

**Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses  
zur jährlichen Weiterentwicklung des Klassifikations-  
systems gemäß § 87a Abs. 5 SGB V (KS87a)**

**Weiterentwicklung der Zuordnung der Diagnosen zu  
Risikokategorien bis zum 31. Mai 2013**

Freigegeben in der 380. Sitzung des Arbeitsausschusses des  
Bewertungsausschusses am 16. Oktober 2013

### **Autorenliste**

Frau Ulrike Albrecht

Herr Dr. Ingolf Berger

Herr Wolfgang Grimm

Herr Dr. Andreas Hinz

Das Institut dankt den Teilnehmern der Arbeitsgruppe medizinische Grupper-Anpassung für die vielen wertvollen Hinweise und Anregungen und Frau Manuela Walter für Ihre redaktionelle Unterstützung.

### **Adresse und Kontakt**

Institut des Bewertungsausschusses

Wilhelmstraße 138

10963 Berlin

info@institut-ba.de

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>6</b>
<b>2 Klassifikationssystem gemäß § 87a Abs. 5 SGB V (KS87a) .....</b>	<b>6</b>
2.1 Das Klassifikationssystem zur Zuordnung von Diagnosen zu Risikokategorien im Rahmen der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs .....	7
2.2 Das Klassifikationssystem zur Zuordnung von Diagnosen zu Risikokategorien im Rahmen der Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs .....	8
2.3 Weiterentwicklung des prospektiven und des zeitgleichen Klassifikationssystems .....	10
2.4 Überleitung der Schlüsselnummern der ICD-10-GM in die Risikokategorien des Klassifikationssystems .....	10
2.4.1 Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit und Seitenlokalisierung .....	10
2.4.2 Alter und Geschlecht als Kriterien für ICD-DxG-CC-Überleitungen .....	11
2.4.3 Einfache und doppelte ICD-CC-Überleitungen .....	11
<b>3 Grundsätze der Bearbeitungen .....</b>	<b>12</b>
3.1 Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemäß § 87a Abs. 5 SGB V .....	12
3.1.1 Anwendungsbedingungen .....	12
3.1.2 Kriterien und Ziele .....	12
3.1.3 Rahmenvorgaben .....	13
3.1.4 Sonstiges .....	14
3.2 Ausgestaltung des Regelwerks für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems ...	14
3.2.1 Kriterien für „klinische Homogenität von Diagnosegruppen“ .....	15
<b>4 Datengrundlage der Bearbeitungen .....</b>	<b>17</b>
4.1 Datengrundlage der Klassifikations- und Rechenergebnisse für die Bearbeitung des prospektiven Klassifikationssystems .....	17
4.1.1 Datengrundlage zur Ermittlung der Kostengewichte .....	17
4.1.2 Datengrundlage zur Ermittlung der Prävalenzen .....	18
4.2 Datengrundlage der Klassifikations- und Rechenergebnisse für die Bearbeitung des zeitgleichen Klassifikationssystems .....	19
4.2.1 Datengrundlage zur Ermittlung der Kostengewichte .....	19
4.2.2 Datengrundlage zur Ermittlung der Prävalenzen .....	19
<b>5 Anpassung des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM .....</b>	<b>21</b>
5.1 Grundlagen und Regelwerk für die Anpassung des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM .....	21
5.1.1 Neue ICD-CC-Überleitungen für neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM .....	21
5.1.2 Ungültige ICD-CC-Überleitungen durch Streichung von Schlüsselnummern in neuen Versionen der ICD-10-GM .....	22
5.1.3 Prüfung der ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern mit inhaltlichen Textänderungen in neuen Versionen der ICD-10-GM .....	23
5.2 Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2012 der ICD-10-GM .....	23
5.2.1 Neue ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2012 .....	23

5.2.2	Ab 2012 nicht mehr gültige ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2011 .....	24
5.2.3	Inhaltliche Textänderungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM zwischen den Jahresversionen 2011 und 2012 .....	25
5.3	Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2013 der ICD-10-GM .....	25
5.3.1	Neue ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2013 .....	25
5.3.2	Ab 2013 nicht mehr gültige ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2012 .....	30
5.3.3	Inhaltliche Textänderungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM zwischen den Jahresversionen 2012 und 2013 .....	32
<b>6</b>	<b>Überarbeitung der Überleitungen für Divertikulosen .....</b>	<b>34</b>
6.1	Bearbeitungsanlass und -methodik.....	34
6.1.1	Bearbeitungskriterium „Komplikation“ .....	34
6.1.2	Bearbeitungskriterium „Lokalisation“ .....	35
6.2	Ergebnisse .....	36
6.2.1	Diagnosegruppe DxG1550.....	36
6.2.2	Diagnosegruppe DxG1551.....	37
6.2.3	Diagnosegruppe DxG1630.....	39
6.2.4	Diagnosegruppe DxG1640.....	39
6.2.5	Diagnosegruppe DxG1641.....	40
6.2.6	Diagnosegruppe DxG1650.....	41
6.2.7	Diagnosegruppe DxG1770.....	41
6.2.8	Tabellarische Ergebnisdarstellung.....	42
6.2.9	Hierarchien .....	44
	<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>45</b>

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Hierarchien der ACC007</i> .....	44
--	----

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Parameter der Versionen p06b und p07a des Klassifikationssystems.....	8
Tabelle 2: Parameter der Versionen z06a und z07a des Klassifikationssystems .....	9
Tabelle 3: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2012, die in die CC105 übergeleitet werden .....	23
Tabelle 4: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2012, die in die CC106 übergeleitet werden .....	24
Tabelle 5: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2012, die in die CC201 übergeleitet werden .....	24
Tabelle 6: In der Version 2012 der ICD-10-GM gestrichene Schlüsselnummern der Vorversion .....	24
Tabelle 7: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC046 übergeleitet werden .....	26
Tabelle 8: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC092 übergeleitet werden .....	26
Tabelle 9: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC036 übergeleitet werden .....	27
Tabelle 10: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC034 übergeleitet werden .....	27
Tabelle 11: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC165 übergeleitet werden .....	27
Tabelle 12: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC065 übergeleitet werden .....	28
Tabelle 13: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC079 übergeleitet werden .....	28
Tabelle 14: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC201 übergeleitet werden .....	29
Tabelle 15: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC006 übergeleitet werden .....	29
Tabelle 16: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC179 übergeleitet werden .....	29
Tabelle 17: In der Version 2013 der ICD-10-GM gestrichene Schlüsselnummern der Vorversion .....	31
Tabelle 18: Alle Schlüsselnummern der Version 2013 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen im Vergleich zu ihrer 2012er Fassung .....	33
Tabelle 19: Alle Änderungen von ICD-DxG-(CC)-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der Überleitungen für Divertikulosen durchgeführt wurden .....	43
Tabelle 20: Alle Textbezeichnungen der Diagnosegruppen in Tabelle 19 .....	44
Tabelle 21: Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 19.....	44

## 1 Einleitung

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 berichtet das Institut des Bewertungsausschusses zum 31. Mai und zum 31. August eines jeden Jahres über die jährliche Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemäß § 87a Abs. 5 SGB V. Die Berichterstattung dokumentiert die gegenüber dem jeweils zuletzt berichteten Stand vorgenommenen Veränderungen der Zuordnung von Diagnosen zu Risikokategorien in der unkomprimierten Version, der daraus abgeleiteten Risikokategorien der komprimierten Version, am Kompressionsalgorithmus und am Hierarchisierungsverfahren. Der Bericht zum 31. August eines Jahres soll darüber hinaus die mit dem beschlossenen Klassifikationssystem vorgenommene Bestimmung der diagnosebezogenen<sup>1</sup> morbiditätsbedingten Veränderungsdaten dokumentieren.

Mit dem vorliegenden Bericht zum 31. Mai 2013 kommt das Institut des Bewertungsausschusses dieser Berichtspflicht nach und berichtet über die Weiterentwicklung der Zuordnung der Diagnosen bis zur Ebene der unkomprimierten Risikokategorien.

## 2 Klassifikationssystem gemäß § 87a Abs. 5 SGB V (KS87a)

Gemäß § 87a Abs. 5 SGB V ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden. Im Rahmen dieses Modells wird das Klassifikationssystem KS87a mit dem Verwendungszweck der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V eingesetzt. Der vorliegende Bericht beschreibt gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems im Rahmen dieses Verwendungszweckes.

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 288. Sitzung beschlossen, das Klassifikationssystem auch für die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2013 einzusetzen und diesen Verwendungszweck gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung auch für den nicht vorhersehbaren Anstieg der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2014 beizubehalten. Der vorliegende Bericht stellt auch die entsprechenden Weiterentwicklungen gemäß diesem Verwendungszweck des Klassifikationssystems dar.

Entsprechend dieser beiden Verwendungszwecke erfolgte die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems seit 2010 in zwei getrennten Varianten. Bisher sind diese bei der Zuordnung der Diagnosen bis zur Ebene der unkomprimierten Risikokategorien überwiegend identisch.

---

<sup>1</sup> Die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses spricht von „diagnosebezogenen Veränderungsdaten“, während im SGB V der Begriff „diagnosenbezogenen Veränderungsdaten“ steht. Die hier vorliegende Berichtslegung verwendet die Begrifflichkeit des Bewertungsausschusses.

## **2.1 Das Klassifikationssystem zur Zuordnung von Diagnosen zu Risikokategorien im Rahmen der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs**

Die Berechnungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten erfolgen mit einem zweijährig prospektiven Zeithorizont. Zweijährig prospektiv heißt, dass jeweils von denselben Versicherten die Diagnosen des Jahres X und die Leistungsbedarfe des Jahres X+2 benutzt werden. Zur Vereinfachung wird dieses Klassifikationssystem im vorliegenden Bericht immer als prospektives Klassifikationssystem bezeichnet.

Die Versionsbezeichnungen des prospektiven Klassifikationssystems beginnen immer mit einem kleinen „p“. Nach dem führenden Kleinbuchstaben enthält die Versionsbezeichnung eine fortlaufende zweistellige Zahl als Hauptversionsnummer und einen weiteren Kleinbuchstaben (fortlaufender Buchstabe des Alphabets) zur Kennzeichnung von eventuell notwendigen Unterversionen, z.B. p06a, p06b.

Im Jahr 2012 erfolgte die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß § 87a SGB V für das Jahr 2013 mit dem Klassifikationsmodell „KM87a\_2012“. Das zu diesem Klassifikationsmodell gehörende Klassifikationssystem (KS87a) war die Version p06b.

Unter Beachtung und Anwendung der Festlegungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemäß § 87a Abs. 5 SGB V erfolgte eine Weiterentwicklung von Version p06b zur Version p07a. Die Version p07a wurde am 4. Juni 2013 vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses freigegeben und steht damit für eine Verwendung bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2014 zur Verfügung.

Die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von der Version p06b zur Version p07a betraf die Anpassung an die Jahresversionen 2012 und 2013 der ICD-10-GM (siehe 5.) und die Überarbeitung der Zuordnung von Darmdivertikulosen<sup>2</sup> zu diagnosebezogenen Risikokategorien (siehe 6.).

Im Rahmen der Anpassung an die ICD-Jahresversionen wurden den diagnosebezogenen Risikokategorien des Klassifikationssystems insgesamt 103 neue Schlüsselnummern zugeordnet. Für 70 in den neuen ICD-Versionen gestrichene Codes wurden die Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien ab 2012 bzw. 2013 als ungültig markiert.

Da für Diagnosen der Jahre 2006 und 2007 keine Anwendung der Version p07a vorgesehen ist, wurden außerdem alle Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern aus dem Klassifikationssystem gelöscht, die nur für diese beiden Diagnosenjahre gültig waren.

