchschnittsausgaben ein auf zwei Nachkommastellen gerundeter Wert von 1.614,93 €. Für den Schwellenwert – das 1,5-fache der durchschnittlichen Leistungsausgaben – errechnet sich daraus ein Wert von 2.422,40 €. Zur Überprüfung des Kriteriums werden die mittleren Leistungsausgaben (LA) der Versicherten mit einer entsprechenden Krankheit mit dem Schwellenwert abgeglichen. Die Ergebnisse der Schwellenwertprüfung werden in der nachfolgenden Tabelle dokumentiert.

Tabelle 4: Überprüfung des Schwellenwertkriteriums

Nr.	Bezeichnung	mittlere LA der Betroffenen (2006)	Schwellenwertkriterium erfüllt
1	HIV und AIDS	8.379,06 €	+
2	Sepsis	23.873,29 €	+
3	Nicht virale Infektion des Zentralen Nervensystems	9.232,21 €	+
4	Opportunistische systemische Pilzinfektion	22.317,60 €	+
5	Lymphome und Leukämien	11.283,35 €	+
6	Bösartige Neubildungen des Verdauungssystems	10.544,99 €	+
7	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	12.208,28 €	+
8	Bösartige Neubildungen der Knochen, des Stütz- und Bindegewebes	10.551,27 €	+
9	Bösartige Neubildungen weiblicher Genitalorgane und der Brust	6.791,34 €	+
10	Bösartige Neubildungen des Zentralnervensystems und der Hypophyse	11.510,54 €	+
11	Bösartige Neubildungen der Nebenniere	11.178,53 €	+
12	Bösartige Neubildungen sekundärer (Metastasen) und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	14.126,59 €	+
13	Neubildungen unklarer Dignität im ZNS oder des respiratorischen Systems	10.238,22 €	+
14	Diabetes mellitus Typ 1	6.926,23 €	+
15	Diabetes mellitus Typ 2 und sonstiger Diabetes mit schwerwiegenden Komplikationen	8.888,09 €	+
16	Hypophysärer Kleinwuchs	7.625,40 €	+
17	Hämochromatose und andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphat-Stoffwechsels	9.324,05 €	+
18	Störungen des Flüssigkeitshaushaltes, Elektrolytstörungen und Störungen des Säure-Basen-Haushaltes	12.317,75 €	+
19	Terminale Lebererkrankungen	9.935,55 €	+
20	Leberzirrhose	8.122,40 €	+

Nr.	Bezeichnung	mittlere LA der Betroffenen (2006)	Schwellenwert-kriterium erfüllt
21	Chronische Virushepatitis	8.333,72 €	+
22	Akute schwere Lebererkrankungen	7.697,59 €	+
23	Erkrankungen der Gallenwege	8.352,04 €	+
24	Peritonitis	21.645,38 €	+
25	Ileus	11.372,46 €	+
26	Morbus Crohn (Alter > 17 Jahre)	4.120,76 €	+
27	Entzündliche Darmerkrankungen (Alter < 18 Jahre)	4.024,77 €	+
28	Gastrointestinale Blutung und / oder Perforation	7.871,16 €	+
29	Gelenkerkrankungen mit Infektion	8.064,96 €	+
30	Osteomyelitis	7.246,70 €	+
31	Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	3.286,15 €	+
32	Schwerwiegende hämatologische Erkrankungen	15.317,35 €	+
33	Hydrozephalus	12.873,29 €	+
34	Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch	5.586,40 €	+
35	Schizophrenie, schizotype, wahnhafte und dissoziative Störungen	5.765,66 €	+
36	Schwere Depression	5.000,88 €	+
37	Essstörungen (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa)	4.211,79 €	+
38	Posttraumatische Belastungsstörung	5.066,33 €	+
39	Intelligenzminderung	4.158,87 €	+
40	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	4.535,70 €	+
41	Trisomie der Chromosomen 13 und 18 und andere bestimmte autosomale Trisomien	6.149,27 €	+
42	Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	2.187,39 €	-
43	Quadriplegie und andere ausgeprägte periphere Lähmungen	14.635,75 €	+
44	Schwerwiegende Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	8.815,69 €	+
45	Muskeldystrophie (Alter < 18 J)	9.360,01 €	+
46	Entzündliche und toxische Neuropathie (ohne diabetischer Neuropathie)	11.116,94 €	+
47	Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS	8.856,92 €	+
48	Morbus Parkinson	10.873,12 €	+
49	Epilepsie und sonstige Anfälle	6.468,33 €	+
50	Schwere Gehirnschädigung	20.342,83 €	+
51	Herzstillstand und Schock	11.916,19 €	+
52	Schwere respiratorische Insuffizienz	15.116,61 €	+
53	Herzinsuffizienz einschl. Kardiomyopathie und Myokarditis	7.477,86 €	+
54	Myokardinfarkt und instabile Angina Pectoris	8.828,81 €	+
55	Akute Endokarditis und Myokarditis	10.847,78 €	+
56	Angeborene schwere Herzfehler	5.144,34 €	+
57	Hypertensive Nierenkrankung	15.673,83 €	+
58	Schlaganfall	9.300,55 €	+
59	Hemiplegie und Hemiparese	11.390,53 €	+
60	Zerebralparese	6.345,63 €	+
61	Sonstige schwerwiegende Lähmungssyndrome	9.336,44 €	+
62	Aphasie	13.483,95 €	+
63	Atherosklerose	6.971,85 €	+
64	Mukosviszidose	12.855,30 €	+
65	Postinfelmatorische und interstitielle Lungenfibrose	8.773,93 €	+
66	Pneumonie	8.583,45 €	+
67	Pleuraerguss	18.812,60 €	+

Nr.	Bezeichnung	mittlere LA der Betroffenen (2006)	Schwellenwertkriterium erfüllt
68	Angeborene Anomalie des respiratorischen Systems	8.448,82 €	+
69	Niereninsuffizienz	10.739,18 €	+
70	Nephritis und Glomerulonephritis	8.474,61 €	+
71	Hydronephrose	6.662,38 €	+
72	Neurogene Blasenfunktionsstörung	6.797,47 €	+
73	Blutung in der Frühschwangerschaft	3.046,97 €	+
74	Schweres Schädelhirntrauma mit intrakranieller Verletzung und Koma	13.565,58 €	+
75	Luxation des Hüftgelenks	11.400,69 €	+
76	Pathologische Fraktur des Humerus	16.019,72 €	+
77	Traumatische Amputation	10.189,37 €	+
78	Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht	9.453,77 €	+
79	Schwerwiegende Probleme während der Perinatalperiode	11.779,73 €	+
80	Organtransplantation (einschl. Versagen und Abstoßung)	20.485,90 €	+
81	Zustand nach Amputation der unteren Extremität	15.679,01 €	+

Die vom Gesetzgeber vorgesehene Schwellenwertprüfung führt dazu, dass das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom im Morbiditätsfilter nicht berücksichtigt werden kann. Somit verbleiben in der endgültigen Auswahl exakt 80 Erkrankungen, die ab dem Jahr 2009 zur Berechnung morbiditätsadjustierter Risikozuschläge berücksichtigt werden sollten. Die abschließende Liste der Krankheiten sowie eine Zuordnung der entsprechenden ICD-Kodes sind in Anhang B enthalten.

4.4 Prognosequalität der Krankheitsauswahl

Die Schwellenwertprüfung bezieht sich in Interpretation des Gesetzestextes sowohl bei der Berechnung des Schwellenwertes, als auch, was die Zuordnung der Versicherten zu den ausgewählten Krankheiten betrifft, auf das Jahr 2006. Dabei werden die durchschnittlichen Ausgaben der von einer der ausgewählten Krankheiten betroffenen Versicherten mit den durchschnittlichen Ausgaben aller Versicherten verglichen.

Zur Beurteilung der prognostischen Kraft der Krankheitsauswahl empfiehlt sich eine andere Betrachtungsweise, die zum einen die Schwellenwertüberschreitung beim individuellen Versicherten prüft und zum anderen prospektiv angelegt ist, also von einer Zuordnung der Versicherten zu Krankheiten im Jahr 2005 und einer versichertenbezogenen Berechnung der Ausgaben im Jahr 2006 ausgeht. In Tabelle 5 sind die Daten entsprechend zusammengestellt.

Im Jahr 2005 waren unter Berücksichtigung der stationären Haupt- und Nebendiagnosen sowie der gesicherten ambulanten Diagnosen rund 23,2% der Versicherten von mindestens einer der 80 ausgewählten Krankheiten betroffen. Auf diese entfielen im Jahr 2006 rund 67% der

berücksichtigten GKV-Ausgaben. Dies bedeutet allerdings nicht, dass dieses Volumen ab 2009 über die Morbiditätszuschläge ausgeglichen werden wird.

Von diesen Versicherten überschreiten 41,3% den Schwellenwert im Jahr 2006 (positiv prädiktiver Wert, PPW), während dies bei allen anderen Versicherten nur 6,6% sind. Dies entspricht einem relativen Risiko (RR) von 6,3 und einem negativ prädiktiven Wert (NPW) von 93,4%.

Von den insgesamt 14,6% der Versicherten, die den Schwellenwert im Jahr 2006 überschreiten, hatten andererseits rund zwei Drittel im Jahr 2005 eine der ausgewählten Krankheiten (Sensitivität des Modells), während umgekehrt von den 85,4% der Versicherten, die 2006 unter dem Schwellenwert bleiben, 84 Hundertstel in 2005 auch keine der ausgewählten Krankheiten hatten (Spezifität des Modells). Hieraus berechnet sich ein Likelihood Ratio (LR) in Höhe von 4,1.⁴

Tabelle 5: Versicherten- und Leistungsausgabenanteile im Bezug zum Schwellenwert

VERSICHERTE / AUSGABEN (ANTEILE)	Schwellenwert 2006 überschritten	Schwellenwert 2006 unterschritten	Randsummen
2005 In der Krankheitsauswahl	Versicherte: 9,6% (Ausgaben: 59,1%)	13,6% (7,7%)	23,2% (66,8%)
2005 Nicht in der Krankheitsauswahl	5,0% (18,0%)	71,8% (15,2%)	76,8% (33,2%)
Randsummen	14,6% (77,1%)	85,4% (22,9%)	100% (100%)
Sensitivität:	65,5%	NPW:	93,4%
Spezifität:	84,1%	RR:	6,3
PPW:	41,3%	LR:	4,1

Ein positiv prädiktiver Wert von rund 41,3% mag auf den ersten Blick nicht besonders hoch erscheinen. Man muss ihn aber mit der Prävalenz des Ereignisses, in 2006 über dem Schwellenwert zu liegen, d.h. mit 14,6% vergleichen. Die Differenz zwischen diesen beiden Werten kann als Vorhersagegewinn bei Vorliegen einer der ausgewählten Krankheiten bezeichnet werden.⁵ Dieser liegt mit 26,7 Prozentpunkten in einer Größenordnung, die von den meisten Früherkennungsverfahren der sekundären Prävention bei weitem nicht erreicht wird.⁶

⁴ Das Likelihood-Ratio (LR) ist das Verhältnis aus Sensitivität und 1-Spezifität. Wegen der Beziehung $\text{logit}(\text{PPW}) = \text{logit}(\text{Prävalenz}) + \text{logit}(\text{LR})$ wird nach Robra (1993) die „Gleichberechtigung“ zwischen der Testgüte und der a priori-Prävalenz im positiv prädiktivem Wert besonders deutlich, wobei die Testgüte in der Maßzahl LR in Form einer „Güterabwägung“ zwischen Sensitivität und 1-Spezifität gemessen werde (Robra 1993).

⁵ Dies entspricht einer Bayesschen Sichtweise. Der Vorhersagegewinn eines positiven Testergebnisses ist die Differenz zwischen der a posteriori-Wahrscheinlichkeit und der a priori-Wahrscheinlichkeit für das vorherzusagende Ereignis, vgl. Bell (1979) sowie Klar und Schicha (1981).

⁶ Beispielsweise ergibt sich für den Test auf okkultes Blut im Stuhl zur Erkennung eines Dickdarmkarzinoms aus einem 1998 publizierten Report des National Health Committee von Neuseeland (NHC, 1998) sowie dem diesbezüglichen Cochrane Review (Towler et al. 1998) aus vorwiegend bevölkerungsbezogenen Studien ein positiv prädiktiver Wert in einer Größenordnung von maximal

Richtet man die Betrachtung nicht auf den Schwellenwert, sondern auf das oberste Ausgabenquartil der Verteilung über alle Versicherten, das im Jahr 2006 bei 1.007,42 € liegt, zeigt sich mit einem relativen Risiko von 4,2, einem positiv prädiktiven Wert von 59,4%, einem Likelihood Ratio von 4,4 und einem Vorhersagegewinn von 34,4 Prozentpunkten ebenfalls ein starker Zusammenhang zwischen der Krankheitsauswahl und der Ausgabenverteilung der Betroffenen im Folgejahr (Tabelle 6).

Tabelle 6: Versicherte mit Leistungsausgaben im obersten Quartil nach Krankheitsauswahl

VERSICHERTE (ANTEILE) ⁷	im obersten Ausgabenquartil	nicht im obersten Ausgabenquartil	Randsummen
in Krankheitsauswahl	14,4%	9,8%	24,2%
nicht in Krankheitsauswahl	10,6%	65,2%	75,8%
Randsummen	25,0%	75,0%	100,0%
Sensitivität:	57,6%	NPW:	86,0%
Spezifität:	86,9%	RR:	4,2
PPW:	59,4%	LR:	4,4

Auch bei Betrachtung anderer Indikatoren, wie

- der Anteil der Versicherten mit Krankenhausaufenthalt
- die mittlere Zahl der DxGruppen
- der mittleren Zahl der Diagnosen (dreistelliger ICD)
- der Verteilung über die Zahl der Quartale in ambulanter Behandlung
- sowie der mittleren Anzahl verordneter Arzneimittel (PZN)

zeigt sich in beiden Jahren eine deutliche Trennschärfe zwischen denen, die im Jahr 2005 von mindestens einer der ausgewählten Krankheiten betroffen waren, und denjenigen Versicherten, für die das nicht gilt (Tabelle 7). So ist beispielsweise der Anteil derer mit Krankenhausaufenthalt bei den von der Auswahl betroffenen Versicherten etwa 3,5-mal und die mittlere Zahl der verordneten Arzneimittel etwa dreimal so groß wie bei den von der Auswahl nicht betroffenen (Tabelle 7).

12%, was je nach angenommener Prävalenz auch den Vorhersagegewinn dieser Früherkennungsuntersuchung auf einen Betrag unterhalb von zwölf Prozentpunkten beschränkt.

Tabelle 7: Weitere Charakteristika der Auswahl

INDIKATOR	In der Krankheitsauswahl (N=1.016.777)⁷	Nicht in der Krankheitsauswahl (N=3.180.236)
Anteil mit Krankenhausaufenthalt		
im Jahr 2005	32,5%	7,6%
im Jahr 2006	32,0%	8,5%
Mittlere Anzahl der Diagnosegruppen (DxGruppen)		
im Jahr 2005	16,8	7,0
im Jahr 2006	14,2	6,0
Mittlere Anzahl der Diagnosen (ICD-3-Steller)		
im Jahr 2005	18,1	7,8
im Jahr 2006	15,2	6,6
Anzahl der Quartale in ambulanter Behandlung (2005)		
0	0,6%	13,5%
1	3,9%	14,7%
2	7,2%	17,4%
3	14,0%	20,6%
4	74,2%	33,9%
Anzahl der Quartale in ambulanter Behandlung (2006)		
0	7,4%	21,4%
1	12,1%	20,5%
2	15,5%	19,1%
3	19,1%	17,9%
4	45,9%	21,0%
Mittlere Anzahl verordneter Arzneimittel (PZN)		
im Jahr 2005	9,1	3,4
im Jahr 2006	9,7	3,2

⁷ Diese Auswertung bezieht sich auf die 4.197.013 Personen in den Stichprobendaten, die sowohl im Jahr 2005, als auch im Jahr 2006 in der GKV versichert waren.

5 Empfehlungen und Anmerkungen des Wissenschaftlichen Beirats

- (1) Der morbiditätsbezogene Risikostrukturausgleich dient dem Zweck, den auf die spezifische Morbidität ihrer Versicherten zurückführbaren Mehrbedarf einer Krankenkasse in standardisierter Form zu kompensieren. Wie bereits einleitend erwähnt, wird der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich aber zumindest zum Startzeitpunkt im Jahr 2009 nicht das gesamte Krankheitsspektrum der Versicherten berücksichtigen, sondern sich lediglich auf 50 bis 80 Krankheiten erstrecken, die insbesondere kostenintensiv-chronischer Natur sind oder einen schwerwiegenden Verlauf aufweisen (*vgl. § 31 Abs. 1 RSAV*).
- (2) Der Beirat soll für diese Auswahl nur solche Krankheiten in die engere Wahl nehmen, „...bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Betroffenen die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen“ (*§31 Abs. 1 Satz 3 RSAV*). Aufgrund einer extrem schiefen Verteilung der Leistungsausgaben überschreiten jedoch nur etwa 20% aller Versicherten den Mittelwert (auf die 80% der Ausgaben entfallen) und nur rund 14,5% den 1,5-fachen Mittelwert (auf die 70% der Ausgaben entfallen). Zwar ist die Orientierung am arithmetischen Mittelwert der Kosten lang geübte Tradition in der gesetzlichen Krankenversicherung. Angesichts der beschriebenen Schiefe der Kostenverteilungen hält der Wissenschaftliche Beirat es jedoch für geboten, künftig zur Bestimmung von Schwellenwerten andere Kriterien heranzuziehen, die nicht am Durchschnittswert, sondern an geeigneten Perzentilen der Kostenverteilung orientiert sind.
- (3) Als problematisch erscheint dem Beirat auch, dass der Gesetzgeber bei der Vorgabe des Schwellenwertes keine Altersadjustierung vorgesehen hat. Dadurch werden Krankheiten, die einen Häufigkeitsgipfel in einem nach Alter abgegrenzten Lebensabschnitt aufweisen, beispielsweise im Kindesalter, systematisch unterbewertet. Denn die Leistungsausgaben solcher Krankheiten fallen im Spektrum aller Krankheiten betrachtet vielfach selbst dann nicht als überdurchschnittlich auf, wenn für sie im Vergleich mit anderen in der gleichen Altersgruppe häufigen Krankheiten hohe individuelle Fallkosten dokumentiert sind. Andererseits überschreiten Krankheiten, die sich in höheren Lebensaltern konzentrieren, fast immer den Schwellenwert, selbst wenn die Betroffenen im Vergleich zu nicht an dieser Krankheit erkrankten gleichaltrigen Personen kaum höhere Kosten verursachen. Der Beirat hat deswegen bei der Auswahl der Krankheiten vorrangig die altersadjustierten relativen Kosten betrachtet.

- (4) Bei der Bewertung der Wirkung der Krankheitsauswahl ist zu berücksichtigen, dass der medizinisch zu rechtfertigende Mehrbedarf auch bei Personen mit der gleichen Krankheit interindividuell unterschiedlich sein kann, d.h. Patienten mit einer für den morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich ausgewählten Krankheit X können im Einzelfall einen niedrigeren zusätzlichen Leistungsbedarf haben als Patienten mit einer nicht ausgewählten Krankheit Y.
- (5) Aufgrund der schiefen Verteilung der Kosten auch innerhalb der ausgewählten Krankheiten kann nicht erwartet werden, dass alle Versicherten mit jeweils einer dieser Krankheiten bei der Berechnung der Morbiditätszuschläge der gleichen Zuschlagsgruppe zugeordnet werden. Auch auf die Anzahl der Risikozuschlagsklassen lässt die getroffene Auswahl der Krankheiten noch keine Rückschlüsse zu. Die Möglichkeiten reichen von mehreren Zuschlagskategorien je Krankheit (differenziert nach Alter, Co-Morbidität und/oder Schweregrad) bis zu einer begrenzten Anzahl von krankheitsübergreifenden Zuschlagskategorien. Der Beirat weist ausdrücklich daraufhin, dass zum Zwecke der Zielgenauigkeit des RSA durchaus auch Personen mit einer der ausgesuchten Krankheiten ohne Zuschlag bleiben können. Insofern kann zum jetzigen Zeitpunkt aus der Anzahl der Versicherten mit einer der ausgewählten Krankheiten noch nicht auf die Anzahl der Versicherten mit Morbiditätszuschlag geschlossen werden.
- (6) Dem Beirat ist bewusst, dass einige Krankheiten, die von verschiedenen Akteuren auf der Liste der 50-80 Krankheiten erwartet wurden, nicht enthalten sind. Diesbezüglich weist der Rat daraufhin, dass der Risikostrukturausgleich sich auf „schwerwiegende“ und „chronisch kostenintensive“ Krankheiten erstrecken soll, was in der Regel Krankheiten sind, die entweder quasi schicksalhaft auftreten oder einer Prävention oder Vermeidung zumindest beim einzelnen betroffenen Versicherten nicht (mehr) zugänglich sind.
- (7) Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) hingegen richten sich nach § 137f SGB V auf chronische Erkrankungen, bei denen u.a. eine „Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs“ gegeben ist, d.h. für die populationsbezogene sekundärpräventive und kurative Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen: Neben entsprechenden Anstrengungen der Kostenträger sollen auch Verhaltensänderungen der Patienten im Mittelpunkt stehen. Die bislang vorliegenden Auswertungen lassen (vorbehaltlich der noch nicht abgeschlossenen Evaluation der Programme) vermuten, dass diese das Potential haben, die Versorgungssituation der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten nachhaltig und mit wirtschaftlich vertretbarem Aufwand zu verbessern.

- (8) In Deutschland werden Versicherte, die in die DMP eingeschrieben sind, derzeit in getrennten RSA-Kategorien geführt, wodurch sich für die allermeisten Altersgruppen höhere standardisierte Leistungsausgaben und damit RSA-Zahlungen ergeben. Dadurch ist die Zahlung von „Zuschlägen“ an die Voraussetzung der Einschreibung in eines der DMP geknüpft. Der Gesetzgeber hat eine solche Sonderbehandlung der DMP im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nicht mehr vorgesehen. Der Beirat sieht in diesem Zusammenhang die Gefahr einer Verschlechterung der Versorgungsqualität durch ein Nachlassen der Bemühungen um DMP-Einschreibung, Durchführung und Evaluation.
- (9) Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Beirat, das Erreichen definierter Präventionsziele speziell zu fördern und insbesondere unter Berücksichtigung der DMP-Evaluationsergebnisse zu prüfen, wie die Finanzierung sekundärpräventiver Maßnahmen sichergestellt werden kann – entweder getrennt vom RSA oder, als gesonderter Tatbestand, innerhalb des RSA. Zur Berücksichtigung innerhalb des RSA sieht der Rat zwei Möglichkeiten: (1) Die sekundärpräventiven Bemühungen der Krankenkassen werden unabhängig von den Morbiditätszuschlägen „honoriert“, indem die ab 1.1.2009 vorgesehenen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der standardisierten Aufwendungen (§270 SGB V, 1 a) der Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 g SGB V (§ 270, 1 b SGB V) oder der Verwaltungskosten (§ 270 SGB V, 1 c) bewusst höher, aber zweckgebunden angesetzt sind. (2) Das Kriterium „Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm mit starker sekundärpräventiver Orientierung“ darf, in Analogie zum Vorliegen von Arzneimittelverordnungen, zur Voraussetzung für die Zuschlagsfähigkeit bestimmter Krankheiten gemacht werden.
- (10) Im Zusammenhang mit der Diskussion unter Punkt 9 empfiehlt der wissenschaftliche Beirat weiterhin, im RSA Kosten für kurative Maßnahmen bei Erkrankungen, die der Primär- oder Sekundärprävention zugänglich sind, auf der Basis von vorliegender Evidenz zur Vermeidbarkeit des Auftretens oder der Progression über den RSA nur teilweise auszugleichen, um Fehlanreize zur Unterlassung von Präventionsmaßnahmen zu vermindern.

- (11) Die Erhebung der Daten, die zur Anpassung und Eichung des Regressionsmodells für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich benötigt werden, erfolgt auf Stichprobenbasis. Die Stichprobe wird, den Empfehlungen des Gutachters Schäfer (2007) folgend, als Geburtstagsstichprobe realisiert. Die dezentral auf Stichprobenbasis erhobenen Daten werden vom Bundesversicherungsamt auf Plausibilität, Vollständigkeit und Qualität geprüft. Im Rahmen dieser Prüfung werden u.a. die Ausschöpfungsquoten hinsichtlich der Versichertentage und der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben jeder einzelnen datenliefernden Krankenkasse in Bezug auf ausgewählte Versichertengruppen berechnet. Liegen diese Ausschöpfungsquoten außerhalb artspezifischer Toleranzbereiche, so führt das zum Ausschluss der Daten der betreffenden Krankenkasse aus dem Datensatz. Der Duisburger Sozialwissenschaftler Faulbaum hat die Ableitung dieser Toleranzbereiche in seinem Gutachten aus dem Jahr 1997 im Rahmen des Formelapparats zur Hochrechnung einer einfachen Zufallsstichprobe auf eine endliche Grundgesamtheit operationalisiert und das Verfahren damit auf eine objektive und nachvollziehbare Grundlage gestellt. Das von ihm vorgeschlagene Verfahren ließ sich auf der Basis des vorliegenden Datensatzes allerdings nicht umsetzen, weil dafür die Summen der Versichertenzeiten und berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben pro Stichprobengeburtstag je Einzelkasse und untersuchte Versichertengruppe benötigt werden. Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat, in Zukunft den Geburtstag als Merkmal in den an das Bundesversicherungsamt zu überliefernden Datensatz aufzunehmen, um eine entsprechende Prüfung der Daten auf Plausibilität möglich zu machen.
- (12) Die Berechnung des Stichprobenumfangs für Zwecke der Modellentwicklung und Kalibrierung wurden im Gutachten von Schäfer (2007) auf eine Sonderauswertung des unbereinigten Datensatzes nach §268 SGB V für 2001/02 gestützt. Im Hinblick auf eine Reihe von Unplausibilitäten des unbereinigten Datensatzes empfiehlt der Beirat, die Berechnungen zum erforderlichen Stichprobenumfang gestützt auf den vorliegenden Datensatz einer Überprüfung zu unterziehen und den Umfang der Stichprobe ggf. zu korrigieren.

Quellenverzeichnis

Bell RS (1978): Efficacy ... what's that? In: Sem. Nuc. Med., VIII, S. 316-323.

BIPS (2007): Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin: Auszug aus dem Gutachten des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin zur Qualität der Datengrundlagen für morbiditätsorientierte Regelleistungsvolumen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 85a und 85b SGB V. URL: <http://www.kbv.de/themen/10760.html> (Abruf: 26.09.2007).

BMG (2007): Bundesministerium für Gesundheit: Erlass über den „Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs“ beim Bundesversicherungsamt vom 3. Mai 2007. URL: http://www.bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/weiterentwicklung/Erlass_wiss_Beirat.pdf (Abruf: 01.10.2007).

Bundestag-Drucksache 16/3100 (2006): Drucksache 16/3100, Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 24.10.2006. URL: <http://dip.bundestag.de/btd/16/031/1603100.pdf> (Abruf: 26.09.2007).

BVA (2007a): Bundesversicherungsamt: Anlage 3.4 (Meldeverfahren) der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V. URL: http://www.bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/weiterentwicklung/Vereinbarung_An1_3.4.pdf (Abruf: 26.09.2007).

BVA (2007b): Bundesversicherungsamt: Fehlerverfahren und Datenbereinigung für die Datenerhebung 2005/2006 zur Weiterentwicklung des RSA gemäß § 30 RSAV. URL: http://www.bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/weiterentwicklung/Konzept_Datenbereinigung.pdf (Abruf: 14.12.2007).

DIMDI (2004): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: ICD-10-GM 2005 Systematik Metadaten ASCII. URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2005/systematik/x1gma2005.zip> (Abruf: 12.10.2007).

DIMDI (2006): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: ICD-10-GM 2006 Systematik Metadaten ASCII. URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2006/systematik/x1gma2006.zip> (Abruf: 12.10.2007).

Faulbaum F (1997): Gutachten zur Stichprobenerhebung nach § 267 Abs. 3 SGB V im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen der GKV. Duisburg.

Fleiss JL (1981): Statistical Methods for Rates and Proportions, 2nd Edition. New York: John Wiley & Sons.

- GemBa (2003):** Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlungen (Krankenhausbehandlungs-Richtlinie). URL: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-2/RL-Khbehandlung-2003-03-24.pdf> (Abruf: 03.12.2007).
- GemBa (2004a):** Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelung in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte. URL: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-140/RL_Chroniker-2007-07-19.pdf (Abruf: 3.12.2007).
- GemBa (2004b):** Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschlussbegründung - Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V. URL: <http://www.g-ba.de/downloads/40-268-6/2004-03-16-Chroniker-RL-Begrueundung.pdf> (Abruf: 26.09.2007).
- Giersiepen K, Pohlabeln H, Egidi G, Pigeot I (2007):** Die ICD-Kodierqualität für Diagnosen in der ambulanten Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50 (8), S. 1028-1038.
- Kaballo W (2000):** Einführung in die Analysis I, 2. Auflage. Heidelberg und Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Klar R, Schicha H (1981):** Sensitivität, Spezifität und prädiktiver Wert als Beurteilungshilfen für die Qualität der klinischen Routinediagnostik. In: Selbmann, HK et al. (Hrsg.) Qualitätssicherung in der Medizin, Probleme und Lösungsansätze. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag.
- Meenan RT, Goodman MJ, Fishman PA et al. (2003):** Using Risk-Adjustment Models to Identify High-Cost Risks. In: Medical Care, 41 (11), S. 1301-1312.
- NHC (1998):** National Health Committee; Working party on Screening for Colorectal Cancer: Population screening for colorectal cancer. Wellington, National Advisory Committee on Health and Disability.
- Pope GC, Ellis RP, Ash AS et al. (2000a):** Principal Inpatient Diagnostic Cost Group Model for Medicare Risk Adjustment. In: Health Care Financing Review, 21 (3), S. 93-118.
- Pope GC, Ellis RP, Ash AS et al. (2000b):** Diagnostic Cost Group Hierarchical Condition Category Models for Medicare Risk Adjustment - Final Report. Prepared for Health Care Financing Administration. URL: http://www.cms.hhs.gov/Reports/downloads/pope_2000_2.pdf (Zugriff: 02.10.2007).
- Pope GC, Kautter J, Ellis RP et al. (2004):** Risk Adjustment of Medicare Capitation Payment Using the CMS-HCC Model. In: Health Care Financing Review, 25 (4), S. 119-141.
- Pschyrembel (2007):** Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage. Berlin: de Gruyter.

- Reschke P, Sehlen S, Schiffhorst G et al. (2005):** Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Forschungsbericht 334 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn. URL: http://www.bmg.bund.de/cIn_041/nn_603380/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f334,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f334.pdf (Abruf 26.09.2007).
- Robra BP (1993):** Evaluation des deutschen Krebsfrüherkennungsprogramms. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Roche (2003):** Roche Lexikon Medizin, 5. Auflage. München: Urban & Fischer.
- Schäfer T (2007):** Stichprobenkonzept für Datenerhebungen nach § 30 RSAV. Gutachten im Auftrag des Bundesversicherungsamtes. URL: http://www.bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/weiterentwicklung/Gutachten_Stichprobenplanung.pdf (Abruf: 26.09.2007).
- von Stillfried DG (2006):** Das Ende der Budgets rückt näher. In: Deutsches Ärzteblatt, 103 (10), S. A584-A588.
- Towler B, Irwig, L, Glasziou P et al. (1998):** A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult. In: BMJ, 317 (7158), S. 559-565.
- Trautner C, Dong Y, Ryll A et al. (2005):** Verlässlichkeit von Diagnosen niedergelassener Ärzte in Niedersachsen. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 59 (1-2), S. 36-43.
- Winkelman R, Mehmud S (2007):** Society of Actuaries - A Comparative Analysis of Claims-Based Tools for Health Risk Assessment. URL: <http://www.soa.org/files/pdf/risk-assessmentc.pdf> (Abruf: 02.10.2007).

