

Anhang 2 – Dokumentation der Berechnungsschritte

a) Chronizitätsrate:

Diagnoseaufbereitung

Zur Berechnung der Chronizitätsrate wird auf die Diagnosedaten der vertragsärztlichen Versorgung des Jahres 2006 zugegriffen. Es werden für diese Auswertung nur gesicherte Diagnosen berücksichtigt (Qualifikationsmerkmal „G“), die im entsprechenden Jahr gemäß den Plausibilisierungskriterien des DIMDI nach § 295 SGB V nicht verboten waren: Diese Diagnosen tragen in der entsprechenden Metaliste die Kennzeichen „O“, „P“ oder „Z“. „Muss-Fehler“ für Alter oder Geschlecht werden in diesem Schritt ausgeschlossen. Die für das Jahr 2006 verwendete Liste ist im Internet abrufbar unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2006/systematik/> („ICD-10-GM 2006 Systematik Metadaten ASCII“).

Mapping

Das Mapping bezeichnet die Umsetzung von Diagnoseinformationen zu den in Anhang 1 abgegrenzten Krankheiten, die wiederum die hier betrachteten Analyseeinheiten bilden.

Die – wie oben beschrieben – plausibilisierten Diagnosen werden gemäß der Krankheitsabgrenzung für jeden Versicherten einer Krankheit zugeordnet. Für jeden Versicherten ist damit die Information verfügbar, in wie vielen Quartalen eine bestimmte Krankheit vorlag.

Berechnung der Chronizitätsrate

Für jede Krankheit wird ermittelt, wie viele Versicherte in 2006

- diese Krankheit in mindestens einem Quartal aufwiesen ($N_{2006_ambulant}$) und
- diese Krankheit in mindestens zwei Quartalen hatten ($N_{2006_mind2Quartale}$). Für Versicherte, die im Jahr 2006 weniger als 92 Versichertentage aufwiesen, wurden die Diagnosen so gewertet, als wäre der Versicherte mit der zu dieser Diagnose zuzuordnenden Krankheit in mindestens zwei Quartalen aufgetreten. Dieses Vorgehen betrifft im Jahr 2006 die Morbiditätsinformationen von 26.758 gültigen GKV-Pseudonymen (rd. 0,7 % der in dieser Auswertung berücksichtigten Versicherten).

Die Chronizitätsrate (CR) einer Krankheit ergibt sich als Verhältnis der Anzahl der Versicherten, die diese Krankheit in mindestens zwei Quartalen hatte, zu der Gesamtanzahl der Versicherten, die diese Krankheit im Jahr 2006 insgesamt aufwiesen ($CR = N_{2006 \text{ mind}2\text{Quartale}} / N_{2006 \text{ ambulant}}$).

b) Hospitalisierungsquote

Diagnoseaufbereitung

Ausgangspunkt der Bewertung sind die stationären und ambulanten Diagnosen des Jahres 2006.

Die stationären Daten werden beschränkt auf diejenigen Pseudonyme, deren Hauptdiagnosen die Prüfkriterien des DIMDI nach § 301 SGB V erfüllen („O“, „P“, „Z“; keine Muss-Fehler in Alter bzw. Geschlecht). Stationäre Nebendiagnosen werden nicht berücksichtigt.

Bei den ambulanten Diagnosedaten werden gesicherte und nach den Prüfkriterien des DIMDI nach § 295 SGB V gültige Diagnosen berücksichtigt („O“, „P“, „Z“, keine Muss-Fehler in Alter bzw. Geschlecht). Als gesichert gelten Diagnosen mit der Diagnosequalifikation „G“.

Mapping

Die plausibilisierten (ambulanten und stationären) Diagnosen werden gemäß der Krankheitsabgrenzung (siehe Anhang 1) für jeden Versicherten einer Krankheit zugeordnet.

Aus dem ambulanten Bereich werden diejenigen Pseudonyme berücksichtigt, die mindestens in 2 Quartalen gesicherte Diagnosen aufweisen, die der entsprechenden Krankheit zugeordnet sind. Analog zur Berechnung der Chronizitätsraten gehen darüber hinaus Versicherte (und deren Diagnosedaten) in die Bewertung ein, wenn sie im Jahr 2006 weniger als 92 Versichertentage aufweisen.

