

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
G-DRG-Systems
für das Jahr
2014

Klassifikation, Katalog und
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 18. Dezember 2013

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	1
1 EINFÜHRUNG	2
2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG	3
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	3
2.2 Datenaufbereitung	4
2.3 Ableitung der Klassifikation	4
2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen	6
2.5 Zusatzentgelte	7
2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	8
3 G-DRG-SYSTEM 2014	9
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	9
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	12
3.2.1 Datenbasis	12
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	12
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	16
3.2.2 Vorschlagsverfahren	19
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	19
3.2.2.2 Beteiligung	20
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	20
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	22
3.3.1 Anpassung der Methodik	22
3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen	22
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	27
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	29
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	32
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	37
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	38
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	39
3.3.2.1 Abdominalchirurgie	39
3.3.2.2 Adipositas	40
3.3.2.3 Bestrahlungsplanung	41
3.3.2.4 Epilepsie	41
3.3.2.5 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma	42
3.3.2.6 Extremkosten	43
3.3.2.7 Frührehabilitation	47

3.3.2.8	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	47
3.3.2.9	Gastroenterologie	50
3.3.2.10	Geburtshilfe	51
3.3.2.11	Gefäßchirurgie und -interventionen	54
3.3.2.12	Geriatric	56
3.3.2.13	Handchirurgie	56
3.3.2.14	HIV	57
3.3.2.15	Hochaufwendige Pflege von Patienten	58
3.3.2.16	Intensivmedizin	59
3.3.2.17	Kardiologie und Herzchirurgie	60
3.3.2.18	Komplizierende Konstellationen	64
3.3.2.19	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	65
3.3.2.20	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	67
3.3.2.21	Neurochirurgie	68
3.3.2.22	Onkologie	69
3.3.2.23	Operative Gynäkologie	71
3.3.2.24	Ophthalmologie	72
3.3.2.25	Palliativmedizin	73
3.3.2.26	Polytrauma	75
3.3.2.27	Schlaganfall	77
3.3.2.28	Unfallchirurgie/Orthopädie	77
3.3.2.29	Urologie	82
3.3.2.30	Versorgung von Kindern	83
3.3.2.31	Wirbelsäulenchirurgie	86
3.3.3	Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System	89
3.3.4	Sortierung	91
3.3.5	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	92
3.3.5.1	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	92
3.3.5.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2014 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	93
3.3.5.3	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	94
3.3.5.4	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	96
3.3.5.5	Hinweise zur Leistungsplanung und Budgetverhandlung	97
3.3.6	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien	97
3.4	Statistische Kennzahlen	99
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	99
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	99
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	99
3.4.1.3	Zusatzentgelte	100
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	102
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	104
3.4.4	Analyse der Verweildauer	108
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2010, 2011 und 2012	108
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	110
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	114
	ANHANG	115

Abkürzungen

Abs.	Absatz
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BA	Belegabteilung
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BR	Bewertungsrelation
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
CT	Computertomographie
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektroenzephalographie
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia coli
EKG	Elektrokardiogramm
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie
etc.	et cetera
FAB	Fachabteilungssegment
FEV ₁	Forced Expiratory Volume (Einsekundenausatem-Kapazität)
FFR	Fraktionelle Flussreserve
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2012 bzw. 2013 (Fallpauschalenvereinbarung 2012 bzw. 2013)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
GM	German Modification (ICD-10-GM)
HA	Hauptabteilung

HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HK	Homogenitätskoeffizient (der Kosten)
HWS	Halswirbelsäule
IBLV	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung
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
i.d.R.	in der Regel
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
ISS	Injury Severity Score
Kap.	Kapitel
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KI	Konfidenzintervall
KMT	Knochenmarktransplantation
KVM	Klinisches Verteilungsmodell
LDL	Low-Density-Lipoprotein
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
med.-techn.	medizinisch-technisch
Mio.	Millionen
MS	Multiple Sklerose
mVWD	mittlere Verweildauer
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Fälle
Nr.	Nummer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
o.g.	oben genannte
OGV	Obere Grenzverweildauer
OP	Operation
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
OR	Operating Room; operativ
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score

PPR	Pflegepersonalregelung
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie
Qu.	Quantil
R ²	Varianzreduktion
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SZT	Stammzelltransfusion
Tab.	Tabelle
TE	Therapieeinheiten
TIA	Transitorische ischämische Attacke
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
u.a.	unter anderem
UGV	Untere Grenzverweildauer
V	Version
vgl.	vergleiche
vs.	versus, gegenüber
VWD	Verweildauer
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) nähere Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sowie zu den Kosten- und Leistungsprofilen der einzelnen DRG-Fallpauschalen offen. Damit werden sowohl Besonderheiten bei der diesjährigen Überarbeitung des DRG-Fallpauschalen-Katalogs transparent gemacht als auch den Nutzern die Möglichkeit geboten, eigene Detailanalysen zu besonderen Fragestellungen und für einzelne medizinische Fachgebiete durchzuführen.

Der bisher eingeschlagene Weg, die Abbildungsgenauigkeit der Besonderheiten in den Versorgungsstrukturen und Behandlungsweisen in Deutschland im Fallpauschalen-Katalog weiter zu erhöhen, wurde auch in diesem Jahr konsequent beschritten. Ein weiterer Schwerpunkt wurde auf klassifikatorische Änderungen gelegt, die auf die Reduzierung bzw. Beseitigung von Abrechnungs- und/oder Kodierkonflikten fokussieren.

Den 247 Krankenhäusern, die freiwillig Kostendaten für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Rahmen der Kalkulation zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement gedankt.

Einen weiteren wichtigen Baustein für die Weiterentwicklung lieferten die Fachgesellschaften, Verbände, Experten und Einzelpersonen aus Krankenhäusern und Krankenkassen, die sich konstruktiv am Vorschlagsverfahren zur Verbesserung der DRG-Klassifikation („Strukturierter Dialog“) beteiligt haben.

Zu wünschen bleibt, dass Krankenhäuser und Krankenkassen weiterhin durch ihre aktive Mitarbeit zur Weiterentwicklung und Kalkulation des DRG-Fallpauschalensystems beitragen. Dies gilt insbesondere auch für die Krankenhäuser, die besondere Patientengruppen behandeln und deshalb auf notwendige Änderungen hinweisen. Medizinische Fachgesellschaften sind weiterhin aufgerufen, durch Teilnahme am Vorschlagsverfahren fachliche Impulse für die Weiterentwicklung zu geben.

1 Einführung

Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014 sind Schwerpunkt dieses sich an die interessierte Fachöffentlichkeit wendenden Berichts. Das InEK leistet damit einen Beitrag zur Transparenz über die der Weiterentwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise sowie zur Förderung des Verständnisses über Zusammenhänge im G-DRG-System.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014 (Vorschlagsverfahren 2014)“ unterstützte die Pflege des G-DRG-Systems. Durch zahlreiche Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften, der Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiterer Institutionen sind Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung eingeflossen. Damit erweist sich das G-DRG-System im besten Sinne als „lernendes System“.

Die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wäre ohne die freiwillige Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation nicht möglich. Von den Voraussetzungen zur erfolgreichen Teilnahme an der Kostenkalkulation unbeeindruckt, haben die 247 Kalkulationskrankenhäuser wieder eine Stichprobe mit guter Datenqualität abgeliefert.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 30. August 2013 den Entwurf des G-DRG-Systems für 2014 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten der G-DRG-Fallpauschalen-Katalog für 2014 und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen am 14. Oktober 2013 inhaltlich konsentiert werden. Der vorliegende Bericht stellt die Methodik und die wichtigsten Ergebnisse unter Verzicht auf die ausführliche Darstellung seit Jahren unveränderter Methoden vor. Im Report-Browser werden die aufbereiteten detaillierten Kalkulationsergebnisse je DRG-Fallpauschale zur Verfügung gestellt.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Abteilungsleiter
EDV & Statistik

Siegburg, im Dezember 2013

2 Methodik der Weiterentwicklung

Dieses Kapitel beschreibt in zusammengefasster Form die wesentlichen im Regelwerk für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems niedergelegten methodischen Schritte. Die für die Weiterentwicklung für das Jahr 2014 erforderlichen Anpassungen der Methodik werden in Kapitel 3.3.1 im Einzelnen beschrieben. Analoge Darstellungen der Vorgehensweise finden sich in älteren Projektberichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Diese stehen auf unserer Internetseite (www.g-drg.de) im Archiv zum Herunterladen zur Verfügung.

2.1 Datenerhebung und Datenprüfung

Datenerhebung

Alle dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegenden Krankenhäuser sind verpflichtet, krankenhausbezogene Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen (im Folgenden als „Daten gem. § 21 KHEntgG“ bezeichnet). Inhalt und Format des entsprechenden Datensatzes werden durch die Selbstverwaltungspartner definiert.

Auf Basis der „Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation für die Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems im Krankenhaus“ liefern die Kalkulationskrankenhäuser die um fallbezogene Kostendaten ergänzten Daten gem. § 21 KHEntgG. Neben der Lieferung von Kostendaten sind die Kalkulationskrankenhäuser zur Bereitstellung ergänzender Fallinformationen verpflichtet:

- 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.

Für die erhobenen Daten sind umfangreiche Datenschutzmaßnahmen etabliert, die durch einen unabhängigen externen Datenschutzbeauftragten regelmäßig unter organisatorischen und technischen Aspekten überprüft werden.

Datenprüfung

Die von den Krankenhäusern übermittelten Daten wurden einer technischen und einer inhaltlichen Datenprüfung unterzogen. Die nach technischer Prüfung („Fehlerverfahren“) fehlerfreien Daten durchliefen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen auf drei Ebenen:

- Die ökonomischen Prüfungen erstreckten sich auf die von den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Kostendaten. Auf verschiedenen Analyseebenen wurden die Kosten auf formale und inhaltliche Konformität untersucht.
- Die medizinischen Prüfungen bezogen sich auf die medizinischen Fallinformationen, insbesondere auf die kodierten Diagnosen und Prozeduren. Diese wurden auf Konformität mit den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und den Regelungen in den Katalogen ICD und OPS geprüft, wobei eine Konzentration auf gruppierungsrelevante Merkmale erfolgte.

- Die medizinisch-ökonomischen Prüfungen nahmen Zusammenhangsprüfungen zwischen den medizinischen und ökonomischen Falldaten vor. Im Rahmen von feldübergreifenden Prüfungen wurden Abhängigkeitsbeziehungen untersucht, die z.B. das Vorliegen und die Höhe von Kostendaten bei bestimmten Diagnose- bzw. Prozedurenkonstellationen betrafen.

Die wesentlichen Schritte zur Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen werden in Kapitel 3.3.1.1 dargestellt.

2.2 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.

- Fallzusammenführung: Die DRG-Abrechnungsbestimmungen sehen unter bestimmten Bedingungen die Zusammenführung mehrerer Aufenthalte eines Patienten in einem Krankenhaus zu einem gemeinsamen Aufenthalt vor. Unter Berücksichtigung der Datenfelder „Fallzusammenführung“ und „Fallzusammenführungsgrund“ wurden die Datensätze analysiert und ggf. nach den Regeln zur Fallzusammenführung nachträglich zu einem Fall zusammengeführt.
- Bereinigung bei fehlender DRG-Relevanz: Das DRG-System gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. 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 01. Januar 2012 aufgenommen, aber erst 2012 entlassen wurden. Für die Weiterentwicklung wurden nur Überliegerfälle 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.

2.3 Ableitung der Klassifikation

Berechnung der Verweildauergrößen

Die Fallpauschalenvergütung bezieht sich grundsätzlich auf eine innerhalb einer Regelverweildauer erbrachte Behandlung. Die Regelverweildauer wird durch die untere Grenzverweildauer (UGV) und die obere Grenzverweildauer (OGV) begrenzt. Durch die Festlegung der unteren und oberen Grenzverweildauern wird die für die Weiterentwicklung relevante Datengrundgesamtheit der Inlier definiert.

Die UGV beträgt ein Drittel des arithmetischen Mittelwerts der Verweildauer, mindestens aber zwei Tage. Für explizite Ein-Belegungstag-DRGs wird keine UGV berechnet.

Die OGV wird als Summe aus der mittleren Verweildauer und der zweifachen Standardabweichung berechnet. Übersteigt die zweifache Standardabweichung einen fest gewählten Maximalabstand, wird die OGV abweichend als die Summe aus mittlerer Verweildauer und Maximalabstand berechnet.

Für explizite Ein-Belegungstag-DRGs wird keine OGV berechnet.

Berechnung der Fallkosten

Für jede DRG werden die Fälle aller Kalkulationskrankenhäuser in einer Datei zusammengefasst (sogenannte „Ein-Haus-Methode“). Der auf dieser Basis berechnete arithmetische Mittelwert der Fallkosten der Inlier bildet die zentrale Grundlage für die Ableitung der Klassifikation.

Berechnung und Bewertung von Klassifikationsänderungen

Den Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation bilden die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens eingegangenen Hinweise und die Ergebnisse InEK-eigener Analysen.

Die sich aus den Vorschlägen ergebenden unterschiedlichen Änderungsalternativen werden simuliert und das Ergebnis der Simulation in erster Linie im Hinblick auf das erzielte Ausmaß der Varianzreduktion R^2 bewertet. R^2 misst den Anteil der Kostenstreuung, der durch die Klassifikation erklärt wird. Je geringer der Anteil der erklärten Streuung in den Klassen im Vergleich zur Streuung zwischen den Klassen ist, desto größer ist die Gesamtgüte des Klassensystems.

Eine ergänzende Analyse untersucht die Auswirkung einer Klassifikationsänderung auf die Zusammensetzung neu gebildeter bzw. veränderter Fallgruppen mit Hilfe des Homogenitätskoeffizienten (HK) der Kosten.

Bei der Analyse der Änderungsvorschläge werden unter Verwendung eines Standard-Splitsets (siehe Tab. 1) verschiedene Alternativen simuliert, bis durch eine weitere Differenzierung der Fallgruppen keine weitere Verbesserung der Varianzreduktion mehr erzielt werden kann, keine weiteren signifikanten Splitkriterien aufgefunden werden und alle eingegangenen rechenbaren Vorschläge – teilweise auch mehrfach – simuliert und bewertet sind.

Die Berechnungsergebnisse werden mittels der erzielten Varianzreduktion, der veränderten Kostenhomogenitäten, der Kostendifferenz zu benachbarten oder verwandten DRGs sowie der in der Fallgruppe zusammengefassten Fallzahl bewertet. In die Würdigung werden auch auf andere DRGs ausstrahlende Wirkungen einbezogen, die nicht immer, z.B. hinsichtlich der Kostenhomogenität, in allen betroffenen DRGs gleichermaßen positiv ausfallen. Letztlich wird diejenige Änderungsalternative umgesetzt, die in einer Gesamtwürdigung des Ergebnisses den höchsten Beitrag zur Verbesserung der Güte des G-DRG-Systems leistet.

Splitkriterium	Trennung	Trennwerte
Alter	jeweils <	1, 3, 6, 10, 16, 18, 30, 40, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80 Jahre
PCCL	jeweils <	1, 2, 3, 4
Beatmungsstunden	jeweils <	24, 48, 72 Stunden
Entlassungsgrund	jeweils =	079 Tod, 099 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung, 109/119 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung/Hospiz
Therapie	jeweils =	Strahlentherapie, Chemotherapie, Strahlen- oder Chemotherapie*
Bösartige Neubildungen	jeweils =	Bösartige Neubildungen*

* Die Splits wurden anhand einer Prozeduren- bzw. Diagnosenliste durchgeführt

Tabelle 1: Splitkriterien des Standard-Splitsets

Mit Hilfe dieses Verfahrens wird sowohl die Umsetzung der Vorschläge mit dem stärksten Beitrag zur Güteverbesserung des G-DRG-Systems als auch eine Annäherung an die maximal erreichbare Homogenität unter Wahrung einer handhabbaren Komplexität des G-DRG-Systems gewährleistet.

2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen

Zur Berechnung der dimensionslosen Bewertungsrelationen ist der arithmetische Kostenmittelwert der Fallgruppen durch eine einheitliche, in Euro gemessene Bezugsgröße zu dividieren. Die mittleren Kosten der Fallgruppen resultieren aus den von den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Daten. Demgegenüber liegt aus der Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG ein annähernd vollständiges Bild des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland vor.

Zur Kompensation abweichender Häufigkeitsverteilungen der DRGs in den betrachteten Fallgesamtheiten wurde die Bezugsgröße zur Ableitung der Bewertungsrelationen auf Basis der tatsächlichen in den Daten gem. § 21 KHEntgG vorliegenden Fallzahl bestimmt. Das Verfahren zur Bestimmung der Bezugsgröße wird in Kapitel 3.3.1.6 erläutert.

Unter Verwendung der Bezugsgröße und des arithmetischen Kostenmittelwerts je Fallgruppe wird die Bewertungsrelation je DRG für die verschiedenen Versorgungsformen wie folgt berechnet:

- Bei Versorgung durch Hauptabteilungen errechnet sich die Bewertungsrelation durch Division des arithmetischen Kostenmittelwerts der entsprechenden Fallmenge in Hauptabteilungen durch die Bezugsgröße. Diese Bewertungsrelation bildet gleichzeitig die Basis für die analytische Ableitung der Bewertungsrelationen der verschiedenen weiteren Versorgungsformen.

Für die DRGs der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* werden die Bewertungsrelationen für die Versorgung durch Hauptabteilungen bei Betreuung durch Beleghebammen um die Kosten des Kostenmoduls 6.3 pauschal korrigiert.

- Bei belegärztlicher Versorgung errechnet sich unter Beachtung der Kalkulationsbedingungen die Bewertungsrelation durch Division des arithmetischen Kostenmittelwerts der entsprechenden Fallmenge mit belegärztlicher Versorgung durch die Bezugsgröße. Im Übrigen leiten sich die Bewertungsrelationen nach einem analytischen Verfahren aus den Bewertungsrelationen für Hauptabteilungen ab.

Die Bewertungsrelationen werden für die einzelnen Konstellationen der belegärztlichen Versorgung jeweils separat berechnet.

Die Berechnung der zusätzlichen Entgelte für Langlieger (Verweildauer oberhalb der OGV) bzw. der Abschläge bei Verlegungen und Kurzliegern (Verweildauer unterhalb der UGV) erfolgt auf Basis der mittleren Kosten der Fallpauschale ohne Berücksichtigung der durchschnittlichen Kosten der Hauptleistung.

Für den Kurzliegerabschlag wird eine tagesbezogene Bewertungsrelation auf Basis der UGV berechnet. Zur sachgerechten Abbildung der Kurzlieger in DRGs mit einer UGV von zwei Tagen werden hier die Kosten der Fälle mit einem Belegungstag zugrunde gelegt, sodass sich dadurch „implizite“ Ein-Belegungstag-DRGs ergeben.

Der Berechnung der zusätzlichen Entgelte nach Überschreiten der OGV geht eine Analyse der Kostensituation der Langlieger im Vergleich zur Kostensituation der Inlier voraus. Je nach DRG-spezifischer Kostenverteilung wird die tagesbezogene Bewertungsrelation auf analytischem Weg unter Verwendung eines Grenzkostenfaktors in Höhe von 70%, ohne Berücksichtigung des Grenzkostenfaktors oder mit Hilfe des Medians der Langlieger-Tageskosten berechnet. Tabelle A-1 im Anhang enthält die DRGs, bei denen im G-DRG-System 2014 für die Berechnung der zusätzlichen Entgelte der Grenzkostenfaktor nicht berücksichtigt oder der Median der Langlieger-Tageskosten herangezogen wurde.

2.5 Zusatzentgelte

Im Rahmen der Regelungen des § 17b Abs. 1 Satz 12 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) werden Leistungen auf eine Vergütung über Zusatzentgelte untersucht, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen.

Die Auswahl der zu untersuchenden Leistungen erfolgt auf der Grundlage von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren, InEK-eigenen Erkenntnissen und bereits in die Anlagen 2 bzw. 4 der FPV aufgenommenen Leistungen.

Für eine ausreichend differenzierte Analyse der potentiell zusatzentgeltrelevanten Leistungen werden ergänzende Informationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt. Die ergänzende Datenbereitstellung enthält Fallbezeichnungen mit ergänzenden Leistungsdaten (z.B. Anzahl der Leistungen, verabreichte Dosis bei Medikamentengabe) und Kostendaten, die in der modularen Kostendarstellung nicht leistungsbezogen erkennbar sind. Die ergänzend übermittelten Daten werden spezifischen inhaltlichen Datenprüfungen unterzogen.

2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- 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 DRG-Systems ein Versionswechsel bei den anzuwendenden ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen eingetreten ist.

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

Bei nicht identischen Codes besteht die Überleitung zumeist in einer an der Überleitungstabelle des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 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-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI 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 3.3.5.

3 G-DRG-System 2014

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2014 umfasst insgesamt 1.196 DRGs. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2014	1.196	+ 9
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.148	+ 6
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	43	+ 3
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	+ 1

Tabelle 2: Überblick über das G-DRG-System 2014

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2014) befinden sich 95 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 90). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2014) liegt bei 64 (Vorjahr: 66).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 21,1 Mio. Fällen (des Entgeltbereichs DRG) aus 1.568 Krankenhäusern übermittelt.

Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser liegt mit 247 um drei höher als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge (nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen) aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 3,5 Mio. Fälle. Im vollstationären Bereich ist die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 3,4 Mio. Fälle) im Vergleich zum Vorjahr um 7% angestiegen.

Die Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung für 2014 bezogen sich vor allem auf folgende Themengebiete:

- Abbildung der Erkrankungsschwere / Umbau CCL-Matrix

Die im Vorjahr bereits sehr umfangreiche Überprüfung der CC-Relevanz von Diagnosekodes wurde für 2014 nochmals erheblich intensiviert. Im Ergebnis wurden 1.098 Diagnosen hinsichtlich ihres Schweregrades verändert, rund die Hälfte davon jedoch nur in ein oder zwei Basis-DRGs, was die sehr präzise Überarbeitung illustriert.

Darüber hinaus wurde erstmals auch eine grundsätzliche Veränderung der Methodik der PCCL-Ermittlung durchgeführt, indem die Formel zur Berechnung des PCCL in Richtung eines flacheren Einstiegs angepasst wurde.

Durch beide Maßnahmen konnte die Systematik zur Abbildung der Erkrankungsschwere in erheblichem Maße geschärft werden.

- Eingriffe an der Wirbelsäule

Im Bereich der Eingriffe an der Wirbelsäule wurde im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2014 die im Jahr 2013 begonnene umfassende Überarbeitung der Wirbelsäulen-DRGs mit dem Ziel der Verbesserung einer Kostenhomogenität der komplexen Fallkonstellationen fortgesetzt.

Dabei stand neben der weiter verbesserten Abbildung hochkomplexer Fälle auch die kostengerechte Eingruppierung weniger komplexer Fälle im Fokus, wobei häufig Besonderheiten hinsichtlich der Leistungsverteilung und -verschlüsselung in die Analysen einbezogen wurden.

- Intensivmedizin

In den letzten Jahren hat sich immer stärker gezeigt, dass die Beatmungsstunden hinsichtlich ihrer Eignung als alleinige Kostentrenner kritisch zu hinterfragen sind. Daher wurde für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2014 eine differenzierte Analyse unter Berücksichtigung multipler aufwandsrelevanter Faktoren wie z.B. Beatmungszeit, TISS/SAPS, Haupt- und Nebendiagnosen durchgeführt mit dem Ergebnis, dass sich die Basis-DRGs A07 bis A13 der Prä-MDC von „reinen Beatmungsstunden-DRGs“ hin zu „Kombi-DRGs“ entwickelt haben, bei denen neben der – weiterhin gegebenen – Bedeutung der Beatmungsstunden für die Eingruppierung in Basis-DRGs auch die Kombination von Beatmung und *intensivmedizinischer Komplexbehandlung* relevant ist. Somit werden Fälle mit hochaufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung in Kombination mit einer vergleichsweise geringeren Anzahl von Beatmungsstunden nun in „höhere“ Beatmungs-DRGs eingruppiert und damit deutlich aufgewertet.

- Extremkostenfälle

Wie in den vergangenen Jahren waren auch in diesem Jahr die sogenannten „Extremkostenfälle“ bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2014 Gegenstand intensiver Analysen. Um hochspezielle und seltene Eingriffe, aber extrem teure Fälle sachgerecht im System abbilden zu können, wurden erneut viele Detailveränderungen umgesetzt. Dazu zählen z.B. die Etablierung zweier unbewerteter DRGs für eine weitere Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im gleichen stationären Aufenthalt oder auch die Abbildung von Fällen mit kombinierter Dünndarm- und Lebertransplantation in der DRG A01A *Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation*.

- Invasive kardiologische Diagnostik

Einen weiteren Schwerpunkt der diesjährigen Analysen stellten Fälle mit diagnostischer Herzkatheteruntersuchung dar. Für das G-DRG-System 2014 konnte zum einen eine gemeinsame Abbildung der typischen Fälle in nur einer Basis-DRG *F49 Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt [...]* erreicht werden, was neben einer weiter verbesserten Sachgerechtigkeit der Abbildung auch die Übersichtlichkeit in diesem Bereich fördert und die geeigneten Splitkriterien zur Abbildung komplexerer Fälle in gleicher Weise für Fälle mit einem, zwei und mehr Belegungstagen wirken lässt.

Zum anderen wurden verschiedene Verfahren zur Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit einer Koronarstenose (z.B. fraktionelle Flussreserve, FFR) umfassend untersucht. Für 2014 konnte für diese Verfahren eine deutlich sachgerechtere Eingruppierung umgesetzt werden, die die realistischen Mehrkosten dieser Verfahren abbildet.

- Kardiologische Interventionen

Erstmals konnte die im Jahr 2010 etablierte DRG F98Z *Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz* weiter differenziert werden, da sich nennenswerte Kostenunterschiede zwischen den verschiedenen Verfahren nachweisen ließen. Im Ergebnis wurden insbesondere die zukünftig in der DRG F98A abgebildeten Fälle mit transapikalem Aorten- oder Mitralklappenersatz, angeborenem Herzfehler oder Alter < 16 Jahre deutlich aufgewertet.

Weitere Veränderungen betreffen die Abbildung der Ablation an den Nierenarterien in einer eigenständigen DRG und die Schärfung der Definitionskriterien der Basis-DRGs für PTCA und Stent-PTCA, die auch der Entwicklung der Sachkosten sowie der Kodierung in diesem Bereich Rechnung trägt.

- Blutgerinnungsfaktoren

Im Fallpauschalen-Katalog für 2013 wurden erstmals einheitliche, anhand von OPS- und ICD-Listen definierte Zusatzentgelte für die Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren definiert. Trotz noch unvollständiger Datenlage konnten diese Leistungen für 2014 umfassend analysiert werden und die Definition der Einstiegsschwelle des unbewerteten Zusatzentgelts ZE2014-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* angepasst werden. Die Selbstverwaltungspartner haben im Ergebnis die Schwelle des Zusatzentgeltes auf 9.500 € abgesenkt und gleichzeitig die Berechnung des Schwellenwertes von „je Gerinnungsfaktor“ auf „Gabe von Gerinnungsfaktoren je Fall“ geändert.

In Zukunft entsprechen somit weitere aufwendige Fälle der Definition dieses Zusatzentgelts. Zudem ermöglichen neue OPS- und ICD-Kodes in den kommenden Jahren eine noch umfassendere Prüfung und ggf. weitere Anpassungen.

- Kinder

Eine besondere Bedeutung ist in der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2014 der Abbildung von Kindern beigemessen worden. Dabei erfolgte eine Untersuchung aller DRGs auf mögliche Kindersplits, wobei eine Umsetzung auch bei geringen Fallzahlen angestrebt wurde. Im Ergebnis konnten neue DRGs geschaffen, bestehende Splits um eine Altersbedingung ergänzt und diverse Fallkonstellationen aufgewertet werden.

Die durch den R²-Wert als Maß für die Varianzreduktion ausgedrückte statistische Güte der Klassifikation hat sich im Vergleich zur Vorjahresversion nochmals leicht erhöht (siehe Tab. 3).

	G-DRG-System 2013	G-DRG-System 2014	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7621	0,7671	0,7
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8497	0,8533	0,4

Tabelle 3: Vergleich der Varianzreduktion R² im G-DRG-System 2013 und im G-DRG-System 2014
(Datenbasis: Datenjahr 2012)

3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

3.2.1 Datenbasis

3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Für das Datenjahr 2012 wurden im Datenfeld „Entgeltbereich“ die Ausprägungen „DRG“, „PSY“ und „PIA“ übermittelt.

Die übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG aus den Entgeltbereichen „PSY“ und „PIA“ wurden in eine separate Datenhaltung überführt und für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems nicht verwendet. Alle folgenden Angaben sind entsprechend auf den Entgeltbereich „DRG“ beschränkt.

Den Umfang der Datenlieferung für das Datenjahr 2012 gibt Tabelle 4 wieder. Die Zahlen der Erhebung von Kostendaten sind „davon“-Angaben der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Die Angaben in Tabelle 4 geben den Stand nach erfolgten Fehlerprüfungen in der Datenstelle und vor Durchführung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen wieder.

Kriterium	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	1.568	247
Anzahl Betten	437.094	99.327
Anzahl Fälle	21.061.351	4.283.577

Tabelle 4: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereich „DRG“, Datenerhebung 2012 (Stand: 31. Mai 2013)

Durch die Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG liegt ein nahezu vollständiges Bild des voll- und teilstationären Leistungsgeschehens in Deutschland vor. Die Daten gem. § 21 KHEntgG wurden u.a. für die Berechnung der Bezugsgröße verwendet (siehe Kap. 3.3.1.6).

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

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 4 dokumentierten Umfang von 1.568 Krankenhäusern bzw. 247 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 1 zeigt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser auf.

Die in die Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG einbezogenen Krankenhäuser spiegeln die akutstationären Versorgungsstrukturen der jeweiligen Bundesländer wider. Für die Erhebung der Kostendaten konnte dieses Ergebnis aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme nicht erwartet werden. Übereinstimmend stellen jedoch in beiden Erhebungen die Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen die größten Anteile einbezogener Krankenhäuser.

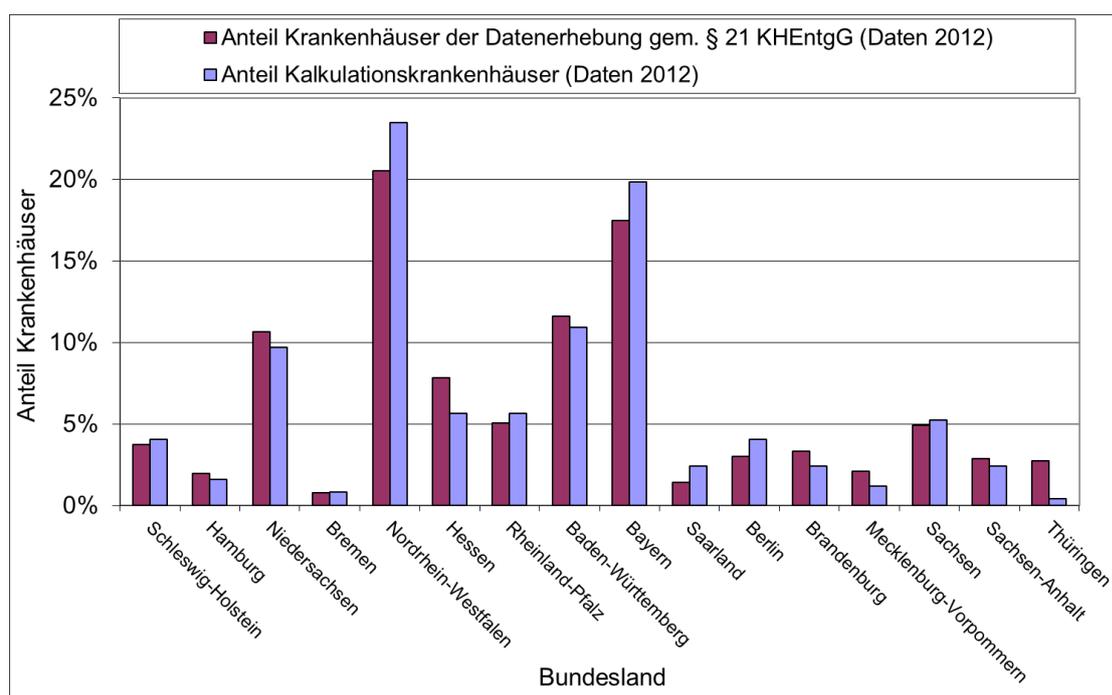


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt die folgende Abbildung 2. Wie schon im vergangenen Jahr wird aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der Krankenhäuser ab einer Größe von mehr als 300 Betten erkennbar. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern kleine Krankenhäuser mit bis zu 300 Betten mit einem geringeren Anteil als ihrem Anteil in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser (häufig Krankenhäuser der Maximalversorgung und zwölf Universitätskliniken) die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

In allen Bettengrößenklassen sind im Vergleich zum Vorjahr keine wesentlichen Veränderungen in den Anteilen der Kalkulationskrankenhäuser zu verzeichnen. Immerhin ist der Anteil kleiner Kalkulationskrankenhäuser mit bis zu 100 Betten im Datenjahr 2012 im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen.

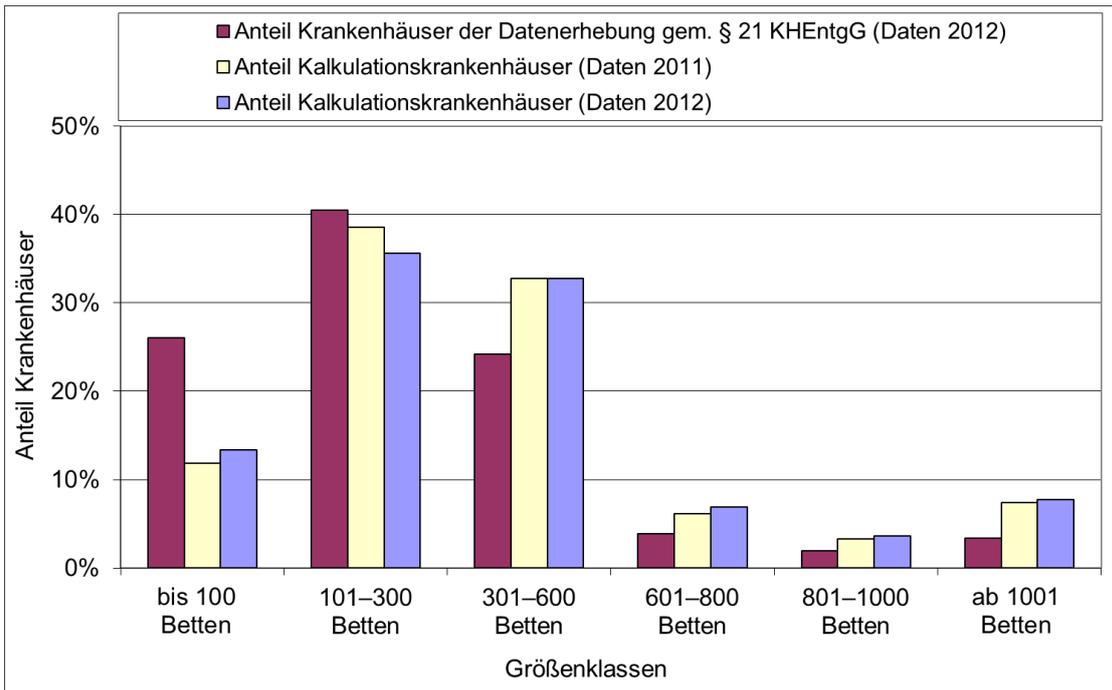


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Die folgende Abbildung 3 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Auch hier sind im Vergleich der beiden Datenjahre 2011 und 2012 keine wesentlichen Veränderungen in den Anteilen der Kalkulationskrankenhäuser erkennbar.

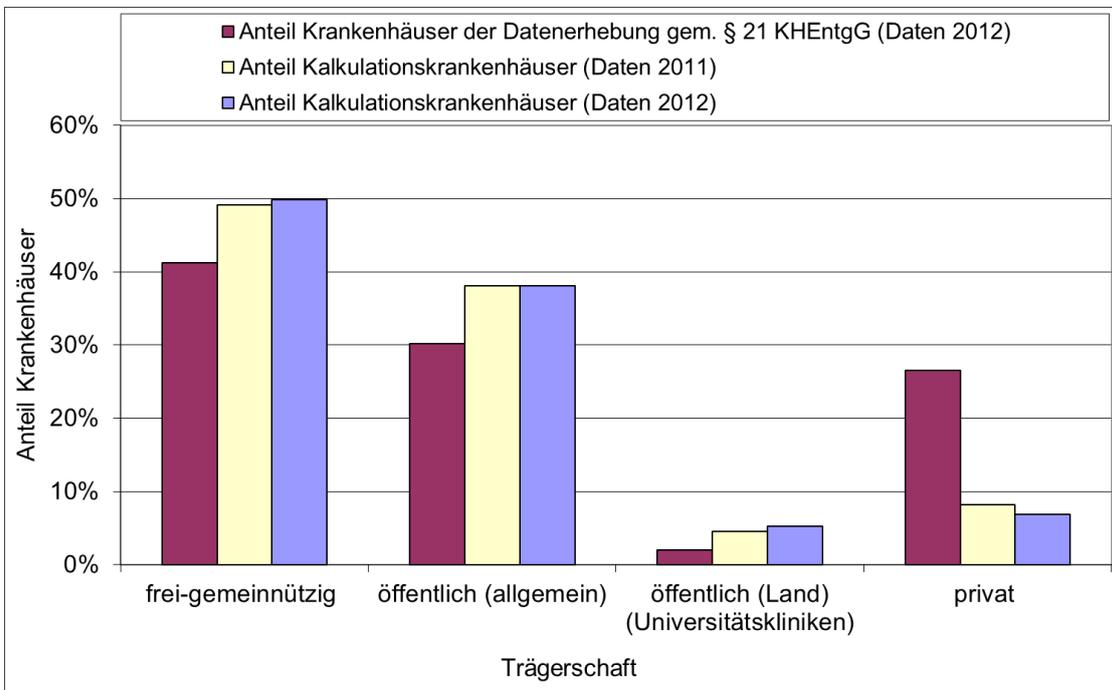


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG betrug nach Angaben der Datenstelle 0,2%. Damit ist die Fehlerquote erneut auf sehr niedrigem Niveau und im Vergleich zum Vorjahr (0,2%) konstant.

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 4.978.286 Fälle bereit.

Diese wurden um alle nicht matchbaren Datensätze (Leistungsdaten ohne Kostendaten sowie Kostendaten ohne Leistungsdaten) bereinigt und der in Kapitel 2.2 beschriebenen Datenaufbereitung unterzogen.

Jeder Fall wies im Durchschnitt 3,1 Prozeduren und 4,6 Nebendiagnosen auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 24,6 verschiedene Kostenmodule aus.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.283.577 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung (siehe Tab. 4).

Bereinigungen und Korrekturen

Tabelle 5 zeigt die von den verschiedenen Bereinigungs- und Korrekturmaßnahmen (siehe Kap. 2.2) betroffenen Fallmengen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die 4.283.577 geprüften Datensätze.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Fallzusammenführung	0,3	Herausnahme der durch Zusammenfassung wegfallenden Fälle aus der Datenbasis
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten	1,0	Bereinigung Dialysekosten
Korrektur Zusatzentgelte: Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,1	Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	1,8	Bereinigung Sachkosten Arzneimittel (Einzelkostenzuordnung)
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Operative und interventionelle Verfahren	1,7	Bereinigung Sachkosten bzw. Herausnahme aus der Datenbasis
Korrektur Zusatzentgelte Palliativ (ZE60, ZE145) sowie PKMS (ZE130, ZE131)	1,3	Bereinigung in relevanten Kostenmodulen
Überliegerbereinigung	0,2	Herausnahme aus der Datenbasis

Tabelle 5: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 4.283.577 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Basis: Datenjahr 2012

Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen

Nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kap. 2.1, 2.2 und 3.3.1.1) standen schließlich 3.534.247 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen haben sich in Abstimmung mit dem InEK drei Krankenhäuser für eine Stornierung ihrer insgesamt 64.263 Kalkulationsdatensätze (1,5% der Datensätze) entschieden. Insgesamt wurden 17,5% der 4.283.577 geprüften Datensätze durch Bereinigung sowie Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen.

Die folgende Tabelle 6 zeigt die nach Abteilungsart differenzierten Fallmengen vor und nach Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen.

Abteilungsart	Fallzahl <u>vor</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen	Fallzahl <u>nach</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen
Versorgung in Hauptabteilung	4.048.075	3.353.982
Belegärztliche Versorgung	77.698	57.870
Teilstationäre Versorgung	157.804	122.395
Gesamt	4.283.577	3.534.247

Tabelle 6: Fallmengen der Kalkulationskrankenhäuser (nur Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten, Entgeltbereich „DRG“) vor und nach Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, differenziert nach Abteilungsart, Basis: Datenjahr 2012

Der Anteil plausibler Fälle lag im Datenjahr 2012 damit bei 83% (Vorjahr 81%).

3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung

Der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems stehen in jedem Jahr die Daten gem. § 21 KHEntgG sowie die freiwilligen 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. Im Rahmen 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 2013 und dem OPS Version 2013 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2012 noch nicht zur Verfügung.

Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2014 oder – nach Einführung neuer Codes für 2014 – erst im Jahr 2015 berücksichtigt 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 G-DRG-Systems ein Verfahren zur Verfügung, das zeitnah eine aufwandsgerechtere Vergütung insbesondere innovativer Verfahren ermöglicht.

Wie im Vorjahr war in diesem Jahr die Berücksichtigung einer Vielzahl der im Verfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB-Verfahren) als möglicherweise nicht sachgerecht vergütet angesehenen Leistungen in der ergänzenden Datenbereitstellung möglich. Der Umfang der ergänzenden Datenbereitstellung wurde wie üblich durch das InEK vorgegeben.

In diesem Jahr wurden erstmals ergänzende Daten zu bestimmten Gerinnungsstörungen für Fälle mit Gabe von Gerinnungsfaktoren abgefragt, weil für die Abrechnung der Behandlung von Patienten mit bestimmten Blutgerinnungsfaktoren seit der G-DRG-Version 2013 zwei unbewertete Zusatzentgelte (ZE2013-97 und ZE2013-98) zur Verfügung stehen. Bei den abgefragten Diagnosen handelte es sich um solche Gerinnungsstörungen, die in Anlage 7, Tabelle 3 der FPV 2013 aufgeführt sind. Bei diesen Diagnosen war rückwirkend für betroffene Fälle mit Gabe von Gerinnungsfaktoren zu unterscheiden, ob es sich um eine dauerhaft erworbene oder eine temporäre Gerinnungsstörung handelte, da diese Information erst ab dem Datenjahr 2014 mit Etablierung entsprechender Zusatzcodes (ICD Version 2014: U69.11! *Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung* und U69.12! *Temporäre Blutgerinnungsstörung*). Im Datenjahr 2013 werden zu Abrechnungszwecken die Codes U99.0! *Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung* bzw. U99.1! *Temporäre Blutgerinnungsstörung* verschlüsselt und stehen dem InEK damit für erste Analysen zur Verfügung.

Die Bereitstellung der ergänzend abgefragten Fallinformationen bedeutete für viele Kalkulationskrankenhäuser einen erheblichen personellen und zeitlichen Aufwand. Vor diesem Hintergrund konnte ein bemerkenswert hoher Datenrücklauf verzeichnet werden, wofür den Kalkulationskrankenhäusern an dieser Stelle erneut ausdrücklich gedankt sei.

Die ergänzende Datenbereitstellung umfasste die folgenden Daten:

■ Leistungsdaten

Im Rahmen der Datenübermittlung waren von den Kalkulationskrankenhäusern alle Behandlungsfälle anzugeben, für die mindestens eine der abgefragten Leistungen erbracht wurde. Zusätzlich war bei Medikamentengabe die verabreichte Dosis anzugeben. Insgesamt haben 230 Kalkulationskrankenhäuser 268.522 Fälle übermittelt. Den Umfang der ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 7:

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Falldaten zu Neurostimulatoren mit genauen Angaben zum Typ des Implantats	79	1.922
Falldaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen	36	4.164
Falldaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren	70	2.684
Falldaten zu Blutprodukten	213	56.456
Falldaten zu Medikamenten	227	176.747
Falldaten zur Dialyse	148	13.758
Falldaten zu Gerinnungsstörungen	136	12.098

Tabelle 7: Ergänzend bereitgestellte Leistungsdaten (Übersicht)

■ Kostendaten

Kostendaten wurden leistungs- und fallbezogen zum einen für die Gabe von Blutprodukten und Medikamenten benötigt, da deren Kosten in der modularen Kostendarstellung oft nicht leistungsbezogen erkennbar sind. Zum anderen wurden leistungs- und fallbezogen Kostendaten für eine begrenzte Anzahl von Verfahren (Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators bzw. minimalinvasive Operationen an Herzklappen) abgefragt, um spezielle Informationen zu erhalten, die über die Angaben des Regeldatensatzes hinausgehen. Der Umfang der ergänzend bereitgestellten Kostendaten ist in Tabelle 8 dargestellt.

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Kostendaten zu Blutprodukten	212	56.426
Kostendaten zu Medikamenten	227	176.479
Kostendaten zu Neurostimulatoren	75	1.810
Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen	33	2.658

Tabelle 8: Ergänzend bereitgestellte Kostendaten (Übersicht)

Da sich an der ergänzenden Datenbereitstellung zwar sehr weitgehend die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser beteiligen, diese Informationen aber nicht aus allen gem. § 21 KHEntgG zur Datenlieferung verpflichteten Krankenhäusern vorliegen, wird eine bessere Beurteilung von Mehrkosten bestimmter Verfahren ermöglicht; eine sichere Abschätzung über die bundesweite Leistungsmenge ist aber nicht in jeden Fall möglich.

Infolgedessen ist es nur bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen möglich, den DRG-Algorithmus basierend auf den Daten der ergänzenden Datenbereitstellung umzubauen.

Zur Analyse und Bewertung zusatzentgeltrelevanter Leistungen sind die ergänzenden Daten aber unverzichtbar. So konnten in diesem Jahr drei ehemals unbewertete Zusatzentgelte für die Gabe von Medikamenten erstmals bewertet werden (siehe hierzu Kap. 3.4.1.3).

3.2.2 Vorschlagsverfahren

3.2.2.1 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 Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014 („Vorschlagsverfahren für 2014“) durch ein regelhaftes Verfahren zu führen. Die bewährte Konzeption des Verfahrens (siehe Punkt 1–4) wurde fortgeführt:

1. Vorschläge konnten ausschließlich per E-Mail an das InEK 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 Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 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 2014 wurde am 30. November 2012 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 23. Mai 2013 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 G-DRG-Klassifikation in Kapitel 2.3. Die nicht simulierbaren

Hinweise flossen durch die Schärfung des Problembewusstseins zu den dargestellten Themen in die Weiterentwicklung des G-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 G-DRG-Systems berücksichtigt wurden.

3.2.2.2 Beteiligung

Die Beteiligung am Verfahren war erneut etwas höher als im Vorjahr. Insgesamt sind 200 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 103 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 97 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilvorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 435 einzelne Vorschläge. Dazu kamen ca. 100 Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren, typischerweise weil die beschriebenen Leistungen erst in den Kalkulationsdaten des Jahres 2012 zweifelsfrei identifizierbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Unfallchirurgie/Orthopädie, Kardiologie, Urologie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe ein. Wie bereits im Vorjahr wurde der größte Teil der Vorschläge von medizinischen Fachgesellschaften eingereicht. Eine detaillierte Aufstellung der vorschlagenden Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen kann der Zusammenstellung der Vorschläge entnommen werden, die auf den Internetseiten 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 Einzelcodes ohne Berücksichtigung „benachbarter“ Codes 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.

3.2.2.3 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 G-DRG-Systems zu finden. Dies wurde auch in diesem Jahr in sehr unterschiedlichem Maße von den Vorschlagenden berücksichtigt. Auf die Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung mangels konkreter oder außerhalb des vorgegebenen Rahmens befindlicher Vorschläge wurde bereits in der Beantwortung der Einzelvorschläge, im Abschlussbericht sowie in Vorträgen und Veranstaltungen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2014 war die Mehrzahl der eingebrachten Vorschläge auf den 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 Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Kodes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der Annahmefrist des DIMDI (28. Februar 2013) zur Folge.
- **Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte**

Generell ist die Vergütung einzelner Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG nur für eng begrenzte Ausnahmefälle vorgesehen. Die Ermittlung von Zusatzentgelten erfordert typischerweise ergänzende Fallinformationen und eine eigene Methodik. In Kapitel 2.5 wird zur Ermittlung von Zusatzentgelten ausführlich Stellung genommen.
- **Vorschläge zur Änderung der CCL-Matrix**

Das im Vorjahr entwickelte Vorgehen, bei dem der überwiegende Anteil der Neubewertungen der CCL-Werte von Diagnosen auf der Ebene einzelner DRGs vorgenommen wurde, konnte in diesem Jahr fortgesetzt werden. Mit hoher Präzision konnten DRG-spezifisch die CCL-Werte innerhalb verschiedener Basis-DRGs individuell angepasst werden.
Auf die Überarbeitung der CCL-Matrix wird in Kapitel 3.3.1.4 detailliert eingegangen.
- **Vorschläge zur Bildung neuer DRGs aufgrund neuer ICD-/OPS-Kodes**

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Kodes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Kodes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Kodes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, können sie ab dem Jahr 2014 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2015 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Kodes des Jahres 2013 basieren, wurden weitestgehend auf Kodes des Jahres 2012 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**

Der Schwerpunkt der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien war die Einarbeitung von Klarstellungen und redaktionellen Anpassungen. Das Hauptaugenmerk lag auf einer grundlegenden Überarbeitung von Kapitel 15 „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ für die Version 2014. Grundlagen hierfür waren umfangreiche Hinweise der Fachgesellschaft im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2014. Weiterhin wurden die DKR an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2014 angepasst.