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
1 HIV / AIDS	165	22.521 €	6,32	98,1%	3,2%	5.901	7.276 €	3,53	87,3%	53,2%
2 HIV positiver Infektionsnachweis	8	24.328 €	6,57	84,8%	0,9%	1.188	15.038 €	10,85	98,9%	66,2%
3 Sepsis (Blutvergiftung) / Schock	1.861	10.844 €	2,00	88,1%	66,0%	2.385	10.522 €	4,20	89,4%	27,8%
4 Bakterielle / durch Pilze bedingte / nicht-virale Meningitis, Hirnabszess / Rückenmarksabszess	224	8.097 €	1,99	74,4%	23,3%	896	5.450 €	2,73	56,9%	32,8%
5 Nicht-virale Enzephalitis, Meningoenzephalitis, andere Infektion des Zentralnervensystems	329	7.181 €	1,91	75,4%	9,4%	3.567	6.908 €	3,40	82,1%	51,4%
6 Virale Enzephalitis, einschließlich akute Poliomyelitis, exkl. Slow virus infections (SSPE, PML, Kuru)	124	5.118 €	1,16	33,2%	5,8%	2.591	2.631 €	1,32	5,8%	26,9%
7 Virale Meningitis	171	2.262 €	0,77	16,5%	34,1%	284	2.451 €	1,95	8,8%	19,0%
8 Spätfolgen von Infektionen des Zentralnervensystems	9	7.553 €	1,60	12,5%	0,7%	1.691	4.408 €	1,64	14,0%	72,1%
9 Meningitis unbekannter Ursache	195	3.943 €	1,35	46,2%	14,0%	1.250	2.832 €	2,19	40,8%	24,2%
10 Tuberkulose, exkl. des Zentralnervensystems	284	5.455 €	1,26	46,4%	6,7%	4.333	4.455 €	1,91	42,8%	51,2%
11 Infektion der Lunge durch Mykobakterien / Lungenkryptokokkose / Lungentoxoplasmose / Mukormykose der Lunge	17	13.368 €	2,85	55,2%	12,7%	152	6.412 €	2,98	36,5%	34,9%
12 Infektion durch Zytomegalieviren, einschließlich Pneumonie	73	16.054 €	4,31	94,0%	2,9%	2.891	4.161 €	2,19	52,5%	33,5%
13 Kandidose der Lunge, des Ösophagus oder disseminierte Kandidose	136	11.614 €	2,12	72,9%	17,9%	1.207	7.722 €	2,86	65,0%	23,9%
14 Aspergillose / Kryptokokkose	39	26.413 €	5,84	95,7%	17,9%	295	9.679 €	4,95	83,0%	42,0%
15 Pneumonie durch Pneumozystis carinii	24	22.424 €	5,02	89,2%	47,8%	74	14.342 €	7,90	91,0%	47,3%
16 Andere intestinale Infektionen	5.752	3.210 €	1,00	59,3%	5,0%	166.897	1.601 €	1,28	38,9%	12,4%
17 Andere bakterielle Infektionen	516	6.815 €	1,78	75,7%	1,7%	39.732	2.588 €	1,66	53,0%	17,5%
18 Virale Enteritis (intestinale Infektionen)	2.026	1.996 €	0,90	44,1%	10,6%	28.181	1.429 €	1,23	16,4%	10,0%
19 Streptokokken-Pharyngitis / Scharlach	188	1.027 €	0,50	6,4%	0,9%	39.544	868 €	1,01	6,8%	10,0%
20 Bakterielle Infektionen bei anderen Erkrankungen	1.194	5.334 €	1,36	66,1%	13,2%	16.789	3.898 €	1,79	52,6%	21,2%
21 Andere virale Infektionen	1.364	1.876 €	0,78	33,7%	0,5%	299.704	1.140 €	1,01	18,0%	23,1%
22 Herpes zoster (Gürtelrose), exkl. neurologische Komplikationen	430	5.089 €	0,91	32,0%	2,5%	24.638	3.093 €	1,26	17,3%	16,8%
23 Herpes simplex	286	2.739 €	1,04	35,3%	0,6%	54.029	1.880 €	1,22	22,4%	18,1%
24 Virale Hepatis A und unspezifizierte Hepatitis, ohne Leberkoma	50	2.644 €	0,70	7,3%	1,9%	2.221	3.486 €	1,67	19,0%	61,7%
25 Andere Infektionen	1.132	5.349 €	1,32	64,1%	0,5%	284.506	1.798 €	1,31	46,1%	20,0%
26 Lyme disease / Borreliose	363	2.358 €	0,61	13,2%	5,1%	12.078	2.087 €	1,02	3,7%	32,9%
27 Geschlechtskrankheiten, exkl. Neurosyphilis und kardiovaskuläre Syphilis	191	2.817 €	1,02	29,3%	0,9%	17.529	2.097 €	1,48	32,0%	26,2%
28 Dermatophytose (Pilzerkrankungen der Haut, z.B. Fußpilz)	27	4.564 €	1,12	13,8%	0,0%	154.763	2.456 €	1,14	26,4%	32,3%
29 Candida-Stomatitis (Soor)	23	5.528 €	1,81	33,8%	0,2%	13.852	4.053 €	2,28	70,0%	12,7%
30 Histoplasmose / Kokkizidiodomykose / Blastomykose	1	2.347 €	0,36	0,0%	0,0%	69	2.880 €	1,66	1,2%	17,4%
31 Spätfolgen von Infektionen, exkl. des Zentralnervensystems	3	11.155 €	2,76	9,4%	0,2%	2.690	3.762 €	1,42	9,3%	52,5%
32 Bakteriämie	135	7.819 €	1,85	63,0%	90,6%	68	21.430 €	6,81	84,4%	26,5%
33 Lymphknotenmetastasen	566	14.984 €	2,87	93,8%	18,8%	4.368	16.026 €	5,85	96,2%	55,2%
34 Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	1.197	18.895 €	3,44	96,5%	36,4%	7.421	19.175 €	6,27	97,2%	57,0%
35 Metastasen sonstiger Lokalisation	987	17.589 €	3,14	96,0%	37,6%	6.791	17.477 €	5,69	96,5%	58,5%
36 Ausgedehnte Metastasierung	301	15.050 €	2,73	88,8%	5,2%	15.062	11.812 €	3,81	93,6%	51,4%
37 Akute lymphatische Leukämie und andere akute Leukämien, exkl. akute myeloische Leukämie	150	34.620 €	12,63	99,6%	27,2%	747	15.158 €	7,42	96,4%	55,3%
38 Akute myeloische Leukämie	194	36.450 €	7,36	98,8%	58,1%	552	32.862 €	13,15	99,2%	67,0%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
39 Bösartige Neubildung des Ösophagus	360	13.102 €	2,24	83,6%	53,7%	1.125	14.667 €	4,84	91,3%	67,4%
40 Bösartige Neubildung des Magens	750	12.767 €	2,19	86,6%	36,0%	3.728	10.708 €	3,23	80,1%	69,1%
41 Bösartige Neubildung des Dünndarms (Duodenum, Jejunum, Ileum) / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase/ der Gallengänge	363	14.983 €	2,62	88,6%	39,2%	2.056	17.101 €	5,54	95,7%	55,5%
42 Bösartige Neubildung der Leber	293	15.758 €	2,62	87,8%	51,6%	1.314	14.447 €	4,53	89,3%	55,9%
43 Bösartige Neubildung des Pankreas	493	15.060 €	2,61	90,0%	60,8%	1.823	15.037 €	4,72	92,6%	60,2%
44 Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura	2.002	13.532 €	2,30	91,8%	53,7%	7.707	13.097 €	4,08	93,4%	66,7%
45 Multiples Myelom / Plasmozytom	430	27.242 €	4,74	97,6%	31,9%	2.037	15.045 €	4,52	91,7%	79,3%
46 Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien, exkl. Chronisch lymphatische Leukämie	82	28.800 €	5,68	96,9%	15,4%	1.095	18.455 €	6,53	96,1%	72,9%
47 Bösartige Neubildung des Mundes / der Zunge	559	11.536 €	2,19	85,2%	28,6%	2.358	9.844 €	3,65	83,4%	63,4%
48 Bösartige Neubildung des Pharynx	454	14.781 €	2,78	90,9%	30,8%	2.206	11.118 €	4,36	90,4%	60,8%
49 Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung	97	13.901 €	2,76	82,0%	21,4%	684	8.458 €	3,12	66,0%	46,9%
50 Bösartige Neubildung des Kehlkopfs	414	11.446 €	2,00	79,7%	22,8%	2.022	9.968 €	3,31	78,1%	66,9%
51 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels	123	19.393 €	4,73	96,2%	14,6%	1.138	9.165 €	3,97	82,4%	48,9%
52 Bösartige Neubildung des Bindegewebes / Weichteiltumor	282	15.970 €	3,43	94,5%	20,7%	2.112	9.823 €	3,78	84,8%	54,1%
53 Kaposi-Sarkom	4	12.945 €	3,39	22,5%	6,8%	138	10.799 €	4,69	73,6%	52,9%
54 Bösartige Neubildung des Ovars / Chorionkarzinom / Bösartige Neubildung der Plazenta	666	13.509 €	2,65	91,4%	27,7%	3.185	9.254 €	3,57	84,5%	69,2%
55 Hirntumor / Tumor des Zentralnervensystems / Hypophysentumoren / Epiphysentumoren (Pinealom)	459	14.720 €	3,40	95,6%	30,1%	2.667	10.868 €	4,93	94,6%	58,3%
56 Bösartige Neubildung der Nebennieren	35	27.994 €	10,64	98,6%	16,3%	261	10.939 €	5,36	86,0%	54,8%
57 Non-Hodgkin-Lymphom	1.144	15.502 €	2,91	95,3%	20,9%	7.602	9.311 €	3,40	87,0%	69,3%
58 Morbus Hodgkin	192	8.725 €	2,18	77,6%	10,4%	2.210	8.346 €	3,83	85,6%	71,3%
59 Chronisch lymphatische Leukämie und Leukämie durch unspezifizierte Zellen, exkl. akute Leukämien	335	16.109 €	2,82	90,4%	10,9%	5.026	10.356 €	3,30	82,9%	74,9%
60 Bösartige Neubildung des Kolons	2.604	10.961 €	1,83	86,2%	23,0%	14.782	9.111 €	2,67	79,2%	69,6%
61 Bösartige Neubildung des Rektums	1.825	13.053 €	2,22	90,5%	31,4%	7.187	11.072 €	3,36	86,1%	72,6%
62 Andere, nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Verdauungsorgane / des Peritoneums	26	16.962 €	2,92	65,7%	2,0%	1.904	10.486 €	3,37	78,8%	44,1%
63 (Malignes) Melanom	703	6.100 €	1,17	52,0%	10,6%	9.706	3.555 €	1,39	18,2%	58,3%
64 Bösartige Neubildung der Mamma (Alter > 44 Jahre)	4.208	10.123 €	1,94	89,8%	15,6%	31.707	6.330 €	2,21	73,0%	78,7%
65 Bösartige Neubildung der Gebärmutter	714	6.464 €	1,16	51,7%	14,7%	5.311	5.872 €	2,03	52,1%	68,0%
66 Bösartige Neubildung der Zervix / Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane	540	8.893 €	1,91	79,4%	15,9%	4.496	5.470 €	2,42	65,6%	56,6%
67 Bösartige Neubildung der Prostata	2.688	6.282 €	0,98	52,5%	13,9%	26.277	6.051 €	1,56	42,5%	85,1%
68 Bösartige Neubildung des Hodens / Bösartige Neubildung der männlichen Geschlechtsorgane	329	5.263 €	1,36	53,6%	15,6%	2.607	3.861 €	2,12	47,0%	66,6%
69 Bösartige Neubildung der Harnblasen, Urether, Harnröhre, der ableitenden Harnwege	2.658	7.767 €	1,24	68,5%	28,9%	10.750	6.925 €	1,91	53,6%	80,1%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
70 Bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens	912	7.798 €	1,34	63,2%	17,7%	6.349	7.301 €	2,29	63,6%	75,2%
71 Bösartige Neubildung des Auges	94	5.764 €	1,10	24,6%	12,3%	957	4.858 €	1,75	13,3%	58,1%
72 Bösartige Neubildung der Schilddrüse, bösartige Neubildung endokriner Organe, exkl. bösartige Neubildung der Nebenniere, der Hypophyse und der Pinealis	542	5.860 €	1,32	56,2%	20,1%	3.341	5.355 €	2,31	58,1%	71,6%
73 Bösartige Neubildung anderer / ungenügend bezeichneter Lokalisation	51	17.479 €	3,15	81,6%	7,1%	1.228	9.531 €	3,28	73,8%	41,9%
74 Gutartige Neubildung des Gehirns / des Nervensystems / der Hypophyse / der Pinealis	691	6.034 €	1,27	56,4%	10,3%	8.140	4.738 €	1,93	51,8%	68,9%
75 Neubildung unklarer Dignität / nicht näher bezeichnete Neubildung des Gehirns / des Nervensystems / der Hypophyse / der Pinealis	290	9.749 €	2,12	79,6%	12,8%	3.296	8.165 €	3,52	84,0%	52,9%
76 Neurofibromatosis generalisata	62	6.773 €	2,55	73,2%	4,8%	1.076	3.370 €	2,07	32,5%	73,3%
77 Tuberöse Sklerose und andere Hamartosen (Peutz-Jeghers-Syndrom / Sturge-Weber-Krabbe-Krankheit etc.)	34	6.349 €	2,32	55,8%	9,5%	685	4.237 €	2,53	45,8%	53,6%
78 Bösartige Neubildung der Mamma (Alter < 45 Jahre)	425	12.798 €	5,10	97,7%	26,0%	2.656	7.329 €	6,41	96,6%	66,5%
79 Gutartige Neubildung des respiratorischen Systems	248	4.719 €	0,94	27,0%	25,2%	1.055	3.591 €	1,52	6,5%	30,2%
80 Gutartige Neubildung des Herzens	19	5.071 €	1,07	10,0%	24,6%	54	9.646 €	4,52	54,9%	51,9%
81 Karzinoma in situ des respiratorischen Systems	12	6.471 €	1,16	8,4%	10,6%	265	10.987 €	3,57	62,9%	54,3%
82 Neubildung unklarer Dignität / nicht näher bezeichnete Neubildung des respiratorischen Systems	683	9.097 €	1,66	74,6%	34,4%	2.178	8.990 €	3,20	76,4%	35,2%
83 Gutartige Neubildung des Verdauungssystems	3.520	4.597 €	0,82	43,3%	8,9%	45.514	3.342 €	1,19	17,8%	39,0%
84 Gutartige Neubildung der Harnwege	148	3.838 €	0,68	11,3%	9,0%	1.686	3.817 €	1,30	3,8%	54,7%
85 Karzinoma in situ des Verdauungssystems	47	6.479 €	1,09	19,2%	7,1%	1.144	9.680 €	3,11	70,2%	58,0%
86 Karzinoma in situ der Niere, des Harnleiters, der Blase oder der Harnröhre	13	11.863 €	1,98	25,8%	4,3%	503	6.723 €	1,89	11,6%	68,4%
87 Neubildung unklarer Dignität / nicht näher bezeichnete Neubildung der Verdauungsorgane	1.048	7.338 €	1,36	65,0%	15,2%	8.443	6.523 €	2,33	68,0%	39,5%
88 Neubildung unklarer Dignität / nicht näher bezeichnete Neubildung der Niere, des Harnleiters, der Blase oder der Harnröhre	503	6.970 €	1,20	49,0%	10,4%	5.668	6.681 €	2,05	53,7%	54,4%
89 Bösartige Neubildung der Haut	2.181	5.648 €	0,93	46,8%	7,7%	41.788	3.777 €	1,11	12,1%	48,7%
90 Gutartige Neubildung nicht des respiratorischen Systems, des Verdauungssystems, der Niere, des Harnleiters, der Blase oder der Harnröhre, der Haut, der Mamma, des Auges oder des Zentralnervensystems	7.316	1.905 €	0,53	22,4%	4,7%	180.893	2.125 €	1,08	20,9%	36,8%
91 Karzinoma in situ nicht des respiratorischen Systems, des Verdauungssystems, der Niere, des Harnleiters, der Blase oder der Harnröhre oder der Haut	715	3.309 €	0,81	29,0%	8,9%	10.896	4.444 €	1,75	44,0%	45,9%
92 Neubildung unklarer Dignität, nicht des respiratorischen Systems, des Verdauungssystems, der Niere, des Harnleiters, der Blase oder der Harnröhre, der Haut oder des Zentralnervensystems	2.528	5.311 €	1,13	60,5%	5,6%	51.214	4.036 €	1,79	60,5%	31,5%
94 Gutartige Neubildung der Haut	821	2.570 €	0,61	17,2%	0,5%	193.515	1.554 €	0,93	9,8%	21,6%
95 Gutartige Neubildung der Mamma / andere Erkrankungen der Mamma	2.609	2.870 €	0,75	35,4%	1,3%	214.887	1.797 €	1,02	15,7%	25,8%
96 Gutartige Neubildung des Auges	32	2.541 €	0,62	4,2%	0,5%	9.682	2.854 €	1,01	3,0%	42,3%
97 Neubildung unklarer Dignität der Haut	167	3.490 €	0,78	16,6%	1,1%	16.788	2.218 €	1,03	4,8%	17,9%
98 Diabetes mellitus Typ 2 mit Nierenbeteiligung	347	18.052 €	3,00	92,2%	3,5%	13.498	10.321 €	3,16	86,4%	73,0%
99 Diabetes mellitus Typ 1 mit Nierenbeteiligung	24	18.879 €	4,44	85,7%	1,2%	2.130	10.389 €	3,65	82,6%	66,8%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
100 Diabetes mellitus Typ 2 mit Krankheitserscheinungen des Nervensystems	401	8.621 €	1,47	60,2%	1,7%	32.892	6.879 €	2,13	70,8%	75,0%
101 Diabetes mellitus Typ 1 mit Krankheitserscheinungen des Nervensystems	28	8.347 €	2,07	44,8%	1,1%	3.172	7.938 €	2,84	72,8%	69,5%
102 Diabetes mellitus Typ 2 mit Krankheitserscheinungen an den peripheren Gefäßen	850	13.348 €	2,17	87,3%	6,7%	15.093	8.601 €	2,59	76,8%	63,2%
103 Diabetes mellitus Typ 1 mit Krankheitserscheinungen an den peripheren Gefäßen	38	16.490 €	3,20	78,1%	2,4%	1.840	9.024 €	2,98	71,2%	56,3%
104 Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Ketoazidose oder Koma	382	9.201 €	1,68	70,4%	4,9%	9.131	5.030 €	1,61	34,5%	54,9%
105 Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischer Ketoazidose oder Koma	350	6.508 €	2,43	86,0%	10,6%	3.284	5.813 €	2,07	48,2%	52,6%
106 Diabetes mellitus Typ 2 mit anderen näher bezeichneten Krankheitserscheinungen	1.360	9.945 €	1,69	80,5%	10,2%	18.023	6.381 €	2,03	62,5%	65,6%
107 Diabetes mellitus Typ 1 mit anderen näher bezeichneten Krankheitserscheinungen	257	7.919 €	2,36	83,2%	8,3%	3.510	7.220 €	2,70	70,6%	61,5%
108 Diabetes mellitus Typ 2 mit Manifestationen am Auge	490	9.177 €	1,58	67,8%	1,1%	43.468	5.755 €	1,84	61,7%	54,9%
109 Diabetes mellitus Typ 1 mit Manifestationen am Auge	100	9.523 €	1,88	58,8%	0,9%	9.222	6.530 €	2,19	63,4%	53,1%
110 Diabetes mellitus Typ 2 ohne Komplikationen	2.060	7.882 €	1,43	74,8%	0,8%	346.145	4.476 €	1,44	56,2%	87,0%
111 Diabetes mellitus Typ 1 ohne Komplikationen	616	6.101 €	2,27	87,0%	1,8%	45.591	6.305 €	2,33	77,2%	67,8%
112 Diabetes mellitus Typ 2 mit multiplen und nicht näher bezeichneten Komplikationen	3.020	13.379 €	2,24	93,0%	7,8%	51.563	6.604 €	2,08	71,8%	70,7%
113 Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen und nicht näher bezeichneten Komplikationen	397	11.427 €	2,73	90,2%	5,5%	7.938	7.763 €	2,85	78,9%	66,6%
114 Protein-Energie-Mangelsyndrom / Kwashiorkor / Mehlنشرسchaden / Kachexie	163	10.877 €	2,24	77,2%	3,5%	10.610	8.846 €	3,15	85,2%	39,5%
115 Erkrankungen der Nebenniere, z.B. Cushing-Syndrom	140	6.964 €	1,63	55,0%	3,6%	6.079	4.696 €	2,36	66,4%	56,5%
116 Nicht-diabetisches hypoglykämisches Koma	77	7.985 €	1,52	41,3%	25,7%	275	11.048 €	3,54	62,8%	14,2%
117 Erkrankungen der Hypophyse, der Nebenschilddrüse, des Thymus, pluriglanduläre Erkrankungen	289	10.894 €	2,33	83,7%	1,5%	20.741	6.739 €	3,56	92,5%	47,9%
118 Hypopituitarismus inkl. hypophysärem Kleinwuchs	114	10.613 €	3,32	88,9%	6,9%	1.913	6.879 €	4,10	87,8%	66,6%
119 Enzymopathien, inborn errors of metabolism	103	43.232 €	13,76	99,7%	0,1%	212.607	3.634 €	1,24	37,8%	76,2%
120 Makroglobulinämien und Paraproteinämien, exkl. monoklonale Erkrankungen	9	9.709 €	1,72	14,4%	1,6%	610	6.514 €	2,25	32,1%	63,6%
121 Hämochromatose, andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphat-Stoffwechsels	53	5.838 €	1,26	24,9%	1,1%	5.472	8.165 €	3,77	89,0%	60,1%
122 Porphyrrie, Histiozytose, andere näher bezeichnete Stoffwechselerkrankungen	75	31.200 €	9,09	98,9%	1,1%	8.215	3.666 €	1,38	15,6%	62,3%
123 Amyloidose, familiäres Mittelmeerfieber	45	10.348 €	2,32	60,9%	8,2%	688	7.084 €	2,80	56,1%	55,4%
125 Störungen der Flüssigkeitsbilanz / des Elektrolytgleichgewichts / des Säure-Basen-Haushalts, z.B. Dehydrierung	2.550	8.130 €	1,42	75,6%	12,5%	39.476	7.836 €	2,57	81,2%	34,8%
126 Struma (v.a. Jodmangelstruma)	4.187	2.248 €	0,51	19,4%	1,4%	343.035	2.283 €	1,04	21,4%	75,6%
127 Thyreotoxikose, einschließlich Morbus Basedow	2.865	3.189 €	0,64	25,3%	4,2%	80.781	3.388 €	1,29	33,4%	69,9%
128 Neugeborenen-Hypothyreose (Kretinismus)	17	2.177 €	0,79	4,5%	0,2%	3.053	2.557 €	1,35	7,8%	62,4%
129 Schilddrüsen-Erkrankungen, exkl. Struma und Thyreotoxikose	220	4.194 €	0,97	27,4%	0,2%	168.871	2.520 €	1,21	33,8%	68,2%
130 Andere Hypoglykämien	224	8.843 €	1,82	69,3%	4,3%	6.714	6.550 €	2,47	70,1%	24,2%
131 Ovarielle Dysfunktion	44	2.532 €	1,26	23,2%	0,1%	43.660	1.541 €	1,03	8,4%	39,3%
132 Testikuläre Dysfunktion	4	215 €	0,05	1,4%	0,1%	3.740	3.714 €	1,56	18,6%	61,9%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
133 Andere endokrine Störungen	36	4.774 €	1,53	31,3%	0,1%	39.322	2.057 €	1,11	11,8%	40,6%
134 Vitamin-B-Mangel / andere Formen der Avitaminosen / Mangel an Spurenelementen	108	7.850 €	1,54	47,3%	0,3%	40.202	3.944 €	1,87	62,4%	45,2%
135 Laktoseintoleranz, andere / nicht näher bezeichnete Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels	182	7.171 €	2,36	81,3%	2,4%	11.868	2.390 €	1,38	20,2%	58,1%
136 Störungen des Fettstoffwechsels (zu hohes Cholesterin), exkl. Lipidosen	216	8.151 €	1,55	56,5%	0,0%	721.219	2.833 €	1,05	30,1%	78,0%
137 Andere und nicht näher bezeichnete Störungen des Stoffwechsel der Plasmaproteine	20	22.294 €	4,69	85,4%	1,7%	1.735	6.397 €	2,78	67,3%	46,5%
138 Störungen des Magnesium- oder Kalziumstoffwechsels, Störungen des Stoffwechsels nicht näher bezeichneter Minerale	68	10.764 €	2,35	70,0%	1,5%	6.306	5.811 €	2,29	63,7%	57,1%
139 Störungen der Bilirubinausscheidung und nicht näher bezeichnete Stoffwechselstörungen	52	2.861 €	0,98	15,2%	0,2%	34.935	3.387 €	1,39	33,7%	61,5%
140 Andere Formen der Hyperalimentation	2	3.643 €	0,86	2,0%	0,3%	1.468	3.132 €	1,44	6,4%	49,5%
141 Fettsucht / gestörtes Fettverteilungsmuster	562	4.191 €	1,09	45,0%	0,2%	373.796	2.696 €	1,26	43,7%	67,2%
142 Angeborene Anomalien endokriner Drüsen	5	19.190 €	7,63	81,2%	3,0%	261	2.991 €	1,48	1,4%	48,7%
143 Ösophagusvarizen	264	11.861 €	2,32	82,6%	9,5%	3.180	7.853 €	2,92	74,5%	70,1%
144 Terminale Lebererkrankung, einschließlich Leberkoma und Leberversagen	39	14.397 €	2,77	71,2%	14,9%	715	5.955 €	2,27	36,0%	63,4%
145 Leberzirrhose	1.506	10.148 €	2,02	87,4%	18,2%	13.167	6.798 €	2,59	76,1%	77,0%
146 Chronische Virushepatitis	394	8.638 €	2,22	84,0%	5,1%	8.406	6.542 €	3,72	90,5%	70,0%
147 Chronische Hepatitis, nicht durch Viren bedingt	12	6.224 €	1,29	10,6%	0,5%	4.640	4.217 €	1,89	42,9%	69,3%
148 Akute Lebererkrankung, einschließlich akuten Leberversagens, Leberabszess, Leberinfarkte (Zahnsche Infarkte)	135	9.978 €	2,02	69,7%	14,4%	1.737	7.690 €	3,06	72,6%	54,7%
149 Virale Hepatitis, akut oder nicht näher bezeichnet, mit Leberkoma	3	6.550 €	1,89	4,0%	0,0%	52	2.192 €	1,18	0,6%	44,2%
150 Virale Hepatitis, exkl. durch HAV oder nicht näher bezeichneten Erreger, akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf, ohne Leberkoma	91	5.203 €	1,61	47,8%	1,0%	8.234	5.443 €	3,13	83,2%	67,4%
151 Toxische und andere / nicht näher bezeichnete nicht-virale Hepatitis / andere Erkrankung der Leber	1.052	5.297 €	1,18	55,7%	0,6%	218.901	3.114 €	1,24	37,6%	67,9%
152 Gallensteine mit Cholezystitis und andere Erkrankungen der Gallenblase	6.696	3.167 €	0,65	34,4%	20,7%	31.273	3.676 €	1,33	27,4%	64,0%
153 Näher bezeichnete Erkrankung der Gallenwege (Cholangitis, Verschuß, Perforation)	1.499	7.879 €	1,40	72,0%	24,5%	6.857	5.234 €	1,86	44,8%	60,1%
154 Peritonitis, exkl. Appendizitis und Entzündungen des weiblichen Beckens	296	9.373 €	1,97	76,4%	42,3%	820	11.365 €	5,05	90,9%	36,2%
155 Perforation eines peptischen Ulkus oder Darmperforation	539	6.101 €	1,20	50,4%	24,5%	2.730	5.918 €	2,08	45,6%	56,9%
156 Ileus	4.418	6.814 €	1,31	75,2%	44,6%	9.167	7.978 €	2,90	80,0%	33,5%
157 Chronische Pankreatitis / andere Erkrankungen des Pankreas / Malabsorptionssyndrom	756	6.834 €	1,55	72,4%	3,4%	29.484	4.504 €	1,73	54,1%	74,1%
158 Akute Pankreatitis	2.212	5.162 €	1,10	58,1%	29,2%	6.107	5.535 €	2,34	65,7%	42,9%
159 Morbus Crohn (Alter > 17 Jahre)	872	5.854 €	1,70	77,7%	9,5%	10.159	3.725 €	2,14	62,0%	77,2%
160 Colitis ulcerosa (Alter > 17 Jahre)	745	5.908 €	1,35	61,8%	6,3%	13.095	3.549 €	1,67	42,1%	73,5%
161 Entzündliche Darmerkrankung (Alter < 18 Jahre)	97	4.634 €	2,13	67,3%	30,5%	542	2.937 €	4,25	80,4%	58,1%
162 Bakterielle Enteritis	1.509	4.794 €	1,19	59,6%	25,1%	6.995	3.169 €	1,99	53,2%	14,3%
163 Peptisches Ulkus ohne Perforation, Blutung oder Obstruktion	1.932	5.684 €	1,06	54,5%	5,8%	39.895	4.111 €	1,57	46,9%	58,0%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
164 Gastrointestinale Blutung, exkl. peptisches Ulkus oder anal / rektal	4.057	7.618 €	1,38	77,4%	19,1%	25.304	4.600 €	1,80	55,7%	21,8%
165 Peptisches Ulkus mit Blutung, ohne Perforation	1.887	6.864 €	1,19	62,1%	49,6%	2.680	6.112 €	2,11	47,2%	50,2%
167 Obstruktion des Pylorus / des Duodenums	117	8.450 €	1,60	51,0%	15,7%	837	6.566 €	2,33	41,2%	57,7%
168 Darmabszess, Fistel und andere näher bezeichnete Erkrankungen	232	7.852 €	1,55	57,4%	6,1%	5.619	4.175 €	1,95	48,9%	36,7%
169 Eingeweidebruch mit Komplikationen	1.867	4.098 €	0,80	36,2%	35,6%	4.367	3.871 €	1,47	14,9%	44,2%
170 Erkrankungen des Bauchfells, exkl. Peritonitis	1.099	4.017 €	1,02	46,6%	13,5%	8.378	3.808 €	1,72	40,2%	43,4%
171 Appendizitis, auch mit Perforation und Peritonitis	7.204	1.328 €	0,46	18,0%	47,8%	9.398	2.564 €	1,86	49,4%	23,7%
172 Hämorrhoiden	2.459	2.924 €	0,64	25,0%	1,7%	162.899	2.619 €	1,10	21,7%	50,3%
173 Erkrankungen des Ösophagus, exkl. Ulkus und Blutung	2.609	6.064 €	1,25	69,0%	1,9%	194.436	3.341 €	1,34	44,6%	65,5%
174 Störungen / Symptome an Magen / Darm exkl. Obstruktion, Ulkus und	9.210	5.268 €	1,18	74,5%	2,1%	554.942	2.857 €	1,44	58,8%	40,2%
175 Eingeweidebruch ohne Komplikationen	11.081	2.964 €	0,59	31,6%	11,6%	106.896	3.479 €	1,33	39,0%	56,4%
176 Andere und nicht näher bezeichnete Störungen des Verdauungssystems	4.412	4.524 €	1,12	64,6%	2,5%	273.976	1.901 €	1,36	49,6%	16,1%
177 Darmdivertikel, ohne Blutung	4.696	4.685 €	0,85	46,9%	8,0%	79.108	3.731 €	1,19	23,8%	61,7%
178 Erkrankungen des Anus / Rektums	3.636	3.550 €	0,81	42,2%	9,1%	47.143	3.046 €	1,40	37,3%	31,1%
179 Gallensteine ohne Entzündung der Gallenblase	4.123	3.097 €	0,67	32,9%	5,7%	91.533	3.702 €	1,28	34,1%	73,3%
180 Ösophagusatresie / -stenose, andere angeborene gastrointestinale Anomalien (Alter > 1 Jahr)	11	5.449 €	2,13	26,4%	1,3%	778	4.585 €	1,49	4,4%	61,6%
181 Fremdkörper im Gastrointestinaltrakt	344	3.131 €	0,79	22,0%	21,1%	1.610	1.984 €	1,42	6,2%	4,9%
182 Gelenkerkrankung mit Infektion	367	9.111 €	1,80	73,8%	19,8%	1.788	5.314 €	2,31	51,2%	34,1%
183 Osteomyelitis	513	9.279 €	1,90	78,9%	9,0%	6.931	4.859 €	2,22	61,3%	35,3%
184 Nekrotisierende Faszitis	23	9.357 €	1,78	32,6%	53,0%	55	17.514 €	7,29	85,0%	29,1%
185 Aseptische Knochennekrose	468	6.127 €	1,26	52,6%	13,6%	3.807	5.608 €	2,41	62,6%	47,3%
186 Morbus Behcet	17	4.289 €	1,41	16,8%	6,1%	234	3.200 €	1,96	7,0%	61,1%
187 Systemischer Lupus erythematoses (SLE) / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes	914	8.912 €	1,90	82,8%	1,9%	63.077	3.352 €	1,24	26,1%	45,9%
188 Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien	1.772	9.615 €	1,99	88,0%	4,1%	52.844	4.186 €	1,56	49,3%	76,2%
189 Entzündliche Wirbelerkrankungen	348	7.106 €	1,73	70,9%	3,2%	12.488	3.515 €	1,59	36,8%	70,8%
190 Polymyalgia rheumatica	302	5.710 €	0,95	30,1%	4,1%	8.760	4.047 €	1,21	8,5%	77,1%
191 Spondylose und assoziierte Erkrankungen (Osteoarthritis der Wirbelsäule)	980	6.734 €	1,26	59,0%	0,6%	210.525	3.164 €	1,17	31,3%	59,6%
192 Bandscheibenerkrankungen (Bandscheibenvorfall, -verschleiß)	8.217	3.776 €	0,84	50,8%	4,5%	227.914	2.861 €	1,29	43,0%	59,5%
193 Spinalkanalstenose	2.691	6.833 €	1,17	63,7%	11,0%	38.172	4.740 €	1,64	51,3%	59,5%
194 Skoliose, Deformität der Wirbelsäule	318	6.110 €	1,52	60,1%	0,2%	179.759	2.186 €	1,13	25,8%	52,5%
195 Wirbelgleiten / Spondylolisthesis / Spondylolyse, angeboren oder erworben	530	5.268 €	1,07	42,8%	1,1%	71.620	2.699 €	1,24	28,0%	51,3%
196 Angeborene Anomalien der Wirbelsäule, exkl. Spondylolisthesis / Spondylolyse	17	7.812 €	3,65	72,6%	0,3%	3.178	2.482 €	1,41	10,2%	42,7%
197 Osteoarthritis der Beckenregion und der Hüfte	8.132	4.262 €	0,72	40,6%	5,9%	164.449	3.991 €	1,27	38,1%	68,1%
198 Osteoarthritis des Knies	10.326	4.966 €	0,85	53,7%	4,5%	273.354	3.533 €	1,16	33,2%	69,4%
199 Osteomalazie / Rachitis, exkl. Vitamin-D-resistente Rachitis	7	3.391 €	0,82	2,9%	1,0%	1.223	3.550 €	1,80	18,5%	45,9%
200 Andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels (z.B. Osteodystrophia deformans / Paget's disease of bone)	3.412	4.280 €	1,01	55,6%	2,2%	218.997	2.853 €	1,21	35,7%	52,3%
201 Osteoporose	257	9.441 €	1,60	61,0%	0,2%	152.162	4.261 €	1,29	39,3%	78,1%
202 Osteochondrosis deformans juvenilis (Morbus Scheuermann) / juvenile lumbar osteochondrosis, Epiphyseolysis capitis femoris	143	2.461 €	1,10	30,5%	2,6%	5.830	1.553 €	1,26	8,0%	45,6%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
203 Angeborene Hüftgelenksluxation / -dysplasie	114	6.922 €	3,53	90,6%	2,6%	2.469	2.984 €	1,99	40,1%	44,6%
204 Osteogenesis imperfecta und andere Osteodystrophien	44	5.490 €	2,45	63,8%	3,1%	1.428	3.360 €	1,91	28,1%	52,7%
205 Marfan-Syndrom und Ehler-Danlos-Syndrom	8	9.467 €	2,91	36,5%	3,3%	361	3.849 €	3,21	58,2%	72,3%
206 Morbus Reiter	17	4.871 €	1,28	13,3%	2,3%	409	2.746 €	1,37	1,7%	66,3%
207 Gicht / Arthritis urica	248	6.609 €	1,17	39,8%	0,5%	66.321	3.286 €	1,17	20,1%	62,0%
208 Arthritis psoriatica	207	7.709 €	1,77	65,2%	4,5%	6.119	3.837 €	1,80	41,0%	75,1%
209 Gelenkerkrankungen, Verrenkungen, Gelenkschmerzen / -steifigkeit, exkl. Gicht	3.387	4.144 €	1,07	59,8%	1,0%	383.694	2.726 €	1,20	39,7%	42,3%
209,1 Binnenschädigung des Knies	6.276	2.935 €	0,63	31,7%	7,7%	90.098	2.400 €	1,20	26,2%	39,5%
210 Osteoarthritis, Gelenk nicht weiter spezifiziert	1.605	4.562 €	0,88	40,5%	1,2%	183.291	3.192 €	1,14	27,3%	54,8%
211 Gehbehinderung mit langzeitiger Abhängigkeit vom Rollstuhl	3	13.723 €	3,55	15,3%	0,2%	1.349	12.846 €	4,37	88,1%	65,8%
212 Nicht näher bezeichneter Rückenschmerz und andere Schmerzzustände / Erkrankungen des Rückens / Nackens	5.896	5.034 €	1,04	62,5%	0,7%	994.283	2.233 €	1,06	34,4%	50,2%
213 Erkrankungen der Weichgewebe (Tendinitis, Bursitis, Muskelerkrankungen)	9.225	3.629 €	0,77	45,3%	1,9%	671.387	2.278 €	1,12	36,6%	40,9%
214 Senkfuß / Plattfuß, erworbene Zehendeformitäten	2.803	2.896 €	0,61	24,0%	3,1%	108.314	2.462 €	1,07	15,2%	47,8%
215 Erworbene Gliedmaßenformitäten, exkl. Zehendeformitäten, exkl. Senkfuß / Plattfuß	372	4.927 €	1,41	56,8%	0,5%	105.281	2.331 €	1,19	27,0%	42,8%
216 Lippenpalte / Gaumenspalte	192	3.852 €	1,96	72,2%	16,4%	1.329	2.649 €	2,28	44,5%	54,2%
217 Andere angeborene muskuloskeletale Anomalien	895	3.254 €	1,43	67,4%	0,5%	226.209	2.040 €	1,12	27,7%	43,6%
218 Chondrodystrophie	-	- €	-	0,0%	0,0%	-	- €	-	0,0%	0,0%
219 Wirbelkörperluxation (Subluxation)	24	5.812 €	1,49	22,9%	2,2%	1.996	2.401 €	1,36	5,7%	26,3%
220 Myelodysplastische Syndrome	218	16.189 €	2,63	85,8%	20,4%	1.964	10.836 €	3,32	77,8%	66,0%
221 Andere / nicht näher bezeichnete Sichelzellenanämie	-	- €	-	0,0%	0,0%	88	3.484 €	1,73	1,3%	63,6%
222 Sichelzellenanämie mit Sichelzellenhämoglobin (Hb-S)	19	5.349 €	2,68	53,4%	12,9%	150	3.483 €	2,46	14,5%	68,0%
223 Erworbene hämolytische Anämie	121	9.280 €	1,86	61,4%	13,5%	1.085	7.077 €	2,82	61,8%	58,5%
224 Aplastische Anämie	232	17.334 €	3,62	94,8%	21,1%	1.833	11.343 €	3,97	85,8%	52,6%
225 (Echte) Hämophilie (angeborener Faktor VIII oder Faktor IX-Mangel)	34	91.776 €	28,48	100,0%	5,0%	810	36.514 €	20,53	100,0%	70,4%
226 Erkrankungen des Immunsystems (Alter > 17 Jahre)	64	11.903 €	2,81	78,2%	0,3%	18.841	3.169 €	1,81	54,0%	43,6%
227 Agranulozytose, septische Granulomatose, andere näher bezeichnete Erkrankungen der weissen Blutkörperchen, Alter 18 und älter	257	16.361 €	3,25	93,2%	5,5%	6.928	6.806 €	2,85	78,2%	42,1%
228 Erkrankungen des Immunsystems / Erkrankungen der weissen Blutkörperchen (Alter < 18 Jahre)	157	8.161 €	4,34	96,1%	0,8%	15.610	1.128 €	1,52	34,8%	33,2%
229 Polycythaemia rubra vera	40	6.059 €	1,02	14,5%	1,7%	3.429	4.027 €	1,47	13,0%	65,5%
230 Thalassämien und andere erbliche hämolytische Anämien	40	13.710 €	4,81	92,6%	2,1%	3.238	2.856 €	1,76	31,0%	65,4%
231 Sideroblastische / Sideroachrestische Anämie	33	17.644 €	2,90	71,0%	9,7%	498	7.024 €	2,66	46,0%	45,4%
232 Störungen der Blutgerinnung, exkl. angeborener Faktor VIII und Faktor IX-Mangel	679	8.966 €	1,53	70,2%	2,7%	32.314	5.580 €	1,86	59,8%	60,4%
233 Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung	514	8.499 €	2,15	84,2%	4,3%	15.646	5.573 €	2,10	64,8%	52,7%
234 Myelofibrose und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes	41	12.610 €	2,13	53,8%	6,5%	1.630	6.151 €	2,27	48,0%	51,2%
235 Eisenmangel und andere / nicht näher bezeichnete Anämien	2.519	10.369 €	1,86	86,8%	3,1%	135.773	5.654 €	2,44	84,6%	48,1%
236 Megaloblastische Anämie und andere Mangelanämien (perniziöse Anämie / Folsäuremangel)	297	6.559 €	1,12	39,0%	2,9%	12.205	4.770 €	1,55	34,0%	69,7%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
237 Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der weissen Blutkörperchen	41	10.277 €	2,31	58,4%	0,4%	17.892	3.686 €	1,78	52,2%	30,3%