Im stationären Bereich ist eine einmalige Dokumentation der Krankheit über eine entsprechende Hauptdiagnose ausreichend. Beim Mapping der ambulanten und stationären Morbiditätsinformationen werden jeweils nur eindeutige Datensätze (Kombination aus GKV-Pseudonym und Krankheit) beibehalten.

Berechnung der Hospitalisierungsquote

Für jede Krankheit wird die Hospitalisierungsquote als Anteil der Versicherten mit einer im stationären Bereich als Hauptdiagnose (HD) dokumentierten Krankheit (KH) im Verhältnis zu allen Versicherten mit einer (ambulant oder stationär) dokumentierten Krankheit berechnet. Dazu werden auf Pseudonymenebene die plausibilisierten sta-

tionären Krankheitsdaten der Vereinigungsmenge (logische ODER-Verknüpfung) von plausibilisierten stationären und ambulanten Krankheitsdaten gegenübergestellt.

Die Hospitalisierungsquote einer Krankheit berechnet sich demnach wie folgt:

$$HQ = \frac{N(\text{Versicherte mit KH aus stat. HD})}{N(\text{Versicherte mit KH aus stat. HD}) \cup N(\text{Versicherte mit KH aus ges. amb. Diag.} \geq 2 \text{ Quart.})}$$

c) Regression

Diagnoseaufbereitung

Grundlage der Berechnung sind alle stationären Diagnosen des Jahres 2005 sowie die gesicherten ambulanten Diagnosen des Jahres 2005, die zuvor gemäß der Plausibilisierungskriterien des DIMDI nach den § 301 (für den stationären Bereich) und § 295 (für den ambulanten Bereich) SGB V bereinigt worden sind. Die hierzu verwendete Metaliste des DIMDI ist abrufbar unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2005/systematik/>.

Da 2005 das Kennzeichen zur Qualifizierung der Diagnosen im ambulanten Bereich noch nicht verpflichtend eingeführt war, werden – abweichend von den oben beschriebenen Berechnungen – für dieses Jahr all jene Diagnosen als gesichert angesehen, die *nicht* die Qualifizierungsmerkmale („Verdacht auf“ / „Zustand nach“ / „Ausschluss von“) tragen. Diagnosen, die einen Muss-Fehler in Alter oder Geschlecht aufweisen, werden ausgeschlossen. Weiterhin werden ambulante Diagnosen für die Regressionsgruppierung nur dann zugelassen, wenn für sie ermittelt werden konnte, dass ein Versicherter eine einer Krankheit zugeordnete Diagnose (siehe Anhang 1) in mindestens zwei verschiedenen Quartalen aufweist.

Die für die Regression auf diese Art validierten Diagnosen werden gemäß Anlage 1 in 366 Krankheitsvariablen gruppiert. Der wie beschrieben aufbereitete Datensatz umfasst insgesamt 4,2 Millionen Versicherte.

Beschreibung des Regressionsmodells

Es wird eine gewichtete Kleinste-Quadrate-Regression (WLS) zur Ermittlung der Krankheitskosten durchgeführt. Die annualisierten Kosten des Jahres 2006 bilden dabei die zu erklärende Variable des Regressionsmodells. Die verwendeten WLS-Gewichte entsprechen dem relativen Anteil der Versichertentage eines Jahres des jeweiligen Versicherten.¹ Die Kosten Verstorbener wurden für dieses Vorgehen nicht

¹ Somit gilt für das Gewicht eines jeden Versicherten $w_i = \text{Versichertentage}_i / 365$, wenn der Versicherte 2006 nicht verstarb und $w_i = 1$, wenn der Versicherte 2006 verstarb.

annualisiert, um zu große Ausreißer (in Folge einer „Aufblähung der Sterbekosten“) zu verhindern.

