

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
G-DRG-Systems
für das Jahr
2015

Klassifikation, Katalog und
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 18. Dezember 2014

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
1 EINFÜHRUNG	1
2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG	2
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	2
2.2 Datenaufbereitung	2
2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	3
3 G-DRG-SYSTEM 2015	4
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	4
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	6
3.2.1 Datenbasis	6
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	6
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	11
3.2.2 Vorschlagsverfahren	14
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	14
3.2.2.2 Beteiligung	15
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	15
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	18
3.3.1 Anpassung der Methodik	18
3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen	18
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	22
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	23
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	26
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	28
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	30
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	30
3.3.2.1 Abdominalchirurgie	30
3.3.2.2 Diabetes mellitus	35
3.3.2.3 Endokrinologie	37
3.3.2.4 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma	38
3.3.2.5 Extremkosten	39
3.3.2.6 Frührehabilitation	40
3.3.2.7 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	40
3.3.2.8 Gastroenterologie	43
3.3.2.9 Geburtshilfe	47
3.3.2.10 Gefäßchirurgie und -interventionen	49
3.3.2.11 Geriatrie	50
3.3.2.12 HIV	51
3.3.2.13 Hochaufwendige Pflege von Patienten	52
3.3.2.14 Intensivmedizin	52
3.3.2.15 Kardiologie und Herzchirurgie	56

3.3.2.16	Komplizierende Konstellationen	59
3.3.2.17	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	59
3.3.2.18	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	61
3.3.2.19	Neurochirurgie	62
3.3.2.20	Onkologie	63
3.3.2.21	Operative Gynäkologie	64
3.3.2.22	Ophthalmologie	66
3.3.2.23	Polytrauma	67
3.3.2.24	Schlaganfall	67
3.3.2.25	Unfallchirurgie/Orthopädie	68
3.3.2.26	Urologie	74
3.3.2.27	Vakuumtherapie	75
3.3.2.28	Versorgung von Kindern	76
3.3.2.29	Wirbelsäulenchirurgie	78
3.3.3	Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System	79
3.3.4	Sortierung	81
3.3.5	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	83
3.3.5.1	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	83
3.3.5.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2015 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	84
3.3.5.3	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	85
3.3.5.4	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	88
3.3.5.5	Hinweise zur Leistungsplanung und Budgetverhandlung	89
3.3.6	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien	89
3.4	Statistische Kennzahlen	90
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	90
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	90
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	90
3.4.1.3	Zusatzentgelte	91
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	96
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	98
3.4.4	Analyse der Verweildauer	102
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2011, 2012 und 2013	102
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	104
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	108
	ANHANG	109

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

1 Einführung

Der vorliegende Bericht stellt Methodik, Verfahrensweisen sowie die wichtigsten Ergebnisse der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2015 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.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2015 (Vorschlagsverfahren 2015)“ 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“.

Im Jahr 2014 haben 252 Krankenhäuser an der Kostenkalkulation teilgenommen. Ohne die freiwillige Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation wäre die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems nicht möglich.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 29. August 2014 den Entwurf des G-DRG-Systems für 2015 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten der G-DRG-Fallpauschalen-Katalog für 2015 und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen am 23. September 2014 inhaltlich konsentiert werden.

Die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems kann nur gelingen, wenn Krankenhäuser und Krankenkassen weiterhin durch ihre aktive Mitarbeit Impulse zur Weiterentwicklung und Kalkulation des pauschalierenden Entgeltsystems beitragen. Dies gilt insbesondere auch für die Krankenhäuser, die besondere Patientengruppen behandeln und deshalb auf notwendige Änderungen hinweisen. Medizinische Fachgesellschaften sind aufgerufen, weiterhin durch Teilnahme am Vorschlagsverfahren fachliche Impulse für die Weiterentwicklung zu geben. Allen, die sich im Jahr 2014 durch engagierte Teilnahme an der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beteiligt haben, sei an dieser Stelle nochmals herzlich gedankt.

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 2014

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 2015 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, krankenhausbetonte 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“ stellen die Kalkulationskrankenhäuser neben fallbezogenen Kostendaten die nachfolgend aufgeführten ergänzenden Fallinformationen bereit:

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

Datenprüfung

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

rücksichtigung 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 § 17d KHG genannten Einrichtungen (Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung – PEPP-Entgeltsystem). Die entsprechenden Fälle wurden in eine separate Datenhaltung überführt. Gleiches gilt für vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung sowie Begleitpersonen.
- Überliegerbereinigung: Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 1. Januar 2013 aufgenommen, aber erst 2013 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 (ZE) definiert, die ergänzend zu den Fallpauschalen abrechenbar sind. Alle Falldatensätze mit entsprechenden Leistungen wurden um die auf diese Leistungen entfallenden Kostenanteile korrigiert.

2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Eine Versionsüberleitung anhand der Neuzuordnung 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. Aufgrund der seit Einführung des G-DRG-Systems stets jährlichen Weiterentwicklung von ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen ist dies für jede neue DRG-Version somit erforderlich.

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 2015

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2015 umfasst insgesamt 1.200 DRGs. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2015	1.200	+ 4
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.152	+ 4
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	43	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0

Tabelle 1: Überblick über das G-DRG-System 2015

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2015) befinden sich 97 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 95). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2015) liegt bei 73 (Vorjahr: 64).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 21,4 Mio. Fällen (des Entgeltbereichs DRG) aus 1.552 Krankenhäusern übermittelt.

Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser liegt mit 252 um fünf höher als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge (nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen) aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 3,7 Mio. Fälle. Im vollstationären Bereich ist die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 3,6 Mio. Fälle) im Vergleich zum Vorjahr um 5% angestiegen.

Die Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung für 2015 bezogen sich vor allem auf folgende Themengebiete:

- Abbildung der Erkrankungsschwere / Umbau CCL-Matrix

Veränderungen am CCL-System wurden in diesem Jahr, wenn möglich, zurückhaltend durchgeführt, da sich die Auswirkungen der umfangreicheren Umbauten des vergangenen Jahres erst im Datenjahr 2014 zeigen werden. So erfolgte eine Modifikation nur bei deutlichen Auffälligkeiten in den Daten des Jahres 2013, beispielsweise bei stark unterschiedlichem Kodierverhalten. Letztendlich erfolgte als Ergebnis der diesjährigen Analysen für 379 Diagnosen eine veränderte CCL-Zuordnung. Hierbei betrafen die Änderungen beim überwiegenden Teil der Diagnosen (ca. 70%) nur ein oder zwei Basis-DRGs.

Auf grundlegende Modifikationen wie beispielsweise eine weitere Anpassung der Formel wurde in diesem Jahr ganz verzichtet.

- Intensivmedizin

Die Implementierung der in diesem Jahr erstmals analysierbaren Prozeduren für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung war inhaltlich der bedeutendste Umbau bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Die erhöhten Anforderungen an die personelle und apparative Ausstattung der Leistungserbringer spiegelten sich häufig auch in höheren Kosten der Fälle wider, so dass an einer Vielzahl von Stellen des DRG-Algorithmus neue, individuelle Grenzwerte für den sogenannten „Super-SAPS“ festgelegt und diese hochaufwendigen Fälle somit erheblich aufgewertet werden konnten.

- Extremkosten

Die sogenannten „Extremkostenfälle“ spielen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems seit jeher eine übergeordnete Rolle. Diese Konstellationen sind entweder durch die absolute Höhe ihrer Kosten oder eine Unter- oder Überdeckung in ihrer jeweiligen DRG auffällig. Neben den oben angeführten intensivmedizinischen Umbauten konnten noch weitere dieser hochkomplexen Fallkonstellationen bessergestellt werden. Darunter finden sich Beispiele aus nahezu allen MDCs. So wurden neben aufwendigen Rektumoperationen mit bestimmten Komplikationen, bestimmten minimalinvasiven Herzklappenoperationen oder komplexen Verbrennungsverläufen auch atypische Lungenresektionen und zweizeitige Embolisierungen und Resektionen von Tumoren am Glomus caroticum sowie die Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen aufgewertet.

- Abdominalchirurgie

In diesem Bereich wurde u.a. eine komplette Neuordnung von Eingriffen am Dünn- und Dickdarm vorgenommen, die in der gleichlautenden Basis-DRG G18 zusammengefasst sind. Die verschiedenen Fälle mit Resektionen des Dünn- und Dickdarms, partiellen Resektionen des Dickdarms und das Anlegen bestimmter Enterostomata wurden analysiert und je nach Kosten einer entsprechenden DRG zugeordnet.

Eingriffe am Rektum waren ebenso Inhalt aufwendiger Untersuchungen wie bestimmte Operationen am Ösophagus oder mehrzeitige Eingriffe, deren Abbildung im G-DRG-System nochmals verbessert werden konnte.

- Orthopädie und Unfallchirurgie

Im Bereich der Endoprothetik wurden beispielsweise Analysen zu Fällen mit zwei Eingriffen innerhalb eines stationären Aufenthalts betrachtet. Entsprechende Fälle wurden – sowohl bei Knie- als auch bei Hüfteingriffen – innerhalb der MDC 08 bessergestellt.

Weiterhin wurden beispielsweise bestimmte, vergleichsweise wenig komplexe Eingriffe wie die isolierte Implantation eines Patellaersatzes oder autogene Spongiosatransplantation und sonstige Knochentransplantation an den Metatarsalen und Phalangen des Fußes in Ermangelung entsprechender Kosten in verschiedenen DRGs der MDC 08 abgewertet.

■ Kinder

Besondere Bedeutung ist in der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2015 der Abbildung von Kindern beigemessen worden. Zusätzlich zur Untersuchung aller DRGs auf mögliche Kindersplits lag in diesem Jahr der Fokus insbesondere auf der Abbildung von intensivmedizinisch versorgten Kindern, die insgesamt analysiert wurde. Als Ergebnis wurden intensivmedizinisch behandelte Kinder im Rahmen eines komplexen Umbaus mit Aufwertung der *Aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung* („Super-SAPS“, 8-98f) an vielen Stellen dem „Super-SAPS“ gleichgestellt. Punktuell erreichen intensivmedizinisch behandelte Kinder sogar mit einer niedrigeren Anzahl von Aufwandspunkten höherwertige DRGs.

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. 2).

	G-DRG-System 2014	G-DRG-System 2015	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7639	0,7673	0,4
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8522	0,8566	0,5

Tabelle 2: Vergleich der Varianzreduktion R² im G-DRG-System 2014 und im G-DRG-System 2015
(Datenbasis: Datenjahr 2013)

3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

3.2.1 Datenbasis

3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Für das Datenjahr 2013 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 2013 gibt Tabelle 3 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	1.552	252
Anzahl Betten	436.000	101.093
Anzahl Fälle	21.403.452	4.396.393

Tabelle 3: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereich „DRG“, Datenerhebung 2013 (Stand: 31. Mai 2014)

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 1.552 Krankenhäusern bzw. 252 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.

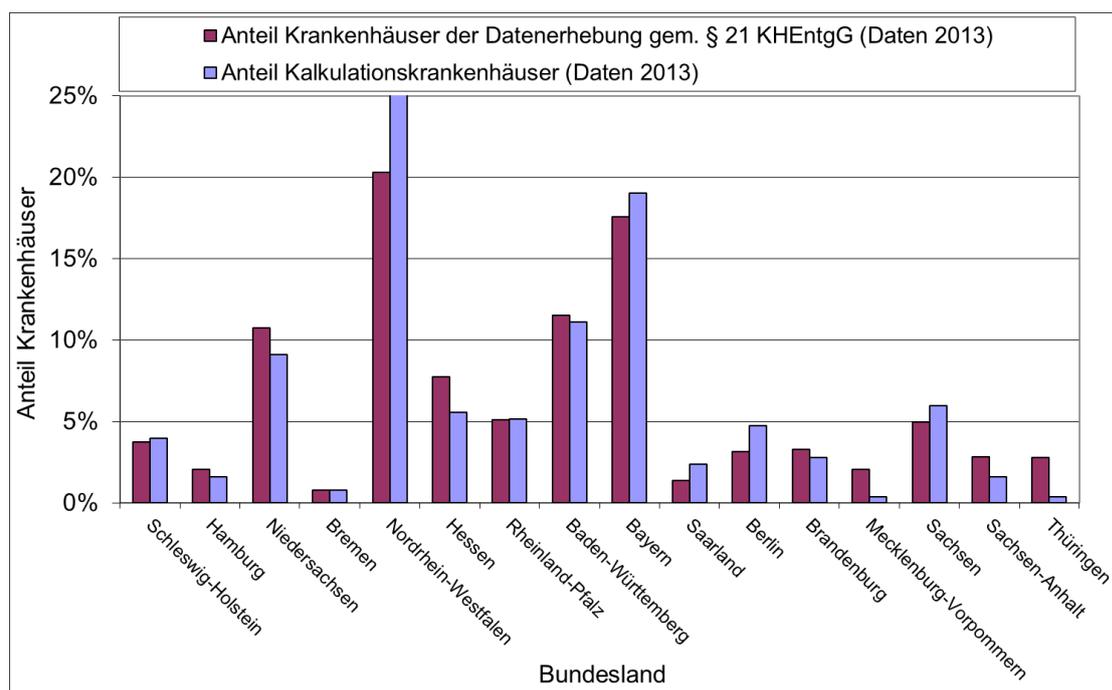


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

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 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 2013 im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen.

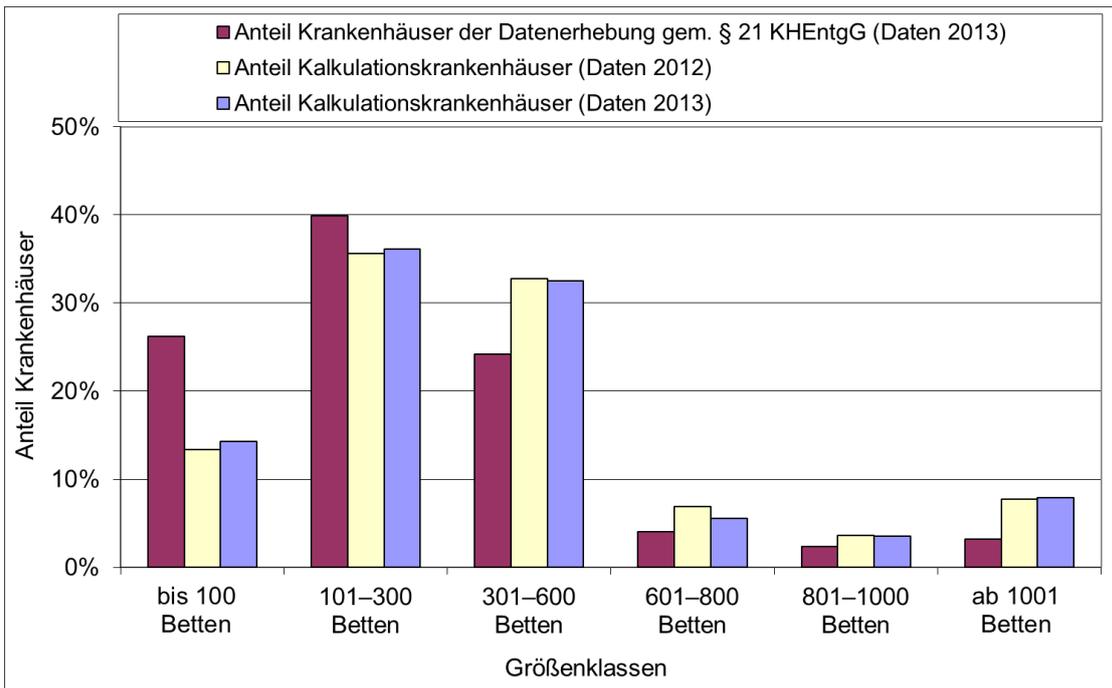


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Abbildung 3 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Auch hier sind im Vergleich der beiden Datenjahre 2012 und 2013 keine wesentlichen Veränderungen in den Anteilen der Kalkulationskrankenhäuser erkennbar.

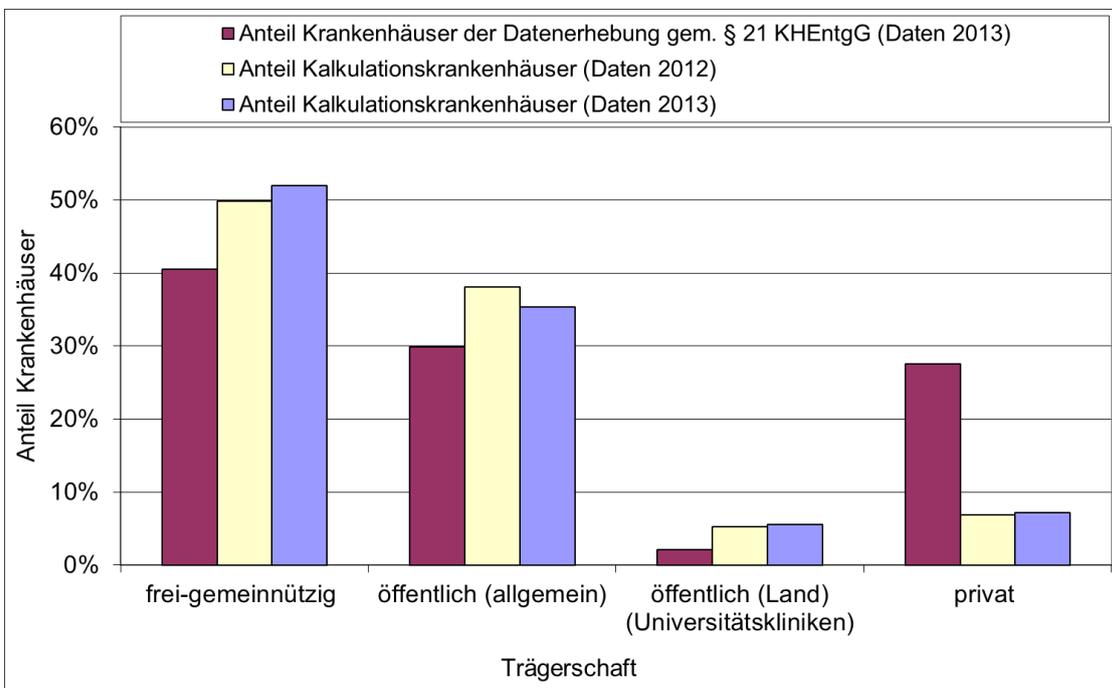


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

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 5.099.238 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 4,7 Nebendiagnosen auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 24,4 verschiedene Kostenmodule aus.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.396.393 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung (siehe Tab. 3).

Bereinigungen und Korrekturen

Tabelle 4 zeigt die von den verschiedenen Bereinigungs- und Korrekturmaßnahmen (siehe Kap. 2.2) betroffenen Fallmengen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die 4.396.393 geprüften Datensätze.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Fallzusammenführung	0,3	Herausnahme der durch Zusammenfassung wegfallenden Fälle aus der Datenbasis
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten	0,9	Bereinigung Dialysekosten
Korrektur Zusatzentgelte: Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,1	Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	1,9	Bereinigung Sachkosten Arzneimittel (Einzelkostenzuordnung)
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Operative und interventionelle Verfahren	1,9	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 4: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 4.396.393 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Basis: Datenjahr 2013

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 3.735.784 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 28.391 Kalkulationsdatensätze (0,6% der Datensätze) entschieden. Insgesamt wurden 15,0% der 4.396.393 geprüften Datensätze durch Bereinigung sowie Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen.

Tabelle 5 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	4.131.513	3.532.305
Belegärztliche Versorgung	71.047	53.390
Teilstationäre Versorgung	193.833	150.089
Gesamt	4.396.393	3.735.784

Tabelle 5: 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 2013

Der Anteil plausibler Fälle lag im Datenjahr 2013 damit bei 85% (Vorjahr 83%).

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 2014 und dem OPS Version 2014 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2013 noch nicht zur Verfügung.

Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2015 oder – nach Einführung neuer Codes für 2015 – erst im Jahr

2016 untersucht werden können. Somit kann sich die Zeitspanne von der Identifizierung eines neuen Verfahrens über die Einführung eines entsprechenden OPS-Kodes bis hin zur Berücksichtigung in der Kalkulation deutlich verkürzen. Damit steht für die Weiterentwicklung des 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.

Auch in diesem Jahr wurden ergänzende Daten zu bestimmten Gerinnungsstörungen für Fälle mit Gabe von Gerinnungsfaktoren abgefragt. Bei den abgefragten Diagnosen handelte es sich um solche Gerinnungsstörungen, die in Anlage 7, Tabelle 3 der FPV 2014 aufgeführt sind. Bei diesen Diagnosen war für Fälle des Datenjahres 2013 mit Gabe von Gerinnungsfaktoren zu unterscheiden, ob es sich um eine dauerhaft erworbene oder eine temporäre Gerinnungsstörung handelte. Mit den ergänzenden Informationen war es möglich, die betroffenen Fälle eindeutig einem der beiden unbewerteten Zusatzentgelte für die Behandlung von Patienten mit bestimmten Blutgerinnungsfaktoren (ZE2015-97 und ZE2015-98) zuzuordnen. Erst ab dem Datenjahr 2014 wird diese Information anhand obligatorischer Zusatzcodes grundsätzlich in den regulären Daten zur Verfügung stehen (ab ICD-10-GM Version 2014: U69.11! *Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung* und U69.12! *Temporäre Blutgerinnungsstörung*).

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 233 Kalkulationskrankenhäuser 298.573 Fälle übermittelt. Den Umfang der ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 6:

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Falldaten zu Neurostimulatoren mit genauen Angaben zum Typ des Implantats	75	2.008
Falldaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen	32	3.954
Falldaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren	36	1.038
Falldaten zu Blutprodukten	208	82.415
Falldaten zu Medikamenten	230	179.280
Falldaten zur Dialyse	147	13.924
Falldaten zu Gerinnungsstörungen	122	15.954

Tabelle 6: 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 7 dargestellt.

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Kostendaten zu Blutprodukten	208	82.367
Kostendaten zu Medikamenten	230	178.830
Kostendaten zu Neurostimulatoren	74	1.990
Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen	32	3.898

Tabelle 7: 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 jedem 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 ZE-relevanter Leistungen sind die ergänzenden Daten aber unverzichtbar.

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 2015 (Vorschlagsverfahren für 2015)“ 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 2015 wurde am 29. November 2013 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 22. Mai 2014 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 202 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 117 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 85 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilvorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 340 einzelne Vorschläge. Dazu kamen 48 Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren, typischerweise weil die beschriebenen Leistungen erst in den Kalkulationsdaten des Jahres 2013 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 Einzelkodes 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 2015 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 2014) 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**

Aufgrund der sehr umfangreichen Umbauten der Vorjahre (Anpassung der CCL-Formel und Überarbeitung einer Vielzahl von Diagnosen), wurden für das G-DRG-System 2015 seitens des InEK in diesem Themenbereich nur punktuelle Veränderungen durchgeführt, von einer weiteren Anpassung der PCCL-Formel wurde abgesehen. Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren bezüglich der Neugruppierung einzelner Diagnosen wurden nur bei eindeutigen Simulationsergebnissen und einer relevanten Fallzahl implementiert. Weitere Überarbeitungen der CCL-Matrix wurden lediglich aufgrund deutlicher Auffälligkeit umgesetzt (hierunter fallen insbesondere unterschiedliche Kodierverhalten und die Schiefelage einzelner Diagnosen).

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 2015 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2016 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Kodes des Jahres 2014 basieren, wurden weitestgehend auf Kodes des Jahres 2013 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 (DKR) war die Einarbeitung von Klarstellungen und redaktionellen Anpassungen. Grundlagen hierfür waren umfangreiche Hinweise der Fachgesellschaft im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2015. Weiterhin wurden die DKR an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2015 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 2014 abweichen 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 2015 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2015) 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 23% der Vorschläge konnten direkt oder im Sinne des Vorschlagenden umgesetzt werden. 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 3.750 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 formalen Prüfungen gehen der Frage nach, ob das methodische Vorgehen der Kostenkalkulation mit den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs bzw. die Kodierung mit den Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien übereinstimmen. Der Zusammenhang zwischen den für einen Behandlungsfall dokumentierten medizinischen Informationen (z.B. Diagnose- und Prozedurenkodes, aber auch persönliche Patientenmerkmale) und den sich daraus begründenden Behandlungskosten steht bei den inhaltlichen Prüfungen im Mittelpunkt der Analyse.

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,
- Informationen über die Leistungsdokumentation in den Kostenstellengruppen 4 (*OP-Bereich*) und 5 (*Anästhesie*),
- detaillierte, strukturelle Angaben zu den Intensiveinheiten sowie
- Informationen über die Leistungsdokumentation (insbesondere Aufenthaltsdauer, TISS/SAPS-Score) bei intensivmedizinischer Betreuung.

Die Leistungsdaten stehen in einem engen Zusammenhang mit 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.

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. Nur bei massiven Abweichungen wurden Kalkulationsdatensätze tendenziell nicht für die Kalkulation verwendet.

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.

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 Minstdifferenzierung im Kostenstellenplan. Ein zweiter Prüfungsschwerpunkt fokussierte innerhalb einer Kostenstellengruppe die Zurechnung der Personalkosten zu den einzelnen Behandlungsfällen. Bei Auffälligkeiten wurde durch intensives Rückfragen geklärt, ob eine besondere krankenhausespezifische Situation die Auffälligkeit – inhaltlich korrekt – determinierte oder ob ein systematischer Kalkulationsfehler vorlag.

Die detaillierten Angaben aus den Informationen zur Kalkulationsgrundlage zu den Intensivstationen 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.

Insbesondere im Hinblick auf Extremkostenfälle wurden die Kostenzurechnungen für die intensivmedizinische Betreuung (Kostenstellengruppe 2) und im OP-Bereich (Kostenstellengruppe 4) einer besonders intensiven Analyse unterzogen. Den Kalkulationsteilnehmern wurden zur Plausibilisierung über den bisherigen Umfang hinaus zahlreiche detaillierte Rückfragen zur Kostenzuordnung übersandt. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die übermittelten Kostensätze für die Personalkosten im OP-Bereich sowie die Kostenverteilungsmodelle auf den Intensivstationen gelegt. Im Rahmen der intensiven Kommunikation mit den Kalkulationsteilnehmern konnten so Kalkulationsauffälligkeiten identifiziert und beseitigt wie auch Anhaltspunkte für eine Weiterentwicklung des Kalkulationshandbuchs zur verbesserten kostenrechnerischen Abbildung intensivmedizinischer Leistungen gewonnen werden.

Prüfungen auf Fallebene

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

Die fallindividuelle Kostenzuordnung im OP-Bereich, in der Anästhesie und auf den Intensivstationen stand besonders im Fokus der überarbeiteten Plausibilitätsprüfungen. Im OP-Bereich wurde dabei nicht nur die kostenstellenbezogene Zuordnung von Personalkosten geprüft, sondern auch die Plausibilität der in der OP-Dokumentation hinterlegten Anzahl an Leistungsminuten (Schnitt-Naht-Zeit) bzw. die aus den dokumentierten Anwesenheitszeiten für die verschiedenen Personen (ärztliches Personal und Funktionspersonal) resultierende Anzahl von gleichzeitig und insgesamt anwesenden Personen während der OP. Bei der Kostenzuordnung auf den Intensivstationen wurde geprüft, ob die Gesamtsumme der zugeordneten Personalkosten insbesondere bei be-

sonders aufwendigen Patienten noch plausibel war. Die verwendeten Kostenverteilungsmodelle wiesen hier teilweise sehr hohe Werte auf, die in einer Gesamtschau der Kostenverteilung zwischen einfacheren und komplexeren Behandlungsfällen unplausibel waren. Insgesamt konnten durch die verbesserten Plausibilitätsprüfungen sowohl Kalkulationsunstimmigkeiten offengelegt wie auch Anhaltspunkte für eine klassifikatorische Weiterentwicklung des G-DRG-Systems identifiziert werden.

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 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 schwer behandelbarer 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, 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. Die Kosten für Blutgerinnungsfaktoren, die mit dem Zusatzentgelt ZE20XX-98 vergütet werden, wurden im Rahmen der Bereinigung aus den fallindividuellen Kostenmatrizen herausgelöst.

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.

Abgleich Stichprobe versus Grundgesamtheit

Neben das Vorschlagsverfahren und die bisherigen InEK-internen Analysen der Kalkulationsdatenmenge trat auch in diesem Jahr wieder 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 zu den 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.

Insbesondere der Bereich der Prüfungen, die die medizinische Plausibilität eines Falles zum Inhalt haben und die Kategorie „Fehler bis erklärt“ aufweisen, wurde einer grundlegenden Überarbeitung unterzogen. Dabei wurden einerseits Prüfungen gestrichen, aber auch durch geänderte Definitionen entschärft. Die Erfahrungen aus den Rückmeldungen der Krankenhäuser zu bestimmten Kodierungen in den letzten Jahren wurden dabei berücksichtigt. Grundsätzlich bestand bei diesem Prüfungstyp unverändert die Möglichkeit für die Krankenhäuser, 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 2015 wurden auch in diesem Jahr im Vorfeld der Kalkulation die Plausibilitätsprüfungen erweitert und weitere Analysen vorgenommen.

Kalkulation

Mit 41.509 Datensätzen wurden somit 76 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 Homogenitätskoeffizient geringfügig gesunken. Wird die Gesamtheit der gelieferten Daten gem. § 21 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs gut 67% 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 31,8% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 8).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	1	131
Über 10% bis 20%	4	503
Über 20% bis 30%	23	102
Über 30% bis 40%	40	0
Über 40% bis 50%	8	0
Mittelwert (ungewichtet)	31,8%	14,2%

Tabelle 8: 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 in Belegabteilung entsprechen.

Normativ-analytische Ableitung

Die Methodik der normativ-analytischen Ableitung wurde unverändert beibehalten. Auf Basis der Verweildauer-Strukturanalyse wurde bei 459 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (155 DRGs mit Zuschlag, 304 DRGs mit Abschlag). Dadurch wurden die Bewertungsre-

lationen 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. 8). Bei 34,4% der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tab. 9).

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	459
Nur Abzug Arztkosten	280
Eigenständig kalkulierte DRGs	76
Gesamt	815

Tabelle 9: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

Für 339 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 9 verringert (Vorjahr: 824 DRGs).

Für die übrigen drei Versorgungsformen

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

erfolgte die Kalkulation der Bewertungsrelationen sowohl bei den eigenständig kalkulierten DRGs als auch bei den normativ-analytisch abgeleiteten DRGs unverändert ausschließlich durch Abzug der jeweils relevanten Kostenmodule.

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 2013 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 10 für insgesamt 3.852 Kalkulationsdatensätze der L90B und 173.009 Kalkulationsdatensätze der L90C in modularer Struktur dargestellt. In den Tabellen 11 und 12 werden die häufigsten Hauptdiagnosen und in den Tabellen 13 und 14 die häufigsten Prozeduren abgebildet.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€)	
		L90B	L90C
Ärztlicher Dienst	1	32,90	31,56
Pflegedienst	2	86,22	66,41
Med.-technischer Dienst	3	12,10	17,89
Arzneimittel	4a	13,88	10,15
Arzneimittel Einzelkosten	4b	0,00	2,17
Implantate/Transplantate	5	0,00	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	20,43	37,13
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	61,47	26,40
Med. Infrastruktur	7	13,67	19,38
Nicht med. Infrastruktur	8	47,54	45,71
Gesamt		288,20	256,81

Tabelle 10: Mittlere Kosten der teilstationären DRGs L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* und L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse*, Basis: Datenjahr 2013

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	97
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	26

Tabelle 11: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2013

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	9.371
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	2.734

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2013

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	3.507
8-857.10	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD): Bis 24 Stunden	548

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2013

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	123.109
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	35.491
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	8.122
8-853.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	1.625
8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	1.571

Tabelle 14: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2013

3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix

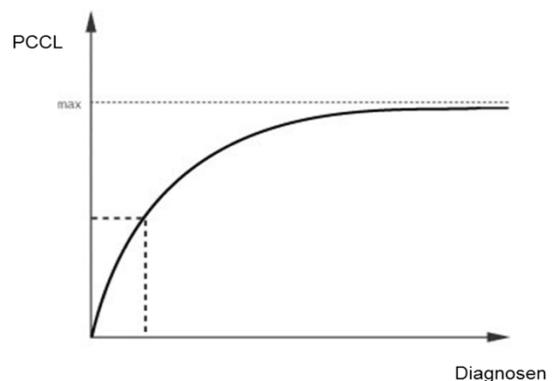
Der Einfluss von Multimorbidität auf die Behandlungskosten eines Falles wird im G-DRG-System maßgeblich durch die CCL-Schweregradsystematik (CCL = Clinical Complexity Level) berücksichtigt. Einem Fall wird in Abhängigkeit von der Kostenrelevanz seiner Begleiterkrankungen innerhalb einer DRG ein ganzzahliger, DRG- und fallspezifischer Parameter, der sogenannte patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL), zugeordnet. Über diesen berechneten PCCL-Wert können die Begleiterkrankungen eines Falles implizit in die Zuordnung zu einer Fallpauschale/DRG eingehen, ohne die Aufwandserhöhung durch Begleiterkrankungen in jedem Fall, jeder DRG für jede mögliche Diagnose und Diagnosenkombination explizit nachzuhalten. Dessen ungeachtet werden einzelne, besonders kostenintensive Nebendiagnosen auch explizit in Gruppierungsbedingungen berücksichtigt.

Bestimmung des PCCL-Wertes:

Einer Nebendiagnose wird entsprechend ihrer Relevanz für die abrechenbare DRG ein ganzzahliger CCL-Wert zwischen 0 und 4 für operative DRGs und 0 und 3 für medizinische DRGs (und die „andere“ Partition) zugeordnet. Dabei entspricht 0 keinem Einfluss durch die Nebendiagnose und 4 einem maximalen Einfluss der Diagnose auf die Schwere des Falles. Unabhängige Diagnosen unterliegen einem kumulativen Effekt, der über nachfolgende Formel bestimmt wird. Das Ergebnis geht als fallspezifische Komplexität/patientenbezogener Gesamtschweregrad: PCCL-Wert ggf. in die Gruppierungsbedingungen der betroffenen DRG ein. Ähnliche oder voneinander abhängige Diagnosen werden in der Regel nur einmal gewertet. Diese „Verwandtschaft“ von Diagnosen ist durch eine Exklusionsliste definiert.

$$\text{PCCL} = \begin{cases} 0, & \text{falls keine ND vorhanden ist} \\ 4, & \text{wenn } x > 4 \\ x, & \text{sonst} \end{cases}$$

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



α : (Dämpfungs-)Parameter vom Wert (System 2015) 0,4

n : Anzahl der Diagnosen eines Falles (Haupt- und Nebendiagnosen)

i : Rangnummer der (sortierten) Diagnose

Anmerkung: Verwende Haupt- und Nebendiagnosen in MDC 15 [$k=1$];
ansonsten verwende nur Nebendiagnosen [$k=2$]

Abbildung 4: Formel zur Berechnung des PCCL-Wertes

Im vergangenen Jahr ist die CCL-Schweregradsystematik an einer grundlegenden Stelle modifiziert worden: Die Formel zur Berechnung des PCCL-Wertes wurde geändert. Des Weiteren wurden DRG-spezifische Anpassungen von CCL-Werten einzelner Diagnosen für eine große Anzahl an DRGs etabliert. Die Vorteile dieser Anpassungen liegen in einer sachgerechten, feiner granulierten Abbildung von Fällen im Schweregradsystem.

Die Auswirkungen des Umbaus des vergangenen Jahres werden sich erst im Datenjahr 2014 manifestieren. Deshalb wurden, wie angekündigt, Änderungen am CCL-System in diesem Jahr, wenn möglich, zurückhaltend umgesetzt. Auf grundlegende Modifikationen wie beispielsweise eine weitere Anpassung der Formel wurde verzichtet.