238 Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes	56	10.000 €	1,98	54,4%	0,2%	31.391	3.564 €	1,39	31,4%	33,2%
239 Vorübergehende organische Psychose (akute exogene Reaktionstypen) (Delir / Wahn / Halluzination)	957	8.956 €	1,54	73,6%	19,4%	6.522	7.656 €	2,31	64,9%	60,2%
240 Toxische / nicht näher bezeichnete Enzephalopathie	92	10.752 €	2,16	68,1%	4,0%	4.602	7.246 €	2,27	59,4%	63,7%
241 Visuelle Verknennung / Desorientierung / Halluzinationen	6	4.020 €	0,72	2,5%	2,2%	417	5.986 €	2,07	15,4%	37,6%
242 Halluzinationen, nicht anderweitig bezeichnet	4	11.328 €	1,85	6,0%	0,6%	1.151	7.857 €	2,28	43,3%	42,1%
243 Infektionen des Zentralnervensystems durch slow virus	9	7.784 €	1,55	11,6%	9,7%	256	8.081 €	3,03	48,1%	54,7%
244 Unkomplizierte / nicht näher bezeichnete Demenz	671	7.134 €	1,13	48,2%	2,2%	54.924	6.473 €	1,59	52,4%	72,0%
245 Demenz mit Delir	728	7.272 €	1,15	50,2%	64,6%	779	8.271 €	1,95	20,0%	53,0%
248 Demenz bei anderen Erkrankungen und bei hirnorganischem Psychosyndrom	1.164	8.233 €	1,34	65,3%	2,8%	61.934	6.437 €	1,75	59,6%	72,8%
249 Degenerative Hirnerkrankungen / Morbus Alzheimer	748	7.408 €	1,20	54,2%	4,5%	25.431	5.901 €	1,51	38,5%	71,3%
250 Normotensiver Hydrozephalus	388	9.872 €	1,97	78,5%	14,5%	3.095	8.069 €	3,74	86,6%	72,0%
252 nicht-psychotische organische Störung (z.B. organische affektive Störung / Organische Persönlichkeitsstörung)	485	8.390 €	1,57	67,2%	2,4%	26.544	6.312 €	2,02	66,5%	66,1%
253 Anderer / nicht näher bezeichneter Krankheitszustand des Zentralnervensystems	459	6.418 €	1,57	66,2%	1,8%	32.574	4.589 €	1,90	62,2%	47,6%
254 Senilität ohne Psychose	2	3.694 €	0,58	1,8%	0,3%	4.324	5.803 €	1,43	12,9%	48,8%
255 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2.883	6.352 €	1,56	81,7%	39,0%	6.319	6.406 €	2,86	77,6%	58,0%
256 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen außer Alkohol	747	7.605 €	2,44	89,7%	27,9%	2.524	6.682 €	4,51	92,4%	42,0%
257 Alkoholabhängigkeit	5.052	5.810 €	1,51	82,4%	16,7%	33.228	4.755 €	2,43	78,5%	68,6%
258 Drogenabhängigkeit	2.271	6.949 €	2,47	94,4%	20,3%	12.938	5.865 €	3,85	93,3%	69,1%
259 Schädlicher Gebrauch von Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom, exkl. Alkohol und Tabak	639	6.922 €	2,22	86,4%	7,3%	10.257	5.452 €	3,22	85,7%	53,3%
260 Schädlicher Gebrauch von Alkohol ohne Abhängigkeitssyndrom	4.218	4.412 €	1,31	74,9%	20,0%	22.090	4.770 €	2,50	76,9%	54,2%
261 Schädlicher Gebrauch von Tabak	29	6.733 €	1,60	29,7%	0,0%	106.564	2.637 €	1,51	52,8%	52,7%
262 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	4.783	10.888 €	3,07	97,2%	19,9%	25.451	6.455 €	3,30	90,2%	83,8%
263 Bipolare affektive Störungen	914	9.850 €	2,36	89,6%	8,7%	11.916	5.102 €	2,40	71,6%	67,1%
264 Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen (major depressive disorders)	6.312	7.254 €	1,73	88,2%	7,4%	107.889	4.261 €	1,85	69,0%	67,5%
265 Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn	306	9.572 €	2,13	80,8%	6,0%	6.566	6.326 €	2,57	71,7%	65,9%
266 Suizidversuch / Selbstbeschädigung	86	6.645 €	2,27	70,8%	20,5%	312	8.285 €	5,23	86,5%	36,2%
267 reaktive und andere / nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose / akute vorübergehende psychotische Störung	444	7.312 €	2,17	83,8%	2,4%	21.419	6.088 €	2,80	82,2%	62,3%
268 Persönlichkeitsstörungen und dissoziative Störungen	1.630	9.082 €	3,33	96,6%	4,6%	43.701	4.080 €	2,55	81,3%	56,8%
269 Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen, exkl. major depressive disorders und bipolare Störungen	3.222	5.734 €	1,43	77,8%	1,1%	363.505	3.623 €	1,61	66,8%	63,4%
270 Panikstörung / Panikattacken	574	4.689 €	1,31	56,9%	3,2%	25.757	3.262 €	1,99	64,4%	52,6%
271 Generalisierte Angststörung	255	5.811 €	1,65	63,6%	1,0%	35.885	3.445 €	1,77	57,0%	51,8%
272 Somatoforme Störungen / Dissoziative Störungen	2.345	4.912 €	1,36	73,3%	0,9%	317.718	2.539 €	1,32	47,4%	46,4%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
273 Phobische Störungen	348	5.149 €	1,69	69,4%	1,0%	40.753	2.569 €	1,47	40,4%	38,8%
274 Zwangsstörungen	154	7.388 €	2,37	79,3%	3,4%	6.273	3.237 €	2,14	57,7%	65,6%
275 Anorexia nervosa / Bulimia nervosa	316	7.587 €	3,50	95,0%	7,6%	5.341	3.525 €	3,13	80,5%	64,5%
276 Posttraumatische Belastungsstörung	387	8.418 €	3,03	93,4%	6,3%	8.551	4.178 €	2,84	79,3%	56,4%
277 Andere und nicht näher bezeichnete neurotische Störungen	37	3.079 €	0,99	12,8%	0,2%	19.677	2.768 €	1,51	36,1%	50,5%
278 Andere und nicht näher bezeichnete Angstzustände	227	4.795 €	1,37	48,6%	0,3%	98.525	3.339 €	1,66	59,3%	38,8%
279 Störungen der Geschlechtsidentität und Störungen der Sexualpräferenz	37	6.812 €	2,18	53,2%	0,1%	60.176	2.482 €	1,14	15,8%	41,4%
281 Andere psychische Erkrankungen	780	3.177 €	0,96	39,3%	0,8%	126.595	2.745 €	1,46	50,4%	40,0%
282 Ticstörungen	56	2.634 €	1,17	22,8%	0,9%	6.179	2.054 €	1,30	9,6%	30,2%
283 Akute Belastungsreaktion	1.072	4.640 €	1,51	73,4%	1,4%	87.751	2.688 €	1,57	54,5%	28,0%
284 Anpassungsstörung, exkl. prolongierte depressive Störung	2.482	4.865 €	1,51	78,8%	4,5%	64.695	3.012 €	1,83	65,3%	42,8%
285 Verhaltensstörung / Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	45	5.880 €	2,03	52,2%	4,1%	1.585	3.469 €	2,51	56,8%	50,5%
286 Schwerste Intelligenzminderung	9	9.345 €	3,54	52,8%	0,7%	1.493	5.516 €	3,84	82,8%	70,1%
287 Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom / chromosomale Deletionen / autosomale Anomalien	8	6.173 €	3,14	40,8%	2,0%	484	5.125 €	3,97	76,2%	51,9%
288 Schwere Intelligenzminderung	39	6.466 €	2,03	48,8%	1,1%	3.385	4.019 €	2,62	68,9%	73,7%
289 Mittelgradige Intelligenzminderung	119	8.527 €	2,64	82,1%	2,6%	5.335	3.877 €	2,61	71,3%	75,4%
290 Autismus / Asperger-Syndrom Rett-Syndrom / atypische kindliche Psychose / desintegrative Psychose	84	8.786 €	4,08	93,6%	3,5%	3.065	3.383 €	3,76	86,9%	64,3%
291 Leichte Intelligenzminderung	178	6.205 €	2,34	80,2%	0,9%	19.880	3.568 €	2,49	76,5%	71,0%
292 Morbus Down	31	6.564 €	2,85	68,4%	1,0%	2.772	2.608 €	2,30	55,4%	85,5%
293 Prader-Willi-Syndrom / Syndrom des fragilen X-Chromosoms	2	7.812 €	4,08	7,8%	1,4%	99	2.566 €	2,49	10,5%	59,6%
294 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1.125	3.350 €	1,59	76,0%	3,0%	44.126	2.089 €	2,15	73,3%	43,5%
295 Umschriebene Entwicklungsstörung	314	3.317 €	1,75	70,5%	0,5%	82.470	1.584 €	1,92	69,6%	50,3%
296 Nicht näher bezeichnete Chromosomenanomalien und angeborene Malformationssyndrome, nicht andernorts klassifiziert	10	6.460 €	3,26	49,4%	0,6%	1.237	4.603 €	3,44	75,8%	47,3%
297 Gonosomale Chromosomenanomalien (z.B. Klinefelter-Syndrom / Turner-Syndrom)	16	3.781 €	1,84	26,1%	1,2%	841	3.863 €	3,13	68,1%	80,6%
298 Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen	433	4.018 €	1,88	77,3%	2,6%	24.109	1.990 €	2,49	78,0%	67,0%
299 Motoneuronerkrankungen (einschließlich Amyotrophe Lateralsklerose) und spinalen Muskelatrophien	166	20.595 €	4,04	95,4%	16,2%	1.322	10.859 €	4,27	87,6%	71,0%
301 Quadriplegie, inkomplett oder nicht näher bezeichnet	164	18.095 €	4,23	95,8%	4,0%	4.531	12.407 €	6,90	97,3%	77,2%
302 Quadriplegie, (C1-C7), vollständig	29	18.973 €	5,21	92,1%	6,5%	641	18.588 €	10,59	98,4%	69,0%
303 Supranukleär deafferentierter Zustand (Locked-in-Syndrom)	3	47.062 €	11,89	83,0%	6,5%	33	24.685 €	12,06	95,6%	60,6%
304 Vollständiges traumatisches zervikale Rückenmarksläsion (C1-C7)	6	52.765 €	15,65	97,4%	60,0%	26	34.308 €	20,05	98,0%	50,0%
305 Angeborene / kindliche Diplegie / Paraplegie	25	9.791 €	5,05	90,1%	5,3%	808	5.537 €	4,50	86,8%	68,2%
306 Paraplegie	187	14.615 €	2,94	88,5%	7,6%	3.797	11.243 €	4,85	95,0%	69,2%
307 Vollständige traumatische thorakale Rückenmarksläsion (Th1-Th12)	8	30.841 €	8,38	91,7%	44,4%	22	36.488 €	21,31	98,1%	59,1%
308 Spinozerebellare Erkrankungen, einschließlich Friedreich-Ataxie	62	10.693 €	2,28	64,8%	4,7%	1.888	5.698 €	2,07	40,9%	64,3%
309 Syringomyelie, vaskuläre, andere / nicht näher bezeichnete Erkrankung des Rückenmarks	239	12.400 €	2,46	84,4%	4,4%	6.885	6.554 €	2,41	68,6%	54,5%
310 Läsionen der Cauda equina	31	13.951 €	2,85	68,2%	6,4%	616	9.552 €	3,91	77,7%	58,1%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
311 Spina bifida, Hydrozephalus, andere angeborene Anomalien des Nervensystems	159	8.150 €	3,44	92,0%	4,2%	3.998	5.614 €	4,39	93,2%	65,2%
315 Spätfolgen von traumatischen Läsionen des Rückenmarks	-	- €	-	0,0%	0,0%	33	21.243 €	10,81	94,4%	69,7%
316 Traumatische Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. schwere zervikale / thorakale Läsion	36	14.769 €	3,24	78,0%	8,3%	368	7.777 €	3,65	69,2%	45,7%
317 Schwere zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. vollständige Läsion	33	28.295 €	5,32	94,1%	33,8%	140	16.817 €	8,24	95,2%	50,7%
318 Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)	32	4.076 €	1,14	15,7%	3,3%	1.527	4.943 €	2,41	53,3%	59,7%
319 Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)	33	10.346 €	4,90	91,3%	12,3%	321	6.746 €	9,30	96,9%	62,6%
320 Erkrankungen des autonomen Nervensystems	167	7.595 €	1,31	43,2%	4,3%	4.304	4.700 €	1,84	39,2%	58,6%
321 Periphere Neuropathie / Myopathie	535	6.857 €	1,35	57,6%	1,2%	55.061	6.025 €	1,95	68,8%	66,8%
322 Entzündliche / toxische Neuropathie, exkl. diabetischer Neuropathie	538	10.329 €	1,92	80,0%	7,2%	10.693	7.485 €	2,60	75,4%	65,6%
323 Diabetische Neuropathie	185	10.103 €	1,78	64,2%	1,4%	19.629	7.247 €	2,24	70,9%	73,4%
324 Erkrankungen der motorischen Endplatte / Myasthenia gravis	121	13.865 €	2,70	82,5%	3,5%	4.168	4.199 €	1,57	20,5%	63,1%
325 Multiple Sklerose / andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems	1.683	11.728 €	3,33	96,8%	19,0%	10.557	8.531 €	4,69	95,8%	84,9%
326 Idiopathischer Morbus Parkinson	1.447	11.756 €	1,87	84,6%	27,2%	24.424	7.166 €	1,89	58,6%	82,8%
327 Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen	98	11.146 €	2,04	64,4%	12,9%	888	6.766 €	2,52	49,8%	73,4%
328 Epilepsie (Alter > 17 Jahre)	4.602	7.631 €	1,70	86,1%	13,7%	38.905	5.425 €	2,53	80,2%	81,9%
329 Anfälle, exkl. Fieberkrämpfe	971	6.417 €	1,73	79,0%	21,7%	5.495	6.690 €	3,32	84,1%	39,8%
330 Epilepsie (Alter < 18 Jahre)	1.052	5.791 €	2,92	95,2%	22,6%	5.113	4.789 €	6,86	97,4%	77,0%
331 Hypoxischer Hirnschaden, Hirnödem, Hirnstammkompression (nicht-traumatisch)	124	17.346 €	3,76	93,7%	14,2%	1.407	12.549 €	6,14	96,0%	65,5%
332 Koma, nicht-traumatisch	4	17.096 €	3,22	20,6%	5,6%	20	2.334 €	1,04	0,5%	60,0%
333 Apallisches Syndrom / persistent vegetative state	19	24.767 €	5,44	89,4%	7,6%	757	22.915 €	9,05	97,7%	63,4%
334 Postherpetisches Neuralgie / andere neurologische Komplikationen des Herpes zoster	308	6.119 €	1,09	38,1%	6,7%	6.205	4.054 €	1,33	11,2%	40,0%
335 Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen	537	6.785 €	1,38	59,4%	1,7%	41.469	4.050 €	1,56	46,8%	59,3%
336 Migräne-Kopfschmerz	975	1.988 €	0,67	21,4%	0,8%	143.789	1.694 €	1,06	16,8%	63,8%
337 Trigeminusneuralgie	209	5.783 €	1,17	38,2%	1,9%	13.009	3.313 €	1,36	19,3%	49,1%
338 Erkrankungen des Nervus facialis, einschließlich idiopathischer Fazialislähmung	848	3.314 €	0,76	26,6%	10,8%	8.797	4.726 €	1,78	43,8%	56,6%
339 Andere Hirnnervenerkrankungen	39	6.550 €	1,42	27,6%	1,5%	2.622	4.347 €	1,81	30,6%	36,6%
340 Erkrankungen der Nervenwurzeln / Plexus	2.519	5.263 €	1,05	56,0%	0,8%	503.825	2.439 €	1,12	34,9%	46,9%
341 Andere näher bezeichnete Neuropathien	66	3.343 €	0,73	9,7%	0,9%	8.520	2.958 €	1,41	17,6%	28,5%
342 Läsionen von Nervenwurzeln / Plexus	644	4.597 €	1,06	44,4%	11,5%	8.879	3.421 €	1,55	30,0%	37,7%
343 (Mono)neuropathie an der oberen Extremität (z.B. Karpaltunnelsyndrom)	1.927	4.407 €	0,89	43,0%	2,1%	97.983	2.768 €	1,29	35,4%	38,6%
344 (Mono)neuropathie der unteren Extremität	235	4.750 €	1,06	34,8%	2,2%	16.354	4.168 €	1,70	45,7%	45,1%
345 Unwillkürliche Bewegungen, nicht andersorts klassifiziert (z.B. nicht anderweitig klassifizierte Krämpfe / Tremor)	60	4.664 €	1,32	29,6%	0,3%	38.865	3.660 €	1,52	43,6%	42,6%
346 Nervenverletzungen, exkl. Verletzungen des Rückenmarks und des Gehirns	210	3.294 €	0,99	28,5%	8,8%	2.650	3.992 €	1,86	34,2%	35,2%
347 Status: Tracheostoma / Komplikationen der Tracheostomie	50	15.006 €	3,12	80,9%	7,2%	1.257	32.374 €	11,56	99,0%	64,1%
348 Abhängigkeit vom Beatmungsgerät	2	21.918 €	6,03	18,5%	0,8%	493	14.712 €	5,16	88,6%	50,1%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
349 Atemstillstand	14	1.329 €	0,45	2,4%	14,0%	248	8.903 €	3,05	48,4%	25,4%
350 Herzstillstand / Schock	371	8.986 €	1,73	71,8%	11,5%	10.808	5.845 €	2,19	65,2%	20,7%
351 Akutes Lungenödem nicht anderweitig klassifiziert	119	17.375 €	2,87	85,0%	6,6%	3.058	11.502 €	2,98	75,0%	20,4%
352 Posttraumatisches / postoperatives Störung des Gasaustauschs, einschließlich adult respiratory distress syndrom (ARDS)	42	12.510 €	2,71	71,3%	3,2%	1.844	7.120 €	2,61	61,4%	25,5%
353 Lungenversagen	912	15.811 €	2,90	94,9%	10,9%	12.873	8.135 €	2,72	79,4%	50,9%
354 Hypertensive Herzerkrankung, mit Herzinsuffizienz	1.161	8.292 €	1,36	66,4%	4,5%	26.208	5.329 €	1,53	40,0%	68,0%
355 Hypertensive Herz / Nierenerkrankung, mit Herzinsuffizienz	46	6.985 €	1,15	20,2%	4,3%	839	6.844 €	2,00	23,7%	70,2%
356 Erkrankung der Lungengefäße, exkl. Lungenembolie	335	16.552 €	3,03	92,5%	4,9%	10.729	7.904 €	2,34	69,8%	61,6%
357 Kardiomyopathie / Myokarditis	1.360	8.928 €	1,71	81,4%	7,1%	24.953	6.092 €	2,03	66,1%	71,0%
358 Herzinsuffizienz	10.992	9.659 €	1,55	86,5%	11,4%	151.270	6.044 €	1,60	58,5%	74,6%
359 Akuter Myokardinfarkt	7.283	6.990 €	1,19	73,7%	40,9%	17.161	6.918 €	2,12	66,9%	64,5%
360 Myokardinfarkt, Fortführung der Behandlung oder nicht näher spezifiziert	45	8.371 €	1,34	26,2%	7,8%	1.048	6.466 €	1,92	23,0%	63,5%
361 Instabile Angina pectoris und andere akute Koronarerkrankungen	7.936	6.416 €	1,09	68,0%	39,9%	14.179	5.900 €	1,75	47,7%	58,1%
362 Postmyokardinfarkt-Syndrom	21	8.509 €	1,43	20,0%	5,8%	604	6.729 €	2,22	30,5%	66,1%
363 Alter Myokardinfarkt	92	7.026 €	1,18	28,8%	0,4%	24.740	6.128 €	1,81	56,4%	69,1%
364 Angina pectoris	7.849	5.768 €	0,99	61,2%	12,5%	59.133	4.213 €	1,40	38,8%	47,5%
365 Koronarsklerose und andere chronisch-ischämische Koronarerkrankungen	10.041	6.324 €	1,05	66,9%	4,1%	279.899	5.113 €	1,45	55,0%	83,5%
366 Koronar- (Arterien-) Aneurysma	7	5.139 €	1,10	4,1%	2,8%	139	6.110 €	1,96	4,0%	50,4%
367 Akute Endokarditis / Myokarditis	269	10.109 €	2,12	79,2%	22,6%	1.182	6.126 €	2,70	58,9%	46,4%
368 Perikarditis und andere Erkrankungen des Perikards	333	7.588 €	1,54	61,6%	10,6%	3.499	5.773 €	2,46	64,1%	41,6%
369 Kardiovaskuläre Syphilis	1	3.886 €	0,68	0,0%	0,4%	539	5.191 €	1,64	5,4%	53,6%
370 Rheumatisches Fieber / rheumatische Herzerkrankung	41	6.904 €	1,60	35,7%	1,4%	3.527	3.250 €	1,55	16,6%	39,4%
371 Endokarditis an der Mitralklappen- oder Aortenklappen	2.148	7.489 €	1,26	66,8%	3,0%	101.480	4.763 €	1,55	54,4%	63,4%
372 Erkrankungen der Mitralklappen- oder Aortenklappen	125	11.033 €	2,35	76,9%	0,8%	24.812	5.153 €	1,80	55,3%	53,9%
374 Angeborene Herzfehler	86	8.434 €	4,05	93,3%	5,3%	2.400	3.861 €	2,33	55,2%	50,2%
375 Aortenatresie / -stenose und andere angeborene Aortenfehler	64	7.372 €	2,69	76,1%	1,3%	6.099	6.191 €	1,88	44,9%	68,1%
376 Schwere angeborene Anomalie des Herzens / des Gefäßsystems (Alter > 17 Jahre)	13	4.446 €	1,59	17,3%	3,2%	537	3.687 €	1,89	12,6%	53,8%
377 Schwere angeborene Anomalie des Herzens / des Gefäßsystems (Alter < 18 Jahre)	29	9.342 €	5,28	92,9%	14,8%	297	4.901 €	6,69	94,5%	62,6%
378 Andere und nicht näher bezeichnete angeborene Anomalie des Herzens / des Gefäßsystems	341	6.662 €	2,62	88,4%	6,5%	5.651	3.589 €	2,41	67,6%	49,4%
379 Ventrikelseptumdefekt	134	5.185 €	2,69	83,3%	4,2%	3.185	2.934 €	2,72	70,4%	60,6%
380 Vorhofseptumdefekt	254	3.600 €	1,11	37,4%	5,1%	5.874	3.327 €	2,20	59,2%	58,4%
381 Situs inversus / Kartagener-Syndrom	6	20.912 €	8,27	87,6%	0,0%	273	4.254 €	2,14	13,6%	68,5%
382 Hypertensive Nierenerkrankung, ohne Niereninsuffizienz	24	5.701 €	1,24	15,6%	0,6%	3.834	13.798 €	4,44	93,7%	68,9%
383 Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung, ohne Herzinsuffizienz oder Niereninsuffizienz	14	6.767 €	1,19	10,1%	0,5%	2.941	4.627 €	1,53	14,2%	61,0%
384 Hypertensive Enzephalopathie	209	4.826 €	0,82	20,4%	14,5%	1.262	5.441 €	1,64	11,4%	59,6%
385 Hypertensive Herzerkrankung, ohne Herzinsuffizienz	2.130	4.524 €	0,80	36,9%	3,3%	72.957	4.311 €	1,38	39,4%	63,2%
387 Essentielle Hypertonie	8.120	4.860 €	0,87	52,9%	1,1%	1.047.787	3.193 €	1,12	39,6%	86,0%
388 Maligne Hypertonie	340	6.485 €	1,18	44,5%	3,3%	9.672	4.090 €	1,41	19,4%	61,5%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
389 Sekundärer Hypertonus	61	10.700 €	2,39	68,9%	0,3%	24.471	5.751 €	2,05	67,0%	62,4%
390 Atrioventrikulärer Block, vollständig (kompletter AV-Block / AV-Block III. Grades)	693	7.226 €	1,16	50,9%	20,4%	3.902	6.858 €	1,85	38,6%	59,9%
391 Vorhoffarrhythmie	9.634	5.565 €	0,96	60,6%	13,2%	95.122	5.856 €	1,66	58,4%	73,4%
392 Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	673	8.027 €	1,40	63,3%	22,1%	3.559	6.588 €	2,27	57,4%	57,7%
393 Sinuatriale Blockierungen, einschließlich Sinusknotensyndrom ("sick sinus syndrome")	1.157	6.522 €	1,04	48,1%	14,6%	8.692	5.975 €	1,60	33,0%	65,8%
394 Andere Reizleitungsstörungen / Arrhythmien	1.495	5.430 €	1,04	51,3%	0,9%	214.692	3.693 €	1,29	42,2%	59,8%
395 AV-Block II. Grades (Typ Wenckebach oder Typ Mobitz)	384	5.392 €	0,85	25,6%	17,7%	2.571	5.639 €	1,61	17,0%	57,9%
396 Extrasystolen	449	3.874 €	0,75	21,7%	1,0%	54.107	3.400 €	1,14	15,3%	53,9%
397 Andere und nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	171	5.855 €	1,15	35,0%	0,5%	40.159	3.541 €	1,39	35,0%	44,7%
398 Kardiomegalie (Herzvergrößerung)	57	4.053 €	0,79	10,5%	0,5%	16.475	4.713 €	1,53	35,6%	55,9%
399 Zerebrale Blutung	1.521	8.816 €	1,60	78,6%	34,2%	5.354	9.426 €	3,23	82,0%	60,7%
400 Verschuß präzerebraler oder zerebraler Arterien mit Hirninfarkt	6.473	7.664 €	1,26	75,3%	64,2%	6.556	9.038 €	2,72	75,2%	67,6%
401 Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht näher bezeichnet	3.642	7.797 €	1,26	72,8%	14,8%	35.201	7.843 €	2,20	73,4%	66,5%
402 Verschuß präzerebraler oder zerebraler Arterien ohne Hirninfarkt	1.851	6.304 €	1,02	52,1%	5,5%	42.119	5.287 €	1,56	46,4%	63,6%
403 Transiente ischämische Attacke	5.266	6.123 €	1,01	59,2%	21,2%	23.696	5.169 €	1,48	35,8%	61,8%
404 Hirnarteriosklerose, ischämische oder andere näher bezeichnete zerebrovaskuläre Erkrankung	1.223	6.992 €	1,15	55,4%	2,7%	55.327	4.825 €	1,32	32,4%	64,1%
405 Hirnarterienaneurysma / AV-Malformation, nichtrupturiert	202	6.189 €	1,41	49,2%	27,3%	805	6.670 €	2,53	49,2%	60,5%
406 Nicht näher bezeichnete zerebrovaskuläre Erkrankung	138	7.751 €	1,31	40,1%	0,5%	28.217	4.901 €	1,29	21,8%	73,3%
407 Hemiplegie und Hemiparese	337	9.046 €	1,67	67,6%	2,2%	22.531	9.077 €	2,79	82,5%	75,8%
408 Angeborene / kindliche Hemiplegie (Zerebralparese)	11	5.819 €	2,79	42,5%	3,2%	386	6.817 €	4,87	84,9%	59,3%
410 Monoplegie, andere oder nicht näher bezeichnete zentrale Lähmung	142	14.214 €	6,35	97,8%	2,3%	4.810	6.141 €	4,68	94,9%	69,5%
411 Diplegie der oberen Extremität, Monoplegie, andere und nicht näher bezeichnete Lähmungen	134	7.892 €	1,64	54,8%	2,8%	6.709	6.962 €	2,74	75,6%	56,0%
416 Hemineglect	6	5.171 €	0,90	3,0%	1,7%	264	12.523 €	4,82	80,6%	57,6%
417 Aphasie (Sprachstörungen / Sprachverständnisstörungen)	55	7.043 €	1,30	27,3%	1,5%	6.059	10.065 €	3,10	80,8%	68,4%
418 Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, nicht näher bezeichnet	104	10.954 €	1,83	57,8%	0,8%	15.221	7.647 €	2,16	67,4%	67,8%
420 Gangrän, nicht näher spezifiziert und Gasbrand	103	10.896 €	1,89	60,0%	3,1%	4.599	12.998 €	4,01	90,6%	31,9%
421 Lungenembolie	1.540	6.606 €	1,18	58,9%	33,3%	5.755	7.199 €	2,32	63,8%	62,5%
422 Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus	703	13.749 €	2,22	86,9%	74,4%	758	18.594 €	5,17	91,6%	40,2%
423 Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän	1.162	15.406 €	2,49	92,4%	80,6%	800	21.166 €	5,85	94,8%	44,0%
424 Rupturiertes Aortenaneurysma	149	6.839 €	1,19	35,8%	43,5%	278	7.985 €	2,35	21,6%	54,3%
425 Arterielle Embolie und Thrombose	684	8.839 €	1,50	68,6%	18,5%	5.693	7.518 €	2,40	67,2%	54,5%
426 Mesenterialarterieninfarkt	295	10.185 €	1,71	67,0%	65,6%	356	8.540 €	3,12	56,0%	43,8%
427 Gefäßerkrankungen der Niere (Embolie, Parenchymblutung, Nierenvenenthrombose, Niereninfarkt)	29	9.097 €	1,89	38,9%	10,0%	457	8.951 €	2,94	54,6%	67,2%
428 Atherosklerose / Arteriosklerose der großen Gefäße	184	6.523 €	1,18	37,3%	1,1%	22.586	4.542 €	1,35	24,5%	64,8%
429 Aortenaneurysma, ohne Erwähnung einer Ruptur	767	6.690 €	1,06	45,7%	8,5%	13.929	5.920 €	1,65	41,8%	72,6%
430 Arteriell Aneurysma, exkl. der Aorta	295	8.048 €	1,39	54,0%	11,6%	3.346	7.453 €	2,46	63,2%	58,9%
431 Näher bezeichnete Erkrankung peripherer Gefäße	370	9.084 €	1,65	67,7%	0,5%	96.430	3.607 €	1,26	32,6%	65,6%
432 Nicht näher bezeichnete Erkrankung peripherer Gefäße	321	9.081 €	1,53	60,4%	0,6%	72.754	6.404 €	1,86	67,7%	73,0%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
433 Arterienstriktur und andere / nicht näher bezeichnete Erkrankungen von Arterien	242	8.501 €	1,63	62,2%	4,4%	7.582	6.984 €	2,31	66,6%	55,8%
434 Hereditäre Teleangiectasie (Morbus Osler-Rendu-Weber)	28	12.604 €	2,40	54,6%	4,9%	753	3.213 €	1,44	3,4%	38,0%
435 Tiefe Venenthrombose	1.969	6.027 €	1,14	58,6%	16,4%	13.378	5.180 €	1,81	50,6%	55,0%
436 Chronische oder nicht näher bezeichnete intestinale Durchblutungsinsuffizienz (Angina abdominalis)	165	11.250 €	1,83	64,5%	26,1%	887	6.607 €	2,32	41,6%	52,9%
437 Atherosklerose	4.269	8.070 €	1,36	77,0%	7,8%	66.659	5.355 €	1,55	50,9%	59,8%
438 Raynaud-Syndrom / andere periphere Gefäßkrankheit	43	4.111 €	0,96	13,0%	0,9%	7.448	3.136 €	1,31	11,3%	65,4%
439 Erkrankungen der Kapillaren, exkl. hereditäre Teleangiectasie	6	6.471 €	1,93	12,1%	0,1%	8.900	1.725 €	0,97	2,4%	20,8%
440 Thrombophlebitis, exkl. tiefer Venen und oberflächlicher Venen des Beins	794	5.457 €	1,08	47,6%	2,7%	40.308	4.603 €	1,75	57,3%	38,9%
441 Oberflächliche Phlebitis am Bein	141	5.867 €	1,09	29,8%	3,1%	5.575	4.165 €	1,58	25,3%	28,2%
442 Varizen	6.126	2.966 €	0,62	30,0%	2,5%	274.295	2.976 €	1,09	26,0%	68,9%
443 Nicht-infektiöse Erkrankungen des Lymphsystems	968	4.370 €	1,23	57,3%	1,8%	74.884	3.829 €	1,92	69,4%	35,2%
444 Hypotonie	1.736	5.413 €	1,08	54,9%	1,7%	126.236	2.100 €	1,21	30,9%	49,4%
445 Andere Erkrankungen des Gefäßsystems / Postthrombotisches Syndrom (chronisch venöse Insuffizienz)	202	6.761 €	1,42	49,6%	0,3%	82.738	3.120 €	1,35	37,7%	41,6%
446 Nicht anderweitig klassifizierte Blutung	26	11.904 €	2,49	55,3%	1,5%	4.639	4.524 €	2,11	54,2%	10,5%
447 Venöse Kompressionssyndrome	5	25.760 €	5,27	58,0%	6,4%	391	4.909 €	1,80	7,2%	40,4%
448 Andere näher bezeichnete Erkrankungen des Gefäßsystems	13	12.382 €	2,41	37,7%	0,2%	3.975	3.396 €	1,29	6,9%	47,1%
449 Mukoviszidose (Alter > 17 Jahre)	80	33.810 €	14,84	99,8%	18,4%	360	14.774 €	9,45	97,0%	58,1%
450 Mukoviszidose (Alter < 18 Jahre)	63	23.200 €	11,51	99,3%	26,5%	265	11.880 €	16,26	99,6%	72,8%
451 Emphysem / Chronische Bronchitis	6.115	9.413 €	1,57	84,9%	3,7%	220.784	3.803 €	1,41	51,4%	61,8%
452 Status asthmaticus (Alter > 17 Jahre)	194	7.666 €	1,88	69,8%	12,6%	1.460	5.358 €	2,28	46,6%	31,6%
453 Sarkoidose / Boeck-Krankheit	293	4.305 €	1,03	34,9%	8,1%	5.196	3.045 €	1,50	19,2%	76,8%
454 Bronchiektasen	73	8.694 €	1,78	51,6%	5,1%	1.859	5.204 €	2,00	37,0%	69,5%
455 Pneumokoniosen / Lungenerkrankungen durch näher bezeichnete externe Agentien (z.B. Pneumokoniose durch Kohlenstaub)	116	5.886 €	1,22	34,6%	3,6%	5.362	4.409 €	1,47	16,9%	64,8%
456 Lungenerkrankungen durch andere oder nicht näher bezeichnete externe Agentien	13	12.775 €	2,16	32,4%	3,9%	653	4.651 €	2,10	25,6%	55,3%
457 Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose	446	10.168 €	1,85	76,8%	14,3%	4.682	6.426 €	2,16	55,8%	62,1%
458 Löffler-Syndrom	21	4.768 €	0,98	9,3%	5,5%	495	6.229 €	2,56	42,4%	22,0%
459 Emphysem / Chronische Bronchitis (Alter < 18 Jahre)	186	2.900 €	1,59	56,6%	1,1%	20.646	1.031 €	1,40	28,8%	27,8%
460 Asthma bronchiale	1.358	3.928 €	1,21	59,7%	0,8%	228.076	2.249 €	1,33	45,0%	66,2%
461 Status asthmaticus (Alter < 18 Jahre)	110	2.015 €	1,05	24,4%	24,0%	511	1.746 €	2,35	34,6%	15,5%
462 Pneumonie durch Gram-negative Erreger / Staphylokokken-Pneumonie	414	15.386 €	2,95	92,8%	71,8%	262	10.410 €	4,86	80,9%	32,1%
463 Aspirationspneumonie (Mendelson-Syndrom)	525	13.232 €	2,37	87,7%	80,4%	612	14.944 €	4,27	81,6%	21,2%
464 Pneumokokkenpneumonie oder Pneumonie durch andere näher bezeichnete Bakterien	460	4.097 €	1,18	47,7%	43,5%	754	3.360 €	2,01	22,9%	12,2%
465 Pleuraempyem, Lungenabszess	245	7.178 €	1,44	54,1%	37,1%	780	9.807 €	4,09	81,4%	35,4%
466 Infektionen der Lunge durch Pilze oder Parasiten, exkl. Candida	9	12.917 €	2,58	34,0%	22,7%	67	15.391 €	6,78	83,8%	34,3%
467 Virale Pneumonie	244	3.592 €	1,64	62,8%	21,7%	826	4.520 €	2,35	42,0%	12,6%
468 Andere und nicht näher bezeichnete Pneumonie	9.685	6.489 €	1,36	81,8%	22,7%	45.261	4.457 €	2,19	74,4%	13,2%
469 Influenza mit Pneumonie	45	3.802 €	0,98	14,2%	1,1%	1.697	2.474 €	1,34	4,6%	12,8%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
470 Pleuritis, exkl. Pleuraerguß	331	5.709 €	1,21	45,6%	6,2%	6.047	4.034 €	1,65	31,6%	26,0%
471 Lungenstauung / hypostatische Pneumonie	147	13.454 €	2,14	74,2%	54,3%	431	12.486 €	3,18	59,7%	21,8%
472 Pleuraerguß	659	10.969 €	1,96	82,2%	20,8%	4.946	13.307 €	4,00	91,2%	29,9%
473 Pneumothorax (nicht Spannungspneumothorax)	328	2.869 €	0,79	21,6%	35,7%	999	6.562 €	3,28	72,1%	38,7%
474 Spannungspneumothorax (kollabierte Lunge)	56	5.157 €	1,29	27,2%	59,5%	46	5.680 €	3,13	13,2%	26,1%
475 Akute oder nicht näher bezeichnete Bronchitis und Bronchiolitis	4.470	4.786 €	1,25	73,0%	0,8%	592.299	1.741 €	1,11	35,2%	22,0%
476 Influenza ohne Pneumonie	275	2.429 €	0,78	20,1%	0,2%	49.023	1.380 €	1,01	8,1%	11,8%
477 Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der Lunge oder des respiratorischen Systems	484	7.359 €	1,54	65,6%	0,7%	112.423	1.551 €	1,21	29,6%	21,6%
478 Atelektasen / nicht mit Luft gefüllter Lungenabschnitt	32	10.452 €	2,03	45,4%	11,0%	510	7.480 €	2,75	50,2%	38,2%
479 Angeborene Anomalie der Lunge / des respiratorischen Systems	50	7.544 €	2,60	71,7%	9,1%	556	5.172 €	2,54	43,2%	40,3%
480 Fremdkörper in der Luftröhre / im Bronchus / in der Lunge	148	6.245 €	1,50	49,3%	20,6%	1.038	4.958 €	2,37	45,4%	11,8%
481 Blindheit beider Augen	2	18.650 €	4,08	8,0%	0,2%	6.388	5.581 €	1,78	40,5%	64,9%
482 Endophthalmitis	83	7.878 €	1,36	36,4%	13,5%	698	3.833 €	1,74	10,1%	34,5%
483 Kornealgeschwür / -abszess	195	6.709 €	1,27	42,6%	4,0%	6.161	2.332 €	1,20	6,1%	12,4%
484 Akute Entzündung der Orbita	56	1.876 €	0,63	5,7%	2,4%	4.011	1.968 €	1,09	2,8%	17,1%
485 Netzhautablösung	895	4.319 €	0,81	31,4%	14,2%	7.399	3.883 €	1,35	13,8%	48,8%
487 Glaskörperblutung	275	7.909 €	1,40	53,3%	9,2%	3.295	6.472 €	2,08	48,5%	42,7%
488 Diabetische Retinopathie	67	9.261 €	1,79	50,1%	0,4%	28.583	6.405 €	2,04	67,8%	58,6%
489 Vaskuläre Retinopathie, exkl. diabetischer Retinopathie	624	5.691 €	0,99	39,2%	0,9%	91.506	3.868 €	1,27	32,8%	46,7%
490 Netzhautblutung, Ödem	61	5.448 €	0,90	13,7%	1,2%	5.731	5.214 €	1,56	24,6%	44,4%
491 Netzhautriß ohne Netzhautablösung	105	2.725 €	0,49	4,6%	1,6%	7.787	2.904 €	1,05	3,2%	45,2%
492 Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der Netzhaut	207	4.235 €	0,74	16,0%	0,4%	84.864	3.417 €	1,15	20,8%	42,4%
493 Makuladegeneration	1.015	4.667 €	0,76	28,1%	2,1%	81.633	4.120 €	1,11	16,0%	56,3%
494 Retinitis pigmentosa, andere hereditäre Netzhautdystrophien	8	5.579 €	1,12	4,8%	0,2%	4.782	3.279 €	1,22	5,6%	48,4%
495 Anderes und nicht näher bezeichnetes Glaukom	464	5.670 €	1,02	38,4%	0,7%	73.395	3.615 €	1,14	17,7%	76,7%
496 Grenzwertig erhöhter Augeninnendruck	116	5.389 €	1,15	30,8%	0,3%	72.575	2.938 €	1,05	11,7%	43,4%
497 Weitwinkelglaukom	1.173	4.344 €	0,74	28,0%	2,3%	66.098	3.477 €	1,07	12,4%	82,8%
498 Primäres Engwinkelglaukom, nicht akut oder nicht näher bezeichnet	220	3.843 €	0,68	13,4%	4,1%	6.627	3.708 €	1,11	4,2%	72,3%
500 Katarakt	6.606	5.390 €	0,87	51,2%	2,2%	313.223	3.704 €	1,07	25,0%	51,1%
501 Diabetische Katarakt	9	5.818 €	1,11	5,2%	0,9%	1.012	5.167 €	1,58	8,2%	53,0%
502 Erkrankungen des Nervus opticus und der Sehbahn, einschließlich Optikusneuritis	403	4.544 €	1,02	36,6%	0,8%	67.175	3.399 €	1,17	20,4%	53,7%
503 Uveitis	169	3.613 €	0,82	18,8%	2,4%	8.473	3.297 €	1,41	18,1%	41,9%
504 Andere und nicht näher bezeichnete Augenerkrankungen	2.718	3.538 €	0,78	38,0%	0,4%	821.522	2.284 €	1,07	33,6%	35,8%
505 Refraktionsanomalien und Akkomodationsstörungen (z.B. Kurzsichtigkeit)	37	5.287 €	1,13	17,8%	0,0%	832.535	2.365 €	1,04	30,4%	35,9%
506 Sehverlust, ein Auge oder nicht näher bezeichnet	38	9.739 €	2,03	48,5%	0,1%	51.973	2.649 €	1,07	11,0%	32,4%
507 Sehverlust, beide Augen	8	13.642 €	3,19	42,0%	0,1%	21.438	2.894 €	1,15	10,6%	36,3%
508 Keratokonus	53	2.820 €	0,86	11,4%	2,5%	1.910	1.885 €	1,20	2,6%	41,0%
509 Kongenitale Anomalien des Auges	123	3.778 €	1,54	48,4%	0,8%	16.167	2.465 €	1,14	8,6%	39,0%