- **Vorschläge zur Änderung von Rahmenbedingungen des G-DRG-Systems**

Vorschläge, die grundsätzlich von den Rahmenbedingungen der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) für das Jahr 2013 abwichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des G-DRG-Systems lagen, wurden auf innerhalb des G-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 DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2014 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2014) 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.

Die direkt simulierbaren Vorschläge wurden alle auf den Kalkulationsdaten – zum Teil mehrfach – berechnet und bewertet. Zusätzlich dazu wurden häufig mehrere Vorschlagsvarianten analysiert. Aber auch nicht direkt simulierbare Vorschläge wurden bearbeitet und teilweise mittels aufwendiger Analysen untersucht. Etwa 33% der Vorschläge konnten direkt oder im Sinne des Vorschlagenden umgesetzt werden. Die Rate an umgesetzten Vorschlägen lag damit in der Größenordnung der Vorjahre. Doch auch bei den anderen Vorschlägen wurde die geschilderte Problematik aufgegriffen und intensiv nach Lösungen gesucht. So wurde – angeregt durch die eingebrachten Problemdarstellungen – vor und während der Kalkulation eine Vielzahl von Änderungsvorschlägen entwickelt. Die Gesamtzahl der simulierten Änderungen lag damit erheblich höher als die Anzahl der eingebrachten simulierbaren Vorschläge, nämlich bei insgesamt 7.092 Änderungsversionen (ohne CCL-Matrix-Berechnungen).

3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung

3.3.1 Anpassung der Methodik

3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen

Die vom InEK durchgeführten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen analysieren, ob die aus den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze den formalen Anforderungen genügen und auch inhaltlich ein stimmiges Bild des Behandlungsfalls vermitteln.

Die formale Prüfung geht dabei der Frage nach, ob das methodische Vorgehen der Kostenkalkulation mit den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs bzw. die Kodierung mit den Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien übereinstimmt. Der Zusammenhang zwischen den für einen Behandlungsfall dokumentierten medizinischen Informationen (z.B. Diagnose- und Prozedurenkodes, aber auch persönliche Patientenmerkmale) und den

sich daraus begründenden Behandlungskosten steht bei den inhaltlichen Prüfungen im Mittelpunkt der Analyse.

Zwischen den Kalkulationskrankenhäusern und dem InEK wurde eine intensive Kommunikation gepflegt. Die Krankenhäuser erhielten einen detaillierten fallbezogenen Bericht über das Ergebnis der Plausibilitätsprüfungen und ergänzend die Ergebnisse der krankenhausbezogenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem eigenständigen Report. Auf Grundlage der Reporte haben die Krankenhäuser die Kalkulationsdatensätze überarbeitet und erneut an das InEK übermittelt. Mehrheitlich wurden in Absprache mit dem InEK mehrere Korrekturlieferungen zur Erreichung der erforderlichen Datenqualität durchgeführt. Alternativ zu einer Korrekturlieferung von Datensätzen konnte das Kalkulationskrankenhaus plausible, krankenhausindividuelle Erklärungen für einzelne Auffälligkeiten übermitteln. Dabei wurden teilweise Kalkulationsergebnisse erzielt, die einer handbuchkonformen Umsetzung entsprachen, aber innerhalb der modularen Darstellung der Kostenmatrix auffällig waren. Dies konnte beispielsweise durch eine krankenhausindividuelle Auslastungsproblematik oder durch regionale Versorgungsstrukturen bedingte Vorhaltesituationen begründet sein. Nur bei massiven Abweichungen innerhalb der modularen Struktur wurden Kalkulationsdatensätze tendenziell nicht für die Kalkulation verwendet.

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen basieren teilweise auf den zusätzlichen krankenhausindividuellen Informationen zur Kalkulationsgrundlage, die einen integralen Bestandteil der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen des InEK zur Beurteilung der Integrität der Krankenhaus-Gesamtdaten darstellen. Dazu gehörten u.a.

- die Summe der Kosten und PPR-Minuten je Kostenstelle,
- Angaben zur Kodierung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS),
- das Verfahren der Personalkostenverrechnung, insbesondere für die Personalkosten des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes,
- detaillierte, strukturelle Angaben zu den Intensivseinheiten sowie
- Informationen über die Leistungsdokumentation in den Kostenstellengruppen 4 (*OP-Bereich*) und 5 (*Anästhesie*).

Die Leistungsdaten stehen in einem engen Zusammenhang zu den Kosteninformationen im Kalkulationsdatensatz. Daher wurde auf Fallebene geprüft, ob sich die angegebenen Leistungsdaten entsprechend in den Kalkulationsdaten widerspiegeln und die ausgewiesenen Kosten der Höhe nach plausibel sind. Die fallbezogenen Prüfergebnisse wurden in Verbindung mit den Ergebnissen der krankenhausbezogenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem zusammenhängenden Report an die Kalkulationsteilnehmer übermittelt.

Die umfassende und systematische Prüfung der Leistungszeiten in den Bereichen OP und Anästhesie hat einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung der Daten und Erhöhung der Datenqualität der Kostenkalkulation in diesen Kostenstellengruppen geleistet.

Inhaltliche Konformität

Die inhaltlichen Konformitätsprüfungen stellten die Konsistenz zwischen kalkulierten Fallkosten und dokumentiertem Behandlungsaufwand sicher. Die aktualisierten bzw. weiterentwickelten Prüfungen sollen abstrahierend vom Einzelfall systematische Auffälligkeiten eines Kalkulationskrankenhauses aufdecken.

Prüfungen auf Krankenhausebene

Auf der Krankenhausebene wurde die inhaltlich korrekte Umsetzung fundamentaler Kalkulationsgrundsätze geprüft. Integraler Bestandteil dieser Datenprüfungen sind die zusätzlichen Angaben aus den Informationen zur Kalkulationsgrundlage. Dadurch konnte ein von den Einzelfällen unabhängiger Gesamtüberblick über das Kalkulationskrankenhaus gewonnen werden. Die inhaltliche Plausibilisierung der Kalkulationsdaten auf Krankenhausebene umfasste insbesondere die Kalkulationsbereiche mit zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.

Kostendaten auf hohem Aggregationsniveau wurden für Kalkulationskrankenhäuser mit mehrjähriger Kalkulationsteilnahme auch im Zeitablauf betrachtet, um potentielle Fehlerquellen in der grundsätzlichen Kostenbereitstellung frühzeitig zu erkennen und dem Krankenhaus entsprechende Hinweise für ggf. anfallende Korrekturen geben zu können.

Da die Personalkosten den größten Kostenblock eines Krankenhauses darstellen, kommt der inhaltlichen Prüfung der Personalkostenverrechnung auf Krankenhausebene ein besonderes Augenmerk zu. Ein Prüfungsschwerpunkt lag auf der Plausibilität der Personalkostenverrechnung zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen unter besonderer Berücksichtigung der Vorgaben zur Mindestdifferenzierung im Kostenstellenplan. Ein zweiter Prüfungsschwerpunkt fokussierte innerhalb einer Kostenstellengruppe auf die Zurechnung der Personalkosten zu den einzelnen Behandlungsfällen. Bei Auffälligkeiten wurde durch intensives Rückfragen geklärt, ob eine besondere krankhausindividuelle Situation die Auffälligkeit – inhaltlich korrekt – determinierte oder ob ein systematischer Kalkulationsfehler vorlag. Für das Datenjahr 2012 wurde darüber hinaus geprüft, ob die mit PKMS-OPS-Code dokumentierten Patienten im Durchschnitt höhere Personalkosten für den Pflegedienst in der Kostenstellengruppe 1 (Normalstation) aufwiesen. Bei Auffälligkeiten hinsichtlich der Dokumentationsquote oder einer geringen Personalkostendifferenz wurde das Krankenhaus entsprechend kontaktiert.

Die detaillierten Angaben aus den Informationen zur Kalkulationsgrundlage zu den Intensivseinheiten wurden zur Plausibilisierung der Kostenzuordnung in der Kostenstellengruppe 2 (Intensivmedizin) verwendet. Dadurch konnte eine solide Grundlage für eine sachgerechte Kalkulation der intensivmedizinischen Leistungen geschaffen werden.

Prüfungen auf Fallebene

Das Hauptaugenmerk der fallbezogenen Plausibilitätsprüfungen liegt auf der Konsistenz zwischen der medizinischen Dokumentation einerseits und dem (ökonomischen) Kalkulationsergebnis andererseits. Bei der diesjährigen Aktualisierung wurden die Plausibilitätsprüfungen in den für die Weiterentwicklung relevanten Bereichen in Ausmaß und Sensibilität ausgebaut.

Zur Plausibilisierung der Personalkostenzuordnung für den Pflegedienst in der Kostenstellengruppe 1 (Normalstation) wurden zusätzlich Anhaltspunkte für eine möglicherweise fehlende PKMS-Kodierung anhand der Kosteninformationen in Verbindung mit der medizinischen Dokumentation identifiziert und die Kalkulationskrankenhäuser um Überprüfung der Kodierung bzw. der Kostenzuordnung für diese Patienten gebeten.

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.

Häufig wurde eine fehlerhafte Erfassung der Leistungsdaten als Ursache der Rückfragen bei den Kalkulationskrankenhäusern auslösenden auffälligen Kostenzuordnung erkannt und korrigiert. Die Qualität der Kalkulationsdaten im OP-Bereich und der Anästhesie konnte dadurch nochmals erhöht werden.

Die Kostenzuweisung in den Funktionsbereichen Kardiologie, Endoskopie und Radiologie lässt sich nicht vollständig OPS-bezogen plausibilisieren, da viele Leistungen dieser Bereiche nicht nach OPS verschlüsselt werden (z.B. Röntgenaufnahme des Thorax). Sehr hohe Kosten in diesen Bereichen sind jedoch in der Regel mit einer kodierbaren Leistung verbunden (z.B. Katheteruntersuchung, Gastroskopie oder CT). Daher erfolgte eine Rückfrage an die Kalkulationskrankenhäuser, wenn bei auffällig hohen Kosten kein OPS-Kode angegeben war.

Im Funktionsbereich „Endoskopie“ konnte im Datenjahr 2012 die Einzelkostenzuordnung nochmals verbessert werden. Durch höhere Einzelkosten für den medizinischen Sachbedarf in der Kostenstellengruppe 8 (Endoskopie) mit korrespondierendem Rückgang der Gemeinkosten des medizinischen Sachbedarfs konnte die Abbildungsgenauigkeit nochmals verbessert werden. Im Ergebnis wurden komplexe endoskopische Leistungen mit hohem Sachmittelbedarf im Vergleich zu Leistungen mit geringerem Sachmittelbedarf in den Kostenarten des medizinischen Sachbedarfs aufgewertet.

Die Plausibilisierung der Kalkulationsergebnisse in der Kostenstellengruppe 11 (Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) legte einen Schwerpunkt auf die mit einem OPS-Komplexcode kodierbaren Leistungen. Dabei wurde auf das Vorliegen von Mindestkosten bei Angabe entsprechender OPS-Kodes (z.B. multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie) unter Berücksichtigung der in den OPS-Kodes definierten Leistungen und Leistungsmengen geprüft.

Zur Weiterentwicklung der Zusatzentgelte für die Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren wurden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen auf die neue Vergütungssystematik umgestellt und die gelieferten Leistungs- und Kostendaten einer vertieften Überprüfung unterzogen. Im Fokus stand hier u.a. der korrekte Kostenausweis innerhalb der Kostenmatrix. Kosten für Blutgerinnungsfaktoren für die Behandlung von Blutern, die mit dem extrabudgetären Zusatzentgelt ZE20xx-97 vergütet werden, mussten einheitlich dem Kostenmodul 99_10 zugeordnet werden. Kosten in diesem Modul finden automatisch bei der weiteren Ermittlung von Bewertungsrelationen keine Berücksichtigung. Die übrigen Kosten für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren mussten der Kostenstelle zugeordnet werden, in der die Gabe stattfand.

Ein weiterer Schwerpunkt lag in diesem Jahr auf der Steigerung der Datenqualität im Bereich der Einzelkostenzuordnung. Zusätzlich zu den fallbezogenen Prüfungen wurden krankenhausesübergreifende Analysen zu ausgewählten Artikelgruppen mit Relevanz für die Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems erstellt. Dabei wurden die Fälle identifiziert, die in einer Gesamtschau deutliche Abweichungen in den zugeordneten Einzelkosten im Vergleich zu den durchschnittlichen Kosten aufwiesen. Die Krankenhäuser mit auffälligen Einzelkostenzuordnungen wurden kontaktiert und um Überprüfung der Kostenzuordnung gebeten. Die Krankenhäuser haben in Reaktion daraufhin die Kostenzuordnung überprüft und ggf. korrigiert oder die Kostenhöhe in geeigneter Weise plausibel erläutert. Gleichzeitig wurde der Umgang mit Boni und Rabatten im Bereich des medizinischen Sachbedarfs bei den Kalkulationskrankenhäusern eruiert.

Kostenbereinigung bei Zusatzentgelten für PKMS und Palliativmedizin

Bislang wurden Fälle, die für die Berechnung des Zusatzentgeltbetrags der Zusatzentgelte für palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60) sowie für hochaufwendige Pflege (PKMS - ZE130 und ZE131) aus der Datenmenge für die Berechnung der Bewertungsrelationen der DRG-Fallpauschalen herausgenommen. Mit steigender Fallzahl stellte sich die Frage, ob diese Vorgehensweise im Hinblick auf eine mögliche Kostenverzerrung weiterhin gerechtfertigt erscheint. Nach eingehender Analyse zeigte sich ein gestiegener Anteil hochteurer Fälle beispielsweise im Bereich der Intensivmedizin, für die neben aufwendigen DRG-relevanten Leistungen auch noch zusatzentgeltrelevante Leistungen im Bereich hochaufwendiger Pflege und/oder palliativmedizinischer Komplexbehandlung anfielen. Die Herausnahme einer spürbaren Anzahl von Fällen aus der Datenmenge zur Berechnung der Bewertungsrelationen hätte möglicherweise zu Kostenverzerrungen führen können. Im Ergebnis wurde die Methodik dahingehend angepasst, dass die entsprechenden Fälle in der Datenmenge zur Berechnung der Bewertungsrelationen verblieben, die jeweiligen Fallkosten aber um die für die Berechnung der Zusatzentgelte verwendeten Kosten bereinigt wurden. Die betroffenen Fälle wurden um Kosten in den relevanten Kostenmodulen, in denen die Kosten der mit der Zusatzentgeltdefinition verbundenen Leistungen handbuchgemäß verbucht sind, bereinigt. Die Bereinigung erfolgte bei Fällen mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung in den Kostenstellengruppen 1 (Normalstation) und 11 (Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) sowie bei Fällen mit hochaufwendiger Pflege in der Kostenstellengruppe 1 (Normalstation) und in Einzelfällen für Intermediate Care auch in der Kostenstellengruppe 2 (Intensivmedizin). Bereinigt wurde jeweils ausschließlich der für die Berechnung des entsprechenden Zusatzentgelts verwendete Kostenbeitrag. Somit konnten mehr Fälle in der Datenmenge für die Berechnung der Bewertungsrelationen verbleiben und eine mögliche Kostenverzerrung durch Herausnahme hochteurer Fälle vermieden werden.

Abgleich Stichprobe versus Grundgesamtheit

Neben das Vorschlagsverfahren und die bisherigen InEK-internen Analysen der Kalkulationsdatenmenge tritt in diesem Jahr ein zusätzliches Verfahren zur Identifikation weiteren Verbesserungspotentials im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Die Grundidee dieses Verfahrens wird im Folgenden skizziert. Im ersten Schritt werden die eine DRG-Fallpauschale definierenden Leistungsportfolios in ihrer relativen Zusammensetzung sowohl in der Stichprobe als auch in der Grundgesamtheit betrachtet. Bei differierenden Zusammensetzungen werden zunächst die Leistungsportfolios mit erheblich abweichenden relativen Anteilen bestimmt und einer individuellen vertiefenden Analyse zugeführt. Dabei werden insbesondere die Verteilung des Kostenrisikos der Leistungsportfolios auf die unterschiedlichen Leistungserbringer, die sachgerechte Zuordnung der Kosten für die Leistungsportfolios innerhalb der Fallpauschale, die Verbesserung der Abbildungsgenauigkeit durch Verschiebung der Leistungsportfolios in andere Fallpauschalen sowie die Verweildauerverteilung, die Altersverteilung, die Fallzahl und weitere Parameter analysiert. Diese Vorgehensweise stellt keine durchgängige, systematische Analyse des gesamten G-DRG-Systems dar, sondern vielmehr eine an bestehenden Anhaltspunkten orientierte vertiefende Analyse spezifischer Leistungsbereiche innerhalb des G-DRG-Systems. Aus der vertiefenden Analyse konnten somit wichtige Anhaltspunkte für zusätzliche klassifikatorische Umbauten des G-DRG-Systems generiert werden.

Medizinische Plausibilitätsprüfungen

Im Rahmen der 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. 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. Prinzipiell wurden auch alle bestehenden Prüfungen auf ihre Relevanz im Gruppierungsalgorithmus überprüft und – falls erforderlich – gestrichen bzw. angepasst.

In den letzten Jahren hat vor allem der Bereich der Prüfungen, die die medizinische Plausibilität eines Falles zum Inhalt haben und die Kategorie „Fehler bis erklärt“ aufweisen, zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dies bedeutet, dass für die Krankenhäuser die Möglichkeit bestand, die Korrektheit der Kodierung zu erläutern bzw. falls notwendig eine Korrektur des Falles vorzunehmen. Zu einer Rückfrage bei den Krankenhäusern führten in diesem Zusammenhang beispielsweise Fälle mit der Hauptdiagnose Kopfschmerz und einer Nebendiagnose für Apoplex. Das Ziel, kostenintensive Fälle zu erkennen, die aufgrund einer nicht korrekt verschlüsselten Hauptdiagnose DRGs zugeordnet wurden, die überwiegend der Abbildung leichterer Krankheitsbilder vorbehalten sind, was entsprechend zu Inhomogenitäten führt, wurde dadurch unverändert weiterverfolgt.

3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung

Bei der Berechnung der Bewertungsrelationen für die DRGs mit belegärztlicher Versorgung wurden sowohl die Methodik als auch die Kalkulationsbedingungen aus den Vorjahren übernommen. Die normativ-analytische Ableitung bei nicht eigenständig kalkulierten DRGs wurde im Vergleich zu den Vorjahren ebenfalls unverändert durchgeführt.

Zur Verbesserung der Datenqualität für die Kalkulation des Fallpauschalen-Katalogs für 2014 wurden auch in diesem Jahr im Vorfeld der Kalkulation die Plausibilitätsprüfungen erweitert und weitere Analysen vorgenommen.

Kalkulation

Unter der Zielsetzung, auch in diesem Jahr möglichst viele DRGs eigenständig zu kalkulieren und die belegärztlichen Leistungen sachgerecht im Fallpauschalen-Katalog abzubilden, unterzog das InEK die Kalkulationsdaten für belegärztliche Leistungen wiederum zusätzlichen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen.

Aufgrund der erweiterten Plausibilitätsprüfungen und Analysen im Vorfeld konnte die Datenqualität insgesamt weiter verbessert werden. Aus diesem Grund wurden bei solchen DRGs, bei denen die Verletzung lediglich einer Kalkulationsbedingung vorlag, 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.

Mit 45.598 Datensätzen wurden somit 78 DRGs eigenständig auf Basis von Datensätzen mit ausschließlich belegärztlicher Versorgung kalkuliert. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tab. A-2). Die Datenbasis ist bei konstantem Homogenitätskoeffizienten geringfügig gesunken. Wird die Gesamtheit der gelieferten Daten gem. § 21 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs gut 68% 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 31,7% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	131
Über 10% bis 20%	5	510
Über 20% bis 30%	26	102
Über 30% bis 40%	38	0
Über 40% bis 50%	9	0
Mittelwert (ungewichtet)	31,7%	14,2%

Tabelle 9: Differenz Bewertungsrelation Belegabteilung zu Bewertungsrelation Hauptabteilung

Wie im Vorjahr traten bei einigen „impliziten“ Ein-Belegungstag-DRGs 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 Erlösbeträge 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 460 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (162 DRGs mit Zuschlag, 298 DRGs mit Abschlag). Dadurch wurden die Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung den mittleren Verweildauern der Belegfälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG angepasst. Die Bewertungsrelationen bei den abgeleiteten DRGs liegen im Ergebnis durchschnittlich 14,2% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9). Bei 34,7% der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tab. 10). Die untere und obere Grenzverweildauer wurden nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Im Ergebnis ist im Katalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 188 Mal niedriger und 64 Mal höher als die entsprechende Grenzverweildauer bei Versorgung durch Hauptabteilungen. Die untere

Grenzverweildauer liegt 57 Mal unter und 18 Mal über der entsprechenden Grenzverweildauer bei Versorgung durch Hauptabteilungen.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	460
Nur Abzug Arztkosten	286
Eigenständig kalkulierte DRGs	78
Gesamt	824

Tabelle 10: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

Für 326 DRGs, die für die Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert wurden, ließen sich in den Daten gem. § 21 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 somit im Vergleich zum Vorjahr um 11 verringert (Vorjahr: 835 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 DRGs als auch bei den normativ-analytisch abgeleiteten DRGs unverändert ausschließlich durch Abzug der jeweils relevanten Kostenmodule ermittelt.

3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

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

Teilstationäre Leistungen werden in den Daten gem. § 21 KHEntgG durch die Angabe des Aufnahmegrundes „Krankenhausbehandlung, teilstationär“ gekennzeichnet. Damit identifiziert ausschließlich ein Abrechnungsmerkmal teilstationäre Leistungen.

Unter Berücksichtigung der unveränderten Kalkulationsbedingungen wurden die einzelnen Behandlungstage teilstationärer Leistungen mit Fokus auf die Leistungsabbildung analysiert. Wegen der fehlenden teilstationären Leistungsbeschreibung wurde versucht, auf Basis der bestehenden Leistungsdokumentationen teilstationäre DRG-Fallpauschalen zu entwickeln. Im Ergebnis konnten auf Basis der bestehenden Leistungsbezeichner keine sachgerechten teilstationären Fallpauschalen gebildet werden.

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Für das Datenjahr 2012 wies die Beschaffenheit der Datenmenge für die DRG A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* eine Verletzung der Kalkulationsbedingungen sowie eine mangelnde Kostendifferenz zwischen den DRG-Fallpauschalen auf, sodass keine Bewertung der beiden Fallpauschalen vorgenommen werden konnte. Die Definition der teilstationären geriatrischen Fallpauschalen wird unverändert im unbewerteten Teil des Katalogs (Anlage 3b) ausgewiesen.

Niereninsuffizienz, teilstationär

In den Fallpauschalen-Katalog wurden drei DRG-Fallpauschalen für teilstationäre Dialysen bei Kindern und Erwachsenen unverändert übernommen. Die Fallpauschale für die teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) konnte wegen Verletzung der Kalkulationsbedingungen nicht bewertet werden. Die mittleren Kosten für die teilstationären DRGs L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* und L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* werden in Tabelle 11 für insgesamt 5.245 Kalkulationsdatensätze der L90B und 187.121 Kalkulationsdatensätze der L90C in modularer Struktur dargestellt. In den Tabellen 12 und 13 werden die häufigsten Hauptdiagnosen und in den Tabellen 14 und 15 die häufigsten Prozeduren abgebildet.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€)	
		L90B	L90C
Ärztlicher Dienst	1	34,75	32,74
Pflegedienst	2	107,24	70,07
Med.-technischer Dienst	3	6,19	16,75
Arzneimittel	4a	13,41	11,54
Arzneimittel Einzelkosten	4b	0,00	1,85
Implantate/Transplantate	5	0,00	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	29,35	40,99
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	31,25	21,62
Med. Infrastruktur	7	12,34	17,14
Nicht med. Infrastruktur	8	49,65	43,17
Gesamt		284,17	255,87

Tabelle 11: Mittlere Kosten der teilstationären DRGs L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* und L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse*, Basis: Datenjahr 2012

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	152
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	75

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2012

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	4.939
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	2.656

Tabelle 13: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2012

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	5.178
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	54

Tabelle 14: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2012

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	136.314
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	36.176
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	9.144
8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	2.048
8-853.3	Hämodifiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	1.362

Tabelle 15: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2012

3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix

Krankenhausfälle mit gleichen Hauptdiagnosen und/oder Eingriffen können sich aufgrund von Begleiterkrankungen („Komorbiditäten und Komplikationen“) hinsichtlich des entstehenden Aufwands erheblich voneinander unterscheiden. Der Abbildung dieser unterschiedlichen Fallschwere dient im G-DRG-System u.a. die CCL-Schweregradsystematik.

Aus Punktwerten von 0 bis 4 für die einzelnen Nebendiagnosen wird ein patientenbezogener Gesamtschweregrad ermittelt (PCCL), der ebenfalls Werte von 0 bis 4 annehmen kann. Eine sehr komplexe Methodik erlaubt dabei eine hochdifferenzierte Abbildung. Wesentliche Charakteristika dieser Methodik sind nachfolgend beschrieben:

- Das „Gewicht“ einer Nebendiagnose ist nicht in allen DRGs gleich, sondern kann in verschiedenen DRGs verschiedene Werte annehmen – entsprechend dem Maße, in dem diese Diagnose in der jeweiligen DRG mit höheren Kosten verbunden ist.
- Mehrere aufwandssteigernde Nebendiagnosen können kumulativ zu einem höheren PCCL beitragen, sodass nicht lediglich die „schwerste“ Diagnose gewertet wird, sondern auch einer Multimorbidität Rechnung getragen werden kann. Die Ermittlung des PCCL aus den einzelnen CCL-Werten folgt einer nachfolgend dargestellten Formel, die eine Sättigungskurve beschreibt: Mit steigender Anzahl der kodierten Nebendiagnosen nimmt der Einfluss zusätzlicher Diagnosen ab (vgl. Abb. 4).

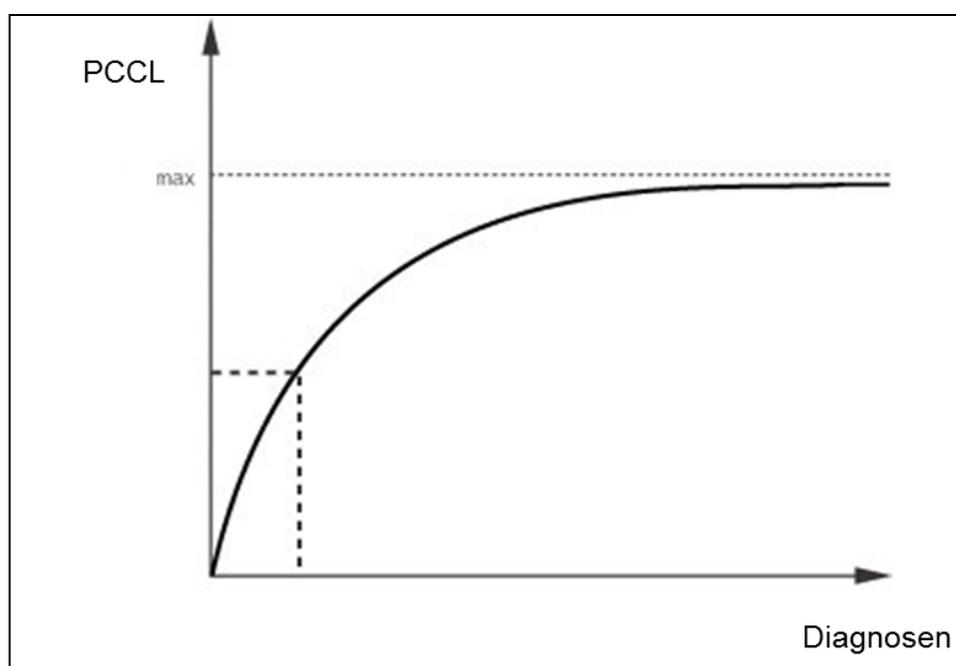


Abbildung 4: Sättigungskurve PCCL-Berechnung

- Sehr ähnliche oder miteinander in Zusammenhang stehende Diagnosen können sich über die sogenannte Exklusionsliste gegenseitig ausschließen, was bedeutet, dass nur noch der CCL der schwereren Diagnose gewertet wird. Beispielfürhaft seien hier die Diagnosen Lungenödem und Herzinsuffizienz (Grad IV nach NYHA) genannt.

Es ist prinzipiell möglich, Veränderungen aller dargestellten Aspekte dieser Methodik auf Basis der Kalkulationsdaten daraufhin zu prüfen, ob eine Verbesserung der Sachgerechtigkeit der Vergütung daraus resultiert. Dies bedeutet im Einzelnen:

- Vollständiges Streichen/vollständige Neuaufnahme als CC in allen DRGs
- DRG-bezogene CCL-Neubewertung
- Formeländerungen
- Exklusionsänderungen

Das CCL-System ist von hoher Bedeutung für die Eingruppierung. Die Nebendiagnose-Kodierung kann daher Gegenstand von Kodierstreitigkeiten sein. Die Weiterentwicklung der CCL-Systematik soll zu einer verbesserten Sachgerechtigkeit insbesondere bei der Eingruppierung hochkomplexer Fälle beitragen und Kodierstreitigkeiten möglichst verhindern.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurden auch in diesem Jahr zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zahlreiche Hinweise eingereicht, die sich auf eine veränderte Abbildung von Diagnosen in der CCL-Systematik bezogen. Die Vorschläge betrafen sowohl die Aufnahme bzw. Aufwertung von Einzeldiagnosen oder Diagnosegruppen als auch die Streichung bzw. Abwertung von Diagnosen in der CCL-Matrix. Ausgehend von den Hinweisen wurden auch umfassende eigene Analysen, insbesondere zu häufig kodierten oder streitbefangenen Codes sowie zu aufgrund divergenten Kodierverhaltens auffällig gewordenen Codes, durchgeführt.

Der im letzten Jahr begonnene Wandel der Abbildung der Erkrankungsschwere in der CCL-Matrix von der Zeilenverschiebung hin zu einer individuellen Anpassung von Diagnosen wurde auch 2014 weiter vollzogen, da sich die einfache Zeilenverschiebung nicht mehr als ausreichend spezifisch darstellte und insgesamt ein inakzeptables Resultat zeigte. Daher wurden Diagnosen oder Diagnosegruppen in einzelnen, individuell untersuchten DRGs punktuell auf- oder abgewertet. So konnte eine weitere Adjustierung und Schärfung der PCCL-Systematik erreicht werden, die eine eindeutige systemverbessernde Wirkung zur Folge hatte.

Untersucht wurden insbesondere Diagnosen oder Diagnosegruppen in einzelnen Basis-DRGs, die folgende Charaktermerkmale zeigten:

- Inhaltliche Nähe zum typischen DRG-Inhalt
- Streitbefangene und/oder wenig belastbare Kodierung
- Hinweise auf Besonderheiten bei der Verschlüsselung

Dabei fielen einige Nebendiagnosecodes auf, die in den Kalkulationsdaten 2012 im Verhältnis zu den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG deutlich unterrepräsentiert sind, aber eine erhebliche Vergütungsrelevanz aufweisen (siehe Tab. 16):

		Verhältnis Fälle in Stichprobe zu §-21-Daten
Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung (E44.1)		1 : 11,0
Rezidivierende depressive Störung, n.n.bez. (F33.9)		1 : 9,0
Sonstige vaskuläre Demenz (F01.8) *		1 : 5,9
Zum Vergleich:	Alle Fälle	1 : 4,4
	Alle Fälle ab 65 Jahren	1 : 4,6

* über 80.000 Fälle in Daten gem. § 21 KHEntgG

Tabelle 16: Verhältnis Anzahl kodierter Diagnosen von Stichprobe zu DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG

Zur Änderung des methodischen Vorgehens, der Verschiebung ganzer Zeilen in der CCL-Matrix versus einer individuellen Auf- oder Abwertung von Nebendiagnosecodes, wurde auch die bisher vom AR-DRG-System unverändert übernommene Berechnung des PCCL angepasst. Auslöser hierfür war die Veränderung der Kodierung von Nebendiagnosen. Wurden je Fall in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG im Jahr 2002 noch durchschnittlich 2,9 Nebendiagnosen kodiert, lag der Durchschnitt im Jahr 2012 bei 4,9 Nebendiagnosen (vgl. Abb. 5).

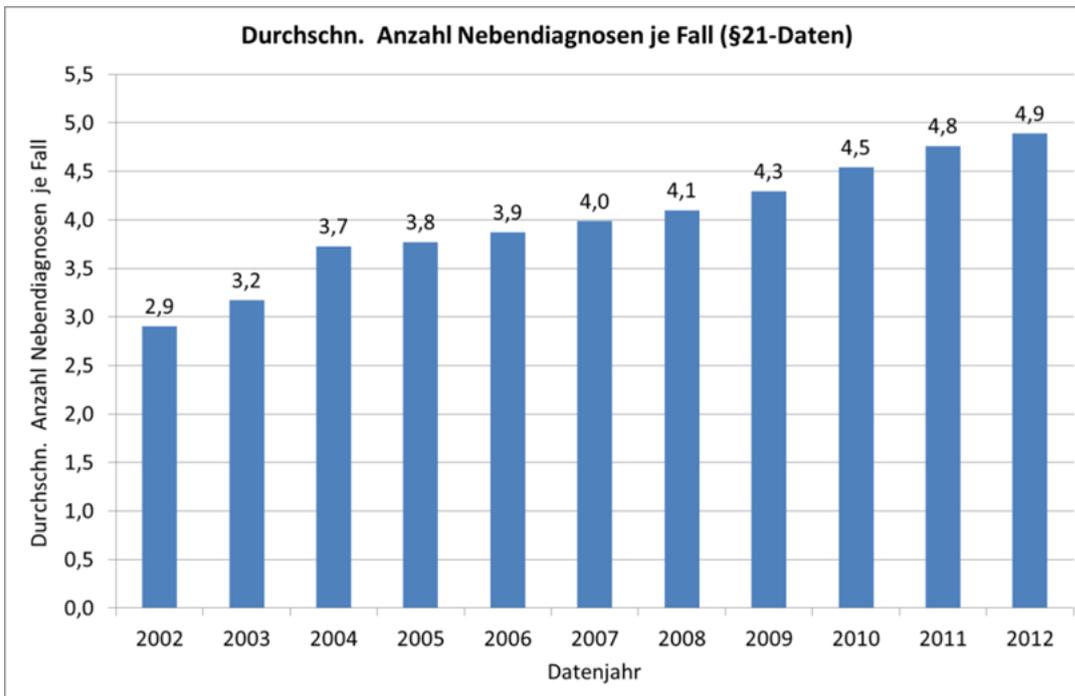


Abbildung 5: Durchschnittliche Anzahl Nebendiagnosen je Fall in DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG

Im Vorfeld der Anpassung der Formel zur Berechnung des PCCL wurden zahlreiche Analysen zu Modifikationen, u.a. unterschiedliche Werte für den (Dämpfungs-)Parameter „ α “, vorgenommen und die Ergebnisse auf eine verbesserte Sachgerechtigkeit hin geprüft. Als Resultat wurde die Formel derart verändert, dass der erste Wert im Zähler vor der Logarithmisierung nicht mehr um 1 erhöht wird (siehe Abb. 6):

$$\text{wobei } x = \text{round} \left(\frac{\ln \left\{ 1 + \sum_{i=1}^n CCL_i * e^{(-\alpha * (i-1))} \right\}}{\frac{\ln\left(\frac{3}{\alpha}\right)}{4}} \right)$$

Abbildung 6: Angepasste Formel zur Berechnung des PCCL

Für ein besseres Verständnis der PCCL-Formel sind im Folgenden die Variablen erläutert:

- „ α “ ist ein (Dämpfungs-)Parameter und hat derzeit den Wert 0,4
- „n“ ist die Anzahl der Diagnosen eines Falles
- Verwende Haupt- und Nebendiagnosen in MDC 15 („P“); sonst verwende nur Nebendiagnosen
- „i“ ist die Rangnummer der (sortierten) Diagnose

Dieses Vorgehen führt in der Folge aufgrund eines festen Wertes des Nenners nun nicht mehr so stark zu einem hohen PCCL-Ausschlag bei geringen CCL-Ausprägungen (siehe Abb. 7):

Wert der 1. Diagnose	Wert der 2. Diagnose	Wert der 3. Diagnose		bisher	jetzt	Abweichung
1			→	1	0	x
2			→	2	1	x
3			→	3	2	x
4			→	3	3	
2	1		→	3	2	x
3	1		→	3	3	
3	2		→	3	3	
3	3		→	4	3	x
4	2		→	4	3	x
1	1	1	→	2	1	x
2	1	1	→	3	2	x
3	3	1	→	4	3	x
4	3	2	→	4	4	

Abbildung 7: Beispiele zur Veränderung der Ermittlung des PCCL

Aufgrund von Hinweisen im Vorschlags- und Anfrageverfahren für 2014 wurden ca. 40 Diagnosen und im Rahmen eigener Analysen über 1.200 Diagnosecodes hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Multiple Abwertungen, Streichungen, Aufwertungen und Aufnahmen wurden simuliert. Im Ergebnis wurden 1.098 Diagnosen verändert. Dabei ist zu betonen, dass 50% der Diagnosen lediglich in ein oder zwei Basis-DRGs in ihrer Bewertung verändert wurden, wie die folgende Abbildung 8 zeigt:

517 DRG-spezifische Abwertungen in < 3 Basis-DRGs 266 DRG-spezifische Abwertungen in < 10 Basis-DRGs 171 DRG-spezifische Abwertungen in < 30 Basis-DRGs 63 DRG-spezifische Abwertungen in > 29 Basis-DRGs 52 Aufwertungen in Verbindung mit DKR Geburtshilfe 18 Aufwertungen nach Einzelanalyse DRG 1 Gleichzeitige Auf- und Abwertung nach Einzelanalyse DRG 7 Aufwertungen aus dem Vorschlagsverfahren 1 Abwertung aus dem Vorschlagsverfahren 2 Auf- und Abwertungen durch Vereinheitlichung geschlechtsabhängiger CCL-Werte
<hr/> 1098 Diagnosen wurden verändert

Abbildung 8: Veränderungen an der CCL-Matrix 2014

In die CCL-Matrix wurden 2014 folgende Diagnosekodes neu aufgenommen:

- E66.02 (.12, .22, .82, .92)
Adipositas mit Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
- B00.5 *Augenkrankheit durch Herpesviren*
- Z95.80 *Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems*
- N10 *Akute tubulointerstitielle Nephritis*

Bei der Neuaufnahme von Diagnosen in die CCL-Matrix wurde bezüglich der Festlegung der Einträge in der Exklusionsliste wie in den letzten Jahren das bewährte Konzept eines „Paten“ gewählt.

Ein Beispiel für die DRG-spezifische Bewertung ist die Basis-DRG I43 *Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder Ellenbogengelenk [...]*. In der Analyse zeigte sich, dass dort häufige und krankenhausindividuell sehr unterschiedlich kodierte Diagnosen vorkamen, die abgewertet wurden. Beispielhaft seien genannt:

- traumatisch bedingte sekundäre oder rezidivierende Blutungen; CCL 4 → 2
- posttraumatische Wundinfektionen anderenorts nicht klassifiziert; CCL 4 → 2
- sonstiges akutes Nierenversagen und akutes Nierenversagen, n.n.bez.; CCL 4 → 3

Eine vollständige Liste aller im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix verändert abgebildeten Diagnosen für die G-DRG-Version 2014 findet sich in Tabelle A-3 im Anhang und auf der Internetseite des InEK.

Der dargestellte umfangreiche Umbau der CCL-Matrix wurde komplettiert durch eine Anpassung der CCL-Exklusionssystematik an einigen relevanten Punkten. Exklusion im CCL-System bedeutet, dass in die Ermittlung des Gesamtschweregrads (PCCL) bei zwei als nicht unabhängig voneinander bewerteten Nebendiagnosen nur die höher bewertete eingeht. Schließen sich zwei Diagnosen nach CCL-Exklusionsliste aus, gilt dies im gesamten DRG-System und betrifft alle PCCL-Splits. Eine Anpassung bzw. Ergänzung der CCL-Exklusionen erfolgt nur, wenn die Addition der CCLs DRG-unabhängig nicht sinnvoll ist und ein eindeutig positives Simulationsergebnis vorliegt.

Eine Ergänzung von Exklusionen erfolgte in diesem Jahr z.B. in folgenden Bereichen:

- Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge und Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura
- Infektionen des Urogenitalsystems und Infektionen des Urogenitalsystems in der Schwangerschaft
- Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert und Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch), sonstige Eisenmangelanämien, Eisenmangelanämie, n.n.bez.

3.3.1.5 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 Kostenmittelwerts je Verlegungsart bestimmt. Dabei ergeben sich vier Fallkonstellationen, die sich auf die 1.196 DRGs wie in Tabelle 17 dargestellt verteilen (siehe auch Tab. A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	205	17
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	224	19
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	149	12
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	572	48
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	46	4
Gesamt	1.196	100

Tabelle 17: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2014

Überlieger aus dem Vorjahr

Bei Überliegern handelt es sich um Fälle, die vor dem Jahreswechsel im Krankenhaus aufgenommen und erst nach dem Jahreswechsel aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Die bei diesen Fällen erbrachten Leistungen werden mit den im Aufnahmejahr gültigen Versionen des ICD-10-GM und des OPS verschlüsselt.

Überlieger werden soweit möglich im Rahmen der Kalkulation berücksichtigt. Dies ist insbesondere sinnvoll, da in dieser Patientengruppe der Anteil an Langliegern und auch

an Fällen mit besonders hohen Kosten überdurchschnittlich groß ist. Beispielsweise wäre die DRG A18Z *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* mit einer mittleren Verweildauer von 93,8 Tagen von einer Löschung vieler Überlieger stark betroffen, da rein rechnerisch mehr als jeder vierte Patient dieser DRG ein Überlieger aus dem Vorjahr ist. Unter den Langliegern dieser DRG ist der Anteil an Überliegern folglich 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 2011 auf 2012) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2011 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall 2012 verschlüsselt würde.

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde – und daher Fälle, die 2011 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2012 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 2011 in der Kalkulationsmenge verbleiben, wenn es sich um eine DRG mit sehr kleinen Fallzahlen handelt und der problematische Code (bei jeder möglichen Überleitungsentscheidung) ohne Gruppierungsrelevanz ist. Beispielsweise sind für die o.g. DRG A18Z nur die Beatmungszeit und ein OPS-Code (Transplantation) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnose haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose hier keinen Grund darstellt, einen Überlieger aus der Kalkulationsmenge auszuschließen.

3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße

Die Bezugsgröße wird nach unveränderter Methodik 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 Behandlungsfalls 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.

Für den Fallpauschalen-Katalog für 2013 ergab sich auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2012 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 19.101.874. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den Fallpauscha-

len-Katalog für 2014 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 19.101.764. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt 110. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog für 2014 beträgt dann 2.763,95 €.

Zur Ermittlung der effektiven Bewertungsrelationen wurden die Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2012 herangezogen. Durch die Aufnahme neuer Leistungen in den Zusatzentgelte-Katalog und Anpassungen bereits bestehender Zusatzentgelte (angepasste Schwellenwerte bei bewerteten Zusatzentgelten) verändern sich die Erlössummen der Krankenhäuser. Aufgrund des Vollkostenansatzes wurden in der Kalkulationsstichprobe analog die mit den Zusatzentgelten verbundenen Kosten hinein- bzw. herausgerechnet. Der damit verbundene Gesamteinfluss auf die Summe der effektiven Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog für 2014 konnte für die nationale Ebene mit einer Gesamtsumme in Höhe von 110 effektiven Bewertungsrelationen geschätzt werden.

3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

3.3.2.1 Abdominalchirurgie

Typische Leistungen der Abdominalchirurgie sind im G-DRG-System vor allem in den operativen Partitionen der MDC 06 und MDC 07 abgebildet. Insbesondere die Weiterentwicklung der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* konnte auch in diesem Jahr mit Hilfe von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren fortgeführt werden.

So wurde die sachgerechte Vergütung der beiden chirurgischen Verfahren zur Darmverlängerung, der „longitudinalen Darmverlängerung nach Bianchi“ und der „seriellen transversen Enteroplastie [STEP]“, untersucht. Im Ergebnis zeigte sich, dass die im Vorschlagsverfahren dargestellten operativen Verfahren hinsichtlich ihrer Kosten vergleichbar, innerhalb des G-DRG-Systems 2013 jedoch unterschiedlich erlösrelevant sind. Die Darmverlängerung nach Bianchi führt in die DRG G02B *Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]* und die serielle transverse Enteroplastie in die DRG G46C *Verschiedenartige Gastroskopie [...]*. Im G-DRG-System 2014 erfolgt eine Gleichstellung der beiden Verfahren und sie werden beide entsprechend ihrer Fallkosten in die G02B eingruppiert, was eine Aufwertung für die serielle transverse Enteroplastie bedeutet.

Eine Analyse von Eingriffen bei bösartiger Neubildung zeigte einen ähnlichen Aufwand unabhängig davon, ob die bösartige Neubildung als Haupt- oder als Nebendiagnose kodiert wurde. Entsprechend wurde durch eine Weiterentwicklung der Abfragelogik in der Basis-DRG G17 die Hauptdiagnosebedingung der Tabelle für bösartige Neubildungen der DRG G17A *Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff, bei bösartiger Neubildung* in eine Diagnosebedingung umgewandelt. Dies führt zu einer Fallverschiebung aus den DRGs G04B *Adhäsionolyse am Peritoneum [...]* und G17B *Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung* in die DRG G17A im Sinne einer Aufwertung.

Eine Analyse der Basis-DRG G22 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC* zeigte, dass durch eine Ergänzung der Splitbedingung der DRG G22A um Diagnosen für bösartige Neubildun-

gen eine sachgerechtere Abbildung erfolgt. Dadurch kommt es zu Fallverschiebungen aus den DRGs G22B und G22C in die DRG G22A im Sinne einer Aufwertung.

Eine Untersuchung der DRGs G10Z *Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz* und G12A *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur* ergab, dass eine Kodeverschiebung bestimmter Prozeduren für lokale Exzisionen und Keilexzisionen aus der DRG G10Z in die Splitbedingung der DRG G12A zu einer sachgerechteren Eingruppierung führt. Dadurch werden Fälle aus der DRG G10Z in die DRG G12A im Sinne einer Abwertung verschoben. Eine Kodeverschiebung der Prozedur für laparoskopische Keilresektion der Leber aus der Basis-DRG H09 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen* in die Basis-DRG H08 *Laparoskopische Cholezystektomie* führt zu einer Eingruppierung der betroffenen Fälle in eine Gruppe von Fällen mit vergleichbaren Kosten. Die Fallverschiebungen aus den DRGs H09A, H09B und H09C in die DRGs H08A und H08B im Sinne einer Abwertung führen zu einer Schärfung der Bedingungen für die Basis-DRG H09, was mit einer Aufwertung der in der Basic-DRG H09 verbleibenden Fälle verbunden ist.

3.3.2.2 Adipositas

Bisher war vor allem die Adipositaschirurgie Gegenstand der Hinweise im Vorschlagsverfahren und eigener Analysen. Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2014 wurde die Abbildung von Adipositas als Begleiterkrankung bzw. in Kombination mit anderen Erkrankungen untersucht.

Fälle mit einer Hauptdiagnose für übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation und einem großen Eingriff bei Adipositas waren in der Analyse auffällig. Während ein Fall mit einer Hauptdiagnose für übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation in die MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* eingruppiert wird, führt die Fallkonstellation zusätzlich mit einem großen Eingriff bei Adipositas im G-DRG-System 2013 in eine Fehler-DRG. In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2014 wurde eine Veränderung des Abfragealgorithmus in der MDC 04 vorgenommen, so dass Fälle, bei denen der große Eingriff bei Adipositas im Vordergrund steht und die eine Diagnose für übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation aufweisen, über eine Umleitung zukünftig der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* zugeordnet werden. Damit wird die Sachgerechtigkeit der Abbildung dieser Fallkonstellation erhöht.

Ein Vorschlag beinhaltete die Überprüfung von Fällen mit Adipositas als Begleiterkrankung, die sich in der Vergangenheit nicht eindeutig teurer gezeigt hatten. Die erneuten Analysen erwiesen, dass die Fälle ab einem Body-Mass-Index (BMI) > 40 bezogen auf die Kosten auffällig waren. Daher konnte die Diagnose für Adipositas mit einem BMI > 40 in die CCL-Matrix typischerweise mit einem Wert von 2 in der operativen Partition und einem Wert von 1 in der medizinischen Partition aufgenommen werden.

