

Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell 2013

Vorschläge eingebracht durch

Institution:

Ansprechpartner:

Techniker Krankenkasse, KKH|Allianz, Hanseatische Krankenkasse und Handelskrankenkasse

Carmen Andresen, Dr. Barbara Bertele, Dr. Andrea Gillessen

Ausfüllanleitung: Ein Vorschlag pro Zeile und bei Bedarf weitere Zeilen im entsprechenden Themenblock einfügen.

1 Allgemeines Aufgreifkriterien

Vorschlag		Begründung / Problembeschreibung	
1.1	Einführung von Alterssplitts auf ICD-Ebene	ICDs der folgenden Dx-Gruppen sollten in 2 Altersgruppen (<25 und >24 Jahre) gesplittet werden	
		DxG neu	DxG-Bezeichnung
		1128	Akute lymphatische Leukämie in kompletter Remission, Alter < 25 Jahre siehe DxG 1128
		1129	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps ohne Angabe einer Remission Alter < 25 Jahre siehe DxG 1129
		1130	Akute lymphatische Leukämie ohne Angabe einer Remission, Alter < 25 Jahre siehe DxG 1130
		1131	Akute myeloische Leukämie in kompletter Remission, Alter < 25 Jahre siehe DxG 1131
		1132	Akute myeloische Leukämie ohne Angabe einer Remission, Alter < 25 Jahre siehe DxG 1132
		1606	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens, Alter < 25 Jahre siehe DxG 1606
		1610	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend Alter < 25 siehe DxG 1610

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

			Jahre	
		2000	Akute lymphatische Leukämie in kompletter Remission, Alter > 24 Jahre	siehe DxG 2000
		2001	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps ohne Angabe einer Remission Alter > 24 Jahre	siehe DxG 2001
		2002	Akute lymphatische Leukämie ohne Angabe einer Remission, Alter > 24 Jahre	siehe DxG 2002
		2003	Akute myeloische Leukämie in kompletter Remission, Alter > 24 Jahre	siehe DxG 2003
		2004	Akute myeloische Leukämie ohne Angabe einer Remission, Alter > 24 Jahre	siehe DxG 2004
		2205	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens, Alter >24 Jahre	siehe DxG 2205
		2220	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Alter >24 Jahre	siehe DxG 2220
1.2	Einführung einer Altersbegrenzung auf ICD-Ebene	ICDs der folgenden Dx-Gruppen sollten eine Altersbegrenzung aufweisen:		
		DXG neu	DxG-Bezeichnung	
		1605	Aufmerksamkeitsstörung, Alter < 25 Jahre	siehe DxG 1605
		1608	Emotionale Störung des Kindesalters, Alter < 18 Jahre	siehe DxG 1608
1.3	Einführung des Kriteriums Stationär erforderlich	Folgende Dx-Gruppen sollten nur über stationäre Diagnosen ausgelöst werden:		
		DXG neu	DxG-Bezeichnung	
		1170	Verbrauchskoagulopathie	siehe DxG 1170

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

		1191	Ösophagus-Varizen mit Blutung	siehe DxG 1191
		1266	Hämolytisch-urämisches Syndrom	siehe DxG 1266
		1274	Reye-Syndrom	siehe DxG 1274
		1317	Critical-illness	siehe DxG 1317
		1325	Status epilepticus	siehe DxG 1325
		1344	Atemnotsyndrom des Erwachsenen	siehe DxG 1344
		1349	Akute respiratorische Insuffizienz	siehe DxG 1349
		1361	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	siehe DxG 1361
		1475	Entgleister Diabetes Typ I mit multiplen- oder Nierenkomplikationen	siehe DxG 1475
		1476	Entgleister Diabetes Typ II mit multiplen- oder Nierenkomplikationen	siehe DxG 1476
		1484	Entgleister Diabetes Typ I mit peripher vaskulären Komplikationen	siehe DxG 1484
		1485	Entgleister Diabetes Typ II mit peripher vaskulären Komplikationen	siehe DxG 1485
		1488	Entgleister Diabetes Typ I mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen	siehe DxG 1488
		1489	Entgleister Diabetes Typ II mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen	siehe DxG 1489
		1498	Entgleister Diabetes Typ II ohne Komplikationen	siehe DxG 1498
		1577	Akute Intoxikation [akuter Rausch]	siehe DxG 1577
		1612	Peritonitis	siehe DxG 1612
		1629	Maligne Hyperthermie durch Anästhesie	siehe DxG 1629
1.4	ATC-Validierung	Folgende Dx-Gruppen sollten eine Arzneimittelvalidierung aufweisen:		

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

aufnehmen	DXG neu	DxG-Bezeichnung	ATC
	831	Arzneimittelinduzierte Osteoporose (Frau)	A14AB G03CA G03DA G03DB G03DC G03FA G03FB G03XC H05AA H05BA M05BA M05BB M05BX Auswahl ist reduziert um 4 ATC (A12AA Calcium, A12AX Calcium-, Kombinationen mit anderen Mitteln, A12CD Fluorid, A11CC Vitamin D und Analoga) im Vergleich zur Klassifikation 2012: Vitamin D, Calcium und Fluorid werden oftmals zur Osteoporose-Prophylaxe eingesetzt. Zur Vermeidung von Manipulationen im Sinne eines Diagnose-Upcodings schlagen wir vor, diese ATCs aus der Validierung auszuschließen.
	147	Chronische Virushepatitis	J05AB J05AF L03AB Eine chronische Virushepatitis wird in der Regel medikamentös unterstützend behandelt. Deshalb fordern wir eine ATC-Validierung.
	1211	Infektiöse Arthropathien durch andere näher bezeichnete bakterielle Infektionen und Mykosen	D01BA J01AA J01CA J01CE J01CF J01CR J01DB J01DC J01DD J01DH J01EE J01FA J01FF J01GB J01MA J01RA J01XE J02AA J02AB J02AC J02AX J04AB P01AA P01AB P01AC P01AR P01AX D01BA
	1212	Infektiöse Arthropathien durch Pneumo- und Streptokokken	D01BA J01AA J01CA J01CE J01CF J01CR J01DB J01DC J01DD J01DH J01EE J01FA J01FF J01GB J01MA J01RA J01XE J02AA J02AB J02AC J04AB P01AA P01AB P01AC P01AR D01BA
	1235	Postmenopausale Osteoporose (Frau)	A14AB G03CA G03DA G03DB G03DC G03FA G03FB G03XC H05AA H05BA M05BA M05BB M05BX Auswahl ist reduziert um 4 ATC (A12AA Calcium, A12AX Calcium-, Kombinationen mit anderen Mitteln, A12CD Fluorid, A11CC Vitamin D und Analoga) im Vergleich zur Klassifikation 2012: Vitamin D, Calcium und Fluorid werden oftmals zur Osteoporose-Prophylaxe eingesetzt. Zur Vermeidung von Manipulationen im Sinne eines Diagnose-Upcodings schlagen wir vor, diese ATCs aus der Validierung auszuschließen.
	1236	Osteoporose nach Ovariectomie (Frau)	
	1237	Osteoporose durch endokrine Störungen (Frau)	
	1238	Inaktivitätsosteoporose (Frau)	
	1239	Osteoporose infolge Malabsorption postinterventional (Frau)	
	1241	Idiopathische Osteoporose (Frau)	
	1242	Lokalisierte Osteoporose (Frau)	
	1243	Sonstige und nicht näher bezeichnete Osteoporose (Frau)	
	1244	Osteoporose bei Plasmozytom (Frau)	
	1245	Osteoporose bei anderen Erkrankungen (Frau)	
	1246	Osteoporose durch endokrine Störungen (Mann)	
	1247	Inaktivitätsosteoporose (Mann)	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

		1248	Osteoporose infolge Malabsorption postinterventional (Mann)	
		832	Arzneimittelinduzierte Osteoporose (Mann)	
		1250	Idiopathische Osteoporose (Mann)	
		1251	Lokalisierte Osteoporose (Mann)	
		1252	Sonstige und nicht näher bezeichnete Osteoporose (Mann)	
		1253	Osteoporose bei Plasmozytom (Mann)	
		1254	Osteoporose bei anderen Erkrankungen (Mann)	
		1275	Abhängigkeitssyndrom durch verschiedene Substanzen	N02AC N05CM N07BB N07BC
		1327	Herzrhythmusstörungen Vorhof	B01AA B01AC C01BB C01BC C01BD C01BG B01AA B01AC C01BB C01BC C01BD C01BG
		1328	Herzrhythmusstörungen Ventrikulär	B01AA B01AC C01BB C01BC C01BD C01BG B01AA B01AC C01BB C01BC C01BD C01BG
		1341	Interstitielle Lungenerkrankungen	H02AB L01AA L04AX R03AA R03AC R03AK R03BA R03BB R03BC R03CB R03CC
		1342	Sekundäre Atemwegserkrankungen	H02AB L01AA L04AX R03AA R03AC R03AK R03BA R03BB R03BC R03CB R03CC
		1362	Chronisches nephritisches Syndrom	A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA G04BH G04BP H05BX V03AE A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA
		1363	Nephrotisches Syndrom	A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA G04BH G04BP H05BX V03AE A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA
		1364	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA G04BH G04BP H05BX V03AE A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA
		1366	Hereditäre Nephropathie	A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA G04BH G04BP H05BX V03AE A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

		1367	Glomeruläre Krankheiten	A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA G04BH G04BP H05BX V03AE A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA
		1368	Akute tubulointerstitielle Nephritis	A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA G04BH G04BP H05BX V03AE A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA
		1369	Chronische tubulointerstitielle Nephritis	A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA G04BH G04BP H05BX V03AE A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA
		1371	Sonstige interstitielle Nephritis	A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA G04BH G04BP H05BX V03AE A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA
		1372	Kleine Niere	A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA G04BH G04BP H05BX V03AE A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA
		1373	Sekundäre tubulointerstitielle Nierenkrankheiten	A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA G04BH G04BP H05BX V03AE A02AH C02LA C03AA C03BA C03CA C03EA C03ED C07BB C07CA C07CB C07FB C08GA C09AA C09BA C09BB C09DA C09XA
		1388	Diabetes in der Schwangerschaft	A10AB A10AC A10AD A10AE A10AF A10AB A10AC A10AD A10AE A10AF
		1398	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Frauen)	A14AB G03CA G03DA G03DB G03DC G03FA G03FB G03XC H05AA H05BA M05BA M05BB M05BX Auswahl ist reduziert um 4 ATC (A12AA Calcium, A12AX Calcium-, Kombinationen mit anderen Mitteln, A12CD Fluorid, A11CC Vitamin D und Analoga) im Vergleich zur Klassifikation 2012: Vitamin D, Calcium und Fluorid werden oftmals zur Osteoporose-Prophylaxe eingesetzt. Zur Vermeidung von Manipulationen im Sinne eines Diagnose-Upcodings schlagen wir vor, diese ATCs aus der Validierung auszuschließen.
		1399	Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur (Frau)	
		1403	Sonstige Sekundäre Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Frau)	
		1404	Sonstige (idiopathische) Osteoporose mit pathologischer Fraktur sonstige (Frau)	
		1425	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	H02AB L04AA L04AC L04AD L04AX
		1500	Diabetes Typ II ohne Komplikationen nicht als entgleist	A10AB A10AC A10AD A10AE A10AF A10BA A10BB A10BD A10BF A10BG A10BH A10BX A10XH A10XP A10AB A10AC A10AD A10AE A10AF A10BA A10BB A10BD A10BF A10BG

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

			bezeichnet	A10BH A10BX A10XH A10XP
		1601	Anhaltende Schmerzstörung (stark)	N02AA N02AB N02AC N02AD N02AF N02AG Wir schlagen vor die ATC-Validierung auf Opiode zu limitieren, da bei den zugeordneten Diagnosen ein erhöhtes Manipulationsrisiko besteht. Es muss sichergestellt werden, dass es sich um eine echte Morbidität und korrekte Kodierung entsprechend DIMDI-Vorgaben handelt und nicht um Fehlkodierungen bzw. das Ergebnis von Upcoding.
		1602	Chronische Schmerzstörung (stark)	
		5001	Opiatsubstitution	N07BC Wir schlagen hier die Validierung über diesen ATC-Code vor, da laut DIMDI der ICD-Code dieser DxG nur die Methadonsubstitution berücksichtigt.
		6399	Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur (Mann)	A14AB G03CA G03DA G03DB G03DC G03FA G03FB G03XC H05AA H05BA M05BA M05BB M05BX Auswahl ist reduziert um 4 ATC (A12AA Calcium, A12AX Calcium-, Kombinationen mit anderen Mitteln, A12CD Fluorid, A11CC Vitamin D und Analoga) im Vergleich zur Klassifikation 2012: Vitamin D, Calcium und Fluorid werden oftmals zur Osteoporose-Prophylaxe eingesetzt. Zur Vermeidung von Manipulationen im Sinne eines Diagnose-Upcodings schlagen wir vor, diese ATCs aus der Validierung auszuschließen.
		6403	Sonstige Sekundäre Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Mann)	
		6404	Sonstige (idiopathische) Osteoporose mit pathologischer Fraktur sonstige (Mann)	

2			Berechnungsverfahren				
			Vorschlag				Begründung / Problembeschreibung
2.1							
2.2							
2.3							
2.4							
3			Mapping und spezifische Aufgreifkriterien				
Nr.	MG alt	DXG alt	MG neu	DXG neu	DxG-neu-Bezeich-nung	ICD	Begründung / Problembeschreibung
3.1	209 neu	185	164	1613	Knochennekrose durch Arzneimittel	M87.1 M87.10	Unter einer Osteonekrose versteht man in der Medizin einen Infarkt im Knochen mit anschließender Nekrose. Grund für eine solche Osteonekrose

						M87.11	ist der Verschluss eines zuführenden Blutgefäßes, so dass ein Teil des Knochens nicht mehr mit Blut versorgt werden kann und schließlich abstirbt. Die Ursachen für den Gefäßverschluss können vielfältig sein. Aufgrund dessen schlagen wir die Aufspaltung der Knochennekrosen vor. Im Gegensatz zum BVA fordern wir eine Einordnung dieser Gruppe in die Hierarchie 24 Medizinische Komplikationen, da die Ursache für diese Erkrankung in der Verabreichung von Arzneimitteln liegt.
						M87.12	
						M87.13	
						M87.14	
						M87.15	
						M87.16	
						M87.17	
						M87.18	
						M87.19	
3.2	14	900 (neu)	12	1595	Ausgedehnte bösartige Neubildung der weiblichen Genitalorgane	C57.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregradifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
			13	1586	Ausgedehnte Bösartige Neubildung Vulva	C51.8	
				1640	Ausgedehnte bösartige Neubildung Cervix uteri	C53.8	
			14	1585	Bösartige Neubildung Vulva und Vagina	C51.0	
						C51.1	
						C51.2	
						C51.9	
						C52	
				1588	Bösartige Neubildung Cervix uteri	C53.0	
						C53.1	
				1594	Bösartige Neubildung nicht näher bezeichnet der weiblichen Genitalorgane	C53.9	
						C57.7	
						C57.9	
3.3	14	901 (neu)	13	1591	Ausgedehnte Bösartige Neubildung Corpus uteri	C54.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird
			14	1590	Bösartige Neubildung Corpus uteri	C54.0	
						C54.1	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						C54.2	i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
						C54.3	
						C54.9	
						C55	
3.4	13	902 (neu)	13	1593	Bösartige Neubildung der weiblichen Genitalorgane	C56	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
						C57.0	
						C57.1	
						C57.2	
						C57.3	
						C57.4	
			14	1596	Bösartige Neubildung der Plazenta	C58	
3.5	250 (neu)	903 (neu)	8	903 (neu)	Tumorlyse-Syndrom	E88.3	Wir schlagen die Integrierung in die Hierarchie 2 Neubildung und die Zuordnung in die HMG008 vor. Eine Überordnung der Tumorlyse über beide Stränge der Hierarchie Neubildungen ist aus Kostengründen nicht zielführend.
3.6	251 (neu)	904 (neu)	24	904 (neu)	Adipositas Body-Mass-Index [BMI] ab 35	E66.01	Wir schlagen die Integrierung in die Hierarchie 4 Metabolische Erkrankung und die Zuordnung in die HMG024 vor (s.4.3).
						E66.02	
						E66.11	
						E66.12	
						E66.21	
						E66.22	
						E66.81	
						E66.82	
						E66.91	
						E66.92	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.7	57	905 (neu)	57	905 (neu)	Zwangsstörungen	F42.0	Wir schlagen wie das BVA die Integration in die Hierarchie 11 Psychische Erkrankung und die Zuordnung in die HMG 57 vor.
						F42.1	
						F42.2	
						F42.8	
						F42.9	
3.8	252 neu	906 (neu)	60	1601	Anhaltende Schmerzstörung (stark)	F45.4	Wir schlagen eine Splittung der Schmerzdiagnosen vor. Der chronische Schmerz spricht für das Bestehen der Symptomatik über einen langen Zeitraum. Die organische Ursache des Schmerzes muss nicht mehr vorhanden sein. Die anhaltende Schmerzstörung gibt keinen Hinweis auf den Chronifizierungsgrad. (s. auch 4.9)
						F45.40	
	253 neu	907 (neu)	60_1	1602	Chronische Schmerzstörung (stark)	F45.41	Da bei diesen Diagnosen ein erhöhtes Manipulationsrisiko besteht schlagen wir vor, die ATC-Validierung auf Opioide zu beschränken. Es muss sichergestellt werden, dass es sich um eine echte Morbidität und korrekte Kodierung entsprechend DIMDI-Vorgaben handelt und nicht um Fehlkodierungen bzw. das Ergebnis von Upcoding.
						R52.1	
3.9	254 neu	908 (neu)	300	1604	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	R52.2	Wir empfehlen die Bildung einer neuen Hierarchie entsprechend des BVA-Vorschlags. Dabei schlagen wir eine Differenzierung in nur 2 HMGs vor. (s. 4.10)
						F84.0	
						F84.1	
						F84.2	
						F84.3	
						F84.4	
						F84.5	
3.10	255 neu	909 (neu)	301	1605	Aufmerksamkeitsstörung	F84.8	ADHS tritt meistens im Kindes- und Jugendalter auf, in der Regel nivelliert sich die Erkrankung nach dem Kindes- und Jugendalter. Aufgrund dessen schlagen wir eine Altersbegrenzung vor.
						F84.9	
						F90.0	
						F90.1	
3.11	256 neu	910 (neu)	300	1607	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	F90.8	Diese Gruppe von ICD-Codes lässt sich inhaltlich scharf abgrenzen. Dabei sind die kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, sonstige Störungen des Sozialverhaltens, sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen, Sonstige Störungen des Sozialverhaltens und Emotionale Störungen getrennt darstellbar.
						F90.9	
						F92.0	
				2200	Sonstige Störungen sozialer Funktionen	F92.8	
						F92.9	
						F94.0	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					mit Beginn in der Kindheit	F94.1	Des Weiteren ist ein Alterssplitt bei einigen dieser Gruppen sinnvoll, da die Inzidenz hauptsächlich während der Kindheit zu finden ist. Die Analyse der Kosten spricht ebenfalls für einen Alterssplitt. Die Bildung einer neuen Hierarchie Entwicklungsstörung ist sinnvoll, dennoch empfehlen wir diese Hierarchie zur Schweregraddifferenzierung in zwei HMGs zu unterteilen. (s.4.10)		
						F94.2			
						F94.8			
						F94.9			
					2205	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens, Alter >24 Jahre		F91.0	Bei den Diagnosen der Emotionalen Störung des Kindesalters fordern wir eine Altersbegrenzung, da sich die ICD nur auf das Kindesalter bezieht.
								F91.1	
								F91.2	
								F91.3	
								F91.8	
					2220	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Alter >24 Jahre		F91.9	
								F98.0	
								F98.1	
								F98.2	
								F98.3	
					F98.4				
					F98.5				
					F98.6				
					F98.8				
					F98.9				
				301	1606	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens, Alter < 25 Jahre	F91.0		
							F91.1		
							F91.2		
							F91.3		
							F91.8		
					1608	Emotionale Störung des Kindesalters (Alter < 18 Jahre)	F91.9		
							F93.0		
							F93.1		
							F93.2		

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						F93.3	
						F93.8	
						F93.9	
				1610	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend Alter < 25 Jahre	F98.0	
						F98.1	
						F98.2	
						F98.3	
						F98.4	
						F98.5	
						F98.6	
						F98.8	
						F98.9	
3.12	257 neu	911 (neu)	57	1609	Ticstörungen	F95.0	Wir schlagen die Integration in die Hierarchie 11 Psychische Erkrankungen vor (s. 4.9). Tic-Störungen sind oftmals mit anderen psychologischen Erkrankungen vergesellschaftet, die der MG 57 zugeordnet sind und sind nicht nur auf eine Entwicklungsstörung begrenzt.
						F95.1	
						F95.2	
						F95.8	
						F95.9	
3.13	258 neu	912 (neu)	258 neu	912 (neu)	Schlafapnoe, Narcolepsie und Kataplexie	G47.3	Wir schlagen die Integration in die Hierarchie 14 Neurologische Erkrankungen vor. (entspricht BVA-Vorschlag)
						G47.30	
						G47.31	
						G47.32	
						G47.38	
						G47.39	
						G47.4	
3.14	259 neu	913 (neu)	31_33	1612	Peritonitis	K65.0	Diese Gruppe sollte wie vom BVA vorgesehen eine eigene HMG bilden und den beiden HMGs der Hierarchie 6 Gastrointestinale Erkrankungen (HMG031 und HMG033) übergeordnet sein. Eine Peritonitis ist eine Entzündung des Bauchfells und ein höchst lebensbedrohlicher Zustand,
						K65.8	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						K65.9	der einen Krankenhausaufenthalt erfordert. Aufgrund dessen fordern wir die Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich.
3.15	88	914 (neu)	87	1614	Angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen	Q20.0	Fehlbildungen können verschiedene Ausprägungen aufweisen. Aus Kostensicht ist auch die Struktur, die von der Fehlbildung betroffen ist, von Interesse. Aufgrund dessen schlagen wir eine Differenzierung der Fehlbildungen nach den betroffenen Strukturen vor. Die Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen sollten von den anderen Fehlbildungen des Herzens getrennt dargestellt werden. Bei der Q21.9 handelt es sich um eine angeborene Fehlbildung des Herzseptums. Deshalb sollte die Q21.9 gemeinsam mit der Q21.1 Vorhofseptumdefekt einer DxG zugeordnet werden. Dies entspricht nicht dem BVA-Vorschlag.
						Q20.1	
						Q20.2	
						Q20.3	
						Q20.4	
						Q20.5	
						Q20.6	
						Q20.8	
						Q20.9	
				1620	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems	Q28.8	
						Q28.80	
						Q28.81	
						Q28.88	
						Q28.9	
			88	1615	Angeborene Fehlbildungen Herzsepten	Q21.9	
				1616	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Herzens	Q24.3	
						Q24.4	
						Q24.5	
						Q24.6	
						Q24.8	
						Q24.9	
				1617	Angeborene Fehlbildungen der großen Arterien	Q25.0	
						Q25.6	
						Q25.7	
						Q25.8	
						Q25.9	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

				1618	Sonstige angeborene Fehlbildungen des peripheren Gefäßsystems	Q27.0
						Q27.1
						Q27.2
						Q27.3
						Q27.4
						Q27.8
						Q27.9
				1619	Angeborene Fehlbildungen der prä- und zerebralen Gefäße	Q28.0
						Q28.00
						Q28.01
						Q28.08
						Q28.09
						Q28.1
						Q28.10
						Q28.11
						Q28.18
						Q28.19
						Q28.2
						Q28.20
						Q28.21
						Q28.28
						Q28.29
						Q28.3
						Q28.30
						Q28.31
						Q28.38
						Q28.39