510 Offene Verletzung der Augenanhangsgebilde, Fremdkörper am äußeren Auge, Verbrennung am Auge / den Augenanhangsgebilden	104	1.883 €	0,54	5,6%	0,8%	17.125	1.339 €	0,84	1,6%	4,6%
511 Offene Verletzung des Augapfels, penetrierende Verletzung des Auges	100	3.846 €	0,88	17,0%	4,9%	2.395	2.572 €	1,15	2,5%	27,2%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
512 Perichondritis der Ohrmuschel	73	6.623 €	1,50	40,0%	3,6%	2.463	2.842 €	1,24	4,1%	17,0%
513 Otitis externa maligna	9	7.247 €	1,29	7,7%	2,3%	482	2.928 €	1,42	2,1%	14,3%
514 Mastoiditis und verwandte Krankheiten	122	3.518 €	1,10	28,4%	12,9%	1.182	3.048 €	1,57	9,0%	26,0%
515 Cholesteatom des Mittelohrs und Mastoids	468	2.027 €	0,53	10,9%	20,3%	2.216	3.115 €	1,35	6,0%	43,7%
516 Morbus Ménière	334	3.557 €	0,71	18,1%	5,7%	7.425	2.909 €	1,07	3,6%	61,3%
517 Erkrankungen des Kehlkopfs und der Stimmbänder	1.219	2.785 €	0,74	27,7%	3,4%	36.115	2.600 €	1,32	28,4%	23,9%
518 Stimmbandlähmung / Kehlkopfblähmung	84	8.666 €	1,62	47,2%	3,0%	3.849	6.300 €	2,26	57,6%	51,2%
519 Hörverlust	1.268	3.282 €	0,77	31,0%	0,8%	220.379	3.133 €	1,11	26,8%	39,8%
520 Andere Erkrankungen des Ohrs	1.171	2.303 €	0,59	19,0%	0,5%	302.796	2.141 €	1,05	22,2%	30,8%
521 Cerumenpfropf	11	5.627 €	1,58	14,6%	0,0%	195.581	2.464 €	1,01	14,6%	19,3%
522 Mittelohrentzündung, exkl. chronisch-eitrige Formen	890	2.200 €	0,87	35,2%	0,4%	230.049	1.325 €	1,09	23,4%	22,5%
523 Chronisch mesotympanale eitrige Otitis media	593	2.322 €	0,62	16,2%	8,1%	7.651	2.843 €	1,24	8,9%	38,7%
524 Schwindel, exkl. Morbus Ménière	2.533	3.221 €	0,62	24,1%	5,7%	54.185	3.039 €	1,16	16,5%	37,3%
525 Akute Infektion der Nasen-Rachen-Schleimhäute (z.B. grippaler Infekt)	4.417	2.197 €	0,84	45,8%	0,5%	981.866	1.255 €	0,99	26,9%	29,6%
526 Andere Erkrankungen der oberen Atemwege	11.723	1.271 €	0,51	23,0%	5,2%	255.567	1.878 €	1,21	37,2%	28,4%
527 Nasenpolypen / Allergische Rhinitis (z.B. Heuschnupfen)	204	1.913 €	0,47	5,4%	0,1%	272.647	1.441 €	1,02	17,4%	55,5%
528 Chronische Sinusitis	2.681	2.202 €	0,57	21,0%	2,3%	153.034	1.604 €	1,08	18,8%	22,7%
529 Erkrankungen der Zähne, des Zahnfleisch und des Kiefers (z.B. Gingivitis, Parodontitis apicalis)	1.846	4.815 €	1,27	66,0%	3,3%	66.134	1.697 €	1,34	35,3%	17,1%
530 Andere Erkrankungen der Mundhöhle / der Zunge / des Kiefers	634	3.032 €	0,82	28,2%	2,0%	38.828	2.418 €	1,41	36,2%	14,2%
531 Erkrankungen der Speicheldrüsen	405	3.876 €	0,90	30,2%	4,2%	10.922	3.384 €	1,53	30,8%	19,2%
532 Angeborene Anomalien des Ohrs, des Gesichts, des Halses, der Nase, des Mundes und des Rachens	606	1.174 €	0,48	9,6%	11,2%	4.748	1.967 €	1,59	24,2%	32,2%
533 Fremdkörper im Ohr / in der Nase / im Rachen / im Kehlkopf	75	2.119 €	0,65	7,6%	0,4%	15.140	2.190 €	1,06	5,3%	7,4%
534 Status nach Nierentransplantation / Komplikationen	153	28.896 €	7,05	98,4%	11,5%	1.563	22.948 €	11,79	99,4%	87,3%
536 Dialysestatus (inkl. Komplikationen)	615	47.714 €	8,41	99,4%	21,8%	4.015	43.760 €	14,76	99,8%	74,5%
537 Hypertensive Nierenerkrankung, mit Niereninsuffizienz	34	10.434 €	1,92	43,8%	1,9%	3.120	11.949 €	3,52	83,6%	66,9%
538 Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Niereninsuffizienz	31	10.023 €	1,61	32,1%	4,5%	1.024	9.281 €	2,82	61,2%	62,6%
539 Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nierenin- / Herzinsuffizienz	93	16.455 €	2,69	80,6%	14,8%	676	10.674 €	2,98	60,2%	59,0%
540 Akutes Nierenversagen	803	13.954 €	2,37	89,0%	62,5%	1.277	15.267 €	4,73	90,8%	44,6%
541 Chronisches Niereninsuffizienz	1.450	31.215 €	5,55	99,0%	4,6%	56.177	10.314 €	2,92	88,8%	75,8%
542 Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet	86	20.939 €	3,80	90,8%	0,4%	40.780	9.647 €	2,76	85,3%	66,8%
543 Nephritis	2.078	4.986 €	1,40	74,0%	6,4%	38.770	5.616 €	2,36	76,6%	49,8%
544 Hydronephrose / Harnstauungsniere, Verlegung des Ureters / der Blase, andere Obstruktion der Harnwege	2.851	6.171 €	1,27	70,6%	18,5%	18.379	5.444 €	2,03	63,0%	52,2%
545 Nephrolithiasis / Uretherstein / Blasenstein (z.B. Nierenstein)	5.007	2.842 €	0,65	31,8%	9,4%	60.777	3.266 €	1,25	27,2%	61,7%
546 Vesikoureteraler Reflux	133	3.841 €	1,85	62,9%	9,2%	1.460	4.150 €	2,82	66,2%	55,1%
547 Neurogene Blase	353	10.608 €	2,29	84,5%	1,8%	23.271	6.512 €	2,19	70,5%	56,5%
548 Harnröhrenstriktur	782	4.839 €	0,92	37,2%	8,0%	10.534	4.477 €	1,51	29,4%	53,9%
549 Blasenentleerungsstörung	360	7.679 €	1,28	49,8%	6,8%	9.354	8.860 €	2,60	74,9%	31,8%
550 Stuhlinkontinenz	96	7.136 €	1,45	41,2%	1,2%	13.609	7.922 €	2,41	73,2%	59,0%
551 Urininkontinenz	1.823	4.201 €	0,85	39,6%	1,6%	149.081	4.898 €	1,64	61,0%	58,5%
552 Zystitis, andere Infektionen der Harnwege	4.159	6.884 €	1,35	76,5%	2,7%	254.956	3.079 €	1,42	53,8%	26,4%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
553 Niereninfektion	289	7.845 €	1,56	60,8%	61,0%	303	8.098 €	3,09	53,4%	42,2%
554 Gestörte Nierenfunktion	86	20.289 €	5,12	96,4%	1,1%	12.087	12.947 €	4,38	95,3%	73,6%
555 Andere Erkrankungen der Harnwege	1.030	7.724 €	1,42	69,2%	1,5%	100.557	3.766 €	1,50	51,0%	37,9%
556 Nierenzysten	147	5.121 €	1,04	26,9%	0,3%	76.325	3.539 €	1,12	16,2%	67,2%
557 Angeborene Anomalien der Nieren / der Harnwege, exkl. Verlegungen / Zysten	359	3.347 €	1,64	66,6%	2,8%	14.307	3.225 €	1,48	30,2%	61,7%
559 Fremdkörper im Geschlechtstrakt / Harntrakt	30	4.529 €	1,02	12,2%	3,7%	1.297	5.126 €	2,34	47,8%	23,4%
560 Weibliche Unfruchtbarkeit	333	2.427 €	1,13	41,0%	2,0%	17.339	1.644 €	1,42	27,8%	41,6%
561 Entzündliche Beckenerkrankung (PID)	1.460	2.344 €	0,86	38,6%	6,6%	24.513	1.978 €	1,34	24,9%	20,0%
562 Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane	348	3.811 €	1,15	43,7%	6,1%	5.106	2.519 €	1,59	24,8%	19,5%
563 Endometriose	1.095	1.963 €	0,72	25,7%	12,1%	10.263	1.910 €	1,46	23,6%	48,7%
564 Genitalprolaps bei der Frau	2.563	2.812 €	0,54	19,6%	3,9%	74.059	2.584 €	1,06	12,0%	35,8%
565 Ovarialzysten	2.233	1.980 €	0,66	26,5%	5,6%	47.980	1.742 €	1,25	24,4%	24,1%
566 Erkrankungen der Vagina und der Zervix	1.619	2.484 €	0,75	32,5%	0,3%	635.619	1.501 €	1,00	23,2%	35,0%
567 Andere Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane	3.834	2.463 €	0,64	27,8%	1,0%	397.352	1.248 €	1,03	22,1%	39,0%
569 Erkrankungen der Menopause und Postmenopause	1.117	4.310 €	0,81	34,1%	0,4%	328.489	2.264 €	0,97	14,8%	50,4%
570 Angeborene Anomalien der weiblichen oder nicht näher bezeichneten Genitalorgane	155	1.996 €	0,74	14,1%	2,5%	5.946	1.325 €	1,17	5,2%	30,4%
571 Prostatahyperplasie	3.261	4.556 €	0,70	33,4%	2,4%	166.740	3.606 €	1,06	17,2%	67,8%
572 Prostataerkrankungen, exkl. benigne Prostatahyperplasie (BPH)	297	5.126 €	0,88	25,2%	1,4%	30.511	3.003 €	1,04	7,3%	49,7%
573 Erkrankungen des Penis / der Hoden / der männlichen Genitalorgane	2.675	2.744 €	0,69	30,6%	4,4%	70.049	2.157 €	1,19	22,8%	32,5%
574 Männliche Unfruchtbarkeit	22	1.291 €	0,42	2,6%	0,3%	5.340	1.084 €	1,02	2,2%	37,8%
575 Impotenz organischen Ursprungs	10	2.593 €	0,48	2,2%	0,2%	6.364	3.332 €	1,16	4,9%	49,6%
576 Angeborene Anomalien der männlichen Genitalorgane	611	1.754 €	0,87	32,8%	7,4%	8.523	1.941 €	1,54	29,0%	43,2%
577 Extrauterin gravidität	644	2.288 €	1,07	44,9%	20,3%	2.741	2.762 €	2,48	61,6%	20,0%
578 Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch	2.661	2.458 €	1,14	62,4%	21,2%	10.548	1.536 €	1,40	19,6%	10,2%
579 Schwangerschaft mit schweren Komplikationen: Nierenkomplikationen / Hochdruck / Eklampsie	766	1.095 €	0,53	12,6%	17,1%	4.498	4.685 €	4,18	92,2%	22,6%
580 Schock / Sepsis während der Schwangerschaft	91	872 €	0,43	3,7%	35,3%	197	4.305 €	3,83	64,5%	13,7%
581 Frühgeburt	1.259	1.534 €	0,77	31,2%	35,8%	4.574	4.879 €	4,38	94,0%	20,9%
582 Schwere Komplikationen während der Wehen / der Geburt	4.536	719 €	0,35	8,9%	86,6%	838	4.645 €	4,11	81,8%	9,7%
583 Sectio caesarea	1.665	743 €	0,35	6,1%	39,9%	2.664	4.511 €	3,89	87,4%	22,7%
585 Vorzeitige Plazentalösung (abruptio placentae)	117	1.256 €	0,58	7,4%	46,4%	145	4.876 €	4,24	68,2%	15,9%
586 Lageanomalie	547	780 €	0,37	4,9%	16,6%	3.697	4.676 €	4,15	91,4%	13,7%
587 Mißverhältnis / Geburtshindernis	2.698	694 €	0,33	6,8%	68,2%	1.717	4.930 €	4,38	89,6%	11,2%
588 Vorzeitiger Blasensprung / andere Probleme der Fruchthöhle	3.502	786 €	0,39	10,2%	52,4%	3.660	4.854 €	4,35	92,9%	11,4%
589 Leichte Komplikationen während der Wehen / der Geburt	3.556	748 €	0,36	9,2%	21,7%	15.083	4.165 €	3,69	92,8%	20,0%
590 (Physisches) Trauma während der Wehen / der Geburt	7.470	663 €	0,32	8,8%	88,4%	1.122	4.107 €	3,61	78,4%	8,3%
591 Blutung in der Nachgeburtsperiode	500	803 €	0,39	5,0%	53,5%	534	4.472 €	3,98	77,0%	6,9%
592 Mehrlingsgeburt	51	350 €	0,16	2,1%	21,7%	224	5.132 €	4,53	76,0%	29,5%
593 Vollständiger Schwangerschaftsverlauf mit Diagnose in DxG 607-612	1.100	1.005 €	0,49	11,7%	43,4%	1.125	5.234 €	4,74	90,1%	17,1%
594 Normale Entbindung	7.165	672 €	0,32	8,2%	58,5%	5.475	4.297 €	3,83	89,8%	8,5%
595 Normale Versorgung nach der Geburt	127	728 €	0,35	3,3%	1,1%	13.555	4.423 €	3,94	94,1%	5,1%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
596 Mehrlingsgeburt bzw. Kindliche Probleme in der Perinatalperiode (bei der Mutter kodiert; s.a. DxG 735, 743)	2.390	864 €	0,41	10,4%	25,5%	7.508	3.322 €	2,69	75,3%	44,6%
597 Einlingsgeburt (bei der Mutter kodiert, s.a. DxG 744)	22.170	667 €	0,33	11,0%	99,2%	278	4.562 €	4,16	74,0%	2,2%
598 Andere und nicht näher bezeichnete Blutung während der Schwangerschaft	286	1.451 €	0,71	16,9%	19,6%	1.376	3.876 €	3,46	77,3%	9,5%
599 Plazenta praevia	195	1.515 €	0,70	14,0%	30,6%	680	4.252 €	3,73	75,7%	17,2%
600 Unvollständiger Schwangerschaftsverlauf mit Diagnose in DxG 579-592	21	985 €	0,47	2,8%	5,6%	471	4.123 €	3,69	72,2%	26,1%
601 Schwangerschaft mit anderen Komplikationen: Nierenkomplikationen / Hochdruck / Eklampsie	400	993 €	0,48	8,6%	17,4%	2.236	5.009 €	4,47	92,0%	19,1%
602 Drohender Abort / Zervixinsuffizienz	-	- €	-	0,0%	0,0%	-	- €	-	0,0%	0,0%
603 Schwere Erkrankung der Mutter als Schwangerschaftskomplikation, exkl. Diabetes mellitus	1.542	1.172 €	0,56	17,6%	41,5%	3.289	4.434 €	3,93	88,4%	23,6%
604 Diabetes mellitus als Schwangerschaftskomplikation	486	1.375 €	0,64	16,4%	15,2%	3.395	4.616 €	3,99	89,2%	36,4%
605 Mehrlingsschwangerschaft	208	1.130 €	0,53	8,1%	19,8%	1.138	5.150 €	4,52	88,2%	48,3%
606 Tiefe Venenthrombose / Embolie während der Schwangerschaft	25	2.712 €	1,39	20,8%	33,8%	45	4.320 €	3,66	28,9%	37,8%
607 Blutung in der Frühschwangerschaft	1.277	3.207 €	1,58	76,6%	12,4%	11.399	3.118 €	2,79	79,7%	15,2%
608 Leichte Komplikationen während der Schwangerschaft	5.201	1.493 €	0,74	39,4%	16,2%	34.216	3.673 €	3,30	91,8%	36,0%
609 Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft	1.169	1.898 €	0,94	42,1%	10,7%	13.474	3.638 €	3,29	88,0%	26,8%
610 Schwangerschaft mit fetaler Anomalie	1.728	1.177 €	0,58	19,8%	17,4%	11.099	4.331 €	3,88	93,0%	21,8%
611 Normale Betreuung während der Schwangerschaft / Normale Schwangerschaft	3.503	1.474 €	0,70	34,2%	8,1%	52.819	3.264 €	2,94	88,5%	55,4%
612 Verschiedene andere schwangerschaftsbedingte Probleme	108	2.094 €	0,97	21,2%	0,1%	21.965	3.916 €	3,48	92,1%	41,3%
613 Dekubitalgeschwüre	296	13.901 €	2,57	87,2%	5,2%	16.351	12.133 €	3,15	87,2%	39,0%
614 Hautulkus, exkl. Dekubitalulzera	712	11.394 €	1,98	82,9%	3,1%	27.237	7.727 €	2,27	73,7%	49,4%
615 Verbrennungen dritten Grades, 10% und mehr der Körperoberfläche	-	- €	-	0,0%	12,5%	12	9.136 €	5,21	19,7%	25,0%
616 Verbrennungen dritten Grades, weniger als 10% der Körperoberfläche	130	5.157 €	1,36	41,8%	15,5%	895	4.613 €	2,71	56,6%	16,6%
617 Verbrennungen von 10% und mehr der Körperoberfläche, weniger als 10% drittgradig oder nicht näher spezifiziert	15	4.213 €	1,30	12,4%	14,4%	92	5.060 €	3,07	28,5%	16,3%
618 Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen	7.441	4.634 €	1,12	70,1%	6,0%	167.613	2.677 €	1,53	56,5%	15,6%
619 Andere Erkrankungen der Haut	3.490	3.665 €	0,93	50,6%	0,5%	883.021	1.941 €	1,10	37,4%	42,5%
620 Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel, Hauteruptionen durch Drogen oder Arzneimittel	19	2.286 €	0,64	3,6%	0,6%	5.552	2.123 €	1,23	6,6%	35,9%
621 Blasenbildende Dermatose exkl. Pemphiguskrankheiten und Pemphigoidkrankheiten	15	9.186 €	2,02	30,9%	1,0%	1.930	3.422 €	1,52	10,8%	26,5%
622 Pemphiguskrankheiten und Pemphigoidkrankheiten	101	8.597 €	1,45	42,4%	12,6%	1.306	5.437 €	1,78	18,4%	48,7%
623 Andere näher bezeichnete Hauterkrankungen mit Erythem, exkl. Rosazea	46	3.666 €	0,75	8,5%	0,3%	22.693	3.483 €	1,44	31,8%	22,8%
624 Erythema exsudativum multiforme, einschließlich toxische epidermale Nekrolyse (Lyell-Syndrom)	124	1.676 €	0,55	6,5%	7,9%	2.026	2.401 €	1,42	7,4%	30,3%
625 Diskoider Lupus erythematosus	57	7.810 €	1,92	52,4%	2,1%	2.856	3.956 €	1,92	38,2%	70,1%
626 Psoriasis und Parapsoriasis mit Gelenkbeteiligung	688	5.150 €	1,17	51,8%	1,0%	83.623	2.588 €	1,17	22,6%	63,9%
627 Andere Dermatosen	24	4.192 €	0,69	4,4%	0,0%	48.311	2.468 €	0,88	3,3%	17,4%
628 Erkrankungen der Finger- und Zehennägel (z.B. eingewachsene Fußnägel)	91	4.776 €	1,40	38,8%	0,3%	34.416	2.551 €	1,29	24,0%	21,0%
629 Angeborene Anomalien der Haut	165	3.836 €	1,35	44,6%	1,4%	18.174	1.846 €	1,16	10,0%	29,9%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
630 Verbrennungen, exkl. Verbrennungen dritten Grades oder Verbrennungen von 10% und mehr der Körperoberfläche	472	1.731 €	0,68	18,4%	2,6%	23.766	1.950 €	1,32	22,5%	7,6%
633 Schädel-Hirn-Trauma mit mehr als einstündigem Koma	74	11.318 €	2,59	75,8%	61,0%	96	6.711 €	3,44	41,3%	30,2%
634 Schädelfraktur / Gesichtsschädelfraktur mit weniger als einstündigem oder nicht näher bezeichnetem Koma	1.486	2.405 €	0,67	24,2%	37,1%	3.110	4.490 €	2,46	62,1%	26,9%
636 Intrakranielle Verletzung, contusio cerebri, traumatische Blutung mit weniger als einstündigem oder nicht näher bezeichnetem Koma	926	7.395 €	1,50	72,1%	51,0%	1.395	7.915 €	3,61	79,8%	39,4%
637 Intrakranielle Verletzung anderer oder nicht näher bezeichneter Natur mit weniger als einstündigem oder nicht näher bezeichnetem Koma	445	3.916 €	0,98	36,0%	14,2%	3.587	5.036 €	2,76	72,0%	28,2%
638 Spätfolgen von Schädel- / Gesichtsschädelfrakturen, intrakraniellen Verletzungen	1	37.274 €	7,44	0,0%	0,5%	274	6.517 €	3,34	58,0%	62,8%
639 Gehirnerschütterung ohne mehr als einstündigen Bewusstseinsverlust	7.471	2.505 €	0,74	41,7%	56,0%	8.028	2.563 €	1,70	38,4%	9,3%
640 Kopfverletzung, nicht näher bezeichnet	177	3.816 €	1,03	28,6%	1,9%	4.911	2.501 €	1,47	16,1%	5,9%
641 Pathologische Wirbelkörperfraktur / Wirbelkörperkompressionsfraktur / Trümmerfraktur	69	8.669 €	1,42	36,1%	4,3%	3.013	5.409 €	1,68	24,1%	51,9%
642 Wirbelkörperfraktur ohne Schädigung des Rückenmarks	2.857	6.132 €	1,12	61,7%	21,2%	15.319	6.250 €	2,01	60,1%	51,8%
643 Pathologische Hüftfraktur	78	11.408 €	2,04	61,3%	28,0%	405	6.994 €	2,01	13,7%	59,5%
644 Beckenfraktur	1.153	6.022 €	1,06	48,9%	43,9%	2.527	8.082 €	2,49	60,9%	41,9%
645 Femurfraktur	6.466	6.391 €	1,10	66,5%	56,2%	8.892	9.682 €	2,79	78,6%	49,1%
646 Luxation des Hüftgelenks	210	9.901 €	1,67	62,0%	22,1%	834	8.744 €	4,04	81,0%	51,6%
647 Pathologische Fraktur des Humerus	18	19.452 €	3,57	72,5%	35,7%	84	10.542 €	3,18	29,8%	60,7%
648 Pathologische Fraktur der Tibia oder Fibula	10	16.850 €	3,32	51,4%	22,3%	97	5.728 €	1,88	2,0%	47,4%
649 Offene Rippenfraktur, Fraktur des Sternums, Fraktur der Kehlkopfknorpel, Verletzung der Trachea, Wirbelkörperfraktur	40	5.177 €	1,07	15,4%	7,9%	588	6.451 €	2,64	48,6%	31,6%
650 Humerusfraktur, multiple Frakturen der oberen Extremität	3.588	4.658 €	0,89	48,0%	31,7%	10.676	5.399 €	2,02	57,8%	40,6%
651 Frakturen der Patella, Tibia, Fibula, multiple Frakturen der oberen / unteren Extremität	4.420	3.279 €	0,75	38,5%	31,5%	13.397	4.600 €	2,22	68,4%	42,1%
652 Frakturen des Sprunggelenks	2.288	2.633 €	0,61	22,6%	33,8%	6.113	3.918 €	1,89	46,2%	37,4%
653 Verletzungen des Herzens / der Lunge / (andere) intrathorakaler Organe / Verletzung von Blutgefäßen des Thorax	327	4.654 €	1,06	37,0%	29,4%	945	5.094 €	2,43	47,3%	18,5%
654 Verletzungen der Verdauungsorgane / der Leber / der Nieren / der Milz / des Beckens	844	3.176 €	0,95	39,7%	25,0%	3.286	3.335 €	2,12	50,5%	17,8%
655 Traumatische Amputation eines Beins / eines Arms / einer Hand / eines Fußes / eines Zehs, vollständige Replantation	352	7.924 €	1,61	64,9%	9,0%	4.836	9.817 €	3,34	83,3%	59,1%
656 Nicht näher bezeichnete pathologische Frakturen	831	8.393 €	1,38	64,0%	5,9%	23.334	5.405 €	1,55	40,6%	67,4%
657 Pathologische Frakturen des distalen Radius und der Ulna	4	24.679 €	4,13	34,5%	1,7%	132	3.135 €	0,99	0,8%	58,3%
658 Fraktur des Nasenbeins	487	2.239 €	0,66	17,7%	12,0%	4.611	2.692 €	1,55	21,0%	9,2%
659 Geschlossene Rippenfraktur	1.429	4.898 €	0,90	40,9%	17,6%	9.630	4.305 €	1,67	38,0%	18,2%
660 Schlüsselbeinfraktur / Schulterblattfraktur	764	2.485 €	0,65	19,7%	19,6%	4.006	3.301 €	1,99	45,3%	30,7%
661 Fraktur der Hand / des Handgelenks / des Unterarms	6.732	2.717 €	0,61	28,9%	18,7%	40.745	2.668 €	1,41	36,9%	29,5%
662 Fraktur des Fußes	879	2.734 €	0,67	21,3%	6,4%	17.351	2.152 €	1,35	21,2%	20,8%
663 Fraktur nicht näher bezeichneter Knochen	105	5.048 €	1,02	23,3%	1,8%	8.913	3.615 €	1,79	44,2%	21,7%
664 Traumatische Gelenkluxation, exkl. des Knies, der Schulter und der Wirbel	382	2.094 €	0,55	11,2%	6,4%	7.433	1.892 €	1,34	12,8%	12,8%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
665 Schulterluxation	949	2.521 €	0,61	18,2%	21,1%	4.657	3.094 €	1,67	29,7%	29,4%
666 Luxation des Knies, einschließlich Knorpel- / Meniskusverletzung	927	2.129 €	0,61	18,6%	8,6%	13.009	2.509 €	1,46	28,2%	27,2%
667 Distorsion / Verrenkung	4.125	2.041 €	0,58	23,8%	2,8%	187.661	1.619 €	1,13	26,5%	15,3%
668 Offene Wunde, exkl. am Auge und Unterarm	1.579	3.781 €	0,96	46,0%	3,6%	55.279	2.826 €	1,57	50,0%	6,9%
669 Offene Wunde / Verletzung des Unterarms	501	2.892 €	0,74	21,8%	2,0%	33.261	1.880 €	1,18	14,4%	5,0%
670 Spätfolgen von Verletzungen, exkl. Spätfolgen am Rückenmark, von Schädel / Gesichtsschädelfrakturen und Spätfolgen intrakranieller Verletzungen	320	4.026 €	0,88	25,4%	3,6%	10.826	3.990 €	1,87	52,0%	28,9%
671 Prellung / oberflächliche Verletzung	4.992	4.241 €	0,97	56,1%	1,9%	403.101	2.114 €	1,22	41,7%	12,4%
672 Quetschungen	28	4.489 €	1,33	20,5%	0,7%	3.229	1.608 €	1,23	4,5%	6,1%
673 Andere Unfallfolgen	217	2.601 €	0,73	15,8%	0,5%	73.683	2.120 €	1,25	29,2%	6,8%
674 Stürze	207	8.077 €	1,35	47,0%	0,0%	-	- €	-	0,0%	0,0%
675 Nicht-intendierte Vergiftungen oder Irrtum bei der Medikamenteneinnahme	2.378	6.449 €	1,72	84,1%	34,8%	6.080	4.594 €	2,13	57,2%	26,0%
676 Vergiftungen durch näher bezeichnete nicht medizinisch verwendete Substanzen, äußere Ursachen für Verletzungen	1.180	2.910 €	0,79	33,3%	8,3%	20.626	3.008 €	1,56	39,8%	24,4%
677 Vergiftungen durch andere oder nicht näher bezeichnete nicht medizinisch verwendete Substanzen	684	2.863 €	0,86	33,6%	4,6%	33.868	1.686 €	1,08	9,4%	22,5%
678 Anaphylaktischer Schock	393	3.753 €	0,93	32,2%	27,1%	1.474	2.776 €	1,56	9,7%	25,3%
679 Unerwünschte Wirkung von Medikamenten (kein Medikations- oder Darreichungsfehler)	926	7.091 €	1,49	71,4%	2,6%	54.901	3.849 €	1,75	59,0%	39,7%
680 Nicht näher bezeichnete allergische Reaktion	461	2.762 €	0,76	22,1%	0,3%	186.911	1.792 €	1,14	27,6%	44,9%
681 Mechanische / andere Komplikation durch ein implantiertes Gerät / Implantat / Transplantat, exkl. Komplikationen durch orthopädische Implantate / Transplantate	2.428	19.021 €	3,49	97,3%	12,0%	25.224	7.598 €	2,47	77,4%	47,8%
682 Frühe Komplikationen durch Trauma	302	5.287 €	1,18	43,6%	1,1%	41.731	4.476 €	2,22	74,8%	10,3%
683 Mechanische Komplikationen durch implantiertes orthopädisches Gerät / orthopädisches Implantat / orthopädisches Transplantat	2.616	7.315 €	1,26	69,6%	35,6%	6.849	7.546 €	2,27	64,0%	51,9%
684 Infektion / Entzündung durch implantiertes Gerät / Implantat / Transplantat	1.045	12.704 €	2,30	89,3%	59,4%	1.333	14.465 €	4,49	88,9%	41,0%
685 Komplikationen am Nervensystem / am Herzen / am respiratorischen System / an der Leber / an der Niere / andere Komplikationen von Eingriffen	865	8.585 €	1,62	75,0%	5,5%	20.930	4.472 €	1,64	44,4%	63,8%
686 Andere und nicht näher bezeichnete Komplikationen von Eingriffen und medizinischer Versorgung	1.779	7.735 €	1,64	81,0%	3,8%	64.607	4.511 €	1,74	60,0%	51,6%
687 Blutung / Hämatom / Serom als Komplikation eines Eingriffs	839	4.286 €	1,01	44,0%	28,3%	3.156	5.798 €	2,79	71,4%	11,5%
688 Zwischenfälle bei Patienten während chirurgischer und medizinischer Behandlung	45	4.773 €	0,94	12,9%	18,4%	248	5.603 €	2,54	29,3%	27,0%
689 Postoperative Infektion	985	7.071 €	1,48	71,6%	27,4%	3.487	8.724 €	3,68	86,2%	19,8%
690 Stupor / Bewusstseinsstörung / Transiente globale Amnesie (nach Fisher und Adams) / Fieberkrämpfe	608	4.788 €	1,09	45,2%	14,6%	5.728	7.302 €	3,01	79,6%	23,8%
691 Nicht näher bezeichnete angeborene Anomalien	4	3.555 €	1,21	3,2%	0,3%	1.600	4.114 €	3,20	74,6%	31,4%
692 Synkope und Kollaps	6.967	5.143 €	0,96	58,2%	24,8%	29.510	4.420 €	1,75	54,8%	21,6%
693 Fieber	464	9.592 €	2,29	85,6%	0,4%	143.711	1.400 €	1,37	44,1%	20,9%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
694 Andere und nicht näher bezeichnete Symptome des Nerven- / muskuloskelettalen Systems	45	5.656 €	1,27	23,6%	2,1%	24.638	2.094 €	1,37	28,6%	29,5%
695 Gangstörungen (ataktischer Gang, Lähmungen, spastischer Gang, Stolpern)	602	9.145 €	1,54	68,8%	3,7%	24.551	5.929 €	2,00	64,6%	44,3%
696 Ataxie (unkoordinierte Muskelbewegung), vorübergehende Gliedmaßenlähmung	73	5.441 €	1,19	26,0%	0,6%	12.628	3.405 €	2,36	71,0%	48,2%
697 Appetitlosigkeit (exkl. Anorexia nervosa)	19	6.171 €	1,68	24,5%	0,4%	10.033	3.479 €	2,11	60,4%	17,5%
698 Unintendierter Gewichtsverlust	306	6.872 €	1,32	50,0%	2,3%	23.127	3.532 €	1,74	52,9%	21,7%
699 Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme (v.a. Kinder)	183	7.556 €	2,33	80,4%	2,5%	7.810	2.169 €	1,83	45,2%	18,8%
700 Unzureichende körperliche Entwicklung	244	5.853 €	3,11	91,2%	1,3%	19.980	2.245 €	2,87	83,7%	41,8%
701 Symptome bei der Atmung	949	5.547 €	1,10	49,7%	1,5%	84.193	2.159 €	1,32	36,4%	15,4%
702 Andernorts nicht klassifizierte Sprechstörung (z.B. Dysarthrie / Dysphasie / undeutliche Sprache)	94	5.893 €	1,19	30,4%	0,2%	43.667	3.232 €	1,62	51,6%	27,4%
703 Neuropsychologische Symptome (z.B. Apraxie / Alexie / Dyslexie / Agraphie / Amnesie)	23	3.249 €	0,80	5,3%	0,7%	7.359	3.642 €	1,63	33,3%	42,9%
704 Dyspnoe (angestregtes Atmen) / andere Anomalien der Atmung	1.130	4.641 €	1,21	57,7%	2,0%	87.162	4.248 €	1,77	64,2%	22,8%
705 Respiratorische Insuffizienz	5	5.954 €	1,27	3,8%	2,7%	284	8.746 €	4,15	74,2%	35,2%
706 Hämoptyse (Bluthusten)	171	5.084 €	1,05	29,2%	7,7%	3.681	5.007 €	2,05	48,8%	15,2%
707 Brustschmerz	3.614	3.819 €	0,81	41,6%	5,8%	83.786	2.568 €	1,28	32,9%	12,2%
708 Schluckstörungen	34	7.153 €	1,32	22,2%	7,9%	447	4.107 €	1,51	2,9%	38,0%
709 abdominale Symptome / Symptome im Bereich des Beckens	5.784	3.314 €	0,97	57,0%	1,8%	428.207	2.200 €	1,34	51,7%	21,9%
710 Aszites	80	13.484 €	2,77	80,1%	6,1%	3.624	11.439 €	4,49	93,8%	32,2%
711 Debität	15	8.237 €	1,42	15,0%	0,3%	7.584	8.624 €	2,55	72,4%	50,1%
712 Kopfschmerzen, exkl. Migräne	1.316	3.083 €	0,92	41,4%	0,7%	249.550	1.719 €	1,16	32,2%	29,6%
713 Andere Allgemeinsymptome	9.846	4.476 €	0,94	58,5%	1,9%	608.657	3.176 €	1,46	60,8%	43,1%
714 somatic/segmental dysfunction	17	5.066 €	1,29	13,6%	0,0%	278.088	1.954 €	1,09	26,6%	28,5%
715 Schwindel und Gangunsicherheit	1.300	4.383 €	0,86	37,8%	1,4%	153.101	2.982 €	1,20	31,2%	32,6%
716 Schwäche und Abgeschlagenheit, einschließlich chronisches Müdigkeitssyndrom	365	4.378 €	1,10	40,4%	0,5%	93.620	2.612 €	1,48	49,0%	19,5%
717 Symptome, die das kardiovaskuläre System betreffen, exkl. Brustschmerz	194	3.208 €	0,81	19,3%	1,2%	26.827	2.088 €	1,17	12,5%	32,0%
718 Husten	75	4.548 €	1,12	23,7%	0,1%	140.528	1.699 €	1,15	25,4%	17,3%
719 Symptome, die die Niere, die Harnwege, die Blase oder die Harnröhre betreffen, exkl. Inkontinenz und Restharn	255	7.483 €	1,52	57,2%	0,3%	104.630	3.660 €	1,48	49,7%	33,4%
720 Ungesunder Lebensstil / Opfer sexuellen Mißbrauchs / psychische und Verhaltensprobleme	64	1.853 €	0,64	7,0%	0,2%	56.528	2.101 €	1,52	47,6%	24,0%
721 Kontakt mit Infektionskrankheit / Träger einer Infektionskrankheit	31	3.204 €	1,51	26,8%	0,6%	5.905	2.226 €	1,85	43,4%	12,0%
722 Nicht näher bezeichnete Probleme und Beschwerden seitens der inneren Organe	-	- €	-	0,0%	0,0%	11.783	5.193 €	1,77	46,5%	37,2%
723 Keine Behandlung erfolgt	78	7.662 €	1,74	50,5%	7,7%	906	2.231 €	1,49	5,0%	13,5%
724 Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1000 g (ELBW)	89	7.162 €	4,32	94,6%	61,6%	133	8.696 €	10,65	96,8%	57,9%
725 Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500 g (VLBW)	168	4.465 €	2,71	85,3%	73,7%	106	4.516 €	5,50	79,0%	56,6%
726 Infant respiratory distress syndrome (IRDS) / andere schwere perinatal Beatmungskomplikation	675	1.710 €	1,03	42,9%	64,5%	281	9.565 €	11,69	98,2%	52,3%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
727 Nekrotisierende Enterokolitis und andere schwere gastrointestinale Erkrankungen des Kindes	80	7.381 €	4,35	94,2%	74,7%	53	17.560 €	21,48	99,3%	54,7%
728 Schädigung des Neugeborenen durch Alkohol / Drogen, einschließlich Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)	47	1.129 €	0,68	6,6%	70,9%	27	2.990 €	3,60	12,2%	74,1%
729 Niedriges Geburtsgewicht, Gewicht nicht angegeben	682	1.546 €	0,94	36,8%	31,0%	1.522	3.410 €	4,20	87,7%	62,9%
730 Neugeborene mit etwas niedrigem Geburtsgewicht	787	1.773 €	1,08	47,4%	89,6%	89	2.314 €	2,86	18,9%	68,5%
731 Anfälle, intrazerebrale Blutung und andere neurologische Erkrankungen der Perinatalperiode	47	10.987 €	6,59	97,0%	11,8%	204	3.515 €	4,29	72,5%	37,7%
732 Ösophagusatresie / -stenose, andere angeborene Anomalien des Gastrointestinaltrakts (Alter < 2 Jahre)	10	26.609 €	15,77	98,5%	83,3%	17	18.600 €	22,97	97,8%	41,2%
733 Infektionen des Neugeborenen	502	1.495 €	0,90	33,0%	51,0%	115	2.048 €	2,53	13,4%	12,2%
734 Erkrankungen des Verdauungssystems in der Perinatalperiode	214	2.901 €	1,78	65,8%	8,1%	930	2.747 €	3,42	74,1%	14,0%
735 Andere Probleme in der Perinatalperiode	283	1.119 €	0,67	14,8%	15,9%	962	2.570 €	3,14	69,3%	33,9%
736 Asphyxie unter der Geburt	311	1.148 €	0,69	16,1%	77,0%	61	2.142 €	2,63	7,6%	44,3%
737 Tod des Feten	-	- €	-	0,0%	0,0%	-	- €	-	0,0%	0,0%
738 Blutungen beim Neugeborenen	17	1.490 €	0,90	5,8%	7,1%	29	1.571 €	2,00	1,0%	10,3%
739 Hämolyse während der Perinatalperiode	130	1.283 €	0,78	14,9%	42,2%	55	3.681 €	4,55	55,6%	40,0%
740 Neugeborenenikterus	931	1.021 €	0,61	18,9%	33,9%	148	2.176 €	2,59	19,8%	20,3%
741 Endokrine Erkrankung des Neugeborenen	316	988 €	0,60	11,8%	87,2%	23	3.477 €	4,17	20,6%	65,2%
742 Probleme der Haut / Temperatur beim Neugeborenen	22	917 €	0,56	3,4%	6,0%	104	2.025 €	2,48	10,9%	9,6%
743 Mehrlingsgeburt	54	1.113 €	0,68	7,2%	37,6%	103	2.335 €	2,86	22,0%	57,3%
744 Einlingsbegurt	2.776	928 €	0,56	20,9%	68,9%	63	2.170 €	2,75	10,4%	14,3%
745 Status nach Lebertransplantation / Komplikationen	24	20.272 €	5,38	91,0%	8,4%	307	21.981 €	12,48	98,8%	81,4%
746 Status nach Herztransplantation / Komplikationen	21	24.630 €	5,68	91,6%	7,7%	210	30.079 €	12,95	98,5%	72,4%
747 Status nach Lungentransplantation / Komplikationen	5	34.731 €	6,64	74,1%	5,8%	69	31.876 €	16,36	98,6%	66,7%
748 Status nach Knochenmarkstransplantation / Komplikationen	25	37.602 €	10,96	98,2%	52,4%	62	38.478 €	24,57	99,7%	67,7%
751 Status nach Transplantation anderer Organe / Komplikationen	85	12.959 €	2,72	79,8%	5,4%	2.244	11.857 €	4,88	94,2%	57,3%
752 Anderer Organ-Ersatz	3	1.126 €	0,18	1,6%	2,5%	333	5.344 €	2,27	21,3%	47,4%
753 Gastrostomie, künstliche Zugänge zum Gastrointestinaltrakt / Komplikationen	244	11.471 €	2,13	78,4%	6,3%	6.582	15.961 €	4,72	95,4%	67,9%
754 Andere und nicht näher bezeichnete künstliche Zugänge	3	16.111 €	3,72	17,4%	0,1%	1.698	12.112 €	3,70	81,7%	64,4%
755 Künstliche Zugänge zum Harntrakt	8	21.691 €	4,35	62,6%	0,5%	3.245	13.344 €	3,64	85,4%	68,4%
756 Status nach Amputation der unteren Extremität, Komplikationen nach Amputation	35	11.363 €	1,90	43,4%	1,7%	3.678	13.373 €	4,03	90,0%	70,8%
757 Status nach Amputation der oberen Extremität	-	- €	-	0,0%	1,2%	114	3.551 €	1,25	0,9%	57,0%
758 Status nach Implantation einer künstlichen Herzklappe	43	10.378 €	1,64	37,6%	1,1%	6.845	7.979 €	2,40	68,5%	65,2%
759 Status nach Operation am Auge	19	5.513 €	0,88	6,2%	0,0%	91.719	4.426 €	1,17	23,3%	58,5%
760 Gelenkersatz	444	5.019 €	0,82	24,8%	1,7%	44.783	6.170 €	1,82	60,6%	65,3%
761 Status nach anderen Operationen	200	7.213 €	1,22	40,2%	0,3%	124.734	4.657 €	1,74	65,8%	53,7%
762 Status: Herzschrittmacher, anderes oder nicht näher bezeichnetes herzwirksames Gerät	1.044	6.336 €	1,02	46,1%	5,4%	25.717	7.514 €	1,96	63,3%	78,4%
764 Status: Implantation eines Liquorableitungssystems / Shunt	2	2.058 €	0,48	1,7%	0,5%	247	9.993 €	5,20	84,2%	59,1%
765 Elektiver chirurgischer Eingriff	13	14.607 €	3,70	65,4%	2,2%	917	3.827 €	2,00	25,7%	17,6%