Des Weiteren wurden, ausgehend von einem eingereichten Vorschlag, Fälle mit einer Diagnose für höhergradige Adipositas in Entbindungs-DRGs umfassend analysiert. Die untersuchten Prozeduren erwiesen sich auf Basis der Kalkulationsdaten aus dem Jahr 2012 als nicht belastbares Attribut. Eine Aufwertung konnte aufgrund eines fehlenden signifikanten Kostenunterschieds und eines uneinheitlichen Bildes nicht umgesetzt werden.

3.3.2.3 Bestrahlungsplanung

Der OPS enthält neben Codes für durchgeführte Strahlentherapien auch Codes – im gleichen Kapitel – für die Bestrahlungsplanung, die separat zu kodieren sind. Oft weisen Fälle, bei denen Patienten bestrahlt werden, beide Codes auf, wenn Bestrahlungsplanung und Bestrahlung im selben Aufenthalt erfolgen.

Bisher wurden Fälle auch anhand der Prozedurenkodes für Bestrahlungsplanung in Strahlentherapie-DRGs eingruppiert. Bei der Überarbeitung der DRGs für 2014 wurde Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren nachgegangen, nach denen diese Zuordnung fraglich sachgerecht für Fälle mit stationär durchgeführter Bestrahlungsplanung und keiner nachfolgenden Bestrahlung im selben stationären Aufenthalt ist. Dies konnte auf Basis der aktuellen Kalkulationsdaten bestätigt werden. Im Ergebnis sind OPS-Codes aus dem Bereich 8-529 *Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie* 2014 nicht mehr gruppierungsrelevant in den DRGs, in denen bereits eine **einmalige** Bestrahlung zur Eingruppierung führt, z.B. in der DRG I54Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung*. Eine durchgeführte und verschlüsselte Bestrahlungsplanung ist jedoch weiterhin gruppierungsrelevant bei **mehrfacher** Bestrahlung, z.B. in der DRG I39Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen*.

Folglich resultiert daraus lediglich für Fälle mit Bestrahlungsplanung und keiner Bestrahlung im selben Aufenthalt eine geänderte sachgerechtere Eingruppierung.

3.3.2.4 Epilepsie

Im OPS 2012 wurde der Text der Prozedurenkodes für präoperative Video-EEG-Intensivdiagnostik dahingehend geändert, dass sie nicht nur ausschließlich „bei Epilepsie“, sondern nun auch „zur Klärung eines Verdachts auf Epilepsie oder einer epilepsiechirurgischen Operationsindikation“ verwendet werden durften. Diese Klarstellung half bereits dabei, Kodierstreitigkeiten zu vermeiden. Hinweisen der Fachgesellschaft zufolge waren allerdings Fälle mit nicht invasiver Video-EEG-Intensivdiagnostik nach Ausschluss der Diagnose Epilepsie – in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose – nicht in der unbewerteten DRG B76A *Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie*, sondern zum Teil in einer anderen MDC abgebildet. Beispielsweise wurde ein Fall bislang nach Ausschluss der Hauptdiagnose Epilepsie mit der Hauptdiagnose für dissoziative Krampfanfälle und nicht invasiver Video-EEG-Intensivdiagnostik in die DRG U64Z *Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen* gruppiert und war dort typischerweise nicht sachgerecht vergütet. Für das G-DRG-System 2014 konnte eine Vereinheitlichung der Abbildung dieser hochaufwendigen Fälle bei unterschiedlicher Hauptdiagnose insofern sichergestellt werden, als dass die o.g. Diagnose-Prozeduren-Kombination in eine Umleitung auf Prä-MDC-Ebene aufgenommen und der unbewerteten DRG B76A zugeordnet werden konnte.

3.3.2.5 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma

Auch in diesem Jahr wurden aufgrund von Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2014 und eigener Analysen zahlreiche Veränderungen in der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* vorgenommen (siehe auch den Abschnitt „Gynäkologische Kombinationseingriffe“ in Kap. 3.3.2.23).

Ausgehend von Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren wurden Fälle mit prophylaktischer Operation an der Mamma wegen Risikofaktoren bösartige Neubildungen analysiert. Diese wurden bisher analog zu Fällen mit gutartigen Neubildungen vergütet. Im Ergebnis zeigte sich für die prophylaktischen Operationen ein mit Fällen bei bösartiger Neubildung vergleichbarer Aufwand. In der G-DRG-Version 2014 werden diese Eingriffe durch Gleichstellung mit den Eingriffen bei bösartiger Neubildung der Mamma aufgewertet.

Ebenfalls aufgrund eines Hinweises aus dem Strukturierten Dialog wurde die Abbildung von Fällen mit Entfernung/Wechsel einer Mammaprothese in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose überprüft. Umgesetzt wurde eine MDC-übergreifende Kodeverschiebung der Hauptdiagnosen für *Infektion und entzündliche Reaktion sowie sonstige Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat* (neue ICD-Kodes ab 2014) aus der MDC 21B *Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten* in die MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*. Somit werden diese Codes in der G-DRG-Version 2014 z.B. mit der Diagnose für *mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat* gleichgestellt. Da die ICD-Kodes für *Infektion und entzündliche Reaktion sowie sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate* erst in der ICD-10-GM Version 2014 differenziert wurden, standen diese Informationen in den Kalkulationsdaten des Jahres 2012 noch nicht zur Verfügung. Die betroffenen Fälle konnten aber anhand der undifferenzierten Hauptdiagnosen und der OPS-Kodes für die typischen Eingriffe analysiert werden, so dass die inhaltlich naheliegende Zuordnung zur MDC 09 bereits für die G-DRG-Version 2014 gelang. Im Rahmen der typischen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2015 – nach Differenzierung der Codes im Datenjahr 2014 – für den Fallpauschalen-Katalog der G-DRG-Version 2016 berücksichtigt werden können.

Weiterhin wurden Fälle mit bösartiger Neubildung der Mamma und beidseitiger Mastektomie sowie beidseitiger Prothesenimplantation durch Verschiebung in die DRG J14A *Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösart. Neubild. mit aufwändiger Rekonstr. oder beidseit. Mastektomie bei bösart. Neubild. oder Strahlenther. mit operat. Proz. bei Krankh. und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mit beidseit. Prothesenimpl.* aufgewertet. Auch Fälle mit bösartiger Neubildung der Mamma und gestieltem Haut-Muskel-Transplantat oder Implantation eines Hautexpanders mit gewebeverstärkendem Material wurden für die G-DRG-Version 2014 in die DRG J14A aufgenommen.

Beispielhaft sind im Folgenden weitere Veränderungen für die G-DRG-Version 2014 aufgeführt:

- Aufwertung von Fällen mit bestimmten Eingriffen an Nerven und Nervenganglien (z.B. Neurolyse und Dekompression Plexus brachialis) innerhalb der Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* (operative Reste-DRGs)
- Streichung der DRG J03A *Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung mit äußerst schweren CC* aufgrund geringer Fallzahl

- Abwertung von Fällen mit lokaler Lappenplastik an der Lippe durch Kodestreichung aus der Basis-DRG J08 *Andere Hauttransplantation [...]*

3.3.2.6 Extremkosten

Seit Jahren spielt das Thema der sogenannten „Extremkostenfälle“ eine große Rolle bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems – wie auch in Diskussionen zum Vergütungssystem. Was dabei unter einem „Extremkostenfall“ verstanden wird, ist nicht einheitlich, meist sind den zugrunde liegenden Definitionen aber zwei Attribute gemeinsam:

- Erhebliche absolute Höhe der Fallkosten und
- Unterdeckung (Kosten minus Summe aller Erlöse) in einer bestimmten Größenordnung (als absoluter Betrag oder Anteil an den Fallkosten)

Beide Parameter liegen (zu den Daten der Kalkulationskrankenhäuser) im InEK vor und werden jedes Jahr umfassend untersucht. Als Resultat konnten in den letzten Jahren Hunderte von Extremkostenkonstellationen im DRG-System aufgewertet werden. Dabei erschöpfen sich die Veränderungen des Vergütungssystems nicht in Definitionsänderungen innerhalb des G-DRG-Algorithmus, sondern betreffen alle Komponenten des DRG-Vergütungssystems. Eine verbesserte Abbildung von Extremkostenfällen kann beispielsweise zum Ausdruck kommen in

- Etablierung neuer DRGs
- Ergänzung bestehender DRGs durch Hinzunahme vergleichbar teurer Fälle
- Bereinigung existierender DRGs um weniger komplexe Fälle mit konsekutiver Aufwertung der in der DRG verbleibenden komplexen Fälle
- Etablierung oder Veränderung von Zusatzentgelten
- Methodische Anpassungen z.B. bei der Ermittlung von Langlieger-Zuschlägen
- Regelungen zu Fallzusammenführung und Verlegungsabschlägen
- Vorgaben zur sachgerechten Kalkulation hochteurer Fälle (Vermeidung von Kompressionseffekten) z.B. durch Weiterentwicklung des Kalkulationshandbuchs
- Etablierung oder Verfeinerung von Plausibilitätsprüfungen, um sicherzustellen, dass Hochkostenfälle mit adäquaten Kosten in die Kalkulation von DRGs und/oder Zusatzentgelten (ZE) eingehen
- Etablierung neuer oder Differenzierung bestehender Leistungsparameter (ICD, OPS, mittelbar auch Kodierrichtlinien), um die Beschreibung – und damit die Erkennbarkeit in den Datensätzen – für hochaufwendige Fälle zu verbessern
- Erfassung von über die Angaben des Datensatzes nach § 21 KHentgG hinausgehenden Fallinformationen zu hochaufwendigen Leistungen (z.B. ergänzende Datenlieferungen, Extremkosten-Datenbank)

Dabei ist gerade die zuletzt genannte Datenbank zur Identifikation und Kommentierung extrem teurer Patienten von unschätzbare Bedeutung, da sie die Möglichkeit bietet, extrem teure Fälle umfangreich (Freitext) darzustellen. Die Freitextangaben dienen als Basis für tiefergehende Analysen, die aufgrund der Angaben in den regulären Falldatensätzen nicht möglich wären.

Die Analysen zur Thematik der Extremkosten stützen sich also auf alle zur Verfügung stehenden Informationen, wobei Leistungen und Kosten maßgeblich sind. Für eine

mögliche Umsetzung im nächstjährigen Vergütungssystem ist hingegen von entscheidender Bedeutung, dass die Extremkostenfälle hinsichtlich ihrer Leistungsattribute (Diagnosen, Prozeduren, Kombinationen derselben, Alter, Beatmungszeit, Geburtsgewicht und weitere) präzise beschreibbar sind, da einer Abrechnung als DRG und/oder als Zusatzentgelt eine entsprechende Leistungsdefinition zugrunde liegen muss.

Die Ansteuerung einer DRG oder eines Zusatzentgelts nicht über Leistungsattribute sondern allein über eine bestimmte Kostenhöhe ist weder im G-DRG-System aktuell vorgesehen, noch kann davon ausgegangen werden, dass in allen deutschen Krankenhäusern belastbare Daten zu Fallkosten überhaupt verfügbar sind.

Die nachfolgend detailliert dargestellten Veränderungen im G-DRG-System 2014 bedeuten für eine Vielzahl von Extremkostenfällen eine erneute Verbesserung hinsichtlich einer möglichst sachgerechten Vergütung. Die Darstellung ist exemplarisch und kann nur unvollständig sein, da eine Vielzahl von in anderen Kapiteln erläuterten Umbauten ebenfalls unter dem Blickwinkel der Extremkosten betrachtet wurde (es sei nur an die Bluter-Zusatzentgelte erinnert) – und auf eine doppelte Darstellung im Abschlussbericht nach Möglichkeit verzichtet wird.

Wie in den Vorjahren wurden bei der Umsetzung zahlreiche Anpassungen und Detaillösungen innerhalb des G-DRG-Systems vorgenommen. Neben der sachgerechten Vergütung der Extremkostenfälle ist es ein wichtiges Ziel, die Systemkomplexität so gering wie möglich zu halten. Daher erfolgte, wenn die Fallzahlen der identifizierten Extremkostenfälle für die Etablierung eigener DRGs zu gering waren, die Zuordnung zu bereits bestehenden kostenähnlichen DRGs.

Ein Hauptaugenmerk wurde auf eine verbesserte Abbildung hochspezieseller und seltener Eingriffen gelegt. Darunter fallen u.a. Knochenmarktransplantationen/Stammzelltransfusionen und die kombinierte Dünndarm- und Lebertransplantation.

Ein weiteres Schwerpunktthema im Bereich der „Extremkostenfälle“ war dieses Jahr erneut die Abbildung von Kindern. Hierfür wurden alle DRGs auf mögliche Kindersplits analysiert und – wie in Kapitel 3.3.2.30 dargestellt – zahlreiche Umsetzungen bei zum Teil geringen Fallzahlen vollzogen.

Als Ergebnis dieser systematischen Analyse konnten Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit einem hochkomplexen intrakraniellen Eingriff, wie beispielsweise der Entleerung eines epiduralen Empyems oder Hämatoms, innerhalb der Kraniotomie-Basis-DRGs B02 und B20 aufgewertet werden. Auch Kinder unter 6 Jahren waren in einigen seltenen Fällen, wie z.B. bei Wirbelsäulenoperationen mit äußerst schweren CC, bei bestimmter Neubildung des Nervensystems oder mit bestimmtem Eingriff am Schädel, in der Basis-DRG B02 nicht sachgerecht vergütet. Im G-DRG-System 2014 sind Fälle mit derartigen Konstellationen nun in der am höchsten bewerteten Kraniotomie-DRG B02A abgebildet.

Die Behandlung von Kindern mit allogener Knochenmarktransplantation bzw. Stammzelltransfusion konnte innerhalb der Basis-DRG A04 aufgewertet werden (vgl. Abb. 9).

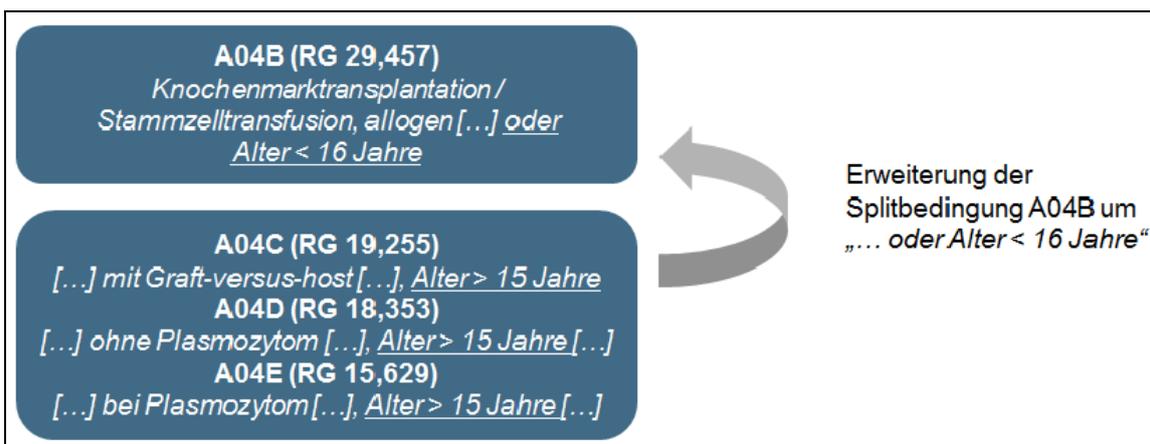


Abbildung 9: Erweiterung der Splitbedingung der DRG A04B

Im Bereich der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* konnte festgestellt werden, dass bestimmte komplexe Korrekturingriffe bei angeborener Deformität des Thorax, wie die konventionelle Korrektur einer Trichterbrust mit Muskelplastiken oder die Korrektur einer Hühnerbrust mit zusätzlicher Knochen transplantation, zum Teil nicht sachgerecht abgebildet waren. Diese Fälle werden zukünftig in den DRGs E05A *Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC* und der DRG E01A *[...] hochkomplexe Eingriffe oder komplizierender Diagnose* abgebildet und dementsprechend aufgewertet.

Aufgrund von Hinweisen im Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von schwerstbrandverletzten Patienten mit intensivmedizinischer Behandlung analysiert. Ausgangslage war hier, dass Fälle mit Verbrennungen dritten Grades mit einer Hauttransplantation oder einer Beatmung von mehr als 95 Stunden in die unbewertete DRG Y01Z eingruppiert wurden, während Fälle mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung, ohne eine längere Beatmung, in der bewerteten DRG Y02A *Andere Verbrennungen [...]* abgebildet waren. Für das G-DRG-System 2014 wurde die Logik der DRG Y01Z *Operative Eingriffe [...]* oder *intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte* dahingehend geändert, dass nun beide Konstellationen dem Aufwand entsprechend in dieser unbewerteten DRG abgebildet sind.

Ebenfalls im Vorschlagsverfahren erreichten uns Hinweise bezüglich der uneinheitlichen und teilweise nicht sachgerechten Abbildung bestimmter Eingriffe an Abdominal- und Thoraxorganen bei Sarkomen. So werden die Fälle in Abhängigkeit der konkreten Kodierung sowohl in verschiedenen Basis-DRGs der MDC 08 als auch in der Basis-DRG 901 abgebildet. Im G-DRG-System 2014 werden Fälle mit bösartigen Neubildungen einheitlich der DRG I27A *Eingriffe am Weichteilgewebe [...]* *bösartiger Neubildung [...]* zugeordnet. Damit geht insbesondere eine Aufwertung bei der Behandlung von Kindern einher (vgl. Abb. 10).

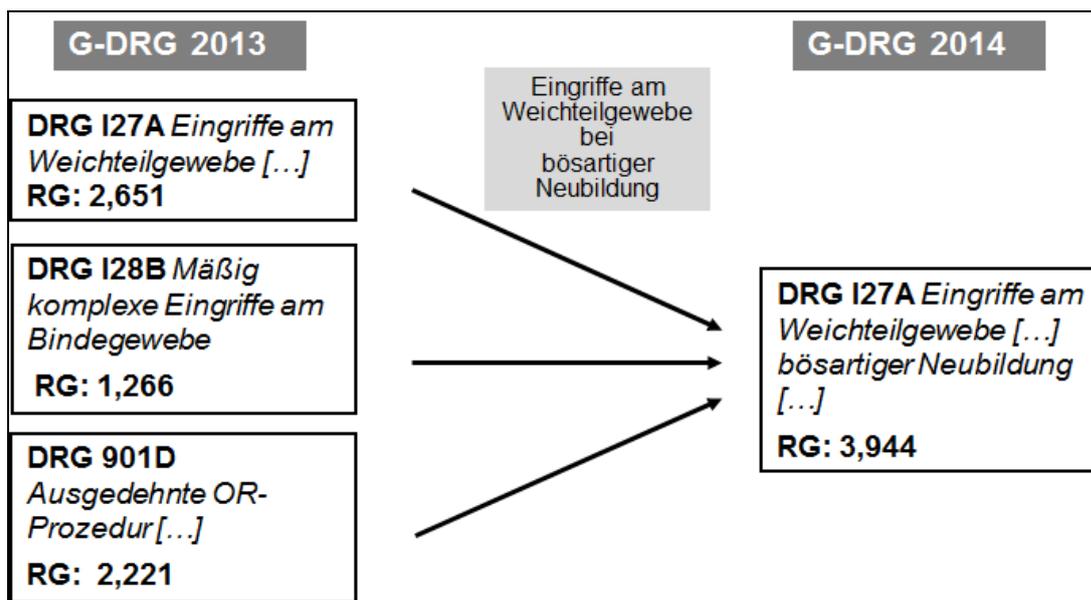


Abbildung 10: Eingriffe am Weichteilgewebe bei bösartiger Neubildung

Ein weiterer Vorschlag hatte die kombinierte Dünndarm- und Lebertransplantation zum Inhalt. Diese hochkomplexe interdisziplinäre Leistung wird in sehr geringer Fallzahl ausschließlich in spezialisierten Zentren erbracht. Eine Abbildung dieser Fälle war in Ermangelung einer geeigneten Datenbasis in der Vergangenheit nicht möglich. Für das G-DRG-System 2014 können diese Fälle mit einer kombinierten Dünndarm- und Lebertransplantation nun in der DRG A01A *Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation* abgebildet werden.

Im Bereich der bereits hochdifferenziert abgebildeten Knochenmarktransplantationen bzw. Stammzelltransfusionen wurden ausführliche Einzelfallplausibilisierungen anhand umfangreicher Extremkostenkommentierungen durchgeführt. Hierbei wiesen Fälle mit Retransplantationen von Knochenmark bzw. Retransfusionen von Stammzellen im selben Aufenthalt deutlich höhere Kosten auf. Bedingt durch geringe Fallzahlen wurden zwei unbewertete DRGs, die DRG A04A *Knochenmarktransplantation / Stammzellentransfusion, allogene, mit zweiter [...] im selben Aufenthalt* und die DRG A15A *Knochenmarktransplantation / Stammzellentransfusion, autogene, mit zweiter [...] im selben Aufenthalt*, für diese extrem seltenen Konstellationen etabliert.

Für das G-DRG-System 2014 wurden außerdem u.a. die folgenden Änderungen im Bereich der Extremkostenfälle umgesetzt:

- Aufwertung von Fällen mit einer Diagnose für systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] innerhalb der Basis-DRGs O60 *Vaginale Entbindung* und O01 *Sectio caesarea*
- Etablierung einer neuen, unbewerteten DRG Z04Z in der MDC 23 für Fälle mit einer Lungen-Lebendspende
- Aufwertung von Fällen mit einem Eingriff bei univentrikulärem Herzen innerhalb der Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen*
- Aufwertung von Fällen mit interstitieller Brachytherapie durch Aufnahme in die DRG H16Z

- In der Prä-MDC werden Fälle, die zwar eine geringere Anzahl an Beatmungsstunden aufweisen, dafür aber eine intensivmedizinische Komplexbehandlung bekommen haben, im G-DRG-System 2014 in eine „höhere“ Beatmungs-DRG eingruppiert
- Erweiterung der Bedingung der DRG J26Z um relativ seltene, aber extrem aufwendige Fälle mit einer bösartigen Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, einer Operation an der Mamma und einem Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen
- Aufwertung von Fällen mit serieller transverser Enteroplastie (STEP), die nun statt in der Basis-DRG G46 in der Basis-DRG G02 abgebildet werden
- Innerhalb der Basis-DRG E40 Aufwertung der Fälle mit einer selektiven Thrombolyse der Pulmonalarterie
- Fälle mit bestimmter (Teil-)Resektion der Mandibula, bestimmter partieller und totaler Resektion eines Gesichtsschädelknochens oder gefäßgestielter Knochen transplantation mit mikrovaskulärer Anastomose wurden innerhalb der MDC 08 besser gestellt

3.3.2.7 Frührehabilitation

Im Bereich der neurologisch-neurochirurgischen bzw. fachübergreifenden Frührehabilitation wurde in diesem Jahr erneut eine Bewertung weiterer, bislang über krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vergüteter Fallpauschalen angestrebt. Während die Beteiligung der Fachkliniken im Bereich der fachübergreifenden Frührehabilitation an der Kalkulation mittlerweile ein erfreulich hohes Niveau erreicht hat, reduziert sich dieses Engagement im Bereich der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nur auf sehr wenige entsprechende Krankenhäuser. Da lediglich zwei der 24 fallzahlstärksten Kliniken aus diesem Fachgebiet ihre Kalkulationsdaten zur Verfügung stellten, war eine Abbildung dieser Leistungen – bei einem Vorliegen der Daten von nur 11% der Fälle – in leistungsgerechten, bewerteten Pauschalen erneut nicht möglich.

3.3.2.8 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren

Seit Einführung des G-DRG-Systems existiert ein unbewertetes extrabudgetäres Zusatzentgelt für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass die Versorgung von Blutern ein hohes, unvorhersehbares finanzielles Risiko darstellt, da die Arzneimittelkosten für Gerinnungsfaktoren bis zu mehreren Hunderttausend Euro betragen können und für die einzelnen Krankenhäuser nicht absehbar ist, ob und in welchem Umfang sie im Budgetjahr solche Patienten behandeln werden. Ein derartiges Risiko ist durch ein pauschaliertes System nicht abbildbar. Die vergütungsrechtliche Sonderstellung des „Bluter-ZEs“ beinhaltete zusätzlich den Umstand, dass laut § 17b Abs. 1 Sätze 12, 13 KHG die Höhe der Entgelte „nach Regionen differenziert festgelegt werden“ konnte. Die genauen Regelungen, welche Fälle dem Zusatzentgelt zuzuordnen waren, unterschieden sich von Bundesland zu Bundesland, beispielsweise auch in Hinblick auf die Berücksichtigung erworbener Gerinnungsstörungen.

Erstmals mit dem G-DRG-System 2013 wurde eine einheitliche Definition von den Selbstverwaltungspartnern verabschiedet, indem zwei verschiedene Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutgerinnungsstörungen etabliert wurden, die durch Kombinationen bestimmter Prozeduren- und Diagnosekodes definiert sind: das extrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE20XX-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* und das intrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE20XX-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren*. Das Zusatzentgelt ZE20XX-97 dient der Vergütung von Fällen mit angeborenen und dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen. Für Fälle mit anderen oder temporären Blutgerinnungsstörungen kann dagegen das Zusatzentgelt ZE20XX-98 abgerechnet werden, wenn ein definierter Schwellenwert überschritten wird. Für das Jahr 2013 wurde ein Schwellenwert in Höhe von 15.000 € vorgegeben. Ab Überschreitung dieses Schwellenwerts konnte der gesamte, für die Behandlung mit dem betroffenen Gerinnungsfaktor angefallene Betrag als Zusatzentgelt abgerechnet werden. Für das Jahr 2014 erhielt das InEK von den Selbstverwaltungspartnern den Auftrag, den Schwellenwert im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zu überprüfen.

Bezüglich des Prüfauftrags zum Schwellenwert für das ZE20XX-98 bestand die Herausforderung darin, dass betroffene Fälle des Datenjahres 2012 auf Grundlage der regulären Datenlieferung nicht in jedem Fall eindeutig den genannten Zusatzentgelten zugeordnet werden konnten, da für die genannten Zusatzentgelte in Anlage 7 der FPV 2013 neben zwei spezifischen Diagnoselisten eine dritte Liste mit zu differenzierenden ICD-Kodes aufgeführt ist. Bei den Diagnosen dieser dritten Tabelle ist im individuellen Einzelfall zu entscheiden, ob eine dauerhaft erworbene oder eine temporäre Blutgerinnungsstörung vorliegt. Nur bei Fällen mit dauerhaft erworbenen Störungen ist das extrabudgetäre Zusatzentgelt ZE20XX-97 abrechenbar.

Im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung wurden aus diesem Grund die zu differenzierenden Diagnosekodes gemäß Anlage 7, Tabelle 3 abgefragt (siehe Kap. 3.2.1.2.). Dies bedeutete, dass von den Kalkulationskrankenhäusern nachträglich zu eruieren war, ob bei betroffenen Fällen eine dauerhaft erworbene oder eine temporäre Gerinnungsstörung vorlag, und zwar unabhängig davon, ob das Bluter-ZE im Jahr 2012 abgerechnet worden war. Weiterhin wurde, wie schon in den vergangenen Jahren, die Gabe der Gerinnungsfaktoren, deren kumulative Dosis und die Kosten je Gerinnungsfaktor ergänzend abgefragt. Die Bereitstellung aller notwendigen Fallinformationen bedeutete für die Kalkulationskrankenhäuser einen erheblichen Aufwand. Vor diesem Hintergrund konnte bei der Abfrage zu den Gerinnungsstörungen mit einer Quote von 72,7% ein ausgesprochen guter Datenrücklauf verzeichnet werden (vgl. Tab. 18). Von den 7.474 gelieferten Fällen hatten laut ergänzender Datenbereitstellung 86,5% (6.468 Fälle) eine temporäre Gerinnungsstörung. 1.006 Fälle hatten eine dauerhaft erworbene Gerinnungsstörung und wurden dementsprechend dem extrabudgetären Zusatzentgelt ZE20XX-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* zugerechnet. Neben diesen 1.006 Fällen konnten auf Grundlage der regulären Datenlieferung weitere 1.581 Fälle aufgrund eines „Bluter“-ICD-Kodes (Anlage 7, Tabelle 1) dem extrabudgetären ZE20XX-97 zugeordnet werden.

		Anzahl Fälle	Anteil	Anzahl Fälle	Anteil
Aufgrund der Kalkulationsstichprobe erwartete Fälle		10.278			
Rücklauf		7.474	72,7%		
	mit Angabe „dauerhaft erworben“			1.006	13,5%
	mit Angabe „temporär erworben“			6.468	86,5%
Keine Angabe in ED		2804	27,3%		

Tabelle 18: Rücklauf der ergänzenden Datenbereitstellung (ED) zu den zu differenzierenden ICD-Kodes (FPV 2013, Anlage 7, Tabelle 3)

Basierend auf den Daten der ergänzenden Datenbereitstellung zu Gerinnungsstörungen und zur Gabe von Gerinnungsfaktoren konnten in der Kalkulationsstichprobe 59 Fälle dem intrabudgetären Zusatzentgelt ZE20XX-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* zugerechnet werden. Bei diesen Fällen überstiegen die Kosten eines Gerinnungsfaktors den Schwellenwert von 15.000 €. Dies entsprach einem prozentualen Anteil von 0,8% aller Fälle mit Gabe von Gerinnungsfaktoren bei temporär erworbener Gerinnungsstörung (bzw. 15% des Kostenvolumens (für Gerinnungsfaktoren) der genannten Fälle; vgl. Tabelle 19).

	Anzahl Fälle	Anzahl KH	Anteil Fälle (in %)	Anteil Kostenvolumen (in %)
Fälle mit ICD-Kode für ZE2013-98 oder zu differenzierendem Diagnosekode und Prozedurenkode für die Gabe von Gerinnungsfaktoren	11.192	170		
davon Fälle mit Kostenangaben für die Gabe von Gerinnungsfaktoren	8.612	139		
davon Fälle mit ICD-Kode für ZE2013-98 oder Angabe in ED „temporär erworben“	7.458	126		
davon Fälle mit Kosten von >15.000 € durch einen Gerinnungsfaktor	59	17	0,8%	15,0%

Tabelle 19: Analyse des ZE20XX-98 Gabe von Gerinnungsfaktoren

Bei der Analyse des ZE20XX-98 zeigten sich mehrere problematische Einflüsse. Zum einen kamen ca. 70% (40 Fälle) der dem Zusatzentgelt zugeordneten Fälle aus nur zwei Kalkulationskrankenhäusern. Außerdem waren 95% des betroffenen Kostenvolumens nur einem Gerinnungsfaktor zuzuordnen. Andere Gerinnungsfaktoren erreichten den für 2013 festgelegten Schwellenwert in der Regel nicht. Damit sind die dargestellten Ergebnisse der Kalkulationsstichprobe mit einer deutlichen Unsicherheit behaftet.

Des Weiteren muss betont werden, dass eine sichere Abschätzung der Anzahl und Verteilung von Fällen unterhalb der Schwelle in der Grundgesamtheit aufgrund der nur „groben“ Dosisklassen der Prozedurenkodes für die Gabe von Gerinnungsfaktoren nicht möglich war. Um in den kommenden Jahren eine Analyse aller Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG zu ermöglichen, die unterhalb einer vorgegebenen Schwelle liegen, wurden für die betroffenen Gerinnungsfaktoren in der OPS-Version 2014 differenziertere Dosisklassen etabliert. Damit kann ab 2015 auch in der Grundgesamtheit die tatsächliche Verteilung analysiert werden. Bereits für 2014 erwartet das InEK eine verbesserte Datenlage der Kalkulationskrankenhäuser durch zusätzliche Diagnosekodes, die eine verbesserte Unterscheidung zwischen temporärer und dauerhafter Gerinnungsstörung ermöglichen wird.

Die Selbstverwaltung hat auf Grundlage der vorgelegten Analysen entschieden, den Schwellenwert für die Jahre 2014 und 2015 auf 9.500 € abzusenken. Des Weiteren wurde beschlossen, dass sich der Schwellenwert nicht mehr nur auf den Betrag eines Gerinnungsfaktors bezieht, sondern auf den gesamten anfallenden Betrag für die Summe der Gaben aller Gerinnungsfaktoren eines Falls. Damit kann beispielsweise ein Fall mit Kosten für einen ersten Faktor von 6.000 € und für einen weiteren Faktor mit 7.500 € über das Zusatzentgelt ZE2014-98 abgerechnet werden, für den ohne diese Änderung das ZE nicht abrechenbar gewesen wäre. Ab dem Fallpauschalen-Katalog für 2016 auf Basis des Datenjahres 2014 mit vollständigen Angaben zu temporärer bzw. dauerhafter Gerinnungsstörung und den differenzierteren Dosisklassen soll der Schwellenwert auf Grundlage der InEK-Kalkulation festgelegt werden.

3.3.2.9 Gastroenterologie

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens und aufgrund interner Analysen konnte die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für den Bereich der Gastroenterologie auch für das Jahr 2014 erneut eine verbesserte Abbildung erzielen. Beispielhaft sind im Folgenden wesentliche Umbauten angeführt.

Im G-DRG-System 2013 wird die Radiofrequenzablation (RFA) am Ösophagus beim Ösophaguskarzinom oder Carcinoma in situ in der DRG G46B *Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane [...] oder Radiofrequenzablation* abgebildet. Eine weitere typische Indikation für eine Radiofrequenzablation am Ösophagus ist der Barrett-Ösophagus. Aufgrund der Datenlage für das Jahr 2013 konnte die Radiofrequenzablation bei dieser Indikation zu diesem Zeitpunkt noch nicht abschließend analysiert werden. Umfangreiche Analysen der Radiofrequenzablation für 2014 zeigten, dass auf Basis der aktuellen Kalkulationsdaten die Radiofrequenzablation auch bei weiteren Indikationen – u.a. beim Barrett-Ösophagus – ebenfalls der DRG G46B zugeordnet werden können. Im Ergebnis werden im G-DRG-System 2014 Fälle mit gutartiger Neubildung bei Barrett-Ösophagus und Neubildung unsicheren Verhaltens (hochgradige Dysplasie) ebenfalls in der DRG G46B abgebildet und damit aufgewertet.

Im Vorschlagsverfahren benannt wurde darüber hinaus das Verfahren der peroralen endoskopischen Myotomie (POEM-Methode). In der G-DRG-Version 2013 wird dieses Verfahren in der DRG G50Z *Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane* und der Basis-DRG G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane [...]* eingeordnet. Aufgrund der Analyseergebnisse war eine sachgerechtere Abbildung mit Aufwertung in die DRG G47Z *Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane [...]* möglich.

Auch erweiterte endoskopische Verfahren, wie der endoskopisch-retrograde Eingriff und die perkutan-transhepatische Punktion in derselben Sitzung, wurden einer umfangreichen Analyse unterzogen. Dabei zeigte sich, dass die derzeitige Abbildung in der DRG H41C *Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC [...]* nicht mehr sachgerecht ist. Im G-DRG-System 2014 werden diese Eingriffe aufwandsgerecht der DRG H41A *Komplexe therapeutische ERCP [...]* mit *perkutan-transluminale Verfahren* zugeordnet. Damit geht eine Aufwertung dieser Eingriffe einher.

Aufgrund von Hinweisen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurden auch einige unspezifische Prozeduren für endoskopische Gallen- und Pankreasgangoperationen auf ihre sachgerechte Abbildung untersucht. Dabei zeigte sich ein im Vergleich zu den anderen Fällen der jeweiligen DRG deutlich geringerer Aufwand. Beispielsweise bezog sich ein Hinweis auf die Basis-DRG H41 *ERCP*. Im G-DRG-System 2013 wird ein Fall mit dem unspezifischen OPS-Kode 5-513.y *Endoskopische Operationen an den Gallengängen n.n.bez.* in Verbindung mit einem PCCL-Wert von 4 in die DRG H41A *Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC oder photodynamische Therapie* eingruppiert. Im Ergebnis der Analyse konnten Fälle mit den unspezifischen Prozeduren bei deutlich geringeren Kosten innerhalb der Basis-DRG H41 abgewertet werden. Damit wurde auch eine deutliche Schärfung der DRGs H41A und H41B mit steigendem Relativgewicht erreicht.

3.3.2.10 Geburtshilfe

In diesem Jahr erreichten uns sehr umfangreiche Hinweise der Fachgesellschaft zu zahlreichen Themen der Geburtshilfe im Vorschlagsverfahren, von denen einige im Folgenden näher erläutert werden. Diese bezogen sich sowohl auf Änderungen der DRG-Klassifikation als auch auf Regelungen zur Kodierung, oft im Sinne einer Vereinfachung der Verschlüsselung bzw. Minimierung von Streitpotential.

Ein Vorschlag befasste sich mit der Streichung der DRG 962Z *Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination* sowie der Streichung der dazugehörigen DKR 1506f *Spontane vaginale Entbindung eines Einlings*, da aus Sicht der Fachgesellschaft die Vorgaben der DKR „[...] die Kodierung, Schulungen und Kontrollen im Krankenhaus unnötig komplex und fehleranfällig“ machten.

Zwei unterschiedliche Fallkonstellationen führen seit der G-DRG-Version 1.0 in die bewertete und abrechenbare DRG 962Z:

- Ein Fall mit einer Hauptdiagnose Sectio (O82) ohne dazugehörige operative Prozedur
- Eine vaginale Entbindung mit einer Hauptdiagnose *Spontangeburt eines Einlings* (O80) mit weiteren geburtshilflichen Komplikationen oder bestimmten Eingriffen bei Entbindung

Während es sich bei dem ersten Beispiel um einen schweren Kodiermangel handelt, verbunden mit einer erheblichen Unsicherheit in Bezug darauf, ob überhaupt eine Schnittentbindung stattgefunden hat, stellt letztere Konstellation eine „bloße“ Regelverletzung dar, die bereits nach G-DRG-System 2013 mit Ausnahme der DRG 962Z typischerweise keinen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis hat. Da die zweite Konstellation nur in geringer Fallzahl vorkam und auch in den letzten Jahren inhaltlich sehr nah an der DRG O60D *Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose* war, konnte eine Änderung des Gruppierungsalgorithmus für Fälle mit vaginaler Entbindung, die im Sinne der DKR 1506f falsch kodiert wurden, vorgenommen werden. Die Zuordnung dieser Fallkonstellationen erfolgt nun über die Nebendiagnose *Resultat der Entbindung* (Z37) in Basis-DRGs für vaginale Entbindung (O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur [...]* und O60 *Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen [...]* bzw. *mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose*). Des Weiteren wurde der Vorschlag zur Streichung der DKR 1506f in der AG Klassifikation des Krankenhausentgeltausschusses der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG als zuständiges Fachgremium auf Bundesebene diskutiert und umgesetzt.

Die DRG 962Z wurde für die Eingruppierung einer falsch kodierten Sectio caesarea beibehalten. Diese DRG enthält nach der neuen Definition nur noch schwere Kodierfehler und ist daher im G-DRG-System 2014 ohne Bewertungsrelation. Die neue DRG 962Z *Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea* beinhaltet im Datenjahr 2012 nur noch eine sehr geringe Fallzahl (vgl. Abb. 10).

ADRG 962 Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination		G-DRG-Version 2013
Dg Geburt eines Einlings durch Sectio caesarea (962-1)	Ohne Alle OR-Prozeduren	
HD Spontangeburt eines Einlings (962-2)	ND Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination (962-3)	
	Pr Unzulässige Eingriffe bei vaginaler Entbindung eines Einlings (962-4)	
ND Spontangeburt eines Einlings (962-2)		

Streichung für G-DRG-Version 2014

Abbildung 11: Änderung der Logik der DRG 962Z

Ausgehend von einem weiteren eingereichten Vorschlag wurde eine mögliche Kondensation der vorgeburtlichen DRGs O62Z *Drohender Abort*, O64A *Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag*, O64B *Frustrane Wehen, ein Belegungstag* in die Basis-DRG O65 *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme [...]* geprüft. Die Fachgesellschaft beschrieb die Problematik, dass die Hauptdiagnose mit Unterstützung der DKR nicht immer eindeutig festgelegt werden könne und einige Kodierrichtlinien im Widerspruch zueinander ständen. Daher sei die Hauptdiagnose in der Geburtshilfe ein wenig belastbares Kriterium und nicht unbedingt geeignet für die Zuordnung zu einer DRG. Eine differenziertere und sachgerechtere Abbildung dieser Fälle wäre in der Basis-DRG O65 gegeben.

Die umfassende Analyse zeigte, dass die Fälle der Basis-DRGs O62 und O64 denen der O65 kostenähnlich waren und sich gut über die Splitkriterien der Basis-DRG O65 abbilden ließen. Die umgesetzte Kondensation führte vornehmlich zu Fallverschiebungen aus der DRG O64B in die DRG O65C, aus der DRG O64A in die DRG O65B sowie aus der DRG O62Z in die DRG O65C (vgl. Abb. 12).

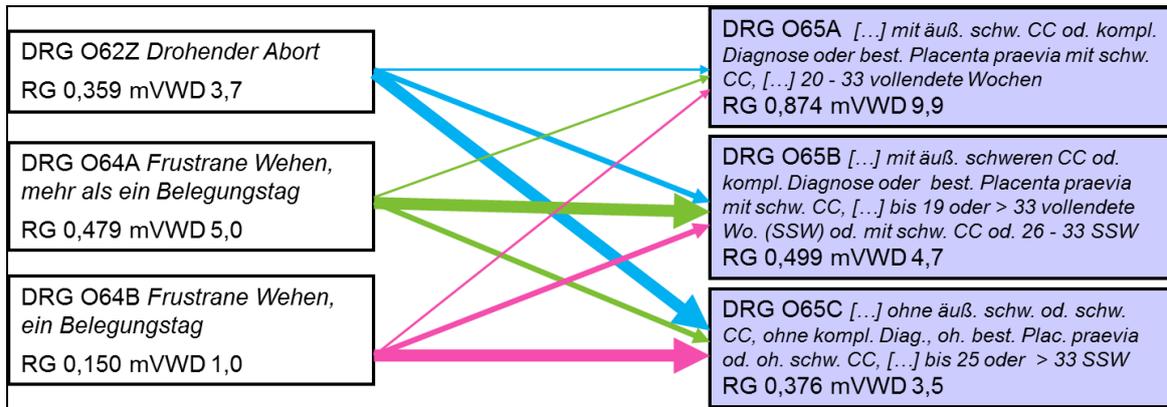


Abbildung 12: Kondensation der DRGs O62Z, O64A und O64B in die O65A–C

Sowohl aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren als auch aufgrund von eigenen Analysen wurde die Abbildung schweregradsteigernder Prozeduren in der DRG O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur [...]* untersucht. Als Ergebnis konnten die Prozeduren für Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva, Naht des Sphincter ani und Naht am Rektum sowie Rekonstruktion von Rektum und Sphincter ani in die Basis-DRG O02 aufgenommen und damit aufgewertet werden. Des Weiteren erfolgte eine Aufnahme und somit Aufwertung der Prozeduren für (subtotale) Uterusexstirpation und Nephrektomie in die Splitbedingung der DRG O02A *Vaginale Entbindung mit kompl. OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollend. Wochen od. mit intrauteriner Therapie od. kompliz. Konstellation od. best. Operation am Uterus od. Nephrektomie*.

Ausgehend von einem weiteren eingereichten Vorschlag wurden Fälle mit einer Diagnose für *Betreuung der Mutter wegen intrauterinen Fruchttodes* in die Tabelle für *Schwangerschaft mit abortivem Ausgang* aufgenommen und somit in der DRG O63Z *Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie* aufgewertet.

Darüber hinaus erfolgten ausgehend von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren für 2014 folgende Umbauten in den Basis-DRGs O01 *Sectio caesarea [...]* und O60 *Vaginale Entbindung [...]*:

- Die Diagnose für *Mehrlingsschwangerschaft (Drillinge und Vierlinge)* wurde in die Logik der DRG O01A *Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft* aufgenommen und damit aufgewertet.
- Als schweregraderhöhende Sekundärdiagnose bei Sectio caesarea konnte die Diagnose *systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS)* in die Tabelle für komplizierende Diagnosen der Basis-DRGs O01 und O60 aufgenommen und somit aufgewertet werden.
- Ebenfalls aufgewertet wurde die Diagnose für *protrahiert verlaufende Austreibungsperiode bei der Geburt* in der Splitbedingung der DRG O60C *Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose*.

Nach umfangreichen eigenen Analysen zeigte sich der Diagnosekode für *primäre Wehenschwäche* nicht mehr als mit regelhaft höheren Kosten verbunden. Durch Streichung des entsprechenden Kodes aus der Tabelle für *schwere oder mäßig schwere komplizierende Diagnosen bei vaginaler Entbindung* gilt dieser im G-DRG-System 2014 nicht mehr als komplizierende Diagnose in der Basis-DRG O60.

Als weitere Änderung im G-DRG-System 2014 führt eine Fallkonstellation Placenta praevia mit Blutung in der Basis-DRG O65 nur noch mit einem PCCL > 2 zur Aufwertung, da dies den durchschnittlichen Kosten der Fälle entspricht.

Im Jahr 2014 ändert sich die Kodierung von Diabetes mellitus und Infektionen in der Schwangerschaft. Das bedeutet, dass im Jahr 2014 in größerem Umfang als im Datenjahr 2012 CC-relevante Diagnosen – nämlich für Diabetes mellitus und Infektionen – in der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* verschlüsselt werden können. Um zu vermeiden, dass es an dieser Stelle zu Abweichungen zwischen dem Kalkulations- und dem Abrechnungsjahr kommt, wurden die Schweregrade dieser Diagnosen im CC-System vorbereitend so vereinheitlicht und mit gegenseitigen Ausschlüssen versehen, dass es bei geänderter Kodierung im Jahr 2014 nicht mehr zu einer veränderten Eingruppierung kommt. Die umgesetzte Vereinheitlichung auf den CCL-Wert 2 in den DRGs O01 und O65 bedeutet in den meisten Fällen eine Aufwertung, war aber insgesamt nur mit geringen Fallverschiebungen verbunden.

3.3.2.11 Gefäßchirurgie und -interventionen

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems war die Überprüfung der Abbildung von Fällen mit perkutan-transluminaler Implantation von medikamente-freisetzenden Stents in periphere Gefäße einer der Schwerpunkte im Bereich der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*.

Für die peripheren Gefäße waren im NUB-Verfahren bis inklusive 2011 die medikamente-freisetzenden Stents mit NUB-Status 1 (neu und noch nicht sachgerecht vergütet) bewertet worden. Im NUB-Verfahren für 2012 erwiesen sich die Fälle als nicht regelhaft unterfinanziert. Die vorhandenen Daten rechtfertigten nicht mehr die Beibehaltung des NUB-Status 1 und es erfolgte die Bewertung mit NUB-Status 2.

Die Analysen des Vorjahres hatten die Ergebnisse aus dem NUB-Verfahren bestätigt und gezeigt, dass die Fälle in den typischen DRGs – auch bei Implantation mehrerer Stents – sachgerecht vergütet wurden. Fälle mit genau einem medikamente-freisetzenden Stent im Bereich der Ober-, Unterschenkel- und sonstigen Gefäße erwiesen sich sogar als bisher deutlich übervergütet und wurden neu zugeordnet. Für die Etablierung eines Zusatzentgelts ergab sich im Vorjahr kein Anhaltspunkt.

Wie in den Vorjahren ausführlich dargestellt, werden auch in der G-DRG-Version 2013 typische Fälle mit medikamente-freisetzenden Stents (periphere Gefäße) in sogenannten „Misch-DRGs“, die sowohl Fälle mit offen chirurgischen (z.B. Endarteriektomie) als auch interventionell-radiologischen Eingriffen (z.B. perkutan-transluminale Stentimplantation) enthalten, abgebildet.

Im Vorschlagsverfahren der Vorjahre wurde beschrieben, dass insbesondere Kurzlieger mit interventionellen Gefäßeingriffen in diesen gemischten DRGs untervergütet sein könnten. Die umfangreichen Analysen ergaben jedoch, dass der fehlende Radiologie-Anteil an der Hauptleistung durch die einbezogenen (durchschnittlichen) OP-Kosten der Fälle in einer DRG mehr als kompensiert wird und somit sowohl Inlier als auch Kurzlie-

ger adäquat vergütet sind. In diesem Zusammenhang ist auch die durchschnittlich kürzere Verweildauer der Fälle mit interventionell-radiologischen Eingriffen zu erwähnen.

Auch im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014 wurden erneut zahlreiche Vorschläge zu dieser Thematik eingereicht. Die diesjährige Analyse der medikamente-freisetzenden Stents (periphere Gefäße) hat die Ergebnisse des Vorjahres bestätigt und gezeigt, dass die Fälle in den typischen DRGs – auch bei Implantation mehrerer Stents – sachgerecht vergütet werden. Ähnlich wie bei den Koronarstents ist auch hier ein Rückgang der Implantatkosten pro Stück zu verzeichnen. Für die Etablierung eines Zusatzentgelts ergab sich weiterhin kein Anhaltspunkt.

Ein anderer Schwerpunkt im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung war die weitere Differenzierung der DRGs der Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe oder komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation [...]*. Innerhalb dieser Basis-DRG wurde eine weitere DRG (F59D) etabliert. Je nach Komplexität werden beidseitige Eingriffe und Mehrfacheingriffe jetzt sowohl in der DRG F59B als auch in der DRG F59C berücksichtigt. Innerhalb der Basis-DRG F59 aufgewertet wurden z.B. Fälle mit Alter < 16 Jahre sowie Fälle mit offen chirurgischer Stentimplantation. Abgewertet wurden z.B. Fälle mit der Prozedur für das Anlegen einer inneren AV-Fistel. Außerdem wurde auch in dieser Basis-DRG eine Vielzahl von CC-Neubewertungen von Nebendiagnosen vorgenommen.

