

InEK

Abschlussbericht Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2026

Siegburg, den 18. Dezember 2025

Institut für das Entgeltsystem
im Krankenhaus GmbH
Auf dem Seidenberg 3
53721 Siegburg

Telefon 0 22 41 - 93 82 - 0

Fax 0 22 41 - 93 82 - 36

Internet [Internetseite des InEK](#)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 EINFÜHRUNG	1
2 AG-DRG-SYSTEM 2026	1
2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	1
2.2 Grundlagen der Weiterentwicklung.....	3
2.2.1 Datenbasis.....	3
2.2.1.1 Datenerhebung, Datenprüfung und Datenaufbereitung	3
2.2.1.2 Reguläre Datenlieferung	4
2.2.1.3 Ergänzende Datenbereitstellung	8
2.2.1.4 Versionsüberleitung der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen.....	10
2.2.2 Vorschlagsverfahren.....	10
2.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	10
2.2.2.2 Beteiligung.....	11
2.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge.....	12
2.2.3 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten	14
2.2.4 Sachkostenkorrektur / gezielte Absenkung	16
2.2.5 Anpassung der Methodik.....	17
2.2.5.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen	17
2.2.5.2 Bewertungsrelationen für Belegversorgung	22
2.2.5.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	24
2.2.5.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	26
2.2.5.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern.....	29
2.2.5.6 Berechnung der Bezugsgröße	31
2.2.6 Vorhaltebewertungsrelationen	32
2.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	35
2.3.1 Hybrid-DRGs.....	35
2.3.1.1 Lymphknotenbiopsien	45
2.3.1.2 MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems.....	46
2.3.1.3 Abdominalchirurgie.....	51
2.3.1.4 Gastroenterologie	53
2.3.1.5 Hernien.....	54
2.3.1.6 Haut / Unterhaut	57
2.3.1.7 Orthopädie und Unfallchirurgie.....	57
2.3.1.8 Urologie.....	59
2.3.1.9 Gynäkologie (MDC 13)	61
2.3.1.10 Unterstützungsleistung für das Institut des Bewertungsausschusses	62
2.3.2 Überarbeitung der aG-DRG-Klassifikation.....	64
2.3.2.1 Abdominalchirurgie	64
2.3.2.2 COVID-19.....	65
2.3.2.3 Eingriffe an Haut, Unterhaut, Mamma	66
2.3.2.4 Gastroenterologie	67
2.3.2.5 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie	68
2.3.2.6 Kardiologie	69
2.3.2.7 Onkologie	70
2.3.2.8 Operative Gynäkologie	71

2.3.2.9	Orthopädie und Unfallchirurgie.....	72
2.3.2.10	Urologie.....	74
2.3.2.11	Versorgung von Kindern	75
2.3.3	Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	77
2.3.4	Zusatzentgelte.....	78
2.3.5	Sortierung	83
2.3.6	Umgang mit ICD-10-GM- und OPS-Anpassungen	85
2.3.6.1	Anpassungen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	85
2.3.6.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2025 gültigen Versionen.....	86
2.3.6.3	Nicht identische Codes mit „Vorgängerkode“.....	86
2.3.6.4	Nicht identische Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes).....	89
2.3.7	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien.....	91
2.3.8	Schlichtungsausschuss	92
2.3.9	Leistungsgruppen.....	92
2.4	Statistische Kennzahlen	94
2.4.1	Analyse des Pauschalierungsgrades	94
2.4.2	Statistische Güte der Klassifikation	96
2.4.3	Analyse der Verweildauer – Prüfung auf Repräsentativität	99
3	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	105
	ANHANG.....	106

Abkürzungen

Abs.	Absatz
aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
BA	Belegabteilung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BNB	Bösartige Neubildung
BT	Belegungstag
BWR	Bewertungsrelation
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
d.h.	das heißt
DJ	Datenjahr
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung
EEG	Elektroenzephalographie
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie
ergEBA	ergänzter erweiterter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V
etc.	et cetera
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 20xx (Fallpauschalenvereinbarung 20xx)
FZF	Fallzusammenführung
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GM	German Modification (ICD-10-GM)

HA	Hauptabteilung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HK	Homogenitätskoeffizient (der Kosten)
HWS	Halswirbelsäule
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
IntK	Intensivmedizinische Komplexbehandlung
ISS	Injury Severity Score
i.V.m.	in Verbindung mit
KDE	Kodierempfehlungen
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KI	Konfidenzintervall
LG	Leistungsgruppe(n)
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
Mio.	Millionen
MS	Multiple Sklerose
MVV	Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung
mVWD	mittlere Verweildauer
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Fälle
Nr.	Nummer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OGV	Obere Grenzverweildauer
OP	Operation
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
PPBV	Pflegepersonalbemessungsverordnung
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PKV	private Krankenversicherung
PPR	Pflegepersonalregelung

PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie
Qu.	Quantil
R ²	Varianzreduktion
rDRG	residuale DRG
RG	Relativgewicht
RSV	Respiratorische Synzytial-Viren
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SGB	Sozialgesetzbuch
SIRT	Selektive interne Radiotherapie
TE	Transfusionseinheiten
TIA	Transitorische ischämische Attacke
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
u.a.	unter anderem
UGV	Untere Grenzverweildauer
vgl.	vergleiche
VWD	Verweildauer
WS	Wirbelsäule
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

1 Einführung

Dieser Bericht stellt Verfahrensweisen und Ergebnisse der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems sowie des Pflegeerlös-Katalogs für 2026 vor.

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (BGBl. I Nr. 42 vom 11. November 2022, S. 1990) wurde die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ab dem Jahr 2025 neu geregelt. Danach soll ab 2025 ausschließlich Personal bestimmter Berufsgruppen, „das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist“, aus dem DRG-System ausgegliedert und über das Pflegebudget refinanziert werden. Diese Berufsgruppen werden in § 17b Abs. 4a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) abschließend benannt. Das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (BGBl. I Nr. 56 vom 28. Dezember 2022, S. 2793) erweiterte die Aufzählung der auszugliedernden Berufsgruppen in § 17b Abs. 4a KHG um Hebammen „auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen“ (§ 17b Abs. 4 KHG). Diese Anpassungen im Pflegebudget wurden bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems für 2026 entsprechend berücksichtigt.

Zahlreiche Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften, der Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiterer Institutionen im „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2026 (Vorschlagsverfahren 2026)“ haben Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung einfließen lassen. Allen, die sich am diesjährigen Vorschlagsverfahren beteiligt haben, sei an dieser Stelle gedankt.

Wir bedanken uns ganz besonders bei den 203 Krankenhäusern, die durch ihre aktive freiwillige Teilnahme an der Kostenkalkulation und ihr unvermindert großes Engagement an der Bereitstellung einer soliden Datenbasis gearbeitet haben. Ohne dieses Engagement der Kalkulationskrankenhäuser wäre die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in der vorliegenden Form nicht möglich. Den gesetzlichen Vorgaben zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation folgend, wurden am 23. September 2022 nach dem aktualisierten Ziehungskonzept 30 Krankenhäuser für die fünf Datenjahre 2022–2026 zur Teilnahme an der Kostendatenerhebung verpflichtet. Am 22. September 2023 wurden weitere 50 Krankenhäuser für die Datenjahre 2024–2028 zur Teilnahme an der Kostendatenerhebung verpflichtet. Diese 80 Krankenhäuser mussten mit dem Datenjahr 2024 fallbezogene Kostendaten an das InEK übermitteln; für die Krankenhäuser aus der Ziehung vom 22. September 2023 war dies die erste Teilnahme an einer fallbezogenen Kostenkalkulation. Nicht alle zur Teilnahme verpflichteten Krankenhäuser sind dieser Verpflichtung nachgekommen. Den insgesamt 63 zur Teilnahme verpflichteten Krankenhäusern mit fallbezogener Kostenkalkulation sei an dieser Stelle sehr herzlich für ihr Engagement gedankt. Ihre aktive Beteiligung leistete einen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation.

Mit Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wurde die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung neu justiert. Die spezielle sektorengleiche Vergütung basiert auf dem Grundgedanken, die Erbringung bestimmter Leistungen (Hybrid-DRGs) einheitlich zu vergüten, unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wurde. Die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung) sind gemäß § 115f Abs. 1 SGB V beauftragt, die Hybrid-DRGs weiterzuentwickeln und die Anzahl der nach Hybrid-DRGs abzurechnenden Fälle zu erhöhen. Da sich die Vertragsparteien auf Bundesebene nicht konsentieren konnten, musste der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V (ergEBA) die Beschlussfassung übernehmen. Die Beschlüsse des ergänzten

erweiterten Bewertungsausschusses zu den Hybrid-DRGs wurden bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems hinsichtlich der klassifikatorischen Einordnung in den Gruppierungsalgorithmus umgesetzt. Zu den Auswirkungen der Ausweitung der Hybrid-DRGs für das Jahr 2026 auf die Normierung des DRG-Fallpauschalen-Katalogs haben sich die Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) im November 2025 verständigt; dieser Konsens wurde für die Berechnung der finalen Version des aG-DRG-Systems 2026 umgesetzt.

Erstmals wurde auch ein zerlegter Katalog nach den Vorgaben des § 17b Abs. 4b KHG berechnet. Dieser Katalog zerlegt alle Bewertungsrelationen des aG-DRG-Systems in zwei Bestandteile: Vorhaltebewertungsrelationen und rDRG-Bewertungsrelationen. Die Zerlegung erfolgte dabei nach der Maßgabe, dass sich durch die Zerlegung keine Änderungen im Case-Mix (unabhängig von der Aggregationsebene) ergeben; d.h. ein für den aG-DRG-Katalog berechneter Case-Mix ergibt sich in identischer Höhe, wenn mit derselben Grundgesamtheit der Case-Mix auf Basis des zerlegten Fallpauschalen-Katalogs berechnet wird.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 29. August 2025 den Entwurf des aG-DRG-Systems 2026, des Pflegeerlös-Katalogs 2026 und des zerlegten Fallpauschalen-Katalogs nach § 17b Abs. 4b KHG für 2026 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien haben die Selbstverwaltungspartner dem aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2026, dem Pflegeerlös-Katalog 2026 und den dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen sowie dem zerlegten Fallpauschalen-Katalog für 2026 zugestimmt.

Die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems kann nur gelingen, wenn Krankenhäuser und Krankenkassen weiterhin zur Weiterentwicklung und Kalkulation des pauschalierenden Entgeltsystems beitragen. Dies gilt insbesondere für Hinweise auf notwendige Änderungen und für Krankenhäuser, sich aktiv an der Kostendatenerhebung zu beteiligen; insbesondere auf diese Weise können Krankenhäuser zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation beitragen. Medizinische Fachgesellschaften sind weiterhin aufgerufen, durch aktive Teilnahme am Vorschlagsverfahren fachliche Impulse für die Weiterentwicklung zu geben.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Dr. Thomas Cibis
Abteilungsleiter
Datenannahme,
Statistik und
Pflegepersonal

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Bereichsleiter
Statistische
Auswertungen

Siegburg, im Dezember 2025

2 aG-DRG-System 2026

2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das aG-DRG-System 2026 umfasst insgesamt 1.291 DRGs. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
aG-DRG-System 2026	1.291	- 4
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.234	- 4
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	15	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	24	± 0
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	420	+ 9

Tabelle 1: Überblick über das aG-DRG-System 2026

Die im Anhang enthaltene Tabelle A-4 gibt einen Überblick über die Veränderung der Anzahl der DRGs je MDC. Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV) werden 70 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 73) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gemäß § 6 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) (Anlage 4 FPV) liegt bei 182 (Vorjahr: 170).

Für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG Angaben zu ca. 20,4 Mio. Fällen (Entgeltbereich „DRG“ und „HYB“) aus 1.366 Krankenhäusern aus dem Datenjahr 2024 übermittelt.

Nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen lag die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser mit 270 im Datenjahr 2024 um 9 niedriger als im Vorjahr. Dabei ist zu berücksichtigen, dass von den 279 Krankenhäusern 36 zur Datenlieferung verpflichtete Kalkulationsteilnehmer im ersten Jahr der Kalkulationsteilnahme nur eine vereinfachte Datenlieferung vornehmen mussten, die keine fallbezogenen Datensätze liefert. Die Daten dieser 36 Krankenhäuser konnten entsprechend (von vornherein) nicht für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems verwendet werden. Unter Berücksichtigung dieser 36 Krankenhäuser mit vereinfachter Kalkulationsteilnahme ist ein Vergleich mit den übrigen datenliefernden Krankenhäusern besser – das waren 243 und damit 27 Krankenhäuser weniger als im Datenjahr 2024. Die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 5,1 Mio. Fälle. Die Anzahl der vollstationären Fälle aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 4,88 Mio. Fälle) stieg im Vergleich zum Datenjahr 2023 (mit 3,92 Mio. Fällen) um 24,3% (siehe Tabelle 5).

Besonderheiten in diesem Jahr

Neben der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems war das InEK in diesem Jahr mit zahlreichen neuen Tätigkeiten betraut, die ebenfalls in einem vorgegebenen Zeitrahmen fertigzustellen waren. Dabei handelte es sich z.B. um

- Implementierung weiterer Hybrid-DRGs
- Kalkulation der Vorhalte-Bewertungsrelationen

Zu Beginn der Kalkulationsphase war daher nicht abzusehen, ob die Ressourcen für eine Anpassung des aG-DRG-Systems im gewohnten Umfang tatsächlich ausreichen würden. Letztlich konnten dennoch zahlreiche Umbauten am Algorithmus vorgenommen werden, wenn auch nicht im Ausmaß der Vorjahre. Dabei wurden „echte“ Fehler im DRG-Algorithmus korrigiert und Änderungen vorgenommen, um relevante Fehlanreize zu minimieren. Darüber hinaus wurde das aG-DRG-System eher punktuell verändert, sodass das aG-DRG-System 2026 – mit Ausnahme der Hybrid-DRGs – ein klassifikatorisch weitgehend stabiles System mit vergleichsweise weniger Fallwanderungen als in den Vorjahren darstellt.

Hybrid-DRGs

Der eindeutige Schwerpunkt der Weiterentwicklung der DRG-Klassifikation für 2026 lag auf den Hybrid-DRGs. Die Vorgaben des Gesetzgebers und des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses bedingten umfangreiche Anpassungen, die den Weiterentwicklungsprozess für 2026 ganz erheblich geprägt haben. Hier sind insbesondere zu nennen:

- Erweiterung auf Fälle mit 2 Tagen Verweildauer
- Ausschluss von Kindern und Patienten mit Behinderungen
- Fallzahlziel von 1 Mio. Hybrid-Fällen
- Einschluss einer Vielzahl erstmals den Hybrid-DRGs zugeordneten Leistungsbe-
reichen wie invasive Kardiologie, Gefäßinterventionen, Defibrillatoren, Ablationen
bei Rhythmusstörungen, Osteosynthesen, laparoskopische Eingriffe an Blind-
darm und Gallenblase und viele weitere mehr
- Ausschluss von NUB- und ZE-Leistungen
- Anpassungen der Berechnungsmethodik

Das Thema Hybrid-DRGs prägt entsprechend auch den vorliegenden Abschlussbericht. In Kapitel 2.3.1 und seinen Unterkapiteln finden sich ausführliche Darstellungen zur klas-
sifikatorischen Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs im Allgemeinen wie auch im Spezi-
ellen (in den einzelnen organbezogenen Kapiteln) sowie zum Umgang mit den zugrunde
liegenden Daten aus dem stationären wie auch dem ambulanten Bereich.

Statistische Güte des Systems

Die durch den R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion ausgedrückte statistische Güte
der Klassifikation (ohne Fälle in Hybrid-DRGs) liegt etwa auf dem Niveau der Vorjahres-
version (siehe Tabelle 2).

	aG-DRG- System 2025	aG-DRG- System 2026	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7269	0,7274	+0,07
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8166	0,8172	+0,07

Tabelle 2: Vergleich der Varianzreduktion R^2 , aG-DRG-Systeme 2025 und 2026, Datenjahr 2024, Haupt-
abteilung, plausibilisiert, ohne explizite Ein-Belegungstag-DRGs und nicht bewertete DRGs

2.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

2.2.1 Datenbasis

2.2.1.1 Datenerhebung, Datenprüfung und Datenaufbereitung

Datenerhebung

Alle dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegenden Krankenhäuser sind verpflichtet, krankenhausbegleitende Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen (im Folgenden als „Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG“ bezeichnet).

Die an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäuser stellen neben den Leistungsdaten und den fallbezogenen Kostendaten auch ergänzende Fallinformationen bereit:

- Leistungsinformationen, die nicht ausreichend differenziert über OPS-Kodes abgebildet sind,
- Kosteninformationen, die in der modularen Kostendarstellung nicht leistungsbezogen erkennbar sind, und
- Verfahrensinformationen, die Auskunft über das angewandte Kalkulationsverfahren geben und eine hohe Datenqualität sicherstellen sollen.

Datenprüfung

Die von den Krankenhäusern übermittelten Daten wurden einer technischen und einer inhaltlichen Datenprüfung unterzogen. Die nach technischer Prüfung („Fehlerverfahren“) fehlerfreien Daten durchliefen sowohl ökonomische Prüfungen auf formale und inhaltliche Konformität, medizinische Prüfungen mit einer Konzentration auf gruppierungsrelevante Merkmale als auch medizinisch-ökonomische Zusammenhangsprüfungen. Die wesentlichen Schritte zur Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen werden in Kapitel 2.2.5.1 dargestellt.

Datenaufbereitung

Im Zuge der Datenaufbereitung wurden die in den Prüfverfahren als fehlerfrei erkannten Datensätze verschiedenen Bereinigungen und Korrekturen unterzogen, um verzerrende Einflüsse auszugleichen und einen einheitlichen Periodenbezug herzustellen.

- Bereinigung bei fehlender DRG-Relevanz

Das aG-DRG-System gilt nicht für Leistungen der in § 17d KHG genannten Einrichtungen (Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung – PEPP-Entgeltsystem). Die entsprechenden Fälle wurden in eine separate Datenhaltung überführt. Gleiches gilt für vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung sowie Begleitpersonen.

- Überliegerbereinigung

Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 1. Januar 2024 aufgenommen, aber erst 2024 entlassen wurden. Für die Weiterentwicklung wurden nur Überlieger berücksichtigt, für die das Kalkulationskrankenhaus eine Erklärung über die Vollständigkeit des auf das Vorjahr entfallenden Kostenanteils im Datensatz abgegeben hatte.

- Korrektur Zusatzentgelte

Für bestimmte Leistungen wurden Zusatzentgelte definiert, die ergänzend zu den Fallpauschalen abrechenbar sind. Alle Falldatensätze mit entsprechenden Leistungen wurden um die auf diese Leistungen entfallenden Kostenanteile korrigiert.

2.2.1.2 Reguläre Datenlieferung

Für das Datenjahr 2024 wurden im Datenfeld „Entgeltbereich“ die Ausprägungen „DRG“, „PSY“ und „PIA“ sowie erstmals „HYB“, „BWD“, „BWH“, „BGD“ und „BGH“ übermittelt. Im Entgeltbereich „HYB“ finden sich Fälle der speziellen sektorengleichen Vergütung. Die vier letztgenannten Entgeltbereiche betreffen Fälle aus Bundeswehr-Krankenhäusern, bei denen es sich nicht um Zivilpatienten handelt, bzw. aus Krankenhäusern in Trägerschaft der gesetzlichen Unfallversicherung, bei denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden.

Die übermittelten Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG aus den Entgeltbereichen „PSY“ und „PIA“ sowie „BWD“, „BWH“, „BGD“ und „BGH“ wurden in eine separate Datenhaltung überführt und für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems nicht verwendet. Alle folgenden Angaben sind somit auf die Entgeltbereiche „DRG“ und „HYB“ beschränkt.

Den Umfang der Datenlieferungen für das Datenjahr 2024 gibt Tabelle 3 wieder. Die Zahlen der Erhebung von Kostendaten sind „davon“-Angaben der Datenerhebung gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG. Die Angaben in Tabelle 3 geben den Stand nach erfolgten Fehlerprüfungen in der Datenstelle und vor Durchführung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen wieder.

Kriterium	Erhebung von Daten gemäß § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	1.366	270
Anzahl Betten	389.181	116.487
Anzahl Fälle	20.444.925	5.354.797

Tabelle 3: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereiche „DRG“ und „HYB“, Datenjahr 2024 (Stand: 31. Mai 2025)

Durch die Erhebung von Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG liegt ein nahezu vollständiges Bild des voll- und teilstationären Leistungsgeschehens in Deutschland vor. Die Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG wurden u.a. für die Berechnung der Bezugsgröße verwendet (siehe Kapitel 2.2.5.6).

Die Datensätze aus der Erhebung von Kostendaten bildeten nach Durchführung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen die Grundlage für die Weiterentwicklung der aG-DRG-Klassifikation.

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 3 dokumentierten Umfang von 1.366 Krankenhäusern bzw. 270 Kalkulations-

krankenhäusern. Abbildung 1 zeigt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser.

Die in die Erhebung von Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG einbezogenen Krankenhäuser spiegeln die akutstationären Versorgungsstrukturen der jeweiligen Bundesländer wider. In beiden Erhebungen stellten die Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen die größten Anteile einbezogener Krankenhäuser.

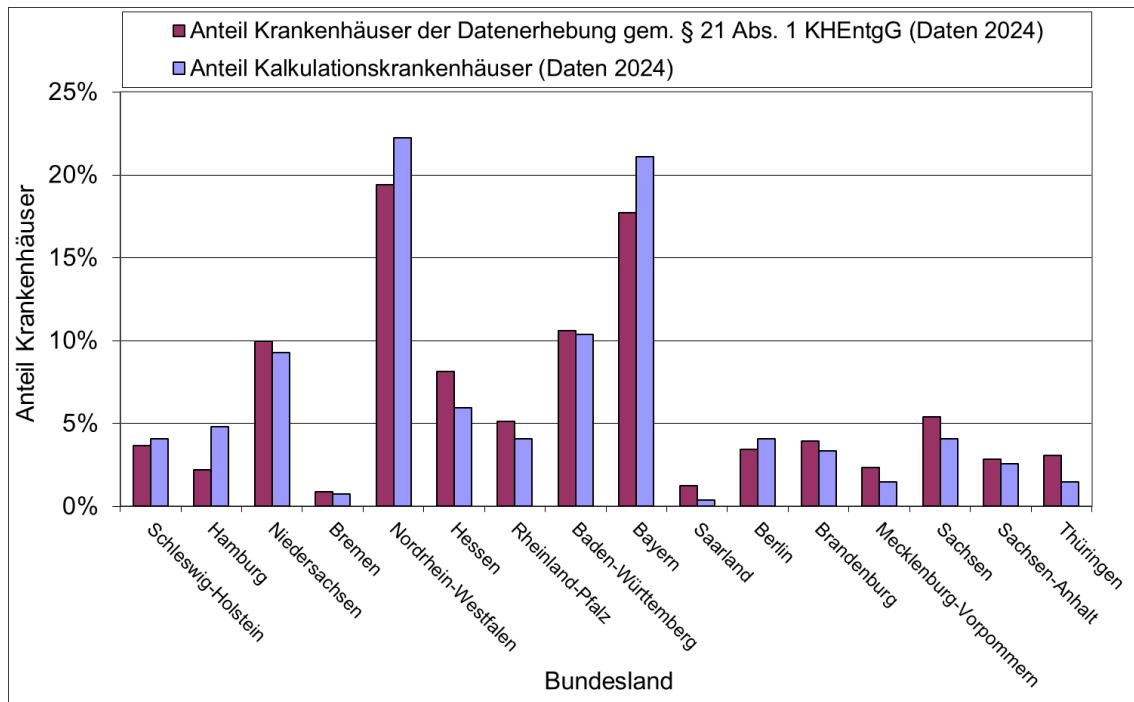


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser, Datenjahr 2024

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt Abbildung 2. Wie schon in den vergangenen Jahren wird aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der Krankenhäuser ab einer Größe von mehr als 300 Betten erkennbar. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern kleine Häuser mit bis zu 300 Betten mit einem geringeren Anteil als in der Datenerhebung gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG vertreten. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

Im Vergleich zum Vorjahr sinken die Anteile der Kalkulationskrankenhäuser in den Bettengrößenklassen mit bis zu 300 Betten, während sie in den übrigen Bettengrößenklassen leicht ansteigen oder gleich bleiben. In allen Bettengrößenklassen verändert sich der Anteil bei den Kalkulationskrankenhäusern parallel zur Entwicklung der Datenerhebung gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG.

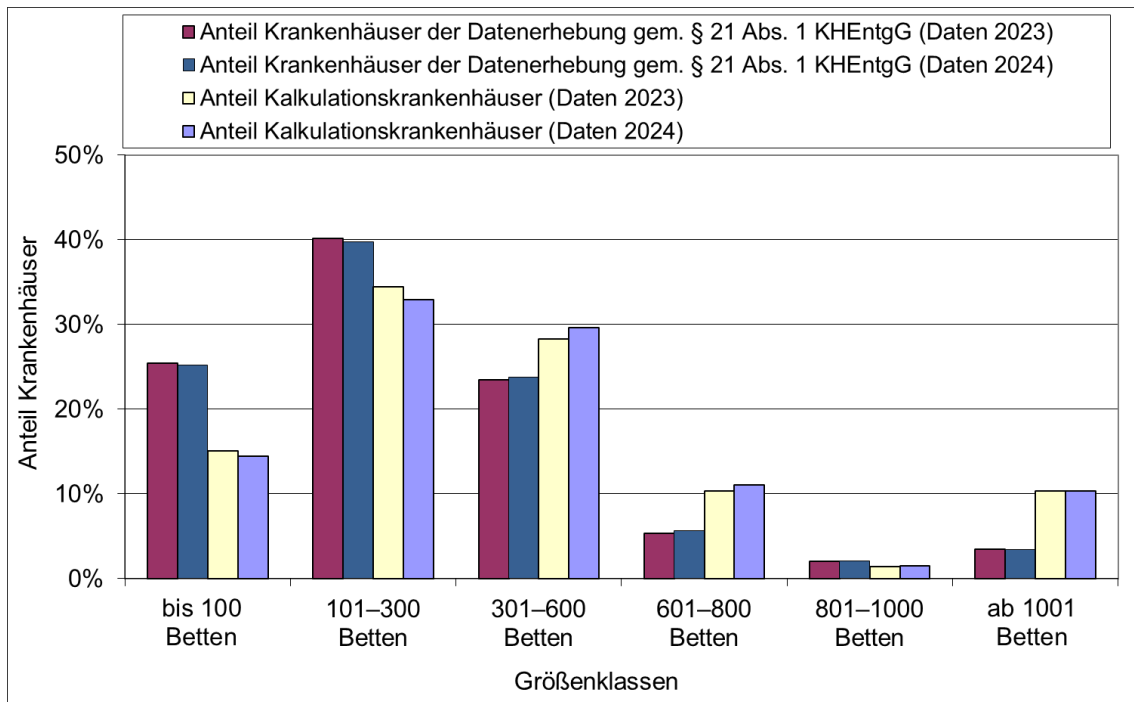


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser, Datenjahre 2023 und 2024

Abbildung 3 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser.

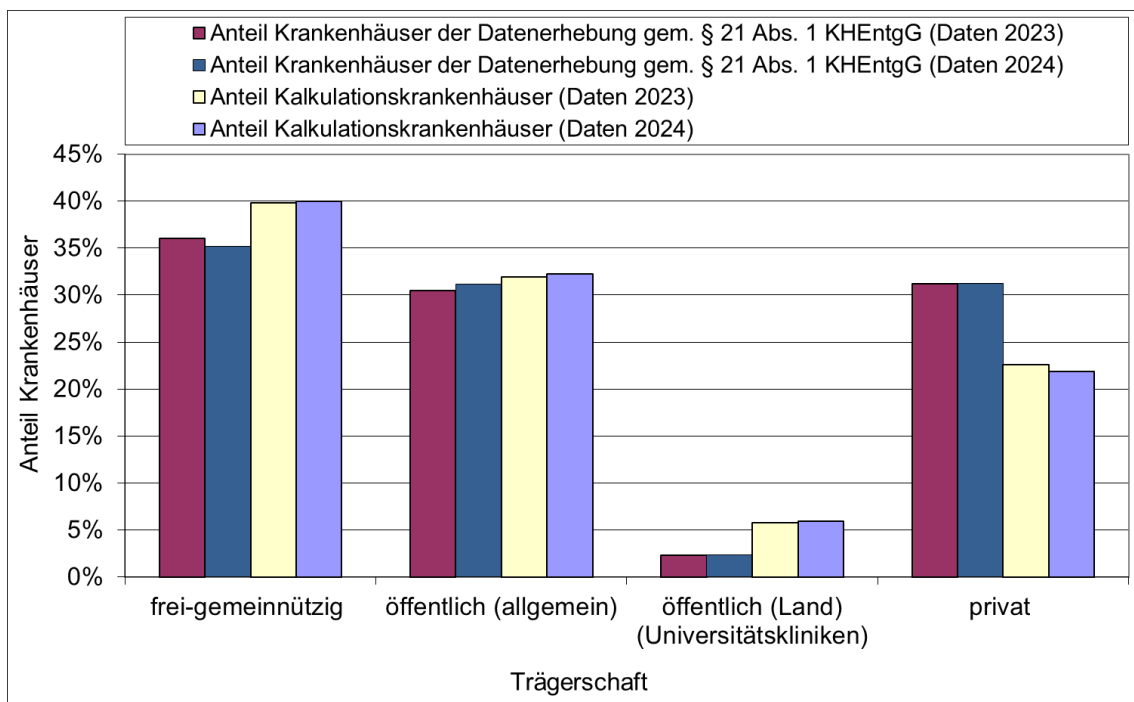


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Trägerschaft der Krankenhäuser, Datenjahre 2023 und 2024

Die Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit den Krankenhäusern der Datenerhebung gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG zeigt bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der frei-gemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäuser. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern private Krankenhäuser mit einem geringeren Anteil als in der Datenerhebung gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG vertreten. Beim Vergleich der beiden Datenjahre 2023 und 2024 sind jeweils recht ähnliche Anteile in allen Trägerschaften erkennbar.

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG lag nach Auswertung der Datenstelle im Datenjahr 2024 mit 0,11% unverändert auf niedrigem Niveau (Vorjahr: 0,07%).

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 6.417.247 Fälle bereit. Diese wurden um alle nicht matchbaren Datensätze (Leistungsdaten ohne Kostendaten sowie Kostendaten ohne Leistungsdaten) bereinigt und der in Kapitel 2.2.1.1 beschriebenen Datenaufbereitung unterzogen.

Jeder Falldatensatz wies im Durchschnitt 3,9 Prozeduren und 6,2 Nebendiagnosen auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 27,0 verschiedene Kostenmodule aus. Nach Ausschluss der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 5.354.797 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten im Datenjahr 2024 zur Verfügung (siehe Tabelle 3).

Bereinigungen und Korrekturen

Tabelle 4 zeigt die von den verschiedenen Bereinigungs- und Korrekturmaßnahmen (siehe Kapitel 2.2.1.2) betroffenen Fallmengen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die 5.354.797 geprüften Datensätze. Der Fallanteil in der zweiten Zeile ist – wie im Vorjahr – durch die separaten Vergütungen von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus begründet. Der jeweilige fallbezogene Bereinigungsbetrag für Corona-Mehrkosten liegt dabei im kleinen zweistelligen Eurobereich.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten, Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	1,1	Bereinigung Dialysekosten, Kosten-separation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte	20,3	Bereinigung in relevanten Kostenmodulen bzw. Herausnahme aus der Datenbasis
Überliegerbereinigung	0,4	Herausnahme aus der Datenbasis

Tabelle 4: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 5.354.797 Datensätze, Entgeltbereiche „DRG“ und „HYB“), Datenjahr 2024

Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen

Nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kapitel 2.2.1.2 und 2.2.5.1) standen schließlich 5.052.701 Datensätze im

Datenjahr 2024 zur Verfügung. Auf Grundlage des Ergebnisses der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen mussten vier Krankenhäuser ihre Kalkulationsdatensätze komplett stornieren (2,7% der Datensätze des Datenjahres 2024). Insgesamt wurden 5,6% der 5.374.797 geprüften Datensätze durch Bereinigung sowie durch Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen.

Tabelle 5 zeigt die nach Abteilungsart differenzierten Fallmengen vor und nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen. Der Anteil plausibler Fälle lag im Datenjahr 2024 bei 94%.

Abteilungsart	Fallzahl vor Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen	Fallzahl nach Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen
Versorgung in Hauptabteilung	5.097.182	4.831.252
Belegärztliche Versorgung	50.776	46.063
Teilstationäre Versorgung	208.839	175.386
Gesamt	5.354.797	5.052.701

Tabelle 5: Fallmengen der Kalkulationskrankenhäuser (nur Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten, Entgeltbereiche „DRG“ und „HYB“) vor und nach Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, differenziert nach Abteilungsart, Datenjahr 2024

2.2.1.3 Ergänzende Datenbereitstellung

Der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems stehen in jedem Jahr die Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG sowie die Lieferungen von Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung. Neben diesen „regulären“ Datenlieferungen werden weitere ergänzende Fallinformationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt, um die relevanten Leistungen auf einer ausreichend differenzierten Datenbasis analysieren und bewerten zu können. Bei der ergänzenden Datenbereitstellung bildet beispielsweise die fallbezogene Abfrage von Kosten- und Dosisangaben für die Gabe von Blutprodukten und Medikamenten die Grundlage für die Kalkulation der entsprechenden Zusatzentgelte.

Neben dieser Differenzierung der Datenbasis ermöglicht die ergänzende Datenbereitstellung in Einzelfällen ein Verkürzen der sogenannten Kalkulationslücke durch die Abfrage von Leistungen und Leistungsdifferenzierungen aus der ICD-10-GM Version 2025 und dem OPS Version 2025 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2024 noch nicht zur Verfügung. Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2026 oder nach Einführung neuer Codes für 2026 erst im Jahr 2027 untersucht werden können. Somit kann sich die Zeitspanne von der Identifizierung eines neuen Verfahrens über die Einführung eines entsprechenden OPS-Kodes bis hin zur Berücksichtigung in der Kalkulation deutlich verkürzen. Damit steht für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems ein Verfahren zur Verfügung, das zeitnah eine aufwandsgerechtere Vergütung insbesondere innovativer Verfahren ermöglicht.

Wie im Vorjahr war in diesem Jahr die Analyse einiger der im Verfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB-Verfahren) als möglicherweise nicht sachgerecht vergütet angesehenen Leistungen anhand der Daten der ergänzenden Datenbereitstellung möglich.

Der Umfang der ergänzenden Datenbereitstellung wurde wie üblich durch das InEK vorgegeben. Die Bereitstellung der ergänzend abgefragten Fallinformationen bedeutete für die Kalkulationskrankenhäuser einen erheblichen personellen und zeitlichen Aufwand, wofür an dieser Stelle erneut ausdrücklich gedankt sei.

In der Datenübermittlung waren von den Kalkulationskrankenhäusern alle Behandlungsfälle anzugeben, für die mindestens eine der abgefragten Leistungen erbracht wurde. Zusätzlich waren bei Gabe von Blutprodukten und Medikamenten die verabreichte Dosis und die für die verabreichte Dosis entstandenen Kosten anzugeben. Leistungs- und fallbezogene Kostendaten wurden des Weiteren auch für eine begrenzte Anzahl von Verfahren (Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators, minimalinvasive Operationen an Herzklappen, Implantation von Stentgraft-Prothesen an der Aorta, Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung) abgefragt, um spezielle Informationen zu erhalten, die über die Angaben des Regeldatensatzes hinausgehen.

Insgesamt haben 248 Krankenhäuser 421.202 Leistungsdaten übermittelt. Eine detaillierte Übersicht über die ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 6.

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Daten
Leistungs- und Kostendaten zu Medikamenten	243	304.274
Leistungs- und Kostendaten zu Blutprodukten	218	66.869
Leistungs- und Kostendaten zu Neurostimulatoren, mit Angaben zum Typ des Implantats	117	3.267
Leistungs- und Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen, mit Angaben zum Typ des Implantats	83	20.446
Leistungs- und Kostendaten zu Stentgraft-Prothesen an der Aorta	66	982
Leistungsdaten zur Beatmungsentwöhnung	60	4.622
Leistungsdaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren	38	430
Leistungsdaten zu Dialysen	190	20.312

Tabelle 6: Übersicht ergänzende Datenbereitstellung, Datenjahr 2024

Da sich an der ergänzenden Datenbereitstellung nahezu alle an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser beteiligen, diese Informationen aber nicht aus allen gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG zur Datenlieferung verpflichteten Krankenhäusern vorliegen, wird zwar eine bessere Beurteilung von Mehrkosten bestimmter Verfahren ermöglicht, eine sichere Abschätzung über die bundesweite Leistungsmenge ist aber nicht in jedem Fall möglich. Infolgedessen besteht nur bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen die Möglichkeit,

den DRG-Algorithmus basierend auf Grundlage der Daten der ergänzenden Datenbereitstellung umzubauen. Zur Analyse und Bewertung zusatzentgeltrelevanter Leistungen sind die ergänzenden Daten aber unverzichtbar.

2.2.1.4 Versionsüberleitung der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Eine Versionsüberleitung anhand der Neuordnung der dem G-DRG-System zugrunde liegenden Diagnosen- und Prozedureninformationen wird immer dann erforderlich, wenn zwischen dem der Kalkulation zugrunde liegenden Datenjahr und dem Geltungsjahr des weiterentwickelten G-DRG-Systems ein Versionswechsel bei den anzuwendenden ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen eingetreten ist. Aufgrund der seit Einführung des G-DRG-Systems kontinuierlichen jährlichen Weiterentwicklung von ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen ist dies somit für jede neue G-DRG-Version erforderlich.

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

Bei nicht identischen Codes besteht die Überleitung zumeist in einer an der Überleitungstabelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) orientierten klassifikatorischen Überleitung. Teilweise muss hiervon allerdings abgewichen werden. Insofern lassen sich zwei Varianten festhalten:

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikation aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des BfArM vorliegt, bestehen verschiedene Varianten der Berücksichtigung im weiterentwickelten G-DRG-System:

- Die Codes werden nicht berücksichtigt
- Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet
- Die Codes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Codes zugeordnet
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Eine detaillierte Erläuterung des Verfahrens findet sich in Kapitel 2.3.6.

2.2.2 Vorschlagsverfahren

2.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens

Wie in den vergangenen Jahren hatten die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG das InEK erneut beauftragt, das sogenannte „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2026 (Vorschlagsverfahren für 2026)“ durch ein regelhaftes Verfahren durchzuführen. Die Konzeption des Verfahrens (siehe Punkt 1–4) entsprach im Wesentlichen den vorangegangenen Vorschlagsverfahren:

1. Vorschläge konnten ausschließlich über das InEK-Datenportal übermittelt werden.
2. Nur für Vorschläge, die bis zum 28. Februar eingebracht worden waren, wurde eine Rückfrage im Falle von Unklarheiten zugesagt.

3. Änderungsvorschläge zum ICD-10-GM bzw. OPS konnten ausschließlich beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingereicht werden.
4. Gemäß Beschluss der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG im Spitzengespräch am 9. Februar 2004 wurden die Namen der Antragsteller sowie eine gekürzte Darstellung des Inhalts der Vorschläge veröffentlicht.

Das Vorschlagsverfahren für 2026 wurde am 29. November 2024 mit der Veröffentlichung der Verfahrensweise im Internet eröffnet. Alle eingegangenen Vorschläge wurden in einer Eingangsliste erfasst. Diese Zusammenstellung der Vorschläge mit Vorschlagsnummer, Name der vorschlagenden Institution/Einzelperson und einer stichwortartigen Quintessenz des Vorschlagsinhalts wurde am 25. Juli 2025 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

Analog zum Vorgehen in den Vorjahren wurden die Eingaben systematisch aufbereitet und in sogenannte „Minimale Bearbeitungseinheiten“ gegliedert. Die simulierbaren Vorschläge wurden auf Basis der aus den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Daten überprüft. Näher beschrieben wird das Verfahren der Simulation und Bewertung vorgeschlagener Änderungen der aG-DRG-Klassifikation in Kapitel 2.2.2.3. Die nicht simulierbaren Hinweise flossen durch die Schärfung des Problembewusstseins zu den dargestellten Themen in die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems ein.

Zum Abschluss des Verfahrens informiert das InEK die Absender ausführlich darüber, in welchem Umfang und aus welchen Gründen eingebrachte Vorschläge bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems berücksichtigt wurden.

2.2.2.2 Beteiligung

Die Beteiligung am Verfahren lag in etwa auf dem Niveau des Vorjahres. Insgesamt sind 170 Vorschlagssendungen fristgerecht eingegangen. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilvorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 250 rechenbare einzelne Vorschläge. Dazu kamen Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren, typischerweise weil die beschriebenen Leistungen erst in den Kalkulationsdaten des Jahres 2024 zweifelsfrei identifizierbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Themen Zusatzentgelte, Gastroenterologie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie sowie Urologie ein. Eine detaillierte Aufstellung der vorschlagenden Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen kann der Zusammenstellung der Vorschläge entnommen werden, die auf der Internetseite des InEK zum Herunterladen bereitsteht.

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren ging erneut eine nicht unerhebliche Anzahl von Vorschlägen ein, die auf Einzelfallbeispielen gründeten, also z.B. auf der Verschiebung von Einzelkodes ohne Berücksichtigung „benachbarter“ Kodes vergleichbaren Aufwands. Damit diese Vorschläge sinnvoll bearbeitet werden konnten, bedurfte es wiederum einiger Nachfragen und Konkretisierungen sowie der Erarbeitung umfassenderer Lösungen, teilweise auch durch Kontaktaufnahmen mit Fachgesellschaften.

2.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

Wie schon in den Vorjahren waren die eingebrachten Vorschläge in unterschiedlichem Maße konkret. Nach der weiterhin gültigen Vorgabe der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems waren Lösungen innerhalb des aG-DRG-Systems zu finden. Dies wurde auch in diesem Jahr in sehr unterschiedlichem Maße von den Vorschlagenden berücksichtigt. Auf die Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung nicht ausreichend konkreter oder außerhalb des vorgegebenen Rahmens liegender Vorschläge wurde bereits in der Beantwortung der Einzelvorschläge, im Abschlussbericht sowie in Vorträgen und Veranstaltungen zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2026 war die Mehrzahl der eingebrachten Vorschläge auf Grundlage der Daten der Kalkulationskrankenhäuser direkt simulierbar. Aber auch bei den nicht direkt simulierbaren Vorschlägen fand sich eine Verschiebung hin zu Lösungen innerhalb des Systems. Nicht direkt simulierbare Vorschläge waren insbesondere:

- Vorschläge zur Neuformulierung/Umwidmung von ICD- und OPS-Kodes

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des BfArM. Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Codes wurden an die zuständigen Stellen weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der dortigen Annahmefrist (28. Februar 2025) zur Folge.

- Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte

Generell ist die Vergütung einzelner Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG nur für eng begrenzte Ausnahmefälle vorgesehen. Die Ermittlung von Zusatzentgelten erfordert typischerweise ergänzende Fallinformationen und eine eigene Methodik. In Kapitel 2.3.4 wird zur Ermittlung von Zusatzentgelten ausführlich Stellung genommen.

- Vorschläge zur Änderung der CCL-Matrix

Im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix wurden in diesem Jahr wieder Prüfungen von Diagnosen und Diagnosegruppen beispielsweise im Hinblick auf streitbefangene, wenig belastbare Kodierung und Besonderheiten bei der Verschlüsselung durchgeführt. Schließlich wurden für das aG-DRG-System 2026 Diagnosen in die CCL-Matrix aufgenommen bzw. aufgewertet oder aus der CCL-Matrix gestrichen. Zudem erfolgte eine Neubewertung der CCL-Werte von Diagnosen in einzelnen DRGs. Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren bezüglich der Neugruppierung einzelner Diagnosen wurden bei eindeutigen Simulationsergebnissen und einer relevanten Fallzahl implementiert. Im Ergebnis wurde die CCL-Matrix nur punktuell und somit deutlich zurückhaltender als in den Vorjahren angepasst. Die Überarbeitung der CCL-Matrix wird in Kapitel 2.2.5.4 detailliert beschrieben.

- Vorschläge zur Bildung neuer DRGs aufgrund neuer ICD-/OPS-Kodes

Simulationen auf Grundlage der Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Codes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Codes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Codes vom BfArM in die Klassifikationen aufgenommen, können sie ab dem Jahr 2025 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im

Jahr 2026 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2025 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2024 übergeleitet. War dies nicht möglich, wurden diese Vorschläge für eine erneute Bearbeitung im nächsten Jahr vorgemerkt.

- Duplikate

Wie in den Vorjahren wurden einige Vorschläge text- oder inhaltsidentisch von mehreren Institutionen/Personen eingebracht. Ein Vorteil ergab sich durch mehrfache Einsendungen nicht. Eine Priorisierung bei Mehrfachnennung fand nicht statt.

- Vorschläge zur Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien

Im Rahmen der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) wurde eine weitere Konsolidierung im Sinne von Klarstellungen vorgenommen.

- Vorschläge zur Änderung von Rahmenbedingungen des aG-DRG-Systems

Vorschläge, die grundsätzlich von den Rahmenbedingungen der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) für das Jahr 2025 abweichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des aG-DRG-Systems lagen, wurden auf innerhalb des aG-DRG-Systems simulierbare Hinweise untersucht oder flossen in die Diskussion bei der Änderung methodischer Ansätze (z.B. Wiederaufnahmeregelung) ein.

- Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen

Wie bereits in den Vorjahren gingen nur noch wenige Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen im Rahmen des Verfahrens ein. Primär war es Ziel des Verfahrens, eine Lösung innerhalb des aG-DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2026 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b FPV 2026) und müssen daher vor Ort zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern verhandelt werden. Diese Nichtbelegung mit einer Bewertungsrelation wurde nicht auf Antrag durchgeführt, sondern anhand einer Gesamtwürdigung objektiver Kriterien wie Homogenität, Langlieger-Anteil, Fallzahl etc. entschieden.

Das InEK hat von Seiten des Gesetzgebers sowie der Selbstverwaltungspartner in den letzten Jahren zahlreiche zusätzliche Aufgaben übertragen bekommen. Diese mannigfaltigen neuen Tätigkeiten begrenzen die ohnehin knappe Zeit, die ursprünglich für die Bearbeitung eingegangener Vorschläge zur Verfügung stand, nochmals zusätzlich. Trotzdem ist es in diesem Jahr erneut gelungen, trotz eines gesetzlichen Auftrags zur Implementierung zahlreicher weiterer Hybrid-DRGs alle eingegangenen Vorschläge zu analysieren. Es wurden in nennenswertem Maße Lösungen im Sinne der Vorschlagenden etabliert, auch wenn der Umfang der Veränderungen erneut kleiner als in den früheren Jahren ausgefallen ist.

2.2.2.4 Vorschläge zur Weiterentwicklung des Leistungsgruppensystems

Nach Zertifizierung der ersten Leistungsgruppen-Grouper („LG-Grouper gemäß KHTG, 2024/2025 V1.0“ bzw. „LG-Grouper gemäß KHTG, 2025 V1.0) Anfang Februar 2025 wurde am 12. Februar 2025 das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems“, das am 29. November 2024 für das Systemjahr 2026 eröffnet wurde, erweitert, um auch Vorschläge zur Leistungsgruppensystematik zu ermöglichen. Vorschläge, die sich sowohl auf DRGs als auch auf Leistungsgruppen (LG) beziehen, sind damit ebenso möglich. Für Eingaben zu Leistungsgruppen galt und gilt das im DRG-Vorschlagsverfahren geltende Fristende (31. März 2025) nicht. Wie im DRG-Vorschlagsverfahren steht das für LG erweiterte Verfahren grundsätzlich allen Beteiligten offen, eine Bündelung ähnlich gelagerter Vorschläge etwa über die medizinischen Fachgesellschaften oder andere Verbände erscheint aber auch für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen sinnvoll.

Es besteht jedoch weiterhin noch keine Klarheit zu Vorgehensweise und Zeitplan für die Weiterentwicklung des LG-Grouper. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Abschlussberichts ist das LG-Vorschlagsverfahren weiterhin offen für Vorschläge, die zu gegebener Zeit analysiert und berücksichtigt werden können.

2.2.3 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde der ordnungspolitische Rahmen für die Vergütung stationärer Leistungen neu ausgerichtet und in § 17b Abs. 4 KHG bestimmt, dass erstmals für den Fallpauschalen-Katalog 2020 die Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen aus dem G-DRG-System ausgegliedert und einer eigenständigen tagesbezogenen Vergütung zugeführt wurden.

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (BGBl. I Nr. 42 vom 11. November 2022, S. 1990) wurde die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ab dem Jahr 2025 neu geregelt. Danach wird ab 2025 ausschließlich Personal bestimmter Berufsgruppen, „das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist“, aus dem G-DRG-System ausgegliedert und über das Pflegebudget refinanziert. Diese Berufsgruppen werden in § 17b Abs. 4a KHG abschließend benannt. Demnach müssen die Pflegepersonalkosten für die Berufsgruppen „Sonstige Berufe“ und „Ohne Berufsabschluss“ wieder in das aG-DRG-System zurückgeführt werden, da diese Kosten ab 2025 nicht mehr über das Pflegebudget finanziert werden. Das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (BGBl. I Nr. 56 vom 28. Dezember 2022, S. 2793) erweiterte die Aufzählung der auszugliedernden Berufsgruppen in § 17b Abs. 4a KHG um Hebammen „auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen“ (§ 17b Abs. 4 KHG). Die Personalkosten der Hebammen wurden damit aus dem aG-DRG-System ausgegliedert und in die Refinanzierung durch das Pflegebudget überführt.

Kalkulatorisch wurden diese Umgliederungen dadurch umgesetzt, dass die Kalkulationskrankenhäuser die Personalkosten, die nicht mehr über das Pflegebudget finanziert werden, von Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) in Kostenartengruppe 3 (medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst) umgegliedert haben. Die ab 2025 neu über das Pflegebudget zu finanzierenden Personalkosten der Hebammen wurden umgekehrt von Kostenartengruppe 3 (Medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst) in Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) umgegliedert. Dies gilt auch für die Kostenstellengruppe 6 (Kreißaal), sodass Personalkosten für im Kreißaal beschäftigtes Personal anderer Dienstarbeiten, die nicht dem Pflegebudget zugeordnet wurden, weiterhin in der InEK-Kostenmatrix

in Kostenartengruppe 3 (Medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst) enthalten sind. Die Umgliederung der Personalkosten der Kalkulationskrankenhäuser fand im Laufe der Kostendatenerhebung statt, da die ursprüngliche buchhalterische Zuordnung der Personalkosten als Basis für die Testierung des Pflegebudgets durch den Wirtschaftsprüfer nach den Vorgaben des Pflegebudgets für das Budgetjahr 2024 erfolgte.

Die anteilige Ausgliederung von Personalkosten des Pflegedienstes in Kostenstellen der Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) für bettenführende Aufnahmestationen blieb grundsätzlich unverändert bestehen.

Da die Personalkosten der Hebammen dem Pflegebudget zugeordnet werden, sind die Bewertungsrelationen für die Versorgung in Hauptabteilungen mit angestellten Hebammen (Spalte 4, Anlage 1 Teil a) FPV 2026) und für die Versorgung in Hauptabteilungen mit Beleghebammen (Spalte 5, Anlage 1 Teil a) FPV 2026) in der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* identisch (bei allen anderen MDCs ist Spalte 5 grundsätzlich leer).

Pflegeerlös-Katalog 2026

Der Pflegeerlös-Katalog ist nach den Vorgaben in § 17b Abs. 4 KHG als bundeseinheitlicher Katalog mit tagesbezogenen Bewertungsrelationen auszugestalten. In der DRG-Grundlagenvereinbarung wurde konsentiert, dass

- der Pflegeerlös-Katalog als ergänzende Spalte im Fallpauschalen-Katalog dargestellt wird,
- für die Pflegeerlöse keine Zusatzentgelte berechnet werden und
- so weit wie möglich Bewertungsrelationen auch für die unbewerteten DRGs der Anlagen 3a und 3b FPV berechnet werden sollen.

Für die Berechnung der tagesbezogenen Bewertungsrelationen wurden die ausgegliederten Pflegepersonalkosten aller plausiblen Fälle (Inlier, Kurz- und Langlieger) des Datenjahres 2024 verwendet. Die durchschnittlichen tagesbezogenen Pflegepersonalkosten je DRG ergaben sich als Verhältnis der Summe der ausgegliederten Pflegepersonalkosten des Fallkollektivs der DRG und der Summe der Verweildauer der entsprechenden Fälle.

Für die unbewerteten DRGs in den Anlagen 3a und 3b FPV 2026 wurden ebenfalls tagesbezogene Bewertungsrelationen für den Pflegeerlös-Katalog berechnet. Voraussetzung dafür war, dass mindestens 20 Fälle aus mindestens drei Kalkulationskrankenhäusern vorlagen. Auf diese Weise konnten für 26 der 42 unbewerteten DRGs der Anlage 3a FPV 2026 und 12 der 13 unbewerteten DRGs der Anlage 3b FPV 2026 tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet werden. Zur Vermeidung zufälliger Schwankungen in der Stichprobenszusammensetzung wurden die zehn DRGs der MDC 25 *Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung* gemeinsam (d.h. alle teilstationären Tage identisch) bewertet.

Gemäß § 8 Abs. 5 FPV 2026 wurden die 16 unbewerteten DRGs ohne kalkulierte Bewertungsrelation der Anlage 3a FPV 2026 mit dem Wert 1,0 und eine unbewertete DRG ohne kalkulierte Bewertungsrelation der Anlage 3b FPV 2026 mit dem Wert 0,5 versehen.

Für den Pflegeerlös-Katalog bei Versorgung durch Belegabteilungen wurden eigenständige tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet, wenn mindestens 200 Fälle aus mindestens fünf Krankenhäusern vorlagen. Für 20 DRGs konnten somit eigenständige tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet werden. Für die übrigen im Katalog für die Versorgung durch Belegabteilungen ausgewiesenen DRGs wurden die tagesbezoge-

nen Bewertungsrelationen für den Pflegeerlös-Katalog unverändert aus dem Pflegeerlös-Katalog bei Versorgung durch Hauptabteilungen übernommen.

Um aus den tagesbezogenen Kostenwerten dimensionslose Bewertungsrelationen zu erzeugen, mussten die durchschnittlichen tagesbezogenen Pflegepersonalkosten durch eine entsprechende Bezugsgröße dividiert werden, d.h. der Pflegeerlös-Katalog musste normiert werden. Die Normierung erfolgte nach der Maßgabe, dass die durchschnittliche tagesbezogene Bewertungsrelation in Deutschland den Wert 1,0 annimmt. Dazu wurden alle vollstationären Fälle der Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG für das Datenjahr 2024 bei Versorgung durch Haupt- oder Belegabteilungen mit ihren entsprechenden Verweildauer tagen bewertet. Um im Durchschnitt den Wert 1,0 zu erzielen, musste eine Bezugsgröße von 246,01 € (Vorjahr: 223,77 €) verwendet werden.

2.2.4 Sachkostenkorrektur / gezielte Absenkung

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen und in § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG zur sachgerechten Korrektur der Bewertungsrelationen zur Vermeidung systematischer Übervergütung der Sachkosten (im Folgenden Sachkostenkorrektur genannt) durch das InEK wird im Folgenden erläutert.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben am 9. April 2020 eine Vereinbarung zur Sachkostenkorrektur konsentiert, nach der diese für das aG-DRG-System zu 60% umgesetzt wird. Die Sachkostenkorrektur verfolgt das Ziel, den Erlösanteil für die in den Bewertungsrelationen enthaltenen Sachkosten auf die Höhe der tatsächlich durchschnittlich angefallenen Kosten abzusenkten. Die Sachkostenkorrektur wird dabei als reiner Umverteilungseffekt nach der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung umgesetzt, d.h. die Korrektur der Sachkosten (absenkende Berücksichtigung) geht mit einer damit korrespondierenden Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten einher. Durch die Sachkostenkorrektur wird der Case-Mix in Deutschland (Summe der effektiven Bewertungsrelationen aller Fälle in Deutschland) – von unvermeidbaren Rundungsdifferenzen abgesehen – nicht verändert.

Umsetzung Sachkostenkorrektur

Für die absenkende Berücksichtigung des Sachkostenanteils werden die entsprechenden Kostenanteile durch den Wert, der sich bei 60%iger Berücksichtigung der Differenz zwischen Bezugsgröße und Berechnungsergebnis gemäß § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG für 2025 ergibt, dividiert („Berech60“ = 4.343,85 €). Für die Aufwertung der verbleibenden Personal- und Infrastrukturkosten werden diese Kostenanteile entsprechend durch einen damit korrespondierenden Korrekturwert (4.245,87 €) dividiert. Details zur Berechnung der vorgenannten Werte entnehmen Sie bitte Kapitel 3.2.4 des Abschlussberichts für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021.

Bei der Umsetzung der Sachkostenkorrektur ergibt sich eine reine Umverteilung von der anteiligen Bewertung der Sachkosten hin zur anteiligen Bewertung der Personal- und Infrastrukturkosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Der anteiligen Absenkung der Sachkostenbewertung (-1,74%) steht eine entsprechende anteilige Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten (+0,53%) gegenüber.

Umsetzung gezielte Absenkung

Zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen haben die Vertragsparteien auf Bundesebene am 9. April 2020 eine

entsprechende Vereinbarung konsentiert. Die Höhe der Absenkung basiert auf den Vorgaben der Sachkostenkorrektur und beträgt 60% der Differenz zwischen der Bezugsgröße und dem Berechnungsergebnis gemäß § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG. Das bedeutet, dass zur Ermittlung der Bewertungsrelationen der Wert „Berech60“ aus der Sachkostenkorrektur als einheitlicher Divisor für die Gesamtkosten der in der Anlage der Vereinbarung genannten DRGs verwendet wurde. Die Sachkostenkorrektur wird für diese DRGs gemäß § 2 Abs. 2 der Vereinbarung nicht zusätzlich angewendet, um „eine doppelte Absenkung von Sachkosten“ zu vermeiden. Die DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen sind in Tabelle 7 aufgeführt. Grau hinterlegt sind dabei die drei DRGs, bei denen die gezielte Absenkung der Bewertungsrelationen abrechnungstechnisch in Abhängigkeit von der Median-Fallzahl durchgeführt wird.

Die unterschiedlichen Bewertungsrelationen werden im Fallpauschalen-Katalog in zwei Anlagen dargestellt. Die Anlagen enthalten die Bewertungsrelationen bei Leistungserbringung oberhalb der jeweiligen Median-Fallzahl (Anlage 1 Teil d) FPV 2026 bei Versorgung durch Hauptabteilungen und Anlage 1 Teil e) FPV 2026 bei Versorgung durch Belegabteilungen). Im Fallpauschalen-Katalog bei Versorgung durch Hauptabteilungen (Anlage 1 Teil a) FPV 2026) bzw. bei Versorgung durch Belegabteilungen (Anlage 1 Teil b) FPV 2026) sind die Bewertungsrelationen für die Leistungserbringung bis einschließlich der jeweiligen Median-Fallzahl eingetragen.

DRG	Bezeichnung
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder mit äußerst schweren oder schweren CC ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmtem anderen kleinen Eingriff ohne äußerst schwere oder schwere CC
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag oder ohne bestimmten anderen kleinen Eingriff, Alter > 17 Jahre
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiumkopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., mit Wirbelsäulenfraktur
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel

Tabelle 7: DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen; grau hinterlegt: DRGs mit gezielter Absenkung in Abhängigkeit von der Median-Fallzahl, Fallpauschalen-Katalog 2026

2.2.5 Anpassung der Methodik

2.2.5.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen analysieren, ob die von den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze den Anforderungen genügen und inhaltlich ein

stimmiges Bild des Behandlungsfalls vermitteln. Die Prüfungen gehen der Frage nach, ob das methodische Vorgehen der Kostenkalkulation mit den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs bzw. die Kodierung mit den Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien übereinstimmen. Der Zusammenhang zwischen den für einen Behandlungsfall dokumentierten medizinischen Informationen (z.B. Diagnose- und Prozedurenkodex, aber auch persönliche Patientenmerkmale) und den sich daraus begründenden Behandlungskosten steht bei den fallbezogenen Prüfungen im Mittelpunkt.

Die zusätzlichen krankenhausindividuellen Informationen zur Kalkulationsgrundlage bilden einen zentralen Bestandteil der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen zur Beurteilung der Integrität der Gesamtdaten eines Krankenhauses. Dazu gehören u.a.

- die Summe der Kosten und PPR-Minuten je Kostenstelle,
- das Verfahren der Personalkostenverrechnung, insbesondere für die Personalkosten des Ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes,
- Informationen über die Leistungsdokumentation in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie),
- detaillierte, strukturelle Angaben zu den Intensivseinheiten sowie
- Informationen über die Leistungsdokumentation bei intensivmedizinischer Betreuung (insbesondere Aufenthaltsdauer, TISS/SAPS-Score, Kosten).

Auf Fallebene wurde geprüft, ob die ausgewiesenen Kosten in Bezug auf die angegebenen Leistungsdaten der Höhe nach plausibel sind. Die fallbezogenen Prüfergebnisse wurden in Verbindung mit dem Ergebnis der krankenhausbezogenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem zusammenhängenden Report an die Kalkulationsteilnehmer übermittelt.

Der deutliche Fallzahlrückgang im Entgeltbereich „DRG“ im Zuge der Corona-Pandemie konnte bis zum Datenjahr 2024 trotz leicht steigender Fallzahlen in den letzten drei Jahren nicht wieder aufgeholt werden. Bei der aktuellen und zukünftigen Fallzahlentwicklung ist zu berücksichtigen, dass mit Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V und der im Gesetz verankerten Ausweitung auf 2 Mio. Behandlungsfälle bis zum Jahr 2030 ein nennenswerter Anteil der bislang voll- und teilstationär über DRG-Fallpauschalen abgerechneten Fälle zukünftig im Entgeltbereich „HYB“ der speziellen sektorengleichen Vergütung abgerechnet wird.

Behandlungsfälle mit spezieller sektorengleicher Vergütung (Hybrid-DRGs) konnten erstmals im Datenjahr 2024 bislang stationär erbrachte und über DRG-Fallpauschalen abgerechnete Behandlungsfälle „ersetzen“ und somit auch erstmals in der Kostendatenlieferung auftreten und analysiert werden.

Im Zuge der Corona-Pandemie wurden die Abläufe in den Krankenhäusern den Anforderungen zum Infektionsschutz der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeitenden entsprechend angepasst. Dafür wurde z.B. eine dauerhafte Umwidmung von Stationen zu „Corona-Stationen“ mit entsprechenden Isolations- und Behandlungsmöglichkeiten vorgenommen oder Personal zwischen einzelnen Stationen in Abhängigkeit von der jeweiligen Inanspruchnahme verlagert. Diese grundlegenden strukturellen Anpassungen wurden entsprechend in den Kostendaten reflektiert. Dies betrifft insbesondere Kostenstellen, bei denen unter Aufrechterhaltung des Personalbestands tendenziell „leichtere“ Behandlungsfälle nicht mehr im historischen Umfang im vollstationären Umfeld versorgt wurden und entsprechend die damit korrespondierenden Kostensätze auf höherem Niveau verharrten. Mit Ausweitung der Fallzahlen in der sektorengleichen Vergütung sollte auch zukünftig mit einem höheren Kostenniveau stationär versorgter Behandlungsfälle

gerechnet werden, da mit der Ausweitung kostenrechnerisch eine Erhöhung der durchschnittlichen Behandlungskosten weiterhin stationär versorgter Fälle einhergeht (tendenziell kostengünstigere Fälle mit kurzer Verweildauer werden in Hybrid-DRGs verschoben; Fälle mit höherer Verweildauer und entsprechend höheren Kosten verbleiben im DRG-Fallpauschalen-Katalog).

Im Gegenzug lagen die Sachkosten für „pandemiebezogene Produkte“ wie z.B. für persönliche Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel und „Corona-Test-Kits“ bei deutlich gesunkenem Bedarf unter dem Vorjahresniveau. Im Übrigen lagen die Sachkostenveränderungen im üblichen, erwartbaren Rahmen (z.B. Kostenrückgänge bei Arzneimitteln nach Ablauf des Patentschutzes, Kostenanstiege durch Weitergabe von erhöhten Vor-/Personalkosten des Herstellers). Im Bereich der nicht medizinischen Infrastruktur wurden im Einzelfall auch Auswirkungen angestiegener Energiepreise identifiziert. Diese Erhöhungen der Infrastrukturkosten wurden bei der Plausibilisierung der Kostendatensätze entsprechend berücksichtigt.

Prüfungen auf Krankenhausebene

Auf Krankenhausebene wurde die inhaltlich korrekte Umsetzung fundamentaler Kalkulationsgrundsätze geprüft. Integraler Bestandteil dieser Datenprüfungen waren die zusätzlichen Angaben aus den Informationen zur Kalkulationsgrundlage. Dadurch wurde ein von den Einzelfällen unabhängiger Gesamtüberblick über das Kalkulationskrankenhaus gewonnen. Die inhaltliche Plausibilisierung der Kalkulationsdaten auf Krankenhausebene umfasste insbesondere die Kalkulationsbereiche mit zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems sowie für die Abgrenzung zwischen aG-DRG-Entgeltbereich und Pflegeerlös-Budget. Insbesondere deutliche Veränderungen der Kostenbuchungen auf Kostenstellengruppen-Ebene oder Kostenartengruppen-Ebene, die sich nicht durch Leistungsveränderungen erklären ließen, gaben Anlass für Nachfragen bei den Kalkulationskrankenhäusern. Fehlerhafte Buchungen wurden im Laufe der Datenannahmephase korrigiert – verbliebene Veränderungen stellen das Resultat struktureller Anpassungen in den betroffenen Krankenhäusern dar.

Die Veränderung der aggregierten Pflegepersonalkosten zwischen den Datenjahren 2023 und 2024 war erneut Gegenstand der Betrachtungen. Die Veränderung von Pflegepersonalkosten ist in der Regel das Resultat multifaktorieller Einflüsse. Zur Plausibilisierung der Kostenveränderungen wurden die intertemporalen Veränderungen bei den Kalkulationskrankenhäusern hinterfragt und ggf. um eine Aufschlüsselung nach den wesentlichen Einflussfaktoren (z.B. Aufbau von Personal, Tarifabschlüsse oder -veränderungen, Einmaleffekte wie Inflationsausgleichsprämie, ...) gebeten. Insgesamt zeigte sich im Vergleich zum Datenjahr 2023 ein Anstieg der Personalkosten, die über das Pflegebudget vergütet werden. Ein großer Anteil des Anstiegs entfiel dabei auf die Zunahme des Pflegepersonals und tarifliche Anpassungen in den Kalkulationskrankenhäusern. Ein weiterer Anteil entfiel auf die Anpassungen in der Abgrenzung des Pflegebudgets ab 2025. Die Ursache für die kostenrechnerischen Einflüsse im Datenjahr 2024 der ab 2025 geänderten Zuordnungen zum Pflegebudget liegt im zeitlichen Vorlauf der Kalkulations Teilnehmer. Die Kalkulationskrankenhäuser mussten diese Anpassungen bereits in den Datenjahren 2023 und 2024 nachvollziehen, obwohl in den entsprechenden Datenjahren selbst noch andere Abgrenzungen zwischen aG-DRG-Budget und Pflegebudget gültig waren (vgl. auch Kapitel 2.2.3). Insbesondere die Kostenumgliederungen im Datenjahr 2023 erfolgten ohne Rückkoppelung zu den Verhandlungsergebnissen mit den örtlichen Vertragsparteien auf Kostenträgerseite. Fehleinschätzungen in der Höhe der Kostenumgliederung konnten daher erst mit dem Datenjahr 2024 korrigiert werden. Die schrittweise Annäherung an die tatsächlichen Umgliederungsbeträge war aus historischer Erfahrung

mit ähnlich gelagerten Vorgängen zu erwarten und lag typischerweise auf überschaubarem Niveau.

Zur Umsetzung der Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen wurden die Kalkulationskrankenhäuser befragt, in welchem Umfang Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Aufnahmestationen in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) enthalten waren. Bei nennenswerten Kostenunterschieden im Vergleich zum Vorjahr wurde zur Plausibilisierung der Kostendaten die Ursache hinterfragt (typischerweise strukturelle Anpassungen). Die von den Krankenhäusern bereitgestellten Informationen zum Umfang der Pflegepersonalkosten in bettenführenden Aufnahmestationen wurden für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf der Fallebene verwendet.

Mit den Entgeltbereichen „BGD“ und „BGH“ lagen erstmals auch Kosten- und Leistungsdaten aus Krankenhäusern in Trägerschaft der Unfallversicherungen für Fälle vor, in denen die gesetzliche Unfallversicherung die Behandlungskosten trägt. Die Fälle wurden ausschließlich für übergeordnete Plausibilitätsprüfungen verwendet, insbesondere hinsichtlich der Abgrenzung der Kosten zwischen den Zuständigkeitsbereichen der Kostenträgerschaft, d.h. zwischen Kostenträgerschaft durch die gesetzliche und private Krankenversicherung (Fälle nach SGB V) und Kostenträgerschaft durch die gesetzliche Unfallversicherung (Fälle nach SGB VII). Für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems wurden die Fälle in den Entgeltbereichen „BGD“ und „BGH“ nicht verwendet (siehe auch Kapitel 2.2.1.2).

Prüfungen auf Fallebene

Die fallbezogenen Plausibilitätsprüfungen konzentrierten sich auf die Konsistenz zwischen der medizinischen Dokumentation und dem kostenrechnerischen (ökonomischen) Kalkulationsergebnis. Bei der diesjährigen Aktualisierung wurden die Plausibilitätsprüfungen in den für die Weiterentwicklung relevanten Bereichen in Ausmaß und Sensitivität angepasst.

Für die fallindividuelle Kostenzuordnung im OP-Bereich, in der Anästhesie und auf den Intensivstationen standen in gewohnter Weise zusätzliche Kosten- und Leistungsdaten für die Plausibilitätsprüfungen zur Verfügung. Für die Plausibilisierung der Personalkosten für den Ärztlichen Dienst und den Funktionsdienst in OP und Anästhesie wurden die verschiedenen dem InEK vorliegenden Datenquellen in einen Prüfungszusammenhang überführt und analysiert, inwieweit die fallbezogenen Angaben zu den Leistungszeiten in OP und Anästhesie in einem plausiblen Verhältnis zu den übermittelten Kosteninformationen in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie) standen. Entscheidend waren dabei die Vollständigkeit und die Kongruenz der verschiedenen Datenquellen. Vollständig waren die Datenquellen, wenn für jeden Kostendatensatz mit Einträgen in der Kostenstellengruppe 4 (OP) bzw. 5 (Anästhesie) entsprechende Einträge für Leistungszeiten und Gleichzeitigkeitsfaktoren im OP bzw. in der Anästhesie vorlagen. Kongruenz lag vor, wenn die Kostendaten in einem stimmigen Zusammenhang mit den Leistungsdaten standen. Krankenhauspezifische Besonderheiten hinsichtlich Leistungserfassung oder Softwarenutzungsmöglichkeiten wurden so weit wie möglich berücksichtigt. Dabei wurde nicht nur die kostenstellenbezogene Zuordnung von Personalkosten, sondern auch die Plausibilität der übermittelten Leistungsminuten zueinander (Schnitt-Naht-Zeit bzw. Anästhesiologiezeit) geprüft. Die aus den übermittelten Anwesenheitszeiten für die verschiedenen Personen (ärztliches Personal und Funktionspersonal) resultierende Anzahl von gleichzeitig und insgesamt anwesenden Personen während der OP bzw. Anästhesie wurde ebenfalls bei Plausibilitäts- und Konformitäts-

prüfungen verwendet. Häufig wurde eine fehlerhafte Erfassung der Leistungsdaten als Ursache für eine auffällige Kostenzuordnung erkannt und korrigiert.

Die von den Kalkulationskrankenhäusern je Intensivaufenthalt übermittelten gewichteten und ungewichteten Intensivstunden sowie die Angaben zu den einzelnen Intensivstationen in den Informationen zur Kalkulationsgrundlage wurden zu Plausibilitätsprüfungen herangezogen. Dabei wurden die Kostensätze des Ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes sowie die verwendeten Gewichtungsfaktoren selbst in den Fokus der Prüfungen gerückt. Bei der Kostenzuordnung auf den Intensivstationen wurde auch analysiert, ob die Gesamtsumme der zugeordneten Personalkosten auf Ebene des einzelnen Behandlungsfalls insbesondere bei besonders aufwendigen Patienten noch plausibel war. Gravierende Abweichungen bei der patientenindividuellen Verteilung der Verweildauer zwischen Normalstation und Intensivstation gaben Anlass zur Nachfrage bei den Kalkulationskrankenhäusern, um fehlerhafte Kalkulationen oder Dokumentationen zu identifizieren und möglichst zu beseitigen.

Die Änderungen in der Abgrenzung zwischen aG-DRG-Budget und Pflegebudget führten zu entsprechenden Anpassungen bei den Plausibilitätsprüfungen. Da die geänderte Zuordnung von Pflegepersonal in der InEK-Kostenmatrix durch eine Umgliederung der Personalkosten von der Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) in die Kostenartengruppe 3 (Medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst) und die Ausgliederung der Hebammen durch eine Umgliederung der Personalkosten von der Kostenartengruppe 3 (Medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst) in die Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) umgesetzt wird, mussten die sich auf diese Matrixfelder beziehenden Prüfungen entsprechend adjustiert werden. Für die sachgerechte Ausgliederung der Personalkosten der Hebammen im Kreißaal (Kostenstellengruppe 6) wurde bereits für das Datenjahr 2023 in der InEK-Kostenmatrix das bis dato nicht verwendete (nicht relevante) Modul 6_2 (Pflegepersonalkosten im Kreißaal) als gültiges Datenfeld zum Ausweis der auszugliedernden Kosten etabliert. Auf diese Weise konnte sichergestellt werden, dass die Personalkosten anderer im Kreißaal beschäftigter Berufsgruppen mit Ausweis ihrer entsprechenden Personalkosten im Modul 6_3 (Medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst im Kreißaal) unverändert vollständig im aG-DRG-System berücksichtigt werden. Zur Plausibilisierung der im aG-DRG-System verbleibenden Personalkosten im Modul 6_3 wurden die Kalkulationskrankenhäuser um eine kurze Erläuterung gebeten, welche Kosten in diesem Modul noch gebucht wurden (häufig finden sich hier medizinische Fachangestellte zur Unterstützung der Hebammen).

Mit dem Datenjahr 2024 wurden erstmals Fälle mit Kostendaten im Entgeltbereich „HYB“ geliefert. Entsprechend mussten die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen an diese Situation angepasst werden. Im Fokus standen einerseits die Stimmigkeit der Kostendaten im Hinblick auf die Stationskosten bei Tagesfällen ohne Übernachtung bzw. bei Behandlungsfällen mit Übernachtung. Andererseits wurden die Sachkosten der verwendeten Materialien und Implantate plausibilisiert, da das InEK mit der Überprüfung beauftragt wurde, ob und inwieweit eine sachkostenorientierte Differenzierung von Hybrid-DRGs erfolgen kann. Die Einzelfallbetrachtung der Hybrid-DRG-Fälle wurde dabei auch auf die Fälle ausgeweitet, die im Datenjahr 2024 noch dem Entgeltbereich „DRG“ zugeordnet waren und erst im Laufe der Weiterentwicklung des Entgeltsystems dem Entgeltbereich „HYB“ zugeordnet wurden.

Die Rückmeldungen der Krankenhäuser auf die zahlreichen Nachfragen des InEK haben wichtige Impulse für die Weiterentwicklung sowohl des aG-DRG-Systems als auch der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen geliefert. Letztere werden für die Überarbeitung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen für das Datenjahr 2025 genutzt.

Medizinische Plausibilitätsprüfungen

Bei den medizinischen Plausibilitätsprüfungen wurde in gewohnter Weise wieder formal die Kodierung nach den amtlichen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS sowie den Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Version überprüft. Ein dabei kontrollierter Sachverhalt war z.B. die korrekte Reihenfolge von Diagnosen in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose, die bei falscher Verschlüsselung eine andere Eingruppierung des Falles zur Folge gehabt hätte. Grundsätzlich beschränkte sich die Überprüfung auf Sachverhalte, die bereits Gruppierungsrelevanz hatten bzw. bei denen dies zu erwarten war. Das beinhaltet auch die Verschlüsselung von Codes, die für die Definition und Kalkulation von Zusatzentgelten verwendet werden, wie z.B. die Diagnosen für die dauerhaft erworbene oder temporäre Blutgerinnungsstörung (U69.11! und U69.12!). Die korrekte Anwendung von Codes z.B. hinsichtlich der Tatsache, dass bestimmte Codes nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben sind, wurde durch medizinische Plausibilitätsprüfungen kontrolliert. Dies beinhaltete auch die Prüfung von Konstellationen, bei denen eine unvollständige Kodierung zu einer anderen Eingruppierung eines Falles führen würde wie z.B. bei der Kodierung ablativer Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen (OPS-Kodebereich 8-835). Prinzipiell wurden auch alle bestehenden Prüfungen auf ihre Relevanz im Gruppierungsalgorithmus überprüft und – falls erforderlich – gestrichen bzw. angepasst. Dabei konnten auch Rückmeldungen der Krankenhäuser zu einzelnen Prüfungen in dem Sinne berücksichtigt werden, dass bestimmte Fallkonstellationen aus Prüfungen ausgenommen wurden und zukünftig nicht mehr zu einer Hinweis- oder Fehlermeldung führen. Grundsätzlich bestand bei allen Prüfungen unverändert die Möglichkeit für die Krankenhäuser, die Korrektheit der Kodierung zu erläutern bzw. falls notwendig eine Korrektur des Falles vorzunehmen.

2.2.5.2 Bewertungsrelationen für Belegversorgung

Die Berechnung der Bewertungsrelationen für die DRGs mit belegärztlicher Versorgung sowie die normativ-analytische Ableitung bei nicht eigenständig kalkulierten DRGs wurde im Vergleich zu den Vorjahren unverändert durchgeführt.

Kalkulation

Wie in den Vorjahren wurden der Kalkulation nur Datensätze mit ausschließlich belegärztlicher Versorgung zugrunde gelegt. Die Kalkulationsbedingungen wurden unverändert aus dem Vorjahr übernommen. Bei DRGs, bei denen die Verletzung lediglich einer Kalkulationsbedingung vorlag, wurden Individualanalysen durchgeführt. Im Einzelnen wurde geprüft, welches Kriterium verletzt wurde und welchen Einfluss dies auf das Kalkulationsergebnis der jeweiligen DRG hatte. Konnte durch die Verletzung der Kalkulationsbedingung keine Beeinflussung des Kalkulationsergebnisses festgestellt werden, wurde eine eigenständige Kalkulation auf Basis der übermittelten und plausibilisierten Datensätze durchgeführt.

Einem langjährigen Trend folgend ging deutschlandweit die Anzahl der Behandlungsfälle in belegärztlicher Versorgung im Datenjahr 2024 weiter auf rund 273.000 Fälle zurück. In der Kalkulationsstichprobe standen dagegen im Vergleich zum Vorjahr mehr Fälle mit belegärztlicher Versorgung zur Verfügung. Ursächlich für den Anstieg ist die Zunahme von Kalkulationsteilnehmern mit Fällen in belegärztlicher Versorgung bei den zur Teilnahme verpflichteten Krankenhäusern. Für die diesjährige Kalkulation standen 46.061 plausible Datensätze zur Verfügung, auf deren Basis 50 DRGs eigenständig kalkuliert werden konnten (zwei DRGs weniger als im Vorjahr). Dabei ist zu berücksichtigen, dass

auch Fälle mit belegärztlicher Versorgung in Hybrid-DRGs eingruppiert werden können und entsprechend nicht mehr für die Kalkulation eigenständiger aG-DRG-Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung zur Verfügung stehen. Eine Aufstellung der 50 eigenständig kalkulierten DRGs findet sich im Anhang (Tabelle A-2). Wird die Gesamtheit der gelieferten Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese 50 DRGs gut 49% aller abrechenbaren Belegfälle in Deutschland. Die Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung (Spalte 4, Teil b) des Fallpauschalen-Katalogs) liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs im Mittel 34,6% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tabelle 8).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	23
Über 10% bis 20%	3	317
Über 20% bis 30%	10	265
Über 30% bis 40%	25	7
Über 40% bis 50%	12	0
Über 50%	0	0
Mittelwert (ungew.)	34,6%	19,1%

Tabelle 8: Verteilung der Differenz der Bewertungsrelation Belegabteilung zur Bewertungsrelation Hauptabteilung, Datenjahr 2024

Bei einigen „impliziten“ Ein-Belegungstag-DRGs traten Konstellationen auf, bei denen Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag bei belegärztlicher Versorgung höhere Erlöse erzielen würden als identische Fälle bei Versorgung in Hauptabteilungen. Um die dadurch entstehende systematische Verzerrung zu vermeiden, wurde bei den betroffenen DRGs mit belegärztlicher Versorgung auch in diesem Jahr das Relativgewicht für den Kurzlieger-Abschlag so angepasst, dass sich die durchschnittlichen Kosten bei einer Verweildauer von einem Belegungstag für die Versorgung in Haupt- und Belegabteilung entsprechen.

Normativ-analytische Ableitung

Die Methodik der normativ-analytischen Ableitung wurde unverändert beibehalten. Auf Basis der Verweildauer-Strukturanalyse wurde bei 315 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (105 DRGs mit Zuschlag, 210 DRGs mit Abschlag). Dadurch wurden die Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung den mittleren Verweildauern der Belegfälle in den Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG angepasst. Die Bewertungsrelationen bei den abgeleiteten DRGs liegen im Ergebnis durchschnittlich 19,1% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tabelle 8). Bei 45% der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tabelle 9). Die untere und die obere Grenzverweildauer wurden jeweils nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Entgeltkatalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer (OGV) im Vergleich zur Hauptabteilung 122 Mal abgesenkt und 45 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer (UGV) wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 18 Mal abgesenkt und 4 Mal angehoben.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	315
Nur Abzug Arztkosten	300
Eigenständig kalkulierte DRGs	50
Gesamt	665

Tabelle 9: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung, Datenjahr 2024

Für 569 DRGs, die für die Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert wurden, ließen sich in den Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG keine Behandlungsfälle mit belegärztlicher Versorgung finden. Diese DRGs wurden aus dem Fallpauschalen-Katalog für belegärztliche Versorgung gestrichen. Die Anzahl der DRGs für belegärztliche Versorgung hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 20 DRGs reduziert (Vorjahr: 685 DRGs).

Für die übrigen drei Versorgungsformen erfolgte die Kalkulation der Bewertungsrelationen wie üblich separat:

- Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten
- Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleghebammen
- Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten, -anästhesisten und -hebammen

Die Bewertungsrelationen der genannten Versorgungsformen wurden sowohl bei den eigenständig kalkulierten als auch bei den normativ-analytisch abgeleiteten DRGs unverändert ausschließlich durch Abzug der jeweils relevanten Kostenmodule ermittelt. Da die Personalkosten der Hebammen ab 2025 dem Pflegebudget zugeordnet werden, sind die Bewertungsrelationen für Versorgung mit angestellten Hebammen und für Versorgung mit Beleghebammen identisch. Das bedeutet, dass die Bewertungsrelationen der Spalten 4 und 6 sowie der Spalten 5 und 7 in Teil b) des Fallpauschalen-Katalogs identisch sind.

2.2.5.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

Nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs übermitteln die Krankenhäuser für die Kalkulationsdatensätze für teilstationäre Behandlungen die Leistungsdaten auf Fall-ebene und die Kostendaten für jeden einzelnen teilstationären Behandlungstag.

Teilstationäre Leistungen werden in den Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG durch die Angabe des Aufnahmegrundes „Krankenhausbehandlung, teilstationär“ gekennzeichnet. Damit identifiziert weit überwiegend ein Abrechnungsmerkmal teilstationäre Leistungen.

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Für das Datenjahr 2024 wies die Beschaffenheit der Datenmenge für die DRGs A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* unverändert eine Verletzung der Kalkulationsbedingungen sowie eine mangelnde Kostendifferenz zwischen den DRG-Fallpauschalen auf, sodass die beiden Fallpauschalen nicht bewertet werden

konnten. Die teilstationären geriatrischen Fallpauschalen werden unverändert als unbewertete DRG in Anlage 3b FPV 2026 ausgewiesen.

Niereninsuffizienz, teilstationär

Die teilstationären DRGs der Basis-DRG L90 *Niereninsuffizienz, teilstationär* wurden inhaltlich unverändert aus dem Vorjahr übernommen. Die Fallpauschale für teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) konnte aufgrund der geringen Anzahl an Kalkulationsdatensätzen nicht bewertet werden; diese DRG verbleibt in Anlage 3b FPV 2026. Für die beiden anderen DRGs der Basis-DRG L90 lag eine ausreichende Anzahl von Kalkulationsdatensätzen vor. Die durchschnittlichen Kosten für die teilstationären DRGs L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* und L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* werden für insgesamt 2.034 Kalkulationsdatensätze zur DRG L90B und 142.662 Kalkulationsdatensätze zur DRG L90C in Tabelle 10 in modularer Struktur dargestellt. In Tabelle 11 werden die häufigsten Hauptdiagnosen für die DRG L90B und in Tabelle 12 für die DRG L90C dargestellt. Tabelle 13 zeigt die häufigsten Prozeduren für die DRG L90B und Tabelle 14 für die DRG L90C.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€) L90B	Kosten (€) L90C
Ärztlicher Dienst	1	56,33	45,11
Funktions-/Medizinisch-technischer Dienst	3	4,17	4,99
Arzneimittel	4a	12,95	11,82
Arzneimittel Einzelkosten	4b	0,19	2,12
Implantate/Transplantate	5	–	–
Übriger med. Bedarf	6a	39,85	35,93
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	10,55	6,10
Sachkosten für von Dritten bezogene med. Behandlungsleistungen	6c	1,18	20,08
Med. Infrastruktur	7	28,57	21,87
Nicht med. Infrastruktur	8	93,85	61,25
Gesamt		247,64	209,27

Tabelle 10: Mittlere Kosten der teilstationären DRGs L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse und L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2024

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	<i>Extrakorporale Dialyse</i>	37
N18.5	<i>Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5</i>	37

Tabelle 11: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B, Datenjahr 2024

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	<i>Extrakorporale Dialyse</i>	5.390
N18.5	<i>Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5</i>	1.312

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C, Datenjahr 2024

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-857.0	<i>Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)</i>	1.612
8-854.2	<i>Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation</i>	114

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B, Datenjahr 2024

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-854.2	<i>Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation</i>	81.775
8-855.3	<i>Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation</i>	43.555
8-854.3	<i>Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen</i>	10.787

Tabelle 14: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C, Datenjahr 2024

Teilstationäre Leistungen bei Kindern

Für die aG-DRG-Version 2021 wurden insgesamt zehn unbewertete teilstationäre DRGs für Diagnostik und Behandlung von Kindern in der neuen MDC 25 *Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung* etabliert.

Die Analysen der Fälle der teilstationären DRGs zeigten im Datenjahr 2024 allerdings erhebliche Kostenunterschiede, auch zwischen den leistungserbringenden Krankenhäusern. Aufgrund dieser uneinheitlichen Datenlage war eine Bewertung der DRGs der MDC 25 für 2026 nicht möglich (siehe auch Kapitel 2.3.2.11).

2.2.5.4 Überarbeitung der CCL-Matrix

Komplikationen und/oder Komorbiditäten (CC) können die Behandlung von Krankheiten und Störungen erschweren und verteuern. Deshalb ist es für die G-DRG-Klassifikation wesentlich, die unterschiedliche Schwere einer Erkrankung zu erkennen und, sofern Kostenunterschiede bestehen, zu berücksichtigen.

In der G-DRG-Klassifikation werden Komplikationen und/oder Komorbiditäten mit Hilfe des patientenbezogenen Gesamtschweregrads (PCCL) abgebildet. Dieser errechnet sich in einem mehrschrittigen Verfahren aus den Schweregraden von Komplikationen und/oder Komorbiditäten (CCL) der einzelnen Diagnosen eines Patienten:

- Ermittlung des CCL-Wertes für jede Diagnose eines Patienten, vor allem in Abhängigkeit von der Basis-DRG und der Hauptdiagnose. Die CCL-Werte für jede Kombination aus Basis-DRG und Diagnose lassen sich in einem zweidimensionalen Feld darstellen; sie bilden die „CCL-Matrix“.
- Durch ein rekursives Ausschlussverfahren mit Exklusionslisten wird erreicht, dass von ähnlichen Diagnosen nur die Diagnose mit dem höchsten CCL-Wert in die Berechnung des PCCL eingeht.
- Mit Hilfe einer Formel wird schließlich auf Basis der verbleibenden absteigend sortierten CCL-Werte der PCCL, der kumulative Effekt der Einzeldiagnosen, als ganzzahliger Wert zwischen 0 und 6 berechnet.

Mit dem PCCL wird jedem Fall in Abhängigkeit von der Kostenrelevanz seiner Begleiterkrankungen auf hochdifferenzierte Weise ein DRG- und fallspezifischer Wert zugeordnet, durch den die Begleiterkrankungen des Falles implizit in die Zuordnung zu einer Fallpauschale eingehen können, ohne die Aufwandserhöhung durch die Begleiterkrankungen für jeden Fall und jede DRG für jede mögliche Diagnose und Diagnosekombination einerseits explizit messen und andererseits für jede DRG mit individuellen Split-Kriterien mit langen Diagnosetabellen und entsprechender Intransparenz definieren zu müssen. Dessen ungeachtet werden einzelne, besonders kostenrelevante Nebendiagnosen auch explizit in Gruppierungsbedingungen berücksichtigt.

Bei der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation ist es möglich und notwendig, alle Schritte des Verfahrens zur Berücksichtigung von Komplikationen und/oder Komorbiditäten auf Basis der Kalkulationsdaten daraufhin zu prüfen, ob eine Verbesserung der Sachgerechtigkeit der Vergütung erzielt werden kann, beispielsweise aber auch, ob die Bewertung einer konkreten Diagnose als schweregradsteigernd in der CCL-Matrix anhand der aktuellen Kostendaten noch für jede Basis-DRG in der momentanen Höhe gerechtfertigt ist. Dies bedeutet im Einzelnen:

- Analyse und ggf. Anpassung der CCL-Werte für Kombinationen aus Diagnosen und Basis-DRGs (ggf. systemweit)
- Analyse und ggf. Anpassung der Exklusionslisten
- Modifikationen der PCCL-Formel

Nach beständigen Anpassungen der CCL-Werte und der Exklusionslisten in den ersten Jahren des G-DRG-Systems wurde im Jahr 2013 mit der ersten grundsätzlichen Überarbeitung aller Schritte der PCCL-Berechnung begonnen. Sie erfolgte in mehreren Stufen: Als erste Stufe wurde die PCCL-Formel für den Fallpauschalen-Katalog 2014 angepasst, die aus dem australischen AR-DRG-System unverändert übernommen worden war. Auslöser hierfür war die Veränderung der Kodierung von Nebendiagnosen. Die zweite Stufe mit Einführung der PCCL-Werte 5 und 6 („schwerste CC“) wurde für den Fallpauschalen-Katalog 2016 umgesetzt, um Fälle mit schweren CC differenzierter abbilden zu können. Seit dem G-DRG-System 2018 schließen Hauptdiagnosen, die den CCL-Wert 0 haben, Nebendiagnosen mit einem CCL-Wert größer als 0 nicht mehr aus. Diese Änderung des G-DRG-Groupers führt in der Konsequenz systemweit zu einem Anstieg des PCCL-Niveaus.

Vorgehensweise der Überarbeitung

Grundsätzlich gibt es unterschiedliche Herangehensweisen zur Analyse der CCL-Matrix. Zum einen können Diagnosen oder Diagnosegruppen überwiegend systemweit auf- bzw. abgewertet werden. Zum anderen kann die Anpassung der CCL-Werte bestimmter Diagnosen in bestimmten Basis-DRGs individuell erfolgen.

Für das aG-DRG-System 2026 lag der Schwerpunkt der Weiterentwicklung der CCL-Matrix auf Hybrid-DRGs, sodass die Vorgehensweise sich von der in den letzten Jahren deutlich unterscheidet.

CCL-Matrix in Hybrid-DRGs

Gemäß dem 9. Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses sollen nur Fälle mit einem PCCL < 3 in Hybrid-DRGs eingruppiert werden. Der Beschluss gibt zudem vor, zu prüfen, ob Differenzierungen der Hybrid-DRGs beispielsweise nach PCCL zu relevanten und abbildbaren Kostenunterschieden führen. In einigen der Basis-DRGs, in denen Hybrid-DRGs etabliert wurden, wurde der PCCL bisher noch nicht zur Eingruppierung verwendet – die Anwendung für die Hybrid-DRG-Definition stellte dort somit den erstmaligen Einsatz dieses Kriteriums dar. Entsprechend standen diese Basis-DRGs bei der Weiterentwicklung und Überprüfung der CCL-Matrix in den Vorjahren nicht im Fokus. Auch deshalb bestand teilweise in stärkerem Maße als in anderen DRGs hier die Situation, dass ein PCCL ≥ 3 , der eine Zuordnung zur Hybrid-DRG stets verhindert, bereits mit wenigen Diagnosen erreicht werden kann. Somit lag der Schwerpunkt der Analysen zur CCL-Matrix für 2026 auf den Hybrid-DRGs.

Die Bewertung von Hybrid-DRGs ist dabei eine sehr komplexe Aufgabe. Zum einen war in vielen Basis-DRGs, in denen eine Hybrid-DRG etabliert wurde, ein PCCL-Split neu zu prüfen. Beispielsweise haben in der Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen* die rund 136.000 Fälle über 3.600 verschiedene Nebendiagnosen, von denen 1.028 Diagnosen einen CCL-Wert größer als 0 aufweisen. Zum anderen sind die Hybrid-DRGs nicht für alle Basis-DRGs in gleicher Weise zu bewerten, sondern in Abhängigkeit von der Grunderkrankung.

Während es im Vorjahr insgesamt 22 Hybrid-DRGs in 16 Basis-DRGs gab, erfolgte in diesem Jahr eine deutliche Ausweitung auf 69 Hybrid-DRGs in 38 Basis-DRGs. In 11 Basis-DRGs davon fand der PCCL erstmals überhaupt Berücksichtigung. Des Weiteren hat die Ausweitung der Fallmenge auf Fälle mit einer Verweildauer kleiner als 3 Tage deutliche Auswirkungen auf die CCL-Systematik, sodass alle Basis-DRGs mit Hybrid-DRG einzeln analysiert und berechnet werden mussten. Für diese Herausforderung waren neue Ansätze zu entwickeln, insbesondere für die Basis-DRGs, die bislang keinen PCCL als Split-Kriterium aufwiesen.

Im Ergebnis wurden beispielsweise in der oben genannten Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen* 88 Diagnosen neu bewertet. Nicht bei allen Fällen führte diese Anpassung zu einem neuen PCCL-Wert, und nicht jeder veränderte PCCL-Wert führt direkt zu einer Eingruppierung in eine andere DRG.

Vorschlagsverfahren

Die Beteiligung im Vorschlagsverfahren zu Anpassungen der CCL-Matrix war im Vergleich zum Vorjahr rückläufig. Vorschläge kamen in diesem Jahr von Seiten eines Krankenhauses sowie des MDK Niedersachsen. Ebenfalls wurden aufgrund von Änderungen in der ICD-10-GM 2025 notwendige Änderungen analysiert und angepasst. Auf Basis dieser Vorschläge wurden umfassende Analysen der Bewertung vieler Diagnosen innerhalb der CCL-Matrix durchgeführt. Anpassungen und Neubewertungen sind jedoch nur in den Basis-DRGs möglich, in denen aussagekräftige Fallzahlen vorhanden sind.

Der Vorschlag des Krankenhauses galt der Überprüfung der Abbildung der Diagnosen für *respiratorische Insuffizienz* (ICD J96.-). Die Diagnosen für *akute respiratorische Insuffizienz* (ICD J96.0-) und für *chronische respiratorische Insuffizienz* (ICD J96.1-) sind

dabei aufwandsunterschiedlich. Auch die Ausprägungen „Typ I [hypoxämisch]“ sowie „Typ II [hyperkapnisch]“ lassen keinen Schluss auf die Schwere der Erkrankung zu.

Die Analysen zeigten, dass Fälle in bestimmten Konstellationen nicht kostenentsprechend zugeordnet und die Bewertung der Diagnosen in der CCL-Matrix nicht in jeder Basis-DRG konsistent waren. Im Ergebnis erfolgte eine Anpassung durch Abwertung in mehreren Basis-DRGs für das aG-DRG-System 2026, sodass die Fälle nun kostenentsprechend zugeordnet werden und unspezifische Diagnosen nicht höher bewertet werden als die jeweils spezifischen Diagnosen.

Der MDK Niedersachsen reichte einen Vorschlag zur Neubewertung der Diagnosen für *Aortenklappenstenose (I35.0)* und *Aortenklappenstenose mit Insuffizienz (I35.2)* in der Basis-DRG F49 *Invasive kardiologische Diagnostik [...]* ein. Die Fälle zeigten sich systemweit vielfach nicht kostenentsprechend abgebildet, sodass die Diagnosen *Aortenklappenstenose* und *Aortenklappenstenose mit Insuffizienz* entsprechend in mehreren Basis-DRGs der CCL-Matrix abgewertet wurden. Darüber hinaus wurden auch Analysen in der Basis-DRG F49 im Hinblick auf die Hybrid-DRGs durchgeführt.

Durch die Differenzierung der Diagnosen im Codebereich A49. - *Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation* für die ICD-10-GM 2025 bestand Unstimmigkeit bezüglich der Kodierung einer Bakteriämie, die in direktem Zusammenhang mit einer vorliegenden Infektion steht. Im Ergebnis erfolgte eine umfangreiche systemweite Neubewertung durch kostenentsprechende Abwertung der Diagnosen für *Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation* (ICD A49.-) in mehreren Basis-DRGs in der CCL-Matrix.

Fazit

Für das aG-DRG-System 2026 erfolgte eine umfassende Analyse und Bearbeitung der Basis-DRGs mit Hybrid-DRGs. Im Ergebnis wurden zahlreiche Diagnosen in der CCL-Matrix neu bewertet. Die Bearbeitung der CCL-Matrix unterschied sich dabei deutlich von der Vorgehensweise der vergangenen Jahre. Jede Basis-DRG mit Hybrid-DRG wurde einzeln analysiert und bewertet. Das Ergebnis ist daher durch diese Einzelprüfungen nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

Die Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren wurden vollumfänglich geprüft. Dahingegen fand die Umsetzung routinemäßiger Analysen in diesem Jahr nur in geringem Umfang statt.

2.2.5.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern

Die regelhafte Zuordnung der berücksichtigten Verlegungsart je DRG wurde methodisch aus dem Vorjahr übernommen.

Regelhafte Zuordnung der berücksichtigten Verlegungsart je DRG

Die je DRG zur Kalkulation des Relativgewichts herangezogene Fallmenge wurde regelhaft – unverändert gegenüber dem Vorjahr – durch Analyse des arithmetischen Kostenmittels je Verlegungsart bestimmt. Dabei ergaben sich vier Fallkonstellationen, die sich auf die 1.291 DRGs wie in Tabelle 15 dargestellt verteilten (siehe Tabellen A-3-1 bis A-3-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	220	17,0
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	160	12,4
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	224	17,4
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	632	49,0
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b FPV)	55	4,3
Gesamt	1.291	100,0

Tabelle 15: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im aG-DRG-System 2026

Überlieger aus dem Vorjahr

Überlieger sind Behandlungsfälle, die vor dem Jahreswechsel im Krankenhaus aufgenommen und erst nach dem Jahreswechsel aus dem Krankenhaus entlassen werden. Die bei diesen Fällen erbrachten Leistungen werden mit den im Aufnahmejahr gültigen Versionen der ICD-10-GM und des OPS verschlüsselt.

Soweit möglich, werden Überlieger bei der Kalkulation berücksichtigt. Hintergrund ist, dass Langlieger und Fälle aus DRGs mit langer mittlerer Verweildauer besonders häufig unter den Überliegern zu finden sind.

Beispielsweise wäre die DRG A18Z *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* mit einer mittleren Verweildauer von 92,4 Tagen (Fallpauschalen-Katalog 2026) von einer Löschung vieler Überlieger stark betroffen, da rein rechnerisch rund ein Viertel der Fälle Überlieger aus dem Vorjahr oder Überlieger ins nächste Jahr sind. Unter den Langliegern dieser DRG ist der Anteil an Überliegern noch höher.

Damit ein Überlieger in der Kalkulationsmenge verbleiben kann, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

- Korrekte Kostenkalkulation
- Überleitbarkeit der verwendeten Codes

Aus kalkulatorischer Sicht ist eine Berücksichtigung der Überlieger dann möglich, wenn das Kalkulationskrankenhaus auch die Kostenanteile des vorangegangenen Kalenderjahres vollständig und verursachungsgerecht dem Behandlungsfall zuordnen konnte.

Eine klassifikatorische Voraussetzung für den Verbleib von Überliegern in den Kalkulationsdaten ist die Überleitbarkeit der Leistungsbezeichner (ICD- und OPS-Kodes). Bei einer Differenzierung von Codes (von 2023 auf 2024) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2023 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall im Jahr 2024 verschlüsselt würde.

Ein Beispiel hierfür ist der Code 5-431.20 *Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode*. Mit dem OPS Version 2024 wurde der Code weiter differenziert:

- 5-431.22 *Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode ohne Fixierung durch Naht, ohne jejunale Sonde*
- 5-431.23 *Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode ohne Fixierung durch Naht, mit jejunaler Sonde*
- 5-431.24 *Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode mit Fixierung durch Naht, ohne jejunale Sonde*
- 5-431.25 *Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode mit Fixierung durch Naht, mit jejunaler Sonde*

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde und daher Fälle, die 2023 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2024 aufgrund dieser Differenzierung unterschiedliche Gruppierungsergebnisse aufweisen, kann es erforderlich sein, nicht überleitbare Fälle aus der Kalkulationsbasis auszuschließen.

In bestimmten Fällen können jedoch auch Fälle mit formal nicht überleitbaren Codes aus 2023 in der Kalkulationsmenge verbleiben, beispielsweise wenn es sich um eine DRG mit sehr kleinen Fallzahlen handelt und der problematische Code (bei jeder möglichen Überleitungsentscheidung) ohne Gruppierungsrelevanz ist. Für die oben genannte DRG A18Z sind z.B. nur die Beatmungszeit und ein OPS-Kode (Transplantation) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnosen haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose keinen Grund darstellt, einen Überlieger aus der Kalkulationsmenge auszuschließen.

2.2.5.6 Berechnung der Bezugsgröße

Die Bezugsgröße wird nach unveränderter Methodik grundsätzlich so bestimmt, dass auf der nationalen Ebene die Summe der effektiven Bewertungsrelationen („Case-Mix für Deutschland“) bei identischer Datenbasis konstant bleibt. Die effektive Bewertungsrelation eines Behandlungsfalles ergibt sich aus seiner Gruppierung unter Anwendung der Abrechnungsbestimmungen. Das bedeutet, dass Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer oder bei Verlegung sowie zusätzliche Entgelte bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer ebenso berücksichtigt werden wie Fallzusammenführungen bei Wiederaufnahmen und/oder Rückverlegungen.

Die Berücksichtigung von „Ausnahmetatbeständen“ (z.B. neue Zusatzentgelten) erfolgte bei der Normierung wie bisher.

Für den aG-DRG-Katalog 2025 ergab sich auf Basis der Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG für das Datenjahr 2024 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen von 14.788.500 Case-Mix-Punkten.

Fälle, für die im Jahr 2026 eine spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRGs) abgerechnet werden kann, wurden bei der Berechnung des nationalen Case-Mix-Volumens nicht berücksichtigt. Bei der Normierung des aG-DRG-Katalogs 2026 waren bezüglich der Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs hierbei zwei Aspekte zu beachten:

1. Gemäß § 115f Abs. 2 Satz 5 SGB V sollen für Hybrid-DRGs „Leistungen für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Leistungen für Menschen mit Behinderungen nicht ausgewählt werden“: Im Jahr 2025 gab es solche Fälle in Hybrid-DRGs und sogar eine „Kinder-Hybrid-DRG“. Diese Fälle werden in 2026 wieder regulär über DRG-Fallpauschalen vergütet und waren daher bei der Normierung des aG-DRG-Katalogs 2026 zu berücksichtigen.

Damit aus der Rückkehr der genannten Fälle kein verzerrender Katalogeffekt entsteht, war die Summe von +11.483 Case-Mix-Punkten bei der Normierung des aG-DRG-Katalogs 2026 erhöhend zu berücksichtigen.

- Über Hybrid-DRGs vergütete Fälle werden nicht über das aG-DRG-System vergütet. Fälle in Hybrid-DRGs, die sowohl im aG-DRG-System 2025 als auch im aG-DRG-System 2026 über Hybrid-DRGs vergütet werden, werden wie in den vergangenen beiden Jahren bei der Normierung des aG-DRG-Katalogs 2026 nicht berücksichtigt. Fälle, die **im aG-DRG-System 2025 nicht** über Hybrid-DRGs und **im aG-DRG-System 2026 erstmals** über Hybrid-DRGs vergütet werden, wurden aus der Normierungsmenge herausgenommen. Dies betrifft 726.988 Fälle mit einem geschätzten Volumen von ca. 549.655 Case-Mix-Punkten.

Darüber hinaus waren bezüglich Zusatzentgelten und Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden folgende Case-Mix-Beträge normierungsrelevant zu berücksichtigen:

- Streichung ZE101 *Medikamente-freisetzende Koronarstents*: + 5.503 Case-Mix-Punkte
- Erstmals im Datenjahr 2024 bereinigte NUB- bzw. Zusatzentgelt-Leistungen: -586 Case-Mix-Punkte
- Erstmals im Datenjahr 2024 bereinigtes Zusatzentgelt *Nirsevimab, parenteral*: -4.826 Case-Mix-Punkte

Wie in den letzten beiden Jahren haben sich die Vertragsparteien auf Bundesebene darauf verständigt, die Case-Mix-Summe des aG-DRG-Systems für 2026 zu erhöhen. Das konsentiertere Gesamtvolumen von 57,5 Mio. Euro entspricht rund 12.707 Case-Mix-Punkten.

In Summe war das Case-Mix-Volumen bei der Normierung des neuen Fallpauschalen-Katalogs um einen Betrag in Höhe von 24.281 Case-Mix-Punkten zu erhöhen.

Unter Verwendung der Daten des Datenjahres 2024 ergab sich für den aG-DRG-Katalog 2026 nach Umsetzung der Sachkostenvereinbarung und der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen (siehe Kapitel 2.2.4) eine Summe effektiver Bewertungsrelationen von 14.812.397. Die für die Normierung des aG-DRG-Katalogs 2026 erforderliche Bezugsgröße beträgt damit 4.268,29 €.

2.2.6 Vorhaltebewertungsrelationen

Zur Etablierung der Vergütung eines Vorhaltebudgets hatte das InEK erstmals für das Kalenderjahr 2026 gemäß § 17b Abs. 4b Satz 1 KHG von den Kosten, welche die Grundlage der Kalkulation der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen (BWR) bilden, einen festgelegten Betrag aus dem aG-DRG-System auszugliedern. Die gesetzlichen Vorgaben sehen dabei die Ermittlung eigener Bewertungsrelationen für die Vergütung eines Vorhaltebudgets („Vorhaltebewertungsrelationen“) vor und beziehen sich dabei „konkret“ auf verschiedene Kostenbegriffe wie variable Sachkosten, verminderte Kosten, auszugliedernde Pflegepersonalkosten. Dies führt im Ergebnis zu einer angepassten Berechnungsweise der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen (Relativgewichte).

Den gesetzlichen Vorgaben folgend, gelten für die Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen für das Kalender 2026 folgende Grundprinzipien:

- Die Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen erfolgt auf Ebene der einzelnen bewerteten DRG.
- In die Berechnung gehen stets alle validen für die Kalkulation der Fallpauschalen genutzten Fälle ein – d.h. neben Inliern auch Kurzlieger, Verlegte und Langlieger.
- Alle Relativgewichte des aG-DRG-Katalogs (also neben dem Inlier-Relativgewicht auch die Zu- und Abschläge) werden in zwei Komponenten für die Vorhaltebewertungsrelation einerseits und die im aG-DRG-System verbleibende Bewertungsrelation (rDRG) andererseits zerlegt, was durch folgende Formel ausgedrückt wird: $RG_{aG-DRG} = RG_{Vorhalt} + RG_{rDRG}$
- Die variablen Sachkosten, welche die Kostenartengruppen 4a bis 6c umfassen, bleiben beim Fall in den rDRG-Bewertungsrelationen.
- An der in § 17b Abs. 1 KHG vorgegebenen Sachkostenkorrektur ändert sich nichts.
- Die Höhe des Vorhalts beträgt 60% der Summe aus den auszugliedernden Pflegepersonalkosten und den „Restkosten“, wobei die Restkosten die Gesamtkosten abzüglich der variablen Sachkosten und der auszugliedernden Pflegepersonalkosten sind. Die Summe aus auszugliedernden Pflegepersonalkosten und Restkosten wird als „verminderte Kosten“ bezeichnet.
- Die Vergütung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten bleibt insgesamt unberührt. Sie wird bei der Berechnung der Vorhaltebewertungsrelationen voll berücksichtigt, d.h. die auszugliedernden Pflegepersonalkosten zählen voll zum Vorhalt.

Die beiden nachfolgenden Abbildungen veranschaulichen die Berechnungsweise der Vorhaltebewertungsrelationen. Auf der linken Seite ist die etablierte Kostenstruktur dargestellt, die sich für jede DRG aus den für das Pflegebudget relevanten Kosten und den Kosten zusammensetzt, die über das aG-DRG-System vergütet werden.

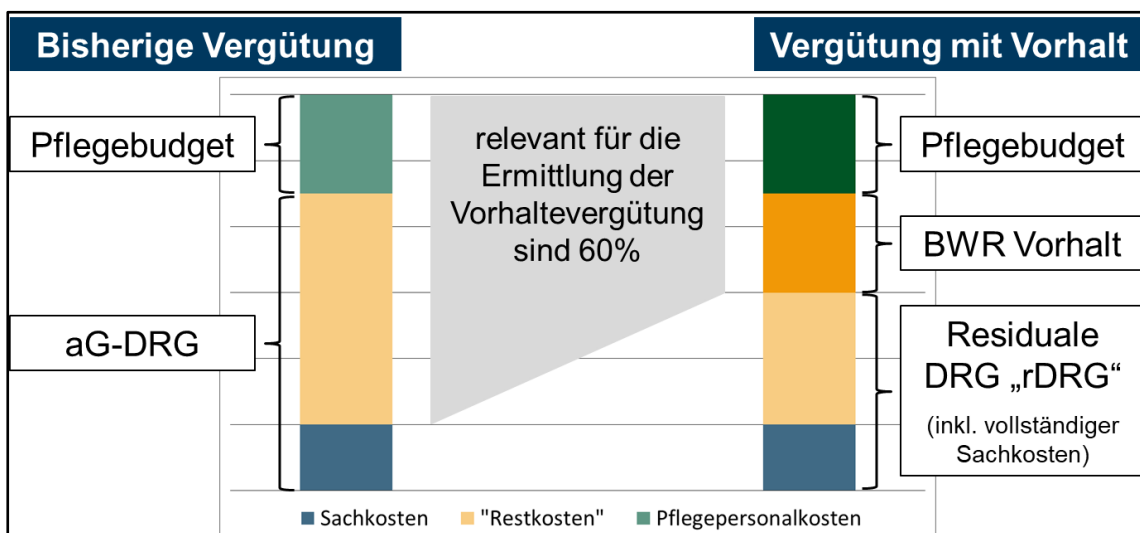


Abbildung 4: 60% der um die variablen Sachkosten verminderten Kosten bilden den Vorhalt einer DRG

Letztgenannte beinhalten die variablen Sachkosten und die Restkosten. Für die Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen relevant sind die pflegebudgetrelevanten Kosten und die Restkosten. Die Höhe des Vorhalts beträgt 60% dieser verminderten Kosten

(siehe Abbildung 4). Das Pflegebudget wird auf die Höhe des Vorhalts vollständig angerechnet, der übrige Teil wird für die Berechnung der Vorhaltebewertungsrelation verwendet. Im Rahmen der Berechnung wird der Vorhalt über den Vorhalteanteil α ermittelt, der die für die Vorhaltebewertungsrelationen relevanten Kosten in Relation zu den für die Bestimmung der Bewertungsrelationen des aG-DRG-Katalogs relevanten Kosten setzt (siehe Abbildung 5).

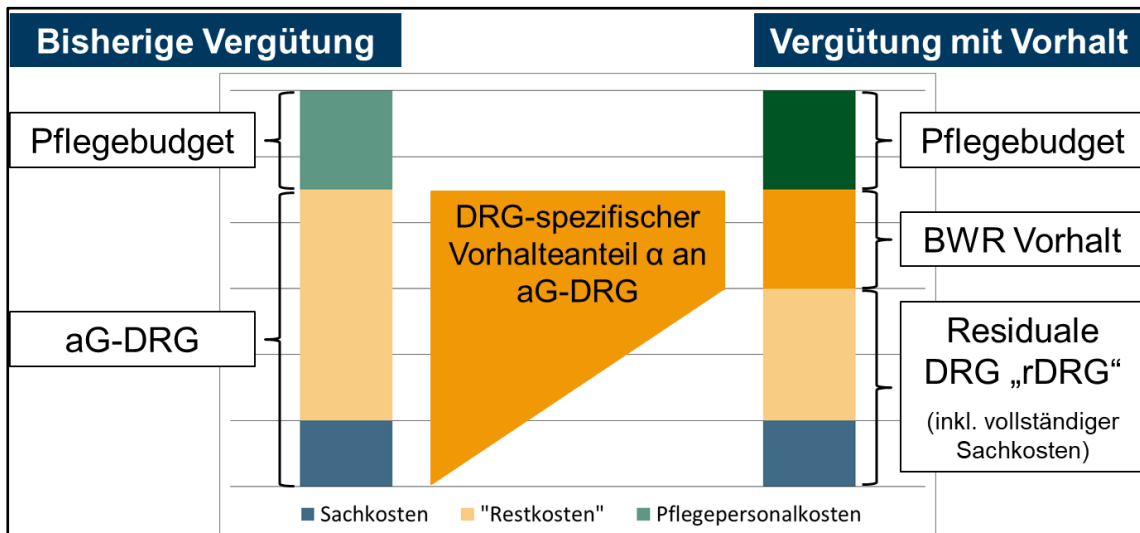


Abbildung 5: Die Vorhaltebewertungsrelationen werden über den DRG-spezifischen Vorhalteanteil α ermittelt

Zukünftig werden alle Bewertungsrelationen nach Vorhalt und residuale DRG (rDRG) differenziert sowie das Pflege-Relativgewicht wie bisher im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesen. Die Höhe der Vergütung ändert sich im Kalenderjahr 2026 nicht; sie ist also „budgetneutral“. Zu erkennen ist dies in den beiden Abbildungen daran, dass die Balken links und rechts jeweils insgesamt gleich hoch sind. Nach Zerlegung der Bewertungsrelationen ergibt sich auf allen Aggregationsebenen (für den Einzelfall, die DRG, den Krankenhausstandort, im Gesamtsystem) deshalb stets unverändert dieselbe Case-Mix-Summe, d.h.

$$CM_{aDRG} = CM_{Vorhalt} + CM_{rDRG}$$

Der DRG-spezifische Vorhalteanteil α an der Kostenverteilung der aG-DRG wird auf alle Bewertungsrelationen der DRG (Inlier, Abschläge für Kurzlieger und Verlegte sowie Langlieger-Zuschläge) angewendet. Er liegt zwischen 9% und 49% und beträgt im Mittel über alle DRGs rund 34%. Der im Gesetz vorgegebene Anteil von 60% für den Vorhalt ergibt sich erst, wenn auch die Vergütung der Pflegepersonalkosten mit betrachtet wird. Die Sachkostenkorrektur wurde der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene entsprechend umgesetzt (vgl. Kapitel 2.2.4) und geht in die Berechnung des DRG-spezifischen Vorhalteanteils α mit ein. Auch die Effekte der gezielten Absenkung gehen in die Kalkulation des DRG-spezifischen Vorhalteanteils α mit ein.

In die Kalkulation der Bewertungsrelationen des aG-DRG-Katalogs für Belegabteilungen gehen geringere Kosten ein (z.B. Abzug wegen Belegarzt). Dies reduziert die Restkosten und führt zu eigenen Vorhaltebewertungsrelationen für Belegabteilungen.

Alle Vorhaltebewertungsrelationen und rDRG-Bewertungsrelationen wurden auf vier Nachkommastellen genau berechnet und haben damit im Ergebnis eine Dezimalstelle mehr als die bisherigen Bewertungsrelationen im aG-DRG-Katalog.

Auf der Internetseite des InEK wurde neben dem (nicht zerlegten) aG-DRG-Katalog in seiner bekannten Darstellungsform zusätzlich auch der in Vorhalte- und rDRG-Bewertungsrelationen [zerlegte Katalog](#) veröffentlicht.

Anwendung finden die Vorhaltebewertungsrelationen in der Ermittlung von Vorhaltebudgets gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in § 37 KHG. Die sich aus dem Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen werden dazu genutzt, die Vorhaltevolumen auf verschiedenen Aggregationsebenen zu ermitteln: je Bundesland, je Bundesland und Leistungsgruppe sowie je Bundesland, Leistungsgruppe und Krankenhausstandort. Das InEK hat hierzu am 30. September 2025 auf seiner Internetseite ein [Konzept](#) zum Vorgehen bei der Ermittlung der Vorhaltevolumina für das Kalenderjahr 2026 veröffentlicht.

2.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung

2.3.1 Hybrid-DRGs

Hintergrund

Bereits für das Jahr 2024 wurden die Vertragsparteien nach § 115b Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beauftragt, eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die sogenannten Hybrid-DRGs, zu entwickeln. Mit einer Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) („Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung)“ (BGBl. I Nr. 380 vom 21. Dezember 2023) wurden schließlich die vom InEK kalkulierten zwölf aufwandshomogenen Fallpauschalen ab dem 1. Januar 2024 etabliert. Diese bezogen sich auf fünf vorgegebene Indikationsbereiche:

- Bestimmte Hernienoperationen
- Entfernung von Harnleitersteinen
- Ovariectomien
- Arthrodesen (Versteifung) der Zehengelenke
- Exzision eines Sinus pilonidalis

Für das Jahr 2025 hatten sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auf weitere fünf Leistungsbereiche geeinigt, die ebenfalls über Hybrid-DRGs vergütet werden sollen (Hybrid-DRG-Vereinbarung vom 27. März 2024):

- Endoskopische Eingriffe an Galle, Leber und Pankreas
- Proktologische Eingriffe an Analfisteln
- Eingriffe an Hoden und Nebenhoden
- Brusterhaltende Eingriffe der Mammachirurgie
- Osteosynthetische Versorgung von Klavikulafrakturen

Für die drei erstgenannten Bereiche konnten im DRG-System 2025 weitere Hybrid-DRGs etabliert werden. Zudem konnten die bereits bestehenden Hybrid-DRGs für Operationen bei Hernien sowie bei Sinus pilonidalis gemäß der Hybrid-DRG-Vereinbarung um

zusätzliche Eingriffe erweitert und auch weitere Hybrid-DRGs für bestimmte Lymphknotenbiopsien etabliert werden.

Für alle Hybrid-DRGs galten – zusätzlich zum Vorliegen eines als „Hybrid-Prozedur“ gewerteten OPS-Kodes – bis 2025 die folgenden „allgemeinen“ Kriterien:

- Verweildauer = 1, also ein Belegungstag
- PCCL < 3, d.h. keine schweren Komplikationen und/oder Komorbiditäten im Sinne einer höheren Erkrankungsschwere
- Keine weiteren Ausschlusskriterien, etwa in Form der sogenannten „Kontextfaktoren“ (komplexe Diagnosen oder aufwendige Eingriffe, die typischerweise gegen eine Erbringung in einem ambulanten Setting sprechen)

Rahmenbedingungen der Weiterentwicklung für 2026

Der Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V zum Hybrid-DRG-Leistungskatalog 2026 (8. Sitzung am 28. April 2025) legte mit Wirkung zum 1. Mai 2025 die Grundzüge der Weiterentwicklung für 2026 fest. Dies betraf sowohl die inhaltliche Definition neuer und bestehender Hybrid-DRGs (über eine Liste von OPS-Kodes) als auch die Weiterentwicklung der „allgemeinen Kriterien“ der Hybrid-DRGs.

Die vom ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss (nachfolgend wird die Abkürzung ergEBA verwendet) als „Hybrid-DRG-Leistungskatalog 2026“ vorgelegte Kodeliste umfasste insgesamt 681 endständige OPS-Schlüssel des OPS Version 2024. Die Mehrzahl, nämlich 575 dieser Codes, waren bereits Bestandteil der Definition von Hybrid-DRGs gemäß aG-DRG-System 2025, 106 Codes waren vollständig neu. Letztere betrafen die Bereiche:

- Diagnostische Herzkatheter und Koronarinterventionen
- Bestimmte Herzschrittmacher und Defibrillatoren
- Ablationen bei Herzrhythmusstörungen
- Bestimmte Gefäßinterventionen
- Weitere Hernieneingriffe, z.B. bei Rezidiv
- Laparoskopische Eingriffe an Gallenblase oder Blinddarm
- Bestimmte Osteosynthesen bei Frakturen

Hinsichtlich der „allgemeinen“ Kriterien zur Definition von Hybrid-DRGs ist die bedeutendste Vorgabe sicher die Erweiterung auf Fälle mit 2 Tagen Verweildauer („der Leistungskatalog umfasst ambulant und vollstationär erbrachte Fälle mit einer Verweildauer von bis zu zwei Tagen“). Weitere Anpassungen der für alle Hybrid-DRGs geltenden allgemeinen Kriterien gibt § 115f SGB V vor („Leistungen für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Leistungen für Menschen mit Behinderungen sollen nicht ausgewählt werden“), sodass sich insgesamt folgende Kriterien für 2026 ergaben:

- Verweildauer kürzer als 3Tage (zuvor kürzer als 2Tage)
- PCCL < 3 (also unverändert keine schweren Komplikationen und/oder Komorbiditäten)
- Nur Patienten ab 18 Jahre in den Hybrid-DRGs (neues Kriterium für 2026)

- Ohne Menschen mit Behinderungen (was letztlich im Dialog mit den Beteiligten operationalisiert wurde als Ausschluss der Pflegegrade 4 und 5)
- Keine unbewerteten Zusatzentgelte/NUB

Als weitere Rahmenbedingung sieht § 115f SGB V noch vor, dass die Anzahl der Hybrid-Fälle für das Jahr 2026 (gemessen in vollstationären Fällen des Datenjahres 2023) auf 1 Mio. Fälle auszuweiten ist.

Damit lagen die wesentlichen Eckpunkte für die Weiterentwicklung zur aG-DRG-Version 2026 im Sommer vor.

Kodeliste versus Falldefinition

Die OPS-Liste des ergEBA gab die Bereiche vor, in denen die Etablierung neuer oder die Erweiterung bestehender Hybrid-DRGs vorgesehen ist. DRGs und damit auch Hybrid-DRGs sind jedoch für **Fälle** definiert, die neben den möglicherweise die Hybrid-DRG ansteuernden OPS-Kodes noch eine Vielzahl weiterer Attribute aufweisen können, etwa weitere OPS-Kodes (also weitere Eingriffe oder eine Erweiterung eines Eingriffs), Diagnosen (die allein oder in Kombination möglicherweise gegen die Zuordnung in eine Hybrid-DRG sprechen) oder andere unter Umständen zu berücksichtigende Parameter (Alter, Behandlungsverlauf, Intensivzeiten, Beatmungszeit u.v.a.m.).

Es war davon auszugehen, dass der Leistungskatalog des ergEBA **typische und für Hybrid-DRGs geeignete Fälle mit den benannten Eingriffen bzw. OPS** meint. Damit ist jedoch die Frage, was genau die typischen und geeigneten Fälle sind, noch nicht beantwortet, und genau diese Frage muss in der Grouper-Software operationalisiert werden.

Diese Grundfrage stellte sich schon bei der Entwicklung der Hybrid-DRGs für 2024 und 2025 – die in den Vorjahren aufgezeigten grundsätzlichen Probleme einer Definition „nur mittels OPS-Liste“ bestehen unverändert:

- Versteht man dies als „Fälle mit ausschließlich den genannten Prozeduren“ (und keinen weiteren), ergeben sich sehr kleine Fallzahlen und Möglichkeiten der Ausweikkodierung.
- Versteht man dies als „alle Fälle mit mindestens einer der genannten Prozeduren“, schließt man möglicherweise auch „nicht gemeinte“ aufwendige Fälle mit Kombinationseingriffen ein.

Wie in den Versionen der Vorjahre umgesetzt und in den entsprechenden Abschlussberichten dargestellt, müssen sich die vom InEK anhand der jeweiligen Vorgaben auszugestaltenden Hybrid-DRG-Definitionen zwischen diesen beiden Extremen bewegen. Die in Abbildung 6 gezeigte Grundstruktur der Hybrid-Definition aus den Vorjahren bot ein technisches „Gerüst“ für die diesjährige Erweiterung und Anpassung der Hybrid-DRGs.

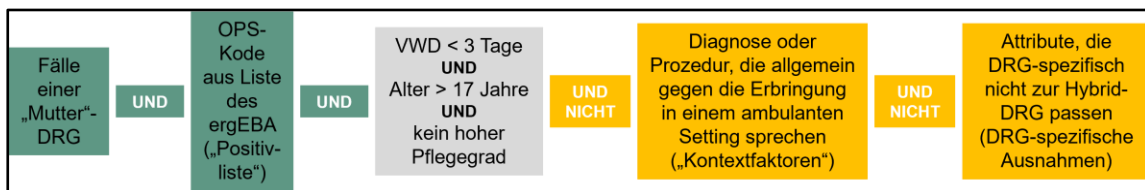


Abbildung 6: Grundsätzliche Definition einer Hybrid-DRG – bekannt aus den Vorjahren

Bereits die Auswahl der „Mutter“-DRGs grenzt das Spektrum der möglichen Hybrid-DRG-Fälle deutlich ein. Viele möglicherweise ungeeignete komplexe Fälle, etwa mit Kombina-

tionseingriffen oder komplexen klinischen Verläufen, sind hierarchisch höher eingruppierten DRGs zugeordnet und erreichen die „Mutter“-DRG (und damit auch die an praktisch gleicher Abfrageposition einsortierte) Hybrid-DRG gar nicht. Für die neuen Hybrid-DRGs für diagnostische Herzkatheter sind so beispielsweise bereits Fälle, die zwar eine solche invasive Untersuchung erhalten, aber auch einen weiteren kardiologischen oder gar herzchirurgischen Eingriff oder einen Intensivaufenthalt oder einen ungewöhnlichen Verlauf mit einer nicht kardiologischen Hauptdiagnose aufweisen, bereits durch das DRG-System aus der Hybrid-DRG ausgeschlossen – und zwar wesentlich differenzierter, als dies durch eine einfache Liste mit Ausschlusskodes möglich wäre.

Hinzu kommen die bereits dargestellten Kriterien, dass der Fall stets einen die Hybrid-DRG definierenden Prozedurenkode aufweisen muss und keine Ausschlusskriterien (niedriges Alter, hoher PCCL, hohe Verweildauer, hoher Pflegegrad etc.) aufweisen darf.

Andererseits war zu prüfen, ob die Liste der eine Hybrid-DRG definierenden Prozedurenkodes (im Folgenden: Positivliste) ggf. einzuschränken oder auch zu erweitern ist.

Ohne einen dieser Kodes keine Hybrid-DRG: Die Positivliste

Die vom ergEBA zum Start der Weiterentwicklung mit 681 OPS-Kodes vorgelegte Prozedurenliste beinhaltet die Kodes, die einer (oder mehreren) Hybrid-DRGs zugeordnet werden sollten. Fälle mit diesen Kodes werden in Hybrid-DRGs eingruppiert, wenn sie die weiteren Bedingungen (zu Alter, VWD, PCCL, Ausschlusskriterien ...) erfüllen und nicht einer zuvor abgefragten DRG zugeordnet sind. Ein Fall, der keinen dieser Kodes aufweist, kann unter keinen Umständen in einer Hybrid-DRG landen. Diese Kodeliste wird deshalb auch als **Positivliste** der Hybrid-DRGs bezeichnet und spielte sowohl bei der Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs für 2026 als auch in den abschließenden Beratungen zu dem vom InEK für 2026 vorgelegten DRG-System eine bedeutende Rolle.

Wie bereits in den Vorjahren gab die Positivliste des ergEBA die Leistungsbereiche und damit mittelbar die „Mutter“-DRGs für die Entwicklung neuer Hybrid-DRGs vor. Ebenfalls wie im Vorjahr zeigte sich, dass auf eine klassifikatorische Überarbeitung der Liste nicht verzichtet werden konnte, da vielfach die Auswahl der Kodes zwar die typischen und oft auch häufigen Eingriffe bestimmter Leistungsbereiche beschrieb, aber in der vorgelegten Auswahl noch keine sachgerechte Definition ermöglichte. Dies lässt sich am Beispiel der erstmals für die Etablierung von Hybrid-DRGs vorgeschlagenen Ablationen am Herzen (Basis-DRG F50) gut illustrieren.

Der Kodebereich 8-835.* *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen* enthält (im OPS Version 2024) 38 endständige Primärkodes, die alle im aG-DRG-System der Basis-DRG F50 zugeordnet sind. Die unveränderte Positivliste des ergEBA enthielt davon jedoch nur zehn Kodes. Diese betrafen zwar einen erheblichen Teil der Fälle der Basis-DRG F50, insbesondere der für Hybrid-DRGs in Frage kommenden Kurzlieger, eine Umsetzung nur auf Basis dieser Kodeauswahl wäre jedoch nicht sachgerecht und kaum vermittelbar gewesen, wie die nachfolgende Tabelle 16 zeigt.

Die OPS-Liste für die Ablationen am Herz lässt einen Fokus auf fallzahlstarke Kodes erkennen. In den vorliegenden Daten fand sich aber kein Grund, warum nur bestimmte Kodes (die grün markierten) in Hybrid-DRGs führen sollten, die anderen Kodes des Bereichs bei ähnlichen Charakteristika und Kosten der Fälle hingegen nicht.

Hinzu kommt, dass auch die unspezifischen Kodes 8-835.x *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Sonstige* und 8-835.y *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: N.n.bez.* zwingend zu ergänzen sind, damit nicht durch eine unspezifische Kodierung eine Zuordnung zu einer Hybrid-DRG vermieden werden kann. Allein in diesem Bereich war die Positivliste der Hybrid-DRGs um 28 zusätzliche Kodes zu ergänzen,

was jedoch einen weit geringeren Effekt auf die damit getroffenen Fälle hatte, als die bloße Kodeanzahl vermuten lässt.

Kode	Text	In der Liste
8-835.20	Konventionelle Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof	X
8-835.21	Konventionelle Radiofrequenzablation: AV-Knoten	X
8-835.22	Konventionelle Radiofrequenzablation: Rechter Ventrikel	
8-835.23	Konventionelle Radiofrequenzablation: Linker Vorhof	
8-835.24	Konventionelle Radiofrequenzablation: Linker Ventrikel	
8-835.25	Konventionelle Radiofrequenzablation: Pulmonalvenen	
8-835.30	Gekühlte Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof	X
8-835.31	Gekühlte Radiofrequenzablation: AV-Knoten	
8-835.32	Gekühlte Radiofrequenzablation: Rechter Ventrikel	X
8-835.33	Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof	X
8-835.34	Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Ventrikel	X
8-835.35	Gekühlte Radiofrequenzablation: Pulmonalvenen	X
8-835.40	Ablation mit anderen Energiequellen: Rechter Vorhof	

Tabelle 16: Erforderliche Erweiterung der Positivliste des ergEBA

In vergleichbarer Weise mussten die Kodelisten der Hybrid-DRGs für Koronarinterventionen, die gemäß der OPS-Liste des ergEBA die Codes aus 8-837.m* *Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen von medikamentefreisetzenden Stents* enthielten, aber nicht die Codes aus 8-837.k* *Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen von nicht medikamentefreisetzenden Stents* und 8-837.x/.y *Sonstige/Nicht näher bezeichnete perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen*, um die letztgenannten Codes erweitert werden.

Da sich in allen Leistungsbereichen entsprechender Anpassungsbedarf zeigte, war eine umfangreiche Anpassung der Kodelisten erforderlich. Die notwendigen Ergänzungen waren dabei ganz überwiegend aus klassifikatorischen und DRG-systematischen Gründen erforderlich, eine Ergänzung von Leistungen, die nicht in der Positivliste des ergEBA enthalten waren, sondern „lediglich“ eine sehr ähnliche Kostenstruktur der Fälle in den „Mutter“-DRGs zeigten, erfolgte nicht – die Positivliste orientiert sich auch nach allen notwendigen Ergänzungen noch sehr stark an den inhaltlichen Vorgaben des ergEBA.

Auf den ersten Blick erscheint die Zahl von 898 Codes der Positivliste in den Hybrid-DRGs (das war der Stand zur Abschlusspräsentation im September 2025) eine erhebliche Ausweitung der den Hybrid-DRGs zugeordneten Leistungen darzustellen – immerhin sind dies über 200 Codes mehr als die 681 Codes der vom ergEBA vorgelegten OPS-Liste. Wie oben dargestellt, erfolgten die Anpassungen jedoch nur dort, wo dies klassifikatorisch und im Hinblick auf die Fallkosten zwingend erschien, eine inhaltliche Ausweitung stellt dieses Vorgehen nicht dar. Dies ist auch daran erkennbar, dass lediglich rund 2% aller im aG-DRG-System 2026 in Hybrid-DRGs eingruppierten Fälle dort aufgrund der ergänzten Codes zugeordnet sind.

1 Mio. Fälle in Hybrid-DRGs

Gemäß § 115f SGB V ist die Anzahl der Hybrid-Fälle für das Jahr 2026 gemessen in vollstationären Fällen des Datenjahres 2023 auf 1 Mio. Fälle auszuweiten. Dabei waren die Vorgaben des 9. Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses umzusetzen.

Im Ergebnis (Stand: September 2025) wurden gut 992.000 vollstationäre Fälle des Datenjahres 2023 den zu diesem Zeitpunkt 70 Hybrid-DRGs des aG-DRG-Systems 2026 zugeordnet. In Anbetracht der Unwägbarkeiten bei der Leistungsauswahl und der notwendigen Ausschlusskriterien wurde damit das Fallzahl-Ziel aus Sicht des InEK erreicht.

Zum einen war die Auswahl der Leistungsbereiche, in denen Hybrid-DRGs etabliert werden konnten, durch die Vorgaben des ergEBA klar bestimmt. Zum anderen waren, wie in den nachfolgenden Kapiteln zu den Hybrid-DRGs in den einzelnen MDCs des aG-DRG-Systems dargestellt, in vielen Hybrid-DRGs neue Ausschlüsse zu definieren, da die Analysen vielfach Fälle und Leistungen identifizierten, die nicht sachgerecht in Hybrid-DRGs abbildbar schienen. Zwar sprach das (in Verbindung mit den thematischen Vorgaben des ergEBA) ambitionierte „Fallzahlziel“ von 1 Mio. Fällen in den Hybrid-DRGs eher gegen sehr restriktive Definitionen dieser DRGs, jedoch waren die letztlich umgesetzten Ausschlüsse im Hinblick auf Falldefinition und Kostenhomogenität der Hybrid-DRGs notwendig.

Ermittelt man die Zahl der Hybrid-DRG-Fälle im aG-DRG-System 2026 statt auf Grundlage der Gesamtdaten des Jahres 2023 auf Grundlage der Gesamtdaten des Jahres 2024, dann ergeben sich über 1,1 Mio. Fälle. Im Datenjahr 2024 sind jedoch auch Fälle enthalten, die mit einer der zwölf im Kalenderjahr 2024 neu etablierten Hybrid-DRGs abgerechnet wurden und früher zumindest teilweise als ambulante Fälle im Krankenhaus erbracht worden wären. Der genaue Anteil dieser Fälle lässt sich nicht ermitteln, da ein Fall nicht als „wäre früher als ambulanter Krankenhausfall erbracht worden“ in den Daten erkennbar ist.

Mehr als 2 Tage zwischen Aufnahme und Entlassung

Gemäß Vorgabe sollen Hybrid-DRGs nur Fälle mit einer Verweildauer von 1 oder 2 Tagen (VWD < 3 Tage) enthalten. In den stationären Daten gibt es jedoch Fälle, die zwar eine „rechnerische“ VWD < 3 Tage aufweisen, denen jedoch – gemessen am Abstand zwischen Aufnahme und Entlassung – ein ursprünglich längerer Aufenthalt zugrunde lag. Eine rechnerische Verweildauer von unter 3 Tagen kann sich bei diesen Fällen beispielsweise aufgrund einer Fallzusammenführung (FZF) oder einer Verweildauerkürzung nach Rechnungsprüfung ergeben haben.

Diese Fälle weisen jedoch typischerweise komplexere Verläufe und höhere Kosten auf als die „Standardfälle“ der Hybrid-DRGs und sollten nach Einschätzung des InEK nicht in die Hybrid-DRGs eingruppiert werden. Deshalb wurde für 2026 in allen Hybrid-DRGs eine einschränkende Bedingung etabliert, sodass Fälle (trotz Verweildauer < 3 Tage) nur dann in die Hybrid-DRG eingruppiert werden, wenn der Abstand zwischen Aufnahme (A) und Entlassung (E) nicht mehr als 2 Kalendertage beträgt. Damit können folgende Beispielfälle trotz VWD = 2 gemäß aG-DRG-System 2026 keiner Hybrid-DRG zugeordnet werden:

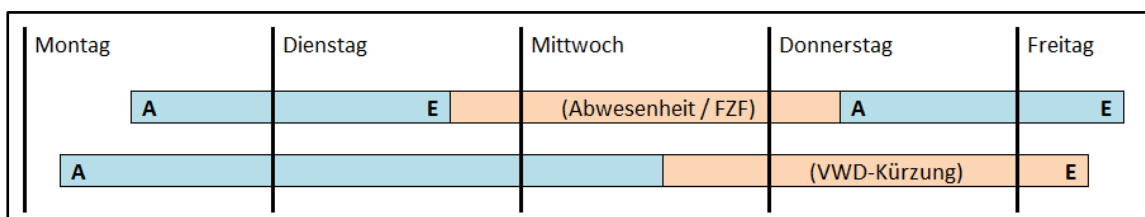


Abbildung 7: Verweildauerberechnung in Hybrid-DRGs

Kontextfaktoren

Bereits die Hybrid-DRGs 2024 nutzen eine Liste von Diagnosen und Prozeduren, die im Allgemeinen gegen die Erbringung in einem ambulanten Setting sprechen. Diese sogenannten „Kontextfaktoren“ schließen die Zuordnung zu einer Hybrid-DRG aus – wenn also eine dieser Prozeduren durchgeführt wird bzw. eine dieser Diagnosen vorliegt, dann wird dieser Behandlungsfall keiner Hybrid-DRG zugeordnet. Allerdings sprechen manche dieser Codes zwar in vielen Hybrid-DRGs gegen eine entsprechende Zuordnung, jedoch möglicherweise nicht in „inhaltsähnlichen“ Hybrid-DRGs. Aus diesem Grund wurden bereits für die Jahre 2024 und 2025 die Kodelisten der Kontextfaktoren in Einzelfällen differenziert betrachtet und letztlich „themenbezogen“ präzisiert.

Für 2026 war eine deutlich umfangreichere Überprüfung der Kontextfaktoren notwendig, allein schon aufgrund zahlreicher neuer inhaltlicher Bereiche, der Erweiterung um Fälle mit 2 Tagen Verweildauer und der erstmaligen Möglichkeit der Analyse des Datenjahres 2024 („erstes Hybrid-Jahr“). Im Ergebnis wurden zahlreiche „themenbezogene Präzisionen“ der Kontextfaktoren umgesetzt.

Beispielsweise ist eine *Verletzung der Arteria radialis* für alle Hybrid-DRGs des Jahres 2025 ein Ausschlusskriterium (über die ICD-Liste der Kontextfaktoren). Für 2026 sind aber neue Leistungsbereiche für Hybrid-DRGs hinzugekommen, hier sind insbesondere die diagnostischen Herzkatheter und die Koronarinterventionen relevant. In diesen DRGs finden sich durchaus Fälle mit der genannten Diagnose, die keinerlei weitere Unterschiede hinsichtlich ihrer kodierten Diagnosen und Prozeduren oder der Kostenprofile im Vergleich zu anderen Fällen der Hybrid-DRGs aufweisen, sodass ein Ausschluss aller Fälle mit der Diagnose *Verletzung der Arteria radialis* in den kardiologischen Hybrid-DRGs nicht begründbar war.

Nicht vertragsärztlich zu erbringende Leistungen

Das InEK hatte gemäß Beauftragung sicherzustellen, „dass Methoden, die gemäß der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nicht in der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen sind, nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der Hybrid-DRG werden“. Relevant waren hier die Anlagen II und III der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ (MVV-Richtlinie, nicht zu erbringende Leistungen bzw. ausgesetzte Bewertungsverfahren) und das Kapitel 8 der Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) „Erprobungsverfahren“. Dankenswerterweise wurden zur Unterstützung der Umsetzung entsprechende Kodelisten vom Institut des Bewertungsausschusses (InBA) übermittelt. Die entsprechenden Konstellationen wurden vollständig überprüft und, wo relevant, aus der Definition der Hybrid-DRGs ausgeschlossen. Dies betrifft beispielsweise bestimmte Ablationsverfahren am Uterus oder auch Knorpeltransplantationen.

Differenzierung nach Schweregraden

Im 9. Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses vom 3. Juli 2025 wurde das InEK mit der Prüfung beauftragt, ob sich beispielsweise PCCL, Alter, Sachkosten, EBM-Kategorien oder Prozeduren als Kostentrenner nach Schweregraden in den Hybrid-DRGs eignen. Dabei war „intensiv zu prüfen und zu analysieren, welche Kostentrenner zur weiteren Differenzierung nach Schweregraden geeignet sind.“

Auf Grundlage der Kalkulationsdaten des Jahres 2024 erfolgte eine vollständige Untersuchung, ob sich die PCCL-Stufen 0, 1 oder 2, Alterssplits oder die EBM-Kategorie als Kostentrenner eignen. Im Ergebnis führen diese Parameter zu keiner Schweregradendifferenzierung der Hybrid-DRGs.

Vielfach wurden innerhalb einer bereits nach Schweregraden differenzierten Basis-DRG mehrere Hybrid-DRGs etabliert, was bereits eine Schweregraddifferenzierung darstellt. Dies betrifft die ganz überwiegende Zahl aller Hybrid-Fälle, da praktisch alle fallzahlstarken Hybrid-DRGs (Hernien, Orthopädie, Gefäßinterventionen, invasive Kardiologie, ...) in dieser Weise ausdifferenziert sind.

Zusätzlich konnte eine relevante Zahl der für 2026 umgesetzten Hybrid-DRGs anhand der bei den Fällen durchgeführten Leistungen weiter unterteilt werden, was eine erhebliche Ausdifferenzierung nach Schweregraden über den bereits hohen Differenzierungsgrad des aG-DRG-Systems hinaus darstellt und u.a. zu einer weiter verbesserten Homogenität von Gesamt- und Sachkosten beitrug.

Beispielsweise existierte innerhalb der Basis-DRG F49 *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt* bislang keine Hybrid-DRG. Jedoch ergab eine Analyse der Prozedurenliste des ergEBA sowie der weiteren bekannten Parameter eine vergleichsweise hohe Anzahl von möglicherweise „passenden“ Hybrid-Fällen – in Summe in den Krankenhausdaten des Jahres 2024 über 100.000. Da auch in den ambulanten Daten eine ausreichende Fallzahl vorlag, wurden in zahlreichen Simulationen verschiedene Lösungsmöglichkeiten untersucht. Diese Analysen förderten signifikante Unterschiede bezüglich der Fall- und Sachkosten der Fälle innerhalb der zunächst etablierten drei Hybrid-DRGs zutage. Demzufolge schien eine weitere Differenzierung – über die bereits im DRG-System umgesetzte hinaus – angezeigt. So wurden innerhalb der Basis-DRG F49 letztlich sechs Hybrid-DRGs (aus drei „Mutter“-DRGs) für das Jahr 2026 etabliert (siehe Abbildung 8).

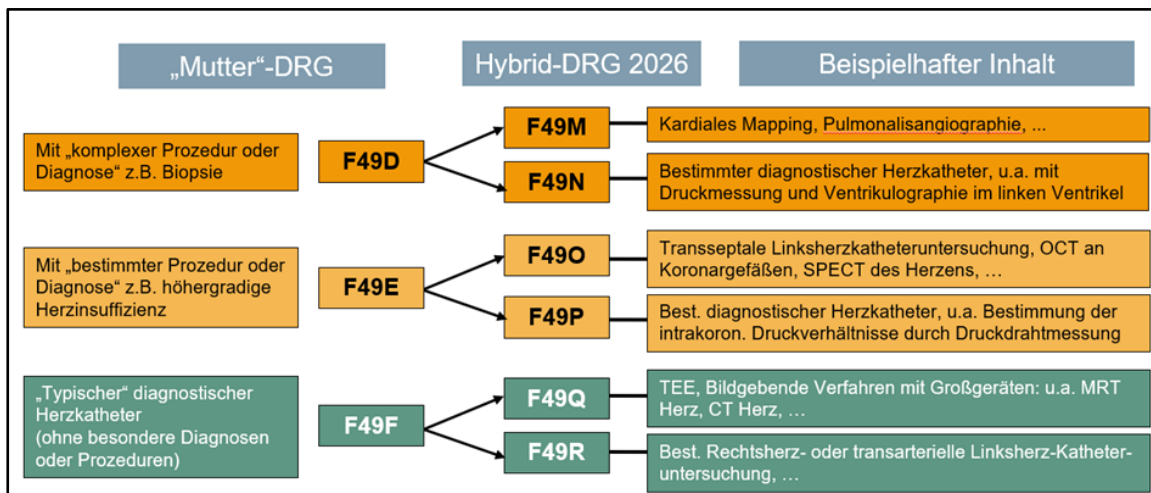


Abbildung 8: Differenzierung nach Schweregraden am Beispiel der Basis-DRG F49

Auch in weiteren Hybrid-DRGs wurde eine Eingruppierung nach Schweregraden umgesetzt, die über die bereits sehr hohe Differenzierung des DRG-Systems hinausgeht:

- Koronarinterventionen (Basis-DRGs F56 und F58)
- Hernieneingriffe (Basis-DRGs G09 und G24)

Diese zusätzliche Unterteilung nach Schweregraden wurde in besonders fallzahlstarken Hybrid-DRGs durchgeführt, sodass hier rund 400.000 Fälle abgebildet sind, also ein ganz erheblicher Anteil aller Hybrid-Fälle.

Hybrid-DRGs und Zusatzentgelte/NUB

Gemäß Beauftragung sollten unbewertete Zusatzentgelte und (die ebenfalls unbewerteten) NUB (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) aus den Hybrid-DRGs ausgeschlossen werden. Dies wurde zum Stand September 2025 entsprechend umgesetzt, sodass Fälle mit einem OPS-Kode, der ein unbewertetes Zusatzentgelt oder NUB repräsentiert, die Hybrid-DRGs nicht erreichen können.

Damit wird technisch ein fast vollständiger Ausschluss der Fälle mit unbewerteten Zusatzentgelten/NUB aus den Hybrid-DRGs erreicht. Ein Ausschluss im Grouper auf Grundlage der tatsächlichen Entgelte wäre weder technisch aktuell umsetzbar (Entgelte gehören nicht zum Grouper-Datensatz) noch auf ambulante Fälle anwendbar oder vom Zeitverlauf praktikabel (Entgelte sind von Budgetverhandlungen abhängig). Lediglich der Vollständigkeit halber ist daher anzumerken, dass ein komplett vollständiger Ausschluss über eine OPS-Bedingung nicht möglich ist, da nicht für alle NUB bereits spezifische OPS-Kodes existieren. Die praktische Bedeutung dieses Sachverhalts dürfte nach derzeitigem Kenntnisstand aber minimal bis nicht existent sein.

Im November 2025 wurde der Umgang mit Zusatzentgelten in Hybrid-DRGs vom ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss noch in dem Sinne angepasst, dass auch die bewerteten Zusatzentgelte auszuschließen waren. Dadurch wurde eine erneute Anpassung des Gruppierungsalgorithmus und eine entsprechende Neukalkulation der Hybrid-DRGs erforderlich – wie auch des gesamten Fallpauschalen-Katalogs, denn aus den Hybrid-DRGs ausgeschlossene Fälle verändern die Ergebnisse der „normalen“ DRGs, denen sie nun wieder zugeordnet werden.

Anpassungen an den Hybrid-DRGs in der 10. Sitzung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses (November 2025)

In zwei Bereichen musste die Hybrid-DRG-Systematik noch aufgrund von im Herbst 2025 getroffenen Beschlüssen des ergEBA verändert werden: Dies betraf zum einen die Streichung bestimmter Codes aus der Positivliste, zum anderen die oben dargestellte Herabsetzung der bewerteten Zusatzentgelte.

Von den oben dargestellten 898 Codes der Positivliste (die sich zusammensetzen aus Hybrid-Codes der Vorjahre, den bisherigen Vorgaben des ergEBA und den notwendigen Ergänzungen aus klassifikatorischen und DRG-systematischen Gründen) wurden mit Beschluss vom 31. Oktober 2025 folgende 13 Codes aus den Hybrid-DRGs gestrichen (siehe Tabelle 17).

In der Folge entfiel eine der ursprünglich 70 Hybrid-DRGs, da die zwischenzeitlich etablierte Hybrid-DRG F17M (Revisionen Herzschrittmacher) ohne die fünf gestrichenen OPS-Kodes nicht angesteuert werden kann und somit alle ihre Fälle verlor.

OPS-Kode(s)	OPS-Text / Inhalt
5 Kodes aus 5-378.-	Aggregatwechsel / Systemumstellung Herzschrittmacher
5-479.0	Andere Operationen an der Appendix: Inzision und Drainage eines perityphlitischen Abszesses
5-511.12	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Mit laparoskopischer Revision der Gallengänge
6 Kodes aus 8-835.*4	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Ablation am linken Ventrikel

Tabelle 17: Weitere zu streichende Prozeduren aus dem Beschluss des ergEBA vom 31. Oktober 2025

Mit Beschluss vom 11. November 2025 wurden dann, wie oben dargestellt, auch die bewerteten Zusatzentgelte aus den Hybrid-DRGs ausgeschlossen.

Viele über bewertete Zusatzentgelte vergütete Leistungen kommen in den Hybrid-DRGs eher sporadisch vor (z.B. hochteure Medikamente oder Dialyseverfahren), einige Zusatzentgelt-Leistungen sind aber durchaus relevant, insbesondere die Medikamente-freisetzenden Ballonkatheter an peripheren Gefäßen und die Medikamente-freisetzenden Ballonkatheter an Koronargefäßen, die in den Hybrid-DRGs der Basis-DRGs F59 (Gefäßinterventionen) und F24, F52, F56 und F58 (Koronarinterventionen) relevante Anteile der Fälle betreffen.

In Summe führen beide Änderungen (Streichung der 13 OPS-Kodes und Herausnahme der bewerteten Zusatzentgelte) nur zu einem moderaten Fallzahlrückgang von weniger als 4% in den Hybrid-DRGs – in den Daten des Jahres 2024 ist weiterhin über 1 Mio. Fälle einer der nun 69 Hybrid-DRGs zugeordnet.

Die einzelnen DRGs sind von diesen Änderungen hingegen in unterschiedlichem Ausmaß betroffen:

- Keine Hybrid-Fälle mehr mit Herzschrittmacher-Revisionen (Streichung aller OPS in der Positivliste), Hybrid-DRG F17M entfällt
- Relativ geringer Fallzahlrückgang bei den Hybrid-DRGs für Ablationen (Basis-DRG F50) durch Streichung der Eingriffe am linken Ventrikel aus der Positivliste
- Deutliche Fallzahlrückgänge in den Hybrid-DRGs für periphere Gefäßinterventionen (Basis-DRG F59)
- Weniger starke Rückgänge bei den Hybrid-DRGs Koronarinterventionen (Basis-DRGs F24, F52, F56, F58)

Alle anderen Hybrid-DRGs zeigen sich nur mit minimal sinkenden Fallzahlen aufgrund sporadischer Zusatzentgelt-Fälle (etwa mit Dialysen), die nun aus den Hybrid-DRGs ausgeschlossen sind.

Im Anschluss an die Umsetzung der dargestellten Beschlüsse war der DRG-Produktionsprozess (Grouperanpassung, Sortierung, Vorbereitung Zertifizierungsprozess, Handbuchdruck etc.) wie auch die Kalkulation der Kataloge (Hybrid wie aG-DRG) in weiten Teilen erneut durchzuführen, sodass die Zertifizierung der ersten Grouper und die Bereitstellung der dazugehörigen Dokumente (wie Kataloge und Definitionshandbücher) für das aG-DRG-System 2026 erst Mitte November starten konnte.

Ergänzung von Ausschlüssen bei Hybrid-DRGs für Koronarinterventionen (Dezember 2025)

Die Ausschlusskriterien der Hybrid-DRGs in den Basis-DRGs für Koronarinterventionen (F19, F24, F52, F56, F58) wurden um Codes für PTCA und/oder Stentimplantation an mehr als einem Koronargefäß oder mit mehr als zwei Stents ergänzt.

In der Folge werden rund 10.000 Fälle weniger den entsprechenden Hybrid-DRGs zugeordnet.

Fazit

Die aktuelle Umsetzung der Hybrid-DRG-Definitionen orientiert sich sehr weitgehend an den Vorgaben des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses. Alle gewünschten Leistungsbereiche wurden wo irgend möglich umgesetzt. Neben der Umsetzung der deutlich veränderten Rahmenbedingungen (jetzt auch Fälle mit 2 Tagen Verweildauer, Ausschluss Kinder, Ausschluss Zusatzentgelte/NUB etc.) und der notwendigen Erweiterung der Prozedurenlisten um klassifikatorisch notwendige Codes wurden auch die Ausschlusskriterien umfangreich angepasst. Insgesamt werden gemäß aG-DRG-System 2026 knapp 1 Mio. Fälle des Datenjahres 2023 in eine Hybrid-DRG eingruppiert.

Insgesamt existieren im aG-DRG-System 2026 nunmehr 69 Hybrid-DRGs aus 13 verschiedenen Leistungsbereichen (siehe Abbildung 9).

G08M	I13M	G23M	J09M	L06M	N05M	G26M	M04M	E02M	F19M	F01M	F50M	F59M
G09M	I13N	H08M		L17M	N07M	G26N	M05M	Q03M	F24M	F01N	F50N	F59N
G09N	I20M	H41M		L17N	N21M			R11M	F49M	F01O	F50O	F59O
G24M	I20N	H41N		L20M	N21N			R14M	F49N	F02M		F59P
G24N	I20O			L20N	N23M				F49O	F02N		
G24O	I21M				N25M				F49P			
G24P	I29M								F49Q			
G24Q	I31M								F49R			
G24R	I31N								F52M			
									F56M			
									F56N			
									F58M			
									F58N			
									F95M			
									F95N			

Abbildung 9: Hybrid-DRGs im aG-DRG-System 2026

Auf die spezifischen Veränderungen in den einzelnen MDCs des aG-DRG-Systems gehen die nachfolgenden Kapitel ein.

2.3.1.1 Lymphknotenbiopsien

Seit der aG-DRG-Version 2025 bestehen drei Hybrid-DRGs, die verteilt auf verschiedene MDCs vor allem mediastinale Lymphknoten-Biopsien zur Abklärung oder Staging onkologischer Krankheitsbilder abbilden. Obwohl die OPS-Liste der hier abgebildeten Leistungen für 2026 vom ergEBA nicht erweitert wurde, ergaben sich auch hier Änderungen

durch die grundsätzlich veränderten allgemeinen Definitionskriterien der Hybrid-DRGs (vgl. auch Kapitel 2.3.1).

Atemwegserkrankungen

So war 2025 innerhalb der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* bereits eine Hybrid-DRG E02N als Hybrid-DRG der Ein-Belegungstag-DRG E02E *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 J [...], ein Belegungstag* etabliert. Durch die Erweiterung auf Fälle mit 2 Tagen Verweildauer ist eine relevante Zahl (abgesehen von der Verweildauer) hierzu vergleichbarer Fälle in der DRG E02D *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT [...]* hinzugekommen.

Um eine nur aufgrund der Verweildauer getrennte Abbildung in zwei unterschiedlichen Hybrid-DRGs (eine für VWD = 1, eine für VWD = 2) zu vermeiden, erfolgte ein Umbau der Basis-DRG E02, sodass die Hybrid-Fälle der E02D und E02E für 2026 in eine gemeinsame Hybrid-DRG E02M eingruppiert werden können – damit diese der Systematik der anderen Hybrid-DRGs entspricht, die ebenfalls keine Verweildauerdifferenzierung aufweisen. Außerdem wurden die DRG-spezifischen Ausschlussbedingungen um weitere kostenaufwendige Verfahren (u.a. bronchoskopische Kryotherapie) ergänzt.

Hämatologische und solide Neubildungen

In der MDC 17 konnte durch die Erweiterung auf Fälle mit 2 Tagen Verweildauer bei ausreichenden Fallzahlen ebenfalls eine weitere Hybrid-DRG R11M als Hybrid-DRG der DRG R11C *Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren [...]* etabliert werden.

Hybrid-DRGs 2025	Hybrid-DRGs 2026	Inhalt (beispielhaft)
E02N Hybrid-DRG der DRG E02E	E02M Hybrid-DRG der DRG E02D	Lymphknoten-Biopsien, v.a. mediastinal (bei unklarer oder bösartiger Neubildung der Atmungsorgane)
	E02M (neu zugeordnete Fälle mit VWD von zwei Tagen, aus einer weiteren „Mutter-DRG“ E02D)	
Q03N Hybrid-DRG der DRG Q03B	Q03M Hybrid-DRG der DRG Q03B	Lymphknoten-Biopsien, v.a. mediastinal (bei unklarer Lymphknoten Vergrößerung)
	R11M Hybrid-DRG der DRG R11C	Lymphknoten-Biopsien, v.a. para-aortal, mediastinal (bei Lymphom)
R14N Hybrid-DRG der DRG R14Z	R14M Hybrid-DRG der DRG R14Z	Lymphknoten-Biopsien, v.a. mediastinal (bei sekundärer oder n.n.bez. BNB Lymphknoten)

Tabelle 18: Hybrid-DRGs für Lymphknotenbiopsien

2.3.1.2 MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems

In den ersten beiden „Hybrid-Jahren“ (Systeme 2024 und 2025) waren innerhalb der MDC 05 keine Hybrid-DRGs etabliert. Für 2026 ist gemäß Beschluss des ergEBA für eine Reihe von Verfahren, die vor allem in der MDC 05 abgebildet werden, eine sektorengleiche Vergütung vorgesehen, so dass erstmalig für die dort abgebildeten Fachgebiete Herz- und Gefäßchirurgie, Kardiologie und Angiologie Hybrid-DRGs definiert werden konnten. Dies betrifft insbesondere Verfahren zu

- Ablationen bei Herzrhythmusstörungen
- Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren
- Diagnostischen Herzkathetern
- Interventionen an Koronargefäßen
- Interventionen an (peripheren) Gefäßen

Ablationen bei Herzrhythmusstörungen

Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen sind im aG-DRG-System 2025 in der Basis-DRG F50 abgebildet. Dabei sind für diese Basis-DRG alle Primärkodes (38 Kodes) des Codebereichs 8-835 *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen* und damit auch alle zur Anwendung kommenden Energiequellen und Lokalisationen (inklusive sonstiger und nicht näher bezeichneter) gruppierungsrelevant. Die im April konsentrierte OPS-Liste des ergEBA enthielt dagegen nur 12 Kodes (davon zehn Primärkodes und zwei Zusatzkodes), die sich erkennbar auf fallzahlstarke Leistungen konzentrierten. Aus klassifikatorischer Sicht und auch hinsichtlich der ähnlichen Fallkosten nicht enthaltener OPS zeigte sich diese Kodeliste als ergänzungsbedürftig. Auf Basis der umfangreichen Analysen möglicher Hybrid-Fälle in der Basis-DRG F50 erfolgte eine schrittweise Erweiterung der Positivliste. In einem Zwischenstand führten potentiell alle OPS-Kodes der Basis-DRG F50 auch in eine der drei für 2026 neu etablierten Hybrid-DRGs (siehe Tabelle 19). Aufgrund des ergEBA-Beschlusses vom November 2025 wurden für die finale Version die Kodes für Ablationen am linken Ventrikel (insgesamt 6 Kodes) aus den Bedingungen für die genannten Hybrid-DRGs gestrichen.

Hybrid-DRG 2026	Inhalt
F50M <i>Hybrid-DRG der DRG F50A</i>	Ablationen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen
F50N <i>Hybrid-DRG der DRG F50B</i>	Ablationen bei Herzrhythmusstörungen mit komplexer Ablation
F50O <i>Hybrid-DRG der DRG F50C</i>	Ablationen bei Herzrhythmusstörungen

Tabelle 19: *Hybrid-DRGs der Basis-DRG F50 Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen*

Fälle der F50A mit Implantation eines Ereignisrekorders wurden aus der Hybrid-DRG F50A ausgeschlossen, da die Fälle mit der Kombination „Ablation plus Ereignisrekorder“ in dieser DRG überwiegend entsprechende NUB-Entgelte aufweisen und Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus den Hybrid-DRGs auszunehmen waren.

Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Die Zuordnung zu den Hybrid-DRGs für die Implantation bzw. den Aggregatwechsel bestimmter Herzschrittmacher und Defibrillatoren erfolgte explizit anhand der OPS-Kodes der Positivliste des ergEBA mit Beschluss vom 28. April 2025. Wie im allgemeinen Teil zur Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs beschrieben, erfolgte lediglich eine Ergänzung um Kodes, die den vorgegebenen Kodes gleichgestellt sind oder aus klassifikatorischer Sicht zu berücksichtigen waren. Mit dem Beschluss vom 31. Oktober 2025 wurden alle Kodes, die sich auf den Aggregatwechsel eines Herzschrittmachers mit Einkammersystem bezogen, aus der Liste gestrichen. Diese Änderung hat zur Folge, dass sich die in der MDC 05 etablierten fünf Hybrid-DRGs inhaltlich lediglich auf die Erstimplantation

bzw. den (Aggregat-)Wechsel bestimmter Defibrillatoren beschränken (siehe Tabelle 20). Eine Hybrid-DRG für Herzschrittmacher gibt es somit für 2026 nicht.

Hybrid-DRGs 2026	Wesentlicher Inhalt der Hybrid-DRG
F01M Hybrid-DRG der DRG F01C	Implantation eines Defibrillators <u>mit biventrikulärer Stimulation</u> , Aggregatwechsel subkutaner Defibrillator
F01N Hybrid-DRG der DRG F01E	Implantation eines Defibrillators mit <u>Zweikammer-Stimulation</u>
F01O Hybrid-DRG der DRG F01F	Implantation eines Defibrillators mit <u>Einkammer-Stimulation ohne atriale Detektion</u>
F02M Hybrid-DRG der DRG F02A	Aggregatwechsel eines Defibrillators mit <u>biventrikulärer Stimulation oder mit Zweikammer-Stimulation</u>
F02N Hybrid-DRG der DRG F02B	Aggregatwechsel eines Defibrillators mit <u>Einkammer-Stimulation</u>

Tabelle 20: Hybrid-DRGs in den Basis-DRGs F01 und F02

Intervention an Koronargefäßen

Die Erweiterung der OPS-Liste des ergEBA für 2026 beinhaltet u.a. eine Reihe von perkutan-transluminalen Gefäßinterventionen zur Rekanalisation von Koronargefäßen, z.B. *Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 1 Stent in eine Koronararterie (8-837.m0)*. Für diese Eingriffe konnten bei ausreichender Fallzahl in den nachfolgend gelisteten Basis-DRGs (siehe Tabelle 21) Hybrid-DRGs etabliert werden.

Basis-DRG	Bezeichnung
F19	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen [...]
F24	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren
F52	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose oder intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention
F56	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention [...]
F58	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik [...]

Tabelle 21: Basis-DRG F19 und PTCA-DRGs (Basis-DRGs F24, F52, F56 und F58)

Jedoch zeigten sich in den initial etablierten Hybrid-DRGs bei der Analyse erhebliche Unterschiede hinsichtlich Fall- und Sachkosten. Für die deshalb im nächsten Schritt angestrebte Homogenisierung der Fallgruppen fanden in diesem Jahr zwei Vorgehensweisen Anwendung:

Ausschlussverfahren: Schon in den Vorjahren erfolgte ein Ausschluss ungeeigneter (typischerweise kostenintensiverer) Leistungen aus den Hybrid-DRGs. Dies betraf beispielsweise Fälle mit einer hohen Anzahl an implantierten Stents. Ein weitreichenderer Ausschluss war für die Basis-DRG F19 notwendig. Im Vergleich zu den klassischen „PTCA“-DRGs werden in dieser Basis-DRG u.a. auch Interventionen an Lungengefäßen und kardiologische Interventionen bei angeborenen Herzfehlern abgebildet. Deswegen zeigte sich hier ein Ausschluss weiterer aufwendigerer Eingriffe, wie z.B. Interventionen an Herzklappen, geboten.

Differenzierung: Neu etablierte sich bei erstmalig ausreichenden Fallzahlen auch eine über die DRG-Differenzierung hinausgehende Unterteilung nach Schweregraden. Dieser Weg wurde wenn möglich bevorzugt und führte zu einer weiteren Unterteilung der Hybrid-DRGs in den „PTCA“-Basis-DRGs F58 und F56 (siehe Abbildung 10).

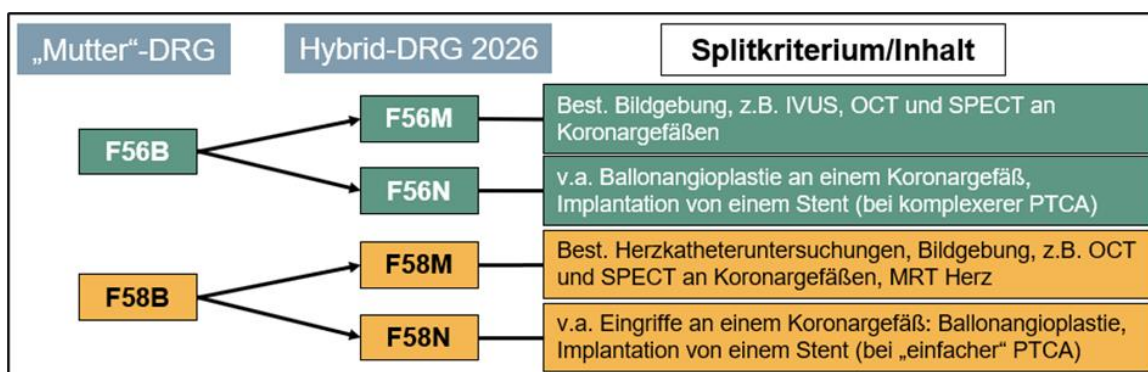


Abbildung 10: Split der PTCA-Hybrid-DRGs der Basis-DRGs F56 und F58

Im Ergebnis für 2026 wurden erstmals sieben Hybrid-DRGs für Rekanalisationsverfahren an Koronargefäßen etabliert (siehe Tabelle 22).

Hybrid-DRGs 2026	Inhalt (beispielhaft)
F19M Hybrid-DRG der DRG F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen [...] und mit z.B. Rotablation an einer Koronararterie
F24M Hybrid-DRG der DRG F24B	Perkutane Koronarangioplastie [...] mit hochkomplexer Intervention [...] und mit z.B. Rekanalisation eines Koronargefäßes mit kontra-lateraler Koronardarstellung und Doppeldrahttechnik
F52M Hybrid-DRG der DRG F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose [...] und mit z.B. Rekanalisation eines Koronargefäßes mit kontralateraler Koronardarstellung
F56M Hybrid-DRG 1 der DRG F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention [...] u.a. IVUS
F56N Hybrid-DRG 2 der DRG F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention [...], Eingriffe an einem Koronargefäß
F58M Hybrid-DRG 1 der DRG F58B	Perkutane Koronarangioplastie mit bildgebender Diagnostik, u.a. IVUS
F58N Hybrid-DRG 2 der DRG F58B	Perkutane Koronarangioplastie, v.a. Eingriffe an einem Koronargefäß, wie Ballonangioplastie, Stentimplantation

Tabelle 22: Hybrid-DRGs der Basis-DRG F19 und PTCA-Basis-DRGs (F24, F52, F56 und F58)

Andere Interventionen am Herzen und diagnostische Herzkatheter

Neben einer Reihe von operativen/interventionellen Eingriffen befanden sich auch einige diagnostische Verfahren auf der OPS-Liste des ergEBA, wie bestimmte Rechts- und Links-Herzkatheter und Verfahren der Koronarangiographie. Diese werden in der MDC 05 vor allem in der sechsfach gesplitteten Basis-DRG F49 *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt* abgebildet.

Für die drei Hybrid-DRGs F49D bis F49F konnten sechs Hybrid-DRGs etabliert werden. Zur Homogenisierung der Fallgruppen erfolgte auch hier (vgl. auch Abschnitt „Intervention an Koronargefäßen“) eine differenziertere Abbildung über zusätzliche Schweregrade (siehe Abbildung 11).

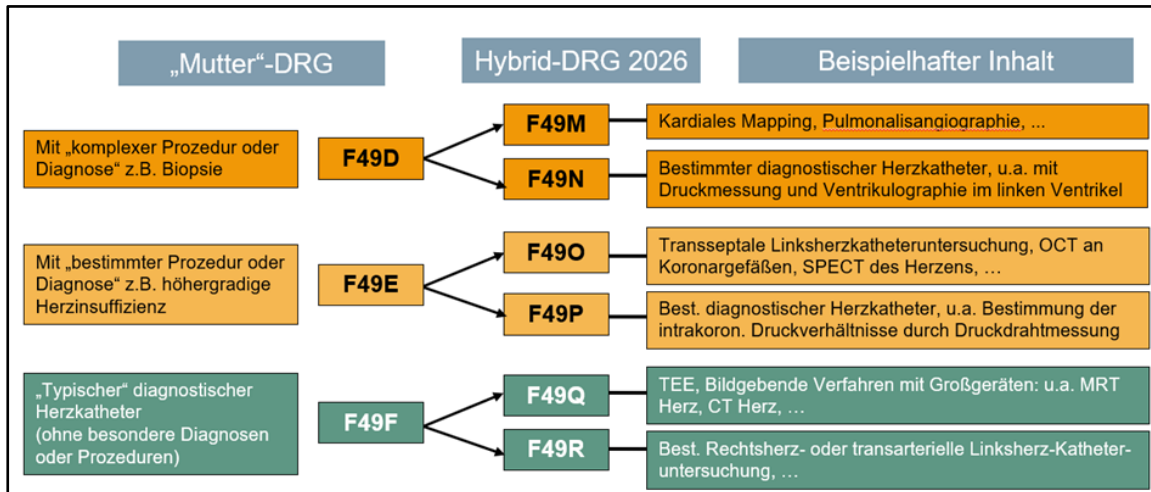


Abbildung 11: Split der Hybrid-DRGs der Basis-DRG F49

Die Zuordnung zu den Hybrid-DRGs der Basis-DRG F95 *Interventioneller Septumverschluss oder Vorhofohrverschluss* erfolgte explizit anhand der Positivliste des ergEBA (beinhaltete zwei OPS-Kodes). Da die beiden Codes unterschiedlichen DRGs zugeordnet waren, mussten für die genannten Leistungen auch zwei Hybrid-DRGs etabliert werden, die lediglich jeweils über ein einziges Verfahren definiert sind (siehe Tabelle 23).

Hybrid-DRGs 2026	Inhalt
F95M Hybrid-DRG der DRG F95A	Perkutan-transluminale Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems in das linke Herzohr (8-837.s0)
F95N Hybrid-DRG der DRG F95B	Perkutan-transluminale Verschluss eines Vorhofseptumdefektes (8-837.d0)

Tabelle 23: Hybrid-DRGs der Basis-DRG F95 für andere Interventionen am Herzen

Interventionen an (peripheren) Gefäßen

In der für 2026 erstellten OPS-Liste des ergEBA sind erstmalig mehr als 50 Kodes für (perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen und Stentimplantationen, vor allem an Gefäßen der unteren Extremität enthalten. Die entsprechenden Fälle finden sich überwiegend in den sechs DRGs der Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe*. Hier wurden für 2026 vier neue Hybrid-DRGs etabliert (siehe Abbildung 12).

Da in dieser Basis-DRG neben transluminalen auch offen chirurgische Fälle, wie beispielsweise Endarteriektomien abgebildet werden, waren Fälle mit diesen offen chirurgischen Verfahren ein Schwerpunkt der Analysen für die Hybrid-DRGs der Basis-DRG F59. Die nicht transluminalen, offen gefäßchirurgischen Verfahren sind kein Bestandteil der OPS-Liste des ergEBA und weisen häufig auch andere Kostenstrukturen auf. Deshalb musste typischerweise eine Zuordnung von Fällen, die eine Kombination aus offen chirurgischen Verfahren und „Hybrid“-Kodes aufwiesen, zu Hybrid-DRGs vermieden werden.

Entsprechend wurde eine Liste nicht transluminaler, offen chirurgischer Eingriffe als DRG-individuelle Ausnahmebedingung etabliert, sodass diese Kombinationseingriffe nicht in Hybrid-DRGs eingruppiert werden.

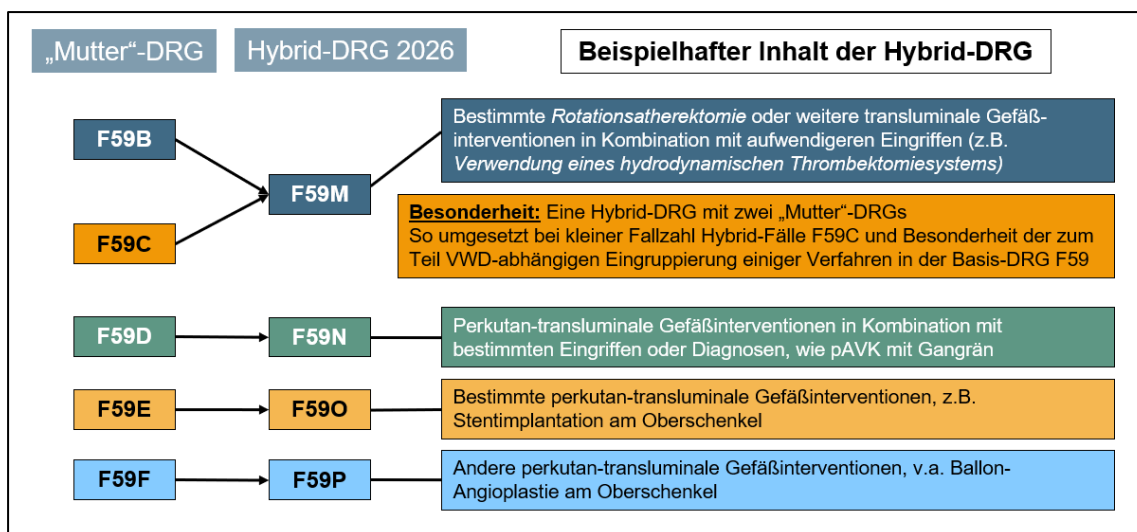


Abbildung 12: Hybrid-DRGs in der Basis-DRG F59 Mäßig komplexe Gefäßeingriffe

Weitere Leistungen wurden aufgrund ihrer Kosten (oder auch weil sie nicht vertragsärztlich zu erbringen sind) in die DRG-individuellen Ausnahmebedingungen für die Hybrid-DRGs der Basis-DRG F59 aufgenommen, dies sind u.a.

- Implantation einer größeren Anzahl von Stents (vier und mehr)
- Lithoplastie an peripheren Gefäßen
- Eingriff bei portosystemischem Shunt
- Systemische Thrombolyse

2.3.1.3 Abdominalchirurgie

Das Gebiet der Abdominalchirurgie umfasst operative DRGs der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas*. Für die aG-DRG-Version 2026 wurden für die folgenden Leistungen Hybrid-DRGs in diesen MDCs etabliert bzw. überarbeitet, auf die im Folgenden im Detail eingegangen wird:

- Eingriffe bei Analfisteln
- Laparoskopische Appendektomie
- Einfache, laparoskopische Cholezystektomie

Hybrid-DRGs für Eingriffe bei Analfisteln

Bereits für die aG-DRG-Version 2025 wurden zwei Hybrid-DRGs (G26N *Hybrid-DRG der DRG G26A* und G26M *Hybrid-DRG der DRG G26B*) für Eingriffe bei Analfisteln in der Basis-DRG G26 *Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden* auf Basis von 22 Prozeduren etabliert, die zum Inhalt der Basis-DRG G26 passten. In den Analysen für 2026 fielen

zahlreiche Fälle in den „Mutter“-DRGs G26A und G26B mit kurzer Verweildauer von weniger als 3 Tagen mit Prozeduren auf, die ebenfalls häufig erbracht werden, wie z.B. der operativen Behandlung von Hämorrhoiden. Da sich diese Prozeduren aber nicht auf der Positivliste des ergEBA fanden, wurde die Definition der Hybrid-DRGs G26N und G26M nicht erweitert. Hingegen wurden zwei Codes für die *Operative Behandlung von Analfisteln* der OPS-Liste des ergEBA aus den Hybrid-DRGs ausgeschlossen, da die Kosten der betroffenen Fälle nicht mehr zu den anderen Fällen der Hybrid-DRGs G26N und G26M passten:

- 5-491.4 *Exzision einer inter- oder transsphinktären Analfistel mit Verschluss durch Schleimhautlappen*
- 5-491.5 *Exzision einer Analfistel mit Verschluss durch Muskel-Schleimhautlappen*

Weitere Analysen der aktuellen Definition dieser Hybrid-DRGs führten zu einer Erweiterung der Definition der Hybrid-DRG G26N (ab 2026: G26M) um die folgenden Leistungen und damit zu einer Anpassung an die Definition der Hybrid-DRG G26M (ab 2026: G26N):

- Inzision/Exzision von Gewebe der Perianalregion
- Fadendrainage von Analfisteln
- Exzision von erkranktem Gewebe des Analkanals

Bereits im Rahmen der Analysen für die aG-DRG-Version 2025 wurden bestimmte Diagnosen, wie z.B. Rektalabszess oder nicht näher bezeichnete gastrointestinale Blutung, die nicht untypisch für den DRG-Inhalt sind, aus den sogenannten „Kontextfaktoren“ für die Hybrid-DRGs der Basis-DRG G26 gestrichen (in den meisten Hybrid-DRGs gelten sie allerdings weiter als Ausschlusskriterium). In diesem Jahr wurde dieser Prozess fortgesetzt, und zukünftig führen auch die folgenden Diagnosen bzw. Prozeduren nicht mehr zum Ausschluss aus den Hybrid-DRGs der Basis-DRG G26:

- Sphinkterplastik (OPS 5-496.3)
- Bösartige Neubildungen an Rektum, Analkanal, Leber, Gallenblase und Gallenwegen

Hybrid-DRG für laparoskopische Appendektomie

Der Beschluss des ergEBA vom 28. April 2025 sieht ab 2026 auch die sektorengleiche Vergütung für laparoskopische Appendektomien vor. Umgesetzt wurde dies mit Etablierung der neuen Hybrid-DRG G23M („Mutter“-DRG: G23B) zur Abbildung dieser Leistung. Die Abbildung von Fällen mit Appendektomie erfolgt in der MDC 06 in Abhängigkeit vom Schweregrad eines Falles (PCCL) und dem Vorliegen einer Peritonitis in drei unterschiedlichen Basis-DRGs. In der Basis-DRG G23 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC* werden dabei eher die „komplikationslosen“ Fallkonstellationen abgebildet. Die Positivliste des ergEBA nennt vor allem fallzahlstarke Leistungen wie die laparoskopische Appendektomie mit Absetzung durch (Schlingen-)Ligatur und durch Klammern (Stapler), daher erfolgte auch für diese Leistung eine Analyse notwendiger Erweiterungen um unspezifische und kostenähnliche Prozeduren, wie z.B.:

- Sonstige laparoskopische Appendektomie
- Sonstige und nicht näher bezeichnete Appendektomie
- Sonstige und nicht näher bezeichnete andere Operation an der Appendix

- Sonstige laparoskopische andere Operation am Darm
- Sonstige und laparoskopische Adhäsio lysen und Bridenlösungen am Darm

Analog zu Eingriffen bei Analfisteln führen auch in der Hybrid-DRG G23M bösartige Neubildungen an Rektum, Analkanal, Leber, Gallenblase und Gallenwegen nicht zum Abschluss aus dieser DRG.

Einfache, laparoskopische Cholezystektomie

Der Beschluss des ergEBA vom 28. April 2025 sieht ab 2026 die sektorengleiche Vergütung für *Laparoskopische Cholezystektomie ohne Revision der Gallengänge* (OPS-Kode 5-511.11) vor. Umgesetzt wurde dies mit Etablierung der neuen Hybrid-DRG H08M („Mutter“-DRG: H08C) zur Abbildung dieser Leistung. Wie bei anderen Hybrid-DRGs erfolgte auch für diese Leistung eine notwendige Erweiterung der Positivliste des ergEBA um unspezifische und kostenähnliche Prozeduren, wie die Biopsie an Gallengängen durch Inzision und sonstige und nicht näher bezeichnete Cholezystektomie.

In den Kalkulationsdaten 2024 zeigten sich dagegen Fälle der Hybrid-DRG H08M, bei denen zusätzlich eine laparoskopische Keilexzision der Leber erfolgt, mit deutlich höheren Kosten verbunden als die anderen Fälle der Hybrid-DRG. Dementsprechend erfolgt für 2026 ein Ausschluss betroffener Fälle aus der Definition der Hybrid-DRG H08M.

2.3.1.4 Gastroenterologie

Bereits für 2025 wurden im Leistungsbereich Gastroenterologie zwei Hybrid-DRGs für endoskopische Eingriffe an Galle, Leber und Pankreas innerhalb der Basis-DRG H41 *ERCP oder bestimmte endoskopische Eingriffe* etabliert. Die Hybrid-DRG der DRG H41D umfasst Eingriffe wie z.B. Inzision der Papille (Papillotomie) oder das Einlegen einer nicht selbstexpandierenden Prothese. Die Hybrid-DRG der DRG H41F umfasst dagegen weniger aufwendige Eingriffe wie z.B. diagnostische ERCP oder Endosonographie des Pankreas. Gemäß Beschluss des ergEBA vom 28. April 2025 sollten ab 2026 bezüglich der Hybrid-Prozeduren innerhalb der Basis-DRG H41 keine Änderungen erfolgen.

Basierend auf den Kalkulationsdaten 2024 erfolgte im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung dennoch eine umfangreiche Analyse bezüglich der genannten Hybrid-DRGs, die vor allem auch wegen der geänderten Verweildauerdefinition erforderlich war. Im Ergebnis ergab sich für 2026 keine Änderung der Positivliste. Bei den Analysen zeigten sich allerdings Behandlungsfälle mit einer perkutanen Biopsie der Leber mit Steuerung durch ein bildgebendes Verfahren sowie mit Steinentfernung an Gallengängen und Pankreasgang durch mechanische Lithotripsie in den erweitert definierten Hybrid-DRGs mit deutlich höheren Kosten verbunden als andere Fälle der Hybrid-DRGs. Dementsprechend erfolgt für 2026 ein Ausschluss der entsprechenden Prozeduren aus der Definition der Hybrid-DRGs H41M und H41N.

Basierend auf den Entscheidungen des ergEBA erfolgt für alle Hybrid-DRGs 2026 der Ausschluss von Behandlungsfällen mit bewerteten und unbewerteten Zusatzentgelten sowie von Fällen, bei denen die Abrechnung eines Entgelts für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) möglich ist. Innerhalb der Basis-DRG H41 ist diesbezüglich insbesondere das unbewertete Zusatzentgelt für selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt relevant (für 2025 waren entsprechende Behandlungsfälle lediglich über eine Sonderregelung in § 5 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung ausgeschlossen).

Im Rahmen der Weiterentwicklung wurden auf Basis der Daten des Jahres 2024 über die Prozeduren hinaus die Diagnosen der Kontextfaktoren innerhalb der Basis-DRG H41 eingehend analysiert. Dabei zeigte sich, dass Behandlungsfälle mit einer Diagnose für *Galengangsstein mit Cholezystitis, mit Gallenwegsobstruktion* bezogen auf Kosten und Verweildauer mit typischen Hybrid-Fällen vergleichbar sind. Für 2026 wurde der Diagnosecode dementsprechend aus den Kontextfaktoren der Hybrid-DRGs H41M und H41N gestrichen.

2.3.1.5 Hernien

Über die Hybrid-DRGs G09N *Hybrid-DRG der DRG G09Z*, G24M *Hybrid-DRG der DRG G24C* und G24N *Hybrid-DRG der DRG G24B* werden seit 2024 bestimmte Hernieneingriffe sektorengleich vergütet. Die Liste der „Hybrid-OPS-Kodes“ wurde dabei seinerzeit gemäß der Hybrid-DRG-Vereinbarung der Selbstverwaltung um unspezifische und kostenähnliche Prozeduren erweitert. Im vergangenen Jahr erfolgte für das aG-DRG-System 2025 eine umfassende Analyse von Kombinations- bzw. Mehrfacheingriffen (u.a. bei Rezidiv), welche die Etablierung weiterer Ausschlüsse, insbesondere für Dreifacheingriffe und Eingriffe bei Rezidivhernien, zur Folge hatte, da dies zum Teil kritisch gesehen wurde.

Gemäß Beschluss des ergEBA vom 28. April 2025 sollte ab 2026 auch eine sektorengleiche Vergütung für

- bestimmte Eingriffe bei Rezidiv einer Inguinalhernie sowie
- bestimmten Verschluss mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material bei Narbenhernien

erfolgen. In der Folge wurde die Liste der „Hybrid-OPS-Kodes“ wieder umfangreich auf notwendige Erweiterungen um unspezifische und kostenähnliche Prozeduren geprüft. Außerdem erfolgte eine Überprüfung der aktuellen Abbildung der unterschiedlichen Verfahren inklusive der bisher etablierten Ausschlüsse sowie der Notwendigkeit neuer Ausschlüsse. Im Ergebnis wurden für das aG-DRG-System 2026 drei neue Hybrid-DRGs für Hernieneingriffe etabliert. Zusätzlich wurde ein komplexer Umbau der bestehenden Hybrid-DRGs für Eingriffe bei Hernien im Sinne einer Differenzierung vorgenommen. Zu den neuen Hybrid-DRGs zählen:

- G08M Hybrid-DRG der DRG G08B *Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC* für den Verschluss von Narbenhernien mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm
- G09M Hybrid-DRG der DRG G09Z *Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien [...]* für die Abbildung von Eingriffen bei Rezidiven einer Inguinal- bzw. Femoralhernie
- G24M Hybrid-DRG der DRG G24A *Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand [...]*, welche neben Eingriffen bei Hernien auch durch die *Plastische Rekonstruktion der Bauchwand (OPS 5-546.2*)* definiert wird. Dieser Codebereich führt zudem zukünftig über die Kontextfaktoren nicht mehr zu einem Ausschluss aus Hybrid-DRGs der Basis-DRG G24.

Die „alten“ Hybrid-DRGs G24M und G24N innerhalb der Basis-DRG G24 wurden komplex umgebaut, um damit zum Teil deutliche Unterschiede bei Kosten und

Erkrankungsschwere zwischen den einzelnen Verfahren abzubilden. Darüber hinaus werden zukünftig Eingriffe bei Rezidivhernien in Hybrid-DRGs abgebildet. Ab 2026 weist die DRG G24B *Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC* damit zwei und die DRG G24D (im aG-DRG-System 2025 G24C *Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre [...]*) drei Hybrid-DRGs auf. Einen Überblick über die Hybrid-DRGs für Eingriffe bei Hernien gibt Abbildung 13.

„Mutter“-DRG	DRG 2026	Beispielhafter Inhalt	mittlere Kosten
G08B OP Narbenhernie, > 0 J., ohne äußerst schw. CC	G08M	Narbenhernien mit Materialimplant. (Defektbreite < 10 cm)	~ 3.100€
G09Z Beidseitige OP bei Leisten-/Schenkelhernie, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomie	G09M	Rezidivhernien (Alter > 55 J. oder mit weiterem Eingriff)	~ 3.400€
	G09N	Herniotomie auß. bei Rezidiv (z.B. Inguinal-/Femoralhernie)	~ 3.000€
G24A Herniotomie mit plast. Rekonstr. Bauchwand	G24M	Plastische Rekonstruktion der Bauchwand	~ 4.100€
G24B Herniotomie ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff	G24N	Mehrfachhernien beidseitig (inklusive Rezidivhernien)	~ 3.000€
	G24O	Nabel-/epigastrische Hernien mit Materialimplantation	~ 2.800€
G24D Herniotomie ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff	G24P	Einfach-Rezidivhernie, Mehrfachhernien nicht beidseitig	~ 2.700€
	G24Q	Andere Einfachher., Nabel-/epigastr. Hern. mit Peritoneosk.	~ 2.400€
	G24R	Nabel-/epigastrische Hernien ohne Peritoneoskopie	~ 1.700€

Abbildung 13: Hybrid-DRGs für Eingriffe bei Hernien im aG-DRG-System 2026

Die bisher etablierten Ausschlüsse bei den Hybrid-DRGs für Eingriffe bei Hernien bestehen – abgesehen von Eingriffen bei Rezidivhernien – weiterhin und wurden auch für die neuen Hybrid-DRGs für Hernien übernommen. Aufgrund höherer Kosten wurden in zahlreichen Hybrid-DRGs allerdings Fälle mit Peritoneoskopie (OPS 1-694) ausgeschlossen. Darüber hinaus führen Diagnosen für bösartige Neubildungen an Rektum, Analkanal, Leber, Gallenblase und Gallenwegen in den Hybrid-DRGs der Basis-DRGs G08 und G09 nicht mehr zu einem Ausschluss.

Ab 2026 werden Eingriffe bei Hernien folglich sehr detailliert in insgesamt neun Hybrid-DRGs aus fünf „Mutter“-DRGs abgebildet. Zurückzuführen ist dies im Wesentlichen auf eine erweiterte OPS-Liste, die Rezidiv- und Narbenhernien einschließt, der zusätzlichen Berücksichtigung von Fällen mit 2 Verweildauertagen sowie eine notwendige Differenzierung aufgrund zum Teil sehr unterschiedlicher Kosten für die einzelnen Verfahren. Im Ergebnis finden sich fast 80% der Fälle der Basis-DRG G24 in einer Hybrid-DRG.

Nachdem für 2026 generell alle Kinder mit einem Alter kleiner als 18 Jahre aus den Hybrid-DRGs ausgeschlossen wurden, zeigte sich vor allem die DRG G24C inhomogen, sodass Kinder zukünftig in einer eigenen DRG (G24C) und Erwachsene in der DRG G24D *Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre* abgebildet werden. Die folgenden schematischen Darstellungen sollen dies noch einmal erläutern (Abbildung 14 bis Abbildung 16).

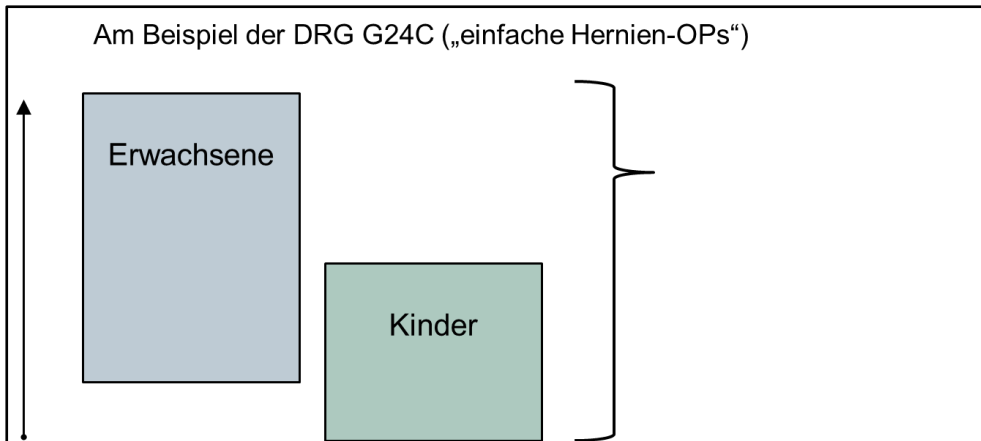


Abbildung 14: Erläuterung 1 zur Differenzierung der DRG G24C im aG-DRG-System 2026

Die ursprüngliche gemeinsame Vergütung von Erwachsenen und Kindern in der DRG G24C („Günstigerprüfung“ für die Abbildung von Kindern, Abbildung 14) würde nach Etablierung der Hybrid-DRGs zu einer deutlich verschlechterten Vergütung der in einer gemeinsamen DRG verbliebenen Erwachsenen führen (Abbildung 16); entsprechend griff die „Günstigerprüfung“ in diesem Fall nicht mehr.

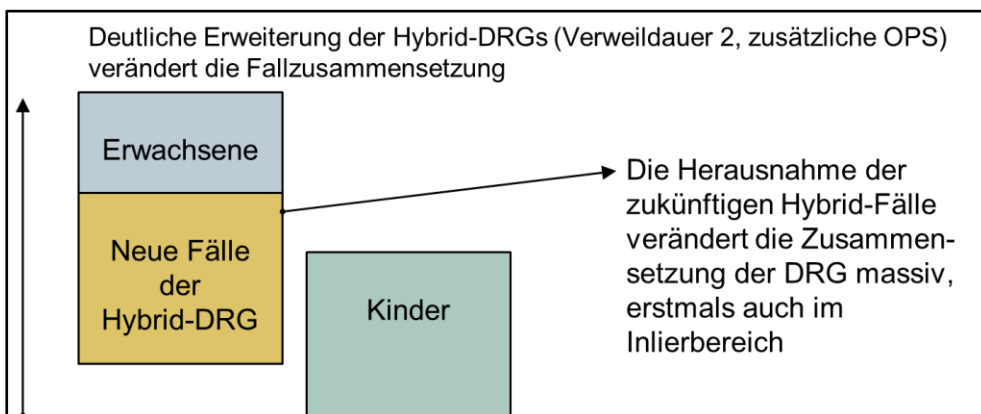


Abbildung 15: Erläuterung 2 zur Differenzierung der DRG G24C im aG-DRG-System 2026

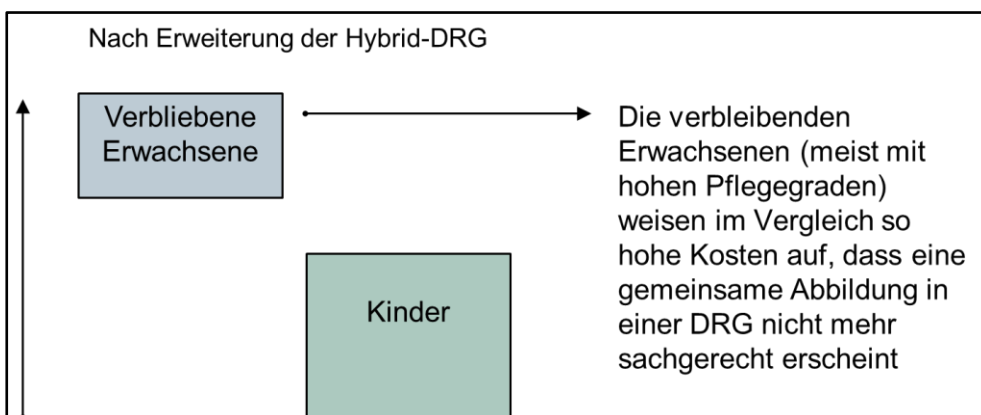


Abbildung 16: Erläuterung 3 zur Differenzierung der DRG G24C im aG-DRG-System 2026

2.3.1.6 Haut / Unterhaut

In der Basis-DRG J09 *Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal* werden überwiegend Fälle mit *Exzision eines Sinus pilonidalis* abgebildet. In der bereits etablierten Hybrid-DRG J09M *Hybrid-DRG der DRG J09B* wurden für 2026 die bestehenden Logiken überprüft und an die neuen allgemeinen Vorgaben wie Verweildauer kleiner als 3 Tage, Alter größer als 17 Jahre oder kein hoher Pflegegrad angepasst. Eine mögliche Erweiterung der bestehenden OPS-Liste für die Hybrid-DRG J09M wurde zudem geprüft.

In der DRG J22Z *Andere Hauttransplantation oder Debridement [...]* werden z.B. Fälle mit radikaler und ausgedehnter Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut abgebildet. Fälle mit bestimmten Prozeduren für Debridement einer Faszie und Wunddebridement an Leisten- und Genitalregion und Gesäß haben sich mit ähnlichen Kosten wie die Fälle der Basis-DRG J09 *Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal* gezeigt. Die entsprechenden Prozeduren wurden aus der DRG J22Z in die Basis-DRG J09 verschoben und der Hybrid-DRG J09M *Hybrid-DRG der DRG J09B* zugeordnet.

2.3.1.7 Orthopädie und Unfallchirurgie

In der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* gab es bisher Hybrid-DRGs für eine Arthrodesese (Versteifung) der Zehengelenke. Für 2026 konnten anhand der neuen Vorgaben weitere Hybrid-DRGs etabliert werden (siehe Tabelle 24).

Für die MDC 08 wurde für 2026 eine MDC-spezifische Funktion „Ausschluss Kontextfaktoren MDC 08“ etabliert. Bestimmte Osteosynthesen haben sich als Einzeleingriff als ungeeignetes Ausschlusskriterium in der MDC 08 gezeigt, werden aber beim Eingriff an mehreren Lokalisationen aus den Hybrid-DRGs ausgeschlossen. Ausgeschlossen wurden zudem Fälle mit beidseitigem Eingriff sowie mit Mehrfachfrakturen und Weichteilschaden III. Grades. Fälle mit keramischem und metallischem Knochenersatz waren mit höheren Kosten verbunden und wurden ebenfalls aus den Hybrid-DRGs der MDC 08 ausgeschlossen. Methoden, die gemäß MVV-Richtlinie nicht in der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen sind, sollen nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der Hybrid-DRG werden. In der MDC 08 betrifft dies insbesondere

- Knochentransplantationen,
- Knorpeltransplantationen und
- Chondrozytentransplantationen.

Diese Leistungen wurden für die gesamte MDC 08 über eine Ergänzung der Funktion „Ausschluss Kontextfaktoren MDC 08“ aus den Hybrid-DRGs ausgeschlossen.

Hybrid-DRGs 2025	Hybrid-DRGs 2026	Inhalt
	I13M Hybrid-DRG der DRG I13E	Osteosynthesen Unterschenkel
	I13N Hybrid-DRG der DRG I13G	Osteosynthesen Unterschenkel
	I20M Hybrid-DRG der DRG I20D	Arthrodesen Zehengelenk
I20N Hybrid-DRG der DRG I20E	I20N Hybrid-DRG der DRG I20E	Arthrodesen Zehengelenk
I20M Hybrid-DRG der DRG I20F	I20O Hybrid-DRG der DRG I20F	Arthrodesen Zehengelenk
	I21M Hybrid-DRG der DRG I21Z	Osteosynthesen obere Extremität
	I29M Hybrid-DRG der DRG I29B	Osteosynthesen Schlüsselbein
	I31M Hybrid-DRG der DRG I31B	Osteosynthesen obere Extremität
	I31N Hybrid-DRG der DRG I31C	Osteosynthesen obere Extremität

Tabelle 24: Übersicht der Hybrid-DRGs im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie für 2026

Arthrodesen am Zehengelenk – Basis-DRG I20

In der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* gab es bisher zwei Hybrid-DRGs für Arthrodesen am Zehengelenk:

- Hybrid-DRG der I20E
- Hybrid-DRG der I20F

Anhand der neuen Vorgaben wurde für 2026 eine neue Hybrid-DRG etabliert: I20M *Hybrid-DRG der I20D*. Zudem wurden die bestehenden OPS-Listen bzw. die Positivliste der Hybrid-DRGs der Basis-DRG I20 geprüft. Folgende Änderungen wurden vorgenommen:

- Fälle mit bestimmten Prozeduren, z.B. mit bestimmter Inzision oder Exzision am Fuß, haben sich mit ähnlichen Kosten wie die Hybrid-Fälle gezeigt, sodass die Kodelisten der Hybrid-DRGs entsprechend ergänzt wurden
- Fälle mit *offen chirurgischer Arthrodesen an fünf oder mehr Kleinzehengelenken* haben sich mit erhöhten Kosten gezeigt und wurden aus den Hybrid-DRGs der Basis-DRG I20 ausgeschlossen
- Auch beidseitige Eingriffe, Eingriffe bei Pseudarthrose oder bei bestimmter Fraktur wurden wegen hoher Kosten aus den Hybrid-DRGs der Basis-DRG I20 ausgeschlossen

Osteosynthesen am Unterschenkel – Basis-DRG I13

In der Basis-DRG I13 *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten [...]* sind z.B. Osteosynthesen oder *Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe* abgebildet. Anhand der OPS-Liste des ergEBA konnten für 2026 die Hybrid-DRGs I13M und I13N für Osteosynthesen am Unterschenkel etabliert werden. Ähnliche und weniger komplexe Eingriffe, wie z.B. die geschlossene Osteosynthese an distaler Fibula durch Draht oder Platte, wurden in der Positivliste der Hybrid-DRGs ergänzt. Komplexere Eingriffe, wie z.B. die Implantation von keramischem Knochenersatz sowie beidseitiger oder mehrfacher Eingriff, wurden dagegen aus den Hybrid-DRGs ausgeschlossen.

Osteosynthesen an der oberen Extremität – Basis-DRGs I21 und I31

In der Basis-DRG I21 *Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial [...] oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm [...]* werden überwiegend Fälle mit Osteosynthesen bei Radiusfraktur oder Entfernung von Osteosynthesematerial abgebildet. Für 2026 wurde anhand der OPS-Liste des ergEBA die neue Hybrid-DRG I21M *Hybrid-DRG der DRG I21Z* für Osteosynthesen an der oberen Extremität etabliert. Ähnlich oder weniger komplexe Prozeduren, wie z.B. Reposition ohne Osteosynthese sowie mit einer Schrauben- oder Drahtosteosynthese, wurden ergänzt. Komplexere Eingriffe, z.B. beidseitiger oder mehrfacher Eingriff oder bei kombinierter Fraktur am Unterarm, wurden bei erhöhten Kosten aus der Hybrid-DRG ausgeschlossen.

In der Basis-DRG I31 *Mehrere komplexe Eingriffe [...]* werden vornehmlich Fälle mit Reposition einer Mehrfragmentfraktur an Radius oder Ulna abgebildet. Für 2026 wurden anhand der OPS-Liste des ergEBA die neuen Hybrid-DRGs I31M *Hybrid-DRG der DRG I31B* und I31N *Hybrid-DRG der DRG I31C* u.a. für Fälle mit einer offenen Reposition mit winkelstabiler Platte an distalem Radius und proximaler Ulna etabliert. Fälle mit ähnlichen und weniger komplexen Eingriffen, wie z.B. bestimmte offene Reposition an Ulna durch Draht oder Platte, wurden in die Positivliste der Hybrid-DRGs aufgenommen. Fälle mit beidseitigem oder mehrfachem Eingriff sowie bei kombinierter Fraktur wurden aus den Hybrid-DRGs ausgeschlossen.

Osteosynthesen am Schlüsselbein – Basis-DRG I29

In der Basis-DRG I29 *Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula* werden vor allem Fälle mit Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, aber auch mit offener Reposition von Klavikulafrakturen abgebildet. Anhand der Positivliste des ergEBA, die ausschließlich Codes für die offene Osteosynthese an der Klavikula enthielt, wurde die neue Hybrid-DRG I29M *Hybrid-DRG der DRG I29B* vor allem für Fälle mit Osteosynthese mit winkelstabiler Platte etabliert. Codes für ähnliche und weniger komplexe Eingriffe, wie z.B. die geschlossene Osteosynthese an der Klavikula durch winkelstabile Platte oder die offene Reposition durch Schraube oder Draht, wurden in der Positivliste ergänzt. Fälle mit einer Diagnostik über radiologische Großgeräte sowie mit Entfernung von Osteosynthesematerial an der Klavikula oder mit komplexeren Eingriffen, wie z.B. mit bestimmter Kapselplastik am Schultergelenk oder Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, haben sich mit erhöhten Kosten gezeigt und wurden aus der Hybrid-DRG I29M ausgeschlossen. Ausgeschlossen wurden zudem Fälle, die sowohl eine Fraktur der oberen als auch der unteren Extremität aufweisen.

2.3.1.8 Urologie

Die Erweiterung des Leistungskatalogs für die spezielle sektorengleiche Vergütung für 2026 enthält keine weiteren, neuen Prozeduren im Bereich Urologie. Dennoch führten die grundsätzlichen Änderungen im Bereich der Hybrid-DRGs, z.B. durch die Anpassung der allgemeinen Vorgaben und der Kontextfaktoren (vgl. Kapitel 2.3.1), auch hier zu einigen Veränderungen.

Krankheiten und Störungen der Harnorgane

In der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* wurden schon für 2024 drei Hybrid-DRGs für die Entfernung von Harnleitersteinen und weitere urologische Eingriffe, wie z.B. transurethrale Resektion der Blase (TUR), etabliert (siehe Tabelle 25).

Infolge der Erweiterung der Zahl möglicher Hybrid-Fälle um Fälle mit 2 Tagen Verweildauer konnten bei ausreichend hohen Fallzahlen für die MDC 11 noch zwei weitere Hybrid-DRGs etabliert werden: die Hybrid-DRG L17M als weitere Hybrid-DRG der DRG L17B *Andere Eingriffe an der Urethra [...], Alter > 15 Jahre* zur Abbildung von Eingriffen mit erhöhtem Aufwand für bestimmte Steinreposition und die Hybrid-DRG L06M als Hybrid-DRG der DRG L06C *Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre* z.B. für bestimmte transvaginale Suspensionsoperation.

Hybrid-DRGs 2025	Hybrid-DRGs 2026	Inhalt (beispielhaft)
	L06M Hybrid-DRG der DRG L06C	Bestimmte transvaginale Suspensionsoperation
	L17M Hybrid-DRG 1 der DRG L17B	Perkutan-transrenale und transurethrale Steinreposition
L17N Hybrid-DRG der DRG L17B	L17N Hybrid-DRG 2 der DRG L17B	Best. Eingriffe an der Urethra, wie Urethrotomia interna, unter Sicht
L20N Hybrid-DRG der DRG L20B	L20M Hybrid-DRG der DRG L20B	u.a. ureterorenoskopische Lithotripsie, Fluoreszenzgestützte Harnblasenresektion
L20M Hybrid-DRG der DRG L20C	L20N Hybrid-DRG der DRG L20C	u.a. ureterorenoskopische (einfache) Steinentfernung, nicht fluoreszenzgestützte Harnblasenresektion

Tabelle 25: Hybrid-DRGs der MDC 11 – für 2026: Umbenennung der Hybrid-DRGs L20N und L20M

Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane

In der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* wurden erstmalig 2025 drei Hybrid-DRGs etabliert: die Hybrid-DRGs M04N und M04M, u.a. für bestimmte Eingriffe am Hoden, und die Hybrid-DRG M05N, u.a. für bestimmte Eingriffe am Penis (siehe Tabelle 26).

Für das aG-DRG-System 2026 gab es keine Erweiterung der Hybrid-DRGs. Allerdings entfällt die Hybrid-DRG M04N durch die Einschränkung der allgemeinen Hybrid-Bedingungen auf die Altersgruppe Alter > 17 Jahre. Als Hybrid-DRG der M04C *Eingriffe am Hoden mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 3 Jahre oder mit schweren CC oder beidseitigem Hodenhochstand, Alter < 14 Jahre* war die Hybrid-DRG M04N eine reine Kinder-DRG.

Hybrid-DRGs 2025	Hybrid-DRGs 2026	Inhalt (beispielhaft)
M04M Hybrid-DRG der DRG M04D	M04M Hybrid-DRG der DRG M04D	Bestimmte Eingriffe am Hoden, wie Operation einer Hydrocele testis, Orchidopexie: Skrotal
M04N Hybrid-DRG der DRG M04C		Entfällt, da DRG M04C nur Fälle mit Alter < 18 Jahren
M05N Hybrid-DRG der DRG M05Z	M05M Hybrid-DRG der DRG M05Z	Bestimmte Eingriffe am Penis, wie lokale Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis oder partielle Resektion von erkranktem Skrotumgewebe

Tabelle 26: Hybrid-DRGs MDC 12 – für 2026: Umbenennung der Hybrid-DRG M05N

2.3.1.9 Gynäkologie (MDC 13)

Die bereits bekannten Hybrid-DRGs N05N *Hybrid-DRG der DRG N05B*, N07N *Hybrid-DRG der DRG N07A* und N25N *Hybrid-DRG der DRG N25Z* für Ovariektomien bestehen im aG-DRG-System 2026 weiterhin. Die übrigen operativen DRGs der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* wurden hinsichtlich des Potentials für neue Hybrid-DRGs anhand der schon 2025 in den Hybrid-DRGs für Ovariektomien verwendeten Prozeduren untersucht. Diese Prozeduren fanden sich bereits auf der Liste der OPS-Liste des ergEBA. Ergebnis dieser Analysen war die Etablierung von drei neuen Hybrid-DRGs in der MDC 13:

- N21M (Hybrid-DRG der DRG N21A *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik [...] oder komplexe Myomenukulation, mit aufwendigem Eingriff*)
- N21N (Hybrid-DRG der DRG N21B *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik [...] oder komplexe Myomenukulation, ohne aufwendigen Eingriff*)
- N23M (Hybrid-DRG der DRG N23Z *Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukulation*)

Alle Hybrid-DRGs der MDC 13 wurden dann auf notwendige Erweiterungen der Positivliste der Hybrid-DRGs um unspezifische und kostenähnliche Prozeduren geprüft. Die folgende Aufstellung zeigt beispielhaft einige daraufhin in die Hybrid-DRGs aufgenommene Leistungen:

- Bestimmte Biopsien an Uterus und Tuba uterina
- Sonstige vaginale Operation am Ovar
- Inzision des Uterus
- Sonstige und nicht näher bezeichnete Rekonstruktion des Uterus
- Endoskopische Myomentfernung ohne ausgedehnte Naht des Myometriums

Aufgrund eines Erlaubnisvorbehalts für die Leistungserbringung im ambulanten Bereich wurde bereits für 2025, nach Absprache mit den Partnern der Selbstverwaltung, auf die Erweiterung der Hybrid-DRG N25N *Hybrid-DRG der DRG N25Z* um bestimmte OPS-Kodes aus dem Bereich 5-681 *Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus* verzichtet. In den diesjährigen Analysen zeigten sich jedoch einige kostenauffällige Fälle mit diesen Leistungen in den Hybrid-DRGs der MDC 13, die aufgrund anderer Prozeduren dort zugeordnet wurden. Im Ergebnis wurden daher folgende Leistungen aus den Hybrid-DRGs der MDC 13 ausgeschlossen:

- Endometriumablation durch Heißwasserballon (im ambulanten Bereich Erlaubnisvorbehalt für die Leistungserbringung)
- Bestimmte Destruktionen von erkranktem Gewebe des Uterus (photodynamische Therapie, Magnetresonanz-gesteuerte fokussierte Ultraschallkoagulation, Radiofrequenzablation)
- Dopplersonographisch gesteuerte transvaginale temporäre Gefäßokklusion der Uterusarterien

Die analog zu anderen MDCs vorgenommene Überprüfung der Kontextfaktoren für die Hybrid-DRGs der MDC 13 auf ggf. notwendige Anpassungen führte im Bereich der Diagnosen zu zwei Anpassungen:

- Diagnosen für ein *Carcinoma in situ der Cervix uteri* (ICD-Kode D06.-) führen zukünftig zum Ausschluss von Fällen aus Hybrid-DRGs der MDC 13.
- Die Diagnose für Teerstuhl (ICD-Kode K92.1 *Meläna*) wurde aus den Kontextfaktoren gestrichen und stellt damit kein Ausschlusskriterium mehr für die Hybrid-DRGs der MDC 13 dar.

2.3.1.10 Unterstützungsleistung für das Institut des Bewertungsausschusses

Die „ambulante Fallzahl“ in Arztpraxen, die bei der Ermittlung der Höhe der Hybrid-DRGs für 2026 verwendet wurde, basiert auf der bundesweiten Versichertenstichprobe 2023 und ist die auf die Grundgesamtheit hochgerechnete Summe aller gesetzlich Versicherten mit vertragsärztlich durchgeführten Prozeduren gemäß Abschnitt 31.2 des EBM und einem OPS-Kode gemäß finalem Hybrid-DRG-Leistungskatalog 2026 im Behandlungsfall. Neben diesen Daten liegen dem Institut des Bewertungsausschusses auch Daten für den Bereich des Ambulanten Operierens im Krankenhaus (§ 115b SGB V) des Jahres 2023 vor.

Die Daten aus dem ambulanten Bereich enthalten zum Teil nicht alle Informationen, um Fälle aus dem vertragsärztlichen Bereich oder ambulante Operationsfälle im Krankenhaus eindeutig einer Hybrid-DRG zuordnen zu können. Bei der Zuordnung sind folgende Schwierigkeiten zu beachten:

1. Es gibt Prozeduren, die mehr als einer Hybrid-DRG zugeordnet werden (z.B. in Abhängigkeit von Diagnosen) oder die nur in bestimmten Konstellationen überhaupt in eine Hybrid-DRG führen.
2. Ein Fall kann mehrere Prozeduren haben, die in verschiedene Hybrid-DRGs führen. Hier spielt die Abfragereihenfolge der (Hybrid-)DRGs eine entscheidende Rolle („Hierarchie des Systems“).
3. In einige Hybrid-DRGs gelangen Fälle nur mit bestimmten Kombinationen von Prozeduren (z.B. zur Differenzierung nach dem Schweregrad der Fälle).

Die Vorgehensweise zur Zuordnung der ambulanten Daten aus den beiden Vorjahren eignete sich nicht mehr, um den dargestellten Schwierigkeiten noch sachgerecht zu begegnen – insbesondere auch vor dem Hintergrund der Erhöhung der Komplexität der Hybrid-DRGs. Im gemeinsam erarbeiteten Vorschlag zur Kalkulation der Hybrid-Fallpauschalen für 2026 hatten das InBA und das InEK daher angeregt, parallel zur Entwicklung des aG-DRG-Systems zu erarbeiten, wie mit den im ambulanten Bereich vorhandenen Daten eine möglichst passgenaue Zuordnung zu den Hybrid-DRGs erfolgen kann.

Um die Zuordnung der ambulanten Fälle zu erhalten, hätte man sie – wie die (stationären) Krankenhausfälle – mit dem aG-DRG-System gruppieren müssen. Dies war aus verschiedenen Gründen nicht möglich:

- Die ambulanten Daten eignen sich in der dem InBA vorliegenden Form nicht, um sie mit einem aG-DRG-Groupier zu gruppieren. Die Eingabedaten für einen aG-DRG-Groupier enthalten eine große Zahl an Feldern, die in den vertragsärztlichen Daten nicht oder nur unvollständig vorliegen.

- Der aG-DRG-Grouper 2026 war erst in der Entwicklung – und dies in etablierter Weise auf Basis der Daten des Jahres 2024. Die Eingabe der „unvollständigen“ und zudem aus dem Jahr 2023 stammenden ambulanten Daten und der Art ihrer Kodierung hätte erst ermöglicht werden müssen.

Im Rahmen einer Unterstützungsleistung konnte das InEK dem InBA bei der Zuordnung der Fälle aus dem ambulanten Bereich helfen. Schon während der Weiterentwicklung des aG-DRG-Groupers hat das InEK dem InBA Prozeduren-Listen (OPS-Kodes) übermittelt, die in Hybrid-DRGs führen können. Das InBA hat hierzu alle relevanten ambulanten Fälle ermittelt und die ihm vorliegenden Fallinformationen so auf Datensatzkonstellationen reduziert, dass sie nur die für eine Zuordnung notwendigen Parameter enthalten. Das InBA hat diese vollständig anonymisierten Datensatzkonstellationen mit einer Information zur Häufigkeit dem InEK bereitgestellt. Die Datensatzkonstellationen enthalten lediglich die für die Eingruppierung relevanten Diagnosen, Prozeduren und das Geschlecht. Der Begriff „Hauptdiagnose“ ist im ambulanten Bereich jedoch unbekannt. Einige wenige Konstellationen aus dem ambulanten Bereich haben gar keine Diagnose.

Eine große Herausforderung war, diese Datensatzkonstellationen für das Pflege-Tool (= Werkzeug des InEK zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Groupers) lesbar zu machen. Dabei wurden Lücken im Vergleich mit den etablierten Eingabedateien im stationären Bereich mit Default-Werten belegt, die bei der Definition der Hybrid-DRGs keine Rolle spielen (z.B. Alter = 25 Jahre) bzw. für ambulante Fälle plausibel sind (z.B. Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Die zur operativen Leistung „am besten passende Diagnose“ wurde als Hauptdiagnose festgelegt. Wenn gar keine Diagnose vorlag, wurde eine „zum OPS passende Diagnose“ ergänzt.

Eine der in den ambulanten Daten häufigsten Diagnosen bei Fällen mit diagnostischer Herzkatheteruntersuchung ist die *Hypercholesterinämie*. Fälle, bei denen dies als Hauptdiagnose angegeben ist (oder vom Grouper so gewertet wird), können keine Hybrid-DRG der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* erreichen, und die MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* hat keine Hybrid-DRG. Vergleichbar kodierte Fälle können aufgrund der Kodierrichtlinie zur Hauptdiagnose in den stationären Daten praktisch nicht vorkommen. Hier erschien es naheliegend, eine die korrekte Zuordnung ermöglichende Hauptdiagnose sinngemäß auszuwählen. Bei Fällen, die anhand ihrer Prozeduren hinreichend sicher einer Hybrid-DRG zugeordnet werden konnten, wurde eine für die Gruppierung geeignete Hauptdiagnose entweder aus den kodierten Diagnosen entsprechend priorisiert oder (bei Fehlen geeigneter Codes dort) beim Fall ergänzt. Dabei wurden unspezifische Diagnosecodes ergänzt (wie im Beispiel *nicht näher bezeichnete koronare Herzerkrankung*), die zwar die korrekte Eingruppierung ermöglichen, aber für sich keinen weiteren Einfluss auf das DRG-Ergebnis haben. Auf diese Weise konnte eine fünfstellige Zahl ambulanter Fälle „gerettet“ werden.

Im Ergebnis ist es dem InEK so gelungen, die ambulanten Daten in eine rudimentäre Datenbankstruktur einzulesen und in einer Arbeitsumgebung des Pflege-Tools (Hybrid-) DRGs zuzuordnen. Von den knapp 480.000 vom InBA übermittelten ambulanten Fällen (= Datenkonstellationen x Häufigkeit) konnten 92,2% einer Hybrid-DRG, 5,4% einer „Mutter“-DRG und 2,4% einer anderen, in der Hierarchie früher abgefragten DRG zugeordnet werden. Dass einige ambulante Fälle bzw. Fallkonstellationen formal einer ganz anderen DRG oder „nur“ einer „Mutter“-DRG und damit keiner Hybrid-DRG zugeordnet wurden, war so zu erwarten, da die Auswahl der Konstellationen ohne Berücksichtigung der Kontextfaktoren („Ausschlüsse“) erfolgte. Das ist also kein Zuordnungsfehler, sondern stellt die gleichwertige Zuordnung der ambulanten und stationären Fälle zu den unterschiedlichen Hybrid-DRGs sicher. Die Ergebnisse zeigen im Vergleich zum Vorjahr eine deutlich sachgerechtere Zuordnung der ambulanten Fälle.

Aufgrund weiterer Beschlüsse des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses im Oktober und November 2025 waren noch zwei weitere Neugruppierungen der ambulanten Datensatzkonstellationen notwendig. Die finale Kalkulation der Hybrid-DRG-Fallpauschalen erfolgte am 10. November 2025. Hierfür bedurfte es der Zusammenführung der Kosten/Preise aus dem ambulanten und dem stationären Bereich unter Berücksichtigung des Ambulantisierungsgrads und der Vorgehensweise zur Ermittlung der Komponente der Sachkosten, wie diese vom ergEBA festgelegt worden waren.

Neben der Etablierung und Überarbeitung der großen Zahl an Hybrid-DRGs ist mit enormem Aufwand im Ergebnis eine sachgerechtere Zuordnung der ambulanten Daten zu den Hybrid-DRGs gelungen.

Dank für die gute und konstruktive Zusammenarbeit gilt dem InBA und den Kolleginnen und Kollegen dort für ihr persönliches Engagement.

2.3.2 Überarbeitung der aG-DRG-Klassifikation

Im nachfolgenden Teil werden thematisch gegliedert die Veränderungen des aG-DRG-Systems für 2026 ausführlich dargestellt.

2.3.2.1 Abdominalchirurgie

Leistungen der Abdominalchirurgie (Viszeralchirurgie) bei Krankheiten des Verdauungssystems sind im aG-DRG-System typischerweise in den operativen Partitionen der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* mit in Summe über 80 verschiedenen DRGs abgebildet.

Ausgehend von internen Analysen konnten im Ergebnis für das aG-DRG-System 2026 im Bereich der Abbildung von Fällen der Abdominalchirurgie Änderungen in bestimmten (Basis)-DRGs vorgenommen werden.

Die folgende Auflistung gibt eine orientierende Darstellung derjenigen Basis-DRGs, die im Zuge der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2026 hinsichtlich ihrer Definitionskriterien (Basis-DRG oder Split-Bedingungen) verändert wurden:

- G19 *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*
- G21 *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum [...]*
- G23 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis*

Die einzelnen Umbauten im Bereich der Abdominalchirurgie sind nachfolgend beschrieben.

Eingriffe am Gastrointestinaltrakt

Adhäsiolysen werden im aG-DRG-System in Abhängigkeit von weiteren Faktoren wie beispielsweise dem Alter oder dem PCCL unterschiedlichen operativen Basis-DRGs der MDC 06 zugeordnet. Fälle mit komplexer Adhäsiolyse (offen chirurgischer Zugang oder mit mikrochirurgischer Versorgung) werden bei einem Alter von weniger als vier Jahren oder bei schweren oder äußerst schweren CC der DRG G04Z *Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit äuß. schw. od. schw. CC [...]* und ansonsten der Basis-DRG G21 *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC [...]* zugeordnet. Für Fälle mit einer kürzeren Verweildauer von weniger

als 3 Tagen zeigte sich die Abbildung in der Basis-DRG G21 aufgrund geringerer Kosten allerdings als nicht mehr gerechtfertigt. Ab 2026 werden die betroffenen Fälle daher der Basis-DRG G23 [...] oder andere komplexe oder laparoskopische Adhäsiolyse [...] zugeordnet. Einen Überblick über die sich daraus ergebenden Fallverschiebungen gibt Abbildung 17.

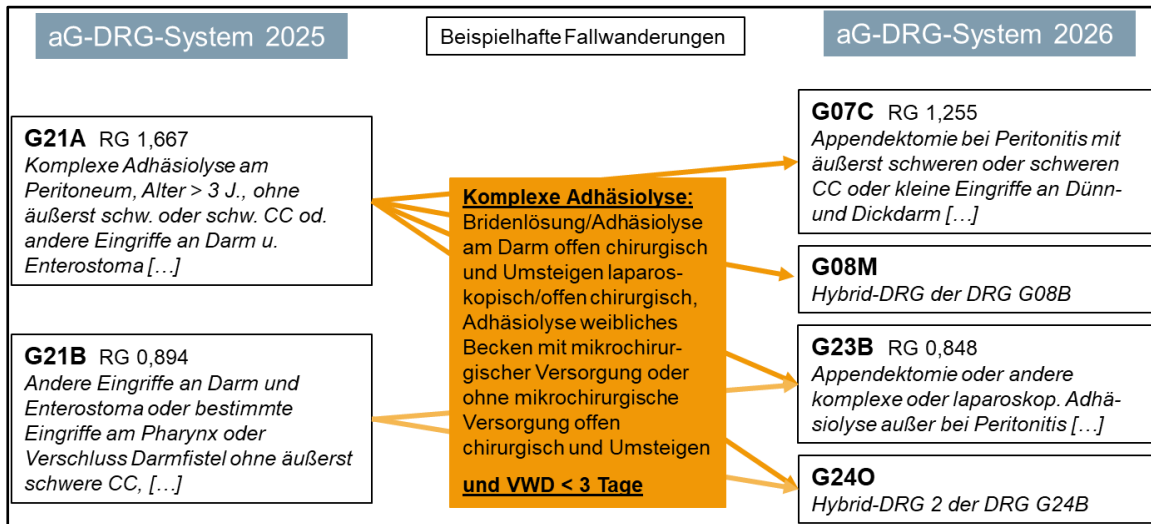


Abbildung 17: Abbildung von Adhäsiolyse im aG-DRG-System 2026

Weitere interne Analysen betrafen die Abbildung von Fällen mit Hemifundoplikatio mit Hiatusnaht. Die Kodierung dieser Leistung wurde für den OPS Version 2026 umgestellt von einem Kombinationscode (OPS 5-448.6 *Hemifundoplikatio mit Hiatusnaht*) hin zur getrennten Verschlüsselung der Hemifundoplikatio (OPS 5-448.5 *Hemifundoplikatio*) und der Hiatusnaht. Die betroffenen Fälle wurden bisher überwiegend in die DRG G19C *Anderer Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, [...]* eingruppiert. Die geänderte Kodierung könnte jedoch in bestimmten Konstellationen zukünftig zu einer anderen Eingruppierung führen. Daher wurden die genannten Verfahren sowie weitere Leistungen wie die Gastropexie hinsichtlich ihrer Abbildung analysiert. Dabei zeigte sich, dass die betroffenen Fälle in der DRG G19A [...] *mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre [...]* geringere Kosten aufwiesen. Zukünftig erfolgt daher eine aufwandsgerechte Zuordnung überwiegend zu den DRGs G19B *Anderer Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...], ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff* und G19C.

2.3.2.2 COVID-19

Die COVID-19-Pandemie begann in Deutschland Anfang 2020; im Mai 2023 hob die WHO den „internationalen Gesundheitsnotstand“ auf. In den Jahren 2023 und 2024 zeigt sich in den Krankenhausdaten ein deutlicher Rückgang der Fälle mit der Diagnose COVID-19, auch deshalb wurde die Abbildung dieser Fälle im Datenjahr 2024 im aG-DRG-System systematisch analysiert.

Im Gegensatz zum PEPP-System wird die entsprechende Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* im aG-DRG-System nahezu ausschließlich in Verbindung mit weiteren Attributen genutzt, zumeist:

- Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern (NONMRE) bzw. längerer Verweildauer

- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (SAPS)
- PCCL, d.h. Summation verschiedener Nebenerkrankungen

Im PEPP-System bedingte die Diagnose für COVID-19 allein vielfach keinen Kostenunterschied mehr. Im aG-DRG-System dagegen war der überwiegende Anteil der Fälle in den jeweiligen DRGs nach wie vor sachgerecht abgebildet, obgleich auch hier an einigen Stellen des Algorithmus eine höhere Einstufung dieser Konstellationen nicht mehr gerechtfertigt war. In der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* werden COVID-19-Fälle mit einer Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern ab 15 Behandlungstagen sowie den Bedingungen der Basis-DRGs B67 oder B70 künftig nicht mehr der DRG B74Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* zugeordnet. Diese wenigen Fälle mit Parkinson bzw. Schlaganfall sind in „ihren“ DRGs B67A und B70A sachgerecht abgebildet.

Auch in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* wurden Anpassungen vorgenommen. Fälle mit einer COVID-19-Infektion, einer Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern ab 10 Behandlungstagen sowie Geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung ab 14 Behandlungstagen werden nicht mehr der DRG I34Z *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur [...]* zugeordnet. In der Basis-DRG I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes [...]* werden zukünftig nur noch Kinder unter 18 Jahren mit Multisystemischem Entzündungssyndrom bei COVID-19-Infektion höhergruppiert.

Im Bereich der hämatologischen und soliden Neubildungen der MDC 17 waren in der DRG R60B *Akute myeloische Leukämie [...]* nur noch vergleichsweise wenig Fälle mit einer COVID-19-Infektion zu finden, die zudem auch mit einer Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern ab 15 Behandlungstagen keine höheren Kosten aufwiesen. Entsprechend war letztlich eine Eingruppierung in die DRG R60B nicht mehr gerechtfertigt.

Bis auf die genannten Ausnahmen ist die Abbildung von COVID-19-Infektionen im aG-DRG-System überwiegend unverändert, wird jedoch auch in den kommenden Jahren Gegenstand erneuter Analysen sein.

2.3.2.3 Eingriffe an Haut, Unterhaut, Mamma

In der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* finden sich Fälle mit Hauteingriffen oder mit Operationen an der Mamma, ebenso wie konservativ versorgte Fälle mit diesen Diagnosen.

Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit Implantatversorgung für die Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen bei bösartiger Neubildung zum Teil nicht sachgerecht abgebildet seien. Fälle mit einer Hauptdiagnose aus der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* waren kostenentsprechend in der DRG D28Z *Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen [...]* abgebildet.

Fälle mit einer Hauptdiagnose aus der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* dagegen wurden zum Teil in den konservativen DRGs abgebildet. Nach Analyse wurden betroffene Fälle in die Basis-DRG J10 *Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma* aufgenommen. Bei einer zusätzlichen komplexen Nasenresektion wurden die Fälle in die DRG J10A *Plastische Operationen [...]* mit komplexem Eingriff aufgenommen und somit kostenentsprechend abgebildet (siehe Abbildung 18).

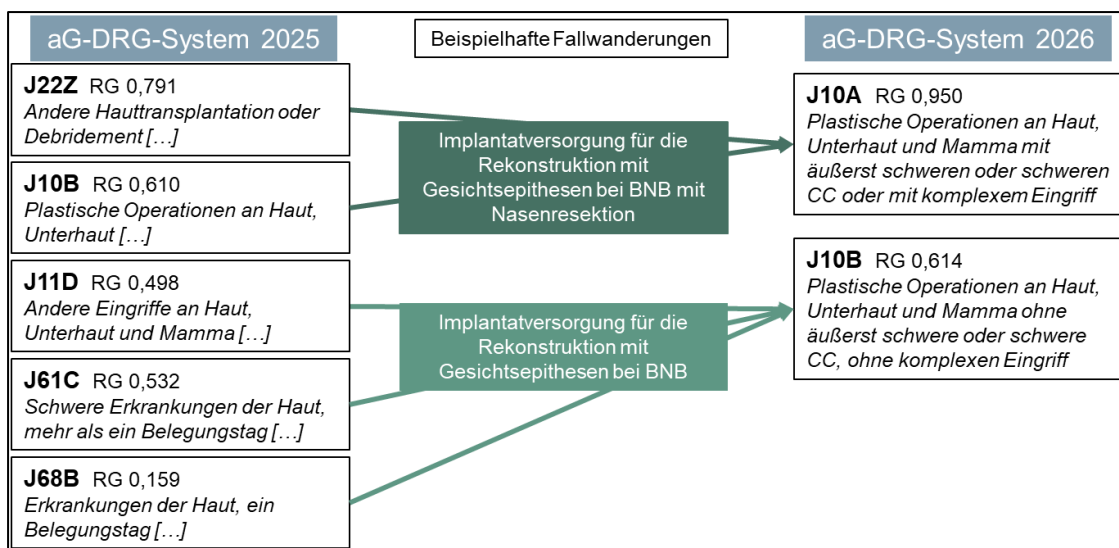


Abbildung 18: Implantatversorgung für die Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen bei bösartiger Neubildung für das aG-DRG-System 2026

Für die ICD-10-GM Version 2024 wurde ein neuer ICD-Code für Hämangiom der knöchernen Wirbelsäule (D18.07) etabliert. Durch die automatische Überleitung des BfArM wurden Fälle mit diesem Code in die MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* eingruppiert. Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass bestimmte Fälle mit Hämangiom und einem aufwendigen operativen Eingriff in der MDC 09 nicht sachgerecht vergütet seien und bei Fällen mit Hämangiom und chirurgischer Therapie in einem Aufenthalt die operative Leistung führend im Gruppierungsalgorithmus sein sollte.

Nach Analyse der Fälle wurde die neue Diagnose für Hämangiom der knöchernen Wirbelsäule (D18.07) aus der MDC 09 in die inhaltlich passendere MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* verschoben. Dadurch werden zukünftig betroffene Fälle entsprechend der erbrachten operativen Leistung und deren Kosten in den DRGs der MDC 08 sachgerecht abgebildet.

In der DRG J22Z *Andere Hauttransplantation oder Debridement [...]* werden z.B. Fälle mit radikaler und ausgedehnter Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut abgebildet. Fälle mit bestimmten Prozeduren für Debridement einer Faszie und Wunddebridement an Leisten- und Genitalregion und Gesäß haben sich mit ähnlichen Kosten wie die Fälle der Basis-DRG J09 *Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal* gezeigt. Die entsprechenden Prozeduren wurden aus der DRG J22Z in die Basis-DRG J09 verschoben und der Hybrid-DRG J09M *Hybrid-DRG der DRG J09B* zugeordnet.

2.3.2.4 Gastroenterologie

Fälle mit einer gastroenterologischen Hauptdiagnose, die konservativ bzw. minimalinvasiv (perkutan, endoskopisch) behandelt werden, sind überwiegend in den DRGs der nicht operativen Partitionen abgebildet, entweder in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* oder in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas*.

Wie in jedem Jahr wurden seitens der Fachgesellschaft zahlreiche Vorschläge zur Anpassung der Abbildung gastroenterologischer Leistungen eingereicht, die auch dank einer intensiven Kommunikation außerhalb des Vorschlagsverfahrens im Sinne des aG-

DRG-Systems zum Teil umgesetzt werden konnten. Die einzelnen Umbauten im Bereich der Gastroenterologie sind nachfolgend beschrieben. Vielfach stellen die Veränderungen die Fortsetzung oder Präzisierung von Umbauten der Vorjahre dar.

Endoskopie in der MDC 06

Im Vorschlagsverfahren erreichten uns wieder zahlreiche Hinweise zur Abbildung endoskopischer Leistungen in der MDC 06, wie die endoskopische submukosale Dissektion (ESD). Dieses Verfahren wird zur Behandlung von Neubildungen im Gastrointestinaltrakt eingesetzt. Im OPS existieren spezifische Prozeduren für die Lokalisationen „Ösophagus“, „Magen“, „Dünn-/Dickdarm“ sowie „Rektum“. Die Eingruppierung aller Lokalisationen erfolgt dabei mindestens in die DRG G47B *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag*. Tagesfälle mit einer ESD an Dickdarm und Rektum werden der DRG G47A [...], *mit bestimmter endoskopischer Maßnahme am Dickdarm, ein Belegungstag* zugeordnet. In diesem Jahr wies die Fachgesellschaft auf die Abbildung von Tagesfällen mit ESD an Ösophagus, Magen und Dünndarm hin. Aufgrund hoher Materialkosten seien die betroffenen Fälle in der DRG G47B nicht sachgerecht abgebildet. Vorgeschlagen wurde daher die Zuordnung der ESD bei Tagesfällen auch für diese Lokalisationen in die DRG G47A. Die durchgeführten Analysen führten im Ergebnis zur Aufnahme der ESD an Ösophagus und Magen in die DRG G47A, wodurch Fälle aus den DRGs G46D *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und äuß. schw. oder schw. CC, [...]* und G47B in die DRG G47A aufgewertet wurden. Damit wurde die ESD an Ösophagus und Magen bei Tagesfällen den Lokalisationen Dickdarm und Rektum gleichgestellt.

2.3.2.5 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie

Die größte Änderung für dieses Teilgebiet der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* bei der Weiterentwicklung zum aG-DRG-System 2026 war die Implementierung einer Reihe von Hybrid-DRGs, vor allem in der Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe* (vgl. auch Kapitel 2.3.1.2). Hier ergab sich im Weiteren auch ein Anpassungsbedarf für Fälle des aG-DRG-Systems.

So zeigten sich Fälle mit einer Verweildauer von weniger als 3 Tagen und einer Blade-Angioplastie an peripheren Gefäßen in der DRG F59F *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe [...] Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag* als nicht ihren Kosten entsprechend abgebildet. Sie wurden für das aG-DRG-System 2026 in die DRG F59E *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe [...], mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag [...]* aufgewertet.

Des Weiteren zeigten Fälle mit *selektiver Embolisation mit Partikeln* an bestimmten Lokalisationen geringere Kosten als die anderen Fälle der DRGs F59C, F59D und F59E, sodass diese Fälle zukünftig der niedriger bewerteten DRG F59F zugeordnet werden (siehe Abbildung 19).

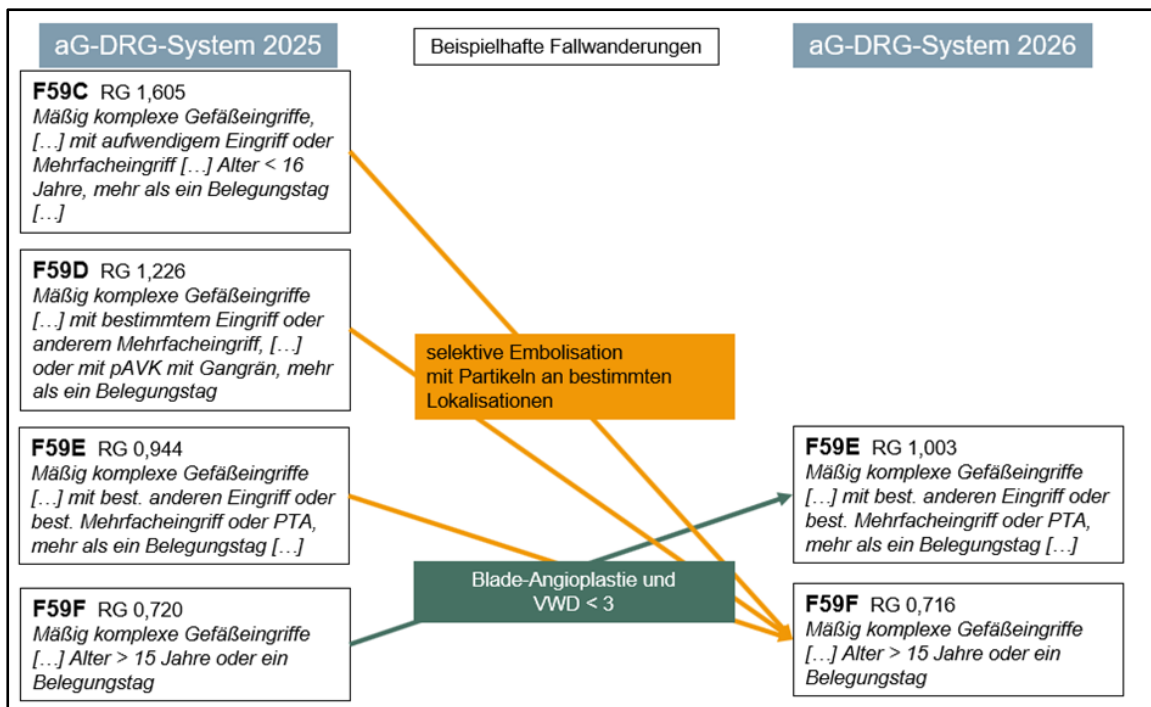


Abbildung 19: Beispielhafte Fallwanderungen in der Basis-DRG F59

2.3.2.6 Kardiologie

Invasive kardiologische Diagnostik

In den Kalkulationsdaten des Jahres 2024 zeigten sich Fälle in der DRG F49A *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC [...], mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre* mit vergleichbaren Kosten wie die Fälle der F49B. Für das aG-DRG-System 2026 erfolgte dementsprechend eine Kondensation der genannten DRGs (siehe Abbildung 20).

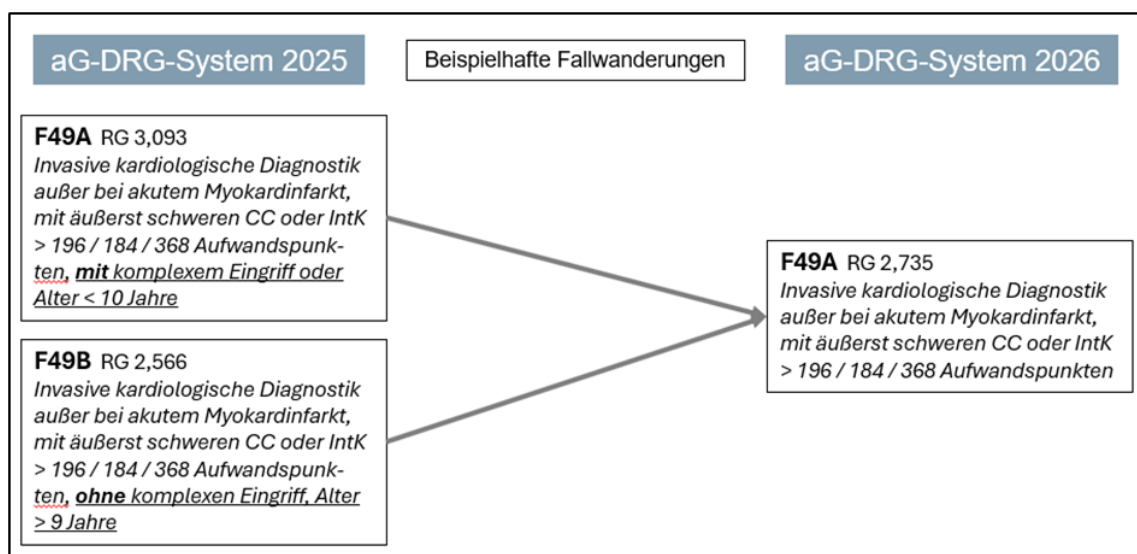


Abbildung 20: Kondensation der DRGs F49A und F49B für das aG-DRG-System 2026

2.3.2.7 Onkologie

Die bei der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in der MDC 17 *Hämato-logische und solide Neubildungen* vorgenommenen Anpassungen beruhen auf internen Analysen und betrafen ausschließlich medizinische Basis-DRGs.

In den Basis-DRGs R60 *Akute myeloische Leukämie* und R63 *Andere akute Leukämie* [...] zeigten jeweils zwei DRGs ähnliche Kosten, sodass für das aG-DRG-System 2026 die DRGs R60E und R60F zur DRG R60E *Akute myeloische Leukämie ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC* und die DRGs R63G und R63H zur DRG R63G *Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC* zusammengelegt wurden.

Ein Hinweis zur Abbildung von Kindern mit bösartigen Neubildungen z.B. an Extremitätenknochen und Amputation des betroffenen Körperteils wurde in das Vorschlagsverfahren eingebracht und führte zur Anpassung der Eingruppierung der betroffenen Fälle in der Basis-DRG I07 *Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*. Zukünftig werden demnach Fälle mit bestimmten Hauptdiagnosen für bösartige Neubildungen an Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten sowie an Binde- und Weichteilgewebe der oberen und unteren Extremität, ebenso wie Kinder mit einem Alter unter 18 Jahre, aufgrund höherer Kosten der DRG I07A [...] *mit komplexer Amputation oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre* zugeordnet und damit aufgewertet. Detaillierte Informationen finden sich auch in Kapitel 2.3.2.9.

Ein weiterer Hinweis im Vorschlagsverfahren zur Abbildung onkologischer Fälle betraf die Therapie von Prostatakarzinomen mit intravenöser Radioliganden-Therapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden in der Basis-DRG M10 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane*. Seit Ende 2022 steht für diese Therapieform neben einer Eigenherstellung auch ein Fertigarzneimittel zur Verfügung, das seit 2024 spezifisch mit einem OPS kodiert werden kann und somit in diesem Jahr erstmals analysiert werden konnte. Ausführliche Informationen dazu finden sich in Kapitel 2.3.2.10.

2.3.2.8 Operative Gynäkologie

Die diesjährige Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* stützte sich ausschließlich auf eigene Analysen.

In der MDC 13 wird bei der Eingruppierung gynäkologischer Eingriffe in der Regel berücksichtigt, ob sie „bei“ oder „außer bei“ bösartiger Neubildung als Hauptdiagnose erfolgen. In der Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien [...] bei bösartiger Neubildung [...]*, die anhand des PCCL und bestimmter Eingriffe in vier Schweregrade differenziert ist, werden u.a. Eingriffe an Uterus und Adnexen bei Hauptdiagnosen für bösartige Neubildung der weiblichen Genitalorgane abgebildet. Dazu zählen neben bösartigen Neubildungen und Metastasen auch Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens. In der DRG N02D *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien [...], ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff* wiesen in den diesjährigen Analysen Fälle mit Hauptdiagnosen für Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens am Ovar sowie an sonstigen und nicht näher bezeichneten weiblichen Genitalorganen geringere Kosten als die übrigen Fälle dieser DRG auf. Zukünftig werden Fälle mit diesen Hauptdiagnosen deshalb nicht mehr in der DRG N02D abgebildet. Stattdessen wurden sie aufwandsgerecht zu entsprechenden Basis-DRGs für gynäkologische Eingriffe außer bei bösartiger Neubildung wie z.B. den Basis-DRGs N05 *Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung [...]* und N25 *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung [...]* zugeordnet.

Ebenfalls im Fokus stand die DRG N02C *Eingriffe an Uterus und Adnexen od. best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB [...], ohne kompl. Eingriff, mit mäßig kompl. Eingriff*, in die Fälle bei Vorliegen eines mäßig komplexen Eingriffes eingruppiert werden. Dazu zählten bisher beispielsweise:

- Bestimmter Verschluss vaginaler Fisteln
- Naht und sonstige Rekonstruktion des Uterus
- Bestimmte Zervixstumpf- und subtotale Uterusexstirpationen
- Bestimmte Salpingotomien und Ovariectomien

Fälle mit diesen Leistungen wiesen in der DRG N02C geringere Kosten auf, sodass diese ab 2026 aufwandsgerecht der DRG N02D zugeordnet werden und damit keinen mäßig komplexen Eingriff mehr darstellen.

Eine weitere Anpassung des Gruppierungsalgorithmus in der MDC 13 betraf die Basis-DRG N11 *Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen*. Diese sogenannte operative „Reste-DRG“ ist anhand verschiedener Kriterien wie z.B.

- Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane oder Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC
- Bestimmte operative Eingriffe an Niere, Leber, Darm, Urogenitalsystem etc.

in zwei DRGs gesplittet. Deutlich geringere Kosten zeigten Fälle der DRG N11A *[...] mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC* mit (sub-)totaler Omentumresektion (OPS 5-543.21). Daher führt diese Leistung zukünftig nicht mehr in die DRG N11A, sondern wird aufwandsgerecht überwiegend in den Basis-DRGs N05 und N25 abgebildet.

2.3.2.9 Orthopädie und Unfallchirurgie

Wie schon in den Jahren zuvor war auch in diesem Jahr insgesamt eine rege Beteiligung am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems im Bereich der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zu verzeichnen. Neben Vorschlägen von Seiten der Fachgesellschaften erreichten uns auch Vorschläge von anderen Beteiligten des Gesundheitssystems. Zahlreiche Analysen und Anpassungen im aG-DRG-System hatten in den vergangenen Jahren in diesem Bereich zu einer Vielzahl von Weiterentwicklungen geführt. Auch für das aG-DRG-System 2026 konnten weitere Verbesserungen der Abbildung umgesetzt werden.

In der Basis-DRG I07 *Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* werden Fälle mit Amputationen abgebildet. Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass die Behandlung von Kindern mit Amputationen mit erhöhten Kosten verbunden sei. Nach Analyse wurden Kinder sowie Fälle mit bestimmter Hauptdiagnose für bösartige Neubildung in die DRG I07A [...] *mit komplexer Amputation oder bei bestimmter bösartiger Neubildung, Alter < 18 Jahre* kostenentsprechend aufgenommen und somit aufgewertet.

Im Vorschlagsverfahren wurde des Weiteren darauf hingewiesen, dass Fälle mit Fraktur des Tibia- bzw. des Femurschafts und einer Osteosynthese durch Ringfixateur einen ähnlichen Aufwand wie Fälle mit entsprechender Fraktur und einer Osteosynthese durch Fixateur externe hätten und in den Basis-DRGs I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]* und I13 *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten [...]* gleichgestellt sein sollten. Die Analyse bestätigte diesen Hinweis, sodass die Abbildung von Fällen mit einer Osteosynthese durch Ringfixateur der Abbildung von Fällen mit einer Osteosynthese durch Fixateur externe in den beiden Basis-DRGs angeglichen wurde.

Für den OPS Version 2024 wurde ein neuer OPS-Kode für *geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese durch Gewindestange am Becken (5-790.rd)* etabliert. Durch die automatische Überleitung des BfArM wurden Fälle mit diesem Code bisher in die DRG I08I *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 11 Jahre, ohne Eingriff an der unteren Extremität* eingruppiert. Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass die Kosten betroffener Fälle mindestens den Kosten von Fällen mit einer Schraubenosteosynthese am Becken entsprächen. Diese werden in der DRG I08F *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit bestimmten anderen Eingriffen an Hüftgelenk und Femur* abgebildet. Die Analyse bestätigte dies, sodass Fälle mit *Osteosynthese durch Gewindestange* für 2026 ebenfalls der DRG I08F zugeordnet werden.

Ein weiterer Hinweis im Vorschlagsverfahren stellte dar, dass der OPS-Kode für kombinierte *Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenks (5-802.8)* in die DRG I30A führe, nicht aber alle möglichen Kombinationen von Einzelcodes, die diesem „Kombikode“ inhaltlich entsprechen können. Bei der Analyse zeigten sich Fälle mit dem „Kombikode“ sowie mit einigen Einzelcodes für Eingriffe am Kapselbandapparat des Kniegelenks mit geringeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG I30A [...] *komplexer Eingriff am Kniegelenk [...]*. Im Ergebnis werden die betroffenen Fälle zukünftig kostenentsprechend in der DRG I30B *Arthroskopischer Eingriff [...]* oder *bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk [...]* abgebildet.

In der DRG I08H *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...] mit bestimmtem anderem Eingriff* sind Fälle z.B. mit geschlossener Reposition einer Femurfraktur durch intramedullären Draht abgebildet. Fälle mit endoskopischer partieller Resektion am Schenkelhals haben sich mit geringeren Kosten im Vergleich zu den anderen Fällen der DRG gezeigt und werden zukünftig kostenentsprechend in der DRG I08I abgebildet.

Einige Fälle der Basis-DRG I21 *Lokale Exzision [...] oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula*, z.B. mit bestimmter Klavikula-Reposition durch Schraube, Draht oder Platte, haben sich mit ähnlichen Kosten gezeigt wie Fälle der Basis-DRG I29 *Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula*. Betroffene Fälle wurden in die Basis-DRG I29 *Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula* verschoben, sodass sie dort zukünftig aufwandsgerecht abgebildet werden.

In der Basis-DRG I23 *Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen* werden beispielsweise Fälle mit Entfernung von Osteosynthesematerial abgebildet. Einige Fälle, wie z.B. mit bestimmter Inzision am Knochen am Fuß, haben sich mit ähnlichen Kosten wie Fälle der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* gezeigt und wurden in diese verschoben, sodass sie dort zukünftig aufwandsgerecht abgebildet werden.

Fälle mit der Hauptdiagnose Gonarthrose (Hauptdiagnose der MDC 08) und einer selektiven Embolisation mit Partikeln wurden bisher in der Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe* abgebildet, da in der MDC 08 dieser Eingriff nicht berücksichtigt war (Zuordnung deshalb zunächst zu den Basis-DRGs 801 und 802 und von dort prozedurenbezogene „Umleitung“ in die MDC 05 für Herz und Gefäße). Die Fälle zeigten sich mit ähnlichen Kosten wie Fälle der Basis-DRG I24 *Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe*. Im Ergebnis wurden betroffene Fälle in die Basis-DRG I24 aufgenommen und werden zukünftig kostenentsprechend in die DRG I24B *Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre* eingruppiert und somit innerhalb der MDC 08 abgebildet.

In der Basis-DRG I27 *Eingriffe am Weichteilgewebe, kleinflächige Gewebetransplantationen, großflächige Hauttransplantationen [...]* werden z.B. Fälle mit Naht, Verlängerung oder Reinsertion einer Sehne eingruppiert. Einige Fälle, z.B. mit *Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision am Fuß* oder mit bestimmter Zystenexstirpation am Fuß, haben sich mit ähnlichen Kosten wie Fälle der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* gezeigt und wurden in diese verschoben.

In der DRG I50A *Gewebe- / Haut-Transplantation [...] mit bestimmter Vakuumbehandlung* werden u.a. Fälle mit Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie an Haut, Unterhaut oder an Knochen und Gelenken der Extremitäten abgebildet. Fälle mit bestimmten Prozeduren für Eingriffe am Bindegewebe, wie z.B. mit einer freien Hauttransplantation von Spalthaut am Unterschenkel, haben sich mit geringeren Kosten im Vergleich zu den anderen Fällen der DRG gezeigt und werden zukünftig kostenentsprechend in der DRG I50B abgebildet.

In der DRG I59Z *Andere Eingriffe an den Extremitäten [...]* werden z.B. Fälle mit geschlossener Reposition einer Fraktur mit Osteosynthese an Radius, Ulna oder Humerus abgebildet. Fälle mit bestimmtem arthroskopischem Eingriff am oberen Sprunggelenk wie z.B. mit *Durchtrennung eines Bandes* oder *Debridement einer Sehne* haben sich mit

ähnlichen Kosten wie Fälle der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* gezeigt und wurden in diese verschoben.

Fälle mit Osteosynthese einer einfachen Radiusfraktur mit Schraube haben sich in der Basis-DRG I59 *Andere Eingriffe [...] mit ähnlichen Kosten* gezeigt wie Fälle der Basis-DRG I21 *Lokale Exzision [...] oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm [...]*. Betroffene Fälle wurden aus der DRG I59Z in die DRG I21Z verschoben, sodass sie dort zukünftig aufwandsgerecht abgebildet werden.

Der ICD-Kode für *Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19* (U10.9) wird für die ICD-10-GM Version 2026 nach Kindern und Erwachsenen ausdifferenziert. Bei der Analyse der Fälle in der Basis-DRG I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals* zeigten sich nur Kinder mit dem Kode mit höheren Kosten verbunden. Im Ergebnis wurden die entsprechenden höhergruppierenden Bedingungen in den Splits der Basis-DRG I66 auf Kinder eingegrenzt.

2.3.2.10 Urologie

Die Abbildung der Behandlung urologischer Fälle verteilt sich im aG-DRG-System auf zwei MDCs. So erfolgt die Abbildung der Behandlung geschlechtsunspezifischer Erkrankungen von harnbildenden und harnableitenden Organen in der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane*. Gleichfalls werden hier internistisch-nephrologische Fälle, beispielsweise bei Niereninsuffizienz mit oder ohne Dialyse und verwandte Verfahren, abgebildet. Die Abbildung von Fällen mit der Behandlung von Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane erfolgt in der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane*.

Für 2026 ergaben sich im Bereich der Hybrid-DRGs einige Änderungen, so die Implementierung zweier weiterer Hybrid-DRGs L06M und L17M in der MDC 11. In der MDC 12 entfällt die Hybrid-DRG M04N, da diese eine reine Kinder-DRG war (vgl. auch Kapitel 2.3.1.8).

Ebenfalls ergaben sich einige Änderungen für das aG-DRG-System 2026.

Krankheiten und Störungen der Harnorgane

Von den Änderungen innerhalb der MDC 11 war vor allem die operative Partition betroffen. So erfolgte eine Aufwertung von Fällen mit aufwendigeren Eingriffen, u.a. komplexe Nephrektomien aus der DRG L09A *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane [...]*, der „Reste-DRG“ der MDC 11. Entsprechend ihren Kosten wurden diese Fälle für 2026 der höher bewerteten DRG L10Z *Blasenrekonstruktion [...]* zugeordnet.

Bei geringem Kostenunterschied wurden die beiden DRGs L36A und L36B kondensiert und der daraus resultierenden DRG L36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte [...]* zugeordnet.

Lutetium-177-PSMA-Liganden

Von den Änderungen innerhalb der MDC 12 war die Abbildung der Behandlung von Fällen mit Prostatakarzinom durch ¹⁷⁷Lu-PSMA-Liganden (OPS 8-530.d0) betroffen. Diese Fälle werden seit dem G-DRG-System 2019 innerhalb der MDC 12 in einer eigenen DRG M10B *Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden* abgebildet. Dabei war ¹⁷⁷Lu-PSMA zunächst nur über Eigenherstellung verfügbar, später auch als Fertigarzneimittel. Die Zulassung durch die European Medicine Agency (EMA) erfolgte Ende 2022.

Aufgrund deutlich höherer Kosten des Fertigarzneimittels im Vergleich zum Produkt aus Eigenherstellung, kann für das Fertigarzneimittel seit 2023 auch zusätzlich ein NUB-Entgelt vereinbart werden. Seit dem OPS Version 2024 ist eine differenzierte Abbildung über zwei OPS-Kodes möglich:

- 8-530.d1 [...] *Therapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden aus patientenindividueller Eigenherstellung*
- 8-530.d2 [...] *Therapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden aus nicht patientenindividueller Herstellung*

Entsprechend erfolgte seit dem Datenjahr 2023 eine differenzierte Abfrage der Kosten für das Arzneimittel im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung. Im Vergleich der Datenjahre 2023 und 2024 zeigte sich ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen mit Therapie durch das Fertigarzneimittel, sodass im Datenjahr 2024 diese Fälle die Kosten der DRG dominierten.

Nach Bereinigung der NUB-Entgelte lagen die verbleibenden Kosten der Fälle mit Gabe des Fertigarzneimittels deutlich unter den Kosten der Fälle mit Eigenherstellung des Arzneimittels. Eine gemeinsame Abbildung in einer DRG war damit nicht mehr sachgerecht, sodass für das aG-DRG-System 2026 ein Split der DRG M10B mit Etablierung einer neuen DRG M10C erfolgte (siehe Abbildung 21).

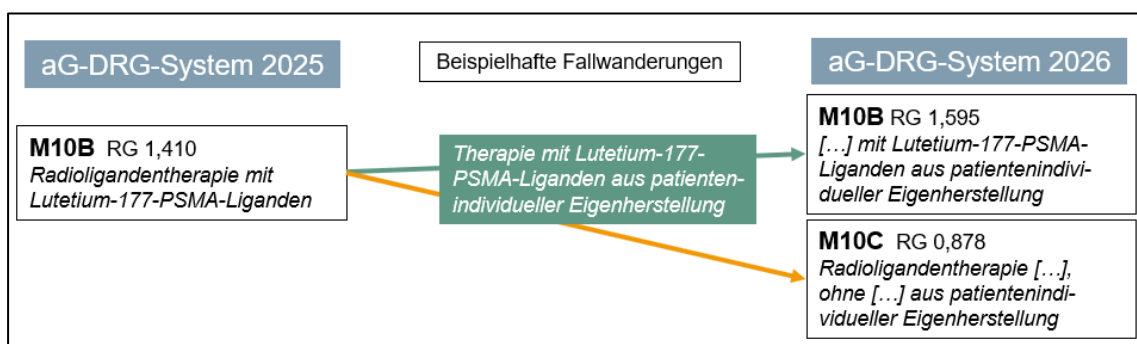


Abbildung 21: Split der DRG M10B für das aG-DRG-System 2026

2.3.2.11 Versorgung von Kindern

In jedem Kalkulationsjahr werden alle DRGs umfassend darauf überprüft, ob eine differenzierte Eingruppierung von Kindern, z.B. über die Einführung weiterer DRGs mit Gruppierungsrelevanz des Kindesalters („Kindersplits“), die sachgerechte Abbildung der Behandlung von Kindern im Entgeltsystem weiter verbessern kann. Ebenso werden existierende DRGs daraufhin geprüft, ob durch die Altersbedingung die Kinder weiterhin bessergestellt werden, um eine ungewollte Schlechterstellung von Kindern durch nicht mehr indizierte Kindersplits auszuschließen. Für das aG-DRG-System 2026 resultierten aus den systemweiten Analysen und Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren die folgenden Anpassungen bei der Abbildung von Kindern:

- Kinder bis zu einem Alter von 6 Jahren mit einer Verweildauer von einem Tag werden in der Basis-DRG K63 *Angeborene Stoffwechselstörungen* zukünftig in der DRG K63B [...], *mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre* und nicht mehr in der DRG K63C *Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag* abgebildet und damit aufgewertet.

- Kinder mit einem Alter kleiner als 3 Jahre wurden innerhalb der Basis-DRG Q60 *Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen* aufgewertet und werden zukünftig der DRG Q60C [...] *mit komplexer Diagnose oder schweren CC, Alter > 15 J. oder ohne Granulozytenstörung oder äußerst schwere CC oder ohne kompl. Diagnose, ohne schwere CC, Alter < 3 J.* anstelle der DRG Q60D [...] *ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC* zugeordnet.
- Auf Basis eines Hinweises im Vorschlagsverfahren zur Abbildung von Kindern mit Amputationen aufgrund von bösartigen Erkrankungen konnten in der Basis-DRG I07 *Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* Kinder mit einem Alter bis 18 Jahre sowie bestimmte bösartige Neubildungen z.B. an den Extremitätenknochen in die DRG I07A [...] *mit komplexer Amputation oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre* aufgewertet werden.
- In der Basis-DRG G24 *Eingriffe bei Hernien* [...] wurde mit der DRG G24C *Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre und Alter < 18 Jahre* [...] eine neue DRG etabliert, in die ausschließlich Kinder mit Herniotomie eingruppiert werden. Erwachsene werden zukünftig in der DRG G24D *Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre* abgebildet.

MDC 15 Neugeborene

Im Vorschlagsverfahren thematisierte ein Vorschlag zur MDC 15 die streitbefangene Kodierung unspezifischer Neugeboreneninfektionen mit unklarem Fieber und erhöhten Entzündungswerten nach der Entbindung. Die Unterscheidung, ob die Ursache eine angeborene Infektion (ICD-Kode P37.- *Sonstige angeborene infektiöse und parasitäre Krankheiten*) oder eine Infektion mit Ursprung in der Perinatalperiode (ICD-Kode P39.- *Sonstige Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind*) ist, sei medizinisch oft nicht möglich. Während unspezifische angeborene Infektionen bei reifen Neugeborenen innerhalb der Basis-DRG P67 *Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g* [...] zur Höhergruppierung in die DRG P67A *Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung* [...] bzw. P67B *Neugeborenes, Aufnahmegegew. > 2499 g mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh.,* [...] führen können, trifft dies auf Codes für unspezifische Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind, nicht zu. Im Vorschlagsverfahren wurde daher eine einheitliche Eingruppierung der betroffenen Diagnosen angeregt. Die durchgeführten Analysen zeigten, dass Fälle mit bestimmten unspezifischen Diagnosen aus dem Codebereich P39.- in den DRGs P67D *Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 1999 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem* [...] und P67E *Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem* [...] in gewissem Maß höhere Kosten aufwiesen, die aber keine Eingruppierung in die DRGs P67A/B begründen. Sie werden daher zukünftig zusammen mit weiteren Diagnosen aus diesem Bereich, wie beispielsweise der intraamnialen Infektion des Fetus, der DRG P67C *Neugeborenes, Aufnahmegegew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., anderes Problem und mehr als ein Belegungstag* [...] zugeordnet. Andere Diagnosen für unspezifische angeborene Infektionen (aus dem Codebereich P37.-) werden zukünftig aufwandsgerecht nicht mehr überwiegend in die DRG P67B, sondern ebenfalls in die DRG P67C eingruppiert. Im Ergebnis

konnte also eine deutliche Angleichung der im Vorschlagsverfahren benannten Diagnosen erreicht werden.

Teilstationäre Leistungen bei Kindern

Für die aG-DRG-Version 2021 wurden auf Grundlage eines Antrags der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) zehn unbewertete teilstationäre DRGs für Diagnostik und Behandlung von Kindern in der neuen MDC 25 *Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung* etabliert. Diese werden einheitlich über die folgenden Attribute definiert:

- Alter kleiner als 18 Jahre (Ausnahme DRG 749Z: Alter kleiner als 10 Jahre)
- Verweildauer = 1 Tag
- Aufnahmegrund = teilstationäre Behandlung

Zur Umsetzung für 2021 wurde vorab ein weitgehender Konsens zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene und GKinD erzielt. Der DRG-spezifische medizinische Inhalt entspricht den Vorgaben der teilstationären OPS-Kodes, die zum Zweck der Definition dieser DRGs in den OPS Version 2021 aufgenommen wurden. Leistungs- und Kosteninformationen zu den DRGs der MDC 25 lagen weder bei der Etablierung für 2021 in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser des Jahres 2019 noch in den Daten des Jahres 2020 vor. Die Daten des Jahres 2021, in dem diese Leistungen erstmals verschlüsselt wurden, ergaben keinen Anhalt für eine Bewertung der DRGs. Daher waren die DRGs der MDC 25 bisher unbewertet. Auch im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurde erneut der Vorschlag, die DRGs der MDC 25 zu kalkulieren und zu bewerten, eingebracht. Die Analysen der Fälle der teilstationären DRGs zeigten auch in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser des Jahres 2024 unverändert eine uneinheitliche Datelage, sodass für den Fallpauschalen-Katalog 2026 weiterhin keine Bewertung der DRGs der MDC 25 möglich war.

Zusatzentgelte

Im Fallpauschalen-Katalog 2026 existieren unverändert 70 Zusatzentgelte für Medikamente mit Kinderdosisklassen sowie sechs sonstige kinderspezifische Zusatzentgelte (z.B. für Komplexe neuropädiatrische Diagnostik).

2.3.3 Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2026 konnten erneut Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten in das aG-DRG-System integriert werden. NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 27 aufgeführt.

Bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wird im Rahmen der Prüfung der Integration von NUB-Leistungen auch die Sachgerechtigkeit in dem Sinne überprüft, dass die Kostenangaben der NUB-Anfragen anhand objektiver Leistungs- und Kostendaten verifiziert werden. Sollte sich in den Daten eine sachgerechte Vergütung einer Leistung zeigen, die bisher die NUB-Kriterien erfüllt hat, würden diese Erkenntnisse bei der Beurteilung im NUB-Verfahren des Folgejahres zum Tragen kommen. Neben der Überprüfung von Leistungen mit NUB-Status 1 werden ebenfalls Leistungen auf ihre sachgerechte Abbildung hin überprüft, die im NUB-Verfahren als hochteure Leistungen beschrieben

werden, aber das Kriterium der Neuheit nicht erfüllen und daher nicht als NUB anerkannt werden konnten (NUB-Status 2). Diese Überprüfung kann zwei unterschiedliche Folgen haben. Zum einen kann die Leistung bei Bestätigung einer nicht sachgerechten Vergütung ggf. klassifikatorisch im aG-DRG-System oder als Zusatzentgelt abgebildet werden. Zum anderen kann die Objektivierung der im NUB-Verfahren beschriebenen Kosten anhand der Kalkulationsdaten die Beurteilung mit NUB-Status 2 weiter fundieren.

NUB-Verfahren	Status 2025	Zusatzentgelt	Bezeichnung Zusatzentgelt
<i>Ravulizumab</i>	1	ZE2026-231	<i>Gabe von Ravulizumab, parenteral</i>
<i>Darolutamid</i>	1	ZE2026-232	<i>Gabe von Darolutamid, oral</i>
<i>Mogamulizumab</i>	1	ZE2026-233	<i>Gabe von Mogamulizumab, parenteral</i>
<i>Dostarlimab</i>	1	ZE2026-234	<i>Gabe von Dostarlimab, parenteral</i>
<i>Enfortumab vedotin</i>	1	ZE2026-235	<i>Gabe von Enfortumab vedotin, parenteral</i>
<i>Sacituzumab govitecan</i>	1	ZE2026-236	<i>Gabe von Sacituzumab govitecan, parenteral</i>
<i>Tafasitamab</i>	1	ZE2026-237	<i>Gabe von Tafasitamab, parenteral</i>
<i>Trastuzumab deruxtecan</i>	1	ZE2026-238	<i>Gabe von Trastuzumab deruxtecan, parenteral</i>
<i>Glofitamab</i>	1	ZE2026-239	<i>Gabe von Glofitamab, parenteral</i>
<i>Tebentafusp</i>	1	ZE2026-240	<i>Gabe von Tebentafusp, parenteral</i>

Tabelle 27: Leistungen mit NUB-Status 1 im Jahr 2025, die ab dem aG-DRG-System 2026 als Zusatzentgelt abgebildet werden

Das NUB-Verfahren hat somit eine große Bedeutung für das aG-DRG-System. Einerseits kann über die Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG eine potentielle Finanzierungslücke für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geschlossen werden. Andererseits dient es als Informationsquelle zur Ermöglichung einer raschen Integration medizinischer Innovationen in das aG-DRG-System.

2.3.4 Zusatzentgelte

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung wurden nach den Verfahrenseckpunkten zur Umsetzung des § 6 Abs. 2 KHEntgG (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) über 250 spezielle und hochaufwendige Leistungen auf die Möglichkeit einer sachgerechten Abbildung als Zusatzentgelt im aG-DRG-System geprüft. Prinzipiell blieb die Untersuchungsmethodik gegenüber den Vorjahren unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten Kostendaten und ergänzenden Fallinformationen

bildeten die Grundlage für die Definition und Bewertung der Zusatzentgelt-Leistungen. Die Anzahl der Zusatzentgelte des aG-DRG-Systems 2026 im Vergleich zum aG-DRG-System 2025 ist in Tabelle 28 dargestellt.

	aG-DRG-System 2025	aG-DRG-System 2026
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	38	36
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	31	30
Besondere Behandlungsformen	4	4
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	50	50
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	114	126
Besondere Behandlungsformen	6	6
Gesamt	243	252

Tabelle 28: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im aG-DRG-System 2025 und 2026

Zu den besonderen Behandlungsformen zählen die *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE145), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1)* (ZE162), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)* (ZE163) (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie die *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2026-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2026-36), die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2026-40), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst* (ZE2026-133), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst* (ZE2026-134) und die *Längerfristige Beatmungsentwöhnung* (ZE2026-190) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

Die Bewertung der Leistungen in den Anlagen 2 und 5 FPV 2026 erfolgte – soweit überhaupt betroffen – aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem aG-DRG-System ohne Berücksichtigung von Pflegepersonalkosten. Hiervon betroffen sind u.a. einige Leistungen der besonderen Behandlungsformen, wie beispielsweise die Zusatzentgelte für palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60, ZE145) oder für erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (ZE162, ZE163).

Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand

Die Methodik zur Berechnung der Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 wurde unverändert aus den Jahren vor der Corona-Pandemie übernommen. Diese basierte auf dem im System verbleibenden Teil der mit Pflege assoziierten Kosten, d.h. auf den Modulen 1_4a, 1_6a und 13_2. Die bisherige Berechnungsweise mit bestmöglicher Näherung durch Günstigerprüfung mit Konzentration auf die (Differenzen der) „Pflegekosten“ wurde grundsätzlich beibehalten. Auch im Jahr 2026 gibt es weiterhin zwei DRG-abhängige Zusatzentgelte („niedriges“ ZE162 und „hohes“ ZE163) für die Pflegebedürftigkeit eines Patienten ab Pflegegrad 3 und einer Verweildauer von mindestens 5 Tagen. Wie in den Vorjahren erfolgte eine Anpassung des „Trennwerts“ zwischen hohem und niedrigem

Zusatzentgelt für erhöhten Pflegeaufwand, sodass die Erlösvolumina der beiden Zusatzentgelte auf Basis des Datenjahres 2024 etwa gleich groß sind.

Der erhöhte Aufwand für pflegebedürftige Menschen wird damit weiterhin mit den Zusatzentgelten ZE162 und ZE163 abgebildet. Für das aG-DRG-System 2026 ergeben sich nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten Beträge in Höhe von 21,75 € für ZE162 und 46,16 € für ZE163. Aktualisierte DRG-Listen für die Zuordnung der DRGs zu einem der beiden Zusatzentgelte für den Fallpauschalen-Katalog 2026 finden sich in Anlage 8 FPV 2026.

Dialysen

Die Berechnung der Entgeltbeträge für die Zusatzentgelte für Dialyse und verwandte Verfahren (ZE01.01, ZE01.02, ZE02, ZE36, ZE37, ZE61, ZE62, ZE119, ZE120, ZE121, ZE122 und ZE123) erfolgte auf Basis der aktuellen Kostendaten des Jahres 2024 in Kostenstellengruppe 3 (Dialyse) – ohne Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten. Gemäß DRG-Grundlagenvereinbarung erfolgte für diese Zusatzentgelte kein separater Ausweis der aus den Zusatzentgelten ausgegliederten Pflegepersonalkosten. Nach dem Regelwerk zur Berechnung der Zusatzentgelte für Dialyse und verwandte Verfahren wird der Kostenanteil für die nicht medizinische Infrastruktur über einen pauschalen Zuschlag abgebildet.

Für das Zusatzentgelt ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* entsprach die Datenbasis erneut nicht den Anforderungen des Regelwerks. Zur Vermeidung einer temporären Verschiebung dieser Leistung zwischen Anlage 2 (bewertet) und Anlage 4 (unbewertet) wurde für dieses Zusatzentgelt der Vorjahreswert ausgewiesen. Das Zusatzentgelt ZE2026-109 *Dialyse mit High-Cut-Off-Dialysemembran* bleibt auch weiterhin unbewertetes Zusatzentgelt.

Verfahren

Für 2026 wurden zwei Verfahren aus der Liste der bewerteten Zusatzentgelte gestrichen (siehe Tabelle 29).

2025	Zusatzentgelt-Bezeichnung	2026
ZE101	Medikamente-freisetzende Koronarstents	gestrichen
ZE153	Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar	gestrichen

Tabelle 29: Für 2026 gestrichene bewertete Zusatzentgelte

Hierbei handelt es sich zum einen um das „historische“ Zusatzentgelt ZE101 *Medikamente-freisetzende Koronarstents*, das schon im ersten Fallpauschalen-Katalog etabliert und 2009 in die Liste der bewerteten Zusatzentgelte aufgenommen wurde. Der Vergütungsbetrag lag damals bei 693,11 € je Stent, zuletzt (2025) noch bei 39,18 €. Neben dem (fortgesetzten) Preisrückgang ist die Leistung auch immer mehr zur Standardleistung bei PTCA geworden, es finden sich kaum noch Fälle mit „bare metal stents“. Zum Zweiten handelt es sich um das ZE153 *Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar*. Hier waren neben sinkenden Implantatkosten bei kleinen Fallzahlen auf Fallenebene keine höheren Kosten mehr nachweisbar. Für beide Zusatzentgelte erfolgte dementsprechend keine Bereinigung, d.h. die Implantatkosten sind in den jeweiligen DRGs verblieben.

Medikamente

In die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte wurden insgesamt zehn neue Zusatzentgelte für Medikamente aufgenommen, die für das Jahr 2025 den NUB-Status 1 erhalten hatten (siehe Tabelle 30). Die aufgeführten Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgelt-Definition, konnten jedoch auf Basis der vorhandenen Daten nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

Zusatzentgelt	Bezeichnung
ZE2026-231	<i>Gabe von Ravulizumab, parenteral</i>
ZE2026-232	<i>Gabe von Darolutamid, oral</i>
ZE2026-233	<i>Gabe von Mogamulizumab, parenteral</i>
ZE2026-234	<i>Gabe von Dostarlimab, parenteral</i>
ZE2026-235	<i>Gabe von Enfortumab vedotin, parenteral</i>
ZE2026-236	<i>Gabe von Sacituzumab govitecan, parenteral</i>
ZE2026-237	<i>Gabe von Tafasitamab, parenteral</i>
ZE2026-238	<i>Gabe von Trastuzumab deruxtecan, parenteral</i>
ZE2026-239	<i>Gabe von Glofitamab, parenteral</i>
ZE2026-240	<i>Gabe von Tebentafusp, parenteral</i>

Tabelle 30: Im Jahr 2025 mit Status 1 bewertete NUB-Leistungen, die ins aG-DRG-System 2026 als unbewertete Zusatzentgelte integriert wurden

Die Gabe von humanem, polyvalentem Immunglobulin umfasst eine Vielzahl von verschiedenen Präparaten und wird seit 2007 über ein bewertetes Zusatzentgelt vergütet: ZE93 *Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent*. Für diese Leistung erfolgt im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung bereits seit einigen Jahren (neben der verabreichten Dosis und den Kosten) eine Abfrage der eingesetzten Präparate auf Fallebene. Die Erhöhung der Bezugskosten resultiert bereits seit Jahren in jährlichen Preisanpassungen im Katalog. Bei den Analysen der ergänzenden Daten des Jahres 2024 zeigte sich für die meisten Präparate eine fortgesetzte Steigerung der Bezugskosten im Vergleich zum Vorjahr, woraus für 2026 erhöhte Beträge für das ZE93 resultierten (+3,6%).

Für die Gabe von Nivolumab (aG-DRG-System 2025: ZE2025-161 *Gabe von Nivolumab, parenteral*) erfolgte im Laufe des Jahres 2025 die Markteinführung einer subkutanen Darreichungsform als Einmal-Fertigspritze. Gemäß der zum Zeitpunkt der Weiterentwicklung verfügbaren Informationen sind die Preise pro mg Wirkstoff für die subkutane Darreichung aufgrund der unterschiedlichen Dosierung in etwa um mehr als das Zweifache geringer als für die intravenöse Darreichung. Da die Abrechnung beider Applikationsformen über das bestehende Zusatzentgelt und die dafür zur Verfügung stehenden Dosisklassen im Widerspruch zu einer sachgerechten Vergütung steht, wurden sowohl der OPS-Kode als auch das Zusatzentgelt für 2026 differenziert (siehe Tabelle 31).

Wirkstoff	Applikationsform	ZE (2026)	Zusatzentgelt-Bezeichnung	OPS-Kode (2026)
Nivolumab	intravenös	ZE2026-241	Gabe von Nivolumab, intravenös	6-008.n*
	subkutan	ZE2026-242	Gabe von Nivolumab, subkutan	6-008.p*

Tabelle 31: Im aG-DRG-System 2026 neu nach Applikationsform differenzierte Zusatzentgelte für Medikamente

Gabe von Nirsevimab

Zum 1. Oktober 2024 erfolgte unterjährig die Etablierung eines bewerteten Zusatzentgelts für die Gabe des für die RSV-Prophylaxe bei Neugeborenen und Kleinkindern eingesetzten Arzneimittels Nirsevimab: ZE176 *Gabe von Nirsevimab, parenteral, 50 mg oder 100 mg, Alter < 1 Jahr*, mit einem im Katalog ausgewiesenen Betrag von 416,50 €. Das Zusatzentgelt ist gemäß Ergänzungsvereinbarung zur FPV 2024-2025 bis zum 31. Dezember 2025 befristet abrechenbar. Nach § 3 Abs. 1 der Ergänzungsvereinbarung soll zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Hersteller von Nirsevimab ein Erstattungsbetrag gemäß § 130b Abs. 1 SGB V vereinbart werden. Da zum Zeitpunkt der Katalogerstellung der im Jahr 2026 abzurechnende Betrag noch nicht bekannt war, wurde für 2026 das Zusatzentgelt für die Gabe von Nirsevimab in die Anlage 4 bzw. 6 (unbewertete Zusatzentgelte) überführt (siehe Tabelle 32).

	2025	2026
<i>Gabe von Nirsevimab, parenteral, 50 mg oder 100 mg, Alter < 1 Jahr</i>	ZE176	ZE2026-230

Tabelle 32: Gabe von Nirsevimab, parenteral, Änderungen für das aG-DRG-System 2026

Gabe von Blutprodukten

Bei weiterhin unterschiedlichen Kosten für Thrombozytenkonzentrate und Apherese-Thrombozytenkonzentrate enthält der Fallpauschalen-Katalog 2026 in Bezug auf Vergütungsbetrag und Einstiegsschwelle unverändert differenzierte Zusatzentgelte: ZE146 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* und ZE147 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* bzw. ZE164 *Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten* und ZE165 *Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten*.

Für den OPS Version 2024 wurden neue Codes für die Gabe von pathogeninaktivierten patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten etabliert. Diese Leistung konnte demnach erstmals anhand der regulären und der ergänzenden Datenbereitstellung der Kalkulationskrankenhäuser analysiert werden. Wie schon im letzten Jahr waren die über die ergänzende Datenbereitstellung übermittelten Kosten sehr inhomogen und vergleichbar mit den Kosten patientenbezogener Thrombozytenkonzentrate. Aus diesem Grund konnte auch für 2026 kein eigenständiges Zusatzentgelt etabliert werden. Dementsprechend wird im Fallpauschalen-Katalog 2026 die Gabe von pathogeninaktivierten patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten weiterhin in dem bestehenden Zusatzentgelt ZE108 *Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten* abgebildet.

2.3.5 Sortierung

Vorgehensweise

Zur Vermeidung der Problematik einer „Mindervergütung bei Mehrleistung“ werden im aG-DRG-System die DRGs in der Regel gemäß ihren mittleren Kosten sortiert. Daraus resultiert eine Abfragereihenfolge, in der typischerweise hoch bewertete DRGs vor geringer bewerteten DRGs abgefragt werden. Die Vorgehensweise der Sortierung entsprach weitgehend der Vorgehensweise der Vorjahre. Grundsätzlich erfolgte auch für das aG-DRG-System 2026 eine an den Kosten der Fälle orientierte konsequente Sortierung aller DRGs innerhalb der operativen und der anderen Partition, wohingegen in der medizinischen Partition in der Regel auf eine Sortierung verzichtet werden konnte, da diese DRGs über Hauptdiagnosen definiert und damit disjunkt (überschneidungsfrei) sind.

Weiterhin gelten auch die MDC-spezifischen Besonderheiten:

- Vollständige partitionsübergreifende Sortierung in den MDCs 17, 18A und 18B
- Weitgehend partitionsübergreifende Sortierung in den MDCs 04 und 05
- Sortierung zwischen anderer und medizinischer Partition in den MDCs 06, 07 und 11
- Einsortierung endoskopischer Eingriffe (DRGs H40A, H40B) und komplexer therapeutischer ERCPs (DRGs H41A, H41B) in die operative Partition der MDC 07
- Einsortierung der kardiothorakalen und Gefäßeingriffe in die sonst disjunkten DRGs der MDC 15 entsprechend ihren Kosten
- Sortierung aller DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung ihren Kosten entsprechend in die Abfragereihenfolge der Prä-MDC
- Individuelle Berücksichtigung der medizinischen Tumor-DRGs und entsprechender Strahlentherapie-DRGs bei der Sortierung in den MDCs 12 und 13
- Sortierung der Prä-MDC unter Berücksichtigung der zahlreichen DRG- und MDC-Zuweisungen

Besondere Konstellationen

Wie oben dargestellt, werden die DRGs typischerweise gemäß ihren mittleren Kosten absteigend sortiert. Seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten – erstmalig im aG-DRG-System 2020 – werden die mittleren Inlierkosten ohne die Kosten der Pflege am Bett als Sortierkriterium herangezogen.

Neben den mittleren Inlierkosten bzw. dem Relativgewicht wird zur Vermeidung einer nicht sachgerechten Vergütung in einigen Konstellationen auch die mittlere Verweildauer und somit auch die untere und obere Grenzverweildauer (UGV, OGV) der Fälle betroffener DRGs berücksichtigt. Exemplarisch soll dies anhand der Sortierung innerhalb der Basis-DRG F49 erläutert werden. Die DRG F49B *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter < 18 Jahre* steht an Abfrageposition 135 und hat mit 1,033 ein niedrigeres Relativgewicht als die direkt danach abgefragte DRG F49C *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter > 17 Jahre [...]* mit Rang 136 und einem Relativgewicht von 1,735.

In der DRG F49B werden Fälle mit einem Alter unter 18 Jahren abgebildet. Kinder bleiben bei vergleichbaren Diagnosen und Prozeduren typischerweise im Mittel kürzer im Krankenhaus als Erwachsene, d.h. sie haben eine kürzere Verweildauer und damit auch entsprechend kürzere Grenzverweildauern (UGV bzw. OGV). Das zeigt auch der Vergleich

der DRG F49B (mVWD 2,6) mit der DRG F49C (mVWD 14,1). Das bedeutet aber auch, dass die Fälle der DRG F49B sowohl eine niedrigere UGV, als auch eine deutlich niedrigere OGV als die Fälle der DRG F49C besitzen. Wenn man beide DRGs zusammenlegen würde, d.h. die Kinder-DRG entfallen ließe, würde dies bedeuten, dass ein ganz erheblicher Teil der Inlier-Fälle der jetzigen F49B einen Kurzlieger-Abschlag bekommen und ein Teil der Langlieger-Fälle erst ab einer Verweildauer von 28 Tagen im Vergleich zu jetzt ab 7 Tagen einen Zuschlag bekäme. Bei einem relevanten Anteil von vor allem Kurz-, aber auch Langliegern innerhalb der DRG F49B sowie zusätzlich einer hohen Anzahl an Fällen, die in der DRG F49B Inlier sind, aber in einer kondensierten DRG Abschläge erhielten, würde dies zu einer erheblichen Schlechterstellung von Kindern führen (siehe auch Abbildung 22).

Rang-Sortierung	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil-dauer	UGV: Erster Tag mit Abschlag	OGV: Erster Tag mit zusätzl. Entgelt
135	F49B	A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,033	2,6	1	7
136	F49C	A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	1,735	14,1	4	28

Abbildung 22: Auszug aus dem Fallpauschalen-Katalog 2026: DRGs F49B und F49C

Ein weiteres Beispiel betrifft die nicht nach Alter, aber nach unterschiedlichen Behandlungsformen differenzierte Basis-DRG K15 *Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag*. In dieser Basis-DRG wurden gleich zweimal DRGs von Fällen mit kurzer Verweildauer, aber niedrigerem Relativgewicht vor DRGs mit höherem Relativgewicht und längerer Verweildauer sortiert – siehe Abbildung 23. Hier würde ein Zusammenlegen von Fällen u.a. zu einer nicht sachgemäßen Benachteiligung bestimmter Behandlungsformen führen.

Rang-Sortierung	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil-dauer	UGV: Erster Tag mit Abschlag	OGV: Erster Tag mit zusätzl. Entgelt
16	K15A	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie	0,938	3,0	-	5
17	K15B	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie	1,612	12,7	3	26
19	K15C	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie	0,679	3,2	-	6
20	K15D	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie	0,813	5,6	-	12
22	K15E	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie	0,483	3,0	-	6

Abbildung 23: Auszug aus dem Fallpauschalen-Katalog 2026: Basis-DRG K15

Die Abfragereihenfolge der Hybrid-DRGs folgt aufgrund ihrer kürzeren Verweildauer sowie ihrer Sonderstellung im System ebenfalls nicht den mittleren Kosten (die Kosten der

stationären Hybridfälle repräsentieren ja zudem stets nur einen Teil der gesamten Hybrid-DRG). Stattdessen sind Hybrid-DRGs auch im aG-DRG-System 2026 (wie schon in den beiden Systemjahren zuvor) stets unmittelbar vor der jeweiligen „Mutter“-DRG einsortiert.

2.3.6 Umgang mit ICD-10-GM- und OPS-Anpassungen

2.3.6.1 Anpassungen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Die ab 1. Januar 2026 gültige ICD-10-GM Version 2026 enthält insgesamt 14.370 terminale Codes und somit 61 Codes mehr als die Version 2025 (14.309). Die Mehrzahl dieser Codes (14.281, 99,38%) unterscheidet sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des dazugehörigen Textes von denen des Vorjahres.

Der OPS Version 2026 enthält insgesamt 34.753 terminale Codes. Das sind 451 Codes mehr als im OPS Version 2025 (34.302). Die Mehrzahl der Codes (33.691, 96,94%) zeigt ebenfalls keinen Unterschied zum Vorjahr in Bezug auf den Code und die Leistungsbeschreibung.

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des BfArM, das in seinem jährlichen Revisionsverfahren auch Änderungsvorschläge annimmt. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2026 beim InEK eingegangenen Vorschläge zur Umformulierung bestehender Codes bzw. zur Etablierung neuer Codes wurden an die zuständigen Stellen beim BfArM weitergeleitet.

Über die im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2026 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems die Notwendigkeit weiterer neuer Codes deutlich. Dies betrifft beispielsweise die neuen OPS-Codes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2026 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-00e.a- *Applikation von Medikamenten, Liste 14: Dostarlimab, parenteral* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE2026-234 *Gabe von Dostarlimab, parenteral*.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2026 aufgenommen. Dies unterstützt einerseits die Detektion von Fällen für die Abrechnung vereinbarter NUB-Leistungen. Andererseits ermöglicht es in Zukunft Analysen zur Eingliederung dieser Leistungen in das aG-DRG-System. Ein Beispiel ist die Einführung des neuen Codes 5-399.k *Ummantelung der Aortenwurzel und Aorta ascendens mit einer patientenindividuell angefertigten Prothese*. Der neue Code ermöglicht zukünftig die spezifische Abbildung und Analyse der NUB-Leistung „Personalisierte externe Aortenwurzelunterstützung (PEARS)“.

Entsprechend der Vorgehensweise in den Vorjahren wurden für 2026 bestehende ICD-Codes differenziert bzw. neue ICD-Codes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurde ein neuer 5-Steller zur spezifischen Kodierung eines bösartigen Melanoms des Rumpfes eingeführt: C43.50 *Bösartiges Melanom der Perianalhaut* und C43.59 *Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes*. Auf diese Weise besteht zukünftig die Möglichkeit, Fälle mit der Diagnose C43.5- *Bösartiges Melanom des Rumpfes* aufwandsentsprechend abzubilden.

2.3.6.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2025 gültigen Versionen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2026 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2024 (Datenjahr 2024). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2024 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2024 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2026 stand zunächst die aG-DRG-Version 2024/2026 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den aG-DRG-Algorithmus des Jahres 2026 anhand der im Datenjahr 2024 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des aG-DRG-Systems 2026 für die Gruppierung im Jahr 2026 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei Überleitungen des Systems notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das aG-DRG-System 2024/2026 auf das aG-DRG-System 2025/2026 übergeleitet. Die für diesen Zweck notwendige Überleitung der Diagnose- und Prozedurenkodes wurde ausgehend von den Überleitungstabellen, die vom BfArM zur Verfügung gestellt wurden, durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte jedem der im Jahr 2025 gültigen Diagnose- oder Prozedurenkodes eine Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, typischerweise die, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2024 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2026 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt. Auf diese Weise entstand die aG-DRG-Version 2025/2026. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2024/2025 auf die aG-DRG-Version 2025 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht für das Jahr 2025 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die aG-DRG-Version 2025/2026 auf die aG-DRG-Version 2026 übergeleitet. Erneut dienten die vom BfArM zur Verfügung gestellten Überleitungstabellen als Basis.

Die beiden Übergangsversionen sollen es den Vertragspartnern auf Ortsebene ermöglichen, Budgetverhandlungen für das Jahr 2026 auf Basis der Leistungsdaten der Jahre 2024 bzw. 2025 zu führen. Dabei sollten die für diesen Zweck ebenfalls auf der [Internetseite des InEK](#) veröffentlichten „Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung“ berücksichtigt werden.

Die Vorgehensweise bei der Überleitung der Codes der ICD-10-GM und des OPS wird in den folgenden Abschnitten näher erläutert.

2.3.6.3 Nicht identische Codes mit „Vorgängerkode“

Für identische Codes ergibt sich in der Regel nicht die Notwendigkeit einer Überleitung. Für nicht identische Codes bestand die gewählte Überleitung zumeist in einer an der Überleitungstabelle des BfArM orientierten klassifikatorischen Überleitung. In Einzelfällen musste von dieser Überleitung abgewichen werden. Damit lassen sich zwei Varianten der Überleitung festhalten:

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Klassifikatorische Überleitung

Bei der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2026 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2025/2026 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den für das Jahr 2026 neu etablierten fünfstelligen Codes für *Primäres Weitwinkelglaukom* (ICD H40.1-) die Funktion des im Jahr 2025 gültigen vierstelligen Codes H40.1 *Primäres Weitwinkelglaukom* zugewiesen (siehe Tabelle 33).

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2025)	Neue Codes (ICD-10-GM Version 2026)
H40.1 <i>Primäres Weitwinkelglaukom</i>	H40.10 <i>Pseudoexfoliationsglaukom</i> H40.18 <i>Sonstige Formen des primären Weitwinkelglaukoms</i>

Tabelle 33: Differenzierung des ICD-Kodes H40.1 Primäres Weitwinkelglaukom

Die neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des BfArM auf den Vorgängerkode H40.1 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das aG-DRG-System 2026:

In jeder Tabelle des aG-DRG-Systems 2025/2026, in welcher der alte ICD-Kode H40.1 verzeichnet ist, wurden für das aG-DRG-System 2026 jeweils die neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnosetabelle der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges*
- Tabelle „Glaukom, Katarakt, Erkrankungen des Augenlides“ der DRG C64Z

Darüber hinaus werden die neuen ICD-Kodes auch in Bezug auf die CCL-Matrix und die CC-Ausschlüsse wie der „Vorgängerkode“ behandelt.

Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

In einigen Fällen ist es sinnvoll, von der klassifikatorischen Überleitung abzuweichen.

Das betrifft meistens die Situationen, in denen z.B. durch die Aufnahme neuer Codes in die Klassifikation eine weitere Differenzierung der vorhandenen Codes erfolgt und eine klassifikatorische Überleitung auf einen sonstigen Kode zu einer eindeutig nicht sachgerechten Abbildung dieser Codes im Vergleich zu inhaltlich ähnlichen, bereits existierenden Codes führt.

Im Prozeduren-Katalog 2026 wurde ein Kode für die *Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2, 3, 4a und 4b] mit Resektion des Segmentes 1* (OPS 5-502.a) neu etabliert. Laut klassifikatorischer Überleitung des BfArM sollte dieser neue OPS-Kode auf den unspezifischen Kode („Sonstige“) für *Anatomische (typische) Leberresektion: Resektion sonstiger Segmentkombinationen* (OPS 5-502.5) übergeleitet werden. Dies würde in der Gruppierung der entsprechenden Fälle bedeuten, dass diese Leistung in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* – im Gegensatz zur *Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2, 3, 4a und 4b]* (OPS 5-502.1) –, nicht in der Basis-DRG H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie [...]* abgebildet wird. Um zu gewährleisten, dass zukünftig eine Eingruppierung analog zu Codes erfolgt, die eine Teilleistung (Resektion der Lebersegmente 2, 3, 4a und 4b) des neuen Verfahrens beschreiben, wurde von der klassifikatorischen Überleitung des BfArM abgewichen. Im Ergebnis wurde der neue Kode 5-502.a auf den Kode 5-502.1 *Hemihepatektomie links [Resektion*

der Segmente 2, 3, 4a und 4b) übergeleitet und wird damit in der aG-DRG-Version 2026 in der Basis-DRG H01 der MDC 07 abgebildet.

Überleitung unter Anpassung des Gruppierungsalgorithmus

Bei komplexen Änderungen der Klassifikationssysteme kann es notwendig werden, den Gruppierungsalgorithmus so anzupassen, dass Fälle mit vergleichbaren Diagnosen und vergleichbaren durchgeführten Behandlungsverfahren in die gleichen DRGs eingruppiert werden.

Hier ist zu unterscheiden zwischen einerseits Anpassungen, die bereits während der Weiterentwicklungsphase im Sommer in Kenntnis zukünftiger Veränderungen der ICD- und OPS-Klassifikation durchgeführt werden können, und andererseits Anpassungen des Gruppierungsalgorithmus während der im Herbst nach Abschluss der Systementwicklung durchgeführten Überleitungen. Bei der letztgenannten Vorgehensweise ist nicht immer eine vollständige Kongruenz von Kalkulations- und Abrechnungsjahr zu erreichen. Auf derartige Konstellationen wird in den vom InEK veröffentlichten Budgethinweisen eingegangen.

Für die aG-DRG-Version 2026 bestand nicht die Notwendigkeit einer Anpassung des Algorithmus nach der Überleitung auf die ICD-10-GM bzw. den OPS Version 2025. Das wird anhand folgenden Beispiels erläutert:

Im OPS Version 2025 wurden die Codes für die *Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk* (OPS 5-808.b2 bis .b6) differenziert in „Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V“ und „Interphalangealgelenk, Digitus II bis V“. Analog zum OPS bis einschließlich zur Version 2024 ist auch die Anzahl der versorgten Gelenke kodierbar. In der aG-DRG-Version 2024/2025 sind die Codes für mindestens zwei Gelenke z.B. in der Split-Bedingung zur DRG I20E *Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritiden oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre* in Kombination mit bestimmten Eingriffen an der Großzehe gruppierungsrelevant. Ab 2025 sind Fälle, die sowohl einen Eingriff an einem Metatarso- als auch an einem Interphalangealgelenk Digitus II bis V haben, nicht mehr wie bisher mit einem Code für „zwei Gelenke“, sondern stattdessen mit zwei Codes für jeweils ein Gelenk zu verschlüsseln. Um eine geänderte Gruppierung durch Änderung der Kodierung einer offenen chirurgischen Arthrodesen an den Kleinzehengelenken zu vermeiden, wurde nach der Überleitung die Definition der DRG I20E in der Weise angepasst, dass die Kombination der beiden OPS-Kodes 5-808.b9 *Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk* und 5-808.bd *Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk* analog der Eingruppierung der Codes für die offene chirurgische Arthrodesen von mindestens zwei Kleinzehengelenken in der aG-DRG-Version 2024/2025 in die DRG I20E führt. In der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* wurde durch die Anpassung sichergestellt, dass weiterhin eine Kongruenz zwischen Kalkulations- und Abrechnungsjahr besteht.

Besonderheit bei der Überleitung von „sonstigen“ Codes im Zusammenhang mit den Hybrid-DRGs

Viele Codebereiche weisen neben den spezifischen Einzelcodes auch unspezifische Codes für „sonstige“ oder „nicht näher bezeichnete“ Entitäten auf. So gibt es bei den OPS-Vierstellern 8-836 bzw. 8-83c ((perkutan) transluminale Gefäßinterventionen) u.a. folgende spezifische Fünfsteller:

- 8-836.9 *Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten*
- 8-836.b *Selektive Embolisation mit ablösbaren Ballons*

- 8-836.m *Selektive Embolisation mit Metallspiralen*

Für 2025 wurde neu (im Bereich 8-83c, weil der Viersteller 8-836 nicht mehr genug „Platz“ für alle neuen Codes bot) in den OPS eingeführt:

8-83c.k *Selektive Embolisation mit einem Gefäßverschlusskörper [Plug] aus Kunststoff-Formgedächtnis-Polymer*

Die klassifikatorische Überleitung seitens des BfArM erfolgt auf den Kode:

8-836.x *(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Sonstige*

Da die neu kodierbare Embolisationsform zuvor nicht spezifisch kodiert werden konnte, kam nur der Reste-Kode „x“ für die Verschlüsselung in Betracht. Die Überleitung des aG-DRG-Systems folgt typischerweise der BfArM-Überleitung und der neue Kode wird überall dort in die Kodetabellen des Groupers aufgenommen, wo der zugeordnete alte Kode steht. Das stellt sozusagen eine „Mindestabbildung“ der (vor dem Datenjahr 2025 bzw. 2026 noch nicht analysierbaren) Fälle mit diesem neuen Kode sicher. Für die letztjährige Überleitung auf die aG-DRG-Version 2025 wurde für diese Konstellation die vom BfArM vorgesehene Überleitung übernommen. Für die Überleitung auf die Übergangsversion 2025/2026 musste jedoch in diesem Jahr – aufgrund der Tatsache, dass für die aG-DRG-Version 2026 erstmals Hybrid-DRGs für interventionelle Gefäßinterventionen in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* eingeführt wurden – die zukünftige Gruppierungsrelevanz dieses neuen Embolisationsverfahrens, die sich aus der Überleitung des BfArM in den Hybrid-DRGs ergeben hätte, neu beurteilt werden.

In den Definitionen der Hybrid-DRGs, wo in gewissem Gegensatz zu den „normalen“ DRGs ja gerade wenig komplexe Fälle beschrieben werden, wäre eine unveränderte Vorgehensweise nicht zielführend. Dort (konkret in den Hybrid-DRGs der Basis-DRG F59) sind Codes aus 8-836.x enthalten, auch um keine möglichen Ausweichkodierungen zur Vermeidung der Hybrid-DRGs zu eröffnen. Das soll aber nicht zur Folge haben, dass auf dem Weg der Überleitung dort neu kodierbare Verfahren zugeordnet werden, die in den Vorgaben zur Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs keine Rolle spielten, wie die Embolisation mit einem Plug aus Kunststoff-Formgedächtnis-Polymer. Denn kein anderes Verfahren der Embolisation führt in eine Hybrid-DRG.

Aus diesem Grund erfolgt die Überleitung neuer Codes in einigen Fällen in den Hybrid-DRGs derart, dass eine Zuordnung neuer, inhaltlich unpassender Codes aufgrund der klassifikatorischen Überleitung vermieden wird, wenn eine solche Überleitung zu einer nicht begründbaren Schlechterstellung im Vergleich zu ähnlichen Codes führen würde.

2.3.6.4 Nicht identische Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des BfArM vorlag, bestanden verschiedene Varianten der Berücksichtigung im aG-DRG-System 2026:

- Die Codes werden nicht berücksichtigt
- Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet
- Die Codes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Codes zugeordnet
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Die Codes werden nicht berücksichtigt

Dies stellt das typische Vorgehen bei der Aufnahme neuer Leistungsbereiche in den OPS oder bei Erweiterung des Anwendungsbereichs eines alten Codes auf den Geltungsbereich des aG-DRG-Systems dar. Weil Kosteninformationen zu Verfahren bzw. Diagnosen fehlen, die im Jahr der Kalkulationsdatenerhebung noch nicht kodierbar waren, ist eine Bewertung dieser Leistungen in der Regel nicht möglich. Aktuelles Beispiel ist der in den OPS Version 2023 neu aufgenommene Codebereich für die *Multimodale Komplexbehandlung bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangelernährung [Malnutrition]* (OPS 8-984.4). Die Codes aus diesem Bereich sind im aG-DRG-System seit der Version 2023 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

Grundsätzlich ist eine generelle Nichtberücksichtigung im aG-DRG-System nur bei OPS-Codes möglich.

Ein neuer ICD-Kode muss jedoch der Systemlogik folgend mindestens einer DRG der medizinischen Partition einer MDC (oder den unzulässigen Hauptdiagnosen und damit einer Fehler-DRG) zugeordnet werden. Ein Beispiel sind die in der ICD-10-GM Version 2026 neuen Codes für die Kodierung einer *Mobilitätseinschränkung* (ICD U53.-). Diese neuen Codes wurden auf den Diagnosekode *Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursache* (ICD R69) übergeleitet und damit den Hauptdiagnosen der MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* und der Tabelle der unzulässigen Hauptdiagnosen der MDC 23 zugeordnet.

Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2025 oder 2026 neu etablierte ICD- und OPS-Codes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des aG-DRG-Systems 2026 vorliegen, nicht vorhanden. Es ist in bestimmten Fällen jedoch möglich, diese über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten auf Basis verfügbarer Codes im Rahmen der Kalkulation zu untersuchen und ggf. dennoch eine Zuordnung zu einer DRG zu erreichen. Bei der Entwicklung des Systems 2026 wurde keine Zuordnung im Gruppierungsalgorithmus allein aufgrund dieser zusätzlich erhobenen Informationen umgesetzt.

Die Codes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Codes zugeordnet

Dieses Vorgehen wird für die Abbildung neu aufgenommener OPS-Codes angewendet, für die Codes existieren, die ein vergleichbares Verfahren beschreiben oder deren Kosten mit hoher Wahrscheinlichkeit vergleichbar sind.

Generell ist die hier beschriebene Konstellation eher selten. Für den Fall, dass die klassifikatorische Überleitung des BfArM dazu führen würde, dass beispielsweise eine operative Leistung nicht als OR-Prozedur gewertet wird, kann prinzipiell von der klassifikatorischen Überleitung abgewichen werden (siehe auch Absatz „Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung“). Für die neu in den OPS Version 2026 aufgenommenen Codes für *Komplexe Diagnostik bei Verdacht auf Lungenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, 1-943.4: [...] Mit anderer Computertomographie* und *1-943.5 [...]: Mit Magnetresonanztomographie*, wurde vom BfArM kein Vorgängerkode definiert, da diese Leistung bislang nicht verschlüsselt werden konnte. Weitere Codes aus diesem Bereich sind – analog zu Prozeduren für native Computertomographie und Magnetresonanztomo-

graphie – in der DRG P67D *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 1999 g ohne OR-Prozedur, [...], mit bestimmter Prozedur oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling* vergütungsrelevant. Da die native Computertomographie und Magnetresonanztomographie eine Teilleistung der neu kodierbaren Prozeduren, mit mindestens vergleichbaren Kosten, darstellen, wurden die Codes 1-943.4 und 1-943.5 für die aG-DRG-Version 2026 so übergeleitet, dass sie zum einen vom Grouper als gültige Prozeduren erkannt werden und zum anderen in der DRG P67D gruppierungsrelevant sind.

Bei neu in den OPS aufgenommenen Zusatzcodes wird bei der klassifikatorischen Überleitung des BfArM standardmäßig kein Vorgängerkode definiert. Diese Codes werden im aG-DRG-System in der Form übergeleitet, dass sie gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz sind. In der Regel werden diese Codes zusätzlich zu Prozeduren verschlüsselt, die im aG-DRG-System bereits für die Definition von DRGs verwendet werden.

2.3.7 Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien

Im Rahmen der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) wurde eine weitere Konsolidierung im Sinne von Klarstellungen vorgenommen. Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen nach § 19 KHG werden entweder in den bereits bestehenden Kodierrichtlinien oder im Anhang C zitiert. Dies gilt für alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen, die bis zum Redaktionsschluss der DKR Version 2026 veröffentlicht wurden. Eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu einem Antrag gemäß § 19 Abs. 3 KHG zum Thema „Kodierung einer Bakteriämie: Wie wird eine vorliegende Infektion (z.B. Erysipel) mit Bakteriämie verschlüsselt?“ wird in der Kodierrichtlinie 0102y *Bakteriämie* zitiert. Die Anträge, die einer Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu einer konkreten Verfahrensnummer zugrunde liegen, stehen auf der [Internetseite des Schlichtungsausschusses](#) zur Verfügung. Weitere Informationen zum Schlichtungsausschuss enthält Kapitel 2.3.8.

Im Folgenden zwei Beispiele für Änderungen/Klarstellungen:

- DKR P005y: Seit der Version 2005 hat der OPS für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen die Angabe eines Zusatzkennzeichens für die Seitigkeit (R = rechts, L = links, B = beidseitig) vorgesehen. Für den OPS Version 2026 wurde das Seitenkennzeichen „B“ für „beidseitig“ gestrichen. Zukünftig ist daher bei beidseitigen Eingriffen jeweils ein Kode für die linke und die rechte Seite anzugeben. Dies wurde in der Kodierrichtlinie P005 berücksichtigt und der Absatz „Bilaterale Prozeduren“ (inklusive Beispiel 4) entsprechend angepasst.
- DKR 1604a: In der Kodierrichtlinie wurde die Kodierung des Codes P22.0 *Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrome] des Neugeborenen* erläutert. Demnach war dieser Kode der Verschlüsselung einer hyalinen Membranerkrankheit, eines Atemnotsyndroms und eines Surfactant-Mangels vorbehalten. Da der Inhalt der Kodierrichtlinie 1604 ab 2026 vollständig in der ICD-10-GM geregelt ist, wurde diese aus Gründen der Redundanzvermeidung gestrichen.

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2026 sind ausführliche Informationen zu den durchgeführten Änderungen zusammengestellt.

2.3.8 Schlichtungsausschuss

Mit Inkrafttreten des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) am 1. Januar 2020 wurde § 19 „Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen“ in das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz) aufgenommen. Demnach bilden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene. Die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses wird vom InEK geführt.

Der Schlichtungsausschuss kann nach § 19 Abs. 3 KHG vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, vom Verband der Privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen, den Landeskrankhausgesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden angerufen werden.

Gemäß § 19 Abs. 5 KHG hatte der Schlichtungsausschuss bis zum 31. Dezember 2020 über die 69 zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen (KDE) entschieden. Die Entscheidungen zu den 69 Kodierempfehlungen wurden auf der [Internetseite des Schlichtungsausschusses](#) veröffentlicht. Zusätzlich werden Entscheidungen des Schlichtungsausschusses entweder in dem für die Version 2021 neu etablierten Anhang C der Deutschen Kodierrichtlinien oder in den bereits bestehenden Kodierrichtlinien zitiert. Dies gilt analog für alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen, die bis zum Redaktionsschluss der DKR des jeweiligen Jahres veröffentlicht wurden.

Im Jahr 2025 hatte der Schlichtungsausschuss in einer Sitzung einen Antrag zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen zu beraten und zu entscheiden. Dabei ging es um die Frage, ob Hypoglykämien als temporäre Ereignisse bei der Kodierung als Komplikation eines Diabetes mellitus mitzuzählen sind, was besonders für die Kodierung eines Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen von Relevanz ist. Alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen sowie die zugrunde liegenden Anträge werden auf der [Internetseite des Schlichtungsausschusses](#) veröffentlicht.

2.3.9 Leistungsgruppen

Die ersten Leistungsgruppen-Groupen (LG-Groupen) wurden im Februar 2025 zertifiziert. Die LG-Groupen gemäß Krankenhaustransparenzgesetz (KHTG), 2024/2025 V1.0 und 2025 V1.0 geben für jeden gruppierten Fall neben der resultierenden DRG-Fallpauschale auch eine Leistungsgruppe aus.

Dies ist auch für das aG-DRG-System 2026 unverändert der Fall (aG-DRG-System 2024/2026, 2025/2026 und 2026 jeweils „mit Leistungsgruppen“). Die Weiterentwicklung der LG-Definitionen war jedoch nicht Bestandteil der in diesem Abschlussbericht dargestellten Überarbeitung des aG-DRG-Systems für 2026, so dass das Leistungsgruppensystem für 2026 im Vergleich zu 2025 unverändert geblieben ist. Da für einige Leistungsgruppenzuordnungen neben Alter, Fachabteilungen, Prozeduren und Diagnosen auch die ermittelte DRG der Fälle eine Rolle spielen kann, kann sich durch veränderte DRG-Definitionen (z.B. PCCL) in Einzelfällen mittelbar auch eine veränderte LG-Zuordnung ergeben. Dies betrifft jedoch nur ganz wenige Einzelfälle (deutlich unter 100 in den

Gesamtdaten des Jahres 2024), so dass praktisch von einem unveränderten Leistungssystem ausgegangen werden kann.

2.4 Statistische Kennzahlen

2.4.1 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs veränderte sich in den letzten drei Jahren (aG-DRG-Systeme 2024, 2025 und 2026) von 1.296 über 1.295 auf 1.291. Parallel dazu verläuft die Entwicklung bewerteter DRGs von 1.239 über 1.238 auf 1.234.

Auf Basis der Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG wurde untersucht, in welcher Weise

- die geänderte Komplexität des Systems die Krankenhäuser betrifft und
- die leistungsgerechte Abbildung der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle durch die Gesamtzahl der DRGs begründet ist.

Analyse der Anzahl getroffener DRGs in den Krankenhäusern

Eine Möglichkeit, den Pauschalierungsgrad zu analysieren, ist die Betrachtung der Anzahl getroffener DRGs je Krankenhaus. Dabei werden DRGs, die pro Krankenhaus nur genau ein Mal getroffen werden, ausgeblendet. Auf Basis der vollstationären Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG des Jahres 2024 zeigte sich, dass die Anzahl der Krankenhäuser, die während eines gesamten Jahres z.B. mehr als 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen, im Vergleich der aG-DRG-Systeme in etwa konstant geblieben ist. Rund 60% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (siehe Abbildung 24).

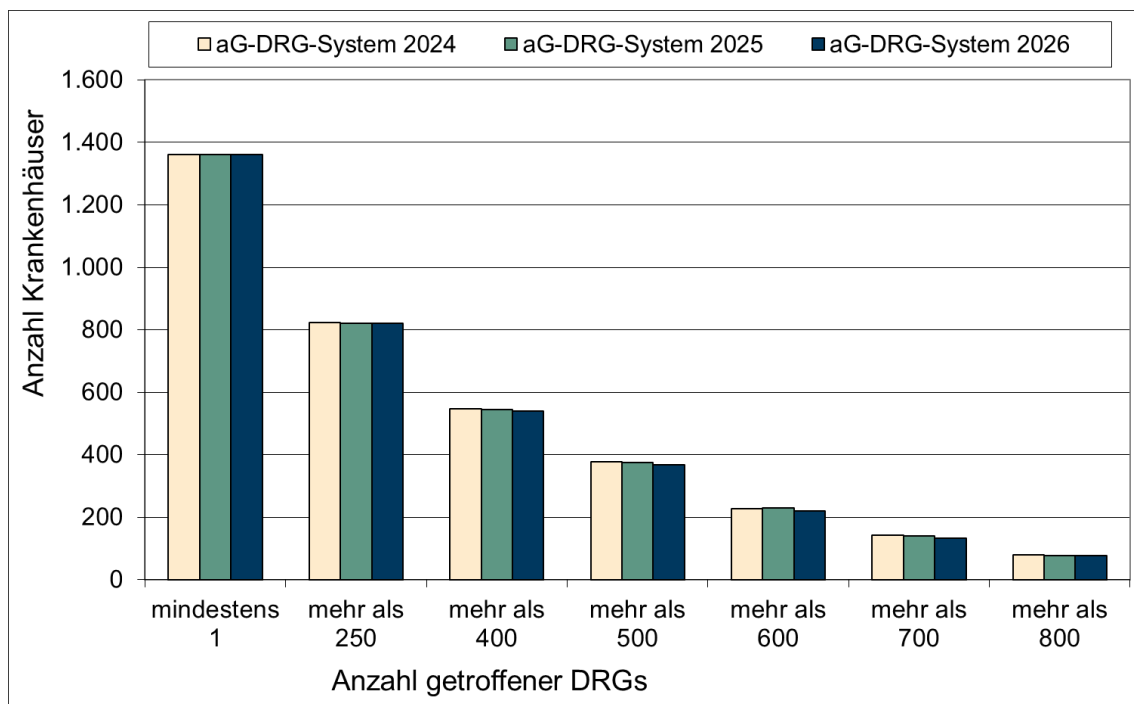


Abbildung 24: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus für die aG-DRG-Systeme 2024, 2025 und 2026, vollstationäre Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2024

Analyse des Fallanteils in den am häufigsten getroffenen DRGs

Die Abbildung der 200 fallzahlstärksten DRGs in einer Sättigungskurve zeigt, dass das aG-DRG-System einen hohen Grad der Pauschalierung erreicht hat. Bereits die 200 fallzahlstärksten Fallpauschalen bilden rund 74% aller abrechenbaren vollstationären Fälle

ab. Der Grad der Pauschalierung ist im Vergleich der drei untersuchten aG-DRG-Systeme in etwa gleich (siehe Abbildung 25).

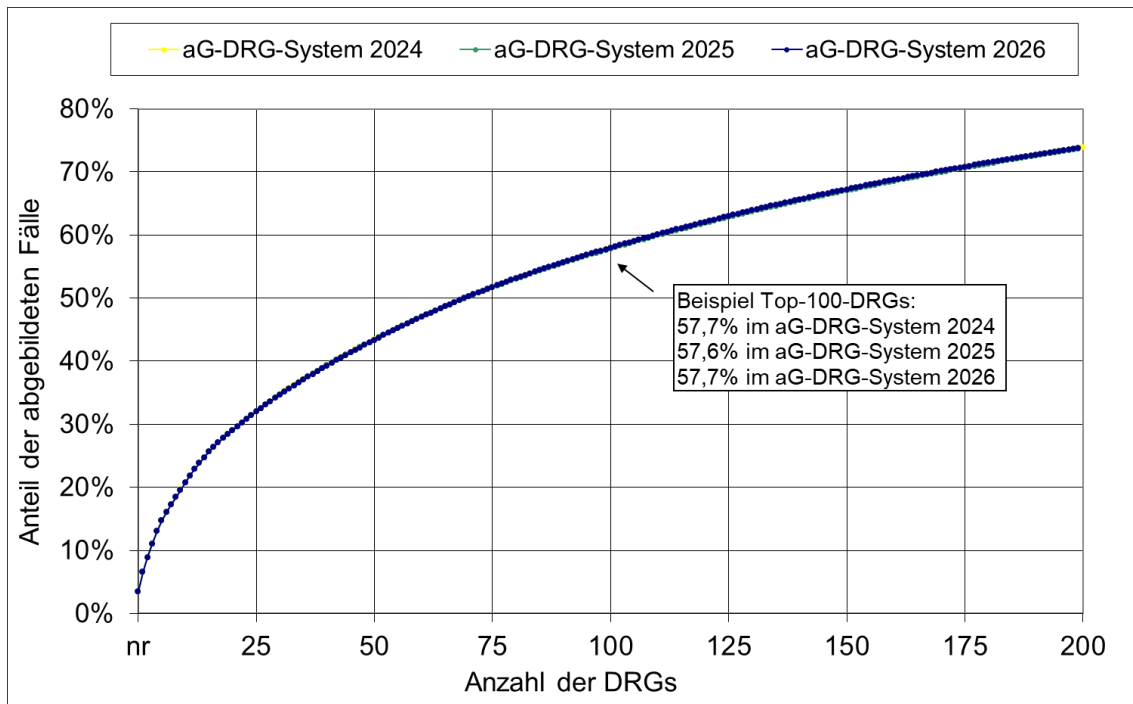


Abbildung 25: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, aG-DRG-Systeme 2024, 2025 und 2026, vollstationäre Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2024

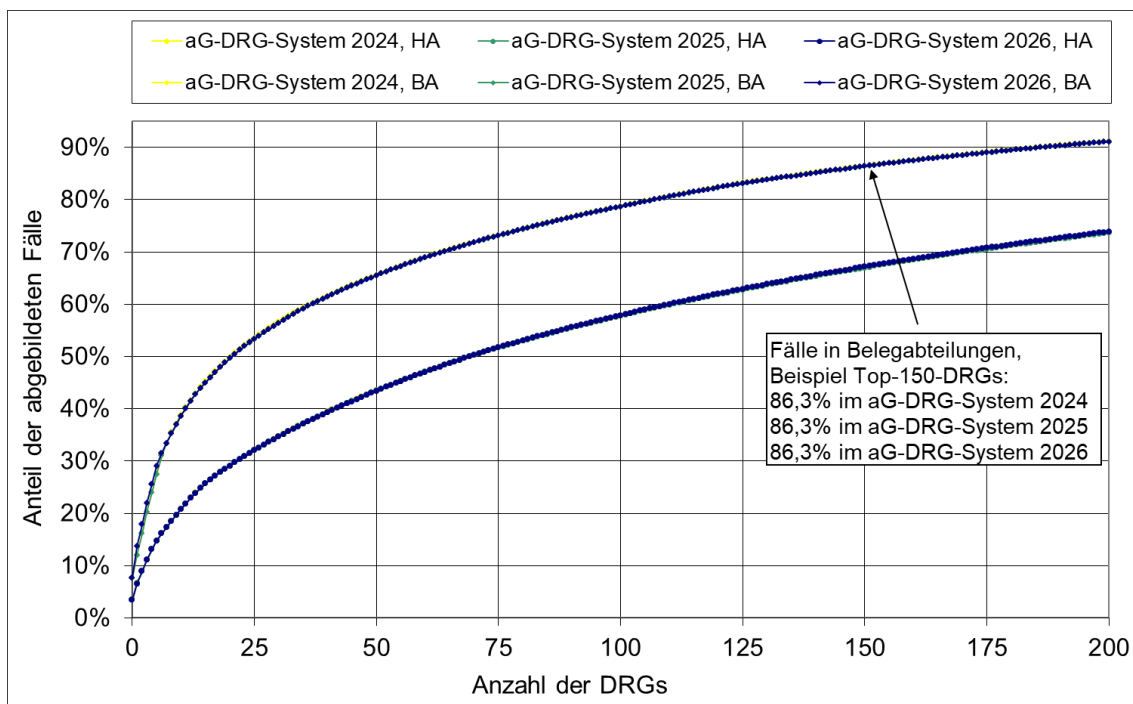


Abbildung 26: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, aG-DRG-Systeme 2024, 2025 und 2026, Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2024

Abbildung 26 zeigt die separate Analyse nach Versorgung durch Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung. Der Pauschalierungsgrad ist bei belegärztlicher Versor-

gung deutlicher ausgeprägt als bei Versorgung durch Hauptabteilungen. Mit den 100 fallzahlstärksten Fallpauschalen können bereits rund 78% aller abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung abgebildet werden. Für einen identischen Abbildungsgrad bei Versorgung in Hauptabteilungen sind rund 240 DRGs erforderlich.

2.4.2 Statistische Güte der Klassifikation

Die Fähigkeit zur Bildung kostenhomogener Klassen stellt die Grundlage zur Einschätzung der Güte pauschalierender Entgeltsysteme dar. Die Klassifikationsgüte des aG-DRG-Systems wurde mit den folgenden Kostenstreuungsmaßen bewertet:

- dem R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion,
- dem Homogenitätskoeffizienten der Fallkosten sowie
- dem Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier.

Der Analyse lag die nach Prüfungen und Bereinigungen vorliegende Fallmenge der in Hauptabteilungen versorgten Fälle des Datenjahres 2024 zugrunde. Diese wurden sowohl nach dem aG-DRG-System 2025 als auch nach dem aG-DRG-System 2026 gruppiert.

Analysiert wurden die in beiden Fallpauschalen-Katalogen für Hauptabteilungen mit einer Bewertungsrelation versehenen DRGs. Die Fehler-DRGs 960Z *Nicht gruppierbar*, 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* und 962Z *Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea* sowie die nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a FPV 2026) blieben unberücksichtigt. Außerdem wurden die expliziten Ein-Belegungstag-DRGs der beiden aG-DRG-Systeme aus der Analyse ausgeschlossen, da deren Festlegung nicht ausschließlich aus Gründen der Kostenhomogenität erfolgte.

Entsprechend wurden 1.211 DRGs im aG-DRG-System 2025 bzw. 1.207 DRGs im aG-DRG-System 2026 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des aG-DRG-Systems 2026 im Vergleich zum aG-DRG-System 2025 wurde der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion herangezogen. Dieses statistische Maß zeigt den durch die Klassifikation erklärten Anteil der Kostenstreuung an. Je geringer der Anteil der erklärten Streuung in den Klassen im Vergleich zur Streuung zwischen den Klassen ist, desto höher ist die Güte des Systems.

In beiden Versionen wurden die R^2 -Werte auf Basis der Daten des Jahres 2024 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tabelle 34).

	aG-DRG-System 2025	aG-DRG-System 2026	Verbesserung (in %)
R^2 -Wert auf Basis aller Fälle	0,7269	0,7274	+0,07
R^2 -Wert auf Basis der Inlier	0,8166	0,8172	+0,07

Tabelle 34: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im aG-DRG-System 2025 bzw. 2026, Datenjahr 2024

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,07% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8172 erreicht.

Neben der Betrachtung des gesamten aG-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In Abbildung 27 sind die R^2 -Werte je MDC auf Basis der Inlier dargestellt. Die Sortierung der MDCs erfolgt absteigend nach dem R^2 -Wert für das aG-DRG-System 2026 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das aG-DRG-System 2026 und für das aG-DRG-System 2025 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

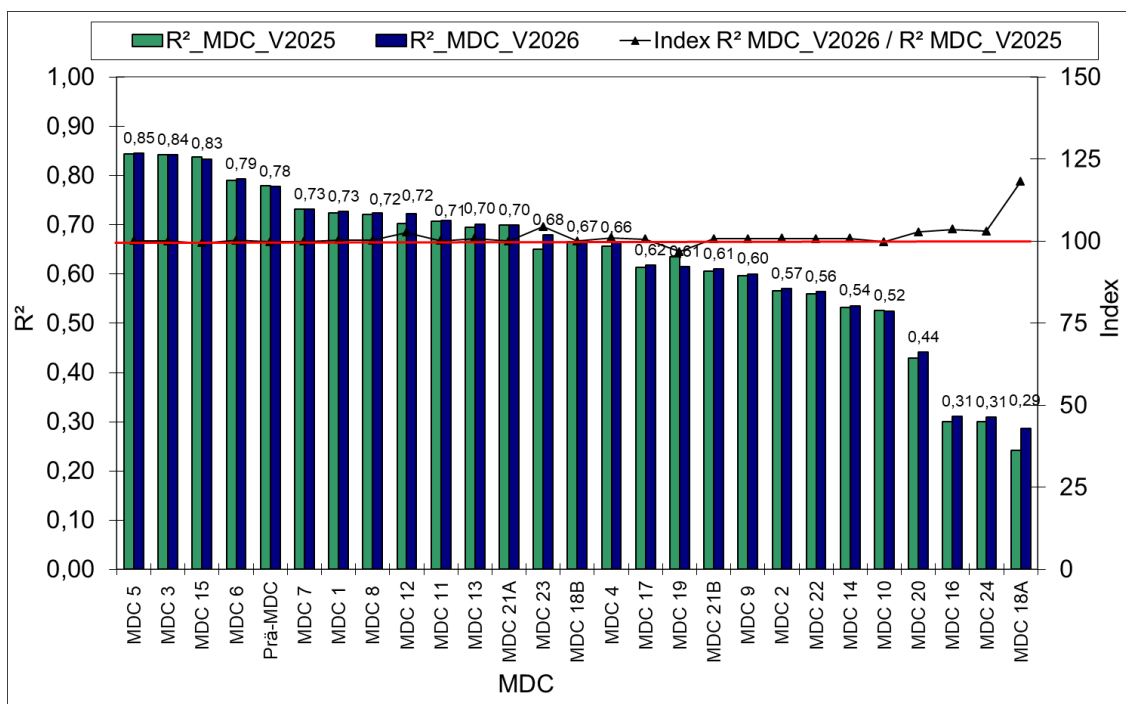


Abbildung 27: R^2 -Wert je MDC im aG-DRG-System 2025 und 2026, Sortierung nach R^2 -Wert für das aG-DRG-System 2026, Inlier, Datenjahr 2024

Die Darstellung zeigt die Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs. In der überwiegenden Zahl der MDCs ist eine gleichbleibende oder verbesserte Varianzreduktion im Vergleich der aG-DRG-Systeme 2025 und 2026 zu verzeichnen.

In den folgenden MDCs wurden die deutlichsten prozentualen Steigerungen des R^2 -Werts erreicht:

- MDC 18A *HIV* (Index 118,3)
- MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* (Index 104,4)
- MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* (Index 103,6)
- MDC 24 *Sonstige DRGs* (Index 103,1)

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des aG-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (45,6%), hat sich wie folgt verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7241 auf 0,7271 (Index 100,4)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8442 auf 0,8452 (Index 100,1)

- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,7907 auf 0,7926 (Index 100,2)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7214 auf 0,7237 (Index 100,3)

Analyse der Kostenhomogenität

Eine weitere Möglichkeit zur Analyse der Klassifikationsverbesserung bietet der Vergleich der Kostenhomogenität der DRGs mit Hilfe des Homogenitätskoeffizienten der Kosten.

Teilt man die DRGs bezüglich des Kostenhomogenitätskoeffizienten in Klassen ein, so ergibt sich – auf Basis der Inlier (Datenjahr 2024) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tabelle 35):

Homogenitätskoeffizient Kosten	aG-DRG-System 2025		aG-DRG-System 2026		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	Veränderung (in %)
unter 60%	34	2,8	31	2,6	– 8,5
60% bis unter 65%	152	12,6	136	11,3	– 10,2
65% bis unter 70%	375	31,0	384	31,8	+ 2,7
70% bis unter 75%	398	32,9	399	33,1	+ 0,6
75% und mehr	252	20,8	257	21,3	+ 2,3
Gesamt	1.211		1.207		

Tabelle 35: Vergleich Homogenitätskoeffizient der Kosten im aG-DRG-System 2025 bzw. 2026, Inlier, Datenjahr 2024

In den beiden Klassen mit der höchsten Homogenität („70% bis unter 75%“ sowie „75% und mehr“), die knapp 60% der Inlier-Fälle repräsentieren, ist ein Anstieg der Anzahl betroffener DRGs von 0,6% bzw. 2,3% festzustellen.

Analyse des Konfidenzintervalls der Fallkosten

Für jede DRG lässt sich ein Konfidenzintervall (KI) um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier berechnen. Ein hoher Fallanteil mit Kosten innerhalb der Grenzen des Konfidenzintervalls ist ein Indiz für eine kostenhomogene Fallgruppe mit verursachungsgerechter Abbildung der Kostensituation.

Zur Berechnung des 95%-Konfidenzintervalls um den Fallkosten-Mittelwert einer DRG wurden die Kennzahlen der Verteilungsfunktion der t-Verteilung mit $p = 0,05$ und $(n-1)$ Freiheitsgraden verwendet. Dabei ist n die Anzahl der Inlier der betrachteten DRG.

Die analysierten DRGs wurden in Klassen eingeteilt, die den beschriebenen Anteil widerspiegeln. Abbildung 28 zeigt den Fallanteil in den verschiedenen Klassen für die aG-DRG-Systeme 2025 und 2026.

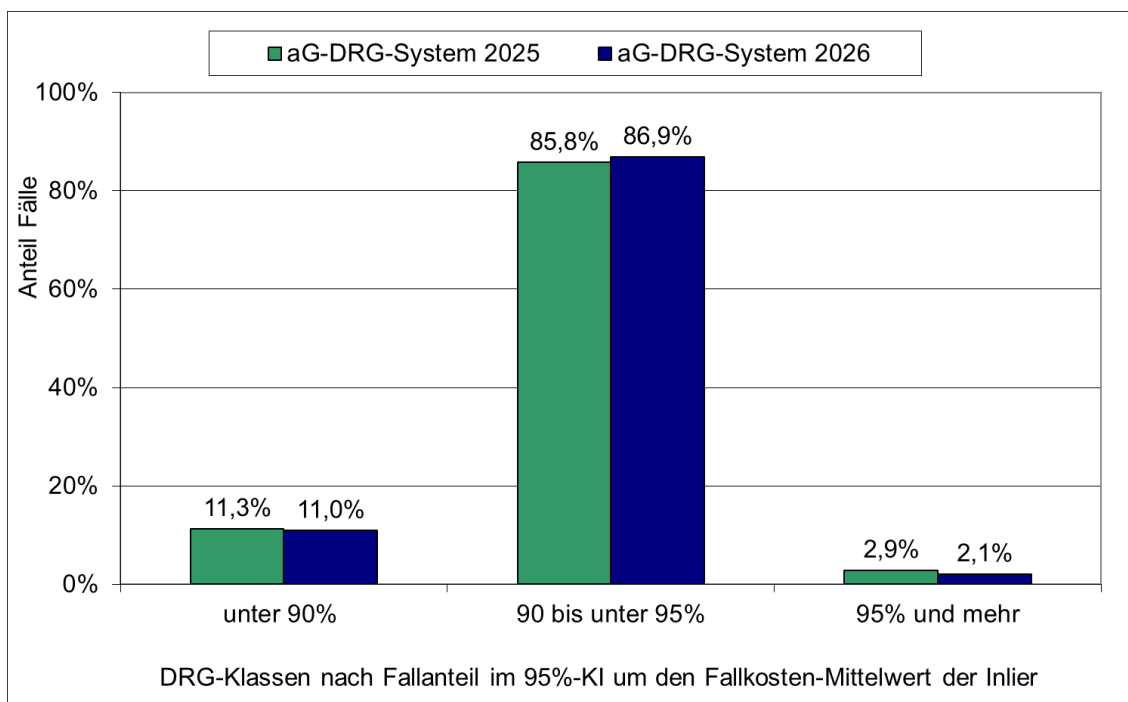


Abbildung 28: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier im aG-DRG-System 2025 und 2026 bezüglich Fallanteil, Datenjahr 2024

Der Vergleich des aG-DRG-Systems 2026 mit dem aG-DRG-System 2025 zeigt eine recht ähnliche Klasseneinteilung. Die Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des aG-DRG-Systems 2026.

2.4.3 Analyse der Verweildauer – Prüfung auf Repräsentativität

Verweildauervergleich Datenjahre 2022–2024

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den drei Datenjahren 2022, 2023 und 2024 jeweils gemäß aG-DRG-Version 2024 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a FPV 2024). Der Analyse lagen rund 15,7 Mio. bzw. 16,1 Mio. bzw. 16,3 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG ein Verweildauer-rückgang von 0,51% zwischen den Datenjahren 2022 und 2023 sowie ein Rückgang von 1,36% vom Datenjahr 2023 zum Datenjahr 2024 (siehe Tabelle 36).

Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG Hauptabteilung	Verweildauer-Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2022	5,93		
Datenjahr 2023	5,90	– 0,03	– 0,51
Datenjahr 2024	5,82	– 0,08	– 1,36

Tabelle 36: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG, Hauptabteilung, Datenjahre 2022 bis 2024, gruppiert nach aG-DRG-Version 2024

Betrachtet man nur die Datenjahre 2023 und 2024, ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 28,0% der Fälle in den Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG des Jahres 2024 repräsentieren, ein leichter Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,04 Tagen bzw. 1,02%.

Das Ergebnis einer Analyse getrennt nach Fällen in Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung und eingeschränkt auf nur solche DRGs mit mindestens 20 Fällen in beiden Abteilungsarten ist in Tabelle 37 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2023 zum Datenjahr 2024 von 1,7% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 0,6% für Fälle in belegärztlicher Versorgung zu verzeichnen.

Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
	Hauptabteilung			Belegabteilung		
Datenjahr 2022	4,65			3,33		
Datenjahr 2023	4,60	– 0,05	– 1,08	3,31	– 0,02	– 0,60
Datenjahr 2024	4,52	– 0,08	– 1,74	3,29	– 0,02	– 0,60

Tabelle 37: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahre 2022 bis 2024, DRGs mit mindestens 20 Fällen in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (siehe Tabelle 36) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2024 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 5,82 nur noch 4,52 Tage. Der Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2023 zum Datenjahr 2024 ist mit 1,7% im Vergleich zum Rückgang aller Hauptabteilungsfälle (1,4%) etwas stärker.

Im Folgenden wird die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (siehe Abbildung 29) betrachtet. Insgesamt – und auch getrennt nach Haupt- und Belegabteilung – ist ein Anstieg des Anteils der Ein-Belegungstag-Fälle im Datenjahr 2024 im Vergleich zum Datenjahr 2023 festzustellen.

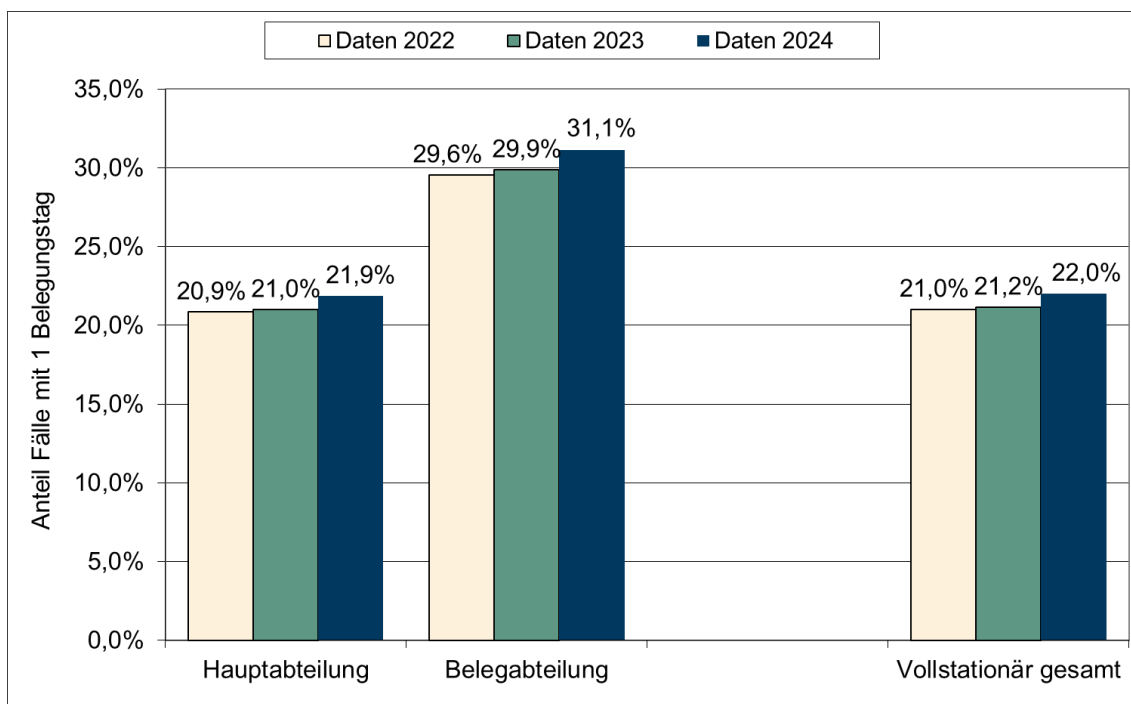


Abbildung 29: Entwicklung des Anteils der Ein-Belegungstag-Fälle an allen vollstationären Fällen, Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahre 2022 bis 2024

Prüfung auf Repräsentativität

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurden diese mit den Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG verglichen. In beiden Datengesamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des aG-DRG-Systems 2026 definierten Inlier in Hauptabteilungen betrachtet. Dabei wurden aufnahme- und/oder entlassverlegte Fälle entsprechend der DRG-Zuordnung (siehe Kapitel 2.2.5.5) berücksichtigt.

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kapitel 2.2.5.1) und dazugehörige Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 20,4 Mio. Datensätze gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG wurden medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (siehe dazu auch Kapitel 2.2.1.2 und 2.2.5.1).

Unter der Zielvorgabe einer möglichst großen Kostenhomogenität der aG-DRG-Klassifikation müsste die Überprüfung der Repräsentativität in beiden Datengesamtheiten mit Hilfe von Kostendaten durchgeführt werden. Wegen fehlender Kostenangaben in den Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG wurde für die Analyse hilfsweise die Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer zugrunde gelegt.

Überblick über das analytische Vorgehen

- Eine Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte zeigt auf, ob strukturelle Unterschiede zwischen den Verweildauern der Stichprobe (Daten der Kalkulationskrankenhäuser) und der Grundgesamtheit (Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG) vorliegen.
- Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer fokussiert auf das Streuungsverhalten und bietet damit eine weitere Möglichkeit zur Analyse der Verweildauerverteilung.

Nicht einbezogen in die Analyse der Verweildauer wurden folgende DRGs:

- 24 Ein-Belegungstag-DRGs
- 15 rein teilstationäre DRGs
- 54 DRGs mit weniger als 30 Fällen

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 93 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.198 DRGs zugrunde.

Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte

Die Differenz der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG) fällt für die meisten DRGs nur sehr gering aus (siehe Abbildung 30): Für 986 der 1.198 analysierten DRGs (82%) ist diese geringer als $\pm 0,5$ Tage, 1.130 DRGs (94%) unterscheiden sich um höchstens ± 1 Tag und für 1.175 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens ± 2 Tage.

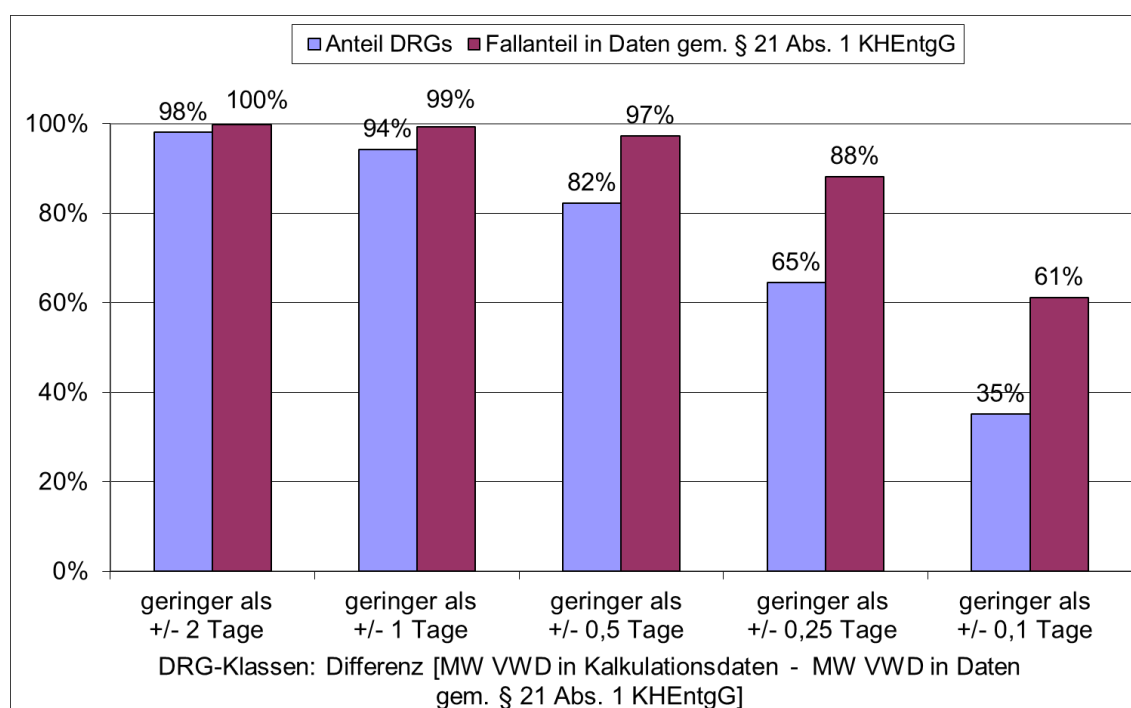


Abbildung 30: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Inlier, Datenjahr 2024

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 88% aller analysierten Fälle in DRGs liegen, deren Verweildauer-Mittelwerte sich um höchstens 0,25 Tage unterscheiden. Bei einer Abweichung von höchstens $\pm 0,5$ Tagen sind dies 97% aller analysierten Fälle.

Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer

Ein weiterer Vergleich der Verweildauerverteilungen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG ist durch die Analyse des Streuungsverhaltens der Verweildauer möglich. Hierzu wird der Homogenitätskoeffizient der Verweildauer herangezogen.

Teilt man die DRGs auf Basis der Inlier bezüglich des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer in Klassen ein, so ergibt sich die in Abbildung 31 dargestellte empirische

Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

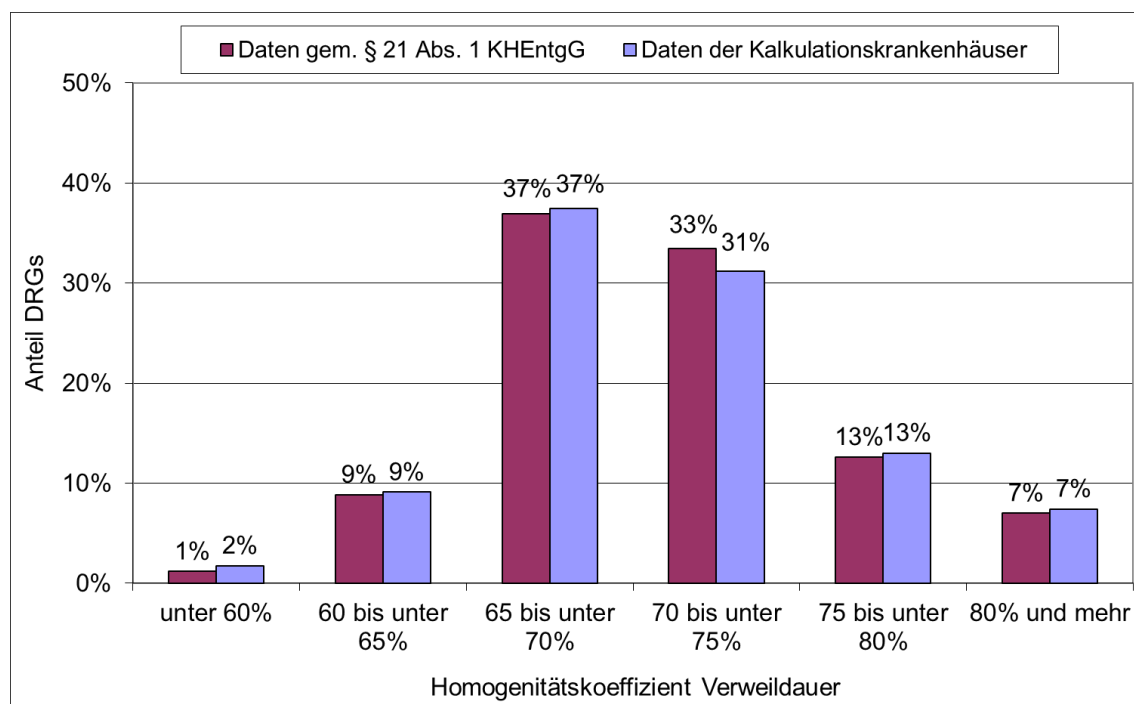


Abbildung 31: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen, Daten der Kalkulationskrankenhäuser und Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG, Inlier, Datenjahr 2024

Analysiert man die Relation der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG mit Hilfe eines Index, ergibt sich folgendes Bild:

Für 1.186 von 1.198 DRGs (99%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG beträgt höchstens $\pm 5\%$. Eine Abweichung von höchstens $\pm 2,5\%$ liegt bei 1.124 DRGs (94% von 1.198 DRGs) vor.

Insgesamt betrachtet kann also eine hohe Übereinstimmung der Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern festgestellt werden.

Fazit

1. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 1.198 DRGs eine vernachlässigbare Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG.
2. Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer, der stärker auf die Streuung und damit auf die Homogenität der Verteilungen fokussiert, zeigt keine Auffälligkeit zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG.
3. Die Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern zeigen unter Berücksichtigung der Abweichung des Verweildauer-Mittelwerts, dass

- a) die Plausibilitätsprüfungen keine sogenannte „Pseudo-Homogenität“ in den der Weiterentwicklung der aG-DRG-Klassifikation zugrunde liegenden Daten erzeugt haben und
- b) die für die Bewertung der Weiterentwicklung der aG-DRG-Klassifikation zugrunde gelegten Streuungsmaße eine mindestens zulässige Entscheidungsgrundlage für die Abbildung der Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte aG-DRG-System 2026 bildet somit die Daten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG im Hinblick auf die Kosten- und Verweildauerhomogenität gut ab.

3 Perspektiven der Weiterentwicklung

Der Erkenntnisgewinn im Sinne eines lernenden Systems wird konstruktiv für die Weiterentwicklung eingesetzt – bereits jetzt bekannte Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems werden im Folgenden kurz angesprochen.

Hybrid-DRGs

Aufgrund der Einführung der Hybrid-DRGs im Jahr 2024 werden bislang stationär über DRG-Fallpauschalen vergütete Behandlungsfälle vermehrt über Hybrid-DRGs im Entgeltbereich „HYB“ abgerechnet werden. Mit der gesetzlichen Vorgabe in § 115f SGB V zur Erreichung bestimmter Fallzahlziele bei der Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs kann die Verschiebung von der Abrechnung nach aG-DRG-Fallpauschalen hin zur Vergütung über Hybrid-DRGs eine weitere Dynamik auslösen. Bis zum Jahr 2030 sollen (ausgehend vom Basisjahr 2023) 2 Mio. stationär versorgte Fälle in die Vergütung über Hybrid-DRGs verschoben werden. Mit dem Datenjahr 2025 werden im kommenden Jahr zum zweiten Mal Fälle aus dem Entgeltbereich „HYB“ der Analyse zur Verfügung stehen.

Datenerhebung/Plausibilitätsprüfungen

Die Auswirkungen der ab 2025 geänderten Vorschriften für die Ausgliederung von Pflegepersonalkosten in Bezug auf das Pflegeerlös-Budget können erstmals in den Kalkulationsdaten im kommenden Jahr enthalten sein, ohne dass die Kalkulationskrankenhäuser, den gesetzlichen Regelungen zeitlich vorweggreifend, Umgliederungen innerhalb der Kalkulationsphase vornehmen müssen.

Die „Verordnung über die Grundsätze der Personalbedarfsmessung in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalmessungsverordnung – PPBV)“ (BGBl. I Nr. 188 vom 14. Juni 2024) trat zum 1. Juli 2024 in Kraft. Entsprechend werden nach dem Übergangsjahr 2024 mit dem Datenjahr 2025 ausschließlich nach der PPBV dokumentierte Minutenwerte der PPR 2.0 die Grundlage zur Verrechnung der Personalkosten des Pflegedienstes auf der Normalstation bilden. Erwartungsgemäß sollten damit pflegeaufwendigere Behandlungsfälle (= höhere Einstufung in der PPR 2.0) im Rahmen der Kostenträgerrechnung tendenziell mit höheren Pflegepersonalkosten auf der Normalstation bebucht werden.

Mit der Ausweitung auf 22 Hybrid-DRGs im Jahr 2025 stehen bei der Kostendatenerhebung im kommenden Jahr deutlich mehr Behandlungsfälle mit Hybrid-DRG-Abrechnung zur Verfügung. Kostenrechnerisch ergeben sich durch die Abrechnung als Hybrid-DRG keine grundsätzlichen Änderungen im Vorgehen bei der Kostenträgerrechnung. Gleichwohl ist damit zu rechnen, dass die Krankenhäuser auf die im Vergleich zur Fallpauschalen-Vergütung reduzierte Hybrid-DRG-Vergütung strukturell zu reagieren beginnen und Prozesse derart anpassen, dass die Leistungserbringung für Fälle mit Hybrid-DRG-Abrechnung mit geringeren Kosten im Vergleich zur vollstationären Leistungserbringung erfolgen kann. Entsprechend sind ggf. Besonderheiten im Kalkulationsergebnis zu berücksichtigen und die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfung ab dem Datenjahr 2025 den Anforderungen im Entgeltbereich „HYB“ entsprechend zu adjustieren. Beispielsweise sollte damit gerechnet werden, dass innerhalb eines überschaubaren Zeitfensters behandelte Fälle ohne Übernachtung keine Kosten mehr auf bettenführenden Stationen ausweisen. Da einige Hybrid-DRGs einer sachkostenbasierten Differenzierung folgen, ist damit zu rechnen, dass bei den Kalkulationsteilnehmern verstärkte Nachfragen zu eingesetztem medizinischem Sachbedarf (z.B. speziellen Kathetern) und deren Einzelkosten durchgeführt werden, um die Weiterentwicklung zum Entgeltsystem 2027 auf eine solide Datengrundlage zu stellen.

Anhang

Übersicht

Tabelle A-1:

DRGs, bei denen für die Berechnung der zusätzlichen Entgelte bei Überschreitung der OGV die modifizierte Form der analytischen Ableitung oder der Median der Tageskosten der Langlieger herangezogen wurde

Tabelle A-2:

DRGs mit eigenständig berechneten Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung (siehe Kapitel 2.2.5.2)

Tabelle A-3-1:

DRGs, bei denen die **aufnahmeverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kapitel 2.2.5.5)

Tabelle A-3-2:

DRGs, bei denen die **entlassverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kapitel 2.2.5.5)

Tabelle A-3-3:

DRGs, bei denen die **verlegten Fälle** (aufnahme- und/oder entlassverlegt) bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kapitel 2.2.5.5)

Tabelle A-4:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kapitel 2.4.2)

Tabelle A-1:

325 DRGs, bei denen für die Berechnung der zusätzlichen Entgelte bei Überschreitung der OGV die modifizierte Form der analytischen Ableitung oder der Median der Tageskosten der Langlieger herangezogen wurde

DRG	DRG-Text
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent-Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nierentranspl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivm. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nierentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04B	Knochenmarktranspl. / Stammzelltransf., allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe best. Stammzellen od. Alt. < 18 J., mit best. Entnahme od. Stammzellboost od. intensivmed. Komplexbeh. > 2058 / - / - P.
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 18 J. od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A05Z	Herztransplantation

DRG	DRG-Text
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 7360 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 7360 Aufwandspunkte
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 P., mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 18 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - P.
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2760 Punkte
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung

DRG	DRG-Text
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder komplizierende Konstellation
A11D	Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 P. mit best. OR-Prozeduren u. kompliz. Konstell. oder EHEC oder generalisierte Mukositis ohne IntK > 1764 / 1656 / 1932 P. oder mit kompl. Diagnose u. Alter < 3 J. oder IntK > 980 / 1104 / - P.
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 18 Jahre oder bestimmte Entnahme oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Entnahme oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation oder schwerste CC
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen

DRG	DRG-Text
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre oder ohne schwerste CC
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, mehr als ein Belegungstag
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation

DRG	DRG-Text
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt. < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt. > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J. od. oh. Eingr. bei BNB
B02C	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, mehr als 8 Bestr., Alter > 17 J. oder ohne best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit. od. bei NB des Nervensystems oder IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J., oh. schwerste CC
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen

DRG	DRG-Text
B17C	Eingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensys. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alt. < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alt. < 19 J. oder mit schw. CC od. Impl. Ereignis-Rekorder
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre oder mit bestimmter intrakranieller Blutung
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit kompl. Prozedur, mit kompliz. Faktoren, Alter > 15 Jahre, ohne best. intrakran. Blutung oder Alter < 1 J. mit interv. oder großem intrakran. oder best. Eingriff oder mit kompl. Diagnose od. bei bösart. Neubildung
B20C	Kraniotomie oder große WS-Operation, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriff, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung, Alter > 0 Jahre
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems

DRG	DRG-Text
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B72A	Infektion des Nervensystems, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Enzephalitis mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C02Z	Enukleationen und Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, mit komplexem Eingriff oder Alter < 6 Jahre
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder mit bestimmter Transplantation am Auge oder bei bösartiger Neubildung am Auge
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf mit Hartgaumenplastik oder bestimmte Knochentransplantation an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen oder Alter < 2 Jahre
D04A	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, mit komplexem Eingriff
D04B	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, ohne Laryngektomie, ohne Exzision von Tumorgewebe, ohne äußerst schwere CC
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingr. oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen, ohne zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lungenembolie oder komplexe respiratorische Insuffizienz, Alter < 16 Jahre
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit IntK > 0 / 0 / - Aufwandspunkten, ohne IntK > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkten, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E75A	Anderer Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation

DRG	DRG-Text
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konstellation od. kompl. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 /- P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369/- P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.

DRG	DRG-Text
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzunterst. System
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandsp.
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, mit aufwendigem Eingriff
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, ohne aufwendigen Eingriff
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

DRG	DRG-Text
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, mit bestimmter endoskopischer Maßnahme, ein Belegungstag
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

DRG	DRG-Text
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter < 18 Jahre oder mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit Pfortaderthrombose
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre oder Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 10 Jahre
H78Z	Bestimmte komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02A	Großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder bestimmte bösartige Neubildung am Knochen oder Alter < 19 Jahre
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I26A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 785 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I26B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder bestimmte hochaufwendige Implantate
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Eingr. od. m. äuß. schw. CC od. b. BNB m. schw. CC, m. best. Diagn. u. kompl. Eingr. od. Nephrekt. od. best. BNB m. best. Eingr. Abdomen od. Thorax od. Tx e. Zehe als Fingerersatz
I28A	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerchfell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand

DRG	DRG-Text
I32B	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter < 6 Jahre oder bei schweren Weichteilschäden oder mit komplexen Eingriffen bei angeborener Fehlbildung der Hand, Alter < 16 Jahre
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur, ohne resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen

DRG	DRG-Text
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit äuß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, mit bestimmten Eingriffen an der Urethra oder Alter < 16 Jahre
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom
M03A	Komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder totale Amputation des Penis oder partielle Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M03B	Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre, ohne aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, ohne totale Amputation des Penis, ohne partielle Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane

DRG	DRG-Text
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit auß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte
O01B	Sectio caesarea, Schwangerschaftsd. bis 25 vollend. W. (SSW), m. mehr. kompliz. Diag., m. intraut. Ther. od. kompliz. Konstell. od. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. auß. schw. CC
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. auß. schw. CC
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer oder Maßnahmen bei postpart. Blutung, bis 19 vollendete SSW oder mit komplizierender Prozedur oder schwere oder mäßig schwere kompliz. Diagnose bis 33 vollendete SSW
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden

DRG	DRG-Text
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 180 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, Beatmung > 180 und < 900 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen, Beatmung < 481 Stunden
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, ohne Beatmung > 180 Stunden
P03A	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g, mehrere schwere Probleme mit signifikanter OR-Prozedur oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden oder mehrere schwere Probleme ohne signifikante OR-Prozedur mit Beatmung > 599 Stunden
P03B	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
P04A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g, mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Prozedur oder mehrz. kompl. OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Std. oder mehrere schwere Probleme mit Beatmung > 320 Std. oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
P04B	Aufnahmegew. 1500 - 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., best. mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse

DRG	DRG-Text
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., oder mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P64Z	Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P65A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden

DRG	DRG-Text
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Aufnahmegew. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. od. Aufnahmegew. > 2499 g, m. mehr. schw. Probl., m. Hypothermiebehandlung
P66B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden
P66C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 24 Stunden
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegew. > 2499 g mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag, neugeb. Mehrling od. mit bestimmter aufwendiger Prozedur
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter < 6 J. od. best. Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus od. mit best. mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit bestimmter Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit kompl. Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, oh. Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Anämie
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation

DRG	DRG-Text
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie m. hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 J. od. m. int. Chemoth. m. kompliz. Diagnose od. Dialyse od. Portimpl. od. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter < 16 J.
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation od. intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter > 15 J.
R60C	Akute myel. Leukämie m. int. Chemo, äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. Port od. m. mäß. kompl. Chemo m. best. kompliz. Fakt. od. m. äuß. schw. CC m. kompl. Diagnost. od. KomplBeh. isolat.pfl. Erreg. m. Dial. od. äuß. schw. od. schwerste CC
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. äuß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC
R60E	Akute myeloische Leukämie ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. bei isolationspfl. Erregern od. kompl. Diag. bei Leukämie, > 15 J., mit intens. Chemo od. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Blastenkrise, oh. kompl. Diag. bei Leukämie, oh. schwerste CC
R61E	Lymph. u. nicht akute Leukämie mit best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. intensive Chemoth. od. kompl. Diag., kompliz. Proz., Alt. < 16 J. od. best. Lymph. mit best. Chemo. od. kompl. Diag., and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern

DRG	DRG-Text
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diag. od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 J., oh. best. Lymphom m. best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder best. Metastasen oder äußerst schweren CC oder Dialyse oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
R63D	Andere akute Leukämie mit intens. Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl. od. mit äuß. schw. CC od. mit kompliz. Konstell. od. mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl., Alter < 16 J.
R63E	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder Agranulozytose oder Portimplantat. oder mit lokaler Chemoth. oder best. Agranulozytose mit äuß. schw. CC, mit Dialyse oder Sepsis oder Portimplant. oder äuß. schw. CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit mäßig komplexer od. lokaler Chemoth., mit äußerst schweren CC oder ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. and. Agranulozyt. od. Portimpl. od. äuß. schw. CC
R63G	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, mit äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, außer bei sonstiger Sepsis
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten oder OR-Prozedur bei inf. u. parasitären Krankh. mit best. komplexer Prozedur oder kompliz. Konstellation mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äuß. schw. CC, Alter < 18 J. oder bei best. Para- / Tetraplegie oder mit best. ERCP od. mit schwersten CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 14 Jahre mit komplexer Diagnose
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
Y02C	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Eingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)

Tabelle A-2:

50 DRGs mit eigenständig berechneten Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung (siehe Kapitel 2.2.5.2)

DRG	DRG-Text
C03B	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
C03C	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel, ohne komplexen oder bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung
C06B	Komplexe Eingriffe bei Glaukom ohne erhöhten Aufwand
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne komplexe Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter > 9 Jahre
D04A	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, mit komplexem Eingriff
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06B	Andere Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder Diagnose, ohne Resektion am Felsenbein, ohne intrakraniellen Eingriff bei BNB
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmter Prozedur
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne komplexe Diagnose
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Eingr. od. Eingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Eingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtschädelknochen
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne kleinen Eingriff am Rektum
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk, ohne Implantation einer Sprunggelenkendoprothese

DRG	DRG-Text
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit bestimmten anderen Eingriffen an Hüftgelenk und Femur
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherne Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder mit äußerst schweren oder schweren CC ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmtem anderen kleinen Eingriff ohne äußerst schwere oder schwere CC
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag oder ohne bestimmten anderen kleinen Eingriff, Alter > 17 Jahre
I13E	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten od. bei Endoproth. am Knie m. kompl. Ingr. od. schw. Weichteilsch. od. Pseudarthrose od. best. Osteotom. od. best. Ingr. Knieproth. od. Epiphyseodese od. bei BNB od. Alter > 17 J. od. ohne äuß. schw. od. schw. CC
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochentransplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Kalkaneusfraktur
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 6 Jahre
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Impl. e. patientenindivid. angefertigten Endoprothese am Knie, ohne Einbringen od. Wechsel von Abstandshaltern
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I59Z	Andere Eingriffe an den Extremitäten oder am Gesichtsschädel
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. mäßig aufw. / aufw. / hochaufw. Behandlung, ohne Komplexbeh. b. Isolationspfl. Erregern, ohne best. schw. Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, außer bei BNB der Harnorgane, Alter > 2 Jahre
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen

Tabelle A-3-1:

160 DRGs, bei denen die **aufnahmeverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kapitel 2.2.5.5)

DRG	DRG-Text
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nierentranspl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivm. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nierentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A04B	Knochenmarktranspl. / Stammzelltransf., allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe best. Stammzellen od. Alt. < 18 J., mit best. Entnahme od. Stammzellboost od. intensivmed. Komplexbeh. > 2058 / - / - P.
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC
A13H	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Proz., ohne auß. schw. CC
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplexe oder bestimmte Diagnose, ohne mäßig komplexen oder komplexen Eingriff
B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen

DRG	DRG-Text
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre oder mit bestimmter intrakranieller Blutung
B20C	Kraniotomie oder große WS-Operation, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriff, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung, Alter > 0 Jahre
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie
C05Z	Dakryozystorhinostomie
C07B	Anderer Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne komplexen Eingriff am Auge, ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom, Alter > 5 Jahre
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen
D04B	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff
D05A	Komplexe Parotidektomie
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund, mit Mundboden- oder Vestibulumplastik, mit Eingriffen an Gaumen- und Rachenmandeln bei bösartiger Neubildung oder komplexe Eingriffe am Kopf
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, ohne Laryngektomie, ohne Exzision von Tumorgewebe, ohne äußerst schwere CC
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder bei Gaumenspalte oder Spaltnase oder plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D63A	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lungenembolie oder komplexe respiratorische Insuffizienz, Alter < 16 Jahre
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder schwersten CC oder weiteren komplizierenden Faktoren
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
G40B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, mit bestimmter endoskopischer Maßnahme, ein Belegungstag
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei bösartiger Neubildung oder bestimmter Darminfektion mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
H63A	Erkrankungen der Leber auß. bösart. Neubild., Leberzirr. u. best. nichtinfekt. Hepatitiden u. best. Erkrank. der Gallenwege, mehr als ein Belegungstag, mit kompl. Diag. u. auß. schw. o. schw. CC od. kompl. Diag. od. auß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J.
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden und best. Erkrankungen der Gallenwege, mehr als ein Belegungstag, mit kompl. Diagnose oder auß. schw. o. schw. CC oder Leberbiopsie, Alter < 18 J.
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
I02A	Großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder bestimmte bösartige Neubildung am Knochen oder Alter < 19 Jahre
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Einbringen von Abstandshaltern od. and. komplexen Eingriffen od. auß. schw. CC od. bei kompl. Diagnose od. Ersatz des Hüftgelenks mit Eingriff an oberer Extremität od. Wirbelsäule ohne best. kompliz. Faktoren
I08I	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 11 Jahre, ohne Eingriff an der unteren Extremität
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff
I19A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
I19B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC
I23B	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I23C	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen ohne bestimmte kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter

DRG	DRG-Text
I30A	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter < 16 Jahre oder komplexe Eingriffe am Kniegelenk mit sehr komplexem Eingriff oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter < 18 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC
I32B	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter < 6 Jahre oder bei schweren Weichteilschäden oder mit komplexen Eingriffen bei angeborener Fehlbildung der Hand, Alter < 16 Jahre
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mindestens 14 Tage
I50B	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit unspezifischen Arthropathien ohne äußerst schwere oder schwere CC
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma
J02B	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion od. ausgedehnte Lymphadenekt. oder Gewebetransplant. mit mikrovask. Anastomose, mit auß. schw. CC, oh. kompl. Eingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Eingr.
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreogl. ohne IntK > 392 / 368 / - P., auß. bei BNB, oh. auß. schw. od. schw. CC, mit Eingr. an d. Schilddrüse auß. kl. Eingr., ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, Alter > 15 J. od. Alter < 18 J.
K07A	Andere Eingriffe bei Adipositas mit bestimmten größeren Eingriffen am Magen oder Darm

DRG	DRG-Text
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraleingriff oder Verschluss einer Blasenektropie
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse oder transurethrale Injektion bei Ostiuminsuffizienz
L08Z	Komplexe Eingriffe an der Urethra oder Ureter
L16A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxilliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC
L64C	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, bestimmte Eingriffe am Ureter oder Retroperitonealfibrose oder Alter < 16 Jahre
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 18 Jahre
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie

DRG	DRG-Text
M03A	Komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder totale Amputation des Penis oder partielle Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre oder kleine Eingriffe an Urethra und Penis, Alter < 18 Jahre, ohne aufwendige plastische Rekonstruktion, ohne totale Amputation des Penis, ohne partielle Amputation mit bestimmter Lymphadenektomie
M04C	Eingriffe am Hoden mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 3 Jahre oder mit schweren CC oder beidseitigem Hodenhochstand, Alter < 14 Jahre
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder bestimmte Embolisation an viszeralen u. anderen abdominalen Gefäßen auß. bei bösartiger Neubildung oder andere Hysterektomie auß. bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik
N14Z	Best. Hysterektomie auß. bei BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachytherapie b. Krankh./Stör. weibl. Geschlechtsorg., > 1 BT, m. auß. schw. CC od. Ovariectomie u. kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schw. od. schw. CC, Alter < 16 J.
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie
N21B	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, ohne aufwendigen Eingriff
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit auß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation
O05C	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 180 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, Beatmung > 180 und < 900 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen, Beatmung < 481 Stunden
P03B	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
P04A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g, mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Prozedur oder mehrz. kompl. OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Std. oder mehrere schwere Probleme mit Beatmung > 320 Std. oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
P04B	Aufnahmegew. 1500 - 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P65A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Aufnahmegew. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. od. Aufnahmegew. > 2499 g, m. mehr. schw. Probl., m. Hypothermiebehandlung
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit kompl. Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, oh. Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 2 Jahre
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Anämie

DRG	DRG-Text
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
R63F	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit mäßig komplexer od. lokaler Chemoth., mit äußerst schweren CC oder ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. and. Agranulozyt. od. Portimpl. od. äuß. schw. CC
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, ohne äußerst schwere CC
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äuß. schw. CC, Alter < 18 J. oder bei best. Para- / Tetraplegie oder mit best. ERCP od. mit schwersten CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/ 184 / - Aufwandspunkte
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
V40Z	Qualifizierter Entzug
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit bestimmten psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder HIV-Krankheit
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W04C	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne bestimmte andere Eingriffe, ohne Beatmung > 24 Stunden, Alter > 5 Jahre

DRG	DRG-Text
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Y02B	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Eingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.
Y02C	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Eingr. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation

Tabelle A-3-2:

224 DRGs, bei denen die **entlassverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungskalkulation berücksichtigt wurden (siehe Kapitel 2.2.5.5)

DRG	DRG-Text
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation, Alter > 17 Jahre oder ohne komplizierende Faktoren oder mit komplexer OR-Prozedur oder schweren CC, Alter < 16 Jahre
801C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder bei Para- / Tetraplegie
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / 1656 und < 1765 / 1657 / 2209 Aufwandspunkte
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung
A11D	Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 P. mit best. OR-Prozeduren u. kompliz. Konstell. oder EHEC oder generalisierte Mukositis ohne IntK > 1764 / 1656 / 1932 P. oder mit kompl. Diagnose u. Alter < 3 J. oder IntK > 980 / 1104 / - P.
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A13D	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter > 5 Jahre oder mit IntK > - / 828 / - Punkte oder kompl. OR-Prozedur od. mit best. OR-Prozedur od. kompliz. Konst. od. mit IntK > 588 / 552 / 552 Punkte od. Alter < 16 Jahre bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
A13F	Beatmung > 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Punkte
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Entnahme oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, mehr als ein Belegungstag
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit best. OR-Prozedur, bis 72 Std., ohne kompl. Eing., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. oder and. neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganf., mehr als 72 Std.
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 72 Stunden
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ohne äußerst schwere CC oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung oder mit äußerst schweren CC
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit bestimmter neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder Alter < 16 Jahre
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse, Alter < 15 Jahre
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC
B75Z	Fieberkrämpfe
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B80Z	Andere Kopfverletzungen
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung oder Alter < 6 Jahre
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie

DRG	DRG-Text
C03A	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel mit komplexem Eingriff oder komplizierenden Faktoren oder mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter < 16 Jahre
C03B	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre
C06B	Komplexe Eingriffe bei Glaukom ohne erhöhten Aufwand
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder komplexem Eingriff am Auge oder bestimmten Eingriffen bei Glaukom oder Alter < 6 Jahre
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne komplexe Diagnose
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Revisionseingriffe ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei bestimmter Para- / Tetraplegie

DRG	DRG-Text
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder best. Atemwegsinfektion ohne äußerst schwere CC, mit komplizierender Diagnose oder mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 J. oder mit best. mäßig aufwendiger /and. aufwendiger Behandlung
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkten oder mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems
F08G	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, ohne bestimmten Eingriff
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit äußerst schweren CC oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff oder Ringfixateur
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne best. Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne Ringfixateur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem aufwendigen Eingriff

DRG	DRG-Text
F28A	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation mit äußerst schweren oder schweren CC
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrerer. Herzkl.
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67B	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, bei primärer Überfunktion von Nebenschilddrüse oder Nebenniere oder Alter < 18 Jahre
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
F95A	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
G02A	Bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder sehr komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, Alter < 10 Jahre oder best. Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompliz. Diagnose, mit bestimmten kompliz. Faktoren
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandsp.
G04Z	Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder best. Eingriffe an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems od. best. Gastrektomie
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
G23A	Appendektomie oder andere komplexe oder laparoskopische Adhäsioolyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung oder Endometriose am Darm
G23B	Appendektomie oder andere komplexe oder laparoskopische Adhäsioolyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung oder Endometriose am Darm
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
G74Z	Hämorrhoiden oder andere wenig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne bestimmten Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren

DRG	DRG-Text
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
H29Z	Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC
H41D	Andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff ohne bestimmte BNB
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter > 17 Jahre
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk, ohne Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
I07B	Bestimmte Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne komplexe Amputation, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder bestimmter Spondylodese ab 10 Segmenten oder aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Punkten
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherne Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I17B	Operationen am Gesichtsschädel ohne aufwendige Operationen, Alter > 15 Jahre
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochentransplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Kalkaneusfraktur
I23A	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen am Knochen oder Revision mit Osteosynthese an der oberen Extremität oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I24A	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe oder Alter < 18 Jahre

DRG	DRG-Text
I26A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 785 / 829 / - Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungs- tag
I32C	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter > 5 Jahre oder mit hochkomplexem Eingriff bei angeb. Fehlbildung der Hand, Al- ter < 16 Jahre oder mit best. Eingr. od. kompl. Diagnose
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne kom- plexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 6 Jahre
I44B	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Wechsel von Endoprothesen oder Im- plantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese am Kniegelenk oder Einbringen oder Wechsel von Abstandshaltern
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen ei- ner Entlastungsfeder am Kniegelenk
I44E	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I59Z	Andere Eingriffe an den Extremitäten oder am Gesichtsschädel
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Tuberkulose der Knochen und Gelenke
I66E	Amyloidose, bestimmte Vaskulitiden oder adulte Form des Morbus Still, Alter > 15 Jahre
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infek- tiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., mit Wirbelsäulenfraktur
I74D	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I79Z	Fibromyalgie
I87B	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störun- gen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J11C	And. Eingr. an Haut, Unterhaut u. Mamma oh. kompliz. Diag., oh. mä- ßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. oh. auß. schw. oder schw. CC, m. best. Eingr. od. m. Hidradenitis suppurativa od. bei BNB/Pemphigoid od. mit kl. Eingr. an d. Haut u. Weicht.
J11D	And. Eingr. an Haut, Unterhaut u. Mamma oh. kompliz. Diag., oh. mä- ßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. oh. auß. schw. od. schw. CC, oh. best. Eingr., oh. Hidradenitis suppurativa, auß. b. BNB od. Pemphigoid, oh. kl. Eingr. an d. Haut od. Weicht.

DRG	DRG-Text
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
J26Z	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplantation oder große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung mit komplexem Eingriff oder bestimmtem Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose, mit schwerer Erkrankung der Haut, ohne aufwendige Behandlung
J64B	Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC oder Alter < 6 Jahre mit komplexer Diagnose
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre mit anderer komplexer Diagnose
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
K06D	Andere Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyroglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte Reduktionseingriffe an Haut und Unterhaut
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre
K09D	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen ohne mäßig komplexen Eingriff
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre
L07Z	Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 J. od. mit äußerst schw. CC od. anderer Kombinationseingriff od. best. Zystektomien, ohne gr. Eingriff am Darm od. kompl. Harnblasenplastik od. Autotranspl. Niere

DRG	DRG-Text
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit bestimmtem Eingriff mit CC oder mit komplexem Eingriff
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale / andere retroperitoneale Eingriffe oh. ESWL, oh. äußerst schwere CC od. best. Eingriffe Niere od. transurethrale Eingriffe auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. auß. schw. CC
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
L63C	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbeh. bei isolationspflichtigen Erregern, ohne best. aufw. / hochaufw. Behandl., außer bei TBC des Urogenitalsyst., Alter < 3 Jahre oder best. schwere Infektionen oder best. mäßig aufw. Beh.
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter > 15 Jahre
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän oder bestimmte radikale Prostatovesikulektomien oder bestimmte Lymphadenektomie
M04B	Eingriffe am Hoden mit bestimmtem Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis oder großflächige Ablationen der Haut
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
M10C	Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden, ohne Lutetium-177-PSMA-Liganden aus patientenindividueller Eigenherstellung
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Eingriff an der Harnblase
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsiolyse, Alter > 15 Jahre
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte
O01B	Sectio caesarea, Schwangerschaftsd. bis 25 vollend. W. (SSW), m. mehr. kompliz. Diag., m. intraut. Ther. od. kompliz. Konstell. od. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. äuß. schw. CC
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder Alter < 18 Jahre
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, Alter > 17 Jahre
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter < 6 J. od. best. Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus od. mit best. mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn

DRG	DRG-Text
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation od. intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter > 15 J.
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne kompliz. Diagnose, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Dialyse oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose, ohne kompliz. Konstellation
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, ohne Dialyse, Alter > 0 Jahre
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
T60C	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit kompl. Diagnose oder äuß. schweren CC, Alter > 17 Jahre, außer bei best. Para- / Tetraplegie, ohne best. ERCP, ohne schwerste CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ein Belegungstag
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W02B	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X60A	Bestimmte Verletzungen
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontaktanlass oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage

Tabelle A-3-3:

632 DRGs, bei denen die **verlegten Fälle** (aufnahme- und/oder entlassverlegt) bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kapitel 2.2.5.5)

DRG	DRG-Text
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent-Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren
801D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur
802A	Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A05Z	Herztransplantation
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 P., mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 18 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - P.
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angegeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.

DRG	DRG-Text
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.
A11E	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte
A11F	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder äußerst schwere CC
A13E	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 829 / 1105 Aufwandspunkte od. Alter < 16 Jahre
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt. < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt. > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J. od. oh. Eingr. bei BNB
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC
B04A	Beidseitige oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC
B04B	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff
B17C	Eingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensys. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alt. < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alt. < 19 J. oder mit schw. CC od. Impl. Ereignis-Rekorder
B17D	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit mäßig komplexem Eingriff oder best. Eingriff und Alter < 19 J. oder schw. CC oder best. Diagnose
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B18B	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder Revision eines Ventrikels-huntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie

DRG	DRG-Text
B18C	Andere Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B18D	Mäßig komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit kompl. Prozedur, mit kompliz. Faktoren, Alter > 15 Jahre, ohne best. intrakran. Blutung oder Alter < 1 J. mit interv. oder großem intrakran. oder best. Eingriff oder mit kompl. Diagnose od. bei bösart. Neubildung
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologischer Komplexbehandlung oder anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bei schwerer motorischer Funktionseinschränkung
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder schwerer motorischer Funktionseinschränkung
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung

DRG	DRG-Text
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose oder bestimmter neurologischer Komplexbehandlung > 96 Stunden
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit kompl. Diagnose, ohne schw. CC oder außer bei Para- / Tetraplegie
B72A	Infektion des Nervensystems, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Enzephalitis mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte
B72B	Infektion des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Enzephalitis, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B76B	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder komplexer Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose
B76D	Anfälle, Alter < 6 Jahre oder komplizierende Diagnose oder EEG, mehr als ein Belegungstag
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 6 Jahre oder mit komplizierender Diagnose oder Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 5 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur

DRG	DRG-Text
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium, Alter < 2 Jahre
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium, Alter > 1 Jahr
C03C	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel, ohne komplexen oder bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne komplexe Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter > 9 Jahre
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges oder Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06A	Komplexe Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter < 6 Jahre oder Alter > 15 Jahre mit komplexer Prozedur oder Diagnose, mit Resektion des Felsenbeins oder mit intrakraniellm Eingriff bei bösartiger Neubildung
D06B	Andere Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder Diagnose, ohne Resektion am Felsenbein, ohne intrakraniellen Eingriff bei BNB
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmter Prozedur
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder mit radikaler zervikaler Lymphadenektomie oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC, ohne radikale zervikale Lymphadenektomie
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen

DRG	DRG-Text
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund oder Eingriffe an Hals und Kopf, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik, ohne Eingriffe an Gaumen- und Rachenmandeln bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Eingriffe am Kopf
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, mit Laryngektomie oder Exzision von Tumorgewebe, ohne äußerst schwere CC oder außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Ingr. od. Ingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Ingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 11 Jahre
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus
D63B	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen ohne äußerst schwere CC
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mit mäßig aufwendigem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane oder mehr als ein Belegungstag mit bestimmtem Eingriff an Larynx oder Trachea oder mit äußerst schweren CC
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff

DRG	DRG-Text
E02E	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 J., ohne best. Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenreduktion, ohne andere mäßig kompl. Eingriffe, ein Belegungstag
E06B	And. Lungenresek., best. Eingr. an Thoraxorg., Thoraxw., Gefäßsystem od. Mediast., Alter > 9 und < 16 J. od. m. offen chirurg. Pleurolyse m. Eingr. an Lunge/Pleura od. best. atyp. Lungenresek. od. best. Brustkorbkorr. od. best. chirurg. Stab. d. Thoraxw.
E06C	Andere Lungenresektionen, best. Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem od. Mediastinum, Alter > 15 J., ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Eingr. an Lunge/Pleura, mit komplexem Eingriff an Atmungsorganen, Mediastinum und Brustkorb
E06D	Andere Lungenresektionen, best. Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem od. Mediastinum, Alter > 15 J., ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Eingr. an Lunge/Pleura, mit bestimmtem Eingriff an Atmungsorganen, Mediastinum und Brustkorb
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingr. oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen, ohne zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / 368 / - Punkte oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schw. CC oder ARDS
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 h, mehr als 2 BT, mit kompl. Prozedur, IntK > - / 184 / - und < 197 / 369 / - Punkte bei akuter Exazerb. best. interstit. LungenKh, ohne äußerst schwere CC, außer bei best. Para- / Tetraplegie
E42B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, außer bei traumatischem Hämato-/Pneumothorax
E63A	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespir. Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 18 Jahre oder mit best. invasiver kardiologischer Diagnostik oder Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häusl. Beatmung bis 2 BT, Alter < 18 Jahre
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lungenembolie oder IntK > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit IntK > 0 / 0 / - Aufwandspunkten, ohne IntK > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkten, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, IntK < - / - / 185 Aufwandspunkten, Alter > 15 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chron.-obstr. Atemwegserkrankung od. best. Atemwegsinfekt. mit äuß. schw. CC od. best. hochaufw. Beh. od. kompliz. Fakt. od. Bronchitis u. Asthma bronch., > 1 BT, mit äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-V.-Infekt., mit IntK > 196 / 184 / - P.
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / andere aufwendige Behandlung
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äuß. schw. od. schw. CC, Alter > 0 J. od. 1 BT od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alter < 16 J. od. andere mäßig aufw. Beh., mit RS-Virus-Infekt.
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äuß. schw. oder schw. CC oder Alter < 56 Jahre oder Beschwerden und Symptome der Atmung oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode, ohne bestimmte aufw./hochaufw. Behandlung
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Ösophagusprothese oder endoskopischer Stufenbiopsie oder endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt mit Chemotherapie ohne int. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Punkten
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop. mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiopsie, ohne Chemoth. od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, ohne Bronchoskopie mit starrem Instr., ohne perkut. Biopsie am Respir.-Trakt
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder best. andere Krankheiten der Atmungsorgane oder intensivmed. Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten od. Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. andere Krankheiten der Atmungsorgane, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., ohne Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre

DRG	DRG-Text
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung oder mit bestimmter Pneumonie, mehr als ein Belegungstag
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsger. mit kompliz. Fakt. od. myokardstim. Sys. od. aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Fakt. od. Zweikammer-Stim. mit kompliz. Fakt.
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei- oder Einkammer-Stim. mit äußerst schweren CC oder Einkammer-Stim. mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - AP oder best. Sondenentfernung oder Alter < 18 Jahre
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors in Pulmonalarterie, ohne Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 Jahre
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Ingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Ingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Ingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konstellation od. kompl. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 /- P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369/- P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder komplexer Aorteneingriff
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellationen, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Re-OP oder bestimmten Bypassen, mit äußerst schweren CC
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingriff ohne Mehretagen- od. Aorteneingriff, ohne Reop., ohne best. Bypass, mit äußerst schweren CC oder mit best. Aorteneingriff od. best. kompl. Konstellation
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reop. oder best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingriff oder bestimmter Bypass mit äußerst schweren CC
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit komplex. Eingriff, ohne Mehretagen- oder Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Aorteneingriff
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, mit bestimmtem Eingriff
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, mit mäßig kompl. kardiothorakalen Eingriffe. mit äußerst schweren CC oder best. kardiothorakalem Eingriff oder best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis

DRG	DRG-Text
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig kompl. kardiothorakale Eingr., ohne best. kardiothorakalen Eingr., ohne best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem mit äuß. schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ. Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder aufwendiger Sondenentfernung oder mäßig komplexer PTCA
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem oder Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität oder komplexe Amputation an unterer Extremität oder Revisionseingriff ohne äußerst schwere CC
F13D	Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität ohne komplexe Amputationen, ohne äußerst schwere CC
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem oder Alter < 16 Jahre
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem, Alter > 15 Jahre
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. äuß. schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Ablation über A. renalis oder komplexe Rekanalisation von Koronargefäßen
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodesse des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne Ringfixateur, mit mäßig komplexem Eingriff
F28B	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28C	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität, ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzun-terst. System

DRG	DRG-Text
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems oh. IntK > 392 / 552 / 552 Pkte, Alter > 5 J. und Alter < 16 J. od. mit kompl. Konstell. od. best. OR-Prozedur od. IntK > - / 368 / - Punkte, ohne best. Impl. herzunterst. System
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 J., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. OR-Prozedur, ohne best. Impl. herzunterst. System
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialem Mapping oder best. andere kardiologische Diagnostik oder best. komplexer Diagnose
F49E	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.
F49F	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.
F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre
F50B	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, mit komplexer Ablation, Alter > 17 Jahre
F50C	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F58A	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F62B	Herzinsuff. und Schock mit auß. schw. CC, mit Dialyse oder kompliz. Diag. od. mit best. hochaufw. Beh. od. ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 BT bei best. akuten Nierenvers. mit auß. schw. CC od. Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne auß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne auß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F67A	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger / mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, ohne primäre Überfunktion von Nebenschilddrüse oder Nebenniere, Alter > 17 Jahre
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
F68B	Angeborene Herzkrankheit ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter > 15 Jahre
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
F77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F95B	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff
G02B	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
G02C	Andere komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., ohne komplexen Eingriff
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Ingr. an Dünn- / Dickdarm od. an abdom. Gefäßen, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektoplastik, Alter < 10 Jahre od. mit best. Ingr. an abdominalen Gefäßen
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsioolyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Ingr. an Dünn-/Dickdarm, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektopl., Alt. > 9 J. u. Alt. < 16 J. od. mit laparoskop. Adhäsioolyse od. Rektopexie od. best. Magenexz.
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Anorektoplastik, Alter > 15 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsioolyse, ohne Rektopexie
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur oder mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
G12D	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 14 Jahre oder bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane
G12E	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G16A	Komplexe Rektumresektion od. and. Rektumres. m. best. Ingr. od. kompl. Diagnose od. mehrz. Enterostomaanlage und -rückverlagerung, m. kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. od. endorektale Vakuumtherapie
G16B	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumres. mit best. Ingr. od. kompl. Diag. od. mehrz. Enterostomaanlage u. -rückverlagerung, ohne kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. ohne endorekt. Vakuumtherapie
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Gefäßen mit bestimmtem hochkomplexem Eingriff oder Diagnose oder mit endorektaler Vakuumtherapie
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Gefäßen mit bestimmter sehr komplexer Prozedur oder Diagnose
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre ohne bestimmte Operationen an Pharynx oder Magenband
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff
G21A	Best. kompl. Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 J., ohne äuß. schw. oder schw. CC od. andere Eingriffe an Darm u. Enterostoma od. best. Eingriffe am Pharynx od. Verschluss Darmfistel m. äuß. schw. CC od. aufw. Eingriff am Darm oder Alter < 16 Jahre
G21B	Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx oder Verschluss Darmfistel ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, mit laparoskopischer Adhäsioolyse oder sekundärer Appendektomie oder Alter < 16 Jahre
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne laparoskopische Adhäsioolyse, ohne sekundäre Appendektomie
G24D	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre
G26A	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit kleinem Eingriff am Rektum
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne kleinen Eingriff am Rektum
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, mit aufwendigem Eingriff
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem
G40A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre, mehr als ein BT
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie mit auß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Ingr.

DRG	DRG-Text
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, mit anderem aufwendigen Eingriff
G46D	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne anderen aufwendigen Eingriff
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme oder mehr als ein Belegungstag
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei bösartiger Neubildung od. best. Darminfektion od. ohne äußerst schwere CC
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne schwere CC
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation
H07A	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H07B	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter < 12 Jahre oder mit endoskopischer Steinentfernung oder mit bestimmter Diagnose
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter > 11 Jahre
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie

DRG	DRG-Text
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde Endoskopie
H41C	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexem Eingriff oder Alter < 16 J. oder andere ERCP mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation oder andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff mit bestimmter BNB
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre, mit bestimmter BNB oder bestimmter Pankreatitis
H41F	Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte BNB oder bestimmte Pankreatitis
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC oder komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter < 18 Jahre oder mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit Pfortaderthrombose
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre oder Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 10 Jahre
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis mit Organkomplikation oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis mit Organkomplikation, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis, Alter > 15 Jahre
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden und bestimmte Erkrankungen der Gallenwege, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H78Z	Bestimmte komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation m. kompliz. Konst., Ingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilsch., m. äuß. schw. CC od. kompl. OR-Proz. od. mit hochkompl. Gewebe-Tx od. Vakuumbh. od. BNB u. kompl. OR-Proz. od. kompl. Gewebe-Tx m. äuß. schw. CC
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, bei BNB und kompl. OR-Proz. m. äußerst schweren oder schweren CC od. komplexer Gewebe-Tx m. äußerst schweren CC
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthro- dese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit äuß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthro- dese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne äuß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Knie- gelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthro- dese oder Implan- tation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothe- tische Fraktur an der Schulter oder am Knie
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diag- nose, ohne Arthro- dese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schwe- ren CC
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schulter- gelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrektur- eingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC
I06C	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals, Alter > 18 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie oder ohne äußerst schwere CC, ohne bösar- tige Neubildung am Knochen, mit bestimmtem Eingriff ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff
I07A	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit komplexer Amputation oder bei bestimmter bös- artigen Neubildung oder Alter < 18 Jahre
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit hochkomplexem Ein- griff bei Beckenfraktur, mit bösartiger Neubildung, mit äußerst schwe- ren CC oder mit weiteren komplizierenden Faktoren
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit sehr komplexem Ein- griff oder äußerst schweren CC oder bei komplexer Diagnose oder Er- satz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbel- säule mit bestimmten komplizierenden Faktoren
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schweren CC
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmten Eingriffen an Becken und Femur oder mit bestimmten komplizierenden Diagno- sen
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit bestimmten anderen Eingriffen an Hüftgelenk und Femur
I08G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexem Eingriff
I08H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff oder Alter < 12 Jahre oder Eingriff an der unteren Extremität

DRG	DRG-Text
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder bestimmter langstreckigen Spondylodese oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese oder andere mehrzeitige komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit aufwendiger intens-med. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompliz. Faktoren, ohne Frakturen HWS, ohne BNB der Wirbelsäule oder ohne Kyphoplastie od. ohne Radiofrequenzabl., ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC
I10B	Andere Eingriffe WS m. best. kompl. Eingriffen od. Para- / Tetrapl. od. Wirbelfraktur m. best. Eingriffen oh. äuß. schw. CC od. best. andere Operationen WS m. äuß. schw. CC u. > 1 BT od. mäßig kompl. Eingriffe u. Diszitis od. Exzision spin. Tumorgewebe
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder mit äußerst schweren oder schweren CC ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmtem anderen kleinen Eingriff ohne äußerst schwere oder schwere CC
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag oder ohne bestimmten anderen kleinen Eingriff, Alter > 17 Jahre
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes, mit Einbringen oder Wechsel von Abstandshaltern oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Einbringen oder Wechsel von Abstandshaltern, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre
I13A	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit komplexem Mehrfacheingriff, mit komplizierendem Eingriff an der unteren Extremität oder aufwendiger Osteosynthese
I13B	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingriff oder kompliz. Diagnose oder bei Endoprothese der oberen Extremität oder mit Fixateur ext., mit best. BNB od. mit Einbringen von Abstandshalt od. Alter < 18 J. mit auß. schw. od. schw. CC
I13C	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. od. kompliz Diag. od. bei Endopr. der oberen Extrem. od. m. Fix. ext., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch., m. best. kompl. Osteot. od. BNB od. Alter < 18 J. m. auß. schw. od. schw. CC
I13D	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem anderen Mehrfacheingriff oder komplizierender Diagnose oder bei endoprothetischem Eingriff an der oberen Extremität od. mit Fixateur externe oder mit and. kompl. Eingr. od. bei sek. BNB Knochen/-mark
I13E	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten od. bei Endoproth. am Knie m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Pseudarthrose od. best. Osteotom. od. best. Eingr. Knieproth. od. Epiphyseodese od. bei BNB od. Alter > 17 J. od. ohne auß. schw. od. schw. CC
I13F	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem anderen Eingriff an den Extremitäten oder bei bösartiger Neubildung oder kleiner Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I13G	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten ohne bestimmten anderen Eingriff an den Extremitäten, außer bei bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre
I16A	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität mit bestimmtem Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen
I16B	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula, Schulter und Ellenbogen
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel oder Alter < 16 Jahre
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk

DRG	DRG-Text
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodesese
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen od. hochkompl. Eingriff od. Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks od. bei Zerebralparese od. mit kompl. Eingriff und kompl. Diagnose od. mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes, Alter < 12 Jahre
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren oder Alter > 11 Jahre
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Ingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre
I26B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder bestimmte hochaufwendige Implantate
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe-Tx mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC oder mit kompliz. Faktoren, mit schweren CC oder bei BNB oder mit best. Ingr. am Weichteilgewebe, > 1 Belegungstag oder best. Eingriff
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit schweren CC oder bei BNB oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als ein Belegungstag oder bestimmter Eingriff ohne komplizierende Faktoren
I27D	Bestimmte andere Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I28A	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerchfell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
I28B	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit komplexem Eingriff an Thorax und Abdomen oder Implantation/Wechsel best. Medikamentenpumpen oder Eingriff bei bösartiger Neubildung an Knochen und Gelenken, mehr als ein Belegungstag
I28C	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmtem Eingriff an Knochen, Weichteilen oder Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 10 Jahre
I28E	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, ohne bestimmte, mäßig komplexe und komplexe Eingriffe, Alter > 9 Jahre oder ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm
I31C	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm ohne gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, ohne bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Unterarm
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I36Z	Beidseitige oder kombinierte Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft-, Kniegelenk und/oder an der oberen Extremität
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I44A	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerst schweren CC oder Implantation bestimmter schaftverankerten Prothese am Knie oder Korrektur einer Brustkorbdeformität

DRG	DRG-Text
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Impl. e. patientenindivid. angefertigter Endoprothese am Knie, ohne Einbringen od. Wechsel von Abstandshaltern
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, mit kompl. Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit best. endoproth. oder gelenkplast. Eingr. od. m. Impl. od. Wechsel Radiuskopfproth. od. m. kompl. Erstimpl. od. m. Entf. Osteosynthesemat.
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I50A	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder Alter < 18 Jahre
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder anderen komplizierenden Konstellationen
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals oder bestimmte Systemkrankheiten des Bindegewebes
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, > 1 BT, ohne bestimmte Erkrankungen, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp. od. multisystemisches Entzündungssyndrom bei COVID-19, Alter < 18 J. od. Alter < 6 J., 1 BT
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 BT od. and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie od. mit äuß. schw. CC od. schw. CC od. Alter > 65 J., oh. kompl. Diagn. od. Kreuzbeinfraktur od. best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie mit bestimmter Arthropathie oder Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para- /Tetraplegie
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie ohne bestimmte Arthropathie, ohne Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para- /Tetraplegie
I71B	Muskel- und Sehnenenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne septische Arthritis oder Alter > 15 Jahre
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur, ohne resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J02A	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie oder Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
J02C	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J08A	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement mit Eingriff an Kopf und Hals oder mit bestimmtem Eingriff an Haut und Unterhaut oder Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
J08B	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement ohne Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut und Unterhaut oder ohne äußerst schwere CC
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplizierender Diagnose oder mit mäßig komplexer Prozedur oder Diagnose oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit bestimmtem Eingriff bei bösartiger Neubildung oder Pemphigoid
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J22Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut oder Erysipel
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit auß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
J64C	Andere Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Alter > 5 Jahre oder ohne komplexe Diagnose
J67A	Bestimmte Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder moderate Hauterkrankungen
J67B	Andere Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte Hauterkrankungen
J77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse

DRG	DRG-Text
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392 / 368 / - Punkte oder bei BNB, mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit äuß. schw. oder schw. CC oder Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre
K06E	Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Reduktionseingriffe an Haut und Unterhaut
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schweren CC oder best. aufwendiger / hochaufw. Behandlung, mehr als ein Belegungstag
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskop. Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC od. ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne kompliz. Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter > 15 Jahre
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre

DRG	DRG-Text
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter komplexer Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung oder Alter < 1 Jahr
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik, Alter > 17 Jahre oder außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 0 Jahre
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L04A	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe oder Alter < 16 Jahre
L04B	Andere Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, ohne bestimmte Harnblaseneingriffe oder Exzision und Resektion von retroperitonealem Gewebe, Alter > 15 Jahre
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an den Harnorganen mit äußerst schweren CC
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre
L09A	And. Eingr. bei Erkr. der Harnorg. mit Anl. Dialyseshunt bei akut. Nierenins. od. bei chron. Nierenins. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie od. m. kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alt. < 2 J. od. auß. schw. CC
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse od. außer Anlage Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne best. Eingriff an Präputium od. Nebenschilddrüse, Alter < 2 J. od. mit auß. schw. CC, ohne kompl. OR-Proz., ohne kompl. Eingriff
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, mit best. anderen Eingriff od. Alter < 18 Jahre
L09E	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 17 Jahre
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, mit bestimmten Eingriffen an der Urethra oder Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, mit äußerst schweren CC
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder Alter < 18 Jahre mit schweren CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre oder ohne schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
L63B	Infektionen der Harnorgane ohne best. hochaufw. Beh., mit best. aufwendiger Beh. od. mit äußerst schw. CC, ohne Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern od. mit Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern od. bei TBC des Urogenitalsyst., ohne äußerst schw. CC
L63D	Infektionen der Harnorgane oh. äuß. schwere CC, oh. best. mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufw. Behandl., oh. Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, oh. best. schw. Infektionen, Alter > 2 J. u. < 6 J. od. Alter < 18 J. mit schw. CC od. Alter > 89 J.
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. mäßig aufw. / aufw. / hochaufw. Behandlung, ohne Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, ohne best. schw. Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre
L64A	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, bei angeborener Fehlbildung oder BNB der Harnorgane oder Alter < 3 Jahre
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, außer bei BNB der Harnorgane, Alter > 2 Jahre

DRG	DRG-Text
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 17 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02A	Transurethrale Prostatektomie oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC
M07Z	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds, Verweildauer < 4 Tage
M09A	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder BNB des Penis oder bestimmte interstitielle Brachytherapie
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne BNB des Penis, ohne bestimmte interstitielle Brachytherapie
M10D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann
N01B	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraler Eingriff
N01D	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff
N07A	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei BNB oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder best. Eingriff an der Harnblase, Alt. < 81 Jahre, oh. äußerst schwere oder schwere CC, oh. best. Fistelverschluss, mit aufwendigem Eingriff
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW)
O02A	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierende Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff
O05B	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren

DRG	DRG-Text
P05C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., best. mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., oder mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P65D	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne Problem
P66C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P66D	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 24 Stunden
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegew. > 2499 g mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag, neugeb. Mehrling od. mit bestimmter aufwendiger Prozedur
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., anderes Problem und mehr als ein Belegungstag oder nicht signifikante OR-Prozedur, ohne Mehrling, ohne bestimmte aufwendige Prozeduren
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 1999 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling

DRG	DRG-Text
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre, oh. bestimmte Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus, oh. best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder schweren CC, Alter > 15 J. oder ohne Granulozytenstörung oder äußerst schwere CC oder ohne kompl. Diagnose, ohne schwere CC, Alter < 3 J.
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC
Q62Z	Andere Anämie
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Anämie
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
R60C	Akute myel. Leukämie m. int. Chemo, äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. Port od. m. mäß. kompl. Chemo m. best. kompliz. Fakt. od. m. äuß. schw. CC m. kompl. Diagnost. od. KomplBeh. isolat.pfl. Erreg. m. Dial. od. äuß. schw. od. schwerste CC

DRG	DRG-Text
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. äuß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC
R60E	Akute myeloische Leukämie ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. bei isolationspfl. Erregern od. kompl. Diag. bei Leukämie, > 15 J., mit intens. Chemo od. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Blastenkrise, oh. kompl. Diag. bei Leukämie, oh. schwerste CC
R61E	Lymph. u. nicht akute Leukämie mit best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. intensive Chemoth. od. kompl. Diag., kompliz. Proz., Alt. < 16 J. od. best. Lymph. mit best. Chemo. od. kompl. Diag., and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diag. od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 J., oh. best. Lymphom m. best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder best. Metastasen oder äußerst schweren CC oder Dialyse oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
R63E	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder Agranulozytose oder Portimplantat. oder mit lokaler Chemoth. oder best. Agranulozytose mit äuß. schw. CC, mit Dialyse oder Sepsis oder Portimplant. oder äuß. schw. CC
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, mit äußerst schweren CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, außer bei sonstiger Sepsis

DRG	DRG-Text
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation bei sonstiger Sepsis oder mit bestimmtem komplexen Eingriff oder mit äußerst schweren CC
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC
T01D	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC mit bestimmtem anderen Eingriff
T01E	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten anderen Eingriff
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten oder OR-Prozedur bei inf. u. parasitären Krankh. mit best. komplexer Prozedur oder kompliz. Konstellation mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60D	Sepsis mit anderer komplizierender Konstellation, außer bei Z. n. Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Alter < 10 Jahre
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mehr als ein Belegungstag
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 14 Jahre mit komplexer Diagnose
T63B	Schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose
T63C	Mäßig schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U61Z	Schizophrenie, wahnhaft und akut psychotische Störungen
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
W02A	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
W04A	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder Alter < 6 Jahre
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 11 Jahre
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit schweren Weichteilschäden oder komplex. OR-Prozedur oder best. mäßig kompl. Eingriff oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT
X01C	Rekonstr. Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konst., ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schw. Weichteilschäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne äuß. schw. CC, mit best. Nervennaht od. Hautplastik, > 1 BT od. Alter < 18 J.
X01D	Rekonstr. Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konst., ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schw. Weichteilschäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne äuß. schw. CC, ohne best. Nervennaht oder Hautplastik oder 1 BT, Alter > 17 J.
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC

DRG	DRG-Text
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten Eingriff
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe
X60B	Verletzungen und allergische Reaktionen ohne bestimmte Verletzungen
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata
Y02D	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Ingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter > 17 J.
Y03Z	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen
Y62Z	Andere Verbrennungen
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit bestimmtem Eingriff
Z01C	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung

Tabelle A-4:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kapitel 2.4.2)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2025	Anzahl DRGs 2026	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	73	73	0
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	111	111	0
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	31	31	0
03	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	56	56	0
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	66	66	0
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	148	145	-2,0
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	90	91	+1,1
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepato biliärem System und Pankreas	50	50	0
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	178	178	0
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	52	52	0
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	43	43	0
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	72	71	-1,4
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	27	28	+3,7
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	39	39	0
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	25	25	0
15	MDC 15 Neugeborene	41	41	0
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	15	15	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	50	48	-4,0
18A	MDC 18A HIV	7	7	0

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2025	Anzahl DRGs 2026	Veränderung (in %)
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	25	25	0
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	13	13	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	6	6	0
21A	MDC 21A Polytrauma	14	14	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	17	17	0
22	MDC 22 Verbrennungen	9	9	0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	14	14	0
24	MDC 24 Sonstige DRGs	10	10	0
25	MDC 25 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung	10	10	0
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	3	3	0
Gesamt		1.295	1.291	-0,3