Anhang A
Bewertete Diagnosen und Berechnungsergebnisse

Bezeichnung	Auswertung Schwerwiegend					Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	Hosp. Quote	N	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(N)*RK	% mind 2Quart
766 Anpassung einer Prothese / eines anderen Gerätes	72	11.641 €	2,62	76,2%	0,3%	49.758	3.332 €	1,33	31,7%	24,1%
767 Andere orthopädische Nachbehandlung	434	2.196 €	0,57	12,0%	3,9%	5.080	3.946 €	2,01	50,1%	21,1%
768 Nachbehandlung	348	11.412 €	2,25	83,4%	0,4%	87.484	4.223 €	1,91	69,7%	27,7%
769 Organspender	41	39.327 €	12,00	99,2%	11,8%	333	3.749 €	1,91	9,2%	26,4%
770 Strahlentherapie	3	11.217 €	2,42	6,9%	2,0%	2.915	11.150 €	4,11	89,7%	43,3%
771 Chemotherapie	21	11.503 €	1,94	35,6%	0,2%	10.859	17.404 €	6,32	97,6%	62,5%
772 Rehabilitation	301	7.187 €	1,38	53,0%	17,0%	1.380	3.002 €	2,17	41,4%	28,7%
773 Screening, Beobachtung zum Ausschluß einer Krankheit, Spezialuntersuchung	4.508	4.515 €	1,09	63,4%	2,5%	236.119	2.353 €	1,29	42,6%	21,4%
774 Impfung, Untersuchung, Prävention	527	4.065 €	1,14	46,5%	0,0%	1.726.391	1.742 €	0,95	25,2%	37,5%
775 Administrative Tätigkeiten / Beratung	118	1.796 €	0,68	10,8%	0,1%	145.863	2.391 €	1,45	50,8%	24,0%
776 Screening auf maligne Erkrankungen	72	8.495 €	1,60	44,2%	0,0%	826.166	1.650 €	0,91	15,0%	8,2%
777 Zustand nach bösartiger Neubildung	70	5.982 €	1,13	23,4%	3,1%	3.419	7.552 €	2,82	72,9%	43,5%
778 Zustand nach psychischer Erkrankung / anderer Erkrankung	6	6.951 €	1,74	9,8%	3,1%	8.329	1.833 €	1,35	14,1%	21,3%
779 Zustand nach allergischer Reaktion auf Medikamente / andere gesundheitliche Gefahren	42	6.995 €	1,44	29,4%	0,1%	78.751	5.292 €	1,81	65,4%	62,5%
780 Krankheiten in der Familienanamnese	17	2.770 €	1,05	9,0%	0,2%	32.073	1.770 €	1,04	7,7%	33,8%
781 Blutspende / Beschneidung / Haartransplantation	45	33.533 €	8,45	98,0%	42,4%	106	2.621 €	1,80	1,8%	24,5%