Beispielhaft sind im Folgenden weitere Veränderungen im Bereich der Gefäßchirurgie für die G-DRG-Version 2014 aufgeführt:

- Kodeverschiebung der Prozeduren für Venenklappenplastik bzw. Adhäsiolyse und Dekompression an Blutgefäßen (nach Analyse weit überwiegend Venen) aus der Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe oder komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation [...]* in die Basis-DRG F39 *Unterbindung und Stripping von Venen*, da sich die entsprechenden Fälle in der Basis-DRG F59 als mit deutlich geringeren Kosten verbunden erwiesen (siehe Abb. 13)
- Erweiterung der Tabelle für komplexe Arthrodesen des Fußes der Basis-DRG F27 *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen* um weitere Prozedurenkodes für Arthrodesen im Sinne einer Aufwertung entsprechender Fälle (aus dem Vorschlagsverfahren umgesetzt)

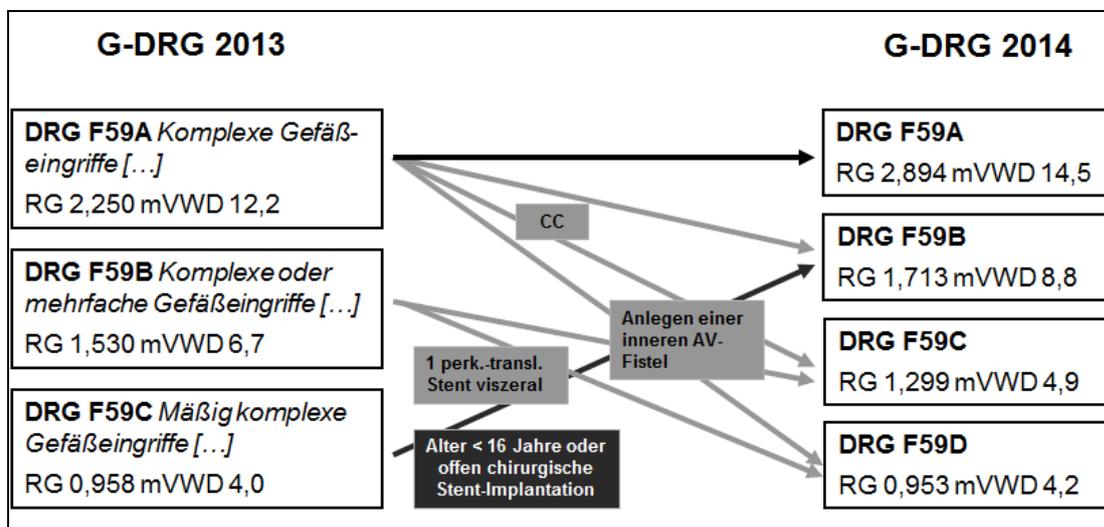


Abbildung 13: Beispielhafte Veränderungen der Basis-DRG F59

3.3.2.12 Geriatrie

Fälle mit einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung mit mindestens 14 Behandlungstagen werden im G-DRG-System 2014 unverändert in 17 spezifischen DRGs in 11 MDCs abgebildet. Zwar wurden seitens der geriatrischen Fachgesellschaft im Rahmen des Strukturierten Dialogs erneut Vorschläge zur Etablierung weiterer geriatrischer Fallpauschalen eingebracht, die Analysen zeigten jedoch sowohl in den Kalkulationsdaten als auch in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, dass bereits ca. 95% dieser Fälle in spezifischen geriatrischen DRGs abgebildet sind.

Fälle mit der Prozedur für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit mindestens 7 Behandlungstagen und 10 Therapieeinheiten waren zum wiederholten Male nicht teurer als die übrigen Fälle ihrer jeweiligen DRG, sodass auch hier kein Handlungsbedarf bestand.

Anlass zur Kritik bietet erneut die Beteiligung der geriatrischen Fachkrankenhäuser an der Kalkulation des G-DRG-Systems. Insgesamt nahmen weniger als 20% der Krankenhäuser, die die Prozedur für geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im Jahr 2012 verschlüsselt haben, an der Kalkulation teil, von den fünfzig fallzahlstärksten Häusern lieferten lediglich acht entsprechende Daten. Eine Kalkulationsstichprobe, die zudem weniger als 15% der Fälle der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG enthält, macht eine Etablierung weiterer geriatrischer Fallpauschalen weitgehend unmöglich.

3.3.2.13 Handchirurgie

Wie bereits im Vorjahr erreichten uns auch dieses Jahr zahlreiche Hinweise im Rahmen des Vorschlagsverfahrens, die sich auf die Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand* bezogen. Die umfangreichen Analysen zur sachgerechten Abbildung innerhalb der Basis-DRG I32 wurden auch für das G-DRG-System 2014 fortgeführt. Hierzu wurden die eingereichten Vorschläge wie auch eigene Analysen berücksichtigt.

Hinweise betrafen beispielsweise aufwendige Eingriffe bei Handfehlbildungen und Alter > 5 Jahre (z.B. freie Transplantation eines Fingers) in der DRG I32D *Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff [...]*. Bisher erfolgte eine höhere Eingruppierung dieser aufwendigen Fälle erst mit einem Alter < 6 Jahre. In den Daten aus 2012 zeigten sich auch Fälle mit Alter zwischen 6 und 15 Jahre als ähnlich aufwendig, sodass im G-DRG-System 2014 eine Aufwertung der Fälle mit komplexen Eingriffen bei angeborenen Fehlbildungen der Hand und Alter < 16 Jahre in die DRG I32B *Eingriffe an Handgelenk und Hand [...] oder komplexe Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen der Hand und Alter <16 Jahre* erfolgte.

Die Versorgung von Fällen mit einer Pseudarthrose, beispielsweise der Handwurzelknochen, hat sich bereits in den Vorjahren als besonders aufwendig gezeigt und konnte durch Eingruppierung in die DRG I32D *Eingriffe an Handgelenk und Hand [...] mit komplexer Diagnose [...]* sachgerecht abgebildet werden. Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wird als Problem beschrieben, dass der Diagnosekode Pseudarthrose erst nach sechs Monaten des Nichtverheilens einer Fraktur angegeben werden darf. Oft besteht jedoch schon früher eine behandlungsbedürftige Situation, wobei nach Angaben der Fachgesellschaft der Aufwand der Behandlung einer verzögerten Frakturheilung und einer Pseudarthrose an der Hand vergleichbar ist. Die Analyse der aktuellen Daten bestätigte diese Annahme. Bislang wird im G-DRG-System die Diagnose für Pseudarthrose in der DRG I32D abgebildet, bei identischen Eingriffen werden Fälle mit verzögerter

Frakturheilung in die DRG I32F *Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre* eingruppiert. Für 2014 erfolgt die Aufwertung der Fälle mit einer Diagnose für verzögerte Frakturheilung der Hand in die DRG I32D, sodass im Ergebnis eine Gleichstellung der Diagnosen für verzögerte Frakturheilung und Pseudarthrose der Hand erfolgt.

Der erstmals 2012 etablierte OPS-Kode zur Differenzierung einzeitiger Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen ermöglichte auf Grundlage der aktuellen Daten eine Analyse aufwendiger Eingriffe an der Hand anhand der Anzahl operierter Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen. Bereits in den Vorjahren wurde diese Problematik beschrieben, jedoch konnte aufgrund der fehlenden OPS-Kodes eine entsprechende Differenzierung nicht durchgeführt werden. Im ersten Schritt konnten nun für 2014 die sicher teuren Fälle identifiziert und sachgerechter abgebildet werden. So werden beispielsweise Fälle mit einzeitigen Mehrfacheingriffen an mehr als drei Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen in die DRGs I32B, I32C und I32D im Sinne einer Aufwertung eingruppiert.

3.3.2.14 HIV

Seit Einführung des G-DRG-Systems erfolgt die Abbildung von Fällen mit HIV-Erkrankung in einer eigenen MDC. Beispielsweise werden Fälle mit einer Pneumonie in der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* und solche mit einer Pneumonie mit HIV in der MDC 18A *HIV* abgebildet. Dem unterschiedlichen Versorgungsaufwand wird somit Rechnung getragen und es erfolgt eine deutlich sachgerechtere Vergütung dieser Fälle.

In der insgesamt nicht sehr fallzahlstarken MDC 18A kann jedoch kein dem G-DRG-Gesamtsystem vergleichbarer Differenzierungsgrad erreicht werden, sodass sich trotz einer insgesamt verbesserten Abbildung durch die eigenständige MDC für bestimmte Konstellationen eine Mindervergütung ergeben kann. So wurden beispielsweise im Kalkulationsjahr 2012 die Bedingungen der Prä-MDC insoweit geändert, dass Fälle mit aufwendigen Operationsleistungen bei HIV-infizierten Patienten nicht mehr in die MDC 18A eingruppiert werden, sondern im G-DRG-System in der entsprechenden MDC abgebildet werden und dadurch eine Aufwertung erfahren.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens und aufgrund interner Analysen ergaben sich bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014 weitere Anhaltspunkte bezüglich der Problematik „Mindervergütung bei Mehrleistung“ durch Gruppierung in die MDC 18A *HIV* bei vorliegender HIV-Erkrankung.

Einem eingereichten Vorschlag folgend, wurde die Abbildung von Fällen mit Sepsis und systemischem inflammatorischen Response-Syndrom (SIRS) bzw. mit Sepsis und septischem Schock in den DRGs S63A *Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose [...]* und S63B [...] *ohne komplexe Diagnose [...]* anstatt in die analoge DRG T60A *Sepsis mit komplizierender Konstellation [...]* der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* eingehend untersucht. Die vorgebrachten Lösungsvorschläge, Diagnosekombinationen für Sepsis und systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) bzw. Sepsis und septischen Schock bei HIV als Kriterium in die Bedingung der DRG S63A aufzunehmen, konnten nicht umgesetzt werden, da die beschriebenen Fallkonstellationen nicht so teuer waren wie die Ziel-DRG. Im Ergebnis konnte aber die Splitbedingung der DRG S63A um die Funktion *Komplizierende Konstellationen I* erweitert werden. Somit werden bestimmte Fälle, die eine Haupt- oder Nebendiagnose für

HIV haben und eine Diagnose für systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) aufweisen, künftig in der DRG S63A sachgerecht abgebildet.

Des Weiteren erfolgte aufgrund eines Hinweises aus dem Vorschlagsverfahren eine Analyse von Fällen mit bösartiger Neubildung bei gleichzeitig vorliegender HIV-Erkrankung. Diese fanden in der DRG S62Z *Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit* Abbildung und waren dort teilweise untervergütet. Daher wurde in der MDC 18A eine Umleitung in die MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* eingerichtet für Fälle, welche die Definition der Basis-DRG R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie [...]* sowie die der Schweregrade A bis C erfüllen. Diese werden damit ab der G-DRG-Version 2014 bei vorliegender HIV-Erkrankung nicht mehr der DRG S62Z, sondern den genannten DRGs der MDC 17 zugeordnet und damit aufgewertet.

3.3.2.15 Hochaufwendige Pflege von Patienten

Die in den OPS Version 2010 aufgenommenen Codebereiche zur Abbildung von Fällen mit hochaufwendiger Pflege (9-20 *Hochaufwendige Pflege von Patienten*) waren seit ihrer Einführung einer stetigen Weiterentwicklung unterworfen. Für den OPS Version 2014 gingen erneut Hinweise und Vorschläge von Fachverbänden und Anwendern zur Revision des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) beim DIMDI ein. Zusätzlich zu Klarstellungen und einer Vereinheitlichung von Begriffsdefinitionen wurde für 2014 der bisher auf Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie eingeschränkte Leistungsbereich *Wundmanagement* der speziellen Pflege für alle Patienten geöffnet. Gleichzeitig wurden die Anforderungen an die Pflegeintervention *systematisches Wundmanagement* u.a. durch Einführung einer Mindestdauer pro Tag geschärft. Besonders vor dem Hintergrund, dass die Prozeduren für hochaufwendige Pflege seit 2012 durch die Schaffung der Zusatzentgelte ZE 130 *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* und ZE 131 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* erlösrelevant sind, ist es wichtig, dass bei Änderung der Prozedurenklassifikation die Überleitbarkeit der Codes gegeben ist und damit die Kongruenz zwischen Kalkulation und Abrechnung gewahrt bleibt. Bezüglich des Codebereichs 9-202 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern* wurde im Vorschlagsverfahren des DIMDI als Problem eingebracht, dass hier die erforderliche Punktzahl der unteren Einstiegsschwelle schwerer erreicht wird als bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen, da die maximale Gesamtpunktzahl pro Tag deutlich niedriger liegt als bei den anderen beiden Altersklassen. Aus diesem Grund wurde eine weitere Klasse geschaffen für Fälle mit 37 bis 42 Aufwandspunkten. Darüber hinaus wurde der Bereich von 43 bis 71 Aufwandspunkten weiter differenziert in 43 bis 56 und 57 bis 71 Aufwandspunkte, was zukünftig differenziertere Analysen erlaubt. Da im Rahmen der Kalkulation in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser nur Informationen ab 43 Aufwandspunkten bei Kleinkindern zur Verfügung standen und somit Fälle mit 37 bis 42 Aufwandspunkten nicht kalkuliert werden konnten, konnte diese Klasse nicht im ZE131 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* berücksichtigt werden.

Für die Kalkulation standen 36.823 Fälle aus 215 Kalkulationskrankenhäusern zur Verfügung. Die Kalkulationsmethodik wurde für 2014 weiterentwickelt. Detaillierte Informationen zur aktuellen Vorgehensweise finden sich im Kapitel 3.3.1.1. Die für 2013 eingeführte Differenzierung der Zusatzentgelte nach Aufwandspunkten wurde beibehalten. Für 2014 liegt bei beiden Zusatzentgelten die Differenzierung nach Aufwandspunkten unverändert bei „43 bis 129 Aufwandspunkte“ und bei „mehr als 129 Aufwandspunkte“.

3.3.2.16 Intensivmedizin

Das Thema Intensivmedizin stellte einen Schwerpunkt bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems dar. Die Beatmungs-DRGs der Prä-MDC sind in den vergangenen Jahren anhand diverser Faktoren sehr präzise ausdifferenziert worden. Neben Haupt- und Nebendiagnosen, Operationen, Alter und Aufwandspunkten nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Scoring System / Simplified Acute Physiology Score) in der *intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Erwachsenen- oder Kindesalter* stand hier die Anzahl der Beatmungsstunden im Vordergrund, deren Höhe allein für die Zuweisung zu einer Basis-DRG verantwortlich war.

Die Anzahl der im entsprechenden Datenfeld des DRG-Datensatzes gem. § 21 KHEntgG zu erfassenden Beatmungsstunden ist zum einen teilweise Gegenstand von Abrechnungskonflikten und zum anderen nicht immer mit vergleichbarem Mehraufwand verbunden, da verschiedene Beatmungsformen (z.B. invasiv, nicht invasiv) nicht sicher voneinander unterschieden werden können und auch die – unterschiedlich aufwendige – Entwöhnung von der Beatmung gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien als Beatmungszeit erfasst werden kann. Dies spiegelte sich in den Kalkulationsdaten des Jahres 2012 insofern wider, als dass Fälle mit einer vergleichbaren Anzahl von Beatmungsstunden in Abhängigkeit vom Ausmaß ihrer intensivmedizinischen Behandlungsbedürftigkeit zum Teil deutliche Kostenunterschiede aufwiesen.

In der Folge wurden alle typischen intensivmedizinischen Attribute, wie z.B. komplizierende Konstellationen, komplexe Operationen, hochkomplexe Diagnosen, Alter und eben auch TISS/SAPS einzeln und in verschiedensten Kombinationen genauestens analysiert. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Prozeduren für die intensivmedizinische Komplexbehandlung (TISS/SAPS) in Kombination mit der Beatmungszeit eine deutlich höhere Trennschärfe aufwiesen als beide Attribute allein. So werden im G-DRG-System 2014 Fälle, die zwar eine geringere Anzahl an Beatmungsstunden aufweisen, dafür aber eine intensivmedizinische Komplexbehandlung bekommen haben, in eine „höhere“ Beatmungs-DRG eingruppiert und erfahren somit eine deutliche Aufwertung (siehe Abb. 14).



Abbildung 14: Aufwertung von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung und Beatmung

Neben dem angeführten strukturellen Umbau der Beatmungs-DRGs wurden weitere Analysen im Bereich Intensivmedizin durchgeführt. So konnten weitere, ältere Kinder mit der operativen Behandlung einer angeborenen Fehlbildung durch Änderung der Bedingung der DRG A13B aufgewertet werden.

Innerhalb der Beatmungs-DRGs findet eine Ausdifferenzierung vor allem anhand operativer Eingriffe statt. Die Tabelle für hochkomplexe kardiothorakale Eingriffe führt dabei in der Regel zu einer Eingruppierung in die jeweils höchste DRG. Diese Tabelle enthält auch viele kardiovaskuläre Eingriffe unterschiedlicher Komplexität, die in Analysen zum Teil erhebliche Kostenunterschiede aufwiesen. Zahlreiche vergleichsweise wenig komplexe Prozeduren, wie z.B. Eingriffe bei Herzschrittmachern und Defibrillatoren, wurden aus der Splitbedingung der jeweils höchstbewerteten Beatmungs-DRG gestrichen und somit innerhalb dieser Basis-DRG abgewertet.

Verschiedene dreizeitige Eingriffe differierten innerhalb der DRG A07A deutlich bezüglich ihrer Kosten. Fälle mit weniger komplexen Prozeduren, wie z.B. für die Inzision am Liquorsystem, das Anlegen eines Liquorshunts, die Revision und Entfernung von Liquorableitungen, die Entleerung eines intrazerebralen Hämatoms, Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand sowie das Anlegen eines aortokoronaren Bypass wurden demzufolge innerhalb der Basis-DRG A07 entsprechend den deutlich geringeren Kosten abgewertet.

Der bereits im Vorjahr begonnene systematische DRG-bezogene Umbau des Nebendiagnosensystems fand in diesem Jahr u.a. in den Basis-DRGs A11 und A13 seine Fortsetzung. Nach der Anpassung der CCL-Werte zahlreicher Nebendiagnosen konnten die DRGs A11G und A13G anhand der Bedingung „PCCL > 3“ gesplittet und somit weiter differenziert werden. Durch diesen Umbau werden Fälle mit erhöhter Erkrankungsschwere innerhalb der Basis-DRGs A11 und A13 aufgewertet, während die neuen DRGs A11H und A13H ausschließlich über die Beatmungsdauer definiert sind. Eine Verwendung des PCCL als Splitkriterium in diesen Basis-DRGs wurde durch die erhöhte Trennschärfe, resultierend aus dem Umbau der Formel zur Berechnung des PCCL sowie diverser Kodeneubewertungen, überhaupt erst möglich. Im G-DRG-System 2013 wiesen z.B. noch über 90% der Fälle in der DRG A11G einen PCCL-Wert von 4 auf, sodass sich dieser – vor der deutlichen Schärfung im G-DRG-System 2014 – nicht als Splitkriterium geeignet hätte, da praktisch alle Fälle der DRG betroffen gewesen wären.

Die Weiterentwicklung des Bereichs Intensivmedizin ist mit dem diesjährigen Umbau keineswegs abgeschlossen. In den Kalkulationsdaten des Jahres 2013 wird erstmals der im OPS 2013 neu etablierte Prozedurenkode für Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung vorliegen, sodass in der Kalkulation des G-DRG-Systems für 2015 eine weitere Differenzierung intensivmedizinischer Fälle möglich erscheint.

3.3.2.17 Kardiologie und Herzchirurgie

Wie in den Vorjahren gehörte das Themengebiet der Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems zu den Schwerpunkten der alljährlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Der überwiegende Teil der im Folgenden beschriebenen Umbauten im Bereich der Kardiologie bzw. Herzchirurgie innerhalb der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* basiert auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren.

Ein besonderer Schwerpunkt der diesjährigen Weiterentwicklung bestand in der eingehenden Analyse von Fällen mit invasiver kardiologischer Diagnostik. Bis zum Jahr 2007 wurden betroffene Fälle (außer bei Myokardinfarkt) überwiegend den Basis-DRGs F46

und F49 zugeordnet. In den nachfolgenden Jahren erfolgte dann schrittweise eine immer weiter ausdifferenzierte Abbildung. Der erste große Schritt erfolgte für das G-DRG-System 2008, als erstmals eine Sortierung der DRGs der anderen und medizinischen Partition in der MDC 05 zur Reduzierung der Problematik des Mindererlöses bei Mehrleistung durchgeführt wurde (vgl. Kap. 3.3.5). Die beschriebene Sortierung führte dazu, dass Fälle mit diagnostischem Herzkatheter mit einem oder zwei Belegungstagen je nach Hauptdiagnose in eine konservative DRG oder in die Basis-DRG F49 eingruppiert wurden, was einer möglichst genauen Eingruppierung gemäß den Fallkosten entsprach. Diese aufwandsgerechte Zuordnung von Fällen mit diagnostischem Herzkatheter war für Fälle mit einem Belegungstag jedoch nicht in jedem Fall sachgerecht, da die Berechnung des Kurzlieger-Abschlags anhand der Tagesfälle einer DRG, die aus Fällen mit und ohne diagnostischen Herzkatheter besteht, zu einer Unterdeckung von Tagesfällen mit hohen Sachkosten führen kann. Daher wurde bereits für 2009 eine explizite Ein-Belegungstag-DRG geschaffen (G-DRG-System 2013: F49F und F49G).

Auf Grundlage der beschriebenen Historie war die Ausgangssituation der diesjährigen Kalkulation demzufolge so, dass Patienten mit diagnostischem Herzkatheter mit drei und mehr Belegungstagen in den meisten Fällen den Basis-DRGs F46 (F46A–B *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose [...]*) und F49 (F49A–E *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt [...], mehr als 2 Belegungstage*) zugeordnet waren bzw. mit einem Belegungstag der Basis-DRG F49. Für Fälle der genannten Basis-DRGs (der *anderen Partition*) war im G-DRG-System 2013 eine differenzierte Abbildung durch Einbeziehung zahlreicher Bedingungen wie Alterssplits, aufwendige Prozeduren (wie z.B. Elektrophysiologie, Verfahren zur Quantifizierung von Stenosen, transseptales Vorgehen, Vollnarkose, Dialyse) und kodierte Nebendiagnosen möglich. Dies traf auf Fälle mit einem Belegungstag nur zum Teil zu, da die entsprechende Tagesfall-DRG nur einfach gesplittet war. Dagegen waren die aufgeführten Merkmale für Fälle mit zwei Belegungstagen zumeist nicht gruppierungsrelevant, da sie, wie oben beschrieben, größtenteils den konservativen DRGs zugeordnet waren. Die beschriebene Abbildung war zwar weitgehend sachgerecht, aber unübersichtlich. Neben einer Vielzahl anderer Veränderungen wurde auch untersucht, ob die Abbildung in einer gemeinsamen Basis-DRG möglich ist, um Splitkriterien wo möglich einheitlich zu definieren und dem Anwender die Übersicht zu erleichtern. Im Ergebnis werden zukünftig wieder alle Fälle mit invasiver kardiologischer Diagnostik (außer bei Myokardinfarkt) der Basis-DRG F49 *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt* zugeordnet (siehe Abbildung 15); die Basis-DRG F46 ebenso wie die expliziten Ein-Belegungstag-DRGs F49F und F49G wurden aufgelöst. Die sachgerechte Abbildung von Fällen mit einem Belegungstag erfolgt ab dem G-DRG-System 2014 über implizite Ein-Belegungstag-DRGs (siehe dazu auch Kap. 2.4), sodass auch für Tagesfälle der gleiche hohe Differenzierungsgrad bei der Eingruppierung ermöglicht wird.

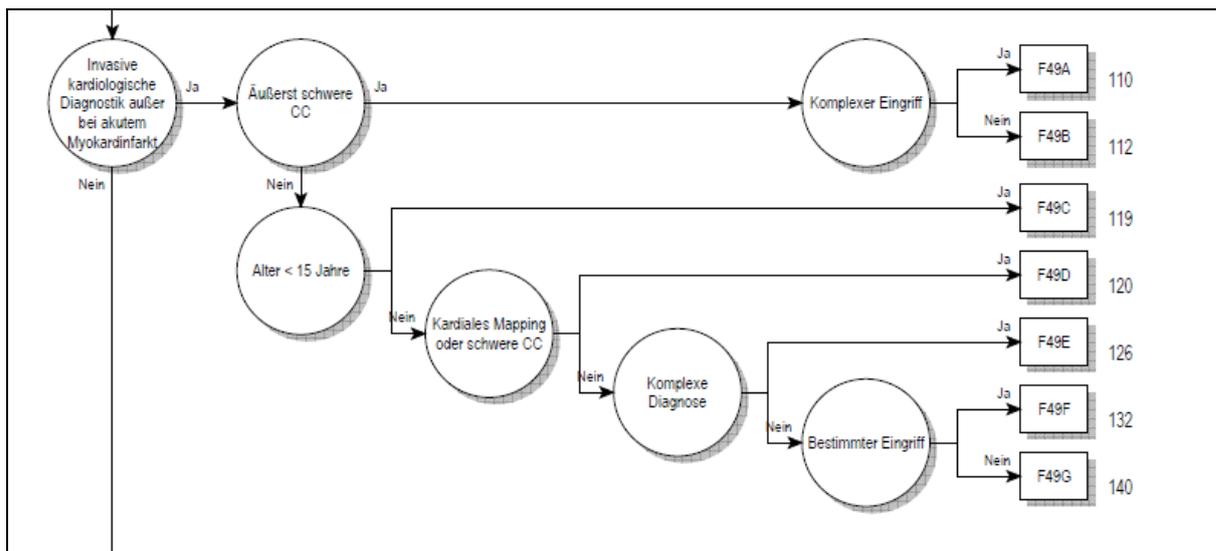


Abbildung 15: Ausschnitt aus dem Definitionshandbuch 2014, MDC05, Basis-DRG F49

Im Rahmen der geschilderten Neubewertung der DRGs für kardiologische Diagnostik wurde ein Verfahren besonders eingehend untersucht. In Stellungnahmen von Fachverbänden und auch im Vorschlagsverfahren wurde die bestehende Abbildung von Fällen mit Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung (FFRmyo) thematisiert. Als problematisch wurde die fehlende Erlösrelevanz bei Kurzliegern beschrieben, was nach Ansicht der Fachverbände einen Anreiz zur Verlängerung der Verweildauer darstellen könnte. Des Weiteren löste die Durchführung des Verfahrens innerhalb verschiedener Basis-DRGs sehr uneinheitliche Erlösunterschiede aus. Die eingehenden Analysen des Datenjahres 2012 zeigten, dass betroffene Fälle bereits in vielen Konstellationen sachgerecht vergütet waren. In einigen DRGs konnte sogar eine deutliche Übervergütung der Fälle mit FFRmyo identifiziert werden. Beispielsweise war das Verfahren im G-DRG-System 2013 auch innerhalb der Basis-DRG F24 *Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose* gruppierungsrelevant, obwohl die „Infarkt-PTCA“ laut Fachgesellschaft nicht zu den typischen Anwendungsbereichen dieses Verfahrens gehört. Basierend auf den Ergebnissen der umfangreichen Fall- und Sachkostenanalysen ist das Verfahren im G-DRG-System 2014 innerhalb der Basis-DRGs F15 und F24 für Infarkt-PTCA-Fälle nun nicht mehr gruppierungsrelevant. Auch für PTCA-Fälle mit äußerst schweren CC ohne komplexe Diagnose (wie Myokardinfarkt) sowie für Fälle mit diagnostischem Herzkatheter mit mehr als einem Belegungstag und äußerst schweren CC wirkt sich das Verfahren nicht mehr gruppierungsrelevant aus. Die beschriebene Untervergütung von Ein-Tages-Fällen mit diagnostischem Herzkatheter und FFRmyo wurde dagegen bestätigt und in den neuen Algorithmus mit einbezogen, indem das Verfahren in die Definition der DRG F49F aufgenommen wurde. Im Ergebnis konnte somit vor allem der typische Anwendungsbereich der FFRmyo im Rahmen der diagnostischen Linksherzkatheteruntersuchung besser abgebildet werden. Gerade für diesen Bereich wurde im Vorschlagsverfahren beschrieben, dass eine Verminderung der Koronarinterventionen durch Anwendung des Verfahrens erreicht werden könnte. Gestützt auf einen Hinweis im Vorschlagsverfahren wurde außerdem das Verfahren für Optische Kohärenztomographie an Koronargefäßen (OCT) dem für Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung (FFRmyo) innerhalb der MDC 05 gleichgestellt.

Neben den zahlreichen diagnostischen Verfahren wurden in den DRGs für perkutane Koronarangioplastie (PTCA) (Basis-DRGs F24, F52, F56 und F58) weitere gruppierungsrelevante Bedingungen, wie beispielsweise Eingriffe an peripheren Gefäßen im

selben Aufenthalt, aufwendige Prozeduren und Diagnosen, der PCCL-Wert und die Anzahl der implantierten Stents, eingehend analysiert. Bisher führte bereits die Implantation von zwei Koronarstents in eine höher bewertete DRG (F58 → F56 bzw. F52 → F24). Die Analysen der Daten des Jahres 2012 veranschaulichten erneut den schon in den vergangenen Jahren beobachteten deutlichen Rückgang der Kosten für Koronarstents; Fälle mit zwei Stents zeigten sich den Fällen mit einem Stent weitgehend kostenähnlich. Aus diesem Grund erfolgt zukünftig eine Eingruppierung von PTCA-Fällen in die Basis-DRGs F24 und F56 erst ab der Implantation von drei Koronarstents, die weiterhin mit deutlich höheren Kosten verbunden ist. Neben den beschriebenen Sachkostenanalysen wurden innerhalb der PTCA-DRGs Nebendiagnosekodes umfangreich untersucht und neu bewertet. Die Vorgehensweise zur Überarbeitung der CCL-Matrix ist in Kapitel 3.3.1.4 ausführlich dargestellt.

Ein weiterer Schwerpunkt im Rahmen der Weiterentwicklung war die Betrachtung von Fällen mit minimalinvasiven Operationen an Herzklappen. Seit dem G-DRG-System 2010 waren diese innovativen Verfahren in der eigens etablierten DRG F98Z *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen* abgebildet. Die eingehenden Analysen verdeutlichten zunächst, dass die unterschiedlichen Verfahren (z.B. transapikal vs. endovaskulär) zwar jeweils einen sehr hohen Sachkostenanteil aufweisen, betroffene Fälle aber je nach Verfahren nicht unerhebliche Unterschiede in ihren Gesamtkosten und in der Verweildauer zeigen. Ab dem G-DRG-System 2014 werden deshalb Fälle mit transapikalem Aorten- oder Mitralklappenersatz, angeborenem Herzfehler oder Alter < 16 Jahre der DRG F98A, Fälle mit endovaskulärem Aorten-, Pulmonal- und Mitralklappenersatz der DRG F98B und Fälle mit transvenöser endovaskulärer Mitralklappenrekonstruktion („Clip-Rekonstruktion“) der DRG F98C zugeordnet. Innerhalb der Basis-DRGs A06 und A07 erwiesen sich alle benannten Verfahren dagegen nicht mehr als Kostentrenner und wurden dort dementsprechend aus einer zusätzlichen Splitbedingung gestrichen.

Im Bereich interventioneller kardiologischer Prozeduren wurde ein weiteres innovatives Verfahren analysiert. Die Radiofrequenzablation der A. renalis zur Behandlung von Patienten mit therapieresistenter Hypertonie konnte im letzten Jahr erstmals in der Basis-DRG F19 *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen [...]* abgebildet werden. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung wurde durch Schaffung einer eigenen DRG die sachgerechte Abbildung des Verfahrens weiter erhöht. Zukünftig werden betroffene Fälle der DRG F19D *Radiofrequenzablation über A. renalis, [...]* zugeordnet. Basierend auf weiteren Analysen von Fällen der Basis-DRG F19 konnten weitere weniger aufwendige Verfahren identifiziert und dementsprechend eine verbesserte Abbildung ermöglicht werden. Zukünftig werden Fälle mit Koronargefäßrekanalisationen unter Verwendung spezieller Techniken der Basis-DRG F24 und Fälle mit Ballonangioplastie am Aortenisthmus bzw. mit Thrombektomie aus Koronargefäßen der Basis-DRG F52 zugeordnet.

Wie schon im vergangenen Jahr erreichte uns zum Bereich der Kinderherzchirurgie ein Vorschlag, den sogenannten Aristoteles-Score (ein Instrument zur Beschreibung der Komplexität der chirurgischen Behandlung bei angeborenen Herzfehlern) auf seine Eignung als Kostentrenner zu untersuchen. Da es für diesen Score keinen regulären Leistungsbezeichner (z.B. ICD- oder OPS-Kode) gibt, war eine Analyse auf Grundlage regulärer Daten nicht möglich. Es wurden jedoch von mehreren Schwerpunktkliniken ergänzende Daten zum Aristoteles-Score bereitgestellt, die zwar keine eindeutige Bewertung des Scores zuließen, jedoch wertvolle zusätzliche Informationen zu extrem aufwendigen Fällen im Bereich der Kinderherzchirurgie darstellten, was auch bei der für 2014 möglichen Aufwertung von Fällen mit Eingriffen bei univentrikulärem Herzen eine Rolle spielte. Diese als besonders aufwendig identifizierten Fälle werden über die ent-

sprechenden Prozedurenkodes des OPS – also nicht über den beschriebenen Score – zukünftig in der DRG P02B *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden* abgebildet und somit deutlich besser gestellt.

Beispielhaft sind im Folgenden weitere Veränderungen im Bereich von Herzchirurgie und Kardiologie aufgeführt:

- Aufwertung von Fällen mit Ersatz bzw. Wechsel der Aortenklappe durch ein nahtfreies, selbstexpandierendes Xenotransplantat durch Eingruppierung in die DRG F03E *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, Alter > 15 Jahre, mit Zweifach-eingr. oder kompl. Eingriff [...]*
- Aufwertung von Fällen mit Implantation eines Defibrillators mit subkutaner Elektrode
- Neubewertung der Prozeduren für die Systemumstellungen im Bereich Herzschrittmacher (HSM) und Defibrillatoren. Zukünftig wird die Systemumstellung nicht mehr in jedem Fall einer Implantation gleichgestellt. Wenn von einem höher komplexen auf ein weniger komplexes System umgestellt wird, erfolgt die Abbildung von Fällen mit Systemumstellung zukünftig in der Basis-DRG F17 *Wechsel eines Herzschrittmachers* bzw. in der Basis-DRG F02 *Aggregatwechsel eines Kardioverters/Defibrillators (AICD)*
- Abwertung von Fällen mit reiner Kupplungskorrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators

3.3.2.18 Komplizierende Konstellationen

Logische Definitionen, die an mehreren Stellen des DRG-Gruppierungsalgorithmus – auch MDC-übergreifend – vorkommen, werden in „Globalen Funktionen“ zusammengefasst. Diese werden in einem eigenen Kapitel in Band 4 des G-DRG-Definitionshandbuchs (bzw. Band 2 der Kompaktversion) beschrieben. Der Abschnitt „Funktionsübersicht“ in Band 5 (bzw. Band 3 der Kompaktversion) zeigt übersichtlich, an welchen Stellen des Gruppierungsalgorithmus welche Funktion verwendet wird. Bisher existierten vier Funktionen für komplizierende Konstellationen. Diese beinhalteten Prozeduren, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen höheren Ressourcenbedarf bedingen: *Komplizierende Konstellationen I, II und III* sowie *Komplizierende Konstellationen der Prä-MDC*.

Im Rahmen der Kalkulationen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2014 wurden die Prozedurenkodes für die vollständige Medizinische Evaluation und Entscheidung über die Indikation zur Transplantation (OPS-Kodebereiche 1-920.0 und 1-920.2) in die Definition aller Funktionen für komplizierende Konstellationen aufgenommen. Fälle, die aufgrund dieser und weiterer Prozeduren durch einen erhöhten Mittlereinsatz gekennzeichnet sind, erfahren dadurch eine Aufwertung.

Die Definition der Funktion *Komplizierende Konstellationen I* wird durch die Gabe einer bestimmten Anzahl von Erythrozytenkonzentraten nur bei nicht operierten Fällen erfüllt. Für 2014 wurde die Funktion so erweitert, dass diese Einschränkung für Fälle der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* nicht mehr gilt. Nähere Erläuterungen dazu finden sich in Kapitel 3.3.2.22.

Fälle der Basis-DRG R61, welche die Definition der Funktion *Komplizierende Konstellationen I* erfüllen werden in die DRG R61A eingruppiert. Bei Gabe mehrerer Erythrozytenkonzentrate und Lymphknotenexzision wird die Definition der Funktion nicht mehr

erfüllt und der Fall der DRG R61B zugeordnet, da die Gabe einer bestimmten Anzahl von Erythrozytenkonzentraten nur bei nicht operierten Fällen die Definition dieser Funktion erfüllt. Die MDC 17 konnte für das G-DRG-System 2014 von dieser Regelung ausgenommen werden. Zukünftig verbleiben derartige Fälle in der DRG R61A.

Auf Basis der Funktion *Komplizierende Konstellationen I* wurde eine neue Funktion für komplizierende Konstellationen bei großem Wirbelsäuleneingriff geschaffen, die in der DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule [...] mit komplizierender Konstellation [...]* und innerhalb der Basis-DRG I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* in den DRGs I09A und I09C verwendet wird. Dabei wurden die Grenzen für die Gabe von Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten präzise an die Wirbelsäulen-DRGs angepasst. Die neue Funktion *Komplizierende Konstellationen Wirbelsäule* wird erst bei Gabe von Erythrozytenkonzentraten ab 16 TE, Thrombozytenkonzentraten ab 6 TE und Apherese-Thrombozytenkonzentraten ab 5 TE erfüllt.

Auch zur Verwendung in der DRG 901A *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter komplizierender Konstellation [...]* wurde die Funktion für Komplizierende Konstellationen angepasst. Hier erwiesen sich die Prozedurenkodex für intermittierende Dialysen sowie für Implantation, Wechsel und Revision von venösen Katheterverweilsystemen nicht mehr als geeignete Kostentrenner. Daher wird zur Eingruppierung von Fällen in die DRG 901A nun die neue Funktion *Komplizierende Konstellationen 901* verwendet.

Die Ausdifferenzierung der vielfach im G-DRG-System als Kostentrenner eingesetzten Funktion *Komplizierende Konstellationen* zeigt gewisse Parallelen zur Weiterentwicklung der CCL-Matrix:

- Die Bewertung schweregradsteigernder Prozeduren kann nicht systemweit einheitlich erfolgen, sondern muss den typischen Inhalt der jeweiligen Basis-DRG betrachten. Direkt ersichtlich ist das z.B. hinsichtlich des geringeren Gewichts der OPS-Kodes für Dialysen in der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane*.
- Je höher die Erlösdifferenz durch die Höhergruppierung aufgrund einer Funktion ist, desto trennschärfer muss deren Definition in der Regel sein. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der Funktion für Komplizierende Konstellationen in der Prä-MDC.

Dies erklärt die seit 2007 erfolgte Expansion von einer Funktion *Komplizierende Prozeduren* auf mittlerweile sechs unterschiedliche Funktionen für Komplizierende Konstellationen, die an unterschiedlichen Stellen im G-DRG-System angewendet werden und unterschiedliche Einstiegsschwellen aufweisen.

3.3.2.19 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Auch in diesem Jahr wurden erfreulich viele Hinweise zum Themengebiet der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2014 eingebracht.

Ausgehend von einem eingereichten Vorschlag wurden Fälle mit einer Diagnose für eine schwere Pneumonie mit Abszessbildung in der Basis-DRG E77 *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...]* aufgewertet. Die Fachgesellschaft beschrieb in der Problemstellung, dass die Verschlüsselung der Pneumonie mit Abszessbildung als Hauptdiagnose in eine höher vergütete DRG führte, als wenn sie als Nebendiagnose zusammen mit einem Diagnosekode für die erregerspezifizierte Pneumonie kodiert

würde. Die Analyse zeigte, dass die beschriebenen Fallkonstellationen derzeit nicht sachgerecht abgebildet sind. Daher wurde der Algorithmus der Basis-DRG E77 dahingehend geändert, dass Diagnosecodes der Tabellen für *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, ohne Pneumonie durch RS-Virus* sowie für *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* nicht mehr nur als Hauptdiagnose, sondern auch als Nebendiagnose kodiert aufwertend wirken.

Ein weiterer Vorschlag bezog sich auf die Abbildung von Patienten, die mit unterschiedlichen Erkrankungen und dadurch bedingter respiratorischer Insuffizienz zur Kontrolle der häuslichen Beatmung mit einer Verweildauer von unter drei Tagen stationär aufgenommen werden. Fallkonstellationen, bei denen eine pulmonale Erkrankung die Beatmung bedingt, sind im G-DRG-System 2013 in der DRG E78Z *Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage* abgebildet. Bei anderen Grundkrankheiten werden bei gleicher Leistung unterschiedliche DRGs angesteuert. Eine intensive Analyse hat ergeben, dass die beschriebenen Fallkonstellationen ähnliche Kosten aufwiesen. Im Ergebnis werden nun alle Fälle mit beschriebener Prozedur für die Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung unabhängig von der Grunderkrankung in der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* abgebildet und dort sachgerecht vergütet.

Einem anderen Hinweis für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014 folgend, konnte die Verwendung eines ultraschallgestützten Thrombolyse-Systems in diesem Jahr noch nicht analysiert werden, da in den Kalkulationsdaten 2012 kein entsprechender Leistungsbezeichner vorlag. Da dieser Code erstmals im OPS Version 2014 enthalten ist, wurde eine erneute Analyse für das Kalkulationsjahr 2015 vorge-merkt. Ähnlich verhielt es sich mit der Prozedur für die bronchoskopische Radiofrequenzablation an der Bronchialmuskulatur. Diese Prozedur ist im OPS Version 2013 enthalten. Somit konnte eine erneute Analyse bereits für das Jahr 2014 vorgemerkt werden.

Ebenfalls aufgrund eines Hinweises aus dem Vorschlagsverfahren wurde geprüft, ob ein Zusatzentgelt für die im Jahr 2013 als NUB 1 abgebildete Prozedur für bronchoskopisches Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen, differenziert nach der verwendeten Anzahl, zu etablieren sei. Aufgrund einer sehr geringen Anzahl betroffener Fälle in den Kalkulationsdaten 2012 konnte das Ergebnis nicht bewertet werden, sodass für das Jahr 2014 keine Umsetzung als Zusatzentgelt erfolgte.

Ein Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren beschrieb detailliert die unterschiedliche Abbildung von Fällen im G-DRG-System, die z.B. bei einem Verdacht auf Lymphknotenmetastasen eine Biopsie an mediastinalen Lymphknoten unter Einsatz von endobronchialem Ultraschall (EBUS) erhalten. Die umfassende Analyse zeigte, dass die Fälle mit der genannten Prozedur, der Systematik des G-DRG-Systems folgend, verschiedenen MDCs in Abhängigkeit von der verschlüsselten Hauptdiagnose zugeordnet werden und dort, insbesondere in den häufig getroffenen DRGs E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen [...]*, Q03 *Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems [...]*, R11 *Lymphom und Leukämie [...]* und R14 *Andere hämatologische und solide Neubildungen [...]*, jeweils sachgerecht abgebildet sind. Daher wurde keine Vereinheitlichung der Abbildung in einer DRG, wie vorgeschlagen, angestrebt.

Der Eingabe einer Fachgesellschaft folgend wurden Fälle mit thorakoskopischer Keilresektion der Lunge und anschließender (Bi-)Lobektomie nach Schnellschnitt eingehend untersucht. Die Fachgesellschaft verwies auf die unterschiedliche Abbildung von Fällen, bei denen in einer Sitzung eine thorakoskopische Keilresektion der Lunge, ein Schnellschnitt und anschließend eine (Bi-)Lobektomie durchgeführt wird, und auf die Fallkonstellationen, bei denen die Keilresektion und die (Bi-)Lobektomie zeitversetzt durchge-

führt werden. Im ersten Beispiel erfolgte eine Eingruppierung in die Basis-DRG E05 *Andere große Eingriffe am Thorax [...]*, im zweiten Beispiel, aufgrund der Re-Operations-Bedingung, in die Basis-DRG E01 *Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax [...]*. Die eingehende Untersuchung zeigte, dass eine Aufwertung in der Basis-DRG E01 nicht umgesetzt werden konnte, da das beschriebene Vorgehen, neben der (Bi-)Lobektomie auch eine Keilresektion zu kodieren, in den Hinweisen zu der Prozedur für einfache (Bi-)Lobektomie der Lunge im OPS Version 2013 ausgeschlossen ist.

Weitere umgesetzte Vorschläge für das G-DRG-System 2014, die die Atmungsorgane betreffen, wie z.B. die Aufwertung von Fällen mit einer komplexen Korrektur bei angeborener Deformität des Thorax, werden in Kapitel 3.3.2.6 Extremkosten ausführlich dargestellt.

3.3.2.20 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses

Bei bereits hochdifferenzierter Abbildung in der MDC03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* bezogen sich die Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2014 in dieser MDC vor allem auf Detailprobleme. So wurde z.B. auf eine problematische Abbildung von Fällen mit einer Resektion des Mundbodens mit plastischer Rekonstruktion hingewiesen.

Im Vorschlagsverfahren wurde auf eine mögliche Untervergütung von Fällen mit Rekonstruktionen mit gestieltem Fernlappen aufmerksam gemacht. Diese Fälle wurden im G-DRG-System 2013 in der DRG D02B *Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff [...]* abgebildet, Fälle mit Rekonstruktionen mit freiem mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat wiederum in der DRG D02A *Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff [...]*. Angeregt wurde, eine Abbildung auch der Fälle mit gestieltem Fernlappen in der deutlich höher bewerteten DRG D02A zu prüfen.

Analysen zeigten, dass die Kosten der Fälle mit Rekonstruktionen mit gestieltem Fernlappen zwar höher sind als die der restlichen Fälle der DRG D02B, dass aber nicht für alle Fälle eine Zuordnung zur D02A sachgerecht ist. Im Ergebnis wurden Fälle mit gestieltem Fernlappen und einer Prozedur für eine Neck Dissection (mehr als 3 Regionen) sowie einem PCCL > 3 ihren Kosten gemäß in die DRG D02A aufgenommen. Für Fälle *Resektion des Mundbodens mit Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen*, jedoch ohne diese zusätzlichen Parameter, konnte ebenfalls eine Aufwertung in die DRG D24A *Komplexe Hautplastiken [...]* umgesetzt werden.

Ebenfalls im Vorschlagsverfahren benannt wurde eine problematische Eingruppierung verschiedener Codes für Rekonstruktionen des Nasenseptums. Fälle mit der spezifischen Prozedur für bestimmte plastische Rekonstruktionen des Nasenseptums wurden in die Basis-DRG D38 *Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen* eingruppiert. Fälle mit einer unspezifischen Prozedur für eine plastische Rekonstruktion des Nasenseptums führten hingegen in die besser bewertete Basis-DRG D37 *Sehr komplexe Eingriffe an der Nase*. Entsprechend den vergleichbaren Kosten in den Kalkulationsdaten wurde die Prozedur für *sonstige plastische Rekonstruktion des Nasenseptums* in die Basis-DRG D38 verschoben – im Sinne einer Abwertung. So konnte eine sachgerechte Gleichstellung der spezifischen und unspezifischen Prozedur

erreicht und ein möglicher Kodieranreiz zur Wahl des unspezifischen Codes vermieden werden.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2014 und der Etablierung der neuen DRG D03A *Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte [...]* wurden zu den bisherigen Eingruppierungskriterien der D03Z *Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte [...]* ein Alterssplit für Kinder mit einem Alter < 1 Jahr etabliert und die Behandlung dieser Kinder somit aufgewertet.

In der Basis-DRG D37 konnten zudem ältere Patienten mit bestimmten angeborenen Fehlbildungen anhand dieser Diagnosen aufgewertet werden – bisher betraf das nur Patienten unter 16 Jahren –, diese Fälle sind zukünftig in der DRG D37A *Sehr komplexe Eingriffe an der Nase [...] oder Gaumenspalte oder Spaltnase [...]* sachgerecht abgebildet.

3.3.2.21 Neurochirurgie

In den Bereichen Neurologie und Neurochirurgie ist der bei Weitem überwiegende Teil der untersuchten Fälle innerhalb von Prä-MDC und MDC 01 differenziert abgebildet und sachgerecht vergütet. Das Hauptaugenmerk bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems liegt somit auf der Abbildung einzelner, hochspezialisierter neurochirurgischer Leistungen. Hierzu sind neben Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren auch jährlich eigene umfangreiche Analysen vonnöten. Dabei kann eine verbesserte Abbildung dieser Leistungen zum einen durch eine Aufwertung ebendieser Fälle, zum anderen aber auch durch eine Abwertung von vergleichsweise weniger komplexen Prozeduren gelingen. Im Ergebnis konnte für das G-DRG-System 2014 durch eine Vielzahl kleinerer Umbauten eine verbesserte Abbildung hochspezieseller neurochirurgischer Leistungen erreicht werden:

Aufwertung von

- Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren mit einer hochkomplexen Prozedur, wie z.B. der Entleerung eines epiduralen Emphyems oder Hämatoms innerhalb der Kraniotomie-DRGs B02 und B20
- Fällen mit selektiver intrakranieller Embolisation mit Ethylenvinylalkohol-Copolymer in der Basis-DRG B20

Abwertung von

- Prozeduren für die Explantation von radioaktivem Material und Entfernung von umschlossenen Radionukliden oder inaktiven Applikatoren unter Anästhesie innerhalb der Basis-DRG B02
- Orbitomien, Rekonstruktionen der Orbitawand und Revision sowie Rekonstruktion von Orbita und Augapfel mit Revision der Orbita durch Verschiebung aus der Basis-DRG B20 in die Basis-DRG B09
- Fällen mit Implantation einer Multifunktionselektrode in den Epidural- oder Spinalraum zur perkutanen Radiofrequenzablation aus der Basis-DRG B18Z in die DRG B17E
- Fällen mit einer epineuralen Naht eines Nerven und Nervenplexus an der Hand innerhalb der Basis-DRG B17

- bestimmten wenig komplexen Prozeduren, wie z.B. der Entfernung von Stimulatoren, Elektroden und Sonden innerhalb der Basis-DRG B20

Weiterhin wurden die DRGs B03A und B03B aufgrund eines fehlenden Kostenunterschieds zur DRG B03Z *Operative Eingriffe bei nicht akuter Para-/Tetraplegie oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark [...]* kondensiert.

3.3.2.22 Onkologie

Die in der Vergangenheit bereits intensiv verfolgte Differenzierung der Abbildung onkologischer Fälle stand erneut im Fokus der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2014.

Aufgrund von Hinweisen im Vorschlagsverfahren wurde die Eignung von Diagnosen aus dem Codebereich D70.1- *Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie* als Kostentrenner untersucht, die in den Basis-DRGs R60 *Akute myeloische Leukämie*, R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*, R62 *Andere hämatologische und solide Neubildungen* und R63 *Andere akute Leukämie* in unterschiedlichen Konstellationen gruppierungsrelevant sind. Es zeigte sich, dass länger andauernde Agranulozytosen (ab 7 Tage) mit höheren Kosten verbunden sind als kürzere Verlaufsformen. Diagnosen für arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie mit kritischer Phase unter 7 Tagen sowie für sonstige Verlaufsformen führen demnach ab 2014 nicht mehr zu einer Aufwertung von Fällen innerhalb der genannten Basis-DRGs.

Ebenfalls im Vorschlagsverfahren erreichten uns Hinweise bezüglich der Abbildung bestimmter Diagnosen für akute lymphatische Leukämien vom T-Zell-Typ, bei denen die Therapie vergleichbar ist mit der einer klassischen akuten lymphatischen Leukämie, die aber nicht der Basis-DRG R63, sondern der Basis-DRG R61 zugeordnet sind. Aufgrund der durchgeführten Analysen konnten die Diagnosen für *Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert) (C91.5-)* in die Basis-DRG R63 verschoben werden.

Auf Ebene der Prozeduren wurden Analysen bezüglich der Abbildung von Fällen mit multiplem Myelom/Plasmozytom vorgenommen, bei denen aufgrund von Osteolysen eine Kyphoplastie von Wirbelkörpern erfolgt. In der MDC 17 wurden derartige Fälle bisher überwiegend DRGs für bestimmte oder andere operative Eingriffe bei hämatologischen, soliden Neubildungen (z.B. Basis-DRGs R03 *Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, [...]* oder R11 *Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren*) zugeordnet. Für 2014 konnten Prozeduren für Kyphoplastie (5-839.a *Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit intravertebraler, instrumenteller Wirbelkörperaufrichtung*) aufgewertet werden. Diese werden zukünftig in DRGs für große operative Eingriffe (z.B. Basis-DRG R01 *Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren*) der MDC 17 abgebildet. Die im Vorschlagsverfahren angeregte Verschiebung der Hauptdiagnose „multiples Myelom/Plasmozytom“ in die MDC 08 war nicht umsetzbar, da insbesondere die konservative Behandlung dieser Erkrankung in der MDC 17 deutlich differenzierter abgebildet ist.

Kontrovers diskutiert wird in diesem Zusammenhang derzeit die Frage, ob Osteolysen (M89.5-) bei multiplem Myelom/Plasmozytom überhaupt kodiert werden können, da diese bei den genannten Erkrankungen typischerweise vorkommen. Da diese Konstellation in den DRGs R61F [...], *mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter*

< 16 Jahre und R61G [...] mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre [...] in der G-DRG-Version 2013 gruppierungsrelevant ist und insofern hinsichtlich der Verschlüsselung ein gewisses Streitpotential in sich birgt, wurde diese Problematik untersucht. Als Ergebnis konnten in der Basis-DRG R61 Fälle mit und ohne Osteolysen bei Plasmozytom gleichgestellt werden. Zusätzlich wurden aufgrund eigener Analysen verschiedene, zum Teil unspezifische Diagnosen beispielsweise für niedriggradige sowie sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des follikulären Lymphoms aus den DRGs R61F und R61G gestrichen. Aufgewertet wurden hingegen einzelne spezifische Diagnosen wie z.B. die *Haarzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission* (C91.40) oder die *Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission* (C91.60).

Verschiedene Hinweise im Vorschlagsverfahren thematisierten das Problem der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ bei bestimmten onkologischen Fallkonstellationen:

- Fälle der Basis-DRG R61, welche die Definition der Funktion *Komplizierende Konstellationen I* erfüllen und somit in die DRG R61A eingruppiert werden. Bei Gabe mehrerer Erythrozytenkonzentrate und Lymphknotenexzision wird die Definition der Funktion nicht mehr erfüllt und der Fall der DRG R61B zugeordnet, da die Gabe einer bestimmten Anzahl von Erythrozytenkonzentraten nur bei nicht operierten Fällen die Definition dieser Funktion erfüllt. Die MDC 17 konnte für das G-DRG-System 2014 von dieser Regelung ausgenommen werden. Zukünftig verbleiben derartige Fälle in der DRG R61A.
- Fälle mit Lymphom und komplexer Therapie wie z.B. hochkomplexer Chemotherapie werden bei gleichzeitig vorliegender HIV-Erkrankung nicht mehr der Basis-DRG R61, sondern in der MDC 18A im typischen Fall der DRG S62Z *Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit* zugeordnet und damit deutlich schlechter vergütet. Zusätzlich besteht dadurch der Fehlanreiz, den Code für die HIV-Erkrankung nicht zu verschlüsseln. Zur Lösung dieser Problematik wurde in der MDC 18A eine Umleitung etabliert, die bestimmte Fälle in die MDC 17 verschiebt. Detaillierte Informationen dazu finden sich in Kapitel 3.3.2.14.

In Bezug auf die operativen DRGs der MDC 17 führten eigene Analysen zu einer Streichung vergleichsweise wenig aufwendiger Eingriffe wie z.B. bestimmter Biopsien an anderen Organen und Geweben durch Inzision und damit zu einer weiteren Schärfung von DRGs für große operative Eingriffe wie beispielsweise der Basis-DRGs R01 oder R12 *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren*.

Auch außerhalb der MDC 17 wurden standardmäßig wieder Fälle mit bösartiger Neubildung auf ihre sachgerechte Abbildung im G-DRG-System überprüft. Dies führte in den DRGs G22A *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre* und G23A *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre* zu einer Erweiterung der Definition um Diagnosen für bösartige Neubildungen und damit zur Aufwertung von Fällen innerhalb dieser Basis-DRGs.

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System 2014 zur Abbildung onkologischer Fälle haben auch die im Kapitel 3.3.2.1 (Abdominalchirurgie) oder 3.3.2.23 (Operative Gynäkologie) beschriebenen Systemumbauten erheblichen Einfluss auf die Eingruppierung onkologischer Fälle im Sinne einer sachgerechteren Abbildung.

Aus den Vorschlägen zur Etablierung neuer Zusatzentgelte haben sich für den Bereich der Onkologie im Wesentlichen die folgenden Änderungen ergeben:

- Schaffung eines neuen unbewerteten Zusatzentgelts für den *Fremdbezug von Donor-Lymphozyten* (ZE2014-99)
- Schaffung eines neuen unbewerteten Zusatzentgelts für Medikamente zur *Gabe von Ofatumumab, parenteral* (ZE2014-100)
- Schaffung neuer bewerteter Zusatzentgelte für Medikamente wie z.B. *Gabe von Clofarabin, parenteral* (ZE142)
- Für den Bereich der Pädiatrie wurden die bereits bestehenden Dosisklassen für Kinder sowohl für onkologische als auch für nicht onkologische Zusatzentgelte insgesamt überprüft. Daraus resultierte die Schaffung neuer Kinderdosisklassen bei zwei neuen bewerteten Zusatzentgelten (ZE142 *Gabe von Clofarabin, parenteral* und ZE144 *Gabe von Romiplostim, parenteral*).

3.3.2.23 Operative Gynäkologie

Zu nicht geburtshilflichen gynäkologischen Operationen erreichten uns im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zahlreiche Vorschläge. Diese bezogen sich vor allem auf Operationen bei bösartigen Neubildungen.

Abbildung bösartiger Neubildungen in MDC 13

Entsprechende Hinweise führten zur Überprüfung der Abbildung von Fällen mit Hysterektomie und Lymphadenektomie bei Endometriumkarzinom sowie von Fällen mit einem Eingriff an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung innerhalb der DRG N03A. Diese Vorschläge wurden, jeder für sich, in Bezug auf die Sachgerechtigkeit der aktuellen Eingruppierung und – oft eine Vielzahl von – Möglichkeiten zur weiteren Verbesserung der Eingruppierung hin überprüft. Gleichzeitig wurde die Abbildung operativer Fälle mit der Diagnose einer bösartigen Neubildung innerhalb der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* insgesamt analysiert.

Aufgrund der o.g. Überlegungen wurde eine einheitliche, sachgerechte Abbildung von Fällen mit Operation einer bösartigen Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane mit aufwendiger Lymphadenektomie in der Basis-DRG N01 *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie* angestrebt. Dieses Ziel konnte dadurch erreicht werden, dass bestimmte Diagnosen für bösartige Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane, z.B. Endometriumkarzinom (C54.1), der Basis-DRG N01 zugeordnet wurden.

Im Zuge der Analyse fiel des Weiteren auf, dass die Basis-DRGs N02 Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexe und N03 Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe durch ähnliche Kodelisten definiert waren und auf Basis der aktuellen Kalkulationsstichprobe Fälle mit ähnlichen Kosten beinhalteten. Folgerichtig wurde durch Kondensation die neue Basis-DRG N02 Eingriffe an Uterus und Adnexen [...] bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane [...] geschaffen.

Insgesamt konnte eine schlüssigere, sachgerechte Zuordnung operativer Fälle mit bösartigen Neubildungen in der Gynäkologie erreicht werden: Fälle mit der Hauptdiagnose einer bösartigen Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane und Eingriffen an Uterus und Adnexen mit bestimmter radikaler/regionaler Lymphadenektomie werden in die Basis-DRG N01 *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie* eingruppiert. Bei anderen Eingriffen an Uterus und Adnexen oder großen operativen Eingriffen an Vagina, Zervix und Vulva erfolgt eine Eingruppierung in die Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane oder bestimmte laparoskopische Resektion an Sigma und Rektum oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva*.

Gynäkologische Kombinationseingriffe

Eine aus Sicht des Vergütungssystems problematische Konstellation kann dann entstehen, wenn durch Kombination operativer Eingriffe bei typischen Fällen ein hoher Aufwand entsteht, die erreichte DRG jedoch im Mittel nur den Aufwand von Fällen mit einem Eingriff widerspiegelt. Im Vorschlagsverfahren für 2014 wurde diese Vermutung für Fälle mit einem Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen zusammen mit einem Eingriff an der Mamma im selben stationären Aufenthalt an das InEK herangetragen. Die Eingruppierung erfolgt entsprechend der vorliegenden Hauptdiagnose in MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* oder MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane*.

Die Untersuchung auf Basis der aktuellen Kalkulationsdaten zeigte, dass die durch aufwendige Operationen und lange Verweildauer erhöhten Kosten entsprechender Fälle in den DRGs der MDC 09 zum Teil nicht sachgerecht vergütet waren. Hier ergab sich die Notwendigkeit zur Aufwertung relativ seltener, aber extrem aufwendiger Fälle mit einer bösartigen Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane **und** einer Operation an der Mamma **und** einer Operation an weiblichen Geschlechtsorganen. Die Bedingungen der DRG J26Z wurden so erweitert, dass die Fälle nun hier sachgerecht abgebildet sind.

In der MDC 13 waren die analysierten Fälle mit o.g. Konstellation in ihren jeweiligen DRGs sachgerecht vergütet.

3.3.2.24 Ophthalmologie

Im Bereich der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* besteht bereits eine hochdifferenzierte Abbildung in 33 DRGs. Dabei spielt eine Vielzahl von Parametern zur sachgerechten Abbildung eine Rolle. So wird in dieser MDC u.a. bereits in Splits durch Diagnosen, Lokalisationen, Alter (vor allem Kinder) oder Mehrfacheingriffe differenziert. Dementsprechend betrafen 2014 die eingegangenen Vorschläge insbesondere Detailproblematiken.

So wurde z.B. die streitbefangene Kodierung bestimmter Operationen am Augenlid benannt. Problematisch hierbei war die Frage, ob bei Eingriffen am Augenlid für den Zugangsweg zusätzlich eine Orbitotomie kodiert werden kann. Da über die DKR keine Problemlösung erkennbar ist, wurde analysiert, inwieweit sich die unterschiedliche Kodierung im Behandlungsaufwand widerspiegelt. Im Ergebnis zeigte sich, dass Fälle mit Prozeduren für bestimmte Orbitotomien (z.B. eine Orbitotomie mit transkutanem anteri-

oren Zugang) in der Basis-DRG C02 *Enukleationen und Eingriffe an der Orbita [...]* kostenauffällig sind. Eine aufwandsgerechte Abbildung dieser Fälle ist im G-DRG-System 2014 in der Basis-DRG C20 *Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid [...]* möglich.

Im Rahmen interner Analysen wurden Fälle mit Eingriffen an den geraden und schrägen Augenmuskeln in den Basis-DRGs C01 *Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen [...]*, C02 und C10 *Eingriffe an den Augenmuskeln [...]* analysiert. Hierbei wurden insbesondere Fälle mit einer *Adhäsionolyse und Refixation eines Augenmuskels an den geraden bzw. schrägen Augenmuskeln* in der Basis-DRG C02 als auffällig identifiziert. Für eine aufwandsgerechte Abbildung wurden die entsprechenden Prozeduren aus der Basis-DRG C02 in die Basis-DRG C10 verschoben, was einer Abwertung dieser Fälle entspricht.

3.3.2.25 Palliativmedizin

Der im OPS Version 2012 zusätzlich aufgenommene neue Kode für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung mit zum Teil deutlich erhöhten Anforderungen (8-98e ff.) lag in diesem Jahr erstmalig zur Analyse in den Kalkulationsdaten vor. Die Verschlüsselung dieser neuen Prozeduren ist mit deutlich erhöhten Anforderungen verbunden, wie z.B. einer kontinuierlichen, 24-stündigen Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles Team, einer höheren Qualifikation des Personals sowie einer bedarfsgerechten Anwendung spezialisierter apparativer palliativer Behandlungsverfahren.

Bislang waren diese Leistungen der Palliativmedizin im G-DRG-System – zusammen mit denen der palliativmedizinischen Komplexbehandlung – in Ermangelung entsprechender Kostendaten in den drei bewerteten Zusatzentgelten des ZE60 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* abgebildet. Die isolierte Betrachtung der Kosten der verschiedenen palliativmedizinischen Prozedurenkodes machte für das G-DRG-System 2014 eine Differenzierung des ZE60 möglich. Für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung wurde das gleichnamige ZE145 etabliert, das dem erhöhten Aufwand gegenüber dem ZE60 auch finanziell Rechnung trägt (siehe Tab. 20).

Zusatzentgelt		Betrag in Euro				Diff. zum Vorjahr 2013 vs. 2014	
		2011	2012	2013	2014	Absolut (in Euro)	Relativ (in %)
ZE60.01	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.334,51	1.339,98	1.273,89	1.274,13	0,24	0,02%
ZE60.02	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	2.124,83	1.962,94	1.756,38	1.621,46	-134,92	-7,68%
ZE60.03	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	3.310,64	3.433,48	2.760,58	2.603,60	-156,98	-5,69%
ZE145.01	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage				1.572,06		
ZE145.02	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage				1.906,10		
ZE145.03	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage				3.220,35		

Tabelle 20: Entwicklung der Zusatzentgelte für palliativmedizinische Komplexbehandlung

Bezüglich der Methodik zur Berechnung der palliativmedizinischen Zusatzentgelte haben sich im Vergleich zu den Vorjahren einige Änderungen ergeben. So wurde erstmalig überprüft, ob die Herausnahme von Fällen aus der Kalkulation zu einer ungerechtfertigten Kostenverzerrung in einer DRG geführt hätte. Diese Fälle mit einer Prozedur für palliativmedizinische Komplexbehandlung von mindestens 7 Tagen verblieben also in der Kalkulationsmenge, wurden aber um die Kosten des entsprechenden Zusatzentgelts bereinigt. Somit war es möglich, teure Fälle in der DRG-Kalkulation zu belassen.

Die Datenbasis für das G-DRG-System 2014 war hinsichtlich des ZE60 weniger umfangreich als im Vorjahr. Dies ist zum einen begründet in der Etablierung der neuen Prozedurenkodes für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung sowie das entsprechende ZE145, zum anderen aber auch durch eine geringere Beteiligung an der Kalkulation. In den Kalkulationsdaten des Jahres 2012 fanden sich nur noch 3.882 eigens plausibilisierte Fälle mit OPS-Kode *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* mit mindestens 7 Behandlungstagen aus 104 Krankenhäusern (Vorjahr: 6.862 Fälle aus 108 Krankenhäusern). Dies entspricht nur noch 11,5% der entsprechenden Fälle bzw. 20,5% der Krankenhäuser gegenüber 17,2% der Fälle bzw. 21,7% der Häuser im Vorjahr. Bei der spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung lagen 1.975 eigens plausibilisierte Fälle aus 38 Krankenhäusern vor, was 19,5% der Fälle bzw. 23,3% der Krankenhäuser entspricht.

In den G-DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2012 hingegen hat sich die Tendenz zu höheren Fallzahlen im Bereich Palliativmedizin verfestigt (vgl. Abb. 16). Erneut hat die Gesamtzahl der Fälle mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung von mehr als 7 Tagen Dauer deutlich zugenommen. Dieser Anstieg betrifft die Fallzahlen sowohl in den Daten gem. § 21 KHEntgG als auch in den Kalkulationsdaten.

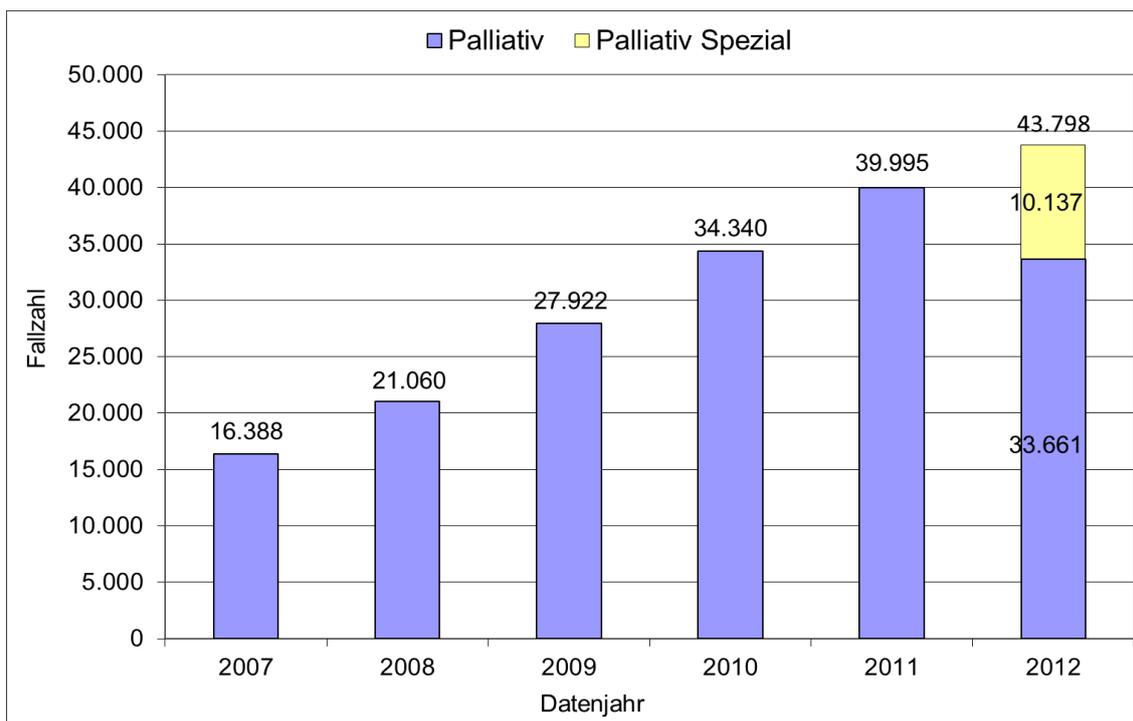


Abbildung 16: Fallzahlentwicklung in §-21-Daten – palliativmedizinische Komplexbehandlung > 7 Tage

Der Betrag des ZE60 sinkt bzw. stagniert im G-DRG-System 2014, auch hervorgerufen durch die Abbildung der aufwendigen palliativmedizinischen Komplexbehandlung im neuen ZE145.

3.3.2.26 Polytrauma

Als Polytrauma werden Verletzungen mehrerer Körperregionen oder von Organsystemen definiert, wobei mindestens eine Verletzung oder die Kombination mehrerer Verletzungen vital bedrohlich ist (Tscherne, 1977). Entsprechend dieser Definition wird die Zuordnungslogik der MDC 21A *Polytrauma* nicht über eine alleinige Hauptdiagnoseliste definiert, sondern über die Kombination von schweren Verletzungen oder Trauma-diagnosen, die typischerweise lebensbedrohlich sind.

So kann auch ein Fall mit zwei Diagnosekodes für verschiedene Frakturen ein Polytrauma im Sinne dieser Definition darstellen – für die Erstversorgung dieses schwerverletzten Patienten ist dies auch eine beabsichtigte und sachgerechte Eingruppierung. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2014 wurde jedoch auf eine ganz besondere Konstellation hingewiesen, bei der die Eingruppierung in die hoch bewerteten DRGs der Polytrauma-MDC nicht immer als sachgerecht angesehen werden kann.

Bei Aufnahme zur Metallentfernung nach Osteosynthese ist – gemäß Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) – als Hauptdiagnose die ursprüngliche Fraktur zu verschlüsseln. Kommt ein Fall zu mehreren Metallentfernungen an verschiedenen Knochen, sind somit auch mehrere Frakturen (DKR-konform) zu verschlüsseln, was unter Umständen dazu führen kann, dass ein solcher Fall als Polytrauma eingruppiert wird.

Fälle, die zwar mehrere Frakturcodes, aber lediglich Prozedurenkodes für Metallentfernungen nach Osteosynthese aufweisen, zeigen sich in den Kalkulationsdaten typischerweise als mit deutlich geringeren Kosten verbunden als die anderen Fälle der Po-

lytrauma-DRGs. Eine sachgerechte Abbildung kann hier jedoch nicht durch eine geänderte Gruppierungsrelevanz der Diagnosekodes für die Frakturen erreicht werden – die wesentlich häufigeren und teureren Fälle mit Erstversorgung bei mehreren Frakturen sind in der Polytrauma-MDC sachgerecht vergütet. Daher kann eine kostenadäquate Abbildung nur durch Neuordnung der Metallentfernungs-Prozedurenkodes in der MDC *Polytrauma* umgesetzt werden. Grundsätzlich stehen dazu zwei Lösungsmöglichkeiten zur Verfügung:

- Etablierung einer separaten DRG-Fallpauschale oder
- Zuordnung zu einer kostenähnlichen Fallpauschale der MDC

Ersteres war aufgrund der geringen Zahl der betroffenen Fälle nicht umsetzbar, Letzteres, weil die MDC *Polytrauma* keine DRG-Fallpauschale enthält, die vergleichbar geringe Kosten aufweist wie die Fälle mit alleinigen Metallentfernungen.

Aus diesem Grund erfolgt zukünftig die Abbildung dieser Fälle in der kostenähnlichen DRG 901D *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose [...]*.

Interne Analysen zeigten, dass Fälle mit geschlossenen Repositionen bei Fraktur in der Basis-DRG W02A *Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule [...]* mit geringeren Kosten verbunden waren als die restlichen Fälle in dieser Basis-DRG. Eine sachgerechte Abbildung wurde durch Zuordnung dieser Fälle in die Basis-DRG W04 *Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren [...]* erreicht. Ein weiteres Ergebnis dieses Umbaus ist, dass die Basis-DRG W02 durch diese Bereinigung um weniger komplexe Fälle deutlich an Relativgewicht gewinnt und die verbleibenden komplexen Fälle somit deutlich besser vergütet sind (vgl. Abb. 17).

G-DRG Version 2013	G-DRG Version 2014
W02A (RG 6,394) <i>Polytrauma [...] oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen</i>	W02A (RG 7,395) <i>Polytrauma [...] oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen</i>
W02B (RG 3,902) <i>Polytrauma [...] ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen</i>	W02B (RG 4,661) <i>Polytrauma [...] ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen</i>

Abbildung 17: Veränderung der Basis-DRG W02

Eine weitere Änderung betrifft Fälle mit hüftgelenksnahen Frakturen. Wenn eine Fraktur am Femur und eine Fraktur am Becken verschlüsselt sind, ist in bestimmten Fällen die Zuordnung zur Polytrauma-MDC möglich, was sich bei eng benachbarter Lokalisation nicht immer als sachgerecht zeigt. Bereits für das G-DRG-System 2013 wurde die Zuordnungslogik dahingehend verändert, dass beispielsweise die Kombination einer Schenkelhalsfraktur und einer Acetabulumfraktur allein nicht mehr in die Polytrauma-MDC führt. Dabei war sicherzustellen, dass z.B. die Kombination einer Acetabulumfraktur mit anderen, schweren Verletzungen aber weiterhin – der Fallschwere entsprechend – vom Grouper als Polytrauma gewertet wird.

In den Kalkulationsdaten aus 2012 zeigte sich, dass dieser Umbau zur Präzisierung der Polytrauma-Zuweisung noch um einige weitere Diagnosekombinationen erweitert werden muss, z.B. die Diagnose *Trochantäre Femurfraktur*. Fälle mit dieser Diagnose und bestimmten gelenknahen Frakturen der Hüfte werden (ohne weitere Diagnosen) im G-

DRG-System 2014 nicht mehr der Polytrauma-MDC, sondern sachgerecht der *MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zugeordnet.

3.3.2.27 Schlaganfall

Sowohl konservativ behandelte als auch operierte Schlaganfallpatienten werden im G-DRG-System sehr differenziert abgebildet. Bereits auf Prä-MDC-Ebene werden beatmete, intensivmedizinisch versorgte Fälle über die Prozedur 8-981.1 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden* innerhalb der Basis-DRGs A09, A11 und A13 aufgewertet. Des Weiteren werden operierte Fälle neben den Kraniotomie-DRGs B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation* und B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation* auch in der spezifischen Basis-DRG B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur* abgebildet. Die medizinische Basis-DRG B70 *Apoplexie* ist ihrerseits in neun DRGs unterteilt und ermöglicht eine äußerst spezifische Abbildung der konservativ behandelten Fälle.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in diesem Jahr erneut nur zwei identische Vorschläge eingereicht, die die Abbildung von Fällen mit Hirninfarkt, neurologischer Komplexbehandlung und einem kleinen chirurgischen Eingriff und einer möglichen Mindervergütung bei Mehrleistung zum Inhalt hatten. Bei einer geringen Anzahl betroffener Fälle mit uneinheitlichen Kosten ergab sich hier kein umsetzbares Ergebnis.

Die im OPS 2013 neu etablierten Zusatzcodes für die Verwendung von Stentretreiver-Systemen zur Unterteilung nach der Anzahl werden im kommenden Jahr erstmals regulär in den Kalkulationsdaten des Jahres 2013 vorliegen, sodass Fälle mit perkutan-transluminaler Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung ebendieser Systeme differenziert untersucht werden können.

3.3.2.28 Unfallchirurgie/Orthopädie

Die Beteiligung am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems war im Hinblick auf den Bereich der *MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* erfreulich rege. Insbesondere von Seiten der Fachgesellschaften, aber auch anderer Beteiligten erreichte uns eine Vielzahl von Vorschlägen. Die Mehrzahl der Vorschläge bezog sich auf die Themen

- Endoprothetik (insbesondere Revisionsendoprothetik)
- Eingriffe an der Schulter
- Kombinationseingriffe, z.B. an mehreren Lokalisationen
- Eingriffe an Fuß und Sprunggelenk

Die Themenbereiche Handchirurgie (vgl. Kap. 3.3.2.13) und Wirbelsäulenchirurgie (vgl. Kap. 3.3.2.31) sind in separaten Kapiteln dargestellt.

Die Hinweise im Vorschlagsverfahren bezogen sich oft auf sehr präzise beschriebene Sachverhalte mit konkreten Kodelisten, sodass eine Prüfung anhand der Kalkulations-

daten unmittelbar möglich war. Entsprechend der allgemeinen Vorgehensweise bei der Bearbeitung von Vorschlägen wurden aber auch reine Problemdarstellungen ohne konkrete Lösungsansätze auf umsetzbare Veränderungen hin überprüft – oft in einer Vielzahl von Modifikationen. Grundsätzlich können so neben den tatsächlich benannten Sachverhalten und Lösungsvorschlägen umfangreiche Analysen durchgeführt werden, die oftmals über die beschriebene Problematik des Vorschlags hinausgehen.

Weiterhin ist positiv zu erwähnen, dass sich auch die Vorschläge von Seiten der Leistungserbringer nicht nur auf eine mögliche verbesserte Abbildung aufwendiger Leistungen bezogen, sondern oft auch konkret weniger komplexe Leistungen benannt wurden, die auf eine mögliche zu hohe Eingruppierung im G-DRG-System geprüft werden sollten. In einem Relativgewichtssystem auf Basis echter Kostendaten – wie dem G-DRG-System – führt die Herausnahme weniger aufwendiger Leistungen zu einer deutlichen Aufwertung der in der DRG verbleibenden komplexeren Fälle, mit oft besserem Ergebnis als eine (typischerweise ebenfalls analysierte) isolierte Aufwertung einzelner aufwendiger Leistungen. Dieser Ansatz prägt in zunehmendem Maße die Vorschläge im Bereich Unfallchirurgie/Orthopädie.

Wesentliche Umbauten innerhalb der MDC 08 werden im Folgenden dargestellt.

Gelenkendoprothetik

Eingriffe der Endoprothetik sind in der G-DRG-Version 2013 bereits hochdifferenziert abgebildet. Bei der Zuordnung zu den einzelnen DRGs spielen vor allem folgende Parameter eine Rolle:

- Lokalisation (Gelenk)
- Art der Prothese (Teil-, Total-, Sonderprothese)
- Ersteingriff oder Revision/Wechsel
- Haupt- und Nebendiagnosen (z.B. bösartige Neubildungen, rheumatische Erkrankungen, Osteomyelitis)
- Begleiterkrankungen (PCCL)
- Mehrfacheingriffe und beidseitige Eingriffe
- Zusätzliche operative Eingriffe
- Alter des Patienten

Bei der Abbildung der Revisionseingriffe wird im G-DRG-System 2013 noch nicht in jeder Konstellation zwischen hochaufwändigen (z.B. Totalwechsel) und weniger aufwendigen Revisionseingriffen (z.B. Wechsel von Teilkomponenten) differenziert – hierauf bezog sich ein großer Teil der Vorschläge zur Endoprothetik. Als Ergebnis der umfangreichen Analysen war eine Vielzahl von Veränderungen umsetzbar, die teilweise in einer direkten Aufwertung komplexer Verfahren bestanden, teilweise durch kostengerechte Zuordnung weniger komplexer Verfahren zu einer sachgerechteren Vergütung sowohl dieser Verfahren als auch der in der DRG verbleibenden Fälle – durch die geringere Beimischung kostengünstigerer Fälle – führten. Nachfolgend einige Beispiele:

- Codeverschiebung der Prozedur für Revisionsoperation (ohne Wechsel) am Hüftgelenk aus der Basis-DRG I47 in die DRG I08F (Abwertung)
- Abbildung der Codes für Wechsel des Aufsteckkopfs einer Femurkopfprothese in der DRG I47B statt bisher in der Basis-DRG I46 (Abwertung)
- Codeverschiebung des Inlaywechsels einer bikondylären Oberflächenersatzprothese am Kniegelenk aus den DRGs I44A/B in die DRG I44C (Abwertung)
- Codeverschiebung der Prozeduren für den Wechsel einer unikondylären Schlitzenprothese aus der DRG I43B in die DRG I44B (Abwertung)

Am Beispiel der DRG I46A *Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC [...] lässt sich gut darstellen, wie deutlich eine Schärfung der DRG-Eingruppierungsbedingungen zu einer sachgerechteren Vergütung der in der DRG verbleibenden aufwendigen Fälle führen kann. In dieser DRG wurden für 2014 folgende wesentliche Veränderungen vorgenommen:*

- Ergänzung der DRG-Zuordnungslogik um die Bedingung „Eingriff an mehreren Lokalisationen“ (Aufwertung)
- Streichen der Splitbedingung „allogene Knochentransplantation“, die sich nicht mehr als Kostentrenner erwies (Abwertung)
- Abwertung eines reinen Wechsels des Aufsteckkopfs bei Femurkopfprothese (wie oben dargestellt)
- Umfangreiche Veränderungen am CCL-System im Sinne einer Präzisierung und Schärfung dieses Instruments zur Abbildung der Erkrankungsschwere

Die sich ergebende Veränderung des Relativgewichts dieser DRG von 3,350 (2013) auf 4,846 (2014) zeigt sehr deutlich die Auswirkungen im Sinne einer erheblich verbesserten Vergütung komplexer Fälle.

Auch die für 2014 umgesetzte Ausdifferenzierung der DRG I05Z *Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes [...] mit äußerst schweren CC* ist sowohl in einer Anpassung der CCL-Schweregradsystematik begründet als auch in einer differenzierteren Zuordnung verschiedener endoprothetischer Verfahren gemäß ihrer unterschiedlichen Kosten. Im Ergebnis wurde die DRG I05Z gesplittet in

- I05A *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes [...] mit äußerst schweren CC* und
- I05B *Anderer großer Gelenkersatz,*

wobei letztere beispielsweise Fälle mit Humeruskopf- oder Schultergelenksendoprothesen enthält.

Mehrfacheingriffe

Gerade im Bereich der Endoprothetik, aber auch bei anderen großen Eingriffen vor allem an der unteren Extremität, besteht nach dem G-DRG-System 2013 schon eine differenzierte Berücksichtigung von beidseitigen, mehrzeitigen und anderen mehrfachen Eingriffen.

Teilweise kommt dabei jedoch noch ein Logikausdruck „mindestens zwei Prozeduren aus Tabelle X“ zum Einsatz, der auch, aber nicht ausschließlich hochaufwendige Fälle

zu detektieren vermag. Je nach Granularität der Verschlüsselung können auch Fälle mit mehreren Eingriffen – oder Eingriffskomponenten – an einem Gelenk diese Logik erfüllen, ohne immer in ihrem Aufwand mit Fällen z.B. mit beidseitigen Eingriffen vergleichbar zu sein.

Für die G-DRG-Version 2014 konnte diese Logik vielfach geschärft werden. So wird z.B. die DRG I01Z *Beidseitige oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität [...]* nur noch bei beidseitigen oder mehrzeitigen Eingriffen erreicht, nicht mehr bei Verschlüsselung zweier Codes am gleichen Gelenk.

Weiterhin konnten Fälle mit großen endoprothetischen Eingriffen an jeweils einem Knie- und Hüftgelenk in der DRG I36Z *Beidseitige Implantation einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk* abgebildet werden, was zu einer sachgerechteren Abbildung dieser aufwendigen Mehrfacheingriffe führt.

Die Bedingungen der bereits aus den Vorjahren bekannten Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen“ treffen typischerweise auf hochaufwendige Fälle zu. Diese an mehreren – nicht unmittelbar benachbarten – Lokalisationen unfallchirurgisch/orthopädisch operierten Patienten finden sich in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zwar in vergleichsweise geringer Zahl (im Gegensatz beispielsweise zur MDC 21B *Polytrauma*), weisen aber oft höhere Kosten in einem Maß auf, das eine deutlich höhere Eingruppierung begründet. Für 2014 konnten in mehreren Basis-DRGs der MDC 08, beispielsweise in der DRG I03 *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes [...]*, Fälle mit Eingriffen an mehreren Lokalisationen deutlich aufgewertet werden. Auch in den DRGs I29A *Komplexe Eingriffe am Schultergelenk [...]*, I46A *Prothesenwechsel am Hüftgelenk [...]* und I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule [...]* führen Eingriffe an mehreren Lokalisationen gemäß G-DRG-System 2014 zu einer Höhergruppierung.

Diese Umbauten stellen deutliche Verbesserungen der Abbildung von Extremkostenfällen dar.

Eingriffe an der Schulter

Wie bereits im Vorjahr wurden auch im aktuellen Jahr umfassende Analysen der Eingriffe am Schultergelenk durchgeführt. Mit Ausnahme der – typischerweise in der Basis-DRG I05 abgebildeten – Fälle mit endoprothetischem Ersatz des Schultergelenks verteilen sich die Fälle mit Eingriffen an der Schulter gemäß G-DRG-System 2013 vor allem auf die Basis-DRGs

- I29Z *Komplexe Eingriffe am Schultergelenk [...]*
- I21Z [...] *bestimmte Eingriffe an der Klavikula und*
- I16Z *Andere Eingriffe am Schultergelenk [...]*

Diese DRGs wiesen mit Relativgewichten zwischen 0,804 und 1,046 eine vergleichsweise geringe Spreizung auf. In den Daten der Kalkulationskrankenhäuser zeigten sich beispielsweise Fälle mit

- komplexen Frakturen an Skapula oder Humerus
- Pseudarthrose der Schulter
- Eingriff an mehreren Lokalisationen (z.B. Schulter und Hand)

- komplexen Rekonstruktionen an Weichteilen im Schulterbereich

in der DRG I29Z als noch nicht sachgerecht vergütet. Daraufhin wurde die DRG I29 anhand der genannten Attribute ausdifferenziert, sodass für 2014 zwei DRGs für eine kostengerechte Abbildung zur Verfügung stehen:

- *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 bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen*

Dadurch wurden Fälle mit komplexen Eingriffen erheblich aufgewertet, die Relativgewichte der genannten „Schulter-DRGs“ zeigen in der Folge für 2014 auch eine erheblich stärkere Spreizung (von 0,839 bis 1,372).

Erfreulich viele Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren bezogen sich auch auf eine präzisere Abbildung vergleichsweise einfacher Eingriffe. So konnten Fälle mit Akromioplastik und Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale sowie Fälle mit offener Reposition einer einfachen bzw. einer Mehrfragmentfraktur an der Klavikula durch intramedullären Draht aus der Basis-DRG I29 in die Basis-DRG I16 *Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafraktur* (im Sinne einer Abwertung) verschoben werden, was durch Schärfung der Definitivskriterien auch zur verbesserten Vergütung komplexerer Fälle beiträgt.

Weiterhin konnten Fälle mit beispielsweise offener Reposition einer einfachen Radiusfraktur durch Schraube aus der DRG I21Z *Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial [...] oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula* herausgenommen und entsprechend ihren geringeren Fallkosten in die DRG I59Z verschoben werden.

Eingriffe an Fuß und Sprunggelenk

Ein Schwerpunkt der Vorschläge des Strukturierten Dialogs der letzten Jahre waren Fälle mit Eingriffen an mehreren Zehenstrahlen. Diese beispielsweise bei rheumatischen Erkrankungen vorkommenden Mehrfacheingriffe werden als – im Vergleich zu anderen typischen Eingriffen der Fußchirurgie – deutlich kostenintensiver beschrieben, die entsprechenden Fälle waren jedoch in den Vorjahren anhand des OPS nicht sicher zu detektieren. Zwar war nach OPS Version 2011 in der Regel erkennbar, wenn am ersten Strahl / Großzeh und einem oder mehreren weiteren Strahlen operiert wurde, jedoch beispielsweise nicht, ob bei Vorliegen mehrerer Codes zu den Zehenstrahlen 2 bis 4 sich diese auf einen, zwei oder drei Strahlen bezogen. Somit konnte bisher erst eine Teilabbildung dieser Fälle in der DRG I20D *Eingriffe am Fuß [...] mit Eingriff an mehr als einem Strahl* erreicht werden.

In den Kalkulationsdaten des Jahres 2012 standen jetzt erstmals weitere, präzisere Informationen zu diesen Fällen zur Verfügung, da im OPS Version 2012 neue Zusatzcodes für Eingriffe an mehreren Finger- oder Zehenstrahlen mit genauer Zahl der operierten Strahlen etabliert worden sind. Auf dieser Grundlage konnte für 2014 eine weitere Aufwertung für Fälle mit Eingriff an mehr als drei Strahlen in die DRG I20C *Eingriff am Fuß [...] oder einzeitige Mehrfacheingriffe an > 3 oder mehr Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen* aufgenommen werden.

Weitere Änderungen

Auch über die oben ausführlich dargestellten Schwerpunkte hinaus wurde eine Vielzahl von Veränderungen umgesetzt. Hintergrund waren zum Teil Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren, aber auch umfangreiche eigene Analysen, beispielsweise zu noch hinsichtlich des Aufwands sehr uneinheitlichen Prozedurentabellen oder festgestellten Besonderheiten bei der Verschlüsselung.

Beispielhaft seien einige wesentliche Veränderungen der Basis-DRG I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur*, in die neben den typischen Fällen der DRG (Versorgung proximaler Femurfrakturen ohne Gelenkersatz) auch eine Vielzahl anderer Eingriffe gemäß G-DRG-System 2013 eingruppiert wird, dargestellt. Hier lag der Schwerpunkt auf der aufwandsgerechten Abbildung zahlreicher weniger komplexer Eingriffe wie:

- Geschlossene Repositionen durch intramedullären Draht im Bereich des Femurshafts
- Biopsien an Becken, Femur und Patella
- Revision von Osteosynthesematerial ohne Materialwechsel
- Bestimmte geschlossene Repositionen einer Gelenkluxation mit Schraube oder Draht

Diese Eingriffe wurden für 2014 entsprechend den Kosten in den Kalkulationsdaten zum Teil in andere DRGs der MDC 08 verschoben, zum Teil innerhalb der Basis-DRG I08 sachgerecht zugeordnet, beispielsweise in die neu etablierte DRG I08G *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...] ohne Knochen transplantation und -transposition am distalen Femur oder Revision ohne Wechsel Endoprothetik Hüfte*.

3.3.2.29 Urologie

Im Bereich Urologie konnte durch eine verbesserte Abbildung von Fällen mit bestimmten Diagnose- und Prozedurenkodes weiteres Entwicklungspotential ausgeschöpft werden. Aus dem Vorschlagsverfahren für das Jahr 2014 ergaben sich hierzu hilfreiche Hinweise.

Infektionen der Harnorgane mit multiresistenten Erregern

Aufgrund eines Vorschlags wurden Fälle mit einer *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* (OPS-Kode 8-987 ff.) innerhalb der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* analysiert. Im G-DRG-System 2013 war dieser Prozedurenkode in der DRG L63A *Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern* ausschließlich in Verbindung mit äußerst schweren Komplikationen und Komorbiditäten (PCCL >3) gruppierungsrelevant. Im G-DRG-System 2014 wird der Mehraufwand durch die Komplexbehandlung bei MRE auch bei geringerem PCCL abgebildet, indem die Bedingungen der L63C um die entsprechenden Prozeduren erweitert wurden: L63C *Infektionen der Harnorgane [...] ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern*.

Eingriffe an der Haut bei urologischer Hauptdiagnose

Wenn keine der OR-Prozeduren eines Falles einen Bezug zur MDC der Hauptdiagnose des Patienten aufweist, wird der Fall in die Basis-DRG 901 oder 902 eingruppiert. Diese Zuordnung wurde in der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* für bestimmte Eingriffe überprüft, da sie zum einen inhaltlich nicht schlüssig schien und sich zum anderen nicht in jedem Fall als ökonomisch sachgerecht erwies.

Fälle mit großflächigen Ablationen der Haut an den Lokalisationen Leisten- und Genitalregion und Gesäß (OPS-Kodebereiche 5-913; 5-915), die bei anogenitalen Warzen durchgeführt werden, zeigten sich in der Fehler-DRG 901/902 [...] *OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* zu hoch bewertet. Im G-DRG-System 2014 sind diese nun in der DRG M05Z *Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis und großflächige Ablationen der Haut* abgebildet.

Demgegenüber stellten sich Fälle mit bestimmten Eingriffen bei Fournier-Gangrän – Debridements sowie Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie an den Lokalisationen Leisten- und Genitalregion und Gesäß sowie schichtenübergreifendem Weichteildebridement – in der Fehler-DRG 901/902 als zu gering bewertet dar. Für 2014 konnten diese der Basis-DRG M04 *Eingriffe am Hoden*, der DRG M37Z [...] *Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän* [...] bzw. der DRG M38Z *Komplizierende Konstellationen mit operativem Eingriff* [...] zugeordnet werden.

PSA-Veränderung als Hauptdiagnose

In der ICD-10-GM Version 2012 wurde der neue Code R77.80 *Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine: Veränderung des prostataspezifischen Antigens [PSA]* eingeführt. Dieser wurde zunächst analog zum unspezifischen Vorgängerkode für Veränderungen der Plasmaproteine (R77.8) verwendet und befand sich im G-DRG-System 2013 daher in der Hauptdiagnosentabelle der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen*. Für 2014 wurde der Diagnosekode zu den Hauptdiagnosen aus dem Bereich Urologie in die MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* verschoben, in der die entsprechenden Fälle medizinisch stimmig und sachgerecht abgebildet sind.

3.3.2.30 Versorgung von Kindern

Wie in den vergangenen Jahren wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erneut die Abbildung von Kindern mit Hilfe spezieller Altersplits für Kinder untersucht. Dies führte für 2014 zu insgesamt 211 „Kindersplits“. Davon können 84 DRGs als „reine Kindersplits“ bezeichnet werden, was bedeutet, dass in diesen ausschließlich Kinder abgebildet werden. In weiteren 127 DRGs führt das Kindesalter ebenfalls zu einer Höhergruppierung, allerdings steht in diesen DRGs das Kindesalter neben weiteren den Schweregrad erhöhenden Attributen wie beispielsweise PCCL oder komplexe Diagnosen/Prozeduren. Grundsätzlich ist anzumerken, dass Splits in allen erdenklichen Konstellationen untersucht und bei positivem Ergebnis (wenn also die Kosten der Behandlung von Kindern sich höher zeigen) stets umgesetzt werden. Eine konkrete Mindestfallzahl gibt es für eine Umsetzung nicht. Kinderpositive Splits werden

auch bei geringster Fallzahl umgesetzt. Die folgende Abbildung 18 zeigt einige Beispiele für neu etablierte Altersplits für Kinder:

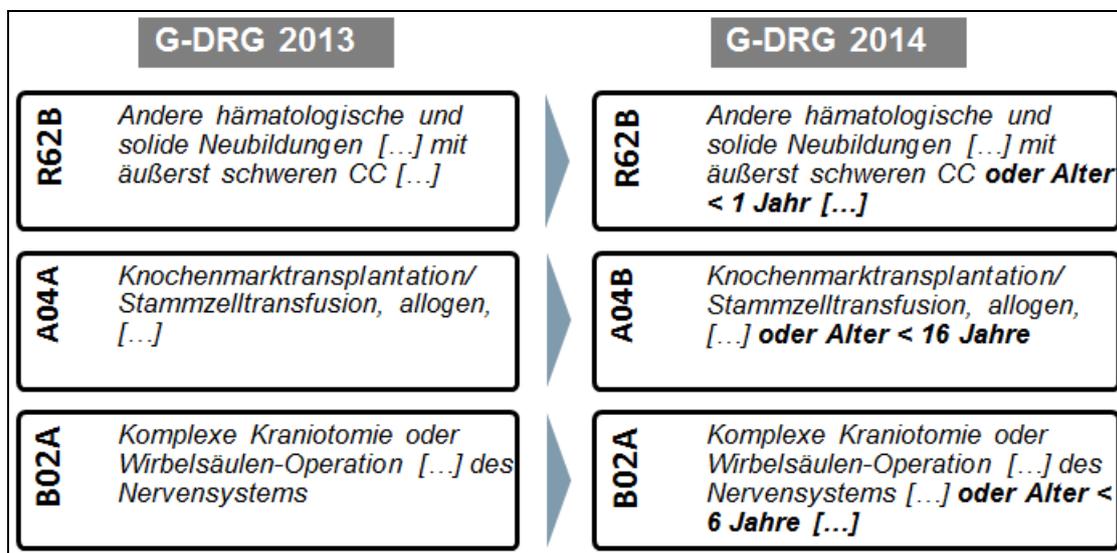


Abbildung 18: Beispiele für neu etablierte Altersplits für Kinder

Zusätzlich zum Alter als Splitkriterium wurden auch zahlreiche Diagnosen für angeborene Fehlbildungen wie beispielsweise Mikrozephalie, Atresien und Stenosen des Gastrointestinaltraktes, bestimmte Chromosomenaberrationen oder Fehlbildungen der Atmungsorgane auf ihre Eignung als Kostentrenner untersucht. Ab 2014 führen diese in unterschiedlichen Kombinationen z.B. in den Basis-DRGs E77 *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* oder G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder gastrointestinale Blutung [...]* zu einer Aufwertung der betroffenen Fälle.

Hinsichtlich der operativen Versorgung von Kindern führten Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren zur nicht sachgerechten Abbildung hochkomplexer Fälle zu umfangreichen Analysen. Dies betrifft z.B. die operative Versorgung von Neuroblastomen im Kindesalter. Finden sich diese Tumore im Bereich des Abdomens (C47.4), wurden die betroffenen Fälle in der G-DRG-Version 2013 der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zugeordnet. Der typischerweise durchgeführte Eingriff wie z.B. die *Resektion von Gewebe ohne sichere Organzuordnung* (5-590.8) führte dann zu einer Abbildung der Fälle innerhalb der Basis-DRG 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose*, da diese Prozeduren in der MDC 08 nicht gruppierungsrelevant waren. Für 2014 konnten derartige Fälle zusammen mit aufwendigen Eingriffen bei Bindegewebstumoren wie z.B. Sarkomen der DRG I27A *Eingriffe am Weichteilgewebe [...] oder bösartiger Neubildung und schweren CC und bestimmter Diagnose und komplexe Eingr.* zugeordnet werden. Ebenso erwähnenswert ist zusätzlich die Aufwertung von Fällen mit Thoraxdeformitäten wie der angeborenen Hühnerbrust und Trichterbrust und komplexem Korrekturingriff in Kombination mit z.B. einem Osteosyntheseverfahren oder einer Muskelplastik. Diese Fälle, die bisher in den Basis-DRGs E01 *Revisionseingriffe, [...]* und *andere komplexe Eingriffe am Thorax*, E05 *Andere große Eingriffe am Thorax* und E06 *Andere Lungenresektionen, [...]* und *Eingriffe an Thoraxwand, [...]* abgebildet waren, werden ab 2014 in die DRGs E01A

Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose sowie E05A Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC eingruppiert.

Hervorzuheben für den Bereich der medikamentösen Zusatzentgelte ist die Schaffung einer neuen Kinderdosisklasse bei zwei neuen bewerteten Zusatzentgelten (ZE142 *Gabe von Clofarabin, parenteral* und ZE144 *Gabe von Romiplostim, parenteral*). Weitere Informationen bezüglich der in den Anlagen 2, 4, 5 und 6 der FPV 2014 aufgeführten Zusatzentgelte finden sich in den Kapiteln 3.3.2.22 zum Themenbereich Onkologie sowie 2.5 bzw. 3.4.1.3 zum Themenbereich Zusatzentgelte.

MDC 15 Neugeborene

Die Änderungen am Gruppierungsalgorithmus der MDC 15 für die G-DRG-Version 2014 betrafen u.a. wieder die beiden Funktionen *Schweres Problem* bzw. *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen* sowie das Splitkriterium „anderes Problem“, das – wie die beiden genannten Funktionen – in der MDC 15 zahlreiche DRGs definiert. Hinweise im Vorschlagsverfahren gab es hier zu der Diagnose für die *Systemische prophylaktische Chemotherapie (Z29.21)*. Es zeigte sich in den durchgeführten Analysen, dass Fälle mit dieser Diagnose nicht mit höheren Kosten verbunden waren. Dementsprechend erfolgt ab 2014 die Abbildung aufwandsadäquat nicht mehr über die beiden genannten Funktionen, sondern über das Splitkriterium „anderes Problem“.

Ein wichtiges Definitionskriterium für das Erreichen einer operativen Basis-DRG in der MDC 15 ist das Vorhandensein einer OR-Prozedur. Ausgenommen ist hier lediglich eine spezifische Liste mit Eingriffen, die als *Nicht signifikante operative Eingriffe beim Neugeborenen* gewertet werden. In diese Liste aufgenommen wurden – aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren – wenig aufwendige Prozeduren für die Exzision einer Morgagni-Hydatide sowie für sonstige und nicht näher bezeichnete Exzisionen im Bereich der Epididymis. Fälle, die ausschließlich eine dieser Prozeduren aufweisen, werden damit zukünftig einer konservativen statt einer operativen Basis-DRG zugeordnet. Das alternative Merkmal, aufgrund dessen ein Fall in eine operative DRG eingruppiert wird, ist eine Beatmungsdauer von mehr als 95 Stunden. Seit dem OPS Version 2011 kann eine *Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen (HFNC-System) (8-711.5)* spezifisch verschlüsselt werden. Strittig diskutiert wird in dem Zusammenhang die Frage, ob dieses Verfahren die Definition einer Beatmung gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien erfüllt und ob demnach für diese Leistung Beatmungsstunden gezählt werden dürfen. Es zeigte sich in den zu dieser Thematik durchgeführten Analysen, dass Fälle mit Beatmungsstunden, die ausschließlich eine Atemunterstützung durch HFNC und keine andere Beatmungsform oder Intubation aufwiesen, in den operativen Basis-DRGs P03, P04, P05 und P06 deutlich geringere Kosten aufwiesen als die übrigen Fälle in den jeweiligen DRGs. Aus diesem Grund wurde hier der Gruppierungsalgorithmus so angepasst, dass derartige Fälle ab 2014 stets in der DRG mit dem niedrigsten Schweregrad in der jeweiligen operativen Basis-DRG abgebildet werden.

Eine Ausnahme bei den operativen Basis-DRGs der MDC 15 stellt die Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen* dar, die nur über Prozeduren für kardiothorakale und Gefäßeingriffe definiert ist. Hierzu erhielten wir Hinweise hinsichtlich einer nicht sachgerechten Abbildung von Fällen mit Eingriffen bei univentrikulärem Herzen, die für 2014 in die Definition der DRG P02B [...] *Beatmung > 143 und*

< 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen aufgenommen und damit aufgewertet werden konnten.

3.3.2.31 Wirbelsäulenchirurgie

Wie bereits im Vorjahr spielten bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die operativen Eingriffe an der Wirbelsäule eine bedeutende Rolle. Zum einen bezogen sich viele Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren auf diese Thematik, zum anderen weist der Bereich der Wirbelsäulenchirurgie einige Spezifika auf, die eine besonders intensive Analyse nahelegen:

- Dynamische Leistungsentwicklung
- Vielzahl innovativer Verfahren und Weiterentwicklung der OPS-Kodierung
- Komplexe Kodierung
- Gewisse Schiefelage der Kalkulationsstichprobe
- Hinweise auf Besonderheiten bei Leistungserbringung und/oder -verschlüsselung

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe wurde bereits im letztjährigen Abschlussbericht dargestellt, dass insbesondere im Bereich der weniger komplexen Eingriffe an der Wirbelsäule unter den fallzahlstärksten Leistungserbringern die an der Kostenkalkulation des InEK beteiligten Kliniken eher unterrepräsentiert waren. Hingegen waren besonders komplexe Eingriffe in den Kalkulationsdaten gut oder sogar überdurchschnittlich gut vertreten. Auch in den Daten aus 2012 ist eine solche „Schiefelage“ bei einer Anzahl von Leistungen deutlich erkennbar, wie die nachfolgende Abbildung 19 zeigt:

	Verhältnis Fälle in Stichprobe zu §-21-Daten
Dorsale Korrekturspondylodese 3–6 Segmente in DRG I09A	1 : 3,4
Implantation eines interspinösen Spreizers in DRG I10D	1 : 7,1
Dorsale Korrektur ohne vertbrales Release in Basis-DRG I09	1 : 8,2
Exzision mehrerer Wirbelsegmente und angrenzender Strukturen in DRG I10D	1 : 16,1
Zum Vergleich:	
Alle Fälle	1 : 4,4
Alle Fälle in MDC 08	1 : 4,8

Abbildung 19: „Schiefelage“ der Kalkulationsstichprobe, unterschiedliche Verteilung von Prozeduren

Die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser unterscheiden sich im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie somit deutlich von den Nichtteilnehmern, was sowohl im Sinne einer unterschiedlichen Leistungserbringung interpretiert werden kann als auch im Sinne einer unterschiedlichen Leistungsdarstellung, also Kodierung. Hinzu kommt, dass

die Verschlüsselung von Prozedurenkodes für Wirbelsäuleneingriffe sehr komplex ist. Oft werden auch Routineeingriffe nicht lediglich mit einem Code beschrieben, sondern mit einer Kombination aus drei oder auch deutlich mehr Codes, wobei die separate Verschlüsselung des operativen Zugangs ebenso eine Rolle spielt wie die Kodierung von Eingriffskomponenten und Begleiteingriffen. Insbesondere bei vergleichsweise unspezifischen Codes wie der o.g. „Exzision mehrerer Wirbelsegmente und angrenzender Strukturen“ kann ein unterschiedliches Leistungsspektrum nicht immer sicher von einer unterschiedlichen Verschlüsselungspraxis unterschieden werden.

Die Ergebnisse der Analysen auf Sachgerechtigkeit der Vergütung anhand der Fallkosten in den Kalkulationsdaten bleiben maßgeblich für die Umsetzbarkeit von Veränderungen auch in der Wirbelsäulenchirurgie. Auffälligkeiten in den Daten der Nicht-Kalkulationskrankenhäuser können Hinweise auf zu analysierende Sachverhalte geben, begründen aber – da zu diesen Häusern im InEK keine Kostendaten vorliegen – für sich allein keine Veränderung.

Die im Abschlussbericht für 2013 formulierten Ziele, zum einen „eine weiter verbesserte Eingruppierung besonders aufwendiger Konstellationen [zu erreichen]“ und zum anderen „eine Beeinflussung der sachgerechten Abbildung durch Kodierbesonderheiten möglichst weitgehend zu vermindern“, gelten für 2014 unverändert.

Abgesehen von DRGs mit sehr spezifischem Inhalt und vergleichsweise kleinen Fallzahlen, wie etwa der Basis-DRG I45 *Implantation und Ersatz einer Bandscheibenprothese*, den überwiegend unbewerteten DRGs für akute Rückenmarksverletzungen und der besonderen Konstellation bei Polytrauma, sind die Eingriffe an der Wirbelsäule überwiegend in drei Basis-DRGs der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* abgebildet:

- 106 *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule [...]*
- 109 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule [...]*
- 110 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule [...]*

Die weitere Differenzierung innerhalb dieser Basis-DRGs berücksichtigt u.a. die Attribute

- Komplexität der Eingriffe
- Mehrfach- und mehrzeitige Eingriffe
- Diagnose(n)
- Alter
- Nebendiagnosen / PCCL

Im Vorschlagsverfahren wurde – neben einer Vielzahl von Detailanregungen – auch ein Vorschlag eingebracht, der eine vollständige Neueinteilung der DRGs für die Wirbelsäulenchirurgie zum Ziel hatte. Grundsätzlich ist vorgesehen, unabhängig vom damit verbundenen Analyseaufwand, auch hochkomplexe Umgestaltungen des G-DRG-Systems in gleicher Weise zu untersuchen wie strukturell einfachere Umbauten (Kodeverschiebung, DRG-Split oder ähnliche). Dies bedeutet im Einzelnen:

- Einbau der Veränderung(en) in den Entwicklungsgrouper des InEK

- Verarbeitung (Gruppierung) aller Fälle der Kalkulationskrankenhäuser einmal mit dem unveränderten, einmal mit dem entsprechend dem Vorschlag angepassten Groupier
- Analyse der Fallverschiebungen: Sachgerechtigkeit der Vergütung verbessert oder nicht?

Bei hochkomplexen Umbauten ist eine vollständige Simulation des gesamten Umbaus zum einen mit erheblichem Aufwand verbunden (Definition einer Vielzahl neuer DRGs mit umfangreichen Kodelisten und insbesondere – aufgrund der massiven Fallwanderungen für ein aussagekräftiges Ergebnis hier unverzichtbar – vollständige Neusortierung der Abfragereihenfolge gemäß den mittlerer Kosten der Inlier). Zum anderen sind bei insgesamt ungünstigem Ergebnis einzelne Teile des Vorschlags mit möglicherweise günstigem Ergebnis kaum in der Vielzahl von Fallverschiebungen identifizierbar. Dennoch wurde auch dieser Vorschlag in der beschriebenen Weise analysiert, zeigte im Ergebnis aber, dass das bestehende System – trotz geringerer Zahl der DRGs – mit deutlich höherer Kostenhomogenität verbunden war als alle Modifikationen dieses Vorschlags zur grundsätzlichen Neustrukturierung.

In einer Vielzahl von Einzelrechnungen wurden daraufhin isoliert prüfbare Teilkomponenten des Gesamtumbaus auf ihre systemverbessernde Wirkung hin untersucht. Zusammen mit weiteren Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren und in erster Linie einer großen Zahl an InEK-eigenen Analysen bildeten diese die Grundlage für viele Veränderungen im Bereich der Wirbelsäulen-DRGs.

Im Ergebnis wurde eine Vielzahl von Eingriffen anhand einzelner OPS-Kodes oder auch typische Kodekonstellationen analysiert und konnte für 2014 innerhalb der bestehenden Systematik kostengerecht neu zugeordnet werden. Auch weitere Parameter (Diagnosen, Alter, PCCL) wurden in die Analysen einbezogen und führten zu weiteren Veränderungen. Als Beispiel sei hier der Umbau der DRG I10C für 2014 dargestellt (siehe Abb. 20):

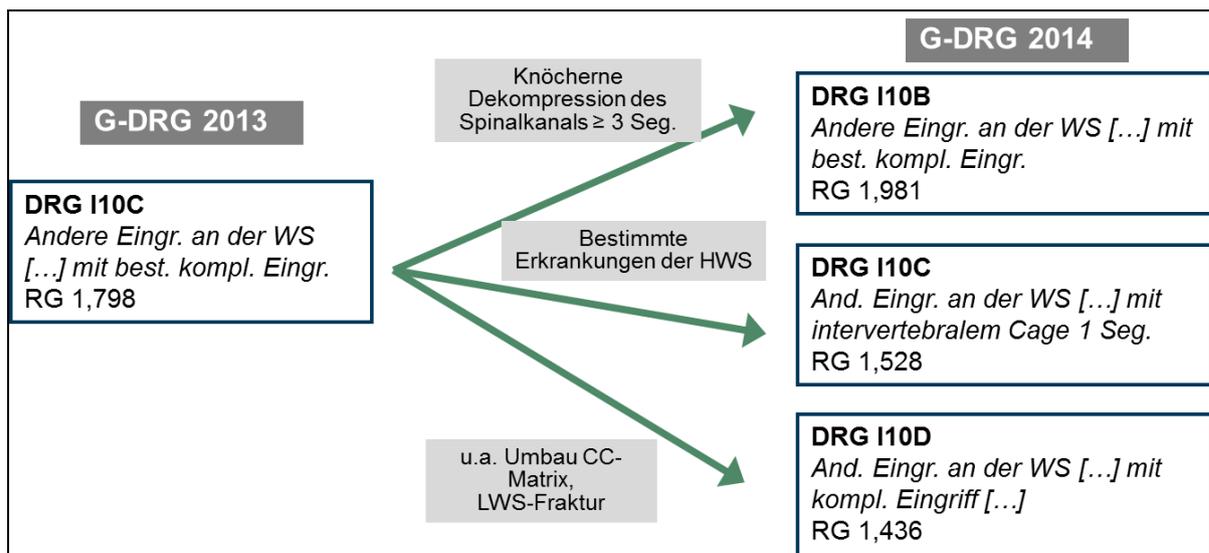


Abbildung 20: Umbau der DRG I10C

Nachfolgend werden weitere umgesetzte Auf- und Abwertungen exemplarisch dargestellt.

Gegenüber dem G-DRG-System 2013 aufgewertet wurden für 2014 z.B.

- Frakturen an Halswirbeln
- Bestimmte Osteosynthesen und Spondylodesen > 3 Segmente
- Korrekturspondylodesen > 6 Segmente

Zudem ermöglicht die verstärkte Nutzung der Funktionen *Komplizierende Konstellationen* und *Eingriffe an mehreren Lokalisationen* (wie in den Kapiteln 3.3.2.18 und 3.3.2.28 dargestellt) eine deutlich verbesserte Abbildung hochaufwendiger Fälle im Sinne einer – zumeist erheblichen – Aufwertung innerhalb der Wirbelsäulen-DRGs.

Entsprechend den im Vergleich zu den anderen Fällen der bisher zugeordneten DRGs deutlich geringeren Kosten abgewertet wurden für 2014 z.B. die Verfahren

- Kyphoplastie an einem Wirbelkörper
- Implantation einer Multifunktionselektrode zur perkutanen Radiofrequenzbehandlung
- Perkutane Exzision einer Bandscheibe mit Endoskopie
- Biopsie an der Wirbelsäule durch Inzision
- Entfernung eines freien Sequesters

Eine Folge der für 2014 erneut erheblich verfeinerten Differenzierung in diesem Bereich ist auch, dass die DRGs der Basis-DRGs I06, I09 und I10, die nach Fallpauschalen-Katalog für 2013 Relativgewichte zwischen 0,656 und 8,099 aufweisen, sich im Fallpauschalen-Katalog für 2014 mit Relativgewichten zwischen 0,583 und 9,251 jetzt mit deutlich größerer Spreizung darstellen.

Dabei erfordert eine sachgerechte Abbildung im Vergütungssystem neben der Identifikation und kostengerechten Eingruppierung hochkomplexer Fälle auch die möglichst treffsichere Detektion wenig aufwendiger Fälle und deren Zuordnung zu aufwandsgerechten DRGs.

Zusammenfassend wurde für 2014 eine erhebliche Verbesserung der Kostenhomogenität in den Fallpauschalen für Eingriffe an der Wirbelsäule erreicht. Dies erforderte auch aufgrund der dargestellten Besonderheiten einen sehr differenzierten Umbau der Wirbelsäulen-DRGs mit zum Teil sehr komplexen Logiken. Die Sachgerechtigkeit der Abbildung in diesem Bereich noch weiter zu verbessern – unter Berücksichtigung der Leistungsentwicklung und -verteilung sowie möglicher Kodieranreize – wird auch in Zukunft die Arbeiten am G-DRG-Algorithmus weiter prägen.

3.3.3 Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014 ist es erneut gelungen, Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten oder durch klassifikatorische Änderungen in das G-DRG-System zu integrieren.

NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 21 dargestellt.

NUB-Verfahren	Status 2013	ZE2014	Bezeichnung Zusatzentgelt
Ofatumumab	1	ZE2014-100	Gabe von Ofatumumab, parenteral

Tabelle 21: Leistungen mit NUB-Status 1, die ab G-DRG-Version 2014 als Zusatzentgelt abgebildet sind

Neben der Integration von NUB-Leistungen mittels Zusatzentgelten wurden zwei Leistungen in die Definitionen von Fallgruppen aufgenommen. So wurde für das Verfahren *Lungen-Lebendspende* die unbewertete DRG Z04Z *Lungenspende (Lebendspende)* etabliert.

Des Weiteren wurde das Verfahren *Ösophagussphinkterimplantat, magnetisch klassifikatorisch* durch Aufnahme in die Definition der DRG 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* entsprechend den Kosten der Fälle in den Kalkulationsdaten 2012 in das G-DRG-System integriert.

Das Instrument der ergänzenden Datenbereitstellung (siehe Kap. 3.2.1.2) spielt eine zentrale Rolle bei der raschen Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System. Zwar ist die Abbildung von NUB-Leistungen bei Vorliegen spezifischer OPS-Kodes, wie z.B. der Einsatz eines Excimer-Lasers bei der Entfernung von Schrittmacher- oder Defibrillatorelektroden, auch ohne eine ergänzende Datenbereitstellung möglich, doch das Vorliegen eines spezifischen Kodes im Datenjahr ist aufgrund der Neuheit der NUB-Leistungen oft nicht gegeben.

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wird im Rahmen der Prüfung der Integration der 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, so 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 (NUB-Status 2). Diese Überprüfung kann zwei unterschiedliche Folgen haben. Zum einen kann die Leistung bei Bestätigung einer nicht sachgerechten Vergütung ggf. im G-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.

Das NUB-Verfahren hat somit eine große Bedeutung für das G-DRG-System. Einerseits kann über die Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG eine potentielle Finanzierungslücke geschlossen werden. Andererseits dient es als Informationsquelle zur Ermöglichung einer raschen Integration medizinischer Innovationen in das deutsche DRG-System und trägt damit dem Wunsch nach einem innovationsfreundlichen System Rechnung.

3.3.4 Sortierung

Vorgehensweise

Zur Vermeidung der Problematik der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ wird im G-DRG-System eine Sortierung der DRGs gemäß ihren mittleren Inlierkosten durchgeführt. Daraus resultiert eine Abfragereihenfolge, in der typischerweise hoch bewertete DRGs vor geringer bewerteten DRGs abgefragt werden. Umfang und Vorgehensweise der Sortierung entsprechen weitgehend den Vorjahren:

- Konsequente Sortierung aller DRGs innerhalb der operativen und innerhalb der anderen Partitionen absteigend nach Bewertungsrelation
- In der medizinischen Partition hingegen kann in der Regel auf eine Sortierung verzichtet werden, da die DRGs über Hauptdiagnosen definiert und damit disjunkt (überschneidungsfrei) sind.
- 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 und komplexer therapeutischer ERCPs (DRGs H40Z und H41A) in die operative Partition der MDC 07 (erstmalig für 2007).
- Sortierung der kardiothorakalen und Gefäßeingriffe in die sonst disjunkten DRGs der MDC 15 entsprechend ihren Kosten (erstmalig für 2009)
- Sortierung aller DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung ihren Kosten entsprechend in die Abfragereihenfolge der Prä-MDC (erstmalig für 2009)
- In den MDCs 12 und 13 werden die medizinischen Tumor-DRGs und entsprechende Strahlentherapie-DRGs individuell bei der Sortierung berücksichtigt

Besondere Konstellationen

Wie oben aufgeführt werden die DRGs typischerweise gemäß ihren mittleren Inlierkosten absteigend sortiert. Allerdings wird zur Vermeidung einer unsachgerechten Vergütung in einigen Konstellationen auch die mittlere Verweildauer der Fälle betroffener DRGs berücksichtigt. Exemplarisch soll dies anhand der Sortierung innerhalb der Basis-DRG F19 erläutert werden.

Die DRG F19B *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen oder Radiofrequenzablation über A. renalis, ohne äußerst schwere CC bei anderen perkutan-transluminalen Interventionen an Herz, Aorta und Lungengefäßen, Alter < 16 Jahre* hat mit 1,79 ein niedrigeres Relativgewicht als die danach (innerhalb der MDC05 an Position 81) abgefragte DRG F19C *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre* (RG: 1,861).

DRG	Parti- tion	Bezeichnung ⁶⁾	Bewertungs- relation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil- dauer ¹⁾	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
					Erster Tag mit Abschlag ^{2), 5)}	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt ^{3), 5)}	Bewertungs- relation/Tag
1	2	3	4	6	7	8	9	10
F19A	O							
F19B	O	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen [...], Alter < 16 Jahre	1,790	2,8	1	0,322	5	0,163
F19C	O	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	1,861	5,0	1	0,679	13	0,101
F19D	O							

Abbildung 21: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2014

Die Abfrage der F19B vor der F19C hat zur Folge, dass Kinder, die in der Regel eine deutlich geringere Verweildauer als Erwachsene haben (mittlere Verweildauer: F19B 2,8 Tage vs. F19C 5,0 Tage) bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer in der DRG F19B besser abgebildet werden können, da der Abschlag der DRG F19B deutlich niedriger ist als in der DRG F19C. Des Weiteren kann in der Kinder-DRG F19B bereits ab dem fünften Tag ein Zuschlag geltend gemacht werden (siehe Abbildung 21). Die bei Betrachtung aller Fälle somit deutlich bessere Vergütung in der DRG F19B begründet in diesem Fall die Definition einer eigenständigen Kinder-DRG trotz geringfügig geringerer Inlier-Relativgewicht. Entsprechend muss auch die Abfrageposition der DRG F19B vor der F19C liegen.

3.3.5 Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen

3.3.5.1 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Die ab 1. Januar 2014 gültige ICD-10-GM Version 2014 enthält insgesamt 13.381 terminale Codes und somit 16 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2013 (13.365). 99% dieser Codes (13.313) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes.

Der OPS Version 2014 enthält insgesamt 28.828 terminale Codes. Das sind 560 Codes mehr als im OPS Version 2012 (28.268). Die Mehrzahl der Codes (27.950, 97%) zeigt ebenfalls keinen Unterschied zum Vorjahr in Bezug auf den Code und die inhaltliche Leistungsbeschreibung.

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des DIMDI, das in seinem jährlichen Revisionsverfahren auch Änderungsvorschläge annimmt. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2014 beim InEK eingegangenen Vorschläge zur Umformulierung bestehender Codes bzw. Etablierung neuer Codes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet.

Über die im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2014 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die Notwendigkeit weiterer neuer Codes deutlich. Dies betrifft die neuen OPS-Codes für die Retransplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark während desselben stationären Aufenthalts (5-411.6) sowie für die Retransfusion von peripher gewonnenen häma-

topoetischen Stammzellen während desselben stationären Aufenthalts (8-805.7). Diese werden im G-DRG-System 2014 in der DRG A04A *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt* und der DRG A15A *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt* zur Eingruppierung verwendet.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2014 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 G-DRG-System. Ein Beispiel ist die Unterteilung des Codes für das zentrale pulmonalarterielle Banding in *nicht telemetrisch adjustierbar* und *telemetrisch adjustierbar* (5-390.7 ff.)

Weiterhin gibt es neue OPS-Kodes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2014 im OPS zu finden sind, wie z.B. Kodes aus 6-006.4 *Applikation von Medikamenten, Liste 6 Ofatumumab, parenteral* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE2014-100 *Gabe von Ofatumumab, parenteral*.

Entsprechend der Vorgehensweise der Vorjahre wurden auch für 2014 bestehende ICD-Kodes differenziert bzw. neue ICD-Kodes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurde die Kategorie T85.7-*Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate* um einen neuen Subkode T85.73 *Infektion und entzündliche Reaktion durch Mammaprothese oder -implantat* ergänzt. Somit kann diese Komplikation nun spezifisch verschlüsselt werden.

3.3.5.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2014 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2012 (Datenjahr 2012). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2012 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2012 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2014 stand zunächst die G-DRG-Version 2012/2014 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2014 anhand der im Datenjahr 2012 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des G-DRG-Systems 2014 für die Gruppierung im Jahr 2014 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei weitere Schritte notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2012/2014 auf das G-DRG-System 2013/2014 übergeleitet. Die für diesen Zweck notwendige Überleitung der Diagnose- und Prozedurenkodes wurde generell anhand der Überleitungstabellen, die vom DIMDI zur Verfügung gestellt wurden, durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte jedem der im Jahr 2013 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes die Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2012 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2014 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2013/2014. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2012/2013 auf die G-DRG-Version 2013 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht des Jahres 2013 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2013/2014 auf die G-DRG-Version 2014 übergeleitet. Erneut dienten die vom DIMDI zur Verfügung gestellten Überleitungstabellen als Basis.

Die beiden Übergangsversionen sollen es den Vertragspartnern auf Ortsebene ermöglichen, Budgetverhandlungen für das Jahr 2014 auf der Basis der Leistungsdaten der Jahre 2012 bzw. 2013 zu führen. Zu diesem Zweck wurden sie bereits vor Veröffentlichung der G-DRG-Version 2014 auf der Homepage des InEK zur Verfügung gestellt. Dabei sollten die für diesen Zweck ebenfalls auf der Internetseite des InEK veröffentlichten „Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung“ (siehe Kap. 3.3.7.5) berücksichtigt werden.

Die Vorgehensweise bei der Überleitung der Codes der ICD-10-GM und des OPS wird im Folgenden näher erläutert.

3.3.5.3 Behandlung nicht identischer 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 DIMDI 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

Im Folgenden sollen diese Varianten anhand von Beispielen erläutert werden.

Klassifikatorische Überleitung

Im Rahmen der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2014 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2013/2014 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den im Jahr 2014 neu etablierten fünfstelligen Codes aus Q83.8-*Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma* die Funktion des im Jahr 2013 gültigen vierstelligen Codes Q83.8 *Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma* zugewiesen (siehe Tab. 22).

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2012)	Neue Codes (ICD-10-GM Version 2013)
Q83.8 <i>Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma</i>	Q83.80 <i>Tubuläre Brust</i> Q83.88 <i>Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma</i>

Tabelle 22: Differenzierung des ICD-Kodes Q83.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma

Die neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den alten Code Q83.8 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2014:

In jeder Tabelle des G-DRG-Systems 2013/2014, in welcher der alte ICD-Kode Q83.8 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2014 jeweils beide neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnostabelle der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*
- Hauptdiagnostabellen der DRGs J01Z *Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma* und J67Z *Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen*
- Hauptdiagnostabellen der DRGs A09A und A11B der Prä-MDC

Darüber hinaus werden die neuen Codes 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. Beispielsweise hat das DIMDI in der klassifikatorischen Überleitung die neuen OPS-Kodes für Aggregatwechsel bzw. Aggregat- und Sondenwechsel bei einem Defibrillator mit subkutaner Elektrode (5-378.5g, 5-378.6g) auf den Code für Aggregatwechsel bzw. Aggregat- und Sondenwechsel bei sonstigen Systemtypen (5-378.5x, 5-378.6x) übergeleitet. Damit würden diese Verfahren jedoch im Gegensatz zur *Implantation eines Defibrillators mit subkutaner Elektrode (5-377.j)* nicht in der Basis-DRG F01 *Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems* abgebildet. Da die beiden Verfahren aus medizinischer und ökonomischer Sicht jedoch vergleichbar sind, erscheint eine äquivalente Abbildung eher sachgerecht. Daher ist hier aus Sicht des G-DRG-Systems eine vom DIMDI abweichende, am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung geboten. Die neuen OPS-Kodes 5-378.5g und 5-378.6g werden also auf den Vorgängerkode 5-377.j übergeleitet und erhalten damit die gleiche Gruppierungsrelevanz.

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 weiterhin in den gleichen DRGs eingruppiert werden.

Für die G-DRG-Version 2014 musste in dieser Weise der Einführung neuer Codes für die *Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße mit kombinierter Radionuklid- und Farbmarkierung (5-401 ff.)* und der damit einhergehenden Änderung der bisherigen Kodierung bei der Verwendung mehrerer Markierungsverfahren bei der Sentinel-Lymphonodektomie Rechnung getragen werden. Die Eingruppierungslogik innerhalb der Basis-DRG J24 *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung* wurde dahingehend angepasst, dass ein Fall mit dem neuen Prozedurenkode für die axilläre

Sentinel-Lymphonodektomie *mit kombinierter Radionuklid- und Farbmarkierung* (5-401.13) der gleichen DRG zugewiesen wird wie ein Fall mit **beiden** bestehenden Codes 5-401.11 *Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße, axillär, mit Radionuklidmarkierung* und 5-401.12 [...] *mit Farbmarkierung*.

3.3.5.4 Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorlag, bestanden verschiedene Varianten der Berücksichtigung im G-DRG-System 2014:

- 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 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. Aktuelle Beispiele sind die neu in den OPS Version 2014 aufgenommenen Codes für die repetitive transkranielle Magnetstimulation, unterteilt in Grundleistung und Therapiesitzung (8-632 ff.). Diese Codes sind im G-DRG-System 2014 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

Grundsätzlich ist eine generelle Nichtberücksichtigung im G-DRG-System nur bei OPS-Codes möglich. Ein neuer ICD-Code muss jedoch der Systemlogik folgend mindestens einer DRG der medizinischen Partition einer MDC (oder den unzulässigen Hauptdiagnosen und damit einer Fehler-DRG) zugeordnet werden.

Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2013 oder 2014 neu etablierte ICD- und OPS-Codes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2014 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.

Der Code Z52.80 *Lungenspender* wurde in der ICD-10-GM Version 2014 neu etabliert. Ebenso neu aufgenommen wurde in den OPS Version 2014 der Code 5-324.c *Lo-bektomie zur Lebend-Organpende, offen chirurgisch*. Entsprechende Fälle konnten bei der Entwicklung der G-DRG-Version 2014 durch die Kombination des Diagnosekodes Z52.8 *Spender sonstiger Organe oder Gewebe* in Verbindung mit einem Prozeduren-

kode für eine Lobektomie der Lunge (OPS-Kategorie 5-324 bzw. 5-325) aus den Kalkulationsdaten des Jahres 2012 untersucht werden. Im Ergebnis werden Fälle mit dem Kode Z52.80 als Hauptdiagnose in Kombination mit einer Lobektomie der Lunge bzw. Fälle mit der Prozedur 5-324.c typischerweise der DRG Z04Z *Lungenspende (Lebendspende)* zugeordnet.

Die Kodes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Kodes zugeordnet

Dieses Verfahren wurde für die Abbildung einiger neu aufgenommener OPS-Kodes angewandt. So wurden z.B. die ab dem Jahr 2014 gültigen OPS-Kodes für Präkonditionierte und elektrostimierte Kardiomyoplastie (5-379.c ff.) analog dem bereits existierenden OPS-Kode 5-379.x *Andere Operationen an Herz und Perikard, sonstige* eingebunden. Die betreffenden Fälle sind dadurch u.a. in der operativen DRG F09C *Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC* abgebildet und nicht in einer konservativen DRG, was hier sicher nicht sachgerecht wäre.

3.3.5 Hinweise zur Leistungsplanung und Budgetverhandlung

Anhand des beschriebenen Vorgehens konnte das Ziel erreicht werden, die größtmögliche inhaltliche Kongruenz zwischen der ersten Übergangsversion 2012/2014 und der G-DRG-Version 2014 zu erhalten. Allerdings ist die unkritische Übernahme der Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Versionen 2012/2014 für die Daten aus 2012 und 2013/2014 für die Daten aus 2013 nicht in jedem Fall zielführend. Verantwortlich dafür können Änderungen des Gruppierungsalgorithmus, der Deutschen Kodierrichtlinien, der ICD-/OPS-Kataloge oder der Abrechnungsbestimmungen sein. Zur korrekten Würdigung der Gruppierungsergebnisse mit den unterschiedlichen Versionen veröffentlicht das InEK jeweils ergänzend „Hinweise zur Leistungsplanung und Budgetverhandlung“ auf seiner Internetseite.

3.3.6 Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien

Der Schwerpunkt der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien lag auf einer für die Version 2014 begonnenen grundlegenden Überarbeitung von Kapitel 15 „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ auf Basis von umfangreichen Hinweisen der Fachgesellschaft im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2014. Zusätzlich zur Klarstellung und redaktionellen Anpassung einzelner Kodierrichtlinien erfolgte generell eine Anpassung an Änderungen der Diagnosen-/ Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2014.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- DKR 1406a: Streichung der Kodierrichtlinie, da diese nach Einführung spezifischer Diagnosekodes für die weibliche Genitalverstümmelung in die ICD-10-GM Version 2014 nicht mehr erforderlich ist
- DKR 1506f: Streichung der DKR, da diese nach Änderung der Definition der DRG 962Z *Unzulässige geburtshilffliche Diagnosekombination* keine Relevanz mehr hat. In die DRG 962Z *Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea* werden zukünftig nur noch Fälle mit falsch kodierter Sectio caesarea eingruppiert.

Detaillierte Informationen dazu finden sich in Kapitel 3.3.2.23. Das Beispiel 1 dieser DKR, das eine komplikationslose Entbindung darstellt, wurde in DKR 1508 verschoben.

- DKR 1510m: Regelung der Kodierung von Komplikationen in der Schwangerschaft für Fälle mit Diabetes mellitus und für Fälle mit Infektionen des Urogenitalsystems. Hier werden zukünftig die Diagnosen aus den Codebereichen O23.- *Infektionen des Urogenitalsystems in der Schwangerschaft* bzw. aus O24.- *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft* zusammen mit den jeweils spezifischen Kode aus Kapitel XIV „Krankheiten des Urogenitalsystems“ bzw. aus dem Codebereich E10-E14 „Diabetes mellitus“ angegeben. Ermöglicht wurde diese Änderung durch eine vorbereitende Anpassung der CCL-Matrix. Weitere Informationen dazu finden sich im Kapitel 3.3.1.4.
- DKR 1911m: Klarstellung des Absatzes „Reihenfolge der Codes bei multiplen Verletzungen“ hinsichtlich der Auswahl der Hauptdiagnose bei mehreren näher beschriebenen Verletzungen

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2014 sind ausführliche Informationen zu den durchgeführten Änderungen zusammengestellt.

3.4 Statistische Kennzahlen

3.4.1 Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr

3.4.1.1 Erweiterung und Umbau der Fallgruppen

Das G-DRG-System 2014 umfasst insgesamt 1.196 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2013 bietet die folgende Tabelle 23:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2014	1.196	+ 9
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.148	+ 6
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	43	+ 3
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	+ 1
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	20	- 3
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	325	- 4

Tabelle 23: Überblick über das G-DRG-System 2014

Die im Anhang enthaltene Tabelle A-5 gibt einen Überblick über die Veränderung der Anzahl der DRGs je MDC.

Im Zusatzentgelte-Katalog (FPV 2014 Anlage 2) werden 95 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 90) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (FPV 2014 Anlage 4) liegt bei 64 (Vorjahr: 66).

3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im G-DRG-System 2014 ist die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2013 um drei auf 43 DRGs gestiegen. Folgende drei DRGs wurden neu in Anlage 3a FPV 2014 aufgenommen:

- A04A Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt,
- A15A Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt und
- Z04Z Lungenspende (Lebendspende)

Die als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs wurden abschließend definiert, so dass lediglich die Vergütungshöhe dieser DRGs krankenhausesindividuell nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu verhandeln ist.

Die im Vergleich zum Vorjahr unveränderte kritische Gesamtwürdigung kalkulationsrelevanter Aspekte führte im G-DRG-System 2014 dazu, dass sich die 43 in Anlage 3a der FPV 2014 aufgeführten Fallpauschalen aufgrund der Verletzung eines oder mehrerer kalkulationsrelevanter Kriterien als „nicht pauschalierbar“ darstellten.

3.4.1.3 Zusatzentgelte

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung wurden erneut über 200 spezielle und hochaufwendige Leistungen auf ihre sachgerechte Abbildung im DRG-System geprüft. Nach den Verfahrenseckpunkten zur Umsetzung des § 6 Abs. 2 KHEntgG (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) sollen angefragte Methoden/Leistungen im Folgejahr auf ihre Möglichkeit zur Integration in das G-DRG-System untersucht werden. Entsprechend wurden ca. 90 angefragte Methoden/Leistungen für die Abbildung im Zusatzentgelte-Katalog analysiert.

Die Untersuchungsmethodik blieb gegenüber dem Vorjahr unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten Kostendaten und ergänzenden Fallinformationen bildeten die Grundlage für die Definition und Bewertung der Zusatzentgeltleistungen. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der mit einem Vergütungsbetrag bewerteten Zusatzentgelte in Anlage 2 der FPV 2012 um 5 auf insgesamt 95.

Tabelle 24 zeigt die Zahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2014 im Vergleich zum G-DRG-System 2013:

	G-DRG-System 2013	G-DRG-System 2014
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	35	35
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	52	56
Besondere Behandlungsformen	3	4
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	34	34
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	29	27
Besondere Behandlungsformen	3	3
Gesamt	156	159

Tabelle 24: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2013 und 2014

Zu den besonderen Behandlungsformen zählen die *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* (ZE130), die *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* (ZE131), die *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE145) (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie die *Anthroposophische Komplexbehandlung* (ZE2013-26), die *Versorgung von Schwerstbehinder-*

ten (ZE2013-36) und die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2013-40) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

Die Selbstverwaltungspartner haben in ihrer Vereinbarung zur Bestimmung Besonderer Einrichtungen für das Jahr 2013 das InEK beauftragt, die als Besondere Einrichtungen geführten Palliativstationen einer genaueren Untersuchung zu unterziehen. Zum 1. Januar 2012 wurden neue OPS-Kodes für die spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung eingeführt. Damit konnten die Kosten der mit diesem OPS dokumentierten Leistungen erstmals im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2014 analysiert werden. Im Ergebnis wurde auf Basis der Berechnungsmethodik für das Zusatzentgelt für palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60) ein neues Zusatzentgelt für spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE145) etabliert. Das neue Zusatzentgelt entfaltet seine Abrechnungswirksamkeit ab dem 1. Januar 2014. Das konkrete Zusammenwirken der Zusatzentgelte für palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60 und ZE145) einerseits und für hochaufwendige Pflege (ZE130 und ZE131) andererseits kann erst mit dem Datenjahr 2014 detailliert analysiert werden. Die Anzahl Besonderer Einrichtungen ging nach dem InEK vorliegenden Informationen von 67 im Datenjahr 2011 auf 43 (davon zwei explizit für Kinder) im Datenjahr 2012 zurück. Die Selbstverwaltungspartner haben daraufhin im Lichte der aktuellen politischen Entwicklungen auf die Durchführung des Prüfauftrags für das Datenjahr 2012 verzichtet und eine rein redaktionelle Fortschreibung der Vereinbarung zur Bestimmung Besonderer Einrichtungen für das Jahr 2014 konsentiert.

Für das Zusatzentgelt ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* entsprach die Datenbasis aufgrund von Datenproblemen bei den jeweils fallzahlstarken Kalkulationskrankenhäusern nicht den Anforderungen des Regelwerks. Zur Vermeidung einer temporären Verschiebung dieser Leistung zwischen Anlage 2 (bewertet) und Anlage 4 (unbewertet) wurde für die Bewertung der Vorjahreswert unverändert übernommen.

Ein zuvor als NUB definiertes Medikament konnte auf Basis der verfügbaren Daten neu als Zusatzentgelt definiert werden (ZE2014-100 *Gabe von Ofatumumab, parenteral*).

Weiterhin setzte sich bei der Leistung *Gabe von Topotecan parenteral* der schon im vergangenen Jahr beobachtete Preisverfall deutlich fort. Auf der Basis des Datenjahres 2012 konnte die Leistung wieder bewertet werden. Zur Absicherung der Vergütung teurer Fälle, z.B. im Rahmen einer teilstationären Chemotherapie über einen sehr langen Zeitraum, wurden bei ZE44 *Gabe von Topotecan, parenteral* neue Dosisklassen eingerichtet. Hingegen führt z.B. die Gabe von 20 mg Topotecan, die nach dem Fallpauschalen-Katalog für 2012 mit einem bewerteten, nach dem Katalog für 2013 bei bereits beobachtetem, aber noch nicht quantifizierbarem Preisverfall mit einem unbewerteten Zusatzentgelt vergütet wurde, entsprechend den erheblich gesunkenen Kosten des Medikaments nicht mehr zu einem Zusatzentgelt.

In die Liste der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG wurde für das Jahr 2014 für Medikamentengaben ein neues Zusatzentgelt aufgenommen, das im Jahr 2013 mit NUB-Status 1 versehen war (ZE2013-100 *Gabe von Ofatumumab, parenteral*). Diese Leistung erfüllt zwar die Kriterien für eine Zusatzentgeltdefinition, konnte jedoch wie alle in Anlage 4 des Fallpauschalen-Katalogs zusammengefassten Leistungen auf der vorhandenen Datenbasis nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

Drei Zusatzentgelte für Medikamentengaben, die in den vergangenen Jahren noch unbewertet waren, konnten auf Grundlage des Datenjahres 2012 nun erstmals bewertet

werden: ZE142 *Gabe von Clofarabin, parenteral*, ZE143 *Gabe von Plerixafor, parenteral* und ZE144 *Gabe von Romiplostim, parenteral*.

Ebenfalls neu im Fallpauschalen-Katalog für 2014 ist das unbewertete Zusatzentgelt ZE2014-99 *Fremdbezug von Donor-Lymphozyten*. Im Vorschlagsverfahren wurde beschrieben, dass die ggf. erforderliche Gabe von Lymphozyten, die vom Spender einer zuvor durchgeführten Knochenmarkstransplantation/Stammzelltransplantation (KMT/SZT) stammen, mit hohen Kosten verbunden ist, wenn diese z.B. aus dem Ausland „fremdbezogen“ wurden. Da genau die beschriebene Konstellation im OPS 2012 noch nicht spezifisch verschlüsselbar ist, wurden bei den möglichen Leistungserbringern (Krankenhäuser mit KMT/SZT) nach weiteren Informationen gefragt. Auf Grundlage aller so gewonnenen Informationen konnte ein neues Zusatzentgelt etabliert werden, das für 2014 bei geringer Fallzahl und uneinheitlichen Mehrkosten aber noch nicht bewertet werden konnte.

3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-Systeme 2012, 2013 und 2014) von 1.193 zunächst auf 1.187 gesunken und nun auf 1.196 angestiegen. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Anzahl bewerteter DRGs von 1.148 über 1.142 auf 1.148.

Auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG wurde untersucht, in welcher Weise

- a) die geänderte Komplexität des Systems die Krankenhäuser betrifft und
- b) die leistungsgerechte Abbildung der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle durch das Absinken der Gesamtzahl der DRGs betroffen ist.

Analyse der Anzahl getroffener DRGs in den Krankenhäusern

Unter Ausblendung derjenigen DRGs, die pro Krankenhaus nur genau ein Mal getroffen werden, zeigt eine Analyse der vollstationären Daten gem. § 21 KHEntgG des Datenjahres 2012, dass die Anzahl der Krankenhäuser, die während eines gesamten Jahres z.B. mehr als 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen, im Vergleich der G-DRG-Systeme leicht absinkt. Rund 62% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (vgl. Abb. 22).

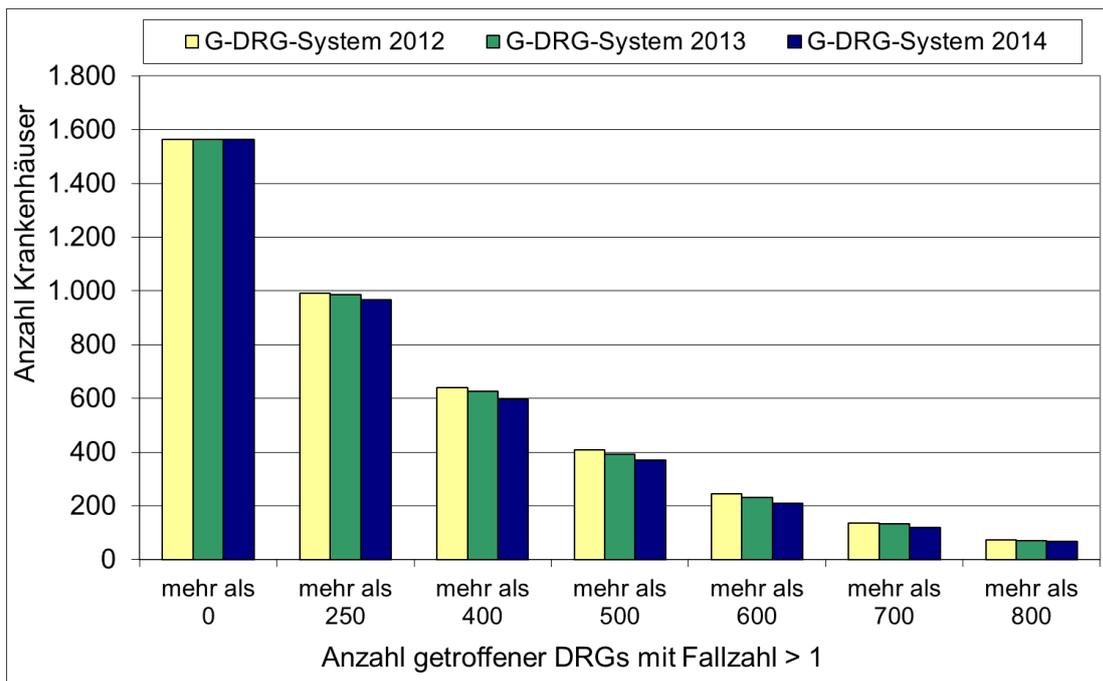


Abbildung 22: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus (Fallzahl > 1) für die drei G-DRG-Systeme 2012, 2013 und 2014, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2012

Analyse des Fallanteils in den am häufigsten getroffenen DRGs

Die Abbildung der 200 fallzahlstärksten DRGs in einer Sättigungskurve zeigt, dass das G-DRG-System einen hohen Grad der Pauschalierung erreicht hat. Bereits die 200 fallzahlstärksten Fallpauschalen bilden rund 75% aller abrechenbaren vollstationären Fälle ab. Der Grad der Pauschalierung hat im Vergleich der drei untersuchten G-DRG-Systeme zugenommen (vgl. Abb. 23).

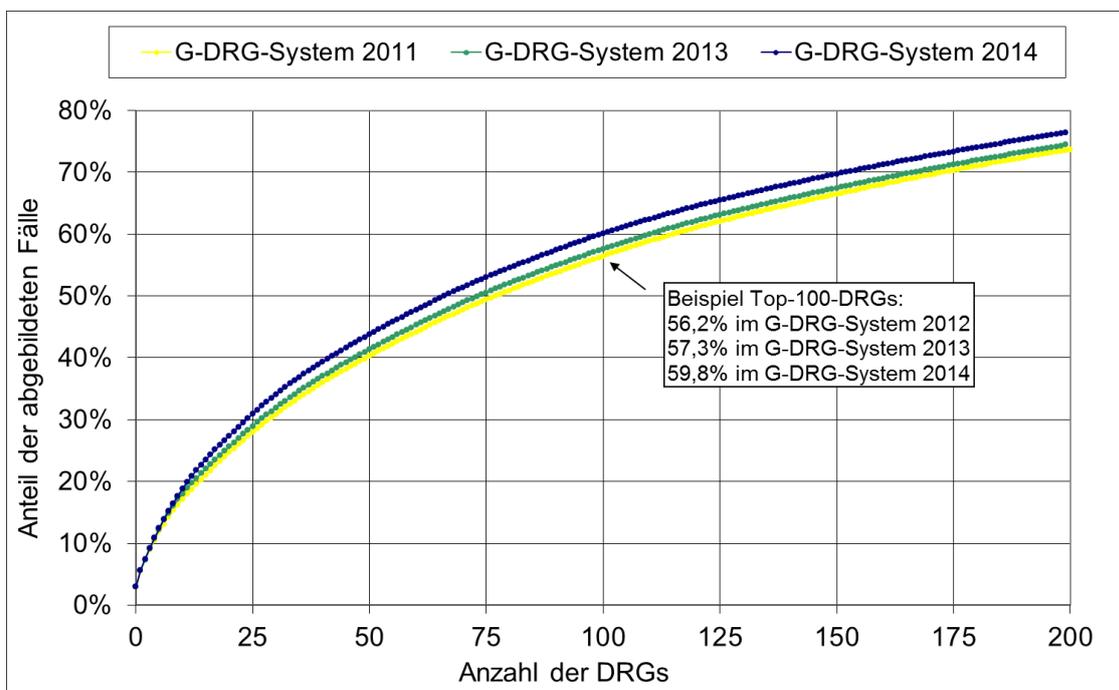


Abbildung 23: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2012, 2013 und 2014, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2012

In der folgenden Darstellung (vgl. Abb. 24) wurden die Fälle getrennt nach Versorgung durch Hauptabteilungen (HA) bzw. in belegärztlicher Versorgung (BA) analysiert. Der Pauschalierungsgrad ist bei belegärztlicher Versorgung 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 etwas mehr als 200 DRGs erforderlich.

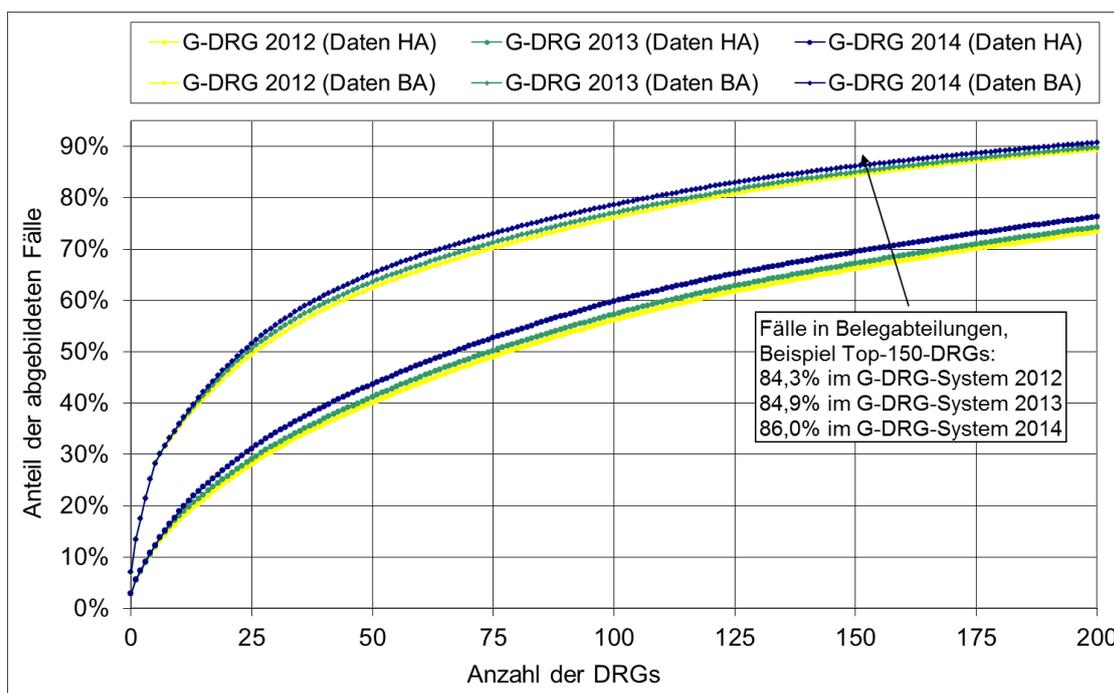


Abbildung 24: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2012, 2013 und 2014, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2012

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 78 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung insgesamt 68% der abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung darstellen (siehe Kap. 3.3.1.2 und Anhang A-2).

3.4.3 Statistische Güte der Klassifikation

Die Fähigkeit zur Bildung kostenhomogener Klassen bildet die Grundlage zur Einschätzung der Güte pauschalierender Entgeltsysteme. Die Klassifikationsgüte des G-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 zugrunde (siehe Kap. 3.2.1.1). Diese wurden sowohl nach dem G-DRG-System 2013 als auch nach dem G-DRG-System 2014 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 caesa*

rea sowie die nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a) blieben unberücksichtigt. Außerdem wurden die expliziten Ein-Belegungstag-DRGs der beiden G-DRG-Systeme aus der Analyse ausgeschlossen, da ihre Festlegung nicht ausschließlich aus Gründen der Kostenhomogenität erfolgte.

Entsprechend wurden 1.117 DRGs im G-DRG-System 2013 bzw. 1.126 DRGs im G-DRG-System 2014 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2014 im Vergleich zum G-DRG-System 2013 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 2012 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tab. 25):

	G-DRG-System 2013	G-DRG-System 2014	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7621	0,7671	0,7
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8497	0,8533	0,4

Tabelle 25: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2013 und G-DRG-System 2014 (Basis: Datenjahr 2012)

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,7% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8533 erreicht. Somit konnte der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2014 im Vergleich zur Version 2013 um 0,4% gesteigert werden.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In der folgenden Abbildung 25 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 G-DRG-System 2014 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2014 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2013 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

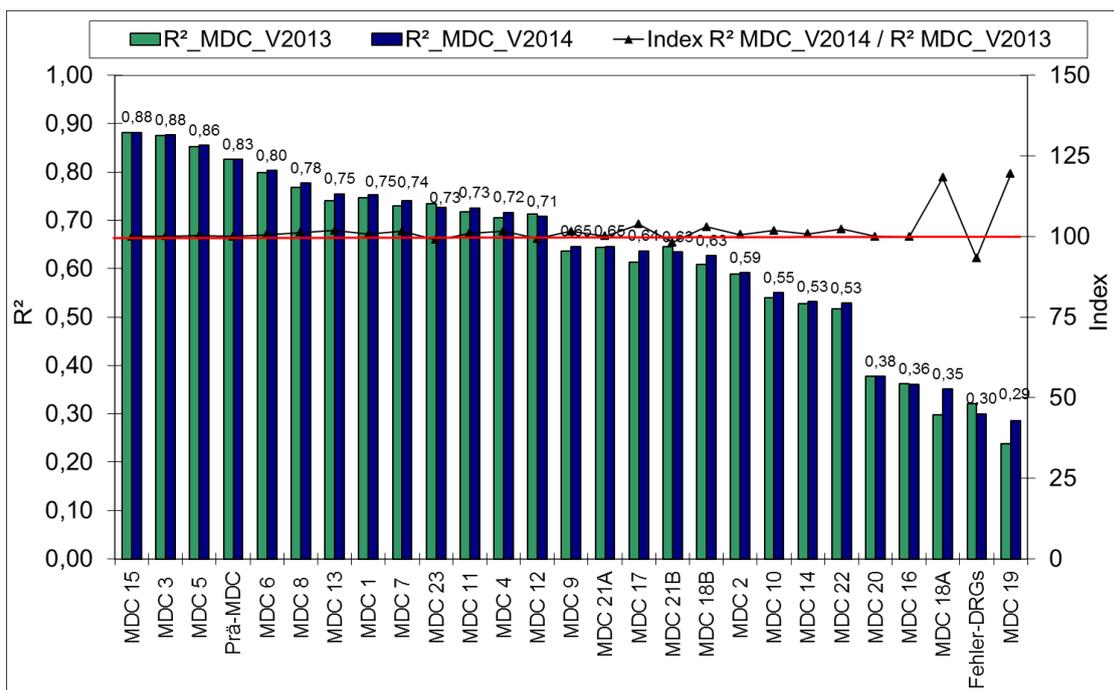


Abbildung 25: R²-Wert je MDC für G-DRG-Systeme 2013 und 2014, Basis: Inlier (Sortierung nach R²-Wert für G-DRG-System 2014), Datenjahr 2012

Die Darstellung zeigt die Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs. Lässt man in der Betrachtung die MDC *Fehler-DRGs* und *sonstige DRGs* unberücksichtigt, so ist in 22 von 26 MDCs eine gleichbleibende oder verbesserte Varianzreduktion im Vergleich des G-DRG-Systems 2014 gegenüber dem G-DRG-System 2013 zu verzeichnen.

In den folgenden MDCs wurden die deutlichsten prozentualen Steigerungen des R²-Wertes erreicht:

- MDC 19 *Psychische Krankheiten und Störungen* (Index 119,5)
- MDC 18A *HIV* (Index 118,3)
- MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* (Index 103,8)
- MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* (Index 103,0)

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des G-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (48,8%), hat sich nur wenig verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7471 auf 0,7525 (Index 100,7)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8519 auf 0,8552 (Index 100,4)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,7990 auf 0,8036 (Index 100,6)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7677 auf 0,7772 (Index 101,2)

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 (Daten des Jahres 2012) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 26):

Homogenitätskoeffizient Kosten	G-DRG-System 2013		G-DRG-System 2014		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	26	2,3	24	2,1	- 8,4
60 bis unter 65%	101	9,0	89	7,9	- 12,6
65 bis unter 70%	367	32,9	364	32,3	- 1,6
70 bis unter 75%	319	28,6	342	30,4	+ 6,4
75% und mehr	304	27,2	307	27,3	+ 0,2
Gesamt	1.117		1.126		

Tabelle 26: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für die G-DRG-Systeme 2013 und 2014, Basis: Inlier, Datenjahr 2012

In den beiden Klassen mit den höchsten Homogenitäten („70 bis unter 75%“ bzw. „75% und mehr“) ist ein Anstieg von + 6,4% bzw. + 0,2% 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. Die folgende Abbildung 26 zeigt den DRG-Anteil in den verschiedenen Klassen für die G-DRG-Systeme 2013 und 2014.

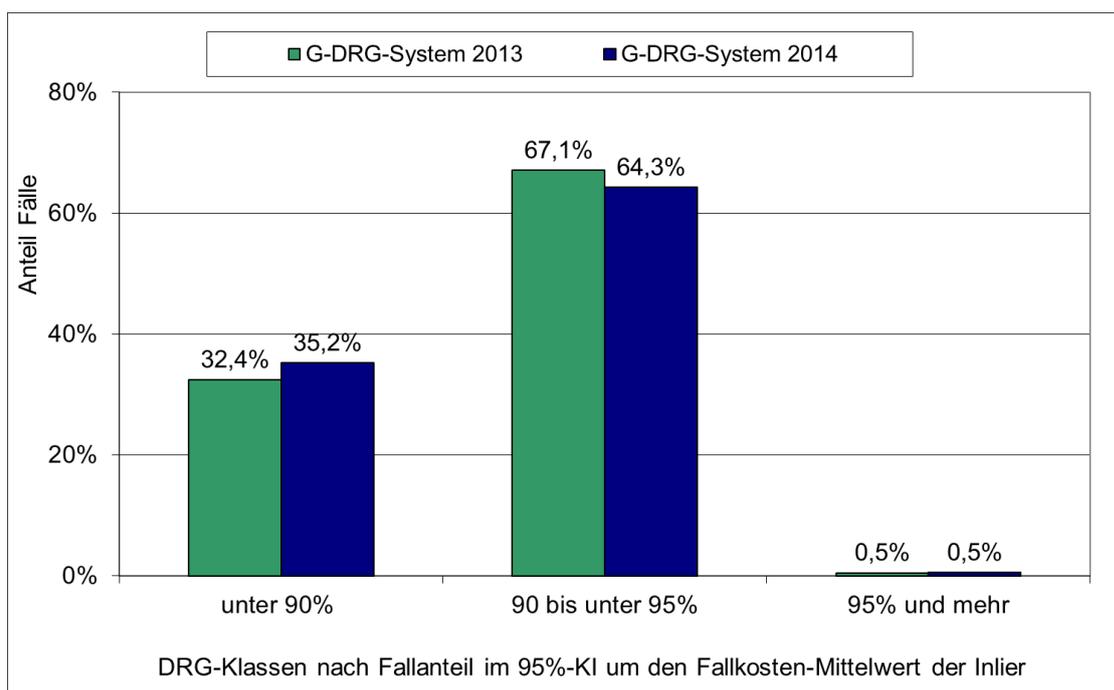


Abbildung 26: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier für die G-DRG-Systeme 2013 und 2014 bezüglich Fallanteil, Basis: Datenjahr 2012

Der Vergleich des G-DRG-Systems 2014 mit dem G-DRG-System 2013 zeigt eine nahezu konstante Zuordnung zu den Konfidenzintervallklassen.

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2014.

3.4.4 Analyse der Verweildauer

3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2010, 2011 und 2012

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den Datenjahren 2010, 2011 und 2012 jeweils gemäß G-DRG-Version 2012 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen jeweils rund 17,0 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 2,5% vom Datenjahr 2010 zum Datenjahr 2011 sowie ein weiterer Rückgang von 1,9% vom Datenjahr 2011 zum Datenjahr 2012 (siehe Tab. 27).

Daten gem. § 21 KHEntgG Hauptabteilung	Verweildauer- Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2010	6,87		
Datenjahr 2011	6,69	- 0,17	- 2,5
Datenjahr 2012	6,57	- 0,13	- 1,9

Tabelle 27: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2010 bis 2012, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2012

Betrachtet man nur die Datenjahre 2011 und 2012, so ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 25,1% der Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2012 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,13 Tagen bzw. 1,9%.

Die Ergebnisse 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 der folgenden Tabelle 28 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2011 zum Datenjahr 2012 von 2,5% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 2,7% für Fälle in belegärztlicher Versorgung zu verzeichnen.

Daten gem. § 21 KHEntgG	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
	Hauptabteilung			Belegabteilung		
Datenjahr 2010	6,17			4,46		
Datenjahr 2011	5,98	- 0,19	- 3,0	4,32	- 0,13	- 3,1
Datenjahr 2012	5,83	- 0,15	- 2,5	4,20	- 0,12	- 2,7

Tabelle 28: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2010 bis 2012, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (vgl. Tab. 28) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2012 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 6,57 noch 5,83 Tage. Der Verweildauerrückgang zeigt sich mit nun 2,5% im Vergleich zu 1,9% noch deutlicher.

Der Rückgang der Verweildauer im Laufe der letzten Datenjahre kann auch durch die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (vgl. Abb. 27) verdeutlicht werden.

Insgesamt – und auch getrennt nach Haupt- und Belegabteilung – ist ein kontinuierlicher Anstieg des Anteils der Ein-Belegungstag-Fälle festzustellen.

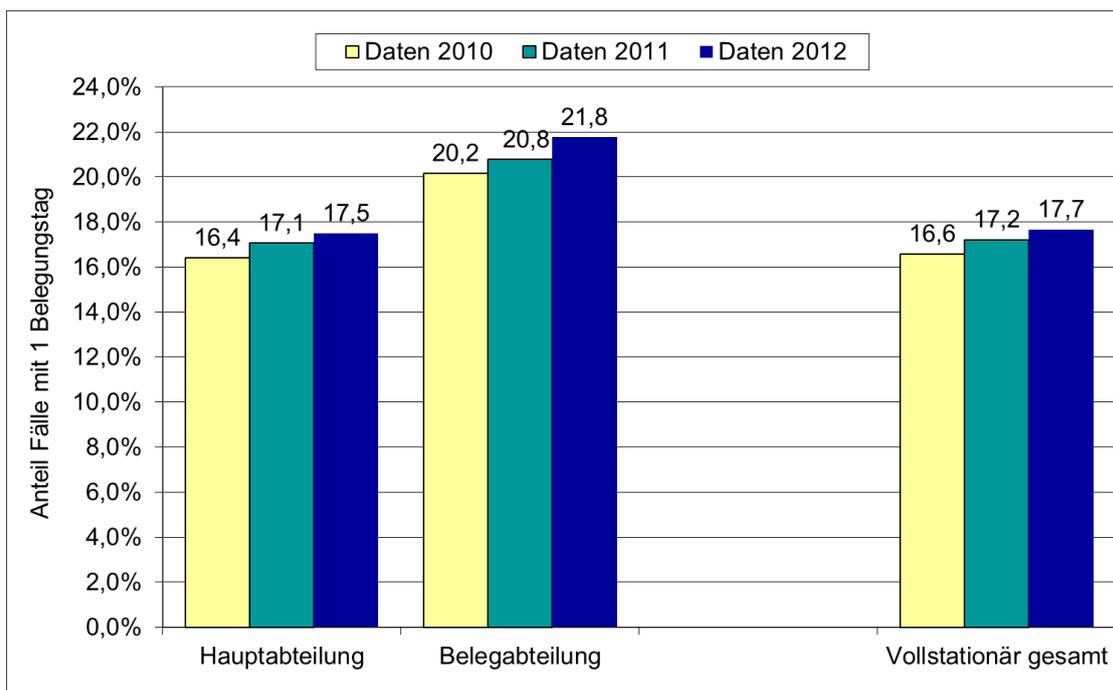


Abbildung 27: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2010 bis 2012

3.4.4.2 Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurden diese Daten mit den Daten gem. § 21 KHEntgG verglichen. In beiden Datengesamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des Fallpauschalen-Katalogs für 2014 definierten Inlier in Hauptabteilungen betrachtet. Dabei wurden aufnahme- und/oder entlassverlegte Fälle entsprechend der DRG-Zuordnung (siehe Kap. 3.3.1.5) berücksichtigt.

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kap. 3.3.1.1) und dazugehörige Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 21,1 Mio. Datensätze gem. § 21 KHEntgG wurden Fallzusammenführungen und medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (vgl. dazu auch Kap. 2.1 und 2.2).

Unter der Zielvorgabe einer möglichst großen Kostenhomogenität der G-DRG-Klassifikation müsste die Überprüfung der Repräsentativität in beiden Datengesamtheiten mit Hilfe von Kostendaten durchgeführt werden. Wegen fehlender Kostenangaben in den Daten gem. § 21 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 gem. § 21 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:

- 20 Ein-Belegungstag-DRGs
- 49 DRGs mit weniger als 30 Fällen
- 5 rein teilstationäre DRGs

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 68 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.128 DRGs zugrunde.

Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte

Die Differenz der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG) fällt für die meisten DRGs nur sehr gering aus (siehe Abb. 28): Für 875 der 1.128 analysierten DRGs (78%) ist diese geringer als +/- 0,5 Tage, 1.042 DRGs (92%) unterscheiden sich um höchstens +/- 1 Tag und für 1.109 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens +/- 2 Tage.

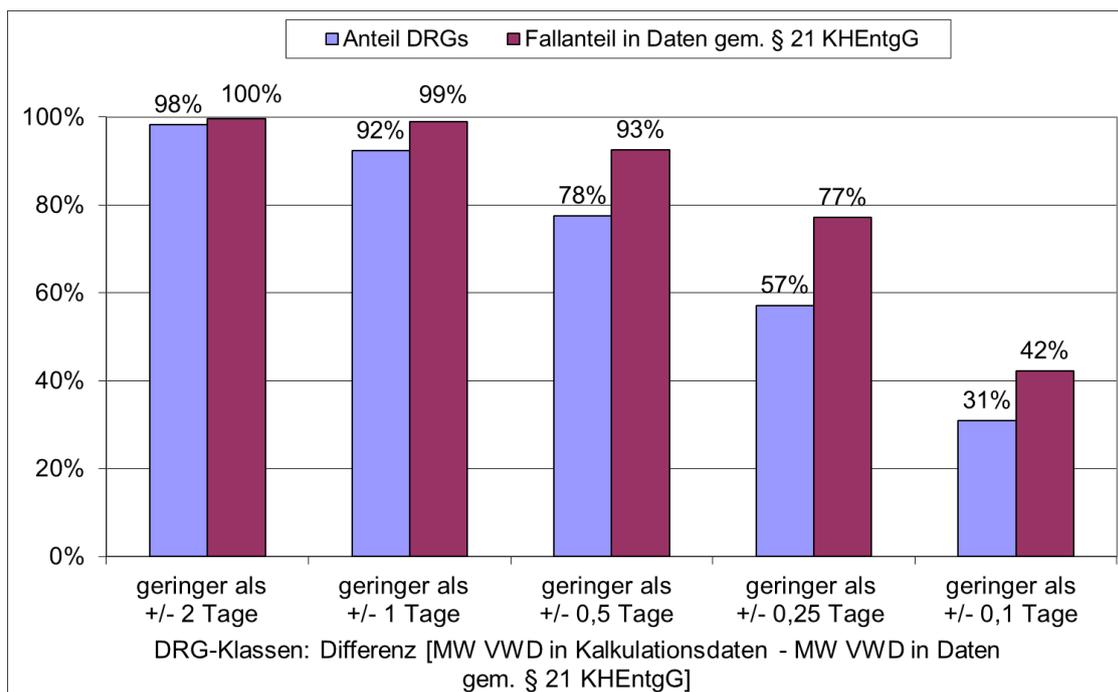


Abbildung 28: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2012

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 77% aller analysierten Fälle in DRGs liegen, deren Verweildauer-Mittelwerte sich um höchstens 0,25 Tage unterscheiden. Bei der Abweichung von +/- 0,5 Tagen sind dies bereits 93% aller analysierten Fälle.

Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer

Ein weiterer Vergleich der Verweildauerverteilungen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 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 29 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

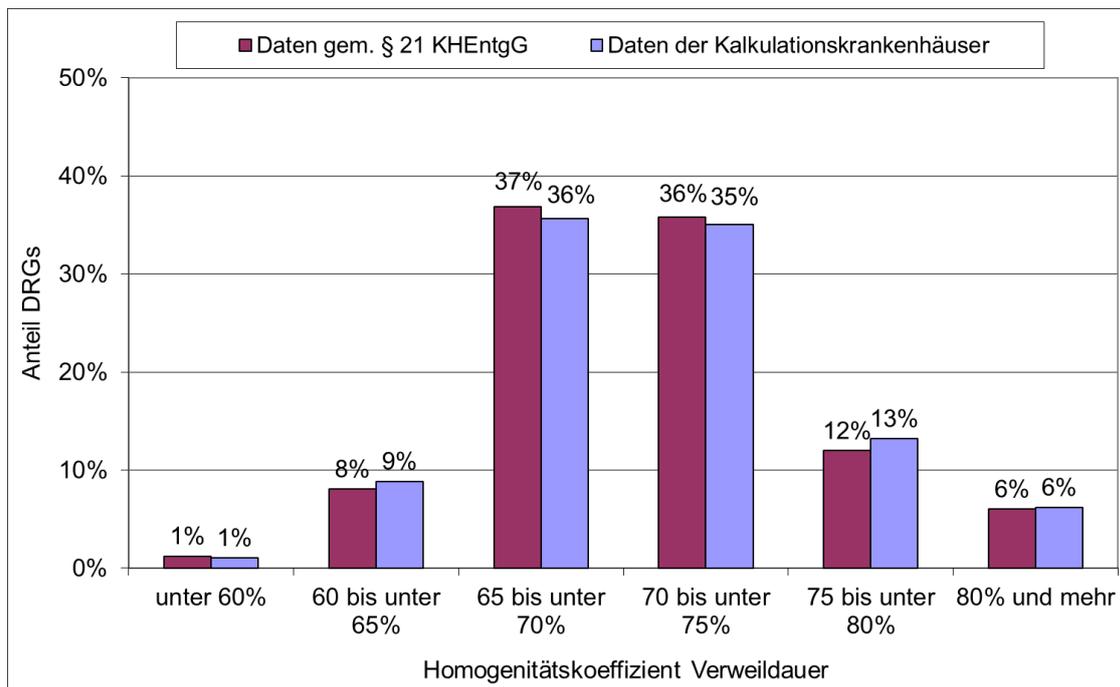


Abbildung 29: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Inlier, Datenjahr 2012

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

Für 1.110 von 1.128 DRGs (98%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG beträgt höchstens +/- 5%. Eine Abweichung von höchstens +/- 2,5% liegt bei 1.047 DRGs (93% von 1.128 DRGs) vor.

Man kann also insgesamt betrachtet von einer hohen Übereinstimmung der Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern sprechen.

Fazit

1. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 1.128 DRGs eine vernachlässigbare Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 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 gem. § 21 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 G-DRG-Klassifikation zugrunde liegenden Daten erzeugt haben und
 - b) die für die Bewertung der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde gelegten Streuungsmaße mindestens zulässige Entscheidungsgrundlage für die Abbildung der Daten gem. § 21 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte G-DRG-System 2014 bildet somit die Daten gem. § 21 KHEntgG im Hinblick auf die Kosten- und Verweildauerhomogenität gut ab.

4 Perspektiven der Weiterentwicklung

Der Erkenntnisgewinn durch den aktiven Einsatz des G-DRG-Systems im Abrechnungsverkehr zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen wird im Sinne eines lernenden Systems konstruktiv für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eingesetzt. Die Verwertung der veröffentlichten Daten gem. § 21 KHEntgG insbesondere im wissenschaftlichen und krankenhauplanerischen Bereich schafft zusätzliche Erkenntnisse, die ebenfalls bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems Berücksichtigung finden. Bereits jetzt bekannte Anhaltspunkte für die zukünftige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems werden im Folgenden kurz angesprochen.

Datenerhebung/Plausibilitätsprüfungen

Die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen reflektiert einerseits die sich jährlich erhöhenden Kalkulationsanforderungen und andererseits die Verbesserungen der Kostenrechnung in den Krankenhäusern. Die Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen der diesjährigen Kalkulationsrunde zeigen noch Potential für Verbesserungsmöglichkeiten der Datenqualität auf. Dieses Verbesserungspotential in der Datenqualität aufgreifend, werden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in der kommenden Kalkulationsrunde kontinuierlich weiterentwickelt. Beispielsweise werden zum ersten Mal Daten des zum 1. Januar 2013 eingeführten OPS-Kodes für *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)* zur Verfügung stehen, die entsprechenden (neuen) Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen unterzogen werden müssen.

Der eingeschlagene Weg des schrittweisen Ausbaus der Kalkulationsmethodik wird auch zukünftig konsequent weiterverfolgt werden. Die Rückkoppelungen zwischen InEK und den Kalkulationskrankenhäusern im Laufe der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen finden ihren Niederschlag auch darin, dass wiederkehrende Fragestellungen durch eine standardisierte Vorgabe ersetzt werden, um die Datenqualität der Kalkulationsergebnisse nochmals zu erhöhen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich im Rahmen der Beratungen zum G-DRG-System 2014 auf eine Anpassung des Schwellenwerts für die Abrechnungsfähigkeit des Zusatzentgelts ZE2014-98 für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren geeinigt. Gleichzeitig wurde vereinbart, die Datengrundlage zu dieser Thematik auf eine solidere Basis zu stellen. Insofern wird zur Pflege und Weiterentwicklung dieser Zusatzentgelte die ergänzende Datenbereitstellung mit daran anschließenden Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen verfeinert.

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 (siehe Kap. 2.4)

Tabelle A-2:

DRGs mit eigenständig berechneten Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung (siehe Kap. 3.3.1.2)

Tabelle A-3:

Übersicht über die im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der CCL-Matrix veränderten Diagnosen (siehe Kap. 3.3.1.4)

Tabelle A-4-1:

DRGs, bei denen die **aufnahmeverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.5)

Tabelle A-4-2:

DRGs, bei denen die **entlassverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.5)

Tabelle A-4-3:

DRGs, bei denen die **verlegten Fälle** (aufnahme- und/oder entlassverlegt) bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.5)

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

Tabelle A-1:

262 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 (siehe Kap. 2.4)

DRG	DRG-Text
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, mit In-vitro-Aufbereitung oder Alter < 16 Jahre
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder bei Plasmozytom, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, ohne In-vitro-Aufbereitung, Alter > 15 Jahre
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, Alter > 15 Jahre, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, HLA-identisch
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, Alter > 15 Jahre
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3920 / 3680 Aufwandspunkte
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3920 / 3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma

DRG	DRG-Text
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbehandlung > 3920 / 3680 P. oder mit hochkomplexem oder dreizeitigem Eingriff
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit Polytrauma oder Alter < 16 Jahre
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 Aufwandspunkte, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Aufwandspunkte
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. od. mit kompl. OR-Proz. oder Polytrauma od. int. Komplexbeh. > 3430 / 3220 P. und hochkompl. Eingr. od. Alter < 16 J.
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmed. Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Aufwandsp., mit kompl. OR-Prozedur od. Polytrauma od. intensivmed. Komplexbehandlung > 3430 / 3220 Aufwandsp., mit sehr kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 2352 / 2208 P. oder kompliz. Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkompl. Eingriff oder Alter < 2 J. bei angeborener Fehlbildung od. mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 J.
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur und Alter < 16 Jahre oder kompliz. Konstellation, oder bei Tumor oder angeborener Fehlbildung, Alter < 3 Jahre
A11C	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre
A13A	Beatmung > 95 Stunden mit hochkomplexem Eingriff od. mit komplexer OR-Prozedur u. intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 P. od. mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz. und Alter < 16 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 P. bei Lymphom und Leukämie
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur und sehr komplexem Eingriff oder Eingriff bei angeborener Fehlbildung, Alter < 10 Jahre, oder mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Punkte und komplizierender Konstellation

DRG	DRG-Text
A13C	Beatmung > 95 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur und kompliz. Konstellation, Alter > 15 J. oder mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., ohne Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 und < 1765 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter < 16 Jahre
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, 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, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung des Nervensystems oder Alter < 6 Jahre und äuß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Eingr. am Schädel
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen oder Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre mit gr. intrakran. Eingriff und äuß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Eingr. am Schädel
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder mit verschiedenartiger komplexer Prozedur
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Schädel, ohne komplizierende Konstellation, ohne verschiedenartige komplexe Prozedur
B03Z	Operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösart. Neubild. od. mit schw. CC od. mit intraop. Monitoring od. Eingriffe b. zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äuß. schw. CC
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B17C	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexen Eingriff, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe Diagnose
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte und < 1765 / 1657 Aufwandspunkte ohne best. OR-Prozedur oder > 588 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 Aufwandspunkte mit best. OR-Proz. bei Krankheiten und Störungen d. Nervensystems
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 < 1 Jahr
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre
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
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen
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, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
D20Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
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, mehr als 9 Bestrahlungen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

DRG	DRG-Text
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit komplexem Eingriff
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 Jahre, ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingr. oder bei Endokarditis oder bei angeborenem Herzfehler, Alter < 16 Jahre
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, Alter > 15 Jahre, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingriff oder bei Endokarditis oder bei angeborenem Herzfehler
F03F	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne Dreifach- / Zweifacheingriff, außer bei angeborenem Herzfehler, ohne komplexen Eingriff, außer bei Endokarditis, Alter > 15 J.
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 mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit intraoperativer Ablation
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation

DRG	DRG-Text
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder > 588 / 552 Aufwandspunkte mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 P. u. < 1177 / 1105 P. m. best. OR-Proz. od. kompl. Eingr. od. > 1176 / 1104 P. oh. best. OR-Proz. m. kompl. Eingr., oh. mehrzeit. kompl. OR-Proz. b. Krankh. u. Störungen d. Kreislaufsystr.
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
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G29Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
H16Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwändigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur
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
J16Z	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, ohne beidseitige Prothesenimplantation
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer Radiojodtherapie
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie
K15D	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
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 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, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N16Z	Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingschwangerschaft
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konstell., oh. Mehrlingschw. od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. äuß. schw. CC
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden, ohne Eingriffe bei univentrikulärem Herzen

DRG	DRG-Text
P03A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden
P03B	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden
P03C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P04A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden
P04B	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden
P04C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P06B	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme

DRG	DRG-Text
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 (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
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	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P65B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit mehreren schweren Problemen od. Ng., Aufnahmegew. > 2499 g oh. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., m. mehreren schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem

DRG	DRG-Text
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn.
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre
Q61C	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter < 16 Jahre
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur
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, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60C	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., mit äuß. schw. CC oder kompl. Diagnostik bei Leukämie oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplant. oder mit äuß. schw. CC mit kompl. Diagnostik bei Leukämie
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., äuß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit äuß. schw. CC oder mit Dialyse oder äuß. schw. CC, Alter < 16 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie
R60E	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., äuß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit äuß. schw. CC oder mit Dialyse oder äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie
R60F	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, oder mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R63B	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
R63D	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äußerst schw. CC
R63E	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63H	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
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 Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
T60B	Sepsis mit kompliz. Konstell. od. b. Z. n. Organtransplantation, ohne äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 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

DRG	DRG-Text
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre

Tabelle A-2:

78 DRGs mit eigenständig berechneten Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung (siehe Kap. 3.3.1.2)

DRG	DRG-Text
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, mit bestimmtem Eingriff an der Retina
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE)
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen

DRG	DRG-Text
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Eingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Eingr. od. Eingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, ohne Gaumenspalte, ohne Spaltnase, ohne Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexer Gleichgewichtsstörung, Hörverlust, Tinnitus
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
E07Z	Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom
G24B	Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand
G26Z	Andere Eingriffe am Anus
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., ohne best. Eingr. an Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an d. Wirbelsäule, ohne intervertebralem Cage 1 Seg., ohne best. Spinalkanalstenose, ohne Bandscheibenschäden
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr. an d. WS, ohne äuß. schw. CC, ohne Halotraktion, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Wirbelfraktur, mit mäßig kompl. Eingriff
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafraktur
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20C	Eingr. am Fuß oh. mehr. kompl. Eingr., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Osteomyelitis / Arthritis od. Eingr. Großz. m. kompl.

DRG	DRG-Text
	Eingr. an mehr. Strah., m. Knochentx, m. Impl. Zehengel. od. bei Kalka., od. Einz. Mehrf. > 3 Mittelf.- / Zehenstr.
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I27D	Eingr. am Weichteilg. oder kleinfl. Gewebetransplant., oh. best. Diagnose und best. Eingriff, oh. Äußerst schw. CC oder bösartige Neub. und schw. CC, oh. schw. CC und oh. bösartige Neub. bei best. Eingr. am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebetransplant.
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verl. im WS-Bereich, mehr als ein Belegungstag, bei and. Femurfraktur, Alt. < 65 J., mit schw. CC, oh. auß. schw. CC, auß. b. Para- / Tetraplegie, auß. b. Diszitis od. infekt. Spondylopathie, oh. kompl. Diagn.
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluores-

DRG	DRG-Text
	zenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne komplexen Eingriff, ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Beleg.tag oder Beschw. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC
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 ohne äußerst schwere CC
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmten Eingriff am Hoden
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N14Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer

DRG	DRG-Text
	bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose oder best. Placenta praevia mit schweren CC, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen (SSW) oder mit schweren CC oder 26 bis 33 SSW
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Placenta praevia oder ohne schwere CC, Schwangerschaftsdauer bis 25 oder mehr als 33 vollendete Wochen
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata

Tabelle A-3:

Übersicht über die im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der CCL-Matrix veränderten Diagnosen (siehe Kap. 3.3.1.4). Die Kategorie "DRG-spezifische Abwertung in < 3 bis zu > 29 Basis-DRGs" wird in der Tabelle aus Formatgründen kurz als "Abwertung" bezeichnet, obgleich es sich nicht um eine generelle Abwertung handelt.