3.16	88	915 (neu)	88	1615	Angeborene Fehlbildungen Herzsepten	Q21.1	Fehlbildungen können verschiedene Ausprägungen aufweisen. Aus Kostensicht ist auch die Struktur, die von der Fehlbildung betroffen ist, von Interesse. Aufgrund dessen schlagen wir eine Differenzierung der Fehlbildungen nach den betroffenen Strukturen vor. Die Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen sollten von den anderen Fehlbildungen des Herzens getrennt dargestellt werden. Bei der Q21.1 stimmen wir dem BVA-Vorschlag zu.
3.17	260 neu	916 (neu)	165	1628	Komplikationen nach Impfung	T88.0	Bei der malignen Hyperthermie handelt es sich um eine lebensbedrohliche Funktionsstörung der Skelettmuskulatur als Antwortreaktion des Organismus unter Narkose. Durch die genetisch determinierte Fehlregulation im kontraktionsvermittelnden Kalzium-System (erhöhtes intrazelluläres Kalzium) kommt es zu einer hypermetabolischen Stoffwechselentgleisung.
				1629	Maligne Hyperthermie durch Anästhesie	T88.1	
3.18	7	824	6	824	Chronisch myeloproliferative Krankheit ohne Angabe einer Remission	T88.3	Aufgrund dessen schlagen wir hier das Aufgreifkriterium stationär erforderlich vor. Die Komplikationen nach Impfung müssen sowohl aus inhaltlich als auch aus kotstentechnischen Gesichtspunkten differenziert werden. (s. 4.16)
			7	9999	Chronisch myeloproliferative Krankheit in kompletter Remission	C94.6	
3.19	52	258	51	5001	Opiatsubstitution	C94.60	Als komplette Remission bezeichnet man den Status, in dem (zum Beispiel nach erfolgter Therapie) weder klinische, radiologische, noch sonstige Zeichen der Krankheit über einen bestimmten Zeitraum (z. B. 6 Monate) vorliegen. Zur Schweregradifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer Remission getrennt werden.
			52	1275	Abhängigkeitssyndrom durch verschiedene Substanzen	C94.61	
3.20	165	684	165	684	Infektion / Entzündung durch implantiertes Gerät / Implantat / Transplantat	Z51.83	Damit schlagen wir eine vom BVA-Vorschlag abweichende HMG-Zuordnung vor. Wir schlagen hier die Validierung über ATC-Codes vor (s. 1.). Laut DIMDI berücksichtigt der Code die Methadonsubstitution. Entgegen dem BVA-Vorschlag ist eine Zuordnung in die HMG051 sinnvoll.
						F11.2	
						F12.2	Das Abhängigkeitssyndrom umfasst die Merkmale der physischen und psychischen Abhängigkeit. Der Personenkreis, der von einem Abhängigkeitssyndrom betroffen sein kann, ist ziemlich inhomogen, da es sich um abstinent lebende Menschen, Menschen mit ständigem Drogenkonsum und Menschen mit episodenhaftem Drogenkonsum handelt. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf eine Droge beziehen, es kann aber auch auf eine Stoffgruppe, wie sie bei den verschiedenen Drogentypen genannt werden, beziehen. Prospektiv verursachen Versicherte aufgrund ihrer Abhängigkeit nur dann Kosten, wenn sie sich therapieren lassen, somit erscheint eine ATC-Validierung sehr sinnvoll und sollte umgesetzt werden.
						F13.2	
						F14.2	
						F15.2	
						F16.2	
						F18.2	
						F19.2	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.21	165	686	164	1623	Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung	K91.80	Abweichend vom BVA-Vorhaben schlagen wir zur Schweregraddifferenzierung und zur Gewährleistung von Kostenhomogenität folgende Diagnoseaufteilung und HMG-Zuordnung vor:
				1626	Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	T80.2	Als Mukositis wird eine Entzündung der Schleimhaut (Mukosa) bezeichnet. Schleimhäute sind Gewebe, welche die inneren Organe bedecken und beispielsweise in Nase, Mund, Magen und Darm zu finden sind. Sie erfüllen unterschiedliche Funktionen. Im Bereich der Mund- und Nasenhöhle sorgen sie für Befeuchtung und Schutz vor äußeren Einflüssen wie z.B. vor Keimen. Im Magen- und Darmbereich sind sie zusätzlich z.B. am Transport von Nährstoffen beteiligt. Bei der generalisierten Form tritt regelhaft die Inappetenz und Anorexie auf. Der Körper hat keine äußere Barriere zum Schutz vor Noxen. Bei Immunkompromittierung ist das ein kritischer Zustand, da die körpereigenen Abwehrstoffe ohnehin schon stark beeinträchtigt sind.
						T80.3	
						T80.4	
				8000	Postoperativer (zerebellärer) Mutismus	G97.81	
			165	1621	Keratopathie (bullös-aphak) nach Kataraktextraktion	H59.0	Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken: Zur Schweregraddifferenzierung und aus Kostensicht sollten diese getrennt dargestellt werden.
				1622	Rezidivierendes Cholesteatom in der Mastoidhöhle nach Mastoidektomie	H95.0	Seit 1980 erscheinen zunehmend Berichte über kindliche Patienten, die nach Operationen in der hinteren Schädelgrube einen cerebellären Mutismus entwickelten. Typischerweise sind Kinder und seltener junge Erwachsene betroffen, die nach Entfernung eines Tumors der hinteren Schädelgrube mutistisch werden bei gleichzeitig erhaltenem Sprachverständnis und intakter Bewußtseinslage. Diese Störung hält zwischen einem und vier Monaten an. Die Pathogenese ist bislang unklar. Wir empfehlen die Integrierung in die Hierarchie 24.
				1624	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	M96.0	
						M96.1	
						M96.2	Die Keratopathie (bullös-aphak) nach Kataraktextraktion beschreibt eine Komplikation der Operation des grauen Stars. Die Komplikation bezeichnet eine Erkrankung der Hornhaut gekennzeichnet durch Trübung, Blasenbildung sowie Abheben des Epithels (Deckgewebe) .
						M96.3	
						M96.4	Ein Cholesteatom kann bei verbleibenden Resten (mikroskopischklein) wieder auftreten. Als Cholesteatom bezeichnet man eine chronisch-eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Knochendestruktion. Bei jeder Rezidivoperation steigt das Risiko für Komplikationen.
						M96.5	
						M96.80	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen: Zur Schweregraddifferenzierung und aus Kostensicht sollten diese getrennt dargestellt werden.
						M96.81	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

				1625	Komplikationen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung	N98.0	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist: Zur Schweregraddifferenzierung und aus Kostensicht sollten diese getrennt dargestellt werden.
				1627	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	T81.5	
3.18	4	38	4	1132	Akute myeloische Leukämie ohne Angabe einer Remission, Alter < 25 Jahre	C92.0	<p>Als komplette Remission bezeichnet man den Status, in dem (zum Beispiel nach erfolgter Therapie) weder klinische, radiologische, noch sonstige Zeichen der Krankheit über einen bestimmten Zeitraum (z. B. 6 Monate) vorliegen. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer Remission getrennt werden. Insgesamt lässt sich eine Leukämie in verschiedenen Subgruppen unterteilen, die sich inhaltlich und kostentechnisch unterscheiden.</p> <p>Bei den akuten Formen der Leukämie sind 2 Inzidenz-Peaks feststellbar. Eine Leukämie im Kindes- und Jugendalter unterscheidet sich nicht nur durch die Kosten von einer im Erwachsenenalter sondern auch medizinisch-inhaltlich. Aufgrund dessen ist ein Alterssplit zielführend.</p>
						C92.00	
						C92.4	
						C92.40	
						C92.5	
						C92.50	
						C92.6	
						C92.60	
						C92.8	
						C92.80	
						C93.0	
						C93.00	
						C94.2	
						C94.20	
						C94.4	
						C94.40	
			4_1	2004	Akute myeloische Leukämie ohne Angabe einer Remission, Alter > 24 Jahre	C92.0	
						C92.00	
						C92.4	
						C92.40	
						C92.5	
						C92.50	
						C92.6	
						C92.60	

						C92.8	
						C92.80	
						C93.0	
						C93.00	
						C94.2	
						C94.20	
						C94.4	
						C94.40	
3.19	4	46	6	1133	Chronische myeloische Leukämie in kompletter Remission	C92.11	Als komplette Remission bezeichnet man den Status, in dem (zum Beispiel nach erfolgter Therapie) weder klinische, radiologische, noch sonstige Zeichen der Krankheit über einen bestimmten Zeitraum (z. B. 6 Monate) vorliegen. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer Remission getrennt werden. Insgesamt lässt sich eine Leukämie in verschiedenen Subgruppen unterteilen, die sich inhaltlich und kostentechnisch unterscheiden.
						C92.21	
						C92.31	
						C92.71	
						C92.91	
						C93.11	
						C93.21	
						C93.71	
						C93.91	
						C94.11	
						C94.71	
						C93.31	
			4_1	1134	Chronische myeloische Leukämie ohne Angabe einer Remission	C93.3	
						C93.30	
						C92.1	
						C92.10	
						C92.2	
						C92.20	
						C92.3	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						C92.30	
						C92.7	
						C92.70	
						C92.9	
						C92.90	
						C93.1	
						C93.10	
						C93.20	
						C93.7	
						C93.70	
						C93.9	
						C93.90	
						C94.10	
						C94.7	
						C94.70	
						C94.8	
3.20	6	37	4	1129	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps, ohne Angabe einer Remission, Alter < 25 Jahre	C95.0	<p>Als komplette Remission bezeichnet man den Status, in dem (zum Beispiel nach erfolgter Therapie) weder klinische, radiologische, noch sonstige Zeichen der Krankheit über einen bestimmten Zeitraum (z. B. 6 Monate) vorliegen. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer Remission getrennt werden. Insgesamt lässt sich eine Leukämie in verschiedenen Subgruppen unterteilen, die sich inhaltlich und kostentechnisch unterscheiden.</p> <p>Bei den akuten Formen der Leukämie sind 2 Inzidenz-Peaks feststellbar. Eine Leukämie im Kindes- und Jugendalter unterscheidet sich nicht nur durch die Kosten von einer im Erwachsenenalter sondern auch medizinisch-inhaltlich. Aufgrund dessen ist ein Alterssplit zielführend.</p>
						C95.00	
			4_1	2001	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps ohne Angabe einer Remission Alter > 24 Jahre	C95.0	
						C95.00	
				2002	Akute lymphatische Leukämie ohne Angabe einer Remission, Alter > 24 Jahre	C91.0	
						C91.00	
						C94.0	
						C94.00	
						C94.3	
						C94.30	
				1131	Akute myeloische Leukämie in	C92.01	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

				kompletter Remission, Alter < 25 Jahre	C92.41
					C92.51
					C92.61
					C92.81
					C93.01
					C94.21
					C94.41
		6	1130	Akute lymphatische Leukämie ohne Angabe einer Remission Alter < 25 Jahre	C91.0
					C91.00
					C94.0
					C94.00
					C94.3
					C94.30
			2000	Akute lymphatische Leukämie in kompletter Remission, Alter > 24 Jahre	C91.01
					C94.01
					C94.31
					C95.01
			2003	Akute myeloische Leukämie in kompletter Remission, Alter > 24 Jahre	C92.01
					C92.41
					C92.51
					C92.61
					C92.81
					C93.01
					C94.21
					C94.41
			7	1128 Akute lymphatische Leukämie in kompletter Remission, Alter < 25 Jahre	C91.01
					C94.01
					C94.31

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						C95.01	
3.21	6	45	6	1126	Plasmozytom in kompletter Remission	C90.01	Als komplette Remission bezeichnet man den Status, in dem (zum Beispiel nach erfolgter Therapie) weder klinische, radiologische, noch sonstige Zeichen der Krankheit über einen bestimmten Zeitraum (z. B. 6 Monate) vorliegen. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer Remission getrennt werden. Insgesamt lässt sich eine Leukämie in verschiedenen Subgruppen unterteilen, die sich inhaltlich und kostentechnisch unterscheiden.
						C90.11	
						C90.21	
						C90.31	
			4_1	1127	Plasmozytom ohne Angabe einer Remission	C90.0	
						C90.00	
						C90.1	
						C90.10	
						C90.2	
						C90.20	
						C90.3	
						C90.30	
3.22	7	57	6	1123	Andere bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenen Systems	C96.0	Auch der Formenkreis der Lymphome lässt sich unter medizinischen Aspekten nach Schweregraden differenzieren. Daher schlagen wir die Differenzierung der einzelnen Lymphomgruppen vor. Bei der Gruppe Andere bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenen Systems handelt es sich nicht um "echte" Lymphome" aufgrund dessen sollten diese getrennt werden.
						C96.1	
						C96.2	
						C96.3	
						C96.4	
						C96.7	
						C96.8	
						C96.9	
			7	1112	Follikuläres Lymphom	C82.0	
						C82.1	
						C82.2	
						C82.3	
						C82.4	
						C82.5	
						C82.6	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						C82.7	
						C82.9	
						C83.0	
						C83.1	
						C83.2	
						C83.3	
						C83.4	
						C83.5	
						C83.6	
						C83.7	
						C83.8	
						C83.9	
						C84.0	
						C84.1	
						C84.2	
						C84.3	
						C84.4	
						C84.5	
						C84.6	
						C84.7	
						C84.8	
						C84.9	
						C85.0	
						C85.1	
						C85.2	
						C85.7	
						C85.9	
						C86.0	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						C86.1	
						C86.2	
						C86.3	
						C86.4	
						C86.5	
						C86.6	
						C91.8	
						C91.80	
						C91.81	
3.23	7	59	7	1107	Chronisch lymphatische Leukämie in kompletter Remission	C88.01	<p>Als komplette Remission bezeichnet man den Status, in dem (zum Beispiel nach erfolgter Therapie) weder klinische, radiologische, noch sonstige Zeichen der Krankheit über einen bestimmten Zeitraum (z. B. 6 Monate) vorliegen. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer Remission getrennt werden. Insgesamt lässt sich eine Leukämie in verschiedenen Subgruppen unterteilen, die sich inhaltlich und kostentechnisch unterscheiden.</p>
						C88.11	
						C88.21	
						C88.31	
						C88.41	
						C88.71	
						C88.91	
						C91.11	
						C91.21	
						C91.31	
						C91.41	
						C91.51	
						C91.61	
						C91.71	
						C91.91	
						C95.11	
						C95.21	
						C95.71	
						C95.91	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						C88.0
						C88.00
						C88.10
						C88.2
						C88.20
						C88.3
						C88.30
						C88.4
						C88.40
						C88.7
						C88.70
						C88.9
						C88.90
		6	1108	Chronisch lymphatische Leukämie ohne Angabe einer Remission		C91.1
						C91.10
						C91.20
						C91.3
						C91.30
						C91.4
						C91.40
						C91.5
						C91.50
						C91.6
						C91.60
						C91.7
						C91.70
						C91.9
						C91.90

						C95.1	
						C95.10	
						C95.20	
						C95.7	
						C95.70	
						C95.8	
						C95.9	
						C95.90	
3.24	8	34	8	1101	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungsorgane	C78.0	Der Ort der Metastasierung ist entscheidend für die Prognose. Lymphknotenmetastasen können in der Regel operativ entfernt werden, während die Behandlung einer Hirnmetastase sich schwieriger gestaltet. Daher unterscheiden sich die prospektiven Aufwände deutlich voneinander. Des Weiteren sollten die unspezifischen sekundären bösartigen Neubildungen von den spezifischen Diagnosen getrennt dargestellt werden.
						C78.1	
						C78.2	
						C78.3	
			9	1104	Sekundäre bösartige Neubildung des Peritoneums, Leber und Galle	C78.6	
						C78.7	
						C78.4	
						C78.5	
3.25	9	35	8	1103	Sekundäre bösartige Neubildung des Darmes	C78.8	Der Ort der Metastasierung ist entscheidend für die Prognose. Lymphknotenmetastasen können in der Regel operativ entfernt werden, während die Behandlung einer Hirnmetastase sich schwieriger gestaltet. Daher unterscheiden sich die prospektiven Aufwände deutlich voneinander. Des Weiteren sollten die unspezifischen sekundären bösartigen Neubildungen von den spezifischen Diagnosen getrennt dargestellt werden.
			9	1100	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen		
			8	1094	Sekundäre bösartige Neubildung der Harnorgane	C79.0	Der Ort der Metastasierung ist entscheidend für die Prognose. Lymphknotenmetastasen können in der Regel operativ entfernt werden, während die Behandlung einer Hirnmetastase sich schwieriger gestaltet. Daher unterscheiden sich die prospektiven Aufwände deutlich voneinander. Des Weiteren sollten die unspezifischen sekundären bösartigen Neubildungen von den spezifischen Diagnosen getrennt dargestellt werden.
						C79.1	
						C79.7	
						C79.3	
			9	1095	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und Nervensystem	C79.4	
						C79.5	
						C79.83	
						C79.84	
			9	1096	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens	C79.2	
			9	1099	Sekundäre bösartige Neubildung des Herzens		
			9	1097	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut		

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

				1098	Sekundäre bösartige Neubildung der Geschlechtsorgane	C79.6	
						C79.81	
						C79.82	
						C79.8	
						C79.88	
3 .26	9	53	1	1093	Kaposi-Sarkom	C46.0	Das Kaposi-Sarkom war bis Anfang der Achtziger Jahre ein außerordentlich seltener bösartiger Tumor. Es kamen nur ungefähr zwei bis fünf Erkrankungen auf zehn Millionen Menschen vor. Diese Fälle betrafen Afrikaner und Südeuropäer. Seit der Ausbreitung von AIDS hat sich das Kaposi-Sarkom verändert und ist zunehmend aggressiver geworden.Ein Zusammenhang zwischen dem Hi-Virus und dem Auftreten des Kaposi-Sarkoms wird angenommen. Daher handelt es sich hier eher um eine Komorbidität im Rahmen einer AIDS-Erkrankung, die DxG sollte daher der Hierarchie 1 zugeordnet werden.
						C46.1	
						C46.2	
						C46.3	
						C46.7	
						C46.8	
						C46.9	
3 .27	10	33	9	1091	Sekundäre bösartige Neubildung Lymphknoten	C77.0	Der Ort der Metastasierung ist entscheidend für die Prognose. Lymphknotenmetastasen können in der Regel operativ entfernt werden, während die Behandlung einer Hirnmetastase sich schwieriger gestaltet. Daher unterscheiden sich die prospektiven Aufwände deutlich voneinander. Des Weiteren sollten die unspezifischen sekundären bösartigen Neubildungen von den spezifischen Diagnosen getrennt dargestellt werden.
						C77.1	
						C77.2	
						C77.3	
						C77.4	
						C77.5	
			10	1092	Sekundäre bösartige Neubildung Lymphknoten nicht näher bezeichnete Lokalisation	C77.8	
						C77.9	
3 .28	11	41	9	1083	Ausgedehnte bösartige Neubildung Dünndarm, Galle und Retro- Peritoneum	C17.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist.
						C24.8	
						C48.8	
			10	1084	Bösartige Neubildung Dünndarm, Galle und Retro- Peritoneum	C17.0	
						C17.1	
						C17.2	
						C17.3	
						C17.9	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						C23	Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
						C24.0	
						C24.1	
						C24.9	
						C45.1	
						C48.0	
						C48.1	
						C48.2	
3.29	11	42	10	1089	Bösartige Neubildung Leber	C22.0	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
						C22.1	
						C22.2	
						C22.3	
						C22.4	
						C22.7	
						C22.9	
3.30	11	43	8	1086	Ausgedehnte bösartige Neubildung Pankreas	C25.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist.
			10	1087	Bösartige Neubildung Pankreas	C25.0	
						C25.1	
						C25.2	
						C25.3	
						C25.4	

						C25.7	Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
						C25.9	
3.31	12	39	8	1069	Ausgedehnte Neubildung des Ösophagus	C15.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
			11	1070	Bösartige Neubildung des Ösophagus	C15.0	
						C15.1	
						C15.2	
						C15.3	
						C15.4	
						C15.5	
						C15.9	
3.32	12	52	9	1072	Ausgedehnte bösartige Neubildung der Nerven und Weichteilgewebe	C47.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
			12	1073	Bösartige Neubildung der Nerven und Weichteilgewebe	C49.8	
						C47.0	
						C47.1	
						C47.2	
						C47.3	
						C47.4	
						C47.5	
						C47.6	
						C47.9	
						C49.0	
						C49.1	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						C49.2	
						C49.3	
						C49.4	
						C49.5	
						C49.6	
						C49.9	
3.33	12	55	8	1075	Ausgedehnte bösartige Neubildung des zentralen Nervensystems	C71.8	<p>In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregradifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.</p>
						C72.8	
			10	1076	Bösartige Neubildung des zentralen Nervensystems	C70.0	
						C70.1	
						C71.0	
						C71.1	
						C71.2	
						C71.3	
						C71.4	
						C71.5	
						C71.6	
						C71.7	
						C72.0	
						C72.1	
						C72.2	
						C72.3	
						C72.4	
						C75.1	
						C75.2	
						C75.3	
						C70.9	
						C71.9	

						C72.5	
						C72.9	
3.34	12	78	11	1078	Ausgedehnte Neubildung Mamma (Alter > 45 Jahre)	C50.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
			14	1079	Bösartige Neubildung Brust (Alter > 45 Jahre)	C50.0	
						C50.1	
						C50.2	
						C50.3	
						C50.4	
						C50.5	
						C50.6	
						C50.9	
3.35	13	36	13	1028	Primärtumoren ohne nähere Angaben der Lokalisation	C80.9	Im DIMDI-Katalog wurde die C80 gesplittet in die C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet und die C80.9 Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet. Die C80.9 ist wiederum eine höchst unspezifische Diagnose und sollte getrennt berücksichtigt werden. Hinter der C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet, steht das sogenannte CUP-Syndrom (Carcinoma of unknown primary). Das bedeutet, dass eine maligne Erkrankung zwar identifiziert, jedoch der Ursprungsort unbekannt ist. Die Diagnose wird gestellt über die Identifikation einer Metastase.
				1029	Sekundäre bösartige Neubildung mit unbekannten Primarius	C97	
						C79.9	
						C80.0	
3.36	13	40	8	1036	Ausgedehnte Bösartige Neubildung des Magens	C16.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
			12	1037	Bösartige Neubildung des Magens	C16.0	
						C16.1	
						C16.2	
						C16.3	
						C16.4	
						C16.5	
						C16.6	
						C16.9	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.37	13	44	8	1054	Ausgedehnte Bösartige Neubildung des Bronchus, Lunge und der Pleura	C34.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
			11	1055	Bösartige Neubildung des Bronchus, Lunge und der Pleura	C33	
						C34.0	
						C34.1	
						C34.2	
						C34.3	
						C34.9	
						C38.4	
						C45.0	
3.38	13	47	11	1030	Ausgedehnte bösartige Bösartige Neubildung des Mundraumes / der Zunge	C02.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
						C04.8	
						C05.8	
						C06.8	
						C08.8	
			14	1031	Bösartige Neubildung des Mundraumes / der Zunge	C01	
						C02.0	
						C02.1	
						C02.2	
						C02.3	
						C02.4	
						C02.9	
						C03.0	
						C03.1	
						C03.9	
						C04.0	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						C04.1	
						C04.9	
						C05.0	
						C05.1	
						C05.2	
						C05.9	
						C06.0	
						C06.1	
						C06.2	
						C06.9	
						C07	
						C08.0	
						C08.1	
						C08.9	
3.39	13	48	11	1033	Ausgedehnte Bösartige Neubildung des Pharynx	C09.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
						C10.8	
						C11.8	
						C13.8	
						C14.8	
			14	1034	Bösartige Neubildung des Pharynx	C09.0	
						C09.1	
						C09.9	
						C10.0	
						C10.1	
						C10.2	
						C10.3	
						C10.4	
						C10.9	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						C11.0	
						C11.1	
						C11.2	
						C11.3	
						C11.9	
						C12	
						C13.0	
						C13.1	
						C13.2	
						C13.9	
						C14.0	
						C14.2	
3.40	13	49	9	1469	Ausgedehnte Bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakalen Organe	C38.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
						C39.8	
			11	1468	Ausgedehnte Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen	C31.8	
						C37	
				1471	Bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakalen Organe	C38.0	
						C38.1	
						C38.2	
						C38.3	
						C39.0	
						C39.9	
						C45.2	
			14	1470	Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen, Mittelohr	C30.0	
						C30.1	
						C31.0	
						C31.1	

						C31.2	
						C31.3	
						C31.9	
3.41	13	50	10	1051	Ausgedehnte Bösartige Neubildung des Larynx	C32.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
			14	1052	Bösartige Neubildung des Larynx	C32.0	
						C32.1	
						C32.2	
						C32.3	
						C32.9	
3.42	13	51	9	1057	Ausgedehnte bösartige Neubildung des Knochens und Gelenkknorpels	C40.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
			12	1058	Bösartige Neubildung des Knochens und Gelenkknorpel	C41.8	
						C40.0	
						C40.1	
						C40.2	
						C40.3	
						C40.9	
						C41.0	
						C41.01	
						C41.02	
						C41.1	
						C41.2	
						C41.3	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						C41.30	
						C41.31	
						C41.32	
						C41.4	
						C41.9	
3.43	13	60	11	1039	Ausgedehnte bösartige Neubildung des Kolons	C18.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
			14	1040	Bösartige Neubildung des Kolons	C18.0	
						C18.1	
						C18.2	
						C18.3	
						C18.4	
						C18.5	
						C18.6	
						C18.7	
						C18.9	
3.44	13	61	9	1045	Ausgedehnte Bösartige Neubildung des Verdauungssystems	C26.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten
			10	1060	Ausgedehnte Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Alter < 45 Jahre)	C50.8	
			12	1042	Ausgedehnte bösartige Neubildung des Rektum, Anus und Analkanal,	C21.8	
				1061	Bösartige Neubildung der Brustdrüse Rest (Alter < 45 Jahre)	C50.0	
						C50.1	
						C50.2	
						C50.3	
						C50.4	
						C50.5	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						C50.6	sichtbar.
						C50.9	
			13	1043	Bösartige Neubildung des Rektum, Anus und Analkanal	C19	
						C20	
						C21.0	
						C21.1	
						C21.2	
			14	1046	Bösartige Neubildung des Verdauungssystems	C26.0	
						C26.1	
						C26.9	
3.45	13	67	14	1474	Ausgedehnte Bösartige Neubildung Prostata	C61	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
			13	1063	Ausgedehnte Bösartige Neubildung der Harnorgane	C67.8	
						C68.8	
3.46	13	69	14	1064	Bösartige Neubildung der Harnorgane	C66	
						C67.0	
						C67.1	
						C67.2	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						C67.3	Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
						C67.4	
						C67.5	
						C67.6	
						C67.7	
						C67.9	
						C68.0	
						C68.1	
						C68.9	
3.47	13	75	14	75	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens zentrales Nervensystem	D42.0	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						D42.1	
						D42.9	
						D43.0	
						D43.1	
						D43.2	
						D43.3	
						D43.4	
						D43.7	
						D43.9	
						D44.3	
						D44.4	
						D44.5	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.48	13	91	14	1068	Duktales Carcinoma in situ	D05.1	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
3.49	14	68	13	1020	Ausgedehnte bösartige Neubildung der männlichen Genitalorgane	C60.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
			14	1021	Bösartige Neubildung der männlichen Genitalorgane	C63.8	
						C60.0	
						C60.1	
						C60.2	
						C60.9	
						C62.0	
						C62.1	
						C62.9	
						C63.0	
						C63.1	
						C63.2	
						C63.7	
						C63.9	
3.50	14	70	14	1023	Bösartige Neubildung der Niere	C64	Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren

						C65	ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
--	--	--	--	--	--	-----	---

3.51	14	73	12	1004	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen	C76.0	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregradifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
						C76.1	
						C76.2	
						C76.3	
						C76.4	
						C76.5	
						C76.7	
				1027	Ausgedehnte bösartige Neubildung, sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen	C76.8	
			14	1003	Mesotheliom	C45.7	
						C45.9	
3.52	14	76	152	1005	Phakomatosen	Q85.0	Die Diagnosen der ICDs Q85.- beinhalten die vererbte Multiorganerkrankung, die vor allem Haut und Nervensystem betrifft. Daher wird sie den neurokutanen Erkrankungen (Phakomatose) zugeordnet. Als Phakomatosen werden hereditäre Erkrankungen bezeichnet, die mit neuroektodermalen und mesenchymalen Fehlbildungen einhergehen und deshalb auch nicht getrennt werden sollten. Des weiteren sollten diese Diagnosen in die Hierarchie Haut integriert werden, da es sich im engeren Sinne nicht um ein malignes Krankheitsbild handelt.
3.53	14	77	152	1005	Phakomatosen	Q85.1	Die Diagnosen der ICDs Q85.- beinhalten die vererbte Multiorganerkrankung, die vor allem Haut und Nervensystem betrifft. Daher wird sie den neurokutanen Erkrankungen (Phakomatose) zugeordnet. Als Phakomatosen werden hereditäre Erkrankungen bezeichnet, die mit neuroektodermalen und mesenchymalen Fehlbildungen einhergehen und deshalb auch nicht getrennt werden sollten. Des weiteren sollten diese Diagnosen in die Hierarchie Haut integriert werden, da es sich im engeren Sinne nicht um ein malignes Krankheitsbild handelt.
			152			Q85.8	
			152			Q85.9	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.54	14	82	12	82	Neubildung unklarer Dignität / nicht näher bezeichnete Neubildung des respiratorischen Systems	D38.0	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						D38.1	
						D38.2	
						D38.3	
						D38.4	
						D38.5	
						D38.6	
3.55	14	89	11	7000	Ausgedehntes TU-Stadium Lippe	C00.8	In den ICDs C--.8 werden die bösartigen Erkrankungen berücksichtigt, die bereits ein ausgedehntes Tumorstadium haben. Ein entsprechendes Beispiel ist ein Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das entsprechend die Schlüsselnummer C26.8 (Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte. Die Art und die Ausdehnung der Therapie hängen von der Ausprägung des Tumorstadiums ab. Eine fortgeschrittene Krebserkrankung wird i.d.R. nach einer operativen Intervention auch noch chemotherapeutisch und/oder radiologisch im Sinne einer Strahlentherapie behandelt. Diese Therapien erstrecken sich über mehrere Monate und sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden, welches dann einen erhöhten prospektiven Aufwand aufweist. Zur Schweregradifferenzierung sollten diese Diagnosen von denen ohne Angabe einer großen Tumorausdehnung getrennt werden. Des Weiteren ist eine Auftrennung nach anatomischen Aspekten sinnvoll, da diese in der Regel die selbe Therapie mit annähernd gleicher Prognose und prospektivem Aufwand zeigen. Dieses ist auch in der Analyse der Kosten sichtbar.
			14	1018	Bösartige Neubildung Lippe	C00.0	
						C00.1	
						C00.2	
						C00.3	
						C00.4	
						C00.5	
						C00.6	
						C00.9	
3.56	15	98	15	1476	Entgleister Diabetes Typ II mit multiplen- oder Nierenkomplikationen	E11.21	Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist: • Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung • Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung) • Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an
						E12.21	
						E13.21	
						E14.21	
			16	1478	Diabetes Typ II mit multiplen- oder Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E11.2	
						E11.20	
						E12.2	