Somit ergeben sich für einen einzelnen Versicherten die annualisierten Kosten als:

$$Kosten_{\text{annualisiert}} = \begin{cases} \text{Kosten} & , \text{ wenn Versicherter 2006 verstorben;} \\ \frac{\text{Versichertentage}}{365} * \text{Kosten} & , \text{ sonst.} \end{cases}$$

Um dem Problem der mangelhaften Ausschöpfungsquoten im Hauptleistungsbereich 5 „sonstige Leistungsausgaben“ (im Folgenden „HLB 5“) Rechnung zu tragen, werden die Krankheitskosten aller Leistungsbereiche bis auf HLB 5 addiert und nach dem beschriebenen Verfahren annualisiert. Die Ausgaben des HLB 5 werden getrennt annualisiert. Um die letztendlichen Schätzwerte zu erhalten, werden zwei getrennte Regressionen durchgeführt. Die erklärte Variable der ersten Regression stellen daher die annualisierten Gesamtkosten aller Leistungsbereiche ohne HLB 5 eines Versicherten dar. Diese erste Teilberechnung wird auf dem vollständigen Datensatz durchgeführt, der 4,2 Millionen Versicherte umfasst.

Die erklärte Variable der zweiten Regression sind die annualisierten Kosten des HLB 5. Diese Regression wird nur auf dem Datensatz jener Pseudonyme durchgeführt, die aus Kassen stammen, deren Ausschöpfungsquoten im HLB 5 als zulässig eingestuft worden sind. Der entsprechende Datensatz enthält 2,9 Millionen Versicherte.

Die in Anhang 3 ausgewiesenen Regressionskoeffizienten ermitteln sich als die Summe der Regressionskoeffizienten aus den beiden getrennten Regressionen.

Den Empfehlungen des Gutachtens zum Klassifikationsmodell für Versicherte im Risikostrukturausgleich vom IGES/Wasem/Lauterbach folgend, werden Neugeborene des Jahres 2006 zeitgleich in die Auswertung aufgenommen. Ihre Morbiditätsinformationen werden dabei jedoch nicht verwendet, um eine Vermischung prospektiver und zeitgleicher Morbiditätsinformationen in der Regression zu verhindern. Neugeborene aus 2006 werden somit nur über die entsprechende Alters-Geschlechts-Variable aufgefangen.

Als erklärende Variablen der Regression fungieren Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus, die in Form von 34 Alters-Geschlechts-Kategorien und sechs Erwerbsminderungskategorien in die Regression eingehen, sowie die 366 Krankheiten.

Übersicht über die erklärenden Variablen der Regression

| Variable | Inhalt |
|---------------|---------------------------------------|
| Alter 1 | weiblich, 0 Jahre |
| Alter 2 | weiblich 1-5 Jahre |
| Alter 3 | weiblich, 6-12 Jahre |
| Alter 4 | weiblich, 13-17 Jahre |
| Alter 5 | weiblich, 18-24 Jahre |
| Alter 6 | weiblich, 25-34 Jahre |
| Alter 7 | weiblich, 35-44 Jahre |
| Alter 8 | weiblich, 45-54 Jahre |
| Alter 9 | weiblich, 55-59 Jahre |
| ... | ...[5-Jahres-Intervalle]... |
| Alter 16 | weiblich, 90-94 Jahre |
| Alter 17 | weiblich, 95+ Jahre |
| Alter 18 | männlich, 0 Jahre |
| ... | ... |
| Alter 34 | männlich, 95+ Jahre |
| EM_M1 | EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren |
| EM_M2 | EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre |
| EM_M3 | EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre |
| EM_W1 | EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren |
| EM_W2 | EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre |
| EM_W3 | EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre |
| Krankheit 1 | HIV/AIDS |
| ... | ... |
| Krankheit 366 | Zustand nach Organtransplantation |

d) Bewertung der Einzelergebnisse und Auswahl der Krankheiten

Um in der Auswahl zu verbleiben, muss eine Krankheit die folgenden Bedingungen erfüllen:

Krankheitsschwere / Chronizität

Um die Kriterien der Schwere und der Chronizität einer Krankheit zu prüfen, wird – analog zur Gutachterempfehlung – zunächst auf die jeweiligen Teilergebnisse der Schritte a) Chronizitätsrate und b) Hospitalisierungsquote zurückgegriffen.

Eine Krankheit, deren Hospitalisierungsquote einen Grenzwert von 10 % unterschreitet, wird als nicht schwerwiegend gewertet.

Als chronisch wird eine Krankheit eingestuft, wenn die für sie bestimmte Chronizitätsrate einen Wert von mindestens 50 % erreicht.