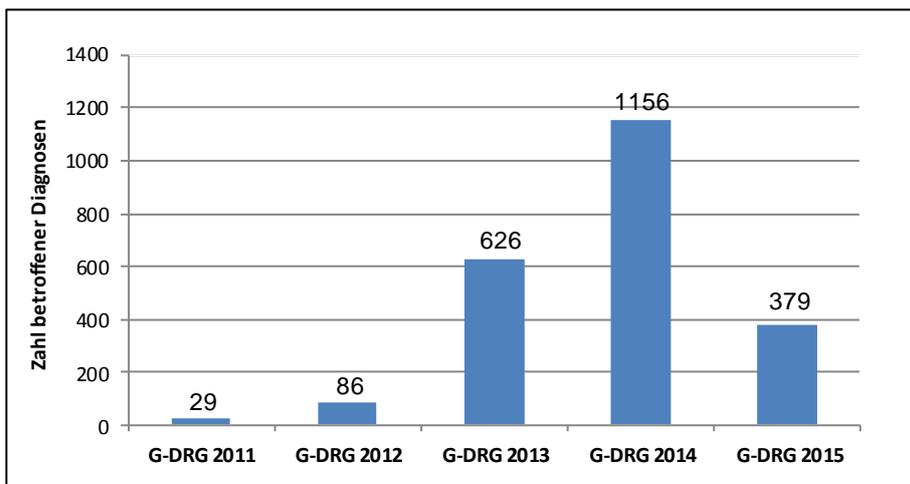


Abbildung 5: Diagnosenspezifische Änderungen der CCL-Systematik im Verlauf der letzten Jahre

Zur Überarbeitung der CCL-Matrix sind in diesem Jahr für 228 Diagnosecodes Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren eingegangen. Diese wurden umgesetzt, soweit ein eindeutiges Simulationsergebnis und relevante Fallzahlen vorlagen. So wurde basierend auf einem Vorschlag bei entsprechend festgestellten höheren Kosten der Fälle die Diagnose Z95.80 *Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems* innerhalb der Basis-DRG F75 *Andere Krankheiten des Kreislaufsystems* um einen Punkt aufgewertet und hat jetzt einen CCL-Wert von 3. Des Weiteren erfolgten Umbauten im Rahmen von Änderungen der DKR Geburtshilfe (z.B. Freigabe der Doppelkodierung von Lebererkrankungen in der Schwangerschaft in DKR 1510, siehe auch Kap. 3.3.6).

Umbauten aufgrund interner Analysen wurden nur bei deutlichen Auffälligkeiten in den Daten des Jahres 2013, z.B. hinsichtlich stark unterschiedlichem Kodierverhalten oder Schief lagen bei einzelnen Diagnosen, durchgeführt.

Veränderungen	für 2014	für 2015
DRG-spezifische Abwertungen in 1–2 Basis-DRGs	517	263
DRG-spezifische Abwertungen in 3–9 Basis-DRGs	266	49
DRG-spezifische Abwertungen in 10–29 Basis-DRGs	171	1
DRG-spezifische Abwertungen in >29 Basis-DRGs	63	0
Veränderungen in Verbindung mit DKR Geburtshilfe	103	62
Aufwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	7	1
Weitere Änderungen	22	0
Neu aufgenommene Codes (Vorschlagsverfahren)	7	3
Gesamt	1.156	379

Abbildung 6: Veränderungen an der CCL-Matrix 2015

Damit lag bei 379 Diagnosen mit veränderter CCL-Zuordnung diese Zahl bei rund einem Drittel des Wertes vom Vorjahr. Betrachtet man die Anzahl an Veränderungen innerhalb der CCL-Matrix insgesamt, waren die Veränderungen der CCL-Werte innerhalb der CCL-Systematik im Verhältnis zum Vorjahr noch um einiges geringer. Für die meisten veränderten Diagnosen wurden nur CCL-Werte in bis zu zwei Basis-DRGs geändert, umfassendere Änderungen ergaben sich nur selten.

Nachfolgende Diagnosekodes wurden in die CCL-Matrix 2015 neu aufgenommen:

- N82.0 *Vesikovaginalfistel*
- N82.1 *Sonstige Fisteln zwischen weiblichem Harn- und Genitaltrakt*
- N82.5 *Fisteln zwischen weiblichem Genitaltrakt und Haut*

Eine Auflistung der von Veränderungen betroffenen Diagnosen findet sich im Anhang in Tabelle A-3.

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 1.200 DRGs wie in Tabelle 15 dargestellt verteilen (siehe auch Tabellen A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	217	18
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	208	17
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	172	14
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	557	46
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	46	4
Gesamt	1.200	100

Tabelle 15: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2015

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 92,2 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 2012 auf 2013) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2012 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall 2013 verschlüsselt würde.

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde – und daher Fälle, die 2012 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2013 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 2012 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-Kode (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 Behandlungsfalles ergibt sich aus seiner Gruppierung unter Anwendung der Abrechnungsbestimmungen. Das bedeutet, dass Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer oder bei Verlegung sowie zusätzliche Entgelte bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer ebenso berücksichtigt werden wie Fallzusammenführungen bei Wiederaufnahmen und/oder Rückverlegungen.

Für den Fallpauschalen-Katalog 2014 ergab sich auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2013 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 19.400.025. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den Fallpauschalen-Katalog 2015 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 19.397.705. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt -2.320. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog für 2015 beträgt dann 2.808,28 €.

Die erstmalige gruppierungsrelevante Berücksichtigung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-98f.-) bei im Datenjahr 2013 noch unvollständiger Erfassung erfordert die Belassung einer Differenz von 2.320 Case-Mix-Punkten. In diesem Umfang ist auf Basis aller dem InEK vorliegenden Informationen damit zu rechnen, dass intensivmedizinische Leistungen mit höheren Relativgewichten zur Abrechnung gebracht werden können, als dies die Daten des Datenjahres 2013 indizieren.

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 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* abgebildet. Die Abdominalchirurgie ist ein Fachgebiet, das für die sachgerechte Vergütung im G-DRG-System mit einer hohen Anzahl fallzahlstarker DRGs und der Abbildung von hochkomplexen Leistungen von hoher Relevanz ist. Allein in der MDC 06 werden in

über 1.000 Krankenhäusern mehr als 100 operative Leistungen im Jahr erbracht. Trotz dieser herausragenden Bedeutung für das G-DRG-System gab es im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2015 nur eine zurückhaltende Beteiligung zu diesem Themengebiet. Die meisten Umbauten für das G-DRG-System 2015 stützten sich daher auf eigene Analysen des InEK.

Im G-DRG-System 2014 wird die Abdominalchirurgie bereits in verschiedenen Basis-DRGs hochdifferenziert abgebildet. Die folgende Auflistung gibt eine beispielhafte Darstellung der Basis-DRGs für Eingriffe am Magen, Eingriffe am Dünn- und Dickdarm, Appendektomien und Rektumresektionen wieder:

- G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum*
- G19 *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*
- G02 *Komplexe oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]*
- G18 *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung [...]*
- G04 *Adhäsiolyse am Peritoneum [...]*
- G22 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis [...]*
- G23 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis [...]*
- G16 *Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff [...]*
- G17 *Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff*

Bei der Prüfung der sachgerechten Abbildung von Fällen der Abdominalchirurgie wurden, unabhängig vom Vorschlagsverfahren, schwerpunktmäßig alle fallzahlstarken DRGs geprüft und entsprechend den Kosten der Fälle eine Neuuzuordnung zu einer bestehenden DRG (im Sinne einer Auf- oder Abwertung) simuliert.

Dünn- und Dickdarm

Als ein Schwerpunkt wurde bei der diesjährigen Weiterentwicklung im Themenbereich Dünn- und Dickdarm die Basis-DRG G18 analysiert, die mit 70.000 Fällen zu den fallzahlstärksten Basis-DRGs in der MDC 06 zählt. In der Basis-DRG G18 werden Fälle mit unterschiedlichen Eingriffen am Dünn- und Dickdarm abgebildet. Darunter fallen u.a. verschiedene Resektionen des Dünndarms, partielle Resektionen des Dickdarms und das Anlegen bestimmter Enterostomata. Sie ist, nach der Komplexität der Eingriffe, vierfach gesplittet (Ausnahme besteht hier für die DRG G18A, in der zusätzlich Fälle mit „komplizierenden Diagnosen“ abgebildet werden).

Am Beispiel der DRG G18B *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit sehr komplexem Eingriff* lässt sich gut der Umfang der vorgenommenen Analysen und Änderungen zum Thema Dünn- und Dickdarm illustrieren.

In dieser DRG wurden für 2015 folgende wesentliche Veränderungen vorgenommen:

- Kodaufnahme der laparoskopischen Sigmaresektion mit Anastomose
- Grundlegende Überarbeitung der Prozedurenliste für sehr komplexe Eingriffe am Darm der DRG G18B hinsichtlich der Anlage von Enterostomata. Die Prozeduren für die Anlage doppelläufiger Enterostomata als selbständiger Eingriff sowie für die Anlage anderer Enterostomata wie beispielsweise einer Bishop-

Koop-Anastomose wurden aus der Kodeliste gestrichen und werden im G-DRG-System 2015 in der DRG G18C abgebildet. Ebenso abgewertet wurden bestimmte Prozeduren für die Anlage eines endständigen Enterostomas als selbständiger Eingriff am Kolon (z.B. Zäkostoma und Aszendostoma) sowie am Ileum, die bisher in der Basis-DRG G04 abgebildet wurden und entsprechend ihren Kosten in die DRG G18B verschoben wurden.

- Anpassung der Eingruppierungslogik für bestimmte Eingriffe am Darm. Dazu zählen u.a. verschiedene lokale Destruktionen von erkranktem Gewebe des Darms und plastische Erweiterungen an Enterostomata des Dünndarms. Diese führen im G-DRG-System 2015 nur noch in Verbindung mit einem PCCL-Wert von 4 in die DRG G18B.
- Eingruppierung von Ileoazäkalresektionen in die DRG G18B nur noch in Verbindung mit einem anderen Eingriff (z.B. mit der Entfernung eines Dünndarmtransplantats oder bestimmten Sigmaresektionen)
- Präzisierung der Eingruppierung von Segmentresektionen des Dünndarms dahingehend, dass sie nur noch in Kombination mit einem anderen Eingriff (z.B. mit der partiellen Resektionen am Kolon) oder nur im Fall einer Segmentresektion am Duodenum in die DRG G18B führen
- In ähnlicher Weise führt die Dekompression am Darm nur noch in Verbindung mit einem weiteren Eingriff, beispielsweise mit Eingriffen an Anastomosen des Darms oder am Ileoazäcum, in die DRG G18B. Dies gilt auch für die offen chirurgische abdominale Rektopexie.
- Bei geringeren Kosten: Streichung des Verschlusses einer Darmfistel und der laparoskopischen abdominalen Rektopexie aus der Definition der DRG G18B

Darüber hinaus wurde im Bereich der Eingriffe an Dünn- und Dickdarm innerhalb und außerhalb der Basis-DRG G18 noch eine Vielzahl weiterer Veränderungen umgesetzt. Die DRG G18A wurde dahingehend geschärft, dass weniger komplexe Eingriffe am Darm, wie z.B. die lokale parietale Peritonektomie, aus der DRG G18A gestrichen wurden. Durch die Zuordnung der laparoskopischen Resektion von Colon descendens und sigmoideum mit Anastomose und der sonstigen Resektion von Colon descendens und sigmoideum in die Basis-DRG G18 und die DRG G18B können die betroffenen Fälle im G-DRG-System 2015 sachgerecht abgebildet werden. Weiterhin werden Fälle mit sekundär bösartigen Neubildungen des Retroperitoneums und des Peritoneums 2015 entsprechend den Kosten in den DRGs G02B und G18A abgebildet werden, was einer Abwertung entspricht. Des Weiteren wurde die DRG G18C dahingehend geschärft, dass der Verschluss einer Rektum-Haut-Fistel bzw. einer rektovaginalen Fistel aus dieser DRG gestrichen und zukünftig der DRG G18D zugeordnet wird.

Rektum

Bei Eingriffen am Rektum konnten auf Basis von Analysen zahlreiche Veränderungen durchgeführt werden. Hierunter fallen insbesondere Verbesserungen der Abbildung komplexer Eingriffe am Rektum in der Basis-DRG G16 *Komplexe Rektumresektionen oder andere Rektumresektionen [...]*. Im Ergebnis führte dies zu den folgenden Anpassungen in dieser Basis-DRG:

- Berücksichtigung von Gerinnungsstörungen als komplexe Diagnose bei bestimmten Rektumresektionen in der Basis-DRG G16
- Aufwertung plastischer Rekonstruktionen mit myokutanen Lappen in der Leisten- und Genitalregion sowie am Gesäß in die DRG G16A bei entsprechenden Kosten
- Schärfung der DRG G16A dahingehend, dass die Prozeduren der nicht mehr kostentrennenden Lebermetastasenchirurgie aus der Definition dieser DRG gestrichen wurden

Sowohl aufgrund eines externen Hinweises als auch auf Basis eigener Analysen wurde die Abbildung der Implantation eines künstlichen Analsphinkters (magnetisches und hydraulisches System) in den Basis-DRGs G11 *Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik [...] und G16* untersucht. Bei entsprechenden Kosten konnte die Implantation eines künstlichen Analsphinkters (magnetisches System) in die Basis-DRG G17 aufgenommen und damit sachgerecht zugeordnet werden. Dies bedeutet eine Aufwertung von Fällen von der DRG G11B in die DRG G17B.

Des Weiteren konnte im Bereich des Rektums eine kostenadäquate Neuordnung der Ligatur des Rektums in die DRG G21C *Bestimmte lokale Exzision am Darm, ohne äußerst schwere CC* umgesetzt werden. Eine weitere Änderung in der Basis-DRG G21 betrifft die perianalen und sonstigen Schlingenresektionen von erkranktem Gewebe des Rektums. Die betroffenen Fälle werden im G-DRG-System 2015 im Sinne einer Abwertung nun sachgerecht in der DRG G26Z *Andere Eingriffe am Anus* abgebildet.

Magen und Ösophagus

Fälle mit großen Eingriffen bei bösartigen Neubildungen des Ösophagus wurden bisher typischerweise der DRG G03A [...] *mit hochkompl. Eingriff oder kompliz. Konstell. oder bei bestimmter bösartiger Neubildung* zugeordnet. Damit war die Diagnose bösartige Neubildung den weiteren Splitbedingungen (hochkomplexe Eingriffe und komplizierende Konstellationen) gleichgestellt. Dabei zeigten sich im Vergleich zu den anderen Fällen der DRG deutlich geringere Kosten der Fälle, die zwar eine bösartige Neubildung, aber keine hochkomplexen Eingriffe bzw. komplizierenden Konstellationen aufwiesen. Aus diesem Grund wurden die Diagnosen für bösartige Neubildungen des Ösophagus aus der Definition der DRG G03A gestrichen. Die betroffenen Fälle werden zukünftig, in Abhängigkeit von den vorliegenden Eingriffen, aufwandsgerecht in den DRGs G03B und G03C abgebildet. Des Weiteren werden Fälle mit einer *thorakalen partiellen Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität* (bisher als „hochkomplex“ gewertet) bei geringeren Kosten im Vergleich zu den übrigen Fällen der DRG G03A zukünftig in der DRG G03B abgebildet. Fälle mit hochaufwendigen Operationen (z.B. Zweihöhleneingriff) verbleiben in der DRG G03A. Im Ergebnis führte die Schärfung der Definition der DRG G03A zu einer sachgerechteren Abbildung der verbleibenden hochkomplexen Fälle. Bei entsprechend geringeren Kosten wurden zusätzlich Prozeduren für Keilexzisionen der Leber aus der DRG G03B gestrichen und im G-DRG-System 2015 in der DRG G03C abgebildet.

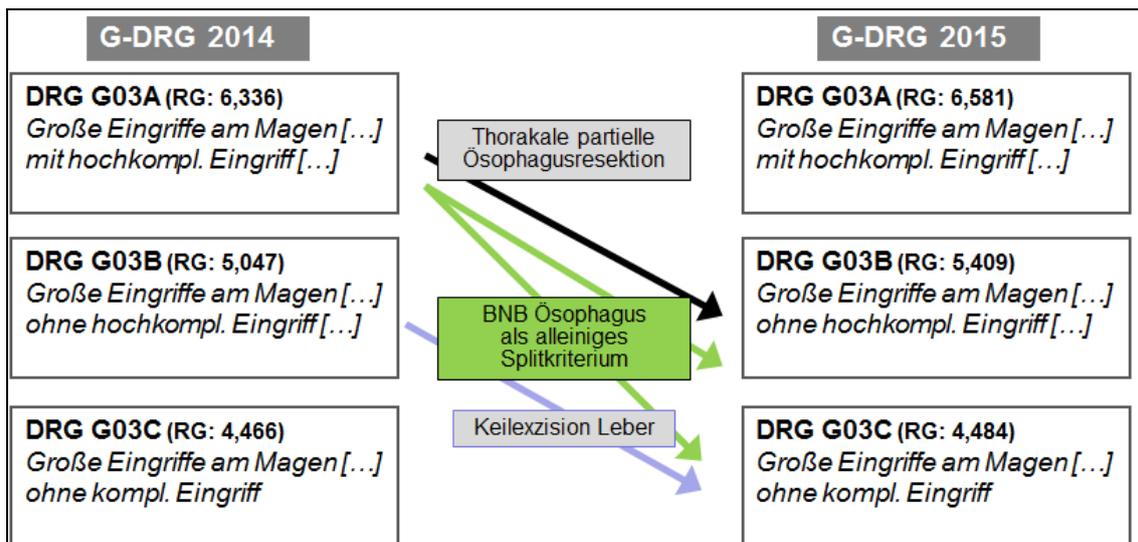


Abbildung 7: Änderungen im Bereich der Basis-DRG G03 für das G-DRG-System 2015

Mehrzeitigkeit

In der MDC 06 werden Fälle mit Eingriffen an mehreren Tagen (mit mehreren komplexen Eingriffen am Gastrointestinaltrakt oder bei Eingriffen am Gastrointestinaltrakt und einem Eingriff an einem anderen Organsystem) in der DRG G33Z *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* abgebildet. Für 2015 wurde die Abbildung insbesondere von weniger komplexen Eingriffen umfassend analysiert. Hierbei konnte festgestellt werden, dass Fälle mit bestimmten mehrzeitig durchgeführten Eingriffen an der Leber, z.B. der lokalen, offen chirurgischen Exzision von erkranktem Gewebe der Leber, mit geringeren Kosten verbunden waren als die restlichen Fälle in dieser DRG. Entsprechend den vergleichbaren Kosten in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurden diese Prozeduren im Sinne einer Abwertung in die DRG G38Z [...] oder *mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem* verschoben. Eine weitere Schärfung der DRG G33Z führte zur Streichung bestimmter Eingriffe bei Zwerchfellhernien und einer sachgerechten Abbildung dieser Fälle in den DRGs G38Z, G03A und G19B. Weitere Untersuchungen führten zu einer Streichung unspezifischer Prozeduren für die Naht von abdominalen, pelvinen und viszeralen Arterien aus der DRG G33Z.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Basis-DRG G36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat [...]* wurden die Prozeduren für hochaufwendige Implantate (z.B. Tumorendoprothese) entsprechend den Kosten der Fälle in die DRG G33Z [...] oder *hochaufwendiges Implantat [...]* verschoben und werden dort sachgerecht abgebildet.

Weitere Veränderungen

Auf Grundlage von Vorschlägen sowie eigenen Analysen konnte für das G-DRG-System 2015 durch eine Vielzahl weiterer Änderungen eine verbesserte Abbildung von Leistungen in der MDC 06 und MDC 07 erreicht werden, z.B.:

- Aufnahme der Operation einer Hydrocele testis in die Definition der DRG G09Z [...] oder *komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis*

- Aufwertung von Fällen mit Strahlentherapie > 8 Bestrahlungen, äußerst schweren CC und der Funktion „Komplizierende Konstellationen (II)“ aus der DRG G27A in die DRG G38Z
- Abwertung der laparoskopischen und nicht näher bezeichneten Cholezystotomie aus der Basis-DRG H05 *Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen* in die Basis-DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas*

3.3.2.2 Diabetes mellitus

Die Behandlung eines Patienten mit Diabetes mellitus wird vornehmlich in der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* abgebildet, während Komplikationen und Folgeerkrankungen in Abhängigkeit von der zu behandelnden Morbidität in unterschiedlichen MDCs im G-DRG-System abgebildet werden (vgl. Abb. 8).

Diabetes mellitus	MDC-Zuordnung über Hauptdiagnose
Mit Koma Mit Ketoazidose Mit sonst. näher bez. Komplikationen Mit sonstigen multiplen Komplikationen Mit diabetischem Fußsyndrom Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen Ohne Komplikationen	MDC 10 <i>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</i>
Mit neurologischen Komplikationen	MDC 01 <i>Krankheiten und Störungen des Nervensystems</i>
Mit Augenkomplikationen	MDC 02 <i>Krankheiten und Störungen des Auges</i>
Mit peripheren vaskulären Komplikationen	MDC 05 <i>Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems</i>
Mit Nierenkomplikationen	MDC 11 <i>Krankheiten und Störungen der Harnorgane</i>

Abbildung 8: MDC-Zuordnung der Diabetesdiagnosen

Eine rein diagnoseabhängige MDC-Zuweisung wird der Komplexität der klinischen und ökonomischen Verläufe jedoch nicht in jedem Fall gerecht. Dies betrifft vor allem Fälle, deren Verlauf durch die Kombination mehrerer diabetesassoziierter Begleiterkrankungen bestimmt wird. So besteht für die Abbildung von Fällen mit diabetischem Fußsyndrom bereits seit vielen Jahren eine hochdifferenzierte Abbildung.

Bei einem Fall mit der Hauptdiagnose diabetisches Fußsyndrom kann entweder die konservative Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund stehen oder aber die operative oder interventionelle Behandlung einer Gefäßkomplikation. Im ersten Fall bietet die MDC 10, im zweiten Fall die operative Partition der MDC 05 hochdifferenzierte Abbildungsmöglichkeiten. Hierzu wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Umleitungen von der MDC 10 in die MDC 05 erstellt. Des Weiteren wurde innerhalb der MDC 05 die Basis-DRG F27 *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen* etabliert (vgl. Abb. 9).

Zuordnung über Hauptdiagnose	und bestimmte operative Eingriffe
MDC 10 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px;">Ggf. Umleitung</div>	MD05: Im Speziellen Basis-DRG F27
MDC 05	

Abbildung 9: Basis-DRG F27

Für Fälle, bei denen der Diabetes mellitus nur als Nebendiagnose vorliegt, erfolgt eine MDC-Zuordnung entsprechend der zu kodierenden Hauptdiagnose. So wird beispielsweise ein Fall mit bestimmten orthopädisch-chirurgischen Behandlungen am Fuß bei einem Patienten mit der Nebendiagnose diabetisches Fußsyndrom in der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* (MDC08) abgebildet. Dies betrifft sowohl Patienten mit Erkrankungen am Muskel-Skelett-System, deren Pathogenese in einem engeren Zusammenhang mit der diabetischen Grunderkrankung stehen kann, wie beispielsweise bestimmte erworbene Deformationen der Zehen, als auch Fälle mit Erkrankungen, deren Pathogenese zwar gewöhnlich nicht auf eine Diabeteserkrankung zurückgeführt wird, wie z.B. Frakturen im Bereich der Fußknochen, deren Behandlungsverlauf aber durch die diabetische Grunderkrankung beeinflusst werden kann.

Ein diesjähriger Schwerpunkt der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems war die Überprüfung der Sachgerechtigkeit und hinreichenden Berücksichtigung der Komplexität bestimmter orthopädischer Erkrankungen und Behandlungsmethoden bei diabetischer Grunderkrankung innerhalb der Basis-DRG F27 und die Berücksichtigung der Komplexität einer Diabeteserkrankung bei der Behandlung einer Fußerkrankung innerhalb der Basis-DRG I20 (vgl. Abb. 10). Hierzu gingen auch mehrere Vorschläge im Vorschlagsverfahren ein.

Es wurden umfassende Analysen zur Abbildung von Fällen mit unterschiedlichen Konstellationen innerhalb der Basis-DRG F27 und der Basis-DRG I20 durchgeführt. Die Analyse der Kostendaten ergab jedoch keinen Anhalt für einen Umbau der bereits sehr differenzierten Abbildungsmöglichkeiten des diabetischen Fußsyndroms innerhalb der Basis-DRG F27. Die Analysen der Basis-DRG I20 zeigten jedoch, dass Fälle mit bestimmten Nebendiagnosen aus dem Bereich Diabetes mellitus, die in niedriger bewerteten DRGs der Basis-DRG I20 abgebildet wurden (z.B. DRG I20G), dort höhere Kosten als die sonstigen Fälle der jeweiligen DRG aufwiesen. Im Ergebnis resultierten die Analysen in einer Aufwertung der betroffenen Fälle durch eine Erweiterung der Splitbedingungen für die DRG I20D *Eingriffe am Fuß [...], mit [...] chronischer Polyarthritits oder bestimmtem Diabetes mellitus* um bestimmte komplizierende Diagnosen des Diabetes mellitus und damit eine Verbesserung ihrer Abbildung im G-DRG-System 2015.

Nebendiagnose Diabetes mellitus	
MDC 08: Im Speziellen Basis-DRG I20	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen Mit sonstigen multiplen Komplikationen Mit diabetischem Fußsyndrom Mit peripheren vaskulären Komplikationen

Abbildung 10: Untersuchte Diabetes-mellitus-Nebendiagnosen im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung

3.3.2.3 Endokrinologie

Bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2015 ergaben sich im Rahmen des Vorschlagsverfahrens und aufgrund interner Analysen zahlreiche Anhaltspunkte für den Bereich der Endokrinologie, auf deren Basis die Abbildung betroffener Fälle weiter verbessert werden konnte.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde beispielsweise darauf hingewiesen, dass Fälle in der DRG K15B *Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten [...]* mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH), unabhängig von der Dosis an Jod 131, mit höheren Kosten verbunden seien. Bei der Analyse der DRG K15B konnte dies bestätigt werden. Im Ergebnis wurden Fälle ohne Gabe von rh-TSH in die DRG K15C *Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, [...] mit mäßig komplexer Radiojodtherapie* abgewertet. Dadurch konnten die kostenintensiven Fälle mit einer Radiojodtherapie mit Gabe von rh-TSH in der DRG K15A *Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, [...] mit hochkomplexer Radiojodtherapie* deutlich aufgewertet werden.

Ein weiterer Vorschlag gab Hinweise auf eine nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit einer komplexen invasiven endokrinen Funktionsuntersuchung in der DRG K64D *Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose [...]*. Die darauf folgende Analyse bestätigte den Hinweis. Die Prozedur wurde in die Definition der DRG K64C *Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC [...] oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik* aufgenommen. Infolgedessen werden die betroffenen Fälle im G-DRG-System 2015 sachgerechter abgebildet.

Im G-DRG-System 2014 definiert sich die DRG K09B *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten [...] mit komplexem Eingriff* über eine sehr umfangreiche Liste verschiedener Prozeduren. Interne Analysen wiesen einen erheblichen Kostenunterschied zwischen bestimmten Prozeduren innerhalb der DRG auf. Entsprechend den vergleichbaren Kosten in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurden die Prozeduren für Biopsien an Lymphknoten und für bestimmte operative Eingriffe an den Augen in die DRG K09C *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, [...] ohne komplexen Eingriff* abgewertet. Im Gegenzug wurden Fälle mit einer partiellen Adrenalektomie bei entsprechend auffälligen hohen Kosten in die DRG K09B aufgewertet und können so zukünftig sachgerechter abgebildet werden.

Ein weiterer optimierungsbedürftiger Sachverhalt konnte bezüglich der sachgerechten Vergütung der LDL-Apherese festgestellt werden. Im G-DRG-System 2014 wird die LDL-Apherese in der Basis-DRG K09 *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten [...]* abgebildet und wird zusätzlich über das Zusatzentgelt *LDL-Apherese* (ZE61) vergütet. Eingehende Analysen konnten für Fälle mit einer LDL-Apherese – nach Kostenbereinigung um die Zusatzentgeltleistung – geringere Kosten nachweisen als für die restlichen Fälle der Basis-DRG K09. Die LDL-Apherese wurde dementsprechend aus der Basis-DRG K09 gestrichen und wird zukünftig entsprechend den Kosten in Verbindung mit dem Zusatzentgelt sachgerecht in den DRGs der medizinischen Partition der MDC 10 abgebildet.

3.3.2.4 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Bereich der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* stand die Überprüfung der sachgerechten Abbildung von Fällen mit Erkrankungen an der Mamma und operativen Eingriffen im Vordergrund.

Dies betraf beispielsweise Fälle mit der Prozedur *Partielle Resektion, Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik* (5-870.a5). Schon im vergangenen Jahr wurde basierend auf den Daten von 2012 die sachgerechte Abbildung von Fällen mit dieser Prozedur überprüft. Dieser Kode wurde in der OPS-Version 2012 neu etabliert. Entsprechend ging in vergangenen Vorschlagsverfahren der Hinweis zu einem möglichen Anreiz für eine Fehl- oder Doppelkodierung ein, da eine unterschiedliche Gruppierungsrelevanz und damit Vergütung für Fälle mit tumoradaptierter Reduktionsplastik im Vergleich zu Fällen mit einer Prozedur für eine *Mammareduktionsplastik* (5-884.ff) bestand. Fälle mit einer Mammareduktionsplastik wurden im G-DRG-System 2014 bei Vorliegen einer bösartigen Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma vornehmlich in die DRG J23Z *Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung [...]* (RG: 1,558) eingruppiert, während für eine nennenswerte Anzahl an Fällen mit einer tumoradaptierten Mammareduktionsplastik eine Gruppierung in die niedriger bewertete DRG J25Z *Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung [...]* (RG: 0,887) erfolgte. Überdies konnten Fälle mit Prozedurenkodes für beide Verfahren in die DRG J06Z *Mastektomie [...]* bei bösartiger Neubildung (RG: 2,140) eingruppiert werden. Trotz umfangreicher Analysen konnte für das G-DRG-System 2014 noch kein entsprechender Umbau etabliert werden, da die Analyse der Kostendaten aus dem Jahr 2012 ein uneinheitliches Bild mit gleichermaßen höheren und niedrigeren Kosten je DRG zeigten. Deswegen erfolgte in diesem Jahr auf Basis der Daten von 2013 eine erneute Analyse der Abbildung dieser Fälle mit bösartiger Neubildung an der Mamma und einem Verfahren zur Mammareduktionsplastik. Als Ergebnis der diesjährigen Analysen erfolgte eine Aufwertung von Fällen mit Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik und von Fällen mit Defektdeckung durch gestielte Fernlappenplastik durch eine Neuordnung in die DRG J23Z bei deutlicher Verbesserung des Delta-R². Somit erfolgte eine Gleichstellung zu Fällen mit anderen Verfahren einer Mammareduktionsplastik.

Ebenso erfolgte für das G-DRG-System 2015 eine Gleichstellung von Fällen mit laparoskopischen Ureterolysen mit intraperitonealer Verlagerung oder mit Umscheidung des Omentum zu anderen aufwendigen Ureterolysen durch Aufnahme dieser Prozeduren in die Definition der DRG J26Z *Plastische Rekonstruktion der Mamma [...]* oder *große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung [...]*.

Des Weiteren wurde die sachgerechte Abbildung von Fällen der DRG J16Z *Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur [...]* überprüft: Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend zeigte sich, dass Fälle mit beidseitiger Mastektomie bei bösartiger Neubildung unterschiedliche Kosten- und Verweildauerprofile im Vergleich zu den übrigen Fällen der DRG aufwiesen. Im G-DRG-System 2015 wurde deshalb für diese kostenintensiveren Fälle die DRG J16A *Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung* etabliert und damit gegenüber den weniger teuren Fällen der DRG J16B *Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*, die geringere Kosten und eine niedrigere Verweildauer aufwiesen, aufgewertet.

Ferner wurden Fälle der DRG J16Z mit Implantation eines Hautexpanders ihren Kosten entsprechend aufgewertet, indem diese Fälle jetzt in der DRG J14A *Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung [...]* abgebildet werden.

3.3.2.5 Extremkosten

Auch nach Jahren der Weiterentwicklung finden sich im G-DRG-System noch immer Konstellationen, die entweder wegen der absoluten Höhe ihrer Kosten oder einer gewissen Unter- oder Überdeckung in ihrer jeweiligen DRG auffallen. Nach diesen „Extremkostenfällen“ wird in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser in jedem Jahr gezielt gesucht und eine verbesserte Abbildung angestrebt. Dabei handelt es sich häufig um verschiedene, sehr seltene Problematiken, bei deren Identifizierung u.a. Analysen in über die nach § 21 KHEntgG hinausgehenden Fallinformationen – wie ergänzende Datenlieferungen oder eine Extremkosten-Datenbank – notwendig sind.

In diesem Jahr ist insbesondere die umfangreiche Neugestaltung des intensivmedizinischen Themenkomplexes unter diesem Oberbegriff zu subsumieren. Die Implementierung des sogenannten „Super-SAPS“ ins G-DRG-System, also explizit für die hochaufwendige intensivmedizinische Behandlung geschaffene Prozedurenkodes mit noch einmal deutlich höheren Anforderungen an die Leistungserbringer, war bezüglich Umfang und Auswirkungen der größte systematische Umbau. So wurden alle intensivmedizinischen Fallpauschalen innerhalb und außerhalb der Prä-MDC daraufhin untersucht, ob die neu etablierten Prozeduren relevante Kostenunterschiede ausmachen. Im Ergebnis wurde das G-DRG-System an zahlreichen Stellen modifiziert und es wurden individuelle Grenzwerte errechnet. Es wurden neue intensivmedizinische DRGs für diese hochaufwendigen Fälle etabliert sowie die Definitionen bereits bestehender Fallpauschalen modifiziert. An zahlreichen Stellen im DRG-Algorithmus resultierte daraus eine Aufwertung dieser intensivmedizinischen Fälle. In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls die Abbildung intensivmedizinisch behandelter Kinder im G-DRG-System erheblich verbessert. In Kapitel 3.3.2.14 wird detaillierter auf diese Entwicklungen eingegangen.

Die Verbesserung von Extremkostenkonstellationen reduzierte sich keinesfalls nur auf umfangreiche Anpassungen intensivmedizinischer Fallpauschalen. Die Analysen erstreckten sich über das gesamte G-DRG-System, sodass in der Folge nur exemplarisch auf die getätigten Umbauten eingegangen werden kann.

In der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* wurde die Abbildung von Fällen, bei denen innerhalb eines Aufenthalts eine zweizeitige Embolisation und Resektion eines Tumors am Glomus caroticum vorgenommen wird, massiv verbessert.

Nach Analyse viszeralchirurgischer Eingriffe konnten zwei Konstellationen aufgewertet werden: Sowohl Fälle mit einer Rektumresektion und dem Vorliegen eines Mangels an Gerinnungsfaktoren als auch solche mit zusätzlicher Defektdeckung bei tiefsitzendem Rektumkarzinom wurden in der Basis-DRG G16 *Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose* bessergestellt.

Darüber hinaus wurden beispielsweise Fälle mit verschiedenen komplexen Herzklappeneingriffen in der MDC 05 und bestimmte Fälle mit Keilresektionen und Enukeationen an der Lunge in der MDC 06 deutlich bessergestellt.

Die MDC 08 beinhaltet mit ihren vielen operativen DRGs zwangsläufig auch viele hochkomplexe Leistungen. Hier gelang es beispielsweise, Fälle mit der Korrektur einer Wir-

belsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen – ein Eingriff, der in erster Linie bei Kindern vorgenommen wird –im G-DRG-System besser abzubilden. Darüber hinaus wurden Leistungen wie die Resektion von Unter- bzw. Oberkiefer mit aufwendiger Rekonstruktion, temporäre Epiphyseodese an der Tibia und am Femur im selben Aufenthalt oder die Entfernung einer Endoprothese an Knie- oder Hüftgelenk mit Neuimplantation zu einem späteren Zeitpunkt im selben Aufenthalt zum Teil erheblich aufgewertet.

Die partielle Resektion der Mamma mit tumoradaptierter Reduktionsplastik oder gestielter Fernlappenplastik wurde ebenso bessergestellt wie die Transplantation von Spalthaut bei Verbrennungen und Verätzungen dritten Grades.

Diese und zahlreiche weitere Extremkostenumbauten werden in den jeweiligen Kapiteln zu den einzelnen Themengebieten immer wieder detailliert beschrieben.

Extremkostenbericht

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene mit § 17b Abs. 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aufgefordert, das InEK mit der systematischen Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern zu beauftragen. Zum 31. Dezember 2014 ist vom InEK erstmals ein sogenannter Extremkostenbericht vorzulegen, in dem die Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern aufgearbeitet wird. In diesem Bericht wird transparent und umfassend die Vorgehensweise zur Ermittlung und Analyse von Extremkostenfällen dargestellt sowie nochmals erweitert auch auf verbesserte Abbildungen im G-DRG-System 2015 eingegangen.

3.3.2.6 Frührehabilitation

An der Abbildung frührehabilitativer Leistungen im G-DRG-System hat sich auch in der Version 2015 nichts geändert. Seit mehreren Jahren gibt es Bestrebungen, zumindest einige der bislang nach § 6 Abs. 1 KHEntgG über krankenhausesindividuelle Entgelte vergüteten Fallpauschalen mit einem Relativgewicht zu versehen. Dies scheiterte jedoch wiederum an der fehlenden Datengrundlage als Folge einer mangelnden Bereitschaft der entsprechenden Fachkliniken zur Teilnahme an der Kalkulation. Auch im Rahmen des Strukturierten Dialogs gingen zu dieser Thematik keinerlei Vorschläge ein, sodass Fälle mit neurologisch-neurochirurgischer bzw. fachübergreifender Frührehabilitation von mehr als 14 Tagen weiterhin in 17 DRGs, verteilt auf 8 MDCs, abgebildet sind. Von all diesen DRGs kann erneut lediglich die Basis-DRG B42 *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage* mit einem Relativgewicht versehen werden.