---

<sup>2</sup> Auftreten zahlreicher Darmdivertikel (Darmdivertikel = angeborene oder erworbene, pilz-, birnen- oder sackförmige Ausstülpung aller Darmwandteile); oft symptomlos; mögliche Komplikationen: Entzündung (Divertikulitis), Abszess, Blutung, Perforation; ICD-10-GM: K57.- Divertikulose des Darmes

Die Überarbeitung der Zuordnung von Darmdivertikulosen erfolgte zur Korrektur festgestellter Fehler bzw. Unstimmigkeiten in der Umsetzung der Überleitungssystematik in diesem Bereich. Im Ergebnis werden die ICD-Schlüsselnummern für Divertikulosen des Darmes jetzt in Abhängigkeit vom Vorliegen oder Nichtvorliegen der Komplikationen „Perforation“ und „Blutung“ und eindeutig abgegrenzt von den Geschwüren des Magens und des Dünndarms in Diagnosegruppen und diagnosebezogene Risikokategorien übergeleitet. Dafür mussten zwei neue Diagnosegruppen (DxG) gebildet werden.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von der Version p06b zur Version p07a wurden die Anzahlen der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) und der Risikokategorien (CC/HCC/ACC) sowie die Hierarchiebeziehungen (CC→HCC) nicht bearbeitet oder verändert. Die folgende Tabelle stellt die Parameter der beiden Versionen gegenüber.

Parameter	Version p06b	Version p07a
Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG)	32	32
Diagnosegruppen (DxG)	<b>812</b>	<b>814</b>
Risikokategorien (CC/HCC)	190	190
Hierarchien (CC→HCC)	268	268
Aggregierte Risikokategorien (ACC)	32	32
Klassifizierbare ICD-Jahresversionen	<b>2006 bis 2011</b>	<b>2008 bis 2013</b>

Tabelle 1: Parameter der Versionen p06b und p07a des Klassifikationssystems

## 2.2 Das Klassifikationssystem zur Zuordnung von Diagnosen zu Risikokategorien im Rahmen der Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

Die Berechnungen zur Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs erfolgen mit zeitgleichem Horizont. Zeitgleich heißt, dass jeweils von denselben Versicherten die Diagnosen und die Leistungsbedarfe eines gleichen Jahres benutzt werden. Im vorliegenden Bericht wird dieses Klassifikationssystem immer als zeitgleiches Klassifikationssystem bezeichnet.

Die Versionsbezeichnungen des zeitgleichen Klassifikationssystems beginnen immer mit einem kleinen „z“. Nach dem führenden Kleinbuchstaben enthält die Versionsbezeichnung eine fortlaufende zweistellige Zahl als Hauptversionsnummer und einen weiteren Kleinbuchstaben (fortlaufender Buchstabe des Alphabets) zur Kennzeichnung von eventuell notwendigen Unterversionen, z.B. z05a, z06a (für das zeitgleiche Klassifikationssystem gab es bisher noch keine Unterversionen).

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs

des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V wurde die Version z06a des Klassifikationssystems zur Version z07a weiterentwickelt. Die Version z07a wurde am 2. Juli 2013 vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses freigegeben und steht damit für die bis zum 30. Juni 2014 vorgesehene Kalibrierung für die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013 zur Verfügung.

Die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von der Version z06a zur Version z07a betraf die Anpassung an die Jahresversionen 2012 und 2013 der ICD-10-GM (siehe 5.) und die Überarbeitung der Zuordnung von Darmdivertikulosen zu diagnosebezogenen Risikokategorien (siehe 6.).

Im Rahmen der Anpassung an die ICD-Jahresversionen wurden den diagnosebezogenen Risikokategorien des Klassifikationssystems insgesamt 103 neue Schlüsselnummern zugeordnet. Für 70 in den neuen ICD-Versionen gestrichene Codes wurden die Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien ab 2012 bzw. 2013 als ungültig markiert.

Da für Diagnosen der Jahre 2006 und 2007 keine Anwendung der Version z07a vorgesehen ist, wurden außerdem alle Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern aus dem Klassifikationssystem gelöscht, die nur für diese beiden Diagnosenjahre gültig waren.

Die Überarbeitung der Zuordnung von Darmdivertikulosen erfolgte zur Korrektur festgestellter Fehler bzw. Unstimmigkeiten in der Umsetzung der Überleitungssystematik in diesem Bereich. Im Ergebnis werden die ICD-Schlüsselnummern für Divertikulosen des Darmes jetzt in Abhängigkeit vom Vorliegen oder Nichtvorliegen der Komplikationen „Perforation“ und „Blutung“ und eindeutig abgegrenzt von den Geschwüren des Magens und des Dünndarms in Diagnosegruppen und diagnosebezogene Risikokategorien übergeleitet. Dafür mussten zwei neue Diagnosegruppen (DxG) gebildet werden.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von der Version z06a zur Version z07a wurden die Anzahlen der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) und der Risikokategorien (CC/HCC/ACC) sowie die Hierarchiebeziehungen (CC→HCC) nicht bearbeitet oder verändert. Die folgende Tabelle stellt die Parameter der beiden Versionen gegenüber.

Parameter	Version z06a	Version z07a
Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG)	32	32
Diagnosegruppen (DxG)	<b>812</b>	<b>814</b>
Risikokategorien (CC/HCC)	190	190
Hierarchien (CC→HCC)	258	258
Aggregierte Risikokategorien (ACC)	31	31
Klassifizierbare ICD-Jahresversionen	<b>2006 bis 2011</b>	<b>2008 bis 2013</b>

Tabelle 2: Parameter der Versionen z06a und z07a des Klassifikationssystems

## 2.3 Weiterentwicklung des prospektiven und des zeitgleichen Klassifikationssystems

Da beide Klassifikationssysteme von allen Änderungen gegenüber dem zuletzt berichteten Stand gleichermaßen betroffen sind, bleiben das prospektive und das zeitgleiche Klassifikationssystem in der Ausgestaltung weiterhin überwiegend identisch. In den folgenden Abschnitten des Berichts kann deshalb auf eine gesonderte Kennzeichnung und Unterscheidung zwischen den Weiterentwicklungen des prospektiven und des zeitgleichen Klassifikationssystems verzichtet werden, d.h. die Ausführungen zum „Klassifikationssystem“ beziehen sich immer sowohl auf das prospektive als auch auf das zeitgleiche Klassifikationssystem.

## 2.4 Überleitung der Schlüsselnummern der ICD-10-GM in die Risikokategorien des Klassifikationssystems

Die Zuordnung von Diagnosen zu diagnosebezogenen Risikokategorien erfolgt bis zur Ebene der unkomprimierten Risikokategorien in zwei Gruppierungsschritten. Im ersten Schritt werden alle gültigen ICD-Kodes (ca. 14.500) in ca. 800 Diagnosegruppen (Dx-Gruppen, DxG) zusammengefasst. Im zweiten Schritt werden die Dx-Gruppen den aktuell 190 diagnosebezogenen Risikokategorien (Condition Categories, CC bzw. Hierarchical Condition Categories, HCC) zugeordnet.

In den folgenden Ausführungen werden diese Gruppierungsschritte der Schlüsselnummern der ICD-10-GM in die Diagnosegruppen und Risikokategorien des Klassifikationssystems meist verkürzt als ICD-DxG-Überleitungen, DxG-CC-Überleitungen, ICD-DxG-CC-Überleitungen oder ICD-CC-Überleitungen dargestellt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit erfolgt die Beschreibung der Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems oft nur anhand der Überleitungen der ICD-Kodes in die diagnosebezogenen Risikokategorien (ICD-CC-Überleitungen) ohne die explizite Erwähnung der ersten Gruppierungsstufe (ICD-DxG-Überleitungen).

### 2.4.1 Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit und Seitenlokalisierung

Im Klassifikationssystem KS87a werden die Schlüsselnummern der ICD-10-GM immer nur im Zusammenhang mit ihrem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (ZK-DS) in Risikokategorien übergeleitet.

In Verbindung mit dem ZK-DS „G“ (gesichert) erfolgt für alle ICD-Kodes eine Überleitung in Risikokategorien. Von den ICD-Kodes mit dem ZK-DS „Z“ (Zustand nach) wird nur eine festgelegte Auswahl (Schlüsselnummern für Tumoren) übergeleitet. Für ICD-Kodes mit den ZK-DS „A“ (ausgeschlossen) oder „V“ (Verdacht auf) erfolgt keine Überleitung in Risikokategorien.

Wenn in den folgenden Ausführungen ICD-CC-Überleitungen ohne Nennung des ZK-DS aufgeführt werden, handelt es sich immer um Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen „G“ (gesichert).

Die Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung werden im Klassifikationssystem derzeit nicht benutzt.

#### 2.4.2 Alter und Geschlecht als Kriterien für ICD-DxG-CC-Überleitungen

Weitere Kriterien für ICD-DxG-CC-Überleitungen sind das Alter und das Geschlecht der Versicherten. Die meisten Überleitungen erfolgen unabhängig von Alter und Geschlecht, einige jedoch nur, wenn definierte Bedingungen für Alter und Geschlecht erfüllt sind. Dabei ist es auch möglich, dass eine Schlüsselnummer in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht in unterschiedliche Risikokategorien übergeleitet wird.

#### 2.4.3 Einfache und doppelte ICD-CC-Überleitungen

Anhand der in 2.4.1 und 2.4.2 genannten Kriterien (Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, Alter, Geschlecht) ergibt sich für eine ICD-Schlüsselnummer in der Regel eine eindeutige Zuordnung zu einer einzelnen Risikokategorie („einfache ICD-CC-Überleitung“).

In wenigen Einzelfällen wird eine ICD-Schlüsselnummer unabhängig von den genannten Kriterien immer gleichzeitig in zwei Risikokategorien übergeleitet. Zum Beispiel (KS87a-Version p06b) wird „E10.20 Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet“ gleichzeitig der „CC015 Diabetes mellitus mit renalen oder multiplen Komplikationen“ und auch der „CC020 Typ-1-Diabetes mellitus“ zugeordnet. In den folgenden Ausführungen wird in diesen Fällen die Begrifflichkeit „doppelte ICD-CC-Überleitung“ verwendet.

### 3 Grundsätze der Bearbeitungen

Basis für die Grundsätze der Bearbeitungen des Klassifikationssystems sind die Vorgaben aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemäß § 87a Abs. 5 SGB V. In diesem Beschluss wurde die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems für den Verwendungszweck „Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs“ (prospektives Klassifikationssystem) definiert.

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V wurde der Verwendungszweck des Klassifikationssystems um die „Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs“ (zeitgleiches Klassifikationssystem) erweitert.

Die Weiterentwicklung des zeitgleichen Klassifikationssystems erfolgte analog zu den für das prospektive Klassifikationssystem entwickelten Bearbeitungsgrundsätzen.

#### 3.1 **Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemäß § 87a Abs. 5 SGB V**

##### 3.1.1 Anwendungsbedingungen

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung ist bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems als Anwendungsbedingung insbesondere zu berücksichtigen, dass

- keine ambulanten Kodierrichtlinien zur Sicherstellung einheitlicher Diagnosequalität vorhanden sind,
- weitere regional unterschiedliche Gegebenheiten, insbesondere unterschiedliche Abgrenzungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorliegen können und
- die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungen der Morbiditätsstruktur gemäß § 87a Abs. 4 SGB V auf der Ebene aller Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zu erfolgen hat.

Darüber hinaus sind Veränderungen der Struktur der vertragsärztlichen Versorgung durch Gesetzesänderungen und deren Umsetzung zu berücksichtigen.

##### 3.1.2 Kriterien und Ziele

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung sind bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems die folgenden Kriterien und Ziele zu berücksichtigen.