Kostenbewertung und Krankheitsauswahl

Zur Bewertung der Kostenintensität der einzelnen Krankheiten werden die in c) berechneten spezifischen Kosten mit der Vorkommenshäufigkeit (Prävalenz) gewichtet. Dies geschieht über die Multiplikation der Krankheitskosten mit der Quadratwurzel

der absoluten Fallzahlen der jeweils im Jahr 2006 von der Krankheit betroffenen Versicherten.

In Anlehnung an das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats wird zur Bewertung einer Krankheit als „kostenintensiv“ zunächst festgelegt, dass deren prävalenzgewichteten Kosten sich oberhalb eines bestimmten Perzentils der Kostenverteilung über alle Krankheiten befinden muss.

Eine Krankheit ist auszuwählen, wenn sie

- das Kriterium der Schwere **oder** der Chronizität erfüllt
und
- ihre prävalenzgewichteten Ausgaben oberhalb eines festgelegten Perzentils der Ausgabenverteilung liegen (Kostenintensität).

Würde man (auf Basis der Empfehlung des Gutachtens) den maßgeblichen Grenzwert zur Bestimmung der Kostenintensität auf das 70. Perzentil setzen, erhielte man im Ergebnis eine Auswahl von 91 Krankheiten. Um die Vorgabe des Verordnungsgebers zu erfüllen, wurde der Grenzwert schrittweise angehoben, bis exakt 80 Krankheiten die Kriterien erfüllten. Letztlich entspricht die dabei festgelegte Grenze dem 73,5%-Perzentil der (prävalenzgewichteten) Ausgabenverteilung über alle Krankheiten.

Die Bewertungsergebnisse der einzelnen Berechnungen (aus den Teilen a) bis c)) sind aus Anhang 3 ersichtlich. Die 80 nach der beschriebenen Methodik ausgewählten Krankheiten werden abschließend der vom Verordnungsgeber vorgeschriebenen Schwellenwertprüfung zugeführt (siehe e)).

e) Schwellenwertprüfung

Ermittlung des Schwellenwertes 2006

Der Schwellenwert ist definiert als das 1,5-Fache der mittleren Leistungsausgaben über alle Versicherten. Da die Daten des Hauptleistungsbereichs „Krankengeld“ und „Zahnärzte“ nicht in der Datenmeldung enthalten sind, fließen diese nicht in die Berechnung der mittleren Ausgaben ein. Weil darüber hinaus die Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereichs 5 („Sonstige Leistungsausgaben“) von einigen Kassen nur unzureichend erfasst wurden, werden die mittleren Leistungsausgaben dieses Bereiches gesondert – über die „gültige“ Subpopulation – bestimmt. Die Berechnung erfolgt somit in drei Schritten:

(I) Ermittlung der mittleren Ausgaben ohne HLB 5

Die Ausgaben der Hauptleistungsbereiche 1, 3, 4, 7 und 9 werden je Versicherten (in Abhängigkeit seiner Versichertentage in 2006, siehe c) Regression) annualisiert und aufaddiert. Anschließend wird das arithmetische Mittel dieses Ausgabenblocks über alle Versicherten (N = 4,2 Mio.) bestimmt (Teilergebnis I: 1.482,83 €).

(II) Ermittlung der mittleren Ausgaben in HLB 5

Analog zu (I) werden die mittleren Leistungsausgaben für HLB 5 auf Basis einer Substichprobe (N = 2,9 Mio.) bestimmt. Diese umfasst alle Pseudonyme, die aus Kassen stammen, deren Ausschöpfungsquoten in diesem Bereich als zulässig eingestuft wurden (Teilergebnis II: 200,89 €).

(III) Berechnung des Schwellenwerts

$$\begin{aligned} \text{SW} &= (\text{Teilergebnis I} + \text{Teilergebnis II}) * 1,5 \\ &= (1.482,83 \text{ €} + 200,89 \text{ €}) * 1,5 \\ &= 2.525,58 \text{ €} \end{aligned}$$

Diagnoseaufbereitung

Berücksichtigt werden in dieser Berechnung die stationären Haupt- und Nebendiagnosen sowie die gesicherten ambulanten Diagnosen des Jahres 2006 (jeweils plausibilisiert nach den DIMDI-Kriterien gemäß §§ 295 und 301 SGB V: „O“, „P“, „Z“; keine Muss-Fehler in Alter bzw. Geschlecht).

Mapping

Zunächst werden für alle im Jahr 2006 von einer Krankheit betroffenen Versicherten (analog zur Schwellenwertermittlung) die mittleren Leistungsausgaben bestimmt. Hierzu wird ein Versicherter als „von einer Krankheit betroffen“ definiert, wenn die entsprechende Krankheit (gemäß der Zuordnungstabelle in Anhang 1) bei ihm entweder

- durch eine stationäre Diagnose dokumentiert oder
- in der vertragsärztlichen Dokumentation in mindestens 2 Quartalen belegt worden ist.

Schwellenwertprüfung

Die Schwellenwertprüfung wird in Analogie zum Vorgehen der Gutachter auf alle Krankheiten angewendet, die gemäß der unter a) bis d) beschriebenen Kriterien grundsätzlich für die Auswahl in Frage kommen. Die entsprechenden Krankheiten sind in der Auflistung in Anhang 3 in roter Schrift formatiert.

Der Schwellenwert gilt für eine Krankheit als überschritten, wenn die – wie beschrieben errechneten – mittleren Leistungsausgaben der Betroffenen den Referenzwert von 2.525,58 € übersteigen.

Ergebnis

Die nachfolgende Tabelle dokumentiert die („zeitgleichen“) mittleren Leistungsausgaben (LA) aller Versicherten, die im Jahr 2006 von einer der ausgewählten Krankheiten betroffen waren.

Ergebnisse der Schwellenwertprüfung / Liste der ausgewählten Krankheiten

| Nr. | Bezeichnung | mittlere LA 2006 (HLB 1,3,4,5,7,9) | Schwellenwertkriterium erfüllt |
|------------|--|---|---------------------------------------|
| 1 | HIV/AIDS | 12.066,25 € | + |
| 2 | Sepsis/Schock | 27.105,24 € | + |
| 3 | Nicht virale Meningitis/Enzephalitis | 12.475,56 € | + |
| 8 | Infektionen durch opportunistische Erreger | 23.008,18 € | + |
| 23 | Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx | 11.977,18 € | + |
| 24 | Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane | 11.784,05 € | + |
| 25 | Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe | 13.400,42 € | + |
| 26 | Bösartige Neubildungen der Knochen, des Stütz- und Weichteilgewebes | 13.576,73 € | + |
| 29 | Bösartige Neubildungen der Brustdrüse | 7.283,28 € | + |
| 30 | Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane | 7.912,60 € | + |
| 31 | Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane | 6.471,68 € | + |
| 32 | Bösartige Neubildungen der Niere, der Harnwege und der Nebenniere | 7.942,88 € | + |
| 33 | Bösartige Neubildungen des Auges, Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems einschließlich Hypo- und Epiphyse | 12.401,41 € | + |
| 35 | Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation | 16.143,27 € | + |
| 36 | Lymphome und Leukämien | 12.385,28 € | + |
| 39 | Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens | 7.668,83 € | + |
| 40 | Diabetes mellitus | 4.970,60 € | + |
| 42 | Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen | 7.481,63 € | + |
| 56 | Leberzirrhose (inkl. Komplikationen) | 8.652,30 € | + |
| 57 | Chronische Hepatitis | 7.814,13 € | + |
| 58 | Akute schwere Lebererkrankung | 9.324,30 € | + |
| 64 | Ileus | 13.712,11 € | + |
| 66 | Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn/Colitis ulcerosa) | 4.263,04 € | + |
| 74 | Erkrankungen des Ösophagus, exkl. Ulkus und Blutung | 4.314,54 € | + |
| 83 | Entzündung/Nekrose von Knochen/Gelenken/Muskeln | 10.459,61 € | + |
| 84 | Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebs- | 4.855,30 € | + |