						E12.20	mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga
						E13.2	Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
						E13.20	
						E14.2	
						E14.20	
3.57	15	99	15	1475	Entgleister Diabetes Typ I mit multiplen- oder Nierenkomplikationen	E10.21	Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist: • Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung • Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
				1508	Diabetes Typ I mit Nieren und multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E10.2	• Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
						E10.20	Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden. Durch die Bildung der neuen DxGs und Zuordnung aus Sicht der Kostenhomogenität auf die HMGs 15-17 sind die HMG019 und HMG020 überflüssig und wurden somit gestrichen.
3.58	15	800	15	1476	Entgleister Diabetes Typ II mit multiplen- oder Nierenkomplikationen	E11.73	Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:
						E11.75	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					Diabetes Typ II mit multiplen- oder Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E12.73	<ul style="list-style-type: none"> • Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung) • Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga <p>Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.</p>
						E12.75	
						E13.73	
						E13.75	
						E14.73	
						E14.75	
						E11.7	
						E11.72	
						E11.74	
						E12.7	
						E12.72	
						E12.74	
						E13.7	
						E13.72	
						E13.74	
						E14.7	
						E14.72	
						E14.74	Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
3.59	15	801	15	1475	Entgleister Diabetes Typ I mit multiplen- oder Nierenkomplikationen	E10.73	<p>Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung • Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l))

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						E10.75	mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung) • Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung
						E10.7	• Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
						E10.72	
						E10.74	Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden. Durch die Bildung der neuen DxGs und Zuordnung aus Sicht der Kostenhomogenität auf die HMGs 15-17 sind die HMG019 und HMG020 überflüssig und wurden somit gestrichen.
3 .60	16	102	15	1485	Entgleister Diabetes Typ II mit peripher vaskulären Komplikationen	E11.51	Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:
						E12.51	• Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung
						E13.51	• Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung
						E14.51	• Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
			16	1487	Diabetes Typ II mit peripher vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E11.5	• Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung
						E11.50	• Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga
						E12.5	Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als
						E12.50	
						E13.5	

						E13.50	Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
						E14.5	
						E14.50	Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
3.61	16	103	15	1484	Entgleister Diabetes Typ I mit peripher vaskulären Komplikationen	E10.51	Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist: • Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung • Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung) • Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
				1486	Diabetes Typ I mit peripher vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E10.5	
						E10.50	Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden. Durch die Bildung der neuen DxGs und Zuordnung aus Sicht der Kostenhomogenität auf die HMGs 15-17 sind die HMG019 und HMG020 überflüssig und wurden somit gestrichen.
3.62	16	104	17	1481	Entgleister Diabetes Typ II mit Ketoazidose oder Koma	E11.01	Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:
						E11.11	• Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung
						E12.01	
						E12.11	• Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l))

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						E13.01	<p>mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung) • Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga <p>Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.</p>
						E13.11	
						E14.01	
						E14.11	
						E11.0	
						E11.1	
						E12.0	
						E12.1	
						E13.0	
						E13.1	
						E14.0	
						E14.1	
3.63	16	105	16	1480	Entgleister Diabetes Typ I mit Ketoazidose oder Koma	E10.01	<p>Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung • Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung) • Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga <p>Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes</p>
						E10.11	
			17	1482	Diabetes Typ I mit Ketoazidose oder Koma nicht als entgleist bezeichnet	E10.0	

						E10.1	<p>nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.</p> <p>Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.</p> <p>Durch die Bildung der neuen DxGs und Zuordnung aus Sicht der Kostenhomogenität auf die HMGs 15-17 sind die HMG019 und HMG020 überflüssig und wurden somit gestrichen.</p>
3 .64	17	100	16	1489	Entgleister Diabetes Typ II mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen	E11.41	Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:
						E12.41	• Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung
						E13.41	• Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung
						E14.41	• Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
			17	1491	Diabetes Typ II mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E11.4	• Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung
						E11.40	• Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga
						E12.4	Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
						E12.40	
						E13.4	
						E13.40	
						E14.4	
						E14.40	Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
						E10.41	<p>Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung• Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung• Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

				1490	Diabetes Typ I mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E10.4	Therapieanpassung) • Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
						E10.40	Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden. Durch die Bildung der neuen DxGs und Zuordnung aus Sicht der Kostenhomogenität auf die HMGs 15-17 sind die HMG019 und HMG020 überflüssig und wurden somit gestrichen.
3.66	17	106	16	1489	Entgleister Diabetes Typ II mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen	E11.61	Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:
						E12.61	• Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung
						E13.61	• Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung
						E14.61	• Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
			17	1491	Diabetes Typ II mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E11.6	• Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung
						E11.60	• Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga
						E12.6	Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung
						E12.60	
						E13.6	
						E13.60	

						E14.6	der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
						E14.60	Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
3 .67	17	107	16	1488	Entgleister Diabetes Typ I mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen	E10.61	Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist: • Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung • Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
				1490	Diabetes Typ I mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E10.6	• Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
						E10.60	Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden. Durch die Bildung der neuen DxGs und Zuordnung aus Sicht der Kostenhomogenität auf die HMGs 15-17 sind die HMG019 und HMG020 überflüssig und wurden somit gestrichen.
3 .68	17	108	16	1489	Entgleister Diabetes Typ II mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen	E11.31	Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:
						E12.31	• Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung
						E13.31	• Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung
						E14.31	• Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

			17	1491	Diabetes Typ II mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E11.3	während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
						E11.30	• Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung
						E12.3	• Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen
						E12.30	von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga
						E13.3	Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel
						E13.30	auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen
						E14.3	die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung
						E14.30	der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
3.69	17	109	16	1488	Entgleister Diabetes Typ I mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen	E10.31	Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist: • Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung • Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
				1490	Diabetes Typ I mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E10.3	• Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als

						E10.30	<p>Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.</p> <p>Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.</p> <p>Durch die Bildung der neuen DxGs und Zuordnung aus Sicht der Kostenhomogenität auf die HMGs 15-17 sind die HMG019 und HMG020 überflüssig und wurden somit gestrichen.</p>
3.70	17	802	16	1489	Entgleister Diabetes Typ II mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen	E11.81	<p>Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung • Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung) • Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga <p>Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.</p> <p>Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.</p>
						E12.81	
						E13.81	
						E14.81	
			17	1491	Diabetes Typ II mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E11.8	
						E11.80	
						E12.8	
						E12.80	
						E13.8	
						E13.80	
						E14.8	
						E14.80	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.71	17	803	16	1488	Entgleister Diabetes Typ I mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen	E10.81	Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist: • Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung • Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
				1490	Diabetes Typ I mit Augen-, neurologischen oder sonstigen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E10.8	• Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
						E10.80	Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden. Durch die Bildung der neuen DxGs und Zuordnung aus Sicht der Kostenhomogenität auf die HMGs 15-17 sind die HMG019 und HMG020 überflüssig und wurden somit gestrichen.
				1498	Entgleister Diabetes Typ II ohne Komplikationen	E11.91 E12.91 E13.91 E14.91	Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist: • Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung • Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
3.72	19	110	17	1500	Diabetes Typ II ohne Komplikationen nicht als entgleist bezeichnet	E11.9 E11.90	• Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						E12.9	mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga
						E12.90	Aus den oben aufgeführten Punkten ist ersichtlich, dass hinter jeder Entgleisung ein umfangreiches Therapiemanagement steckt, das in der Regel nur stationär möglich ist. Neu aufgetretene oder bestehende Komplikationen führen in der Regel auch zu erhöhten Folgekosten. Damit nicht eine leichte Blutzuckerschwankung als Entgleisung bezeichnet wird, sollten zur Vermeidung von Manipulationsansätzen die Gruppen mit einem entgleisten Diabetes das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten. Des weiteren sollte eine Clusterung unter Berücksichtigung der Folgeerkrankungen und Komplikationen durchgeführt werden. Für die Diabetes nicht als entgleist bezeichnet soll die ATC-Validierung beibehalten werden.
						E13.9	
						E13.90	
						E14.9	
						E14.90	Aus unserer Sicht sollte der Diabetes Typ II ohne Komplikationen ebenfalls ATC-validiert werden. Dadurch wird vermieden, dass eine nur vorhandene pathologische Glucosetoleranz als Diabetes kodiert werden kann und ungerechtfertigt Zuweisungen generiert.
3.73	19	111	16	111	Entgleister Diabetes Typ I ohne Komplikationen	E10.9	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig:
						E10.90	Durch die Bildung der neuen DxGs und Zuordnung aus Sicht der Kostenhomogenität auf die HMGs 15-17 sind die HMG019 und HMG020 überflüssig und wurden somit gestrichen.
						E10.91	
3.74	19	604	17	1388	Diabetes in der Schwangerschaft	O24.1	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						O24.2	
						O24.3	
						O24.4	
						O24.9	
						O24.0	
3.75	21	118	22	118	Hypopituitarismus inkl. hypophysärem Kleinwuchs	E23.0	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
3.76	21	124	225	124	Sphingolipidosen	E75.2	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
3.77	22	115	2	1170	Verbrauchskoagulopathie	A39.1	Das Waterhouse-Friderichsen-Syndrom wird auch als Nebennierenapoplexie (Versagen der Nebennieren infolge Blutungen oder Gefäßverschluss) oder Suprarenale Apoplexie bezeichnet. Beim Waterhouse-Friedrichsen-Syndrom handelt es sich um einen Schockzustand durch Toxine (Bakteriengifte), die von den Bakterien produziert werden. Es kommt zu einem extremen Verbrauch von Gerinnungsfaktoren (Verbrauchskoagulopathie) und Absterben von Gewebe (hämorrhagischer Nekrose) der Nebennierenrinden, meist infolge einer bakteriellen Blutvergiftung (Meningokokkensepsis). Ein Waterhouse-Friedrichsen-
			23	1175	Cushing-Syndrom	E24.0	
						E24.1	
						E24.2	
						E24.3	
						E24.4	
						E24.8	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						E24.9	Syndrom tritt bei etwa 10% bis 20% der Patienten mit Meningokokkensepsis auf.
						E26.0	Trotz Behandlung ist die Sterblichkeit sehr hoch und liegt bei bis zu 90%.
						E26.1	Unbehandelt endet das Waterhouse-Friedrichsen-Syndrom immer tödlich.
						E26.8	Da eine enge Beziehung zur Sepsis besteht, empfehlen wir die Neuordnung in die Hierarchie 1 Infektionen und die Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich.
						E26.9	
						E27.0	Stoffwechsel-Erkrankungen sind breit gefächert und unterscheiden sich deutlich im prospektiven Aufwand, deshalb schlagen wir eine inhaltliche Aufteilung unter medizinisch-inhaltlichen und Kostenaspekten vor.
						E27.1	
						E27.2	
						E27.3	
						E27.4	
						E27.5	
						E27.8	
						E27.9	
						E35.1	
			24	1176	Androgenitale Störungen	E25.0	
						E25.00	
						E25.01	
						E25.08	
						E25.09	
						E25.8	
						E25.9	
3.78	22	117	21	1173	Hypoparathyreodismus und sonstige Erkrankungen der Nebenschilddrüse	E20.0	Stoffwechsel-Erkrankungen sind breit gefächert und unterscheiden sich deutlich im prospektiven Aufwand, deshalb schlagen wir eine inhaltliche Aufteilung unter medizinisch-inhaltlichen und Kostenaspekten vor.
						E20.1	
						E20.8	
						E20.9	Ein Abszess des Thymus ist eine Infektion des Thymus mit Eiterbildung, die sich in einem Abszess abkapselt. Symptome sind Fieber, Rötung und Überwärmung im Thymusbereich. In der Regel sind Kinder von dieser Erkrankung betroffen, da sich die Thymusdrüse im Laufe der Zeit zurückbildet. Der Thymus liegt im Bereich des Halses. Eine Abszeßbildung kann zur Verschleppung der Keime in das Mediastinum
						E21.0	
						E21.1	
						E21.2	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						E21.3	<p>(Zwischenlungenraum) führen. Wird ein Abszess nicht ausreichend bzw. unsachgemäß behandelt, kann er sich durch die Haut fistelnd entleeren, in Körperhöhlen oder Hohlorgane einbrechen oder über die Blutbahn streuen, einen Hirnabszess oder andere Organabszesse bewirken oder im schlimmsten Fall über eine Sepsis zum Tode des Betroffenen führen. Bei Auftreten der Erkrankung ist eine breite intravenöse Antibiotikatherapie indiziert. Die entscheidende Therapie besteht jedoch im Eröffnen und Abfließenlassen des Eiters. Dies geschieht in Form einer Operation, bei der nach Eröffnung und Entleerung die Abszesshöhle gespült und eine Drainage eingelegt wird. Die Diagnose sollte gesondert dargestellt werden und das Aufgreifkriterium stationär erforderlich erhalten.</p>
						E21.4	
						E21.5	
						E31.0	
						E31.1	
						E31.8	
						E31.9	
						E22.0	
						E22.1	
						E22.2	
						E22.8	
						E22.9	
						E23.1	
						E23.2	
						E23.3	
						E23.6	
						E23.7	
						E32.0	
						E32.8	
						E32.9	
						E32.1	<p>Bei der polyglanduläre Dysfunktion kann es im menschlichen Körper zur Fehlfunktion mehrerer Drüsen, die Hormone produzieren, kommen. Diese sollten von den spezifischen Hypophysen-Funktionsstörungen getrennt werden.</p>
3.79	22	828	7	1168	Langerhans-Zell-Histiozytose	D76.00	<p>Die Langerhans-Zell-Histiozytose (LCH) ist eine Erkrankung des dendritischen Zellsystems. Es handelt sich um eine reaktive Proliferation von dendritischen Zellen, die phänotypisch mit den Langerhanszellen der Haut übereinstimmen. Eine Reihe von Synonyma sind bekannt: Histiozytose X, Abt-Letterer-Siwe Syndrom, Morbus Hand-Christian-Schüller, eosinophiles Granulom. Die Ätiologie ist ungeklärt. Pathophysiologisch wird ein interzellulärer Kommunikationsdefekt mit Zytokinimbalance zwischen T-Zellen und Langerhanszellen angenommen.</p>
						D76.01	
						D76.08	
						C96.5	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.80	23	119	23	1181	Porphyrie	C96.6	Trotz klonalen Ursprungs gibt es keinen eindeutigen Beweis für Malignität. Die jährliche Inzidenz liegt bei 0,4 (0,2-1,0) pro 100 000 Kindern unter 15 Jahren mit einem Altersgipfel in den ersten drei Lebensjahren. Die Patienten werden mit Kortison und je nach Schweregrad mit Chemotherapeutika behandelt. Das DIMDi hat diesen Diagnosecode von D auf C verändert, auch dies belegt, dass es sich bei diesen Erkrankungen eher um maligne Erkrankungen handelt. Wir schlagen eine Neuordnung in die Hierarchie 2 Neubildung vor.
						E80.0	
						E80.1	
						E80.2	
						E80.3	
			22	1165	Angeborene metabolische Störungen (ohne Medikation)	E77.0	Stoffwechsel Erkrankungen sind breit gefächert und unterscheiden sich deutlich im prospektiven Aufwand, deshalb schlagen wir eine inhaltliche Aufteilung unter medizinisch inhaltlichen und Kostenaspekten vor.
						E77.1	
						E77.8	
						E77.9	
			23	1163	Störungen des Sphingolipidstoffwechsels und Störungen der Lipidspeicherung (ohne Medikation)	E75.0	
						E75.1	
						E75.3	
						E75.4	
						E75.5	
			24	1159	Störungen des Aminosäurestoffwechsels	E75.6	
						E70.0	
						E70.1	
						E70.2	
						E70.3	
						E70.8	
						E70.9	
						E71.0	
						E71.1	
						E71.2	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						E71.3	
						E72.0	
						E72.1	
						E72.2	
						E72.3	
						E72.4	
						E72.5	
						E72.8	
						E72.9	
						E74.1	
						E74.2	
						E74.3	
						E74.4	
						E74.8	
						E74.9	
			202	1164	Störung des Glykosaminoglykan-Stoffwechsel und Mukopolysaccharidose (ohne Medikation)	E76.3	
						E76.8	
						E76.9	
			225	9002	Mukopolysaccharidose (ohne Medikation)	E76.0	
3.81	23	142	24	1167	Angeborene Fehlbildung endokriner Drüsen	Q89.1	Hier handelt es sich um eine Fehlbildung von hormonbildenden Drüsen. Eine Abgrenzung nach medizinisch-inhaltlichen und Kostenaspekten ist sinnvoll. Dies hat eine HMG-Umgruppierung zur Folge.
						Q89.2	
3.82	25	143	25	1191	Ösophagus-Varizen mit Blutung	I85.0	Blutungen aus Ösophagusvarizen stellen eine lebensbedrohliche Komplikation dar und sind ein medizinischer Notfall. Der betroffene Patient sollte direkt auf eine Intensivstation gelegt werden. Primäres Ziel ist die Blutstillung. Trotz Blutstillung versterben bis zu 30% der Patienten an einer Varizenblutung. Auch bei Überleben der ersten Blutung versterben etwa ein Drittel der Patienten nach Rezidivblutungen. Aufgrund dessen fordern wir die Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich.
						I98.3	
						I85.9	
						I98.2	
			29	1192	Ösophagus-Varizen ohne Blutung		

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.83	25	144	25	1193	Chronisches Leberversagen	K72.1	Diese Gruppe beschreibt das chronische Leberversagen, welches in der Regel ein schleichender Prozeß ist. Zur Schweregraddifferenzierung und aus Kostensicht sollten diese getrennt dargestellt werden.
						K76.7	Bei den sekundären Lebererkrankungen ist die Ursache der Krankheit nicht auf die Leber zurückzuführen.
			27	1194	Sonstige sekundäre Lebererkrankung	K77.8	Wir schlagen eine Trennung der Lebererkrankungen unter Berücksichtigung des Schweregrades sowie der unterschiedlichen Therapien und Prognosen vor.
3.84	26	145	27	1189	Autoimmune Lebererkrankung	K74.3	Bei der autoimmunen Lebererkrankung handelt es sich um eine Fehlsteuerung des körpereigenen Immunsystems, welches die Leber versucht zu zerstören. Eine Transplantation bei dieser Erkrankung ist deshalb nicht selten. Eine Leberzirrhose, -fibrose ist ein bindegewebiger Umbau der Leber in Folge chronischer Schädigung. Die Ursache ist multifaktoriell bedingt. Wir schlagen eine Trennung der Lebererkrankungen unter Berücksichtigung des Schweregrades sowie der unterschiedlichen Therapien und Prognosen vor.
						K74.4	
						K74.5	
			29	1187	Leberzirrhose -fibrose	K70.2	
						K70.3	
						K70.4	
						K71.7	
						K74.0	
						K74.1	
						K74.2	
						K74.6	
3.85	47	249	47	1274	Reye-Syndrom	G93.7	Das Reye-Syndrom ist eine akute Enzephalopathie, die oft drei bis fünf Tage nach einer Infektion des oberen Respirationstraktes und Einnahme bestimmter Medikamente auftritt. Eine stationäre Therapie ist erforderlich, die DxG sollte deshalb dieses Aufgreifkriterium erhalten.
3.86	47	250	49	1267	Normaldruckhydrozephalus	G91.2	Es wird der primäre oder idiopathische Normaldruckhydrozephalus mit unbekannter Ursache von sekundären Formen unterschieden, die vor allem durch Resorptionsstörungen des Liquor cerebrospinalis verursacht werden. Bei einem Normaldruckhydrozephalus kommt es zu einer typischen Trias aus drei Symptomen: Gangstörung, Demenz und Harninkontinenz. Am idiopathischen Normaldruckhydrozephalus erkranken meist Erwachsene um das 60. Lebensjahr. Der sekundäre Normaldruckhydrozephalus kommt dagegen in allen Altersklassen vor. Ein Normaldruck-Hydrozephalus kommt mit einer Häufigkeit von 30 pro 100 000 Einwohner vor. Die Behandlung erfolgt durch Anlage eines
						G91.20	
						G91.29	
			1268	Sekundärer Normaldruckhydrozephalus		G91.21	
						G94.0	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						G94.1	ventrikulo-peritonealen oder ventrikulo-atrialen Shunts. Bei solchen Patienten verbessern sich die Symptome dramatisch. Die Patienten sind wieder völlig klar und beschwerdefrei. Zur Schweregraddifferenzierung sollten die links dargestellten Diagnosegruppen gebildet werden.
						G94.2	
3.86	51	256	51	255	Sonstige und nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen	F11.3	Aus unserer Sicht ist eine Clusterung der Diagnosen nach abhängigkeitsinduzierenden Substanzen nicht zielführend. Es sollte eine medizinisch-inhaltliche Clusterung nach dem Schweregradprinzip erfolgen, so dass lediglich alle Abhängigkeitssyndrome in eine separate DxG eingeordnet werden und damit die DxG 256 entfällt.
						F11.4	
						F11.5	
						F11.6	
						F11.7	
						F11.8	
						F11.9	
						F12.3	
						F12.4	
						F12.5	
						F12.6	
						F12.7	
						F12.8	
						F12.9	
						F13.3	
						F13.4	
						F13.5	
						F13.6	
						F13.7	
						F13.8	
						F13.9	
						F14.3	
						F14.4	
						F14.5	
						F14.6	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						F14.7
						F14.8
						F14.9
						F15.3
						F15.4
						F15.5
						F15.6
						F15.7
						F15.8
						F15.9
						F16.3
						F16.4
						F16.5
						F16.6
						F16.7
						F16.8
						F16.9
						F18.3
						F18.4
						F18.5
						F18.6
						F18.7
						F18.8
						F18.9
						F19.3
						F19.4
						F19.5
						F19.6

						F19.7	
						F19.8	
						F19.9	
3.87	52	257	52	1275	Abhängigkeitssyndrom durch verschiedene Substanzen	F10.2	Das Abhängigkeitssyndrom umfasst die Merkmale der physischen und psychischen Abhängigkeit. Der Personenkreis, der von einem Abhängigkeitssyndrom betroffen sein kann, ist ziemlich inhomogen, da es sich um abstinent lebende Menschen, Menschen mit ständigem Drogenkonsum und Menschen mit episodenhaftem Drogenkonsum handelt. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf eine Droge beziehen, es kann sich aber auch auf eine Stoffgruppe, wie sie bei den verschiedenen Drogentypen genannt werden, beziehen. Prospektiv verursachen Versicherte aufgrund ihrer Abhängigkeit nur dann Kosten, wenn sie sich therapieren lassen, somit erscheint eine ATC-Validierung sehr sinnvoll.
3.88	53	259	52	1577	Akute Intoxikation [akuter Rausch]	F11.0	Wir schlagen eine HMG-Umgruppierung aus Kostengründen vor. Daneben würden wir die Diagnosegruppe gemäß untenstehendem Vorschlag abgrenzen. Akute Intoxikation [akuter Rausch]: Unter dem Konsum psychotroper Substanzen sind Verhaltensstörungen nicht ungewöhnlich. Als akute Intoxikation (Vergiftung) wird ein Zustand bezeichnet, in den Betroffene nach dem Konsum von Drogen geraten. Er beinhaltet Bewusstseinsstörungen, Störungen der Wahrnehmung, der kognitiven Fähigkeiten, der Gefühle und des Verhaltens. Dabei ist wichtig, dass die auftretenden Störungen in einem direkten Zusammenhang mit der Wirkung der Substanz stehen. Die Wirkung lässt mit der Zeit nach, bis sich der ursprüngliche körperliche und geistige Zustand wieder hergestellt hat. Um zu validieren, dass es sich um einen hohen Schweregrad handelt, schlagen wir die Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich vor. Schädlicher Gebrauch von Substanzen: Sucht entwickelt sich allmählich. Wenn Betroffene noch keine Anzeichen für ein Abhängigkeitssyndrom zeigen, dann wird ein Konsumverhalten von Suchtmitteln, das zu einer Schädigung für die körperliche oder geistige Gesundheit führt, als "schädlicher Gebrauch von Suchtmitteln" bezeichnet.
						F12.0	
						F13.0	
						F14.0	
						F15.0	
						F16.0	
						F18.0	
						F19.0	
				1578	Schädlicher Gebrauch von Substanzen	F11.1	
						F12.1	
						F13.1	
						F14.1	
						F15.1	
						F16.1	
						F18.1	
						F19.1	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.89	53	260	52	1577	Akute Intoxikation [akuter Rausch]	F10.0	Wie schlagen eine HMG-Umgruppierung aus Kostengründen vor. Daneben würden wir die Diagnosegruppe gemäß untenstehendem Vorschlag abgrenzen.
				1578	Schädlicher Gebrauch von Substanzen	F10.1	<p>Akute Intoxikation [akuter Rausch]: Unter dem Konsum psychotroper Substanzen sind Verhaltensstörungen nicht ungewöhnlich. Als akute Intoxikation (Vergiftung) wird ein Zustand bezeichnet, in den Betroffene nach dem Konsum von Drogen geraten. Er beinhaltet Bewusstseinsstörungen, Störungen der Wahrnehmung, der kognitiven Fähigkeiten, der Gefühle und des Verhaltens. Dabei ist wichtig, dass die auftretenden Störungen in einem direkten Zusammenhang mit der Wirkung der Substanz stehen. Die Wirkung lässt mit der Zeit nach, bis sich der ursprüngliche körperliche und geistige Zustand wieder hergestellt hat.</p> <p>Um zu validieren, dass es sich um einen hohen Schweregrad handelt, schlagen wir die Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich vor.</p> <p>Schädlicher Gebrauch von Substanzen: Sucht entwickelt sich allmählich. Wenn Betroffene noch keine Anzeichen für ein Abhängigkeitssyndrom zeigen, dann wird ein Konsumverhalten von Suchtmitteln, das zu einer Schädigung für die körperliche oder geistige Gesundheit führt, als "schädlicher Gebrauch von Suchtmitteln" bezeichnet.</p>
3.90	56	267	56	265	Polymorphe psychotische Störung	F23.0	Hierbei handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe von Störungen, die durch den akuten Beginn der psychotischen Symptome, wie Wahn, Halluzinationen und andere Wahrnehmungsstörungen sowie durch eine schwere Störung des Verhaltens charakterisiert sind.
						F23.1	
						F23.2	
						F23.8	Diese Erkrankung ist nicht nur mit konservativen Therapien (Psychotherapie) zu beherrschen, sondern erfordert auch eine medikamentöse Therapie. Die Validierung dieser Diagnose durch ATCs ist sinnvoll und sollte eingeführt werden. Aufgrund dessen ist eine Eingruppierung in die DxG 265 notwendig, da diese bereits durch eine passende ATC-Valierung geprüft werden.
						F23.9	
						F28	
						F29	
3.91	67	299	67	1309	Spinale Muskelatrophie Typ I	G12.0	Bei diesem ICD-Code handelt es sich um die Infantile proximale Form (Typ Werdnig-Hoffmann, kindliche, autosomal-rezessiv vererbte Form, Erkrankungsbeginn normalerweise innerhalb der ersten sechs Lebensmonate, Sitzen ist nie möglich, Tod in über 90% nach 10 Jahren). Es handelt sich um eine hochgradig gravierende Erkrankung.
				1310	sonstige spinale Muskelatrophie	G12.1	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						G12.2	Bei der sonstigen spinalen Muskelatrophie handelt es sich um unspezifische Codes einer schweren Erkrankung. Die Ursache ist aufgrund dieser Diagnosen nicht ersichtlich und daher auch nicht welcher Schweregrad der Erkrankung vorliegt. Dieser ist entscheidend für die Therapie und die Langzeitprognose aufgrund dessen sollten diesen Diagnosen getrennt von der spinalen Muskelatrophie Typ I dargestellt werden.
						G12.8	
						G12.9	
3.92	67	301	67	1312	Tetraparese und Tetraplegie durch Querschnitt	G82.31	<p>Diese Tetraparese und Tetraplegie durch Querschnitt bedeutet eine Lähmung aller vier Extremitäten in Folge einer Querschnittverletzung.</p> <p>Bei der Tetraplegie und Tetraparese nicht näher bezeichnet ist die Ursache der Erkrankung nicht erkennbar, es handelt sich hierbei um eine unspezifische Diagnosegruppe.</p> <p>Mit der ICD G80.0 (Spastische tetraplegische Zerebralparese) wird die tetraplegische infantile Zerebralparese kodiert. Unter dem Begriff infantile Zerebralparese versteht man eine Parese, die durch eine zerebrale Läsion im Neugeborenen- oder Säuglingsalter bedingt ist.</p> <p>Eine Auftrennung unter diesen Aspekten ist medizinisch / inhaltlich sinnvoll.</p>
						G82.33	
						G82.41	
						G82.43	
						G82.51	
						G82.53	
			68	1313	Tetraplegie und Tetraparese nicht näher bezeichnet	G82.3	
						G82.39	
						G82.4	
						G82.49	
						G82.5	
						G82.59	
						G82.60	
						G82.61	
						G82.62	
				1314	Spastische tetraplegische Infantile Zerebralparese	G80.0	
3.93	67	302	67	1312	Tetraparese und Tetraplegie durch Querschnitt	G82.30	Diese Gruppe subsumiert alle Tetraparesen und Tetraplegien in Folge einer Querschnittverletzung aufweisen und beinhaltet somit mehr Diagnose-Codes als die DxG 302. Die Symptome bzw. Beschwerden und somit auch die prospektiven Kosten sind vergleichbar.
						G82.32	
						G82.40	
						G82.42	
						G82.50	
						G82.52	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.94	67	303	68	1313	Tetraplegie und Tetraparese nicht näher bezeichnet	G83.80	Bei der G83.80 (Locked-in-Syndrom) ist der gesamte Körper gelähmt. Sprechen und Schlucken sind nicht möglich. Lediglich die Augenlider können bewegt werden. Das Locked-In-Syndrom kann als Folge eines Schlaganfalls, eines Leidens wie ALS, einer anderen Krankheit oder aber auch als Folge eines Unfalls auftreten. Aufgrund der Abgrenzung nach prospektiven Kosten sollte diese Diagnosegruppe der HMG068 zugeordnet werden.
3.95	67	304	39	1311	Traumatische Amputation in Halshöhe	S18	Nach unseren Auswertungen entstehen nach einer Dekapitation (Abtrennung des Kopfes) keine prospektiven Kosten mehr.
			67	1312	Tetraparese und Tetraplegie durch Querschnitt	S14.11	Bei der S14.11 handelt es sich um eine komplette Querschnittverletzung des zervikalen Rückenmarkes. Diese Verletzung hat zur Folge, dass der Patient vom Hals abwärts gelähmt ist. Diese Diagnose sollte der Gruppe Tetraparese und Tetraplegie durch Querschnitt zugeordnet werden.
3.96	69	5	39	5	sonstige demyelinisierende Krankheiten des ZNS	G37.3 G37.4	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
3.97	69	308	39	308	Ataxie	G11.0	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						G11.1	
						G11.2	
						G11.3	
						G11.8	
						G11.9	
						G13.0	
						G13.1	
						G13.2	
						G13.8	
3.98	69	309	39	1287	Myelopathien	G95.0	Das Krankheitsbild der Myelopathie bezeichnet eine Schädigung des Rückenmarks, die durch Kompression, Durchblutungsstörungen oder ionisierende Strahlung hervorgerufen wird. Bei der Syringomyelie und Syringobulbie handelt es sich um eine Erkrankung, die auf einer Entwicklungsstörung beruhen oder sich nach einer Verletzung, einem
						G95.1	
						G95.2	
						G95.8	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.99	69	311	68	1288	Harnblasenfunktionsstörung bei Krankheiten des Rückenmarks	G95.88	Tumor oder einer Entzündung entwickeln kann. Es findet sich eine Höhlenbildung im Rückenmarksgrau, insbesondere von Hals- und Brustmark. Betrifft die Erkrankung die Medulla oblongata (den hintersten Gehirnteil), wird sie Syringobulbie genannt. Nach den ersten Symptomen kann es zu einer über Jahre bis Jahrzehnte dauernden langsamen Verschlechterung des Befindens kommen.
						G95.9	
						G99.2	
						G95.80	
						G95.81	
						G95.82	
						G95.83	
						G95.84	
			39	1291	Amyelie, An- und Inienzephalie	G95.85	
						Q00.0	Als Anenzephalie bezeichnet man das teilweise oder vollständige Fehlen des Großhirns und der Schädelkalotte. Die Anenzephalie gehört zu den so genannten Neuralrohrdefekten. Die Lebenserwartung von Neugeborenen mit Anenzephalie liegt oft im Bereich von Wochen. Die Inienzephalie ist ein seltener Neuralrohrdefekt, bei dem eine Fehlbildung des zerviko-okzipitalen Überganges mit einer Fehlbildung des Zentralnervensystems assoziiert ist. Die Prognose ist ungünstig, die Inienzephalie ist fast immer letal. Die Amyelie ist das angeborene Fehlen des Rückenmarkes und ebenfalls nicht mit dem Leben vereinbar.
						Q00.2	
						Q06.0	
			68	1293	Spina bifida mit Hydrozephalus	Q05.0	
						Q05.1	
						Q05.2	
						Q05.3	
						Q05.4	
			69	1292	Andere angeborene Fehlbildung des Zentralnervensystems	Q00.1	
						Q01.0	
						Q01.1	
						Q01.2	
						Q01.8	
						Q01.9	
						Q02	
						Q03.0	
						Q03.1	
						Q03.8	
						Q03.9	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						Q04.0	
						Q04.1	
						Q04.2	
						Q04.3	
						Q04.4	
						Q04.5	
						Q04.6	
						Q04.8	
						Q04.9	
						Q05.5	
						Q05.6	
						Q05.7	
						Q05.8	
						Q05.9	
						Q06.1	
						Q06.2	
						Q06.3	
						Q06.4	
						Q06.8	
						Q06.9	
						Q07.0	
						Q07.8	
						Q07.9	
3.100	69	315	68	315	Folgen einer Verletzung des Rückenmarks	T91.3	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
3.101	69	316	68	1301	Querschnitt- und Verletzung des Rückenmarks auf Halshöhe	S34.10	Je nach Lokalisation der Rückenmarksverletzung sind die Folgen der Verletzung unterschiedlich ausgeprägt. Bei zum Beispiel einem Querschnitt auf Halshöhe ist der Körper halsabwärts gelähmt, bei einem tieferen Querschnitt nur die Beine. Somit unterscheiden sich diese
						S34.11	
				1302	Lokalisation der Rückenmarksverletzung	S34.7	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					auf Thorax- und Lumbalhöhe	S34.70	Gruppen auch in den Kosten deutlich voneinander.							
						S34.71								
						S34.72								
						S34.73								
						S34.74								
						S34.75								
						S34.76								
						S34.77								
					69	1297		Sonstige Verletzung des Rückenmarks auf Halshöhe	S14.0					
									S24.0					
									S34.0					
									S34.1					
									S34.18					
						1305		Verletzung der Cauda equina	S34.3					
									S34.30					
									S34.31					
									S34.38					
						1307		Verletzung des Rückenmarks, Höhe nicht näher bezeichnet	T09.3					
						3 .102		69	317	68	1301	Querschnitt- und Verletzung des Rückenmarks auf Halshöhe	S14.12	Je nach Lokalisation der Rückenmarksverletzung sind die Folgen der Verletzung unterschiedlich ausgeprägt. Bei zum Beispiel einem Querschnitt auf Halshöhe ist der Körper halsabwärts gelähmt, bei einem tieferen Querschnitt nur die Beine. Somit unterscheiden sich diese Gruppen auch in den Kosten deutlich voneinander.
													S14.13	
S14.7														
S14.70														
S14.71														
S14.72														
S14.73														
S14.74														
S14.75														

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						S14.76	
						S14.77	
						S14.78	
						S24.12	
				1302	Lokalisation der Rückenmarksverletzung auf Thorax- und Lubalhöhe	S24.7	
						S24.70	
						S24.71	
						S24.72	
						S24.73	
						S24.74	
						S24.75	
						S24.76	
						S24.77	
			69	1297	Sonstige Verletzung des Rückenmarks auf Halshöhe	S14.1	
						S14.10	
						S24.1	
						S24.10	
3 .103	71	321	22	1315	Refsum (Stoffwechselstörung)	G60.1	Die Refsum-Krankheit ist ist eine zu den Heredoataxien zählende hereditäre peroxisomale Stoffwechselstörung, die eine Anreicherung von Phytansäure nach sich zieht. Sie beginnt üblicherweise zwischen dem ersten und zweiten Lebensjahrzehnt mit dem Auftreten von Nachtblindheit. Eine Reihe von ophthalmologischen, neurologischen und anderen Störungen sind ebenfalls bei der Erkrankung beschrieben. Eine Zuordnung in die Hierarchie 4 Metabolische Erkrankung ist sinnvoll.
			71	1317	Critical-illness	G72.80	
				1320	Sonstige und sekundäre Polyneuropathien	G62.9	
			G64				
			71_1	1316	Andere heriditäre Neuropathien	G60.0	Die Critical-Illness-Polyneuropathie wird vor allem bei Patienten beobachtet, die von einer Sepsis und einem Multiorganversagen betroffen sind. In Einzelfällen tritt die Critical-Illness-Polyneuropathie bei Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma auf, in der Mehrzahl der Fälle ist jedoch eine Sepsis die Voraussetzung für die Entwicklung der Erkrankung. Die Critical-Illness-Myopathie wird in der Regel bei Patienten mit akuten pulmonalen Erkrankungen beobachtet. Häufig hatten die Patienten eine Pneumonie, ein ARDS, sind transplantiert worden oder leiden unter Asthma bronchiale. Die Erkrankung kann aber auch nach einem Leberversagen oder nach einer Therapie mit hochdosierten Kortikosteroiden, Aminoglykosiden und nicht depolarisierenden Muskelrelaxanzen auftreten.
						G60.8	
						G60.9	
				1321	Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie	G60.2	
			1322	Myopathien	G71.1		

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						G71.3	Bei beiden Erkrankungen handelt es sich um schwerwiegende Erkrankungen, die häufig im Zusammenhang mit schweren, intensivmedizinisch behandlungspflichtigen Erkrankungen auftreten. Aufgrund dessen fordern wir die Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich.
						G71.8	
						G71.9	
						G72.0	Als Polyneuropathie wird eine systemisch bedingte Schädigung von peripheren Nerven (sensibel oder motorisch) bezeichnet. Die Serumpolyneuropathie als Sonderform einer Polyneuropathie ist Folge einer Überempfindlichkeitsreaktion (Allergie) gegen körperfremde Eiweiße. Nach Infusionen oder Bluttransfusionen kommt es zu einer Ablagerung von so genannten Immunkomplexen (Antikörper und körperfremdes Eiweiß) unter anderem an den Nerven. Weitere entzündliche Prozesse werden aktiviert, die die Nerven zusätzlich schädigen. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese getrennt dargestellt werden.
						G72.1	
						G72.2	
						G72.3	
						G72.4	
						G72.8	Bei den anderen hereditären Neuropathien handelt es sich ebenfalls um angeborene Störung deren Ursachen aus den Codes nicht ersichtlich ist. Zur Schweregraddifferenzierung sollten diese ICDs einer eigenen Gruppe zugeordnet werden.
						G72.88	Bei der Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie handelt es sich um genetisch bedingte (hereditäre) Ataxien (Störung der Bewegungskoordination und Haltungsinnervation. Sie äußern sich in unkontrollierten und überschüssigen Bewegungen in Verbindung mit oder durch Erkrankungen des peripheren Nervensystems.
						G72.9	
						G73.4	
						G73.5	Die Myopathien beinhalten die Erkrankungen der Muskulatur.
						G73.6	Bei der idiopathischen progressiven Neuropathie handelt es sich um eine fortschreitende Nervenerkrankung unklarer Genese.
						G73.7	
				1636	Idiopathische progressive Neuropathie	G60.3	
3.104	71	322	71	1317	Critical-illness	G62.80	Die Critical-Illness-Polyneuropathie wird vor allem bei Patienten beobachtet, die von einer Sepsis und einem Multiorganversagen betroffen sind. In Einzelfällen tritt die Critical-Illness-Polyneuropathie bei Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma auf, in der Mehrzahl der Fälle ist jedoch eine Sepsis die Voraussetzung für die Entwicklung der Erkrankung. Die Critical-Illness-Myopathie wird in der Regel bei Patienten mit akuten pulmonalen Erkrankungen beobachtet. Häufig hatten die Patienten eine Pneumonie, ein ARDS, sind transplantiert worden oder leiden unter Asthma bronchiale. Die Erkrankung kann aber auch nach einem Leberversagen oder nach einer Therapie mit hochdosierten Kortikosteroiden, Aminoglykosiden und nicht depolarisierenden Muskelrelaxanzien auftreten.
				1319	Serumpolyneuropathie	G61.1	
				1320	Sonstige und sekundäre Polyneuropathien	G61.8	
						G61.9	
						G62.0	
						G62.1	
						G62.2	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						G62.8	Bei beiden Erkrankungen handelt es sich um schwerwiegende Erkrankungen, die häufig im Zusammenhang mit schweren, intensivmedizinisch behandlungspflichtigen Erkrankungen auftreten. Aufgrund dessen fordern wir die Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich.
						G62.88	
						G63.0	
						G63.1	
						G63.3	
						G63.4	
						G63.5	
						G63.6	
						G63.8	
			214	1318	Guillain-Barré-Syndrom -> Immunerkrankung	G61.0	Das Guillain-Barre-Syndrom ist eine idiopathische Polyneuritis der spinalen Nervenwurzeln und peripheren Nerven. Die genaue Ätiologie des Guillain-Barre-Syndroms ist derzeit noch unklar. Experimentelle Befunde und epidemiologische Untersuchungen deuten auf eine gegen Nervenbestandteile gerichtete Immunreaktion (Autoimmunerkrankung) hin. Mit dem Auftreten des Guillain-Barre-Syndroms sind vorausgehende bakterielle und virale Infektionen assoziiert. Eine Zuordnung in die Hierarchie 8 Hämatologische Erkrankungen ist zielführend.
3 .105	71	323	17	1496	Diabetische Neuropathie	G59.0	Die Ursache für die diabetische Neuropathie ist der Diabetes Mellitus. Die Zuordnung dieser Diagnose auf zwei Hierarchien ist unter Berücksichtigung des Schweregrades nicht sinnvoll. Die Neuropathie ist eine Komplikation des Diabetes und sollte somit nur der Hierarchie 3 Diabetes zugeordnet werden.
						G63.2	
3 .106	74	328	74	1325	Status epilepticus	G41.0	Der Status epilepticus ist potenziell lebensbedrohlich, da einerseits durch die körperliche Belastung, speziell beim Grand-Mal-Status, und andererseits durch die Beeinträchtigung der Steuerung des zentralen Nervensystems wichtige Körperfunktionen ausfallen können, so die Steuerung von Atmung, Blutdruck und Temperatur. Darüber hinaus können die lang andauernden elektrischen Entladungen der Nervenzellen bei einem Status anders als bei einem „einfachen“ epileptischen Anfall zu massiven Schädigungen des Gehirns führen. Die Letalität des Status epilepticus beträgt 10%. Daher sollte hier das Aufgreifkriterium stationär erforderlich vergeben werden.
						G41.1	
						G41.2	
						G41.8	
						G41.9	
			74_1	1326	Epilepsie	G40.0	
						G40.00	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						G40.01	
						G40.02	
						G40.08	
						G40.09	
						G40.1	
						G40.2	
						G40.3	
						G40.4	
						G40.5	
						G40.6	
						G40.7	
						G40.8	
						G40.9	
3.107	74	330	74	1325	Status epilepticus	G41.0	Der Status epilepticus ist potenziell lebensbedrohlich, da einerseits durch die körperliche Belastung, speziell beim Grand-Mal-Status, und andererseits durch die Beeinträchtigung der Steuerung des zentralen Nervensystems wichtige Körperfunktionen ausfallen können, so die Steuerung von Atmung, Blutdruck und Temperatur. Darüber hinaus können die lang andauernden elektrischen Entladungen der Nervenzellen bei einem Status anders als bei einem „einfachen“ epileptischen Anfall zu massiven Schädigungen des Gehirns führen. Die Letalität des Status epilepticus beträgt 10%. Daher sollte hier das Aufgreifkriterium stationär erforderlich vergeben werden.
						G41.1	
						G41.2	
						G41.8	
						G41.9	
			74_1	1326	Epilepsie	G40.0	
						G40.00	
						G40.01	
						G40.02	
						G40.08	
						G40.09	
						G40.1	
						G40.2	
						G40.3	
						G40.4	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						G40.5	
						G40.6	
						G40.7	
						G40.8	
						G40.9	
3.108	77	392	77	1328	Herzrhythmusstörungen Ventrikulär	I47.0	Zur Validierung der ICDs schlagen wir die unter 1.4 angegebene ATC-Validierung vor.
						I47.2	
3.109	88	375	87	375	Aortenatresie / -stenose und andere angeborene Aortenfehler (Alter < 18 Jahre)	Q25.1	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						Q25.2	
						Q25.3	
						Q25.4	
3.110	92	391	92	1327	Herzrhythmusstörungen Vorhof	I47.1	Zur Validierung der ICDs schlagen wir die unter 1.4 angegebene ATC-Validierung vor.
						I48.0	
						I48.00	
						I48.01	
						I48.09	
						I48.1	
						I48.10	
						I48.11	
3.111	99	432	105	432	sonstige periphere Atherosklerose	I73.9	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
3.112	99	448	105	1330	Atherosklerose	I79.8	Bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit besteht eine fortschreitende Arteriosklerose (Verkalkung der Schlagadern), welche zu einer Wandverhärtung mit Deformierung und Elastizitätsverlust führt, die letztendlich mit einer Verengung der Gefäßlichtung einhergeht. Schmerzen treten meist erst dann auf, wenn der Gefäßquerschnitt über die Hälfte eingeengt ist. Die Diagnose beschreibt genau die Lokalität der Erkrankung. Laut DIMDI berücksichtigt dieser Code, dass der Patient eine Gehstrecke von mindestens 200m absolvieren kann, ohne Anzeichen einer Pathologie. Somit handelt es sich hier um einen leichten Schweregrad der Erkrankung.

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.113	104	422	104	1337	Becken-Bein-Typ mit Ulzeration oder Gangrän	I70.23	Bei diesen Diagnosen ist die Durchblutung so stark vermindert, dass es zu einem Ulcus oder Gangrän kommt. In der Regel liegt ein langwieriger Heilungsprozess vor. Es handelt sich um einen ausgeprägten Schweregrad. Eine Zusammenlegung der I70.23 und I70.24 ist sinnvoll.
3.114	104	423	104	1337	Becken-Bein-Typ mit Ulzeration oder Gangrän	I70.24	Bei diesen Diagnosen ist die Durchblutung so stark vermindert, dass es zu einem Ulcus oder Gangrän kommt. In der Regel liegt ein langwieriger Heilungsprozess vor. Es handelt sich um einen ausgeprägten Schweregrad. Eine Zusammenlegung der I70.23 und I70.24 ist sinnvoll.
3.115	105	421	99	421	Lungenembolie	I26.0	Die Lungenembolie sollten aus Gründen der Kostenhomogenität umgruppiert werden.
						I26.9	Zur Schweregraddifferenzierung empfiehlt sich die Diagnosen der Angiopathie gesondert darzustellen.
			104	1340	Andere näher bezeichnete Erkrankungen von Arterien	I73.1	Bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit besteht eine fortschreitende Arteriosklerose (Verkalkung der Schlagadern), welche zu einer Wandverhärtung mit Deformierung und Elastizitätsverlust führt, die letztendlich mit einer Verengung der Gefäßlichtung einhergeht. Schmerzen treten meist erst dann auf, wenn der Gefäßquerschnitt über die Hälfte eingeengt ist. Die Diagnose beschreibt genau die Lokalität der Erkrankung. Laut DIMDI berücksichtigt dieser Code, dass der Patient eine Gehstrecke von mindestens 200m absolvieren kann, ohne Anzeichen einer Pathologie. Somit handelt es sich hier um einen leichten Schweregrad der Erkrankung.
						I79.2	
3.116	106	428	99	428	Atherosklerose Aorta und Niere	I73.8	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						I70.0	
3.117	106	437	105	1330	Atherosklerose	I70.1	Bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit besteht eine fortschreitende Arteriosklerose (Verkalkung der Schlagadern), welche zu einer Wandverhärtung mit Deformierung und Elastizitätsverlust führt, die letztendlich mit einer Verengung der Gefäßlichtung einhergeht. Schmerzen treten meist erst dann auf, wenn der Gefäßquerschnitt über die Hälfte eingeengt ist. Die Diagnose beschreibt genau die Lokalität der Erkrankung. Laut DIMDI berücksichtigt dieser Code, dass der Patient eine Gehstrecke von mindestens 200m absolvieren kann, ohne Anzeichen einer Pathologie. Somit handelt es sich hier um einen leichten Schweregrad der Erkrankung.
						I70.2	
						I70.20	
						I70.8	
3.117	106	437	105	1330	Atherosklerose	I70.9	Der Becken Bein Typ mit Ischämieschmerz und Schulter-Arm-Typ
						I70.9	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

				1332	Becken Bein Typ mit Ischämieschmerz und Schulter-Arm-Typ	I70.21	beschreiben einen deutlich gravierenderen Krankheitsstatus. Die Patienten haben unter minimaler Belastung (Gehstrecke beträgt weniger als 200m) oder sogar in Ruhe einen Ischämieschmerz. Dieser entsteht, wenn die Blutzufuhr durch massiver Atherosklerose gestört ist. Nach der internationalen Einteilung entspricht dies bereits Stadium 2 und 3 (Klassifikation nach Fontaine).
						I70.22	
						I70.25	
3.118	106	820	105	1330	Atherosklerose	I77.8	Bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit besteht eine fortschreitende Arteriosklerose (Verkalkung der Schlagadern), welche zu einer Wandverhärtung mit Deformierung und Elastizitätsverlust führt, die letztendlich mit einer Verengung der Gefäßlichtung einhergeht. Schmerzen treten meist erst dann auf, wenn der Gefäßquerschnitt über die Hälfte eingeengt ist. Die Diagnose beschreibt genau die Lokalität der Erkrankung. Laut DIMDI berücksichtigt dieser Code, dass der Patient eine Gehstrecke von mindestens 200m absolvieren kann, ohne Anzeichen einer Pathologie. Somit handelt es sich hier um einen leichten Schweregrad der Erkrankung.
			105	1330	Atherosklerose	I77.9	
3.119	108	457	108	1341	Interstitielle Lungenerkrankungen	J84.0	Eine interstitielle Lungenerkrankung mit Fibrose ist eine chronisch verlaufende Entzündung. Es kommt aufgrund bekannter und/oder unbekannter Ursachen zu einer Entzündungsreaktion, die zu einer Bindegewebsvermehrung mit Vernarbung im Lungengewebe führt (Lungenfibrose). Als Folge davon steht zu wenig funktionstüchtiges Lungengewebe für den Gasaustausch zur Verfügung.
						J84.1	
						J84.8	
						J84.9	
			1342	Sekundäre Atemwegserkrankungen		J99.0	Diese sekundäre Atemwegserkrankungen treten im Rahmen von anderen Erkrankungen, meist mit Krankheiten aus dem rheumatischen Formenkreis auf und sollten gesondert dargestellt werden.
						J99.1	
						J99.8	Bei diesen Erkrankungen ist eine Arzneimitteltherapie erforderlich und sollte eingeführt.
3.120	111	463	216	463	Aspirationspneumonie (Mendelson-Syndrom)	J69.0	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						J69.1	
						J69.8	
3.121	112	352	112	1344	Atemnotsyndrom des Erwachsenen	J80	Das "Acute Respiratory Distress Syndrome" ist eine akute, sehr schwere pulmonale Insuffizienz bei vorher lungengesunden Patienten, die unterschiedliche Ursachen haben kann. Aufgrund dessen fordern wir das Aufreikriterium stationär erforderlich.
			164	1345	Erkrankungen der Atemwege nach medizinischer Maßnahme	J95.1	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						J95.2	Die Erkrankung der Atemwege nach medizinischer Maßnahme tritt dagegen erst nach einer operativen Maßnahme auf und sollte gesondert dargestellt werden.		
						J95.3			
3 .122	112	464	111	1346	Spezielle Pneumonien	A20.2	In dieser Gruppe befinden sich Pneumonien, die nicht regelhaft vorkommen. Zum Teil fallen die Krankheitserreger unter § 6 Meldepflichtige Krankheiten, andere gehören zu dem Kreis der primären Systemmykosen. Primäre Systemmykosen werden durch Pilze verursacht, deren natürlicher Lebensraum der Erdboden ist. Die Sporen gelangen mit Staub über Inhalation in die Lunge und rufen dort eine primäre Lungenmykose hervor. Von den Lungenherden aus können die Keime hämatogen oder lymphogen in andere Organe einschließlich der Haut gelangen und granulomatöse/eitrige Infektionsherde verursachen. Alle primären Systemmykosen kommen endemisch in oft nur eng begrenzten Gebieten der Erde vor. Mitteleuropa gehört nicht dazu. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch existiert nicht. Sie erfordern eine spezielle Therapie und Nachsorge. Zur Schweregraddifferenzierung sollten die speziellen und die sonstigen Pneumonien jeweils einer eigenen DxG zugeordnet werden. Die ATC-Validierung soll beibehalten werden.		
						A21.2			
						A22.1			
						A42.0			
						A43.0			
			112	1347	Sonstige Pneumonien	J13			
						J15.3			
						J15.4			
						J15.7			
3 .123	112	465	111	1346	Spezielle Pneumonien	A06.5			
						112	1347	Sonstige Pneumonien	J85.0
			J85.1						
			J85.2						
			J85.3						
			J86.0						
			J86.9						
			3 .124	112	466	111	1346	Spezielle Pneumonien	B38.0
									B38.1
B38.2									
B39.1									
B39.2									

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						B40.0	Keime hämatogen oder lymphogen in andere Organe einschließlich der Haut gelangen und granulomatöse/eitrige Infektionsherde verursachen. Alle primären Systemmykosen kommen endemisch in oft nur eng begrenzten Gebieten der Erde vor. Mitteleuropa gehört nicht dazu. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch existiert nicht. Sie erfordern eine spezielle Therapie und Nachsorge. Zur Schweregraddifferenzierung sollten die speziellen und die sonstigen Pneumonien jeweils einer eigenen DxG zugeordnet werden. Die ATC-Validierung soll beibehalten werden.
						B40.1	
						B40.2	
						B41.0	
						B58.3	
						B67.1	
						J17.2	
			112	1347	Sonstige Pneumonien	J17.3	
3.125	112	467	111	1346	Spezielle Pneumonien	B01.2	In dieser Gruppe befinden sich Pneumonien, die nicht regelhaft vorkommen. Zum Teil fallen die Krankheitserreger unter § 6 Meldepflichtige Krankheiten, andere gehören zu dem Kreis der primären Systemmykosen. Primäre Systemmykosen werden durch Pilze verursacht, deren natürlicher Lebensraum der Erdboden ist. Die Sporen gelangen mit Staub über Inhalation in die Lunge und rufen dort eine primäre Lungenmykose hervor. Von den Lungenherden aus können die Keime hämatogen oder lymphogen in andere Organe einschließlich der Haut gelangen und granulomatöse/eitrige Infektionsherde verursachen. Alle primären Systemmykosen kommen endemisch in oft nur eng begrenzten Gebieten der Erde vor. Mitteleuropa gehört nicht dazu. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch existiert nicht. Sie erfordern eine spezielle Therapie und Nachsorge. Zur Schweregraddifferenzierung sollten die speziellen und die sonstigen Pneumonien jeweils einer eigenen DxG zugeordnet werden.
						B05.2	
						B33.4	
						J12.3	
			112	1347	Sonstige Pneumonien	J12.0	
						J12.1	
						J12.2	
						J12.8	
						J12.9	
						J17.1	
						U04.9	
3.126	112	468	112	1347	Sonstige Pneumonien	J15.8	In dieser Gruppe befinden sich Pneumonien, die nicht regelhaft vorkommen. Zum Teil fallen die Krankheitserreger unter § 6 Meldepflichtige Krankheiten, andere gehören zu dem Kreis der primären Systemmykosen. Primäre Systemmykosen werden durch Pilze verursacht, deren natürlicher Lebensraum der Erdboden ist. Die Sporen gelangen mit Staub über Inhalation in die Lunge und rufen dort eine primäre Lungenmykose hervor. Von den Lungenherden aus können die Keime hämatogen oder lymphogen in andere Organe einschließlich der Haut gelangen und granulomatöse/eitrige Infektionsherde verursachen. Alle primären Systemmykosen kommen endemisch in oft nur eng begrenzten Gebieten der Erde vor. Mitteleuropa gehört nicht dazu. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch existiert nicht. Sie erfordern eine spezielle Therapie und Nachsorge. Zur Schweregraddifferenzierung
						J15.9	
						J16.0	
						J16.8	
						J17.0	
						J17.8	
						J18.0	
						J18.1	
						J18.8	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						J18.9	sollten die speziellen und die sonstigen Pneumonien jeweils einer eigenen DxG zugeordnet werden.
3.127	112	469	112	1347	Sonstige Pneumonien	J10.0	In dieser Gruppe befindet sich die Grippe mit Pneumonie. Eine gesonderte Darstellung dieser ICDs ist inhaltlich nicht nachvollziehbar. Aufgrund dessen schlagen wir die Zuordnung dieser ICDs in die neue DxG-Gruppe Sonstige Pneumonien vor.
						J11.0	
3.128	112	471	112	1347	Sonstige Pneumonien	J18.2	Die Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet, ist ein höchst unspezifischer Code und sollte in die neue DxG-Gruppe Sonstige Pneumonien zugeordnet werden.
3.129	131	540	134_1	540	Akutes Nierenversagen	N17.0	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						N17.1	
						N17.2	
						N17.8	
3.130	132	543	132	1364	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	N05.0	In Anlehnung an unsere Stellungnahme zum Festlegungsentwurf des Klassifikationssystems 2012 schlagen wir die Bildung der links dargestellten Diagnosegruppen vor. Für das Rapid-Progressives nephritisches Syndrom fordern wir erneut das Aufgreifkriterium stationär erforderlich. Für alle anderen DxG ist eine Arzneimitteltherapie erforderlich und sollte eingeführt werden.
						N05.1	
						N05.2	
						N05.3	
						N05.4	
						N05.5	
						N05.6	
						N05.7	
						N05.8	
						N05.9	
						N06.2	
						N15.0	
				1366	Hereditäre Nephropathie	N06.3	
						N07.0	
						N07.1	
						N07.2	
						N07.3	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					N07.4
					N07.5
					N07.6
					N07.7
					N07.8
					N07.9
			1368	Akute tubulointerstitielle Nephritis	N06.5
					N10
			1369	Chronische tubulointerstitielle Nephritis	N06.7
					N11.0
					N11.1
			1371	Sonstige interstitielle Nephritis	N11.8
					N11.9
					N12
					N15.8
					N15.9
		134_1	1361	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	N01.0
					N01.1
					N01.2
					N01.3
					N01.4
					N01.5
					N01.6
					N01.7
					N01.8
					N01.9
			1362	Chronisches nephritisches Syndrom	N03.0
					N03.1

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					N03.2
					N03.3
					N03.4
					N03.5
					N03.6
					N03.7
					N03.8
					N03.9
			1363	Nephrotisches Syndrom	N04.0
					N04.1
					N04.2
					N04.3
					N04.4
					N04.5
					N04.6
					N04.7
					N04.8
					N04.9
			1367	Glomeruläre Krankheiten	N06.4
					N08.0
					N08.1
					N08.2
					N08.3
					N08.4
					N08.5
					N08.8
			1373	Sekundäre tubulointerstitielle Nierenkrankheiten	N16.0
					N16.1

						N16.2	
						N16.3	
						N16.4	
						N16.8	
3.131	132	554	132	1372	Kleine Niere	N27.1	Das Vorhandensein von kleinen Nieren lässt keinerlei Rückschlüsse auf die Funktionsfähigkeit zu. Aufgrund dessen sollten diese Diagnosen getrennt dargestellt werden. Aufgrund dessen sollte die Funktionsuntüchtigkeit ATC-Validiert werden. HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig.
						N27.9	
			134_1	554	Gestörte Nierenfunktion	N14.0	
						N14.1	
						N14.2	
						N14.3	
						N14.4	
						N25.0	
						N25.1	
						N25.8	
						N25.9	
						N26	
3.132	152	618	152	1396	Banale Hauterkrankungen	A26.0	Die banalen Hauterkrankungen lassen sich in der Regel unkompliziert behandeln. Die Gruppe beinhaltet auch die akute Lymphadenitis, die reaktiv bei einem Infekt (z.B. einem einfachen Schnupfen) entstehen kann. Diese schweren Hauterkrankungen berücksichtigen gravierendere Formen wie z.B. die Pest oder das Fournier-Gangrän, das potentiell lebensbedrohend ist. Es ist auffällig, dass die unspezifische Kodierung einer Erkrankung zu einem höheren Zuschlag führt als eine spezifisch kodierte Diagnose. Die B45.8 und B45.9 (Sonstige Formen der Kryptokokkose bzw. Kryptokokkose, nicht näher bezeichnet) werden der HMG 201 zugeordnet und erwirken eine Zuweisung von rd. 13.400€, während die B45.2 (Kryptokokkose der Haut) der HMG152 zugeordnet ist und eine Zuweisung von rd. 700€ auslöst. Die zur Validierung vorgesehenen ATCs überschneiden sich. Eine Kryptokokkose der Haut wird ebenfalls in der Regel mit systemischen
						A44.1	
						L01.0	
						L01.1	
						L02.0	
						L02.1	
						L02.2	
						L02.3	
						L02.4	
						L02.8	
						L02.9	
						L03.0	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						L03.01	Antiinfektiva behandelt, so dass eine unspezifische Diagnose in Zusammenhang mit dem Medikament, trotz Vorliegen einer Haut-Kryptokokkose einen höheren Zuschlag generiert. Aus unserer Sicht liegt hier ein eindeutiges Manipulationspotential vor.
						L03.02	
						L03.1	
						L03.10	
						L03.11	
						L03.2	
						L03.3	
						L03.8	
						L03.9	
						L04.0	
						L04.1	
						L04.2	
						L04.3	
						L04.8	
						L04.9	
						L08.0	
						L08.1	
						L08.8	
						L08.9	
				1397	Schwere Hauterkrankungen	A06.7	
						A20.1	
						A22.0	
						A31.1	
						A32.0	
						A36.3	
						A43.1	
						A46	
						B38.3	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						B40.3	
						B43.0	
						B43.2	
						B46.3	
						B55.1	
						B78.1	
						L00.0	
						L00.1	
						L05.0	
						L05.9	
						L88	
						N49.80	
						N76.80	
			201	1001	Kryptokokkose der Haut und nicht näher bezeichnet	B45.2	
3.133	157	641	203	1406	Wirbelfraktur	M48.4	Diese Gruppe beinhaltet die verschiedensten Diagnosen. Sie unterscheiden sich sowohl inhaltlich als auch im Schweregrad. Die erste Gruppe stellt die Frakturen der Wirbel dar.
						M48.40	
						M48.41	
						M48.42	Die postmenopausale Osteoporose ist eine Form der primären Osteoporose und wird auch als Typ-I-Osteoporose bezeichnet. Man muss davon ausgehen, dass sich bei 30% der Frauen nach der Menopause eine Osteoporose entwickelt. Bereits perimenopausal beginnt die Knochendichte abzunehmen.
						M48.43	
						M48.44	
						M48.45	Pathologische Frakturen sind Knochenbrüche, die bei normaler Belastung ohne erkennbare traumatische Ursache entstehen. Die Knochendichte muss also schon deutlich abgenommen haben, damit eine solche Fraktur entsteht.
						M48.46	
						M48.47	
						M48.48	Bei der Osteoporose postinterventional ist die Erkrankung entstanden durch einen chirurgischen Eingriff und sollte deshalb gesondert dargestellt werden.
						M48.49	
						M48.5	
						M48.50	Als Osteoporose bezeichnet man eine das Skelettsystem betreffende

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M48.51	Erkrankung, die durch eine gestörte Remodellierung der Knochensubstanz und eine dadurch bedingte pathologische Mikroarchitektur der Knochen gekennzeichnet ist.
						M48.52	
						M48.53	Die verminderte Knochendichte bei Osteoporose führt schließlich zu einer teilweise massiv gesteigerten Frakturgefährdung.
						M48.54	Die Ursachen können vielfältig sein und sind teilweise an das Vorhandensein anderer Erkrankungen gekoppelt. Auf Grund von inhaltlichen Aspekten und im Rahmen der Schweregraddifferenzierung entstehen die aufgeführten Gruppen, bei denen eine Geschlechtssplittung eingeführt werden sollte.
						M48.55	
						M48.56	
						M48.57	
						M48.58	
						M48.59	Die ATC-Validierung soll in modifizierter Form (weniger ATC) beibehalten werden.
						M49.5	
						M49.50	
						M49.51	
						M49.52	
						M49.53	
						M49.54	
						M49.55	
						M49.56	
						M49.57	
						M49.58	
						M49.59	
						M84.48	
						M90.78	
			204_1	1398	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Frauen)	M80.08	
				1399	Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur (Frau)	M80.18	
						M80.38	
				1403	Sonstige Sekundäre Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Frau)	M80.48	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3 .134	157	642	203	1404	Sonstige (idiopathische) Osteoporose mit pathologischer Fraktur sonstige (Frau)	M80.28	Beim Steißbeinbruch kann die Verwendung eines Ringkissens bereits zu einer wesentlichen Entlastung führen. Liegt keine Dislokation (Verschiebung) vor, so ist meist eine folgenfreie Ausheilung möglich. Bei einer Steißbeinfraktur ist man mit einem operativen Eingriff sehr zurückhaltend. Besteht dagegen aber ein anhaltender Schmerz mit Instabilität (Kokzygodynie), so ist eine operative Versorgung erforderlich. Operative Eingriffe werden bei einer Steißbeinfraktur äußerst selten durchgeführt, ist dies aber notwendig, so erfolgt hier eine Resektion (Entfernung) des distalen (vom Körper entfernt gelegenen) Knochenfragments. Im Vergleich zu den anderen Gruppen ist hier mit einem deutlich geringeren Aufwand zu rechnen. Deshalb schlagen wir die Bildung einer eigenen Gruppe vor. Die Wirbelfrakturen beinhaltet die Frakturen der übrigen Wirbel. Eine Verletzung der übrigen Wirbel kann aufgrund der Nähe zum Rückenmark fatale Folgen haben. Da medizinisch diese beiden Gruppen zu trennen sind und auch deutliche Kostenunterschiede erwarten lassen, bitten wir das BVA um eine genauere Überprüfung dieser DxG bzw. HMG-Zuordnung.	
					M80.58			
					M80.88			
					M80.98			
				205_1	6399	Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur (Mann)		M80.38
					6403	Sonstige Sekundäre Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Mann)		M80.48
					6404	Sonstige (idiopathische) Osteoporose mit pathologischer Fraktur sonstige (Mann)		M80.28
								M80.58
				M80.88				
				M80.98				
				1405	Steißbeinbruch	S32.2		
				1406	Wirbelfraktur	S12.0		
						S12.1		
						S12.2		
						S12.21		
						S12.22		
S12.23								
S12.24								
S12.25								
S12.7								
S22.0								
S22.00								
S22.01								
S22.02								
S22.03								
S22.04								

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						S22.05	
						S22.06	
						S22.1	
						S32.0	
						S32.00	
						S32.01	
						S32.02	
						S32.03	
						S32.04	
						S32.05	
						S32.1	
						S32.7	
						S32.8	
						S32.82	
						T08.0	
						T08.1	
3.135	161	655	161	1409	Traumatische Amputation der Extremitäten exkl. isolierte Finger- oder Zehenamputation	S48.0	Die traumatische Amputation der Extremitäten exkl. isolierte Finger- oder Zehenamputation: Diese Amputationen umfassen Diagnosen, die nicht die endständigen Gliedmaßen betreffen und dadurch deutlich aufwändiger sind. Die Wahrscheinlichkeit einer Langzeiteinschränkung ist sehr hoch.
						S48.1	
						S48.9	
						S58.0	Bei den Komplikationen nach Amputation handelt es sich zum einen um unspezifische Komplikationen und die Infektion und zum anderen um eine Langzeitkomplikation (Neurom) nach Amputation. Oberflächlich betrachtet ist ein Neurom (Nervenknoten) eine knotenartige Verdickung eines Nervenstumpfes. Daher können viele Neurome, besonders bei recht oberflächlicher Lage, an den Extremitäten gut als tumorartige Verdickung getastet werden. Der Neuromschmerz wird von dem Betroffenen als ein oft sehr heftig elektrisierender Schmerz empfunden. Ausgelöst wird der Neuromschmerz oft schon bei Berühren oder leichtem Anstoßen jener Zone, die über dem Neurom liegt.
						S58.1	
						S58.9	
						S68.3	
						S68.4	
						S68.8	
						S68.9	
						S78.0	Eine Nekrose ist eine schwerwiegende Komplikation. Der Begriff Nekrose
						S78.1	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					S78.9	bezeichnet den Tod einer Zelle durch Schädigung der Zellstruktur, z.B. infolge mechanischer Verletzungen, Kontakt mit Toxinen, Sauerstoffmangel, Hypothermie oder Infektionen mit Krankheitserregern.
					S88.0	Bei der Nekrose kommt es zu Membrandefekten, die dazu führen, dass der Zellinhalt unkontrolliert in die Umgebung der Zelle austritt. Die Folge ist eine Entzündungsreaktion und eine Gewebedestruktion, die weitere chirurgische Maßnahmen nach sich ziehen kann.
					S88.1	
					S88.9	
					S98.0	
					S98.3	Komplikationen eines replantierten Körperteiles: Medizinisch steht im Vordergrund alles erdenkliche durchzuführen, damit der Patient das replantierte Körperteil behalten kann. Die Therapie ist aufwendig und breit angesetzt. Die Hauptkomplikationen sind Infektionen und Komplikationen der Durchblutung. Diese machen eine rheologische Therapie und eine breit angesetzte Antibiotikatherapie unabdingbar. Zu den Langzeitkomplikationen gehören u.a. Funktionsbeeinträchtigungen, Missempfindungen und chronischer Schmerz.
					S98.4	Isolierte Finger- oder Zehenamputation: Der Verlust einer endständigen Gliedmaße ist in der Regel leichter zu kompensieren. Aufgrund dessen sollten diese ICDs herausgelöst werden.
					T05.0	
					T05.1	
					T05.2	
					T05.3	
					T05.4	
					T05.5	
					T05.6	
					T05.8	
					T05.9	
					T11.6	
					T13.6	
			1412	Komplikation nach Amputation	T87.3	
					T87.4	
					T87.6	
			1414	Nekrose des Amputationsstumpfes	T87.5	
		161_1	1410	Isolierte Finger- oder Zehenamputation	S68.0	
					S68.1	
					S68.2	
					S98.1	
					S98.2	
			1411	Komplikationen durch replantierte	T87.0	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					Körperteile	T87.1	
						T87.2	
3.136	164	683	165	683	Mechanische Komplikationen durch implantiertes orthopädisches Gerät / orthopädisches Implantat / orthopädisches Transplantat	M96.6	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						T84.0	
						T84.1	
						T84.2	
						T84.3	
						T84.4	
3.137	164	685	165	685	Komplikationen am Nervensystem / am Herzen / am respiratorischen System / an der Leber / an der Niere / andere Komplikationen von Eingriffen	I97.0	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						J95.4	
						J95.5	
						J95.81	
						K91.3	
						N99.0	
						N99.1	
						N99.2	
						N99.3	
						N99.4	
						N99.5	
3.138	164	763	12	763	Strahlenproktitis/Strahlenkolitis	K52.0	HMG-Umgruppierung aufgrund ätiologischen Aspekten notwendig.
						K62.7	
3.139	169	727	170	1458	Angeborene Fehlbildung des Ösophagus	Q79.0	Angeborene Fehlbildungen sollten nach ihrer anatomischen Lokalisation geclustert werden, da sich die Therapien und somit der Aufwand ähneln.
				1462	Angeborene Fehlbildung des Darms	Q42.0	Der Morbus Hirschsprung ist eine angeborene Veränderung der neuronalen Strukturen des Darmwandplexus. Durch das segmentale Fehlen der Ganglienzellen des Plexus myentericus (Aganglionose) kommt es zu einer spastischen Verengung des betroffenen Darmabschnittes. Dieses Passagehindernis führt zur Dilatation der prästenotischen Dickdarmareale, die im Röntgenbild als Megakolon imponieren. Daher
						Q42.1	
						Q42.2	
						Q42.3	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						Q42.8	sollte diese Diagnose isoliert dargestellt werden. Die angeborene hypertrophische Pylorusstenose beschreibt eine Verengung des Magenpförtners. Bei verifizierter Pylorusstenose besteht eine Indikation zur operativen Therapie mit einer sehr guten und folgenfreien Prognose.
						Q42.9	
				1463	Hirschsprung-Krankheit	Q43.1	
				171	1457	Angeborene hypertrophische Pylorusstenose	Q40.0
3.140	169	732	170	1458	Angeborene Fehlbildung des Ösophagus	Q39.0	Angeborene Fehlbildungen sollten nach ihrer anatomischen Lokalisation geclustert werden, da sich die Therapien und somit der Aufwand ähneln. Wir schlagen daher eine HMG-Umgruppierung vor.
						Q39.1	
						Q39.2	
						Q39.3	
						Q39.4	
						Q39.5	
						Q39.6	
						Q39.8	
						Q39.9	
						Q41.0	
						Q41.1	
						Q41.2	
						Q41.8	
						Q41.9	
3.141	169	734	169	1466	Angeborene Fehlbildung von Leber Galle und Pankreas	Q44.0	Angeborene Fehlbildungen sollten nach ihrer anatomischen Lokalisation geclustert werden, da sich die Therapien und somit der Aufwand ähneln. Bei den sonstigen angeborene Fehlbildung von Leber Galle und Pankreas handelt es sich um unspezifische Diagnosen, sie sollten deshalb von den spezifischen Diagnosen getrennt werden.
						Q44.1	
						Q44.2	
						Q44.3	
						Q44.4	
						Q44.6	
						Q45.0	
						Q45.1	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.142	174	747	170	1467	Sonstige angeborene Fehlbildung von Leber Galle und Pankreas	Q45.2	Zum einen beinhaltet die Gruppe das Versagen und die Abstoßung von Herz- und/oder Lungentransplantat, zum Anderen den einfachen Zustand nach einer Herz und / oder Lungentransplantation. Das Versagen bzw. die Abstoßung ist akut lebensbedrohlich und die Therapie ist höchst aufwendig. Diese ICDs sollten von dem einfachen Zustand nach getrennt werden.
						Q44.5	
						Q44.7	
						Q45.3	
				1458	Angeborene Fehlbildung des Ösophagus	Q40.1	
						Q40.2	
						Q40.3	
						Q40.8	
						Q40.9	
						Q43.2	
						Q43.8	
						Q43.9	
						Q45.8	
						Q45.9	
				1462	Angeborene Fehlbildung des Darms	Q43.3	
						Q43.4	
						Q43.40	
						Q43.41	
						Q43.42	
						Q43.49	
						Q43.5	
						Q43.6	
						Q43.7	
3.142	174	747	174	1432	Versagen und Abstoßung: Herz und / oder Lungentransplantat	T86.3	
						T86.81	
				1433	Zustand nach Herz-und/oder Lungen-Transplantation	Z94.2	
						Z94.3	

3.143	174	748	175	1431	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft versus Host-Krankheit	T86.0	Das Immunsystem eines Menschen erkennt Zellen eines anderen Organismus als fremd und versucht, diese zu zerstören. Dieser Vorgang ist normalerweise ein wichtiger Abwehrmechanismus des Körpers gegen fremde Zellen wie z. B. Infektionserreger. Nach einer allogenen Transplantation führt er jedoch zu einer Abwehrreaktion der übertragenen Spenderzellen gegen den Organismus des Empfängers. Man bezeichnet diese Abwehrreaktion, als „Transplantat-gegen-Wirt-Reaktion“ bzw. als „Graft-versus-Host-Disease“ (GvHD).
						T86.00	Eine ausgeprägtere GvHD führt jedoch zu einer behandlungsbedürftigen Schädigung verschiedener Organe des Empfängers
						T86.01	Die akute GvHD befällt vor allem die Haut, den Darm und die Leber. Der Befall der Haut äußert sich in Form eines Ausschlags, vor allem in den Bereichen, die dem Sonnenlicht ausgesetzt sind - vergleichbar einem Sonnenbrand. Dies kann von einer leichten Rötung bis zu schwersten entzündlichen Hautveränderungen reichen. Der Befall des Darms äußert sich in Form von wässrigen Durchfällen, die häufig eine grüne Farbe haben und von Bauchschmerzen begleitet werden. Die Beteiligung der Leber macht sich neben einem Anstieg der Leberwerte durch Gelbsucht bemerkbar. Eine Hautbeteiligung bedingt nicht gleichzeitig das Auftreten einer Beteiligung des Verdauungstraktes. Daher sollten diese Komplikationen von einander getrennt werden.
						T86.02	Aus medizinisch-inhaltlichen und Kostenaspekten schlagen wir eine HMG-Umgruppierung vor.
						T86.03	
						T86.04	
						T86.09	
3.144	175	745	174	1429	Funktionsstörung eines Transpalntates Leber, Herz oder Pankreas	T86.4	Das Versagen und die Abstoßung eines Leber-, Herz- oder Pankreas-Transplantats ist akut lebensbedrohlich und die Therapie ist höchst aufwendig. Diese ICDs sollten von dem einfachen Zustand nach getrennt werden.
						T86.40	
						T86.41	Das Immunsystem eines Menschen erkennt Zellen eines anderen Organismus als fremd und versucht, diese zu zerstören. Dieser Vorgang ist normalerweise ein wichtiger Abwehrmechanismus des Körpers gegen fremde Zellen wie z. B. Infektionserreger. Nach einer allogenen Transplantation führt er jedoch zu einer Abwehrreaktion der übertragenen Spenderzellen gegen den Organismus des Empfängers. Man bezeichnet diese Abwehrreaktion, als „Transplantat-gegen-Wirt-Reaktion“ bzw. als „Graft-versus-Host-Disease“ (GvHD).
						T86.49	Eine ausgeprägtere GvHD führt jedoch zu einer behandlungsbedürftigen Schädigung verschiedener Organe des Empfängers
			175	1431	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft versus Host-Krankheit	K77.1	Die akute GvHD befällt vor allem die Haut, den Darm und die Leber. Der Befall der Haut äußert sich in Form eines Ausschlags, vor allem in den Bereichen, die dem Sonnenlicht ausgesetzt sind - vergleichbar einem Sonnenbrand. Dies kann von einer leichten Rötung bis zu schwersten entzündlichen Hautveränderungen reichen. Der Befall des Darms äußert
						K77.11	
						K77.12	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						K77.13	sich in Form von wässrigen Durchfällen, die häufig eine grüne Farbe haben und von Bauchschmerzen begleitet werden. Die Beteiligung der Leber macht sich neben einem Anstieg der Leberwerte durch Gelbsucht bemerkbar. Eine Hautbeteiligung bedingt nicht gleichzeitig das Auftreten einer Beteiligung des Verdauungstraktes. Daher sollten diese Komplikationen von einander getrennt werden.
						K77.14	
			176	1430	Zustand nach Transplantation (Herz oder Leber)	Z94.4	Der Zustand nach Transplantation (Herz oder Leber) gibt keinen Hinweis auf einen komplizierenden Verlauf und sollte deshalb ebenfalls separat dargestellt werden.
3.145	175	746	174	1429	Funktionsstörung eines Transpalntates Leber, Herz oder Pankreas	T86.2	Das Versagen und die Abstoßung eines Leber-, Herz- oder Pankreas-Transplantats ist akut lebensbedrohlich und die Therapie ist höchst aufwendig. Diese ICDs sollten von dem einfachen Zustand nach getrennt werden.
			176	1430	Zustand nach Transplantation (Herz oder Leber)	Z94.1	
3.146	175	750	174	1429	Funktionsstörung eines Transpalntates Leber, Herz oder Pankreas	T86.82	Aus medizinisch-inhaltlichen Gründen und zur Gewährleistung von Kostenintensität schlagen wir eine HMG-Umgruppierung vor.
3.147	176	534	175	1426	Funktionsstörung eines Nierentransplantates	T86.1	Die Therapie einer Funktionsstörung eines Nierentransplantates ist aufwendig und die gravierendste Komplikation ist die Abstoßung bzw. das komplette Versagen der transplantierten Niere. Dieser Zustand kann hoch lebensbedrohlich sein.
						T86.10	
						T86.11	
						T86.12	
						T86.19	
			176	1427	Zustand nach Nierentransplantation	Z94.0	Der Zustand nach einer Nierentransplantation gibt keinen Hinweis auf eine mögliche Komplikation. Aufgrund dessen ist die Trennung dieser Diagnosecodes unabdingbar.
3.148	177	751	174	1415	Beteiligung des Verdauungstraktes bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit	K93.2	Das Immunsystem eines Menschen erkennt Zellen eines anderen Organismus als fremd und versucht, diese zu zerstören. Dieser Vorgang ist normalerweise ein wichtiger Abwehrmechanismus des Körpers gegen fremde Zellen wie z. B. Infektionserreger. Nach einer allogenen Transplantation führt er jedoch zu einer Abwehrreaktion der übertragenen Spenderzellen gegen den Organismus des Empfängers. Man bezeichnet diese Abwehrreaktion, als „Transplantat-gegen-Wirt-Reaktion“ bzw. als „Graft-versus-Host-Disease“ (GvHD).
						K93.21	
						K93.22	
						K93.23	
						K93.24	
			175	1420	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Transplantatabstoßung	N16.5	Eine ausgeprägtere GvHD führt jedoch zu einer behandlungsbedürftigen Schädigung verschiedener Organe des Empfängers Die akute GvHD befällt vor allem die Haut, den Darm und die Leber. Der Befall der Haut äußert sich in Form eines Ausschlags, vor allem in den Bereichen, die dem Sonnenlicht ausgesetzt sind - vergleichbar einem Sonnenbrand. Dies kann von einer leichten Rötung bis zu schwersten
				1425	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	Z94.81	
			176	1416	Beteiligung der Haut bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit	L99.1	
						L99.11	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						L99.12	entzündlichen Hautveränderungen reichen. Der Befall des Darms äußert sich in Form von wässrigen Durchfällen, die häufig eine grüne Farbe haben und von Bauchschmerzen begleitet werden. Die Beteiligung der Leber macht sich neben einem Anstieg der Leberwerte durch Gelbsucht bemerkbar. Eine Hautbeteiligung bedingt nicht gleichzeitig das Auftreten einer Beteiligung des Verdauungstraktes. Daher sollten diese Komplikationen von einander getrennt werden.
						L99.13	
						L99.14	
						Z94.8	
						Z94.88	
						Z94.9	
						Z94.80	
			177	1417	Komplikationen eines Hauttransplantates	T86.5	Die Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Transplantatabstoßung ist eine ernst zunehmende Krankheit. Die Therapie basiert zum einen auf der Verhinderung der Transplantatabstoßung und zum anderen darin, die begleitende Nierenerkrankung aufgrund der Abstoßung in den Griff zu bekommen. Hier besteht die Gefahr, dass es zu einem Nierenversagen kommt.
						T86.50	
						T86.51	
						T86.52	Der Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsupprimierung ist ein höchst vulnerabler Zustand. Da diese ICD explizit die medikamentöse Therapie beinhaltet, ist sie auch als Validierung vorzusehen.
						T86.59	
						T86.8	
						T86.88	Die Abstoßung eines Hauttransplantates ist nicht so akut lebensbedrohlich, wie die Abstoßung zum Beispiel einer Leber oder von Knochenmark. Die Zuordnung dieser ICDs zur akuten Graft-versus-host-Krankheit ist medizinisch inhaltlich nicht sinnvoll. Dieses ist in der Kostenanalyse auch darstellbar.
						T86.9	
						T86.83	
						Z94.5	
						Z94.6	
						Z94.7	
3.149	203	643	8	1401	Pathologische Fraktur bei Neubildungen (Frauen)	M90.75	Durch maligne Tumoren oder Metastasen ausgelöste Spontanfrakturen entziehen sich den normalen therapeutischen Möglichkeiten und führen, wenn die Wirbelsäule oder die untere Extremität betroffen sind, häufig zur Immobilisierung des Patienten. Der Aufwand ist sehr hoch, deshalb ist eine Trennung dieser Gruppe sinnvoll. Desweiteren ist zu überprüfen, ob eine Neuordnung in die Hierarchie 2 zielführend ist.
			157	1400	Sonstige Pathologische Fraktur	M84.45	Die postmenopausale Osteoporose ist eine Form der primären Osteoporose und wird auch als Typ-I-Osteoporose bezeichnet. Man muss davon ausgehen, dass sich bei 30% der Frauen nach der Menopause eine Osteoporose entwickelt. Bereits perimenopausal beginnt die Knochendichte abzunehmen.
			204_1	1398	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Frauen)	M80.05	
				1399	Sekundäre Osteoporose	M80.15	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					postinterventional mit pathologischer Fraktur (Frau)	M80.35	<p>Pathologische Frakturen sind Knochenbrüche, die bei normaler Belastung ohne erkennbare traumatische Ursache entstehen. Die Knochendichte muss also schon deutlich abgenommen haben, damit eine solche Fraktur entsteht.</p> <p>Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur: Bei dieser Diagnose ist Osteoporose entstanden durch einen chirurgischen Eingriff und sollte deshalb aus Kostensicht gesondert dargestellt werden.</p> <p>Als Osteoporose bezeichnet man eine das Skelettsystem betreffende Erkrankung, die durch eine gestörte Remodellierung der Knochensubstanz und eine dadurch bedingte pathologische Mikroarchitektur der Knochen gekennzeichnet ist. Die verminderte Knochendichte bei Osteoporose führt schließlich zu einer teilweise massiv gesteigerten Frakturgefährdung. Die Ursachen können vielfältig sein und sind teilweise an das Vorhandensein anderer Erkrankungen gekoppelt. Auf Grund von inhaltlichen Aspekten und im Rahmen der Schweregrad differenzierung entstehen folgende Gruppen, bei denen die Geschlechtssplittung beibehalten werden sollte.</p> <p>Die ATC-Validierung soll in modifizierter Form (weniger ATC) beibehalten werden.</p>
				1403	Sonstige Sekundäre Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Frau)	M80.45	
				1404	Sonstige (idiopathische) Osteoporose mit pathologischer Fraktur sonstige (Frau)	M80.25	
						M80.55	
						M80.85	
						M80.95	
			205_1	6399	Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur (Mann)	M80.35	
				6403	Sonstige Sekundäre Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Mann)	M80.45	
				6404	Sonstige (idiopathische) Osteoporose mit pathologischer Fraktur sonstige (Mann)	M80.25	
						M80.55	
						M80.85	
						M80.95	
3.150	203	647	8	1401	Pathologische Fraktur bei Neubildungen (Frauen)	M90.72	<p>Durch maligne Tumoren oder Metastasen ausgelöste Spontanfrakturen entziehen sich den normalen therapeutischen Möglichkeiten und führen, wenn die Wirbelsäule oder die untere Extremität betroffen sind, häufig zur Immobilisierung des Patienten. Der Aufwand ist sehr hoch, deshalb ist eine Trennung dieser Gruppe sinnvoll. Desweiteren ist zu überprüfen, ob eine Neuordnung in die Hierarchie 2 zielführend ist.</p> <p>Die postmenopausale Osteoporose ist eine Form der primären Osteoporose und wird auch als Typ-I-Osteoporose bezeichnet. Man muss davon ausgehen, dass sich bei 30% der Frauen nach der Menopause eine Osteoporose entwickelt. Bereits perimenopausal beginnt die Knochendichte abzunehmen.</p> <p>Pathologische Frakturen sind Knochenbrüche, die bei normaler Belastung ohne erkennbare traumatische Ursache entstehen. Die Knochendichte muss also schon deutlich abgenommen haben, damit eine solche Fraktur entsteht.</p> <p>Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur: Bei</p>
			157	1400	Sonstige Pathologische Fraktur	M84.42	
			204_1	1398	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Frauen)	M80.01	
						M80.02	
				1399	Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur (Frau)	M80.11	
						M80.12	
						M80.31	
						M80.32	
				1403	Sonstige Sekundäre Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Frau)	M80.41	
						M80.42	
				1404	Sonstige (idiopathische) Osteoporose mit pathologischer Fraktur sonstige (Frau)	M80.21	
						M80.22	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.151	203	648	205_1			M80.51	dieser Diagnose ist Osteoporose entstanden durch einen chirurgischen Eingriff und sollte deshalb aus Kostensicht gesondert dargestellt werden.
						M80.52	
						M80.81	
						M80.82	
						M80.91	
						M80.92	
			6399	Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur (Mann)		M80.31	Als Osteoporose bezeichnet man eine das Skelettsystem betreffende Erkrankung, die durch eine gestörte Remodellierung der Knochensubstanz und eine dadurch bedingte pathologische Mikroarchitektur der Knochen gekennzeichnet ist. Die verminderte Knochendichte bei Osteoporose führt schließlich zu einer teilweise massiv gesteigerten Frakturgefährdung. Die Ursachen können vielfältig sein und sind teilweise an das Vorhandensein anderer Erkrankungen gekoppelt. Auf Grund von inhaltlichen Aspekten und im Rahmen der Schweregrad differenzierung entstehen folgende Gruppen, bei denen die Geschlechtssplittung beibehalten werden sollte.
						M80.32	
			6403	Sonstige Sekundäre Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Mann)		M80.41	
						M80.42	
			6404	Sonstige (idiopathische) Osteoporose mit pathologischer Fraktur sonstige (Mann)		M80.21	Die ATC-Validierung soll in modifizierter Form (weniger ATC) beibehalten werden.
						M80.22	
						M80.51	
						M80.52	
						M80.81	
						M80.82	
						M80.91	
						M80.92	
3.151	203	648	8	1401	Pathologische Fraktur bei Neubildungen (Frauen)	M90.76	Durch maligne Tumoren oder Metastasen ausgelöste Spontanfrakturen entziehen sich den normalen therapeutischen Möglichkeiten und führen, wenn die Wirbelsäule oder die untere Extremität betroffen sind, häufig zur Immobilisierung des Patienten. Der Aufwand ist sehr hoch, deshalb ist eine Trennung dieser Gruppe sinnvoll. Desweiteren ist zu überprüfen, ob eine Neuordnung in die Hierarchie 2 zielführend ist.
			157	1400	Sonstige Pathologische Fraktur	M84.46	
			204_1	1398	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Frauen)	M80.06	
				1399	Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur (Frau)	M80.16	

3 .152	203	656				M80.36	Pathologische Frakturen sind Knochenbrüche, die bei normaler Belastung ohne erkennbare traumatische Ursache entstehen. Die Knochendichte muss also schon deutlich abgenommen haben, damit eine solche Fraktur entsteht. Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur: Bei dieser Diagnose ist Osteoporose entstanden durch einen chirurgischen Eingriff und sollte deshalb aus Kostensicht gesondert dargestellt werden. Als Osteoporose bezeichnet man eine das Skelettsystem betreffende Erkrankung, die durch eine gestörte Remodellierung der Knochensubstanz und eine dadurch bedingte pathologische Mikroarchitektur der Knochen gekennzeichnet ist. Die verminderte Knochendichte bei Osteoporose führt schließlich zu einer teilweise massiv gesteigerten Frakturgefährdung. Die Ursachen können vielfältig sein und sin teilweise an das Vorhandensein anderer Erkrankungen gekoppelt. Auf Grund von inhaltlichen Aspekten und im Rahmen der Schweregrad differenzierung entstehen folgende Gruppen, bei denen die Geschlechtssplittung beibehalten werden sollte. Die ATC-Validierung soll in modifizierter Form (weniger ATC) beibehalten werden.			
				1403	Sonstige Sekundäre Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Frau)	M80.46				
				1404	Sonstige (idiopathische) Osteoporose mit pathologischer Fraktur sonstige (Frau)	M80.26				
						M80.56				
						M80.86				
						M80.96				
				205_1	6399	Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur (Mann)		M80.36		
					6403	Sonstige Sekundäre Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Mann)		M80.46		
					6404	Sonstige (idiopathische) Osteoporose mit pathologischer Fraktur sonstige (Mann)		M80.26		
								M80.56		
			M80.86							
					M80.96					
						8	1401	Pathologische Fraktur bei Neubildungen (Frauen)	M90.7	Durch maligne Tumoren oder Metastasen ausgelöste Spontanfrakturen entziehen sich den normalen therapeutischen Möglichkeiten und führen, wenn die Wirbelsäule oder die untere Extremität betroffen sind, häufig zur Immobilisierung des Patienten. Der Aufwand ist sehr hoch, deshalb ist eine Trennung dieser Gruppe sinnvoll. Desweiteren ist zu überprüfen, ob eine Neuuzuordnung in die Hierarchie 2 zielführend ist. Die postmenopausale Osteoporose ist eine Form der primären Osteoporose und wird auch als Typ-I-Osteoporose bezeichnet. Man muss davon ausgehen, dass sich bei 30% der Frauen nach der Menopause eine Osteoporose entwickelt. Bereits perimenopausal beginnt die
									M90.70	
M90.71										
M90.74										
M90.77										
M90.79										
157	1400	Sonstige Pathologische Fraktur				M84.4				
						M84.40				

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

				M84.41	Knochendichte abzunehmen. Pathologische Frakturen sind Knochenbrüche, die bei normaler Belastung ohne erkennbare traumatische Ursache entstehen. Die Knochendichte muss also schon deutlich abgenommen haben, damit eine solche Fraktur entsteht.
				M84.44	
				M84.47	
				M84.49	
204_1	1398	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Frauen)		M80.0	Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur: Bei dieser Diagnose ist Osteoporose entstanden durch einen chirurgischen Eingriff und sollte deshalb aus Kostensicht gesondert dargestellt werden.
				M80.00	
				M80.04	
				M80.07	
				M80.09	
	1399	Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur (Frau)		M80.1	Als Osteoporose bezeichnet man eine das Skelettsystem betreffende Erkrankung, die durch eine gestörte Remodellierung der Knochensubstanz und eine dadurch bedingte pathologische Mikroarchitektur der Knochen gekennzeichnet ist. Die verminderte Knochendichte bei Osteoporose führt schließlich zu einer teilweise massiv gesteigerten Frakturgefährdung. Die Ursachen können vielfältig sein und sind teilweise an das Vorhandensein anderer Erkrankungen gekoppelt. Auf Grund von inhaltlichen Aspekten und im Rahmen der Schweregraddifferenzierung entstehen folgende Gruppen, bei denen die Geschlechtssplittung beibehalten werden sollte.
				M80.10	
				M80.14	
				M80.17	
				M80.19	
				M80.3	
				M80.30	
				M80.34	
				M80.37	
				M80.39	
	1403	Sonstige Sekundäre Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Frau)		M80.4	Die ATC-Validierung soll in modifizierter Form (weniger ATC) beibehalten werden.
				M80.40	
				M80.44	
				M80.47	
				M80.49	
	1404	Sonstige (idiopathische) Osteoporose mit pathologischer Fraktur sonstige (Frau)		M80.2	
				M80.20	
				M80.24	
				M80.27	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M80.29
					M80.5
					M80.50
					M80.54
					M80.57
					M80.59
					M80.8
					M80.80
					M80.84
					M80.87
					M80.89
					M80.9
					M80.90
					M80.94
					M80.97
					M80.99
			205_1	6399 Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur (Mann)	M80.3
					M80.30
					M80.34
					M80.37
					M80.39
				6403 Sonstige Sekundäre Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Mann)	M80.4
					M80.40
					M80.44
					M80.47
					M80.49
				6404 Sonstige (idiopathische) Osteoporose mit pathologischer Fraktur sonstige (Mann)	M80.2
					M80.20

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M80.24	
						M80.27	
						M80.29	
						M80.5	
						M80.50	
						M80.54	
						M80.57	
						M80.59	
						M80.8	
						M80.80	
						M80.84	
						M80.87	
						M80.89	
						M80.9	
						M80.90	
						M80.94	
						M80.97	
						M80.99	
3.153	203	657	8	1401	Pathologische Fraktur bei Neubildungen (Frauen)	M90.73	Durch maligne Tumoren oder Metastasen ausgelöste Spontanfrakturen entziehen sich den normalen therapeutischen Möglichkeiten und führen, wenn die Wirbelsäule oder die untere Extremität betroffen sind, häufig zur Immobilisierung des Patienten. Der Aufwand ist sehr hoch, deshalb ist eine Trennung dieser Gruppe sinnvoll. Desweiteren ist zu überprüfen, ob eine Neuordnung in die Hierarchie 2 zielführend ist.
			157	1400	Sonstige Pathologische Fraktur	M84.43	
			204_1	1398	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur (Frauen)	M80.03	Die postmenopausale Osteoporose ist eine Form der primären Osteoporose und wird auch als Typ-I-Osteoporose bezeichnet. Man muss davon ausgehen, dass sich bei 30% der Frauen nach der Menopause eine Osteoporose entwickelt. Bereits perimenopausal beginnt die Knochendichte abzunehmen.
				1399	Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur (Frau)	M80.13	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.154	204	810	204_1	1235	Postmenopausale Osteoporose (Frau)	M80.33	<p>Pathologische Frakturen sind Knochenbrüche, die bei normaler Belastung ohne erkennbare traumatische Ursache entstehen. Die Knochendichte muss also schon deutlich abgenommen haben, damit eine solche Fraktur entsteht.</p> <p>Sekundäre Osteoporose postinterventional mit pathologischer Fraktur: Bei dieser Diagnose ist Osteoporose entstanden durch einen chirurgischen Eingriff und sollte deshalb aus Kostensicht gesondert dargestellt werden.</p> <p>Als Osteoporose bezeichnet man eine das Skelettsystem betreffende Erkrankung, die durch eine gestörte Remodellierung der Knochensubstanz und eine dadurch bedingte pathologische Mikroarchitektur der Knochen gekennzeichnet ist.</p> <p>Die verminderte Knochendichte bei Osteoporose führt schließlich zu einer teilweise massiv gesteigerten Frakturgefährdung.</p> <p>Die Ursachen können vielfältig sein und sind teilweise an das Vorhandensein anderer Erkrankungen gekoppelt. Auf Grund von inhaltlichen Aspekten und im Rahmen der Schweregrad differenzierung entstehen folgende Gruppen, bei denen die Geschlechtssplittung beibehalten werden sollte.</p> <p>Die ATC-Validierung soll in modifizierter Form (weniger ATC) beibehalten werden.</p>
						1403	
						1404	
						1404	
						1404	
						1404	
						1404	
						1404	
						1404	
						1404	
						1404	
						1404	
						1404	
						1404	
						1404	
3.154	204	810	204_1	1235	Postmenopausale Osteoporose (Frau)	M81.0	<p>Als Osteoporose bezeichnet man eine das Skelettsystem betreffende Erkrankung, die durch eine gestörte Remodellierung der Knochensubstanz und eine dadurch bedingte pathologische Mikroarchitektur der Knochen gekennzeichnet ist.</p> <p>Die verminderte Knochendichte bei Osteoporose führt schließlich zu einer teilweise massiv gesteigerten Frakturgefährdung.</p> <p>Die Ursachen können vielfältig sein und sind teilweise an das Vorhandensein anderer Erkrankungen gekoppelt.</p> <p>Aus unserer Sicht ist aus Kostengründen und medizinisch inhaltlich eine Differenzierung der Osteoporose nach ihrer Ätiologie sinnvoll.</p>
						M81.00	
						M81.01	
						M81.02	
						M81.03	
						M81.04	
						M81.05	
						M81.06	
						M81.06	
						M81.06	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M81.07	Wir schlagen ein HMG-Umgruppierung vor.
						M81.08	Die ATC-Validierung soll in modifizierter Form (weniger ATC) beibehalten werden.
						M81.09	
3.155	204	829	204	1239	Osteoporose infolge Malabsorption postinterventional (Frau)	M81.3	<p>Als Osteoporose bezeichnet man eine das Skelettsystem betreffende Erkrankung, die durch eine gestörte Remodellierung der Knochensubstanz und eine dadurch bedingte pathologische Mikroarchitektur der Knochen gekennzeichnet ist.</p> <p>Die verminderte Knochendichte bei Osteoporose führt schließlich zu einer teilweise massiv gesteigerten Frakturgefährdung.</p> <p>Die Ursachen können vielfältig sein und sind teilweise an das Vorhandensein anderer Erkrankungen gekoppelt.</p> <p>Aus unserer Sicht ist aus Kostengründen und medizinisch inhaltlich eine Differenzierung der Osteoporose nach ihrer Ätiologie sinnvoll.</p> <p>Wir schlagen ein HMG-Umgruppierung vor.</p> <p>Die ATC-Validierung soll in modifizierter Form (weniger ATC) beibehalten werden.</p>
						M81.30	
						M81.31	
						M81.32	
						M81.33	
						M81.34	
						M81.35	
						M81.36	
						M81.37	
						M81.38	
						M81.39	
			204_1	1236	Osteoporose nach Ovariectomie (Frau)	M81.1	
						M81.10	
						M81.11	
						M81.12	
						M81.13	
						M81.14	
						M81.15	
						M81.16	
						M81.17	
						M81.18	
						M81.19	
3.156	204	833	204	1237	Osteoporose durch endokrine Störungen (Frau)	M82.1	<p>Als Osteoporose bezeichnet man eine das Skelettsystem betreffende Erkrankung, die durch eine gestörte Remodellierung der Knochensubstanz und eine dadurch bedingte pathologische Mikroarchitektur der Knochen gekennzeichnet ist.</p>
						M82.10	
						M82.11	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M82.12	Die verminderte Knochendichte bei Osteoporose führt schließlich zu einer teilweise massiv gesteigerten Frakturgefährdung. Die Ursachen können vielfältig sein und sind teilweise an das Vorhandensein anderer Erkrankungen gekoppelt. Aus unserer Sicht ist aus Kostengründen und medizinisch inhaltlich eine Differenzierung der Osteoporose nach ihrer Ätiologie sinnvoll. Wir schlagen eine HMG-Umgruppierung vor. Die ATC-Validierung soll in modifizierter Form (weniger ATC) beibehalten werden.
					M82.13	
					M82.14	
					M82.15	
					M82.16	
					M82.17	
					M82.18	
					M82.19	
				1244	Osteoporose bei Plasmozytom (Frau)	M82.0
						M82.00
						M82.01
						M82.02
						M82.03
						M82.04
						M82.05
						M82.06
						M82.07
						M82.08
						M82.09
				1245	Osteoporose bei anderen Erkrankungen (Frau)	M82.8
						M82.80
						M82.81
						M82.82
						M82.83
						M82.84
						M82.85
						M82.86
						M82.87

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

			M82.88
			M82.89
204_1	1238	Inaktivitätsosteoporose (Frau)	M81.2
			M81.20
			M81.21
			M81.22
			M81.23
			M81.24
			M81.25
			M81.26
			M81.27
			M81.28
			M81.29
	1241	Idiopathische Osteoporose (Frau)	M81.5
			M81.50
			M81.51
			M81.52
			M81.53
			M81.54
			M81.55
			M81.56
			M81.57
			M81.58
	M81.59		
	1242	Lokalisierte Osteoporose (Frau)	M81.6
M81.60			
M81.61			
M81.62			

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M81.63
						M81.64
						M81.65
						M81.66
						M81.67
						M81.68
						M81.69
				1243	Sonstige und nicht näher bezeichnete Osteoporose (Frau)	M81.8
						M81.80
						M81.81
						M81.82
						M81.83
						M81.84
						M81.85
						M81.86
						M81.87
						M81.88
						M81.89
						M81.9
						M81.90
						M81.91
						M81.92
						M81.93
						M81.94
						M81.95
						M81.96
						M81.97
						M81.98

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M81.99	
3.157	205	830	205_1	1248	Osteoporose infolge Malabsorption postinterventional (Mann)	M81.3	Analog zur Osteoporose des weiblichen Geschlechts wurde die Osteoporose des männlichen Geschlechts geclustert. Eine ATC-Modifikation sollte ebenfalls vorgesehen werden.
						M81.30	
						M81.31	
						M81.32	
						M81.33	
						M81.34	
						M81.35	
						M81.36	
						M81.37	
						M81.38	
						M81.39	
3.158	205	834	205	1246	Osteoporose durch endokrine Störungen (Mann)	M82.1	Analog zur Osteoporose des weiblichen Geschlechts wurde die Osteoporose des männlichen Geschlechts geclustert. Eine ATC-Modifikation sollte ebenfalls vorgesehen werden.
						M82.10	
						M82.11	
						M82.12	
						M82.13	
						M82.14	
						M82.15	
						M82.16	
						M82.17	
						M82.18	
						M82.19	
				1253	Osteoporose bei Plasmozytom (Mann)	M82.0	
						M82.00	
						M82.01	
						M82.02	
						M82.03	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M82.04
						M82.05
						M82.06
						M82.07
						M82.08
						M82.09
						M81.2
						M81.20
						M81.21
						M81.22
						M81.23
				1247	Inaktivitätsosteoporose (Mann)	M81.24
						M81.25
						M81.26
						M81.27
						M81.28
						M81.29
			205_1			M81.5
						M81.50
						M81.51
						M81.52
						M81.53
				1250	Idiopathische Osteoporose (Mann)	M81.54
						M81.55
						M81.56
						M81.57
						M81.58
						M81.59