- Das Klassifikationssystem soll alle Diagnosen berücksichtigen, die für die MGV-relevante Veränderung der Morbiditätsstruktur maßgeblich sind.
- Auf der untersten Ebene sollen die Diagnosen klinisch homogenen Diagnosegruppen zugeordnet werden, die eine Differenzierung sowohl akuter als auch chronischer, schwerwiegender und/oder besonders häufiger Krankheiten gewährleisten. Die Zuordnung von Diagnosen zu Risikokategorien erfolgt unter Verwendung dieser Diagnosegruppen. Die Änderung von Zuordnungen von Diagnosen zu Diagnosegruppen und Risikokategorien sowie die Anpassung der Risikokategorien, insbesondere ihre Zusammenlegung, Aufteilung und hierarchische Anordnung haben regelbasiert zu erfolgen.
- Um den Einfluss von Variationen in der Kodierung multimorbider Patienten oder solcher mit einem bestimmten Schweregrad einer Erkrankung einzugrenzen, sind die Risikokategorien des weiterentwickelten Klassifikationssystems erstens in Hierarchien anzuordnen und zweitens zu komprimieren. Hierbei kann die Anordnung in Hierarchien nicht nur nach Schweregraden, sondern auch in organsystemübergreifenden Hierarchien erfolgen, in denen (eine) dominierende Risikokategorie(n) zur Beschreibung MGV-relevanter Veränderungen der Morbiditätsstruktur geeignet ist (sind).
- Die Risikokategorien des Klassifikationssystems sollen möglichst ökonomisch homogen sein.
- Das Klassifikationssystem und die damit ermittelten diagnosebezogenen Veränderungsdaten sollen hinsichtlich der statistischen Eigenschaften den Anforderungen in Bezug auf Reliabilität, Validität, Signifikanz, Stabilität und Schätzgenauigkeit genügen und insbesondere robust sein gegenüber Ausreißerwerten und verbliebenen Mängeln in den zugrunde liegenden Daten.
- Das Klassifikationssystem soll resistent sein gegenüber möglichen Anreizwirkungen zur Manipulation der Dokumentationsgrundlagen.
- Die jährlichen Anpassungen des Klassifikationssystems aufgrund von Änderungen in der ICD-10-GM sollen regelbasiert berücksichtigt werden.

### 3.1.3 Rahmenvorgaben

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung legt den Rahmen für die Anpassung des Klassifikationssystems fest. Die konkrete Umsetzung erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses nach den jeweiligen Vorgaben der Trägerorganisationen in der Arbeitsgruppe Grouperanpassung des Bewertungsausschusses.

Die Ausgestaltung eines Regelwerks sowie ggf. notwendige Konkretisierungen der Methoden für die jährliche regelmäßige Anpassung des Klassifikationssystems sind im Verlauf der Arbeiten zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems unter Berücksichtigung der Anwendungsbedingungen (siehe 3.1.1) und der Kriterien und Ziele (siehe 3.1.2) vorzunehmen.

Die Weiterentwicklung der Diagnosezuordnungen des Klassifikationssystems erfolgt auf der Ebene des jeweils aktualisierten Standes der für den definierten Verwendungszweck weiterentwickelten Version des Klassifikationssystems vor dem Hintergrund der Anwendungsbedingungen (siehe 3.1.1) und der Kriterien und Ziele (siehe 3.1.2). Dabei können neben den jährlichen Änderungen am ICD-Katalog auch weitere Aspekte wie eine selektive Behebung von festgestellten Mängeln in der medizinischen und/oder ökonomisch begründeten Zuordnung berücksichtigt werden.

#### 3.1.4 Sonstiges

Neben den unter 3.1.1 bis 3.1.3 dargestellten Aspekten enthält der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung eine Reihe weiterer Bestimmungen für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemäß § 87a Abs. 5 SGB V, z.B. den Auftrag an das Institut des Bewertungsausschusses zur regelmäßigen Erstellung des hier vorliegenden Berichts. Auf die hier zu berichtende Weiterentwicklung der Zuordnung der Diagnosen bis zur Ebene der unkomprimierten Risikokategorien haben diese weiteren Bestimmungen jedoch keinen direkten Einfluss, so dass auf ihre Darstellung verzichtet wird.

### 3.2 Ausgestaltung des Regelwerks für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems

Wie im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung festgelegt, soll die Ausgestaltung des Regelwerks für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems im Verlauf der entsprechenden Bearbeitungen durch das Institut des Bewertungsausschusses nach den jeweiligen Vorgaben der Trägerorganisationen in der Arbeitsgruppe Grouperanpassung des Bewertungsausschusses erfolgen. Bei der im vorliegenden Bericht beschriebenen Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von den Versionen p06b und z06a zu den Versionen p07a und z07a erfolgten

1. Anpassungen des Klassifikationssystems an die Jahresversionen 2012 und 2013 der ICD-10-GM (siehe 5.2 und 5.3) und
2. die Überarbeitung der Überleitungen für Divertikulosen (siehe 6.).

Die Anpassungen des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM erfolgten bereits vor dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung regelbasiert. Das Regelwerk ist im Abschnitt 5.1 dieses Berichts dargestellt.

Bei der Überarbeitung der Überleitungen für Divertikulosen wurde als Ziel die Verbesserung der Zuordnung dieser Diagnosen zu klinisch homogenen Diagnosegruppen definiert.

### 3.2.1 Kriterien für „klinische Homogenität von Diagnosegruppen“

Als erster Schritt für die Bearbeitung dieser Zielstellung wurden die folgenden grundsätzlichen Kriterien für „klinische Homogenität von Diagnosegruppen“ formuliert.

Die „klinische Homogenität“ wurde definiert als Zusammengehörigkeit (Ähnlichkeit) von Diagnosen bezüglich

- Lokalisation (Organ, Organsystem, Körperteil, -abschnitt, -seite),
- Ätiologie,
- Komplikation(en),
- Komorbiditäten,
- Schweregrad/Stadium,
- Verlauf,
- akute oder chronische Erkrankung und
- Behandlung stationär oder ambulant.

Diese Kriterien sollen grundsätzlich herangezogen werden, wenn Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems mit der Zielsetzung der Verbesserung der Zuordnung von Diagnosen zu klinisch homogenen Diagnosegruppen erfolgen. Aber in Bezug auf die jeweiligen spezifischen Bearbeitungsbereiche werden einerseits nicht immer alle Kriterien zutreffen können, andererseits wird es eventuell erforderlich sein, die vorliegenden Kriterien zu erweitern. Die aufgeführte Liste ist somit nicht als abschließend zu betrachten.

Prinzipiell nicht für den jeweiligen Bearbeitungsbereich nutzbar sind einzelne Kriterien, wenn die entsprechende Information nicht aus dem Diagnoseeintrag in der ICD-10-GM ableitbar ist. Zum Beispiel kann aus den ICD-Schlüsselnummern

I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz

I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz

kein Schweregrad abgeleitet werden, wie bei den Codes

I50.11 Linksherzinsuffizienz ohne Beschwerden (NYHA-Stadium I)

I50.12 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung (NYHA-Stadium II)

I50.13 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung (NYHA-Stadium III)

I50.14 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe (NYHA-Stadium IV).

Letztere enthalten wiederum nicht die Information, ob die Krankheit primär oder sekundär ist, die gegebenenfalls für weitere Kriterien notwendig sein kann.

Ableitbarkeit entsprechender Informationen aus dem Diagnoseeintrag in der ICD-10-GM heißt aber auch nicht, dass die Information immer direkt im Text der Schlüsselnummer stehen muss. Zum Beispiel kann aufgrund des aktuellen medizinischen Wissensstandes mit hoher Wahrscheinlichkeit abgeleitet werden, dass bei der ICD-Diagnose „S00.31 Schürfwunde der Nase“ eine ambulante und bei „S02.7

Multiple Frakturen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen“ eine stationäre Behandlung durchgeführt wird.

Neben den grundsätzlichen Kriterien für „klinische Homogenität von Diagnosegruppen“ sind gegebenenfalls bei besonderen Fragestellungen auch die Häufigkeiten des Auftretens der einzelnen Diagnosen (Prävalenzen) mit zu berücksichtigen.

Ergänzend wurde festgelegt, dass die für die einzelnen Bearbeitungsbereiche zutreffenden Kriterien jeweils zu priorisieren sind. Die Auswahl und Priorisierung der Kriterien für „klinische Homogenität“ erfolgt für die einzelnen Bearbeitungsbereiche erstmals vor Beginn der Bearbeitung und wird im Verlauf kontinuierlich überprüft und gegebenenfalls angepasst.

## 4 Datengrundlage der Bearbeitungen

Die medizinischen Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems (Weiterentwicklungen der Zuordnung der Diagnosen bis zur Ebene der unkomprimierten Risikokategorien) erfolgen grundsätzlich empiriegestützt. Bei der Überarbeitung der Überleitungen für Divertikulosen musste von diesem Grundsatz wegen Kapazitätsengpässen im Institut des Bewertungsausschusses abgewichen werden. Hier konnten nur bei der Ergebniseinschätzung der Bearbeitung des prospektiven Klassifikationssystems empirische Parameter beurteilt werden. Für das zeitgleiche Klassifikationssystem erfolgte eine identische Bearbeitung, jedoch ohne empirische Ergebnisprüfung.

Die Empirieunterstützung bei den Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems setzt sich aus den folgenden drei Teilen zusammen.

- Klassifikations- und Rechenergebnisse vor der Bearbeitung (sog. Referenzgrouper)
- Klassifikations- und Rechenergebnisse während der Bearbeitung, unter Verwendung entsprechender Grouper-Arbeitsversionen für einzelne Zwischenschritte der Bearbeitung und/oder für verschiedene Bearbeitungsvarianten
- Klassifikations- und Rechenergebnisse nach erfolgter (Teil-)Bearbeitung, z.B. nach der Überarbeitung der Überleitungen für Divertikulosen

Letztere Ergebnisse werden bei positiver Beurteilung durch die Arbeitsgruppe Grouperanpassung des Bewertungsausschusses zum Referenzgrouper (s.o.) für die nächste Bearbeitung des Klassifikationssystems.

Bei den Anpassungen des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM entfällt die Ergebniseinschätzung durch Klassifikations- und Rechenergebnisse während und nach der Bearbeitung, da zum Bearbeitungszeitpunkt noch keine empirischen Daten vorliegen, die kodierte Diagnosen der jeweils neuen ICD-Versionen enthalten.

### 4.1 Datengrundlage der Klassifikations- und Rechenergebnisse für die Bearbeitung des prospektiven Klassifikationssystems

#### 4.1.1 Datengrundlage zur Ermittlung der Kostengewichte

Klassifikationsmodell:

- Version des Klassifikationssystems:
  - Referenzgrouper vor Bearbeitung: p06b
  - zwischenzeitliche Grouper-Arbeitsversionen
  - Referenzgrouper nach Bearbeitung: p07a
- 2-jährig prospektiv:
  - Alter und Diagnosen von Versicherten aus 2008
  - MGV-Leistungsbedarf dieser Versicherten aus 2010
- mit 32 Alters- und Geschlechtsgruppen

- ohne KHCC, OHCC und ZCC
- Kitchen-sink-Modell<sup>3</sup> mit/ohne Hierarchisierung (CC/HCC)
- Kostengewichte in Cent
- Gewichtung mit Versichertenquartalen

Versicherten-Stichprobe:

- Kalibrierungsstichprobe aus Version 4.0 der Geburtstags-Stichprobe unter Anwendung von Delete-Flags<sup>4</sup> wie in den Beschlüssen des 29. und des 30. EBA festgelegt
- auf Ausschlüsse gemäß Beschluss des 283. BA wird verzichtet (analog zur Berechnung des Modells KM87a\_2012)
- ohne SV-Teilnehmer, ohne Diagnosen aus sonstigen SV-Daten
- ohne Fälle mit Diagnosen jedoch ohne Leistungsbedarf
- nur versicherungszeitvollständige Versicherte, die sowohl in 2008 als auch in 2010 in der Datengrundlage enthalten sind
- 7.553.361 Versicherte, davon 6.938.221 mit Diagnosen

MGV-Leistungsbedarf:

- aus bundesweiter Abgrenzung des Jahres 2013 (Beschluss 288. BA)
- basierend auf Leistungsbedarf (LB) nach Euro-Gebührenordnung (LB\_Euro\_GO)
- ohne Fortentwicklung durch Anpassungsfaktoren, HVV-Quoten usw.
- Annualisierung anhand von Versichertenquartalen

#### 4.1.2 Datengrundlage zur Ermittlung der Prävalenzen

Klassifikationsmodell:

- Version des Klassifikationssystems:
  - Referenzgrouper vor Bearbeitung: p06b
  - zwischenzeitliche Grouper-Arbeitsversionen
  - Referenzgrouper nach Bearbeitung: p07a
- mit 32 Alters- und Geschlechtsgruppen
- ohne KHCC, OHCC und ZCC
- mit/ohne Hierarchisierung (CC/HCC)

Versicherten-Stichprobe:

- Anwendungsstichprobe aus Version 4.0 der Geburtstags-Stichprobe unter Anwendung von Delete-Flags wie in den Beschlüssen des 29. EBA, des 30. EBA und des 283. BA festgelegt
- ohne SV-Teilnehmer, ohne Diagnosen aus sonstigen SV-Daten
- ohne Fälle mit Diagnosen jedoch ohne Leistungsbedarf
- Versicherte und Diagnosen aus 2010

<sup>3</sup> Regressionsmodell, welches als unabhängige Variablen sowohl alle Alters- und Geschlechtsgruppen als auch alle Risikokategorien verwendet.