ICD 2012	ICD Text	Status
A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	Abwertung
A39.1	Waterhouse-Friderichsen-Syndrom	Abwertung
A39.4	Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A39.8	Sonstige Meningokokkeninfektionen	Abwertung
A39.9	Meningokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	Abwertung
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D	Abwertung
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken	Abwertung
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	Abwertung
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken	Abwertung
A41.3	Sepsis durch Haemophilus influenzae	Abwertung
A41.4	Sepsis durch Anaerobier	Abwertung
A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	Abwertung
A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	Abwertung
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	Abwertung
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A48.0	Gasbrand [Gasödem]	Abwertung
A49.0	Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
A49.1	Streptokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
A69.2	Lyme-Krankheit	Aufwertung
B00.1	Dermatitis vesicularis durch Herpesviren	Abwertung
B00.5	Augenkrankheit durch Herpesviren	Aufwertung
B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	Abwertung
B02.8	Zoster mit sonstigen Komplikationen	Abwertung
B16.1	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) ohne Coma hepaticum	Abwertung
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum	Abwertung
B17.8	Sonstige näher bezeichnete akute Virushepatitis	Abwertung
B17.9	Akute Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B18.0	Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	Abwertung
B18.1	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus	Abwertung
B18.2	Chronische Virushepatitis C	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
B18.8	Sonstige chronische Virushepatitis	Abwertung
B18.9	Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B19.9	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis ohne hepatisches Koma	Abwertung
B37.0	Candida-Stomatitis	Abwertung
B37.4	Kandidose an sonstigen Lokalisationen des Urogenitalsystems	Abwertung
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
B48.7	Mykosen durch opportunistisch-pathogene Pilze	Abwertung
B95.6	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B96.3	Haemophilus und Moraxella als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B96.5	Pseudomonas und andere Nonfermenter als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
C15.0	Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus	Abwertung
C15.1	Bösartige Neubildung: Thorakaler Ösophagus	Abwertung
C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	Abwertung
C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	Abwertung
C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	Abwertung
C16.1	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi	Abwertung
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi	Abwertung
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum	Abwertung
C16.4	Bösartige Neubildung: Pylorus	Abwertung
C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	Abwertung
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis	Abwertung
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	Abwertung
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]	Abwertung
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum	Abwertung
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]	Abwertung
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	Abwertung
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	Abwertung
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	Abwertung
C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	Abwertung
C22.0	Leberzellkarzinom	Abwertung
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	Abwertung
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase	Abwertung
C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang	Abwertung
C24.8	Bösartige Neubildung: Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C24.9	Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	Abwertung
C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper	Abwertung
C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz	Abwertung
C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	Abwertung
C25.7	Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas	Abwertung
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	Abwertung
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C38.4	Bösartige Neubildung: Pleura	Abwertung
C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen	Abwertung
C41.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Wirbelsäule	Abwertung
C41.4	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Beckenknochen	Abwertung
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	Abwertung
C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	Aufwertung
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten	Abwertung
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten	Abwertung
C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	Abwertung
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität	Abwertung
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten	Abwertung
C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen	Abwertung
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	Abwertung
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums	Abwertung
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	Abwertung
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane	Abwertung
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes	Abwertung
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums	Abwertung
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	Abwertung
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	Abwertung
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	Abwertung
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	Abwertung
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	Abwertung
C79.4	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems	Abwertung
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	Abwertung
C79.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars	Abwertung
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	Abwertung
C79.81	Sekundäre bösartige Neubildung der Brustdrüse	Abwertung
C79.82	Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane	Abwertung
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen	Abwertung
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	Abwertung
C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C85.7	Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	Abwertung
C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C90.01	Multiples Myelom: In kompletter Remission	Abwertung
C90.10	Plasmazellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C90.11	Plasmazellenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C90.20	Extramedulläres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C90.21	Extramedulläres Plasmozytom: In kompletter Remission	Abwertung
C90.30	Solitäres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C90.31	Solitäres Plasmozytom: In kompletter Remission	Abwertung
C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.01	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: In kompletter Remission	Abwertung
C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.11	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: In kompletter Remission	Abwertung
C91.30	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.31	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: In kompletter Remission	Abwertung
C91.40	Haarzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.41	Haarzellenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C91.50	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.51	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): In kompletter Remission	Abwertung
C91.60	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.61	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: In kompletter Remission	Abwertung
C91.70	Sonstige lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.71	Sonstige lymphatische Leukämie: In kompletter Remission	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
C91.80	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.81	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: In kompletter Remission	Abwertung
C91.90	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.91	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.01	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: In kompletter Remission	Abwertung
C92.10	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.11	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: In kompletter Remission	Abwertung
C92.20	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.21	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: In kompletter Remission	Abwertung
C92.30	Myelosarkom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.31	Myelosarkom: In kompletter Remission	Abwertung
C92.40	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.41	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: In kompletter Remission	Abwertung
C92.50	Akute myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.51	Akute myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C92.60	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.61	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: In kompletter Remission	Abwertung
C92.70	Sonstige myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.71	Sonstige myeloische Leukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C92.80	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.81	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: In kompletter Remission	Abwertung
C92.90	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
C92.91	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C93.00	Akute Monoblasten/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.01	Akute Monoblasten/Monozytenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C93.10	Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.11	Chronische myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C93.30	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.31	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C93.70	Sonstige Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.71	Sonstige Monozytenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C93.90	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.91	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C94.00	Akute Erythroleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C94.01	Akute Erythroleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C94.20	Akute Megakaryoblastenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C94.21	Akute Megakaryoblastenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C94.30	Mastzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C94.31	Mastzellenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C94.40	Akute Panmyelose mit Myelofibrose: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C94.41	Akute Panmyelose mit Myelofibrose: In kompletter Remission	Abwertung
C94.70	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C94.71	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: In kompletter Remission	Abwertung
C95.00	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C95.01	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission	Abwertung
C95.10	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
C95.11	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission	Abwertung
C95.70	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C95.71	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission	Abwertung
C95.90	Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C95.91	Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C96.0	Multifokale und multisystemische (disseminierte) Langerhans-Zell-Histiozytose [Abt-Letterer-Siwe-Krankheit]	Abwertung
C96.2	Bösartiger Mastzelltumor	Abwertung
C96.4	Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen)	Abwertung
C96.7	Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	Abwertung
C96.8	Histiozytisches Sarkom	Abwertung
C96.9	Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	Abwertung
D46.2	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss	Abwertung
D47.2	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	Aufwertung
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	Abwertung
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	Abwertung
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D52.8	Sonstige Folsäure-Mangelanämien	Abwertung
D52.9	Folsäure-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D53.8	Sonstige näher bezeichnete alimentäre Anämien	Abwertung
D53.9	Alimentäre Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D60.0	Chronische erworbene isolierte aplastische Anämie	Abwertung
D62	Akute Blutungsanämie	Abwertung
D63.0	Anämie bei Neubildungen	Abwertung
D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]	Abwertung
D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel	Abwertung
D68.0	Willebrand-Jürgens-Syndrom	Abwertung
D68.2	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.30	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen	Abwertung
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper	Abwertung
D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.5	Primäre Thrombophilie	Abwertung
D68.6	Sonstige Thrombophilien	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	Abwertung
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.0	Purpura anaphylactoides	Abwertung
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.6	Sonstige Neutropenie	Abwertung
D70.7	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D84.9	Immundefekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	Abwertung
E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	Abwertung
E05.4	Hyperthyreosis factitia	Abwertung
E10.01	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.11	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.20	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.21	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.30	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.31	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.40	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.41	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.50	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.51	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.60	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.61	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
E10.72	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.73	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.74	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.75	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.80	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.81	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.90	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.91	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.20	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.21	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.30	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.40	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.41	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.50	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.51	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
E11.60	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.61	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.72	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.73	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.74	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.80	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.81	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E11.91	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E12.50	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E12.51	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.50	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.51	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.90	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.91	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.01	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
E14.11	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.20	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.21	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.40	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.41	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.50	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.51	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.60	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.72	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.74	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.80	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.81	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.90	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.91	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E21.1	Sekundärer Hyperparathyreoidismus, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
E21.2	Sonstiger Hyperparathyreoidismus	Abwertung
E21.3	Hyperparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E40	Kwashiorkor	Abwertung
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E45	Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E51.2	Wernicke-Enzephalopathie	Aufwertung
E53.8	Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	Abwertung
E56.1	Vitamin-K-Mangel	Abwertung
E61.1	Eisenmangel	Abwertung
E64.0	Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Aufwertung
E66.12	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Aufwertung
E66.22	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Aufwertung
E66.82	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Aufwertung
E66.92	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Aufwertung
E84.0	Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen	Abwertung
E84.1	Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen	Abwertung
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation	Abwertung
E84.87	Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen	Abwertung
E84.88	Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen	Abwertung
E84.9	Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E87.0	Hyperosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.4	Gemischte Störung des Säure-Basen-Gleichgewichts	Abwertung
E87.6	Hypokaliämie	Abwertung
E89.1	Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)	Abwertung
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	Abwertung
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	Abwertung
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn	Abwertung
F01.1	Multiinfarkt-Demenz	Abwertung
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
F02.1	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	Abwertung
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington	Abwertung
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom	Abwertung
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	Abwertung
F05.0	Delir ohne Demenz	Abwertung
F05.1	Delir bei Demenz	Abwertung
F05.8	Sonstige Formen des Delirs	Abwertung
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	Abwertung
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	Abwertung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	Abwertung
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Abwertung
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung
F11.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F11.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung
F11.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F13.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F13.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Abwertung
F13.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
F13.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F20.0	Paranoide Schizophrenie	Abwertung
F20.1	Hebephrene Schizophrenie	Abwertung
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie	Abwertung
F20.5	Schizophrenes Residuum	Abwertung
F20.8	Sonstige Schizophrenie	Abwertung
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen	Abwertung
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	Abwertung
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	Abwertung
F25.8	Sonstige schizoaffektive Störungen	Abwertung
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	Abwertung
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	Abwertung
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen	Abwertung
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F50.8	Sonstige Essstörungen	Abwertung
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F84.0	Frühkindlicher Autismus	Abwertung
F84.1	Atypischer Autismus	Abwertung
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters	Abwertung
F84.5	Asperger-Syndrom	Abwertung
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen	Abwertung
F84.9	Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G05.0	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung
G05.8	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
G06.1	Intraspinaler Abszess und intraspinale Granulome	Abwertung
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	Abwertung
G40.6	Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)	Abwertung
G54.0	Läsionen des Plexus brachialis	Aufwertung
G56.3	Läsion des N. radialis	Aufwertung
G73.0	Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten	Abwertung
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese	Abwertung
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese	Abwertung
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese	Abwertung
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.00	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.01	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
G82.09	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.10	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.11	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.19	Spastische Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.20	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.21	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.23	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.29	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.30	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.31	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.32	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.39	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.40	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.41	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
G82.50	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.51	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.52	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.53	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.59	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G83.41	Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom	Abwertung
G83.49	Cauda- (equina-) Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G91.1	Hydrocephalus occlusus	Abwertung
G91.20	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus	Abwertung
G91.21	Sekundärer Normaldruckhydrozephalus	Abwertung
G91.29	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G91.3	Posttraumatischer Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G91.8	Sonstiger Hydrozephalus	Abwertung
G91.9	Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G96.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis	Abwertung
G97.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis nach Lumbalpunktion	Abwertung
G97.1	Sonstige Reaktion auf Spinal- und Lumbalpunktion	Abwertung
G97.80	Postoperative Liquoristel	Abwertung
H54.0	Blindheit und hochgradige Sehbehinderung, binokular	Aufwertung
I05.0	Mitralklappenstenose	Abwertung
I05.8	Sonstige Mitralklappenkrankheiten	Abwertung
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I07.8	Sonstige Trikuspidalklappenkrankheiten	Abwertung
I08.0	Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert	Abwertung
I08.1	Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.3	Krankheiten der Mitral-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.8	Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen	Abwertung
I08.9	Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
I13.00	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.01	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.20	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.21	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I20.0	Instabile Angina pectoris	Abwertung
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	Abwertung
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I23.8	Sonstige akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I24.0	Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt	Abwertung
I24.1	Postmyokardinfarkt-Syndrom	Abwertung
I24.8	Sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit	Abwertung
I25.4	Koronararterienaneurysma	Aufwertung
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie	Abwertung
I31.3	Perikarderguss (nichtentzündlich)	Abwertung
I35.0	Aortenklappenstenose	Abwertung
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I36.1	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I36.2	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I36.8	Sonstige nicht-rheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	Abwertung
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz	Abwertung
I37.8	Sonstige Pulmonalklappenkrankheiten	Abwertung
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	Abwertung
I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie	Abwertung
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie	Abwertung
I42.3	Eosinophile endomyokardiale Krankheit	Abwertung
I42.4	Endokardfibroelastose	Abwertung
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie	Abwertung
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie	Abwertung
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
I42.80	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]	Abwertung
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien	Abwertung
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	Abwertung
I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	Abwertung
I45.8	Sonstige näher bezeichnete kardiale Erregungsleitungsstörungen	Abwertung
I45.9	Kardiale Erregungsleitungsstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	Abwertung
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	Abwertung
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	Abwertung
I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I48.00	Vorhofflattern: Paroxysmal	Abwertung
I48.01	Vorhofflattern: Chronisch	Abwertung
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	Abwertung
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	Abwertung
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	Abwertung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	Abwertung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	Abwertung
I51.3	Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I62.02	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Chronisch	Abwertung
I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	Abwertung
I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	Abwertung
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	Abwertung
I65.0	Verschluss und Stenose der A. vertebralis	Abwertung
I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	Abwertung
I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	Abwertung
I66.0	Verschluss und Stenose der A. cerebri media	Abwertung
I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	Aufwertung
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung	Abwertung
I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung	Abwertung
I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung	Abwertung
I69.3	Folgen eines Hirnfarktes	Abwertung
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	Abwertung
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	Abwertung
I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	Aufwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	Abwertung
I74.8	Embolie und Thrombose sonstiger Arterien	Abwertung
I74.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Arterie	Abwertung
I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	Abwertung
I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	Abwertung
I80.20	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen	Abwertung
I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	Abwertung
I80.3	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I80.81	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis tiefer Gefäße der oberen Extremitäten	Abwertung
I81	Pfortaderthrombose	Abwertung
I82.80	Embolie und Thrombose der Milzvene	Abwertung
I82.88	Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen	Abwertung
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	Abwertung
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	Abwertung
I85.0	Ösophagusvarizen mit Blutung	Abwertung
I85.9	Ösophagusvarizen ohne Blutung	Aufwertung
I97.8	Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I97.9	Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung	Abwertung
J01.0	Akute Sinusitis maxillaris	Abwertung
J01.1	Akute Sinusitis frontalis	Abwertung
J01.2	Akute Sinusitis ethmoidalis	Abwertung
J01.3	Akute Sinusitis sphenoidalis	Abwertung
J01.4	Akute Pansinusitis	Abwertung
J01.8	Sonstige akute Sinusitis	Abwertung
J01.9	Akute Sinusitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J05.0	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp]	Abwertung
J05.1	Akute Epiglottitis	Abwertung
J10.0	Grippe mit Pneumonie, sonstige Influenzaviren nachgewiesen	Abwertung
J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, sonstige Influenzaviren nachgewiesen	Abwertung
J11.0	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
J11.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, Viren nicht nachgewiesen	Abwertung
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	Abwertung
J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae	Abwertung
J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas	Abwertung
J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken	Abwertung
J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken	Abwertung
J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli	Abwertung
J15.6	Pneumonie durch andere aerobe gramnegative Bakterien	Abwertung
J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	Abwertung
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J16.0	Pneumonie durch Chlamydien	Abwertung
J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger	Abwertung
J17.0	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung
J17.1	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten	Abwertung
J17.2	Pneumonie bei Mykosen	Abwertung
J17.3	Pneumonie bei parasitären Krankheiten	Abwertung
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J20.0	Akute Bronchitis durch Mycoplasma pneumoniae	Abwertung
J20.1	Akute Bronchitis durch Haemophilus influenzae	Abwertung
J20.2	Akute Bronchitis durch Streptokokken	Abwertung
J20.3	Akute Bronchitis durch Coxsackieviren	Abwertung
J20.4	Akute Bronchitis durch Parainfluenzaviren	Abwertung
J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	Abwertung
J20.6	Akute Bronchitis durch Rhinoviren	Abwertung
J20.7	Akute Bronchitis durch ECHO-Viren	Abwertung
J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	Abwertung
J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J38.00	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
J38.01	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Einseitig, partiell	Abwertung
J38.02	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Einseitig, komplett	Abwertung
J38.03	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Beidseitig, partiell	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
J38.4	Larynxödem	Abwertung
J41.1	Schleimig-eitrige chronische Bronchitis	Abwertung
J41.8	Mischformen von einfacher und schleimig-eitriger chronischer Bronchitis	Abwertung
J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis	Abwertung
J43.0	McLeod-Syndrom	Abwertung
J43.1	Panlobuläres Emphysem	Abwertung
J43.2	Zentrilobuläres Emphysem	Abwertung
J43.8	Sonstiges Emphysem	Abwertung
J43.9	Emphysem, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 < 35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 35 % und < 50 % des Sollwertes	Abwertung
J44.02	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 50 % und < 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.03	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 35 % und < 50 % des Sollwertes	Abwertung
J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % und < 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.13	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 < 35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 \geq 35 % und < 50 % des Sollwertes	Abwertung
J47	Bronchiektasen	Abwertung
J68.1	Lungenödem durch chemische Substanzen, Gase, Rauch und Dämpfe	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	Abwertung
J69.1	Pneumonie durch Öle und Extrakte	Abwertung
J69.8	Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen	Abwertung
J81	Lungenödem	Abwertung
J84.0	Alveoläre und parietoalveoläre Krankheitszustände	Abwertung
J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose	Abwertung
J84.8	Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten	Abwertung
J84.9	Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J86.9	Pyothorax ohne Fistel	Abwertung
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
J93.8	Sonstiger Pneumothorax	Abwertung
J93.9	Pneumothorax, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J94.1	Fibrothorax	Abwertung
J94.2	Hämatothorax	Abwertung
J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	Abwertung
J95.1	Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation	Abwertung
J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation	Abwertung
J95.3	Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation	Abwertung
J95.80	Iatrogenen Pneumothorax	Abwertung
J95.88	Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Abwertung
J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Abwertung
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J98.1	Lungenkollaps	Abwertung
J99.0	Lungenkrankheit bei seropositiver chronischer Polyarthrit	Abwertung
J99.1	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten	Abwertung
J99.8	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
K22.6	Mallory-Weiss-Syndrom	Abwertung
K22.7	Barrett-Ösophagus	Aufwertung
K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	Abwertung
K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation	Aufwertung
K25.7	Ulcus ventriculi: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation	Aufwertung
K26.3	Ulcus duodeni: Akut, ohne Blutung oder Perforation	Aufwertung
K26.7	Ulcus duodeni: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation	Aufwertung
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	Abwertung
K56.0	Paralytischer Ileus	Abwertung
K56.1	Invagination	Abwertung
K56.2	Volvulus	Abwertung
K56.3	Gallensteinileus	Abwertung
K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	Abwertung
K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Ileus	Abwertung
K56.6	Sonstiger und nicht näher bezeichneter mechanischer Ileus	Abwertung
K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K65.8	Sonstige Peritonitis	Abwertung
K65.9	Peritonitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber	Abwertung
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	Abwertung
K71.0	Toxische Leberkrankheit mit Cholestase	Abwertung
K71.3	Toxische Leberkrankheit mit chronisch-persistierender Hepatitis	Abwertung
K71.7	Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber	Abwertung
K71.9	Toxische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen	Abwertung
K72.71	Hepatische Enzephalopathie Grad 1	Abwertung
K72.72	Hepatische Enzephalopathie Grad 2	Abwertung
K72.79	Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet	Abwertung
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K73.8	Sonstige chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K74.0	Leberfibrose	Auf- und Abwertung
K74.2	Leberfibrose mit Lebersklerose	Aufwertung
K74.3	Primäre biliäre Zirrhose	Aufwertung
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	Abwertung
K75.0	Leberabszess	Abwertung
K75.4	Autoimmune Hepatitis	Abwertung
K75.8	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Leberkrankheiten	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
K75.9	Entzündliche Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.40	Gallengangsstein mit Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.80	Sonstige Cholelithiasis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K81.0	Akute Cholezystitis	Abwertung
K82.0	Verschluss der Gallenblase	Abwertung
K82.1	Hydrops der Gallenblase	Abwertung
K82.2	Perforation der Gallenblase	Abwertung
K82.3	Gallenblasenfistel	Abwertung
K83.0	Cholangitis	Abwertung
K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	Abwertung
K91.2	Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K91.3	Postoperativer Darmverschluss	Abwertung
K92.0	Hämatemesis	Abwertung
K92.1	Meläna	Abwertung
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	Abwertung
L03.9	Phlegmone, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L89.10	Dekubitus 2. Grades: Kopf	Abwertung
L89.11	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.12	Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze	Abwertung
L89.13	Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.14	Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.15	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.16	Dekubitus 2. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.17	Dekubitus 2. Grades: Ferse	Abwertung
L89.18	Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.19	Dekubitus 2. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
L89.20	Dekubitus 3. Grades: Kopf	Abwertung
L89.21	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.22	Dekubitus 3. Grades: Dornfortsätze	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
L89.23	Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.25	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.26	Dekubitus 3. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.27	Dekubitus 3. Grades: Ferse	Abwertung
L89.28	Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.29	Dekubitus 3. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
L89.30	Dekubitus 4. Grades: Kopf	Abwertung
L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.32	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze	Abwertung
L89.33	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.37	Dekubitus 4. Grades: Ferse	Abwertung
L89.38	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.39	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M00.00	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M00.01	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M00.02	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M00.03	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M00.04	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M00.05	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M00.06	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M00.07	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M00.08	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
M00.09	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M00.10	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M00.11	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M00.12	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M00.13	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M00.14	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M00.15	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M00.16	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M00.17	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M00.18	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M00.19	Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M00.20	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M00.21	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M00.22	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M00.23	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M00.24	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M00.25	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M00.26	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
M00.27	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M00.28	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M00.29	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M00.90	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M00.91	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M00.92	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M00.93	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M00.94	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M00.95	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M00.96	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M00.97	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M00.98	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M00.99	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M31.3	Wegener-Granulomatose	Abwertung
M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis	Abwertung
M32.0	Arzneimittelinduzierter systemischer Lupus erythematoses	Abwertung
M32.1	Systemischer Lupus erythematoses mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen	Abwertung
M32.8	Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematoses	Abwertung
M32.9	Systemischer Lupus erythematoses, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M48.54	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Thorakalbereich	Abwertung
M48.59	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
M49.52	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikalbereich	Abwertung
M49.54	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakalbereich	Abwertung
M49.55	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakolumbalbereich	Abwertung
M49.56	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbalbereich	Abwertung
M49.59	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.30	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.31	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M62.32	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M62.33	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M62.34	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M62.35	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M62.36	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M62.37	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M62.38	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.39	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M62.40	Muskelkontraktur: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.41	Muskelkontraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M62.42	Muskelkontraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M62.43	Muskelkontraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M62.44	Muskelkontraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M62.45	Muskelkontraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M62.46	Muskelkontraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
M62.47	Muskelkontraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M62.48	Muskelkontraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.49	Muskelkontraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M84.48	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M84.49	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M86.00	Akute hämatogene Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M86.01	Akute hämatogene Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M86.02	Akute hämatogene Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.03	Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M86.04	Akute hämatogene Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.05	Akute hämatogene Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.06	Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.07	Akute hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.08	Akute hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.09	Akute hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M86.10	Sonstige akute Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M86.11	Sonstige akute Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M86.12	Sonstige akute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.13	Sonstige akute Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M86.14	Sonstige akute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.15	Sonstige akute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
M86.16	Sonstige akute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.17	Sonstige akute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.18	Sonstige akute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.19	Sonstige akute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M86.20	Subakute Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M86.21	Subakute Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M86.22	Subakute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.23	Subakute Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M86.24	Subakute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.25	Subakute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.26	Subakute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.27	Subakute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.28	Subakute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.29	Subakute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M86.30	Chronische multifokale Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M86.31	Chronische multifokale Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M86.32	Chronische multifokale Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.33	Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M86.34	Chronische multifokale Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.35	Chronische multifokale Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
M86.36	Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.37	Chronische multifokale Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.38	Chronische multifokale Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.39	Chronische multifokale Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M86.40	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M86.41	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M86.42	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.43	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M86.44	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.45	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.46	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.47	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.48	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.49	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M86.50	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M86.51	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M86.52	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.53	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M86.54	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
M86.55	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.56	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.57	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.58	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.59	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M90.70	Knochenfraktur bei Neubildungen: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M90.75	Knochenfraktur bei Neubildungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M90.78	Knochenfraktur bei Neubildungen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M90.79	Knochenfraktur bei Neubildungen: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M96.6	Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte	Abwertung
M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-System nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
N11.0	Nichtobstruktive, mit Reflux verbundene chronische Pyelonephritis	Aufwertung
N11.1	Chronische obstruktive Pyelonephritis	Aufwertung
N11.8	Sonstige chronische tubulointerstitielle Nephritis	Aufwertung
N11.9	Chronische tubulointerstitielle Nephritis, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	Abwertung
N13.4	Hydroureter	Abwertung
N13.9	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N16.0	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	Aufwertung
N17.0	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose	Abwertung
N17.1	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose	Abwertung
N17.2	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose	Abwertung
N17.8	Sonstiges akutes Nierenversagen	Abwertung
N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1	Abwertung
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2	Abwertung
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	Abwertung
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	Abwertung
N18.80	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung	Abwertung
N30.0	Akute Zystitis	Aufwertung
N30.2	Sonstige chronische Zystitis	Aufwertung
N30.3	Trigonumzystitis	Aufwertung
N30.8	Sonstige Zystitis	Aufwertung
N30.9	Zystitis, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
N32.0	Blasenhalsobstruktion	Abwertung
N32.1	Vesikointestinalfistel	Abwertung
N32.2	Harnblasenfistel, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
N33.8	Krankheiten der Harnblase bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
N34.1	Unspezifische Urethritis	Aufwertung
N34.2	Sonstige Urethritis	Aufwertung
N34.3	Urethrales Syndrom, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
N37.0	Urethritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Aufwertung
N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	Aufwertung
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	Abwertung
N39.40	Reflexinkontinenz	Abwertung
N39.41	Überlaufinkontinenz	Abwertung
N39.42	Dranginkontinenz	Abwertung
N39.48	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz	Abwertung
N70.1	Chronische Salpingitis und Oophoritis	Aufwertung
N70.9	Salpingitis und Oophoritis, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
N71.1	Chronische entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix	Aufwertung
N71.9	Entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
N72	Entzündliche Krankheit der Cervix uteri	Aufwertung
N73.1	Chronische Parametritis und Entzündung des Beckenbindegewebes	Aufwertung
N73.2	Nicht näher bezeichnete Parametritis und Entzündung des Beckenbindegewebes	Aufwertung
N73.4	Chronische Pelveoperitonitis bei der Frau	Aufwertung
N73.6	Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken	Aufwertung
N73.8	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken	Aufwertung
N73.9	Entzündliche Krankheit im weiblichen Becken, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
N74.2	Syphilitische Entzündung im weiblichen Becken	Aufwertung
N74.3	Entzündung im weiblichen Becken durch Gonokokken	Aufwertung
N74.4	Entzündung im weiblichen Becken durch Chlamydien	Aufwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
N74.8	Entzündung im weiblichen Becken bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Aufwertung
N76.0	Akute Kolpitis	Aufwertung
N76.1	Subakute und chronische Kolpitis	Aufwertung
N76.2	Akute Vulvitis	Aufwertung
N76.3	Subakute und chronische Vulvitis	Aufwertung
N76.5	Ulzeration der Vagina	Aufwertung
N76.6	Ulzeration der Vulva	Aufwertung
N76.80	Fournier-Gangrän bei der Frau	Aufwertung
N76.88	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	Aufwertung
N77.1	Vaginitis, Vulvitis oder Vulvovaginitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	Aufwertung
O03.0	Spontanabort: Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens	Abwertung
O03.1	Spontanabort: Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung	Abwertung
O03.2	Spontanabort: Inkomplett, kompliziert durch Embolie	Abwertung
O03.3	Spontanabort: Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen	Abwertung
O03.4	Spontanabort: Inkomplett, ohne Komplikation	Abwertung
O03.5	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens	Abwertung
O03.6	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung	Abwertung
O03.7	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie	Abwertung
O03.8	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen	Abwertung
O03.9	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation	Abwertung
P76.2	Darmverschluss beim Neugeborenen durch eingedickte Milch	Abwertung
Q00.0	Anenzephalie	Abwertung
Q02	Mikrozephalie	Abwertung
Q03.0	Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri	Abwertung
Q04.0	Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum	Abwertung
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom	Abwertung
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns	Abwertung
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten	Abwertung
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus	Abwertung
Q05.9	Spina bifida, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks	Abwertung
Q07.0	Arnold-Chiari-Syndrom	Abwertung
Q07.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Nervensystems	Abwertung
Q11.2	Mikrophthalmus	Abwertung
Q22.1	Angeborene Pulmonalklappenstenose	Abwertung
Q25.6	Stenose der A. pulmonalis (angeboren)	Abwertung
Q44.6	Zystische Leberkrankheit [Zystenleber]	Abwertung
Q61.1	Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv	Abwertung
Q61.2	Polyzystische Niere, autosomal-dominant	Abwertung
Q64.1	Ekstrophie der Harnblase	Abwertung
Q65.0	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, einseitig	Abwertung
Q65.1	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, beidseitig	Abwertung
Q65.3	Angeborene Subluxation des Hüftgelenkes, einseitig	Abwertung
Q65.4	Angeborene Subluxation des Hüftgelenkes, beidseitig	Abwertung
Q65.6	Instabiles Hüftgelenk (angeboren)	Abwertung
Q72.8	Sonstige Reduktionsdefekte der unteren Extremität(en)	Abwertung
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita	Abwertung
Q75.0	Kraniosynostose	Abwertung
Q75.3	Makrozephalie	Abwertung
Q75.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen	Abwertung
Q85.8	Sonstige Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R04.8	Blutung aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen	Abwertung
R04.9	Blutung aus den Atemwegen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R09.2	Atemstillstand	Abwertung
R15	Stuhlinkontinenz	Abwertung
R18	Aszites	Abwertung
R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R47.0	Dysphasie und Aphasie	Abwertung
R47.1	Dysarthrie und Anarthrie	Abwertung
R47.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sprech- und Sprachstörungen	Abwertung
R57.0	Kardiogener Schock	Abwertung
R57.1	Hypovolämischer Schock	Abwertung
R57.2	Septischer Schock	Abwertung
R57.8	Sonstige Formen des Schocks	Abwertung
R57.9	Schock, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R58	Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	Abwertung
R64	Kachexie	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
R65.0	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen	Abwertung
R65.1	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen	Abwertung
R65.2	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	Abwertung
R65.3	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	Abwertung
R65.9	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet	Abwertung
S02.0	Schädeldachfraktur	Abwertung
S02.1	Schädelbasisfraktur	Abwertung
S02.8	Frakturen sonstiger Schädel- und Gesichtsschädelknochen	Abwertung
S05.8	Sonstige Verletzungen des Auges und der Orbita	Abwertung
S12.23	Fraktur des 5. Halswirbels	Abwertung
S12.9	Fraktur im Bereich des Halses, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.03	Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6	Abwertung
S22.05	Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10	Abwertung
S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	Abwertung
S22.40	Rippenserienfraktur: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.41	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung der ersten Rippe	Abwertung
S22.42	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen	Abwertung
S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	Abwertung
S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	Abwertung
S27.1	Traumatischer Hämatothorax	Abwertung
S32.00	Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung
S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	Abwertung
S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	Abwertung
S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	Abwertung
S32.04	Fraktur eines Lendenwirbels: L4	Abwertung
S32.89	Fraktur: Sonstige und multiple Teile des Beckens	Abwertung
S36.08	Sonstige Verletzungen der Milz	Abwertung
S36.10	Verletzung der Leber, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S36.11	Prellung und Hämatom der Leber	Abwertung
S36.16	Sonstige Verletzungen der Leber	Abwertung
S36.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten intraabdominalen Organes	Abwertung
S37.7	Verletzung mehrerer Harnorgane und Beckenorgane	Abwertung
S37.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Harnorganes oder Beckenorganes	Aufwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
S39.6	Verletzung eines oder mehrerer intraabdominaler Organe mit Beteiligung eines oder mehrerer Beckenorgane	Abwertung
T08.0	Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet: geschlossen oder o.n.A.	Abwertung
T79.2	Traumatisch bedingte sekundäre oder rezidivierende Blutung	Abwertung
T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T79.7	Traumatisches subkutanes Emphysem	Abwertung
T81.1	Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.2	Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.7	Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	Abwertung
T82.2	Mechanische Komplikation durch Koronararterien-Bypass und Klappentransplantate	Abwertung
T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	Abwertung
T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T83.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	Abwertung
T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	Abwertung
T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	Abwertung
T84.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Knochengeräte, -implantate oder -transplantate	Abwertung
T84.4	Mechanische Komplikation durch sonstige intern verwendete orthopädische Geräte, Implantate und Transplantate	Abwertung
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	Abwertung
T84.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T84.8	Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T84.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat	Abwertung
T85.0	Mechanische Komplikation durch einen ventrikulären, intrakraniellen Shunt	Abwertung
T85.5	Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.6	Mechanische Komplikation durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.78	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.88	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T86.10	Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.11	Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.12	Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion	Abwertung
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	Abwertung
T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes	Abwertung
T91.3	Folgen einer Verletzung des Rückenmarkes	Abwertung
U80.0	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone	Abwertung
U80.1	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin, Oxacillin, Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine	Abwertung
U80.2	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz	Abwertung
U80.3	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, Streptogramine, oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz	Abwertung
U80.4	Escherichia, Klebsiella und Proteus mit Resistenz gegen Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Laktam-Antibiotika [ESBL-Resistenz]	Abwertung

ICD 2012	ICD Text	Status
U80.6	Pseudomonas aeruginosa und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone, Amikacin, Ceftazidim oder Piperacillin/Tazobactam	Abwertung
U80.7	Burkholderia und Stenotrophomonas mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol	Abwertung
Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	Abwertung
Z93.0	Vorhandensein eines Tracheostomas	Abwertung
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	Abwertung
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation	Abwertung
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation	Abwertung
Z94.3	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation	Abwertung
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	Abwertung
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression	Abwertung
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	Abwertung
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation	Abwertung
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems	Aufwertung

Tabelle A-4-1:

224 DRGs, bei denen die **aufnahmeverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.5)

DRG	DRG-Text
901C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne hochkomplexe OR-Prozedur, mit komplexer OR-Prozedur oder mit anderen Eingriffen an Kopf und Wirbelsäule, Alter < 1 Jahr oder bei Para-/Tetraplegie
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit Polytrauma oder Alter < 16 Jahre
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder ABO-inkompatible Transplantation
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
B17F	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne mäßig kompl. od. kompl. Ingr., ohne äuß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B47Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems

DRG	DRG-Text
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B64Z	Delirium
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE)
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Exzision der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 Jahre
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund ohne komplizierende Diagnose
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Eingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Eingr. od. Eingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.

DRG	DRG-Text
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, ohne Gaumenspalte, ohne Spaltnase, ohne Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase
D60C	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter < 10 Jahre
E07Z	Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mit intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 196 P. oder mit kompliz. Diagnose oder kompl. Prozedur oder Alter < 16 Jahre, mit äuß. schw. CC oder ARDS, Alter < 16 J.
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome d. Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre oder bei Hyperventilation
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre
E77A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 196 Aufwandspunkte
E77B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder komplexer Diagnose bei Z.n. Organtransplantation
E77C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne komplexe Diagnose bei Z.n. Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
E77E	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit sehr komplexer Diagnose mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit komplexem Eingriff
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation, außer bei Infarkt, ohne Reoperation
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne kompl. Ingr., Alter > 15 Jahre, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre
F19C	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder > 588 / 552 Aufwandspunkte mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere 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
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders

DRG	DRG-Text
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit transseptaler Linksherz-Katheteruntersuchung
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofohrverschluss
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkompl. Eingriff oder kompliz. Konstell. oder bei bestimmter bösartiger Neubildung
G18D	Eingriffe an Dün- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne sehr komplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff
G21A	Komplexe Adhäsiole am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiole oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiole oder Alter < 14 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G24A	Eingriffe bei Hernien, mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H41A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC oder photodynamische Therapie oder ERCP mit perkutan-transluminalen Verfahren
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter < 16 Jahre
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ohne akute Pankreatitis
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel
I20C	Eingr. am Fuß oh. mehr. kompl. Eingr., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Osteomyelitis / Arthritis od. Eingr. Großz. m. kompl. Eingr. an mehr. Strah., m. Knochentx, m. Impl. Zehengel. od. bei Kalka., od. Einz. Mehrf. > 3 Mittelf.- / Zehenstr.
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre
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
I27B	Eingr. am Weichteilg. oder kleinfl. Gewebetransplant., ohne best. Diagn. und best. Eingriff, ohne äuß. schw. CC oder bösartige Neub. und schw. CC, ohne schw. CC und mit bösartiger Neub. bei best. Eingr. am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebetransplant.
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe

DRG	DRG-Text
I32C	Eingr. an Handg. und Hand oh. mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. oh. kompl. Eingr. b. angeb. Fehl. d. Hand und Alter < 16 J., mit best. Eingr. od. kompl. Diag.
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I59Z	Anderer Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I60Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
I66A	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
I66C	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenerkrankungen bei Para- / Tetraplegie
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I76A	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
J02B	Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos., m. auß. schw. CC auß. b. Para- / Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Eingr.
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
J07A	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, mit beidseitigem Eingriff
J08C	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma oder ohne äußerst schwere CC
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre
J22A	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit Weichteildeckung
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
K04A	Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60D	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre
K60E	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse

DRG	DRG-Text
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Beleg.tag oder Beschw. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 6 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 5 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
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
M04B	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Hoden
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ohne CC
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff oder selektive Embolisierung an anderen abdominalen Gefäßen

DRG	DRG-Text
N05A	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC
N14Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
N16Z	Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingschwangerschaft
O01D	Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intract. Ther., oh. kompliz. Konst., ohne Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., mit od. ohne kompliz. Diag., oh. äuß. schw. CC
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen
O03Z	Extrauterin gravidität
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur mit komplexem Eingriff
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur ohne komplexen Eingriff
O06Z	Intrauterine Therapie des Feten

DRG	DRG-Text
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose oder best. Placenta praevia mit schweren CC, Schwangerschaftsdauer 20 bis 33 vollendete Wochen
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Placenta praevia oder ohne schwere CC, Schwangerschaftsdauer bis 25 oder mehr als 33 vollendete Wochen
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden
P04C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 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	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
Q01Z	Eingriffe an der Milz

DRG	DRG-Text
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre
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 Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre
Q61C	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter < 16 Jahre
R04B	Anderer hämatologischer und solider Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., äuß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit äuß. schw. CC oder mit Dialyse oder äuß. schw. CC, Alter < 16 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie
R60G	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
R63B	Anderer akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
R63F	Anderer akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63G	Anderer akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63H	Anderer akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
R63I	Andere akute Leukämie mit lokaler Chemotherapie oder ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen
U63Z	Schwere affektive Störungen
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, ohne kompliz. Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne äußerst schw. CC
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontaktanlass
Z66Z	Vorbereitung zur Lebendspende

Tabelle A-4-2:

149 DRGs, bei denen die **entlassverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.5)

DRG	DRG-Text
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder bei Plasmozytom, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, ohne In-vitro-Aufbereitung, Alter > 15 Jahre
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3920 / 3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470 / 1380 und < 2353 / 2209 Aufwandspunkte
A11D	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, mit äußerst schweren CC
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter < 16 Jahre
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung des Nervensystems oder Alter < 6 Jahre und äuß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Eingr. am Schädel

DRG	DRG-Text
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Schädel, ohne komplizierende Konstellation, ohne verschiedenartige komplexe Prozedur
B04B	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B09A	Andere Eingriffe am Schädel mit äußerst schweren CC
B17C	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexen Eingriff, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre
B17D	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexen Eingriff, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne äuß. schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit äuß. schw. 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
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolysse

DRG	DRG-Text
B75Z	Fieberkrämpfe
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor
B80Z	Andere Kopfverletzungen
C01A	Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, mit bestimmtem Eingriff an der Retina
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
C63Z	Andere 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
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund mit komplizierender Diagnose
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D35Z	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose

DRG	DRG-Text
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung
E69D	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 0 Jahre und Alter < 6 Jahre und ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode oder Alter < 16 Jahre außer bei Hyperventilation
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äuß. schw. CC, oh. ablativ. Maßnahme, oh. PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, oh. kompl. Eingriff, Alter > 15 J., m. Sondenentfernung m. Excimer-Laser
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne äußerst schwere CC oder isolierte offen chirurgische Sondenimplantation
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders
F18B	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff
F19B	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen oder Radiofrequenzablation über A. renalis, ohne äußerst schwere CC bei anderen perkutan-transluminalen Interventionen an Herz, Aorta und Lungengefäßen, Alter < 16 Jahre
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 Aufwandspunkte
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 392 Aufwandspunkte
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 392 AufwPkte oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne komplexen Eingriff
G07C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G16A	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder bei Zustand nach Organtransplantation oder mit Immundefekt, mit bestimmter Lebermetastasen Chirurgie oder komplizierender Konstellation
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder bei Zustand nach Organtransplantation oder mit Immundefekt, ohne bestimmte Lebermetastasen Chirurgie, ohne komplizierende Konstellation
G18C	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne sehr komplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff
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
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

DRG	DRG-Text
G46A	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC oder verbunden mit äußerst schweren, schweren CC oder komplizierendem Eingriff bei Kindern
G46B	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC, schweren CC oder mit komplizierendem Eingriff oder verbunden mit schw. CC bei Kindern, oder Ösophagusperforation oder bestimmte Prozedur
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, mit selektiver Embolisation
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmtem Eingriff am Pankreas
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre oder mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung
I08G	And. Eingr. Hüftgel. u. Femur od. Ers. Hüftgel. m. Eingr. an oberer Extremität od WS, oh. mäßig komplexer Eingriff, oh. Knochentransplantation und -transposition am distalen Femur oder Revision ohne Wechsel Endoprothetik Hüfte
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne sehr kompl. Osteosynth., ohne mehrz. kompl. Eingr., mit kompl. Osteosynth. und äußerst schw. CC
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., m. best. Eingr. am Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., ohne best. Eingr. an Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS

DRG	DRG-Text
I09F	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne best. aufw. WS-Eingr., ohne best. WS-Osteosynthesen, ohne Para- / Tetraplegie ohne HWS-Fraktur, ohne intervertebrale Cages > 2 Seg.
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schwerem CC
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingriff, ohne äußerst schw. CC, ohne Halotraktion, auß. bei Para- / Tetraplegie, ohne Wirbelfraktur, ohne mäßig kompl. Eingriff, mit wenig kompl. Eingriff
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder außer Materialentfernung, 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
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff, oder mit äußerst schweren CC oder bösartiger Neubildung und schweren CC und bestimmter Diagnose und komplexe Eingr.
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, mit komplexem Eingriff
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien, außer bei Para- / Tetraplegie oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, mit äußerst schweren CC
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 6 Jahre
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre
M04A	Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän oder mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
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
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne bestimmten Eingriff
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation
O60B	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne komplizierende Konstellation oder Thromboembolie während der Gestationsperiode ohne OR-Prozedur
P05C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R14Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung
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
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung

Tabelle A-4-3:

572 DRGs, bei denen die **verlegten Fälle** (aufnahme- und/oder entlassverlegt) bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.5)

DRG	DRG-Text
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
901B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne Strahlentherapie, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit hochkomplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
901D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne andere Eingriffe an Kopf und Wirbelsäule, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie
902Z	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, Alter > 15 Jahre, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, HLA-identisch
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3920 / 3680 Aufwandspunkte
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbehandlung > 3920 / 3680 P. oder mit hochkomplexem oder dreizeitigem Eingriff
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 Aufwandspunkte, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Aufwandspunkte
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 2352 / 2208 P. oder kompliz. Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A09F	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur

DRG	DRG-Text
A11C	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre
A11E	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder int. Komplexbeh. > 1176 / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre
A11F	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 Jahre
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC
A13C	Beatmung > 95 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur und kompliz. Konstellation, Alter > 15 J. oder mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., ohne Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A13E	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre
A13F	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne bestimmte OR-Proz., ohne kompliz. Konstellation, ohne int. Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur
A13G	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne bestimmte OR-Proz., ohne kompliz. Konst., ohne int. Komplexbeh. > 588 / 552 P., Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, mit äußerst schweren CC
A13H	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne kompliz. Konstellation, ohne int. Komplexbeh. > 588 / 552 P., Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen

DRG	DRG-Text
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 und < 1765 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation 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
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, 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
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder mit verschiedenartiger komplexer Prozedur
B03Z	Operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösart. Neubild. od. mit schw. CC od. mit intraop. Monitoring od. Eingriffe b. zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit auß. schw. CC
B04A	Interventionelle und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B09B	Andere Eingriffe am Schädel ohne äußerst schwere CC
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, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne kompl. Diagn., ohne kompl. Eingr., ohne schw. CC, Alter > 18 Jahre, mit mäßig kompl. Eingr.
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelshuntes
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe Diagnose
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation
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

DRG	DRG-Text
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, 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
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
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
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus
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 zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
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
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Komplexb. d. Hand od. m. kompl. Diagnose, ohne schw. CC od. außer b. Para- / Tetraplegie od. ohne kompl. Diagn., m. äuß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter > 15 Jahre
B73Z	Virusmeningitis
B76B	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, mit komplexer Diagnose
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, mit angeborener Fehlbildung
B76D	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplexer Diagnose
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose

DRG	DRG-Text
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder Biopsien an kraniellen Gefäßen
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
C16Z	Aufwändige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
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 plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit Knorpeltransplantat, Alter < 1 Jahr
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D12A	Andere aufwändige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
D20Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexer Gleichgewichtsstörung, Hörverlust, Tinnitus
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwändigem Eingriff, Alter > 9 Jahre
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter > 9 Jahre
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Std., ohne intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 196 P., oh. kompliz. Diagn., ohne kompl. Proz., Alter > 15 J., mit auß. schw. CC od. bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 J.
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 196 P., ohne kompliz. Diagnose, ohne kompl. Prozedur, ohne auß. schw. CC, außer bei Para- / Tetraplegie
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC
E63Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit auß. schw. CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplizierender Diagnose oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit auß. schw. oder schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infektion
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% oder Alter < 1 Jahr
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35%, Alter > 0 Jahre
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose

DRG	DRG-Text
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag u. Alter > 55 Jahre oder mit äußerst schweren od. schw. CC, Alt. > 0 J., außer b. Para- / Tetraplegie od. ein Belegungstag od. ohne äußerst schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J., m. RS-Virus-Infektion
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplexer Biopsie der Lunge
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie oder ohne komplexe Biopsie der Lunge
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E77D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom
E77F	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC
E77G	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
E77H	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 1 Jahr, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
E77I	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff

DRG	DRG-Text
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
F01G	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation
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
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder thorakoabdominalem Aneurysma oder komplexem Aorteneingriff
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation, mit äuß. schw. CC
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, mit äuß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., mit Mehretagen- oder Aorteneingr. oder Reoperation, ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.
F09A	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
F09C	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schweren CC oder mit ablativen Maßnahmen oder PTCA
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter < 16 Jahre
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen oder Alter < 16 Jahre
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit äußerst schweren CC
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, ohne äußerst schwere CC
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff
F19D	Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 15 Jahre
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrothese des Fußes
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrothese des Fußes
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 P. u. < 1177 / 1105 P. m. best. OR-Proz. od. kompl. Eingr. od. > 1176 / 1104 P. oh. best. OR-Proz. m. kompl. Eingr., oh. mehrzeit. kompl. OR-Proz. b. Krankh. u. Störungen d. Kreislaufsystem.
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter < 15 Jahre
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping oder schweren CC
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, mit komplexer Diagnose
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmtem Eingriff
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders

DRG	DRG-Text
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transeptale Linksherz-Katheteruntersuchung
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe oder komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne Revision, ohne komplizierende Diagnose, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit äuß. schweren CC oder Rotationsthrombektomie
F59C	Mäßig kompl. Gefäßeingr. oder kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konst., oh. Revis., oh. kompliz. Diagn., Alt. > 2 J., oh. best. beids. Gefäßeingr., oh. äuß. schwere CC, oh. Rot.thromb., oh. aufw. Eingr., oh. best. Diagn., Alt. > 15 J., mit best. Eingr.
F59D	Mäßig kompl. Gefäßeingr. od. kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konst., oh. Revis., oh. kompliz. Diagn., Alt. > 2 J., oh. best. beids. Gefäßeingr., oh. äuß. schw. CC, oh. Rotat.thromb., oh. aufw. Eingr., oh. best. Diagn., Alt. > 15 J., oh. best. Eingr.
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre

DRG	DRG-Text
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC oder kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens
F72A	Instabile Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F72B	Instabile Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F73Z	Synkope und Kollaps
F74Z	Thoraxschmerz
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff
G02B	Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 392 AufwPkte, ohne best. Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompliz. Diagnose
G04A	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 J. od. mit schw. CC od. kl. Ingr. an Dünn-/Dickdarm mit auß. schw. CC od. Anl. eines Enterostomas, Alt. < 6 J., od. best. PTAs an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC, oh. int.med. Komplexbeh. b. Kind > 392 AufwPkte
G04B	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC od. Anlegen eines Enterostomas, Alter > 5 Jahre, ohne best. PTAs an abdominalen Gefäßen
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit auß. schw. oder schweren CC oder kleine Ingr. an Dünn- und Dickdarm od. a. abd. Gef. ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre oder mit best. perkutan-translumin. Ingr. an abdom. Gefäßen

DRG	DRG-Text
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G12A	Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
G12B	Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur
G12C	Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe oder mäßig komplexe OR-Prozedur
G13Z	Anderer Eingriffe an Darm oder Enterostoma mit äußerst schweren CC
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G17A	Anderer Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff, bei bösartiger Neubildung
G17B	Anderer Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung
G18A	Eingriffe an Dün- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
G18B	Eingriffe an Dün- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit sehr komplexem Eingriff
G19A	Anderer 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
G21B	Komplexe Adhäsilyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G24B	Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand
G26Z	Anderer Eingriffe am Anus

DRG	DRG-Text
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G29Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G46C	Verschiedenartige Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopien bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit schw. CC oder bei nicht schw. Erkr. der Verdauungsorgane, mit schw. CC bei Kindern, ohne Ösophagusperforation, ohne bestimmte Prozedur
G47Z	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter < 15 Jahre
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit komplizierender Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G48C	Koloskopie ohne wenig komplexe Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G50Z	Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 14 Jahre
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmter komplizierender Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit Dialyse

DRG	DRG-Text
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder > 74 Jahre oder schweren CC bei bestimmter Diagnose
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
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
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06A	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, ohne selektive Embolisation
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
H36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40Z	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung
H41B	Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie oder Alter < 16 Jahre oder komplexer Eingriff, ohne perkutan-transluminale Verfahren
H41C	Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, oder andere ERCP
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter > 15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfekt. Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schw. oder schw. CC oder mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. oder schw. CC, Alter < 1 J.
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

DRG	DRG-Text
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Ingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. auß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne auß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. kompl. OR-Prozedur
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesse od. Alter < 16 Jahre od. beidseitige Eingriffe od. mehrere große Ingr. an Gelenken der unteren Extremität mit kompl. Ingr., mit äußerst schw. CC, od. Ingr. an mehreren Lok.
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesse od. Alter < 16 Jahre od. beidseitige Eingriffe od. mehrere große Ingr. an Gelenken der unteren Extremität mit kompl. Ingr., oh. äußerst schw. CC, oh. Ingr. an mehreren Lok.
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse
I05B	Anderer großer Gelenkersatz
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I08A	And. mäßig kompl. Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit kompl. Mehrfacheingriff oder mit sehr kompl. Diagnosen, mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur oder mit best. Eingriff bei Beckenfraktur
I08C	And. mäßig kompl. Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit kompl. Mehrfacheingr. od. sehr kompl. Diagn., Alter > 15 J. od. mit kompl. Ingr. od. auß. schweren CC bei best. Beckenrepositionen
I08D	And. mäßig kompl. Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit kompl. Eingriff od. äußerst schweren CC, oh. Osteotomie od. Muskel- / Gelenkplastik, od. oh. kompl. Ingr., oh. auß. schw. CC, mit best. Beckenrep., oh. Osteotomie od. Muskel- / Gelenkplastik
I08E	And. mäßig kompl. Ingr. an Hüftgel. und Femur m. kompl. Ingr. od. auß. schw. CC ohne best. Beckenrep. mit Osteotomie od. Muskel- / Gelenkplastik od. ohne kompl. Ingr., ohne auß. schw. CC, mit Osteot. od. Muskel- / Gelenkplastik, oh. best. Beckenrep.
I08F	And. Ingr. an Hüftgel. und Femur oh. kompl. Mehrfacheingr., oh. sehr kompl. Diagn., oh. kompl. Ingr., oh. äußerst schw. CC, oh. Osteot. od. Muskel- / Gelenkpl., oh. mäßig kompl. Ingr. und m. Knochen- transpl. und -transp. am dist. Femur od. Revision

DRG	DRG-Text
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr kompl. Osteosynthese und äuß. schw. CC od. mehrz. kompl. Ingr. od. kompl. Ingr. m. WK-Ersatz. od. versch. kompl. Eing. an mehreren Seg.
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne best. aufw. WS-Eingr., mit best. WS-Osteosynthesen, od. bei Para- / Tetraplegie od. bei HWS-Fraktur, od. m. intervertebrale Cages > 2 Seg.
I10B	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Ingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetraplegie, od. Wirbelfraktur mit bestimmten Eingriffen an Wirbelsäule, Spinalkanal und Bandscheibe ohne äußerst schw. CC
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an d. Wirbelsäule, mit intervertebralem Cage 1 Seg. od. bei best. Spinalkanalstenose od. best. Bandscheibenschäden
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an d. Wirbelsäule, ohne intervertebralem Cage 1 Seg., ohne best. Spinalkanalstenose, ohne Bandscheibenschäden
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Ingr. an d. WS, ohne äuß. schw. CC, ohne Halotraktion, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Wirbelfraktur, mit mäßig kompl. Eingriff
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwändiger Osteosynthese mit komplizierenden Eingriffen am Humerus
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwändiger Osteosynthese ohne komplizierenden Eingriffen am Humerus
I13C	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit best. Mehrfacheingr. od. kompl. Diagn. od. best. kompl. Osteotomie bei kompl. Eingriff od. schw. Weichteilschaden, oder bestimmte Eingriffe bei Endoprothese der oberen Extremität
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Eingriff oder schwerem Weichteilschaden oder komplexer Osteotomie bei mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose

DRG	DRG-Text
I13F	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne aufwändige Osteosynthese, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne schweren Weichteilschaden, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne Pseudarthrose
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, Alter > 15 Jahre oder Materialentfernung
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafraktur
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20A	Eingriffe am Fuß, mit mehreren hochkomplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose, mit Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks oder mit bestimmter Arthrodesese
I20B	Eingriffe am Fuß, mit mehreren komplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff, bei Zerebralparese, mit Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks, mit komplexem Eingriff bei komplexer Diagnose, mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes
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. Eingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I27C	Eingr. am Weichteilg. oder kleinfl. Gewebetransplant., oh. best. Diagnose und best. Eingriff, oh. Äußerst schw. CC oder bösartige Neub. und schw. CC, mit schw. CC u. mit bösartige Neub. bei best. Eingr. am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebetransplant.
I27D	Eingr. am Weichteilg. oder kleinfl. Gewebetransplant., oh. best. Diagnose und best. Eingriff, oh. Äußerst schw. CC oder bösartige Neub. und schw. CC, oh. schw. CC und oh. bösartige Neub. bei best. Eingr. am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebetransplant.
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe

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 bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwändigen Eingriffen am Unterarm
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwändigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
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
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I36Z	Beidseitige Implantation einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I42Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder mit Implantation / Wechsel einer Radiuskopfprothese

DRG	DRG-Text
I50Z	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, mit schw. CC oder bei Para- / Tetraplegie, Alter > 65 Jahre oder mit kompl. Diagnose außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im WS-Bereich, mehr als ein Belegungstag, mit schw. CC, Alter > 65 Jahre od. auß. schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplexe Diagnose, außer bei Diszitis od. infektiöser Spondylopathie
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verl. im WS-Bereich, mehr als ein Belegungstag, bei and. Femurfraktur, Alt. < 65 J., mit schw. CC, oh. auß. schw. CC, auß. b. Para- / Tetraplegie, auß. b. Diszitis od. infekt. Spondylopathie, oh. kompl. Diagn.
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
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 oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk

DRG	DRG-Text
I79Z	Fibromyalgie
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur
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
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausgedehnte Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomos., mit äuß. schw. CC bei Para- / Tetraplegie od. mit kompl. Eingr.
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J08A	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit kompl. Diagnose oder mit Eingr. an Kopf u. Hals od. äußerst schw. CC, mit kompl. Proz. od. Eingr. an d. Haut der unt. Extremität b. Ulkus od. Infekt. / Entzünd. b. Para- / Tetrapl., mit äußerst schw. CC
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
J16Z	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, ohne beidseitige Prothesenimplantation
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J22B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC
J65Z	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, mit Parathyreoidektomie oder äuß. schw. oder schw. CC, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, außer bei bösartiger Neubildung
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, außer Radiojodtherapie
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen

DRG	DRG-Text
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K60B	Diabetes mellitus mit äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60C	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter Diagnose
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse
L04B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter > 15 Jahre
L05A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
L06A	Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC
L09A	Andere Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshuntis bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. e. Dialyseshuntis, m. Kalziphylaxie, kompl. OR-Proz. od. kompl. Ingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshuntis bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse oder außer Anlage e. Dialyseshuntis, m. Kalziphylaxie, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane außer Anlage eines Dialyseshunt, ohne Kalziphylaxie, Alter < 2 Jahre oder äußerst schw. CC, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne kompl. Eingriff, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne komplexen Eingriff, ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, ohne Kalziphylaxie
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern

DRG	DRG-Text
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 2 Jahre und Alter < 6 Jahre
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
M02A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmten Eingriff am Hoden
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis und großflächige Ablationen der Haut
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
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraler Eingriff
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N01E	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane od. best. laparoskop. Resektion an Sigma und Rektum od. Rekonstr. von Vagina und Vulva, mit äuß. schw. CC

DRG	DRG-Text
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mit CC oder best. laparoskopische Resektion an Sigma und Rektum od. Rekonstruktion von Vagina und Vulva
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
O01B	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diagnosen, Schwangerschaftsdauer > 25 vollend. Wochen (SSW), ohne intraut. Ther., oh. kompliz. Konstell., oh. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. mit kompl. Diag., mit od. oh. kompliz. Diag., mit auß. schw. CC
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konstell., oh. Mehrlingsschw. od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. auß. schw. CC
O02A	Vaginale Entbindung mit kompl. OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollend. Wochen od. mit intrauteriner Therapie od. kompliz. Konstellation od. best. Operation am Uterus od. Nephrektomie
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. Operation am Uterus, ohne Nephrektomie
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie

DRG	DRG-Text
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero-rotomie
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose oder best. Placenta praevia mit schweren CC, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen (SSW) oder mit schweren CC oder 26 bis 33 SSW
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
P04A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden
P06A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen 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 (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P65D	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung
P67B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn.
P67C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre

DRG	DRG-Text
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
Q61A	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, mit äußerst schweren CC
Q61B	Erkrankungen der Erythrozyten mit komplexer Diagnose
Q61D	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter > 15 Jahre
Q61E	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, ohne äußerst schwere CC
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
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
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60C	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., mit äuß. schw. CC oder kompl. Diagnostik bei Leukämie oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplant. oder mit äuß. schw. CC mit kompl. Diagnostik bei Leukämie
R60E	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., äuß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit äuß. schw. CC oder mit Dialyse oder äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie
R60F	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, oder mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie

DRG	DRG-Text
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
R63D	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äußerst schw. CC
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, bei Sepsis
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, außer bei Sepsis
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
T60B	Sepsis mit kompliz. Konstell. od. b. Z. n. Organtransplantation, ohne äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie
T60C	Sepsis mit kompliz. Konstell. oder b. Z. n. Organtranspl., ohne auß. schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne Para- / Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst. auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne Para-/Tetraplegie

DRG	DRG-Text
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
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
T63C	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten ohne komplexe Diagnose
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V40Z	Qualifizierter Entzug
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 Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose

DRG	DRG-Text
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, mit komplizierender Diagnose, komplexer Prozedur oder äußerst schw. CC
X06A	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff
X06C	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata
Y02A	Anderer Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte
Y02B	Anderer Verbrennungen mit Hauttransplantation außer b. Sepsis, ohne kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierzeitige best. OR-Proz., oh. intens. Komplexb. > 588 / 552 P., m. äuß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.
Y02C	Anderer Verbrennungen mit Hauttransplantation ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne Dialyse, ohne Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizier. Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 552 Punkte
Y03B	Anderer Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre
Y62A	Anderer Verbrennungen, Alter < 6 Jahre
Y62B	Anderer Verbrennungen, Alter > 5 Jahre
Z44Z	Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
Z64D	Anderer Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontak Anlass

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2013	Anzahl DRGs 2014	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	65	71	+ 9,2
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	108	107	- 0,9
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	33	33	0
03	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	55	56	+ 1,8
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	64	63	- 1,6
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	146	148	+ 1,4
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	83	82	- 1,2
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	39	39	0
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	134	141	+ 5,2
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	49	48	- 2,0
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	38	38	0
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	66	66	0
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	27	27	0
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	37	35	- 5,4
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	29	26	- 10,3
15	MDC 15 Neugeborene	42	42	0
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	16	16	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	50	51	+ 2,0

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2013	Anzahl DRGs 2014	Veränderung (in %)
18A	MDC 18A HIV	7	7	0
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	21	21	0
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	11	11	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	6	6	0
21A	MDC 21A Polytrauma	13	13	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	15	15	0
22	MDC 22 Verbrennungen	10	10	0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	14	15	+ 7,1
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	9	9	0
Gesamt		1.187	1.196	+ 0,8