3.3.2.7 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren

Die Versorgung von Blutern kann im Einzelfall für die Krankenhäuser ein hohes, unvorhersehbares finanzielles Risiko darstellen, da die Arzneimittelkosten für Gerinnungsfaktoren bis zu mehreren Hunderttausend Euro betragen können. Für ein einzelnes Krankenhaus ist nicht absehbar, ob und in welchem Umfang im Budgetjahr solche Patienten behandelt werden. Dieses Risiko ist durch ein pauschaliertes System nicht abbildbar. Aus diesem Grund existiert seit Einführung des G-DRG-Systems ein unbewertetes ex-

trabudgetäres Zusatzentgelt für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren. Die vergütungsrechtliche Sonderstellung des „Bluter-ZEs“ beinhaltete bis 2012 den Umstand, dass laut § 17b Abs. 1 Sätze 12, 13 KHG die Höhe der Entgelte „nach Regionen differenziert festgelegt werden“ konnten. 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 bundeseinheitliche 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 nur abgerechnet werden, wenn ein definierter Schwellenwert überschritten wird. Für die Jahre 2014 und 2015 gilt ein Schwellenwert von 9.500 € für die Summe der im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Beträge. Ab Überschreiten dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren anfallende Betrag abrechenbar.

Für die genannten Zusatzentgelte ist in Anlage 7 des Fallpauschalen-Katalogs neben zwei spezifischen Diagnoselisten eine dritte Liste mit zu differenzierenden ICD-Kodes aufgeführt. 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. Wie bereits im vergangenen Jahr waren auch für das Datenjahr 2013 ergänzend ermittelte Daten erforderlich, um betroffene Fälle den genannten Zusatzentgelten zuordnen zu können, da die vom DIMDI für diesen Zweck belegten Schlüsselnummern U99.0! und U99.1! („U-Kodes“) nur optional zu verwenden waren. 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.). Von den 12.787 erwarteten Fällen hatten laut ergänzender Datenbereitstellung oder Angabe des entsprechenden U-Kodes 1.195 Fälle (9,35%) eine dauerhafte 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 1.583 Fälle wegen eines „Bluter“-ICD-Kodes (Anlage 7, Tabelle 1) dem extrabudgetären ZE20XX-97 zugeordnet werden.

Unabhängig von dem für das ZE20XX-98 festgelegten Schwellenwert erfüllten in der Kalkulationsstichprobe insgesamt 9.325 Fälle die Definition von ZE20XX-98 (ICD-Kode für ZE2013-98 oder zu differenzierender Diagnosekode mit Angabe „temporär“ und Prozedurenkode für die Gabe von Gerinnungsfaktoren). Im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung wurde weiterhin, wie schon in den vergangenen Jahren, die Gabe der Gerinnungsfaktoren, deren kumulative Dosis und die Kosten je Gerinnungsfaktor (wie bei anderen ZE-Medikamenten) abgefragt. Basierend auf den Kostendaten für die Gerinnungsfaktoren konnten 155 Fälle dem intrabudgetären Zusatzentgelt ZE20XX-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* zugerechnet werden. Bei diesen Fällen überstiegen die Kosten für Gerinnungsfaktoren gemäß Anlage 6 des Fallpauschalen-Katalogs den Schwellenwert von 9.500 €. Dies entsprach einem prozentualen Anteil von 1,7% aller

Fälle mit Gabe von Gerinnungsfaktoren bei temporär erworbener Gerinnungsstörung bzw. 19,8% des Kostenvolumens (für Gerinnungsfaktoren) der betroffenen Fälle. Bezüglich der genannten Anteile muss betont werden, dass eine sichere Abschätzung der Anzahl und Verteilung von Fällen unterhalb der Schwelle in der Grundgesamtheit, d.h. in allen Krankenhäusern in Deutschland aufgrund der im Datenjahr 2013 nur „grob“ vorliegenden Dosisklassen für die Gabe von Gerinnungsfaktoren nicht möglich war. Die für die OPS-Version 2014 etablierten, differenzierteren Dosisklassen für Gerinnungsfaktoren werden erstmals 2015 eine Analyse betroffener Fälle auf Basis regulärer Daten ermöglichen. Perspektivisch kann somit ab dem Datenjahr 2014 mit vollständigen Angaben zu temporärer bzw. dauerhafter Gerinnungsstörung und den neuen Dosisklassen der Schwellenwert erstmals auf Grundlage von Kalkulationsdaten für das G-DRG-System 2016 festgelegt werden.

Im Vorschlagsverfahren wurde thematisiert, dass für bestimmte Gerinnungsstörungen beim Neugeborenen die ICD-10-GM ausschließt, dass ein Kode aus dem Kapitel III für Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen („D-Kodes“) verschlüsselt werden kann (siehe Tab. 16). Damit war im G-DRG-System für Neugeborene mit bestimmten Gerinnungsstörungen und einer Gabe von Gerinnungsfaktoren eine Abrechnung über ZE20XX-97 bzw. ZE20XX-98 bei korrekter Kodierung nicht in jedem Fall möglich. Bezugnehmend auf die beschriebene Problematik wurde im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung für ausgewählte Gerinnungsstörungen in Analogie zu den zu differenzierenden D-Kodes abgefragt, ob es sich bei den betroffenen Neugeborenen um eine dauerhafte oder eine temporäre Gerinnungsstörung handelte. Die Analysen des Datenjahres 2013 verdeutlichten, dass von der beschriebenen Problematik vereinzelt Fälle betroffen waren. Im Sinne einer Gleichbehandlung werden dementsprechend gemäß dem Entschluss der Selbstverwaltungspartner ab dem G-DRG-System 2015 bestimmte „P-Kodes“ den entsprechenden Zusatzentgelten des Fallpauschalen-Katalogs zugeordnet (siehe Tab. 16).

ICD-Kode Kapitel XVI („P-Kode“)	gemäß ICD-10-GM 2015 als Exklusivum unter	Zuordnung des „D-Kodes“ [gemäß FPV, Anlage 7]	Zuordnung des „P-Kodes“ [gemäß FPV, Anlage 7]
P53 Hämorrhagische Krankheit beim Feten und Neugeborenen	D68.4 Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	zu differenzierender ICD-Kode	zu differenzierender ICD-Kode
P60 Disseminierte intravasale Gerinnung beim Feten und Neugeborenen	D65.0 Erworbene Afibrinogenämie	zu differenzierender ICD-Kode	zu differenzierender ICD-Kode
	D65.1 Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]	zu differenzierender ICD-Kode	
	D65.2 Erworbene Fibrinolyseblutung	zu differenzierender ICD-Kode	
P61.0 Transitorische Thrombozytopenie beim Neugeborenen	D69.40 Sonstige primäre Thrombozytopenie: Als transfusionsrefraktär bezeichnet	ZE2015-97	ZE2015-97
	D69.41 Sonstige primäre Thrombozytopenie: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	ZE2015-97	

Tabelle 16: Berücksichtigung von für die Altersgruppe der Neugeborenen spezifisch zu kodierenden ICD-Kodes („P-Kodes“) für Blutgerinnungsstörungen in der Definition der Zusatzentgelte für Gerinnungsfaktoren

Weiterhin sind in Bezug auf die Definition der Zusatzentgelte für die Gabe von Gerinnungsfaktoren im G-DRG-System 2015 einige Änderungen/Differenzierungen im ICD-10-GM-Kapitel für Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen relevant. Die betroffenen D-Kodes und die für 2015 durch die Selbstverwaltung konsentrierte Zuordnung der für 2015 differenzierten Codes zu den Zusatzentgelten ZE2015-97/ZE2015-98 ist zusammenfassend in Tabelle 17 dargestellt.

ICD-Kode [gemäß ICD-10-GM 2014]	Zuordnung [gemäß FPV, Anlage 7] für 2014	ICD-Kode [gemäß ICD-10-GM 2015]	Zuordnung [gemäß FPV, Anlage 7] für 2015
D68.0 <i>Willebrand-Jürgens-Syndrom</i>	ZE2014-97	D68.00 <i>Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom</i>	ZE2015-97
		D68.01 <i>Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom</i>	zu differenzierender ICD-Kode
		D68.09 <i>Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet</i>	zu differenzierender ICD-Kode
D68.30 <i>Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen</i>	ZE2014-98	D68.33 <i>Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)</i>	ZE2015-98
		D68.34 <i>Hämorrhagische Diathese durch Heparine</i>	ZE2015-98
		D68.35 <i>Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen</i>	ZE2015-98
D69.8 <i>Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen</i>	zu differenzierender ICD-Kode	D69.80 <i>Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer</i>	ZE2015-98
		D69.88 <i>Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen</i>	zu differenzierender ICD-Kode

Tabelle 17: Zuordnung der für 2015 differenzierten Zusatzentgelt-relevanten „D-Kodes“

3.3.2.8 Gastroenterologie

Die Abbildung typischer Leistungen aus dem Themenbereich der Gastroenterologie erfolgt in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas*. Durch die Weiterentwicklungen der vergangenen Jahre ergab sich in der Gastroenterologie eine hochdifferenzierte Abbildung von operativen und interventionellen Eingriffen.

Wie bereits in den Vorjahren konnte eine erfreulich intensive Beteiligung der Fachgesellschaft am Vorschlagsverfahren für das G-DRG-System 2015 festgestellt werden. So erreichten uns eine große Anzahl detailreicher Vorschläge im Rahmen des Strukturier-ten Dialogs zu den Themen

- ERCP in Verbindung mit anderen Eingriffen,
- mehrzeitige endoskopische Eingriffe,
- endoskopische Eingriffe mit hohem Sachkostenanteil,
- chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und
- Mindervergütung bei Mehrleistung.

ERCP in Verbindung mit anderen Eingriffen

In der MDC 07 werden Fälle mit einer ERCP in der spezifischen, dreifach gesplitteten Basis-DRG H41 *ERCP* abgebildet. Im G-DRG-System 2014 führt eine zusätzlich durchgeführte ERCP bei operativen Fällen typischerweise nicht zu einer Höhergruppierung betroffener Fälle. Die Fachgesellschaft konnte in ihrer Projektgruppe Fälle mit einer Cholezystektomie mit vorher durchgeführter, therapeutischer ERCP als kostenintensiv identifizieren. Bei den internen Analysen, die vor allem die Basis-DRGs H07 *Cholezystektomie* und H08 *Laparoskopische Cholezystektomie* umfassten, wurde festgestellt, dass die benannten Fälle eine längere Verweildauer aufwiesen und teurer waren als die restlichen Fälle in den DRGs. Ausgehend von diesen Analysen und einem weiteren Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wurden Fälle mit einer biliären Pankreatitis einerseits und Fälle mit den komplizierenden Diagnosen K80.31 *Gallengangstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion* und K80.41 *Gallengangstein mit Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion* andererseits untersucht. Hierbei zeigte sich, dass Fälle mit den beschriebenen Diagnosen ähnliche Kosten aufwiesen, aber in unterschiedlichen DRGs abgebildet wurden. Im Ergebnis werden im G-DRG-System 2015 Fälle mit einer der genannten komplizierenden Diagnosen in den DRGs H07A *Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation* und H08A *Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose* abgebildet und somit Fällen mit einer biliären Pankreatitis gleichgestellt. Von dieser Aufwertung sind auch viele Fälle mit einer zuvor durchgeführten therapeutischen ERCP betroffen, ohne dass die zusätzliche ERCP direkt gruppierungsrelevant ist. Des Weiteren konnte durch diese Aufwertung ein möglicher Kodierkonflikt zwischen den Diagnosen Gallengangstein mit Cholangitis/Cholezystitis und der biliären Pankreatitis behoben werden.

Mehrzeitige endoskopische Eingriffe

Ebenfalls als aufwendig beschrieben wurden Fälle mit mehreren Endoskopiesitzungen während eines Aufenthalts (z.B. bei Gastroskopie, Koloskopie und ERCP). Die internen Analysen berücksichtigten dabei sowohl unterschiedliche Kombinationen von endoskopischen Eingriffen als auch unterschiedliche Anzahlen von Sitzungen (z.B. zwei, drei und vier Sitzungen). Es stellte sich dabei heraus, dass Fälle mit mehreren Endoskopien bei höheren Kosten zum einen überwiegend auch eine deutlich verlängerte Verweildauer aufweisen. Zum anderen würden bei einer Anpassung mögliche Erlössprünge die Kosten bei einer zusätzlichen Endoskopie in erheblichem Maß übersteigen. Die Durchführung einer weiteren Endoskopie ist somit als Definitionskriterium für eine höhere DRG-Eingruppierung auch aufgrund der Anreizwirkung fraglich. Von einer Umsetzung für das G-DRG-System 2015 wurde dementsprechend Abstand genommen.

Endoskopische Eingriffe mit hohem Sachkostenanteil

Eine sachgerechte Abbildung endoskopischer Leistungen mit hohem Sachkostenanteil setzt neben einer ausreichend differenzierten Kodierung und Eingruppierung auch eine geeignete Fallkostenkalkulation in den Kalkulationskrankenhäusern voraus. Nur wenn die Kostenzuordnung weitgehend verursachungsgerecht erfolgt, können vom InEK Kostenunterschiede in realistischer Höhe gefunden werden.

Vor diesem Hintergrund ist zu begrüßen, dass sich die Fachgesellschaft über das Vorschlagsverfahren hinaus auch über Kalkulationsprojekte an der Verbesserung der Kostendaten in diesem Bereich beteiligt.

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2015 wurden durch die Fachgesellschaft insbesondere folgende Leistungen mit hohen Sachkosten thematisiert:

- Blutstillung mittels Endo-Loop
- Dilatation und Bougierung in Ösophagus, Magen, Dünndarm- und Dickdarm
- Endoskopische Einlage eines Kunststoffconduits zur biliodigestiven Diversion
- Endoskopische Submukosadissektion (ESD)
- Endoskopische Mukosaresektion (EMR)
- Endoskopische Entfernung eines Zenker-Divertikels
- Kapselendoskopie
- Verschiedene Radiofrequenzablationen

Im Rahmen der Analyse von Fällen mit einer Kapselendoskopie des Dünndarms konnte der Hinweis auf die hohe Kostenintensität betreffender Fälle verifiziert werden. Im G-DRG-System 2014 war diese Leistung in den DRGs G40Z *Komplizierende Konstellationen mit bestimmtem endoskopischen Eingriff [...]* und G47Z *Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane [...]* gruppierungsrelevant. In bestimmten Konstellationen (z.B. ab einem PCCL > 2 oder einem Alter < 15 Jahre) erwiesen sich Fälle mit einer Kapselendoskopie als kostenintensiver als die restlichen Fälle der DRG. Im G-DRG-System 2015 werden Fälle mit einer Kapselendoskopie des Dünndarms in den DRGs G40Z, G47Z und in der Basis-DRG G48 *Koloskopie [...]*, ihren Kosten entsprechend, sachgerecht abgebildet. Bei der Analyse verschiedener Radiofrequenzablationen bestätigte sich der vorjährige Umbau mit Zuordnung der Radiofrequenzablation am Ösophagus in die DRG G46B *Verschiedenartige Gastroskopie [...]* als sachgerecht. Der Hinweis auf eine nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit einer Dilatation, Bougierung oder Blutstillung mittels Endo-Loop konnte in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus 2013 nicht bestätigt werden. Des Weiteren konnte für einige Verfahren bedingt durch eine sehr kleine Fallzahl und/oder eine starke Hausdominanz kein eindeutiges Ergebnis erzielt werden. Darunter fallen z.B. die endoskopische Submukosadissektion und die endoskopische Mukosaresektion. Darüber hinaus konnten einzelne Verfahren aufgrund einer unspezifischen Kodierung wie z.B. bei der endoskopischen Einlage eines Kunststoffconduits zur biliodigestiven Diversion (im Jahr 2015 NUB-Status 1) nicht abschließend analysiert werden. Für diese Leistung existiert jedoch ab dem Jahr 2014 ein spezifischer OPS-Code, sodass eine Analyse für das G-DRG-System 2016 möglich ist. Durch die Verbesserung der Kostenkalkulation und der Kodierung können die Analysen für die endoskopischen Leistungen mit hohem Sachkostenanteil in 2015 fortgeführt bzw. neu aufgegriffen und entsprechende Fälle sachgerecht im G-DRG-System abgebildet werden.

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Ein weiterer Vorschlag der Fachgesellschaft befasste sich mit der Abbildung schwerer Infektionen wie auch chronisch entzündlicher Darmerkrankungen in den Basis-DRGs

- G16 *Komplexe Rektumresektion [...]*
- G47 *Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane [...]*
- G48 *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC [...]*
- G64 *Entzündliche Darmerkrankung [...]*

Es wurde dargestellt, dass Fälle mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung in Verbindung mit einer schweren Infektion (z.B. A04.7 *Enterokolitis durch Clostridium difficile* oder B25.80 *Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren*) in den aufgeführten DRGs deutlich aufwendiger sind. Ebenfalls wurde angeregt, die Abbildung schwerer Infektionen in der MDC 06 auch unabhängig von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zu prüfen.

Im G-DRG-System 2014 sind die benannten schweren Infektionen bereits vielfach höhergruppierend wirksam, z.B. über die PCCL-Systematik (*Enterokolitis durch Clostridium difficile*: typischer CCL-Wert von 1 bis 4). Interne Analysen zeigten keine generelle Untervergütung von Infektionen, jedoch konnten Infektionen durch *Clostridium difficile* und durch Zytomegalieviren in einzelnen DRGs als besonders kostenintensiv identifiziert werden. Im Ergebnis konnte die Diagnose für *Enterokolitis durch Clostridium difficile* in die Definition der DRG G67A aufgenommen und dadurch Fälle aus der DRG G67B aufgewertet werden. Eine Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren wird in der Basis-DRG G48 zukünftig als schwere Darminfektion gewertet und damit ab 2015 in der DRG G48A abgebildet. Dies bedeutet eine Aufwertung der Fälle, die zuvor den DRGs G48B und G64A zugeordnet wurden (vgl. Abb. 11).

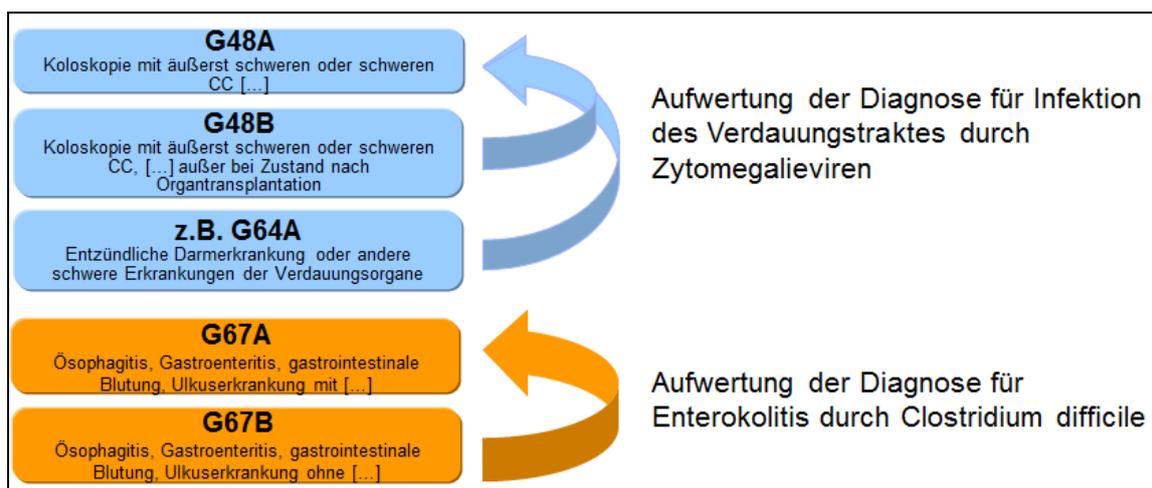


Abbildung 11: Aufwertung von Infektionen

Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung

Im G-DRG-System werden DRGs aus der „anderen“ Partition – bis auf wenige Ausnahmen – vor der medizinischen Partition abgefragt. Dies hat in der MDC 07 zur Folge, dass in bestimmten Konstellationen Fälle statt in die DRG H60Z *Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC* in die H40Z *Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung* eingruppiert werden, obwohl die DRG H60Z ein höheres Relativgewicht aufweist. Im Rahmen interner Analysen wurden verschiedene Lösungsansätze geprüft (z.B. partitionsübergreifende Sortierung, Split der DRG H60Z nach endoskopischen Eingriffen, ...), von denen sich ein PCCL-Split der DRG H40Z in die DRGs H40A *Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC* und H40B *Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC* mit nachfolgender Schärfung der CCL-Werte bestimmter Diagnosen hier als beste Lösung erwies. Im Ergebnis kann es nicht mehr zu der oft auch als Mindervergütung bei Mehrleistung beschriebenen Konstellation kommen (siehe Abb. 12).

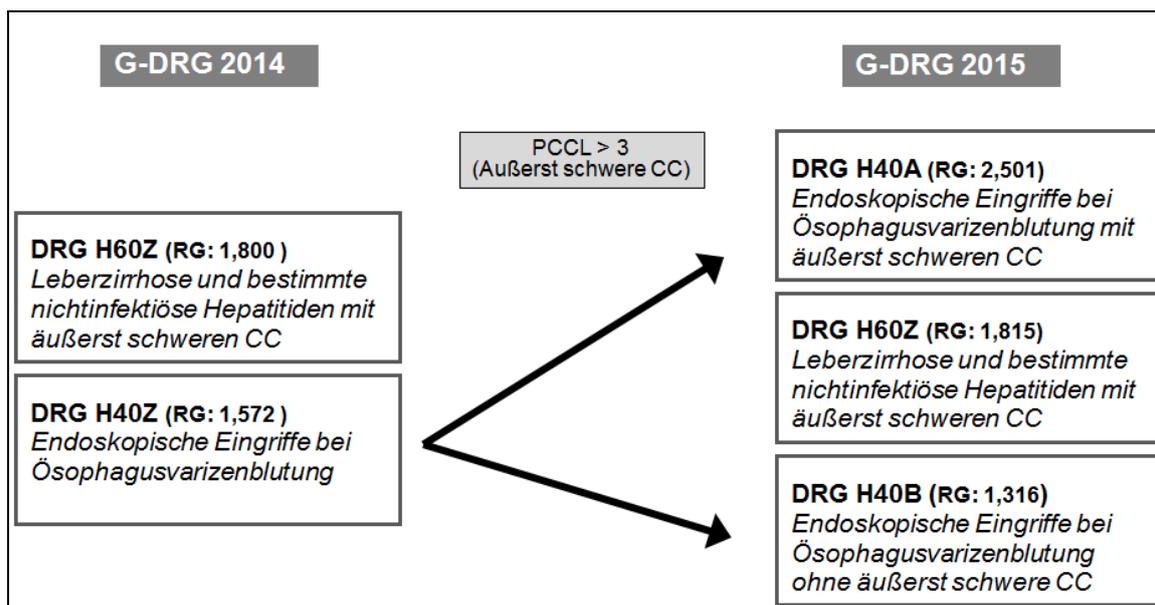


Abbildung 12: Split der DRG H40Z

3.3.2.9 Geburtshilfe

In diesem Jahr erreichten uns erneut 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, beispielsweise hinsichtlich der Abbildung von Aborten in DRGs für präpartale Aufenthalte, als auch auf die Analyse bestimmter komplizierender Diagnosen im Zusammenhang mit Entbindungen sowie auf den Bereich der Geburtshilfe der Deutschen Kodierrichtlinien.

Für die Abbildung von Aborten stehen gemäß G-DRG-Version 2014 in der MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett grundsätzlich die DRGs O03Z Extrauterin-gravidität, O40Z Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero-tomie und O63Z Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hyste-rotomie zur Verfügung. Präpartale Aufenthalte werden dagegen in den Basis-DRGs O05 Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft und O65 Andere vorgeburtli-che stationäre Aufnahme sowie der DRG O06Z Intrauterine Therapie des Feten abge-bildet. Die Zuordnung von Fällen mit Abort zu den genannten DRGs hängt u.a. davon ab, ob der Abort die stationäre Aufnahme veranlasst hat und demnach als Hauptdiag-nose anzugeben ist oder nicht. Fälle mit der Hauptdiagnose Abort werden in Abhängig-keit von der Durchführung bestimmter Maßnahmen (z.B. Kürettage) den DRGs O40Z oder O63Z zugeordnet. Fälle mit der Hauptdiagnose Extrauterin-gravidität (O00.-) wur-den bisher – auch ohne Durchführung einer operativen Maßnahme – der operativen DRG O03Z zugeordnet. Für 2015 konnten die Diagnosen für Extrauterin-gravidität den übrigen Diagnosen für Abort durch Abbildung in den DRGs O40Z und O63Z gleichge-stellt werden. Die DRG O03Z wird demzufolge nur noch durch bestimmte Prozeduren für operative Eingriffe bei Extrauterin-gravidität angesteuert. Bei Fällen, bei denen ein Abort als Nebendiagnose verschlüsselt wurde, wurde bemängelt, dass die Erbringung einer Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio] (5-751) anderes be-wertet wurde als eine Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] (5-690). Letztere wurde nicht wie die Kürettage zur Abruptio als bestimmte OR-Prozedur gewertet und führte

somit zur Zuordnung der Fälle in die Basis-DRG O65 statt in die Basis-DRG O05. Die durchgeführten Analysen zeigten, dass Fälle mit therapeutischer Kürettage in der Basis-DRG O65 nicht sachgerecht abgebildet waren. Durch die Aufnahme dieser Prozeduren in die Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“ erfolgt nun analog zur Kürettage zur Abruptio eine aufwandsgerechte Abbildung dieser Fälle in der Basis-DRG O05.

Im Fokus der Analysen stand auch die DRG O06Z. Gemäß Report-Browser 2012/2014 lagen der Kalkulation dieser DRG für die G-DRG-Version 2014 nur 57 Normalliegender zugrunde. Unter anderem aus diesem Grund wurde vorgeschlagen, diese DRG mit anderen DRGs der MDC 14 zu kondensieren. Im Ergebnis konnte die DRG O06Z mit der Basis-DRG O05 zusammengefasst werden. Dabei wurden auch die Prozeduren, die bisher die DRG O06Z definierten, auf ihre sachgerechte Abbildung analysiert. Es zeigte sich, dass Fälle mit *Anlegen eines feto-amnialen Shunts (5-754.3)* sowie mit einer *Hochfrequenzablation von Tumorgefäßen und/oder Plazentagefäßen (5-754.6)* deutlich teurer waren als die übrigen Fälle der DRG O06Z, sodass diese innerhalb der Basis-DRG O05 der DRG O05B [...], *ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit anderer intrauteriner Therapie des Feten* zugeordnet und damit aufgewertet werden konnten. Die übrigen Fälle der DRG O06Z werden ab 2015 in die DRG O05C *Intrauterine Therapie des Feten* eingruppiert. Im Rahmen dieses Umbaus der Basis-DRG O05 und der DRG O06Z wurden auch einige wenig aufwendige Leistungen, die bisher in der Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“ enthalten waren, gestrichen. Dies sind beispielsweise die Ligatur von Hämorrhoiden, die Inzision und Naht der Vulva sowie unspezifische Prozeduren für sonstige und nicht näher bezeichnete Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva. Die betroffenen Fälle werden nun nicht mehr der Basis-DRG O05, sondern je nach Hauptdiagnose einer konservativen DRG der MDC 14 zugeordnet. Außerdem hat diese Änderung auch Auswirkungen außerhalb der MDC 14 auf die DRGs, die durch die Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“ definiert sind.

Sowohl aufgrund externer Hinweise als auch eigener Analysen wurde die Abbildung schweregradsteigernder Prozeduren in der Basis-DRG O01 *Sectio caesarea oder Thromboembolie während der Gestationsperiode mit OR-Prozedur* untersucht. Als Ergebnis konnten Prozeduren für Uterusexstirpation, Korrektur einer inversio uteri und Nephrektomie in die Definition der DRG O01B *Sectio caesarea m. mehr. kompliz. Diag., Schwangerschaftsd. > 25 vollend. W. (SSW), [...] m. best. Eingriff b. Sectio od. äuß. schw. CC* aufgenommen werden. Durch diese Änderung, die bereits für die G-DRG-Version 2014 in der DRG O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* umgesetzt werden konnte, werden somit hochaufwendige Fälle innerhalb der Basis-DRG O01 aufgewertet.

Darüber hinaus erfolgten ausgehend von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren für 2015 folgende Umbauten in den Basis-DRGs O01 *Sectio caesarea [...]* und O60 *Vaginale Entbindung [...]*:

- Die Diagnose *Sonstige unmittelbar postpartal auftretende Blutung (O72.1)* zählt nicht mehr als komplizierende Diagnose der Basis-DRGs O01 und O60 und wurde somit abgewertet.
- Aufgewertet wurden die Diagnosen für *protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode bei der Geburt (O63.0)*, *protrahierte Geburt nicht näher bezeichnet (O63.9)* sowie für *protrahierte Geburt nach Blasensprengung (O75.5)* in der Splitbedingung der DRG O60C *Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose*.

- Ebenfalls aufgewertet wurde die Diagnose für *Schwangerschaftsödeme mit Proteinurie* (O12.2) als komplizierende Diagnose in den Basis-DRGs O01 und O60, die damit der Diagnose für *Schwangerschaftsproteinurie* (O12.1) gleichgestellt wurde.

Im Jahr 2015 ändert sich die Kodierung von Leberkrankheiten in der Schwangerschaft (siehe DKR 1510 der DKR Version 2015). Das bedeutet, dass im Jahr 2015 in größerem Umfang als im Datenjahr 2013 CC-relevante Diagnosen – nämlich für Virushepatitis (B15-B19) und Krankheiten der Leber (K70-K77) – 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 – analog zu den Änderungen bei Diabetes mellitus und Infektionen des Urogenitaltrakts im vergangenen Jahr – die Schweregrade dieser Diagnosen im CC-System vorbereitend so vereinheitlicht und mit gegenseitigen Ausschlüssen versehen, dass es bei geänderter Kodierung im Jahr 2015 nicht 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 geringfügige Abwertung, war aber insgesamt nur mit geringen Fallverschiebungen verbunden.

Darüber hinaus wurde in Kapitel 15 der DKR in der Kodierrichtlinie 1508 klargestellt, dass ein Code aus O09.- *Schwangerschaftsdauer* nicht zwingend zum Zeitpunkt der Aufnahme kodiert werden muss, sondern dass für die Kodierung die Schwangerschaftsdauer zum Zeitpunkt der Aufnahme maßgeblich ist.

3.3.2.10 Gefäßchirurgie und -interventionen

Für die diesjährige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sind auch zu Verfahren der Gefäßchirurgie und Gefäßinterventionen – im Wesentlichen abgebildet innerhalb der MDC05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* – eine Reihe von Hinweisen im Vorschlagsverfahren eingegangen.

Bisher war die perkutan-transluminale Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung von Stentretreiver-Systemen über das Zusatzentgelt ZE 133 (Stand 2014) *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretreiver- oder Stentretreiver-Systems* abrechenbar. Bereits im Vorjahr wurde für die Stentretreiver-Systeme mit einem Hinweis auf höhere Kosten im Vergleich zu den übrigen über das Zusatzentgelt abgebildeten Verfahren ein eigenständiges Zusatzentgelt vorgeschlagen. Es lagen jedoch in den Kalkulationsdaten des Jahres 2012 keine spezifischen Leistungsbezeichner vor. Ein möglicher Mehraufwand konnte – soweit angefragt – über ein NUB-Entgelt ausgeglichen werden. In diesem Jahr konnte die Leistung erstmals anhand der regulären Daten des Jahres 2013 analysiert werden, da die seit dem OPS Version 2013 etablierten, eigenständigen Codes für die Verwendung eines Stentretreiver-Systems differenziert nach Anzahl und Art vorlagen. Nach Analyse der Kostendaten erfolgte eine Differenzierung des Zusatzentgelts ZE133 für 2015 in das Zusatzentgelt ZE 133 *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretreiver-Systems* und das Zusatzentgelt ZE 152 *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreiver-Systems* mit entsprechend unterschiedlich ausgewiesenen Beträgen.

Ausgehend von weiteren Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die sachgerechte Abbildung von Fällen mit einer subintimalen Rekanalisation unter Verwendung eines speziellen Nadelsystems innerhalb der Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe oder komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation [...] analysiert*. Bisher war dieses Verfahren innerhalb der Basis-DRG F59 kein Definitionskriterium. Die Analysen zeigten, dass betroffene Fälle innerhalb der DRGs F59C und F59D höhere Kosten aufwiesen als die übrigen Fälle dieser DRGs. Damit konnte durch eine Aufwertung von Fällen mit einer subintimalen Rekanalisation über die Erweiterung der Splitbedingungen für die DRG F59B für das G-DRG-System 2015 die sachgerechte Abbildung der Fälle im G-DRG-System 2015 weiter verbessert werden.

Ein anderer Hinweis thematisierte die unterschiedliche Gruppierungsrelevanz für perkutan-transluminale Embolisationsverfahren der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane für die beiden Lokalisationen „andere Gefäße abdominal“ und „Gefäße viszeral“, obwohl der Aufwand dieser radiologisch-interventionellen Verfahren für beide Lokalisationsangaben vergleichbar sei. Dies konnte nach Analyse der Kostendaten bestätigt werden, sodass für das G-DRG-System 2015 eine Gleichstellung der Verfahren für beide Gefäßlokalisationen innerhalb der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* und MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* erfolgt. Die beschriebene Neuordnung betroffener Fälle führte auch zu einer Verringerung der in der Restklasse der Basis-DRG 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* abgebildeten Fälle.

Darüber hinaus wurde die nicht sichere Unterscheidung zwischen den beiden Lokalisationen „andere Gefäße abdominal“ und „Gefäße viszeral“ auch bei Verfahren der perkutanen transluminalen Gefäßintervention im Allgemeinen diskutiert. Nach intensiven Analysen der entsprechenden Kostendaten für das Datenjahr 2013 wurde in verschiedenen MDCs eine lokalisationsabhängige Gleichstellung betroffener Verfahren umgesetzt, mit kostenentsprechender Auf- und Abwertung innerhalb verschiedener MDCs und den Fehler-DRGs und sonstigen DRGs des G-DRG-Systems 2015. Darüber hinaus erfolgte im OPS für 2015 eine entsprechende inhaltliche Klarstellung und Anpassung der betroffenen OPS-Kodes.

Fälle mit bestimmten Operationen an den Hämorrhoiden und einer großflächigen Wundversorgung mit dem scharfen Löffel wurden, verschiedenen Hinweisen folgend, auf ihre sachgerechte Abbildung innerhalb der MDC 05 hin überprüft. Fälle mit diesem Verfahren waren innerhalb der MDC 05 keiner operativen DRG zugeordnet, sodass sie den Fehler-DRGs und sonstigen DRGs, insbesondere der DRG 901D *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation [...]* und der DRG 902Z *Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* zugewiesen wurden. Eine Abbildung innerhalb der Basis-DRG F21 *Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen* führte zu einer kostenentsprechenden Abbildung der betroffenen Fälle im G-DRG-System 2015.

3.3.2.11 Geriatrie

Die Abbildung von Fällen mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung wurde wie in jedem Jahr im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems untersucht, was allerdings durch eine erneut sehr geringe Beteiligung von Krankenhäusern mit nennenswerten Fallzahlen in diesem Bereich erschwert wurde. Eine Etablierung weite-

rer DRGs scheiterte abermals – auch in den erneut seitens der Fachgesellschaft vorgeschlagenen MDCs 03, 12 und 13 – an zu geringen Fallzahlen in den Kalkulationsdaten.

In Ermangelung von Kostendaten wurden zusätzlich DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG zur Analyse herangezogen. Diese Analyse zeigte, dass über 90% der Fälle mit einer Prozedur für geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ab 14 Tagen sachgerecht in einer der 17 spezifischen Geriatrie-DRGs abgebildet sind.

Letzten Endes konnten – einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend – Fälle mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls innerhalb der Basis-DRG B44 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* aufgewertet werden.

Unter den fallzahlstärksten Krankenhäusern im Bereich Geriatrie lag in diesem Jahr die Beteiligung an der Kalkulation bei unter 15%, die Kalkulationsstichprobe beinhaltete lediglich 12,5% der entsprechenden Fälle. Bei einer derart geringen Kalkulationsbeteiligung ist die Etablierung weiterer geriatrischer Fallpauschalen zukünftig allerdings nahezu ausgeschlossen.