<sup>4</sup> Kennzeichnungen (an Datensätzen) zur Nichtanwendung

- mit Anwendung der demografischen Hochrechnungsfaktoren
  - 71.391.509 Versicherte, davon 64.569.685 mit Diagnosen
  - 867.666.465 Diagnosen (die Kombinationen aus ICD-Schlüsselnummer + Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit wurden pro Versicherten um Dopplungen bereinigt)

## **4.2 Datengrundlage der Klassifikations- und Rechenergebnisse für die Bearbeitung des zeitgleichen Klassifikationssystems**

### 4.2.1 Datengrundlage zur Ermittlung der Kostengewichte

Klassifikationsmodell:

- Version des Klassifikationssystems: z06a (Referenzgrouper vor Bearbeitung)
- zeitgleich:
  - Alter und Diagnosen von Versicherten aus 2008
  - MGV-Leistungsbedarf dieser Versicherten aus 2008
- mit 32 Alters- und Geschlechtsgruppen
- ohne KHCC, OHCC und ZCC
- Kitchen-sink-Modell mit/ohne Hierarchisierung (CC/HCC)
- Kostengewichte in Cent
- Gewichtung mit Versichertenquartalen

Versicherten-Stichprobe:

- Kalibrierungsstichprobe aus Version 4.0 der Geburtstags-Stichprobe unter Anwendung von Delete-Flags wie in den Beschlüssen des 29. und des 30. EBA festgelegt
- auf Ausschlüsse gemäß Beschluss des 283. BA wird verzichtet (analog zur Berechnung des Modells KM87a\_2012)
- ohne SV-Teilnehmer, ohne Diagnosen aus sonstigen SV-Daten
- ohne Fälle mit Diagnosen jedoch ohne Leistungsbedarf
- nur versicherungszeitvollständige Versicherte
- 8.099.814 Versicherte, davon 7.427.213 mit Diagnosen

MGV-Leistungsbedarf:

- aus bundesweiter Abgrenzung des Jahres 2013 (Beschluss 288. BA)
- basierend auf Leistungsbedarf (LB) nach Euro-Gebührenordnung (LB\_Euro\_GO)
- ohne Fortentwicklung durch Anpassungsfaktoren, HVV-Quoten usw.
- Annualisierung anhand von Versichertenquartalen

### 4.2.2 Datengrundlage zur Ermittlung der Prävalenzen

Klassifikationsmodell:

- Version des Klassifikationssystems: z06a (Referenzgrouper vor Bearbeitung)
- mit 32 Alters- und Geschlechtsgruppen

- ohne KHCC, OHCC und ZCC
- mit/ohne Hierarchisierung (CC/HCC)

Versicherten-Stichprobe:

- Anwendungsstichprobe aus Version 4.0 der Geburtstags-Stichprobe unter Anwendung von Delete-Flags wie in den Beschlüssen des 29. EBA, des 30. EBA und des 283. BA festgelegt
- ohne SV-Teilnehmer, ohne Diagnosen aus sonstigen SV-Daten
- ohne Fälle mit Diagnosen jedoch ohne Leistungsbedarf
- Versicherte und Diagnosen aus 2010
- mit Anwendung der demografischen Hochrechnungsfaktoren
  - 71.391.509 Versicherte, davon 64.569.685 mit Diagnosen
  - 867.666.465 Diagnosen (die Kombinationen aus ICD-Schlüsselnummer + Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit wurden pro Versicherten um Dopplungen bereinigt)

## **5 Anpassung des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM**

### **5.1 Grundlagen und Regelwerk für die Anpassung des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM**

In der vertragsärztlichen Versorgung sind die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM) zu verschlüsseln (§ 295 Absatz 1 SGB V). Die ICD-10-GM wird vom DIMDI in jedem Kalenderjahr in einer neuen, geänderten Fassung herausgegeben. Dadurch ist es notwendig, auch das Klassifikationssystem regelmäßig an die jeweils neue Jahresversion der ICD-10-GM anzupassen.

Im Folgenden werden die drei wichtigsten Anpassungsschritte des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM dargestellt. Diese erfolgen für alle endständigen (terminalen) und die nichtendständigen (nichtterminalen) vierstelligen Codes. Nichtendständige dreistellige ICD-Schlüsselnummern wurden nicht mit einbezogen, da sie laut § 295 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen) zur Kodierung im vertragsärztlichen Bereich nicht zugelassen sind.

Bei der Beschreibung der Anpassungen des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM werden die Überleitungen der ICD-Kodes in die diagnosebezogenen Risikokategorien (ICD-CC-Überleitungen) ohne die erste Gruppierungsstufe, die Zusammenfassung in Diagnosegruppen (siehe 2.4), dargestellt.

#### **5.1.1 Neue ICD-CC-Überleitungen für neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM**

Die jeweilige Jahresversion der ICD-10-GM enthält im Regelfall neue Schlüsselnummern im Vergleich zur Vorversion. Diese neuen Diagnosenkodes werden in das Klassifikationssystem integriert, indem für sie jeweils Überleitungen in die bereits vorhandenen diagnosebezogenen Risikokategorien erstellt werden. Neben der Auswahl der zuzuordnenden Risikokategorie werden für diese neuen ICD-CC-Überleitungen auch die weiteren Parameter – Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, untere Altersgrenze, obere Altersgrenze und Geschlecht – festgelegt. Außerdem erhalten sie eine Markierung für das Gültigkeitsjahr der neuen Version der ICD-10-GM. Für alle Vorjahre werden sie als ungültig markiert.

Bei der Überleitung der neuen Codes gilt der Grundsatz: Eine neue Schlüsselnummer wird genauso übergeleitet, wie die Schlüsselnummer, die ein Arzt<sup>5</sup> voraussichtlich ausgewählt hätte, wenn er die gleiche Diagnose mit der ICD-Vorjahresversion kodiert hätte. Am Beispiel des Codes „I72.6 Aneurysma und Dissektion der

---

<sup>5</sup> Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird nur der Begriff Arzt verwendet. Die Beschreibungen gelten aber gleichermaßen auch für Ärztinnen, Psychologische Psychotherapeuten/innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen.

A. vertebralis“, der 2013 neu in die ICD-10-GM aufgenommen wurde, soll dieser Grundsatz veranschaulicht werden.

Die ICD-Version 2012 ermöglicht die Kodierung arterieller Aneurysmen und Dissektionen nur mit den folgenden Schlüsselnummern:

- I71.- Aortenaneurysma und -dissektion
- I72.0 Aneurysma und Dissektion der A. carotis
- I72.1 Aneurysma und Dissektion einer Arterie der oberen Extremität
- I72.2 Aneurysma und Dissektion der Nierenarterie
- I72.3 Aneurysma und Dissektion der A. iliaca
- I72.4 Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität
- I72.5 Aneurysma und Dissektion sonstiger präzerebraler Arterien
- I72.8 Aneurysma und Dissektion sonstiger näher bezeichneter Arterien
- I72.9 Aneurysma und Dissektion nicht näher bezeichneter Lokalisation

Wollte ein Arzt in 2012 ein Aneurysma und/oder eine Dissektion der A. vertebralis verschlüsseln, hat er korrekterweise den ICD-Code „I72.5 Aneurysma und Dissektion sonstiger präzerebraler Arterien“ angegeben. I72.5 wird im Klassifikationssystem in die Risikokategorie „CC105 Aneurysmen, periphere arterielle Verschlusskrankheit, venöse Insuffizienz“ übergeleitet. Ab 2013 gibt es für das Aneurysma und/oder die Dissektion der A. vertebralis den spezifischen ICD-Code „I72.6 Aneurysma und Dissektion der A. vertebralis“. Will ein Arzt jetzt diese Krankheit verschlüsseln, gibt er korrekterweise den neuen, genaueren Code an. Die Integration der neuen Schlüsselnummer I72.6 in das Klassifikationssystem erfolgte entsprechend dem oben genannten Grundsatz so, dass sie – genau wie I72.5 – in die Risikokategorie „CC105 Aneurysmen, periphere arterielle Verschlusskrankheit, venöse Insuffizienz“ übergeleitet wird.

Wichtigste Orientierungshilfe für die Integration neuer Schlüsselnummern in das Klassifikationssystem ist die mit jeder Jahresversion der ICD-10-GM vom DIMDI herausgegebene Überleitungstabelle zwischen der neuen und der Vorjahresversion. Diese wird durch das DIMDI parallel zur Überarbeitung der ICD-10-GM erstellt, um die einheitliche Anpassung der Systeme, die die ICD-10-GM nutzen, zu gewährleisten.

#### 5.1.2 Ungültige ICD-CC-Überleitungen durch Streichung von Schlüsselnummern in neuen Versionen der ICD-10-GM

Mit neuen Jahresversionen der ICD-10-GM werden im Regelfall auch Schlüsselnummern der jeweiligen Vorversion aus dem Diagnosen-Katalog gestrichen. Bei der Anpassung des Klassifikationssystems werden alle ICD-CC-Überleitungen dieser Schlüsselnummern ab dem Jahr des Inkrafttretens der neuen Version als ungültig markiert.

### 5.1.3 Prüfung der ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern mit inhaltlichen Textänderungen in neuen Versionen der ICD-10-GM

Neben der Neuaufnahme und Streichung von Schlüsselnummern erfolgen mit neuen Jahresversionen der ICD-10-GM auch Änderungen der Textbezeichnungen bestehender Diagnose-Kodes. Diese Textänderungen sind überwiegend nur redaktionell, können aber auch die medizinisch inhaltliche Aussage einer ICD-Schlüsselnummer verändern. Bei den Anpassungen des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM werden daher auch alle ICD-CC-Überleitungen der Schlüsselnummern mit inhaltlichen Textänderungen im Sinne ihrer weiteren medizinischen Korrektheit überprüft und gegebenenfalls geändert.

## 5.2 Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2012 der ICD-10-GM

### 5.2.1 Neue ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2012

Gegenüber der 2011er Version hat die Version 2012 der ICD-10-GM insgesamt 14 neue Schlüsselnummern, die insbesondere die folgenden Krankheiten betreffen:

- Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen sowie der oberflächlichen und der tiefen Gefäße der oberen Extremitäten
- Abgrenzung der Veränderung des prostataspezifischen Antigens [PSA] von den sonstigen Veränderungen der Plasmaproteine
- Infektion und entzündliche Reaktion durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem

Für die neuen ICD-Schlüsselnummern wurden insgesamt 14 neue Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien des Klassifikationssystems aufgenommen. Alle neuen Überleitungen erfolgen als einfache Überleitungen in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht. Alle ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2012 werden im Folgenden detailliert dargestellt.