Anhang B: Ausgewählte Krankheiten und zugeordnete ICD-Kodes (ICD10 GM 2006)

1) HIV und AIDS

ICD10GM Bezeichnung

B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit
B23.0	Akutes HIV-Infektionssyndrom
B23.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit
R75	Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV]
U60.1	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie A
U60.2	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie B
U60.3	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie C
U60.9	Klinische Kategorie der HIV-Krankheit nicht näher bezeichnet
U61.1	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 1
U61.2	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 2
U61.3	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 3
U61.9	Anzahl der (CD4+-) T-Helferzellen nicht näher bezeichnet
U85	Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren
Z21	Asymptomatische HIV-Infektion

2) Sepsis

ICD10GM Bezeichnung

A02.1	Salmonellensepsis
A20.7	Pestsepsis
A22.7	Milzbrandsepsis
A26.7	Erysipelothrix-Sepsis
A32.7	Listeriensepsis
A39.2	Akute Meningokokkensepsis
A39.3	Chronische Meningokokkensepsis
A39.4	Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken
A41.3	Sepsis durch Haemophilus influenzae
A41.4	Sepsis durch Anaerobier
A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger
A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]
A41.52	Sepsis: Pseudomonas
A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet
A42.7	Aktinomykotische Sepsis
A48.3	Syndrom des toxischen Schocks
B00.7	Disseminierte Herpesvirus-Krankheit

3) Nicht virale Infektion des Zentralen Nervensystems

ICD10GM Bezeichnung

A06.6	Hirnabszess durch Amöben
A17.0	Tuberkulöse Meningitis
A17.1	Meningeales Tuberkulom
A17.8	Sonstige Tuberkulose des Nervensystems
A17.9	Tuberkulose des Nervensystems, nicht näher bezeichnet
A20.3	Pestmeningitis
A32.1	Meningitis und Meningoenzephalitis durch Listerien
A35	Sonstiger Tetanus
A39.0	Meningokokkenmeningitis
A52.1	Floride Neurosyphilis
A52.2	Asymptomatische Neurosyphilis
A52.3	Neurosyphilis, nicht näher bezeichnet
B37.5	Candida-Meningitis
B38.4	Kokzidioidomykose der Meningen
B43.1	Chromomykotischer Abszess des Gehirns
B58.2	Meningoenzephalitis durch Toxoplasmen
B69.0	Zystizerkose des Zentralnervensystems
G00.0	Meningitis durch Haemophilus influenzae
G00.1	Pneumokokkenmeningitis
G00.2	Streptokokkenmeningitis
G00.3	Staphylokokkenmeningitis
G00.8	Sonstige bakterielle Meningitis
G00.9	Bakterielle Meningitis, nicht näher bezeichnet
G01	Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten
G02.1	Meningitis bei anderenorts klassifizierten Mykosen
G02.8	Meningitis bei sonstigen näher bezeichneten anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
G04.0	Akute disseminierte Enzephalitis
G04.2	Bakterielle Meningoenzephalitis und Meningomyelitis, anderenorts nicht klassifiziert
G04.8	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis
G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet
G05.0	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten
G05.2	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
G05.8	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
G06.0	Intrakranieller Abszess und intrakranielles Granulom
G06.1	Intraspinaler Abszess und intraspinales Granulom
G06.2	Extraduraler und subduraler Abszess, nicht näher bezeichnet
G07	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
G37.3	Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems
G37.4	Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom]

4) Opportunistische systemische Pilzinfektion

ICD10GM Bezeichnung

B37.1	Kandidose der Lunge
B37.7	Candida-Sepsis
B37.81	Candida-Ösophagitis
B44.0	Invasive Aspergillose der Lunge
B44.1	Sonstige Aspergillose der Lunge
B44.2	Aspergillose der Tonsillen
B44.7	Disseminierte Aspergillose
B44.8	Sonstige Formen der Aspergillose
B44.9	Aspergillose, nicht näher bezeichnet
B45.0	Kryptokokkose der Lunge

B45.1	Kryptokokkose des Gehirns
B45.3	Kryptokokkose der Knochen
B45.7	Disseminierte Kryptokokkose
B45.8	Sonstige Formen der Kryptokokkose
B45.9	Kryptokokkose, nicht näher bezeichnet
B59	Pneumozystose

5) Lymphome und Leukämien

ICD10GM Bezeichnung

C81.0	Hodgkin-Krankheit [Lymphogranulomatose]: Lymphozytenreiche Form
C81.1	Hodgkin-Krankheit [Lymphogranulomatose]: Nodulär-sklerosierende Form
C81.2	Hodgkin-Krankheit [Lymphogranulomatose]: Gemischtzellige Form
C81.3	Hodgkin-Krankheit [Lymphogranulomatose]: Lymphozytenarme Form
C81.7	Sonstige Typen der Hodgkin-Krankheit
C81.9	Hodgkin-Krankheit, nicht näher bezeichnet
C82.0	Non-Hodgkin-Lymphom: Kleinzellig, gekerbt, follikulär
C82.1	Non-Hodgkin-Lymphom: Gemischt klein- und großzellig, gekerbt, follikulär
C82.2	Non-Hodgkin-Lymphom: Großzellig, follikulär
C82.7	Sonstige Typen des follikulären Non-Hodgkin-Lymphoms
C82.9	Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C83.0	Non-Hodgkin-Lymphom: Kleinzellig (diffus)
C83.1	Non-Hodgkin-Lymphom: Kleinzellig, gekerbt (diffus)
C83.2	Non-Hodgkin-Lymphom: Gemischt klein- und großzellig (diffus)
C83.3	Non-Hodgkin-Lymphom: Großzellig (diffus)
C83.4	Non-Hodgkin-Lymphom: Immunoblastisch (diffus)
C83.5	Non-Hodgkin-Lymphom: Lymphoblastisch (diffus)
C83.6	Non-Hodgkin-Lymphom: Undifferenziert (diffus)
C83.7	Burkitt-Tumor
C83.8	Sonstige Typen des diffusen Non-Hodgkin-Lymphoms
C83.9	Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C84.0	Mycosis fungoides
C84.1	Sézary-Syndrom
C84.2	T-Zonen-Lymphom
C84.3	Lymphoepitheloides Lymphom
C84.4	T-Zell-Lymphom, peripher
C84.5	Sonstige und nicht näher bezeichnete T-Zell-Lymphome
C85.0	Lymphosarkom
C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C85.7	Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, Typ nicht näher bezeichnet
C88.0	Makroglobulinämie Waldenström
C88.00	Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer Remission
C88.01	Makroglobulinämie Waldenström: In kompletter Remission
C88.1	Alpha-Schwerkettenkrankheit
C88.10	Alpha-Schwerkettenkrankheit: Ohne Angabe einer Remission
C88.11	Alpha-Schwerkettenkrankheit: In kompletter Remission
C88.2	Gamma-Schwerkettenkrankheit
C88.20	Gamma-Schwerkettenkrankheit: Ohne Angabe einer Remission
C88.21	Gamma-Schwerkettenkrankheit: In kompletter Remission
C88.3	Immunproliferative Dünndarmkrankheit
C88.30	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: Ohne Angabe einer Remission
C88.31	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: In kompletter Remission
C88.7	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten
C88.70	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: Ohne Angabe einer Remission
C88.71	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: In kompletter Remission
C88.9	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet
C88.90	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Remission
C88.91	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C90.0	Plasmozytom [Multiples Myelom]
C90.00	Plasmozytom [Multiples Myelom]: Ohne Angabe einer Remission

B-4

C90.01	Plasmozytom [Multiples Myelom]: In kompletter Remission
C90.1	Plasmazellenleukämie
C90.10	Plasmazellenleukämie: Ohne Angabe einer Remission
C90.11	Plasmazellenleukämie: In kompletter Remission
C90.2	Plasmozytom, extramedullär
C90.20	Plasmozytom, extramedullär: Ohne Angabe einer Remission
C90.21	Plasmozytom, extramedullär: In kompletter Remission
C91.0	Akute lymphoblastische Leukämie
C91.00	Akute lymphoblastische Leukämie: Ohne Angabe einer Remission
C91.01	Akute lymphoblastische Leukämie: In kompletter Remission
C91.1	Chronische lymphatische Leukämie
C91.10	Chronische lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer Remission
C91.11	Chronische lymphatische Leukämie: In kompletter Remission
C91.2	Subakute lymphatische Leukämie
C91.20	Subakute lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer Remission
C91.21	Subakute lymphatische Leukämie: In kompletter Remission
C91.3	Prolymphozytäre Leukämie
C91.30	Prolymphozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer Remission
C91.31	Prolymphozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C91.4	Haarzellenleukämie
C91.40	Haarzellenleukämie: Ohne Angabe einer Remission
C91.41	Haarzellenleukämie: In kompletter Remission
C91.5	T-Zellen-Leukämie beim Erwachsenen
C91.50	T-Zellen-Leukämie beim Erwachsenen: Ohne Angabe einer Remission
C91.51	T-Zellen-Leukämie beim Erwachsenen: In kompletter Remission
C91.7	Sonstige lymphatische Leukämie
C91.70	Sonstige lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer Remission
C91.71	Sonstige lymphatische Leukämie: In kompletter Remission
C91.9	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet
C91.90	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Remission
C91.91	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C92.0	Akute myeloische Leukämie
C92.00	Akute myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer Remission
C92.01	Akute myeloische Leukämie: In kompletter Remission
C92.1	Chronische myeloische Leukämie
C92.10	Chronische myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer Remission
C92.11	Chronische myeloische Leukämie: In kompletter Remission
C92.2	Subakute myeloische Leukämie
C92.20	Subakute myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer Remission
C92.21	Subakute myeloische Leukämie: In kompletter Remission
C92.3	Myelosarkom
C92.30	Myelosarkom: Ohne Angabe einer Remission
C92.31	Myelosarkom: In kompletter Remission
C92.4	Akute promyelozytäre Leukämie
C92.40	Akute promyelozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer Remission
C92.41	Akute promyelozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C92.5	Akute myelomonozytäre Leukämie
C92.50	Akute myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer Remission
C92.51	Akute myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C92.7	Sonstige myeloische Leukämie
C92.70	Sonstige myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer Remission
C92.71	Sonstige myeloische Leukämie: In kompletter Remission
C92.9	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet
C92.90	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Remission
C92.91	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C93.0	Akute Monozytenleukämie
C93.00	Akute Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer Remission
C93.01	Akute Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C93.1	Chronische Monozytenleukämie
C93.10	Chronische Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer Remission
C93.11	Chronische Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C93.2	Subakute Monozytenleukämie
C93.20	Subakute Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer Remission

B-5

C93.21	Subakute Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C93.7	Sonstige Monozytenleukämie
C93.70	Sonstige Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer Remission
C93.71	Sonstige Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C93.9	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet
C93.90	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Remission
C93.91	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C94.0	Akute Erythämie und Erythroleukämie
C94.00	Akute Erythämie und Erythroleukämie: Ohne Angabe einer Remission
C94.01	Akute Erythämie und Erythroleukämie: In kompletter Remission
C94.1	Chronische Erythämie
C94.10	Chronische Erythämie: Ohne Angabe einer Remission
C94.11	Chronische Erythämie: In kompletter Remission
C94.2	Akute Megakaryoblastenleukämie
C94.20	Akute Megakaryoblastenleukämie: Ohne Angabe einer Remission
C94.21	Akute Megakaryoblastenleukämie: In kompletter Remission
C94.3	Mastzellenleukämie
C94.30	Mastzellenleukämie: Ohne Angabe einer Remission
C94.31	Mastzellenleukämie: In kompletter Remission
C94.4	Akute Panmyelose
C94.40	Akute Panmyelose: Ohne Angabe einer Remission
C94.41	Akute Panmyelose: In kompletter Remission
C94.7	Sonstige näher bezeichnete Leukämien
C94.70	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: Ohne Angabe einer Remission
C94.71	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: In kompletter Remission
C95.0	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
C95.00	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer Remission
C95.01	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.1	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
C95.10	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer Remission
C95.11	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.2	Subakute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
C95.20	Subakute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer Remission
C95.21	Subakute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.7	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
C95.70	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer Remission
C95.71	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.8	Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie
C95.9	Leukämie, nicht näher bezeichnet
C95.90	Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Remission
C95.91	Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C96.0	Abt-Letterer-Siwe-Krankheit
C96.1	Bösartige Histiozytose
C96.2	Bösartiger Mastzelltumor
C96.3	Echtes histiozytäres Lymphom
C96.7	Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
C96.9	Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet

6) Bösartige Neubildungen des Verdauungssystems

ICD10GM Bezeichnung

C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes
C02.0	Bösartige Neubildung: Zungenrücken
C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand
C02.2	Bösartige Neubildung: Zungenunterfläche
C02.3	Bösartige Neubildung: Vordere zwei Drittel der Zunge, Bereich nicht näher bezeichnet
C02.4	Bösartige Neubildung: Zungentonsille
C02.8	Bösartige Neubildung: Zunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C02.9	Bösartige Neubildung: Zunge, nicht näher bezeichnet
C03.0	Bösartige Neubildung: Oberkieferzahnfleisch

B-6

C03.1	Bösartige Neubildung: Unterkieferzahnfleisch
C03.9	Bösartige Neubildung: Zahnfleisch, nicht näher bezeichnet
C04.0	Bösartige Neubildung: Vorderer Teil des Mundbodens
C04.1	Bösartige Neubildung: Seitlicher Teil des Mundbodens
C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend
C04.9	Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet
C05.0	Bösartige Neubildung: Harter Gaumen
C05.1	Bösartige Neubildung: Weicher Gaumen
C05.2	Bösartige Neubildung: Uvula
C05.8	Bösartige Neubildung: Gaumen, mehrere Teilbereiche überlappend
C05.9	Bösartige Neubildung: Gaumen, nicht näher bezeichnet
C06.0	Bösartige Neubildung: Wangenschleimhaut
C06.1	Bösartige Neubildung: Vestibulum oris
C06.2	Bösartige Neubildung: Retromolarregion
C06.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Mundes, mehrere Teilbereiche überlappend
C06.9	Bösartige Neubildung: Mund, nicht näher bezeichnet
C07	Bösartige Neubildung der Parotis
C08.0	Bösartige Neubildung: Glandula submandibularis
C08.1	Bösartige Neubildung: Glandula sublingualis
C08.8	Bösartige Neubildung: Große Speicheldrüsen, mehrere Teilbereiche überlappend
C08.9	Bösartige Neubildung: Große Speicheldrüse, nicht näher bezeichnet
C09.0	Bösartige Neubildung: Fossa tonsillaris
C09.1	Bösartige Neubildung: Gaumenbogen (vorderer) (hinterer)
C09.8	Bösartige Neubildung: Tonsille, mehrere Teilbereiche überlappend
C09.9	Bösartige Neubildung: Tonsille, nicht näher bezeichnet
C10.0	Bösartige Neubildung: Vallecula epiglottica
C10.1	Bösartige Neubildung: Vorderfläche der Epiglottis
C10.2	Bösartige Neubildung: Seitenwand des Oropharynx
C10.3	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Oropharynx
C10.4	Bösartige Neubildung: Kiemengang
C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet
C11.0	Bösartige Neubildung: Obere Wand des Nasopharynx
C11.1	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Nasopharynx
C11.2	Bösartige Neubildung: Seitenwand des Nasopharynx
C11.3	Bösartige Neubildung: Vorderwand des Nasopharynx
C11.8	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C11.9	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, nicht näher bezeichnet
C12	Bösartige Neubildung des Recessus piriformis
C13.0	Bösartige Neubildung: Regio postcricoidea
C13.1	Bösartige Neubildung: Aryepiglottische Falte, hypopharyngeale Seite
C13.2	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Hypopharynx
C13.8	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet
C14.0	Bösartige Neubildung: Pharynx, nicht näher bezeichnet
C14.2	Bösartige Neubildung: Lymphatischer Rachenring [Waldeyer]
C14.8	Bösartige Neubildung: Lippe, Mundhöhle und Pharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C15.0	Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus
C15.1	Bösartige Neubildung: Thorakaler Ösophagus
C15.2	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus
C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel
C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel
C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel
C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend
C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia
C16.1	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum
C16.4	Bösartige Neubildung: Pylorus
C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine Kurvatur des Magens, nicht näher bezeichnet
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Kurvatur des Magens, nicht näher bezeichnet

B-7

C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet
C17.0	Bösartige Neubildung: Duodenum
C17.1	Bösartige Neubildung: Jejunum
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum
C17.3	Bösartige Neubildung: Meckel-Divertikel
C17.8	Bösartige Neubildung: Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum
C18.8	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
C20	Bösartige Neubildung des Rektums
C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet
C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal
C21.2	Bösartige Neubildung: Kloakenregion
C21.8	Bösartige Neubildung: Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend
C22.0	Leberzellkarzinom
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom
C22.2	Hepatoblastom
C22.3	Angiosarkom der Leber
C22.4	Sonstige Sarkome der Leber
C22.7	Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase
C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang
C24.1	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]
C24.8	Bösartige Neubildung: Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend
C24.9	Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet
C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf
C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper
C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz
C25.3	Bösartige Neubildung: Ductus pancreaticus
C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas
C25.7	Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas
C25.8	Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet
C45.1	Mesotheliom des Peritoneums
C48.0	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum
C48.1	Bösartige Neubildung: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums
C48.2	Bösartige Neubildung: Peritoneum, nicht näher bezeichnet
C48.8	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend
D00.0	Carcinoma in situ: Lippe, Mundhöhle und Pharynx
D00.1	Carcinoma in situ: Ösophagus
D00.2	Carcinoma in situ: Magen
D01.0	Carcinoma in situ: Kolon
D01.1	Carcinoma in situ: Rektosigmoid, Übergang
D01.2	Carcinoma in situ: Rektum
D01.3	Carcinoma in situ: Analkanal und Anus
D01.4	Carcinoma in situ: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Darmes
D01.5	Carcinoma in situ: Leber, Gallenblase und Gallengänge
D01.7	Carcinoma in situ: Sonstige näher bezeichnete Verdauungsorgane
D01.9	Carcinoma in situ: Verdauungsorgan, nicht näher bezeichnet

7) Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe

ICD10GM Bezeichnung

C30.0	Bösartige Neubildung: Nasenhöhle
C30.1	Bösartige Neubildung: Mittelohr
C31.0	Bösartige Neubildung: Sinus maxillaris [Kieferhöhle]
C31.1	Bösartige Neubildung: Sinus ethmoidalis [Siebbeinzellen]
C31.2	Bösartige Neubildung: Sinus frontalis [Stirnhöhle]
C31.3	Bösartige Neubildung: Sinus sphenoidalis [Keilbeinhöhle]
C31.8	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhlen, mehrere Teilbereiche überlappend
C31.9	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhle, nicht näher bezeichnet
C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis
C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis
C32.2	Bösartige Neubildung: Subglottis
C32.3	Bösartige Neubildung: Larynxknorpel
C32.8	Bösartige Neubildung: Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet
C33	Bösartige Neubildung der Trachea
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet
C37	Bösartige Neubildung des Thymus
C38.0	Bösartige Neubildung: Herz
C38.1	Bösartige Neubildung: Vorderes Mediastinum
C38.2	Bösartige Neubildung: Hinteres Mediastinum
C38.3	Bösartige Neubildung: Mediastinum, Teil nicht näher bezeichnet
C38.4	Bösartige Neubildung: Pleura
C38.8	Bösartige Neubildung: Herz, Mediastinum und Pleura, mehrere Teilbereiche überlappend
C39.0	Bösartige Neubildung: Obere Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet
C39.8	Bösartige Neubildung: Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, mehrere Teilbereiche überlappend
C39.9	Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Atmungssystems
C45.0	Mesotheliom der Pleura
C45.2	Mesotheliom des Perikards

8) Bösartige Neubildungen der Knochen, des Stütz- und Bindegewebes

ICD10GM Bezeichnung

C40.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität
C40.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der oberen Extremität
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend
C40.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel einer Extremität, nicht näher bezeichnet
C41.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Knochen des Hirn- und Gesichtsschädels
C41.01	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kraniofazial
C41.02	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Maxillofazial
C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen
C41.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Wirbelsäule
C41.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen, Sternum und Klavikula
C41.4	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Beckenknochen
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend

B-9

C41.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet
C46.0	Kaposi-Sarkom der Haut
C46.1	Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes
C46.2	Kaposi-Sarkom des Gaumens
C46.3	Kaposi-Sarkom der Lymphknoten
C46.7	Kaposi-Sarkom sonstiger Lokalisationen
C46.8	Kaposi-Sarkom mehrerer Organe
C46.9	Kaposi-Sarkom, nicht näher bezeichnet
C47.0	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C47.1	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C47.2	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C47.3	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Thorax
C47.4	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Abdomens
C47.5	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
C47.6	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
C47.8	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C47.9	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, nicht näher bezeichnet
C49.0	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C49.1	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C49.2	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C49.3	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax
C49.4	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens
C49.5	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
C49.6	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
C49.8	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
C49.9	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, nicht näher bezeichnet

9) Bösartige Neubildungen weiblicher Genitalorgane und der Brust

ICD10GM Bezeichnung

C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.6	Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
C51.0	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus
C51.1	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus
C51.2	Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris
C51.8	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
C51.9	Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet
C52	Bösartige Neubildung der Vagina
C53.0	Bösartige Neubildung: Endozervix
C53.1	Bösartige Neubildung: Ektozervix
C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
C56	Bösartige Neubildung des Ovars
C57.0	Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]
C57.1	Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri
C57.2	Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri
C57.3	Bösartige Neubildung: Parametrium
C57.4	Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet

C57.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane
C57.8	Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C57.9	Bösartige Neubildung: Weibliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet
C58	Bösartige Neubildung der Plazenta

10) Bösartige Neubildungen des Zentralnervensystems und der Hypophyse

ICD10GM Bezeichnung

C70.0	Bösartige Neubildung: Hirnhäute
C70.1	Bösartige Neubildung: Rückenmarkshäute
C70.9	Bösartige Neubildung: Meningen, nicht näher bezeichnet
C71.0	Bösartige Neubildung: Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel
C71.1	Bösartige Neubildung: Frontallappen
C71.2	Bösartige Neubildung: Temporallappen
C71.3	Bösartige Neubildung: Parietallappen
C71.4	Bösartige Neubildung: Okzipitallappen
C71.5	Bösartige Neubildung: Hirnventrikel
C71.6	Bösartige Neubildung: Zerebellum
C71.7	Bösartige Neubildung: Hirnstamm
C71.8	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend
C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet
C72.0	Bösartige Neubildung: Rückenmark
C72.1	Bösartige Neubildung: Cauda equina
C72.2	Bösartige Neubildung: Nn. olfactorii [I. Hirnnerv]
C72.3	Bösartige Neubildung: N. opticus [II. Hirnnerv]
C72.4	Bösartige Neubildung: N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]
C72.5	Bösartige Neubildung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven
C72.8	Bösartige Neubildung: Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend
C72.9	Bösartige Neubildung: Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet
C75.1	Bösartige Neubildung: Hypophyse
C75.2	Bösartige Neubildung: Ductus craniopharyngealis
C75.3	Bösartige Neubildung: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse]

11) Bösartige Neubildungen der Nebenniere

ICD10GM Bezeichnung

C74.0	Bösartige Neubildung: Nebennierenrinde
C74.1	Bösartige Neubildung: Nebennierenmark
C74.9	Bösartige Neubildung: Nebenniere, nicht näher bezeichnet

12) Bösartige Neubildungen sekundärer (Metastasen) und nicht näher bezeichneter Lokalisationen

ICD10GM Bezeichnung

C45.7	Mesotheliom sonstiger Lokalisationen
C45.9	Mesotheliom, nicht näher bezeichnet
C76.0	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Kopf, Gesicht und Hals
C76.1	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Thorax
C76.2	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Abdomen
C76.3	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
C76.4	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Obere Extremität
C76.5	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität
C76.7	Bösartige Neubildung: Sonstige ungenau bezeichnete Lokalisationen
C76.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten

B-11

C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten
C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane
C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens
C79.1	Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute
C79.4	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
C79.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere
C79.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen
C79.81	Sekundäre bösartige Neubildung der Brustdrüse
C79.82	Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane
C79.83	Sekundäre bösartige Neubildung des Perikards
C79.84	Sonstige sekundäre bösartige Neubildung des Herzens
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen
C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

13) Neubildungen unklarer Dignität im ZNS oder des respiratorischen Systems

ICD10GM Bezeichnung

D38.0	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Larynx
D38.1	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge
D38.2	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Pleura
D38.3	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Mediastinum
D38.4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Thymus
D38.5	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Sonstige Atmungsorgane
D38.6	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Atmungsorgan, nicht näher bezeichnet
D42.0	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Hirnhäute
D42.1	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Rückenmarkshäute
D42.9	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Meningen, nicht näher bezeichnet
D43.0	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Gehirn, supratentoriell
D43.1	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Gehirn, infratentoriell
D43.2	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Gehirn, nicht näher bezeichnet
D43.3	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Hirnnerven
D43.4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Rückenmark
D43.7	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Sonstige Teile des Zentralnervensystems
D43.9	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet
D44.3	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Hypophyse
D44.4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Ductus craniopharyngealis
D44.5	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Epiphyse [Glandula pinealis]

14) Diabetes mellitus Typ 1**ICD10GM Bezeichnung**

E10.0	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Koma
E10.01	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Koma: Als entgleist bezeichnet
E10.1	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Ketoazidose
E10.11	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
E10.2	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen
E10.20	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.21	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.3	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen
E10.30	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.31	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.4	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen
E10.40	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.41	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.5	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
E10.50	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.51	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.6	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
E10.60	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.61	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.7	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen
E10.70	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.71	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.8	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
E10.80	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.81	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.9	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Ohne Komplikationen
E10.90	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.91	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet

15) Diabetes mellitus Typ 2 und sonstiger Diabetes mellitus mit schwerwiegenden Komplikationen**ICD10GM Bezeichnung**

E11.2	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Nierenkomplikationen
E11.20	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.21	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.4	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen
E11.40	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.41	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.5	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
E11.50	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.51	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.7	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen
E11.70	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.71	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E12.2	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Nierenkomplikationen
E12.20	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E12.21	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E12.4	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit neurologischen Komplikationen
E12.40	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E12.41	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E12.5	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
E12.50	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E12.51	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E12.7	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen
E12.70	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E12.71	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.2	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen
E13.20	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.21	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.4	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen
E13.40	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.41	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.5	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
E13.50	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen:

	Nicht als entgleist bezeichnet
E13.51	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.7	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen
E13.70	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.71	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E14.2	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen
E14.20	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E14.21	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E14.4	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen
E14.40	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E14.41	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E14.5	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
E14.50	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E14.51	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E14.7	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen
E14.70	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E14.71	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet

16) Hypophysärer Kleinwuchs

ICD10GM Bezeichnung

E23.0	Hypopituitarismus
-------	-------------------

17) Hämochromatose und andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphat-Stoffwechsels

ICD10GM Bezeichnung

E83.0	Störungen des Kupferstoffwechsels
E83.1	Störungen des Eisenstoffwechsels
E83.3	Störungen des Phosphorstoffwechsels
E83.30	Familiäre hypophosphatämische Rachitis
E83.31	Vitamin-D-abhängige Rachitis
E83.38	Sonstige Störungen des Phosphorstoffwechsels
E83.39	Störungen des Phosphorstoffwechsels, nicht näher bezeichnet

18) Störungen des Flüssigkeitshaushaltes, Elektrolytstörungen und Störungen des Säure-Basen-Haushaltes

ICD10GM Bezeichnung

E86	Volumenmangel
E87.0	Hyperosmolalität und Hyponatriämie
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie
E87.2	Azidose
E87.3	Alkalose
E87.4	Gemischte Störung des Säure-Basen-Gleichgewichts
E87.5	Hyperkaliämie
E87.6	Hypokaliämie
E87.7	Flüssigkeitsüberschuss
E87.8	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, anderenorts nicht klassifiziert

19) Terminale Lebererkrankungen**ICD10GM Bezeichnung**

I85.0	Ösophagusvarizen mit Blutung
I85.9	Ösophagusvarizen ohne Blutung
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I98.20	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Ohne Angabe einer Blutung
I98.21	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mit Blutung
K72.1	Chronisches Leberversagen
K76.7	Hepatorenales Syndrom
K77.8	Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

20) Leberzirrhose**ICD10GM Bezeichnung**

K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose
K70.4	Alkoholisches Leberversagen
K71.7	Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber
K74.0	Leberfibrose
K74.1	Lebersklerose
K74.2	Leberfibrose mit Lebersklerose
K74.3	Primäre biliäre Zirrhose
K74.4	Sekundäre biliäre Zirrhose
K74.5	Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber

21) Chronische Virushepatitis**ICD10GM Bezeichnung**

B18.0	Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus
B18.1	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus
B18.2	Chronische Virushepatitis C
B18.8	Sonstige chronische Virushepatitis
B18.9	Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet

22) Akute schwere Lebererkrankungen**ICD10GM Bezeichnung**

A06.4	Leberabszess durch Amöben
B15.0	Virushepatitis A mit Coma hepaticum
B16.0	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) und mit Coma hepaticum
B16.1	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) ohne Coma hepaticum
B16.2	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus mit Coma hepaticum
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum
B17.0	Akute Delta-Virus- (Super-) Infektion eines Hepatitis-B- (Virus-) Trägers
B17.1	Akute Virushepatitis C
B17.2	Akute Virushepatitis E
B17.8	Sonstige näher bezeichnete akute Virushepatitis
B19.0	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis mit Koma
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet
K75.0	Leberabszess
K76.2	Zentrale hämorrhagische Lebernekrose
K76.3	Leberinfarkt

23) Erkrankungen der Gallenwege**ICD10GM Bezeichnung**

K80.3	Gallengangsstein mit Cholangitis
K80.30	Gallengangsstein mit Cholangitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion
K83.0	Cholangitis
K83.1	Verschluss des Gallenganges
K83.2	Perforation des Gallenganges
K83.3	Fistel des Gallenganges
K83.4	Spasmus des Sphinkter Oddi
K83.5	Biliäre Zyste
K83.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenwege

24) Peritonitis**ICD10GM Bezeichnung**

K65.0	Akute Peritonitis
K65.8	Sonstige Peritonitis
K65.9	Peritonitis, nicht näher bezeichnet
K67.8	Sonstige Krankheiten des Peritoneums bei anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten

25) Ileus**ICD10GM Bezeichnung**

K56.0	Paralytischer Ileus
K56.1	Invagination
K56.2	Volvulus
K56.3	Gallensteinileus
K56.4	Sonstige Obturation des Darmes
K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Ileus
K56.6	Sonstiger und nicht näher bezeichneter mechanischer Ileus
K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet

26) Morbus Crohn (Alter > 17 Jahre)**ICD10GM Bezeichnung**

K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes*
K50.1	Crohn-Krankheit des Dickdarmes*
K50.8	Sonstige Crohn-Krankheit*
K50.9	Crohn-Krankheit, nicht näher bezeichnet*

27) Entzündliche Darmerkrankungen (Alter < 18 Jahre)**ICD10GM Bezeichnung**

K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes**
K50.1	Crohn-Krankheit des Dickdarmes**
K50.8	Sonstige Crohn-Krankheit**
K50.9	Crohn-Krankheit, nicht näher bezeichnet**
K51.0	Ulzeröse (chronische) Enterokolitis**
K51.1	Ulzeröse (chronische) Ileokolitis**
K51.2	Ulzeröse (chronische) Proktitis**
K51.3	Ulzeröse (chronische) Rektosigmoiditis**

* Alter > 17 Jahre

** Alter < 18 Jahre

K51.4	Pseudopolyposis des Kolons**
K51.5	Proktokolitis der Schleimhaut**
K51.8	Sonstige Colitis ulcerosa**
K51.9	Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet**

28) Gastrointestinale Blutung und / oder Perforation

ICD10GM Bezeichnung

K22.6	Mallory-Weiss-Syndrom
K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung
K25.1	Ulcus ventriculi: Akut, mit Perforation
K25.2	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung und Perforation
K25.4	Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung
K25.5	Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation
K25.6	Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung und Perforation
K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung
K26.1	Ulcus duodeni: Akut, mit Perforation
K26.2	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung und Perforation
K26.4	Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung
K26.5	Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation
K26.6	Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung und Perforation
K27.0	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Akut, mit Blutung
K27.1	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Akut, mit Perforation
K27.2	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Akut, mit Blutung und Perforation
K27.4	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung
K27.5	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation
K27.6	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung und Perforation
K28.0	Ulcus pepticum jejuni: Akut, mit Blutung
K28.1	Ulcus pepticum jejuni: Akut, mit Perforation
K28.2	Ulcus pepticum jejuni: Akut, mit Blutung und Perforation
K28.4	Ulcus pepticum jejuni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung
K28.5	Ulcus pepticum jejuni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation
K28.6	Ulcus pepticum jejuni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung und Perforation
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis
K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung
K55.22	Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung
K57.01	Divertikulose des Dünndarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.03	Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.11	Divertikulose des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung
K57.13	Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung
K57.21	Divertikulose des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.23	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K57.33	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K57.4	Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess
K57.40	Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
K57.41	Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.42	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
K57.43	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.51	Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K57.53	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K57.8	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess
K57.80	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess, ohne

	Angabe einer Blutung
K57.81	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.82	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
K57.83	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.91	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K57.93	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)
K92.0	Hämatemesis
K92.1	Meläna
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet

29) Gelenkerkrankungen mit Infektion

ICD10GM Bezeichnung

A54.4	Gonokokkeninfektion des Muskel-Skelett-Systems
A66.6	Knochen- und Gelenkveränderungen bei Frambösie
M00.0	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken
M00.00	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Mehrere Lokalisationen
M00.01	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M00.02	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M00.03	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M00.04	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M00.05	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M00.06	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M00.07	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M00.08	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M00.09	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
M00.1	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken
M00.10	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Mehrere Lokalisationen
M00.11	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M00.12	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M00.13	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M00.14	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M00.15	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M00.16	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M00.17	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M00.18	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M00.19	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
M00.2	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken
M00.20	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Mehrere Lokalisationen
M00.21	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M00.22	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M00.23	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M00.24	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M00.25	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]

- M00.26 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M00.27 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M00.28 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M00.29 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M00.8 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger
- M00.80 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Mehrere Lokalisationen
- M00.81 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M00.82 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M00.83 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M00.84 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M00.85 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M00.86 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M00.87 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M00.88 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M00.89 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M00.9 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet
- M00.90 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
- M00.91 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M00.92 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M00.93 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M00.94 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M00.95 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M00.96 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M00.97 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M00.98 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M00.99 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M01.0 Arthritis durch Meningokokken
- M01.00 Arthritis durch Meningokokken: Mehrere Lokalisationen
- M01.01 Arthritis durch Meningokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M01.02 Arthritis durch Meningokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M01.03 Arthritis durch Meningokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M01.04 Arthritis durch Meningokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M01.05 Arthritis durch Meningokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M01.06 Arthritis durch Meningokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M01.07 Arthritis durch Meningokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M01.08 Arthritis durch Meningokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M01.09 Arthritis durch Meningokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M01.3 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten
- M01.30 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Mehrere Lokalisationen

- M01.31 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M01.32 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M01.33 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M01.34 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M01.35 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M01.36 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M01.37 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M01.38 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M01.39 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M01.4 Arthritis bei Röteln
- M01.40 Arthritis bei Röteln: Mehrere Lokalisationen
- M01.41 Arthritis bei Röteln: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M01.42 Arthritis bei Röteln: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M01.43 Arthritis bei Röteln: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M01.44 Arthritis bei Röteln: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M01.45 Arthritis bei Röteln: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M01.46 Arthritis bei Röteln: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M01.47 Arthritis bei Röteln: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M01.48 Arthritis bei Röteln: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M01.49 Arthritis bei Röteln: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M01.5 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten
- M01.50 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Mehrere Lokalisationen
- M01.51 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M01.52 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M01.53 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M01.54 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M01.55 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M01.56 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M01.57 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M01.58 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M01.59 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M01.6 Arthritis bei Mykosen
- M01.60 Arthritis bei Mykosen: Mehrere Lokalisationen
- M01.61 Arthritis bei Mykosen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M01.62 Arthritis bei Mykosen: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M01.63 Arthritis bei Mykosen: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M01.64 Arthritis bei Mykosen: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M01.65 Arthritis bei Mykosen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]

B-21

- M01.66 Arthritis bei Mykosen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M01.67 Arthritis bei Mykosen: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M01.68 Arthritis bei Mykosen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M01.69 Arthritis bei Mykosen: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M01.8 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
- M01.80 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Mehrere Lokalisationen
- M01.81 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M01.82 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M01.83 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M01.84 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M01.85 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M01.86 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M01.87 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M01.88 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M01.89 Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M02.1 Postenteritische Arthritis
- M02.10 Postenteritische Arthritis: Mehrere Lokalisationen
- M02.11 Postenteritische Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M02.12 Postenteritische Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M02.13 Postenteritische Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M02.14 Postenteritische Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M02.15 Postenteritische Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M02.16 Postenteritische Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M02.17 Postenteritische Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M02.18 Postenteritische Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M02.19 Postenteritische Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M03.0 Arthritis nach Meningokokkeninfektion
- M03.00 Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Mehrere Lokalisationen
- M03.01 Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M03.02 Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M03.03 Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M03.04 Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M03.05 Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M03.06 Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M03.07 Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M03.08 Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M03.09 Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M03.2 Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- M03.20 Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen
- M03.21 Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M03.22 Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm

	[Humerus, Ellenbogengelenk]
M03.23	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M03.24	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M03.25	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M03.26	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M03.27	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M03.28	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M03.29	Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen

30) Osteomyelitis

ICD10GM Bezeichnung

M46.2	Wirbelosteomyelitis
M46.20	Wirbelosteomyelitis: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M46.21	Wirbelosteomyelitis: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M46.22	Wirbelosteomyelitis: Zervikalbereich
M46.23	Wirbelosteomyelitis: Zervikothorakalbereich
M46.24	Wirbelosteomyelitis: Thorakalbereich
M46.25	Wirbelosteomyelitis: Thorakolumbalbereich
M46.26	Wirbelosteomyelitis: Lumbalbereich
M46.27	Wirbelosteomyelitis: Lumbosakralbereich
M46.28	Wirbelosteomyelitis: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M46.29	Wirbelosteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M86.0	Akute hämatogene Osteomyelitis
M86.00	Akute hämatogene Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
M86.01	Akute hämatogene Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M86.02	Akute hämatogene Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M86.03	Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M86.04	Akute hämatogene Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M86.05	Akute hämatogene Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M86.06	Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M86.07	Akute hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M86.08	Akute hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M86.09	Akute hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
M86.1	Sonstige akute Osteomyelitis
M86.10	Sonstige akute Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
M86.11	Sonstige akute Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M86.12	Sonstige akute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M86.13	Sonstige akute Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M86.14	Sonstige akute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M86.15	Sonstige akute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M86.16	Sonstige akute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M86.17	Sonstige akute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M86.18	Sonstige akute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M86.19	Sonstige akute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
M86.2	Subakute Osteomyelitis

B-23

- M86.20 Subakute Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.21 Subakute Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.22 Subakute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.23 Subakute Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.24 Subakute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.25 Subakute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.26 Subakute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.27 Subakute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.28 Subakute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.29 Subakute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M86.3 Chronische multifokale Osteomyelitis
- M86.30 Chronische multifokale Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.31 Chronische multifokale Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.32 Chronische multifokale Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.33 Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.34 Chronische multifokale Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.35 Chronische multifokale Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.36 Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.37 Chronische multifokale Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.38 Chronische multifokale Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.39 Chronische multifokale Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M86.4 Chronische Osteomyelitis mit Fistel
- M86.40 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Mehrere Lokalisationen
- M86.41 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.42 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.43 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.44 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.45 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.46 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.47 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.48 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.49 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M86.5 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis
- M86.50 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.51 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.52 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.53 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.54 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.55 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.56 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.57 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.58 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.59 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M86.6 Sonstige chronische Osteomyelitis

- M86.60 Sonstige chronische Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.61 Sonstige chronische Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.62 Sonstige chronische Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.63 Sonstige chronische Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.64 Sonstige chronische Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.65 Sonstige chronische Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.66 Sonstige chronische Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.67 Sonstige chronische Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.68 Sonstige chronische Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.69 Sonstige chronische Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M86.8 Sonstige Osteomyelitis
- M86.80 Sonstige Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.81 Sonstige Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.82 Sonstige Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.83 Sonstige Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.84 Sonstige Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.85 Sonstige Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.86 Sonstige Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.87 Sonstige Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.88 Sonstige Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.89 Sonstige Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M86.9 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet
- M86.90 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
- M86.91 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.92 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.93 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.94 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.95 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.96 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.97 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.98 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.99 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- M90.5 Knochennekrose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
- M90.50 Knochennekrose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen
- M90.51 Knochennekrose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M90.52 Knochennekrose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M90.53 Knochennekrose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M90.54 Knochennekrose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M90.55 Knochennekrose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M90.56 Knochennekrose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M90.57 Knochennekrose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]

M90.58	Knochennekrose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M90.59	Knochennekrose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen

31) Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

ICD10GM Bezeichnung

Q35.1	Spalte des harten Gaumens
Q35.3	Spalte des weichen Gaumens
Q35.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens
Q35.7	Uvulaspalte
Q35.9	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet
Q36.0	Lippenspalte, beidseitig
Q36.1	Lippenspalte, median
Q36.9	Lippenspalte, einseitig
Q37.0	Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte
Q37.1	Spalte des harten Gaumens mit einseitiger Lippenspalte
Q37.2	Spalte des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte
Q37.3	Spalte des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte
Q37.4	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte
Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte
Q37.8	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit beidseitiger Lippenspalte
Q37.9	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit einseitiger Lippenspalte

32) Schwerwiegende hämatologische Erkrankungen

ICD10GM Bezeichnung

D46.1	Refraktäre Anämie mit Ringsideroblasten
D46.2	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss
D46.3	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss in Transformation
D46.4	Refraktäre Anämie, nicht näher bezeichnet
D46.7	Sonstige myelodysplastische Syndrome
D46.9	Myelodysplastisches Syndrom, nicht näher bezeichnet
D60.0	Chronische erworbene isolierte aplastische Anämie
D60.1	Transitorische erworbene isolierte aplastische Anämie
D60.8	Sonstige erworbene isolierte aplastische Anämien
D60.9	Erworbene isolierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet
D61.0	Angeborene aplastische Anämie
D61.1	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie
D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie
D61.18	Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie
D61.19	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet
D61.2	Aplastische Anämie infolge sonstiger äußerer Ursachen
D61.3	Idiopathische aplastische Anämie
D61.8	Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien
D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet
D64.0	Hereditäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie
D64.1	Sekundäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie (krankheitsbedingt)
D64.2	Sekundäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie durch Arzneimittel oder Toxine
D64.3	Sonstige sideroachrestische [sideroblastische] Anämien
D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel
D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel
D70.0	Angeborene Agranulozytose und Neutropenie*
D70.1	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie*
D70.10	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase unter 10 Tage*
D70.11	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage*

* Alter > 17 Jahre

D70.12	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr*
D70.18	Sonstige Verlaufsformen der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie*
D70.19	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet*
D70.3	Sonstige Agranulozytose*
D70.5	Zyklische Neutropenie*
D70.6	Sonstige Neutropenie*
D70.7	Neutropenie, nicht näher bezeichnet*
D71	Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten*

33) Hydrozephalus

ICD10GM Bezeichnung

G91.0	Hydrozephalus communicans
G91.1	Hydrozephalus occlusus
G91.2	Normaldruckhydrozephalus
G91.20	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus
G91.21	Sekundärer Normaldruckhydrozephalus
G91.29	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet
G91.3	Posttraumatischer Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet
G91.8	Sonstiger Hydrozephalus
G91.9	Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet
G94.0	Hydrozephalus bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
G94.1	Hydrozephalus bei Neubildungen
G94.2	Hydrozephalus bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

34) Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch

ICD10GM Bezeichnung

F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F10.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F11.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F11.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Schädlicher Gebrauch
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom
F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom
F11.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom mit Delir
F11.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Psychotische Störung
F11.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Amnestisches Syndrom
F11.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F11.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F11.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F12.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F12.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch
F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom
F12.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom
F12.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom mit Delir
F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung
F12.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Amnestisches Syndrom

- F12.7 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- F12.8 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
- F12.9 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
- F13.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
- F13.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch
- F13.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom
- F13.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom
- F13.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom mit Delir
- F13.5 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Psychotische Störung
- F13.6 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Amnestisches Syndrom
- F13.7 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- F13.8 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
- F13.9 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
- F14.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
- F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch
- F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom
- F14.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom
- F14.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom mit Delir
- F14.5 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Psychotische Störung
- F14.6 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Amnestisches Syndrom
- F14.7 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- F14.8 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
- F14.9 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
- F15.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
- F15.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Schädlicher Gebrauch
- F15.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom
- F15.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom
- F15.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom mit Delir
- F15.5 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Psychotische Störung
- F15.6 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Amnestisches Syndrom
- F15.7 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- F15.8 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
- F15.9 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
- F16.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
- F16.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Schädlicher Gebrauch
- F16.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Abhängigkeitssyndrom
- F16.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Entzugssyndrom
- F16.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Entzugssyndrom mit Delir
- F16.5 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Psychotische Störung
- F16.6 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Amnestisches Syndrom
- F16.7 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung

F16.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F16.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F18.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F18.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Schädlicher Gebrauch
F18.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Abhängigkeitssyndrom
F18.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom
F18.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom mit Delir
F18.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Psychotische Störung
F18.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Amnestisches Syndrom
F18.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F18.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F18.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F19.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom
F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom
F19.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom mit Delir
F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung
F19.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Amnestisches Syndrom
F19.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F19.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F19.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F55.0	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Antidepressiva
F55.1	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Laxanzien
F55.2	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Analgetika
F55.3	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Antazida
F55.4	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Vitamine
F55.5	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Steroide und Hormone
F55.6	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Pflanzen oder Naturheilmittel
F55.8	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Sonstige Substanzen
F55.9	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Nicht näher bezeichnete Substanz

35) Schizophrenie, schizotype, wahnhafte und dissoziative Störungen

ICD10GM Bezeichnung

F05.0	Delir ohne Demenz
F05.8	Sonstige Formen des Delirs
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet
F06.0	Organische Halluzinose
F06.1	Organische katatone Störung

F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung
F06.3	Organische affektive Störungen
F06.4	Organische Angststörung
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.1	Hebephrene Schizophrenie
F20.2	Katatone Schizophrenie
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	Postschizophrene Depression
F20.5	Schizophrenes Residuum
F20.6	Schizophrenia simplex
F20.8	Sonstige Schizophrenie
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet
F21	Schizotype Störung
F22.0	Wahnhafte Störung
F22.8	Sonstige anhaltende wahnhafte Störungen
F22.9	Anhaltende wahnhafte Störung, nicht näher bezeichnet
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung
F23.3	Sonstige akute vorwiegend wahnhafte psychotische Störungen
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet
F24	Induzierte wahnhafte Störung
F25.0	Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch
F25.1	Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv
F25.2	Gemischte schizoaffective Störung
F25.8	Sonstige schizoaffective Störungen
F25.9	Schizoaffective Störung, nicht näher bezeichnet
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose
F30.0	Hypomanie
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen
F30.8	Sonstige manische Episoden
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode
F31.7	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F34.0	Zyklothymia
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen
F34.9	Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung
F60.5	Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen
F60.9	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen

F62.8	Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen
F62.80	Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom
F62.88	Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen
F62.9	Andauernde Persönlichkeitsänderung, nicht näher bezeichnet
F68.1	Artifizielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen]
F68.8	Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung

36) Schwere Depression

ICD10GM Bezeichnung

F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet

37) Essstörungen (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa)

ICD10GM Bezeichnung

F50.0	Anorexia nervosa
F50.1	Atypische Anorexia nervosa
F50.2	Bulimia nervosa
F50.3	Atypische Bulimia nervosa

38) Posttraumatische Belastungsstörung

ICD10GM Bezeichnung

F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
F62.1	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit

39) Intelligenzminderung

ICD10GM Bezeichnung

F70.0	Leichte Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F70.8	Leichte Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F70.9	Leichte Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F71.0	Mittelgradige Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F71.1	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F71.8	Mittelgradige Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F71.9	Mittelgradige Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F72.0	Schwere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F72.1	Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F72.8	Schwere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F72.9	Schwere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F73.0	Schwerste Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F73.1	Schwerste Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder

	Behandlung erfordert
F73.8	Schwerste Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F73.9	Schwerste Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F74.0	Dissoziierte Intelligenz: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F74.1	Dissoziierte Intelligenz: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F74.8	Dissoziierte Intelligenz: Sonstige Verhaltensstörung
F74.9	Dissoziierte Intelligenz: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F78.0	Andere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F78.1	Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F78.8	Andere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F78.9	Andere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F79.0	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F79.1	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F79.8	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F79.9	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung

40) Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

ICD10GM Bezeichnung

F84.0	Frühkindlicher Autismus
F84.1	Atypischer Autismus
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien
F84.5	Asperger-Syndrom
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen
F84.9	Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet

41) Trisomie der Chromosomen 13 und 18 und andere bestimmte autosomale Trisomien

ICD10GM Bezeichnung

Q91.0	Trisomie 18, meiotische Non-disjunction
Q91.1	Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
Q91.2	Trisomie 18, Translokation
Q91.3	Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet
Q91.4	Trisomie 13, meiotische Non-disjunction
Q91.5	Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
Q91.6	Trisomie 13, Translokation
Q91.7	Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet
Q92.0	Vollständige Trisomie, meiotische Non-disjunction
Q92.1	Vollständige Trisomie, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
Q92.2	Partielle Trisomie, Majorform
Q92.3	Partielle Trisomie, Minorform
Q92.4	Chromosomenduplikationen, die nur in der Prometaphase sichtbar werden
Q92.5	Chromosomenduplikationen mit sonstigen komplexen Rearrangements
Q92.6	Überzählige Marker-Chromosomen
Q92.7	Triploidie und Polyploidie
Q92.8	Sonstige näher bezeichnete Trisomien und partielle Trisomien der Autosomen
Q92.9	Trisomie und partielle Trisomie der Autosomen, nicht näher bezeichnet
Q93.0	Vollständige Monosomie, meiotische Non-disjunction
Q93.1	Vollständige Monosomie, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
Q93.2	Ringchromosomen und dizentrische Chromosomen
Q93.3	Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 4
Q93.4	Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 5
Q93.5	Sonstige Deletionen eines Chromosomenteils
Q93.6	Deletionen, die nur in der Prometaphase sichtbar werden
Q93.7	Deletionen mit sonstigen komplexen Rearrangements
Q93.8	Sonstige Deletionen der Autosomen
Q93.9	Deletion der Autosomen, nicht näher bezeichnet

Q95.3	Balanciertes Rearrangement zwischen Gonosomen und Autosomen beim abnormen Individuum
Q95.8	Sonstige balancierte Chromosomen-Rearrangements und Struktur-Marker

42) Quadriplegie und andere ausgeprägte periphere Lähmungen

ICD10GM Bezeichnung

G04.1	Tropische spastische Paraplegie
G11.4	Hereditäre spastische Paraplegie
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]
G12.1	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie
G12.2	Motoneuron-Krankheit
G12.8	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese
G82.0	Schlaffe Paraparese und Paraplegie
G82.00	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.01	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.09	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.1	Spastische Paraparese und Paraplegie
G82.10	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.11	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.19	Spastische Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.2	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet
G82.20	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.21	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.23	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.29	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet
G82.3	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie
G82.30	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.31	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.32	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.39	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.4	Spastische Tetraparese und Tetraplegie
G82.40	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.41	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.5	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet
G82.50	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.51	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese

G82.52	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.53	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.59	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet
G82.6	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes
G82.60	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C1-C3
G82.61	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C4-C5
G82.62	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C6-C8
G82.63	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th1-Th6
G82.64	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th7-Th10
G82.65	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th11-L1
G82.66	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: L2-S1
G82.67	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: S2-S5
G82.69	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Nicht näher bezeichnet
G83.80	Locked-in-Syndrom
S14.11	Komplette Querschnittverletzung des zervikalen Rückenmarkes
S18	Traumatische Amputation in Halshöhe
S24.11	Komplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes

43) Schwerwiegende Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks

ICD10GM Bezeichnung

G83.4	Cauda- (equina-) Syndrom
G83.40	Komplettes Cauda- (equina-) Syndrom
G83.41	Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom
G83.49	Cauda- (equina-) Syndrom, nicht näher bezeichnet
G90.1	Familiäre Dysautonomie [Riley-Day-Syndrom]
Q00.0	Anenzephalie
Q00.1	Kraniorhachischisis
Q00.2	Inienzephalie
Q01.0	Frontale Enzephalozele
Q01.1	Nasofrontale Enzephalozele
Q01.2	Okzipitale Enzephalozele
Q01.8	Enzephalozele sonstiger Lokalisationen
Q01.9	Enzephalozele, nicht näher bezeichnet
Q02	Mikrozephalie
Q03.0	Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri
Q03.1	Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturales laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels
Q03.8	Sonstiger angeborener Hydrozephalus
Q03.9	Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet
Q04.0	Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum
Q04.1	Arrhinenzephalie
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns
Q04.4	Septooptische Dysplasie
Q04.5	Megalenzephalie
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten
Q04.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gehirns
Q04.9	Angeborene Fehlbildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet
Q05.0	Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.3	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.6	Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.8	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.9	Spina bifida, nicht näher bezeichnet
Q06.0	Amyelie

Q06.1	Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks
Q06.2	Diastematomyelie
Q06.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina
Q06.4	Hydromyelie
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks
Q06.9	Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet
Q07.0	Arnold-Chiari-Syndrom
Q07.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
Q07.9	Angeborene Fehlbildung des Nervensystems, nicht näher bezeichnet
S14.0	Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes
S14.1	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes
S14.10	Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
S14.12	Zentrale Halsmarkverletzung (inkomplette Querschnittverletzung)
S14.13	Sonstige inkomplette Querschnittverletzungen des zervikalen Rückenmarkes
S14.7	Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen Rückenmarkes
S14.70	Verletzung des zervikalen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet
S14.71	Verletzung des Rückenmarkes: C1
S14.72	Verletzung des Rückenmarkes: C2
S14.73	Verletzung des Rückenmarkes: C3
S14.74	Verletzung des Rückenmarkes: C4
S14.75	Verletzung des Rückenmarkes: C5
S14.76	Verletzung des Rückenmarkes: C6
S14.77	Verletzung des Rückenmarkes: C7
S14.78	Verletzung des Rückenmarkes: C8
S24.0	Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarkes
S24.1	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des thorakalen Rückenmarkes
S24.10	Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
S24.12	Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes
S24.7	Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes
S24.70	Verletzung des thorakalen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet
S24.71	Verletzung des Rückenmarkes: T1
S24.72	Verletzung des Rückenmarkes: T2/T3
S24.73	Verletzung des Rückenmarkes: T4/T5
S24.74	Verletzung des Rückenmarkes: T6/T7
S24.75	Verletzung des Rückenmarkes: T8/T9
S24.76	Verletzung des Rückenmarkes: T10/T11
S24.77	Verletzung des Rückenmarkes: T12
S34.0	Kontusion und Ödem des lumbalen Rückenmarkes [Conus medullaris]
S34.1	Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes
S34.10	Komplette Querschnittverletzung des lumbalen Rückenmarkes
S34.11	Inkomplette Querschnittverletzung des lumbalen Rückenmarkes
S34.18	Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes
S34.3	Verletzung der Cauda equina
S34.30	Komplettes traumatisches Cauda- (equina-) Syndrom
S34.31	Inkomplettes traumatisches Cauda- (equina-) Syndrom
S34.38	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Cauda equina
S34.7	Funktionale Höhe einer Verletzung des lumbosakralen Rückenmarkes
S34.70	Verletzung des lumbosakralen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet
S34.71	Verletzung des Rückenmarkes: L1
S34.72	Verletzung des Rückenmarkes: L2
S34.73	Verletzung des Rückenmarkes: L3
S34.74	Verletzung des Rückenmarkes: L4
S34.75	Verletzung des Rückenmarkes: L5
S34.76	Verletzung des Rückenmarkes: S1
S34.77	Verletzung des Rückenmarkes: S2-S5
T09.3	Verletzung des Rückenmarkes, Höhe nicht näher bezeichnet
T91.3	Folgen einer Verletzung des Rückenmarkes

44) Muskeldystrophie (Alter < 18 J)**ICD10GM Bezeichnung**

G71.0	Muskeldystrophie*
G71.2	Angeborene Myopathien*

45) Entzündliche und toxische Neuropathie (ohne diabetischer Neuropathie)**ICD10GM Bezeichnung**

G61.0	Guillain-Barré-Syndrom
G61.1	Serumpolyneuropathie
G61.8	Sonstige Polyneuritiden
G61.9	Polyneuritis, nicht näher bezeichnet
G62.0	Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie
G62.1	Alkohol-Polyneuropathie
G62.2	Polyneuropathie durch sonstige toxische Agenzien
G62.8	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien
G62.80	Critical-illness-Polyneuropathie
G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien
G63.0	Polyneuropathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
G63.1	Polyneuropathie bei Neubildungen
G63.3	Polyneuropathie bei sonstigen endokrinen und Stoffwechselkrankheiten
G63.4	Polyneuropathie bei alimentären Mangelzuständen
G63.5	Polyneuropathie bei Systemkrankheiten des Bindegewebes
G63.6	Polyneuropathie bei sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems
G63.8	Polyneuropathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

46) Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS**ICD10GM Bezeichnung**

G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose
G35.1	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.2	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.3	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet
G36.0	Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit]
G36.1	Akute und subakute hämorrhagische Leukoencephalitis [Hurst]
G36.8	Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation
G36.9	Akute disseminierte Demyelinisation, nicht näher bezeichnet
G37.0	Diffuse Hirnsklerose
G37.1	Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum
G37.2	Zentrale pontine Myelinolyse
G37.5	Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit]
G37.8	Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G37.9	Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet

* Alter < 18 Jahre

47) Morbus Parkinson
ICD10GM Bezeichnung

G20.0	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.1	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.2	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.9	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation
G21.1	Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom
G21.2	Parkinson-Syndrom durch sonstige exogene Agenzien
G21.3	Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom
G21.8	Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom
G21.9	Sekundäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet
G22	Parkinson-Syndrom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

48) Epilepsie und sonstige Anfälle
ICD10GM Bezeichnung

G40.0	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen
G40.00	Pseudo-Lennox-Syndrom
G40.01	CSWS [Continuous spikes and waves during slow-wave sleep]
G40.02	Benigne psychomotorische Epilepsie [terror fits]
G40.08	Sonstige lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen
G40.09	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen, nicht näher bezeichnet
G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen
G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.4	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.5	Spezielle epileptische Syndrome
G40.6	Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)
G40.7	Petit-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-mal-Anfälle
G40.8	Sonstige Epilepsien
G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet
G41.0	Grand-mal-Status
G41.1	Petit-mal-Status
G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen
G41.8	Sonstiger Status epilepticus
G41.9	Status epilepticus, nicht näher bezeichnet
R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe

49) Schwere Gehirnschädigung**ICD10GM Bezeichnung**

G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert
G93.5	Compressio cerebri
G93.6	Hirnödem
G93.80	Apallisches Syndrom

50) Herzstillstand und Schock**ICD10GM Bezeichnung**

I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern
R57.0	Kardiogener Schock
R57.1	Hypovolämischer Schock
R57.8	Sonstige Formen des Schocks
R57.9	Schock, nicht näher bezeichnet

51) Schwere respiratorische Insuffizienz**ICD10GM Bezeichnung**

J96.0	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
J96.1	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
J96.9	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet

52) Herzinsuffizienz einschl. Kardiomyopathie und Myokarditis**ICD10GM Bezeichnung**

I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
I41.0	Myokarditis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten
I41.1	Myokarditis bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten
I41.2	Myokarditis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
I41.8	Myokarditis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie
I42.3	Eosinophile endomyokardiale Krankheit
I42.4	Endokardfibroelastose
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen
I42.8	Sonstige Kardiomyopathien
I42.80	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet
I43.0	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
I43.1	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten
I43.2	Kardiomyopathie bei alimentären Krankheiten
I43.8	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
I50.0	Rechtsherzinsuffizienz
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.1	Linksherzinsuffizienz
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden
I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
I50.19	Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet

I51.4	Myokarditis, nicht näher bezeichnet
I51.5	Myokarddegeneration
J81	Lungenödem

53) Myokardinfarkt und instabile Angina pectoris

ICD10GM Bezeichnung

I20.0	Instabile Angina pectoris
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand
I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen
I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet
I23.4	Ruptur der Chordae tendineae als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
I23.5	Papillarmuskelruptur als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
I24.0	Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt
I24.8	Sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit
I24.9	Akute ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet

54) Akute Endokarditis und Myokarditis

ICD10GM Bezeichnung

B37.6	Candida-Endokarditis
I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis
I33.9	Akute Endokarditis, nicht näher bezeichnet
I40.0	Infektiöse Myokarditis
I40.1	Isolierte Myokarditis
I40.8	Sonstige akute Myokarditis
I40.9	Akute Myokarditis, nicht näher bezeichnet

55) Angeborene schwere Herzfehler

ICD10GM Bezeichnung

P29.0	Herzinsuffizienz beim Neugeborenen
P29.1	Herzrhythmusstörung beim Neugeborenen
P29.2	Hypertonie beim Neugeborenen
P29.3	Persistierender Fetalkreislauf
P29.4	Transitorische Myokardischämie beim Neugeborenen
P29.8	Sonstige kardiovaskuläre Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode
P29.9	Kardiovaskuläre Krankheit mit Ursprung in der Perinatalperiode, nicht näher bezeichnet
Q20.0	Truncus arteriosus communis
Q20.1	Rechter Doppelausstromventrikel [Double outlet right ventricle]
Q20.2	Linker Doppelausstromventrikel [Double outlet left ventricle]
Q20.3	Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung
Q20.4	Doppeleinstromventrikel [Double inlet ventricle]
Q20.5	Diskordante atrioventrikuläre Verbindung
Q20.6	Vorhofisomerismus
Q20.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen
Q20.9	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen und verbindender Strukturen, nicht näher bezeichnet
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums
Q21.3	Fallot-Tetralogie
Q21.4	Aortopulmonaler Septumdefekt
Q21.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzsepten
Q21.9	Angeborene Fehlbildung des Herzseptums, nicht näher bezeichnet
Q22.0	Pulmonalklappenatresie
Q22.1	Angeborene Pulmonalklappenstenose
Q22.2	Angeborene Pulmonalklappeninsuffizienz
Q22.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Pulmonalklappe