3.3.2.12 HIV

Die Abbildung von Fällen mit HIV und HIV-assoziierten Erkrankungen erfolgt im G-DRG-System in einer eigenständigen MDC (MDC 18 A *HIV*). Beispielsweise werden Fälle mit einem Lymphom in der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* und solche mit einem Lymphom mit gleichzeitig vorliegender HIV-Erkrankung in der MDC 18A *HIV* abgebildet. Somit wird der unterschiedliche Versorgungsaufwand bei HIV-Patienten besser abgebildet und es erfolgt in der Regel eine sachgerechtere Vergütung betroffener Fälle.

Nichtsdestotrotz, auch aufgrund der relativ niedrigen Fallzahlen, kann der Differenzierungsgrad der Abbildung insbesondere operativer Fälle in der MDC 18A nicht so detailliert erfolgen wie im G-DRG-Gesamtsystem. So entsteht die Gefahr, dass für bestimmte Fallkonstellationen aus der Abbildung in der HIV-MDC eine Mindervergütung resultieren könnte.

Aus diesem Grund wurden schon im Vorjahr, einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend, Fälle mit Lymphom und nicht akuter Leukämie bei gleichzeitig vorhandener HIV-Erkrankung untersucht, die in der DRG S62Z *Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit* teilweise untervergütet waren. Die Ergebnisse der Analyse zeigten, dass diese Fälle in den DRGs R61A bis R61C besser abbildbar sind als in der eigenständigen HIV-MDC. Durch den Einbau einer entsprechenden Umleitung in der MDC 18A in die MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* wurden die Fälle aufgewertet. Analog wurden im Jahr 2014 betroffene Fälle analysiert, um herauszufinden, ob auch diese in den DRGs R61D bzw. R61E adäquater abgebildet werden können als in der DRGZ S62. Die Ergebnisse zeigten jedoch, dass Fälle, die sowohl die Bedingung der DRG S62Z als auch der DRGs R61D bzw. R61E erfüllen, aufgrund verschiedener Faktoren, u.a. einer längeren Verweildauer, in der MDC 18A sachgerechter abgebildet sind, weswegen von einer Umsetzung Abstand genommen wurde.

3.3.2.13 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 2015 gingen erneut Hinweise und Vorschläge von Fachverbänden und Anwendern zur Revision des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) beim DIMDI ein. Im Wesentlichen betrafen diese – wie im Vorjahr – Klarstellungen und Vereinheitlichungen von Begriffsdefinitionen. So wurde beispielsweise für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen (9-201 *Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen*) im Leistungsbe- reich D (Bewegen/Lagern/Mobilisation) der Lagerungs-/Positionswechsel mindestens 7 x tägl. in Kombination mit weiteren Maßnahmen wie z.B. 2 x tägl. Mobilisation in den Roll-/Lehnstuhl als Pflegeintervention ergänzt. Dies entspricht auch einer Angleichung an den Pflegekomplexmaßnahmen-Score bei Erwachsenen. Besonders vor dem Hinter- grund, dass die Prozeduren für hochaufwendige Pflege seit 2012 durch die Schaf- fung der Zusatzentgelte ZE 130 *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* und ZE 131 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* erlösrele- vant sind, ist es wichtig, dass bei Änderung der Prozedurenklassifikation die Überleit- barkeit der Codes gegeben ist und damit die Kongruenz zwischen Kalkulation und Ab- rechnung gewahrt bleibt. Bereits für den OPS Version 2014 wurde im Codebereich 9-202 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern* eine weitere Klasse geschaffen für Fäl- le 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 im kommenden Jahr im Rahmen der Kalkulation des G-DRG-Systems für 2016 diffe- renziertere Analysen hinsichtlich des ZE131 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* erlaubt.

Für 2015 liegt bei beiden Zusatzentgelten die Differenzierung nach Aufwandspunkten unverändert bei „43 bis 129 Aufwandspunkte“ und bei „mehr als 129 Aufwandspunkte“.

3.3.2.14 Intensivmedizin

Bereits in den Vorjahren machte der Bereich Intensivmedizin einen Schwerpunkt bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems aus. So wurden neben der Anzahl der Be- atmungsstunden die Aufwandspunkte nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Sco- ring System / Simplified Acute Physiology Score) in der intensivmedizinischen Kom- plexbehandlung im Erwachsenen- oder Kindesalter in die Bedingungen der Beatmungs- DRGs in der Prä-MDC aufgenommen und sorgen neben Haupt- und Nebendiagnosen, Operationen und Alter für eine präzise Ausdifferenzierung dieser Fallpauschalen.

Aufgrund der dynamischen Entwicklung von Leistungen und Kodierung im Bereich In- tensivmedizin ist die jährliche Untersuchung dieser Fallpauschalen zwingend erforder- lich. In diesem Jahr lag nun in den Kalkulationsdaten des Jahres 2013 – wie bereits im letzten Abschlussbericht angekündigt – erstmals der im OPS 2013 neu etablierte Pro- zedurenkode für *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung* (8-98f.*) vor.

Dieser sogenannte „Super-SAPS“ wurde vom Deutschen Institut für Medizinische Do- kumentation und Information in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften explizit für eine hochaufwendige intensivmedizinische Behandlung geschaffen und stellt noch ein- mal deutlich höhere Anforderungen an die personelle und apparative Ausstattung der Leistungserbringer. Neben verschärften Regelungen zur ärztlichen Qualifikation und Anwesenheit sind auch die Ansprüche bezüglich der Verfügbarkeit spezialisierter diag-

nostischer Verfahren (z.B. Labor, Blutbank, Röntgen) und klinischer Konsiliardienste (innerhalb von maximal 30 Minuten) erhöht.

Trotz kurz- bis mittelfristig zu erwartender Erlösrelevanz dieser aufwendigen Leistung zeigte sich im Rahmen erster Analysen jedoch, dass die neuen Prozedurenkodes nicht durchgängig verschlüsselt worden waren, auch nicht von mehreren Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung. Um die sich hieraus ergebenden kalkulatorischen Probleme zu minimieren, wurden zunächst die Gründe der geringen Kodierquote bei den Häusern erfragt, von denen eine Erbringung dieser Leistung eigentlich zu erwarten gewesen wäre. Der Fokus lag dabei auf zwei Punkten, und zwar einerseits, ob die nötigen Voraussetzungen im Krankenhaus nicht bzw. nicht für alle Intensivstationen erfüllt waren oder es sich um eine Erfassungslücke bei der Kodierung handelte, andererseits, ob eine Kodierung für das Datenjahr 2014 vorgesehen ist. Eine nachträgliche Abfrage von Aufwandspunkten war in diesem Rahmen allerdings erforderlich, da die betroffenen Fälle bereits mit den OPS-Kodes aus 8-980 („Normal-SAPS“) verschlüsselt sind. Um den Umfang des Problems und etwaige Auswirkungen auf die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems realistisch einschätzen zu können, wurden die Fragen nicht ausschließlich Kalkulationskrankenhäusern, sondern ebenfalls Maximal- und Schwerpunktversorgern, die nicht an der Kalkulation teilnehmen, gestellt. Diese Bereitstellung der ergänzend abgefragten Fallinformationen war mit erheblichem personellen und zeitlichen Aufwand verbunden, jedoch konnten dank einer außergewöhnlich hohen Antwortquote – wofür den teilnehmenden Krankenhäusern an dieser Stelle erneut ausdrücklich gedankt sei – bei den entsprechenden Fällen die fehlenden „Super-SAPS“-Kodes anstelle der bislang verschlüsselten „normalen SAPS-Kodes“ ergänzt und eine Abschätzung des Umfangs der Kodierung in den Daten gem. § 21 KHEntG vorgenommen werden. Die Erlösrelevanz des „Super-SAPS“ setzt möglicherweise hier auch einen Anreiz, dass für die Kodierung erforderliche strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden.

Auf Basis dieser ergänzten Kalkulationsdaten wurden nun alle intensivmedizinischen Fallpauschalen umfassend analysiert. Dabei wurden sowohl DRGs, bei denen die schon länger existierenden intensivmedizinischen Codes bereits als Kostentrenner fungierten, als auch andere, potentiell in Frage kommende DRGs untersucht. Dabei wurden für jede einzelne DRG individuell angepasste „Super-SAPS-Grenzen“ festgelegt. Exemplarisch sind hier die Umbauten innerhalb der Basis-DRG A09 *Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Aufwandspunkte* dargestellt:

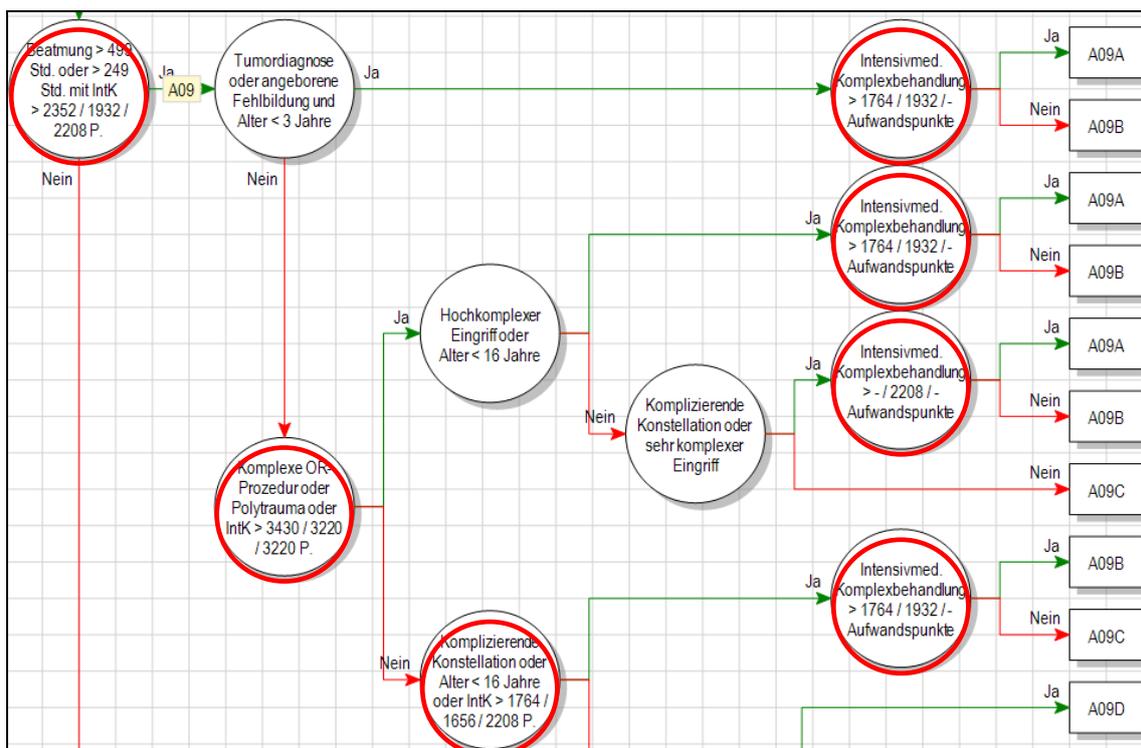


Abbildung 13: „Super-SAPS“-Umbauten innerhalb der Basis-DRG A09 – Auszug aus dem Definitionshandbuch

Die Abbildung zeigt deutlich, wie an vielen Stellen innerhalb der Basis-DRG A09 individuell als geeignet identifizierte, unterschiedliche Schwellenwerte für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung eingefügt wurden. Ein Fall wird demnach in die Basis-DRG A09 eingruppiert, wenn er länger als 499 Stunden beatmet wird oder länger als 249 Stunden beatmet wird und eine intensivmedizinische Komplexbehandlung bekommt mit

- Intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 2352 Punkte oder
- Aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1932 Punkte oder
- Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2208 Punkte

Eine Abbildung in dieser Basis-DRG ist demzufolge mit weniger „Super-SAPS-Punkten“ als „normalen SAPS-Punkten“ möglich, was den erhöhten Aufwand dieser Fälle widerspiegelt. Der dargestellte Punktwert für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter stellt dagegen keinen größeren Schwellenwert dar, sondern ist auf einen höheren zu erreichenden maximalen Punktwert pro Tag bei diesen Prozeduren zurückzuführen.

Bei den im Definitionshandbuch und den DRG-Bezeichnungen angegebenen Punktwerten für die intensivmedizinische Komplexbehandlung handelt es sich stets einheitlich beim ersten Wert um die Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (8-98d.*), beim zweiten Wert um die Aufwandspunkte für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-98f.*) und beim dritten Wert um die Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Erwachsenenalter (8-980.*).

Die durch diese Veränderung bedingte deutlich höhere Zunahme des Relativgewichts der DRG A09A *Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., [...] mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit int. Komplexbeh. > 1764/1932/- P. oder mit sehr kompl. Ingr. und int. Komplexbeh. > -/2208/- P.* im Verhältnis zur Verweildauer macht deutlich, dass es sich bei diesem Umbau um keine reine verweildauerbezogene Veränderung handelte (siehe Abb. 14).

Fallpauschalen-Katalog						
Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen						
DRG	Parti-tion	Bezeichnung ⁶⁾	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil-dauer ¹⁾	Obere Grenzverweildauer	
					Erster Tag zus. Entgelt ^{3), 5)}	Bewertungs-relation/Tag
A09A	O	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. Ingr. od. Alter < 16 J.	28,218	47,8	66	0,470

Fallpauschalen-Katalog						
Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen						
DRG	Parti-tion	Bezeichnung ⁶⁾	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil-dauer ¹⁾	Obere Grenzverweildauer	
					Erster Tag zus. Entgelt ^{3), 5)}	Bewertungs-relation/Tag
1	2	3	4	6	9	10
A09A	O	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit int. Komplexbeh. > 1764/1932/- P. oder mit sehr kompl. Ingr. und int. Komplexbeh. > -/2208/- P.	34,963	56,4	74	0,496

+ 23,9%
+ 18,0%
+ 5,5%

Abbildung 14: „Super-SAPS“-Umbauten – Schärfung der höchstaufwendigen DRG A09A

Neben dem beschriebenen Umbau in der Basis-DRG A09 wurden innerhalb folgender Beatmungs-DRGs der Prä-MDC weitere Aufwertungen von Fällen mit individuell angepassten „Super-SAPS-Grenzen“ umgesetzt:

- A06 *Beatmung > 1799 Stunden*
- A07 *Beatmung > 999 Stunden oder [...]*
- A09 *Beatmung > 499 Stunden oder [...]*
- A11 *Beatmung > 249 Stunden oder [...]*
- A13 *Beatmung > 95 Stunden, ohne [...]*

Auch in anderen MDCs wurde die Abbildung intensivmedizinischer Fälle unter besonderer Berücksichtigung der neuen Codes analysiert. Im Ergebnis wurden bereits bestehende DRGs anhand der Prozeduren für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung bzw. intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter gesplittet und somit drei neue DRGs etabliert. Die neuen DRGs haben wiederum eigene, spezifische Grenzen:

- F36A *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1176/1380/- Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur*
- G36A *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470/1380/- Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*
- H36A *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmed. Komplexbehandlung > 980/828/- Aufwandspunkte*

Im Rahmen der Analyse von Fällen mit den neuen „Super-SAPS-Prozeduren“ fand gleichzeitig eine vollständige Überprüfung der Abbildung intensivmedizinisch behandelter Kinder statt. Dabei wurden diese Kinder bei der Festlegung der „SAPS-Grenzen“ in der Regel den Fällen mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung gleichgestellt. Punktuell kam es sogar – wie in der DRG A06A *Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940/5520/- Aufwandspunkte* – zu einer darüber noch hinausgehenden Besserstellung der Kinder.

Selbst bei den umfangreichen Umbauten im Bereich Intensivmedizin, die einen Schwerpunkt der gesamten diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ausmachten, handelt es sich erneut lediglich um einen weiteren Schritt innerhalb eines langen Prozesses. In diesem Jahr wurden Änderungen des DRG-Systems nur an solchen Stellen vorgenommen, wo tatsächlich erhebliche Kostendifferenzen vorlagen. So fanden die Prozeduren für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung beispielsweise in den Basis-DRGs A04 *Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene* oder A18 *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* zunächst keine Anwendung. Die Abbildung intensivmedizinischer Fälle wird mit zunehmender Verschlüsselung der Prozeduren für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung in den kommenden Jahren Thema bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems bleiben.

3.3.2.15 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.

In diesem Jahr wurden Fälle mit Implantation eines Ereignisrekorders eingehend analysiert. Haben diese Fälle eine Hauptdiagnose aus der MDC 05, z.B. Synkope und Kollaps (ICD-Kode R55), werden sie typischerweise der spezifischen DRG F12H *Implantation eines Herzschrittmachers, [...] mit Implantation eines Ereignisrekorders* zugeordnet. Für Fälle mit einer Hauptdiagnose aus MDC 01, wie beispielsweise mit zerebraler transitorischer Ischämie (ICD-Kode G45.29), erfolgte stattdessen eine Eingruppierung in die DRG B12Z. Die B12Z ist eine weniger spezifische DRG, in der sowohl Fälle mit Schrittmacherimplantation (unabhängig vom Aggregattyp) als auch Fälle mit PTCA eingruppiert werden. Die Kosten der Fälle, die der DRG B12Z zugeordnet werden, sind im Vergleich zur DRG F12H bei erkennbar anderen Verläufen und höherer Verweildauer deutlich höher und begründen auch deshalb das deutlich höhere Relativgewicht der DRG B12Z im Vergleich zu F12H (Δ RG: $\approx 1,2$). Daraus folgt, dass je nach Hauptdiagnose ein deutlich unterschiedliches Relativgewicht ausgewiesen wird. Die eingehende

Analyse von MDC-01-Fällen mit Implantation eines Ereignisrekorders verdeutlichte, dass diese in der DRG B12Z deutlich geringere Kosten aufwiesen als die anderen Fälle dieser DRG. Aufgrund oft anderer Verläufe und relativ hoher Verweildauer wiesen sie jedoch meist deutlich höhere Kosten auf als typische Fälle mit Implantation eines Ereignisrekorders in der MDC 05. Im G-DRG-System 2015 erfolgt eine aufwandsgerechte Neuordnung von Fällen mit Implantation eines Ereignisrekorders und neurologischer Hauptdiagnose zur DRG B17A *Eingriffe an peripheren Nerven [...] oder Implantation Ereignisrekorder*. Infolgedessen wurde ein möglicher Fehlanreiz zur Wahl der Hauptdiagnose deutlich herabgesetzt.

Im Bereich der DRGs für die Implantation eines Herzschrittmachers werden im G-DRG-System 2015 bestimmte Fälle mit Kodierung von Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde) und zusätzlicher Kodierung eines Sondenwechsels unter Verwendung eines Excimer-Lasers zukünftig nicht mehr der DRG F18A zugeordnet, sondern der DRG F12A *Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem, [...] oder Implantation mit Revision mit komplexem Eingriff, mit äuß. schw. CC oder mit Sondenentf. mit Excimer-Laser od. Alter < 16 Jahre*. Analysen betroffener Fälle des Datenjahres 2013 verdeutlichten, dass diese mit deutlich höheren Kosten verbunden waren als andere Fälle der DRG F18A. Fälle mit einzeitigem Wechsel von Aggregat und Sonde waren dagegen bei geringer Fallzahl nicht in gleicher Weise kostenauffällig.

Eine weitere Änderung innerhalb der Basis-DRG F12 betrifft die Aufwertung von Fällen mit Implantation eines Zweikammer-Herzschrittmachers und Sondenentfernung mit intraluminalen expandierenden Extraktionshilfen durch entsprechende Erweiterung der Gruppierungslogik der DRG F12E.

Im letzten Jahr wurde eine bedeutsame Neubewertung der DRGs für Fälle mit invasiver kardiologischer Diagnostik (außer bei Myokardinfarkt) vorgenommen mit der Konsequenz, dass alle Fälle unabhängig von ihrer Verweildauer seit dem G-DRG-System 2014 wieder der Basis-DRG F49 *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt* zugeordnet werden. Auf Basis der letztjährigen Überprüfung und Bewertung der Splitkriterien innerhalb der Basis-DRG F49 konnten Fälle mit durchgeführter Anästhesie als aufwendig identifiziert werden. Dementsprechend waren diese Fälle durch Einbeziehung der Prozeduren für intravenöse Anästhesie, Inhalationsanästhesie und balancierte Anästhesie in die Definition der DRGs F49A und F49D aufgewertet worden. Nun wurde an das InEK herangetragen, dass bei einem deutlichen Erlössprung ($\Delta\text{RG}: \approx 0,3 - 0,7$) möglicherweise ein Fehlanreiz zur Durchführung einer Anästhesie im Rahmen einer invasiven kardiologischen Diagnostik bestehen könnte. Dem Hinweis folgend wurden daher, trotz moderat erhöhter Kosten der Fälle, die Prozeduren für Anästhesie aus der Bedingung der DRGs F49A und F49D gestrichen.

Im Bereich der konservativen DRGs der MDC 05 sind einige Änderungen bezüglich der Zuordnung bestimmter Hauptdiagnosen zu den Basis-DRGs für 2015 hervorzuheben. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden wir auf einen Anreiz zur unspezifischen Kodierung der Angina pectoris aufmerksam gemacht. Im G-DRG-System 2014 wurden betroffene Fälle der Basis-DRG F66 *Koronararteriosklerose* zugeordnet und waren damit in bestimmten Konstellationen teils höher bewertet als z.B. Fälle mit Kodierung einer instabilen Angina pectoris und Eingruppierung in die Basis-DRG F72. Bei Betrachtung aller konservativen Fälle mit Angina-pectoris-Diagnosen in den Daten des Jahres 2013 zeigten sich keine wesentlichen aus der Diagnose begründeten Kostenunterschiede. Dementsprechend werden ab dem G-DRG-System 2015 alle konservativen Fälle mit einer Hauptdiagnose für Angina pectoris einheitlich der Basis-DRG F72 *Angina pectoris* zugeordnet. Weitere Analysen innerhalb der Basis-DRG F66 verdeutlichten, dass Fälle

mit einer Hauptdiagnose für *Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems* oder für *Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Herzens und des Koronarkreislaufes* deutlich geringere Kosten als andere Fälle der Basis-DRG aufwiesen. Zukünftig werden diese Fälle in die Basis-DRG F74 *Thoraxschmerz [...]* eingruppiert. Die Untersuchungen zu streitbefangenen Kodierungen betrafen darüber hinaus die Diagnose Z01.80 *Abklärung einer Disposition für maligne Herzrhythmusstörungen*, die innerhalb der Basis-DRG F62 als Splittkriterium gruppierungsrelevant für die DRG F62A war. Analysen der Daten des Jahres 2013 konnten für betroffene Fälle geringere Kosten nachweisen als für die restlichen Fälle der DRG F62A. Dementsprechend wurde die Diagnose Z01.80 aus der Bedingung der F62A gestrichen.

Ein weiterer Schwerpunkt der diesjährigen Weiterentwicklung war die Betrachtung von Fällen mit minimalinvasiven Operationen an Herzklappen. Seit dem G-DRG System 2010 sind diese Verfahren bei einer Hauptdiagnose aus MDC 05 in der eigens etablierten Basis-DRG F98 *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen* abgebildet. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens erreichten uns Hinweise auf noch nicht sachgerechte Abbildung von Fällen bei anderer Hauptdiagnose, z.B. von Fällen mit minimalinvasivem endovaskulären Aortenklappenersatz bei Sepsis, die der DRG T01A *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur [...]* (RG: 4,270) zugeordnet waren. Ab dem G-DRG-System 2015 erfolgt über eine Umleitung auf Prä-MDC-Ebene eine von der Hauptdiagnose unabhängige Eingruppierung aller Fälle mit komplexen minimalinvasiven Herzklappenoperationen in die Basis-DRG F98 (RG: 9,974 – 11,598). Des Weiteren war aus dem NUB-Verfahren und Angaben im Vorschlagsverfahren die nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit minimalinvasiver Implantation von zwei verschiedenen Herzklappen bekannt. Entsprechende Fälle werden zukünftig der DRG F36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems [...]* oder *minimalinvasiver Eingriff an mehreren Herzklappen* zugeordnet.

Innerhalb der chirurgischen Basis-DRG F03 für Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine wurden bereits für 2014 Fälle mit Implantation bzw. Wechsel der Aortenklappe durch ein nahtfreies, selbstexpandierendes Xenotransplantat aufgewertet. Im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens wurde thematisiert, dass dieses Verfahren in Kombination mit einem weiteren Herzklappen-Eingriff oder einem koronarchirurgischen Eingriff noch nicht sachgerecht abgebildet wäre. Die Daten des Jahres 2013 bestätigten im Wesentlichen das beschriebene Problem. Ab 2015 werden betroffene Fälle in die DRG F03C *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, [...]* mit *Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit komplexem Eingriff* eingruppiert.

Hochkomplexe kardiothorakale Eingriffe werden bei Vorliegen von mehr als 95 Beatmungstunden Fallgruppen der Prä-MDC zugeordnet und sind innerhalb der verschiedenen Basis-DRGs von herausragender Bedeutung für die Eingruppierung betroffener Fälle. Die Daten des Jahres 2013 verdeutlichten, dass beatmete Fälle mit Operation bei Ductus arteriosus apertus (Botalli) im Verhältnis zu Fällen mit anderen komplexen kardiothorakalen Eingriffen geringere Kosten aufwiesen. Durch Kodestreichung der Prozedur für die Operation bei Ductus arteriosus apertus (Botalli) aus den Bedingungen der DRGs A07A, A11A und A13A erfolgt ab dem G-DRG-System 2015 eine aufwandsgerechtere Zuordnung betroffener Fälle.

3.3.2.16 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) definiert. Der Abschnitt „Funktionsübersicht“ in Band 5 (bzw. Band 3 der Kompaktversion) zeigt übersichtlich, an welchen Stellen des Gruppierungsalgorithmus welche Funktion verwendet wird. Bestimmte, insbesondere intensivmedizinisch relevante Prozeduren und Diagnosekombinationen, die mit einem höheren Ressourcenbedarf einhergehen, werden im G-DRG-System in den sogenannten „komplizierenden Konstellationen“ abgebildet. Hierfür stehen folgende sechs Funktionen zur Verfügung:

- „Komplizierende Konstellationen I“
- „Komplizierende Konstellationen II“
- „Komplizierende Konstellationen III“
- „Komplizierende Konstellationen Prä-MDC“
- „Komplizierende Konstellationen Wirbelsäule“
- „Komplizierende Konstellationen 901“

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2015 wurden bereits verwendete Prozeduren auf ihren erhöhten Ressourcenbedarf hin untersucht. Dabei konnten die Prozeduren für die Transfusion von 2 und 3 Thrombozytenkonzentraten, 2 patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten sowie 2 und 3 Apherese-Thrombozytenkonzentraten als nicht mehr ausreichend kostentrennend identifiziert werden und wurden aus der Logik der Funktion „Komplizierende Konstellationen Prä-MDC“ gestrichen.

3.3.2.17 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Sowohl die in diesem Jahr eingegangenen Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren als auch interne Analysen haben zu einer deutlichen Verbesserung der Abbildung von Fällen innerhalb der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* für das G-DRG-System 2015 beigetragen.

Im Rahmen der Extremkostenanalyse hoben sich Fälle innerhalb der Basis-DRG E06 *Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen [...]* mit Verfahren für offen chirurgische Pleurolyse und bestimmten atypischen Lungenresektionen und einer größeren Anzahl an Resektionen/Läsionen von anderen Fällen der Basis-DRG durch höhere Kosten ab. Die entsprechenden Verfahren wurden in die Gruppierungsbedingungen der DRG E06B aufgenommen, sodass als Ergebnis der Analysen diese Fälle ihren Kosten entsprechend aufgewertet und ihre sachgerechtere Abbildung sichergestellt werden konnte.

Im Bereich bösartiger Neubildungen wurde die Basis-DRG E71 *Neubildungen der Atmungsorgane* eingehend analysiert. Es zeigten sich Fälle mit verschiedenen Biopsien und Fälle mit bestimmten bronchoskopischen Verfahren als weniger kostenintensiv als Fälle mit äußerst schweren CC. Durch die Erweiterung der Basis-DRG E71 um eine weitere DRG E71C (vgl. Abb. 15) konnte eine verbesserte, sachgerechtere Abbildung der Fälle der Basis-DRG E71 erreicht werden. Dadurch wurde auch einem Hinweis aus

dem Vorschlagsverfahren folgend das Verfahren „Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Stufenbiopsie (für mehr als 5 Biopsate)“ dem Verfahren für „Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Lunge (bis 5 Biopsate)“ gleichgestellt. Aufgrund unterschiedlicher Eingruppierung der betroffenen Prozeduren bestand bisher für einige Fälle die Möglichkeit für eine „Mindervergütung bei Mehrleistung“, da der ab 6 Biopsaten zu verschlüsselnde Code innerhalb der Basis-DRG E71 bisher nicht gruppierungsrelevant war.



Abbildung 15: Analyse und Erweiterung der DRG E71

Einem weiteren Hinweis folgend wurden Fälle mit einer Behandlung durch Thermoablation von erkranktem Lungengewebe untersucht. Es zeigte sich eine nicht sachgerechte Abbildung dieser Fälle innerhalb der Basis-DRG E05 *Andere große Eingriffe am Thorax*, sodass eine Neuordnung dieser Fälle entsprechend ihren Kosten zur Basis-DRG E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen* im Sinne einer Abwertung erfolgte.

Ein anderer Bereich umfassender Untersuchungen war die Abbildung von Fällen mit Beatmungsstunden innerhalb der MDC 04. Diese Fälle werden bei einer Beatmung von mehr als 24 Stunden und weniger als 96 Beatmungsstunden vor allem innerhalb der Basis-DRG E40 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Std. [...] oder ARDS* abgebildet. Fälle mit mehr als 95 Beatmungsstunden werden überwiegend in der Prä-MDC abgebildet. Eine Analyse der Fälle innerhalb der MDC 04 zeigte einen beachtlichen Anteil an Fällen innerhalb der Basis-DRG E40 mit deutlich geringeren Kosten als die sonstigen Fälle der Basis-DRG. Dies betraf beispielsweise Fälle mit kurzer Verweildauer und einem OPS-Code für die Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung, die sachgerecht in der DRG E78Z *Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, [...]* abgebildet wären, aber aufgrund der erfassten Beatmungsstunden im G-DRG-System 2014 in die Basis-DRG E40 eingruppiert werden. Ob diese Fälle der Definition beatmeter Patienten gemäß DKR 10011 *Maschinelle Beatmung* entsprechen, konnte anhand des Datensatzes nicht beurteilt werden. Jedoch waren diese Fälle, sofern keine Hinweise auf weitere kostenrelevante Leistungen vorlagen, wie beispielsweise bestimmte operative Verfahren oder eine intensivmedizinische Komplexbehandlung, aufgrund der deutlich geringeren Therapiekosten auffällig. Deshalb wurden für das G-DRG-System 2015 die Zugangsbedingungen zur Basis-DRG E40 für Fälle mit Beatmungsstunden dahingehend verschärft, dass nur noch Fälle mit einer Beatmung von mehr als 24 Stunden und mindestens einer Verweildauer von mehr als 2 Tagen oder einem operativen Verfahren oder einer intensivmedi-

zinischen Komplexbehandlung in die Basis-DRG E40 eingruppiert werden. Durch diese Schärfung der Zugangsbedingungen für die Basis-DRG E40 konnte auch eine verbesserte, sachgerechtere Abbildung der verbliebenen, kostenintensiveren Fälle in der Basis-DRG E40 erreicht werden.

Wie schon in den Jahren zuvor war die DRG E63Z *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage* Gegenstand intensiver Analysen. Basierend auf einer Eingabe im Vorschlagsverfahren wurde die sachgerechte Abbildung von Fällen mit verschiedenen neurologischen Diagnosen zu Schlafstörungen, z.B. Narkolepsie und Kataplexie und den Verfahren zur kardiorespiratorischen Polysomnographie und dem Multiplen Schlaflatenztest (MSLT)/multiplen Wachbleibetest (MWT) in verschiedenen Kombinationen und in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer analysiert. Verschiedenste Rechenansätze und ihre detaillierte Analyse ergaben keinen Anhaltspunkt für einen Umbau des Systems.

Die Abbildung von Fällen mit verschiedenen Verfahren zur Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen war auch ein wichtiger Bereich der Analysen in diesem Jahr.

So wurden verschiedene Verfahren zur minimalinvasiven bronchoskopischen Lungenvolumenresektion untersucht. Weiterhin als Zusatzentgelt etabliert ist die *Implantation eines endobronchialen Klappensystems* [ZE100]. Für das *Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen* (NUB-Status 1) konnte bei Krankenhausdominanz und uneinheitlichem Kostenbild anhand der Kalkulationsdaten 2013 kein Zusatzentgelt etabliert werden und keine Integration in das G-DRG-System 2015 erfolgen. Die Etablierung neuer OPS-Kodes für das Verfahren der bronchoskopischen Einführung von polymerisierendem Hydrogelschaum (NUB-Status 1), differenziert nach der Anzahl der behandelten pulmonalen Subsegmente im OPS Version 2013, ermöglichte erstmals eine differenzierte Analyse von Fällen mit diesem Verfahren, jedoch aufgrund geringer Fallzahlen keine Integration in das System.

Entsprechend einem Hinweis aus vergangenen Jahren und einem weiteren Hinweis im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurde die Integration des Verfahrens zur bronchoskopischen Radiofrequenzablation an der Bronchialmuskulatur im G-DRG-System analysiert. Im Datenjahr 2013 wurde erstmals ein eigener spezifischer Code für dieses Verfahren in der OPS-Klassifizierung etabliert. Entsprechend der klassifikatorischen Überleitung von 2012 nach 2013 ist dieser Code in verschiedenen DRGs der MDC 04 seit dem Jahr 2013 gruppierungsrelevant. Bei geringen Fallzahlen ergab sich kein Anhaltspunkt für eine mögliche Änderung der Abbildung von Fällen über dieses Verfahren innerhalb der Basis-DRG E02.

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

Die Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses sind bereits hochdifferenziert in MDC 03 abgebildet. Dennoch konnte aufgrund von Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2015 und interner Analysen weiteres Entwicklungspotential ausgeschöpft werden, wodurch eine verbesserte Abbildung betroffener Fälle im G-DRG-System 2015 ermöglicht wurde.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2015 gab es Hinweise bezüglich der Abbildung von Fällen mit einer Resektion von Wange oder Unter- bzw. Oberkiefer und aufwendiger Rekonstruktion. Diese Fälle sind in der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* sachgerecht abgebildet. Es wurde aber auf eine mögliche Untervergütung bei kompliziertem Verlauf mit Beatmung innerhalb der Prä-MDC oder Hauptdiagnose aus der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* hingewiesen. Bei der Überprüfung dieser Problematik bestätigten sich die Hinweise. Als Ergebnis wurden betroffene Fälle innerhalb der Basis-DRGs A11 und A13 durch Erweiterung der Bedingungen der DRGs A11B *Beatmung [...], mit kompl. OR-Proz. [...]* und A13B *Beatmung mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation [...]* aufgewertet. Weitere betroffene Fälle wurden innerhalb der MDC 08 durch Erweiterung der Bedingung der DRG I15A *Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula [...]* aufgewertet.

Des Weiteren zeigten interne Analysen erhebliche Kostenunterschiede der in der Basis-DRG D24 *Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals* zusammengefassten Eingriffe. Beispielsweise stellte sich heraus, dass die Auflagerungsplastik von Mandibula und Maxilla und bestimmte regionale und n.n.bez. Lappenplastiken mit deutlich geringeren Kosten verbunden sind als z.B. mikrovaskulär anastomosierte Transplantate. Im Ergebnis wurden die weniger aufwendigen Eingriffe der Basis-DRG D03 *Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf* zugeordnet. Daraus resultierte eine Aufwertung der in der Basis-DRG D24 verbleibenden komplexen Eingriffe.

3.3.2.19 Neurochirurgie

In der MDC 01 des G-DRG-Systems sind Krankheiten und Störungen des Nervensystems abgebildet. Nach großen, strukturellen Umbauten in der Anfangszeit des Fallpauschalensystems ging es in den vergangenen Jahren vorwiegend darum, seltene und hochspezialisierte neurochirurgische Leistungen in den Daten zu identifizieren und sachgerecht abzubilden.