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in die Risikokategorie „CC105 Aneurysmen, periphere arterielle Verschlusskrankheit, venöse Insuffizienz“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2012)	
Kode	Text
I80.2-	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
I80.20	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen
I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
I80.81	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis tiefer Gefäße der oberen Extremitäten
I82.80	Embolie und Thrombose der Milzvene

Tabelle 3: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2012, die in die CC105 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in die Risikokategorie „CC106 Erkrankungen der Arterien, Venen, Lymphgefäße“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2012)	
Kode	Text
I80.8-	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger Lokalisationen
I80.80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der oberen Extremitäten
I80.88	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger Lokalisationen
I82.8-	Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen
I82.88	Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen

Tabelle 4: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2012, die in die CC106 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in die Risikokategorie „CC201 NonCW-CC“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2012)	
Kode	Text
R77.8-	Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine
R77.80	Veränderung des prostataspezifischen Antigens [PSA]
R77.88	Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine

Tabelle 5: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2012, die in die CC201 übergeleitet werden

Die ICD-Schlüsselnummer „T85.72 Infektion und entzündliche Reaktion durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem“ wird in die Risikokategorie „CC164 Komplikationen durch Implantate, Transplantate, Prothesen und umschriebene Syndrome nach medizinischen Maßnahmen“ übergeleitet.

### 5.2.2 Ab 2012 nicht mehr gültige ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2011

Gegenüber der 2011er Version wurden in der Version 2012 der ICD-10-GM die in der folgenden Tabelle aufgeführten vier Schlüsselnummern gestrichen.

ICD-10-GM (2011)	
Kode	Text
I80.2	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
I80.8	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger Lokalisationen
I82.8	Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen
R77.8	Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine

Tabelle 6: In der Version 2012 der ICD-10-GM gestrichene Schlüsselnummern der Vorversion

Die vom DIMDI ab 2012 gestrichenen Schlüsselnummern der Version 2011 der ICD-10-GM hatten im Klassifikationssystem insgesamt vier Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien, die ab dem Diagnosenjahr 2012 als ungültig markiert wurden. Alle vier waren einfache Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht.

### 5.2.3 Inhaltliche Textänderungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM zwischen den Jahresversionen 2011 und 2012

Bei insgesamt vier Schlüsselnummern der Version 2012 der ICD-10-GM gab es gegenüber der 2011er Version Änderungen der Textbezeichnungen. Bei drei Schlüsselnummern wurden diese Textänderungen als redaktionell eingestuft.

Eine medizinisch inhaltliche Textänderung erfuhr nur der ICD-Kode A05.-:

2011er Text: Sonstige bakteriell bedingte Lebensmittelvergiftungen

2012er Text: Sonstige bakteriell bedingte Lebensmittelvergiftungen, anderenorts nicht klassifiziert

Da A05.- eine nichtendständige (nichtterminale) dreistellige Schlüsselnummer ist, entfiel die Prüfung im Sinne der weiteren medizinischen Korrektheit einer ICD-CC-Überleitung dieser Schlüsselnummer (siehe 5.1).

## 5.3 Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2013 der ICD-10-GM

### 5.3.1 Neue ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2013

Gegenüber der 2012er Version hat die Version 2013 der ICD-10-GM insgesamt 89 neue Schlüsselnummern, die insbesondere die folgenden Krankheiten betreffen:

- Erblicher Gerinnungsfaktorenmangel (zusätzliche Schlüsselnummern für weitere Gerinnungsfaktoren)
- Vorhofflimmern und Vorhofflattern (Neustrukturierung dieser Krankheitsgruppe)
- Hämorrhoiden (Neustrukturierung dieser Krankheitsgruppe und Verlagerung von den Krankheiten der Venen zu den Krankheiten des Darmes)
- Hernia ventralis (Neustrukturierung und umfassende Erweiterung dieser Krankheitsgruppe)
- Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am Verdauungstrakt (zusätzliche Schlüsselnummern)
- Plötzlicher Kindstod (Unterteilung nach mit oder ohne Angabe einer Obduktion)
- Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts (zusätzliche Schlüsselnummern)
- Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen (Unterteilung nach den verschiedenen Antibiotikaresistenzen)

Für die neuen ICD-Schlüsselnummern wurden insgesamt 89 neue Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien des Klassifikationssystems aufgenommen. Alle neuen Überleitungen erfolgen als einfache Überleitungen in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“. Alle ICD-CC-Überleitungen der

neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2013 werden im Folgenden detailliert dargestellt.

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC046 Gerinnungsstörungen und andere spezifizierte hämatologische Erkrankungen“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2013)	
Kode	Text
D68.2-	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel
D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel
D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel
D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel
D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel
D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren

Tabelle 7: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC046 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC092 Arrhythmien“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2013)	
Kode	Text
I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal
I48.1	Vorhofflimmern, persistierend
I48.2	Vorhofflimmern, permanent
I48.3	Vorhofflattern, typisch
I48.4	Vorhofflattern, atypisch
I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet

Tabelle 8: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC092 übergeleitet werden

Die ICD-Schlüsselnummer „I72.6 Aneurysma und Dissektion der A. vertebralis“ wird nur ab einem Alter von 15 Jahren, ohne eine obere Altersgrenze und unabhängig vom Geschlecht in die Risikokategorie „CC105 Aneurysmen, periphere arterielle Verschlusskrankheit, venöse Insuffizienz“ übergeleitet.

Die ICD-Schlüsselnummer „K02.5 Karies mit freiliegender Pulpa“ wird unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC192 Zahn- und Kiefererkrankungen“ übergeleitet.

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC036 Andere gastrointestinale Erkrankungen“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2013)	
Kode	Text
K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän
K43.5	Parastomale Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän
K43.9-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän

ICD-10-GM (2013)	
Kode	Text
K43.90	Epigastrische Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän
K43.98	Sonstige Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän
K43.99	Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän
K64.0	Hämorrhoiden 1. Grades
K64.1	Hämorrhoiden 2. Grades
K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades
K64.3	Hämorrhoiden 4. Grades
K64.4	Marissen als Folgezustand von Hämorrhoiden
K64.5	Perianalvenenthrombose
K64.8	Sonstige Hämorrhoiden
K64.9	Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet

Tabelle 9: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC036 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC034 Ulkuskrankheit, gastrointestinale Blutung, andere spezifizierte gastrointestinale Erkrankungen“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2013)	
Kode	Text
K43.3	Parastomale Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.4	Parastomale Hernie mit Gangrän
K43.6-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.60	Epigastrische Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.68	Sonstige Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.69	Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.7-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Gangrän
K43.70	Epigastrische Hernie mit Gangrän
K43.78	Sonstige Hernia ventralis mit Gangrän
K43.79	Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Gangrän

Tabelle 10: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC034 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC165 Andere Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2013)	
Kode	Text
K91.81	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen
K91.82	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am Pankreas
K91.83	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt

Tabelle 11: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC165 übergeleitet werden

Die ICD-Schlüsselnummer „M21.6 Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fußes“ wird unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC043 Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes“ übergeleitet.

Die ICD-Schlüsselnummer „M23.4 Freier Gelenkkörper im Kniegelenk“ wird unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC189 Verletzungen und Schädigungen des Kniegelenkes“ übergeleitet.

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC065 Verhaltens- und emotionale Störungen, Störungen des Sozialverhaltens“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2013)	
Kode	Text
Q86.8-	Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen
Q86.88	Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen

Tabelle 12: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC065 übergeleitet werden

Die ICD-Schlüsselnummer „Q86.80 Thalidomid-Embryopathie“ wird ohne eine untere Altersgrenze, nur bis zu einem Alter von 1 Jahr und unabhängig vom Geschlecht in die Risikokategorie „CC170 Infant Respiratory Distress Syndrom multippler Genese, Fehl- und Missbildungen des Verdauungstraktes“ übergeleitet.

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden ohne eine untere Altersgrenze, nur bis zu einem Alter von 1 Jahr und unabhängig vom Geschlecht in die Risikokategorie „CC079 Herz-Kreislauf-Versagen, Schock, akute und chronische respiratorische Insuffizienz“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2013)	
Kode	Text
R95.0	Plötzlicher Kindstod mit Angabe einer Obduktion
R95.9	Plötzlicher Kindstod ohne Angabe einer Obduktion

Tabelle 13: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC079 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC201 NonCW-CC“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2013)	
Kode	Text
U06.0	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.0
U06.1	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.1
U06.2	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.2
U06.3	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.3
U06.4	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.4
U06.5	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.5
U06.6	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.6
U06.7	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.7
U06.8	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.8
U06.9	Nicht belegte Schlüsselnummer U06.9
U07.0	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.0
U07.1	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.1
U07.2	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.2
U07.3	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.3
U07.4	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.4
U07.5	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.5
U07.6	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.6

ICD-10-GM (2013)	
Kode	Text
U07.7	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.7
U07.8	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.8
U07.9	Nicht belegte Schlüsselnummer U07.9

Tabelle 14: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC201 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC006 Andere Infektionskrankheiten“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2013)	
Kode	Text
U80.0-!	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone
U80.00!	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]
U80.01!	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone und ohne Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin
U80.1-!	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin, Oxacillin, Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine
U80.10!	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin
U80.11!	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine und ohne Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin
U80.2-!	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika oder Oxazolidinone oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz
U80.20!	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika
U80.21!	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika
U80.3-!	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz
U80.30!	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika
U80.31!	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder Streptogramine oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika

Tabelle 15: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC006 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC179 Verschiedene Eingriffe, Status nach operativen Eingriffen, Nachbehandlung, elektive Chirurgie“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2013)	
Kode	Text
Z45.0-	Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts
Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers
Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators
Z45.02	Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems
Z45.08	Anpassung und Handhabung von sonstigen kardialen (elektronischen) Geräten

Tabelle 16: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die in die CC179 übergeleitet werden

Die ICD-Schlüsselnummer „Z99.4 Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz“ wird unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC080 Kardiomyopathien, Herzinsuffizienz, PAH“ übergeleitet.

### 5.3.2 Ab 2013 nicht mehr gültige ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2012

Gegenüber der 2012er Version wurden in der Version 2013 der ICD-10-GM die in der folgenden Tabelle aufgeführten 66 Schlüsselnummern gestrichen.

ICD-10-GM (2012)	
Kode	Text
D68.2	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
I48.0-	Vorhofflattern
I48.00	Vorhofflattern: Paroxysmal
I48.01	Vorhofflattern: Chronisch
I48.09	Vorhofflattern: Nicht näher bezeichnet
I48.1-	Vorhofflimmern
I48.10	Vorhofflimmern: Paroxysmal
I48.11	Vorhofflimmern: Chronisch
I48.19	Vorhofflimmern: Nicht näher bezeichnet
I84.0	Innere thrombosierte Hämorrhoiden
I84.1	Innere Hämorrhoiden mit sonstigen Komplikationen
I84.2	Innere Hämorrhoiden ohne Komplikation
I84.3	Äußere thrombosierte Hämorrhoiden
I84.4	Äußere Hämorrhoiden mit sonstigen Komplikationen
I84.5	Äußere Hämorrhoiden ohne Komplikation
I84.6	Marisken als Folgezustand von Hämorrhoiden
I84.7	Nicht näher bezeichnete thrombosierte Hämorrhoiden
I84.8	Nicht näher bezeichnete Hämorrhoiden mit sonstigen Komplikationen
I84.9	Hämorrhoiden ohne Komplikation, nicht näher bezeichnet
K43.9	Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän
L41.2	Papulosis lymphomatoides
M21.6-	Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fußes
M21.60	Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fußes: Mehrere Lokalisationen
M21.67	Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fußes: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M21.87	Sonstige näher bezeichnete erworbene Deformitäten der Extremitäten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M23.11	Scheibenmeniskus (angeboren): Vorderhorn des Innenmeniskus
M23.12	Scheibenmeniskus (angeboren): Hinterhorn des Innenmeniskus
M23.14	Scheibenmeniskus (angeboren): Vorderhorn des Außenmeniskus
M23.15	Scheibenmeniskus (angeboren): Hinterhorn des Außenmeniskus
M23.4-	Freier Gelenkkörper im Kniegelenk
M23.40	Freier Gelenkkörper im Kniegelenk: Mehrere Lokalisationen
M23.41	Freier Gelenkkörper im Kniegelenk: Vorderes Kreuzband oder Vorderhorn des Innenmeniskus
M23.42	Freier Gelenkkörper im Kniegelenk: Hinteres Kreuzband oder Hinterhorn des Innenmeniskus
M23.43	Freier Gelenkkörper im Kniegelenk: Innenband [Lig. collaterale tibiale] oder sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus
M23.44	Freier Gelenkkörper im Kniegelenk: Außenband [Lig. collaterale fibulare] oder Vorderhorn des Außenmeniskus