| Nr. | Bezeichnung | mittlere LA 2006 (HLB 1,3,4,5,7,9) | Schwellenwertkriterium erfüllt |
|-----|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| | krankheiten | | |
| 87 | Spinalkanalstenose | 6.055,56 € | + |
| 91 | Osteoarthrose der großen Gelenke | 4.158,86 € | + |
| 95 | Osteoporose und Folgeerkrankungen | 5.291,65 € | + |
| 110 | Schwerwiegende Erkrankungen der Blutbildung und Blutgerinnung | 22.017,98 € | + |
| 112 | Agranulozytose, septische Granulomatose, andere näher bezeichnete Erkrankungen der weißen Blutkörperchen | 20.658,15 € | + |
| 115 | Disseminierte intravasale Gerinnung und sonstige Koagulopathien | 10.478,83 € | + |
| 116 | Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung | 15.241,28 € | + |
| 122 | Delir und Enzephalopathie | 11.977,88 € | + |
| 123 | Demenz | 7.508,71 € | + |
| 126 | Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch | 6.516,75 € | + |
| 127 | Psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen | 6.327,96 € | + |
| 128 | Depression | 4.521,27 € | + |
| 129 | Bipolare affektive Störungen | 6.234,63 € | + |
| 133 | Anorexia nervosa / Bulimia nervosa | 4.981,53 € | + |
| 145 | Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen | 2.538,37 € | + |
| 146 | Ausgeprägte schwere Lähmungen | 11.679,70 € | + |
| 147 | Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks | 9.877,30 € | + |
| 148 | Muskeldystrophie | 7.728,91 € | + |
| 150 | Periphere Neuropathie / Myopathie | 6.829,61 € | + |
| 151 | Entzündlich / toxische Neuropathie | 11.044,28 € | + |
| 153 | Multiple Sklerose | 9.364,38 € | + |
| 154 | M. Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen | 7.750,10 € | + |
| 155 | Epilepsie | 6.791,09 € | + |
| 156 | Koma, Hirnödem, hypoxischer Hirnschaden | 18.366,68 € | + |
| 158 | Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen | 5.358,95 € | + |
| 170 | Herzinsuffizienz | 7.836,46 € | + |
| 171 | Akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz | 18.199,38 € | + |
| 172 | Hypertensive Herz-/Nierenerkrankung/Enzephalopathie | 7.313,08 € | + |
| 173 | Ischämische Herzkrankheit | 5.795,73 € | + |
| 178 | Erkrankungen der Herzklappen | 6.726,10 € | + |
| 179 | Angeborene schwere Herzfehler | 6.746,95 € | + |
| 181 | Hypertonie | 3.763,20 € | + |
| 183 | Vorhoffarrhythmie | 8.270,03 € | + |
| 184 | Ventrikuläre Tachykardie | 13.521,32 € | + |
| 191 | Schlaganfall und Komplikationen | 9.886,33 € | + |
| 195 | Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung | 6.678,33 € | + |
| 201 | Arteriell Aneurysma, exkl. der Aorta | 11.328,44 € | + |
| 214 | Mukoviszidose | 19.111,26 € | + |

| Nr. | Bezeichnung | mittlere LA 2006 (HLB 1,3,4,5,7,9) | Schwellenwertkri- terium erfüllt |
|------------|---|---|---|
| 215 | Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis | 5.631,19 € | + |
| 216 | Asthma bronchiale | 2.709,06 € | + |
| 220 | Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose | 9.777,32 € | + |
| 222 | Pneumonie | 15.552,62 € | + |
| 265 | Niereninsuffizienz | 11.321,08 € | + |
| 266 | Nephritis | 11.126,49 € | + |
| 270 | Neurogene Blase | 8.498,35 € | + |
| 297 | Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen) | 3.942,34 € | + |
| 299 | Hautulkus (ohne Dekubitalgeschwür) | 9.623,49 € | + |
| 301 | Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen | 6.270,85 € | + |
| 317 | Wirbelkörperfraktur (ohne Schädigung des Rückenmarks) | 8.816,48 € | + |
| 319 | Luxation des Hüftgelenks | 13.639,99 € | + |
| 325 | Traumatische Amputation einer Extremität | 12.542,24 € | + |
| 348 | Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung | 12.521,45 € | + |
| 350 | Blutung / Hämatom / Serom als Komplikation eines Eingriffs | 16.171,49 € | + |
| 366 | Status nach Organtransplantation (inkl. Komplikationen) | 24.700,21 € | + |

Keine der Krankheiten unterschreitet bei der hier beschriebenen Prüfung den gesetzlichen Schwellenwert. Somit bleibt es bei der Auswahl der 80 aufgelisteten Krankheiten.