Gerade bei der Identifizierung derartiger Konstellationen sind externe Hinweise essentiell. Im Rahmen des diesjährigen Strukturierten Dialogs wurde das InEK beispielsweise gebeten, die Abbildung von Fällen mit zweizeitiger Embolisation und Resektion eines Tumors des Glomus caroticum in einem Aufenthalt zu überprüfen: Erfolge die operative Versorgung derart stark vaskularisierter Malformationen zweizeitig – im ersten Schritt eine angiologische bzw. neuroradiologische Embolisation des Tumors, im zweiten Schritt dann die eigentliche Resektion –, sei die Vergütung des zweistufigen Prozesses nicht sachgerecht. Im G-DRG-System 2015 wird dem hohen Aufwand durch Abbildung dieser seltenen Konstellation in der DRG B04B *Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen [...]* oder *mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen [...]* Rechnung getragen.

Des Weiteren wurden bestimmte Prozeduren auf ihre Eignung als Kostentrenner innerhalb der Basis-DRG B17 *Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems [...]* untersucht. Im Ergebnis wurden einerseits Fälle mit Prozeduren für perkutane Implantation einer Multifunktionselektrode in den Epidural- oder Spinalraum zur gepulsten Radiofrequenzbehandlung, Neurolyse und Dekompression eines Nerven an Leiste und Beckenboden sowie bestimmte andere Operationen an

Nerven und Ganglien aus der Splitbedingung aus der DRG B17E gestrichen, andererseits konnten bestimmte Prozeduren für Operationen an Nerven und Sehnen der Hand in die Bedingung ebendieser DRG aufgenommen werden.

Innerhalb der Basis-DRG B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation* werden Fälle mit multiplen intrazerebralen und zerebellaren Hämatomen nicht länger aus den DRGs B20B und B20E ausgeschlossen und somit aufgewertet.

Neben der Suche nach geeigneten Kostentrennern gehört ebenso die Prüfung bestehender Splitkriterien routinemäßig zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Hier zeigten sich in den Daten des Jahres 2013 innerhalb der MDC 01 weder bei den DRGs B09A und B09B noch bei den DRGs B17B und B17C wirkliche Kostenunterschiede. Die beiden erstgenannten DRGs wurden zur DRG B09Z *Andere Eingriffe am Schädel*, die Letztgenannten zur DRG B17B kondensiert.

3.3.2.20 Onkologie

Im Rahmen der diesjährigen Revision des G-DRG-Systems wurden in der MDC 17 vor allem Diagnosen untersucht, die in der Vergangenheit Ziel detaillierter Umbauten waren. Zu nennen sind hier beispielsweise Diagnosen aus dem Codebereich D70.1- *Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie*. Für die G-DRG-Version 2014 wurde diese bereits als Kostentrenner 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* untersucht, was eine Abwertung von Diagnosen für arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie mit kritischer Phase unter 7 Tagen sowie für sonstige Verlaufsformen zur Folge hatte, da kürzer dauernde Agranulozytosen mit geringeren Kosten verbunden waren, als längere Verlaufsformen. In den letzten Jahren wurden zusätzlich insbesondere unspezifische Diagnosen für *Agranulozytose und Neutropenie* (D70.-) als Splitkriterium in den oben genannten Basis-DRGs gestrichen und in der CCL-Matrix abgewertet, da diese nicht mehr mit einem entsprechend höheren Aufwand verbunden waren. Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurden nun vor allem Diagnosen aus dem Bereich D70.1 hinsichtlich ihrer Abbildung in der MDC 17 und in der CCL-Matrix überprüft. Die in der Vergangenheit diesbezüglich vorgenommenen Änderungen im G-DRG-System haben sich dabei bestätigt.

In Bezug auf die operativen DRGs der MDC 17 führten externe Hinweise zur Analyse von Fällen mit *Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese* (OPS-Kode 5-829.c). Dieser Code ist zusätzlich zu den spezifischen Codes für die implantierte Endoprothese z.B. des Kniegelenkes (5-822 *Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk*) anzugeben. Derartige Fälle wurden bisher – über eine Abfrage nach OR-Prozeduren – in operativen Basis-DRGs für „andere OR-Prozeduren“ (z.B. R11 *Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren*) der MDC 17 abgebildet. Für 2015 konnten Fälle mit Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese aufgewertet werden. Die Abbildung erfolgt zukünftig in drei DRGs für „große OR-Prozeduren“ (z.B. R01A *Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur*).

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System 2014 zur Abbildung onkologischer Fälle haben auch die in Kapitel 3.3.2.4 (Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma) oder 3.3.2.21 (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 von zwei neuen unbewerteten Zusatzentgelten für Medikamente (ZE2015-101 *Gabe von Mifamurtid, parenteral*, ZE2015-102 *Gabe von Decitabine, parenteral*)
- 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 einem neuen unbewerteten Zusatzentgelt (ZE2015-101 *Gabe von Mifamurtid, parenteral*).

In den DKR Version 2015 wurde in der Kodierrichtlinie 0201 *Auswahl und Reihenfolge der Codes* durch Aufnahme eines neuen Beispiels (Beispiel 4) die Kodierung von Fällen klargestellt, bei denen die stationäre Aufnahme zum Mammaaufbau nach Ablatio mammae erfolgt und keine anderen therapeutischen und/oder diagnostischen Maßnahmen bezüglich der Grunderkrankung durchgeführt werden.

3.3.2.21 Operative Gynäkologie

Zu nicht geburtshilflichen gynäkologischen Operationen erreichten uns im Rahmen des Vorschlagsverfahrens erneut zahlreiche Vorschläge. Thematisiert wurde dabei u.a. die Abbildung von Fällen in der Basis-DRG N11 *Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen*. Bei diesen DRGs handelt es sich um sogenannte operative „Reste-DRGs“, die dazu dienen, zumeist wenig aufwendige Fälle mit einfachen oder unklar definierten Eingriffen abzubilden. Da Fälle in den Reste-DRGs besser vergütet werden können als in DRGs mit spezifischen kleinen Eingriffen, kann ein Fehlanreiz bestehen, unspezifische Prozeduren zu kodieren. Aus diesem Grund werden auch die DRGs der Basis-DRG N11 nicht entsprechend ihren mittleren Inlierkosten einsortiert, sondern – bis auf die DRG N11A [...] *mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC* – am Ende der operativen Partition der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* abgefragt. Als problematisch erachtet wurden in diesem Zusammenhang die durch diese Situation mögliche „Mindervergütung bei Mehrleistung“ und die damit verbundenen Kodieranreize. Die zahlreichen Lösungsvorschläge hatten vor allem die Ausgliederung aufwendiger Fälle aus dieser Basis-DRG zum Ziel. Neben verschiedenen Diagnosen wie z.B. bösartigen Neubildungen oder schweren Infektionen (z.B. Fournier-Gangrän) sowie Prozeduren wurden auch Attribute wie der PCCL oder ein hohes Lebensalter auf ihre Eignung als Kostentrenner untersucht. Im Ergebnis führte dies zu den folgenden Anpassungen in der Basis-DRG N11:

- Aufwertung von Diagnosen für bösartige Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane in Kombination mit äußerst schweren CC in die DRG N11A

- Fälle mit der Anlage eines doppelläufigen oder endständigen Enterostomas als selbständiger Eingriff werden nicht mehr in der DRG N11A, sondern in der Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen [...] oder bestimmte Eingriffe am Darm [...]* bzw. in der DRG N02B abgebildet. Bei Vorliegen äußerst schwerer CC erfolgt hingegen eine Zuordnung zur DRG N02A.
- Eine weitere Schärfung der DRG N11A konnte durch die Streichung bestimmter Prozeduren für die Exzision einzelner Lymphknoten sowie für die regionale Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff und im Rahmen einer anderen Operation erreicht werden. Die Abbildung der betroffenen Fälle erfolgt ab 2015 in der DRG N11B.

Entsprechende Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren führten zur Überprüfung der Abbildung von Fällen mit Enukektion eines Myoms des Uterus (OPS-Kode 5-681.2) und plastischer Rekonstruktion des Uterus (OPS-Kode 5-695.1). Fälle mit Myomenukektion des Uterus wurden – soweit keine weiteren Eingriffe durchgeführt wurden – gemäß G-DRG-Version 2014 in Abhängigkeit vom Zugangsweg den DRGs N23Z *Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukektion* oder N25Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, [...]* zugeordnet. Bei zusätzlicher Angabe einer plastischen Rekonstruktion des Uterus kam es unter Umständen zu einer Höhergruppierung der jeweiligen Fälle in die DRG N06Z *Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen*. Dies war insofern problematisch, da dadurch Kodierstreitigkeiten hinsichtlich einer zusätzlichen Verschlüsselung der plastischen Rekonstruktion des Uterus entstanden. Einerseits war unklar, ob die plastische Rekonstruktion des Uterus als Prozedurenkomponente der Myomenukektion anzusehen und deshalb gemäß DKR nicht zusätzlich anzugeben ist. Andererseits wurde strittig diskutiert, ob die durchgeführten Nähte zur Defekt- und Formkorrektur nach Myomenukektion überhaupt als plastische Rekonstruktion verschlüsselt werden konnten. Die durchgeführten Analysen zeigten, dass Fälle mit einer Kombination beider Eingriffe in der DRG N06Z nicht so teuer waren wie die übrigen Fälle dieser DRG. Die daraufhin vorgenommenen Anpassungen haben zur Folge, dass bei gleichem Zugangsweg keine unterschiedliche Eingruppierung bei Kombination der genannten Prozeduren mehr erfolgt. Um in Zukunft eine Detektion und Analyse von Fällen mit aufwendiger plastischer Rekonstruktion des Uterus nach Myomenukektion zu ermöglichen, wurde auch die Kodierung mittels OPS geändert. Zum einen wurde festgelegt, dass eine plastische Rekonstruktion nach Enukektion eines Myoms des Uterus nicht mehr gesondert zu kodieren ist. Zum anderen erfolgte eine Differenzierung der Prozeduren für die Entfernung eines oder mehrerer Myome nach „mit“ und „ohne ausgedehnte Naht des Myometriums“. Dabei wurden auch die Voraussetzungen zur Kodierung einer Myomenukektion mit ausgedehnter Naht des Myometriums definiert. Ab 2015 ist somit die Verschlüsselung dieser Fälle eindeutig geklärt.

Aus Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren und aus eigenen Analysen ergaben sich zudem weitere Anpassungen (sowohl Auf- als auch Abwertungen) des Gruppierungsalgorithmus in der MDC 13 hinsichtlich einzelner Prozeduren, die zur Schärfung der operativen DRGs in diesem Bereich beitragen:

- Abbildung der totalen Kolpektomie nicht mehr in der DRG N06Z, sondern in den Basis-DRGs N02 und N13 *Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung*. Für den überwiegenden Teil der betroffenen Fälle bedeutet dies eine Aufwertung.

- Abwertung von wenig komplexen Uterusexterpationen und anderen Eingriffen am Uterus von der DRG N21Z *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, [...] in die DRG N07Z Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus.*
- Abwertung der perianalen und sonstigen tubulären Resektion unter Belassen des Paraproktiums von der DRG N34Z *Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* in die Basis-DRG N11.
- Für Fälle ohne bösartige Neubildung erfüllen bestimmte Scheidenstumpffixationen in Kombination mit einer Hysterektomie nicht mehr die Definition der DRG N14Z *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik [...]* und werden zukünftig in der DRG N06Z abgebildet.

3.3.2.22 Ophthalmologie

Die Krankheiten und Störungen des Auges sind durch 33 DRGs, unterteilt nach zahlreichen Attributen wie Alter, Lokalisation (Beidseitigkeit) oder bestimmte Diagnosen und Prozeduren in der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* hochdifferenziert abgebildet. Nichtsdestotrotz gingen im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2015 erneut Vorschläge zur weiteren Verbesserung der sachgerechten Abbildung von Fällen mit ophthalmologischen Erkrankungen ein. Diese wurden durch interne Analysen verschiedener Detailproblematiken ergänzt.

Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit partieller oder vollständiger Aniridie, bei denen eine Irisprothese implantiert wird, noch nicht sachgerecht abgebildet sind. Das liegt daran, dass die bei der Implantation entstehenden Sachkosten durch die entsprechenden DRGs nicht ausreichend gedeckt sind. Die Eingruppierung dieser Fälle erfolgt abhängig von der Hauptdiagnose in unterschiedliche DRGs. Bei geringerer Fallzahl und Verteilung über mehrere DRGs ist keine spezifische Abbildung in der DRG-Systematik möglich. Daher wurde, entsprechend dem Vorschlag, ein neues unbewertetes Zusatzentgelt ZE2015-108 *Implantation einer Irisprothese* etabliert, um eine sachgerechte Abbildung der Fälle im G-DRG-System zu ermöglichen.

Weiterhin zeigten interne Analysen der Basis-DRG C05 *Dakryozystorhinostomie*, dass Fälle mit bestimmten Prozeduren an den Tränenwegen wie endoskopische Rekonstruktion, Stent-Implantation oder Wechsel eines Röhrchens nicht so hohe Kosten aufweisen wie die anderen Fälle innerhalb der Basis-DRG. Dementsprechend wurden die betroffenen Prozeduren in die Basis-DRG C14 *Andere Eingriffe am Auge* aufgenommen. Infolgedessen werden diese Fälle aus der Basis-DRG C05 im Sinne einer Abwertung in die Basis-DRG C14 verschoben und damit sachgerechter abgebildet.

3.3.2.23 Polytrauma

Im G-DRG-System erfolgt die Zuordnungslogik der MDC 21A *Polytrauma* nicht allein über eine Hauptdiagnosenliste, sondern über die Kombination schwerer Verletzungen oder Traumadiagnosen, die typischerweise lebensbedrohlich sind. Mit dieser Zuordnung wird zum einen der medizinischen Definition des Polytraumas Rechnung getragen, zum anderen werden Fälle, die vergleichbar hohen Aufwand verursachen, in derselben MDC abgebildet.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung des Gruppierungsalgorithmus der Polytrauma-DRGs wurde auch dieses Jahr weitergeführt, wenn auch im Rahmen des Vorschlagsverfahrens die diesjährige Beteiligung etwas geringer ausfiel.

Ein Beispiel für diese Weiterentwicklung betrifft die Zuordnung von Fällen mit einer traumatischen Muskelischämie. Bis zur ICD-10-GM Version 2014 wurde die traumatische Muskelischämie lokalisationsunabhängig mit dem Code T79.6 verschlüsselt. Dies konnte in der Systematik des G-DRG-Systems 2014 in Einzelfällen dazu führen, dass trotz gleicher Lokalisation von beispielsweise einer Fraktur und einer traumatischen Muskelischämie eine Zuordnung in eine Polytrauma-DRG erfolgte. Mit der ICD-10-GM Version 2015 wurde die Kategorie T79.6 *Traumatische Muskelischämie* um eine fünfte Stelle zur Angabe der Lokalisation ergänzt. Hierdurch sind folgende Differenzierungen möglich:

- Traumatische Muskelischämie der oberen Extremität, Volkmann-Kontraktur (ischämische Muskelkontraktur)
- Traumatische Muskelischämie des Oberschenkels und der Hüfte
- Traumatische Muskelischämie des Unterschenkels
- Traumatische Muskelischämie des Fußes
- Traumatische Muskelischämie sonstiger Lokalisation
- Traumatische Muskelischämie nicht näher bezeichneter Lokalisation

Die Logik des G-DRG-Systems 2015 wurde dahingehend weiterentwickelt, dass zukünftig die Diagnose für die traumatische Muskelischämie entsprechend ihrer Lokalisation in den Polytrauma-DRGs berücksichtigt wird.

3.3.2.24 Schlaganfall

Konservativ behandelte Fälle mit einem Schlaganfall werden seit der Einführung des G-DRG-Systems in der Basis-DRG B70 *Apoplexie* abgebildet, die mittlerweile neunfach unterteilt ist und eine differenzierte Abbildung ermöglicht. Die operativ versorgten Fälle werden – je nach Art und Umfang der Behandlung – entweder in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC oder in den Kraniotomie-DRGs B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation* und B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation* bzw. in der spezifischen Basis-DRG B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur* abgebildet.

Innerhalb der Basis-DRG B44 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* fungieren neben einer etwaigen schweren motorischen Funktionseinschränkung auch die Prozeduren für die neurologi-

sche Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls als Kostentrenner. Bereits im OPS des Jahres 2007 wurden Prozeduren für die „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ mit im Vergleich zur „neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ geringeren Anforderungen an die personelle und apparative Ausstattung der Leistungserbringer etabliert und in den folgenden Jahren fortlaufend modifiziert. Derartige Fälle wurden nach Hinweisen aus dem Strukturierten Dialog im Rahmen der diesjährigen Kalkulation analysiert und konnten innerhalb der Basis-DRG B44 aufgewertet werden.

3.3.2.25 Unfallchirurgie/Orthopädie

Auch in diesem Jahr war eine hohe Beteiligung am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Bereich der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zu verzeichnen. Neben zahlreichen Vorschlägen von Seiten der Fachgesellschaften erreichten uns diese auch von anderen Beteiligten des Gesundheitssystems. Wie bereits im letzten Jahr bezog sich eine Vielzahl der Vorschläge auf den Bereich der Gelenkendoprothetik, wobei die Revisionsendoprothetik hier den Hauptteil einnahm. Aber auch die Bereiche Fuß und Sprunggelenk waren erneut ein Schwerpunkt im Vorschlagsverfahren. Weitere zahlreiche Vorschläge erreichten uns mit oftmals präziser Darstellung des Sachverhalts, sodass eine Prüfung anhand der Kalkulationsdaten unmittelbar möglich war. Neben diesen Vorschlägen wurden umfangreiche Analysen durchgeführt, die häufig über die beschriebene Problematik hinausgingen oder aber Bereiche betrafen, die im Vorschlagsverfahren weniger umfangreich vertreten waren.

Wesentliche Umbauten innerhalb der MDC 08 werden im Folgenden dargestellt.

Revisionsendoprothetik

Wie bereits in den Vorjahren wurde das Thema Endoprothesenwechsel im Vorschlagsverfahren aufgegriffen. Dabei wurde erneut die Problematik des Wechsels einer Endoprothese in mehr als einer Operation (sog. zweizeitiger Wechsel) innerhalb eines stationären Aufenthalts beschrieben. Hierbei wird der entsprechende Fall mit einem Code für die Prothesenexplantation und einem Code für die Prothesenimplantation verschlüsselt, anders als beim Wechsel innerhalb einer Operation (sog. einzeitiger Wechsel), wo nur ein Code („Wechselcode“) zur Anwendung kommt. In diesem Zusammenhang wurde im Vorschlagsverfahren dargestellt, dass ein Endoprothesenwechsel mittels zweier Operationen in der Regel höhere Kosten verursachen würde als der Wechsel innerhalb einer Operation. Bisher konnten jedoch die unterschiedlichen Vorgehensweisen nur bedingt im System abgebildet werden, weil die Datenlage nicht immer eine sichere Identifizierung der entsprechenden Fälle zuließ, da in der Kodierpraxis auch „Wechselcodes“ bei Fällen zur Anwendung kamen, bei denen es sich um zweizeitige Endoprothesenwechsel handelte. Seit dem Jahr 2013 gibt es den neuen Zusatzcode *Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation* (5-829.n), der dieses Jahr erstmalig analysiert und für das G-DRG-System 2015 berücksichtigt werden konnte. Mit diesem Code ist eine eindeutige Zuordnung, ob es sich um einen Wechsel innerhalb einer oder zweier Operationen handelt, möglich. Das Ergebnis der Analysen zeigte, dass der Endoprothesenwechsel innerhalb einer Operation je nach Typ des Wechsels und begleitenden Umständen (Komplikationen) in der entsprechenden DRG sachgerecht abgebildet ist, daher bleibt diese Zuordnung auch im System 2015 unverändert. Davon abzugrenzen waren die Fälle in den Kalkulationsdaten für zweizeitige Wechsel. Hier

zeigten sich höhere Kosten als für einzeitige Wechsel, weshalb eine Veränderung der Eingruppierungen ab 2015 im Sinne einer Aufwertung durchgeführt wurde. In den folgenden zwei Abbildungen sind die wesentlichen Änderungen als Übersicht dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass es zu der entsprechenden Höhergruppierung nur kommt, wenn neben den Codes für die Endoprothesenexplantation und -implantation auch der Zusatzcode *Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation* verschlüsselt wird.

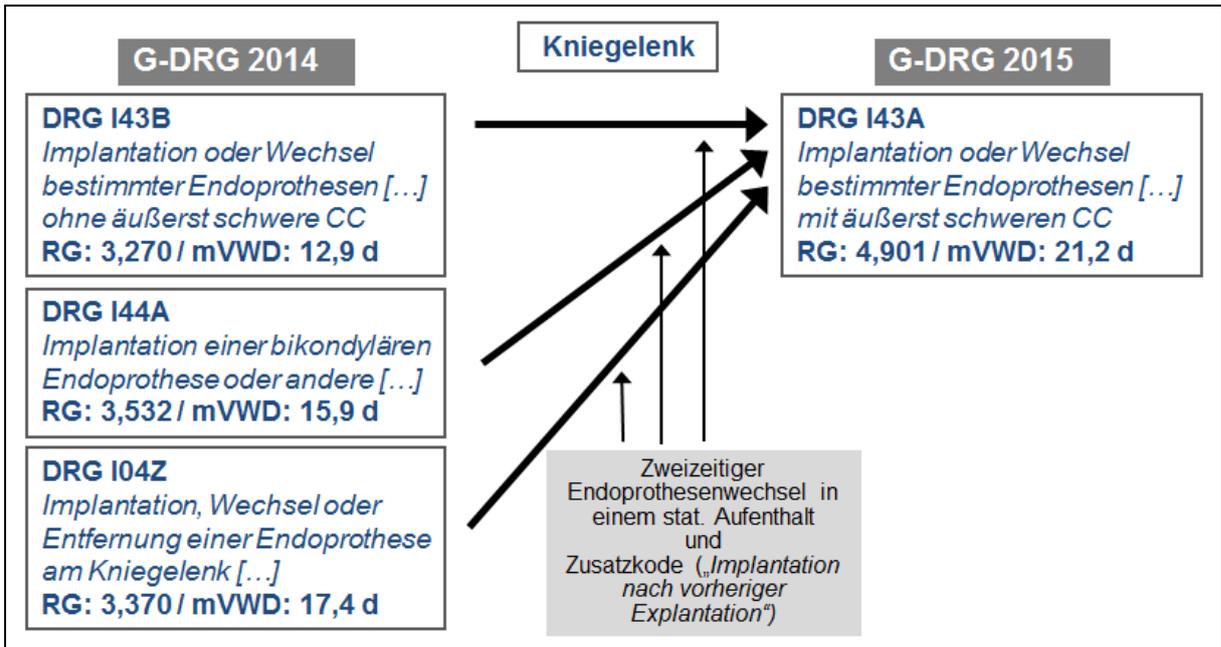


Abbildung 16: Eingruppierung eines zweizeitigen Kniegelenkendoprothesenwechsels innerhalb eines stationären Aufenthalts im G-DRG-System 2015

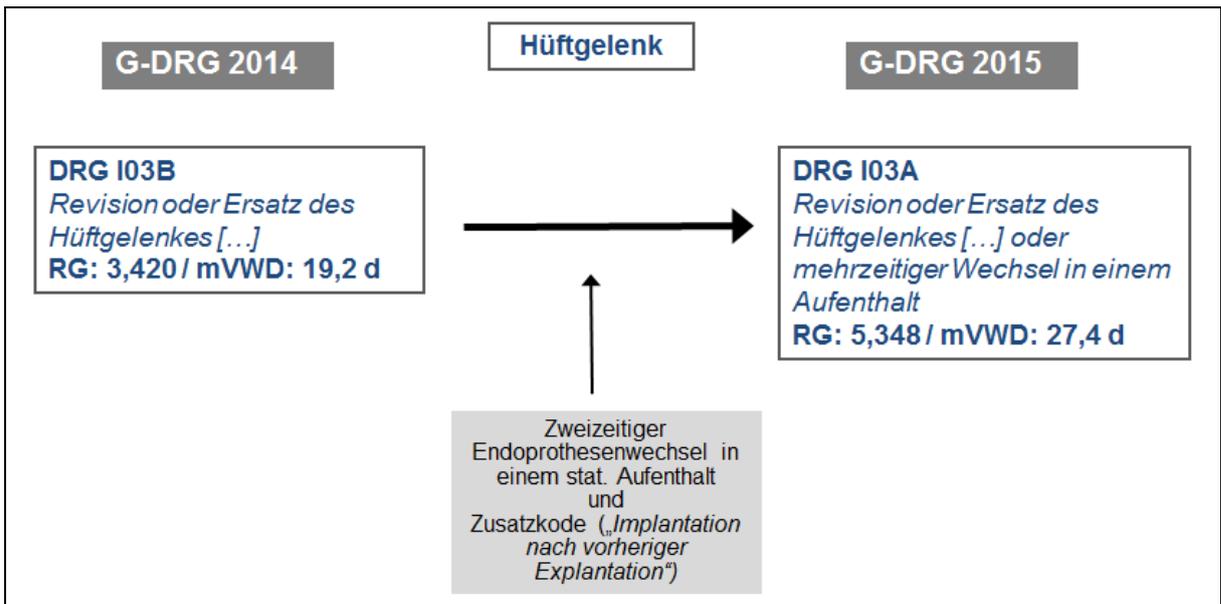


Abbildung 17: Eingruppierung eines zweizeitigen Hüftgelenkendoprothesenwechsels innerhalb eines stationären Aufenthalts im G-DRG-System 2015

Weitere Analysen der Kalkulationsdaten zeigten, dass bestimmte weniger aufwendige Eingriffe in der Revisionsendoprothetik nicht mehr sachgerecht abgebildet waren. So waren bei der Hüftgelenkendoprothetik die Kosten des isolierten Wechsels eines Inlays ohne Pfannenwechsel (mit und ohne Wechsel des Aufsteckkopfes) sowie des sonstigen Pfannenwechsels in den DRGs der Basis-DRG I46 *Prothesenwechsel am Hüftgelenk* übervergütet. Ab 2015 erfolgt die Eingruppierung dieser Fälle in die DRG I47A *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose [...] oder Inlaywechsel Hüfte*. Bei der Kniegelenkendoprothetik zeigten sich Fälle mit einer Revision ohne Wechsel sowie mit einer sonstigen und nicht näher bezeichneten Revision, Wechsel und Entfernung nicht so kostenintensiv wie die übrigen Fälle in der Basis-DRG I44 *Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk [...]*. Eine sachgerechte Abbildung erfolgt künftig in der Basis-DRG I13 *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula [...]*.

Primäre Gelenkendoprothetik

Auch in der primären Gelenkendoprothetik konnte durch externe Vorschläge und eigene Analysen erneut eine Weiterentwicklung des Systems an zahlreichen Stellen erreicht werden. So zeigten beispielsweise Analysen eine inhomogene Abbildung der beidseitigen Implantation einer Endoprothese an Hüft- und Kniegelenk in der DRG I36Z *Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk*. Bisher wurden hier nur Fälle mit primärer Prothesenimplantation abgebildet. Wechseloperationen wurden in dieser DRG bislang nicht berücksichtigt, was unter Umständen dazu führen konnte, dass Fälle mit einem Kode für eine primäre Prothesenimplantation und einem Kode für eine Wechseloperation in eine geringer bewertete DRG eingruppiert wurden als Fälle mit zwei Codes für eine primäre Prothesenimplantation. Durch eine Erweiterung der Bedingung für die DRG I36Z werden nun auch Fälle mit Prothesenwechsel hier berücksichtigt, was sich auch in der Erweiterung des DRG-Namens um die Worte „oder Wechsel“ widerspiegelt. Durch die Auswertung der gelieferten Kalkulationsdaten fand sich ein weiterer verbesserungswürdiger Aspekt in der DRG I36Z. So fanden sich Fälle mit zwei Prozeduren für eine Prothesenimplantation am selben Gelenk und selben Tag, die hier eingruppiert wurden. Diese Fälle stellten möglicherweise zum Teil inkorrekte Kodierungen dar und zeigten entsprechend im Schnitt geringere Kosten als die übrigen Fälle in der DRG I36Z. Durch Schärfung der Definition können künftig Fälle mit zwei Prozeduren für eine Prothesenimplantation am selben Gelenk nicht mehr der DRG I36Z zugeordnet werden, sondern finden ihre Abbildung in der entsprechenden DRG für diese Prothesenimplantation.

Ebenfalls zu den untersuchten Bereichen der diesjährigen Kalkulation gehörte das Thema des Patellaersatzes. Im G-DRG-System 2014 führte bereits die isolierte Implantation (und Wechsel) eines Patellaersatzes in Verbindung mit einer komplizierenden Diagnose in die DRG I04Z *Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese [...]*. Dort zeigten die entsprechenden Fälle in den Daten des Jahres 2013 deutlich geringere Kosten als die übrigen Fälle dieser DRG. Durch die neue Einordnung ab 2015 in die DRG I44B *Implantation einer bikondylären Endoprothese [...]* werden die Fälle künftig sachgerecht abgebildet.

Im Bereich der Schultergelenkendoprothetik ergab die Untersuchung der Kalkulationsdaten, dass die bisherige Eingruppierung der Implantation einer Glenoidprothese in die Basis-DRG I05 *Anderer großer Gelenkersatz oder Revision [...]* nicht mehr sachgerecht war, sondern eine Übervergütung bestand. Ab dem Jahr 2015 erfolgt eine den Kosten entsprechende Eingruppierung in die DRG I13C *Bestimmte Eingriffe an Humerus [...]*. In dieser DRG befinden sich bereits Eingriffe mit vergleichbaren Kosten, wie die Oberflächenersatzprothese des Humerus.

Eingriffe an Fuß und Sprunggelenk

Auch in diesem Jahr war im Vorschlagsverfahren erneut ein Schwerpunkt in der Fuß- und Sprunggelenkchirurgie zu verzeichnen. So wurde beispielsweise dargestellt, dass bestimmte Eingriffe am Fuß bei Diabetes mellitus in der MDC 08 nicht sachgerecht vergütet seien. Nach Identifizierung der Fälle und umfangreichen Analysen wurde die Zuordnung der entsprechenden Fälle dahingehend verändert, dass beim Vorhandensein bestimmter Diabetes-mellitus-Diagnosen mit Komplikationen die Eingruppierung innerhalb der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* in die DRG I20D *Eingriffe am Fuß [...] oder bestimmtem Diabetes mellitus* erfolgt, was einer deutlichen Aufwertung entspricht.

Ein weiterer Vorschlag betraf die Kombination aus Arthrodesen (in der Regel Tarsometatarsalarthrodese) und einem Mehrstrahleneingriff am Vorfuß. Hierbei wurde dargestellt, dass sich solche Eingriffe durch lange Operationszeiten und Liegezeiten auszeichnen würden und mit der Abbildung entsprechender Fälle in der DRG I20C *Eingr. am Fuß oh. mehr. kompl. Eingr. [...]* eine Untervergütung zu bestehen scheint. Aktuelle umfangreiche Analysen der Kalkulationsdaten zeigten jedoch, dass eine sachgerechte Abbildung der entsprechenden Fälle in der DRG I20C besteht.

Ein Schwerpunkt bei der Untersuchung der Eingriffe am Fuß lag bei den wenig aufwendigen Standardeingriffen in der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß*. Dabei zeigte sich, dass zahlreiche Eingriffe nicht mehr sachgerecht abgebildet wurden, sodass die Etablierung einer neuen DRG I20G *Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff [...]* für wenig komplexe Eingriffe am Fuß notwendig war. Zukünftig werden hier die weniger kostenintensiven Fälle eingeordnet. Beispiele für die Eingruppierung in die DRG I20G:

- Resektion einer Exostose am Os metatarsale I bzw. Digitus I
- Osteosynthese einer einfachen Metatarsalfraktur durch Platte oder Schraube
- Osteotomie des Os metatarsale I
- Weichteilkorrektur in Höhe des 1. Zehenstrahles

Aber auch andere Eingriffe, wie beispielsweise die autogene Spongiosatransplantation und sonstige Knochentransplantation an den Metatarsalen und Phalangen des Fußes, werden künftig entsprechend ihren Kosten in der geringer bewerteten DRG I20F *Eingriffe am Fuß [...] oder wenig komplexem Eingriff an mehr als einem Strahl* abgebildet statt wie bisher in der DRG I20C.

Wie auch bei der Untersuchung der Eingriffe am Fuß zeigte sich bei den Eingriffen am oberen Sprunggelenk, dass verschiedene offen chirurgische Verfahren zur sachgerechten Abbildung einer anderen DRG zugeordnet werden mussten. So werden beispielhaft folgende Eingriffe ab 2015 in der Basis-DRG I20 abgebildet (zuvor in Basis-DRG I13 *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk [...]*), was überwiegend einer Abwertung gemäß ihren geringeren Kosten entspricht:

- Offene partielle Synovialektomie
- Resektion von Bandanteilen und Bandresten
- Offen chirurgische Gelenkmobilisation
- Entfernung freier Gelenkkörper

Neben geringeren Kosten zeigen einige dieser Eingriffe auch Hinweise auf Kodierbesonderheiten. So werden beispielsweise einige von ihnen nur in sehr wenigen Krankenhäusern in relevanter Anzahl verschlüsselt.

Weiterhin wird auch die Arthrotomie des oberen Sprunggelenks nicht mehr über die Basis-DRG I13 abgebildet, sondern über die Basis-DRG I59 *Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk [...]*, was eine Abwertung darstellt.

Weitere Änderungen

Außer den o.g. Umbauten gab es noch zahlreiche Vorschläge über das Vorschlagsverfahren und eigene Analysen, die unterschiedlichste Bereiche der MDC 08 betrafen. Teilweise bezogen sich diese auf Themenbereiche innerhalb einer Basis-DRG oder Basis-DRG-übergreifend, teilweise wurden ganz spezifische Konstellationen dargelegt oder analysiert, wobei jeweils alternative Betrachtungsweisen berücksichtigt wurden. Im Folgenden werden beispielhaft Themenbereiche und bestimmte Konstellationen im G-DRG-System dargestellt, die umfangreich analysiert und für das G-DRG-System 2015 entsprechend überarbeitet wurden.

Ein Beispiel für einen untersuchten Themenbereich stellt die Basis-DRG I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule* dar. Es handelt sich hier um eine casemix- und fallzahlstarke Basis-DRG, was eine regelmäßige Überprüfung notwendig macht. In diesem Jahr lag der Fokus auf der Untersuchung der Splitkriterien hinsichtlich ihrer sachgerechten Abbildung komplexer wie auch weniger komplexer Eingriffe. Im Ergebnis folgte ein komplexer Umbau der Basis-DRG I08 mit Schärfung der Bedingungen mehrerer DRGs. Weiterhin war zur sachgerechten Abbildung der weniger kostenintensiven Fälle die Etablierung einer neuen DRG notwendig (DRG I08H *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff [...]*). Im Ergebnis kam es zur Auf- und Abwertung zahlreicher Leistungen. Beispielsweise werden im System 2015 wenig komplexe Gelenkoperationen am Hüftgelenk, wie die Arthrotomie oder das Entfernen eines Medikamententrägers, in der DRG I08H abgebildet, was einer Abwertung gegenüber der vorherigen Abbildung in der DRG I08F *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC [...]* entspricht.

Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren bezogen sich dieses Jahr auch auf bisher nicht gruppierungsrelevante Prozeduren an bestimmten Lokalisationen, z.B.

- Plattenosteosynthese an der Patella
- Gefäßgestielte Knochentransplantationen/-transpositionen
- Totale Resektion und Ersatz eines Knochens (z.B. Klavikula)

Bisher wurden diese Prozeduren, soweit keine anderen OR-Prozeduren verschlüsselt wurden, in einer konservativen DRG abgebildet, was zum Teil durch Kodeüberleitungen zustande kam. Es handelt sich hierbei um Eingriffe, die in den Kalkulationsdaten nur sehr selten vorkommen und zu denen es in der Vergangenheit keine Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren gab. Dennoch wurden sie umfangreich analysiert mit dem Ergebnis, dass eine sachgerechte Abbildung dieser Verfahren durch Zuordnung zu aufwandsadäquaten operativen DRGs erreicht wird. Dies entspricht in der Regel einer Aufwertung der betroffenen Prozeduren.

Ein weiterer Vorschlag betraf Eingriffe zur Achskorrektur bei Heranwachsenden mittels temporärer Epiphysiodese an der Tibia und am Femur. Die Analysen der Kalkulationsdaten ergaben, dass diese Eingriffe, wenn sie im selben Aufenthalt durchgeführt wurden, signifikant höhere Kosten verursachten, als wenn nur eine Eingriffskomponente durchgeführt wurde. Im Ergebnis wird die Durchführung beider Eingriffe im selben Aufenthalt ab 2015 in der DRG I13D sachgerecht abgebildet, was einer deutlichen Aufwertung entspricht (vorher DRG I13F). Weitere Prozeduren, die auf Grundlage der aktuellen Kalkulationsdaten aufgewertet wurden, werden im Folgenden beispielhaft aufgelistet:

- Offene Reposition einer Mehrfragmentfraktur der Patella durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage (DRG I30Z → DRG I31B)
- Totale Synovektomie des Kniegelenks bei pigmentierter villonodulärer Synovialitis (DRG I18B → DRG I18A)
- Reposition und Osteosynthese einer offenen Mehrfragmentfraktur sowie einer geschlossenen Fraktur der distalen Tibia mittels Fixateur externe (DRGs I13B und I13C → DRG I13A)
- Entfernung von Osteosynthesematerial am Thorax (DRG I23B → DRG I23A)

Hingegen ist die partielle Resektion von erkranktem Knochen an Humerus und Tibia nicht mit so hohen Kosten verbunden wie die übrigen Eingriffe in der DRG I13C, sodass künftig die Eingruppierung in die DRG I13E erfolgt, was einer Abwertung entspricht.

Unabhängig von externen Vorschlägen und internen Analysen können auch klassifikatorische Änderungen in den Schlüsselverzeichnissen eine Anpassung des Systems notwendig machen. Als Beispiel seien hier die Codes für eine Osteosynthese mit resorbierbarem Material im OPS Version 2015 genannt. Diese wurden in den entsprechenden Codebereichen gestrichen (5-786.f, 5-791.f ff., 5-793.f ff., 5-794.f ff., 5-795.f ff., 5-796.f ff., 5-797.f ff., 5-79a.f ff., 5-79b.f ff.) und ein neuer Zusatzcode wurde etabliert. Bisher war es lediglich möglich, die entsprechende Lokalisation des implantierten resorbierbaren Materials zu verschlüsseln, jedoch nicht die Art des Implantats (Schraube, Platte, Nagel etc.), die damit in den Kalkulationsdaten bisher ebenfalls nicht ersichtlicher war. Die Verwendung von resorbierbarem Osteosynthesematerial kann zukünftig über den Zusatzcode 5-931.1 *Art des verwendeten Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: resorbierbares Material* zusätzlich zu einem Primärkode angegeben werden. Ab 2015 wird es nun erstmals möglich sein, dem resorbierbaren Material und seiner Lokalisation auch die entsprechende Art des Implantats zuzuordnen, was ab der Kalkulationsphase 2016 entsprechend analysierbar sein wird. In der G-DRG-Version 2015 sind die Codes für resorbierbares Material überwiegend in den entsprechenden Codebereichen mit dem Schrauben-Implantat gleichgestellt, da es sich um das häufigste resorbierbare Implantat handelt. Trotz strukturell geänderter Kodierung wird daher die Verschlüsselung ab 2015 mit Zusatzcodes in den typischen Fällen nicht zu einem im Vergleich zu 2013/2015 oder 2014/2015 veränderten Eingruppierungsergebnis führen.

3.3.2.26 Urologie

Auch in diesem Jahr wurden auf Basis von Hinweisen im Vorschlagsverfahren und internen Analysen in der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* und der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* weitere Detailverbesserungen für das G-DRG-System 2015 geschaffen.

Von der Fachgesellschaft für Urologie wurde thematisiert, dass die Behandlung hochbetagter Patienten, die das 90. Lebensjahr überschritten haben, sowohl bei konservativer als auch bei operativer Therapie mit einem deutlich erhöhten Aufwand verbunden sei. Dem Hinweis folgend wurden umfangreiche Analysen durchgeführt. Im Ergebnis konnten die Definitionen der DRGs L20B *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. fluoreszenzgestützter TUR der Harnbl. od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para-/Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC* und L63D *Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 3 Jahre* um die Bedingung „oder Alter > 89 Jahre“ erweitert und damit Fälle mit hohem Lebensalter in den genannten Basis-DRGs aufgewertet werden.

In der MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* werden u.a. Fälle abgebildet, deren Aufnahmeanlass keiner krankheitsspezifischen Diagnose entspricht. Im Rahmen interner Analysen konnte eine relevante Anzahl von Fällen mit einer Prozedur für die transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von Gewebe der Harnblase in der DRG Z01B *OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen[...]* identifiziert werden. Diese Fälle wiesen überwiegend ähnliche Prozeduren und Kosten auf wie die in der DRG L20C *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und kompl. Ureterorenoskopien [...]* abgebildeten Fälle mit einer Hauptdiagnose für bösartige Neubildungen. Im Ergebnis werden ab dem G-DRG-System 2015 Fälle mit einer Hauptdiagnose aus der MDC 23 und transurethraler Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von Gewebe der Harnblase über die Umleitung „TUR der Blase“ der MDC 11 zugeordnet und dementsprechend differenziert in verschiedenen operativen DRGs abgebildet. Vornehmlich erfolgt eine sachgerechte Zuordnung zur DRG L20C.

Durch Umbauten im Bereich der einfachen Eingriffe an der Niere, Harnblase oder Ureter und unspezifischen Prozeduren innerhalb der MDC 11 wurde eine aufwandsentsprechende Neuordnung von Fällen aus der Basis-DRG L04 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung [...]* in die Basis-DRG L09 *Andere Eingriffe bei Erkrankung der Harnorgane [...]* und in die Basis-DRG L18 *Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale [...]* vorgenommen. Beispielhaft ist hier die Biopsie an Niere oder Ureter durch Inzision und die sonstigen und nicht näher bezeichneten Rekonstruktionen an der Niere für die Eingruppierung in die Basis-DRG L09 zu nennen sowie die Zuordnung der laparoskopischen Exzision von (erkranktem) Gewebe der Niere zur Basis-DRG L18.

Im Rahmen weiterer interner Analysen konnten auch in den Basis-DRGs M01 *Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann [...]* und M38 *Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* Prozeduren identifiziert werden, die mit vergleichsweise niedrigeren Kosten verbunden waren. Dies betraf Fälle mit weniger aufwendigen Prostatovesikulektomien, wie z.B. die radikale Prostatovesikulektomie ohne regionale Lymphadenektomie oder die sonstigen und nicht näher bezeichneten Prostatovesikulektomien. Durch Schärfung der

Bedingungen der Basis-DRGs M01 und M38 werden deshalb Fälle mit diesen Prozeduren zukünftig der DRG M04A *Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit äußerst schweren CC [...] zugeordnet und damit abgewertet*. Gleichzeitig bedeutet dies eine Aufwertung für die verbleibenden Fälle in den Basis-DRGs M01 und M38.

Interne Analysen verdeutlichten, dass Fälle der MDC11 mit einer Brachytherapie der Prostata ähnliche Diagnosen und Kosten, jedoch unterschiedliche Prozeduren aufwiesen. Dies trifft für Fälle mit *Transrektaler und perkutaner Destruktion von Prostatagewebe: Durch Strahlenträger* (OPS-Kode: 5-602.2) zu, die im G-DRG-System 2014 der DRG M09B *OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung [...] (RG: 1,139)* zugeordnet waren, sowie für Fälle mit einer *Sonstigen Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Interstitielle Brachytherapie [...] (Kodebereich 8-825)*, die dagegen in die DRG M10B *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane [...] (RG: 0,955)* eingruppiert wurden. Durch Neuordnung der Prozedur für *Transrektale und perkutane Destruktion von Prostatagewebe durch Strahlenträger* zur Basis-DRG M10 erfolgt im G-DRG-System 2015 eine sachgerechte und einheitliche Abbildung aller Fälle mit einer Brachytherapie der Prostata.

3.3.2.27 Vakuumtherapie

Um die höheren Kosten von verschiedenartigen, komplexen Fällen mit einer Vakuumtherapie sachgerecht abzubilden, wurde im G-DRG-System die Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ etabliert, die in mehreren MDCs als Definitionskriterium genutzt wird. Als besonders aufwendig hatten sich Fälle gezeigt, die zusätzlich zu einer Behandlung mittels Vakuumtherapie bestimmte kostenaufwendigere operative Behandlungsmethoden/Methoden der Wundversorgung aufwiesen, von denen an mindestens vier verschiedenen Tagen jeweils mindestens eine durchgeführt werden muss, um die Bedingungen der Funktion und damit ihre Gruppierungsrelevanz zu erfüllen.

Trotz dieser relativ strengen „Einstiegsschwellen“ wiesen die Fälle innerhalb der betroffenen DRGs unterschiedliche Kosten auf. Um die Definition weiter zu stärken, wurden zum einen verschiedene Verfahren der Vakuumtherapie untersucht, zum anderen wurde die Liste der zusätzlich durchgeführten Eingriffe überprüft.

Im Datenjahr 2013 konnte das innerhalb der spezifischen Prozeduren zur Vakuumtherapie relevante Verfahren der kontinuierlichen Sogbehandlung in der OPS-Klassifikation erstmalig differenziert nach einer Sogbehandlung bei Pumpensystemen und Sogbehandlung bei sonstigen Systemen abgebildet werden. Bisher konnte man im Vergütungssystem und den Analysedaten eine mehrtägige Wunddrainage, z.B. über eine Redonflasche, nicht von einer teureren Behandlung durch eine mehrtägige Wunddrainage über eine Vakuumpumpe unterscheiden. Die Daten (Kosten- und Leistungsbezeichner) für Fälle mit beiden Behandlungsmethoden/Prozeduren wurden ausgehend von einem Vorschlag aus dem vergangenen Jahr auf die Sachgerechtigkeit ihrer Abbildung im Vergütungssystem untersucht. Es zeigte sich jedoch in den Daten von 2013 nicht, dass Fälle ohne Pumpensystem regelhaft geringere Kosten aufwiesen, sodass für 2014 keine diesbezügliche Änderung vorgenommen werden konnte.

Hingegen konnte die Liste der zusätzlich durchgeführten Eingriffe für 2015 deutlich geschärft werden. In den Analysen erwiesen sich z.B. Fälle mit vergleichsweise weniger

aufwendigen Verfahren der Wundversorgung wie der großflächigen Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel) als nicht so teuer wie Fälle mit anderen Eingriffen. Deshalb wurde die Liste der zusätzlichen Eingriffe um diese weniger aufwendigen Eingriffe bereinigt, sodass in der Folge die Abbildung von Fällen mit einer Vakuumtherapie und mehreren komplexen Eingriffen für das G-DRG-System 2015 verbessert werden konnte.

3.3.2.28 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 2015 zu insgesamt 215 „Kindersplits“. Davon können 80 DRGs als „reine Kindersplits“ bezeichnet werden, was bedeutet, dass in diesen ausschließlich Kinder abgebildet werden. In weiteren 135 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 Definition eines „Kindersplits“ ist prinzipiell durch zwei Merkmale möglich. Zum einen erfolgt dies regelhaft durch Logikelemente wie z.B. „Alter < 16 Jahre“. Zum anderen kann die Definition auch über Diagnosen oder Prozeduren erfolgen, die ausschließlich im Kindesalter verschlüsselt werden können. Die folgende Auflistung zeigt einige Beispiele hierfür:

- Diagnosen für „Atemnot, sonstige Störungen der Atmung beim Neugeborenen“ in der DRG E69D *Bronchitis und Asthma bronchiale, [...] oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode [...]*
- Prozeduren für *Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psycho-somatische Therapie* (9-403) in den DRGs B46Z und U41Z
- Prozeduren für *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* (8-98d) z.B. in zahlreichen „Langzeitbeatmungs-DRGs“ der Prä-MDC

Die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter wurden im Rahmen eines komplexen Umbaus mit Aufwertung der *Aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung* („Super-SAPS“, OPS-Kode 8-98f) ebenfalls analysiert und an vielen Stellen dem „Super-SAPS“ gleichgestellt. Punktuell erreichen intensivmedizinisch behandelte Kinder sogar mit einer niedrigeren Anzahl von Aufwandspunkten höherwertige DRGs wie z.B. in der Basis-DRG A06 *Beatmung > 1799 Stunden*. Detaillierte Informationen dazu finden sich in Kapitel 3.3.2.14 Intensivmedizin.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit *Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit* (1-945) untersucht. Codes aus diesem Bereich bilden die standardisierte, multiprofessionelle Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und Vernachlässigung ab. Weiterhin sieht der OPS eine Unterscheidung nach

- 1-945.0 *Ohne weitere Maßnahmen und*
- 1-945.1 *Mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz*

vor. Da die Prozeduren für den OPS Version 2013 eingeführt wurden, konnte erstmals eine Analyse erfolgen. Im Ergebnis fanden sich weniger als 100 Fälle pro Kode in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser, die über zahlreiche DRGs streuten und ein uneinheitliches Bild mit gleichermaßen höheren und niedrigeren Kosten je DRG zeigten. Die Verteilung der Fälle scheint stark kodierabhängig zu sein, ebenso konnte eine Vielzahl von Fehlkodierungen nicht ausgeschlossen werden. Die kalkulatorische Ermittlung eines Zusatzentgelts war nicht möglich. Den Selbstverwaltungspartnern wurden Problematik und Analyseergebnisse umfassend vorgestellt, von der Etablierung eines unbewerteten Entgelts für 2015 sahen diese jedoch ab.

Hinsichtlich der operativen Versorgung von Kindern wurden Analysen hochkomplexer Eingriffe wie beispielsweise der *Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen* (OPS-Kode 5-838.e, weitere Differenzierung nach Anzahl der verwendeten Implantate) durchgeführt. Diese Leistung kann seit dem OPS Version 2013 spezifisch verschlüsselt werden und konnte somit in der diesjährigen Kalkulation erstmals analysiert werden. Im NUB-Verfahren wurde die Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen bisher mit dem NUB-Status 1 bewertet. Im Ergebnis konnten die OPS-Kodes für die Verwendung von zwei und mehr Implantaten in die DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff [...]* aufgewertet werden. Damit ist dieses Verfahren ab 2015 der *Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von vertikalen expandierbaren Titanrippen* [VEPTR] (OPS-Kode 5-838.d) gleichgestellt.

Hervorzuheben für den Bereich der medikamentösen Zusatzentgelte ist die Schaffung einer neuen Kinderdosisklasse bei einem neuen unbewerteten Zusatzentgelt (ZE2015-101 *Gabe von Mifamurtid, parenteral*). Zusätzlich wurde die Definition der Zusatzentgelte für die *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* (ZE2014-97) und die *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* (ZE2014-98) um bestimmte Diagnosen für hämorrhagische Krankheiten beim Neugeborenen (z.B. P60 *Disseminierte intravasale Gerinnung beim Feten und Neugeborenen*) erweitert. Weitere Informationen bezüglich der in den Anlagen 2, 4, 5, 6 und 7 der FPV 2015 aufgeführten Zusatzentgelte finden sich in den Kapiteln 3.3.2.20 zum Themenbereich Onkologie, 3.3.2.7 zum Thema Gabe von Blutgerinnungsfaktoren sowie 3.4.1.3 zum Themenbereich Zusatzentgelte.

MDC 15 Neugeborene

Die Änderungen am Gruppierungsalgorithmus der MDC 15 für die G-DRG-Version 2015 betrafen u.a. wieder die beiden Funktionen „Schweres Problem“ bzw. „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“, die in der MDC 15 zahlreiche DRGs definieren. Hinweise im Vorschlagsverfahren gab es hier zu der Diagnose für die *Kandidose der Haut und der Nägel* (ICD-Kode B37.2), die in der G-DRG-Version 2014 Bestandteil dieser Funktionen war. Da der korrespondierende Diagnosekode für Neugeborene P37.5 *Kandidose bei Neugeborenen* nicht in den Funktionen enthalten war, ergab sich an dieser Stelle hinsichtlich der Frage, ob der Kode B37.2 überhaupt bei Neugeborenen verschlüsselt werden darf, ein gewisses Streitpotential, da je nach Kodierung eine unterschiedliche Eingruppierung resultieren konnte. Es zeigte sich in den durchgeführten Analysen, dass Fälle mit dem Diagnosekode B37.2 nicht mit höheren Kosten verbun-

den waren. Dementsprechend erfolgt ab 2015 die Abbildung aufwandsadäquat nicht mehr über die beiden genannten Funktionen.

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 *Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici* (OPS-Kode 5-630). Fälle, die ausschließlich eine dieser Prozeduren aufweisen, werden damit zukünftig einer konservativen statt einer operativen Basis-DRG zugeordnet.

3.3.2.29 Wirbelsäulenchirurgie

Nachdem in den Vorjahren bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die operativen Eingriffe an der Wirbelsäule eine bedeutende Rolle gespielt und zu zahlreichen und umfangreichen Umbauten des Systems geführt hatten, waren in diesem Jahr die Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren zu dieser Thematik weniger ausgeprägt. Ungeachtet dessen führten die externen Vorschläge und die internen Weiterentwicklungen erneut zu umfangreichen Analysen dieses komplexen Themenbereichs, was angesichts der hochdifferenzierten und umfangreichen Systematik unerlässlich war.

Beispiele für die Weiterentwicklung des Systems finden sich, wie schon im Vorjahr, in den Umbauten der Basis-DRG I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule [...]*. Hier lag in diesem Jahr ein Schwerpunkt auf der Überprüfung und Neuuzuordnung von „unspezifischen“ Prozeduren, was nicht zuletzt auch durch externe Anregungen von extern einen größeren Umfang von Eingriffen beinhaltete. Häufig zeigte sich hier eine nicht sachgerechte Vergütung von weniger kostenintensiven Verfahren in teureren DRGs, sodass auf Grundlage der Kalkulationsdaten eine Neugruppierung folgender beispielhaft genannter Eingriffe notwendig war:

Eingriff	Fälle aus DRG	Fälle in DRG
Drainage sonstiger epiduraler Flüssigkeit	I10D	I10E
Sonstiger Knochenersatz an der Wirbelsäule	I10B	I10C
Vertebroplastie an zwei und drei Wirbelkörpern	I10B	I10C und I10D
Sonstige und nicht näher bezeichnete andere Operationen an der Wirbelsäule (bei äußerst schweren CC)	I10A	I10B
Operationen an intraspinalen Blutgefäßen	I10D	I10E
Sonstige andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule	I10C und I10D	I10E

Tabelle 18: Beispiele für Neugruppierungen in der Basis-DRG I10

Daneben ergaben die Analysen der Basis-DRG I10 auch, dass bestimmte Eingriffe höhere Kosten aufwiesen als andere Eingriffe in den betroffenen DRGs. Im Ergebnis wurden die entsprechenden Verfahren aufgewertet, wie beispielsweise Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation (DRGs I10D und I10E → DRG I10B).

Osteosyntheseverfahren an der Wirbelsäule stellen häufig umfangreiche Eingriffe dar, die zudem nicht selten eine aufwendige Verschlüsselung notwendig machen und deren Abbildung im G-DRG-System vielfach hochkomplexe Eingruppierungsalgorithmen erfordert. Diese Systematiken und zusätzlich zahlreiche Eingriffe werden auf Basis der jeweils aktuellen Kalkulationsdaten immer wieder auf ihre Systemtauglichkeit untersucht. In diesem Jahr war in diesem Bereich kein umfangreicher Umbau notwendig, um eine sachgerechte Abbildung der Verfahren zu ermöglichen. Einzelne Eingriffe mussten neu eingruppiert werden, da ihre Kosten nicht mehr zu den ermittelten Kosten der übrigen Eingriffe der jeweiligen DRG passten. So zeigte sich beispielsweise, dass die Osteosynthese eines Wirbelsäulensegments durch Hakenplatte bei deutlich geringeren Kosten in den DRGs I09E und I09F sachgerecht abgebildet ist (zuvor in den DRGs I09C und I09D).

Zu den regelmäßigen umfangreichen Untersuchungen auf Basis der Kalkulationsdaten gehört auch die Überprüfung von Eingriffen, die im Rahmen des NUB-Verfahrens (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) analysiert wurden, auf ihre Integrierbarkeit in das G-DRG-System. So wurde im Bereich der Wirbelsäulen Chirurgie im OPS Version 2013 ein Codebereich für die *Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen (5-838.e*)* etabliert. Damit waren diese Fälle erstmals in der Kalkulationsphase 2014 analysierbar. Bisher stellte dieser Eingriff eine Leistung mit NUB-Status 1 dar. Die aktuellen Untersuchungen ergaben, dass dieser Eingriff mit zwei und mehr Implantaten bei entsprechenden Kosten der Fälle zukünftig der DRG I06A zugeordnet werden kann, wodurch er mit der Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrip-pen (VEPTR) gleichgestellt ist.

Immer wieder erreichen uns auch Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren bezüglich der Abbildung einzelner spezifischer Prozeduren, die erstmals im aktuellen Kalkulationsjahr im OPS abgebildet waren. So gibt es seit dem OPS Version 2014 beispielsweise spezifische Schlüsselnummern für die perkutane Radiofrequenzablation an der Wirbelsäule oder den Verschluss eines Bandscheibendefekts (Anulus) mit Implantat. Da diese Schlüssel im Datenjahr 2013 noch nicht vorhanden waren, ist eine entsprechende spezifische Analyse häufig nicht möglich. Es wird jedoch versucht, die Verfahren indirekt zu analysieren. In manchen Fällen kann eine Untersuchung anhand von Vorgängerkodes der entsprechenden Verfahren durchgeführt werden, sofern diese vorhanden und inhaltlich deckungsgleich sind. Die beiden o.g. Eingriffe konnten bis 2013 nicht in ihrer Spezifität abgebildet werden, sodass eine entsprechende Analyse in der Kalkulationsphase 2014 nicht möglich war. Sie werden ab 2015 erstmals trennscharf untersuchbar sein.

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

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2015 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 im G-DRG-System zu integrieren.

NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 19 dargestellt.

NUB-Verfahren	Status 2014	ZE2015	Bezeichnung Zusatzentgelt
Mifamurtid	1	ZE2015-101	Gabe von Mifamurtid, parenteral
Decitabine	1	ZE2015-102	Gabe von Decitabine, parenteral
Abatacept, subkutan	1 bzw. 2	ZE2015-106	Gabe von Abatacet, subkutan
Koronarstent, Medikamente-freisetzend, komplett bioresorbierbar	1	ZE2015-107	Medikamente-freisetzende biore-sorbierbare Koronarstents
Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran	1	ZE2015-109	Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran

Tabelle 19: Leistungen mit NUB-Status 1, die ab G-DRG-Version 2015 als Zusatzentgelt abgebildet sind

Neben der Integration von NUB-Leistungen mittels Zusatzentgelten wurden zwei für 2014 mit Status 1 gekennzeichnete Leistungen in die Definitionen von Fallgruppen aufgenommen. Fälle mit minimalinvasiver Implantation von zwei verschiedenen Herzklappen werden im G-DRG-System 2015 der DRG F36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems >-/1104/1104 P., mit bestimmter OR-Proz. od. >588/552/552 P. mit endovaskulärem Aortenstentgraft oder minimalinvasiver Eingriff an mehr. Herzklappen* zugeordnet. Des Weiteren wurde die Therapie der Skoliose mittels magnetisch kontrollierter Stangen bei Verwendung von zwei und mehr Stangen durch Erweiterung der Definition der DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff [...]* integriert. Außerdem wurde eine Leistung, die für 2014 den NUB-Status 4 erhalten hatte, in das G-DRG-System integriert. Zukünftig werden Fälle mit endovaskulärer Trikuspidalklappenrekonstruktion entsprechend ihren Kosten in den Kalkulationsdaten der DRG F98C *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff* zugeordnet.

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 von NUB-Leistungen auch die Sachgerechtigkeit in dem Sinne überprüft, dass die Kostenangaben der NUB-Anfragen anhand objektiver Leistungs- und Kostendaten verifiziert werden. Sollte sich in den Daten eine sachgerechte Vergütung einer Leistung zeigen, die bisher die NUB-Kriterien erfüllt hat, 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 konnten (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 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 1,878 ein niedrigeres Relativgewicht als die danach (innerhalb der MDC05 an Position 78) abgefragte DRG F19C *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre* (RG: 1,959).

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	1,878	2,8	1	0,612	6	0,169
F19C	O	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	1,959	4,8	1	0,825	12	0,101
F19D	O							

Abbildung 18: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2015

Die Abfrage der DRG F19B vor 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 4,8 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 sechsten Tag ein Zuschlag geltend gemacht werden (siehe Abb. 82). 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 geringem Inlier-Relativgewicht. Entsprechend muss auch die Abfrageposition der DRG F19B vor F19C liegen.

Umleitungen

Aufgrund der hohen Komplexität des G-DRG-Systems ist es in zunehmendem Maße erforderlich, sogenannte „Umleitungen“ zwischen verschiedenen MDCs in die Abfrage-logik des DRG-Groupers zu implementieren. Diese weisen einen Fall, der (typischerweise) aufgrund seiner Hauptdiagnose bereits einer MDC zugeordnet ist, auf Basis weiterer Parameter, z.B. von Prozedurenkodens, einer anderen MDC zu. Bisher waren die Definitionen dieser Umleitungen im G-DRG-Handbuch nicht entsprechend abgebildet. In der G-DRG-Version 2015 wurden erstmals die MDC-Umleitungen als Funktionen in

das System integriert. Funktionen sind logische Definitionen, die typischerweise an mehreren Stellen des DRG-Gruppierungsalgorithmus, oft in mehreren MDCs, vorkommen. Durch die Abbildung als Funktionen wurde die Darstellung der Umleitungen mit der dazugehörigen Logik und den Kodetabellen am Ende der jeweiligen MDC, in der die Umleitung stattgefunden hat, ermöglicht. Dadurch werden die Handhabung und die Übersichtlichkeit des G-DRG-Definitionshandbuchs Version 2015 verbessert. Die neue Darstellungsweise der Umleitungen hat keine inhaltlichen Änderungen im G-DRG-System zur Folge und somit wird auch das Ergebnis der Eingruppierung nicht verändert.

Als Beispiel für die neuen Funktionen kann die Funktion „Umleitung Große Eingriffe bei Adipositas bei alveolärer Hypoventilation (UGEAAH)“ in der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* genannt werden, die mit dem G-DRG-System 2014 etabliert wurde. Während ein Fall mit einer Hauptdiagnose E66.2- *Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation* typischerweise in die MDC 04 eingruppiert wird, werden Fälle, die zusätzlich einen großen Eingriff bei Adipositas aufweisen, über eine Umleitung der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* zugeordnet, da in dieser MDC eine DRG zur sachgerechten Abbildung dieser Eingriffe besteht. Diese Funktion kann im Definitionshandbuch nun am Ende der MDC 04 nachvollzogen werden.

Weitere neue Funktionen sind die in die MDC 10 etablierten Funktionen „Umleitung Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen mit Gefäßeingriff (UEDKMG)“, „Umleitung Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen ohne Gefäßeingriff (UEDKOG)“ und „Umleitung Diabetischer Fuß und K09 (UDFK09)“. Des Weiteren wurden in die MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* die neue Funktion „Umleitung Stammzellentnahme bei Eigenspender (USE)“ und in die MDC 18A *HIV* die Funktion „Umleitung in die DRGs R61A bis R61C (UR61)“ eingeführt. Zudem wurde in die MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* die neue Funktion „Umleitung TUR der Blase (UTB)“ etabliert.

Die beschriebenen Veränderungen führen in der Version 2015 insgesamt zu einer verbesserten Übersicht des G-DRG-Definitionshandbuchs.

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 2015 gültige ICD-10-GM Version 2015 enthält insgesamt 13.440 terminale Codes und somit 59 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2014 (13.381). Über 99% dieser Codes (13.348) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes gegenüber dem Vorjahr.

Der OPS Version 2015 enthält insgesamt 29.203 terminale Codes. Das sind 375 Codes mehr als im OPS Version 2014 (28.828). Die Mehrzahl der Codes (27.229, 93%) 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 2015 beim InEK eingegangenen Vorschläge zur Umformulierung bestehender Codes bzw. zur Etablierung neuer Codes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet.

Über die im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2015 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die Notwendigkeit weiterer neuer Codes deutlich. Dies betrifft beispielsweise die neuen OPS-Codes für das Einlegen von nicht Medikamente-freisetzenden Stents an Koronargefäßen (8-837.k). Diese werden im G-DRG-System 2015 noch detaillierter nach der Anzahl der eingelegten Stents differenziert. Während im G-DRG-System 2014 nur zwischen dem Einlegen von mindestens zwei Stents in eine oder mehrere Koronararterien unterschieden wurde (8-837.k1 bzw. 8-837.k2), kann im G-DRG-System 2015 zusätzlich nach der Anzahl der Stents von mindestens zwei bis zu mindestens sechs Stents unterschieden werden (8-837.k3 bis 8-837.kc). Somit wurde die Abbildung dieses Verfahrens an die Codes für Medikamente-freisetzende Stents angeglichen und kann nun noch spezifischer verschlüsselt werden.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2015 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 der Codes für Einführung (5-209.f), Wechsel (5-209.g) oder Entfernung (5-209.h) eines Implantats zur direkten akustischen Stimulation der Cochlea [DACI].

Weiterhin gibt es neue OPS-Codes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2015 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-005.g *Applikation von Medikamenten, Liste 5 Mifamurtid, parenteral* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE2015-101 *Gabe von Mifamurtid, parenteral*.

Entsprechend der Vorgehensweise der Vorjahre wurden auch für 2015 bestehende ICD-Kodes differenziert bzw. neue ICD-Kodes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurde die Kategorie J80 *Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]* um neue fünfte Stellen zur Kodierung des Schweregrades des ARDS nach der Berlin-Definition ergänzt: J80.01 *Mildes Atemnotsyndrom des Erwachsenen*, J80.02 *Moderates Atemnotsyndrom des Erwachsenen*, J80.03 *Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen* und J80.09 *Atemnotsyndrom des Erwachsenen, Schweregrad nicht näher bezeichnet*. Auf diese Weise wird eine spezifischere Verschlüsselung dieser Erkrankung ermöglicht.

3.3.5.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2015 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2015 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2013 (Datenjahr 2013). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2013 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2013 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2015 stand zunächst die G-DRG-Version 2013/2015 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2015 anhand der im Datenjahr 2013 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des G-DRG-Systems 2015 für die Gruppierung im Jahr 2015 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei weitere Schritte notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2013/2015 auf das G-DRG-System 2014/2015 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 2014 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes die Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2013 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2015 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2014/2015. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2013/2014 auf die G-DRG-Version 2014 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht des Jahres 2014 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2014/2015 auf die G-DRG-Version 2015 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 2015 auf Basis der Leistungsdaten der Jahre 2013 bzw. 2014 zu führen. Zu diesem Zweck wurden sie bereits vor Veröffentlichung der G-DRG-Version 2015 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 in den folgenden Abschnitten 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

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Klassifikatorische Überleitung

Im Rahmen der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2015 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2014/2015 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den im Jahr 2015 neu etablierten fünfstelligen Codes aus D68.0-*Willebrand-Jürgens-Syndrom* die Funktion des im Jahr 2014 gültigen vierstelligen Codes D68.0 *Willebrand-Jürgens-Syndrom* zugewiesen (siehe Tab. 20).

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2014)	Neue Kodes (ICD-10-GM Version 2015)
D68.0 <i>Willebrand-Jürgens-Syndrom</i>	D68.00 <i>Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom</i> D68.01 <i>Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom</i> D68.09 <i>Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet</i>

Tabelle 20: Differenzierung des ICD-Kodes D68.0 *Willebrand-Jürgens-Syndrom*

Die neuen Kodes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den alten Kode D68.0 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2015:

In jeder Tabelle des G-DRG-Systems 2014/2015, in welcher der alte ICD-Kode D68.0 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2015 jeweils die neuen Kodes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnosentabelle der MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems*
- „Komplexe Diagnose (bei Beatmung)“ der DRGs A07D, A09E, A11F und A13F der Prä-MDC
- „Komplexe Diagnose bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses“ der DRG D30A und „Komplexe Diagnose“ der DRGs G16A und G16B, sowie „Komplizierende Diagnose bei Stoffwechselerkrankungen“ der DRG K62A
- „Tumordiagnosen und angeborene Fehlbildungen“ der DRGs A09A, A09B und A11B der Prä-MDC
- „Bestimmte Erkrankungen am Gastrointestinaltrakt, Koagulopathie“ der DRG G67A der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*
- Tabellen der Funktionen „Schweres Problem beim Neugeborenen (SPNG)“ und „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen (MSPNG)“ der MDC 15
- „Erkrankung des retikuloendothelialen und des Immunsystems, Gerinnungsstörungen“ und „Komplexe Diagnose bei Erkrankungen des Immunsystems, Gerinnungsstörungen“ der DRGs Q60A, Q60B und Q60C der MDC 16

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

Da durch die Differenzierung des Codes für das Willebrand-Jürgens-Syndrom eine Unterscheidung zwischen der hereditären und der erworbenen Form dieser Gerinnungsstörung ermöglicht wird, werden die neuen Codes gemäß dem Beschluss der Selbstverwaltung verschiedenen Tabellen der Anlage 7 *Zusatzentgelte-Katalog Blutgerinnungsstörungen* des Fallpauschalen-Katalogs 2015 zugeordnet. Der Code D68.00 *Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom* wurde der Tabelle für ZE2015-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* (Tabelle 1) zugeordnet, während die Codes D68.01 *Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom* und D68.09 *Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet* der Tabelle für die zu differenzierenden ICD-Kodes (Tabelle 3) zugeordnet werden. Somit werden diese bei einer zusätzlichen Kennzeichnung mit dem ICD-Kode U69.11! *Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung* dem extrabudgetären ZE2015-97 und bei einer Kennzeichnung mit dem ICD-Kode U69.12! *Temporäre Blutgerinnungsstörung* dem Zusatzentgelt ZE2015-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* zugeordnet.

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 die *Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung* (8-839.a ff.) auf den unspezifischen Code für *Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige* (8-839.x) übergeleitet. Dieser unspezifische Code ist jedoch im G-DRG-System 2015 nicht gruppierungsrelevant, sodass entsprechende Fälle, die diesen Code besitzen, in einer konservativen DRG abgebildet werden würden, soweit sie keine andere gruppierungsrelevante OR-Prozedur aufweisen. Daher ist hier aus Sicht des G-DRG-Systems eine vom DIMDI abweichende, am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung geboten. Die neuen OPS-Kodes 8-839.a ff. wurden daher auf die Codes für die *Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung* (8-839.4 ff.) 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 in den gleichen DRGs eingruppiert werden.

Im OPS 2015 fanden umfangreiche Veränderungen hinsichtlich der Verschlüsselung der Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk statt. So kam es zur Streichung der Codes für die Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk, die nach dem Merkmal „mit“ und „ohne“ Patellaersatz differenziert waren. Diese Codes wurden für die G-DRG-Version 2015 auf die neuen Codes in diesem Bereich übergeleitet. Der Patellaersatz ist ab 2015 gesondert zu kodieren (5-822.8 ff.). Je nach Kniegelenkendoprothesentyp konnten diese Codes unterschiedliche Gruppierungsrelevanz besitzen. Der Gruppierungsalgorithmus konnte für 2015 so angepasst werden, dass sich trotz der strukturell veränderten Kodierung weiterhin eine Kongruenz zwischen Kalkulation (Datenjahr 2013) und Abrechnung im Jahr 2015 ergibt.

3.3.5.4 **Behandlung nicht identischer Kodes ohne „Vorgängerkode“ (neue Kodes)**

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Kodes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorlag, bestanden verschiedene Varianten der Berücksichtigung im G-DRG-System 2015:

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

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Die Kodes 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. Aktuelles Beispiel ist der neu in den OPS Version 2015 aufgenommene Code für die *Applikation einer Spenderstuhlsuspension: Koloskopisch* (8-129.0). Dieser Code ist im G-DRG-System 2015 eine gültige Prozedur ohne Gruppierungsrelevanz.

Grundsätzlich ist eine generelle Nichtberücksichtigung im G-DRG-System nur bei OPS-Kodes 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 Kodes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2014 oder 2015 neu etablierte ICD- und OPS-Kodes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2015 vorliegen, nicht vorhanden. Es ist in bestimmten Fällen jedoch möglich, diese über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten auf Basis verfügbarer Kodes im Rahmen der Kalkulation zu untersuchen und ggf. dennoch eine Zuordnung zu einer DRG zu erreichen.