ICD-10-GM (2012)	
Kode	Text
M23.45	Freier Gelenkkörper im Kniegelenk: Hinterhorn des Außenmeniskus
M23.46	Freier Gelenkkörper im Kniegelenk: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Außenmeniskus
M23.47	Freier Gelenkkörper im Kniegelenk: Kapselband
M23.49	Freier Gelenkkörper im Kniegelenk: Nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus
M23.55	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Hinterhorn des Außenmeniskus
M23.56	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Außenmeniskus
M23.85	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Hinterhorn des Außenmeniskus
M23.86	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Außenmeniskus
M81.61	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikulär-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.62	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.63	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.64	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.68	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
Q86.8	Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen
R95	Plötzlicher Kindstod
U05.0!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.0
U05.1!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.1
U05.2!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.2
U05.3!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.3
U05.4!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.4
U05.5!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.5
U05.6!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.6
U05.7!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.7
U05.8!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.8
U05.9!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.9
U80.0!	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone
U80.1!	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penizillin, Oxacillin, Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine
U80.2!	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz
U80.3!	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, Streptogramine, oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz
Z45.0	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers und eines implantierten Kardiodefibrillators
Z45.83	Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems

Tabelle 17: In der Version 2013 der ICD-10-GM gestrichene Schlüsselnummern der Vorversion

Die vom DIMDI ab 2013 gestrichenen Schlüsselnummern der Version 2012 der ICD-10-GM hatten im Klassifikationssystem insgesamt 66 Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien, die ab dem Diagnosenjahr 2013 als ungültig markiert wurden. Alle 66 waren einfache Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig vom Geschlecht. „R95 Plötzlicher Kindstod“ war ohne eine untere Altersgrenze aber nur bis zu einem Alter von 1

Jahr übergeleitet worden. Bei allen anderen gestrichenen ICD-Schlüsselnummern waren die Überleitungen unabhängig vom Alter.

### 5.3.3 Inhaltliche Textänderungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM zwischen den Jahresversionen 2012 und 2013

Bei insgesamt 283 Schlüsselnummern der Version 2013 der ICD-10-GM gab es gegenüber der 2012er Version Änderungen der Textbezeichnungen. Bei 262 Schlüsselnummern wurden diese Textänderungen als redaktionell eingestuft.

Die 21 ICD-Kodes der Version 2013 mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen sind in der folgenden Tabelle im Vergleich zu ihrer 2012er Fassung aufgeführt. Alle ICD-CC-Überleitungen dieser Schlüsselnummern wurden im Sinne ihrer weiteren medizinischen Korrektheit überprüft. In keinem Fall ergab sich die Notwendigkeit einer Anpassung des Klassifikationssystems.

ICD-10-GM		
Kode	Text der Jahresversion 2013	Text der Jahresversion 2012
K30	Funktionelle Dyspepsie	Dyspepsie
K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.1	Narbenhernie mit Gangrän	Hernia ventralis mit Gangrän
K56.-	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie
K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Ileus
K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	Sonstiger und nicht näher bezeichneter mechanischer Ileus
M23.13	Scheibenmeniskus (angeboren): Innenmeniskus	Scheibenmeniskus (angeboren): Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus
M23.16	Scheibenmeniskus (angeboren): Außenmeniskus	Scheibenmeniskus (angeboren): Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Außenmeniskus
M23.51	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband oder Vorderhorn des Innenmeniskus
M23.52	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Hinteres Kreuzband	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Hinteres Kreuzband oder Hinterhorn des Innenmeniskus
M23.53	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Innenband [Lig. collaterale tibiale]	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Innenband [Lig. collaterale tibiale] oder sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus
M23.54	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Außenband [Lig. collaterale fibulare]	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Außenband [Lig. collaterale fibulare] oder Vorderhorn des Außenmeniskus
M23.59	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Band	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus
M23.81	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband oder Vorderhorn des Innenmeniskus
M23.82	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Hinteres Kreuzband	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Hinteres Kreuzband oder Hinterhorn des Innenmeniskus

ICD-10-GM		
Kode	Text der Jahresversion 2013	Text der Jahresversion 2012
M23.83	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Innenband [Lig. collaterale tibiale]	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Innenband [Lig. collaterale tibiale] oder sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus
M23.84	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Außenband [Lig. collaterale fibulare]	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Außenband [Lig. collaterale fibulare] oder Vorderhorn des Außenmeniskus
M23.89	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Band	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus
O22.-	Venenkrankheiten und Hämorrhoiden als Komplikationen in der Schwangerschaft	Venenkrankheiten als Komplikation in der Schwangerschaft
O87.-	Venenkrankheiten und Hämorrhoiden als Komplikationen im Wochenbett	Venenkrankheiten als Komplikation im Wochenbett
Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts	Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardiodefibrillators

*Tabelle 18: Alle Schlüsselnummern der Version 2013 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen im Vergleich zu ihrer 2012er Fassung*

## 6 Überarbeitung der Überleitungen für Divertikulosen

### 6.1 Bearbeitungsanlass und -methodik

Im Rahmen verschiedener Analysen der Überleitung von Schlüsselnummern der ICD-10-GM in die Diagnosegruppen (DxG) und Risikokategorien (CC/HCC) des Klassifikationssystems war aufgefallen, dass zwei Aspekte der Überleitungssystematik im Bereich der Divertikulosen (ICD-10-GM: K57.- Divertikulose des Darmes) nicht für alle zutreffenden Codes korrekt umgesetzt waren.

Der erste Aspekt betraf die Zuordnung der Divertikulosen in DxG in Abhängigkeit vom Vorliegen oder Nichtvorliegen der Komplikationen „Perforation“ und „Blutung“. Hier waren insgesamt 12 ICD-Kodes trotz des Vorliegens einer der beiden Komplikationen nicht den entsprechenden DxG für „Divertikulosen mit Perforation“ bzw. „Divertikulosen mit Blutung“ zugeordnet.

Der zweite Aspekt betraf die Unterteilung der ICD-Zuordnungen zu „DxG für Geschwüre des Magens und des Dünndarms“ oder zu „DxG für Divertikulosen (Dünn- und/oder Dickdarm und n.n.bez. Darmteil)“. Hier waren insgesamt 11 ICD-Kodes (alles Divertikulosen mit der Komplikation „Perforation“) nicht einer „DxG für Divertikulosen“ zugeordnet, sondern wurden mit den „Geschwüren des Magens und des Dünndarms“ in eine gemeinsame DxG übergeleitet.

Gemäß den unter 3. vorgestellten Bearbeitungsgrundsätzen wurde als Ziel der Überarbeitung die Verbesserung der klinischen Homogenität der Diagnosegruppen definiert. Aus den Kriterien für „klinische Homogenität“ wurden die zutreffenden Bearbeitungskriterien ausgewählt, priorisiert, geprüft und wiederholt angepasst. Die letztendlich festgelegten und umgesetzten Bearbeitungskriterien waren „Komplikation“ und „Lokalisation“ wobei das Bearbeitungskriterium „Komplikation“ hier teilweise auch Aspekte des Kriteriums „Schweregrad/Stadium“ enthielt und „Lokalisation“ auch unter ätiologischen Aspekten charakterisiert wurde.

Alle Angaben zur ICD-10-GM in diesem Kapitel gelten identisch für die ICD-Jahresversionen 2006 bis 2013 und damit für alle klassifizierbaren ICD-Versionen der KS87a-Versionen p06b, p07a, z06a und z07a (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2).

Für alle Angaben zu Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern in Diagnosegruppen und Risikokategorien gelten einheitlich die Parameter:

- nur mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und
- unabhängig von Alter oder Geschlecht.

#### 6.1.1 Bearbeitungskriterium „Komplikation“

In der Systematik der ICD-10-GM ist die Kode-Gruppe „K57.- Divertikulose des Darmes“ gegliedert nach vier Lokalisationen (Dünndarm, Dickdarm, Dünn- und Dickdarm und n.n.bez. Darmteil), zwei Ausprägungen (Divertikulose und Divertikulitis) und dem Vorliegen bzw. Nichtvorliegen der zwei Komplikationen Perforation/Abszess und Blutung. Da Perforation und Abszess in den Texten der ICD-Schlüs-

selnummern immer gemeinsam genannt werden, hat die zusätzliche Angabe „Abszess“ für die weiteren Ausführungen keine gesonderte Bedeutung, so dass darauf verzichtet wird.

In der Systematik der ICD wird das Vorliegen bzw. Nichtvorliegen der Komplikationen Perforation und Blutung mit den folgenden vier Unterteilungen dargestellt:

- mit Perforation und mit Blutung
- mit Perforation und ohne Blutung
- ohne Perforation und mit Blutung
- ohne Perforation und ohne Blutung

In der Systematik des Klassifikationssystems (ICD-DxG-CC-Überleitungen) sind die Divertikulosen nur nach dem Vorliegen bzw. Nichtvorliegen der Komplikationen Perforation und Blutung gegliedert und dies nur mit den folgenden drei Unterteilungen:

- mit Perforation und mit oder ohne Blutung (mit Perforation)
- ohne Perforation und mit Blutung (mit Blutung)
- ohne Perforation und ohne Blutung (ohne Perforation/Blutung)

Diese Systematik des Klassifikationssystems war bei der Zuordnung von 12 Schlüsselnummern der insgesamt 40 ICD-Kodes aus „K57.- Divertikulose des Darmes“ nicht durchgehend berücksichtigt worden und wurde deshalb korrigiert.

Ergänzend zu der hier beschriebenen Überarbeitung des Klassifikationssystems im Zusammenhang mit dem Bearbeitungskriterium „Komplikation“ wurde auch die Zuordnung der ICD-Schlüsselnummer „K31.81 Angiodysplasie des Magens und des Duodenums ohne Angabe einer Blutung“ geändert.

### 6.1.2 Bearbeitungskriterium „Lokalisation“

Der Begriff „Lokalisation“ wird in diesem Zusammenhang etwas weiter gefasst und umfasst teilweise auch die Krankheitsentitäten. Die drei in den weiteren Ausführungen verwendeten „Lokalisationen“ sind:

- Geschwüre des Magens und des Dünndarms
- Divertikulosen (Dünn- und/oder Dickdarm und n.n.bez. Darmteil)
- sonstige und n.n.bez. Lokalisation im Magen-Darm-Trakt

Die Geschwüre des Magens und des Dünndarms sind einerseits durch die Lokalisationen Magen und Dünndarm charakterisiert, andererseits aber auch unter dem Begriff „peptische Ulzera“ zusammenfassbar. Die Divertikulosen charakterisieren Ausstülpungen am Dünn- und/oder Dickdarm. Für die anatomische Lokalisation Dünndarm gibt es hier somit eine Überschneidung, so dass die Lokalisationsunterscheidung im Klassifikationssystem erst mit der zusätzlichen Information „peptisch“ (Geschwür des Dünndarms) / „nichtpeptisch“ (Ausstülpung am Dünndarm) möglich ist.

Zur Lokalisation „sonstige und n.n.bez. Lokalisation im Magen-Darm-Trakt“ wird am Ende dieses Abschnitts ausgeführt.