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M81.6
						M81.60
						M81.61
						M81.62
						M81.63
				1251	Lokalisierte Osteoporose (Mann)	M81.64
						M81.65
						M81.66
						M81.67
						M81.68
						M81.69
						M81.8
						M81.80
						M81.81
						M81.82
						M81.83
						M81.84
						M81.85
						M81.86
				1252	Sonstige und nicht näher bezeichnete Osteoporose (Mann)	M81.87
						M81.88
						M81.89
						M81.9
						M81.90
						M81.91
						M81.92
						M81.93
						M81.94

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M81.95	
						M81.96	
						M81.97	
						M81.98	
						M81.99	
				1254	Osteoporose bei anderen Erkrankungen (Mann)	M82.8	
						M82.80	
						M82.81	
						M82.82	
						M82.83	
						M82.84	
						M82.85	
						M82.86	
						M82.87	
						M82.88	
						M82.89	
				1211	Infektiöse Arthropathien durch andere näher bezeichnete bakterielle Infektionen und Mykosen	M00.0	Als Osteomyelitis bezeichnet man jede Entzündung des Knochens oder des Knochenmarkes, die durch Bakterien oder eine Vielzahl anderer Erreger, einschließlich einiger Pilze verursacht wird. Die Mikroorganismen werden in der Regel von einer Infektion an anderer Stelle des Körpers über die Blutbahn in den Knochen eingeschleppt. Gelegentlich kann eine Osteomyelitis durch direkte Infektion nach einer Operation, einem offenen Knochenbruch oder eine andere Verletzung entstehen. Gefürchtete Keime sind vor allem Staphylokokken und die Mykosen, deren Therapie sich häufig schwierig gestalten. Aufgrund dessen schlagen wir die angeführte Schweregraddifferenzierung nach DxG sowie ATC-Validierung für die DXG 1211 und 1212 vor.
						M00.00	
						M00.01	
						M00.02	
						M00.03	
						M00.04	
						M00.05	
						M00.06	
						M00.07	
						M00.08	
						M00.09	
						M00.8	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M00.80
						M00.81
						M00.82
						M00.83
						M00.84
						M00.85
						M00.86
						M00.87
						M00.88
						M00.89
						M00.9
						M00.90
						M00.91
						M00.92
						M00.93
						M00.94
						M00.95
						M00.96
						M00.97
						M00.98
						M00.99
						M01.0
						M01.00
						M01.01
						M01.02
						M01.03
						M01.04
						M01.05

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M01.06
						M01.07
						M01.08
						M01.09
						M01.3
						M01.30
						M01.31
						M01.32
						M01.33
						M01.34
						M01.35
						M01.36
						M01.37
						M01.38
						M01.39
						M01.6
						M01.60
						M01.61
						M01.62
						M01.63
						M01.64
						M01.65
						M01.66
						M01.67
						M01.68
						M01.69
						M01.4
						M01.40

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M01.41
						M01.42
						M01.43
						M01.44
						M01.45
						M01.46
						M01.47
						M01.48
						M01.49
						M01.5
						M01.50
						M01.51
						M01.52
						M01.53
						M01.54
						M01.55
						M01.56
						M01.57
						M01.58
						M01.59
			209	1212	Infektiöse Arthropathien durch Pneumo- und Streptokokken	M00.1
						M00.10
						M00.11
						M00.12
						M00.13
						M00.14
						M00.15
						M00.16

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M00.17
					M00.18
					M00.19
					M00.2
					M00.20
					M00.21
					M00.22
					M00.23
					M00.24
					M00.25
					M00.26
					M00.27
					M00.28
					M00.29
			1221	Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	A54.4
					A66.6
					M01.8
					M01.80
					M01.81
					M01.82
					M01.83
					M01.84
					M01.85
					M01.86
					M01.87
					M01.88
					M01.89
			1222	Postinfektiöse Arthritis	M03.0

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M03.00	
						M03.01	
						M03.02	
						M03.03	
						M03.04	
						M03.05	
						M03.06	
						M03.07	
						M03.08	
						M03.09	
						M03.2	
						M03.20	
						M03.21	
						M03.22	
						M03.23	
						M03.24	
						M03.25	
						M03.26	
						M03.27	
						M03.28	
						M03.29	
3.160	208	183	208	1201	Chronische , akute, subakute Osteomyelitis und Osteomyelitis der Wirbelsäule	M46.2	Als Osteomyelitis bezeichnet man jede Entzündung des Knochens oder des Knochenmarkes, die durch Bakterien oder eine Vielzahl anderer Erreger, einschließlich einiger Pilze verursacht wird. Die Mikroorganismen werden in der Regel von einer Infektion an anderer Stelle des Körpers über die Blutbahn in den Knochen eingeschleppt. Gelegentlich kann eine Osteomyelitis durch direkte Infektion nach einer Operation, einem offenen Knochenbruch oder eine andere Verletzung entstehen. Wir schlagen eine Trennung der spezifischen von den unspezifischen Diagnosen vor.
						M46.20	
						M46.21	
						M46.22	
						M46.23	
						M46.24	
						M46.25	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M46.26
						M46.27
						M46.28
						M46.29
						M86.0
						M86.00
						M86.01
						M86.02
						M86.03
						M86.04
						M86.05
						M86.06
						M86.07
						M86.08
						M86.09
						M86.1
						M86.10
						M86.11
						M86.12
						M86.13
						M86.14
						M86.15
						M86.16
						M86.17
						M86.18
						M86.19
						M86.2
						M86.20

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M86.21
						M86.22
						M86.23
						M86.24
						M86.25
						M86.26
						M86.27
						M86.28
						M86.29
						M86.3
						M86.30
						M86.31
						M86.32
						M86.33
						M86.34
						M86.35
						M86.36
						M86.37
						M86.38
						M86.39
						M86.4
						M86.40
						M86.41
						M86.42
						M86.43
						M86.44
						M86.45
						M86.46

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M86.47
					M86.48
					M86.49
					M86.5
					M86.50
					M86.51
					M86.52
					M86.53
					M86.54
					M86.55
					M86.56
					M86.57
					M86.58
					M86.59
					M86.6
					M86.60
					M86.61
					M86.62
					M86.63
					M86.64
					M86.65
					M86.66
					M86.67
					M86.68
					M86.69
		209	1209	Sonstige und nicht näher bezeichnete Osteomyelitis	M86.8
					M86.80
					M86.81

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M86.82	
						M86.83	
						M86.84	
						M86.85	
						M86.86	
						M86.87	
						M86.88	
						M86.89	
						M86.9	
						M86.90	
						M86.91	
						M86.92	
						M86.93	
						M86.94	
						M86.95	
						M86.96	
						M86.97	
						M86.98	
						M86.99	
3.161	209	184	208	184	Nekrotisierende Faszitis	M72.6	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						M72.60	
						M72.61	
						M72.62	
						M72.63	
						M72.64	
						M72.65	
						M72.66	
						M72.67	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M72.68	
						M72.69	
3.162	209	185	208	1227	Idiopathische aseptische und sonstige, nicht näher bezeichnete Knochennekrose	M87.0	Unter einer Osteonekrose versteht man in der Medizin einen Infarkt im Knochen mit anschließender Nekrose. Grund für eine solche Osteonekrose ist der Verschluss eines zuführenden Blutgefäßes, so dass ein Teil des Knochens nicht mehr mit Blut versorgt werden kann und schließlich abstirbt. Die Ursachen für den Gefäßverschluss können vielfältig sein. Aufgrund dessen schlagen wir die dargestellte Aufteilung vor.
						M87.00	
						M87.01	
						M87.02	
						M87.03	
						M87.04	
						M87.05	
						M87.06	
						M87.07	
						M87.08	
						M87.09	
						M87.8	
						M87.80	
						M87.81	
						M87.82	
						M87.83	
						M87.84	
						M87.85	
						M87.86	
						M87.87	
						M87.88	
						M87.89	
						M87.9	
						M87.90	
						M87.91	
						M87.92	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M87.93
						M87.94
						M87.95
						M87.96
						M87.97
						M87.98
						M87.99
				1228	Durch vorangegangenes Trauma und sekundäre Knochennekrose	M87.2
						M87.20
						M87.21
						M87.22
						M87.23
						M87.24
						M87.25
						M87.26
						M87.27
						M87.28
						M87.29
						M87.3
						M87.30
						M87.31
						M87.32
						M87.33
						M87.34
						M87.35
						M87.36
						M87.37
						M87.38

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M87.39
					M90.3
					M90.30
					M90.31
					M90.32
					M90.33
					M90.34
					M90.35
					M90.36
					M90.37
					M90.38
					M90.39
					M90.5
					M90.50
					M90.51
					M90.52
					M90.53
					M90.54
					M90.55
					M90.56
					M90.57
					M90.58
					M90.59
			209	1233	M90.4
					M90.40
					M90.41
					M90.42
					M90.43

						M90.44	
						M90.45	
						M90.46	
						M90.47	
						M90.48	
						M90.49	
3.163	211	224	213	224	Aplastische Anämie	D60.0	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						D60.1	
						D60.8	
						D60.9	
						D61.0	
						D61.1	
						D61.10	
						D61.18	
						D61.19	
						D61.2	
						D61.3	
						D61.8	
						D61.9	
3.164	212	223	211	1265	Erworbene hämolytische Anämien	D59.0	<p>Unter den Aspekt des Schweregrades, des Verlaufs und der Prognose der Erkrankung sollten die Anämien inhaltlich getrennt werden.</p> <p>Das hämolytisch-urämische Syndrom (Abkürzung HUS, auch Gasser-Syndrom) ist eine seltene Krankheit, die hauptsächlich Kleinkinder und Säuglinge betrifft. Vom kompletten enteropathischen HUS spricht man bei Vorkommen von mikroangiopathischer hämolytischer Anämie und Thrombozytopenie und Nierenversagen. Bei einem inkompletten enteropathischen HUS sind nur zwei der genannten Krankheitszeichen vorhanden. Nach Infektionsschutzgesetz ist die Krankheit meldepflichtig. Die Patienten sind schwerst krank und müssen stationär behandelt werden. Das Aufgreifkriterium stationär erforderlich ist hier unabdingbar.</p>
						D59.1	
						D59.2	
						D59.4	
						D59.5	
						D59.6	
						D59.8	
						D59.9	
			212	1266	Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.165	212	234	8	1264	Akute Myelofibrose	C94.50	Die akute Myelofibrose ist eine Form des Knochenmarkkrebses und gehört somit zu dem Formenkreis der Leukämien. Aus unserer Sicht sollten diese ICDs in die Hierarchie 2 (Neubildung) integriert werden.
						C94.51	
			212	1263	Refraktäre Anämie ohne Ringsideroblasten	D46.0	Unter den Aspekt des Schweregrades, des Verlaufs und der Prognose der Erkrankung sollten die Anämien inhaltlich getrennt werden.
3.166	213	220	211	220	Myelodysplastisches Syndrom	D46.2	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						D46.3	
						D46.4	
						D46.5	
						D46.6	
						D46.7	
						D46.9	
3.167	214	231	213	1255	Refraktäre Anämie mit Ringsideroblasten	D46.1	Unter den Aspekt des Schweregrades, des Verlaufs und der Prognose der Erkrankung sollten die Anämien inhaltlich in die dargestellten Gruppen eingeteilt werden.
			214	1256	Sideroachrestische [sideroblastische] Anämien	D64.0	
						D64.1	
						D64.2	
						D64.3	
3.168	214	235	8	1576	Anämie bei Neubildungen	D63.0	Eine Tumoranämie entsteht häufig im Rahmen einer malignen Erkrankung als paraneoplastisches Syndrom. Dabei kommt es durch verschiedene durch den Tumor induzierte pathophysiologische Prozesse zu einer Verwertungsstörung des Eisens und zu einer Hemmung der Hämatopoese. Weiterhin kann ein maligner Prozess das Knochenmark selbst infiltrieren und so durch Verdrängungseffekte die Hämatopoese beeinträchtigen. Ähnliche Prozesse können zu einer Anämie im Rahmen chronisch-entzündlicher Erkrankungen führen. Weiterhin kann eine Tumoranämie als Folge einer Behandlung mit Zytostatika oder Strahlentherapie entstehen. Unter den Aspekt des Schweregrades, des Verlaufs und der Prognose der Erkrankung sollten die Anämien inhaltlich getrennt werden.
			212	1258	Sonstige näher bezeichnete Anämien	D64.8	
				1259	Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten	D63.8	
3.169	216	353	216	1349	Akute respiratorische Insuffizienz	J96.0	Die Akute Respiratorische Insuffizienz (J96.0), der DxG 353 ist eine lebensbedrohliche Entgleisung der arteriellen Blutgaswerte und des
						J96.00	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.170	226	841	227	1352	Chronische respiratorische Insuffizienz	J96.01	Säure-Basen-Status. Die Manifestationen einer chronischen respiratorischen Insuffizienz sind dagegen weniger dramatisch und manchmal nicht einfach zu diagnostizieren. Die Behandlung ist krankenhauspflichtig (Aufgreifkriterium stationär erforderlich einführen!).
						J96.09	
						J96.1	
						J96.11	Die chronische respiratorische Insuffizienz ist die weitaus häufigere Form. Als Folge treten individuell unterschiedlich schwer erlebte Luftnot, Husten, Leistungsschwäche und unter Umständen Zyanose auf.
						J96.19	
						J96.9	
						J96.90	
						J96.91	
						J96.99	
				1544	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnend (ohne Medikation)	M08.2	Eine systemische juvenile Arthritis (älteres Synonym: Still-Syndrom) liegt vor, wenn bei einem <16-jährigen Kind folgende Kriterien erfüllt sind: 1. täglich rekurrendes Fieber über mindestens zwei Wochen, gefolgt von einer Entzündung eines oder mehrerer Gelenke in den nächsten sechs Monaten und 2. eines oder mehrere der folgenden Kriterien, a. ein lachsfarbener, unbeständiger Hautausschlag, b. generalisierte Lymphknotenschwellungen, c. Leber- und/oder Milzschwellung und d. eine Entzündung seröser Häute. Die Prognose ist uneinheitlich. Im Langzeitverlauf haben rund 40% der Patienten nur eine geringgradige Arthritis, die durch medikamentöse und physikalische Therapie gut kontrollierbar ist. Systemische Zeichen können schubweise, gelegentlich mit jahrelangen Remissionen auftreten. Einerseits werden 20-30% dauerhafte Remissionen beschrieben, andererseits gibt es progrediente, relativ therapieresistente Verläufe mit irreversiblen Gelenkzerstörungen und Organkomplikationen.
						M08.20	
						M08.21	
						M08.22	
						M08.23	
						M08.24	
						M08.25	
						M08.26	
						M08.27	
						M08.28	
						M08.29	
				1546	Juvenile Arthritis mit Gefäßbeteiligung (ohne Medikation)	M08.7	Die Gefäßbeteiligung ist eine schwere Komplikation und unterscheidet sich deutlich in den Kosten und im Schweregrad.
						M08.70	
						M08.71	Der Morbus Still gehört zu den sehr seltenen Erkrankungen. Die Häufigkeit wird auf weniger als 1 Betroffenen pro 100.000 Einwohner geschätzt, die Dunkelziffer ist sicher relativ hoch. Gelenkschmerzen treten oft ohne zusätzliche Gelenkschwellungen auf. Befallen sind Hand-, Ellbogen-, Sprung- und Knie-Gelenke, seltener die Fingergelenke. Bei einem kleinen Teil der Erkrankten kommt es dagegen zu deutlichen entzündlichen Gelenkveränderungen und bei einer Untergruppe zu schneller Gelenkzerstörung mit Versteifung. Beim Morbus Still finden sich häufig auch Leber und Milzvergrößerung, sowie
						M08.72	
						M08.73	
						M08.74	
						M08.75	
						M08.76	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

				M08.77	Lymphknotenschwellungen. Seltene Organbeteiligungen betreffen die Lunge, das Gehirn, das Herz, die Lungen und die Augen.
				M08.78	Charakteristisch sind ein schubweiser Verlauf und insgesamt eine gute Prognose.
				M08.79	
			1548	Adulte Form der Still Krankheit (ohne Medikation)	Die juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ unterscheidet sich durch das Wort chronisch, das bedeutet länger als 6 Wochen, von den oben genannten juvenilen Arthritiden. Es handelt sich hierbei um die Erkrankung im Erwachsenenalter.
				M06.1	
				M06.10	
				M06.11	
				M06.12	Die Juvenile Arthritis bei Psoriasis liegt definitionsgemäß vor, wenn folgende Kriterien erfüllt sind: Gelenkentzündungen und Psoriasis (Schuppenflechte). Wenn bei dem Patienten selber (noch) keine Psoriasis vorliegt, genügt es, wenn zusätzlich zu der Arthritis zwei der folgenden drei Kriterien erfüllt sind: a.) ärztlich gesicherte Psoriasis bei einem Verwandten ersten Grades b.) eine Entzündung aller Gelenke eines Fingers oder c.) Nagelsymptome (Ablösungen oder Tüpfelung).
				M06.13	
				M06.14	
				M06.15	
				M06.16	
				M06.17	
				M06.18	Unter einer chronischen Arthritis versteht man eine schmerzhafte Gelenkentzündung, die länger als sechs Wochen anhält. Wenn Kinder, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben betroffen sind, spricht man in dem Fall von juveniler chronischer Arthritis.
				M06.19	Sind mehrere Gelenke entzündet, spricht man von einer Poly- oder Oligoarthrititis. Die juvenile Polyarthrititis tritt im Kleinkindalter auf und äußert sich durch einen akuten Beginn mit Fieber, Abgeschlagenheit und Müdigkeit. Dann verläuft die Erkrankung meist schleichend, indem es nach und nach zu Schwellungen an großen und kleineren Gelenken kommt. Meist sind acht bis zehn Gelenke und oft auch die dazugehörigen Sehnscheiden entzündet. Sie schränken die Kinder in ihren Bewegungen und ihrer Geschicklichkeit stark ein. Sie nehmen Schonhaltungen ein, die im weiteren Verlauf der Krankheit zu Muskelverkürzungen sowie Schwächung der Muskulatur führen. Insgesamt verläuft die Polyarthrititis bei Kleinkindern allerdings gutartiger als das Rheuma der Erwachsenen. Komplikationen der Erkrankungen sind u.a. die Entzündung der Gefäße.
			1549	Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ (ohne Medikation)	
				M08.0	
				M08.00	
				M08.01	
				M08.02	
				M08.03	
				M08.04	
				M08.05	
				M08.06	
				M08.07	
				M08.08	
				M08.09	Die sonstige juvenile Arthritis beinhaltet unspezifische oder nicht näher bezeichnete Codes und sollte aufgrund dessen eine eigene Gruppe erhalten.
			1550	Juvenile Arthritis bei Psoriasis (ohne Medikation)	
				M09.0	
				M09.00	
				M09.01	Schätzungsweise 5% bis 20% der Kinder und Jugendlichen mit Colitis

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M09.02	<p>ulcerosa oder Morbus Crohn leiden an Arthritiden. Die Manifestation der Arthritiden kann der Darmsymptomatik um Jahre vorausgehen aber auch erst Jahre nach der Darmmanifestation auftreten. Bei retrospektiven Analysen fallen im Nachhinein oft Arthralgien auf. Es werden zwei Verteilungsmuster der Gelenkbeteiligung unterschieden. Zum einen periphere Arthritiden mit asymmetrischer Befall großer Gelenke der unteren Extremitäten zum anderen Arthritiden des Achsenskeletts mit Beteiligung der Iliosacralgelenke und neben dem Befall großer auch den Befall kleiner Gelenke.</p>
					M09.03	
					M09.04	
					M09.05	
					M09.06	
					M09.07	
					M09.08	
					M09.09	
					M08.3	<p>Die Juvenile Arthritis kann auch im Rahmen anderer Erkrankungen auftreten, da die Ursache jedoch unterschiedlich sein kann, sollten diese Diagnosen gesondert dargestellt werden.</p>
					M08.4	
					M08.40	
					M08.41	
					M08.42	
					M08.43	
					M08.44	
					M08.45	
					M08.46	
					M08.47	
					M08.48	
					M08.49	
					M08.8	
					M08.80	
					M08.81	
					M08.82	
					M08.83	
					M08.84	
					M08.85	
					M08.86	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M08.87
						M08.88
						M08.89
						M08.9
						M08.90
						M08.91
						M08.92
						M08.93
						M08.94
						M08.95
						M08.96
						M08.97
						M08.98
						M08.99
				1551	Juvenile Arthritis bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (ohne Medikation)	M09.1
						M09.10
						M09.11
						M09.12
						M09.13
						M09.14
						M09.15
						M09.16
						M09.17
						M09.18
						M09.19
						M09.2
						M09.20
						M09.21

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M09.22	
						M09.23	
						M09.24	
						M09.25	
						M09.26	
						M09.27	
						M09.28	
						M09.29	
				1552	Juvenile Arthritis bei anderen Krankheiten (ohne Medikation)	M09.8	
						M09.80	
						M09.81	
						M09.82	
						M09.83	
						M09.84	
						M09.85	
						M09.86	
						M09.87	
						M09.88	
						M09.89	
3.171	227	189	228	1563	Juvenile Spondylitis ankylosans (ohne Medikation)	M08.1	<p>Die Spondylitis ankylosans ist eine chronisch entzündliche rheumatische Erkrankung, die vor allem das aus Wirbelsäule und Becken bestehende Achsenskelett betrifft. Infolge der Erkrankung kommt es zu einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Versteifung der Wirbelsäule, es können allerdings auch Gelenke der Gliedmaßen, insbesondere die Hüft- und Kniegelenke, betroffen sein. Die Krankheit beginnt meist zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr, mit einem Verteilungsgipfel um das 26. Lebensjahr. Sie kann aber auch schon in der Pubertät und davor auftreten (juvenile Spondylitis ankylosans).</p> <p>Spondylitis ankylosans wird als Morbus Bechterew bezeichnet. Immer ist damit eine entzündliche Erkrankung der Bänder und Gelenke der Wirbelsäule, der Rippenwirbelgelenke und einiger Sehnen und</p>
						M08.10	
						M08.11	
						M08.12	
						M08.13	
						M08.14	
						M08.15	
						M08.16	
						M08.17	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M08.18	Sehnenansätze von peripheren Gelenken gemeint. Auch die Augen und in sehr seltenen Fällen innere Organe können betroffen sein.
					M08.19	
			1567	Spondylitis ankylosans (ohne Medikation)	M45.0	Die Erkrankung kann vielseitig und individuell sehr unterschiedlich verlaufen. Nicht jeder Betroffene bekommt die gleichen Beschwerden. Schwere und Ausmaß der Erkrankung können durch eine fachgerechte Therapie unter aktiver Mithilfe der Betroffenen deutlich beeinflusst werden. Ein früher Krankheitsbeginn vor dem 16. Lebensjahr scheint allerdings schwere Verläufe zu begünstigen (s.o. Juvenile Spondylitis ankylosans).
					M45.00	
					M45.01	
					M45.02	
					M45.03	
					M45.04	
					M45.05	
					M45.06	
					M45.07	
					M45.08	Eine Enthesopathie kann degenerativ oder entzündlich (Enthesitis) verursacht sein. Des Weiteren kann sie aber auch bei metabolischen Störungen auftreten, so dass gezielt nach der entsprechenden Grunderkrankung gesucht werden muss. Eine Enthesitis tritt häufig bei seronegativen Spondylarthritiden, wie Morbus Bechterew, und bei Gelenkentzündungen im Rahmen einer Schuppenflechte (Psoriasis-Arthritis) auf.
					M45.09	
			1568	spinale Enthesopathie (ohne Medikation)	M46.0	In der Gruppe sonstige entzündliche Spondylopathien befinden sich die Spondylopathien, die eine entzündliche Genese haben. Es sind, wie der M. Bechterew ebenfalls, chronisch entzündlich-rheumatische Erkrankungen vor allem der Gelenke, und hier besonders der Wirbelsäulengelenke.
					M46.00	
					M46.01	
					M46.02	
					M46.03	
					M46.04	
					M46.05	
					M46.06	
					M46.07	
					M46.08	Spodylopathie im Rahmen einer infektiösen und parasitärer Genese. Sie unterscheiden sich ebenfalls in der Therapie von den anderen Gruppen.
					M46.09	
			1569	Sonstige entzündliche Spondylopathien (ohne Medikation)	M46.8	Unter dem Begriff neuropathische Wirbelerkrankung werden deformierende Gelenkveränderungen zusammengefasst, deren Ursache in Erkrankungen des Zentralnervensystems zu suchen ist.
					M46.80	
					M46.81	
					M46.82	
						Mit der sekundäre Spondylopathie werden Wirbelerkrankungen durch anderenorts klassifizierte Krankheiten zusammengefasst. Sie unterscheiden sich ebenfalls in der Therapie von den anderen Gruppen.

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M46.83
						M46.84
						M46.85
						M46.86
						M46.87
						M46.88
						M46.89
						M46.9
						M46.90
						M46.91
						M46.92
						M46.93
						M46.94
						M46.95
						M46.96
						M46.97
						M46.98
						M46.99
				1570	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten (ohne Medikation)	M49.3
						M49.30
						M49.31
						M49.32
						M49.33
						M49.34
						M49.35
						M49.36
						M49.37
						M49.38

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

				1571	Neuropathische Spondylopathie (ohne Medikation)	M49.39	
						M49.4	
						M49.40	
						M49.41	
						M49.42	
						M49.43	
						M49.44	
						M49.45	
						M49.46	
						M49.47	
						M49.48	
						M49.49	
				1572	Sekundäre Spondylopathie (ohne Medikation)	M49.8	
						M49.80	
						M49.81	
						M49.82	
						M49.83	
						M49.84	
						M49.85	
						M49.86	
						M49.87	
						M49.88	
						M49.89	
				1573	Näher bezeichnete Arthritis psoriatica (ohne Medikation)	M07.0	Diese Unterform liegt definitionsgemäß vor, wenn folgende beiden Kriterien erfüllt sind: Gelenkentzündungen und Psoriasis (Schuppenflechte). Wenn bei dem Patienten selber (noch) keine Psoriasis vorliegt, genügt es, wenn zusätzlich zu der Arthritis zwei der folgenden drei Kriterien erfüllt sind: a.) ärztlich gesicherte Psoriasis bei einem Verwandten ersten Grades b.) eine Entzündung aller Gelenke eines Fingers oder c.) Nagelsymptome (Ablösungen oder Tüpfelung).
						M07.00	
						M07.04	
						M07.07	
						M07.09	
3.172	227	208	227				

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M07.1
						M07.10
						M07.11
						M07.12
						M07.13
						M07.14
						M07.15
						M07.16
						M07.17
						M07.18
						M07.19
						M07.2
						M07.3
						M07.30
						M07.31
						M07.32
						M07.33
						M07.34
						M07.35
						M07.36
						M07.37
						M07.38
						M07.39

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

3.173	227	209	227	1573	Näher bezeichnete Arthritis psoriatica (mit Medikation)	L40.5	Diese Unterform liegt definitionsgemäß vor, wenn folgende beiden Kriterien erfüllt sind: Gelenkentzündungen und Psoriasis (Schuppenflechte). Wenn bei dem Patienten selber (noch) keine Psoriasis vorliegt, genügt es, wenn zusätzlich zu der Arthritis zwei der folgenden drei Kriterien erfüllt sind: a.) ärztlich gesicherte Psoriasis bei einem Verwandten ersten Grades b.) eine Entzündung aller Gelenke eines Fingers oder c.) Nagelsymptome (Ablösungen oder Tüpfelung). Wir schlagen eine HMG-Umgruppierung vor.
3.174	227	852	227	1700	Chronische Polyarthritis mit Lungenmanifestation (ohne Medikation)	M05.1	Aus Sicht der Schweregrad- und Kostendifferenzierung sollten linksstehende Komplikationen der Polyarthritis getrennt dargestellt werden. Eine ATC-Splittung zur erweiterten Schweregraddifferenzierung sollte beibehalten werden (hier: ohne Medikation).
						M05.10	
						M05.11	
						M05.12	
						M05.13	
						M05.14	
						M05.15	
						M05.16	
						M05.17	
						M05.18	
						M05.19	
				1701	Chronische Polyarthritis mit Gefäßbeteiligung (ohne Medikation)	M05.2	
						M05.20	
						M05.21	
						M05.22	
						M05.23	
						M05.24	
						M05.25	
						M05.26	
						M05.27	
						M05.28	
						M05.29	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

				1702	Seropositive chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung (ohne Medikation)	M05.3	
						M05.30	
						M05.31	
						M05.32	
						M05.33	
						M05.34	
						M05.35	
						M05.36	
						M05.37	
						M05.38	
						M05.39	
3.175	228	187	227	1561	Vaskulitiden (ohne Medikation)	M30.0	Als Vaskulitiden bezeichnet man entzündlich-rheumatische Erkrankungen, die durch eine Neigung zu Entzündungen der (meist) arteriellen Blutgefäße gekennzeichnet sind. Diese Entzündung betrifft zunächst die Wand der Blutgefäße, was die Durchblutung der von dem Gefäß versorgten Areale stören kann. Sie kann auch auf das umliegende Bindegewebe übergreifen. Diese beiden Mechanismen können so zu einer Schädigung sämtlicher Organsysteme des Körpers führen. Zwischen schwersten, lebensbedrohlichen Verläufen mit Organversagen, welche maximale therapeutische Bemühungen erfordern, und vergleichsweise milden Formen, die auf Dauer nur mit geringen Dosen von Cortison oder Immunsuppressiva behandelt werden müssen, ist alles möglich. Patienten mit systemischen Vaskulitiden sollten bei einem Arzt in Behandlung sein, der sich mit diesen seltenen Krankheitsbildern, ihren möglichen Komplikationen und mit ihrer Therapie auskennt.
						M30.1	
						M30.3	
						M30.8	
						M31.0	
						M31.1	
						M31.2	
						M31.3	
						M31.4	
						M31.5	
						M31.6	
						M31.7	
						M31.8	
						M31.9	
						M30.2	
			228	1562	Kollagenosen (ohne Medikation)	M32.0	Kollagenosen sind chronisch-rheumatische Erkrankungen des Bindegewebes und der Fasern in den Zellzwischenräumen. Sie gehören bei der Klassifikation rheumatischer Erkrankungen in die Gruppe des Weichteilrheumatismus. Kollagenosen sind gekennzeichnet durch vielfältige Beteiligungen des Immunsystems und Autoimmunreaktionen. Oft werden verschiedene Autoantikörper nachgewiesen. Die Krankheitsverläufe können sehr vielfältig sein. Eine Beteiligung der Gelenke ist zweitrangig. Die Krankheitsentwicklung richtet sich nach der Schwere des Organbefalls.
						M32.1	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M32.8	
						M32.9	
						M33.1	
						M33.2	
						M33.9	
						M34.0	
						M34.1	
						M34.2	
						M34.8	
						M34.9	
						M35.0	
						M35.1	
						M35.5	
						M35.8	
						M35.9	
						M36.0	
						M36.8	
						M33.0	
3.176	228	188	227	1553	Feltysyndrom (ohne Medikation)	M05.0	Das Feltzy-Syndrom ist eine Komplikation einer lange bestehenden, zumeist schweren chronischen Polyarthrit. Es ist selten und tritt nur bei etwa 1% der an Rheumatoider Arthritis Erkrankten auf. Bei der Definition des Feltzy-Syndroms werden folgende Symptome gefordert:
						M05.00	
						M05.01	
						M05.02	
						M05.03	
						M05.04	
						M05.05	Der Rheumafaktor ist ein Baustein in der Diagnose zahlreicher rheumatischer und nicht-rheumatischer Erkrankungen. Er wird im Blut, in der Regel im Serum, bestimmt. Beim Rheumafaktor handelt es sich um Autoantikörper, die sich gegen bestimmte Bereiche der körpereigenen
						M05.06	
						M05.07	
						M05.08	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M05.09	Immunglobuline der Klasse G richten.
					M05.8	Ein positiver Rheumafaktor macht eine rheumatische Erkrankung wahrscheinlicher, beweist sie jedoch nicht. Ebenso macht ein negativer Rheumafaktor Rheuma zwar unwahrscheinlicher, schließt es aber nicht aus. Man spricht von einer „seronegativen rheumatoiden Arthritis“, wenn zwar die Krankheit "Rheuma" (rheumatoide Arthritis) vorliegt, der Rheumafaktor jedoch nicht nachweisbar ist.
					M05.80	
					M05.81	
					M05.82	
					M05.83	Ein Synonym der chronischen Polyarthritis ist die Rheumatoide Arthritis, bei man eine typischerweise symmetrisch auftretende Polyarthritis großer und vor allem kleiner Gelenke mit einer Krankheitsdauer von mehr als 6 Wochen findet. Die Rheumatoide Arthritis ist durch die Entwicklung erosiver Gelenkveränderungen charakterisiert, welche bis zur Destruktion des betroffenen Gelenks führen können.
					M05.84	
					M05.85	
					M05.86	
					M05.87	
					M05.88	Bei Rheumaknoten handelt es sich um Knoten, die unter der Haut liegen und die typisch für die chronische Polyarthritis sind. Meist entstehen sie im Verlauf der Erkrankung an Stellen erhöhter Druckbelastung, besonders an der Streckseite von Gelenken, am häufigsten am Ellenbogen. Rheumaknoten sind meist ein Zeichen für einen schweren Krankheitsverlauf.
					M05.89	
					M05.9	
					M05.90	
					M05.91	
					M05.92	Sonstige chronische Polyarthritis beinhaltet unspezifische Diagnosecodes.
					M05.93	Unter palindromem Rheumatismus versteht man eine entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung, bei der es in unregelmäßigen Abständen zu Gelenkentzündungen kommt (Arthritis), die von selber nach einiger Zeit verschwinden, dann aber auch wiederkehren. Der palindrome Rheumatismus selber ist eine zwar in den Schüben unangenehme, mittel- und langfristig aber relativ harmlose rheumatische Erkrankung, da es bei ihm nicht zu Veränderungen der Gelenke und zu dauerhaften Funktionsbeeinträchtigungen kommt.
					M05.94	
					M05.95	
					M05.96	
					M05.97	
					M05.98	
					M05.99	Eine Bursitis ist eine Schleimbeutelentzündung.
					M06.0	Bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wie z.B. einer chronischen Polyarthritis kann es ohne äußere Ursache, d.h. speziell ohne eine Überlastung oder Überreizung, zu Schleimbeutelentzündungen kommen.
					M06.00	
					M06.01	
					M06.02	
					M06.03	
			1554	Seropositive chronische Polyarthritis (ohne Medikation)		
			1555	Seronegative chronische Polyarthritis (ohne Medikation)		

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M06.04
					M06.05
					M06.06
					M06.07
					M06.08
					M06.09
			1556	Entzündliche Polyarthropathie (ohne Medikation)	M06.4
					M06.40
					M06.41
					M06.42
					M06.43
					M06.44
					M06.45
					M06.46
					M06.47
					M06.48
					M06.49
			1560	Rheumaknoten (ohne Medikation)	M06.3
					M06.30
					M06.31
					M06.32
					M06.33
					M06.34
					M06.35
					M06.36
					M06.37
					M06.38
					M06.39

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

228	1557	Sonstige chronische Polyarthritits (ohne Medikation)	M06.8
			M06.80
			M06.81
			M06.82
			M06.83
			M06.84
			M06.85
			M06.86
			M06.87
			M06.88
			M06.89
			M06.9
			M06.90
			M06.91
			M06.92
			M06.93
			M06.94
			M06.95
			M06.96
			M06.97
			M06.98
			M06.99
	1558	Palindromer Rheumatismus (ohne Medikation)	M12.3
			M12.30
			M12.31
			M12.32
			M12.33
			M12.34

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M12.35	
						M12.36	
						M12.37	
						M12.38	
						M12.39	
				1559	Bursitis bei chronischer Polyarthrititis (ohne Medikation)	M06.2	
						M06.20	
						M06.21	
						M06.22	
						M06.23	
						M06.24	
						M06.25	
						M06.26	
						M06.27	
						M06.28	
						M06.29	
				1723	Chronische Polyarthrititis mit Lungenmanifestation (mit Medikation)	M05.1	Analog zu den Gruppen ohne Medikation sollten zur Schweregrad- und Kostendifferenzierung linksstehende Komplikationen der Polyarthrititis (hier: mit Medikation) getrennt dargestellt werden.
						M05.10	
						M05.11	
						M05.12	
						M05.13	
						M05.14	
						M05.15	
						M05.16	Die ATC-Splittung zur weiteren Schweregraddifferenzierung ist beizubehalten.
						M05.17	
						M05.18	
						M05.19	
				1724	Chronische Polyarthrititis mit	M05.2	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

				Gefäßbeteiligung (mit Medikation)	M05.20
					M05.21
					M05.22
					M05.23
					M05.24
					M05.25
					M05.26
					M05.27
					M05.28
					M05.29
			1725	Seropositive chronische Polyarthrit mit Organbeteiligung (mit Medikation)	M05.3
					M05.30
					M05.31
					M05.32
					M05.33
					M05.34
					M05.35
					M05.36
					M05.37
					M05.38
					M05.39
			1511	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnend (mit Medikation)	M08.2
					M08.20
					M08.21
					M08.22
					M08.23
					M08.24
					M08.25

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M08.26
					M08.27
					M08.28
					M08.29
			1513	Juvenile Arthritis mit Gefäßbeteiligung (mit Medikation)	M08.7
					M08.70
					M08.71
					M08.72
					M08.73
					M08.74
					M08.75
					M08.76
					M08.77
					M08.78
					M08.79
			1515	Adulte Form der Still Krankheit (mit Medikation)	M06.1
					M06.10
					M06.11
					M06.12
					M06.13
					M06.14
					M06.15
					M06.16
					M06.17
					M06.18
					M06.19
			1516	Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ (mit Medikation)	M08.0
					M08.00

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M08.01
						M08.02
						M08.03
						M08.04
						M08.05
						M08.06
						M08.07
						M08.08
						M08.09
				1517	Juvenile Arthritis bei Psoriasis (mit Medikation)	M09.0
						M09.00
						M09.01
						M09.02
						M09.03
						M09.04
						M09.05
						M09.06
						M09.07
						M09.08
						M09.09
				1520	Feltysyndrom (mit Medikation)	M05.0
						M05.00
						M05.01
						M05.02
						M05.03
						M05.04
						M05.05
						M05.06

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M05.07
					M05.08
					M05.09
					M05.8
					M05.80
					M05.81
					M05.82
					M05.83
					M05.84
					M05.85
					M05.86
					M05.87
					M05.88
					M05.89
					M05.9
					M05.90
					M05.91
					M05.92
					M05.93
					M05.94
					M05.95
					M05.96
					M05.97
					M05.98
					M05.99
					M06.0
					M06.00
					M06.01

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M06.02
						M06.03
						M06.04
						M06.05
						M06.06
						M06.07
						M06.08
						M06.09
				1523	entzündliche Polyarthropathie (mit Medikation)	M06.4
						M06.40
						M06.41
						M06.42
						M06.43
						M06.44
						M06.45
						M06.46
						M06.47
						M06.48
						M06.49
				1527	Rheumaknoten (mit Medikation)	M06.3
						M06.30
						M06.31
						M06.32
						M06.33
						M06.34
						M06.35
						M06.36
						M06.37

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M06.38
					M06.39
			1528	Vaskulitiden (mit Medikation)	M30.0
					M30.1
					M30.3
					M30.8
					M31.0
					M31.1
					M31.2
					M31.3
					M31.4
					M31.5
					M31.6
					M31.7
					M31.8
					M31.9
					M30.2
			1530	Juvenile Spondylitis ankylosans (mit Medikation)	M08.1
					M08.10
					M08.11
					M08.12
					M08.13
					M08.14
					M08.15
					M08.16
					M08.17
					M08.18
					M08.19

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M07.0
						M07.00
						M07.04
						M07.07
						M07.09
						M07.1
						M07.10
						M07.11
						M07.12
						M07.13
						M07.14
						M07.15
						M07.16
				1540	Näher bezeichnete Arthritis psoriatica (mit Medikation)	M07.17
						M07.18
						M07.19
						M07.2
						M07.3
						M07.30
						M07.31
						M07.32
						M07.33
						M07.34
						M07.35
						M07.36
						M07.37
						M07.38
						M07.39

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					L40.5
					M08.3
					M08.4
					M08.40
					M08.41
					M08.42
					M08.43
					M08.44
					M08.45
					M08.46
					M08.47
					M08.48
					M08.49
			227	1512	Juvenile chronische Arthritis (mit Medikation)
					M08.8
					M08.80
					M08.81
					M08.82
					M08.83
					M08.84
					M08.85
					M08.86
					M08.87
					M08.88
					M08.89
					M08.9
					M08.90
					M08.91
					M08.92
				1514	Sonstige juvenile Arthritis (mit Medikation)

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M08.93
						M08.94
						M08.95
						M08.96
						M08.97
						M08.98
						M08.99
				1518	Juvenile Arthritis bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (mit Medikation)	M09.1
						M09.10
						M09.11
						M09.12
						M09.13
						M09.14
						M09.15
						M09.16
						M09.17
						M09.18
						M09.19
						M09.2
						M09.20
						M09.21
						M09.22
						M09.23
						M09.24
						M09.25
						M09.26
						M09.27
						M09.28

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M09.29	
				1519	Juvenile Arthritis bei anderen Krankheiten (mit Medikation)	M09.8
						M09.80
						M09.81
						M09.82
						M09.83
						M09.84
						M09.85
						M09.86
						M09.87
						M09.88
						M09.89
				1524	sonstige chronische Polyarthritis (mit Medikation)	M06.8
						M06.80
						M06.81
						M06.82
						M06.83
						M06.84
						M06.85
						M06.86
						M06.87
						M06.88
						M06.89
						M06.9
						M06.90
						M06.91
						M06.92
				M06.93		

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M06.94
					M06.95
					M06.96
					M06.97
					M06.98
					M06.99
			1525	Palindromer Rheumatismus (mit Medikation)	M12.3
					M12.30
					M12.31
					M12.32
					M12.33
					M12.34
					M12.35
					M12.36
					M12.37
					M12.38
					M12.39
			1526	Bursitis bei chronischer Polyarthritits (mit Medikation)	M06.2
					M06.20
					M06.21
					M06.22
					M06.23
					M06.24
					M06.25
					M06.26
					M06.27
					M06.28
					M06.29

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M32.0
						M32.1
						M32.8
						M32.9
						M33.1
						M33.2
						M33.9
						M34.0
						M34.1
						M34.2
				1529	Kollagenosen (mit Medikation)	M34.8
						M34.9
						M35.0
						M35.1
						M35.3
						M35.5
						M35.8
						M35.9
						M36.0
						M36.8
						M33.0
				1534	Spondylitis ankylosans (mit Medikation)	M45.0
						M45.00
						M45.01
						M45.02
						M45.03
						M45.04
						M45.05

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M45.06
					M45.07
					M45.08
					M45.09
			1535	spinale Enthesopathie (mit Medikation)	M46.0
					M46.00
					M46.01
					M46.02
					M46.03
					M46.04
					M46.05
					M46.06
					M46.07
					M46.08
					M46.09
			1536	Sonstige entzündliche Spondylopathien (mit Medikation)	M46.8
					M46.80
					M46.81
					M46.82
					M46.83
					M46.84
					M46.85
					M46.86
					M46.87
					M46.88
					M46.89
					M46.9
					M46.90

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

					M46.91
					M46.92
					M46.93
					M46.94
					M46.95
					M46.96
					M46.97
					M46.98
					M46.99
			1537	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten (mit Medikation)	M49.3
					M49.30
					M49.31
					M49.32
					M49.33
					M49.34
					M49.35
					M49.36
					M49.37
					M49.38
					M49.39
			1538	Neuropathische Spondylopathie (mit Medikation)	M49.4
					M49.40
					M49.41
					M49.42
					M49.43
					M49.44
					M49.45
					M49.46

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						M49.47	
						M49.48	
						M49.49	
				1539	Sekundäre Spondylopathie (mit Medikation)	M49.8	
						M49.80	
						M49.81	
						M49.82	
						M49.83	
						M49.84	
						M49.85	
						M49.86	
						M49.87	
						M49.88	
						M49.89	
				1542	Behçet-Krankheit (mit Medikation)	M35.2	
3.178	230	268	60	268	Persönlichkeitsstörungen und dissoziative Störungen	F60.0	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						F60.1	
						F60.2	
						F60.3	
						F60.30	
						F60.31	
						F60.4	
						F60.5	
						F60.6	
						F60.7	
						F60.8	
						F60.9	
						F61	

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

						F62.8	
						F62.80	
						F62.88	
						F62.9	
						F68.1	
						F68.8	
						F69	
3 .179	230	281	60	281	Sonstige Essstörungen	F50.4	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						F50.5	
						F50.8	
						F50.9	
3 .180	230	285	60	285	Sonstige Verhaltensstörungen	F63.0	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						F63.1	
						F63.2	
						F63.3	
						F63.8	
						F63.9	
3 .181	231	270	57	270	Panikstörung / Panikattacken	F41.0	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
3 .182	231	273	57	273	Sonstige näher bezeichnete phobische Störungen	F40.0	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						F40.00	
						F40.01	
						F40.1	
						F40.2	
3 .183	231	844	57	844	Sonstige anhaltende affektive Störungen	F34.1	HMG-Umgruppierung aus Kostensicht notwendig
						F41.2	
4	Sonstiges						
	Vorschlag			Begründung / Problembeschreibung			

Änderungen in den Hierarchien		
4.1	Hierarchie 2 Neubildungen	Wir empfehlen die Integrierung der Tumorlyse aus Gründen der Kostenhomogenität in die HMG008. Weiterhin schlagen wir die Bildung einer neuen HMG4_1 vor, diese sollte im bestehenden Strang zwischen die HMG004 und der HMG006 integriert werden.
4.2	Hierarchie 3 Diabetes mellitus	Durch die Bildung der neuen DxGs und Zuordnung dieser aus Sicht der Kostenhomogenität auf die HMGs 15-17 sind die HMG019 und HMG020 überflüssig und sollten somit gestrichen werden.
4.3	Hierarchie 4 Metabolische Erkrankungen	Aus Kostengründen und medizinisch inhaltlich ist die Bildung einer eigenen Adipositas-HMG (HMG251) nicht zielführend. Die Analysen zeigen das eine Integrierung der Diagnosen als DxG in die HMG024 besser ist.
4.4	Hierarchie 5 Erkrankungen der Leber	Die DxG alt 145 sollte aus Kostengründen der HMG026 zugeordnet werden. Dadurch entfällt die HMG029. Somit dominiert die HMG025 die HMG027 und die HMG027 wiederum die HMG029.
4.5	Hierarchie 6 Gastrointestinale Erkrankungen	Eine neugebildete HMG31_33 Peritonitis sollte der HMG031 und HMG033 übergeordnet werden. Die Peritonitis ist die Maximalkomplikation beider HMGs.
4.6	Hierarchie 7 Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems	Wir schlagen die Splittung der HMG204 und der HMG205 aus Kostengründen vor. Die jeweils neu gebildete HMG204_1 (Frauen) wird von der HMG204 dominiert und die neue HMG205_1 (Männer) wird von der HMG205 dominiert. Aufgrund der neugebildeten DxGs durch Schweregraddifferenzierung ist es möglich die Osteoporose und ihre Komplikationen im Sinne der Kostenhomogenität gezielt zuzuordnen. Gleiches Vorgehen schlagen wir bei den rheumatischen Erkrankungen vor. Durch eine gezielte Differenzierung des Schweregrades und durch ATC-Splittung ist eine spezifische Zuordnung in die HMG226, HMG227 und HMG228 möglich. Die HMG229 ist aufgrund dessen überflüssig und kann gestrichen werden.
4.7	Hierarchie 9 Kognitive Erkrankungen	Wir schlagen eine Differenzierung der HMG047 in Reye-Syndrom und die Hydrozephalie, die aufgrund ihrer geringeren Kosten der HMG049 zuzuordnen sind. Damit sollte die HMG049 nicht entfallen. Aufgrund dessen sollte die HMG047 in Reye-Syndrom und die HMG049 in Hydrozephalus umbenannt werden.

4.8	Hierarchie 10 Drogen und Alkoholmissbrauch	Bei einer verbesserten medizinisch inhaltlichen Abgrenzung und Zuordnung der ICDs in DxGs (z.T. neu gebildete) wird deutlich, dass aus Sicht der Kostenhomogenität die HMG053 gestrichen werden kann.
4.9	Hierarchie 11 Psychische Erkrankungen	Wir schlagen die Neubildung der HMG60_1 (Chronische Schmerzstörung) vor. In diese HMG soll die DxG1602 (Chronische Schmerzstörung) zugeordnet werden. Die DxG1601 (Anhaltende Schmerzstörung) wird der HMG060 zugeordnet, diese wird von der HMG60_1 (Chronische Schmerzstörung) dominiert. Aus Aspekten der Kostenhomogenität können die HMG060 und die HMG230 zur HMG060 vereint werden. Gleiches gilt für die HMG231 und der HMG057. Somit entfallen die HMG231 und HMG230. Des Weiteren möchten wir abermals darauf hinweisen, dass in der HMG056 sich unspezifische Diagnosen der bipolaren Störung befinden. Auf gleicher Ebene ist die HMG058 Depression, die spezifische Diagnosen der Depression vereint. Aus unserer Sicht führt dies zu ungerechtfertigter Doppelzuweisung. Zur Vermeidung eines Manipulationshebels fordern wir das BVA auf, diesen Umstand zu verändern.
4.10	Hierarchie 12 Entwicklungsstörung	Wir schlagen die Bildung von zwei statt drei HMGs vor. HMG300 (Tiefgreifende Entwicklungsstörungen) und HMG301 (Andere Entwicklungsstörungen), wobei die HMG300 die HMG301 dominiert. Aus unserer Sicht sollten die neu hinzugekommenen ICDs dieser Krankheit mit Alterssplitts bzw. -begrenzungen versehen werden, damit eine sinnvolle medizinische und kostentechnische Zuordnungen auf die DxGs und die HMGs möglich ist. Eine Separierung des ADHS erscheint nicht zielführend.
4.11	Hierarchie 14 Neurologische Erkrankungen	Wir schlagen die Splittung der HMG071 nach Neubildung der entsprechenden DxGs unter Schweregradaspekten vor. Die Neugebildete HMG71_1 wird von der HMG071 dominiert. Das Gleiche gilt für die HMG074. Die HMG074 beinhaltet dann den Status epilepticus und sollte dann auch so benannt werden. Die HMG74_1 beinhaltet dann die anderen Formen der Epilepsie. Die HMG074 dominiert die HMG74_1.
4.12	Hierarchie 18 Gefäß- und Kreislauferkrankungen	Bei einer verbesserten medizinisch inhaltlichen Abgrenzung und Zuordnung der ICDs in DxGs (z.T. neu gebildete) wird deutlich, dass aus Sicht der Kostenhomogenität die HMG106 gestrichen werden kann.
4.13	Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge	Bei einer verbesserten medizinisch inhaltlichen Abgrenzung und Zuordnung der ICDs in DxGs (z.T. neu gebildete) nach Wegfall des Asthma Bronchiale wird deutlich, dass aus Sicht der Kostenhomogenität die HMG109 gestrichen werden kann.
4.14	Hierarchie 20 Erkrankungen der Harnwege	Nach Splittung der DxG nach Schweregrad und unter den Aspekten der Kostenhomogenität wird die HMG134 gesplittet. Die neue HMG134_1 wird unter die HMG134 und über die HMG131, in den bereits bestehenden Hierarchiestrang integriert.
4.15	Hierarchie 23 Verletzungen	Die bestehende HMG161 wird nach Schweregraddifferenzierung durch DxG-Splittung geteilt. Die neue HMG161_1 (Schwerwiegende traumatische Amputation) wird von der HMG161 (Andere traumatische Amputation) dominiert.

Ausgefüllten Vordruck bitte per Email an **RSA.VII2@bva.de** schicken.

4.16	Hierarchie 24 Medizinische Komplikationen	Nach Schweregraddifferenzierung durch DxG-Splttung ist die Bildung der neuen HMG260 nicht nachvollziehbar. Aus Kostensicht ist das Vorhandensein von zwei HMGs ausreichend.
4.17	Hierarchie 26 Erkrankungen des Auges	Mit Berücksichtigung der Augenkomplikationen bereits in der Hierarchie 3 Diabetes führt der Verbleib der diabetischen Retinopathie in der Hierarchie 26 zu Doppelzuweisungen. Zur Vermeidung von Manipulationen schlagen wir die Integrierung der diabetischen Retinopathie ausschliesslich in die Hierarchie 3 vor. Dieses führt zur Auflösung der Hierarchie 26.