Die Kodes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Kodes zugeordnet

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

3.3.5.5 Hinweise zur Leistungsplanung und Budgetverhandlung

Anhand des beschriebenen Vorgehens konnte das Ziel erreicht werden, die größtmögliche inhaltliche Kongruenz zwischen der ersten Übergangsversion 2013/2015 und der G-DRG-Version 2015 zu erhalten. Allerdings ist die unkritische Übernahme der Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Versionen 2013/2015 für die Daten aus 2013 und 2014/2015 für die Daten aus 2014 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 erneut auf einer – bereits für die Version 2014 begonnenen – grundlegenden Überarbeitung von Kapitel 15 „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ auf Basis umfangreicher Hinweise der Fachgesellschaft im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2015. Zusätzlich zur Klarstellung und redaktionellen Anpassung einzelner Kodierrichtlinien erfolgte generell eine Anpassung an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2015.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- DKR 0201n: Aufnahme eines neuen Beispiels zur Klarstellung der Kodierung von Fällen, bei denen die stationäre Aufnahme zum Mammaaufbau nach Ablatio mammae erfolgt und keine anderen therapeutischen und/oder diagnostischen Maßnahmen bezüglich der Grunderkrankung durchgeführt werden.
- DKR 0903n: Es wurde klargestellt, dass ein Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand auch dann kodiert werden kann, wenn die Wiederbelebungsmaßnahmen in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Aufnahme z.B. präklinisch durch den Notarzt stattgefunden haben und dass nur bei Reanimation durch das Krankenhaus im Rahmen eines Herzstillstands außerdem der OPS-Kode 8-771 *Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation* zuzuweisen ist.
- DKR 1510n: Regelung der Kodierung von Komplikationen in der Schwangerschaft für Fälle mit Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts. Hier werden zukünftig die Diagnosen aus den Codebereichen B15–B19 *Virushepatitis* bzw. aus K70–K77 *Krankheiten der Leber* zusammen mit dem Code O26.6 *Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes* angegeben. Damit wurde die spezifische Kodierung von Komplikationen in der Schwangerschaft weiter verbessert. Ermöglicht wurde diese Änderung durch eine vorbereitende Anpassung der CCL-Matrix. Weitere Informationen dazu finden sich in Kapitel 3.3.1.4.
- DKR 1520n: Die beiden Beispiele dieser Kodierrichtlinie wurden gestrichen, da diese DKR nicht die Wahl der Hauptdiagnose regeln soll.

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2015 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 2015 umfasst insgesamt 1.200 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2014 bietet die folgende Tabelle 21:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2015	1.200	+ 4
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.152	+ 4
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	43	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	20	± 0
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	346	+ 21

Tabelle 21: Überblick über das G-DRG-System 2015

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

Im Zusatzentgelte-Katalog (FPV 2015 Anlage 2) werden 97 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 95) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (FPV 2015 Anlage 4) liegt bei 73 (Vorjahr: 64).

3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im G-DRG-System 2015 ist die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2014 mit 43 DRGs gleich geblieben.

Die als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs wurden abschließend definiert, sodass 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 2015 dazu, dass sich die 43 in Anlage 3a der FPV 2015 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 G-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 2015 um 2 auf insgesamt 97.

Tabelle 22 zeigt die Zahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2015 im Vergleich zum G-DRG-System 2014:

	G-DRG-System 2014	G-DRG-System 2015
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	35	37
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	56	56
Besondere Behandlungsformen	4	4
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	34	37
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	27	33
Besondere Behandlungsformen	3	3
Gesamt	159	170

Tabelle 22: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2014 und 2015

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 *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2015-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2013-36) und die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2015-40) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

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 An-

lage 4 (unbewertet) wurde für die Bewertung der Vorjahreswert unverändert übernommen.

Die perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreiver-Systems ist seit 2013 spezifisch kodierbar und wurde seitens des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) im Rahmen der Überleitung den Mikrodrahtretreiver-Systemen klassifikatorisch gleichgestellt. Dementsprechend wurde dieses aufwendige und kostenintensive Verfahren trotz fehlender spezifischer Kostendaten über das Zusatzentgelt ZE133 *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretreiver- oder Stentretreiver-Systems* im G-DRG-System abgebildet. In diesem Jahr konnte die beschriebene Leistung erstmals auf Basis regulärer Daten kalkuliert und bewertet werden. Die Analysen bestätigten, dass die Verwendung eines Stentretreiver-Systems mit deutlich höheren Kosten verbunden ist als die Verwendung eines Mikrodrahtretreiver-Systems. Aus diesem Grund wurde das Zusatzentgelt ZE133 differenziert. Die Verwendung eines Stentretreiver-Systems wird ab dem G-DRG-System 2015 über das spezifische Zusatzentgelt ZE156 *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreiver-Systems* unterteilt nach Anzahl der verwendeten Systeme abgebildet.

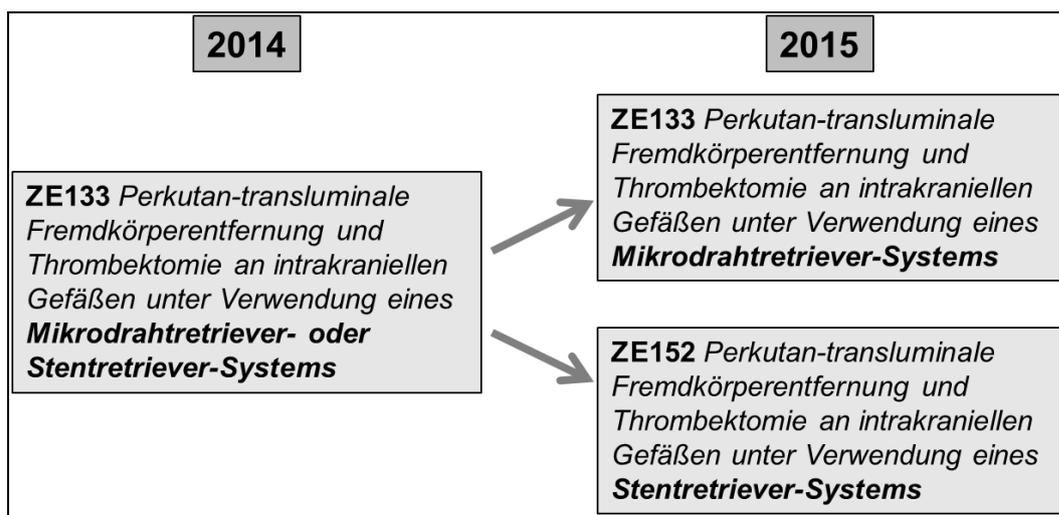


Abbildung 19: Differenzierung des Zusatzentgelts ZE133 im G-DRG-System 2015

Die Daten des Jahres 2013 ermöglichten ebenfalls eine Differenzierung des bestehenden Zusatzentgelts für verschiedene Harnkontinenztherapien (ZE134). Die Analyse betroffener Fälle zeigte, dass die suprapubische urethrovesikale Zügeloperation mit deutlich niedrigeren Kosten verbunden ist als andere Harnkontinenztherapien. Basierend auf diesem Ergebnis wurde das gesonderte Zusatzentgelt ZE153 *Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar* etabliert.

Die Datenlage des Jahres 2013 ermöglichte weiterhin Änderungen im Bereich der Medikamente-freisetzenden koronaren Ballonkatheter. Der überwiegende Anteil der Fälle mit nur einem Ballonkatheter weist deutlich geringere Mehrkosten gegenüber anderen Fällen der PTCA-DRGs aus als noch in den vergangenen Jahren, da die Sachkosten zum Teil über eine kürzere Verweildauer kompensiert wurden. Aus diesem Grund erfolgte die Ermittlung des Zusatzentgelt-Betrags für die Verwendung eines Ballons an

Koronargefäßen aus dem Fallkosten-Delta (in Analogie zur Kalkulation der Zusatzentgelte für Medikamente-freisetzende peripheren Ballonkatheter). Bei Fällen mit mehr als einem Ballonkatheter ist dieses Fallkostendelta allerdings höher, dementsprechend erhöht sich ab dem zweiten Ballon der Zusatzentgelt-Betrag um den reinen Sachkostenanteil für diese Leistung (siehe Abb. 20).

ZE136 <i>Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen</i>				
2014		2015		Fallkostendifferenz
836,37 €	1 Ballon	383,45 €		
1.672,74 €	2 Ballons	1.096,54 €		
2.509,11 €	3 Ballons	1.809,63 €		
3.345,48 €	4 Ballons	2.522,72 €		

Abbildung 20: Beträge der Zusatzentgelte für Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen (ZE136) nach Anzahl

Neben den beschriebenen Veränderungen im Bereich bewerteter Zusatzentgelte für Verfahren weist der Fallpauschalen-Katalog für 2015 drei neue unbewertete Zusatzentgelte für Verfahren aus: ZE2015-107 *Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents*, ZE2015-108 *Implantation einer Irisprothese* und ZE2015-109 *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran*.

In die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte wurden außerdem zwei neue Zusatzentgelte für die Medikamentengaben aufgenommen: ZE2015-101 *Gabe von Mifamurtid, parenteral* und ZE2015-102 *Gabe von Decitabine, parenteral*. Beide Medikamente hatten für das Jahr 2014 den NUB-Status 1. Die Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgeltdefinition, konnten jedoch wie alle in Anlage 4 des Fallpauschalen-Katalogs zusammengefassten Leistungen auf der vorhandenen Datenbasis nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

Bei den Leistungen für die *Gabe von Topotecan, parenteral; Irinotecan, parenteral; Paclitaxel, parenteral; Docetaxel, parenteral* und *Temozolomid, oral* setzte sich der schon in den vergangenen Jahren beobachtete Preisverfall weiter fort. Basierend auf den ergänzenden Daten des Datenjahres 2013 konnten diese Zusatzentgelte aber weiterhin bewertet werden. Die in den letzten Jahren zum Teil geänderten Dosisklassen zur Absicherung der Vergütung teurer Fälle, z.B. teilstationärer Chemotherapien über sehr lange Zeiträume, wurden beibehalten.

Informationen aus Verfahren nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB-Verfahren) und diverse Hinweise im Vorschlagsverfahren thematisierten die Gabe von zusatzentgeltfähigen Medikamenten in neuen Applikationsformen. Beispielsweise wurde für die Gabe von Rituximab (G-DRG-System 2014: ZE82 *Gabe von Rituximab, parenteral*) im Laufe des Jahres 2014 eine subkutane Darreichungsform als Einmal-Fertigspritze im Markt eingeführt. In diesem Zusammenhang wurde das InEK von einer Fachgesellschaft darauf hingewiesen, dass eine Abrechnung des ZE82 (auf mg-Basis) basierend auf der für

2014 gültigen Kodierung prinzipiell möglich sei, dies allerdings zu einer deutlichen Übervergütung der Leistung führt, da die Kosten einer Fixdosis von 1.400 mg vergleichbar denen der intravenösen Therapie von ca. 700 mg seien. Da die Abrechnung beider Applikationsformen über das bestehende Zusatzentgelt im Widerspruch zu einer sachgerechten Vergütung steht, wurden sowohl der OPS-Kode als auch das Zusatzentgelt differenziert. Basierend auf den Daten des Jahres 2013 wird die intravenöse Gabe von Rituximab zukünftig über das bewertete Zusatzentgelt ZE 148 *Gabe von Rituximab, intravenös* abgebildet. Da über die subkutane Gabe von Rituximab keine Leistungs- und Kostendaten vorlagen, wurde diese Leistung in die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte aufgenommen – ZE2015-103 *Gabe von Rituximab, subkutan*.

Eine ähnliche Situation mit unterschiedlichen Applikationsformen bestand bei der Gabe von Abatacept (G-DRG-System 2014: ZE118 *Gabe von Abatacept, parenteral*). Anders als die intravenöse Form wird Abatacept subkutan einmal wöchentlich als Fixdosis von 125 mg verabreicht. Typischerweise erreichen betroffene Fälle damit nicht die Einstiegsschwelle des ZE118 (für Erwachsene: 500 mg) und die subkutane Gabe war somit gegenüber der intravenösen Darreichungsform systematisch benachteiligt. Diese Sachlage war auch schon durch das NUB-Verfahren 2014 bekannt und hatte zur Folge, dass die Gabe von Abatacept, subkutan unterhalb der Einstiegsschwelle des ZE118 den Status 1 erhielt. Damit wurde für die Gabe von Abatacept ebenfalls eine Differenzierung des betroffenen Zusatzentgelts und des OPS-Kodes erforderlich (vgl. Tab. 23).

Seit dem G-DRG-System 2010 ist die Gabe von Posaconazol über ein bewertetes Zusatzentgelt abrechenbar. Posaconazol wurde bis Mitte 2014 nur als orale Suspension verabreicht. Mit Einführung einer magensaftresistenten Tablette ergab sich das Problem, dass diese neue Darreichungsform nur noch halb so hoch dosiert wird wie die Suspension, aber bei gleichbleibenden Kosten pro Gabe über das bestehende Zusatzentgelt (auf mg-Basis) nicht mehr sachgerecht abgebildet werden konnte. Ab dem G-DRG-System 2015 wird die orale Gabe von Posaconazol deshalb unterteilt nach Suspension (ZE150 *Gabe von Posaconazol, oral, Suspension*) und Tabletten (ZE2015-105 *Gabe von Posaconazol, oral, Tablette*). Auch hierfür wurde der OPS-Kode differenziert.

Wie bei Rituximab war auch bei parenteraler Gabe von Trastuzumab eine Differenzierung von Zusatzentgelt und OPS-Kode für die intravenöse und subkutane Darreichungsform erforderlich (vgl. Tab. 23).

Wirkstoff	Applikationsform	ZE (2015)	Einstiegsschwelle (für Erw.)	ZE-Text	OPS-Kode (2015)
Rituximab	intravenös	ZE148	150 mg	Gabe von Rituximab, intravenös	6-001.h*
	subkutan	ZE2015-103	1.400 mg	Gabe von Rituximab, subkutan	6-001.j*
Trastuzumab	intravenös	ZE149	100 mg	Gabe von Trastuzumab, intravenös	6-001.k*
	subkutan	ZE2015-104	600 mg	Gabe von Trastuzumab, subkutan	6-001.m*
Posaconazol	oral, Suspension	ZE150	3.000 mg	Gabe von Posaconazol, oral, Suspension	6-007.0*
	oral, Tabletten	ZE2015-105	1.500 mg	Gabe von Posaconazol, oral, Tablette	6-007.1*
Abatacept	intravenös	ZE151	500 mg	Gabe von Abatacept, intravenös	6-003.s*
	subkutan	ZE2015-106	250 mg	Gabe von Abatacept, subkutan	6-003.t*

Tabelle 23: Im G-DRG-System 2015 nach Applikationsform differenzierte Zusatzentgelte für Medikamente

Seit Beginn der Etablierung von Zusatzentgelten sind die Gaben von Thrombozytenkonzentraten und die Gaben von Apherese-Thrombozytenkonzentraten als gesonderte bewertete Zusatzentgelte im Fallpauschalen-Katalog aufgelistet. Spezifische OPS-Kodes für pathogeninaktivierte Konzentrate wurden erst im OPS Version 2014 neu etabliert. Aus dem Vorschlagsverfahren für 2014 lagen dem InEK Hinweise zu deutlich höheren Kosten von pathogeninaktivierten Konzentraten im Vergleich zu herkömmlichen Konzentraten vor. Da die Gabe von pathogeninaktivierten Konzentraten im Datenjahr 2013 anhand der gültigen OPS-Kodes nicht eindeutig identifiziert werden konnte, wurde diese Leistung im Rahmen der ergänzenden Datenabfrage spezifisch abgefragt. Da jedoch sowohl die Anzahl der gelieferten Fälle als auch die der erbringenden Kalkulationskrankenhäuser für ein belastbares Ergebnis deutlich zu gering war, war die Kalkulation gesonderter Zusatzentgelte für pathogeninaktivierte Konzentrate nicht möglich.

Für den OPS Version 2015 wurden die Dosisklassen verschiedener Arten von Thrombozytenkonzentraten vereinheitlicht. Basierend auf den neuen Dosisklassen sind die Leistungen im Fallpauschalen-Katalog für 2015 unter ZE146 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* bzw. ZE147 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* aufgeführt. Entsprechende pathogeninaktivierte Konzentrate sind ZE146 bzw. ZE147 zugeordnet. Im Vergleich zu 2014 wurden die Einstiegsschwellen der Zusatzentgelte für die verschiedenen Arten von Thrombozytenkonzentraten nicht geändert.

3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-Systeme 2013, 2014 und 2015) von 1.187 auf 1.196 und nun auf 1.200 angestiegen. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Anzahl bewerteter DRGs von 1.142 über 1.148 auf 1.152.

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

- die geänderte Komplexität des Systems die Krankenhäuser betrifft und
- 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 2013, 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 nahezu unverändert ist. Rund 62% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (vgl. Abb. 21).

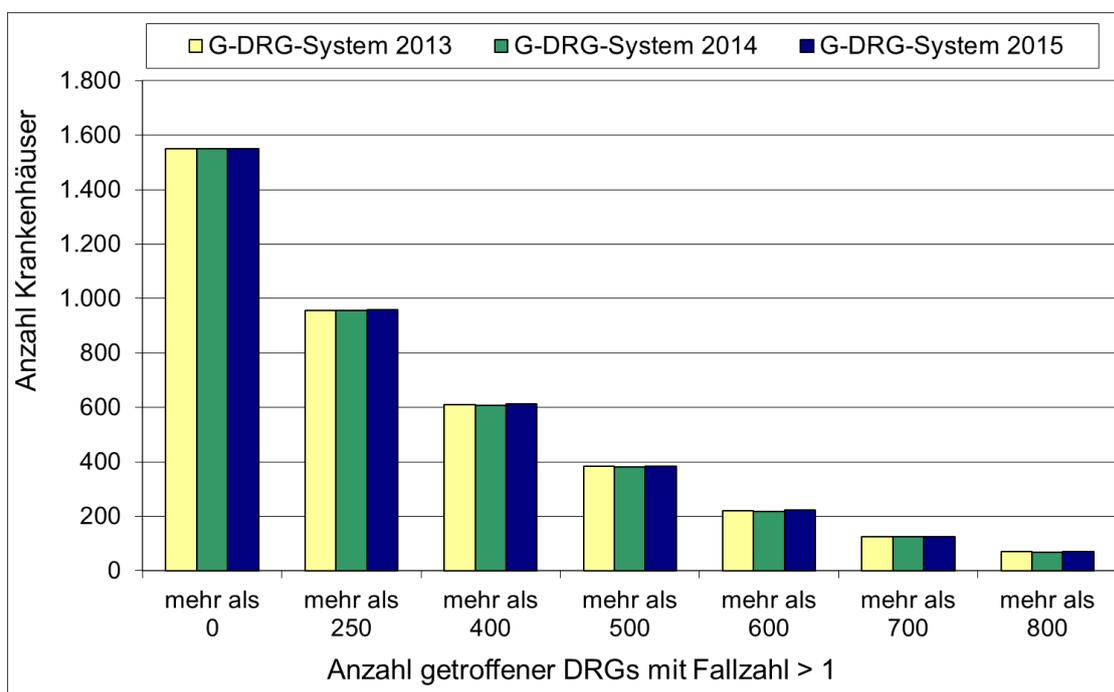


Abbildung 21: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus (Fallzahl > 1) für die drei G-DRG-Systeme 2013, 2014 und 2015, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2013

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 76% aller abrechenbaren vollstationären Fälle ab. Der Grad der Pauschalierung hat im Vergleich der drei untersuchten G-DRG-Systeme zugenommen (vgl. Abb. 22).

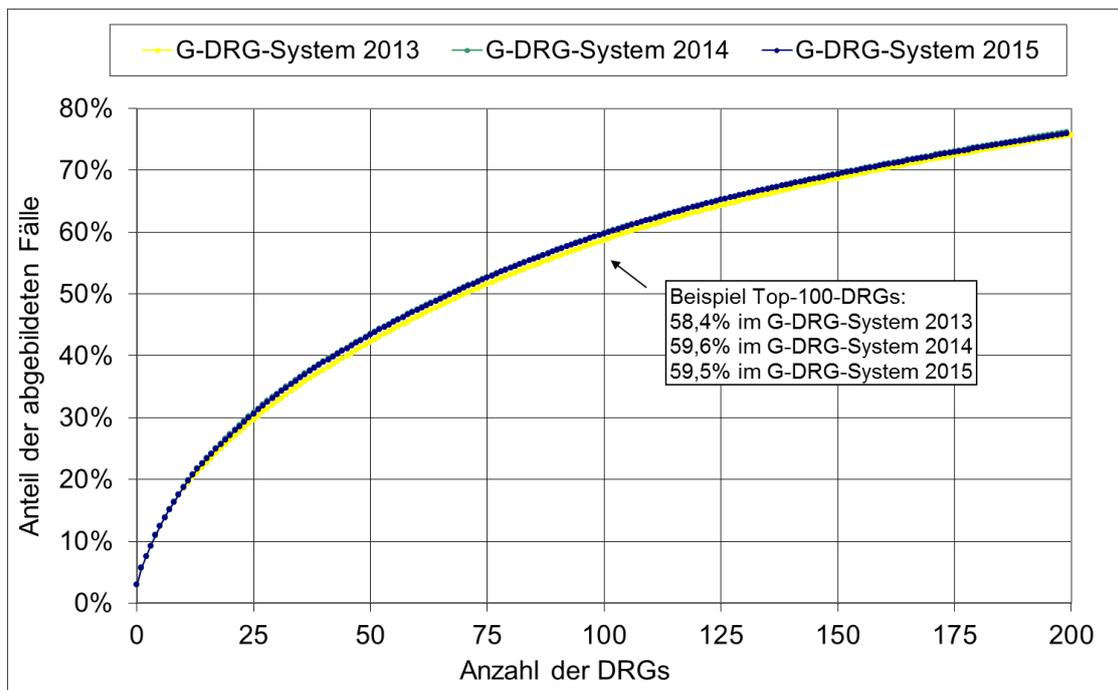


Abbildung 22: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2013, 2014 und 2015, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2013

In der folgenden Darstellung (vgl. Abb. 23) 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.

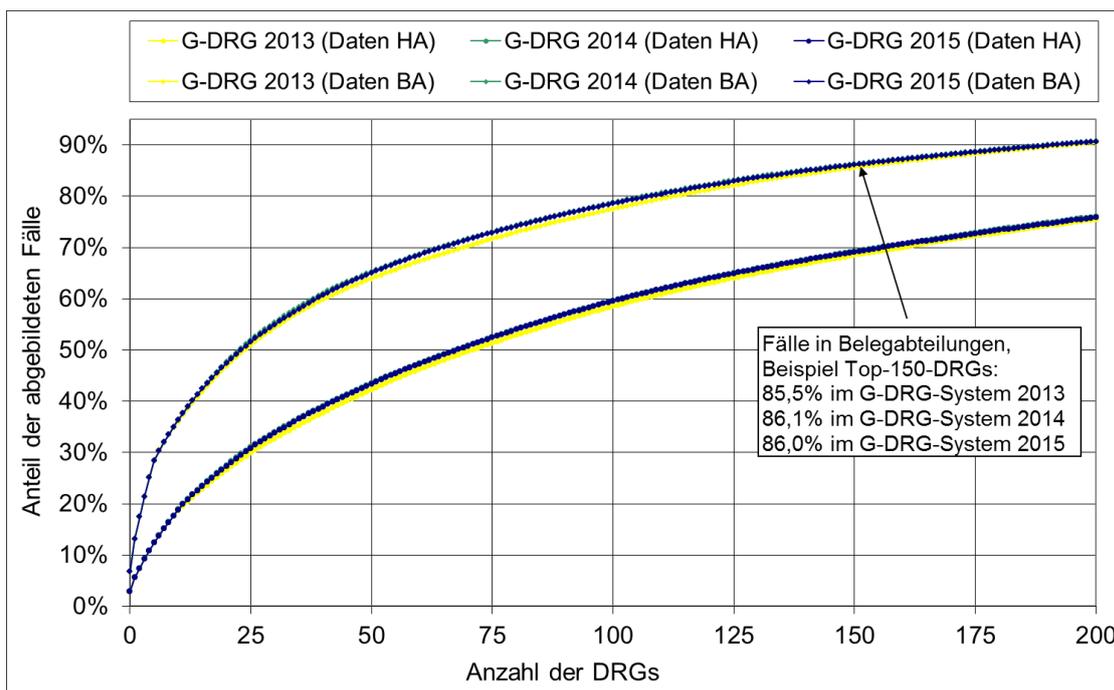


Abbildung 23: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2013, 2014 und 2015, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2013

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 76 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 2014 als auch nach dem G-DRG-System 2015 gruppiert.

Analysiert wurden die in beiden Fallpauschalen-Katalogen für Hauptabteilungen mit einer Bewertungsrelation versehenen DRGs. Die Fehler-DRGs 960Z *Nicht gruppierbar*, 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* und 962Z *Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea* sowie die nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a) 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 1.126 DRGs im G-DRG-System 2014 bzw. 1.130 DRGs im G-DRG-System 2015 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2015 im Vergleich zum G-DRG-System 2014 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 2013 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tab. 24):

	G-DRG-System 2014	G-DRG-System 2015	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7639	0,7673	0,4
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8522	0,8566	0,5

*Tabelle 24: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2014 und G-DRG-System 2015
Basis: Datenjahr 2013*

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,4% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8566 erreicht. Somit konnte der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2015 im Vergleich zur Version 2014 um 0,5% gesteigert werden.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In Abbildung 24 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 2015 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2015 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2014 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

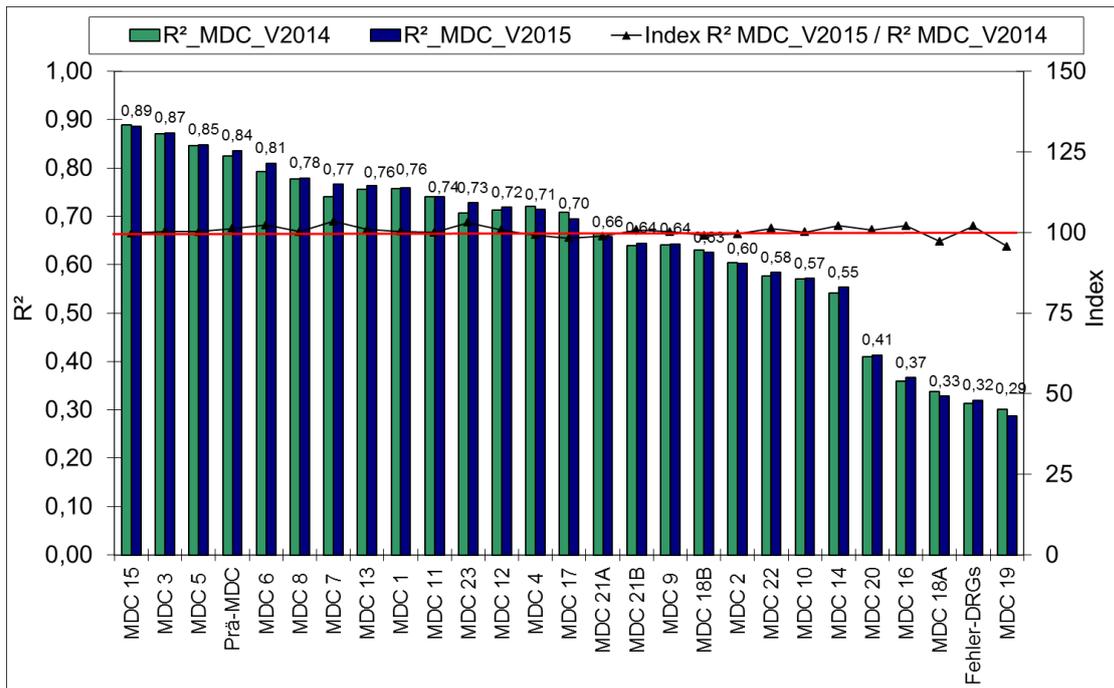


Abbildung 24: R²-Wert je MDC für die G-DRG-Systeme 2014 und 2015, Basis: Inlier (Sortierung nach R²-Wert für G-DRG-System 2015), Datenjahr 2013

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 18 von 26 MDCs eine gleichbleibende oder verbesserte Varianzreduktion im Vergleich des G-DRG-Systems 2015 gegenüber dem G-DRG-System 2014 zu verzeichnen.

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

- MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* (Index 103,5)
- MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* (Index 103,1)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* (Index 102,3)
- MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* (Index 102,1)

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des G-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (48,9%), hat sich wie folgt verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7568 auf 0,7595 (Index 100,4)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8461 auf 0,8484 (Index 100,3)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,7920 auf 0,8101 (Index 102,3)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7773 auf 0,7796 (Index 100,3)

Analyse der Kostenhomogenität

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

Teilt man die DRGs bezüglich des Kostenhomogenitätskoeffizienten in Klassen ein, so ergibt sich – auf Basis der Inlier (Daten des Jahres 2013) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 25):

Homogenitäts- koeffizient Kosten	G-DRG-System 2014		G-DRG-System 2015		Verände- rung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	22	2,0	21	1,9	- 4,9
60 bis unter 65%	85	7,5	77	6,8	- 9,7
65 bis unter 70%	362	32,1	361	31,9	- 0,6
70 bis unter 75%	352	31,3	346	30,6	- 2,1
75% und mehr	304	27,1	325	28,8	+ 6,2
Gesamt	1.126		1.126		

Tabelle 25: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für die G-DRG-Systeme 2014 und 2015, Basis: Inlier, Datenjahr 2013

In der Klasse mit der höchsten Homogenität („75% und mehr“) ist ein Anstieg von 6,2% 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. Abbildung 25 zeigt den DRG-Anteil in den verschiedenen Klassen für die G-DRG-Systeme 2014 und 2015.

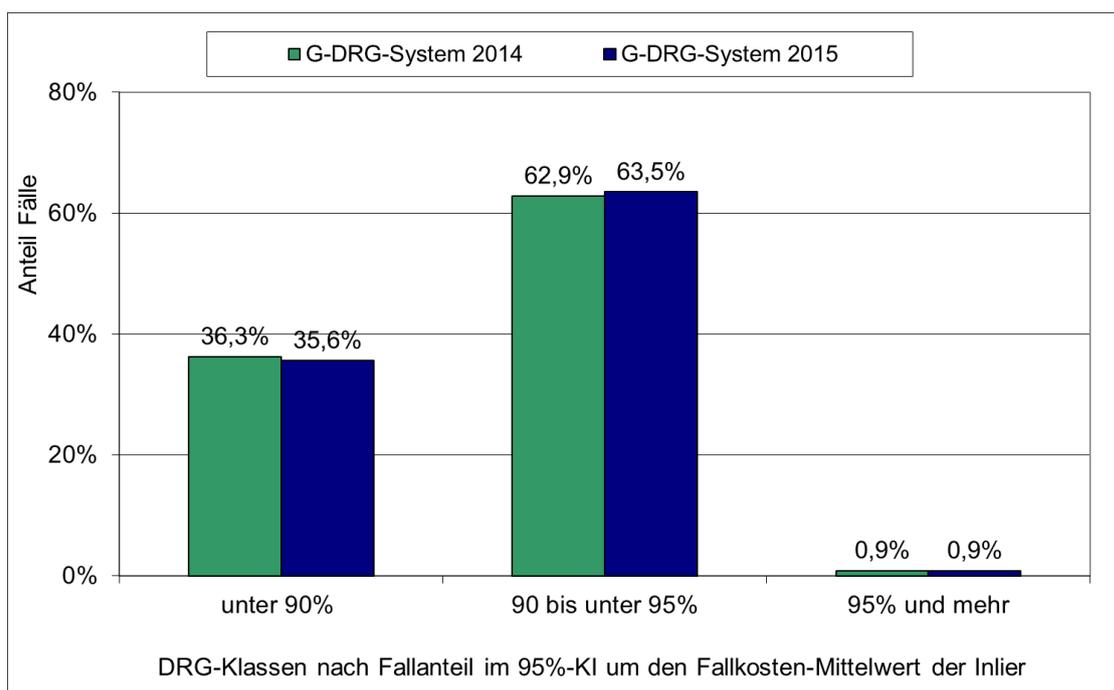


Abbildung 25: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier für die G-DRG-Systeme 2014 und 2015 bezüglich Fallanteil, Basis: Datenjahr 2013

Der Vergleich des G-DRG-Systems 2015 mit dem G-DRG-System 2014 zeigt eine nahezu konstante Zuordnung zu den Konfidenzintervallklassen.

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2015.

3.4.4 Analyse der Verweildauer

3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2011, 2012 und 2013

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den Datenjahren 2011, 2012 und 2013 jeweils gemäß G-DRG-Version 2013 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen rund 16,9 bzw. 17,2 bzw. 17,4 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 1,8% vom Datenjahr 2011 zum Datenjahr 2012 sowie ein weiterer Rückgang von 1,5% vom Datenjahr 2012 zum Datenjahr 2013 (siehe Tab. 26).

Daten gem. § 21 KHEntgG Hauptabteilung	Verweildauer- Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2011	6,69		
Datenjahr 2012	6,57	- 0,12	- 1,8
Datenjahr 2013	6,47	- 0,10	- 1,5

Tabelle 26: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2011 bis 2013, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2013

Betrachtet man nur die Datenjahre 2012 und 2013, ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 26,9% der Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2013 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,11 Tagen bzw. 2,2%.

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 Tabelle 26 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2012 zum Datenjahr 2013 von 2,2% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 2,6% 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 2011	5,98			4,32		
Datenjahr 2012	5,83	- 0,15	- 2,5	4,20	- 0,12	- 2,8
Datenjahr 2013	5,70	- 0,13	- 2,2	4,09	- 0,11	- 2,6

Tabelle 27: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2011 bis 2013, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (vgl. Tab. 26) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2013 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 6,47 noch 5,70 Tage. Der Verweildauerrückgang zeigt sich mit nun 2,2% im Vergleich zu 1,5% 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.

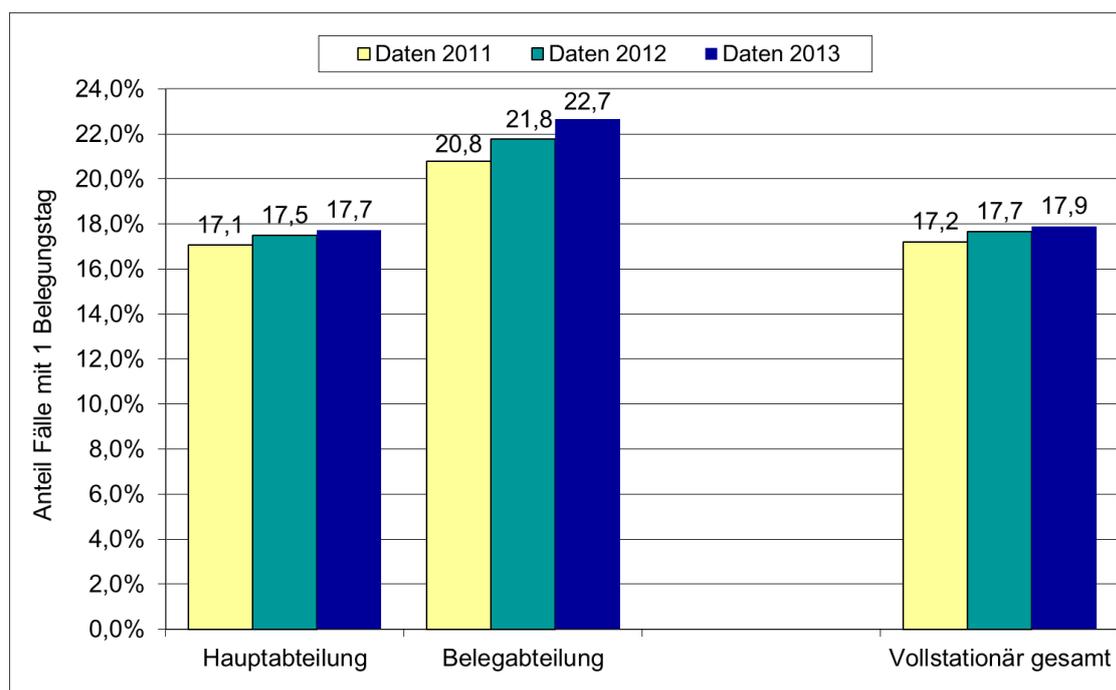


Abbildung 26: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2011 bis 2013

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 2015 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 21,4 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
- 51 DRGs mit weniger als 30 Fällen
- 5 rein teilstationäre DRGs

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 70 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.130 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. 27): Für 898 der 1.130 analysierten DRGs (79%) ist diese geringer als +/- 0,5 Tage, 1.060 DRGs (94%) unterscheiden sich um höchstens +/- 1 Tag und für 1.112 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens +/- 2 Tage.

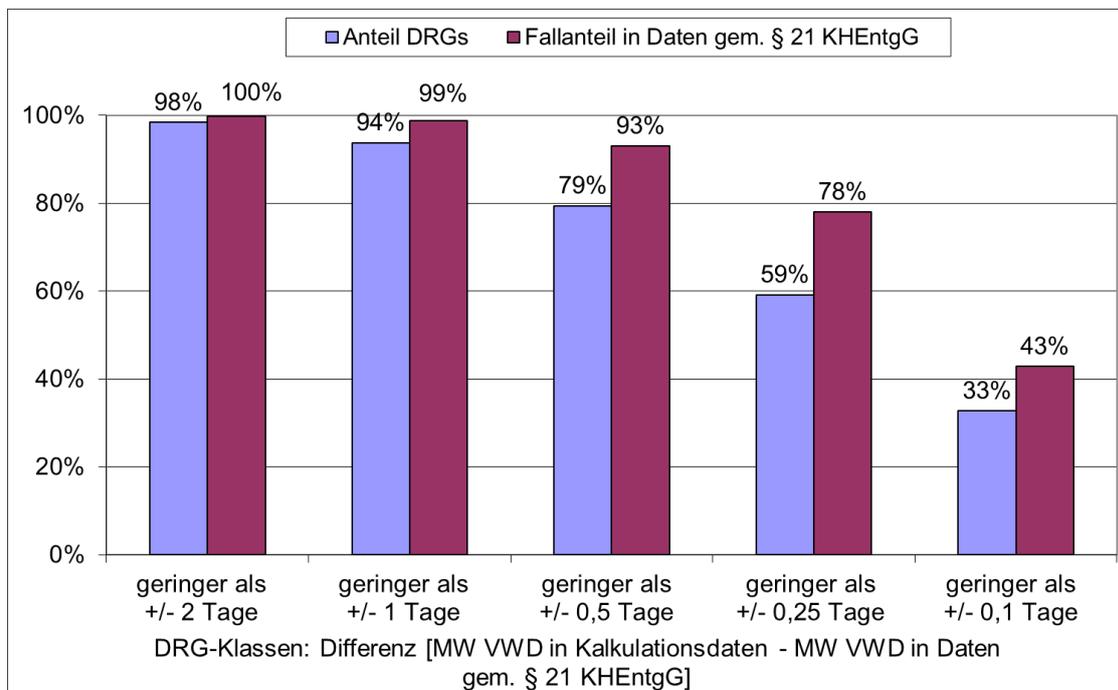


Abbildung 27: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2013

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 78% 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 28 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

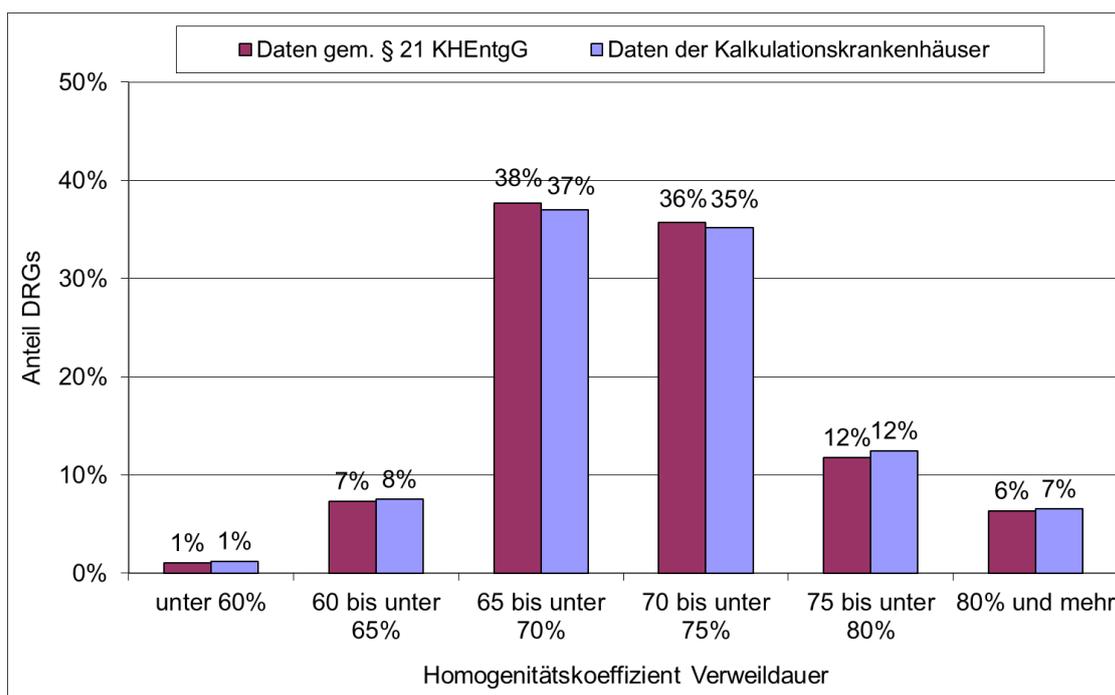


Abbildung 28: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Inlier, Datenjahr 2013

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

Für 1.114 von 1.130 DRGs (99%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG beträgt höchstens +/- 5%.

Eine Abweichung von höchstens +/- 2,5% liegt bei 1.049 DRGs (93% von 1.130 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 1.130 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 eine mindestens zulässige Entscheidungsgrundlage für die Abbildung der Daten gem. § 21 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte G-DRG-System 2015 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. 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. Darüber hinaus werden die Erkenntnisse aus der intensiven Kommunikation mit den Kalkulationskrankenhäusern in der diesjährigen Kalkulationsrunde dazu genutzt, die Vorgaben des Kalkulationshandbuchs zu verfeinern, um die Datenqualität insbesondere im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung dauerhaft zu erhöhen. Dabei werden die Kostenverteilungsmodelle für die fallindividuelle Kostenzurechnung auf der Intensivstation überarbeitet.

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 darauf geeinigt, den Schwellenwert für die Abrechnungsfähigkeit des intrabudgetären Zusatzentgelts ZE20xx-98 für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren für das G-DRG-System 2016 durch das InEK überprüfen zu lassen. Insofern kommt zur Pflege und Weiterentwicklung dieser Zusatzentgelte der ergänzenden Datenbereitstellung mit daran anschließenden Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen im kommenden Jahr eine besondere Bedeutung zu.

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:

268 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, 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 intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / - Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und mit intensivmed. Komplexbehandlung > - / 3680 / 3680 Aufwandspunkte
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma

DRG	DRG-Text
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Ingr.
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit kompl. OR-Proz. und kompliz. Konst. od. mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Punkte
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit int. Komplexbeh. > 1764/1932/- P. oder mit sehr kompl. Ingr. und int. Komplexbeh. > -/2208/- P.
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Ingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764/1932/- P. und Alter < 16 Jahre
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1754/1656/2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkompl. Eingriff oder Alter < 2 J. bei angeb. Fehlbildung od. mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 J.
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 Punkte., mit kompl. OR-Proz. und Alter < 16 J. oder kompliz. Konst., od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt. < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / - P.
A11C	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Ingr. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / 1656 P. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. od. b. Lymphom und Leukämie, m. kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 J.
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.

DRG	DRG-Text
A13C	Beatmung > 95 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation, Alter > 15 J. oder mit intensiv-med. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei 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 > 1176 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 1177 / 1657 / 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 peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neurop., oh. kompl. Diagn., oh. Impl. Ereign.-Rek., ohne kompl. Eingr., Alt. < 19 J. od. m. schw. CC, Alt. > 15 J.

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 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des 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
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
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 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
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
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation

DRG	DRG-Text
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur
F36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > - / 1104 / 1104 P., mit bestimmter OR-Proz. od. > 588 / 552 / 552 P. mit endovaskulärem Aortenstentgraft oder minimalinvasiver Eingriff an mehr. Herzklappen
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / - / - Aufwandspunkte
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 oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

DRG	DRG-Text
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem
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
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
H36A	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte
H36B	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte
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
I02A	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 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

DRG	DRG-Text
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
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
J18Z	Anderer 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, mit hochkomplexer Radiojodtherapie
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer hochkomplexe 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

DRG	DRG-Text
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 / 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
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

DRG	DRG-Text
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingschwangerschaft
O01C	Sectio caes. m. mehrer. kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer > 25 vollend. Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konstell., oh. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. mit kompl. Diag., mit od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff od. 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
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

DRG	DRG-Text
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
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

DRG	DRG-Text
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., Aufnahmegeg. > 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
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

DRG	DRG-Text
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 komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
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 / 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

DRG	DRG-Text
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
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

DRG	DRG-Text
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
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 / 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
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. äuß. 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 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre

Tabelle A-2:

76 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
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre
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
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

DRG	DRG-Text
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtseplastiken
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Ingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Ingr. od. Ingr. 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, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichtsstörungen, Hörverlust, Tinnitus
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
G24B	Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand
G26Z	Andere Eingriffe am Anus
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Ingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Ingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Ingr., mit best. Kyphopl., ohne best. Ingr. an Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule, ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne bestimmte Spinalkanalstenose, ohne bestimmte Bandscheibenschäden
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
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	Ingr. am Fuß oh. mehr. kompl. Ingr., m. kompl. Ingr. od. schw. Weichteilsch. od. Osteomyelitis / Arthritis od. Ingr. Großz. m. kompl. Ingr. an mehr. Strah., m. Knochentx, m. Impl. Zehengel. od. bei Kalka., od. Einz. Mehrf. > 3 Mittelf.- / Zehenstr.

DRG	DRG-Text
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit bestimmtem Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits oder bestimmtem Diabetes mellitus
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodese am Großzehengrundgelenk oder Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur oder bestimmter Knochentransplantation oder wenig komplexem Eingriff an mehr als einem Strahl
I20G	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodese am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur, ohne bestimmte Knochentransplantation, ohne wenig komplexen Eingriff an mehr als einem Strahl
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, ohne äußerst schweren CC, ohne schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Weichteilgewebe
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
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 Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
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 kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. fluoreszenzgestützter TUR der Harnbl. od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC od. Alter > 89 J.

DRG	DRG-Text
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para-/Tetraplegie, ohne äußerst schw. CC, Alter < 90 Jahre
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder Alter < 90 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, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, Alter > 2 Jahre
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
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus
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

DRG	DRG-Text
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
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
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)
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). Aus Formatgründen werden die Kategorien: „DRG-spezifische Abwertung in < 3 Basis-DRGs“, „DRG-spezifische Abwertung in < 10 Basis-DRGs“ und „DRG-spezifische Abwertung in < 30 Basis-DRGs“ kurz als „Abwertung“ bezeichnet, obgleich es sich nicht um eine generelle Abwertung handelt. Dies betrifft ebenso Abwertungen von Diagnosen im Rahmen der Kategorie „Veränderung in Verbindung mit DKR Geburtshilfe“. Die Kategorien „Aufwertung“, „Neuzuordnung zur CCL-Matrix“ und die Aufwertung von Diagnosen im Rahmen der Kategorie „Veränderung in Verbindung mit DKR Geburtshilfe“ werden im Folgenden kurz als „Aufwertung“ bezeichnet.

ICD 2013	ICD Text	Status
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	Abwertung
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D	Abwertung
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	Abwertung
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken	Abwertung
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	Abwertung
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken	Abwertung
A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	Abwertung
A41.52	Sepsis: Pseudomonas	Abwertung
A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	Abwertung
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	Abwertung
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A49.0	Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
B00.1	Dermatitis vesicularis durch Herpesviren	Abwertung
B00.8	Sonstige Infektionsformen durch Herpesviren	Abwertung
B02.8	Zoster mit sonstigen Komplikationen	Abwertung
B15.0	Virushepatitis A mit Coma hepaticum	Aufwertung
B15.9	Virushepatitis A ohne Coma hepaticum	Aufwertung
B16.0	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) und mit Coma hepaticum	Abwertung
B16.1	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) ohne Coma hepaticum	Abwertung
B16.2	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus mit Coma hepaticum	Abwertung
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum	Abwertung
B17.0	Akute Delta-Virus- (Super-) Infektion eines Hepatitis-B- (Virus-) Trägers	Abwertung
B17.1	Akute Virushepatitis C	Abwertung
B17.2	Akute Virushepatitis E	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

ICD 2013	ICD Text	Status
B18.2	Chronische Virushepatitis C	Abwertung
B18.8	Sonstige chronische Virushepatitis	Abwertung
B18.9	Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B19.0	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis mit hepatischem Koma	Abwertung
B19.9	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis ohne hepatisches Koma	Abwertung
B37.0	Candida-Stomatitis	Abwertung
B37.81	Candida-Ösophagitis	Abwertung
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
B44.9	Aspergillose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B90.9	Folgezustände einer Tuberkulose der Atmungsorgane und einer nicht näher bezeichneten Tuberkulose	Abwertung
B96.3	Haemophilus und Moraxella als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	Abwertung
C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine 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
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	Abwertung
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität	Abwertung
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	Abwertung
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	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
C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens	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
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen	Abwertung

ICD 2013	ICD Text	Status
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	Abwertung
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	Abwertung
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	Abwertung
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D52.0	Alimentäre Folsäure-Mangelanämie	Abwertung
D52.1	Arzneimittelinduzierte Folsäure-Mangelanämie	Abwertung
D52.8	Sonstige Folsäure-Mangelanämien	Abwertung
D52.9	Folsäure-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	Abwertung
D61.18	Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie	Abwertung
D61.19	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D61.8	Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien	Abwertung
D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D62	Akute Blutungsanämie	Abwertung
D63.0	Anämie bei Neubildungen	Abwertung
D68.30	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen	Abwertung
D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.6	Sonstige Thrombophilien	Abwertung
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	Abwertung
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.8	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen	Abwertung
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.0	Angeborene Agranulozytose und Neutropenie	Abwertung
D70.18	Sonstige Verlaufsformen der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie	Abwertung
D70.19	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.3	Sonstige Agranulozytose	Abwertung
D70.6	Sonstige Neutropenie	Abwertung
D70.7	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D83.8	Sonstige variable Immundefekte	Abwertung
D83.9	Variabler Immundefekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D84.1	Defekte im Komplementsystem	Abwertung
D84.8	Sonstige näher bezeichnete Immundefekte	Abwertung

ICD 2013	ICD Text	Status
D84.9	Immundefekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E11.20	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Nicht 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
E11.50	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
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
E11.74	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.75	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.80	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht 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
E14.30	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.60	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.61	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.72	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.73	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2013	ICD Text	Status
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E53.8	Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	Abwertung
E61.1	Eisenmangel	Abwertung
E61.7	Mangel an mehreren Spurenelementen	Abwertung
E64.0	Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E64.8	Folgen sonstiger alimentärer Mangelzustände	Abwertung
E64.9	Folgen eines nicht näher bezeichneten alimentären Mangelzustandes	Abwertung
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E66.12	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E66.22	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E66.82	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E66.92	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.6	Hypokaliämie	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
F30.8	Sonstige manische Episoden	Abwertung
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet	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
G12.1	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie	Abwertung
G12.2	Motoneuron-Krankheit	Abwertung
G12.8	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome	Abwertung
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G40.6	Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)	Abwertung
G71.0	Muskeldystrophie	Abwertung
G71.2	Angeborene Myopathien	Abwertung

ICD 2013	ICD Text	Status
G71.8	Sonstige primäre Myopathien	Abwertung
G71.9	Primäre Myopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.09	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.29	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G97.1	Sonstige Reaktion auf Spinal- und Lumbalpunktion	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
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie	Abwertung
I34.2	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose	Abwertung
I35.0	Aortenklappenstenose	Abwertung
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	Abwertung
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien	Abwertung
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I48.3	Vorhofflattern, typisch	Abwertung
I48.4	Vorhofflattern, atypisch	Abwertung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	Abwertung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	Abwertung
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	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
I82.2	Embolie und Thrombose der V. cava	Abwertung

ICD 2013	ICD Text	Status
I82.88	Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen	Abwertung
I97.0	Postkardiotomie-Syndrom	Abwertung
I97.8	Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I97.9	Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I98.3	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung	Abwertung
J01.0	Akute Sinusitis maxillaris	Abwertung
J01.4	Akute Pansinusitis	Abwertung
J01.8	Sonstige akute Sinusitis	Abwertung
J01.9	Akute Sinusitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae	Abwertung
J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli	Abwertung
J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	Abwertung
J43.0	McLeod-Syndrom	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
J44.09	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
J44.19	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
J47	Bronchiektasen	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
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	Abwertung
J93.8	Sonstiger Pneumothorax	Abwertung
J93.9	Pneumothorax, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J94.0	Chylöser (Pleura-) Erguss	Abwertung
J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	Abwertung
J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation	Abwertung

ICD 2013	ICD Text	Status
J95.80	Iatrogenes Pneumothorax	Abwertung
J95.81	Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen	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
K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	Abwertung
K40.40	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	Abwertung
K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	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 Obstruktion	Abwertung
K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	Abwertung
K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K61.1	Rektalabszess	Abwertung
K62.5	Hämorrhagie des Anus und des Rektums	Abwertung
K70.0	Alkoholische Fettleber	Aufwertung
K70.1	Alkoholische Hepatitis	Aufwertung
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	Abwertung
K70.9	Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
K71.0	Toxische Leberkrankheit mit Cholestase	Abwertung
K71.1	Toxische Leberkrankheit mit Lebernekrose	Abwertung
K71.2	Toxische Leberkrankheit mit akuter Hepatitis	Abwertung
K71.3	Toxische Leberkrankheit mit chronisch-persistierender Hepatitis	Abwertung
K71.4	Toxische Leberkrankheit mit chronischer lobulärer Hepatitis	Abwertung
K71.5	Toxische Leberkrankheit mit chronisch-aktiver Hepatitis	Abwertung
K71.6	Toxische Leberkrankheit mit Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung

ICD 2013	ICD Text	Status
K71.8	Toxische Leberkrankheit mit sonstigen Affektionen der Leber	Abwertung
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen	Abwertung
K72.1	Chronisches Leberversagen	Abwertung
K72.71	Hepatische Enzephalopathie Grad 1	Abwertung
K72.72	Hepatische Enzephalopathie Grad 2	Abwertung
K72.73	Hepatische Enzephalopathie Grad 3	Abwertung
K72.74	Hepatische Enzephalopathie Grad 4	Abwertung
K72.79	Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet	Abwertung
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K73.0	Chronische persistierende Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Aufwertung
K73.1	Chronische lobuläre Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K73.2	Chronische aktive Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K73.8	Sonstige chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K73.9	Chronische Hepatitis, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
K74.1	Lebersklerose	Aufwertung
K74.5	Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	Abwertung
K75.0	Leberabszess	Abwertung
K75.1	Phlebitis der Pfortader	Abwertung
K75.2	Unspezifische reaktive Hepatitis	Abwertung
K75.3	Granulomatöse Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K75.4	Autoimmune Hepatitis	Abwertung
K75.8	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Leberkrankheiten	Abwertung
K75.9	Entzündliche Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K76.0	Fettleber [fettige Degeneration], anderenorts nicht klassifiziert	Aufwertung
K76.1	Chronische Stauungsleber	Aufwertung
K76.2	Zentrale hämorrhagische Lebernekrose	Abwertung
K76.3	Leberinfarkt	Abwertung
K76.4	Peliosis hepatis	Abwertung
K76.5	Venöse okklusive Leberkrankheit [Stuart-Bras-Syndrom]	Abwertung
K76.6	Portale Hypertonie	Aufwertung
K76.7	Hepatorenales Syndrom	Abwertung
K76.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber	Aufwertung
K76.9	Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
K77.0	Leberkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	Abwertung
K77.11	Stadium 1 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	Abwertung
K77.12	Stadium 2 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	Abwertung
K77.13	Stadium 3 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	Abwertung
K77.14	Stadium 4 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	Abwertung

ICD 2013	ICD Text	Status
K77.8	Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K83.0	Cholangitis	Abwertung
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.2	Pankreaszyste	Abwertung
K86.3	Pseudozyste des Pankreas	Abwertung
K91.2	Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K91.88	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K92.0	Hämatemesis	Abwertung
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	Abwertung
L03.8	Phlegmone an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
L03.9	Phlegmone, nicht näher bezeichnet	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
L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein	Abwertung
M62.86	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	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 Lokalisation	Abwertung
M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-System nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
M96.9	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	Abwertung
N13.9	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet	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
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	Abwertung

ICD 2013	ICD Text	Status
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	Abwertung
N18.80	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung	Abwertung
N30.0	Akute Zystitis	Abwertung
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	Abwertung
N39.42	Dranginkontinenz	Abwertung
N39.48	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz	Abwertung
N82.0	Vesikovaginalfistel	Aufwertung
N82.1	Sonstige Fisteln zwischen weiblichem Harn- und Genitaltrakt	Aufwertung
N82.5	Fisteln zwischen weiblichem Genitaltrakt und Haut	Aufwertung
Q03.8	Sonstiger angeborener Hydrozephalus	Abwertung
Q03.9	Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q87.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R04.2	Hämoptoe	Abwertung
R04.8	Blutung aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen	Abwertung
R04.9	Blutung aus den Atemwegen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R18	Aszites	Abwertung
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	Abwertung
R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R47.1	Dysarthrie und Anarthrie	Abwertung
R47.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sprech- und Sprachstörungen	Abwertung
R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	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
R65.9	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet	Abwertung
S27.0	Traumatischer Pneumothorax	Abwertung
S32.4	Fraktur des Acetabulums	Abwertung
S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	Abwertung
S72.03	Schenkelhalsfraktur: Subkapital	Abwertung
S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	Abwertung
S72.08	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile	Abwertung
S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	Abwertung
S72.2	Subtrochantäre Fraktur	Abwertung
S72.3	Fraktur des Femurschaftes	Abwertung
S72.40	Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2013	ICD Text	Status
S72.8	Frakturen sonstiger Teile des Femurs	Abwertung
S72.9	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
T79.7	Traumatisches subkutanes Emphysem	Abwertung
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation 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
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	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
T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	Abwertung
T91.3	Folgen einer Verletzung des Rückenmarkes	Abwertung
U80.00	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]	Abwertung
U80.01	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone und ohne Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin	Abwertung
U80.20	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
U80.21	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	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
U80.5	Enterobacter, Citrobacter und Serratia mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone oder Amikacin	Abwertung
Z93.0	Vorhandensein eines Tracheostomas	Abwertung
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems	Aufwertung

Tabelle A-4-1:

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

DRG	DRG-Text
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose
963Z	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / - Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und mit intensivmed. Komplexbehandlung > - / 3680 / 3680 Aufwandspunkte
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Ingr. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / 1656 P. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. od. b. Lymphom und Leukämie, m. kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 J.
A13H	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Proz., ohne äuß. schw. CC
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne ABO-inkompatible Transplantation
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
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B64Z	Delirium
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B75Z	Fieberkrämpfe
B77Z	Kopfschmerzen
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE)
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter < 1 Jahr
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 Jahre
D12A	Andere aufwändige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
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
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

DRG	DRG-Text
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichtsstörungen, Hörverlust, Tinnitus
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
E07Z	Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC
E77C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne komplexe Diagnose bei Z.n. Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
E77D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multi-resistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom
E77E	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit sehr komplexer Diagnose mit äußerst schweren oder schweren CC
E77F	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage
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
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie

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
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.
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
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
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation
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.
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.
F19D	Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 15 Jahre
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 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

DRG	DRG-Text
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit komplexem Eingriff
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
G21A	Komplexe Adhäsilyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und < 16 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsilyse oder Alter < 16 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
G26Z	Andere Eingriffe am Anus
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
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
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas
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
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schweren 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
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe
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
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwändiger Osteosynthese mit komplizierenden Eingriffen am Humerus
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodese am Großzehengrundgelenk oder Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur oder bestimmter Knochentransplantation oder wenig komplexem Eingriff an mehr als einem Strahl
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I32E	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageneingriffe an der unteren Extremität
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
I79Z	Fibromyalgie

DRG	DRG-Text
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J07A	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, mit beidseitigem Eingriff
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, mit komplexem Eingriff
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
K14Z	Eingriffe an der Nebenniere außer bei bösartiger Neubildung und ausgedehnte Lymphadenektomie
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, außer hochkomplexe Radiojodtherapie
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K60E	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose

DRG	DRG-Text
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L04A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter < 16 Jahre
L05A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
L06A	Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC
L08A	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre
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
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
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
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
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane

DRG	DRG-Text
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff oder selektive Embolisation an viszeralen oder anderen abdominalen Gefäßen
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingschwangerschaft
O01C	Sectio caes. m. mehrer. kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer > 25 vollend. Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konstell., oh. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. mit kompl. Diag., mit od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff od. auß. schw. CC
O01D	Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst., ohne Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., mit od. ohne kompliz. Diag., oh. auß. schw. CC
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender 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
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen
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
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante 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
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
Q61C	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter < 16 Jahre
Q61D	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter > 15 Jahre
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R04B	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
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
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60G	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
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
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
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
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
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T60B	Sepsis mit kompliz. Konstell. od. b. Z. n. Organtransplantation, ohne auß. 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
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
U61Z	Schizophrenie, wahnhaft und akut psychotische Störungen
U63Z	Schwere affektive Störungen
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit
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
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)

Tabelle A-4-2:

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

DRG	DRG-Text
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
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose
A09F	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470/1380/1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur
A11E	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre
A11F	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 Jahre
A13F	Beatmung > 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Punkte
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC
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 auß. schw. CC

DRG	DRG-Text
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplizierender Diagnose oder Implantation Ereignis-Rekorder
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Implantation Ereignis-Rekorder, mit komplexem Eingriff
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B44B	Geriatrische frührehab. Komplexbehandlung bei Krankh. u. Stör. d. Nervensyst. m. schw. mot. Funktionseinschr., mit and. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls od. oh. schw. mot. Funktionseinschr., m. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung oder ohne schwere mot. Funktionseinschränkung, mit anderer neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
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
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.

DRG	DRG-Text
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
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
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum mit äußerst schweren CC
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äuß. schw. CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplizierender Diagnose oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. oder schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infektion
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr, ohne RS-Virus-Infektion
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC
E77A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
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
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
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
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
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
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, mit komplexer Diagnose
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit transeptaler Linksherz-Katheteruntersuchung
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC oder kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 10 Jahre
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G24B	Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC
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
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmtem Eingriff am Pankreas
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter < 16 Jahre
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ohne akute Pankreatitis
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmter Osteotomie oder Muskel- und Gelenkplastik
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder mehrzeitiger komplexer Eingriff oder komplexer Eingriff mit Wirbelkörperersatz oder verschiedene komplexe Eingriffe an mehreren Segmenten
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne sehr komplexe Osteosynthese, ohne mehrzeitigen komplexen Eingriff, mit komplexer Osteosynthese und äußerst schweren 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
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, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafraktur
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk

DRG	DRG-Text
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit bestimmtem Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits oder bestimmtem Diabetes mellitus
I20G	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodese am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur, ohne bestimmte Knochentransplantation, ohne wenig komplexen Eingriff an mehr als einem Strahl
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, mit äußerst schweren CC oder bei bösartiger Neubildung und schweren CC, ohne bestimmte Diagnose und komplexen Eingriff
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
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder 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 Implantation / Wechsel einer Radiuskopprothese oder Inlaywechsel Hüfte
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie oder mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC und Alter > 65 Jahre, ohne komplexe Diagnose

DRG	DRG-Text
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
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
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre
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
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC
J26Z	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplantation oder große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung mit komplexem Eingriff oder bestimmtem Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
J65Z	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne Parathyreoidektomie, ohne äußerst schwere oder schwere CC
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K60D	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M04C	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, Alter < 3 Jahre
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
N01B	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff
N01C	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff
N01E	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ohne CC
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
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
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
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie oder bestimmte Amnionpunktion
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur
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
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit mehreren schweren Problemen od. Ng., Aufnahme- gew. > 2499 g oh. OR-Proz., oh. Beat- mung > 95 Std., m. mehreren schw. Probl., mit Hypothermiebehand- lung
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahme- gewicht > 2499 g ohne OR- Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Be- legungstag
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahme- gewicht > 2499 g ohne OR- Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR- Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
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
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
R63H	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
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
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
Z44Z	Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
Z64A	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik

DRG	DRG-Text
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontak Anlass
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung

Tabelle A-4-3:

557 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
901C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne kompl. Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne hochkomplexe OR-Prozedur, mit kompl. OR-Prozedur od. mit anderen Eingriffen an Kopf und Wirbelsäule od. Alter < 1 J. od. bei Para- / Tetraplegie
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
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
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Punkte
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose

DRG	DRG-Text
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764/1932/- P. und Alter < 16 Jahre
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1754/1656/2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470/1380/1380 und < 1765/1657/2209 Aufwandspunkte
A09E	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470/1380/1380 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 Punkte., mit kompl. OR-Proz. und Alter < 16 J. oder kompliz. Konst., od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt. < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / - P.
A11C	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre
A11D	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose od. Prozedur, mit äußerst schweren CC
A13C	Beatmung > 95 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation, Alter > 15 J. oder mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei 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 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 829 / 1105 Aufwandspunkte od. Alter < 16 Jahre
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC

DRG	DRG-Text
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 1177 / 1657 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 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
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
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
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
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, 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

DRG	DRG-Text
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neurop., oh. kompl. Diagn., oh. Impl. Ereign.-Rek., ohne kompl. Eingr., Alt. < 19 J. od. m. schw. CC, Alt. > 15 J.
B17D	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne Impl. Ereign.-Rek., ohne schw. CC, Alt. > 18 J., mit mäßig kompl. Eingr.
B17E	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. Eingr., ohne äuß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.
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
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
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation

DRG	DRG-Text
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
B47Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
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
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
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
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
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
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 Thrombolyse
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
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. auß. 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

DRG	DRG-Text
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor
B80Z	Andere Kopfverletzungen
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
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose
C01A	Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder Biopsien an kraniellen Gefäßen
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
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
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
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
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund ohne komplizierende Diagnose
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
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
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren 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
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.
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre

DRG	DRG-Text
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende 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
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
E06B	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre, mit offen chirurgischer Pleurolyse oder mit bestimmten atypischen Lungenresektionen
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurgische Pleurolyse, ohne bestimmte atypische Lungenresektionen
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 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Std., mehr als 2 Belegungstage, mit kompl. Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / - / - P. oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 J., mit äuß. schw. CC oder ARDS
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei Para- / Tetraplegie
E63Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage

DRG	DRG-Text
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
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
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
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
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
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
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
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, mit Bronchoskopie oder bestimmter Lungenbiopsie
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose

DRG	DRG-Text
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
E77G	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, bei Para- / Tetraplegie oder mit 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
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
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
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
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation
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 auß. schw. CC
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 auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.

DRG	DRG-Text
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schweren CC oder mit ablativen Maßnahmen oder PTCA oder Implantation mit Revision mit komplexem Eingriff, mit äuß. schw. CC oder mit Sondenentf. mit Excimer-Laser od. Alter < 16 Jahre
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter < 16 Jahre
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder Sondenentfernung mit intraluminal expandierbarer Extraktionshilfe
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen oder Alter < 16 Jahre
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
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
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC
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
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
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
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
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
F19C	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodese des Fußes
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese des Fußes
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff

DRG	DRG-Text
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte 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
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
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
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders
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
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
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.
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
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F73Z	Synkope und Kollaps
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre

DRG	DRG-Text
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / - / - Aufwandspunkte
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / - / - Punkte oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose
G02B	Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / - / - Punkte, ohne best. Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, mit kompliz. Diagnose
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexen Eingriff
G04A	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 J. oder mit schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn-/Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter < 6 J., od. bestimmte PTAs an abdominalen Gefäßen mit auß. schw. CC, oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / - / - Punkte
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, Alter > 5 Jahre, ohne best. PTAs an abdominalen Gefäßen
G07B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, mit laparoskopischer Adhäsiolyse od. Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre
G07C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe oder mäßig komplexe OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen
G17A	Anderer Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung
G17B	Anderer Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit sehr komplexem Eingriff oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma mit äußerst schweren CC
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
G19B	Anderer 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	Anderer 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
G21B	Komplexe Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte lokale Exzision am Darm, mit äußerst schweren CC
G21C	Bestimmte lokale Exzision am Darm, ohne äußerst schwere CC
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsionolyse oder Alter < 14 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung

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
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
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
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
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
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes

DRG	DRG-Text
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmter komplizierender Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit Dialyse
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
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
G74Z	Hämorrhoiden
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
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
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
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

DRG	DRG-Text
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
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
H36A	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte
H41A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC oder photodynamische Therapie oder ERCP mit perkutan-transluminalen Verfahren
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
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose
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
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
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02A	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Eingr. 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 oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit auß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesse od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne auß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse
I05B	Anderer großer Gelenkersatz
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
I06C	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexem Eingriff an Wirbelsäule ohne schwer entz. Erkr. oder mit Wirbelkörperersatz oder bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder Halotraktion
I06D	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne Wirbelkörperersatz, ohne schwere entzündliche Erkrankung, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Halotraktion
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff oder äußerst schweren CC bei Zerebralparese und mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff oder komplexen Diagnosen oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit best. Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule

DRG	DRG-Text
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur ohne äußerst schwere CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit anderem Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, ohne bestimmte Osteotomie, ohne Muskel- und Gelenkplastik
I08H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochentransplantation oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel
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. intervertebralen Cages > 2 Seg.
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 schweren CC
I10B	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetrapl., od. Wirbelfraktur mit best. Eingr. an Wirbels., Spinalkanal und Bandscheibe ohne äuß. schw. CC od. best. and. Operationen an der Wirbels. mit äuß. schw. CC
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule, mit intervertebralem Cage 1 Segment oder bei bestimmter Spinalkanalstenose oder bestimmten Bandscheibenschäden
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule, ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne bestimmte Spinalkanalstenose, ohne bestimmte Bandscheibenschäden
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
I10F	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
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
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwändiger Osteosynthese ohne komplizierenden Eingriff 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

DRG	DRG-Text
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Eingriff oder schwerem Weichteilschaden oder komplexer Osteotomie oder bestimmter Epiphyseodese bei mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Kniegelenk ohne Wechsel
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel
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
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.
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
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
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
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
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 komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit schweren CC oder bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, ohne äußerst schweren CC, ohne schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Weichteilgewebe
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
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 oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella
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
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.
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
I32F	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe
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

DRG	DRG-Text
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen
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
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren 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, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie, mit komplexer Diagnose
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenenerkrankungen bei Para- / Tetraplegie
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk

DRG	DRG-Text
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
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
J14A	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei BNB mit aufwänd. Rekonstr. oder beidseit. Mastektomie bei BNB oder Strahlenther. mit operat. Proz. bei Krankh. und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mit beidseit. Prothesenimpl. oder Impl. eines Hautexpanders
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung
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
J22A	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit Weichteildeckung

DRG	DRG-Text
J22B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung
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
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere 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
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K04A	Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Parathyreoidektomie
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC
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
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik

DRG	DRG-Text
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L04B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter > 15 Jahre
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC
L09A	Andere Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie, od. mit kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC
L09C	Andere Eingr. b. Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, oh. Kalziphylaxie, oh. Eingr. am Präputium, Alter < 2 Jahre od. auß. schw. CC, oh. kompl. OR-Proz., oh. kompl. Eingr., od. Alter > 1 Jahr, oh. auß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts 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
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
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
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. fluoreszenzgestützter TUR der Harnbl. od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC od. Alter > 89 J.

DRG	DRG-Text
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schw. CC, Alter < 90 Jahre
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
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
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder Alter < 90 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 5 Jahre
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
M04B	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit bestimmtem Eingriff am Hoden
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, Alter > 2 Jahre
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis und großflächige Ablationen der Haut
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen

DRG	DRG-Text
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, 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
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mit CC oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation

DRG	DRG-Text
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
O01B	Sectio caesarea m. mehr. kompliz. Diag., Schwangerschaftsd. > 25 vollend. W. (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konstell., oh. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. äuß. 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
O03Z	Eingriffe bei 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
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit anderer intrauteriner Therapie des Feten
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
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
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
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
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme

DRG	DRG-Text
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)
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit 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.
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
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
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
Q61A	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, mit äußerst schweren CC
Q61B	Erkrankungen der Erythrozyten mit komplexer Diagnose
Q61E	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, ohne äußerst schwere CC
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R13Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
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
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
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
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
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
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
R63B	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
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
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
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 / 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
T60C	Sepsis mit kompliz. Konstell. oder b. Z. n. Organtranspl., ohne äuß. 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
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
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

DRG	DRG-Text
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
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 / 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
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose
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
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
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff
X06C	Andere 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

DRG	DRG-Text
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
Y02B	Andere Verbrennungen mit Hauttranspl. außer b. Sepsis, ohne kompliz. Konst., oh. hochkompl. Ingr., oh. vierzeitige best. OR-Proz., oh. intens. Komplexb. > 588 / 552 / 552 P., m. äuß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.
Y02C	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation ohne äußerst schwere CC, oh. komplizierende Diagnose, oh. komplexe Prozedur, oh. Dialyse, oh. Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizier. Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Punkte
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre
Z64D	Andere 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 2014	Anzahl DRGs 2015	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	71	71	0
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	107	105	- 1,9
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	56	56	0
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	63	64	+ 1,6
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	148	149	+ 0,7
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	82	82	0
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	39	41	+ 5,1
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	141	143	+ 1,4
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	48	49	+ 2,1
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	38	37	- 2,6
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	35	35	0
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	26	26	0
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	51	51	0

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2014	Anzahl DRGs 2015	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	15	15	0
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	9	9	0
Gesamt		1.196	1.200	+ 0,3