Die Geschwüre des Magens und des Dünndarms sind, wie die Divertikulosen, nach dem Vorliegen bzw. Nichtvorliegen der Komplikationen Perforation und Blutung unterteilt in „mit Perforation“, „mit Blutung“ und „ohne Perforation/Blutung“. Bei allen 36 ICD-Schlüsselnummern aus „K25.- Ulcus ventriculi“, „K26.- Ulcus duodeni“, „K27.- Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet“ und „K28.- Ulcus pepticum jejunum“ ist dies korrekt umgesetzt.

Anlass für die hier beschriebene Überarbeitung des Klassifikationssystems unter dem Bearbeitungskriterium „Lokalisation“ war die unvollständige Trennung zwischen den Lokalisationen „Divertikulosen“ einerseits und „Geschwüre des Magens und des Dünndarms“ andererseits im Zusammenhang mit der Unterteilung nach den Komplikationskategorien „mit Perforation“, „mit Blutung“ und „ohne Perforation/Blutung“, die sich wie folgt darstellte:

- Bei Vorliegen der Komplikation „Perforation“ wurden die „Divertikulosen“ und die „Geschwüre des Magens und des Dünndarms“ in eine gemeinsame Diagnosegruppe (DxG) übergeleitet.
- Bei Vorliegen der Komplikation „Blutung“ (ohne Perforation) wurden die „Divertikulosen“ und die „Geschwüre des Magens und des Dünndarms“ in zwei getrennte Diagnosegruppen übergeleitet.
- Bei Nichtvorliegen der beiden Komplikationen wurden die „Divertikulosen“ und die „Geschwüre des Magens und des Dünndarms“ ebenfalls in zwei getrennte Diagnosegruppen übergeleitet.

Im Ergebnis der hier beschriebenen Überarbeitung des Klassifikationssystems werden die „Divertikulosen“ und die „Geschwüre des Magens und des Dünndarms“ bei allen drei Komplikationskategorien immer in zwei getrennte Diagnosegruppen übergeleitet. Dies erfolgte durch die Bildung einer zusätzlichen, neuen Diagnosegruppe.

Außerdem wurde für einzelne Krankheiten des Magen-Darm-Trakts, die die Komplikation „Blutung“ (ohne Perforation) aufweisen und nicht den Lokalisationen „Divertikulosen“ und „Geschwüre des Magens und des Dünndarms“ in der oben beschriebenen Begrifflichkeit zugeordnet werden können, eine weitere neue Diagnosegruppe für „sonstige und n.n.bez. Lokalisation“ gebildet.

Ergänzend wurde die ICD-Schlüsselnummer „K63.1 Perforation des Darmes (nicht-traumatisch)“ der Lokalisation „Divertikulosen“ zugeordnet.

## 6.2 Ergebnisse

### 6.2.1 Diagnosegruppe DxG1550

Als Umsetzung des Bearbeitungskriteriums „Lokalisation“ wurde die (alte) Diagnosegruppe „DxG1550 Perforation eines peptischen Ulkus oder Darmperforation“ geteilt in die (neue) umbenannte „DxG1550 Perforation eines peptischen Ulkus“ und die neu gebildete „DxG1551 Nichtpeptische Darmperforation“. Die DxG-CC-

Überleitung der (alten) DxG1550 erfolgte in die „CC031 Ileus, Peritonitis, Perforationen“. Auch die beiden nach der Teilung entstandenen DxG1550 und DxG1551 werden weiter in die Risikokategorie CC031 übergeleitet.

Von 27 ICD-Kodes, die in die alte DxG1550 übergeleitet wurden, wurden 11 Kodes, die dort aufgeführt sind, in die neu gebildete DxG1551 verschoben (siehe 6.2.2). In der umbenannten DxG1550 verblieben nach der Teilung die folgenden 16 Schlüsselnummern der ICD-10-GM.

- K25.1 Ulcus ventriculi: Akut, mit Perforation
- K25.2 Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung und Perforation
- K25.5 Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation
- K25.6 Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung und Perforation
- K26.1 Ulcus duodeni: Akut, mit Perforation
- K26.2 Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung und Perforation
- K26.5 Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation
- K26.6 Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung und Perforation
- K27.1 Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Akut, mit Perforation
- K27.2 Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Akut, mit Blutung und Perforation
- K27.5 Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation
- K27.6 Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung und Perforation
- K28.1 Ulcus pepticum jejuni: Akut, mit Perforation
- K28.2 Ulcus pepticum jejuni: Akut, mit Blutung und Perforation
- K28.5 Ulcus pepticum jejuni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation
- K28.6 Ulcus pepticum jejuni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung und Perforation

### 6.2.2 Diagnosegruppe DxG1551

Als Umsetzung des Bearbeitungskriteriums „Lokalisation“ wurde die Diagnosegruppe „DxG1551 Nichtpeptische Darmperforation“ durch Teilung der (alten) „DxG1550 Perforation eines peptischen Ulkus oder Darmperforation“ neu gebildet. Ihre DxG-CC-Überleitung erfolgt in die Risikokategorie „CC031 Ileus, Peritonitis, Perforationen“.

Aus der (alten) DxG1550 wurden die ICD-DxG-Überleitungen der folgenden 11 ICD-Schlüsselnummern in die neu gebildete DxG1551 verschoben.

- K57.4- Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess
- K57.40 Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung

- K57.41 Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.42 Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.43 Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.8- Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess
- K57.80 Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.81 Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.82 Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.83 Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung
- K63.1 Perforation des Darmes (nichttraumatisch)

Als Umsetzung des Bearbeitungskriteriums „Komplikation“ wurden zusätzlich die ICD-DxG-Überleitungen der folgenden 4 ICD-Kodes von der (alten) „DxG1640 Angiodysplasie des Magens/Duodenums mit/ohne Blutung, sonstige gastrointestinale Blutung, außer peptisches Ulkus oder anal/rektal“ in die neu gebildete DxG1551 verschoben.

- K57.01 Divertikulose des Dünndarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.03 Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.21 Divertikulose des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.23 Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung

Als weitere Umsetzung des Bearbeitungskriteriums „Komplikation“ wurden zusätzlich die ICD-DxG-Überleitungen der folgenden 6 ICD-Kodes von der (alten) „DxG1770 Darmdivertikel, ohne Blutung“ in die neu gebildete DxG1551 verschoben, die dadurch nach der Bearbeitung insgesamt 21 Schlüsselnummern der ICD-10-GM enthält.

- K57.0- Divertikulose des Dünndarmes mit Perforation und Abszess
- K57.00 Divertikulose des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.02 Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.2- Divertikulose des Dickdarmes mit Perforation und Abszess
- K57.20 Divertikulose des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.22 Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung

### 6.2.3 Diagnosegruppe DxG1630

Die Diagnosegruppe „DxG1630 Peptisches Ulkus ohne Perforation, Blutung oder Obstruktion“ wurde umbenannt in „DxG1630 Peptisches und Ösophagus-Ulkus, ohne Blutung/Perforation“. Ihre DxG-CC-Überleitung erfolgt unverändert in die Risikokategorie „CC034 Ulkuserkrankung, gastrointestinale Blutung, andere spezifizierte gastrointestinale Erkrankungen“.

Die ICD-DxG-Überleitungen der folgenden 13 Schlüsselnummern der ICD-10-GM in die DxG1630 wurden nicht geändert.

K22.1 Ösophagusulkus

K25.3 Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation

K25.7 Ulcus ventriculi: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation

K25.9 Ulcus ventriculi: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation

K26.3 Ulcus duodeni: Akut, ohne Blutung oder Perforation

K26.7 Ulcus duodeni: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation

K26.9 Ulcus duodeni: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation

K27.3 Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Akut, ohne Blutung oder Perforation

K27.7 Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation

K27.9 Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation

K28.3 Ulcus pepticum jejunum: Akut, ohne Blutung oder Perforation

K28.7 Ulcus pepticum jejunum: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation

K28.9 Ulcus pepticum jejunum: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation

### 6.2.4 Diagnosegruppe DxG1640

Als Umsetzung des Bearbeitungskriteriums „Lokalisation“ wurde die (alte) Diagnosegruppe „DxG1640 Angiodysplasie des Magens/Duodenums mit/ohne Blutung, sonstige gastrointestinale Blutung, außer peptisches Ulkus oder anal/rektal“ geteilt in die (neue) umbenannte „DxG1640 Darmdivertikel-Blutung, ohne Perforation“ und die neu gebildete „DxG1641 Sonstige gastrointestinale Blutung, außer anal/rektal“. Die DxG-CC-Überleitung der (alten) DxG1640 erfolgte in die „CC034 Ulkuserkrankung, gastrointestinale Blutung, andere spezifizierte gastrointestinale Erkrankungen“. Auch die beiden nach der Teilung entstandenen DxG1640 und DxG1641 werden weiter in die Risikokategorie CC034 übergeleitet.

Von 17 ICD-Kodes, die in die alte DxG1640 übergeleitet wurden, wurden 6 Kodes, die dort aufgeführt sind, in die neu gebildete DxG1641 verschoben (siehe 6.2.5). In der umbenannten DxG1640 verblieben nach der Teilung die folgenden 6 Schlüsselnummern der ICD-10-GM.

- K57.11 Divertikulose des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung
- K57.13 Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung
- K57.33 Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
- K57.51 Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
- K57.53 Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
- K57.93 Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung

Als Umsetzung des Bearbeitungskriteriums „Komplikation“ wurden zusätzlich die ICD-DxG-Überleitungen der folgenden 2 ICD-Kodes von der (alten) „DxG1770 Darmdivertikel, ohne Blutung“ in die umbenannte DxG1640 verschoben, die dadurch nach der Bearbeitung insgesamt 8 Schlüsselnummern der ICD-10-GM enthält.

- K57.31 Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
- K57.91 Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung

Als weitere Umsetzung des Bearbeitungskriteriums „Komplikation“ wurden die ICD-DxG-Überleitungen von 4 ICD-Schlüsselnummern, die dort aufgeführt sind, in die neu gebildete „DxG1551 Nichtpeptische Darmperforation“ verschoben (siehe 6.2.2).

Ebenfalls als Umsetzung des Bearbeitungskriteriums „Komplikation“ wurde eine weitere ICD-DxG-Überleitungen von 1 ICD-Schlüsselnummer, die dort aufgeführt ist, in die umbenannte „DxG1770 Angiodysplasie Magen/Duodenum und Darmdivertikel, ohne Blutung/Perforation“ verschoben (siehe 6.2.7).

#### 6.2.5 Diagnosegruppe DxG1641

Als Umsetzung des Bearbeitungskriteriums „Lokalisation“ wurde die Diagnosegruppe „DxG1641 Sonstige gastrointestinale Blutung, außer anal/rektal“ durch Teilung der (alten) „DxG1640 Angiodysplasie des Magens/Duodenums mit/ohne Blutung, sonstige gastrointestinale Blutung, außer peptisches Ulkus oder anal/rektal“ neu gebildet. Ihre DxG-CC-Überleitung erfolgt in die Risikokategorie „CC034 Ulkuskrankheit, gastrointestinale Blutung, andere spezifizierte gastrointestinale Erkrankungen“.

Aus der (alten) DxG1640 wurden die ICD-DxG-Überleitungen der folgenden 6 ICD-Schlüsselnummern in die neu gebildete DxG1641 verschoben.

- K22.6 Mallory-Weiss-Syndrom
- K29.0 Akute hämorrhagische Gastritis
- K31.82 Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung
- K92.0 Hämatemesis
- K92.1 Meläna
- K92.2 Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet

### 6.2.6 Diagnosegruppe DxG1650

Die Diagnosegruppe „DxG1650 Peptisches Ulkus mit Blutung, ohne Perforation“ wurde nicht umbenannt und ihre DxG-CC-Überleitung erfolgt unverändert in die Risikokategorie „CC034 Ulkuskrankheit, gastrointestinale Blutung, andere spezifizierte gastrointestinale Erkrankungen“. Auch die ICD-DxG-Überleitungen der folgenden 8 Schlüsselnummern der ICD-10-GM in die DxG1650 wurden nicht geändert.