Q22.4	Angeborene Trikuspidalklappenstenose
Q22.5	Ebstein-Anomalie
Q22.6	Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom
Q22.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trikuspidalklappe
Q22.9	Angeborene Fehlbildung der Trikuspidalklappe, nicht näher bezeichnet
Q23.0	Angeborene Aortenklappenstenose
Q23.1	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz
Q23.2	Angeborene Mitralklappenstenose
Q23.3	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz
Q23.4	Hypoplastisches Linksherzsyndrom
Q23.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorten- und Mitralklappe
Q23.9	Angeborene Fehlbildung der Aorten- und Mitralklappe, nicht näher bezeichnet
Q24.0	Dextrokardie
Q24.1	Lävokardie
Q24.2	Cor triatriatum
Q24.3	Infundibuläre Pulmonalstenose
Q24.4	Angeborene subvalvuläre Aortenstenose
Q24.5	Fehlbildung der Koronargefäße
Q24.6	Angeborener Herzblock
Q24.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Herzens
Q24.9	Angeborene Fehlbildung des Herzens, nicht näher bezeichnet
Q25.0	Offener Ductus arteriosus
Q25.5	Atresie der A. pulmonalis
Q25.6	Stenose der A. pulmonalis (angeboren)
Q25.7	Sonstige angeborene Fehlbildungen der A. pulmonalis
Q25.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Arterien
Q25.9	Angeborene Fehlbildung der großen Arterien, nicht näher bezeichnet
Q26.0	Angeborene Stenose der V. cava
Q26.1	Persistenz der linken V. cava superior
Q26.2	Totale Fehleinmündung der Lungenvenen
Q26.3	Partielle Fehleinmündung der Lungenvenen
Q26.4	Fehleinmündung der Lungenvenen, nicht näher bezeichnet
Q26.5	Fehleinmündung der Pfortader
Q26.6	Fistel zwischen V. portae und A. hepatica (angeboren)
Q26.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Venen
Q26.9	Angeborene Fehlbildung einer großen Vene, nicht näher bezeichnet
Q27.0	Angeborenes Fehlen oder Hypoplasie der A. umbilicalis
Q27.1	Angeborene Nierenarterienstenose
Q27.2	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Nierenarterie
Q27.3	Arteriovenöse Fehlbildung der peripheren Gefäße
Q27.4	Angeborene Phlebektasie
Q27.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des peripheren Gefäßsystems
Q27.9	Angeborene Fehlbildung des peripheren Gefäßsystems, nicht näher bezeichnet
Q28.0	Arteriovenöse Fehlbildung der präzerebralen Gefäße
Q28.00	Angeborenes arteriovenöses Aneurysma der präzerebralen Gefäße
Q28.01	Angeborene arteriovenöse Fistel der präzerebralen Gefäße
Q28.08	Sonstige angeborene arteriovenöse Fehlbildungen der präzerebralen Gefäße
Q28.09	Angeborene arteriovenöse Fehlbildung der präzerebralen Gefäße, nicht näher bezeichnet
Q28.1	Sonstige Fehlbildungen der präzerebralen Gefäße
Q28.10	Angeborenes Aneurysma der präzerebralen Gefäße
Q28.11	Angeborene Fistel der präzerebralen Gefäße
Q28.18	Sonstige angeborene Fehlbildungen der präzerebralen Gefäße
Q28.19	Angeborene Fehlbildung der präzerebralen Gefäße, nicht näher bezeichnet
Q28.2	Arteriovenöse Fehlbildung der zerebralen Gefäße
Q28.20	Angeborenes arteriovenöses Aneurysma der zerebralen Gefäße
Q28.21	Angeborene arteriovenöse Fistel der zerebralen Gefäße
Q28.28	Sonstige angeborene arteriovenöse Fehlbildungen der zerebralen Gefäße
Q28.29	Angeborene arteriovenöse Fehlbildung der zerebralen Gefäße, nicht näher bezeichnet
Q28.3	Sonstige Fehlbildungen der zerebralen Gefäße
Q28.30	Angeborenes Aneurysma der zerebralen Gefäße
Q28.31	Angeborene Fistel der zerebralen Gefäße
Q28.38	Sonstige angeborene Fehlbildungen der zerebralen Gefäße
Q28.39	Angeborene Fehlbildung der zerebralen Gefäße, nicht näher bezeichnet

Q28.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
Q28.80	Sonstiges angeborenes Aneurysma
Q28.81	Sonstige angeborene Fistel des Kreislaufsystems
Q28.88	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
Q28.9	Angeborene Fehlbildung des Kreislaufsystems, nicht näher bezeichnet

56) Hypertensive Nierenkrankung

ICD10GM Bezeichnung

I12.9	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz
I12.90	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I12.91	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise

57) Schlaganfall

ICD10GM Bezeichnung

G46.0	Arteria-cerebri-media-Syndrom
G46.1	Arteria-cerebri-anterior-Syndrom
G46.2	Arteria-cerebri-posterior-Syndrom
G46.3	Hirnstammsyndrom
G46.4	Kleinhirnsyndrom
G46.5	Rein motorisches lakunäres Syndrom
G46.6	Rein sensorisches lakunäres Syndrom
G46.7	Sonstige lakunäre Syndrome
I60.0	Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend
I60.1	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend
I60.2	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend
I60.3	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend
I60.4	Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend
I60.5	Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend
I60.6	Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend
I60.7	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend
I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung
I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet
I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal
I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal
I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet
I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm
I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn
I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung
I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen
I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung
I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet
I62.0	Subdurale Blutung (nichttraumatisch)
I62.00	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Akut
I62.01	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Subakut
I62.02	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Chronisch
I62.09	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnet
I62.1	Nichttraumatische extradurale Blutung
I62.9	Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet
I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien
I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien
I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien
I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien
I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
I63.6	Hirnfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig
I63.8	Sonstiger Hirnfarkt
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

I67.80 Vasospasmen bei Subarachnoidalblutung

58) Hemiplegie und Hemiparese**ICD10GM Bezeichnung**

G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet

59) Zerebralparese**ICD10GM Bezeichnung**

G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese
G80.4	Ataktische Zerebralparese
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet

60) Sonstige schwerwiegende Lähmungssyndrome**ICD10GM Bezeichnung**

G83.0	Diparese und Diplegie der oberen Extremitäten
G83.1	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität
G83.2	Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität
G83.3	Monoparese und Monoplegie, nicht näher bezeichnet
G83.8	Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome
G83.88	Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome, Todd Paralyse (postiktal)
G83.9	Lähmungssyndrom, nicht näher bezeichnet

61) Aphasie**ICD10GM Bezeichnung**

F80.3	Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]
R47.0	Dysphasie und Aphasie

62) Atherosklerose**ICD10GM Bezeichnung**

I70.0	Atherosklerose der Aorta
I70.1	Atherosklerose der Nierenarterie
I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien
I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet
I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz
I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
I70.8	Atherosklerose sonstiger Arterien
I70.9	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose

63) Mukosviszidose**ICD10GM Bezeichnung**

E84.0	Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen
E84.1	Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen
E84.8	Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation
E84.87	Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen
E84.88	Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen
E84.9	Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet

64) Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose**ICD10GM Bezeichnung**

J84.0	Alveoläre und parietoalveoläre Krankheitszustände
J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose
J84.8	Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten
J84.9	Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet
J99.0	Lungenkrankheit bei seropositiver chronischer Polyarthrit
J99.1	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten
J99.8	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

65) Pneumonie**ICD10GM Bezeichnung**

A06.5	Lungenabszess durch Amöben
A20.2	Lungenpest
A21.2	Pulmonale Tularämie
A22.1	Lungenmilzbrand
A42.0	Aktinomykose der Lunge
A43.0	Pulmonale Nokardiose
A48.1	Legionellose mit Pneumonie
B01.2	Varizellen-Pneumonie
B05.2	Masern, kompliziert durch Pneumonie
B33.4	Hantavirus- (Herz-) Lungensyndrom
B38.0	Akute Kokzidioidomykose der Lunge
B38.1	Chronische Kokzidioidomykose der Lunge
B38.2	Kokzidioidomykose der Lunge, nicht näher bezeichnet
B39.1	Chronische Histoplasmose der Lunge durch Histoplasma capsulatum
B39.2	Histoplasmose der Lunge durch Histoplasma capsulatum, nicht näher bezeichnet
B40.0	Akute Blastomykose der Lunge
B40.1	Chronische Blastomykose der Lunge
B40.2	Blastomykose der Lunge, nicht näher bezeichnet
B41.0	Parakokzidioidomykose der Lunge
B58.3	Toxoplasmose der Lunge
B67.1	Echinococcus-granulosus-Infektion [zystische Echinokokkose] der Lunge
J10.0	Grippe mit Pneumonie, sonstige Influenzaviren nachgewiesen
J11.0	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen
J12.0	Pneumonie durch Adenoviren
J12.1	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]
J12.2	Pneumonie durch Parainfluenzaviren
J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren
J12.9	Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae
J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae
J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas
J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken
J15.3	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B
J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken

J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli
J15.6	Pneumonie durch andere aerobe gramnegative Bakterien
J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae
J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J16.0	Pneumonie durch Chlamydien
J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger
J17.0	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten
J17.1	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten
J17.2	Pneumonie bei Mykosen
J17.3	Pneumonie bei parasitären Krankheiten
J17.8	Pneumonie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
J69.1	Pneumonie durch Öle und Extrakte
J69.8	Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen
J85.0	Gangrän und Nekrose der Lunge
J85.1	Abszess der Lunge mit Pneumonie
J85.2	Abszess der Lunge ohne Pneumonie
J85.3	Abszess des Mediastinums
J86.0	Pyothorax mit Fistel
J86.9	Pyothorax ohne Fistel
J92.0	Pleuraplaques mit Nachweis von Asbest
J92.9	Pleuraplaques ohne Nachweis von Asbest
J94.1	Fibrothorax
J94.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände der Pleura
J94.9	Pleurakrankheit, nicht näher bezeichnet
R09.1	Pleuritis
U04.9	Schweres akutes respiratorisches Syndrom, nicht näher bezeichnet

66) Pleuraerguss

ICD10GM Bezeichnung

J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
J94.0	Chylöser (Pleura-) Erguss
J94.2	Hämatothorax

67) Angeborene Anomalie des respiratorischen Systems

ICD10GM Bezeichnung

Q31.0	Kehlkopfsegel
Q31.1	Angeborene subglottische Stenose
Q31.2	Hypoplasie des Kehlkopfes
Q31.3	Laryngozele (angeboren)
Q31.5	Angeborene Laryngomalazie
Q31.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes
Q31.9	Angeborene Fehlbildung des Kehlkopfes, nicht näher bezeichnet
Q32.0	Angeborene Tracheomalazie
Q32.1	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trachea
Q32.2	Angeborene Bronchomalazie
Q32.3	Angeborene Bronchusstenose
Q32.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Bronchien
Q33.0	Angeborene Zystenlunge
Q33.1	Akzessorischer Lungenlappen
Q33.4	Angeborene Bronchiektasie
Q33.5	Ektopisches Gewebe in der Lunge (angeboren)

Q33.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Lunge
Q33.9	Angeborene Fehlbildung der Lunge, nicht näher bezeichnet
Q34.0	Anomalie der Pleura
Q34.1	Angeborene Mediastinalzyste
Q34.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
Q34.9	Angeborene Fehlbildung des Atmungssystems, nicht näher bezeichnet

68) Niereninsuffizienz

ICD10GM Bezeichnung

I12.0	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz
I12.00	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I12.01	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I13.1	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz
I13.10	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I13.11	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I13.2	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz
I13.20	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I13.21	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
N14.0	Analgetika-Nephropathie
N14.1	Nephropathie durch sonstige Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
N14.2	Nephropathie durch nicht näher bezeichnete(s) Arzneimittel, Droge oder biologisch aktive Substanz
N14.3	Nephropathie durch Schwermetalle
N14.4	Toxische Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert
N17.0	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose
N17.1	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose
N17.2	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose
N17.8	Sonstiges akutes Nierenversagen
N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet
N18.0	Terminale Niereninsuffizienz
N18.8	Sonstige chronische Niereninsuffizienz
N18.80	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung
N18.81	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium I
N18.82	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium II
N18.83	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium III
N18.84	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium IV
N18.89	Chronische nicht-terminale Niereninsuffizienz, Stadium nicht näher bezeichnet
N18.9	Chronische Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet
N19	Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz
N25.0	Renale Osteodystrophie
N25.1	Renaler Diabetes insipidus
N25.8	Sonstige Krankheiten infolge Schädigung der tubulären Nierenfunktion
N25.9	Krankheit infolge Schädigung der tubulären Nierenfunktion, nicht näher bezeichnet
N26	Schrumpfniere, nicht näher bezeichnet
N27.0	Kleine Niere unbekannter Ursache, einseitig
N27.1	Kleine Niere unbekannter Ursache, beidseitig
N27.9	Kleine Niere unbekannter Ursache, nicht näher bezeichnet
Q61.1	Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv
T86.1	Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates
T86.10	Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates
T86.11	Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates
T86.12	Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates
Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse
Z49.1	Extrakorporale Dialyse

Z49.2	Sonstige Dialyse
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation
Z99.2	Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz

69) Nephritis und Glomerulonephritis

ICD10GM Bezeichnung

A98.5	Hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom
N00.0	Akutes nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion
N00.1	Akutes nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen
N00.2	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N00.3	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N00.4	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N00.5	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N00.6	Akutes nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit
N00.7	Akutes nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N00.8	Akutes nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen
N00.9	Akutes nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet
N01.0	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion
N01.1	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen
N01.2	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N01.3	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N01.4	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N01.5	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N01.6	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit
N01.7	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N01.8	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen
N01.9	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet
N03.0	Chronisches nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion
N03.1	Chronisches nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen
N03.2	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N03.3	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N03.4	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N03.5	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N03.6	Chronisches nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit
N03.7	Chronisches nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N03.8	Chronisches nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen
N03.9	Chronisches nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet
N04.0	Nephrotisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion
N04.1	Nephrotisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen
N04.2	Nephrotisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N04.3	Nephrotisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N04.4	Nephrotisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N04.5	Nephrotisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N04.6	Nephrotisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit
N04.7	Nephrotisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N04.8	Nephrotisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen
N04.9	Nephrotisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet
N05.0	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion
N05.1	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen
N05.2	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N05.3	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N05.4	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N05.5	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N05.6	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit

N05.7	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N05.8	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen
N05.9	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet
N06.2	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N06.3	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N06.4	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N06.5	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N06.7	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N07.0	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Minimale glomeruläre Läsion
N07.1	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen
N07.2	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N07.3	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N07.4	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N07.5	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N07.6	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Ddense-deposit-Krankheit
N07.7	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N07.8	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige morphologische Veränderungen
N07.9	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet
N08.0	Glomeruläre Krankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
N08.1	Glomeruläre Krankheiten bei Neubildungen
N08.2	Glomeruläre Krankheiten bei Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
N08.3	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus
N08.4	Glomeruläre Krankheiten bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
N08.5	Glomeruläre Krankheiten bei Systemkrankheiten des Bindegewebes
N08.8	Glomeruläre Krankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis
N11.0	Nichtobstruktive, mit Reflux verbundene chronische Pyelonephritis
N11.1	Chronische obstruktive Pyelonephritis
N11.8	Sonstige chronische tubulointerstitielle Nephritis
N11.9	Chronische tubulointerstitielle Nephritis, nicht näher bezeichnet
N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
N15.0	Balkan-Nephropathie
N15.8	Sonstige näher bezeichnete tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
N15.9	Tubulointerstitielle Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet
N16.0	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
N16.1	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Neubildungen
N16.2	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
N16.3	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Stoffwechselkrankheiten
N16.4	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei systemischen Krankheiten des Bindegewebes
N16.8	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

70) Hydronephrose**ICD10GM Bezeichnung**

N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion
N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert
N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein
N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose
N13.4	Hydroureter
N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose
N13.8	Sonstige obstruktive Uropathie und Refluxuopathie
N13.9	Obstruktive Uropathie und Refluxuopathie, nicht näher bezeichnet
N32.0	Blasenhalsostruktion
Q62.0	Angeborene Hydronephrose
Q62.3	Sonstige (angeborene) obstruktive Defekte des Nierenbeckens und des Ureters

71) Neurogene Blasenfunktionsstörung**ICD10GM Bezeichnung**

N31.0	Ungehemmte neurogene Blasenentleerung, anderenorts nicht klassifiziert
N31.1	Neurogene Reflexblase, anderenorts nicht klassifiziert
N31.2	Schlaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert
N31.8	Sonstige neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase
N31.80	Neuromuskuläre Low-compliance-Blase, organisch fixiert
N31.81	Hypo- und Akontraktilität des Blasenmuskels ohne neurologisches Substrat
N31.82	Instabile Blase ohne neurologisches Substrat
N31.88	Sonstige neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase
N31.9	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet

72) Blutung in der Frühschwangerschaft**ICD10GM Bezeichnung**

O20.0	Drohender Abort
O20.8	Sonstige Blutung in der Frühschwangerschaft
O20.9	Blutung in der Frühschwangerschaft, nicht näher bezeichnet

73) Schweres Schädelhirntrauma mit intrakranieller Verletzung und Koma**ICD10GM Bezeichnung**

S06.1	Traumatisches Hirnödem
S06.2	Diffuse Hirnverletzung
S06.20	Diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzung, nicht näher bezeichnet
S06.21	Diffuse Hirnkontusionen
S06.22	Diffuse Kleinhirnkontusionen
S06.23	Multiple intrazerebrale and zerebellare Hämatome
S06.28	Sonstige diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzungen
S06.3	Umschriebene Hirnverletzung
S06.30	Umschriebene Hirn- und Kleinhirnverletzung, nicht näher bezeichnet
S06.31	Umschriebene Hirnkontusion
S06.32	Umschriebene Kleinhirnkontusion
S06.33	Umschriebenes zerebrales Hämatom
S06.34	Umschriebenes zerebellares Hämatom
S06.38	Sonstige umschriebene Hirn- und Kleinhirnverletzungen
S06.4	Epidurale Blutung
S06.5	Traumatische subdurale Blutung
S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung
S06.71	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: 30 Minuten bis 24 Stunden
S06.72	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Mehr als 24 Stunden, mit Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad
S06.73	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Mehr als 24 Stunden, ohne Rückkehr zum vorher

74) Luxation des Hüftgelenks**ICD10GM Bezeichnung**

S73.0	Luxation der Hüfte
S73.00	Luxation der Hüfte: Nicht näher bezeichnet
S73.01	Luxation der Hüfte: Nach posterior
S73.02	Luxation der Hüfte: Nach anterior
S73.08	Luxation der Hüfte: Sonstige

75) Pathologische Fraktur des Humerus**ICD10GM Bezeichnung**

M80.02	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.12	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.22	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.32	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.52	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.82	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.92	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M84.42	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M90.72	Knochenfraktur bei Neubildungen: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]

76) Traumatische Amputation**ICD10GM Bezeichnung**

S48.0	Traumatische Amputation im Schultergelenk
S48.1	Traumatische Amputation zwischen Schulter und Ellenbogen
S48.9	Traumatische Amputation an Schulter und Oberarm, Höhe nicht näher bezeichnet
S58.0	Traumatische Amputation im Ellenbogengelenk
S58.1	Traumatische Amputation zwischen Ellenbogen und Handgelenk
S58.9	Traumatische Amputation am Unterarm, Höhe nicht näher bezeichnet
S68.0	Traumatische Amputation des Daumens (komplett) (partiell)
S68.1	Traumatische Amputation eines sonstigen einzelnen Fingers (komplett) (partiell)
S68.2	Isolierte traumatische Amputation von zwei oder mehr Fingern (komplett) (partiell)
S68.3	Kombinierte traumatische Amputation (von Teilen) eines oder mehrerer Finger mit anderen Teilen des Handgelenkes und der Hand
S68.4	Traumatische Amputation der Hand in Höhe des Handgelenkes
S68.8	Traumatische Amputation sonstiger Teile des Handgelenkes und der Hand
S68.9	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand, Höhe nicht näher bezeichnet
S78.0	Traumatische Amputation im Hüftgelenk
S78.1	Traumatische Amputation zwischen Hüfte und Knie
S78.9	Traumatische Amputation an Hüfte und Oberschenkel, Höhe nicht näher bezeichnet
S88.0	Traumatische Amputation im Kniegelenk
S88.1	Traumatische Amputation zwischen Knie und oberem Sprunggelenk
S88.9	Traumatische Amputation am Unterschenkel, Höhe nicht näher bezeichnet
S98.0	Traumatische Amputation des Fußes in Höhe des oberen Sprunggelenkes
S98.1	Traumatische Amputation einer einzelnen Zehe
S98.2	Traumatische Amputation von zwei oder mehr Zehen
S98.3	Traumatische Amputation sonstiger Teile des Fußes
S98.4	Traumatische Amputation am Fuß, Höhe nicht näher bezeichnet
T05.0	Traumatische Amputation beider Hände
T05.1	Traumatische Amputation einer Hand und des anderen Armes [jede Höhe, ausgenommen Hand]
T05.2	Traumatische Amputation beider Arme [jede Höhe]

T05.3	Traumatische Amputation beider Füße
T05.4	Traumatische Amputation eines Fußes und des anderen Beines [jede Höhe, ausgenommen Fuß]
T05.5	Traumatische Amputation beider Beine [jede Höhe]
T05.6	Traumatische Amputation der Arme und Beine, in jeder Kombination [jede Höhe]
T05.8	Traumatische Amputationen mit Beteiligung sonstiger Kombinationen von Körperregionen
T05.9	Multiple traumatische Amputationen, nicht näher bezeichnet
T11.6	Traumatische Amputation der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet
T13.6	Traumatische Amputation der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet
T87.0	Komplikationen durch replantierte (Teile der) obere(n) Extremität
T87.1	Komplikationen durch replantierte (Teile der) untere(n) Extremität
T87.2	Komplikationen durch sonstigen replantierten Körperteil
T87.3	Neurom des Amputationsstumpfes
T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes
T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes
T87.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf

77) Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht

ICD10GM Bezeichnung

P05.0	Für das Gestationsalter zu leichte Neugeborene
P05.1	Für das Gestationsalter zu kleine Neugeborene
P05.2	Fetale Mangelernährung des Neugeborenen ohne Angabe von zu leicht oder zu klein für das Gestationsalter [light or small for gestational age]
P05.9	Intrauterine Mangelentwicklung, nicht näher bezeichnet
P07.0	Neugeborenes mit extrem niedrigem Geburtsgewicht
P07.00	Neugeborenes: Geburtsgewicht unter 500 Gramm
P07.01	Neugeborenes: Geburtsgewicht 500 bis unter 750 Gramm
P07.02	Neugeborenes: Geburtsgewicht 750 bis unter 1000 Gramm
P07.1	Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht
P07.10	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1000 bis unter 1250 Gramm
P07.11	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1250 bis unter 1500 Gramm
P07.2	Neugeborenes mit extremer Unreife
P07.3	Sonstige vor dem Termin Geborene

78) Schwerwiegende Probleme während der Perinatalperiode

ICD10GM Bezeichnung

G70.2	Angeborene oder entwicklungsbedingte Myasthenie
P10.0	Subdurale Blutung durch Geburtsverletzung
P10.1	Zerebrale Blutung durch Geburtsverletzung
P10.2	Intraventrikuläre Blutung durch Geburtsverletzung
P10.3	Subarachnoidale Blutung durch Geburtsverletzung
P10.4	Tentoriumriss durch Geburtsverletzung
P10.8	Sonstige intrakranielle Verletzungen und Blutungen durch Geburtsverletzung
P10.9	Nicht näher bezeichnete intrakranielle Verletzung und Blutung durch Geburtsverletzung
P11.0	Hirnödem durch Geburtsverletzung
P11.1	Sonstige näher bezeichnete Hirnschädigung durch Geburtsverletzung
P11.2	Nicht näher bezeichnete Hirnschädigung durch Geburtsverletzung
P11.5	Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes
P11.50	Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes: Mit akuter Querschnittlähmung
P11.51	Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes: Mit chronischer Querschnittlähmung
P11.59	Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes: Nicht näher bezeichnet
P11.9	Geburtsverletzung des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet
P22.0	Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrome] des Neugeborenen
P22.8	Sonstige Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen
P22.9	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
P23.0	Angeborene Pneumonie durch Viren
P23.1	Angeborene Pneumonie durch Chlamydien
P23.2	Angeborene Pneumonie durch Staphylokokken

P23.3	Angeborene Pneumonie durch Streptokokken, Gruppe B
P23.4	Angeborene Pneumonie durch Escherichia coli
P23.5	Angeborene Pneumonie durch Pseudomonasarten
P23.6	Angeborene Pneumonie durch sonstige Bakterien
P23.8	Angeborene Pneumonie durch sonstige Erreger
P23.9	Angeborene Pneumonie, nicht näher bezeichnet
P24.0	Mekoniumaspiration durch das Neugeborene
P24.1	Fruchtwasser- und Schleimaspiration durch das Neugeborene
P24.2	Blutaspiration durch das Neugeborene
P24.3	Aspiration von Milch und regurgitierter Nahrung durch das Neugeborene
P24.8	Sonstige Aspirationssyndrome beim Neugeborenen
P24.9	Aspirationssyndrom beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
P25.0	Interstitielles Emphysem mit Ursprung in der Perinatalperiode
P25.1	Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode
P25.2	Pneumomediastinum mit Ursprung in der Perinatalperiode
P25.3	Pneumoperikard mit Ursprung in der Perinatalperiode
P25.8	Sonstige Zustände in Verbindung mit interstitiellem Emphysem mit Ursprung in der Perinatalperiode
P26.0	Tracheobronchiale Blutung mit Ursprung in der Perinatalperiode
P26.1	Massive Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode
P26.8	Sonstige Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode
P26.9	Nicht näher bezeichnete Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode
P27.0	Mikity-Wilson-Syndrom
P27.1	Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode
P27.8	Sonstige chronische Atemwegserkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode
P27.9	Nicht näher bezeichnete chronische Atemwegserkrankung mit Ursprung in der Perinatalperiode
P28.0	Primäre Atelektase beim Neugeborenen
P28.1	Sonstige und nicht näher bezeichnete Atelektase beim Neugeborenen
P28.2	Zyanoseanfälle beim Neugeborenen
P28.3	Primäre Schlafapnoe beim Neugeborenen
P28.4	Sonstige Apnoe beim Neugeborenen
P28.5	Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen
P28.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen der Atmung beim Neugeborenen
P28.9	Störung der Atmung beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
P52.0	Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 1. Grades beim Feten und Neugeborenen
P52.1	Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 2. Grades beim Feten und Neugeborenen
P52.2	Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 3. Grades beim Feten und Neugeborenen
P52.3	Nicht näher bezeichnete intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung beim Feten und Neugeborenen
P52.4	Intrazerebrale (nichttraumatische) Blutung beim Feten und Neugeborenen
P52.5	Subarachnoidalblutung (nichttraumatisch) beim Feten und Neugeborenen
P52.6	Kleinhirnblutung (nichttraumatisch) und Blutung in die Fossa cranii posterior beim Feten und Neugeborenen
P52.8	Sonstige intrakranielle (nichttraumatische) Blutungen beim Feten und Neugeborenen
P52.9	Intrakranielle (nichttraumatische) Blutung beim Feten und Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
P77	Enterocolitis necroticans beim Feten und Neugeborenen
P78.0	Darmperforation in der Perinatalperiode
P90	Krämpfe beim Neugeborenen
P91.0	Zerebrale Ischämie beim Neugeborenen
P91.1	Erworbene periventrikuläre Zysten beim Neugeborenen
P91.2	Zerebrale Leukomalazie beim Neugeborenen
P91.3	Zerebrale Übererregbarkeit des Neugeborenen
P91.4	Zerebraler Depressionszustand des Neugeborenen
P91.5	Koma beim Neugeborenen
P91.6	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen [HIE]
P91.8	Sonstige näher bezeichnete zerebrale Störungen beim Neugeborenen
P91.80	Locked-in-Syndrom und apallisches Syndrom beim Neugeborenen
P91.88	Sonstige näher bezeichnete zerebrale Störungen beim Neugeborenen
P91.9	Zerebrale Störung beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
Q33.2	Lungensequestration (angeboren)
Q33.3	Agenesie der Lunge
Q33.6	Hypoplasie und Dysplasie der Lunge

Q39.0	Ösophagusatresie ohne Fistel
Q39.1	Ösophagusatresie mit Ösophagotrachealfistel
Q39.2	Angeborene Ösophagotrachealfistel ohne Atresie
Q39.3	Angeborene Ösophagusstenose und -striktur
Q39.4	Ösophagusmembran
Q39.5	Angeborene Dilatation des Ösophagus
Q39.6	Ösophagusdivertikel (angeboren)
Q39.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ösophagus
Q39.9	Angeborene Fehlbildung des Ösophagus, nicht näher bezeichnet
Q40.0	Angeborene hypertrophische Pylorusstenose
Q41.0	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Duodenums
Q41.1	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Jejunums
Q41.2	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Ileums
Q41.8	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose sonstiger näher bezeichneter Teile des Dünndarmes
Q41.9	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dünndarmes, Teil nicht näher bezeichnet
Q42.0	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Rektums mit Fistel
Q42.1	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Rektums ohne Fistel
Q42.2	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Anus mit Fistel
Q42.3	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Anus ohne Fistel
Q42.8	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose sonstiger Teile des Dickdarmes
Q42.9	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dickdarmes, Teil nicht näher bezeichnet
Q43.1	Hirschsprung-Krankheit
Q79.0	Angeborene Zwerchfellhernie

79) Organtransplantation (einschl. Versagen und Abstoßung)

ICD10GM Bezeichnung

K77.1	Beteiligung der Leber bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit
K77.11	Stadium 1 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit
K77.12	Stadium 2 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit
K77.13	Stadium 3 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit
K77.14	Stadium 4 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit
K93.2	Beteiligung des Verdauungstraktes bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit
K93.21	Stadium 1 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-host-Krankheit
K93.22	Stadium 2 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-host-Krankheit
K93.23	Stadium 3 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-host-Krankheit
K93.24	Stadium 4 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-host-Krankheit
L99.11	Stadium 1 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit
L99.12	Stadium 2 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit
L99.13	Stadium 3 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit
L99.14	Stadium 4 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit
N16.5	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Transplantatabstoßung
T86.0	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft-versus-host-Krankheit
T86.00	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen
T86.01	Akute Graft-versus-host-Krankheit, Grad I und II
T86.02	Akute Graft-versus-host-Krankheit, Grad III und IV
T86.03	Chronische Graft-versus-host-Krankheit, begrenzte Form
T86.04	Chronische Graft-versus-host-Krankheit, ausgeprägte Form
T86.09	Graft-versus-host-Krankheit, nicht näher bezeichnet
T86.2	Versagen und Abstoßung eines Herztransplantates
T86.3	Versagen und Abstoßung eines Herz-Lungen-Transplantates
T86.4	Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates
T86.40	Akute Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates
T86.41	Chronische Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates
T86.49	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates
T86.5	Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates
T86.50	Durchblutungsstörung eines Hauttransplantates
T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates
T86.52	Verlust eines Hauttransplantates

T86.59	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates
T86.8	Versagen und Abstoßung sonstiger transplanterter Organe und Gewebe
T86.81	Versagen und Abstoßung: Lungentransplantat
T86.82	Versagen und Abstoßung: Pankreastransplantat
T86.83	Versagen und Abstoßung: Hornhauttransplantat des Auges
T86.88	Versagen und Abstoßung: Sonstige transplantierte Organe und Gewebe
T86.9	Versagen und Abstoßung eines nicht näher bezeichneten transplantierten Organes und Gewebes
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation
Z94.3	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation
Z94.5	Zustand nach Hauttransplantation
Z94.6	Zustand nach Knochentransplantation
Z94.7	Zustand nach Keratoplastik
Z94.8	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation
Z94.9	Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation, nicht näher bezeichnet

80) Zustand nach Amputation der unteren Extremität

ICD10GM Bezeichnung

G54.6	Phantomschmerz
G54.7	Phantomglied ohne Schmerzen
Z89.4	Verlust des Fußes und des Knöchels, einseitig
Z89.5	Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig
Z89.6	Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig
Z89.7	(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig
Z89.8	Verlust von oberen und unteren Extremitäten [jede Höhe]
Z89.9	Extremitätenverlust, nicht näher bezeichnet