- K25.0 Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung
- K25.4 Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung
- K26.0 Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung
- K26.4 Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung
- K27.0 Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Akut, mit Blutung
- K27.4 Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung
- K28.0 Ulcus pepticum jejuni: Akut, mit Blutung
- K28.4 Ulcus pepticum jejuni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung

### 6.2.7 Diagnosegruppe DxG1770

Die Diagnosegruppe „DxG1770 Darmdivertikel, ohne Blutung“ wurde umbenannt in „DxG1770 Angiodysplasie Magen/Duodenum und Darmdivertikel, ohne Blutung/Perforation“. Ihre DxG-CC-Überleitung erfolgt unverändert in die Risikokategorie „CC036 Andere gastrointestinale Erkrankungen“.

Von 21 ICD-Kodes, die in die alte DxG1770 übergeleitet wurden, wurden als Umsetzung des Bearbeitungskriteriums „Komplikation“ 6 Kodes, die dort aufgeführt sind, in die neu gebildete „DxG1551 Nichtpeptische Darmperforation“ verschoben (siehe 6.2.2).

Als weitere Umsetzung des Bearbeitungskriteriums „Komplikation“ wurden die ICD-DxG-Überleitungen von 2 ICD-Schlüsselnummern, die dort aufgeführt sind, in die umbenannte „DxG1640 Darmdivertikel-Blutung, ohne Perforation“ verschoben (siehe 6.2.4).

In der umbenannten DxG1770 verblieben nach beiden beschriebenen Verschiebungen von ICD-DxG-Überleitungen in die neu gebildete DxG1551 und in die umbenannte DxG1640 die folgenden 13 Schlüsselnummern der ICD-10-GM.

- K57.1- Divertikulose des Dünndarmes ohne Perforation oder Abszess
- K57.10 Divertikulose des Dünndarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.12 Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.3- Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess
- K57.30 Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung

- K57.32 Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.5- Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess
- K57.50 Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.52 Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.9- Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess
- K57.90 Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.92 Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- Q43.0 Meckel-Divertikel

Ebenfalls als Umsetzung des Bearbeitungskriteriums „Komplikation“ wurde zusätzlich eine ICD-DxG-Überleitungen des folgenden 1 ICD-Kodes von der (alten) „DxG1640 Angiodysplasie des Magens/Duodenums mit/ohne Blutung, sonstige gastrointestinale Blutung, außer peptisches Ulkus oder anal/rektal“ in die umbenannte DxG1770 verschoben, die dadurch nach der Bearbeitung insgesamt 14 Schlüsselnummern der ICD-10-GM enthält.

- K31.81 Angiodysplasie des Magens und des Duodenums ohne Angabe einer Blutung

### 6.2.8 Tabellarische Ergebnisdarstellung

Alle unter 6.2.1 bis 6.2.7 beschriebenen Ergebnisse der Überarbeitung der Überleitungen für Divertikulosen sind im Folgenden noch einmal in tabellarischer Form dargestellt. Die fettgedruckten Zeilen enthalten die ICD-DxG-CC-Überleitungen, bei denen sich durch die Änderung der DxG-Zuordnung auch die Überleitung in die Risikokategorie (CC) geändert hat.

ICD-10-GM Kode	Text	Diagnosegruppe*		Risikokategorie**	
		alt	neu	alt	neu
K22.6	Mallory-Weiss-Syndrom	DXG1640	DXG1641	CC034	CC034
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	DXG1640	DXG1641	CC034	CC034
<b>K31.81</b>	<b>Angiodysplasie des Magens und des Duodenums ohne Angabe einer Blutung</b>	<b>DXG1640</b>	<b>DXG1770</b>	<b>CC034</b>	<b>CC036</b>
K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	DXG1640	DXG1641	CC034	CC034
<b>K57.0-</b>	<b>Divertikulose des Dünndarmes mit Perforation und Abszess</b>	<b>DXG1770</b>	<b>DXG1551</b>	<b>CC036</b>	<b>CC031</b>
<b>K57.00</b>	<b>Divertikulose des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung</b>	<b>DXG1770</b>	<b>DXG1551</b>	<b>CC036</b>	<b>CC031</b>
<b>K57.01</b>	<b>Divertikulose des Dünndarmes mit Perforation, Abszess und Blutung</b>	<b>DXG1640</b>	<b>DXG1551</b>	<b>CC034</b>	<b>CC031</b>
<b>K57.02</b>	<b>Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung</b>	<b>DXG1770</b>	<b>DXG1551</b>	<b>CC036</b>	<b>CC031</b>
<b>K57.03</b>	<b>Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation, Abszess und Blutung</b>	<b>DXG1640</b>	<b>DXG1551</b>	<b>CC034</b>	<b>CC031</b>
<b>K57.2-</b>	<b>Divertikulose des Dickdarmes mit Perforation und Abszess</b>	<b>DXG1770</b>	<b>DXG1551</b>	<b>CC036</b>	<b>CC031</b>
<b>K57.20</b>	<b>Divertikulose des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung</b>	<b>DXG1770</b>	<b>DXG1551</b>	<b>CC036</b>	<b>CC031</b>
<b>K57.21</b>	<b>Divertikulose des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung</b>	<b>DXG1640</b>	<b>DXG1551</b>	<b>CC034</b>	<b>CC031</b>
<b>K57.22</b>	<b>Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung</b>	<b>DXG1770</b>	<b>DXG1551</b>	<b>CC036</b>	<b>CC031</b>
<b>K57.23</b>	<b>Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung</b>	<b>DXG1640</b>	<b>DXG1551</b>	<b>CC034</b>	<b>CC031</b>
<b>K57.31</b>	<b>Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung</b>	<b>DXG1770</b>	<b>DXG1640</b>	<b>CC036</b>	<b>CC034</b>
K57.4-	Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess	DXG1550	DXG1551	CC031	CC031
K57.40	Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	DXG1550	DXG1551	CC031	CC031
K57.41	Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung	DXG1550	DXG1551	CC031	CC031
K57.42	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	DXG1550	DXG1551	CC031	CC031
K57.43	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung	DXG1550	DXG1551	CC031	CC031
K57.8-	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess	DXG1550	DXG1551	CC031	CC031
K57.80	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	DXG1550	DXG1551	CC031	CC031
K57.81	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung	DXG1550	DXG1551	CC031	CC031
K57.82	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	DXG1550	DXG1551	CC031	CC031
K57.83	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung	DXG1550	DXG1551	CC031	CC031
<b>K57.91</b>	<b>Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung</b>	<b>DXG1770</b>	<b>DXG1640</b>	<b>CC036</b>	<b>CC034</b>
K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	DXG1550	DXG1551	CC031	CC031
K92.0	Hämatemesis	DXG1640	DXG1641	CC034	CC034
K92.1	Meläna	DXG1640	DXG1641	CC034	CC034
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	DXG1640	DXG1641	CC034	CC034

Tabelle 19: Alle Änderungen von ICD-DxG-(CC)-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der Überleitungen für Divertikulosen durchgeführt wurden

(\* Die Textbezeichnungen der Diagnosegruppen befinden sich in der folgenden Tabelle 20)

(\*\* Die Textbezeichnungen der Risikokategorien befinden sich in der folgenden Tabelle 21)

	DxG-Kode	DxG-Text
alt	DXG1550	Perforation eines peptischen Ulkus oder Darmperforation
	DXG1630	Peptisches Ulkus ohne Perforation, Blutung oder Obstruktion
	DXG1640	Angiodysplasie des Magens/Duodenums mit/ohne Blutung, sonstige gastrointestinale Blutung, außer peptisches Ulkus oder anal/rektal
	DXG1650	Peptisches Ulkus mit Blutung, ohne Perforation
	DXG1770	Darmdivertikel, ohne Blutung
neu	DXG1550	Perforation eines peptischen Ulkus
	DXG1551	Nichtpeptische Darmperforation
	DXG1630	Peptisches und Ösophagus-Ulkus, ohne Blutung/Perforation
	DXG1640	Darmdivertikel-Blutung, ohne Perforation
	DXG1641	Sonstige gastrointestinale Blutung, außer anal/rektal
	DXG1650	Peptisches Ulkus mit Blutung, ohne Perforation
	DXG1770	Angiodysplasie Magen/Duodenum und Darmdivertikel, ohne Blutung/Perforation

Tabelle 20: Alle Textbezeichnungen der Diagnosegruppen in Tabelle 19

CC-Kode	CC-Text
CC031	Ileus, Peritonitis, Perforationen
CC034	Ulkuskrankheit, gastrointestinale Blutung, andere spezifizierte gastrointestinale Erkrankungen
CC036	Andere gastrointestinale Erkrankungen

Tabelle 21: Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 19  
(Eine Änderung der Textbezeichnung erfolgte bei keiner der angegebenen Risikokategorien.)

### 6.2.9 Hierarchien

Alle Änderungen des Klassifikationssystems durch die Überarbeitung der Überleitungen für Divertikulosen betrafen ausschließlich die „ACC007 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems“. Die Hierarchien in der ACC007, die nicht bearbeitet wurden und somit unverändert blieben, sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

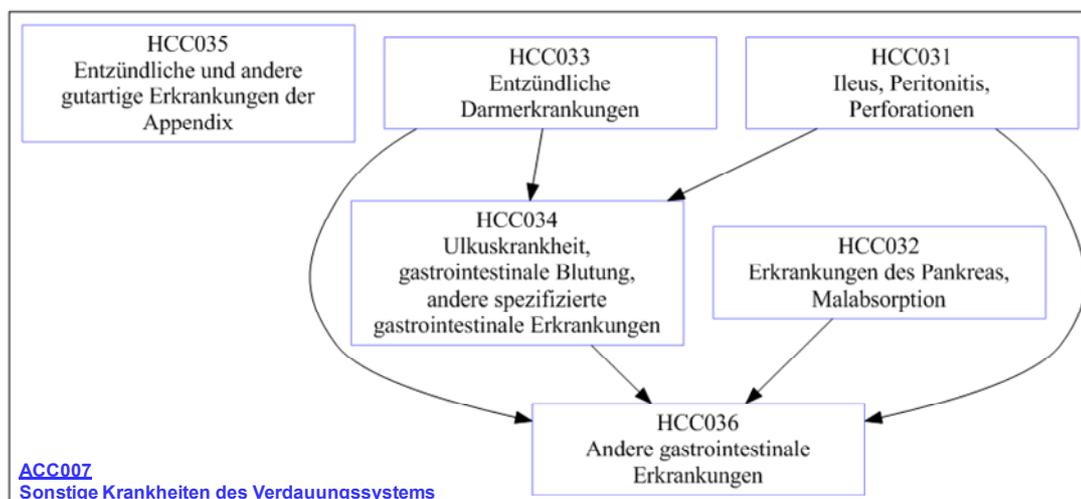


Abbildung 1: Hierarchien der ACC007

## Abkürzungsverzeichnis

ACC	Aggregated Condition Category(ies)
AGG	AG-Gruppe(n), Alters-Geschlechts-Gruppe(n)
BA	Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
CC	Condition Category(ies)
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DxG	Dx-Gruppe(n), Diagnosegruppe(n)
EBA	Erweiterter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V
Euro-GO	Euro(€)-Gebührenordnung
ggf.	gegebenenfalls
HCC	Hierarchical Condition Category(ies)
HVV	Honorarverteilungsvertrag
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision - German Modification
KHCC	Kids Hierarchical Condition Category(ies)
KM87a_2012	Kürzel für das Modell gemäß Beschluss des 29. EBA mit Anpassungen der Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA
KS87a	Klassifikationssystem gemäß § 87a Abs. 5 SGB V
LB	Leistungsbedarf
MGV	Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung
n.n.bez.	nicht näher bezeichnet
OHCC	Old Age Hierarchical Condition Category(ies)
SGB V	Sozialgesetzbuch V
sog.	sogenannte(r,s)
SV	Selektivvertrag
usw.	und so weiter
z.B.	zum Beispiel
ZCC	Wechselwirkungen (Interaktionsterme) des KS87a
ZK-DS	Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit
ZK-SL	Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung